



**УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ
УЧУН ПЕДИАТРИЯ**





ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

616-053

У.520

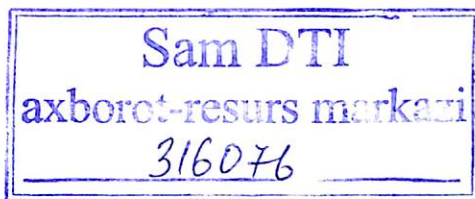
Тошкент Педиатрия тиббиёт институти

УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ УЧУН ПЕДИАТРИЯ
(шифокорлар ва тиббиёт институтларнинг
7-курс талабалари учун қўлланма)

А.В.Алимов таҳрири остида

Муаллифлар:

Э.А.Шомансурова, Д.А.Мавлянова, А.А.Жалилов, Г.Г.Махкамова,
Ш.У.Тошпулатова, М.Т.Ниязова, М.Б.Деворова



Тошкент - 2005

МУНДАРИЖА

Поликлиникада болалар билан ўтказиладиган профилактик ишлар	8
Профилактик эмлашлар.....	8
Болаларнинг ўсиши ва ривожланиши жисмоний ривожланиш...	14
Жисмоний ривожланиш.....	14
Асаб - рухий ривожланиш.....	14
Овқатланиш.....	19
Нафас олиш органлари касалликлари.....	21
Юқори нафас олиш органлари касалликлари.....	21
Ларингит.....	21
Эпиглоттит.....	23
Ўткир ўрта отит.....	25
Тонзиллит.....	28
Пастки нафас олиш органлари касалликлари.....	30
Бронхит.....	30
Зотилжам.....	32
Нафас олиш органлари касалликлари билан оғриган болалар диспансеризацияси ва реабилитацияси.....	34
Бронхиал астма.....	36
Чақалоқлар касалликлари.....	42
Туғруқ асфиксиялари	-
Чала туғилиш.....	42
Чақалоқларнинг гемолитик касаллиги.....	44
Чақалоқларда сариклик.....	46
Конституция аномалиялари.....	48
Лимфатик – гипопластик диатез.....	48
Экссудатив – катарал диатез.....	50

Болалар экземаси	52
Иситма.....	54
Тиришиш синдроми.....	56
Фебрил тиришишлар.....	56
Эпилепсия (талваса).....	58
Овқатланишнинг бузилиши.....	60
Гипотрофия.....	60
Паратрофия.....	62
Фосфор – кальций алмашинувнинг бузилиши.....	63
Рахит.....	63
Спазмофилия.....	66
Диарея.....	67
Сурункали диарея.....	70
Болалар инфекцияси.....	72
Сувчечак.....	72
Қизамиқ.....	73
Қизилча	74
Эпидемик паротит	75
Кўкйўтал	76
Камқонлик (анемия)	77
Куз касалликлари	79
Дакриоцистит	79
Блефарит	80
Конъюнктивит	81
Ошқозон – ичак трактининг энг кўп тарқалган касалликлари ..	84
Гастроэзофагиал рефлюкс	84
Гастрит	86
Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги	88
Пилоростеноз	92
Қабзият	93

Орка чикарув тешиги ёриғи	95
Гиршспрунг касаллиги	96
Ошқозон – ичак трактининг паразитар инвазияси	97
Сийдик чикариш йўли касалликлари	100
Фимоз	100
Баланит (баланопостит)	101
Цистит	102
Пиелонефрит	103
Эндокрин тизими касалликлари	105
Гипотиреоз	105
Қандли диабет	107
Тери касалликлари	109
Тери инфекциялари	109
Қичима	110
Битлаш (педикулёз)	111
Энурез	113
Юрак шовқинлари ва туғма юрак нуқсонлари	116
Туғма юрак нуқсонлари	116
Ревматизм	119
Бўғим ва пай жароҳатлари	121
Ясси товонлик	122
Туғма сон чиқиши	123
Артритлар	124
Болалар травматизм ива бахтсиз ҳолатлари профилактикаси ...	126
Гўдақларнинг тўсатдан ўлиб қолиш синдроми (ГТЎҚС)	129
Ишлатилган адабиётлар руйхати	131

Соғлом болалар билан поликлиникада ўтказилган профилактика ишлари

Болалар касалликларини олдини олишнинг умумий тизими бир неча босқичдан ташкил топган. Биринчи босқич соғлом бола саломатлигини сақлаш тадбирларидан иборат. Бу тадбирлар жисмоний, соматик ва рухий-асаб ривожланишни баҳолаш, овкатлантириш, касалликларни олдини олиш, вакцинно-профилактикани ўз ичига олади. 1-жадвалда бу тадбирларни ўтказиш муддатлари кўрсатилган.

ПОЛИКЛИНИКАДА БОЛАЛАР БИЛАН ЎТКАЗИЛАДИГАН ПРОФИЛАКТИК ИШЛАР

Профилактик иммунизация

Ўзбекистон Республикасида профилактик эмлашнинг миллий тақвими (календари). 30.08.2002 йилги СанПиН №0132-02 – инфекция касалликлар иммунопрофилактикасини ташкил этиш ва ўтказишнинг қоида ва нормативлари билан белгилаб қўйилган. Қизамиқ ва «В» вирусли гепатитга қарши эмлаш самарадорлигини ошириш мақсадида профилактик эмлашлар тақвимига 01.01.2004 йилдан ўзгаришлар киритилди (буйруқ №494 12.11.2003 йил).

Профилактик эмлашлар тақвими

Ўш	Номланиши
1 суткалик	ВГВ-1
2-5 кун	БЦЖ-1, ОПВ-0
2 ойлик	АКДС-1, ОПВ-1, ВГВ-2
3 ойлик	АКДС-2, ОПВ-2
4 ойлик	АКДС-3, ОПВ-3
6 ойлик	ВГВ-3
12 ойлик	қизамиқ-1
16 ойлик	АКДС-4, ОПВ-4, эпидпаротит
7 ёш	АКДС-5, ОПВ-5, БЦЖ-2
15 ёш	БЦЖ-3
16-17 ёш	АДСМ-6
26 ёш	АДСМ-7
46 ёш	АДСМ-8

Эмлаш ўтказишга қарши тавсиялар 4-жадвалда келтирилган. Вакцинация учун танлов тиббий ходим кўруви ва термометрия ёрдамида (ўткир касаллик бўлмаслиги учун) амалга оширилади. Эмлашдан олдин сийдик, қон таҳлиллари, иммунологик текширувлар ўтказилмайди. Эмлашдан бош тортиш ота-оналар имзоси ва ёки иккита тиббий ходим имзоси билан қайд этилади.

**Профилактик эмлашлар ўтказилишига
қарши тиббий кўрсатмалар рўйхати***

Вакцина	Қарши кўрсатма
Барча вакциналар	Олдинги эмлашларга кучли реакция ёки асоратлар
Барча тирик вакциналар	Иммунтанқислик ҳолати (бирламчи) иммунсупрессия; ёмон сифатли касалликлар Ҳомиладорлик
БЦЖ	Боланинг оғирлиги 2000 г дан кам бўлса Келлоид чандик
АКДС	Асаб тизимининг кучаювчи касалликлари Анамнезда афебрил тиришишлар
Тирик вакциналар: қизамиқ, паротит, қизилча, комбинациялашган ди-ва тривакциналар (қизамиқ-тепки, қизамиқ-қизилча-тепки)га қарши	Аминогликозидларга аллергик реакцияларнинг оғир шакллари. Тепки ва қизамиқ вакциналари учун (айниқса товук эмбрионлари асосида тайёрланган чет эл вакциналари): товук тухуми оқига анафилактик реакция
«В» гепатитга қарши вакцина	Новвой хамиртуришига аллергик реакция

**Ўткир инфекцион ва ноинфекцион касалликлар, сурункали касалликларнинг зўрайиши эмлашлар ўтказилиши учун вақтинчалик қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Режаси эмлашлар бола соғайгандан 2-4 ҳафта кейин реконвалесценция ёки ремиссия даврида ўтказилади. ЎРВИ, ўткир ичак касалликларининг оғир бўлмаган шаклларида эмлаш ҳарорат нормаллашганидан кейин ўтказилади.*

Ўткир ва сурункали касалликлар зўрайишидан кейин режаси вакцинацияни чўзиш уларнинг хавфлигига эмас, балки касаллик асорати ривожланишида вакцинациянинг дискредитацияланишуви (фойдасиз, бекор бўлиш) эҳтимоли сабаблидир. Эпидкўрсатмаларга кўра, иқунингдек қочоқлар, мигрантлар ЎРК, ЎИ ннинг оғир бўлмаган шаклларида 38°C ҳароратда ҳам эмланади. «Эмлашга тайёргарлик» талаб этилмайди, фақатгина вақтинчалик қарши кўрсатма бўлиб турган касалликни даволаш ҳақида сўз юритилиши мумкин. «Соғлиқни мустаҳкамлаш», «гемоглобин миқдорини кўтариш», адаптогенлар, витаминлар ва бошқа «эмлашга тайёргарлик» каби тадбирлар асосланмаган, агар бу тадбирлар зарур бўлса, вакцина юборилгандан кейин ўтказилади.

Сохта қарши кўрсатмалар – ПЭП ва бошқа стабил ёки регрессияланувчи неврологик ҳолатлар, астма, экзема, анемия, туғма нуксонлар, тимус соясининг катталашуви, антибиотиклар, стероидлар билан узок муддат даволаниш ва бошқа диагноزلарни қўллаб эмлашни асосланмаган ҳолда қабул қилмаслик ва бошқалар. Шунингдек сепсис, гемолитик сариклик, зотилжам ёки оила анамнезида мавжуд бўлган эпилепсия, СВСД, кучли эмлаш реакцияларини ўтказган болаларни эмлашдан олиб қолиш асосланмаган. Бундай четлатишлар шифокорнинг болалар ҳақида ғамхўрлиги эмас, балки унинг тиббий саводсизлигидан далолат беради.

Вакциналарни биргаликда юбориш

Боланинг ёшига тегишли барча вакциналар бир вақтда (мушак орасига – тананинг турли соҳаларига) юборилади. БЦЖ шприц ва игналарнинг контаминацияси (аралашиб кетиши)ни олдини олиш мақсадида бошқа вакциналардан олдин ёки кейин алоҳида хонада қилинади.

Инактивирланган вакциналар ва ОПВ дозалари ўртасидаги **оптимальный интервал** 1 ой дан 2 ой гачани ташкил этади, интервалнинг чўзилмагани маъқул, чунки иммун қатламни пасайтиради. Бир ёки бир неча доза ўтказиб юборилса, тўхтатилган серия тақвимда кўрсатилган интервал бўйича давом эттирилади. Тирик вакциналар инактивлашган вакциналардан сўнг хоҳлаган интервалда ва тирик вакциналардан камида 1 ойдан сўнг юборилади.

Махсус гуруҳ болаларини эмлаш

Аллергияли болалар ремиссия (тўлиқ ёки қисман) даврида, зарурат туғилганда эмлашгача 1-2 кун олдин ва эмлашдан кейинги 3-5 кун мобайнида гистаминга қарши воситалар фонида эмланади.

Ингалациядаги ва суртма кўринишидаги стероидлар вакцинацияга қаршилиқ қила олмайди. Астма билан оғриган беморларга вакцинация даврида базис терапия ва β -агонистлар воситалари дозасини 1/3 га кўпайтириш мумкин. Неврологик патологиялари болаларда касаллик зўрайиши бартараф этилгандан сўнг одатдаги тартибда ўтказилаётган даво негизида эмланади. Фебрил тиришишли (судорги) болаларда АКДС юборилгандан кейин 1-2 кунлари ва тирик вакциналар юборилганининг 5 кунидан бошлаб парацетамол тавсия этилади. Иммунотанксизликда инактивланган вакциналар хавфсиз ҳисобланади, бироқ иммуноген бўлмаслиги мумкин, тирик вакциналар юборилмайди, иммуносупрессияли беморларга тирик вакциналар 3 ойдан сўнг юборилади. Маҳаллий ва тизимли, тутиб турувчи дозалардаги кортикостероидлар вакцинацияга қаршилиқ қила олмайди, даво курси < 2 ҳафта бўлса, вакцинация даво курси тугагандан сўнг, даво курси > 2 ҳафта (2 мг/кг/сутка преднизолон) бўлса, эмлаш 1 ойдан кейин ўтказилади. Қон, плазма (10-20 мл/кг), иммуноглобулин (1-2 доза) қўйилиши тирик вакциналар билан эмлашни 3-6 ойга қолдиришни, иммуноглобулин вена орасига юборилса – 6-12 ойга қолдиришни талаб этади. Тирик вакциналар юборилгандан кейин кон препаратлари 2 ҳафта

мобайнида юборилмайди, агар бу зарур бўлса, эмлаш юкорида кўрсатилган муддатларда қайтариллади.

Вакцинал реакциялар – вакциналар йўриқномаларида кўрсатилган кутиладиган ҳолатлар бўлиб, ҳарорат кўтарилиши (баъзан фебрил тиришишлар билан) ва оғир бўлмаган маҳаллий реакциялардир. Камдан кам ҳолларда оғриқ реакциялар (АҚДС дан сўнг каттик чинқирик), аллергияси бор болаларда – терида тошмалар тошиши (кўпинча озик-овқат хатоликлари билан боғлиқ) кузатилади. АҚДС га нисбатан ҳарорат реакциясини олдини олиш учун болага 1-2 кун парацетамол бериш тавсия этилади.

Вакцинация асоратлари камдан кам учрайди, аксарият поствакцинал даврдаги касалликлар эмлашга боғлиқ бўлмайди (5-жадвал). Асоратлар жуда камдан кам ҳолларда вакцина сифати ва уни юбориш техникасининг бузилишига боғлиқ бўлади; кўпинча улар олдиндан башорат қилинмайдиган, индивидуал реакцияни намоён қилади (6-жадвал). Вакцинация техникаси ва қарши кўрсатмага риоя қилмаганлиги сабабли юзага келган асоратлар учун врач маъсулдир.

Даволаш

Анафилактик шок ва коллапс реакцияларида шокка қарши набор (эмлаш ўтказилаётганда унинг бўлиши шартдир): экстрен (зудликда) адреналин гидрохлорид (0,1%) ёки норадреналин гидротартрат (0,2%) тери остига ёки 0,01 мл/кг (0,01 мг/кг) норадреналин) бир марталик дозада мушак орасига юборилади, максимал 0,3 мл, зарурият туғилганда такроран 20 минутдан кейин бемор оғир ҳолатдан чиқсунча юборилади. Агар вакцина тери остига юборилган бўлса, адреналиннинг иккинчи дозаси инъекция ўрнига, абсорбцияни камайтириш учун киритилади; мушак орасига юборилган бўлса, бу муалажа қилинмайди (адреналин мушаклардаги томирларни кенгайтиради), балки имкони борича жгут кўйилади. Самара бўлмаган ҳолатда адреналин 10-20 мл физиологик эритма билан вена орасига юборилади. Н1 ва Н2 – блокаторлар комбинациясини тавсия этиш мақсадга мувофиқдир (димедрол ёки пипальфен циметидин билан биргаликда 15-30 мг/кг/сут), бронхоспазм мавжудлигида – 2,4% зуфиллин эритмаси 4 мг/кг тавсия этилади. Бола ёнбош ётқизилиб, О₂ берилади, тери остига 10% кофеин эритмаси 1-1,5 мл юборилади, кристаллоидлар эритмаси инфузияси ўтказилади. Нафас олиш бузилса – ИВЛ (ўпкани сунъий вентилляцияси) ўтказилади. Стероидлар адреналин ўрнини босмайди, бироқ кечки кўринишлар оғирлигини камайтиради; стероидларни 1-2 мг/кг/сут преднизолон дозасида юборилади.

Энцефалит реакциясида такрорий тиришишлар ҳолатида мушак орасига 0,05 мг/кг диазепам ва 0,2 мл/кг магний сульфати мушак орасига юборилади.

Аллергик реакциялар антигистамин препаратлар билан даволанади.

Поствакцинал даврда қайд этиладиган ноҳўш ҳолатлар

Маҳаллий реакциялар	<ul style="list-style-type: none"> • Вакцина киритилган жойда абсцесс: бактериал, стерил. • Лимфаденит, йирингли лимфаденит; • Оғир маҳаллий реакция: бўғиндан ташқарида шиш, 3 кундан ортиқ терининг кизариши ва оғриши, госпитализациянинг зарурлиги.
МНС томонидан қўшимча реакциялар	<ul style="list-style-type: none"> • Ўткир шалвираган фалаж: барча ўткир шалвираган фалажлар, шу жумладан ВАП, полирадикулонейропатия – Гийен-Барре синдроми (юз нервнинг изоляцияланган парезидан ташқари); • Энцефалопатия: ≥ 6 соат давомида эс-хуш бузилишлари билан кечадиган талвасалар ва 1 сутка ва ундан кўпроқ муддат давомида хулқ-атвордаги ўзгаришлар; • Вакцинациядан кейин 1-4 ҳафта давомида пайдо бўлган энцефалит, энцефалопатияда юзага келувчи белгилар+СМЖ плеоцитози ва/ёки вируснинг ажралиши; • Менингит; • Тиришишлар: ўчоқ белгилариз – фебрил ва афебрил.
Бошқа қўшимча реакциялар	<ul style="list-style-type: none"> • Аллергик реакциялар: анафилактик шок, анафилактик реакция (ларингоспазм, ангионевротик шиш, эшакеми), теридаги тошмалар; • Артралгия: персистерланувчи, транзитор; • Генераллашган БЦЖ – инфекция; • Иситма: енгил ($38,5^{\circ}\text{C}$ гача), оғир (40°C гача) ва гиперпирексия (40°C дан юқори); • Коллапс: тўсатдан оқариш, мушаклар атонияси, эс-хушнинг йўқолиши – 1 кун; • остеит/остеомиелит: БЦЖ дан кейин 6-16 ойдан сўнг; • Узоқ муддат бақариб йиғлаш: 3 соатдан ортиқ; • Сепсис: қондан қўзғатувчи ажралиши билан; • Токсик шок сидроми: бир неча соатдан кейин ривожланади ва 24-48 соатдан сўнг ўлим билан яқунланади; • Вакцинациядан кейинги 4 ҳафта мобайнида

	юзага келувчи барча жиддий ва ғайриоддий бузилишлар, шу жумладан барча ўлим ҳолатлари (бошқа сабаблар бўлмаганда).
--	--

Абсцесс ривожланганда БЦЖ юборилган жой аспирация қилинади, 10% фтивазид суртмаси суртилади; лимфаденит ривожланганда изониазид (10 мг/кг/сут) билан даволаш курси ўтказилади.

6-жадвал

Вакцинация асоратлари

Асоратлар	Вакцина	Муддати*
Анафилактик шок	АКДС, АДС, ЖКВ, ВГВ, ИПВ	4 соат
Коллапс ҳолати (мушак тонусининг пасайиши, оқариш, эс-хушни йўқотиш ёки уйқусираш, юрак-томир ёки нафас етишмовчилиги)	АКДС	3 кун
Энцефалопатия (МНС функциясининг бузилиши, кала суяги ичи босимининг ортиши, эс-хушнинг бузилиши >6 соат, тиришишлар, ЭЭГ да сут тўлқинлар	АКДС, АДС, ЖКВ, ЖПВ	3 кун 5-15 кун
Резидуал тиришиш ҳолатлари (<39°C ҳароратда тиришиш эпизодлари, агар улар эмлашга бўлмаган бўлса ва эмлашдан кейин 1 йил мобайнида қайтарилган бўлса)	АКДС, АДС ЖКВ, ЖПВ	3 кун 5-15 кун
Тромбоцитопеник қизиллик	ЖКВ, қизилча, тривакцина	7-30 кун
Сурункали артрит	қизилча, тривакцина	42 кун
Елка нерви неврити	АС, АДС, АДС-М	2-28 кун
Паралитик полиомиелит (ВАП): <ul style="list-style-type: none"> • эмланган соғлом; • эмланган иммунтанқис; • контакт шахсда 	ОПВ	30 кун 6 ой хар қандай

* Асорат юзага келадиган муддат поствакцинал ҳисобланади.

БОЛАНИНГ ЎСИШИ ВА РИВОЖЛАНИШИ

Жисмоний ривожланиш

Болаларнинг жисмоний ривожланишини уларнинг ёшига мувофиқ баҳолаш жадваллари (ЖССТ жадваллари) мавжуд.

Чала туғилган болалар ҳаётининг биринчи йилида одатда 6-7 кг вазн орттиришади, бу эса ой кuni этиб туғилган болаларнинг орттирган вазнига мос келади. Биринчи йилда уларнинг вазни 4-8 марта ортади.

Асаб - руҳий (нерв-психик) ривожланиш

Боланинг руҳий ривожланишини баҳолаш ўз ичига айрим рефлектор жавоблар ва хулқ-атвор реакцияларини текширишни олади. Бу параметрларнинг бузилиши: агар туғилганданок бўлса анте- ва перинатал патологиядан бўлса – орттирилган патология.

Чакалоқларнинг шартсиз рефлекслари бир неча ойгача сақланади (2-жадвал).

2-жадвал

Чакалоқларнинг асосий рефлекслари

Рефлекс	Тавсифи	Ёши
1	2	3
Бабкиннинг кафт-оғиз рефлекси	Боланинг кафтини бош бармоқ билан босганда (тенор олдини) унинг оғзи очилади (баъзан+кўзлари орқага тортади, оёқлари букилади)	0-3 ойгача
Эшерихнинг оғиз рефлекси	Боланинг устки ёки пастки лабига босганда айланма оғиз бурчаги қискариши юзага келиб, лаблар хартумча шаклига келади	0-1 ойгача
Эмувчи рефлекслар	Оғиз бўйлаб лаблар силанганда лаблар, тилнинг ритмик харакатлари	0-2 ой
Уссмаулнинг кидирув рефлекслари	Боланинг оғиз бурчаклари атрофи силанганда лаблар чўзилади, боши силаган киши томонга бурилади	2-4 ой
Спинал автоматизм		
Ҳимоя рефлекси	Бола қорнига ётқизилса, бошини ён томонга буради (2-3 ойдан сўнг - кўлига таянади)	0-2 ой
Таянч ва кадам ташлаш	Болани олдинга эгилганда	0-3 ой

рефлекслари	оёқларини тўғрилаб, уларга таянади юриш харакатларини қилади	
Робинсон ва Веркомнинг рефлекс	Боланинг кафтига кўйилган предметни ихтиёрсиз ушлаши. Боланинг оёқ кафтига босилса, оёқ бармоқлари букланади	0-3 ой
Бауэрнинг эмаклаш рефлекс	Болани қорнига ётқизиб кўйиб, оёқ кафтига кўл кафти билан босилса эмаклашга ҳаракат қилади	1-16 ҳафта
Моро рефлекс	Қаттиқ товуш, оёқларни букиш, сонга кафт билан секин уришга жавобан кўлларни ёзиш + панжани чалиштириш (ўз танасини кўчоқлаб олиш)	0-4 ой

Боланинг жисмоний ва руҳий ривожланишини тезда баҳолаш учун янада кўлайроқ, содда жадваллар ҳам бор, бу схемалар боланинг руҳий-асаб статуси ёки айрим функциялари қайси ёшга тегишлилигини аниқлашда ёрдам беради. Бола ривожланишидаги бузилишлар аниқланганда, синчковлик билан текшириш ўтказиш ва тегишли малакаларни ривожланишига эътибор қаратиш лозим (3-жадвал).

3-жадвал

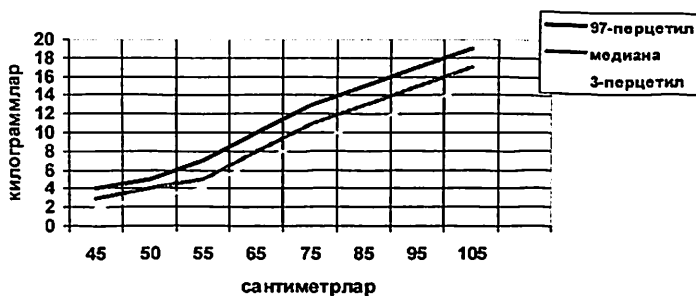
Бола ривожланишидаги ортда қолишни аниқлашнинг скрининг схемаси

Ёш (ойлик)	Моторика	Енгил харакатлар	Атрофдагилар билан мулоқоти	Нутқ
1	2	3	4	5
1	Қоринда ётган ҳолда иягини кўтаради		Ҳаракатланаётган предметни кузатади	Эшитади, кулади
2	Қоринда ётиб, бошини кўтаради		Нигоҳини фиксациялайди, товушга бошини буради	Овозни эшитади, кулади, гудурлайди
3	Қоринда ётади, билакларига ч а кўтариледи, бошини кўтаради	Спонтан ҳолда кўлларини ёзади, ўйинчокқа интилади	Ижтимоий алоқа боғлайди, мусика эшитади, кулади	Кулади, гудурлайди
6	Озрок ўтиради	Ўйинчокни у кўлидан бу	Онасини хоҳлайди, норизолик	Мураккаб товушлар

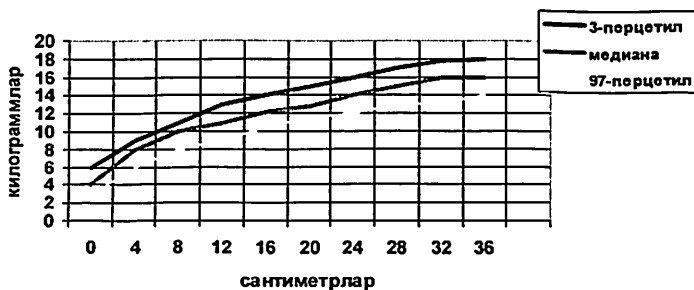
		қўлига олади	ифодаларини билдиради	талаффуз қилади
9	Қўлларига тирианиб туради	Кичик предметларн и қўллари билан ушлайди	Катталар билан ўйнайди, хайрлашади	Товушларга таклид этади (она, ака)
12	Қўлидан тутса юради	«мумкинмас» буйруғи бўйича предметларн и ташлайди	Чакирикка боради, илтимосларни бажаради (Бер, олиб кел)	2-3 та киска маъноли сузларни талаффуз этади
18	Қўлидан тутса, зинапоя бўйлаб юра олади	Қошиқ билан овқат еёди	Катталар қилиғига таклид қилади	аниқ 6 та сўз айта олади
24	Чопади	6 та кубикдан «уй» куради	Бошка болалар билан ўйнайди	2-3 сўздан иборат бирикмаларни айта олади
30	Оёқларини алмаштириб зинапоядан юра олади	9 та кубикдан «уй» куради	Ўйинчокларни йиғиштиради	Ўзини «мен» дейди, исмини билади
36	1 оёқда тура олади 3 оёқлик велосипедни хайдайди	Айлана, крест чиза олади	Қўлларини ювади, хожатга ўзи боради, кийинишига ёрдам беради	Шеърлар билади, 3 тагача предметни санайди
48	1 та оёқда сакрайди	Моделлар бўйича кубиклардан «уй» ясайди	Болалар билан ролларга бўлиниб ўйнайди	Ҳар хил воқеалар гапириб беради
60	Аркон орқали сакрайди	Учбурчакдан нуха кўчира олади	Мустақил кийина олади	4 та рангни айтади, 10 тагача санай олади

3 ёшгача бўлган болаларнинг жисмоний ривожланишни баҳолаш жадваллари (ЖССТ стандарти)

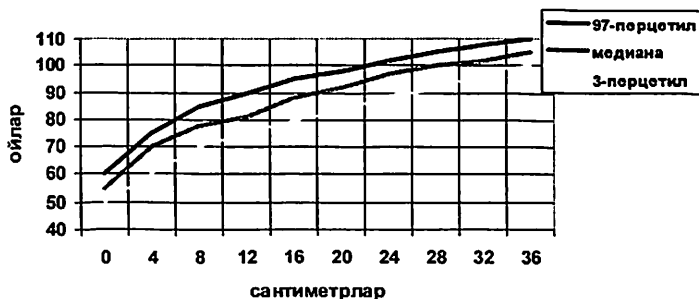
Вазнинг бўйга нисбати



Вазнинг ёшга нисбати



Бўйнинг ёшга нисбати



Жисмоний ривожланишнинг тутилиши

Умумий маълумотлар ва статистика кўрсаткичлари

Боланинг вазни 3-перцетилдан паст бўлса жисмоний ривожланишнинг тутилишидан дарак беради. Жисмоний ривожланишнинг тутилиш сабабларини аниқлаш жуда қийин, бу сабаблар жуда хилма хил: атроф муҳитнинг ноҳўш таъсири, ижтимоий ва рухий омилларнинг таъсири. Барча сабаблар ички ва ташқи сабабларга бўлинади. Ташқи сабабларга: болани яхши парвариш қилмаслик, овқатланишнинг бузилиши. Ички сабаблар: тўймаслик (она кўкрагининг яссилиги, қаттиқ танглай ёриқлиги, ВПС, неврологик бузилишлар, хулқ-атвордаги бузилишлар); йўқотишлар (қушиш, стеаторея, буйрак касалликлари), озик моддаларни ўзлаштиришнинг бузилиши (сурункали инфекциялар, метаболик бузилишлар, эндокрин касалликлар, ирсий синдромлар). Жисмоний ривожланишнинг орқада қолиш сабабларининг 90% - овқатланишнинг бузилиши ва оилавий паст бўйлилик ҳисобланади.

Диагностикаси

- ✓ Ташхис кўйишда анамнез ҳисобга олинади: оилавий паст бўйлилик бўйича ва чала туғилган болаларнинг ўсиш суръати паст.

Физикал текширув. Неврологик симптоматикага, қаттиқ танглай ёриғи бор-йўқлигига, нафас ва ошқозон-ичак бузилишларига эътибор қаратилади, эмизиднинг тўғрилиги баҳоланади. Жисмоний ривожланиш тутилишининг ташқи сабаблари аниқланади.

Лаборатор ва инструментал текширувлар: агар жисмоний ривожланиш тутилишининг ички сабабларига гумон қилинса, қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, сийдикни экиш, экскретор урография, фенилкетонурияга синама ўтказилади, қалқонсимон без ва кариотин гормонлари миқдори текширилади.

Умумий амалиёт шифокори (УАШ) тактикаси

- ✓ Мутахассис - педиатрга консултация учун йўлланма берилади. Мутахассис тавсияларининг бажарилиши назоратга олинади. Бемор ва унинг оиласи рухий қўллаб-қувватланади.

Овқатлантириш

Кўкрак сутида бола учун зарур барча озик моддалар мавжуд бўлиб, бу озик моддалардан ташқари унинг таркибида муҳим инфекцияга қарши омиллар (IgA, лизоцим, лактоферрин, макрофаглар), шунингдек микроорганизмга қарши антителолар ҳам бор.

