616-053
U-520

PROFESSOR N.M. SHAVAZI
TAHRIRI OSTIDA

UMUMIY AMALIYOT SHIFOKORLARI UCHUN POLIKLINIK PEDIATRIYA



DARSLIK

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA'LIM, FAN VA INNOVASIYALAR VAZIRLIGI

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

Professor N.M. SHAVAZI tahriri ostida

UMUMIY AMALIYOT SHIFOKORLARI UCHUN POLIKLINIK PEDIATRIYA

DARSLIK

SamDTU
axborot-resurs markazi
322910

ARTEX NASHR

SAMARQAND -2025

UDK: 616-053.2(075.8)

BBK: 57.3ya73

Professor N.M. SHAVAZI tahriri ostida Umumiy amaliyot shifokorlari uchun poliklinik pediatriya: darslik \ N.M. SHAVAZI, M.F.IBRAGIMOVA, M.S.ATAYEVA, I.K.MAMARIZAYEV – Samarqand 2025 - 502 bet.

Mualliflar:

N.M. Shavazi - tibbiyot fanlari doktori, professor, SamDTU 1-Pediatriya va neonatologiya kafedrasi mudiri,

M.F.Ibragimova - SamDTU 1-Pediatriya va neonatologiya kafedrasi dotsenti, PhD,

M.S.Atayeva – SamDTU 1-Pediatriya va neonatologiya kafedrasi katta

o`qituvchisi,

I.K.Mamarizayev- SamDTU 1-Pediatriya va neonatologiya kafedrasi assistenti.

Taqrizchilar:

Aliyeva N.R.. - Toshkent Pediatriya Tibbiyot instituti 1-gospital pediatriya va xalq tabobati kafedrasi mudiri, professor, t.f.d.

Arzikulov A.Sh – Andijon davlat tibbiyot instituti, davolash fakulteti pediatriya kafedrasi professori, t.f.d.

ISBN: 978-9910-8157-3-7

8076

©ARTEX NASHR SAMARQAND

© N.M. SHAVAZI, M.F.IBRAGIMOVA, M.S.ATAYEVA, I.K.MAMARIZAYEV

MUNDARIJA

KIRISH 7

I QISM. I BOB. OILAVIY POLIKLINIKA FAOLIYATINI TASHKILLASHTIRISH 11

POLIKLINIKANING SOG'LIQNI SAQLASHDAGI O'RNI 11

UMUMIY AMALIYOT SHIFOKORINING HUQUQLARI, MAJBURIYATLARI VA JAVOBGARLIGI 12

POLIKLINIKADA HUJJATLARNI RASMIYLASHTIRISH 14

MEHNATGA LAYOQATSIZLIK VARAQALARINI BERISH TARTIBI 15

TIBBIY-MEHNAT EKSPERT KOMISSIYALARIDA KO'RIKDAN O'TKAZISH DALOLATNOMALARINI RASMIYLASHTIRISH VA YURITISH 17

TIBBIY ETIKA 23

BEMORNI SO'ROQ QILISH VA ANAMNEZ YIG'ISH 24

BEMORNING SOG'LIQNI SAQLASHDAGI HUQUQLARI 25

BEMOR HUQUQLARINI BUZGANLIK UCHUN TIBBIYOT XODIMLARINING JAVOBGARLIGI 26

BEMORNING SOG'LIQNI SAQLASH TIZIMIDAGI VAZIFALARI 28

II BOB. PROFILAKTIK TADBIRLAR: SHAKLLARI VA TURLARI. TIBBIY YORDAMNING BIRLAMCHI BOSQICHIDA PROFILAKTIK CHORA TADBIRLARNI AMALGA OSHIRISH 30