Болани она кўкрагига дастлабки (биринчи 2 соатда) тутиш физиологик жиҳатдан тўғридир. «Талаб»га кўра болани эмизиш боланинг хусусиятларини эътиборга олишга имкон беради. Бола одатда 2-4 соат ухлайди, шунда эмизишнинг умумий сони кунига 6-8 мартани ташкил этади. Биринчи ҳафтада кўкракни тез-тез бўшатиб туриш унинг кейинчалик тўлақонли сут ажратишига кўмаклашади.

Болани ҳар қандай ҳолатда (ўтириб, ётиб) эмизиш мумкин. Болани юзини кўкракка яқинлаштириб (бурун кўкрак сатҳида бўлади), бир қўлини боланинг боши ва орқасидан ўткази, иккинчи қўли билан кўкракни тутиб туриш лозим. Бунда бола оғзи ним очилади (агар очилмаса унинг лунжини кўкрак билан қитиклаш лозим), бошини орқага ташлайди ва кўкрак учини оғзига олади (пастки лаб кўпроқ), боланинг тили лаб ва кўкрак учи орасида кўришиб туриши лозим. Кўкрак учининг қаттиқ танглай ва тил илдизи билан контакти суриш рефлексини келтириб чиқаради.

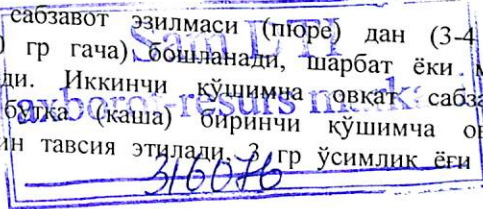
Дастлабки 1-2 ҳафтада болага ҳар сафар иккала кўкракни ҳам тутиш зарур, лактация бошлангандан сўнг – навбати билан. Қолган сут соғиб ташланади.

Сурилган сут миқдорини боланинг ўзи назорат қилади, сутнинг етиш-етишмаслигини боланинг қониқиши, тинч уйқуси (2-4 соат), вазнининг адекват ортиши белгилаб беради. Тез-тез болани тарозига тортиш керак эмас, бу она хавотирини кўчайтиради (тортишдаги хато, бир хил эмизишнинг турлича миқдорлари) ва лактацияни камайтириши мумкин. Бола вазни тортиш, агар бола иккала кўкракни эмгандан сўнг ҳам нотинч бўлса, 2 соатдан кам ухласа ва вазни ортмаётган бўлган ҳолларда ўтказилади.

Бола учун зарур бўлган сут миқдори дастлабки 7 кунда боланинг туғилган пайтидаги оғирлигининг 0,02 миқдорини бола ҳаётининг кунига (неча кунлик бўлса) кўпайтирилганига тенг, кейинчалик бола оладиган сут миқдори унинг оғирлигининг 1/5 қисмига 2 ойгача 1/6 қисмига – 2-4 ойгача ва 1/7 қисмига 4-6 ойгача тенг бўлади.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) болага 6 ойгача кўкрак сутидан бошқа ҳеч қандай кўшимча овқат («Д» витамини ва иссиқ мавсумда сувдан ташқари) бермасликни тавсия этади. Кўшимча овқат 6 ойликдан бошлаб, олдинига 1 та овқатлантириш, кейинчалик кўпроқ овқатлантириш алмаштирилади.

Кўшимча овқатлантириш сабзавот эзилмаси (пюре) дан (3-4 мл ўсимлик ёғи қўшилган 120-140 гр гача) бошланади, шарбат ёки мева эзилмаси (пюре) ҳам берилади. Иккинчи кўшимча овқат сабзавот кайнатмасида тайёрланадиган бўлса (каша) биринчи кўшимча овқат берилганидан 2-4 ҳафтадан кейин тавсия этилади. 3 гр ўсимлик ёғи ёки



сарийғ кўшиб, кунига 200 гр гача етказилади. 7-8 ойликда гўшт солиб қайнатилган сабзавотли шўрва (25-50 мл дан хар бирдан), йил охирида - қайнатилган балиқ берилади.

Шуни қайд этиш лозимки, айрим болаларда кенг тарқалган икки хил овқат (сигир сути ва глютен) кўтара олмаслик ёки аллергияни келтириб чиқариши мумкин.

Бола ҳаётининг биринчи йилнинг I ёшнинг охиригача рациондан сигир сути, буғдой, сўли, жадварнинг чиқарилиши атопик дерматит ва целиакия кўринишлари частотасини камайтиради. Шунинг учун кўкрак билан эмизиш пайтида сут, кефир (аллергияси бор болаларга творог) беришни 9-12 ойликкача, аллергик реакциялар хавфи камайгунча тўхтатиб туриш керак. Печенье, нон (10-20 г кунига), шунингдек маний бутқаси ва сўли бўтқаси (таркибида глютен бўлган) каби овқатларни I ёшнинг охирида берилгани маъқул – бу энтероколит хавфини камайтиради. Тайёр махсулотлардан фойдаланиш кўлайроқ.

НАФАС ОЛИШ ОРГАНЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Юқори нафас олиш органлари касалликлари

Ларингитлар

Ларингит - ўткир ёки сурункали хикилдоқ шиллигининг яллиғланиши.

Асосий ҳолатлар

- ✓ Оммавий авж олиш даври кўпинча вирусли инфекциялар эпидемияси вақтида кузатилади – кеч куз, киш, эрта баҳор. Енгил клиник кўринишларда беморлар уй шароитида бугрли ингаляциялар ёрдамида даволанади. Оғир ҳолатларда бирламчи медицина ёрдами кўрсатиш ташкилотларида юқори миқдорда глюкокортикоидлардан фойдаланилади, адреналин кечиктириб бўлмайдиган ёрдам ҳолатларида қўлланилади. Беморлар қуйидаги ҳолларда госпитализация қилинади. Нафас олганда кўкрак қафасининг тортилиши кузатилса, бактериал трахеит ва зотилжам билан асоратланган, ларингитга шубҳа қилинса.

Диагностикаси

- ✓ Ларингитнинг клиник кўринишига товушнинг бўғилиши, қўпол, бўғлиқ йўтал ва инспиратор хириллашлар киради. Нафас олишнинг қийинлик даражасини ва кўкрак қафаси экскурсиясини бола тинч бўлганда баҳолаш мақсадга мувофиқ (кўркмаган ва йиғламаган ҳолда). Текширувдан кўрув бошида, докторни кўриб бола йиғлашни бошламасдан ўтказган маъқул. Касалликнинг анамнезини йиғиш зарур. Аста-секин ривожланадиган ларинготрахеит одатда тўсатдан пайдо бўладиганга қараганда секин ва оғир кечади. Бир неча кун давомида ларингитли беморда тана ҳарорати адекват давода ҳам пасаймаса унда бактериал трахеит ёки зотилжамни мустасно қилмоқ керак.

Даволаш

- ✓ Вирусли ларингитларнинг этиотроп даволаш (70% ҳолларда – вирусли парагрипп) усули ишлаб чиқилмаган. Физиотерапевтик кабинетларда бугли инголяторлар ёрдамида бугли ингаляцияларни ўтказиш анъанавий симптоматик даво таркибига киради. Уй шароитида ингаляция ваннахоналарда девор ва полларга иссиқ сувни сепиш билан ёки иссиқ сувни очиб қўйиш билан бажарилади. Ота-оналар бола билан бирга хонада бўлишлари лозим. Ингаляциянинг давомийлиги – 15 дақиқа. Куйиб қолиш хавфи бўлгани учун кофе (қахва) қайнатгич ва чойнақларда буг ингаляциясини ўтказиш мумкин эмас. Бундан ташқари буг ингаляциясини самарадорлиги исботланмаган. Бу муолажа

боланинг позитив ёндошишидан келиб чиққан ҳолдагина тавсия қилинади.

Стенозланган ларингитларда дексаметазоннинг 0,6 мг/вазнига м/о буюриш самара беради. Кейинроқ бу дозани 1-2 марта қайтариш мумкин. Самара секин ривожланади. Преднизолон алтернатив ҳисобланади.

Шовқинли хуштакли нафасда адреналинни небулайзер ёрдамида 0,5-1,0 мг/вазнига 5-10 дақиқа давомида ингаляция ҳолатида киргизиш тавсия этилади. Бирламчи ёрдам кўрсатилгандан 1-2 соат кейин белгилар қайталаниши мумкин, шунинг учун касалларни госпитализация қилиш ёки поликлиника шароитида кўрсатилган вақт тугагунча назорат қилиш керак.

Госпитализацияга кўрсатма:

- Нафас етишмовчилик яққоллигини баҳолаб бериш;
- Қўпол ларингитли йўтал ва бўғилган овозли беморларни уйда даволаш мумкин;
- Инспиратор хириллашли, бироқ кўкрак қафасида тортилишлар кузатилмаган болалар тезроқ тузаладилар ва госпитализация талаб этилмайди;
- Болаларда ковурағалараро тортилиш сезиларли ва нафас олиш ёрдамчи мушаклар иштирокида кечса, жадал даво талаб қилинади. Бундай клиник кўринишдаги беморларни госпитализация қилиш лозим;
- Ларингитли беморда анъанавий даволаш ёрдам бермайдиган иситма пайдо бўлиши госпитализация қилишни талаб этади, чунки бактериал трахеит мавжудлиги шубҳа қилинади.

Эпиглоттит

Ўткир эпиглоттит ҳикилдоқ копқоғи шиллик пардасининг юқумли касаллиги, ҳаётга хавф солувчи нафас йўллари обструкциясини келтириб чиқариши мумкин.

Асосий ҳолатлар

- ✓ Деярли барча ҳолатларда болалардаги бу касалликни *Haemophilus influenzae* В типиде келтириб чиқаради. Эпиглоттитга жиддий шубҳа қилинганда, бола оғзини очиш ва ҳикилдоқни текширишга ҳаракат қилмаслик лозим, балки болани ота-онаси билан биргаликда касалхонага олиб келиш зарур.
Агар болада эпиглоттит бўлмаса, бироқ симптоматикаси бу касалликка ўхшаса, болани стационардан уйга даволаниш учун жавоб беришдан олдин ҳикилдоқ копқоғи ва ҳалқумни текшириш зарур.
Нафас йўллари обструкцияси хавф солганда биринчи навбатда беморга ниқоб орқали кислород бериш зарур. Агар ниқоб орқали ўпка вентилляцияси бемор аҳволининг яхшиланишига олиб келмаса, трахеяни интубациялаш (махсус металл найча билан нафас йўлини очиш) ёки йўғон игна билан трахеяни пункциялаш зарур (муолажани танлаш шифокор малакаси ва тажрибасига боғлиқ).
Ниб – инфекцияга қарши вакцинация ўтказиладиган давлатларда касалликнинг сезиларли камайиши кузатилмоқда.

Диагностикаси

- ✓ Мактаб ёшигача бўлган болаларда тезда (бир неча соат ичида) тана ҳарорати фебрил кўрсаткичгача кўтарилади, овоз бўғилиши, хансираш, сўлак оқиши кайд этилади. Томоқда кучли оғриқ кузатилади. Бола бўйнини буролмайдиган ҳолатда бўлади. Эпиглоттитда одатда йўтал бўлмайди, бироқ ларингитдан фарқли равишда сўлак оқиши ва боланинг беҳаловатлиги бу касаллик учун хосдир.

Даволаш

- ✓ Оғиз бўшлиғи ва ҳалқум шиллик пардасига шикаст етказувчи ҳар қандай муолажадан, шунингдек болани кўркитувчи муолажалардан сақланиш лозим.
Беморни онасининг тиззасида ўтирган ҳолатида касалхонага олиб бориш зарур.
Беморга ниқобни оғзи атрофида ушлаган ҳолда кислород бериш зарур (агар бу муолажа болада кўркув уйғотмаса).

Нафас йўллари обструкцияси хавфи:

- ✓ Ниқоб ёки интубация найчаси ёрдамида СЎВ (сунъий ўпка вентилляцияси) тавсия этилади. Кўпинча юқори нафас йўлларида ҳаво

босимини оширишнинг ўзи нафас йўлларида тиркиш очилиши учун етарли бўлади.

- ✓ Никобли СЎВ самара бермаганда, кичик диаметрли найча (найча диаметри бемор жимжилоғи йўғонлигидан катта бўлмаслиги керак) билан трахея интубацияси тавсия этилади. Агар 10-20 секунд ичида беморни интубациялаш иложи бўлмаса ёки шифокорнинг интубация қилиш бўйича тажрибаси бўлмаса, йўғон игна билан трахеяни қалқонсимон ва узуксимон тоғайлар оралигида, трахеяга перпендикуляр тарзда пункциялаш тавсия этилади. Сўнгра игнага 20-миллиметрли шприцга, шприц эса вентиляция копига ўтказгич ёрдамида ўланади. Вентиляция учун 100% кислороддан фойдаланилади.

Антибиотикотерапия: цефуроксим венага юборилади: у эпиглоттитлар чакирувчи, кўп учрайдиган кўзгатувчилар – гемофил таёқчалар ва β -гемолитик стрептококкларга нисбатан самарали ҳисобланади.

Болаларда ўткир ўрта отит

Асосий ҳолатлар.

- ✓ Ўткир ўрта отитда боланинг ўрта қулоқ бўшлиғида йирингли ўткир яллиғланишнинг яққол кўринишлари ва эпителийнинг ёмонлашуви кузатилади.

Секрецияли ўрта отит – болаларда яллиғланишнинг яққол белгилари (эшитишнинг ёмонлашувидан ташқари) кузатилмайди, ваҳоланки ўрта қулоқ бўшлиғида доимий йиринг (экссудат, трансудат) бўлса ҳам.

Ўрта қулоқ бўшлиғида йиринг бўлмаса ўрта отит ташхиси қўйилмайди.

Статистик маълумотлар

- ✓ Ўрта отит ёки унга шубҳа қилиш – поликлиника шифокорига болалар билан мурожаат қилишнинг энг кўп кузатиладиган сабабларидан бири. Болалар ўртасида ўткир ўрта отит частотаси популяциянинг камида 40:1000 одамни ташкил этади. Касаллик кўпинча 6 ойликдан 2 ёшгача бўлган даврда кўп учрайди. Болаларнинг 40% анамнезида 1 ёшгача ўткир отит билан оғригани, 70% да эса 2 ёшгача оғригани маълумдир. Ўткир ўрта отит кизларга нисбатан ўғил болаларда кўпроқ пайдо бўлади (6:4 нисбатни ташкил этади).

Касаллик октябрь–декабрь ва март–май ойларида кўпроқ кузатилади.

Хавф омиллари

- ✓ Ўткир ўрта отит ривожланишидан олдин ЎРВИ (риновирус, аденовирус, РС-вирус инфекция, грипп) ўтказилади. Аденоидларнинг катталашуви эшитиш найи дисфункциясига сабаб бўлади.

Тамаки тутунини хидлаш киприкчали эпителий функцияси ва шиллик пардаларга салбий таъсир кўрсатади.

Ҳеч бўлмаганда 4 ойгача кўрак сути билан боқиш болалар ҳаётининг биринчи йилида ўткир ўрта отит ривожланиши хавфини камайтиради.

Диагностикаси

- ✓ Отоскопия ёрдамида аниқланадиган патологик белгилар: ноғора пардаси ҳаракатчанлигининг бузилиши, хира ранг, сарғиш ёки қизил ранг, ноғора пардаси томирларининг инфизицираниши, шишиши. Ноғора пардаси ортида суюқлик борлигини кўриш мумкин.

3-4 ёшли боланинг эшитиш қобилиятини пичирлаб гапириб ёки камертон ёрдамида текшириш мумкин. Кўпинча ота-оналар кузатуви ёрдам беради.

Болага ўткир ўрта отит ташхисини қўйиш учун қуйидаги белгиларни аниқлаш лозим: қулоқда оғрик, тундаги нотинчлик, эшитишнинг бузилиши, қулоқдан суюқлик оқиши, иситма, иштаҳанинг ёмонлашуви ёки ОИТ бузилишлар. Ўткир ўрта отитдан олдин одатда, юқори нафас йўлларида инфекция жароён ўтказилган бўлади.

Даволаш

- ✓ Ўткир ўрта отитнинг клиник ўртача оғирликдаги ва оғир кўринишлари антибиотиклар билан даволанади.

Консерватив даволаш самара бермаганда ва асоратлар кўшилганда тимпаноцентез (парацентез) тавсия этилади.

Беморнинг навбатдаги ташрифида эшитиш қобиляти ва ногора пардасининг ҳаракатчанлиги текшириб кўрилади.

Агар болада сўнгги 6 ой ичида ўткир ўрта отит билан оғриш 3 ёки ундан кўп марта содир бўлса, профилактик антибиотикотерапия ёки хирургик даво (масалан, аденоидларни олиб ташлаш) тайинланади.

Антибиотикни танлаш

Куйидаги руйхатда келтирилган биринчи антибиотик асоратланмаган ҳолатларда тавсия этилади:

4 ёшдан кичик болалар:

- 1) Амоксициллин 40 мг/кг/сут (максимал доза 80 мг/кг/сут) 2 марта;
- 2) Ко-тримаксазон 2 маротаба қабул қилинади;
- 3) Амоксициллин + клавулан кислота 2-3 марта;
- 4) II авлод цефалоспоринлари;
- 5) Азитромицин.

Антибиотикотерапия давомийлиги 5-7 кун. Антибиотикотерапиянинг қисқа курси (5 кун) 8-10 кунлик курс каби самарали ҳисобланади, бироқ рецидив кузатилиши мумкин. Қасалликнинг чўзилувчан ёки рецидивланувчи шаклида даволаниш курси – 10 кун, баъзида эса 14 кун (ёки антибиотик алмаштирилади).

Онда-сонда (масалан, тунда) оғриксизлантирувчи таъсирга эга қулоқ томчиларидан фойдаланиш мумкин. Қулоқ томчиларини мирингит билан оғриган беморларга ҳам тавсия этиш мумкин. Оғриқдан шикоят қиладиган ёки тунда тез-тез уйғонадиган болаларга парацетамол тайинланади.

Уйқу вақтида бошни баландроқ қўйиш нафас йўллари инфекциясининг клиник кўринишларини енгиллаштириши мумкин.

Қасалликнинг дастлабки бир неча кунда томир торайтирувчи бурун томчиларидан фойдаланилиш мумкин. Антигистамин препаратлар фойдасиз.

Тонзиллит

Тонзиллит – бу танглай муртаklarининг яллиғланиши (одатда сурункали).

Ангина – танглай муртак безлари ва халқум шиллик пардасининг яллиғланиши билан кечадиган ўткир инфекциян касаллик.

Асосий ҳолатлар

- ✓ Ангинани кўпроқ - Streptococcus pyogenes (β-гемолитик стрептококк А гурухи) микроблари кўзғатади. Касаллик 2 ёшгача кам учрайди.

Ангина

Диагностикаси

- ✓ Клиник манзараси: ўткир бошланиш, томоқда кучли оғрик, ютиниш ва гаплашишда оғрик кучаяди, оғиздан ёқимсиз ҳид келади, тана ҳарорати 38°C дан юқори.
Физикал текширув: Танглай муртаklари шишган, муртаklар юзасида йиринг тўпланганлиги кўриниб туради. Халқум шиллик пардаси шишган ва кизарган. Бўйин лимфа тугунлари катталашган, пайпасланганда оғрийд.

УАШ тактикаси

- ✓ Феноксиметилпенициллин, 25-50 мг/кг/суткасига (максимал доза – 3 г суткасига) 2-3 марта 10 кун мобайнида ичилади ёки эритромицин, 25-50 мг/кг/суткасига (максимал доза – 2 г/суткасига) 10 кун мобайнида 2-3 мартадан ичилади. Оғир ҳолларда прокаинбензилпенициллин, 1-1,5 млн бирлик/суткасига мушак орасига 3-5 кун давомида юборилади, сўнгра феноксиметилпенициллин юқорида келтирилган схема бўйича 10 кун давомида юборилади.

Симптоматик даво: тўшак режими; кўп микдорда суюклик, томоқ фарғара қилинади, масалан, аспирин билан; оғриксизлантириш учун парацетамол берилади.

Ингаляция ва антисептик дорилар ичиш чекланади (улар халқумни кичиштиради).

Бурундан нафас олишни енгиллаштириш учун тумовга қарши воситалар 3 сутка давомида тайинланади.

Сурункали тонзиллит

Диагностикаси

- ✓ Танглай равоқларининг кизариши ва танглай муртаklари ва равоқлари ўртасида чандикли кўшилишлар.
Ғовакли, ёки чандикли - ўзгарган қаттиқлашган муртаklар.
Казеоз – йирингли тикинлар ёки лакуналардаги суюқ йиринг.
Регионал лимфаденит

Юқорида қайд этилган белгилардан икки ёки ундан ортиғи мавжуд бўлганда сурункали тонзиллитга ташхис қўйилади.

Муртаклар юзасидан суртма олинади. Қон таҳлили: анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ ортади.

УАШ тактикаси

- ✓ **Консерватив даволаш** йилига 2 марта куз-бахор мавсумида ўтказилади; тез-тез рецидивларда – йилига 4 марта: Антибиотикотерапия 10 кун НЯҚП - кўрсатма бўйича, кальций препаратлари, аскорбин кислотаси.

Маҳаллий даво: лакуналар ичидаги моддани чиқариб ташлаш, антисептик эритмалар билан чайиш, ультратовуш терапия, лазертерапия, балчиқ билан даволаш, УВЧ, СВЧ.

Хирургик даво – тонзилэктомия.

Кўрсатмалар:

- қўлланилган даво самара бермаганда;
- декомпенсация (якқол намоён бўлган тонзилоген интоксикация, паратонзилляр абсцесслар, рецидивланувчи паратонзиллитлар);
- ўтказилган ревматизм.

Паллиатив даво: муртаклар дерматокогуляцияси, лакуналарни кириб тозалаш, криотаъсир лазер деструкция.

Умумий тавсиялар: кун тартибига тўғри амал қилиш, рационал овқатланиш, жисмоний бадантарбия, инфекция учокларининг санацияси (милклар, тишлар, синуситлар, отитлар); организмни чиниктириш, хаводаги чангни бартараф этиш.

Пастки нафас олиш органлари касалликлари

Бронхитлар

Ўткир бронхит

Этиологияси

- ✓ 95% - вируслар, 5% - микоплазма, хламидиялар

Диагностикаси

- ✓ Вирусли бронхит токсикозсиз, кўпинча субфебрил ҳароратда 1-3 кун давомида ривожланади, хансираш ўртача (минутига 50 тагача), обструкциянинг клиник белгиларисиз кечади.

УАШ тактикаси

- ✓ Оғир қуруқ йўталда - йўталга қарши дори-воситалари, зарурият бўлса – муколитиклар тавсия этилади. Мукаплазмали ва хламидияли бронхитларга шубҳа қилинса – макролидлар (эритромицин, макропен) тавсия этилади.

Бронхиолит

Этиологияси

- ✓ РС – вирус, парагрипп, грипп, энтеровируслар.

Диагностикаси

- ✓ Обструктив бронхит ЎРВИ нинг 1-3 кунига ривожланади: хуштаксимон хириллашлар, қуруқ кам йўтал, хансираш 1 минутга 50, камдан – кам 60-70 мартагача кузатилади. Бронхитда обструкция шиллиқ қатлам гиперсекрецияси билан шишиши сабабли юзага келади. Майда пуфакчали хириллашлар кўплиги хос, хансираш минутига 70-90 марта.

УАШ тактикаси

- ✓ Ораль регидратация 100 мл/кг/суткагача. Намоён бўлган обструкцияда: β-агонистлар (сальбутамол 1 мг) қабул қилинади. β-агонистлар самара берилса – касалхонага ётқизилади.

Рецидивланувчи оддий бронхит

- ✓ Обструкциясиз бронхит, эпизодлари 1-2 йил давомида 2-3 марта ЎРВИ фонида такрорланади. Рецидив ўртача хансирашли ўткир бронхит каби кечади, йўтал олдиниға қуруқ, сўнгра хўл, шиллиқ ёки шиллиқ-йирингли балғам билан кўпинча 3-4 ҳафта давом этади, умумий ҳолат сезиларли бузилмайди. Қуруқ ва ўртача ҳамда йирик пуфакчали сийрак хириллашлар эшитилади.

Рецидивлар ЎРВИнинг мавсумлиги билан мос тушади. Рецидивлардан ташқари симптомлар йўқ, бироқ «йўталиш тайёргарлиги» (юрганда, жисмоний зўриққанда ёки рухий (психик) тарангликда) сакланиб қолади. 80% гача беморларда аллергия белгилари мавжуд бўлади.

УАШ тактикаси

- ✓ Ўткир бронхитдаги каби-антибиотиклар тавсия этилмайди. Кетотифен (0,05 мг/кг/сут) билан 3-6 ой даволанади. Бактериал вакциналар – рибомунил, ИРС-19 қабул қилиш билан даволаш ўзини оқлаган.

Рецидивланувчи обструктив бронхит (РОБ)

- ✓ Обструкция эпизодлари ЎРВИ фонида такрорланади ва астмадан фарқли равишда хуруж қилмайди. Аллергияси бор болаларда РОБ кўпинча астманинг дебюти ҳисобланади.

УАШ тактикаси

- ✓ Ўткир эпизод – обструктив бронхитдагидек. Аллергияси бор болаларга аллергенларни бартараф этиш тавсия қилинади. Кетотифен билан базис даволаниш – 0,05 мг/кг/сут – 3-6 ой, оғир ҳолларда – касалхонага ётқизилади. Бактериал вакциналар ИРС-19, имудон, рибомунил билан даволаниш тавсия этилади.

Сурункали бронхит

- ✓ Бронхларнинг сурункали тарқалган яллиғланишли зарарланиш такрорий кучаяди. Болаларда одатда сурункали ўпка касалликлари аломати ҳисобланади.

Мустақил касаллик сифатида камдан кам ташхис қўйилади - балғамли йўтал мавжудлигида ва доимий хириллашлар 3 ой ва ундан кўп вақт мобайнида, йилига 3 ёки ундан кўп зўрайишлар кузатилса, шу ҳол 2 йил кетма-кет такрорланса, бошқа патология бўлмаса, мустақил касаллик ҳисобланади.

Зотилжам (Пневмония)

Умумий маълумотлар

- ✓ Зотилжам - ўпка паренхимасининг ўткир инфекцион касаллиги бўлиб, нафас бузилиши синдроми ва/ёки функционал маълумотларга кўра, шунингдек рентгенограммадаги инфилтратив ёки учокли ўзгаришларга қараб ташхисланади. Зотилжамнинг инфицирланиш шароитларига қараб 1 ойликдан катта болаларда *касалхонадан ташқари* – уй ва *касалхона ичи* – госпитал зотилжам фарқланади. Амбулатория шароитларида оғир бўлмаган касалхонадан ташқаридаги зотилжамларни даволаш мумкин. *Касалхонадан ташқаридаги зотилжам* деганда бола ҳаётининг одатий шароитларида юзага келган зотилжамга айтилади. *Касалхона ичи зотилжам*и эса боланинг стационарда 72 соат ичида ёки стационардан чиққандан кейинги 72 соат ичида ривожланади. Клиник-рентгенологик кўрсаткичлар бўйича ўчоқли, ўчоқли-аралаш, бўлакли (крупоз), сегментли, интерстициал зотилжамлар фарқланади. Оғир ва оғир бўлмаган зотилжамлар фарқланади. Зотилжамнинг оғирлиги ўпка-юрак етишмовчилиги, токсикоз, инфекцион – токсик шок, ўпка асоратлари (плеврит, ўпка деструкцияси) га боғлиқ бўлади.

Диагностикаси

- ✓ 3 сутка ва ундан кўп вақт мобайнида ҳарорат 38°C. Ҳансираш (2 ойгача бўлган болаларда минутига 60 тадан ортик, 2 ойликдан 1 ёшгача бўлган болаларда минутига 50 тадан ортик, 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларда минутига 40 тадан ортик) ва бронхиал обструкция йўқлигида кўкрак қафасининг буртган жойларининг тортилиши, локал хириллашлар, нафаснинг заифлашуви.

УАШ тактикаси

- ✓ Оғир бўлмаган касалхонадан ташқари зотилжамларда аксарият ҳолларда рационал антибиотикотерапия ўтказилиши етарлидир. Этиологик диагностикаси мураккаблиги сабабли амалиётда даволаш эмпирик тарзда ўтказилади. Жадвалда турли ёш гуруҳларида касалхонадан ташқари зотилжамнинг эҳтимолий кўзгатувчилари ва уларни даволаш тактикаси берилган. Оғир зотилжамли болалар касалхонага ётқизилади.

**Касалхонадан ташқари зотилжамда
қўлланиладиган бошланғич препаратларни танлаш***

Ёш, шакли	Этиологияси	Бошланғич препарат	Самара бермаганда алмаштириш
1-6 ой, типик (Фебрил. Инфилтратив соя билан)	E.Coli, бошқа энтеробактери ялар, стафилококк, камдан кам пневмококк ва В типдаги H.influenzae	Қабул қилинади: вена орасига амоксициллин/клавуланат вена орасига, Мушак орасига: ампициллин/оксациллин, ёки цефазолин + аминогликозид	в/о, м/о: цефуроским, цефтриаксон, линкомицин, ванкомицин, карбапенем, аминогликозидни алмаштириш
1-6 ой, атипик (амфебрил, диффуз)	Cht.trachomatis, камдан кам P.jiroveci (олдинги carinii), U urealyticum	Қабул қилинади: макролид	Қабул қилинади: контримоксазол
6 ойлик – 6 ёш типик асоратланмаган (гомоген)	Пневмококк (+H.influenzae капсуласиз, камдан кам Б типли)	Қабул қилинади: Оспен, амоксициллин, азитромицин, макромед	Қабул қилинади: амоксициллин/клавуланат, цефуроским – аксетил.
6-15 ёш, типик асоратланмаган (гомоген)	Пневмококк	(лактамлари кўтара олмаслик ҳолатларида) мушак орасига: пенициллин	В/о, м/о: пенициллин, линкомицин, цефазолин, цефуроским, цефтриаксон
6-15 ёш, атипик (ногмоген)	M.pneumoniae, Chl.pneumoniae	Қабул қилинади: азитрамицин, макролид	Қабул қилинади: доксициклин (>12 ёш)
6 ойлик – 15 ёш, плеврит, ёки деструкция билан асоратланган	Пневмококк, H.influenzae В типдаги, камдан кам стрептококк	в/о, м/о: пенициллин, ампициллин, цефуроским, амоксициллин/клавуланат	в/о, м/о: цефалоспорин I-III авлод + аминогликозид, левомецетин

* Таточенко В.К. Педиатру на каждый день, М., 2003

Нафас органлари касалликлари билан оғриган болаларни диспансеризацияси ва реабилитацияси

- ✓ Ўткир бронхит билан оғриб ўтган болалар 1 йил давомида диспансер назоратда бўладилар.

Текширувдан ўтиш частотати: 3 ойга 1 марта, ЛОР – йилига 2 марта.

Профилактик эмлашлар соғайгандан 2 ҳафтадан сўнг ўтказилади.

Соғайиш йўллари:

- 1) Рационал овқатланиш;
- 2) Нафасни коррекциялаш - қориндан тўлиқ нафас олишни тиклаш, гипервентиляцияни бартараф этиш;
- 3) Сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш;
- 4) Интеркуррент касалликлар даврида специфик профилактика – тозаловчи нафас машқлари, профилактик физиомуолажалар, иссиқ ванналар, горчичниклар, нуктали сегментар массаж.

Рецидивланувчи бронхит билан оғриган беморлар диспансер назоратида 2 йил бўладилар.

Соғайиш йўллари: ЛФК, иммунстимулловчи терапия, санаторияда доволаниш.

Ўткир зотилжамни ўтказган болаларда стационарда суперинфекция ривожланиш хавфининг юқорилиги сабабли реабилитация тадбирларини санаторий ёки поликлиникада ўтказилади.

Диспансер назоратининг давомийлиги – 1 йил. Кўрувдан ўтиш частотаси: педиатр – 3 ёшгача бўлган болалар - ҳар чорақда 2 марта, 3 ёшдан катталар - ҳар чорақда 1 марта, ЛОР – йилига 2 марта.

Кўшимча текширувлар: умумий қон таҳлили, ФВД, ўпка рентгенографияси - кўрсатма бўйича.

Профилактик эмлашлар соғайгандан кейин 2-3 ҳафтадан сўнг.

Соғайиш йўллари:

- 1) Жисмоний машқларни мунтазам кўпайтириб бориш;
- 2) ЛФК, нафас машқлари;
- 3) Массаж;
- 4) Чиниктириш (сувнинг ҳароратини 5-7 градусга кўтариш ва аста секин таъсирни кўчайтириш);
- 5) Биостимуляторлар;
- 6) Витаминлар (гр.В, С, А);
- 7) Овқатланиш режими, тоза ҳавода сайр;
- 8) Сурункали инфекция ўчоқларини санациялаш;
- 9) Интеркуррент касалликлар даврида махсус профилактика.

Нафас йўлларининг ўткир касалликлари профилактикаси

- ✓ Бирламчи профилактика яшаш шароитларини, атмосфера ҳавосини яхшилашга, сенсбилизацияни олдини олишга, рахит, гипотрофия, паратрофияни олдини олишга, грипп иммунопрофилактикасини ўтказишга қаратилган тадбирлар мажмуасини ўз ичига олади. Соғлом турмуш тарзи ва чиникиш – махсус тадбирлар сифатида кундалик турмуш жараёнида ҳам, хонада кизиб кетиш ва ўраб-чирмашга қарши курашда ҳам катта роль ўйнайди. Тоза ҳавода сайр этиш нафақат чиниктиради, балки ҳаво-томчи инфекциялари эхтимоллигини камайтиради.
- ✓ Бурун, ҳалқум ва димоғдаги ўчокларни санациялаш муҳим роль ўйнайди. Ифлосланган атмосферали саноат шаҳарларида истиқомат қилувчи болаларни ёз мавсумида шаҳар четига олиб чиқиш лозим, бу эса бронхлар гиперфаоллигини ва касалланишни камайтиради.

Бронхиал астма

Бронхларнинг сурункали аллергияк яллиғланишлари, уларнинг даврий буғилиш хуружлари пайдо бўлиши билан характерланадиган гиперфаоллиги асосидаги касалликдир.

Этиологияси

- ✓ Асосий маиший аллерген – канна. Қазғоқ ва мушук, ит жуни, пат ҳам муҳим ролей ўйнайди. Сувараклар экстрементлари, қурук балиқ озуқаси, дарахтлар ва ўт-уланларнинг чанглагичлари, зах иморатларда - замбуруғ споралари. Эрта ёшда - озиқ-овқат аллергенлари. Аспирин ва бошқа НЯҚП (ностероид яллиғланишга қарши препаратлар) «аспиринли» астмани келтириб чиқаради. Бундан ташқари, астманинг аксарият ҳоллардаги триггери - тамаки тутуни, об-ҳавонинг ўзгариши, жисмоний зўриқиш, руҳий (психик) омиллар, ЎРВИ ҳисобланади.

Диагностикаси

- ✓ Буғилиш хуружлари, астматик статус, астматик бронхит, спастик йўтал хуружлари. Зўрайиш ва ремиссия даврлари фарқланади. Оғирлигига қараб бронхиал астма енгил, ўртача оғир ва оғир шаклларига бўлинади (8-жадвал).

8-жадвал

Болаларда бронхиал астманинг оғирлик мезонлари

Белгилари	Енгил	Ўртача оғир	Оғир
Хуружлар частотаси	Ойига камида 1 марта	Ойига 3-4 марта	> 1 марта ҳафтасига
Хуружлар характери	Енгил	Ўртача оғир ФВД бузилиши билан бирга	Оғир ёки астматик статус
Тунги хуружлар	Сийрак ёки йўқ	Ҳафтасига 2-3 марта	Деярли ҳар куни
Жисмоний фаоллик	Нормал	Пасайган	Кескин пасайган
Суткалик пневмотахометрия ўзгаришлари	<20%	20-30%	>30%
Ремиссия характери	Симптомларсиз, ФВД норма	Тўлиқсиз ремиссия – клиник ва ФВД бўйича	Нафас етишмовчилигининг сақланиши
Ремиссия даври	3 ва ундан кўп ой	< 3 ой	1-2 ой
Жисмоний	Бузилмаган	Бузилмаган	Орқада қолиш,

ривожланиши			дисгармонизм
Хуружларни бартараф этиш усуллари	Спонтан тарзда ёки бронхолитикнинг битта дозаси	Ингаляция билан бронхолитиклар, в/о, м/о, баъзида стероидлар ингаляцияси	в/о, м/о бронхолитиклар + стероидлар

Астма хуружига таъхис чўзилган нафас чиқариш, хуштаксимон хириллашлар, ортопноэ, оғирлик даражасига қараб қўйилади.

Болаларда кўпинча атопик астма кузатилади. Унинг оғирлиги максимал белгига қараб баҳоланади.

УАШ тактикаси

- 1) Бронхлар шиллиқ қаватидаги яллиғланиш ўзгаришларини бартараф этишга йўналтирилган базис даволаниш;
- 2) Хуружни даволаш.

Бронхиал астмани базис даволаш оғирлик даражасига боғлиқ равишда ўтказилади. Астмани босқичма-босқич даволаш ёндошуви 9-жадвалда келтирилган

9-жадвал

Бронхиал астмани даволашдаги босқичма-босқич ёндашув

Оғирлик	I- босқич енгил	II-босқич ўртача оғирлик	III-босқич оғир
Хуружни олдини олишга йўналтирилган базис терапия			
Яллиғланишга қарши терапия	Натрий хромогликати суткасига 4 марта ёки натрий недокромил – суткасига 2 марта	Натрий хромогликат суткасига 4 марта, ёки натрий недокромил суткасига 2 марта кам самара берган ҳолларда 6-8 hafta мобайнида ингаляцион стероидларга (ўртача дозада) алмаштирилади	Ингаляцион стероидлар (юқори дозада). Симптомларнинг нотўлиқ назоратида уларнинг дозаси кўпайтирилади ёки ораль стероидлар тавсия этилади (қисқа курс)
Узоқ таъсирли бронходилляторлар стероидларга қўшимча равишда	Кўрсатилмаган	Узоқ таъсирли теофиллинлар ёки В2 - узоқ таъсирли агонистлар	Узоқ таъсирли теофиллинлар ёки В2 - узоқ таъсирли агонистлар

Симптоматик даволаш (симптомларни тезда бартараф этиш учун)

Бронходиллятаторлар	Эпизодлар билан қисқа таъсирли В2 агонистлари ва/ёки бромид ёки интраптопия ёки қисқа таъсирли теофиллин 5 мг/кг	Ингаляцион В2 - қисқа таъсирли агонистлар суткасига 4 марта ва/ёки интраптопия бромид ёки қисқа таъсирли теофиллин бир марталик 5 мг/кг дозада
---------------------	--	--

Даволашни назорат қилиш

- ✓ Даволашни назорат қилиш объектив белгиларни (диспноэ, ёрдамчи мушаклар иштироки, нафас шовқинларининг намоён бўлиши, пневмотахометрия, оғир хуружларда SaO_2 , кон газлари) намоён бўлиш даражасига кўра амалга оширилади. Астманинг ва асосий даволанишнинг кечилиши назорат қилиш учун ота-оналар томонидан кундалик юритиш муҳимдир, бу кундалиқда улар астманинг кунлик белгиларини (хуштаксимон нафас чиқариш ва хириллашлар, ҳансираш, тунги симптомлар, астманинг хуружлари), пневмотахометрия маълумотларини (5 ёшдан катта болаларда), қўлланилган дори-дармонларни қайд этиб борадилар. Кундалиқни юритиш ўз-ўзини назорат қилишни ва касаллик туфайли юзага келадиган муаммоларни ҳал этишдаги мустақилликни ривожлантиришда ёрдам беради. Даволаниш муваффақиятлилигининг гарови – доимий малакали кузатувда бўлиш. Навбатдаги текширувда ота-она қайдларини, объектив маълумотлар (ФВД инobatга олган ҳолда) таҳлили асосий (базис) даволанишнинг самарадорлигини баҳолаш ва зарурий тузатиш киритиш имконини беради.

Профилактикаси

- ✓ **Бирламчи профилактика**, асосан, соғлом турмуш тарзи элементларини ўз ичига олади. Бу нормал ҳомиладорликни таъминлаш ва зарарли омилларни бартараф этиш (озик-овқат алергенлари, чекиш, дори-дармонлар, профессионал зарар), кўкрак сути билан эмизиш, боланинг теварак атрофидан облигат алергенлар (ҳайвон, жонивор, пат, чанг тўплагич)ни олиб ташлаш, ҳавонинг тозалиги (пассив чекиш, кимёвий ифлослантирувчилар), чиниктиришдан иборат.
- ✓ **Иккиламчи профилактика мақсади** – астманинг хуружлари ва унинг оғирлашувининг олдини олиш. Соғлом турмуш тарзини юқорида кўрсатилган элементлари билан бирга, бемор атрофидан алергенларни имкон қадар батамом бартараф этиш лозим. Иккиламчи профилактиканинг (даволашнинг ҳам) муҳим элементларидан бири ота-оналар ва бемор ўсмирларни астма мактаб дастури бўйича ўқитиш ҳисобланади.

Бола рационадан астмани зўрайишига олиб келувчи ёки теридаги тошмаларни купайтирувчи озик-овкат махсулотларини батамом чиқариб ташлаш лозим. Хуружни келтириб чиқарувчи дори препаратлари ҳам тўлиқ чиқариб ташланади.

Кана билан курашиш астма билан огрийдиганларнинг барча учун муҳим ҳисобланади, чунки сенсбилизация хавфи кана ҳаёт-фаолияти махсулотларининг уй чангидаги ҳаттоки 2×10^{-9} (2 нг/г) концентрациясида пайдо бўлади, астма хуружлари эса – бундан ҳам паст концентрацияда юзага келади. Кanna – дерматофагоидес билан кураш чора-тадбирлари қуйидагилардан иборат:

- бола хонасини максимал тарзда шамоллатиб туриш (хавосини алмаштириш);
- хона ҳарорати 18° дан юқори бўлмаслиги;
- чанг тўпловчи: гилам, оғир пардалар, суратларни олиб ташлаш;
- юмшоқ мебель сонини чегаралаш (синтетик қопламали кўлай), мебельга ювиладиган жилдлардан фойдаланиш;
- китобларни ёпиладиган жовонлар ёки токчаларда сақлаш;
- уйдаги пар ёстикларни синтетик ёки пахта ёстикларга алмаштириш;
- синтетик материаллардан қилинган кўрпачалардан фойдаланиш;
- бола кўрпачаси (матраци)ни полиэтилен пленка билан қоплаш, ёстикни 2 та жилдга солиш (боланинг кана билан контактини камайтиради) зарур;
- мунтазам равишда ўрин-кўрпаларни қуёшга ёки совуққа чиқариб олиш;
- хонадаги ортикча намлик манбалари – тувакдаги гуллар, аквариум ва бошқаларни чиқариш керак;
- чангютич билан тез-тез тозалаш керак, яхшиси намловчи модели билан;
- юмшоқ ўйинчоқларни тез-тез ювиб туриш ва вақти-вақти билан совутгич музхонасига солиб туриш керак (бу муолажа канани ўлдиради).

Уй ҳайвонларидан иложи борича барча ҳолатларда халос бўлиш керак, агар беморнинг уй ҳайвонлари аллергенларига сенсбилизацияси сўрсатилган бўлса мажбурийдир. Аквариум мавжудлигида қуруқ емиш (дафния - қисқичбақачалари)ни батамом бекор қилиш лозим. Жун матолар ҳам аллергия келтириб чиқариши мумкин, шунинг учун яхшиси пахта ёки синтетикадан қилинган матолардан фойдаланган маъқул. Моғор замбуруғлари спораларига қарши курашишда энг муҳими ортикча намгарчилик манбаларини йўқотиш, эски, зах уйлардан янги хонадонларга кўчиб ўтиш зарур.

Чанглатгич астмаси хуружларини олдини олиш тадбирлари профилактик даволашга (недокромил, кромогликат) асосланади, чунки чанглатгичлар билан бўладиган контактни четлаб ўтиш жуда мураккаб, жуда оғир хуружларда гуллаш даврида тоққа (1500-200 м баландликка) ёки бемор

бола аҳволининг зўрайишини келтириб чиқарувчи дарахт ва ўт-ўланлар ўсмайдиган ҳудудга кўчиб ўтиш мумкин.

Носпецифик омиллар билан курашиш

Носпецифик омиллар – триггерлар билан курашиш ЎРВИ, кимёвий поллютантлар билан контактда бўлишни олдини олиш, пассив чекишни тўхтатиш каби тадбирларни ўз ичига олади. Боланинг психологик (рухий) адаптацияси (мослашуви) гиперхомий билан курашиш, боланинг онага тобелиги билан курашиш, уни мустақилликка, шу жумладан астма хуружлари билан курашиш бўйича ўрганиш муҳим аҳамият касб этади.

Болада ўзига ишончни, касаллик билан мустақил кўраша олиш қобилиятини тарбиялаш боланинг ижтимоий адаптацияси (мослашуви) учун муҳимдир. Болани тенгдошлари ўртасида бўлиши, физкультура билан шуғулланиш ижтимоий мослашув учун кўмаклашади.

Астмада жисмоний зўриқиш даврида β_2 агонистлари (5-10 мин олдин) ёки зуфиллинни (15-20 мин) зўриқишгача одатий дозада қўллаш тавсия этилади. Триггерлар таъсирини четлаб ўтишнинг иложи бўлмаганда барча ҳолатларда бу препаратларни қўллаш тавсия этилади.

Санаторияда даволаниш

Жисмоний чидамликни кучайтириш учун санаторияда даволаниш усулидан фойдаланилади, чунки денгиз курортига етиб келган болаларда астма зўраяди, бунга бола тайёр бўлиши керак, санаторияда бўлишнинг оптимал муддати – 2 ой ва ундан ортиқ.

Профилактик эмлашлар

Асма билан оғрийдиган беморларни барча вакциналар билан профилактик эмлашга кўрсатма берилган, бу эмлашларни ремиссия даврида бола аҳволининг спонтан ёки медикаментоз стабиллашуви фонида ўтказилади. Навбатдаги хуруждан кейин эмлаш муддатлари индивидуал тарзда белгиланади аксарият ҳолларда бу муддат 2-3 ҳафтадан ошмайди, эпид.кўрсатмаларга биноан вақтгироқ муддатларда ҳам ўтказилиши мумкин. Асосий (базис) даволаш (ингаляциядаги стероидларни ҳам қўшганда) эмлашларни ўтказишга тўсқинлик қилмайди, узоқ муддат (2 ҳафтадан зиёд) стероидларни 20 мг/суткасига дозада тизимли равишда қабул қилаётган беморлар бундан мустасно. Специфик (махсус) иммунотерапия қабул қилаётган болалар аллерген инъекциясидан кейин 2-4 ҳафтадан сўнг эмланади, эмлашлардан кейин худди шу муддатда аллерген инъекцияси қайталанмади.

ЧАҚАЛОҚЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ

Чала туғилиш

Чала туғилиш деб хомиланинг она қорнида нормал ривожланиш даври тугамасдан туғилган (гестациянинг 37 хафтаси тугагунча), оғирлиги 2500 грумдан ва бўйи 45 см дан кам ҳолатига айтилади.

Этиологияси

- ✓ Она томонидан: буйрак, юрак-қон-томир касалликлари, эндокрин бузилишлар, ўткир инфекциян касалликлар, гинекологик патология, ҳомиладорлик асоратлари – гестоз, бачадон ичи контрацептивлари, жароҳатлар, шу жумладан рухий жароҳатлар, интоксикациялар – чекиш, алкоголь, наркотиклар, иммунологик мос келмаслик (резус-конфликт, қон гурухларининг тўғри келмаслиги).

Диагностикаси

- ✓ Ҳаёт анамнези - ҳомиладорликнинг кечиши, токсикозлар, она касалликлари, туғиш муддати.

Кўриш – антропометрия, етилиш белгилари ва физикал маълумотлар.

Тана оғирлигига қараб гипотрофиянинг 4 даражаси фаркланади:

I – даража – 2001 – 2500 г

II – даража – 1501 – 2000 г

III – даража 1001 – 1500 г

IV – 1000 г дан кам

Тананинг диспропорционал тузилиши – калласи катта, мия суяги юз суягидан катта

Майин тук билан қопланиш кучли, тери ости клетчаткаси заиф, яхши ривожланмаган.

Уғил болаларда мояқлар ёрғоққа тушмаган, қиз болаларда эса катта жинсий лаблар кичик жинсий лабларни ёпмайди.

Чақалокнинг физиологик рефлекслари заиф бўлади.

Нафас олиш юзаки, минутига 40-45 частотада.

Пульс – лабил – минутига 120-160, артериал босим паст – 55/65 мм.сим.уст.

УАШ тактикаси

- ✓ Соғлом чала туғилган болалар тана оғирлиги 2 кг га етгач туғруқхонадан чиқарилади, носоғлом болалар эса тана оғирлигига қарамасдан парваришланишнинг иккинчи босқичи – махсус стационарга ўтказилади ва бокс – палаталарга ётқазилади. Кўкракка тутиш индивидуал кўрсатмалар бўйича, эмиш фаол бўлса ва тана оғирлиги 1800-2000 г бўлса амалга оширилади.

Соғлом чала туғилган болаларни чўмилтириш 2 хафталикдан бўлганда бошланади. Тана оғирлиги 1000 г дан кам бўлган ҳолатда гигиеник ванналар 2 ойликдан бошланади. 3-4 хафталикдан, тана оғирлиги 1800 г га етгач сайрга олиб чиқилади.

Чақалоклардаги гемолитик касаллик

Чақалоклардаги гемолитик касаллик – бу ҳомилага отасидан ўтган резус-омил билан онадаги резус-омилнинг иммунизацияланиши натижасида вужудга келувчи иммун конфликт (тўқнашувлардир).

Асосий ҳолатлар:

- ✓ 85% ҳолатларда она резус-манфий, бола резус-мусбат, камдан-кам ҳолларда гуруҳ тўғри келмаслиги мумкин.

Этиологияси

- ✓ Она ва ҳомила қонидаги резус-омилларнинг тўғри келмаслиги;
Она ва ҳомила қон гуруҳларининг тўғри келмаслиги.

Диагностикаси

- ✓ Сарикликнинг клиник белгилари эрта, бола ҳаётининг дастлабки 36 соатида намоён бўлади.

Шишган шакли – энг оғир шакли бўлиб, болалар кўпинча ўлик туғилади ёки ҳаётининг дастлабки соатларида нобуд бўлади. Тери қопламаларида рангпарлик, енгил сариклик ёки кўкимтирлик кузатилади, тери ости клетчаткаси шишган, бўшлиқларда сув бўлади, геморрагик синдром, гепатоспленомегалия кузатилади.

Сарик шакли - сариклик бола туғилганиданок ёки ҳаётининг биринчи кунлариданок намоён бўлади, ҳомила атрофи (қоғанок) сувлари ва туғруқнинг биринчи суртмаси сарик рангда бўлади, гепатоспленомегалия.

Камқонлик (анемия) шакли – енгил шакл бўлиб, тери рангпарлиги бола туғилганидан кейинги 7-10 кунда вужудга келади, жигар ва талок ўртача катталашади.

Лаборатор диагностика

Қоннинг умумий таҳлили, периферик қон суртмаси текширилади, ретикулоцитлар саналади, она ва бола қон гуруҳи аниқланади, Кумс синамаси (бевосита ва билвосита) ўтказилади, бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси аниқланади. Киндик қонида билирубин концентрацияси ошганда, бола ҳаётининг дастлабки 24 соатида сариклик клиник намоён бўлганда ёки (34 мкмоль) зардоб концентрациясида билирубиннинг конъюгирланган фракциясининг ошишида патологик сариклик мавжудлигига шубҳа қилинади.

Дифференциал ташхис

- ✓ Туғма гемолитик анемия, турли дори-дармонлар келтириб чиқарган гемолитик анемия билан дифференциал ташхис ўтказилади.

УАШ тактикаси

- ✓ Ҳомиладорлик пайтида бир неча ҳафта мобайнида антителолар титри аниқлаб борилади, титр 1:16 ва кўп бўлиши кейинчалик ҳам текшириш лозимлигини кўрсатади. Вақтидан олдин туғиш хавфи она қорни трансфузиясига боғлиқ бўлган хавфдан устун бўлмаса (ҳомиладорликнинг 34 ҳафтасида) туғишга рухсат бериш масаласи кўриб чиқилади.
Гемолитик касаллик билан туғилган чакалоқларни касалхонага ётқизиш зарур.

Профилактикаси

- ✓ Барча аёлларда биринчи ташрифдаёқ резус-омилни текшириш лозим. Резус-манфий аёлларга 200-300 мкг антирезус-иммуноглобулин юборилади.

Чақалоклардаги сариклик

Умумий маълумотлар ва статистик кўрсаткичлар.

50% ўз вақтида туғилган ва 80% чала туғилган чақалокларда сариклик кузатилади. Аксарият ҳолларда бу физиологик сариклик бўлиб, даволанишни талаб этмайди. Сарикликнинг патологик тури шубҳа қилинганда зардобдаги бевосита ва билвосита билирубин миқдорини аниқлаш лозим.

Физиологик сариклик

- ✓ Вақти-соати етиб туғилган чақалокларда – зардобдаги билвосита билирубин миқдорининг ортиши таркибида HbF фетал гемоглобини мавжуд эритроцитларнинг парчаланиш оқибатида вужудга келади. Сариклик бола ҳаётининг 3-суткасида ёки кечроқ намоён бўлиб, 10-суткасида йўқолиши характерлидир. Физиологик сариклик кўп кузатилади, бироқ бундай ташхис сарикликнинг барча сабаблари кўриб чиқилгандан кейингина қўйилади. Физиологик сарикликда баъзан нур билан даволаш ўтказилади.

Патологик сариклик

- ✓ Билирубин ҳосил бўлиши, метаболизми ва экскрециясининг бузилиши оқибатида кузатилади. Сарикликнинг клиник белгилари эртачи, бола ҳаётининг дастлабки 24 соатида намоён бўлади ва вақти-соати етиб туғилган чақалокларда 10 сутка, чала туғилган чақалокларда 2 ҳафтадан ортиқроқ сақланади. Патологик сарикликнинг асосий белгилари: чақалоклардаги гемолитик касаллик, эритроцитоз, ирсий фермент танқислиги, она сүтидан сариклик ўтиши, дори препаратларининг кўшимча таъсири, сепсис, гипотиреоз, ўт йўллари атрезияси.
Қайд этилган барча ҳолатларда педиатр маслаҳати зарур.

Чақалоклардаги гепатит

- ✓ Бевосита гипербилирубинемиянинг энг кўп учрайдиган сабаби ва тургун, узок кечадиган сариклик билан бирга кечади. Мутахассис маслаҳати ва унинг қўлида даволаниш талаб этилади.

Ўт-сафро йўллари атрезияси

- ✓ Туғилишдан оқ чўзилувчи сариклик билан характерланади. Ўз вақтида жаррохлик аралашуви ўтказилмаса билиар цирроз ва тегишли

асоратлар ривожланади (кўпчилиги хаётининг дастлабки икки йилида нобуд бўлади). Муваффиқиятли портоэнтеростомиядан сўнг билирубин алмашинуви нормаллашади, тирик қолиш 50-70% ни ташкил этади.

Галактоземия

- ✓ Углеводлар алмашинувининг туғма оғир бузилиши. Клиник кўринишлари зарарланиш турига боғлиқ.

Галактокиназа танқислиги: наслдан-наслга ўтишнинг аутосомрецессив тип. Кузатилиш частотаси 1:40000. Болада катаракта ривожланиши кўринишида намоён бўлади. Даволаш галактоза таркибли озиқ-овқатни истеъмол қилмасликка асосланади.

Классик галактоземия: наслдан-наслга ўтишнинг аутосом-рецессив тип. Кузатилиш частотаси 1:60000. бола туғилганда нормал туғилади. Касалликнинг биринчи белгилари бир неча кундан ёки ҳафтадан кейин сариклик, гепатомегалия, қўсиш, анорексия, вазн йўқотиш, сепсис, МНТнинг издан чиқиши, бўй ўсишининг бузилиши кўринишларида намоён бўлади. Ташхис эртачи қўйилганда ва эртачи даво қўлланилганда нормал интеллект сақлаб қолинади. Кўпгина давлатларда галактоземия бўйича мажбурий скрининг дастурлар мавжуд, чунки бу касалликка эртачи ташхис қўйилса, муваффақиятли даволанади.

КОНСТИТУЦИЯ АНОМАЛИЯЛАРИ

Лимфатик – гипопластик диатез

Лимфатик-гипопластик диатез – бу лимфатик тизим, тери, юқори нафас йўллари шиллик қатламлари касалликларига мойиллик ҳолати.

Асосий ҳолатлар

- ✓ Мактаб ёшгача бўлган 18-21% болада кузатилади. Лимфатикогипопластик диатез билан оғрийдиган болаларда организм реактивлиги пасайган бўлади. Бу болаларда айрим эндокрин безлар ва ички аъзолар гипоплазияси билан бир вақтда лимфоид тўқима гиперплазияси кузатилади.

Хавф омиллари

- ✓ Антинатал даврининг ноҳўш шароитлари. Туғилишдаги тана оғирлиги, бўй кўрсаткичларининг юқорилиги. Ойлик вазн-бўй кўрсаткичларининг нотекислиги ва ўзгарувчанлиги.

Диагностикаси

- ✓ Клиник ва лаборатор белгиларнинг намоён бўлиши диатез оғирлигига боғлиқ.

Ортиқча семизлик (тўлалик).

Бўйин ва тананинг калталиги, оёқ-қўлларнинг нисбатан узун бўлиши. Лимфополиаденопатия, танглай ва ютқин бодомчалари гиперплазияси, аденоид вегетацияси, тимомегалия.

Теридан керкичш ва рангпарлик кузатилади. Сабабсиз йўтал, аралаш характердаги хансираш.

Лаборатор диагностика – лимфоцитоз, эозинофилия, моноцитопения, гиперлипидемия, гиперхолестеринемия. Тимус ҳолатини рентгенологик текшириш – тимомегалия. ЭКГ – аритмия, миокардда алмашинувнинг бузилиш белгилари, блокадалар.

Дифференциал таъхис

- ✓ Лимфатикогипопластик диатезни экссудатив диатез, лимфатик тугунлар туберкулезидан фарқлаш зарур.

УАШ тактикаси

- ✓ **Парҳез** - ортиқча ёғ микдорини ва енгил ҳазм бўладиган углеводлар, туз ва суюқликни истеъмол қилмаслик. Кун тартиби – тоза ҳавода етарлича бўлиш, чиниктириш муолажалари, массаж ва гимнастикани мунтазам равишда кўпайтириб бориш. Ўз вақтида ҳалқумни санациялаш, 2-3-даражали аденоидлар мавжудлигида аденэктомия ўтказиш тавсия этилади. Тимуснинг ҳаётий муҳим аъзоларни сиқиш симптомлари мавжудлигида 7-10 кун мобайнида 1-2 мг/кг/сут дозада преднизолон тавсия қилинади.

Экссудатив катарал диатез (болалар экземаси)

ЭКД тери ва шиллик катламларнинг рецидивланувчи инфилтратив – дескваматив жароҳатланишига мойиллик, яллиғланиш жараёнларининг давомли кечиши ва аллергик реакциялар ривожланиши билан характерланади.

Асосий ҳолатлар

- ✓ ксарият болаларда экссудатив диатез белгилари туғилиш давридан бошлаб дастлабки 3 ойлардаёқ кузатиш мумкин. Ҳомиладорлик даврида ортикча сут, цитрус мевалар, кофе, шоколад ва бошқа аллергенларга бой маҳсулотлар истеъмол қилган оналарнинг болаларида экссудатив диатез белгилари айниқса кўп намоён бўлади.

Диагностикаси

- ✓ Болалар экземаси экссудатив компонентнинг яққоллиги, тошманинг кўплиги иккиламчи инфекция асоратларига мойиллига билан фаркланади. Таснифига кўра экземанинг бир неча тури фаркланади.

Чин (идиопатик) экзема ўткир яллиғланишли шишли эритема билан бирга кечади ва серопапуларар ёки пўфакчалар гуруҳи тошиши, хўл ёки курук бўлиши мумкин.

Микробли экзема сурункали инфекция ўчоғи ўрнида ривожланади ва ўткир яллиғланишли, кескин чегараланган йирик тўлқинсимон ўчоқлар ҳосил қилади.

Себореяли экзема – себорея билан оғриган беморларда ёғ безлари кўп тери участкалари (бошнинг соч қисми, кулоқ супралари ва бошқалар) да пушти, қизил рангли, усти кипикли, катталиги ва шакли ҳар хил доғ шаклида ривожланади.

Лаборатор диагностика. Диатез кўринишлари кучли намоён бўлганда қонда ўртача лейкоцитоз, эозинофилия, лимфоцитоз, моноцитоз, ЭЧТ озгина ортади, баъзан нома – ёки гипохром анемия қайд этилади.

Дифференциал диагностика

- ✓ Экссудатив диатезни нейродермит, терининг замбуруғли жароҳатлари, лимфатик – гипопластик диатездан фарқлаш лозим.

УАШ тактикаси

- ✓ Рационал овқатланиш - оксил, ёғ, углеводлар миқдори бола ёшига тегишли овқатлантириш нормаларига мос келиши зарур. Кўкрак сути билан озикланадиган болада ЭКД пайдо бўлганда она рационидан облигат аллергенлар чиқариб ташланади.