DISPANSER NAZORATINI TASHKIL ETISH 32

BOLALARNI IMMUNIZATSIYALASH 34

VAKSINA TURLARI 36

VAKSINADAN KEYINGI ASORATLARNI DAVOLASH 45

EMLASH QOIDALARI 47

TURLI KASALLIKLARGA CHALINGAN BOLALARNI EMLASH 49

EMLASH UCHUN TANLASH VA JAVOBGARLIK 51

VAKSINADAN KEYINGI REAKSIYALAR VA ASORATLAR 58

BOSHQARILADIGAN INFEKSIYALAR USTIDAN EPIDEMIOLOGIK NAZORAT 61

BO'G'MA EPIDNAZORATI 62

OVP EPIDNAZORATI VA KELTIRILGAN POLIOMIYELIT HOLATLARINING OLDINI OLISH 62

QIZILCHA, QIZILCHA VA TUG'MA QIZILCHA SINDROMI EPIDNAZORATI 63

EPIDNAZOR ZA POSTVAKSINALNЫMI REAKSIYAMI I OSLOJNENIYAMI (prikaz MZ ro'z No 759 ot 20 dekabrya 1999 g.) 63

III BOB. BOLALAR ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI, ANTROPOMETRIK TADQIQOTLAR METODIKASI 64

BOLALARDA NAFAS OLISH TIZIMINING ANATOMIK-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI, TADQIQOT METODIKASI 71

QON AYLANISH A'ZOLARINING ANATOMIK-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI 83

HAZM ORGANLARINING ANATOMIK-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI 90

SIYDIK HOSIL QILISH VA SIYDIK AJRATISH ORGANLARINING ANATOMIK-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI 93

BOLALARDA ASAB TIZIMINING ANATOMIK-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI 95

IV BOB. CHAQALOQLIK DAVRI. CHAQALOQNING ANATOMIK-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI 100

CHAQALOQLIK DAVRINING CHEGARA HOLATLARI 103

CHAQALOQLARNING GESTATSION YOSHI VA XUSUSIYATLARINI BAHOLASH 106

CHAQALOQLARNI PARVARISH QILISHNI TASHKIL ETISH 107

YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQDA TANA HARORATI VA TERMOREGULYATSIYA 109

CHAQALOQLAR UCHUN CHINIQTIRUVCHI TADBIRLAR 110

CHAQALOQ OVQATLANISHI ASOSLARI 111

KO'KRAK BILAN EMIZISHGA QARSHI KO'RSATMALAR 112

QO'SHIMCHA OVQATNI KIRITISH 113

MAKTABGACHA YOSHDAGI BOLALARNING OVQATLANISHI 114

V BOB. JISMONIY VA PSIXOMOTOR RIVOJLANISH. DISPANSER NAZORATI. OVQATLANISH. ENG KO'P TARQALGAN PATOLOGIK HOLATLAR. MASLAHAT XUSUSIYATLARI 116

BOLALARNING PSIXOMOTOR VA AQLIY RIVOJLANISHI 117
BOLALARNI MAXSUS PARVARISH QILISH VA DIQQAT BILAN KUZATISHNI TALAB QILADIGAN XAVF OMILLARI: MUAMMONI HAL ETISH YO'LLARI 133
YETARLI OVQATLANMASLIK 134
OZIQ-OVQAT MIKROELEMENTLARI YETISHMOVCHILIGI 135
II QISM. VI BOB.POLIKLINIKA SHAROITIDA BEMORLARNI OLIB BORISH. 140
BRONX-O'PKA TIZIMI KASALLIKLARI BOLALARDA TRAXEIT 140
BOLALARDA O'TKIR LARINGIT 144
BOLALARDA BRONXIAL ASTMA 148
BOLALARDA BRONXIAL ASTMANI DAVOLASH 164
BRONXOSPAZMNI BARTARAF ETISH UCHUN MUQOBIL PREPARATLAR: 167
O'ZBEKISTONDA ASTMA MAKTABI: KASALLIKNI NAZORAT QILISH UCHUN TA'LIM 172
BRONXIAL ASTMA (BA) BILAN KASALLANGAN BOLALARNI DISPANSER KUZATUVI 175
O'TKIR BRONXIOLIT 178
BOLALARDA BRONXIT 184
BOLALARDA PNEVMONIYA 195
BOLALARDA PLEVRIT 202
BOLALARDA O'PKANING BRONXOEKTATIK KASALLIGI 206
VII BOB. YURAK-QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARI. BOLALAR VA O'SMIRLARDA ARTERIAL GIPERTENZIYA 218
BOLALARDAGI KARDIOMIOPATIYA 236
BOLALARDA MIOKARDIT 246
BOLALARDA O'TKIR REVMATIK ISITMA 254
VIII BOB. HAZM TIZIMI KASALLIKLARI. 265
BOLALARDA OSHQOZON-QIZILO'NGACH REFLYUKS KASALLIGI . 265
OSHQOZON VA O'N IKKI BARMOQLI ICHAK YARA KASALLIGI 275

BOLALARDA GASTRODUODENAL SOHANING FUNKSIONAL KASALLIKLARI 282
BOLALARDA SURUNKALI GEPATITLAR 306
SURUNKALI XOLESISTIT 322
O'T YO'LLARI DISKENEZIYASI 326
IX BOB. SIYDIK AJRATISH SISTEMASI KASALLIKLARI 336
SIYDIK SINDROMI 336
SIYDIK YO'LI INFEKSIYALARI 340
BOLALARDA SISTIT 341
BOLALARDAGI PIYELONEFRIT 347
BOLALARDA GLOMERULONEFRIT KASALLIGI 365
BUYRAK-TOSH KASALLIGI 386
X BOB. BOLALARDA ENDOKRIN TIZIMI KASALLIKLARI. 393
GIPOTIREOZ 394
DIFFUZ TOKSIK BUQOQ 402
QANDLI DIABET 408
BOLALARDA ORTIQCHA VAZN VA SEMIZLIK. ERTA DIAGNOSTIKA, SKRINING. 425
XI BOB. MARKAZIY ASAB TIZIMI ZARARLANISHINING SEMIOTIKASI 431
MAT PERINATAL JAROHATLARI 433
EPILEPSIYA VA TUTQANOQ SINDROMLARI 434
NEYROINFEKSIYALAR 436
MATNING IRSIY KASALLIKLARI 437
BOLALAR MIYA FALAJI 440
BOLALARDAGI BOSH OG'RIQLARI 442
AUTISTIK SPEKTR BUZILISHLARI 444
XII BOB. BEMORLARNI POLIKLINIKADA REABILITATSIYA QILISH VA SANATOR-KURORTDA DAVOLASH. 448
ILOVA: 458
ADABIYOTLAR RO`YXATI 492

KIRISH

Darslikda bolalar poliklinikasi, jumladan, qishloq vrachlik punkti faoliyatining asosiy yo'nalishlari bayon etilgan. Zamonaviy tibbiyot yutuqlarini hisobga olgan holda sog'liqni saqlashning birlamchi bo'g'inida umumiy amaliyot shifokori ishining barcha bo'limlari ko'rib chiqildi. Darslikda sog'lom bola, oy-kuni yetilib tug'ilgan va chala tug'ilgan chaqaloqlarni, xavf guruhidagi chaqaloqlarni ambulatoriya sharoitida olib borish to'g'risida materiallar keltirilgan. Somatik va yuqumli kasalliklarni tashxislash va davolash, bemor bolalarni dispanserizatsiya qilishga bag'ishlangan bo'lim kengaytirilgan va to'ldirilgan, poliklinik pediatriyaning boshqa dolzarb vazifalari tahlil qilingan. Bolalarda uchraydigan turli kasalliklarni davolash masalalari amaldagi klinik tavsiyalarga muvofiq keltirilgan. O'zbekiston Respublikasining vaksina-profilaktikasiga taalluqli qismi sezilarli darajada to'ldirildi. Uchastka vrachi faoliyatining me'yoriy-huquqiy asoslariga katta e'tibor qaratildi. Darslik "Pediatriya" mutaxassisligi bo'yicha oliy ta'limning ta'lim standartiga mos keladi. Darslik talabalar, klinik ordinatorlar, magistratura rezidentlari, umumiy amaliyot shifokorlari va pediatrlar uchun mo'ljallangan.