Антигистамин препаратлар (задитен 0,025 мг/кг/сут, тавегил 0,025 мг/кг/сут, супрастин 1-2 мг/кг/сут) эрталаб ва кечкурун тавсия этилади. Бошнинг соч қисми зарарланганда олтингугурт ва салицил кислотали (салицил кислота ва олтигугуртдан 1 қисмдан 100 қисм асосга)

сорболен креми тавсия этилади. Крем бошга уйкудан олдин суртилади ва эртасига болалар шампуни билан ювиб ташланади, муолажа ҳафтасига 3 марта такрорланади.

Юз, тана ва тери бурмалари зарарланганда олтингугурт ва салицил кислотали сорболен креми (2 қисм олтингугурт ва салицил кислота 100 қисм асосга) ёки 1% ли гидрокортизон мази қўлланилади.

Чот ораси зарарланганда гидрокортизон ва нистатин ёки кетоконазол мазларининг тенг миқдордаги аралашмаси қўлланилади.

Болани илик сувда чўмилтириш, чўмилгандан кейин юмшоқ сочикда артиш, ҳаво ва қуёш ванналари тавсия этилади, бошнинг сочли қисмидан кипикларни олиб ташлаш учун ёғ суртиш, ўз вақтида хўл тагликларни алмаштириш, нозик ва сезгир тери участкаларига цинк пастасидан енгил (юпқа) қатлам суртиш тавсия этилади.

Болалар экземаси (чақалоқлардаги диффуз нейродермити)

Энг оғир тери касалликларидан бири. Одатда аллергия касалликларга ирсий мойиллик мавжуд бўлади, болада эса иммунитетнинг яққол бузилишлари кузатилмади. Тошмалар кичишиш ва ишқаланишга жавоб реакция сифатида пайдо бўлади деб тахмин қилинади.

Диагностикаси

Кичишиш

Тошма элементлари: тери кизаради ва шишади майда везикулалар билан копланadi, суви чиқади, пуст ташлайди, кипикланиш, ёриқлар кузатилади.

Локализация: юз соҳаси (лаблар истисно), билак ва тизза ости чуқурчалари, оёқнинг панжаси ва латерал соҳаси.

Терининг қуруқлиги (тери қанчалик қуруқ бўлса, касаллик шунчалик оғир кечади).

Ирсий мойиллик.

Сурункали рецидивланувчи кечиши.

УАШ тактикаси

Тавсиялар: совун ва парфюмерияни ишлатмаслик, илик ваннада ёғли кўшимчалар ёки душ тагида ювиниш лозим, совун ўрнида гель ишлатиш мумкин, матодан қилинган юмшоқ мочалкадан фойдаланиш, эркин, пахтадан қилинган матодан тикилган енгил кийим кийдириш, чангли биноларда ўйнамаслик (қумлоқда ўйнамаслик), ўткир респиратор инфекция ва герпес билан оғриган беморлар билан мулоқотда бўлмаслик лозим.

Умумий тамойиллар

11-жадвал

Хўл тошмалар зўрайиш мавжудлигида	Алюминий ацетатидан малҳам сурилади (Буров. суюқлиги 1:10 ёки 1:20 суюлтирилади)
Хўл тошмаларсиз зўрайиш	Кремлар
Зўрайишнинг қайтиши	Мазь (суртмалар окклюзион боғловлар билан)
Зўрайишлар орасида (лихенизация)	Окклюзион боғловлар тагидан суртмалар

Енгил кечиш шаклида

Қўлланилади: геллар (совун ўрнига), юмшатувчи воситалар: кремлар, глицерин ва сорболенин 1:10 нисбатдаги аралашмаси, ванна учун ёғ, 1% гидрокортизон суртмаси.

Ўртача оғирликда кечиш шаклида:

Юкорида қайд этилганлардан ташқари кортикостероидлар маҳаллий қўллаш учун (суткасига 2 марта), қичишида – кечаси Н1-блокаторлар ичишга тавсия этилади.

Оғир кечиш шаклида: Юкорида қайд этилганларга қўшимча равишда юкори фаолликка эга кортикостероидлар, тошма қўп тошган жойларга окклюзион боғламлар, зарурат туғилганда госпитализация. Жуда оғир ҳолларда кортикостероидларни ичиш тавсия этилади

Болалардаги иситма

Умумий маълумотлар

Болаларда иситмани кўпинча вирусли инфекция келтириб чиқаради. 41°C дан паст ҳарорат бола ҳаёти учун тўғридан-тўғри хавф туғдирмайди. Одатда инфекция билан курашишда ёрдам беради. Иситма тушгандан кейин ҳам организмда яхшиланиш бўлмаса, хавотирга сааб бўлади. Тана ҳароратини иситма туширадиган воситалар ёрдамида пасайтириш диагностик аҳамиятга эга эмас. Чакалоқларда тана ҳароратининг нормадан пасайиши унинг ошиши каби хавотирга сабаб бўладиган симптомдир. Иситманинг баландлиги ҳар доим ҳам касаллик оғирлигига мос келавермайди.

Этиологияси

- ✓ Бола ҳаётининг дастлабки 3 ойида 95% ҳолатда вирусли инфекция сабаб бўлади. Чакалоқларда энг кўп тарқалган сепсиснинг бактериал кўзгатувчилари – В, E.Coli ва *Listeria monocytogenes* (камдан кам – *S.aureus*) гуруҳлари стрептококклари ҳисобланади. 3 ойликдан 36 ойликкача бўлган даврдаги 39°C дан юқори иситмага инфекциянинг ошқор ўчоги аниқланмаган ҳолатларнинг 3-5% да бактериемия сабаб бўлади.

Диагностикаси

Бола ҳаётининг дастлабки 3 ойида.

- ✓ *Анамнездан билиши зарур:* хомиладорлик туғруқ ҳақида, сийдик йўллари ва жинсий аъзолардаги инфекциялар, онадаги иситма сабаблари, туғилиш пайтидаги тана оғирлиги ва унинг кейинги динамикаси, инфекция белгилари (уйқусираш, тажанглик, сушт эмиш, рангпарлик), иситманинг маълумотларни ўрганиш муҳим.

Физикал текширув. Умумий кўрик. Серзардалик, уйқусираш, реакциянинг пасайиши қайд этилади. Асосий физиологик кўрсаткичларга тўғри ичакдаги ҳароратни ўлчаш киради. Аниқланган тахикардия иситма, гиповолемия, шок оқибати бўлади. Тахипноэ пневмония (зотилжам)да юзага келади.

3 ойликдан 36 ойликкача бўлган бола.

- ✓ *Анамнездан* айрим аъзолар зарарланиши симптомлари ва умумий симптом (аломатлар)ни (тажанглик, уйқусираш, болани овқатлантиришдаги қийинчиликлар, рангпарлик, реакциянинг пасайиши) қайд этиш мумкин. *Физикал текширув. Умумий кўрик.* Бактериемияда бола соғлом кўриниши ва одатдаги жисмоний фаолиятини сақлаши мумкин. Баъзида иситма касаллигининг ягона кўриниши бўлиши мумкин. Юрак қисқаришлари частотаси, АБ, нафас частотаси ва тана ҳарорати ўлчанади. Менингиал симптомлар, йўтал, хириллашлар, хуштаксимон нафас, периферик қон айланишидаги

бузилиш, сувсизлик белгилари, коринда оғрик, суяк ва бўғимлар шикастланиши қайд этилади.

Умумий лаборатор ва инструментал текиширувлар: Умумий кон (кўпинча нейтропения, лейкоцитоз ҳар доим ҳам эмас), сийдик

тахлили, кўкрак қафаси рентгенографияси. Сийдик, кон орка мия суюқлиги экилади, орка мия суюқлигида бактериал антигенлар стационар шароитида ўтказилади.

УАШ тактикаси

- ✓ 3 ойликдан кичик бола иситмалаганда зудлик билан мутахассис-педиатр кўриги зарур. Иситмани ўзбошимчалик билан ҳар доим ҳам даволаб бўлмайди. Бола анамнезида фебрил талвасалар бўлганда ҳароратни зудликда пасайтириш зурур. Ҳарорат 38°C дан юқори бўлса: асосий касалликни даволаш, осойишталикни таъминлаш зарур; дегидратацияни олдини олиш учун кўп суюқлик ичириш ва ҳавони намлаш лозим. Исиклик чиқаришни кучайтириш учун бола ечинтирилади ва исик сув билан танаси артилади. Танани артиш учун таркибида спирт бўлган суюқликлар ёки совуқ сув қўлланилмайди: улар боланинг ҳароратини тезда пасайтиради, бу эса томирлар спазми ва исиклик чиқаришнинг камайишига олиб келади.

Ҳарорат туширувчи воситаларни тавсия этиш: биринчи қатор препаратларидан – парацетамол, 20 мг/кг ичирилади бир марта, сўнгра ҳар 6 соатда 15 мг/кг ичирилади. Кичик ёшдаги болаларга аспирин тавсия этилмайди, чунки аспирин Рейе синдромини юзага келтириши мумкин. НЯҚП иккинчи қатор препарати – ибупрофен (суяк шакли) ҳар 6-8 соатда 10-15 мг/кг.

Ота-оналарга маслаҳатлар: болани енгилроқ кийинтириш, аммо ечинтириб ҳам ташламаслик лозим. Болани ўраб ташламанг. Тез-тез ва оз-оздан сув ичириб турунг.

БОЛАЛАРДА ТАЛВАСА

Фебрил талвасалар

Асосий маълумотлар ва статистик кўрсаткичлар.

- ✓ 6-ойдан 5 ёшгача бўлган болаларнинг 3-5% да иситма фонида (харорат 38,5°C дан юқори бўлганда) пайдо бўлади.

Кейинчалик тутканокка ривожланиш хавфи паст бўлади (<1% да хавф омилига эга бўлмайди ва 10% да онлавий анамнезида тутканокга мойиллик мавжудлигида). Кўпинча талвасалар ҳарорат кўтарилиши фазасида ёки унинг чўккисида юзага келади. Талваса ривожланиш хавфи тана ҳароратининг тезда кўтарилишида ва яққол намоён бўлган иситмада ошади.

Этиологияси

- ✓ **Иситманинг эҳтимолий сабаблари:** инфекция ва МНТ нинг ўчокли зарарланиши.

Диагностикаси

- ✓ Тана ҳароратининг 38,5°C дан юқори кўтарилиши. Талвасалар пайдо бўлгунча қадар иситмани кўпинча аниқлашмайди. Иситма даврининг бошланишида оёқ ва қўлларда топико-клоник симметрик талвасалар кузатилади. **Асоратланмаган фебрил талвасалар**-қиска муддатли (15 мин дан кам) генераллашган талвасалар бўлиб, иситма бошланишидан дастлабки 24 соат ичида МНТда инфекция ва метаболик бузилишлар йўқлигида юзага келади.

Асоратланган талваса – ёки парциал 15 мин кечади, шунингдек нормал тана ҳароратида ҳам талвасалар ҳам содир бўлади.

Лаборатор – инструментал текширувлар: ЭЭГ талвасалар қайта содир бўлгандагина (асоратланган, тана ҳарорати унча юқори бўлмаганда ёки учокли неврологик симптомлар билан бирга кечганда) зарур ҳисобланади.

Люмбаљ пункция: кўрсатмани мутахассис аниқлайди.

УАШ тактикаси

- ✓ **Ота-оналарни ўқитиш.** Тинчлантириш ва талвасанинг қайта юзага келиш эҳтимоли кутилганда уни олдини олиш бўйича маслаҳат бериш (масалан: олдиндан парацетамол ичириш, нам губка билан боланинг танасини артиш).

Талвасага қарши терапия ҳар доим ҳам талаб этилмайди. Агар талаб этилса, бензодиазепинлардан фойдаланган мақсадга мувофиқдир (лоразепам – бошлангич доза 0,05-0,1 мг/кг, максим – 4 мг, 1-4 мин давомида, самара бермаганда иккинчи доза - 0,25-0,4 мг/кг юборилади). Талваса давомийлигини баҳолаш учун дори юборилган вақтни қайд этиб қўйиш лозим. Шунингдек, талвасалар такрорланганда

вальпрой кислотаси ва фенobarбитал ҳам яхши самара беради. **Фебрил талвасаларни олдини олиш**, одатда талваса тез-тез такрорланадиган ва ҳаётга хавф соладиган ҳолатлардан (тўтканокли статус) ташқари талвасага қарши профилактик давони талаб этмайди.

Мутахассисга йўлланма. Кўрсатмалар: дастлабки 18 ой ёки 3 ёшдан кейин юзага келган такрорий талваса ҳолатлари, хароратнинг озгина кўтарилиш фонида юзага келган ёки ўчоқли неврологик симптомлар билан бирга кечадиган асоратланган талвасалар.

Эпилепсия талвасалари

Умумий маълумотлар ва статистик маълумотлар.

Эпилептик талвасалар – бу алоҳида нозологик бирлик эмас, балки симптомлар комплексидир. Эпилепсия (тутқаноқ) деб МНТ да ўткир метаболик бузилишлар ва инфекция бўлмаганда ҳам такрорий талвасалар билан характерланадиган ҳолатга айтилади. Тутқаноқнинг болалар ўртасида тарқалганлиги 3-5% ни ташкил этади. 60% тутқаноқ болаликда бошланади.

Этиологияси

- ✓ Тутқаноқларнинг энг кўп кузатиладиган сабаби – бош мия жароҳати, туғруқ жароҳати, менингит, энцефалит, метаболик бузилишлар, мияда кон айланишнинг бузилиши, токсик моддалар таъсири. Эпилепсияда хуруж (талвасалар) одатда бирга кечувчи касаллик ёки врач тавсиясига риоя қилмаслик оқибатида талвасага қарши дори препаратлари метаболизмининг ўзгариши туфайли кўзгалади.

Диагностикаси

- ✓ *Генераллашган талвасали тутқаноқлар (катта эпилептик тутқаноқлар)* – одатда аурасиз ва учокли бузилишларсиз бошланади.

Тоник фаза деярли 1 дақиқа давом этади: бу даврда кўпинча кўз орқага тортиб кетади. Нафас мускулатурасининг тоник қисқариши ўпка вентиляциясининг бузилиши ва цианозга олиб келади. Тоник фазадан сўнг 1-5 минут давом этувчи, оёқ-қўлларнинг клоник талвасаси бошланади, ўпка вентиляцияси яхшиланади. Сўлак оқиши, тахикардия, метаболик ва респиратор ацидоз кузатилиши мумкин.

Парциал мотор хуружлар. Типик ҳолатда қўллар ёки юздан бошланади; бош, кўз сокқаси эпилепсия ўчоғига қарма-қарши томонга оғади. Катта эпилептик хуружларга ўхшаб кетади. Тодднинг постикал паралич белгиси – бошнинг эпилепсия ўчоғи томонга бурилиши ёки орқага кетиш, ёки кўз сокқаларининг худди шу тарафга оғиши парциал хуруж белгиси бўлиши мумкин.

Мураккаб парциал хуружлар барча ҳолатларнинг 50% да аурадан эмоционал реакциялар, қоринда оғриқ, бош оғриган, томоқда нохуш сезги бошланади. Бу хуружлар катта эпилептик талвасалар, абсансларга ўхшаб кетиши мумкин.

Бошқа ҳолатларда симптоматикаси жуда мураккаб: автоматизмлар (югуриш, лаб ялаш, кулиш, ноодатий мимика ёки бош ҳаракати). Типик абсанслар болаликда одатда 3 ёшдан бошланади. Хуруж даврида нигоҳ қотиб қолади, баъзан қовоқнинг пирпираши ёки бош иргаш ҳаракатлари қайд этилади. Хуруж (талваса) 30 секунддан ортиқ давом этмайди, бироқ суткасига бир неча марта бўлади. Гипервентиляция ёки липилловчи нур ҳам кўзгатувчи бўлиши мумкин.

Типик абсанс билан оғрийдиган беморларнинг 10-20% да баъзан жиддий эпилептик талвасалар пайдо бўлади. Ўсмирлик даврига келиб

аксарият холларда (75%) талвасалар тўхтайтиди. Инфантил спазмлар (УЭСТ синдроми) генераллашган миоклоник талвасаларда намоён бўлади. Улар бола ҳаётининг биринчи йилида бошланади. Талвасалар бўлгандан кейин боланинг психомотор ривожланишида тутилиш ривожланади.

- ✓ **Дифференциал диагностикаси.** Ҳушдан кетиш, болалардаги аффектив-респиратор талвасалар, кома, мигрень билан боғлиқ бўлган нарколепсия, яхши сифатли позицион бош айланиши, истериядан фарқлаш лозим.

УАШ тактикаси

- ✓ Текширишдан ўтиш ва тегишли давони тайинлаш учун мутахассисга йўлланма бериш лозим.

Мутахассисга йўлланма беришга кўрсатма: илк пайдо бўлган талвасалар, узок (15 секунддан кўп) давом этувчи талвасалар, тез-тез такрорланадиган қисқа муддатли талвасалар, гўдаклик талвасаларига шубҳа қилинганда, ноаниқ сабаб билан бола ривожланишининг тутилиши.

- ✓ **Ота-оналарни ўқитиши:** «Эпилепсия» ташхиси ота-оналарда хавотир ва кўркув ҳиссини чақиради. Улар аниқ маълумотларга муҳтож бўлади: талваса хуружида нима қилиш керак, қандай хавф омилларидан сақланиш лозим (сузиш, велосипедда бир ўзи учиш, ортикча ғамхўрлик), даволанишга розилик бериш (айниқса ўсмирларга), хуружлар бўлмаган даврда дорилардан воз кечиш лозим.
- ✓ **Талвасага қарши терапия:** дори мутахассис томонидан тайинланади ва талваса сабаби, типига боғлиқ бўлади.
- ✓ **Хирургик даво:** эпилептик ўчоқ ёки кадокли танани оператив кесиб ташлаш имкони ҳам мавжуд.

ОВҚАТЛАНИШНИНГ БУЗИЛИШИ

Гипотрофия

Гипотрофия овқатланиш ва тўқималар трофикасининг сурункали бузилиши бўлиб, бола тана вазнининг бўйига нисбатан камайиши билан характерланади.

Этиологияси

- ✓ **Экзоген сабаблар:** алиментар (болани кам овқатлантириш, организмга тушган озик моддаларнинг сарфланишининг бўзилиши), инфекция, токсин (захарланиш, куйиш), ижтимоий омиллар (тарбиялаш нуксонлари, оиланинг паст ижтимоий даражаси).
- ✓ **Эндоген сабаблар:** тана тузилишидаги аномалиялар, эндокрин ва нейроэндокрин бўзилишлар, аъзолар ривожланиш нуксонлари, ирсий энзимопатиялар, ичак сурилишининг бузилиши (целеакция, дисахаридозлар етишмовчилиги, мальабсорбция синдроми), озик моддалари парчаланишининг бузилиши (муковисцидоз).

Диагностикаси

Ҳаёт анамнези - хомиладорлик кечиши, токсикозлар, она касалликлари, туғрукнинг кечиши, бола тана вазнининг ойма-ой ортиши, ўтказилган касалликлар, оиланинг ижтимоий-иқтисодий ҳолати, оила аъзоларидаги энзимопатиялар.

Кўриш – антропометрик маълумотлар, тери ва тери ости клетчаткасининг ҳолати.

Клиник манзара гипотрофия даражасига боғлиқ бўлади.

I-даражали гипотрофия – тана вазнининг 10-20% га танқислиги, қориндаги тери ости клетчаткасининг оз миқдорда камайиши.

II-даражали гипотрофия – тана вазнида 20-30% танқислик, умумий ҳолатда ўзгариш сезилмайди, тери эластиклиги пасайган, тери ости клетчаткаси фақатгина юз қисмида сақланган.

III-даражали гипотрофия – тана вазнининг танқислиги 30%, боланинг умумий ҳолати оғир, тери оқарган, қуруқ, қуқиш рангда, тери ости клетчаткаси йўқ.

Лаборатория текширувлари

Умумий қон таҳлили – гипохром анемия, умумий сийдик таҳлили, қон ва сийдикнинг биокимёвий таҳлили, иммунограмма, копрограмма, дисбактериозга ахлат топширилади.

УАШ тактикаси

- ✓ **Диетотерапия.** Парҳез билан даволаш 2 даврни ўз ичига олади: Озиқ-овқатга мойилликни аниқлаш даври ва кучайтирилган овқатланиш даври. Даволашнинг давомийлиги ва ҳажми гипотрофиянинг оғирлик даражасига ва интеркурент касалликларнинг мавжудлигига боғлиқ.

Дори-дармон билан даволаш: Фермент дори воситалари – панкреатин, панзинорм форте, фестал; анаболик стероидлар – ретаболил, неробол; парентерал овқатлантириш препаратлари - оксил гидролизаталари, ёғ эмульсиялари; ичак дисбактериозиди – колибактерин, лактобактерин, бифидумбактерин.

II-III даражали гипотрофияда мутахассис-педиатрга консултацияга юборилади.

Паратрофия

Паратрофия - овқатланишнинг сурункали бузилиши бўлиб, ортиқча тана вазни, шунингдек тўқималарнинг гидрофиллиги билан характерланади.

Этиологияси

- ✓ Болалар овқатланишининг нотўғрилиги, кўрук сут аралашмаларини нотўғри суюлтириш, тайёрлаш. Оиладаги конституционал семириш.
- ✓ Боланинг эндокрин касалликлари.
- ✓ Гиподинамия.

Диагностикаси

- ✓ *Ҳаёт анамнези* - овқатлантириш тури, кўшимча овқат, ирсийлик. Тана оғирлигининг бир маромда ортмаслиги. Тана тузилишдаги пропорционалликнинг бузилиши. Тез-тез инфекциян чўзилувчан кечувчи касалликлар билан оғришига мойиллик. Полигиповитаминоз белгилари. Терининг рангсизлиги ва шалвираганлиги. Уйқу ва терморегуляциянинг бузилиши.

Лаборатор диагностикаси

Анемия, гиперлипедемия, гиперхолестеринемия, канд эгри чизигининг нотўғри типдалиги.

Дифференциал ташхис

- ✓ Иценко-Кушинг синдроми ва лимфатикогипопластик диатез билан дифференциал ташхис қилинади.

УАШ тактикаси

- ✓ Паратрофиянинг эҳтимолий сабабларини аниқлаш ва бартараф этиш. Рационал парҳез – углевод ва ёғларни кам истеъмол қилиш, енгил ҳазм бўладиган углеводлар ўрнига сабзавотлар ассортиментини кенгайтириш тавсия этилади. Ҳаракатланиш режимини ташкил этиш, ЛФК, массаж, сув муолажалари. Бирга кечувчи патологияни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш.

ФОСФОР-КАЛЬЦИЙ АЛМАШУВИНИНГ БУЗИЛИШИ

Рахит

Рахит эрта ёшдаги болалар касаллиги бўлиб, Д-витамини танқислиги оқибатида келиб чиқади ва суяк туқимасидаги ўзгаришлар, скелет деформацияси ривожланиши билан характерланади.

Хавф омиллари:

- ✓ хомиладорлик токсикозлари;
- экстрагенитал патология;
- чала туғилиш;
- узок муддат талвасага қарши дорилар, ҳамда глюкокортикоидларнинг қўлланилиши;
- ошқозон ичак тракти касалликлари.

Диагностикаси

- ✓ Рахит клиник маълумотлар асосида ташхисланади. Клиник манзарасига кўра даврларга бўлинади:

Бошланғич давр – бола тинчи бузилган, кучли терлаш, катта лиқилдок чоклари ва чегаралари сезиларли, касалликнинг бошланиши 2-3 ой.

Авж олган даври – краниотабес, этикдуз кўкраги, Гориссон эгатчаси, рахитга оид «тасбеҳ» ва «билакўзук»лар, мунчок иплари, психомотор ривожланишда орқада қолиш, ички аъзолардаги, функционал ва морфологик ўзгаришлар, бола ҳаётининг 2-чи ярим йилида ривожланади.

Реконвалесценция даври – бола ўзини яхши ҳис эта бошлайди, неврологик ва вегетатив бузилишлар тикланади. **Асоратлар даври** – мушаклар гипотонияси, скелетда тургун колдик ўзгаришлар.

Лаборатор диагностика

Кальций, фосфор ва ишқорлар фосфатазани аниқлашга асосланади. Рентген – остеомаляция, остеопороз белгилари, остеотит тўқима гиперплазияси.

Даволаш

Парҳез. Имкони борича табиий овқатлантириш тавсия этилади, кўшимча овқатлантиришни 1-ой олдин бошлаш лозим.

Дори-дармон тертия

Витамин «Д» нинг даво дозаси касаллик оғирлигига боғлиқ:

I-даража – 1000-1500 ХБ/суткасига, курс 30 кун);

II-даража – 2000-3500 ХБ/суткасига, курс 30 кун);

III-даража – 3500-5000 ХБ/суткасига, курс 45 кун.

«Д» - витаминини бола кўтараолмаса УБН (ультрабинафша нурлари) тавсия этилади, 20 сеансгача 1-2 ой давомида.

Дори воситаларидан кальций, калий, магний, витаминотерапия, массаж, ЛФК.

Антенатал профилактика

- ✓ Ҳомиладорликда шахсий гигиенага риоя қилиш, тоза хавода сайр этиш, калорияли диета, жисмоний тарбия билан шугулланиш.
Қишда ва баҳорда ҳомиладорликнинг 32-хафтасидан бошлаб 8-хафта мобайнида «Д»- витамини 500 ХБ да тавсия қилинади.

Постнатал профилактика

- ✓ Барча болаларга «Д» - витамини 500 ХБ да тайинланади.
Табиий овқатлантириш, қуёш нурида чиниктириш (инсоляция).

10-жадвал

Рахит ва рахитга ўхшаш касалликларнинг клиник намоён бўлишининг умумий тавсифи

Касаллик	Намоён бўлиш даври	Бирламчи клиник кўринишлар	Ўзига хос (специфик) белгилар
Витамин «Д» танқис рахит	1,5-3 ой	Серзардалик, йиғлокилик, уйқунинг бузилиши, кўп терлаш, иштаҳанинг пасайиши, мушак гипотонияси	Суяк ўзгаришлари: краниотабес, пешона ва тепа дўнглари, рахит «масбеҳи», биллак узуклари , баъзида оёқлар деформацияси. Рентген: тизимли остеопороз
Фосфат диабет	1 ёш 3 ой	Оёқларнинг яққол деформацияси, қўл бармоқларида рахит биллак узуклари , оёқларда мушак гипотонияси	Оёқларда авж олувчи деформация. Метафизларнинг кўпол бокалсимон деформацияси. Найсимон суякларнинг бир томонлама (кўпинча медиал) периост пўстлоқ қаватининг қалинлашуви ҳисобига
Де Тони-Дебре – Фанкони касаллиги	2 ёш 6 ой – 3 ой	«Сабабсиз» ҳароратнинг кўтарилиши. Полиурия, полидипсия, мушакларда оғрик	Ҳароратнинг вақти-вақти билан кўтарилиб туриши, авж олаётган кўпгина суяк деформацияси, қабзиятга мойиллик. Суяк тўқимасининг умумий зарарланиши. Тубуляр ацидоз, фосфат диабет, рахитдагидан кўра

			якколрок намоён бўлувчи остеопороз. Диафизларнинг дисталь ва проксимал бўлимларидаги трабекуляр чизиклар.
Жигардаги тубуляр ацидоз	5-6 ой – 2-3 ёш	Полиурия, полидипсия, серзардалик, йиғлокилик, кескин мушак гипотонияси, мушакдаги огриклар	Полиурия, полидипсия, мушак гипотонияси то адинамиягача, жигарнинг катталашуви, қабзият. Оёқларда авж олувчи вальгус деформацияси. Умумий тизимли остеопороз, метафизларнинг бўялганлиги, ноаниқлиги. Рахит зонаси кенглиги – 2 см. суякнинг концентрик атрофияси тез-тез кузатилади.

Спазмофилия

Қонда кальций микдорининг 1,8 ммоль/л ва ундан пастга камайиши натижасида пайдо бўладиган касаллик. Кўпинча рахит билан оғрийдиган болаларда ва целиакия касаллигида учрайди.

Диагностикаси

- ✓ Яширин ва ошкор (аник) спазмофилия фаркланади.

Яширин спазмофилия. Хвостекнинг юз сохаси феномени (қулок олдига урилганда юз мускулларининг оғиз, бурун, пастки ковок атрофида яшин тезлигида қискариши), Труссо феномени (эластик жгут билан билак боғланганда бир оз вақт ўтгандан сўнг бармоқларда «акушер панжаси»-симон ўзгариш содир бўлади) энг кўп кузатиладиган симптомлардан ҳисобланади.

Ошқор (аник) спазмофилия. Касалликнинг бу шаклида бола йиғлаганда ёки кўркқанда ларингоспазм пайдо бўлади. Шунингдек карпопедал спазми – панжа ва товон дистал мушакларининг спазми кузатилади, бунда панжа ва товон дистал мускуллари ўзига ҳос кўринишга эга бўлади: панжа – «акушер кўли», товон бош бармоқларнинг оёқ қафтига букилиш ҳолати.

6-18 ойлик болада рахит ва нерв-мускул кўзгалувчанлиги юқорилигидан далолат берувчи клиник, биокимёвий, рентгенологик маълумотларнинг мавжудлиги диагностикани енгиллаштиради. Беморларнинг барчасида қон зардобиди ионлашган кальций концентрацияси паст бўлади.

УАШ тактикаси

Даволаш

- ✓ Кальций (кальций хлорид 1-2% эритма сут билан) дастлабки 2 кун 4-6 г/қунига, кейинчалик 1-3 г/қунигача камайтириб 1-2 ҳафта мобайнида ичирилади. 10% кальций глюконат эритмасини вена орасига юборилса, тезроқ таъсир этади (5-10 мл юбориш – аста-секин, брадикардия кузатилиши мумкин). Ичишга «Д» витамини 2000-5000 ХВ да тавсия этилади.

Диарея

Ичнинг кўп микдорда, тез-тез, суюқ ёки сувдек келиши, шунингдек дефекациянинг тезлашуви (1 ёшгача болаларда – суткасига 4 мартадан ортик 1 ёшдан катта болаларда 2 мартадан ортик).

Ахлатнинг кўринишига қараб ОИТ (ошқозон ичак тракти)нинг жароҳатланиш даражаси ҳақида маълумотга эга бўлиш мумкин. Юқори ОИТ бўлиш касалликларида ахлат одатда, кўп, суюқ, оч-сарик ёки яшил, ёғли, ОИТ куйи бўлимлари касалликларида эса – кам, қўнғир, кўпинча қон ва шилимшиқ аралаш, консистенцияси ҳар хил бўлиши мумкин.

Асосий маълумотлар ва статистик кўрсаткичлар

- ✓ Ўзбекистонда ўткир диарея 5 ёшгача бўлган болалар ўлими сабаблари бўйича 1 ўринни эгаллайди, бунда болалар асосан сувсизлик оқибатида нобуд бўлади.

Вирусли диарея – бир ёшдаги болаларда ичак дисфункциясининг етакчи сабабларидан биридир.

Ҳар йили АҚШда диареедан 1 ойликдан 4 ёшгача 500 бола нобуд бўлади.

Этиологияси

- ✓ *Болаларда ўткир диареянинг энг кўп тарқалиш сабаблари:*

Вирусли гастроэнтерит (ротавирус инфекция).

Бактериал гастроэнтерит:

E. Coli, *V. cholerae* – энтеротоксинлар ажратувчи кўзгатувчилар сабабли.

Salmonella spp., *Shigella* spp., *Versinia* spp. энтеротоксинлар ажралмайдиган кўзгатувчилар сабабли.

Паразитар касалликлар: амёбиаз, лямблиоз, криптоспоридиоз.

Ичакдан ташқаридаги инфекциялар: ўрта отит, сепсис, сийдик йўллари инфекцияси.

Псевдомембраноз колит: кўзгатувчиси – *Clostridium difficile*.

Гемолитик – уремик синдром

Ичак яллиғланиш касалликлари: носпецифик ярали колит, Крон касаллиги.

Дори препаратлари: сурги, таркибида магний тузлари бор антацидлар, антибиотиклар, дигиталис, таркибида калий тузлари мавжуд дорилар, хенодеоксихолат кислотаси, холестерамин, сульфасалазин, антикоагулянтлар, сунъий қанд; сорбитал, маннитал.

Диагностикаси

- ✓ *Анамнез.* Касаллик давомийлиги, ахлат консистенцияси, дефекация ва сийдик частотаси, истеъмол қилинаётган овқат микдори ва тури; вазн

йўқотиш борми, йўқми; йиғлагандаги кўз ёши, ахлатдаги шилимшиқ ва қон бор-йўқлиги; бирга кечувчи симптомлар (иситма, тошма, қусиш, қоринда оғриқ) аниқланади.

Физикал текширувда: ЮҚС, АБ текширилади, тери қопламларига баҳо берилади, шиллиқ катламлар, лиқилдоқлар ҳолати, йиғлаганда кўз ёши бор-йўқлиги, фаоллик, эмоционал реакциялар (серзадалилик) аниқланади.

Лаборатор текширувлар: оғир бўлмаган ҳолларда минимал тарзда ўтказилади. Умумий ахлат таҳлили, сийдикнинг солиштирма оғирлигини аниқлаш сувсизликнинг илк босқичини аниқлашда ёрдам беради. Агар ахлатда нейтрофиллар топилса, экилганда инфекция аниқланиш эҳтимоли кескин ортади.

Асоратли – фебрил талвасалар (юқори ҳароратда), лактаза етишмовчилиги.

УАШ тактикаси

✓ **Дастлабки (биринчи) суткаларда даволаш:** Оз-оздан тез-тез суюқлик бериш (айниқса кучли қусишларда), мисол учун ҳар 15 минутда 50 мл дан. Суюқлик сифатида Гастролит (ОРС) дан фойдаланган маъқул.

Агар кўкрак сути билан эмизиладиган болада қусиш бўлмаса, эмизиш давом этилади, эмизишлар 4 орасида Гастролит ёки ОРС берилади; агар бола қусаётган бўлса, эмизиш 24 соат тўхтатилади.

Антидиарея ва қусишга қарши воситалар, шунингдек антибиотиклар тайинлашдан эҳтиёт бўлиш зарур.

Иккинчи-учинчи суткада даволаш: Кўкрак билан боқиладиган болаларда эмизиш тикланади. Аралашма ёки соғилган кўкрак сути ярим сув билан аралаштирилади.

Катта болаларга қуюқ овқат бериш бошланади. Олдинига нон, бисквитлар, желе, пиширилган олма, гуруч, сули ёрмасидан бутка, қайнатилган картошка берилади. Рациондан ёғли ва қовурилган таомлар, мева ва сабзавотлар, йирик тортилган ундан қилинган нон ўчирилади.

Тўртинчи суткада даволаш: Кўкрак ёшидаги болаларда аралаштирилмаган аралашма ёки кўкрак сутига ўтилади, катта болаларда эса одатдаги рационга қайтилади.

**Диарея билан оғриган болаларда ЖССТ томонидан тавсия қилинган
сувсизланиш даражаларини баҳолаш мезонлари**

Белгилари	1-даража	2-даража	3-даража
Ич кетиш	3-5 марта	10 мартагача	Жуда тез (сувсимон)
Қусиш	1-2 марта	Бир неча марта	Жуда кўп
Озиб кетиш	5% гача	10% гача	10% дан кўп
Умумий ҳолат	Уртача	Ўртадан оғиргача	Жуда оғир
Терининг эластиклиги	Сакланган ёки тезда тикланади	Заифлашган пасайган	Тери бурмалари – текисланмайди
Чанқаш	Ўртача	Кучли	Кузатилмаслиги мумкин
Шиллик қаватлар	Нам	Қуруқ, озгина қизарган	Жуда қуруқ, жуда қизарган
Катта лиқилдоқ	Одатдагидек	Озгина тортишган	Ичкарига тортилган
Кўзлар	Одатдагидек	Озгина киртайган	Жуда киртайган
Юрак тонлари	Одатий	Пасайган, бўғиқ	Бўғиқ, ноаниқ
Тахикардия	Йўқ	Ўртача	Кескин

Сурункали диарея

2 хафтадан кўпроқ давом этади.

Сурункали диарея сабаблари:

- Таъсирланган ичак синдроми;
- E.Coli, Yersinia spp., Clostridium difficile, Giardia intesnalis, Criptosporidium spp. лар келтириб чиқарган сурункали инфекциялар;
- Ингичка ичакда бактерияларнинг ошиб кетиши;
- Муковисцидоз, целиакция, дисахаридаза етишмовчилиги;
- Озик-овқат аллергияси;
- Ичак яллиғланиш касалликлари;
- Имун танқислик;
- Ривожланиш аномалиялари;
- Эндокрин бузилишлар;
- Бошқа сабаблар.

Таъсирланган ичак синдроми – болаларда сурункали диареянинг энг кўп тарқалган сабабларидан бири.

Этиологияси - ноаниқ. Эҳтимол касаллик ривожланишида стресснинг ўрни мавжуд.

Текшириш ва диагностикаси. Касаллик кўпинча 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларда кузатилади. Анамнезида – рацион ўзгаргандан сўнг суюқ сувсимон ич келиши. Физикал текширув ва ахлат тахлили кўрсаткичлари нормада, ривожланишда бузилиш йўқ, ахлатни экиш натижалари манфий. Ташхис сурункали диареянинг бошқа сабаблари хам кўриб чиқилган сўнг қўйилади.

Даволаш: Асосий мақсад – ич кетишни тўхтатиш ва ўсиш хамда ривожланишни меъёрлаштириш.

Ота-оналарни бола касаллиги хавфсиз эканлигига ишонтириш. Рацион коррекцияланади.

Агар пархез билан даволаш самарасиз бўлса, касалхонага ётқизилади. Диареяга қарши дорилар қўлланилмайди.

Ривожланиш аномалияларини аниқлаш мақсадида контраст моддалар билан рентген текшируви ўтказилади.

Целиакция – одатда 9-18 ойлик болаларда кузатилади.

- ✓ *Асосий симптомлари* - иштаҳанинг пасайиши, серзардалилик, бўшашиш, ўйкусираш, жисмоний ривожланишнинг тутилиши (касалликкача болалар нормал ривожланади). Целиакцияда хазм қилишнинг бузилиши синдроми ривожланади, метеоризм ва ич кетишда намоён бўлади. Ахлат одатда сассик бўлади.

Диагностик мезонлари:

- ✓ Ёғларнинг ахлат билан чиқарилишининг кучайиши.
Ингичка ичак биоптати гистологик текширилганда - қилчалардаги кўпол ўзгаришилар, безсимон эпителий атрофияси.

Даволаш

- ✓ Рациондан таркибида глютен мавжуд озиқ-овқатлар: хамиртурушли нон, макарон маҳсулотлари, котган нон (сухари), пирожний ва бисквитлар, пироглар, буғдой ва сўли ёрмалари жавдар унидан қилинган маҳсулотлар, буғдой кепаклари, пиво, балиқ ва бошқа қокланган маҳсулотлар, шўрва концентратлари ва соуслар чиқариб ташланади. Оқсилларга, углеводларга, клетчаткага бой ва таркибида ёғлар кам бўлган парhez тайинланади.
Авитаминозлар даволанади.

БОЛАЛАР ИНФЕКЦИЯСИ

Сувчечак

Сувчечак кўп учрайдиган ва жуда юқумли касаллик. Қўзгатувчиси – вирус *Varicella zoster* бўлиб, герпесвируслар оиласига мансуб. Сувчечак ўтказилгандан кейин ҳам бу вирус организмдан бутунлай йўқолмайди, балки латент ҳолатда орқа мия ганглияларида сакланади.

Вируснинг реактивацияси ўраб олувчи темираткининг пайдо бўлишига олиб келади.

Эпидемиологияси

- ✓ Касаллик йилнинг совуқ мавсумида кучаяди, кўпинча 2-8 ёшдаги болалар касалланади, шаҳар аҳолисининг 75% сувчечак билан 15 ёшгача оғрийди, 90% - 29 ёшгача. Вирус хаво-томчи йўл билан сувчечак, ўраб олувчи темиратки билан оғриган одамдан юкади. Сувчечак билан касалланган бемор, унда везикулалар мавжудлигида юқумли ҳисобланади.

Диагностикаси.

- ✓ Инкубацион давр – 10 суткадан 21 суткагача.
Продромал давр: умумий симптомлар сезиларли даражада, 2-3 сутка давом этади, иситма, бош оғриги, миалгия белгилари хос.
Авж олиш даври: тошма одатда бошнинг соч қисмида, юзда (оғиз шиллик қаватида) танада тарқалади; тошма полиморф кўринишида (бир вақтнинг ўзида везикулали папулалар ва кипиклар кузатилади); ва каттик кичишиш характерли.

УАШ тактикаси

- ✓ Даволаш одатда симптоматик усулда ўтказилади. Тавсия этилади: тинчлик, иситмада – парацетамол (аспирин тавсия этилмайди), кўп миқдорда суюқлик ва енгил овқат, кичишиш пайтида – Н1 блокаторлар ичилади. Бола тирноклари тоза ва калта қилиб олинган бўлиши керак (тирнаб ташламаслик учун).
Каттик кичишишда болага пахта қўлқоплар кийдирилади. Иммуниетет танқислиги бўлган беморларга ацикловир тавсия этилади.

Профилактикаси

- ✓ Сув чечак билан оғриган бемор билан мулоқотда бўлганларга вирус *varicella zoster* қарши иммуноглобулин билан пасив иммунланади.

Қизамиқ

Қизамиқ - бу ўта юқумли инфекция. Қўзгатувчиси РНК сакловчи вирус бўлиб, парамиксовируслар оиласига мансуб.

Эпидемиологияси

- ✓ Қизамик ҳаво-томчи йўл билан ўтади. Бемор тошма тошгунга қадар юқумли ҳисобланади. Одатда 5 сутка мобайнида юқади. Инфекция ўтказилгандан кейин тургун иммунитет ҳосил бўлади.

Диагностикаси

- ✓ Инкубацион давр – 10-14 сутка. Қизамикда 3 та давр фарқланади.
1-продромал давр 3-4 сутка давом этади. Юқори ҳарорат, иштаҳанинг йўқолиши, ич кетиш, йўтал, ринит, конъюнктивит. Коплик доғлари, қизамик энантемаси характерли.
2-аввэл олиши даври – бу давр оч қизил доғли папулалар тошмалар билан характерланади. Тошма олдин қулоқлар атрофида, 1-сутка юз қисмида 2-суткада танада, 3-суткада эса оёқ-қўлларга тошади. Тошма оёқ-қуларга ўтиши билан юздаги тошмалар қайта бошлайди. Тошма элементлари туташигга мойил бўлиб, бармоқ билан босилганда оқаради. Тошма пайдо бўлганидан тахминан 5 кундан кейин ҳарорат пасаяди, бемор ўзини яшаш ҳис этади.
3-Согайиши даври. Тошма оқаради, тошма элементлари қораяди, кипикланиш пайдо бўлади. Маълум бир вақт ичида йўтал сақланиши мумкин, лекин аҳволи тез яхшиланади.

УАШ тактикаси

- ✓ Симптоматик даво. Йўталга ҳамда иситмага қарши воситалар тайинланади. Болалар қоронғилаштирилган хонага жойлаштирилади. Тана ҳарорати меъёрига тушгунча, тушак режими тайинланади.

Профилактика

- ✓ Қизамикни олдини олишни самарали усули фаол иммунизация (АҚДС).

Қизилча

Қизилча кўзгатувчиси – РНК сакловчи вирус бўлиб, тогавируслар оиласига мансуб. Инфекция одатда енгил кечади, бироқ хомилдорлар учун катта хавф туғдиради.

Эпидемиологияси

- ✓ Қизилча хаво-томчи йўл билан ўтади, аммо сувчечак ёки қизамиққа нисбатан юқумлилиги камроқ. Бемор касаллик бошланишидан 10 сутка олдин юқумли ҳисобланади. Ўтказилган касаллик ҳаёт охиригача турғун иммунитет қолдиради.

Диагностикаси

- ✓ Инкубацион давр – 14 дан 21 суткагача. Генераллашган доғли – папулез тошма ва кичишиш характерли. Ҳарорат нормал ёки субфебрил. Фарингит, ринит, баъзида эса танглай шиллик катламида энантема кузатилиши мумкин.

Тошма: доғли – папулез, пушти ранг, тошма элементлари туташмайди; аввалига юз ва бўйин соҳасида, сўнгра тана ва оёқ-қўлларга тарқалади; 2-3 кун туради, ўзидан кейин пигментация ёки кипикланиш қолдирмайди.

УАШ тактикаси

- ✓ Одатда симптоматик даво тайинланади. Иситма кўтарилганда парацетамол берилади.

Эпидемик паротит

Эпидемик паротит - ўткир инфекция қасаллик бўлиб, қўзғатувчиси парамиксовируслар оиласига киради, сўлак безлари эпителийси ва мия қобиғи тўқимасини зарарлайди.

Эпидемиологияси

- ✓ Эпидемик паротит билан 90% ҳолатларда болалар жинсий етилиш давригача оғрийди. Ўтказган қасаллик турғун иммунитет қолдиради. Қўзғатувчи ҳаво-томчи йўл билан ўтади, ёпиқ жамоаларда инфекциянинг авж олиши мумкин.

Диагностикаси

- ✓ Инкубацион давр – 11 дан 23 суткагача. Қўпинча сўлак безлари қатталашувидан 5-7 сутка олдин иситма, ҳолсизлик ва бош оғриғи қайд этилади. Эпидемик паротитда биринчи навбатда қулоқ олди безлари зарарланади. Одатда олдин битта без, 1-2 суткадан кейин иккинчи без ҳам қатталашади. Қулоқ олди безларининг икки тарафлама зарарланиши 70% ҳолларда кузатилади. Қасаллик унча билинмайдиган, енгил шаклда ҳам кечиши мумкин.

Асоратлар: Қўпинча: орхит, сероз менингит. Камдан – кам ҳолларда: офарит, энцефалит, артрит, панкреатит, карлик.

УАШ тактикаси

- ✓ **Симптоматик даво.** Иситмалаганда парацетамол берилади. Қўп миқдорда суюқлик ва енгил овқат- тавсия этилади. Маҳаллий қуруқ иссиқ тайинланади.

Профилактикаси

- ✓ Қасалликнинг олдини олишнинг усули – фаол иммунизация. Тирик аттенуир вакцина қўлланилади.

Кўкйўтал

Кўкйўтал – болалар инфекцияси бўлиб, кўпрок, нафас йўллари зарарланиши билан кечади. Қўзғатувчиси – *Bordetella pertussis*.

Эпидемиологияси

- ✓ Инфекция - хаво-томчи йўли билан ўтади. Кўкйўталга қарши фаол иммунизация ва турмуш даражасининг ошиши инфекциянинг тарқалишни камайтиради. Иммунизация – бу касалликнинг клиник манзарасини ўзгартириб юборди, ҳозирги кунда кўкйўталнинг атипик кечиш шакли кўпрок кузатилади.

Диагностикаси

- ✓ Инкубацион давр – 7-14 сутка. Кўкйўталда 3 давр фаркланади: катарал, спазматик йўтал даври ва тузалиш даври. Беморлар катарал даврда энг юқумли бўлади. Катарал давр (7-14 сутка): иштаҳанинг йўқолиши, ринит, конъюнктивит, қуруқ йўтал. Спазматик йўтал даври (бир ой атрофида): такрорланадиган хуружсимон йўтал, кўпинча тунда, қусиш (одатда хуруж охирида), лимфоцитоз. Тузалиш даври (1-3 ҳафта) хуружлар частотаси ва оғирлигининг аста-секин камайиши билан характерланади.

УАШ тактикаси

- ✓ Агар катарал даврда тайинланса антибиотиклар самарали ҳисобланади, одатда эритромицин қўлланилади. Йўталга қарши доривоситаларининг фойдаси кам бўлади. Бемор хонасини хавоси алмаштирилади, чанг бўлмаслиги лозим. Спазматик йўтал даврида тинчлик зарур, тўйиб овқат емаслик лозим.

Профилактикаси

Фаол иммунизация ўтказилади.

Анемия (камқонлик)

Қонда гемоглобин миқдорининг камайиши билан кечадиган касаллик. Анемия кўпгина касалликларда кузатилади ва одатда иккиламчи касаллик ҳисобланади, шунинг учун ҳам унинг сабабини аниқлаш лозим. Кўпинча темир етишмаслиги сабабли келиб чиқадиган анемия кузатилади.

Диагностикаси

- ✓ **Анамнез.** Анемия сабабларини аниқлаш учун биргина анамнез етарли эмас. Қуйидагиларни ҳам инobatта олиш зарур: нотўғри овқатлантириш, ошқозон-ичакдан қон кетиш, меноррагия, НЯҚП ва антикоагулянтларни қабул қилиш темир етишмовчилигига олиб келади, ошқозон ёки чамбар ичакдаги операция, чамбар ичакнинг жароҳатланиши, аутоиммун гастрит, вегетарианлик В₁₂ витаминининг етишмовчилигига олиб келади, нотўғри овқатланиш, алкоголизм, ингичка ичакнинг зарарланиши фолат кислотаси етишмовчилигининг ривожланишига сабаб бўлади, анемиянинг тез ривожланиши ва сариклик гемолитик анемияга хос бўлади.

Анемияда шикоятлар бўлмайти деса ҳам бўлади, бўлса ҳам умумий характерга эга бўлади: толиқиш, ҳолсизлик, бош огриги, бош айланиши, диққатнинг бузилиши, юрак ўриши, хансираш ва жисмоний зўриқишда кўкракдаги оғриқ.

Текиширувда аниқлаш мумкин: рангпарлик, тахикардия, юрак учудаги систолик шовқин, сариклик – гемолитик анемияда, койлонихия (қошиқсимон тирноқлар) – темир танқислиги анемиясида.

Болаларда кўпинча темир етишмаслиги анемияси кўпроқ учрайди.

Этиологияси.

- ✓ Туғилишда темир захирасининг етарлича бўлмаслиги, бўй ўсиши ва ОЦҚ ортиши сабабли темирга бўлган эҳтиёжнинг ортиши, темирнинг овқат билан етарлича тушмаслиги ва ОИТ да ёмон сўрилиши, камдан – кам ҳолларда қон йўқотиш.

Диагностикаси

- ✓ **Анамнез.** Анемия одатда 2 ойликдан 2 ёшгача бўлган даврда, кўпинча чала туғилган ва кам вазнли болаларда пайдо бўлади. Анемияга олиб келувчи омиллар: табиий овқатлантиришни 6 ойликкача тўхтаб қўйиш ёки уни 1 ёшдан кейин ҳам давом эттириш (кўшимча овқатсиз), куюқ таомларни эрта бериш, қаймоғи олинмаган сут ва чойни кўп истеъмол қилиш, овқат таркибида темирнинг етишмаслиги.

Физикал текиширув. Бола рангпар, шишинкираган («сут бола»), шишлар билан, глоссит, стоматит ва «қошиқсимон тирноқларни мавжудлиги аниқланади.

Лаборатор текиширув: Кўпинча эритроцитлар гипохромияси, микроцитоз, анизоцитоз, тромбоцитоз, зардобда ферритиннинг кам

микдордалиги, зардобда темирнинг кам микдордалиги, пойкилоцитоз аниқланади. Темир етишмовчилигида анемиядан ташқари: глоссит, дисфагия, атрофик гастрит, сурилишнинг бузилиш синдроми, тирнокларнинг тез синиши, койлонихия кузатилади.

УАШ тактикаси

- ✓ *Даволаш.* Иликда Нв микдорини меъёрлаштириш ва темир захирасини тўлдириш учун темир препаратлари тайинланади, 4-6 ой давомида 3-6 мг/кг/суткасига (тоза темир ҳисобида) 3 марта қабул қилинади. ОИТга кўшимча таъсир кўрсатганда доза камайтирилади. Темир сульфати таркибида 20% тоза темир бўлиб самарали ва арзон ҳисобланади. Ичиладиган препаратларни овқат билан бермаслик керак, чунки бу уларнинг сўрилишини ёмонлаштиради. Темир етишмовчилиги темир дори воситаларини парентерал юбориш ёки қон қуйишни талаб этиладиган даражада сезиларли бўлиши камдан – кам ҳолларда бўлади.

Профилактикаси

- ✓ Темир дори – воситалари томчилар кўринишида тайинланади, темирга бой ёрмалар ва озиклантирувчи аралашмалар билан овқатлантириш, анемия хавф омилларини бартараф этиш - тўлиқ туғилганлар учун – 1/мг/кг/суткага 4 ойликдан бошлаб, чала туғилганларга – 2-4 мг/кг/суткасига 2 ойликдан бошлаб.

КЎЗ КАСАЛЛИКЛАРИ

Дакриоцистит - кўз ёши қопчасининг яллиғланиши.

Асосий ҳолатлар

- ✓ Сурункали дакриоцистит кўздан ажралма чиқиш сабабли бўлиши мумкин.
Энг кўп учрайдиган сабаби – ёш халтачасини бурун бўшлиғига туташтириб турадиган тор йўлнинг бекилиб қолиши ҳисобланади.
Касаллик (болаларда) енгил шаклда ва шу билан бирга оғир шаклда абсцесс билан бирга кечиши мумкин.

Диагностикаси

- ✓ Бемор оғриқдан шиш кўзнинг ички бурчагини кизаришидан шикоят қилади. Кўпинча дакриоциститдан олдин бир неча ой давомида кўз оқиши кузатилади.
Ёш қопчаси атрофи босилганда ёш нуқталаридан яллиғланган оқма ажралади.

УАШ тактикаси

- ✓ **Маҳаллий даво:** иситиш ёки қайноқ компресс. Оғриқсизлантириш. Ичишга ва маҳаллий қўлланиладиган микробга қарши препаратлар. Мутахассисга жаррохлик давосини, яъни ёш халтачасини бурун бўшлиғига туташтириб турадиган тор йўлни тиклаш мақсадида муружаат этилади.
Операцияга кўрсатма – ёш оқиши ва яллиғланишнинг қайталаниши.

Блефарит (кўз қовоқлари четининг яллиғланиши)

Блефарит – кўп тарқалган сурункали касаллик бўлиб, кўз қовоқлари четининг яллиғланиши билан тавсифланади.

Асосий ҳолатлар

- ✓ Энг кўп кўзгатувчи – тилларанг стафилококк ҳисобланади. Блефаритнинг асосий сабабларидан бири - кўз қовоқлари структураси ёки ёғ безлари секрет таркибини бузилиши деб тахмин қилинади. Киприкнинг асосидаги тери пўст ташлайди, бу эса бактериал флорани ўсишига имкон беради. Ёғ безларининг ичига тушган бактериялар, унинг секрет таркибини ўзгартиради ва натижада без йўлларининг бекилишига олиб келади (мейбомит). Блефаритнинг сурункаланишга мойиллигини аниқлаш зарур. Сурункаланиш жараёнига йўл қўймаслик керак. Блефаритда кўпинча говмижжа, холазион, шох парданинг ёки кўзнинг бириктирувчи тўқимасининг яллиғланиши рўй беради. Блефарит кўпинча себореяли дерматитда, диффуз нейродерматитда, кам ҳолларда пушти ранг хуснбузарларда учрайди.

Диагностикаси

- ✓ Қовоқ ва кўз соҳаларида ёкимсизлик ҳис қилинади. Қичиш, куруклик, қовоқларда бошқа жисм тургандай ҳис қилинади. Кўз қовоқларининг чети кизаради, пўст ташлайди, баъзида коплама билан ёпилади.

УАШ тактикаси

- ✓ Қовоқлар четини пўст ташланган тангачалардан тозалаш учун намланган тампондан фойдаланилади. Кўз қовоқларига бир неча ойлар давомида антибактериал суртмалар суртилади (масалан: 1% ли тетрациклин суртмаси ҳар 3-6 соатда). Сурункали блефаритда кортикостероид суртмалар буюрилади (0,5% гидрокортизон суртмаси) ёки кўз томчилари. Даволашнинг дастлабки босқичларида препарат ҳар куни кечасига буюрилади. Кўз қовоқларининг ҳолати меъёрлашгандан сўнг препарат ҳафтада 1 марта узоқ вақт давомида қўлланилади. Касалликнинг қайталаш ҳолати юз берса, қайта даво курси ўтказилади. Кўзнинг бириктирувчи тўқимасининг (конъюнктивлар) қуришида сунъий ёшлар қўлланилади. Қовоқ абсцессиди антибиотик буюрилади, масалан флуклоксацин.

Конъюнктивит

Конъюнктивит - кўзнинг бириктирувчи тўқимасининг яллиғланиши.

Асосий ҳолатлар

- ✓ Ҳамма кўз патологияларининг 30% ни ташкил қилади. Конъюнктивитни куйидаги касалликлардан фарқлаш зарур: (бунда офтальмологнинг текшируви ва давоси талаб қилинади) ирит, кератит, глаукома хуружи. Кичик ёшдаги болаларда кўздан ажралма ажралганда қулоқ ҳам текширилиши шарт. Кўпинча улурда ўрта отит аниқланади. Антибиотикларни ноўрин қўлламаслик учун алергик турдаги конъюнктивитни ҳам аниқлаш зарур.

Этиологияси

- ✓ **Бактериялар:** пневмококklar, Haemophilus турдаги, хламидия, менингококklar, гонококklar, стафилококк ва бошқалар. **Вируслар:** аденовируслар, ВПГ, контагиоз моллюскалар. **Замбуруғлар:** Candida albicans. Атопик алергик реакциялар. Кимёвий конъюнктивит (м-н маҳаллий қўллаш) Ксерофтальмия - кўз куруклиги.

Диагностикаси

- ✓ **Клиник белгилари:** кўздан ажралма, бошқа жисмни ҳис қилиш, кўзга қадалиш, қичиш, баъзида ёруғликдан кўрқиш (кўпинча иритнинг белгиси). Кўздан йирингли оқмаларнинг ажралоши кўпинча бактериал ёки вирус табиатли конъюнктивитдан далолат беради. Йирингли ажралмаларнинг бўлмаслиги ёки кам миқдорда бўлиши ташхис дифференциациясини (қиёслашни, фарқлашни) мураккаблаштиради. Бунинг учун беморда куйидаги ҳолатларнинг мавжудлигини текшириш лозим:
 - а) Юқори нафас йўлларида кечадиган ҳамроҳ инфекциялар, бу инфекцияларнинг мавжудлиги вирусли ёки бактериал конъюнктивит мавжудлигидан далолат беради;
 - б) Бошқа алергик реакцияларни биргаликда атопик кечиши (ринорея, давомли чўзилган йўтал, атопик экзема) алергик табиатдаги конъюнктивит эканлигидан далолат беради. Ҳар доим ҳам бу ҳолларда анамнезда хайвонлар ёки чанг билан боғлиқлик ҳолати аниқланмайди. Ингичка чизик кўринишдаги шиллиқлар фақат алергик конъюнктивитдагина учрайди. Кам миқдордаги йиринглаш ёки ажралмасиз яллиғланишни кератит, ирит, эписклерит ёки ўткир глаукома учун хос бўлган куйидаги белгилар: кучли оғрик, ёруғликдан кўрқиш (ирит, алергик конъюнктивитда учрайди); кўзга босганда оғрик сезиш, кўриниш қобилятини бузилиши, хира тортиш, шох пардада доғ ёки нуқсон пайдо бўлиши, қорачикни қисқариши ёки нотўғри формада бўлиши каби белгилар бўлмагандагина конъюнктивит деб талқин этиш мумкин.

Беморда юкорида саналган белгилардан бир ва ундан ортигиги аникланса, пухта текшириш ўтказиш лозим:

а) Шох пардани флюоресцин билан тозалашдан олдин ва кейин текшириш;

б) Кўриш қобилятини текшириш;

в) Тонометр билан кўзнинг ички босимини аниклаш (шоҳ парда яраси йўқлигига шубҳа бўлмаганда).

УАШ тактикаси

✓ Юкори нафас йўллари инфекцияси билан боғлиқ ўткир конъюнктивитни «сунъий ёш» препаратлари билан даволаш мумкин.

Кам йирингли конъюнктивитни (вирусли ёки бактериал) даволашда антибиотик тайинланади.

Хлорамфеникол кўз томчилари 4-6-8- марта кунига тавсия этилади. Таркибида фузидин кислота бўлган суртмалар кунига 2 марта суртилади.

Ципрофлоксацин ёки норффлоксацин кўз томчиларини қўллаш мумкин, лекин булардан даволаш кийинроқ бўлган инфекцияларни даволашда фойдаланган маъқул.

Аллергик конъюнктивитнинг давоси:

а) асосий препарат – кромоглицин кислотали кўз томчилари;

б) маҳаллий қўлланиладиган антигистамин препаратлар;

в) кон томирларини торайтирувчи препаратларни қўллаш ярамайди;

г) кучли аллергияли беморни мутахассисга йўллаш талаб этилади. 1 хафта давомида маҳаллий антибиотиклар билан ўтказилган даво самара бермаса ташхисни қайта кўриб чиқиш керак.

Қуйидаги сабаблар бўлиши мумкин:

а) вирусли инфекция;

б) турғун бактериал микрофлора (м-н гонококкли инфекция) келтириб чиқарган инфекция;

в) хламидияли инфекция (чакалоқларда конъюнктивит билан оғриган чакалоқлар хаётининг биринчи хафтаси охирида пайдо бўлади);

г) ёш йўлларининг торайиши (кўпинча 6 ойликгача бўлган болалардаги қайталанувчи конъюнктивит сабаби);

д) нотўғри ташхис.

Чакалоқларда хламидли конъюнктивит аникланадиган бўлса, она ва боладан бактериал текширувга материал олиш зарур. Иккаловларига ҳам ичишга эритромицин буюрилади.

Атипик ёки оғир симптоматикали холларда офтальмолог маслаҳати буюрилади.

ОШҚОЗОН-ИЧАК ТРАКТИНИНГ (ОИТ) ЭНГ КЎП ТАРҚАЛГАН ПАТОЛОГИК ҲОЛАТЛАРИ

Гастроэзофагеал рефлюкс

Гастроэзофагеал рефлюкс (ГЭР) – бу ошқозон ичидаги овқатнинг кизилўнғач дистал бўлимига чиқариб ташланиши.

Асосий ҳолатлар

- ✓ Кўпинча болалар ҳаётининг биринчи ойларида учрайди (50% ҳолларда). ГЭР ошқозон-ичак тракти моторикасининг етарлича ривожланмаганлик кўриниши ҳисобланади. Патологик ҳам бўлиши мумкин.

Рефлюкснинг пайдо бўлишига ёрдам берувчи омиллар: ошқозон бўшалишининг тутилиши, кизилўнғач перистальтикасининг ўзгариши, ошқозон кенгайиши, кизилўнғачнинг қисқалиги.

Диагностикаси

- ✓ Қайт қилиш – эмизикли болаларда кўп кузатиладиган симптом бўлиб, ҳеч оғриқсиз ва қийналишсиз овқат еб бўлгандан кейин ёки бир неча соатдан кейин оғзидан бир оз миқдордаги творога айланган сут окишидаги кўринишида содир бўлади.

Каттароқ ёшдаги болаларда енгил пайдо бўладиган қусиш, жиғилдон қайнаши, дисфагия, овқатни жуда секин чайнаш, оғзидан бадбуй хид келиш кузатилади.

Узоқ сақланадиган ГЭР қатор асоратларга олиб келиши мумкин: рефлюкс, эзофагит, анемия, жисмоний ривожланишда ортда қолиш, аспирация, рецидивланувчи зотилжам, бронхиал астма, апноэ, болаларнинг тўсатдан ўлиш синдроми.

Текширишининг инструментал усуллари: ОИТ юқори бўлимларининг рентгенографияси, кизилўнғач таркибидаги рН назорати, изотопли сканерлаш, эндоскопик текширув ва биопсия, кизилўнғач монометрияси.

УАШ тактикаси

- ✓ Физиологик ГЭРда – болани кам-кам овқатлантириш, овқат қуюқ бўлиши керак. Овқатлантириб бўлгандан сўнг бола қоринга ётказилади ва кроватнинг бош томони озроқ кўтариб кўйилади.
- ✓ Патологик ГЭРда: **Антацидлар.** Навбати билан таркибида алюминий ва магний бўлган дорилар (алюминий гидроксид, комбинациялашган препарат – алюминий гидроксиди, магний гидроксиди) – 0,5-1 мл/кг дозада овқатдан 1-3 соат кейин ва уйқудан олдин тайинланади.

H₂-рецепторлар – блокаторлари. Циметидин 5-10 мг/кг дозада ҳар 6-8 соатда тайинланади. Кейинчалик дори қабул қилиш аста-секинлик билан тўхтатилгандан сўнг, уни фақат уйқудан олдин тайинланади.

ОИТ моторикасига таъсир этувчи дорилар: Метаклопромид 0,1-0,2 мг/кг ҳар 6-8 соатда.

Медикаментоз терапия самара бермаганида **жарроҳлик аралашуви масаласини ҳал этиш** мақсадида мутахассисга йўлланма берилади.

Гастрит

Гастрит – меъда шиллик пардасининг яллиғланиши бўлиб, яққол яллиғланишили реакция билан ўткир кечади ёки морфофункционал ўзгаришлар билан сурункали кечади.

Этиологияси

- ✓ Узок муддат НЯҚП қабул қилиш.

Стресс

Кимёвий, физик, термик жароҳатланиш.

Helicobacter pylori билан инфицирланиш.

Дуоденал таркибнинг (сафро ва панкреатик ферментларнинг) чиқариб ташланиши.

Инфекция

Ўткир гастрит - кўпинча нотўғри овқатланиш ёки токсикоинфекция билан боғлиқ бўлади.

Диагностикаси

- ✓ Тўсатдан бошланади, кўнгил айнайди, ҳазм бўлмаган овқатни шиллик аралаш қусилади, эпигастрия соҳасида оғриқ, кекириш.

УАШ тактикаси

- ✓ Ошқозон 0,5-1% натрий бикарбонат эритмаси билан ювилади. Кўп миқдорда суюқлик ичилади, иссиқ тутиш лозим. 6-12 соатга сув – чой парҳези. Кучли қусишда – вена ораси гидратацияси тавсия этилади.

Сурункали гастрит - сақланган ёки камайган секреция билан, шиллик пардадаги тарқалган ёки чекланган, юзаки ёки чуқурроқ ўзгаришлар билан кечади. Асосий сабаб - *Helicobacter pylori*.

Диагностикаси

- ✓ Асосий симптом – эпигастрал соҳадаги оғриқ.
Диспептик синдром – кекириш, кўнгил айнаши, қусиш, иштаҳанинг йўқолиши, қорин дам бўлиши, қорин қулдираши, метеоризм, ич қотиши ёки кетиши белгилари пайдо бўлади.
Меъда секрециясини текшириш: **оч қоринга ошқозон шираси рН** нинг камайган ёки ошганини махсус қўзғатувчилардан (**карам қайнатмаси**, гистамин) фойдаланган ҳолда текшириш.
ФГДС.

Ошқозон рентгеноскопияси, *Helicobacter pylori* ни аниқлаш

Дифференциал таъхис - ошқозон яра касаллиги ва 12- бармоқ ичак касаллиги, функционал диспепсия, ошқозон - қизилўнғач рефлюкси,

жигар, ошқозон ости беши, 12 бармок ичак касалликлари билан фарқлаш зарур.

УАШ тактикаси

- ✓ Агар гастрит аспирин ёки бошқа дори воситаларидан кейин ривожланган бўлса, уларни қабул қилишни тўхтатиш ва антацидлар ёки H₂-блокаторлар билан қисқача даволаниш курси (1-2 ҳафта) ўтказилади.

Helicobacter pylori келтириб чиқарган гастритда – эррадикация (даволаниш курси 1-2 ҳафта) тавсия этилади.

(Қаранг яра касаллиги).

Гипосекрецияда - ўриндош терапия (абомин, ацедин-пепсин, ошқозон шираси).

Парҳез - тўлақонли, авайловчи: аччиқ, ковурилган, тузланган овқатлар истеъмолдан чиқарилган, кам-кам, тез-тез овқатланиш тавсия этилади.

Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг яра касаллиги.

Асосий ҳолатлар

- ✓ 6 ёшгача яра киз болаларда ҳам, ўғил болаларда ҳам бир частотада аниқланади (12 бармоқ ичак ва ошқозондаги бир хил локализация билан).
6 ёшдан катта болаларда яралар кўпроқ ўғил болаларда ва асосан 12 бармоқ ичакда кайд этилади.
Яралар этиологиясида 90% ҳолатда *Helicobacter pylori* етакчи роль уйнайди.
Тахминан 5-10% дуоденал яралар ва 30% ошқозон яралари бошқа этиологияга эга бўлади.

Хавф омиллари

- ✓ **Асосий:** *Helicobacter pylori*, аспирин (НЯҚП), чекиш.
Қўшимча: гиперсекреция ҳолати (Золлингер-Элисон симптоми), пархезнинг бузилиш, пархездеги яримтўйинмаган ёғ кислоталарининг етишмовчилиги (ёки умуман бўлмаслиги), ошқозон ва 12 бармоқ ичак шиллик пардасининг вируслар билан (оддий герпес, ЦМВ) жароҳатланиш, эмоционал ва рухий стресслар, наркотиклар.
Тахминий омиллар: эркак жинси, ирсият, кон гурухи О, кортикостероидларни қабул қилиш, нотўғри овқатланиш.

Диагностикаси

- ✓ **Ошқозон ярасининг типик симптомлари:** эпигастрал соҳадаги оғрик ёки диспепсия, оғрикнинг минимал бўлиши ёки оч қоринда умуман бўлмаслиги; оғрикнинг ритмиклиги овқатдан сўнг 5-15 минутдан кейин пайдо бўлади ва ошқозон овқатдан озод бўлмагунча (табiiий йўл билан ёки қусиш ёрдамида) давом этади; оғрик орқа куракка ва чап юқори квадрантга беради, беморлар овқат ейишдан сакланишади, озиб кетади.
- ✓ **12 бармоқли ичак ярасининг типик симптомлари:** эпигастрал соҳадаги оғрик ва диспепсия; оғрик - «оч», «кемирувчи», «зирқираган»; овқат, сут, антацидлар қабулидан кейин оғрик қолади ва 1-1,5 соатдан кейин яна такрорланади, орқа куракка оғрик беради, беморлар тез-тез «овқатланиб олишади» - ортиқча вазн пайдо бўлади.
- ✓ **Бирга кечувчи симптомлар:** кўнгил айнаши (оч қоринга, овқатдан кейин), қусиш, ёқимсиз хид келиши, ичак фаолиятининг бузилиши (ич қотиши, ич кетиши).
Анамнез йиғиш. Қусиқ массасига, унда кон бор-йўқлигига эътибор бериш лозим, қорин дам бўлиши, қатронсимон ахлат (мелена), қоринда оғрик (тунги оғриклар, овқат қабул қилиш билан боғлиқ оғриклар), дори воситаларини қўллаш, бирга кечувчи касалликлар, оилавий анамнез хусусиятлари.

Лаборатор текширувлар – ретикулоцитлар миқдори аниқлаш билан биргаликдаги умумий қон таҳлили ва ахлатни яширин қонга текширишга топширилади.

Ректал текширув - қон кетишни аниқлаш учун ўтказилади.

Инструментал текширувлар: ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг рентгенологик текшируви 50-67% ҳолатларда ярани аниқлаш имконини беради. Диагностиканинг энг аниқ усули – гастродуоденоскопия.

✓ **Яра касаллиги асоратлари:**

Пенетрация - оғрик орқа куракка тарқалади, симилловчи характерга эга.

Перфорация - оғрик интенсив, авж олувчи, ёйилувчи характерга эга.

Меъда чиқиш қисмининг стенози (торайиши) – ейилган овқатдан туйиб кетиш сезгиси ва қусиш, қусишдан кейин енгиллик.

Қон кетиши – «кофе қуйқаси» кўринишида қусиш ва мелена.

Малигнизация – озиб кетиш, анорексия, оғрикларнинг доимий характердалиги.

УАШ тактикаси

- ✓ Ўткир, аччиқ, дудланган ва тузланган маҳсулотларни истеъмол қилмаслик тавсия этилади (қолганлари одатдаги овқатланиш). НЯҚП, шу жумладан аспирин қабул қилмаслик. Чекишни ташлаш. Ташхисни аниқлаш учун ЭФГДСга йўлланма бериш.

Медикаментоз даволаш:

Антацид воситаларини 0,5-1 мл/кг дозада овқатдан 1-3 соат кейин, шунингдек ётишдан олдин 4-6 ҳафта давомида қабул қилинади. Ич кетиши ва қабзиятни олдини олиш учун магний ва алюминий таркибли дорилар галма-гал алмаштирилади.

H₂ – блокаторлар. Ранитидин 2-3 мг/кг ҳар 12 соатда ичилади.

Циметидин 7,5-10 мг/кг ҳар 6 соатда ичилади. Курс 4-6 ҳафта. Н⁺ - К⁺ - АТФаза – антагонисти. Омепразол 10-20 мг қунига 1 марта. Курс 14 кун.

Цитопротекторлар. Сукральфат 1/2 - 1 таблеткадан қунига 5 марта.

Helicobacter pilogu келтириб чиқарган яра касаллигида – эрадикация (даво курси 1-2 ҳафта).

Уч томонлама даво: ранитидин, 2-6 мг/кг/сут., 28 кун мобайнида ичилади + амоксициллин 100 мг/кг/сут 14 кун мобайнида + метронидазол 20 мг/кг/сут 10 кун.

Квадротерапия: омепразол 10-20 мг/кг қунига 1 марта 14 кун давомида + денол қунига 1-2 таблеткадан 28 кун давомида+амоксициллин 100 мг/кг/сут 14 кун + метронидазол 20 мг/кг/сут 10 кун давомида.

Яра касаллиги асоратларида зудлик билан мутахассис маслаҳатига кўрсатма берилади.

Даволанишнинг самарадорлик мезонлари

- ✓ Касалликнинг барча симптомларининг батамом бартараф этилиши, ЭГДС маълумотлари бўйича ярадан кейинги оқ чандикнинг пайдо бўлиши, касаллик рецидивларининг бўлмаслиги, жаррохлик аралашувлари сонининг камайиши, асоратлар ривожланишини олдини олиш ва миждознинг турмуш сифатини ошириш.

Профилактикаси

- ✓ Бирламчи профилактика оила, болалар жамоалари ва одамларнинг тўпланиш жойларида *Helicobacter pilory* тарқалишига тўсқинлик қилувчи шахсий гигиена қоидаларига амал қилишга, чекишга қарши кураш, меҳнат ва ҳордиқ режимига амал қилиш, мунтазам овқатланиш (суткасига минимум 3-4 марта) режимга риоя этишга қаратилган. Яра касалликларининг зўрайиши ва унинг асоратларини олдини олиш мақсадида икки хил даво тавсия этилади:

- 1) Узок муддат (ойлаб ва ҳаттоки йил давомида) тутиб турувчи даво: антисекретор дорилар билан ярим дозада, масалан ранитидин 150 мг етишдан олдин, _____ 20 мг етишдан олдин.

Бундай давони тайинлашга кўрсатма:

- анамнезда қон кетиш ёки перфорация;
- ностероид яллиғланишга қарши дориларни қўллашни талаб этувчи касалликлар бирга кечганда;
- яра касаллиги гастрозофагеал рефлекс касаллиги, гастродуоденит, жароҳатланган орган деворидаги қўпол чандикли ўзгаришлар бўлганда берилди.

- 2) «Талабга биноан» даво, яъни яра касаллиги зўрайишига хос симптомлар пайдо бўлганда ярага қарши терапияни антисекретор препаратлардан бири билан (ранитидин, фамотидин) 3-5 кун тўлиқ дозада, кейинги 2 ҳафтада ярим дозада қайта ўтказиш лозим.

Бундай даво тайинлашга кўрсатма:

- яра касаллиги биринчи марта аниқланган бўлса;
- қисқа анамнез (4 йилдан ортиқ эмас) билан асоратсиз кечиш, дуоденал яралар рецидивлари частотаси йилига 2 мартадан ортиқ бўлмаса;
- яхши сифатли яра дефекти мавжудлигида;
- фаол гастродуоденит бўлмаса.

Диспансеризация

- ✓ Яра касаллиги билан оғрийдиган беморларга ҳаётининг охиригача диспансер назорати таъминланиши зарур. Ошқозон яра касаллигида текширув касалликнинг ҳар бир зўрайиши ва йилда 1 марта клиник ремиссия сақланса ҳам режа бўйича, 12 бармоқли ичак яра касаллигида - ҳар бир зўрайиши ва 2 йилда 1 марта режа асосида ўтказилади.

Пилоростеноз

Пилоростеноз – меъда чикиш кисмининг торайиши.

Асосий ҳолатлар

- ✓ Аксарият ҳолатлар - туғма шаклда бўлади. Дастлабки симптомлар бола ҳаётининг 2- ва 4 - ҳафтасида, 5% ҳолларда эса туғилгандаёқ пайдо бўлади. Кузатилиш частотаси – 1000 чақалокдан 4 тасида, кўпроқ ўғил болаларда (4:1) учрайди.

Диагностикаси

- ✓ Барча беморларда касалликнинг асосий симптоми фонтандек қусиш кузатилади, кўсик нордон хидли, сафро аралашмаси бўлмайди. Бола озиб кетади, кабзият кузатилади. Қорин эпигастрал соҳаси, айниқса овқатлангандан сўнг дам бўлади. Дегидратация - тўкималар тургори пасайган, лиқилдоқ ичкарига ботган. Перистальтика кўзга ташланади. Пайпаслаганда ўнг коворга ости ёки эпигастрал соҳада каттик, ҳаракатчан, оғриксиз ҳосила борлиги аниқланади. Ошқозоннинг «қум соати» кўринишдаги кучли перистальтикаси кўзга кўриниши мумкин. Агар меъданинг пилорик бўлими пальпацияланмаса, УЗИ текшируви, эндоскопия ёки рентгенография (барий билан пассаж) ўтказилади. Рентгенограмма шарҳланганда, ошқозонда ҳаво топилади, барий билан синама ўтказилганда – секинлашган перистальтика, ипсимон торайиш манзараси ва пилорик каналнинг чўзилиши аниқланади.

УАШ тактикаси

- ✓ Хирург консультациясига йўлланма берилади. Даволаш - жарроҳлик йўли билан. Сув – электролит бузилишларнинг операциядан олдинги коррекциясидан сўнг – меъданинг 12 бармок ичкакка ўтиш жойи циркуляр мускули (пилоротомия) (миотомия) кесилади.

Қабзият, ич қотиши

Умумий маълумотлар ва статистик кўрсаткичлар

- ✓ Қабзият – ичак фаолиятининг бузилиши бўлиб, индивидуал физиологик меъёрга нисбатан ич келиши интервалларининг ёки ичакнинг систематик бўшалиши интервалларининг катталашувида намоён бўлади. Уч кун мобайнида ич келмаслиги нормал ҳолат ҳисобланмайди. Қабзият кузатилиш частотаси – 1000:100000, болалар орасида 1,5% ни ташкил этади, кўпроқ ўғил болаларда (3:1) кузатилади. Болада катталарга хос бўлган ич келишнинг даврийлиги 4 ёшда шаклланади. Қабзият билан оғриган кўпчилик болаларда аниқ сабаб бўлмайди ва даво симптоматик бўлади.

Этиологияси

- ✓ Қабзият кўпгина касалликларда кузатилади. Энг кўп тарқалган сабаблари: суюқликни етарлича истеъмол қилмаслик, рационда ўсимлик клетчаткаси таркибининг пастлиги, ичакни мунтазам бўшатишга одатланмаганлик, ўйин пайтида ёки орқа чиқариш тешиги ёриқлари оғриганда ич келиши қистовини қайтариш, Гиршпрунг касаллиги, церебрал паралич, гипотиреодизм.

Диагностикаси

- ✓ **Анамнез ва физикал текширувлар:** қорин пальпацияси – ичак тугунларининг кенгайганлиги ёки қаттиқ ахлат массалари пайпасланади, анал тешиги соҳасини кўриш туғма аномалия ёки бошқа нуқсонлар, шу жумладан жароҳатлар йўқлиги аниқланди, тўғри ичакни бармоқ билан текшириш – сфинктерни текшириш ва ампуладаги ахлат массаси миқдорини аниқлаш учун ўтказилади. Қабзиятда ич келиш частотаси ҳар хил бўлади: баъзида ич ҳар кун келади, лекин дефекация оғриқ билан кечади, ахлат жудаям қаттиқ ёки кўп бўлади. Шу билан бирга ич келиши жўда сийрак, 3-7 суткада 1 марта, фақат аралашмалар ёки кўкрак сути берилганда кузатилади.

Симптомлари: қоринда оғриқ, метеоризм ва ичак шишиб кетгандек сезгиси, иштаҳанинг йўқолиши. Камдан-кам ҳолларда ахлатда қон аралашмалари кузатилади. Катта ёшдаги болаларда ўткир қабзият иситмали ҳолатлар: қориндаги оғриқ, анорексия, қусиш, сийдик йўллари инфекциясига мойиллик каби бирга кечувчи симптомлар билан кечиши мумкин. Узоқ кечувчи қабзиятларда бола суюқ ахлатни тута олмаслик – энкопрез ривожланиши мумкин, энкопрез одатий қабзият ривожланган болаларнинг 50% да кузатилади.

Лаборатор текширувлар: умумий қон таҳлили (лейкоцитоз), гипонатриемия, гипокалиемия, темир етишмовчилиги анемияси. Копрология: қон аралашмаси, шиллик.

УАШ тактикаси

✓ *Ота-оналарни ўргатиши:* болаларда ҳар куни хожатхонага кириш кўникмасини шакллантиришда ота-оналарнинг роли. Ҳар куни, бир вақтда, овқатланишдан кейин болани тувакка ўтиргизинг (дефекацияга кистов бўлса - бўлмаса). Мунтазам равишда тоза ҳавода югуриш, ҳаракат ўйинларини ўйнаш лозим. Суюқлик истеъмол қилишни кўпайтириш. Рационга олхўри шарбати, зайтун ёғи, помидор шарбати, клетчаткага бой маҳсулотлар киритиш зарур. Сурункали кабзиятларда – кепак ва яхлит дон маҳсулотлари тавсия этилади.

Эмизикли болаларни даволаш – глицерин шамлар, сут - кўкрак сути ёки сигир сутини чеклаш (қунига 900 мл дан ортмаслиги керак), олма ва нок шарбати тавсия этилади.

1 ёшдан ошган болаларга глицерин ёки бисакодил билан бир марта шам қўйиш, 15 мл ўсимлик ёғи ичириш тавсия этилади. Магний сульфати ёки натрий сульфати, шунингдек натрий фосфати билан хўкна қилиш каттик ахлатнинг ўтишини енгиллаштиради. Суюқ сурги дорилардан, сена таркибли сурги дорилардан фойдаланиш мумкин. Оғир кабзиятларда: тозалаш хўкналари қилинади (қиска курсларда).

Ахлатни юмшатувчи дори воситалари: сурги дорилар – натрий докузати, қуюқ қизилмия экстракти, (сена) экстракти. Дозалар: 1-12 ойлик болаларга – суткасига 2 марта ½ чой қошиғида; 1-5 ёш – 1 чой қошиғида суткасига 2 марта; 5-15 ёш 2 чой қошиғида суткасига 2 марта. Самара бергандан сўнг доза камайтиради. Дори препаратлари 2-3 ой давомида қўлланилади. Ичак фаолияти нормаллашганидан кейин дориларни қабул қилиш аста-секин тўхтатилади.

Орка чиқарув тешиги ёриғлари

- ✓ Орка чиқарув тешиги ёриғи қабзият, дефекация пайтидаги оғриқлар ва ахлатда қон ажралиши билан биргаликда кечади. Орка чиқарув тешиги ёриғида бир марта глицеринли ёки бисакодилли шам қўйилади; ахлатни юмшатувчи воситалар (юқорида қаранг) тайинланади. Кичик ёшдаги болаларга суткасига 3 марта ўтирган ҳолда ванна қабул қилиш тайинланади.

Гиршпрунг касаллиги

Умумий маълумотлар ва статистик кўрсаткичлар

Гиршпрунг касаллиги (туғма ичак аганглиози, туғма мегакалон) тўғри ва йўғон ичакдаги интрамурал чигалликларининг туғма бўлмаслиги билан характерланади. Касаллик частотаси 1:5000. Касаллик 10% ҳолларда оилавий анамнезда мавжуд бўлади.

Этиологияси

- ✓ Ноаник

Диагностикаси

- ✓ **Анамнез:** Касаллик чақалоқлар ҳаётининг биринчи суткасидаёк (меконий келмайди) ёки биринчи ҳафтасида (сафроли қусиш, қорин дам бўлиши) намоён бўлади. Кейинлик турғун қабзиятлар кузатилади.

Ректал текширув: аввалига орқа чиқарув тешиги сфинктери қисилган, тўғри ичак бўм-бўш, сўнгра ахлат ва газ фонтан бўлиб келади. Каттароқ ёшдаги болалар йўғон ичагида ахлат массалари пайпасланади.

Лаборатор ва инструментал текширувлар: қорин бўшлиғининг батафсил рентгенографияси, ирригоскопия, ректал монометрия ва тўғри ичак биопсияси ўтказилади.

УАШ тактикаси

- ✓ Гиршпрунг касаллигига шубҳа қилинганда мутахассис қабулига юборилади.

Ошқозон-ичак трактининг паразитар инвазияси

Лямблиоз

Кўзгатувчиси – *Giardia Intestinalis* – содда кивчинлилар оиласига мансуб, кўпинча диареяни келтириб чиқаради, одамдан одамга ёки хайвонлардан одамга контакт даврида, ёки зарарланган сувдан истеъмол қилиш орқали юқади. Лямблиоз ҳамма жойда тарқалган.

Диагностикаси

- ✓ Кўпинча инфекция белгисиз кечади. Қоринда ноҳўшлик, ич кетиш, дам бўлиш ҳолатлари кузатилиши мумкин. Одатда бу шикоятлар 7-10 кун давомида сакланиши мумкин. Ахлатда қон бўлмайди. Ич кўп келади, сассик хидли бўлади, стеаторея қайд этилади. Микроскоп орқали янги суюқ ахлат ёки дуоденал суюклик текширилганда ҳаракатчан трофозонтлар аниқланади. Шаклланган ахлатда (одатдаги ёки тўйинтирилган) цисталарни кўриш мумкин.

Даволаш

✓ Антипаразитар терапия:

- 1) Фуразолидон 5 мг/кг/суткасига 4 марта 7-10 кун мобайнида;
- 2) Метронидазол 15 мг/кг/суткасига (750 мг/суткадан ошмаслиги керак) 3 марта 5-10 кун мобайнида;
- 3) Мепакрин 6-9 мг/кг/сут (300 мг/сут дан ошмаслиги керак) 3 марта 5-7 кун мобайнида.

Профилактикаси

- ✓ Санитария – гигиена тадбирларини ўтказишдан иборат.

Энтеробиоз

Энтеробиоз – *Enterobius vermicularis* (острица) болаларда энг кўп тарқалган гижжа инвазияси ҳисобланади. Гижжа тухуми қўл, кийим, уй чанги орқали юқади. Етарли ривожланган ургочи гижжа тунги пайт ичакдан ташқарига чиқиб, чов оралиғи терисига тухум қўяди.

Диагностикаси

- ✓ Касалликнинг энг аниқ белгиси - орқа чиқарув тешиги соҳаси қичишишидир. Қичишиш шунчалик қаттиқ бўладики, уйқусизлик, нотинчлик, гиперактивлик ва тунда сийиб қўйиш каби ҳолатларни келтириб чиқаради. Гижжа тухумларини ёпишқоқ целлофан лентани (ёки 50% глицерин эритмасида ҳўлланган пахта тампонларини) анус атрофи терисига суйкаб олиш ёрдамида аниқлаш мумкин. Текширишни эрталаб бола уйғонганиданок ўтказиш мумкин, сўнгра микроскопта кўрилади.

Бир марталик тахлил 50% атрофида касаллик юктирганларни, уч марталик тахлил эса 90% гача аниқлайди.

Даволаш

- ✓ Агар касаллик оила аъзоларидан биттасида аниқланган бўлса, унинг ўзини даволаш зарур. Касаллик яна қайтарилса ёки оила аъзоларидан 2 ёки ундан ортигида топилса, барча оила аъзолари даволаниши зарур. Даволаш куйидаги схемаларнинг бири бўйича ўтказилади: Мебендазол бир марта 100 мг берилади, 2 ҳафтадан кейин яна қайтарилади. 2 ёшдан ката болаларга тайинланади. Пирантел 10-20 мг/кг (1 г дан кўп эмас), бир марта. 2 ҳафтадан кейин яна қайтарилади.

Профилактикаси

- ✓ Қўлларни ювиб юриш ва тирноқларни парваришлаш. Ўз вақтида тўшак чайшаблари ва ич кийимни алмаштириб туриш, шунингдек ҳар куни эрталаб орқа чиқарув тешиги соҳасини ювиш.

Аскаридоз

Аскаридоз – *Ascaris lumbricoides* гельминтлари инвазияси бўлиб, мактабгача ва кичик ёшдаги болаларда кўп тарқалган.

Клиникаси

- ✓ Аксарият беморларда бу касаллик симптомларсиз кечади. Оғир шаклида коринда оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Миграция даврида личинкалар жигар, ичак ва айниқса ўпкаларни зарарлайди.

Ўпка ривожланиш босқичи. Симптоматика нисбатан камдан-кам ҳолларда пайдо бўлади ва орган орқали ўтаётган гижжаларнинг кўп миқдорига боғлиқ бўлади, личинкалар йўтал чакиради, балғам қон билан буялади, ҳарорат кўтарилади, эозинофилия ва ўпка инфилтратларини келтириб чиқаради.

Ичакда ривожланиш даври. Иштаха бўғилади, кўнгли айнийди, коринда оғриқ, ич дам келади, дам келмайди, яъни тургун бўлмайди. Болаларни бош оғриғи, ёмон уйку, тажанглик безовта қилади.

Диагностикаси

- ✓ Микроскопия қилинганда балғам ёки ахлатда аскарарида тухумлари топилади. Ўпкада тарқок инфилтратларнинг мавжудлиги, эозинофилия, кучли йўтал (айниқса тунда) аскаридоз мавжудлигига шубҳа чакириши лозим.

Даволаш

- ✓ Пирантел 11 мг/кг (1 г дан ошмаслиги лозим) бир марта

Мебендазол 100 мг суткасига 2 марта, 3 кун мобайнида. 2 ёшдан ката болаларга тайинланади.

Пиперазин 75 мг/кг/сут (3,5 г/суткасига ошмаслиги керак) 2 сутка мобайнида.

Профилактикаси

- ✓ Санитария-гигиена тадбирларини ўтказишдан иборат.

СИЙДИК ЧИҚАРИШ ЙЎЛЛАРИНИНГ ЭНГ КЎП ТАРҚАЛГАН КАСАЛЛИКЛАРИ

Фимоз

Умумий маълумотлар ва статистик кўрсаткичлар.

- ✓ Фимоз – эрлик олати чекка кертмагининг торайиши натижасида олат бошининг чиқмай қолиши. Нормал ҳолатда чакалоқларда олат чека кертмаги юза қисми ва олат боши ажралмаган бўлади. Бола ўсиши билан олат чекка кертмаги ҳаракатчан бўлиб боради, унинг бўшлиғи 6 ёшга бориб тўлик шаклланади.

Диагностикаси

- ✓ Симптомлари. Сийиш пайтидаги оғриқ ва ачишиш. Фимозда олат чекка кертмаги бўшлиғи сийиш пайтида унга сийдик тушиши натижасида чўзилади.

УАШ тактикаси

- ✓ Мутахассис хирургга консультацияга юборилади. Олат кертмаги айланасига кесиш – циркумцизия, яъни хатна қилинади.

Баланит (баланопостит)

Умумий маълумотлар ва статистик кўрсаткичлар

- ✓ Баланит – жинсий олат бош қисми терисининг яллиғланиши. Одатда баланит олат чекка кертмаги ички қаватининг яллиғланиши (баланопостит) билан бирга кечади. Эмизикли болаларда баланопостит тагликларни ўз вақтида алмаштирмаслик туфайли келиб чиқади.

Этиологияси

- ✓ Кўзгатувчиси – *Candida albicans*.

Диагностикаси

- ✓ **Симптомлари.** Дастлабки кўриниш – олат бош қисми ва чекка кертмаги соҳасида қизариш ва ачишиш, кейинчалик бактериал инфекция кўшилади.

Лаборатор текширув. Олат бош қисми ва чекка кертмаги ички қаватидан олинган ажралмани экиш.

УАШ тактикаси

- ✓ **Ота-оналарга маслаҳатлар.** 5 ёшгача олат чека кертмаги ювилмайди. 6-7 ёшдан бошлаб, ҳафтасига 1 марта олат бош қисми эҳтиётлик билан яланғочланиб, илиқ сувда ювилади.

Медикаментоз даволаш. Антимикроб терапия: замбуруғли инфекцияда - маҳаллий тарзда нистатин, миконазол ёки клотримазол суртма дорилари тайинланади;

Бактериал инфекцияда – хлорамфеникол ёки хлортетрациклин;

Трихомонозда – метронидазол ёки тиннидазол ичилади.

Рецидивланувчи баланопоститда – мутахассис - хирургга йўлланма берилади (циркумцизия).

Цистит

Умумий маълумотлар ва статистика кўрсаткичлари.

- ✓ Цистит - ковокнинг яллиғланиши. Кузатилиш частотаси - аҳолининг 33% ўз ҳаёти давомида цистит билан оғриб ўтган. Беморнинг аксарияти – аёллар, чунки аёллар сийдик чикариш канали эркаларниқига нисбатан қисқа ва кенг, ҳамда орқа чикарув тешигига яқин жойлашган.

Этиологияси

- ✓ **Инфекция:** 90% ҳолларда – E.Coli, шунингдек Candida albicans, Trichomonas Vaginalis, Proteus spp., Streptococcus faecalis ва бошқалар.
Хавф омиллари. Қандли диабет, ковокдаги эндоскопик манипуляциялар, инфравезикал обструкция.

Диагностикаси

- ✓ **Анамнез.** Инфекцион омиллар ва хавф омилларини аниқлаш.
Текишириш. Боланинг бўйи ва оғирлиги текширилади. Артериал босим. Туғма сийдик йўли аномалиялари бор-йўқлиги, корин соҳаси, жинсий аъзолар ва чот оралиги синчковлик билан текширилади.
Симптомлари: қов устида оғриқлар, дизурия, тез-тез сийиш, сийдик тутолмаслик, никтурия, тана хароратининг ошиши, камдан-кам ҳолларда интоксикация пайдо бўлади.
Лаборатор ва инструментал текширувлар. Суртма (мазок) ва тўғри йиғилган, центрифугаланмаган Грам усули бўйича буялган янги сийдик микроскопия қилинади.
Умумий қон таҳлили: кам сезиларли лейкоцитоз. Умумий сийдик таҳлили ҳақиқий бактериурия, лейкоцитурия, эҳтимолий эритроцитурия, оксил пайдо бўлиши ва эпителиал хужайралар сони ортиши мумкин. Сийдикни экиш инфекция борлигини тасдиқлайди (бир марта экишда инфекция 80%, қайта экишда 95% ҳолатда аникланади).
Дифференциал диагностика: пиелонефрит ковок дисфункцияси, симптомсиз бактериурия, ЎРВИ билан фаркланади.

УАШ тактикаси

- ✓ Шахсий гигиенага риоя этиш. Кўп микдорда суюклик ичиш. Антибактериал терапия: тримоприм, 6 мг/кг суткасига 1 марта ичилади, ёки цефалексин 10 мг/кг суткасига 4 марта ичилади, ёки амоксициллин/клавуланат 10/2,5 мг/кг суткасига кузатиш: 3 ҳафтадан кейин микроскопия ўтказилади ва сийдик экилади.

Пиелонефрит

Умумий маълумотлар ва статистика кўрсаткичлари

- ✓ Пиелонефрит - бўйракнинг носпецифик инфекцион касаллиги бўлиб, бунда буйрак тўқимаси, жоми ва косачаси яллиғланади. Тана харорати

юкори бўлса, интоксикация, белда оғрик, ковурга-умуртка бурчагида оғрик сезилганда пиелонефрит тахмин қилинади. Камдан-кам ҳолларда ковуқ-сийдик канали рефлюкси кузатилади.

Кузатилиш частотаси. Ўткир пиелонефрит билан оғриш йилига 100000 аҳолидан 15,7 ҳолатни ташкил этади. Барча касалхонага ётқизилган беморлар ўртасида тарқалиш – 100000 тадан 73 ҳолатни ташкил этади. Чакалоқлар орасида ўғил болаларда қизларга нисбатан 2 марта кўп, катта ёшда эса қизларда ўғил болаларга нисбатан 10 марта кўп кузатилади.

Этиологияси

- ✓ **Инфекция қўзғатувчилари:** E.Coli, Proteus mirabilis, Klebsiella ва Enterobakter, Pseudomonas, Candida albicans ва бошқалар.

Хавф омиллари: Сийдикнинг тўхташи (стаз)ни келтириб чиқарувчи сийдик йўли обструкцияси. Қовуқ-сийдик йўли рефлюкси. Сийдик оқиш бузилишлари билан характерланадиган сийдик чиқариш йўллари ривожланиш аномалиялари. Нефролитиаз. Қандли диабет. Иммунтанқислик ҳолати. Аёл жинси.

Диагностикаси

- ✓ Диагностика анамнез йиғиш ва физикал текширувдан бошланади.

Клиник симптомлари: Иситма, таъсирчанлик ошади, энурез, қиндан ажралмалар келади, қизларда ташқи жинсий аъзолари соҳасида оғрик ва қичишиш, белда оғрик, ковурга - умуртка бурчагида оғрик, ноадекват тарзда семириб кетиш ёки озиб кетиш, ошқозон – ичак дисфункцияси белгилари, сариклик, тери копламлари ранги кулранг.

Физикал текширувлар: АБ, туғма – сийдик йўллари аномалиялари бор-йўқлиги, қорин соҳаси, жинсий аъзолар ва чот оралиғи синчковлик билан текширилади.

Лаборатор ва инструментал текширув: Умумий сийдик таҳлили – лейкоцитурия, микрогематурия. Центрифуга қилинмаган, янги сийдик суртмаси микроскопияси – иммерсион микроскоп кўрув майдонида бир ёки ундан ортик бактериянинг топилиши инфекция – белгиси ҳисобланади. Сийдик экилади. Қон экилади. Ўтказилган инфекциядан 3 ҳафта кейин экскретор урография ва буйраклар ультратовуш диагностикаси (УЗД) ўтказилади.

УАШ тактикаси

- ✓ Антибиотиклар ва инфузион терапияни парентерал юбориш учун беморни **касалхонага ётқизиш зарур**. Кўпчилик қўзғатувчиларга нисбатан ампициллин самарали ҳисобланади (100-200 мг/кг/суткасига). Резерв воситалар – азтреонам, иккинчи ёки учинчи авлод цефалоспоринлари. Даволаниш давомийлиги 10-14 сутка.

Кейинги қузатувлар: Даволаниш тугагандан 1 ҳафта кейин, сийдик экилади, 3 ой давомида ҳар ойда 1 марта, кейинги ярим йилда - ҳар 3 ойда 1 марта, узок муддатдан кейин – йилига 2 марта сийдик экилади.

ЭНДОКРИН ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Гипотиреоз

Гипотиреоз - калконсимон безда тиреоид гормонларнинг етарлича ажралмаслигига боғлиқ касаллик.

Хавф омиллари

- ✓ Анамнезида диффуз токсик буқоқ. Анамнезида аутоиммун касалликлар (масалан, ревматоид артрит).
Қалконсимон без операциялари.
Йод танқислиги

Диагностикаси

- ✓ **Клиник белгилари:** ланжлик, уйқусираш, оёқ-қўллар совқотиши, жисмоний фаолликнинг пасайиши, қабзият, нутқнинг, фикрлашнинг секинлашуви, онгнинг сусайиши, овознинг хириллаши, юзнинг шишиши, рангпарлик, соч тўкилиши, ҳайз циклининг бузилиши.
Физикал қўрсаткичлар: брадикардия, пай рефлексларининг ўзгариши (нормал мускул қисқариши ва секин бўшаши); курук, дағал, рангсиз сочлар; курук, совуқ тери; вазнининг ортиши; буқоқ.
Лаборатор текширувлар: Т3, Т4, ТТГ миқдорларини аниқлаш.
Рентгенологик текширув: кизилўнғачга барий контраст моддасини юбориб кўкрак қафаси текширилади (буқоқнинг тўш ортида жойлашувида).
ЭКГ: синус брадикардия, тишчалар амплитудасининг пасайиши, Т патологик тишчаси.

УАШ тактикаси

- ✓ Медикаментоз терапия: калий йодиди 6 ёшгача бўлган болаларда 50 мг дан кунига 1 марта, 6 ёшдан 12 ёшгача 100 мг кунига 1 марта, 12 ёшдан катталарга – 150 мг кунига 6 ой мобайнида қабул қилиш тавсия этилади.
Самара бўлмаганда (агар даволаниш асосида буқоқ кичраймаган бўлса), давога левотироксин 50-100 мг дозада (эрталаб 25 мг дан кунига 1 марта қабул қилишдан бошлаб дозани 25 мг дан ҳафтасига 1 марта қабул қилишгача кўпайтириб бориш лозим) қўшилади.
Даволашни 6 ой давом эттириш лозим.
Дорини кўтара олмаслик ва самара бермаган ҳолатларда левотироксин (100 мг) ва калий йодид (100 мг) билан **комбинациялашган даволаш тавсия этилади.**
Мураккаб ҳолатларда аутоиммун тиреоидит, тўш ортидаги буқоқ, диффуз токсик буқоқни аниқлаш учун эндокринолог консультациясига юборилади.

Букокнинг тугунли шаклида – оператив даво масаласини хал этиш учун хирургга мурожаат этилади.

Профилактикаси

✓ *Популяция миқёсида оммавий йод профилактикаси* - аҳоли томонидан йодланган ош тузини истеъмол қилиш орқали амалга оширилади.

Гуруҳда ўтказиладиган йод профилактикаси – йод танқислиги касаллиги ривожланиши хавфи кучли бўлган аҳоли гуруҳлари (болалар, ўсмирлар, ҳомиладор ва эмизикли аёллар) томонидан йод таркибли дори воситаларини қабул қилишни ташкил этиш. Самарали оммавий йод профилактикасига эришилгунча давом эттирилади. Кўкрак ёшидаги болалар йодни она сути билан қабул қилади;

- 6 ёшгача бўлган болалар учун – калий йодиди 50 мкг, кунига 1 марта;
- 12 ёшгача бўлган болалар – калий йодиди 100 мкг, кунига 1 марта;
- ўсмирлар учун – 150 мкг калий йодиди, кунига 1 марта; Самарали оммавий йод профилактикасига эришилгунча давом эттирилади.
- Ҳомиладорлик ва кўкрак эмизиш даврида: 200 мкг, калий йодиди кунига 1 марта тавсия этилади.

Индивидуал йод профилактикаси – денгиз маҳсулотларини қабул қилишдан иборат (денгиз ёки океан балиғи, денгиз карами ва бошқалар).

Тугунли буқоқни оператив даволашдан кейин буқоқ рецидиви профилактикаси – 6 ой давомида калий йодиди 100-200 мкг кунига 1 мартадан тавсия этилади.

Қандли диабет

Қандли диабет – меъда ости беги гормони – инсулиннинг мутлақо ёки нисбий етишмаслиги туфайли келиб чиқадиган метаболлик бузилишларнинг (гипергликемия, дислипидемия, энергия алмашинувининг бузилиши) гетероген гуруҳи.

Асосий ҳолатлар

- ✓ Болалар ва ўсмирларда кўпинча инсулинга боғлиқ қандли диабет (ИБҚД 1-тури) кузатилади, 500 тадан 1 та ҳолатда учрайди. Ирсий мойиллик қайд этилади. Қариндошлар ўртасида ҚД хавфи 5% ташкил этади. Бир тухумли эгизакларда ҚД хавфи 40% ташкил этади.

Диагностикаси

- ✓ Кўп қайд этиладиган шикоятлар – полиурия, чанқоклик, сийдик тута олмаслик, озиб кетиш (полифагияга қарамасдан), тинка қуриш, ланжлик, яхши кўрмаслик, кизларда – чот оралиғи кандидозиди. ИБҚД ташхисини қўйиш учун плазмадаги глюкоза миқдорининг 200 мг% (11,3 мм/л) – ошишини аниқлашнинг ўзи етарлидир – такрорий таҳлилда тасдиқлаш зарур.

Глюкозага толерантликнинг бузилишига ташхис қўйилади: агар плазма глюкозаси миқдори оч қоринга 140 мг% (7,9 мм/л) дан кам, глюкоза қабул қилингандан 2 соат кейин эса 140 мг% дан кўп бўлса.

УАШ тактикаси

- ✓ ИБҚД ташхисланганда барча болалар зудликда мутахассис хузурига ҳолатини баҳолаш ва инсулин билан даволаниш учун юборилиши шарт.

Парҳез. Оқсил, ёғ ва углеводлар мутаносиблиги 1:0,8:3 (1:1:4 – 1 ёшдан ошган соғлом болада); қанд, шакар ва оқ ундан тайёрланган кондитер маҳсулотлар, қийин эрийдиган ёғлар рациондан бутунлай чиқарилади. Клетчаткага бой озиқ-овқатни истеъмол қилиш тавсия этилади. Овқатланиш режими вақти ва инсулин юбориш вақтини мослаштириш зарур. Овқатни доим бир хил вақтда қабул қилиш лозим.

Жисмоний зўриқишлар: Болалар жисмоний зўриқишлардан қочмаслик лари керак. Энергияни ортиқча сарфлаш қўшимча овқат қабул қилиш орқали тўлдирилади. Ҳар бир 30 минутлик жадал жисмоний ҳаракат 15 г углевод қабул қилиш билан компенсацияланади.

Ота-оналарни ўргатиш: Касаллик ҳақида, уни даволаш усуллари, болани касалхонадан олиб чиқиш учун керакли даво усуллари, уйда даволаш, мактабга қатнаш ҳақидаги асосий маълумотлар, ҚД билан оғриган беморларни парваришлаш кўникмалари берилади.

Рўхий мадад ва маслаҳат бериш. ИБҚД ташхиси бола ва оила аъзоларида кучли эмоционал реакцияни: умидсизлик тушқунлик, кўрқув, айбдорлик, аламзадалик келтириб чиқаради. Бу эмоциялар

нормал бўлсада, касалликка кўникиш муаммоси эркин муҳокама қилинса, енгилроқ кечади.

Тиббий кузатув. Плазма глюкозаси объектив назорат қилинади – гликолизланган Нв ва кондаги липидлар миқдори текширилади, АБ ўлчанади, кўз туби кўрилади. Касаллик 5 йилдан узок давом этганда - эхтимолий ретино-, нефро-, нейропатияларни аниқланади.

Ҳар 3-4 ойда болалар эндокринологининг назорат кўригидан ўтиш тавсия этилади.

ҚД асоратлари

- ✓ **Гипогликемия белгилари** – терлаш, калтираш, очлик тийғуси, оғир холларда - уйқусираш, ўзини аномал тутиш, нуткнинг чалкашлиги, хушдан кетиш, тиришишлар.

Бемор бола ва унинг оила аъзолари гипогликемиянинг дастлабки белгиларини ва концентрацияланган углеводлар ёрдамида бу белгиларни тезда бартараф этишни билишлари лозим.

Аксарият ҳолатларда гипогликемия хуружлари 10-20 г глюкоза қабул қилиш билан бартараф этилади. Глюкозани таблетка кўринишида (5 г дан), шакар, апельсин ёки олма шарбати шаклида ҳам бериш мумкин.

Оғир гипогликемияда – глюкагон 0,02 мг/кг (максимал 1 мг) мушак орасига ёки тери остига; 20-40% глюкоза вена орасига 20-40 мл.

Диабетик кетоацидоз. Белгилари – полиурия, полидипсия, холсизлик, бош оғриги, оғиз қуриши, кўнгил айнаши, коринда оғриқ ва қусиш. Сопор ва кома ҳолатигача ўтувчи уйқусираш. Объектив текшириш – тахикардия, гипервентиляция белгилари (Куссмауль нафаси), гипотензия. Бола нотинч, сувсизлик белгилари кузатилади. Зудликда касалхонага ётқизиш лозим. Даволаш жадал терапия бўлимида ҳаётий муҳим функциялар, неврологик статус, суюклик истеъмоли ва ажралишини доимий мониторинги билан биргаликда олиб борилади.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Тери инфекциялари

Импетиго – болалар орасида кенг тарқалган контагиоз тери инфекцияси бўлиб, пустулали, буллёз элементлар ва пўстлоқлар пайдо бўлиши билан характерланади. Кўпинча касаллик иссиқ нам ҳавода пайдо бўлади ва тўғридан-тўғри контакт орқали ўтади.

Этиологияси

- ✓ Болаларда импетигонинг пайдо бўлиш сабаби – А (*Streptococcus pyogenes*) гуруҳига мансуб β гемолитик стрептококк ва стафилококк (*Staphylococcus aureus*) лар.

Диагностикаси

- ✓ **Везикулали - пустулали импетиго** – аста-секин везикулаларга, сўнгра 5 мм гача диаметрли ингичка кизарган учли, огриксиз пустулаларга айланувчи папулалар билан характерланади. Папулалар ёрилганда асалга ўхшаш суюқлик ажралади, кейинчалик пўстлоқ ҳосил қилади.

Буллёз шакли. Терининг қизил доғ кўринишида жароҳатланиши, кейинчалик доғлар гиперемияли буллаларга (жароҳат диаметри – бир неча миллиметрдан сантиметргача) айланади. Булла ёрилгандан кейин, жароҳатланган юзада тоза юпка ялтироқ плёнка ҳосил бўлади. Буллёз импетигони одатда *Staphylococcus aureus* келтириб чиқаради.

Стрептококкли импетигода маҳаллий аденопатия кузатилади.

Ҳаттоки кўп тарқалган юзаки импетигода ҳам иситма камдан-кам қайд этилади.

Лаборатор диагностика пустулалар, ярали жароҳатлардан ажралган ёки буллёз элементлардан олинган суюқлик Грам усулида буяш ҳамда намуналарни экиш натижалари асосида амалга оширилади.

Даволаш

Стрептококкли импетигонинг оғир шаклини даволашда пенициллин-V (250 мг кунига 3 ёки 4 марта 10 кун давомида) қўлланилади.

Стафилококкли импетигода диклосациллин, цефалексин ёки эритромицин қабул қилинади.

Экиш натижалари олингунга қадар стрептококк ва стафилококка қарши даво тайинланади.

Қичима

Қичима кучли кичишиш ва эпидермиснинг жароҳатланиши билан кечадиган паразитар инфекция.

Этиологияси

- ✓ Қичима кўзгатувчиси – *Sarcoptes scabiei* канаси касаллик бемор билан бевосита контакт орқали ёки тўшак, сочиқ ва бошқалар орқали инфекция ўтишидан юқади.

Диагностикаси

- ✓ Асосий шикоят - кичишиш. Инкубацион даври – контактдан кейинги 3 ҳафта. Кўпинча бармоқлар ораси, панжанинг қафт юзаси, билаклар, эмчак соҳаси, олд қўлтиқ ости ва думба бурмалари, жинсий олат, ёрғок, эмизикли болаларда – қафтлар, товонлар бош ва бўйин соҳаси. Қўшимча маълумотлар – янги канна йўли 2 мм узунликдаги чизик охирида қора нуқта бўлади: жинсий аъзоларда диаметри 0,5 см гача бўлган қаттиқ қизил тугунлар топилади; эмизикли болаларда кўпинча пустикуллар тошмалар кузатилади. Инфицирланиш пиодермияга олиб келади.

Текшириш усуллари: тери лупа остида текширилади, қириндини микроскоп остида текшириш, кўзга ташланадиган йўл мавжуд бўлмаганида сиёхли тест ўтказилади.

УАШ тактикаси

- ✓ Тўшак жилдлари, сочиқ ва кийим-кечак иссиқ сувда ювилади ёки кимёвий тозаланади ва даволаниш давомида ҳар куни алмаштирилади. Линданли лосьон терининг жароҳатланган соҳаларига суртилади ва 12 соатдан кейин ювиб ташланади. 7 суткадан кейин муолажа қайтарилди. Бу даво бемор билан яқин контактда бўладиган шахсларга тайинланади. Қаттиқ кичишишда Н1- блокаторлар тайинланади, қаттиқ кашлашларда лінданни тавсия этишдан олдин куритувчи компресслар қўлланилади. Қўкрак ёшидаги қиз болалар ва ҳомиладорларда 6-10% тиндирилган олтингурут қўлланилади.

Педикулёз (битлаш)

Этиологияси

- ✓ Одам организмда паразитар хаёт кечирувчи 3 турдаги битлар педикулёз (битлаш)ни келтириб чиқаради: *Pediculus Humanis capitis* (бош бити), *Pedikulus humanis corporis* (кийим бити), *Phthirus pubis* (қов бити). Бош бити бош кийимлар, тароқ, кресло суянчиклари орқали юқади. Кийим бити умумий кийим-кечак ва ўрин-тўшакдан ўтади. Қов бити кўпинча жинсий алоқа пайтида, аммо кийим-кечак, кўрпа-тўшак, сочик орқали ҳам юқиши мумкин.

Текширув битларни аниқлашдан иборат.

Диагностикаси

- ✓ Асосий шикоят - қичишиш; анамнезда педикулёз билан оғриган бемор билан яқин мулоқат.

Кўздан кечириш

Бош бити. Бит тухумлари (сирка) – оч рангли, овал кўринишда бўлиб, соч ўқи бўйлаб қаттиқ ўрнашиб олишади. Етилган битлар бош териси бўйлаб жойлашади.

Кийим бити. Асосан елка, бел ва кураклар ораси соҳалари зарарланади. Кўрилганда қашиш йўллари аниқланади. Узоқ кечганда - кипикланиш, терининг қалинлашуви ва гиперпигментация аниқланади. Олдинига бит чакқан жойда майда кизил доғчалар пайдо бўлади. 7-10 суткадан кейин, яъни бит сўлаги антигенларига сенсibiliзация ривожланганидан сўнг папулалари тошма ва эшакем пайдо бўлади. Бит ва сиркаларни кийим чокларида топиш мумкин.

Қов бити. Тери диққат билан текширилса, 1-3 мм ли сариқ тиник битларни кўриш мумкин. Бит тухумлари овал шаклда бўлиб, тери юзасидан 1-2 см баландликда соч толаларига қаттиқ ёпишиб олган бўлади. Энг характерли белгиси – соч илдизи атрофида жойлашган қизғиш – жигарранг зарралар тўпламидир, бу зарралар битларнинг экскрементлари – гематин ҳисобланади.

УАШ тактикаси

- ✓ Бош битини йўқотиш учун 4 турдаги шампунлар мавжуд: малотионли, пиретринли, перметоринли ва γ-бензолгексахлоридли. Қош ва киприклар битланганда уларга вазелин суртилади. Иккиламчи бактериал инфекция кузатилганда граммусбат бактерияларга нисбатан фаол бўлган антибактериал препаратлар тайинланади. Тўшак жилдлар, сочиклар, кийим-кечак, бош кийимлари иссиқ сувда ювилади.

Даволаниш бемор билан яқин мулоқотда бўлган ва оиланинг барча аъзоларига тайинланади.

Болалар энурези

Асосий ҳолатлар ва статистик маълумотлар

- ✓ Кундузги энурез билан оғриган барча болаларни сийдик таҳлили ўтказилгандан сўнг педиатрга юбориш лозим.
Кечаси ўринга сийиб қўйиш – сийдик йўлларида анатомик аномалиялари бўлмаган 5 ёшдан катта болаларнинг уйқу вақтида ўрнига беихтиёр сийиб қўйишидир. Кечаси ўрнига сийиб қўядиган 5 ёшдан катта болаларни умумий амалиёт шифокори даволайди. Кечаси беихтиёр сийиб қўйиш 3 ёшли болаларнинг 50% да, 4 ёшли болаларнинг 30% да, 5 ёшли болаларнинг 15% да ҳамда 14 ёшли ўсмирларнинг 2% да кузатилади. Аксарият ҳолларда киз болаларга нисбатан ўғил болаларда учрайди, ирсий бўлиши мумкин.
Агар кечаси сийиб қўйиш аввалига анчага йўқолиб, кейин яна пайдо бўлса уни иккиламчи кечаси сийиб қўйиш дейилади.

Этиологияси

- ✓ **Рухий омиллар:** Энурезни ўз-ўзидан руҳий бузилиши деб ҳисоблаб бўлмайди, бироқ ташвишлантирадиган воқеалар ва ҳаёт тарзини ўзгариши, эмоционал кечинмаларни кечириш энурезнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Етилиши. Энурезнинг сабабларидан бири – физиологик етилиш даражасининг етарлича эмаслиги.

Ирсият. 70% ҳолларда оиланинг бирор бир аъзосида энурез кузатилган.

Органик сабаблар. Инфекция, сийдик пассажининг бузилиши, умуртқанинг бел-думғаза бўлими патологияси қовуқнинг бузилган иннервацияси билан биргаликда, қандли диабет, қандсиз диабетдаги кўп сийиш ва ўроксимон хужайравий анемия – сийдик тутолмасликнинг эҳтимоллий сабаблари бўлиб, энурез ҳолатларининг 1-5% ни ташкил этади холос. **Сурункали қабзият** ҳам энурез сабабларидан бири ҳисобланади.

Диагностикаси

- ✓ **Анамнез.** Энурез, энурез тури (бирламчи ёки иккиламчи, кечаси ёки кундузги)нинг оилавий анамнези. Сийиш хусусиятларини қайд этиш (частотаси, кистовлар, дизурия, томчилаб сийиш). Рухий стрессор омилларни аниқлаш.

Текириши. Бўй ва оғирлиги. АБ. Умуртқанинг бел-думғаза бўлими функциясини аниқлаш мақсадида неврологик текширув. Ташки жинсий аъзоларни текшириш.

Лаборатор ва рентгенография текширувлар. Сийдик таҳлили, сийдикнинг зичлиги, ундаги глюкоза микдори, оксил ва қоннинг шаклли элементларини аниқлаш. Шунингдек бактериурия даражасини

аниклаш учун сийдик тахлили, кейинчалик эса бактериологик экиш ўтказилади.

Сийдик тахлили нормал бўлганда энурез билан оғриган болаларда врач кўригисиз ва неврологик касаллик белгиларисиз рентгенография текширув ўтказилади. Кундузги сийиб кўядиган болалар батафсилрок диагностик текширувни талаб этади.

Дифференциал диагностика.

Кечаси ўринга сийиб кўйиш куйидаги касалликлардан фаркланиши лозим: сийдик йўллари инфекцияси, қандли диабет, қандсиз диабет, ковокнинг нейроген дисфункцияси, сийдик йўлларидаги ривожланиш аномалиялари. 6 ёшдан катта болаларда кечаси ўринга сийиб кўйиш касаллигида сийдик йўллари анатомик аномалияларини аниклаш учун эскретор урография ва буйрак УТТ (УЗИ) ўтказилади.

УАШ тактикаси

- ✓ 5 ёшгача сийиб кўядиган, шунингдек ҳафтасига 1 мартадан сийиб кўядиган болаларни даволашга зарурат йўқ.

Кечаси ўринга сийиб кўйишни даволашнинг энг самарали усули – сигналли мосламадан фойдаланишдир. Рухий бузилишлар ва кундузги сийиб кўйиш ҳолларида мутахассис маслаҳатига кўрсатма берилади. Ётишдан олдин суюклик ичишни чегаралаш самарасиз ҳисобланади.

Сигналли мослама. Таъсир этиш принципи ва унинг қўлланилиши. Бу миниатюрвий электросхема бўлиб, бола ич кийимига бириктириладиган кўнғирок билан уланган. Сийдик электр схеманинг датчик қурилмасига тушганда қиска туташув содир бўлади ва товуш чиқаради – бола уйғонади ва хожатхонага боради. Ҳар бир сигнал болада сийишни назорат қилиш кўникмасининг шаклланишига ёрдам беради: бола беихтиёр сияётганида сийишни тўхтатиш учун уйғонади. Мослама иш бергандан сўнг, боланинг ҳўл кийими ва тўшак жилдларини алмаштириш лозим, аммо бола хохламас, мажбурлаб сийдириш керак эмас. Сигнал мосламанинг шу тунда қайта ишлаб кетиши кўникма ҳосил бўлишида ёрдам беради. Бу усулнинг даволовчи самараси кўникма шаклланишида намоён бўлади, шу сабабли энурезнинг тезда тўхташини кутиш керак эмас. Натижалар бир неча ҳафта ёки ундан ҳам кейинроқ сезилиши мумкин.

Бола ва унинг ота-онасига сигнал мосламанинг ишлаш принципини тушунтириш ва даво самараси нимага асосланганлигини сўзлаб бериш муҳимдир. Боланинг уйқуга ётишдан олдинги тайёргарликларда (тўшак-чайшабини тушаш ва мосламани бириктириш) қатнашиши жуда муҳимдир. Сигналли «одеяло» кроват ўртасига жойлаштирилади, болани иложи борича белдан пастига кийим кийдирмасдан ётқизиш керак, бу «сигналли одеяло»ни тезроқ нам бўлишига ёрдам беради.

Медикаментоз терапия. Трициклик антидепрессантлар – имипромин, 10-25 мг (6-12 ёшгача бўлган болаларга 50 мгдан ошмаслиги, 12 ёшдан катта болаларга 75 мг дан ошмаслиги керак) ётишдан олдин ичилади.

Фақат 6 ёшдан катта болаларга тезда ва қисқа муддатда белгиларни бартараф этиш учун (ёзги лагерга ёки таътилга чиқишдан олдин) тавсия этилади. Қайталаниш частотаси юқориликгача қолади, доза ошириб юборилганда қўшимча жиддий токсик таъсирлар ҳам бўлиши мумкин. Назал спрей кўринишдаги десмопрессин вақтинчалик даво (саёҳат даврида) сифатида қўлланилади.

Ота-оналарга маслаҳатлар. Агар сийиб қўйишнинг органик сабаблари бўлмаса, ота-оналарга болани койимаслик, кўпроқ уни мақташ, суюклик ичишни чекламаслик, кечкурун болани сийиш учун тургизмаслик тавсия этилади.

Боланинг кечаси туришда учун кўркмаслиги учун хонасида тунги чироқ ёкиб қўйиш керак. Болага таглик кийдирманг. Бола ҳар куни эрталаб душ қабул қилсин.

ЮРАК ШОВҚИНЛАРИ ВА БОЛАЛАРДА КЎП ТАРҚАЛГАН ТУҒМА ЮРАК НУҚСОНЛАРИ

Туғма юрак нуқсонни

Асосий ҳолатлар ва статистика маълумотлари

- ✓ Нуқсонлар турли хил бўлади ва якуний ташхис қўйиш учун кардиолог консултацияси талаб этилади. Бироқ касалликни аниқлаш ва беморларни мутахассисга юбориш учун УАШ энг кўп тарқалган юрак нуқсонлари ҳақида тушунчага эга бўлиши лозим. ТҶОН нинг умумий тарқалганлиги 1000 тирик туғилган чақалоқдан 6 тасида кузатилади.

Этиологияси

- ✓ **ТҶОН сабаби** ҳар бир конкрет ҳолатда одатда ноаниқ бўлади. **ТҶОН спорадик тарзда кузатилади.** Бироқ туғма юрак нуқсонлари оилада пайдо бўлади, кимдир нуқсон билан оғриган бўлади; шундай оилалар борки ТҶОН оиланинг бир неча аъзоларида бўлади.

ТҶОН ва тератоген омиллар: Тератоген таъсири маълум ёки тахмин қилинадиган дори воситалари: талидомид, фолат кислотаси антагонистлари, Д-амфитемин тиришишга қарши воситалар, литий, эстрогенлар, варфарин.

Алкоголь. Ҳомиладор аёлнинг спиртли ичимликлар ичиши.

Онадаги бузулишлар. Тизимли кизил югурик (волчанка), диабет.

Онадаги инфекция. Антигенитал даврда ўтказилган кизилчанинг тератоген таъсири исбот қилинган. Онадаги цитомегаловирус инфекция ёки онанинг Коксаки вируси билан зарарланиши, шунингдек вирусли грипп ҳомила юрак-томир тизими шаклланишидаги нуқсонларга олиб келиши мумкин.

Диагностикаси

- ✓ Диагностикаси анамнез йиғишдан ва физикал текширув ўтказишдан бошланади. **ТҶОНнинг асосий клиник белгилари** - цианоз, юракда шовқин ва юрак етишмовчилигининг бўлиши (13-жадвал). **Шовқин моҳиятини баҳолаш лозим:** функционла шовқин ёки органик шовқин. **Функционал шовқин:** Юрак зарарланиши бўлмаганида кузатилади. Кейинчалик юрак-кон томир касалликлари ривожланиш белгиси бўлиб хизмат қилмайди. Аксарият болаларда (деярли 30%) эшитилади. Шовқин одатда систолик, қиска, кўпол эмас. Одатда кўчмайди (иррадиацияланмайди), диастолик компонентга эга эмас. Товуш тана ҳолатига боғлиқ равишда ўзгариши мумкин, зўриқишда камайиши мумкин ва нафас фазасига боғлиқ бўлмайди. Титраш бўлмайди, болада патологик симптомларсиз кечади. ЭКГ ва рентгенологик текшириш натижалари нормал ҳисобланади.

Органик шовқин: клапанлар зарарланиши, деворчалардаги нуқсонларга боғлиқ. Кўпол, узок, аускультациянинг барча нукталарига

ўтказилади (иррадиацияланади). Жисмоний зўриқишдан сўнг кучаяди, патологик тонлар билан, цианоз билан, юрак етишмовчилиги, ЭКГ ва рентгенограммадаги ўзгаришлар билан бирга кечади.

Доимий систолик ва диастолик бўлиши мумкин.

Шунингдек кўкрак қафаси рентгенографияси, ЭКГ ва Нв кислород билан тўйинганлигини текшириш, эхокардиография ва юрак катетеризацияси ўтказиш лозим.

УАШ тактикаси

- ✓ **Бактериал эндокардит профилактикаси.** ТЮН мавжуд болаларда тиш даволаш манипуляциялари, нафас аъзоларида ОИТ да сийдик йўллари аъзоларидаги операция вақтида, ўткир ёки сурункали инфекция мавжудлигида эндокардит ривожланиши мумкин. Антибактериал профилактика. Тишлардаги кариесни ўз вақтида даволаш, жаррохлик аралашувларида (аппендэктомия, оториноларингик аралашувларда) муолажадан олдин ва кейин антибиотиклар тайинланишдан иборат. **Оғир юрак нуқсонларини радикал даволаш** жаррохлик аралашувини талаб этади.

13-жадвал

Энг кўп тарқалган юрак нуқсонлари

№	Нуқсон	Физикал текширув	ЭКГ	Кўкрак қафаси рентгенографияси
1	Қоринчалар деворидаги нуқсон	Кўпол систолик шовқин, юрак етишмовчилиги	Ўнг ва чап қоринчалар гипертрофияси	Ўпка тасвири қуюқлашган кардиомегалия
2	Ўпка артерияси стенози	Дағал систолик шовқин, цианоз кузатилиши мумкин	Ўнг қоринча гипертрофияси	Ўпка тасвири нормал ёки заифлашган; кардиомегалия бўлиши мумкин
3	Фалло тетрадаси	Дағал систолик шовқин, цианоз	Ўнг қоринча гипертрофияси	Ўпка тасвири заифлашган кардиомегалия бўлиши мумкин
4	Аорта стенози	Юрак асосидан чап томонда дағал систолик шовқин, ҳушдан кетиш	Чап қоринча гипертрофияси	Ўпка тасвири заифлашган, кардиомегалия бўлиши мумкин
5	Юрак олд деворчаси нуқсони	Систолик шовқин, ўпка артерияси устида II-тоннинг	Ўнг қоринчадаги кичик	Ўпка тасвири қуюқлашган кардиомегалия

		кучайиши ва бугилиши	гипертрофия	бўлиши мумкин
6	Очиқ артериал йўл	Тўхтовсиз систоло-диастолик шовкин, ўпка артерияси устида II-тоннинг кучайиши юрак етишмовчилиги кузатилиши мумкин	Чап ёки иккала қоринчалар гипертрофияси	Ўпка тасвири қуюклашган, кардиомегалия бўлиши мумкин
7	Аорта коарктацияси	Артериал гипертония, сон артериясида пульс заифлашган	Чап қоринча гипертрофияси	Ўпка тасвири нормал ёки қуюклашган; кардиомегалия бўлиши мумкин.
8	Магистрал томирлар транспозицияси	Яққол намоён бўлган цианоз	Ўнг қоринча гипертрофияси	Ўпка тасвири нормал ёки қуюклашган; кардиомегалия бўлиши мумкин

Болалар ревматизми

Умумий маълумотлар ва статистик кўрсаткичлар.

- ✓ Ревматизм, ревматик иситма – А гуруҳининг β-гемолитик стрептококклари келтириб чиқарадиган йирингсиз яллиғланиш касаллиги (одатда ўтказилган ангинадан 2-4 ҳафта кейин пайдо бўлади). Ушбу касаллик ҳозирги кунда ҳам ривожланаётган давлатларда кенг тарқалган касаллик бўлиб қолмоқда. Ревматизм ривожланишида юрак мушаклари ва қопқоп (клапан)лари шикастланиши сабабли касаллик оғир касалликлардан ҳисобланади. Кўпинча 5 ёшдан 15 ёшгача бўлган болаларда оғрийди. Касалланиш авжи 6-10 ёшга тўғри келади.

Этиологияси

- ✓ Касаллик ривожланишида қуйидаги омиллар иштирок этади:
 - 1) стрептококкларнинг бевосита (туғридан-туғри) таъсири;
 - 2) стрептококкларнинг иммунологик намоён бўлган таъсири;
 - 3) персистенланувчи стрептококкли инфекция.

Диагностикаси

- ✓ *Ревматизмда Дэжонс мезонлари*

Асосий мезонлар	Кўшимча мезонлар	Олдин ўтказилган стрептококк инфекция далиллари
Кардит Полиартрит Хорея Ревматик (ҳалқасимон) эритма Тери ости тугунлари	Клиник: Иситма Артралгия Анамнезида ревматик атака ёки юрак ревматик нуқсон Лаборатор: ЭЧТ Лейкоцитоз С-реактив оксил концентрацияси P-Q интервал катталашуви	О антистрептолизин титри ёки бошқа антистрептококкли АТ. титрларининг катталашуви. Томоқ (ютқин) шиллигида А гуруҳи стрептококклари. Анамнезида яқинда скарлатина билан оғриб ўтганлиги аниқланди.

УАШ тактикаси

- ✓ Ревматизмга шубҳа қилинганда мутахассис педиатрга маслаҳатга юборилади. Педиатр махсус даволаш тайинлайди. Махсус даво – тушак режими, антибактериал яллиғланишга қарши, симптоматик (юрак етишмовчилигини даволаш учун), седатив (хорейнинг оғир шаклларида) даводан иборат.

Прогнози

- ✓ Ревматизм ўтказилгандан кейин, 60% ҳолатларда юракнинг орттирилган нуқсонлари ривожланади; 70% ҳолатларда митрал клапан нуқсонлари, 40% - аортал клапан, 10% - трикуспидал клапан, 2% ҳолатларда - ўпка клапанлари.

Иккиламчи профилактика.

- ✓ **Кўрсатма:** Анамнезда ревматик хуруж кузатилганда. Юракнинг ревматик нуқсонларида ҳаёт давомидаги профилактик чоралар. Юракнинг ревматик нуқсонлари бўлмаганда 21-25 ёшгача профилактика тадбирлари ўтказилади.

Препаратлар ва дозалар. Бициллин-5, мактаб ёшгача бўлган болаларга 750000 бирлик, мактаб ёшидаги болаларга 1500000 бирлик ойига 1 марта ҳар ойда йил давомида.

Барча бемор болаларга баҳор ва кўз ойларида 6 ҳафта давомида 0,1 гр/ёш ҳисобида суткасига 1 гр дан оширмасдан 2-3 марта қабул қилган ҳолда аспириин тайинланади. Пенициллинга аллергия мавжудлигида эритромицинни қуллаш мумкин.

Юракнинг орттирилган ревматик нуқсонлари

- ✓ Юракнинг ревматик шикастланиши – бир ёки бир неча ревматик хуружларнинг оқибатидир. Ревмакардит – бирламчи, қайталанувчи, миокард, эндокард перикард шикастланиши билан бирга, панкардит кузатилади.

Клапан аппарати нуқсонларисиз, юрак клапани нуқсонлари билан бирга ва юрак қон айланиши етишмовчилиги билан бирга кечади. Болаларда энг кўп кузатиладиган касаллик митрал клапан етишмовчилиги. Ундан кейин аортал клапан етишмовчилиги туради. Митрал стенози нисбатан кам ривожланади ва одатда – бир неча ревматик хуружларнинг натижаси ҳисобланади. Аорта равогининг стенози – энг кам учрайдиган шикастланиши. Уч табақали клапан ва ўпка артерияси клапани болалар ёшида деярли шикастланмайди. Касаллик белгилари клапан шикастланиш даражасига бевосита боғлиқ бўлади.

БОЛАЛАРДА БЎҒИМ ВА БОЙЛАМЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Билак суягининг бошчаси чала чиқиши.

- ✓ 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларда кузатиладиган типик шикастланиш. Шикастланиш болани кўлидан тортиш ёки кўтариш оқибатида пайдо бўлиши мумкин.

Репозиция

Янги шикастланишларни тузатиш осон – олдинга кўлни супинация ҳолатига қайтарилади ва сўнгра билак суяги бошчасига босилади ва ҳалқасимон бойлам орқали итарилади.

Шу пайтда қирсиллаган овоз эшитилади ва бирдан касаллик белгиларининг намоён бўлиши камаяди. Эски шикастланишларда репозиция кўпинча муваффақиятсиз кечади. Бундай ҳолатда даволаш палокмонсимон боғлам кўйишдан иборат бўлади. Касаллик белгилари, аста-секин йўқолади.

Товоннинг қайрилиши

- ✓ Очiq суяк билан катта болдир суяги ўртасидаги олдинги бойламнинг чузилиши – энг кўп кузатиладиган пай шикастланишларидан бири ҳисобланади. Тортишнинг ижобий синамасида (товонни олдинга тортганда, товон болдир суягидан ажралгандай сезилади), тутиб турувчи бойлам қуйиш, баъзида пластир, шунингдек хирургик даво (камдан-кам) тавсия этилиши мумкин. Мутахассис консултацияси зарур.

Тизза қопқоғининг чиқиши

- ✓ Кўпроқ ўсмирларда кузатиладиган суяк чиқиши. Тизза қопқоғи латерал томонга силжиганда тезликда репозиция тадбирини ўтказиш зарур.

Репозиция

Тизза бўғими букилади, тизза косачаси медиал йўналишда босилади.

Гемартроз аспирацияси

Сезиларли ҳажмдаги гематрозни аспирация қилинади, бунда ёғ томчиларининг мавжудлигига алоҳида эътибор қаратиш лозим.

Оператив ёки консерватив даволашга кўрсатма беришни аниқлаш учун мутахассис консултацияси зарур.

Ясси товонлик (оёқлик)

Умумий маълумотлар ва статистика кўрсаткичлари.

Ясси оёқлик – товон деформацияси яъни оёқ панжаси гумбазининг ялпайиб, текис бўлиб қолиши. Оёқ гумбазининг бўйига ёки энига ясси бўлиши мумкин. 4 ёшгача бўлган болаларда товон гумбазини халқ шаклландирмаган бўлади ва яссилик физиологик ҳисобланади. Кўпинча хотин-қизларда кузатилади, яъни 16-25 ёшларда кўп учрайди.

Диагностикаси

- ✓ **Белгилари:** Юришда тез толиқиш, товон ва болдирдаги оғрик куннинг охирига бориб кўчяди. Товоннинг яссилиги, кўпинча тўпикнинг латерал соҳасида шиш кўзатилади.

УАШ тактикаси

Мутахассис ортопедга консултацияга жўнатилади.

Сон суягининг туғма чиқиши

Умумий маълумотлар ва статистик кўрсаткичлар

Чанок-сон бўғими дисплазияси тарқалганлиги – 50 та чақалоқдан биттасида (1:50), сон суягининг чиқиши – 500 та чақалоқдан биттасида. 30% ҳолатларда чиқиш икки тарафлама бўлади. Қиз болаларда ўғил болаларга нисбатан 6 марта кўп учрайди.

Этиологияси. Хавф омиллари

- ✓ Туғруқ пайтида хомиланинг думба билан келиши, хомиладорлик токсикози, ота-оналарнинг ёши – 40-45 ёш.

Диагностикаси

- ✓ **Белгилари:** сон суяги бошчаси орқага ва юқорига силжиган. Оёқнинг кискариши. Сондаги аддуктор бурмаларнинг асимметрияси. Маркс-Ортоланининг мусбат синамаси, 2 ойдан кейин бу синама одатда манфий бўлиб қолади. Рентгегеография ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин. Агар даволашни эртачи бошламаса, сон суяги бошчаси чанок суягининг бўғим чуқурчасидан ташқарида қолиб кетади, натижада бола кеч юришни бошлайди, оксокланади.

Оммавий текширув

- ✓ Барча чақалоқларда, туғилгандан кейинок туғруқхонада сон суягининг туғма чиқиши аниқланади. Маркс-Ортолани синамаси ҳозирги кунга қадар туғма сон суяги чиқишини аниқлашнинг энг муҳим усули ҳисобланади. Ультратовуш ёрдамида текшириш ҳам керакли маълумотлар беради, бундай текширув усули сон суяги чиқиш хавфи юқори бўлган чақалоқларда - туғруқ пайтида думба билан келиши ва қариндошларида туғма сон суяги чиқиши қайд этилган чақалоқларда ўтказиш тавсия этилади. Чақалоқларда туғма сон суяги чиқиши диагностикасида рентгенографиядан фойдаланилмайди, бу текширув усули катта ёшдаги болаларда қўлланилади.

УАШ тактикаси

- ✓ Туғма сон суяги чиқишида имкон қадар болани мутахассис ортопедга вақтлик юбориш лозим. ТССЧ эртачи аниқлаш ва даволаш бир неча ой ичида тўлиқ соғайишга эришиш имконини беради. Бола жинсий этилиш даври тугагунча назоратда бўлади. Чанок-сон бўғимининг назорат рентгенографиясини ўтказиш шартдир.

Болаларда артрит касаллиги

Умумий маълумотлар ва статистика кўрсаткичлари

Болалар кўпинча бўғимлардаги оғриқдан шикоят қилишади. Мисол учун, 5% болалар тунги оёқ оғриқларидан шикоят қилишади. Оғриқ кўпинча психоген характерга эга бўлади, бироқ буни тасдиқлашдан олдин батафсил текширув ўтказиш лозим. Артритларнинг болалар ўртасида тарқалиши йилига 1/1000.

Этиологияси

- ✓ Инфекция, яллиғланиш касалликлари сурункали артритлар, қон касалликлари, ёмон сифатли ўсмалар, таянч-харакат аппарати касалликлари.

Диагностикаси

- ✓ **Ювенил ревматоид артрит (ЮРА)** – 3 ойдан ортиқ давом этадиган бўғимларнинг яллиғланиш касаллиги билан характерланадиган тизимли касаллик. Жиддий тиббий ва ижтимоий муаммо ҳисобланади. Касаллик 16 ёшгача бошланади.

ЮРА бошланғичининг энг кўп кузатиладиган вариантлари:

Стилл синдроми. Ювенил ревматоид артрит ҳолатларининг 10% ни ташкил этади. 5 ёшгача бўлган кичик ёшдаги болаларда кузатилади.

Клиник симптомлари: юкори қайталанувчи иситма, пушти рангдаги макуло-папуллёз тошма, артралгия, артритлар, миалгия ва генераллашган лимфаденопатия. Шунингдек гепатоспленомегалия, перикардит, плевритлар қайд этилади. **Дифференциал диагностикаси** ёмон сифатли ўсмалар (лейкемия, нейробластома); инфекция.

Лаборатор ва серологик кўрсаткичлар: ЭЧТ ошиши, нейтрофиллар, тромбоцитлар, С-реактив оксилнинг ортиши, антинуклеар антителалар (АНА) қайд этилади.

Олигоартрит (<4 та бўғим). ЮРА нинг энг кўп тарқалган (50-60%) шакли 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган даврда пайдо бўлади. Беморларнинг 85% - қизлар. Дастлаб тизза бўғими ва болдир – панжа бўғими, кўпинча ассиметрик тарзда шикастланади. Беморларнинг 50% да сурункали иридоциклит ривожланади, ўз вақтида даволанмаса кўриш қобилиятининг йўқолишига олиб келади. **Лаборатор ва серологик кўрсаткичлар:** ЭЧТ, нейтрофиллар, тромбоцитлар, С-реактив оксилнинг ортиши, антинуклеар антителолар (АНА) беморларнинг 80% қайд этилади.

Серопозитив полиартрит (ревматоид омил (РО) иштирок этади). Касаллик бошланиш ёши 6-12 ёш. Беморларнинг 80% - қизлар. Ҳар

қандай бўғим шикастланади. *Серологик кўрсаткичлар*: 75% беморларда АНА, 100% беморларда РО қайд этилади. Прогнози ноҳўш.

Серонегатив полиартрит (РО иштирок этмайди). Касаллик бошланиш ёши 1-1,5 ёш. Беморларнинг 90% - кизлар. Ҳар қандай бўғим шикастланади. *Серологик кўрсаткичлар*: Беморларнинг 25% да АНА қайд этилади. РО иштирок этмайди. Прогнози: Оғир артрит ривожланади.

- Болаларда бўғимлардаги оғриқнинг дифференциал диагностикаси**
- ✓ Ювенил ревматоид артрит (ЮРА); инфекциялар (бруцеллёз, туберкулёз, кизилча); ревматизм, Шейнлех-Генох касаллиги, травматик артрит; гипермобиллик синдроми, лейкомия, ўроксимон хужайрали анемия; тизимли кизил югурук касаллиги ва бошқа бириктирув тўқима касалликлари.

УАШ тактикаси

- ✓ Болаларда артрит белгилари аниқланганда жараённинг эртачи сурункали кўринишини олиши ва беморнинг ногирон бўлиб қолишини олдини олиш учун педиатр-ревматолог қабулига юбориш лозим. *Артрит билан оғриган беморларни парваришлаш комплекс ёндошувни талаб этади*: медикаментоз терапия, физиотерапевтик тадбирлар, даволаш физкультураси ва меҳнат терапияси, ўқитиш ва руҳий мадад (болаларга ҳам, ота-оналарга ҳам). *Медикаментоз терапия*: НЯҚП, кортикостероидлар ва иммуносупрессорлар (кўрсатма бўйича), касаллик авж олган даврда беморлар эмланмасликлари керак.

БОЛАЛАР ТРАВМАТИЗМИ ВА БАХТСИЗ ҲОДИСАЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ

Бахтсиз ҳодиса тушунчаси – кутилмаган ва тасодифий ҳолатни англатади ва бу тушунча муаммо моҳиятини янада аниқроқ акс эттирувчи травма атамаси билан аста-секин суриб чиқарилмоқда.

Асосий ҳолатлар

- ✓ **Травмалар** – сўнги 40 йил давомида болалар ўртасида ўлим ҳолатларининг етакчи сабабларидан бири бўлиб қолмоқда. Травмадан ўлиш ҳолатларининг сони бошқа сабаблардаги летал якунлар сонидан 4 марта кўпдир.

Касалхонага келтирилган шикастланган ҳар 30 та боладан биттаси нобуд бўлади. Травма характери шикастловчи омил турига боғлиқ ва ёшга боғлиқ муайян ўзига хосликка эга.

- ✓ **Йиқилишлар** – энг кўп учрайдиган шикастланишлар тури бўлиб, болалар ўртасида травмадан ўлиш сабабларининг тўртинчиси ҳисобланади. Йиқилишдан шикастланишнинг максимал частотаси бола юришни бошлаган даврга тўғри келади, кейинчалик эса бу кўрсаткич камаяди. Йиқилишлардаги ўлим ҳолатлари частотаси 2-даврда авж олади. Биринчиси бола юришни бошлаган давр, иккинчиси ўспирилик даврида.

Йиқилишнинг олдини олиш

- ✓ Тусиқлар (зинапоядаги панжаралар, деразага қўйилган панжаралар ва кулфлар).

Болаларни, ҳаттоки озгина муддатга ҳам кроватда ёки йўргаклаш столида қаровсиз қолдирмаслик лозим.

Тўшакдан, кроват тепасига бўлган баландлик 54 см дан юқори бўлиши керак.

Хонадан ўтқир қиррали ва бурчакли столларни чиқариб ташлаш керак.

Чўкиш - болаларда шикастланишдан ўлиш ҳолатларининг кўп кузатиладиган сабаби. Ўсмирлар орасида чўкиш оқибатида ўлиш частотаси 2-ўринда туради.

Чўкишнинг олдини олиш:

- ✓ 4 ёшгача барча болалар ваннада чўмилиш пайтида қаттиқ назорат остида бўлишлари лозим.

Сузиш ҳавзалари (бассейнлар) ёпиладиган эшикли тусиқлар билан тўсилиши керак.

Болага шўнғишга рухсат беришдан олдин, бассейн чуқурлигини текшириш лозим.

Болаларга сузишни ўргатиш керак, бироқ бу уларни назорат қилишни чекламайди.

Ҳамма ота-оналар реанимация ёрдамини кўрсатиш бўйича инструктаж ўтишлари лозим.

Йўл-транспорт травмалари – болалар ўртасидаги ўлимнинг етакчи сабабларидан бири. Болалар ўлими улар ҳаётининг иккинчи ойда максимум даражасига етади, мактаб ёшида аста-секин камаюди ва ўсмирлик даврига келиб яна ошади.

Йўл транспорт травмаларини олдини олиш.

- ✓ Автомобилда бола ўриндиғи ва хавфсизлик камарларидан фойдаланиш. Йўл ва кўчаларни рухсат этилган ҳаракатланиш тезлигини эслатиб турувчи белгилар ва светофорлар билан жиҳозлаш лозим. Йўловчилар йўлаклар ёки тротуарларда юриши лозим. Кечаси ёруғликни акс эттирувчи ёрқин, очиқ рангли кийимларни кийиш лозим.

Куйиш - йўл-транспорт травмалари ва чўкишдан кейин 3-ўринда турадиган шикастланиш сабаби.

Куйишларни олдини олиш

- ✓ Уйларни тутун датчиклари ва ўт учириниш мосламалари билан таъминлаш. Иситиш асбобларини имкон қадар болалардан узоқ қўйиш лозим. Электр асбобларидан фойдаланиб бўлгандан сўнг вилкани розеткадан чиқариб қўйиш керак. Розеткаларга эҳтиёт қалпоқчалари ўрнатиш лозим. Катталар қайноқ ичимликлар истеъмол қилаётганда болаларни қўлларига олмасликлари керак. Овқат пишираётган пайтда болаларни хавфсиз жойда қолдириш зарур.

Ёт жисмларнинг нафас йўллариغا тушиб қолиши, яъни аспирация – бир ёшгача бўлган болалар ўртасида травмадан ўлиш ҳолатларининг энг кўп кузатиладиган сабаби.

Асфиксиянинг олдини олиш

- ✓ Майда деталли ўйинчоқларни текшириб чиқиш ва уларни олиб қўйиш; Кичик предметларни болаларга бермаслик ёки яқинда сақламаслик; Овқатдаги маҳсулотлар етарлича майдаланиши, эзилиши керак; Овқатланиш пайтида шўхликлар ва сухбатларни тўхтатиш лозим; Кичик ёшдаги болаларга ёнғоқ, қаттиқ ловия, хом сабзавотлар, сақич, обакидандон (конфет) ва шунга ўхшаш нарсаларни бермаслик лозим; 3 ёшгача бўлган болаларга таблеткаларни бермаслик тавсия этилади.

Захарланиш икки даврда кузатилиш максимумига эга:

- 1) 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган болалар ўртасида (тасодикий захарланишлар) ва
- 2) ўсмирлар ўртасида (суицидол уринишлар ёки ўз жонига қасд қилиш имитацияси натижалари).

Заҳарланишининг олдини олиш

- ✓ Барча дори ва кимёвий препаратларни шкафчада, кулфланган ҳолда сақлаш лозим;
Таркибида кўрғошин бўлган буюклардан фойдаланмаслик;
Жиддий рухий муаммоларга эга ўсмирлар билан контактни узмаслик керак;
Назоратсиз дори қабул қилиш хавф – ҳаракатлари тўғрисида болаларга маълумот бериш лозим.

ГЎДАКЛАРНИНГ ТЎСАТДАН ЎЛИБ ҚОЛИШ СИНДРОМИ (ГТЎҚС)

Умумий маълумотлар ва статистика кўрсаткичлари

Гўдакларнинг тўсатдан ўлиб қолиш синдроми (ГТЎҚС) 1 ойликдан 1 ёшгача бўлган кўкрак ёшидаги боланинг тўсатдан, кутилмаганда ўлиб қолиши деб таърифланади, ўлим сабаблари аутопсиядан кейин ҳам ноаниклигича қолмоқда. Кўпинча 2-4 ойлик болалар орасида кузатилади. Г>Б. АҚШда ГТЎҚС 1000 чакалоқдан 2-3 тасида кузатилади. Йилнинг киш фаслида, кўпинча тунда уйку пайтида кўпроқ кузатилади.

Этиологияси ва хавф омиллари

- ✓ Этиологияси ноаниқ. Ҳозирги вақтда ўлимнинг бевосита ҳолатларига камроқ, сурункали касалликларни аниқлашга эса кўпроқ аҳамият берилмоқда. Агар хавф омиллари аниқланса, қатор ҳолларда ўлимнинг олдини олиш мумкин.

Хавф омиллари: бола қоринда ётган ҳолда ухлаши, ота-оналарнинг иккаласининг ҳам ёки оиланинг бошқа аъзоларининг чекиши, исиб кетиш (бола ўраб-чирмаб қўйилганда унинг ҳаддан ташқари исиб кетиши), интеркуррент касалликлар; эгизак ёки кўп эгизаклик, туғилган вақтида тана вазнининг камлиги; ижтимоий-иктисодий даражанинг пастлиги; онанинг тажрибасиз, ёш бўлиши, оилада ўлган болалар сонининг (ака-ука, опа-сингиллари) кўплиги.

Диагностикаси

- ✓ Тўсатдан ўлиш синдроми кутилмаганда содир бўлади. Бунда болалар уйку пайтида, жимгина ва оғриқсиз ўлиб қолишади. Чойшаб ёки қусук массаси билан бўғилиб қолиш одатда ўлим сабаби бўлмайди. Енгил касаллик, масалан ринит, баъзан ўлимдан олдин кечиши мумкин, бироқ бу касаллик боланинг тўсатдан ўлишга олиб келиши мумкин эмас. **Агар реанимация тадбирлари муваффақиятли ўтказилиб, бола тирик қолган бўлса, уни батафсил текшириш лозим.** Анамнез йиғиш ва физикал текширув орқали гипотермия, сепсис, пневмония, нафас йўлларига ёт жисмнинг тикилиб қолиши, эпилептик хуруж, гиподреналин кризи, заҳарланиш, шикастланиш аниқланади.

Анамнез: Олдин бўлиб ўтган ҳолатлар, симптомлар аниқланади, ўткир ва сурункали касалликлар тўғрисида, қабул қилинган дори воситалари тўғрисидаги маълумотлар аниқланади.

Физикал текширувда боланинг аҳволи баҳоланади. ЮҚЧ, АБ, нафас частотаси ва тана ҳарорати текширилади; неврологик текширув ва нафас аъзоларини текшириши ўтказилади.

УАШ тактикаси

- ✓ **Қуйидаги чора-тадбирларни қўллаш зарур:** ўлимнинг бошқа сабабларини аниқлаш учун анамнез йиғиш ва физикал текширув ўтказиш зарур, ўлган бола онасида лактацияни камайтириш учун

(унинг хохиши бўйича) дори воситаларини ва уйку дорисини танлаш; ўлган бола оила аъзолари – ота-онаси, ака-ука ва опа-сингилларига шошилиш руҳий мадад бериш, ўлим ҳолати ҳақида суд тиббиёт экспертига хабар бериш.

ГТЎҚС профилактикаси

Ота-оналарга маслаҳат: оила аъзолари чекишни ташлашлари лозим. Агар чекишни давом эттиришса гўдак ётадиган хонада чекмасликлари лозим. Болани корни билан ухлашга ётқизмаслик керак. Болани ҳаддан ташқари исиб кетишдан сакланг. Болани пар одеяло (кўрпа) билан ёпмаслик керак. Бола ухлаётган хонада ҳаво алмашилиши яхшилигига ишонч ҳосил қилинг. Болани шундай ётқизинки, уйку пайтида болангиз кўрпа (одеяло) тагига сирпаниб кириб қолмасин. Болада нотинчлик аломатлари пайдо бўлса, ўз вақтида шифокорга мурожаат этинг.

каф. 2-педиатрия. Пед. факультет.