Darslikda uchastka vrachi ishining asosiy yo'nalishlari bayon etilgan. Ushbu darslikda bolalar poliklinikasining tuzilishi va ishini tashkil etish tamoyillari ko'rib chiqiladi. Bolalar salomatligini saqlash masalalariga alohida e'tibor qaratilib, profilaktika tadbirlari uchastka shifokori darajasida olib borilmoqda. Kichik yoshdagi bolalarni

ovqatlantirish bo'yicha zamonaviy tavsiyalar batafsil tahlil qilingan. Uchastka pediatrining terapevtik faoliyatiga bag'ishlangan bo'limlar nafaqat bemor bolalarni davolash va kuzatishni, balki zamonaviy ambulatoriya pediatriyasi oldida turgan dolzarb muammolarni ham qamrab oladi. Bolalarga uy sharoitida shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish masalalari atroflicha yoritilgan.

Umid qilamizki, darslik amaliy shifokorning kundalik ishida foyda keltiradi. Darslik talabalar, subordinatorlar, klinik ordinatorlar, magistratura rezidentlari, pediatr shifokorlar, umumiy amaliyot shifokorlari va kasalxonagacha va kasalxona bosqichida aholiga yordam ko'rsatuvchi boshqa mutaxassislar uchun mo'ljallangan.

QISQARTMALAR RO`YXATI

AG - antigen

AB – arterial bosim

BA- bronxial astma

BOS - bronxoobstruktiv sindrom

GK - gipertonik kriz

GER - gastroezofagal reflyuks

DYuYe - dimlanishli yurak yetishmovchiligi

JSST - Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti

IFT - immunoferment tahlil

ITVRB - intensiv terapiya va reanimatsiya bo‘limi

KOS - kislota-asos holati

KT - kompyuter tomografiyasi

KIH -kislota-ishqor holati

MAT- markaziy asab tizimi

NOYo` - nafas olish yo‘llari

NYe - nafas yetishmovchiligi

OIV - inson immunitet tanqisligi virusi

OIT - oshqozon-ichak trakti

OAYo` - ochiq arterial yo‘l

TYUN - tug‘ma yurak nuqsonlari

TMEK - tibbiy-mehnat ekspert komissiyasi

TMK - tibbiy-maslahat komissiyasi

UASH- umumiy amaliyot shifokori

XKT-10 - X-qayta ko'rish kasalliklarining xalqaro tasnifi

O'TS - o'pkaning tiriklik sig'imi

O'SV - o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi

O'NE - o'tkir nafas yetishmovchiligi

O'CHQYe - o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi

O'O'QYe - o'tkir o'ng qorincha yetishmovchiligi

O'RVI - o'tkir respirator-virusli infeksiya

O'YuYe - o'tkir yurak yetishmovchiligi

QT - qorincha taxikardiyasi

QE - qorincha ekstrasistoliyasi

QIV - qon ivish vaqti

HLA- Inson leykotsitlari antigenlari

HLA- Human Leucocyte Antigens

YaQNP - yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar

YuNYo'O-Yuqori nafas yo'llari obstruksiyasi

YNYo'-Yuqori nafas yo'llari

YaTCHGK-Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning gemolitik kasalligi

I QISM. I BOB. OILAVIY POLIKLINIKA FAOLIYATINI TASHKILLASHTIRISH

POLIKLINIKANING SOG'LIQNI SAQLASHDAGI O'RNI

Poliklinika ko'p tarmoqli davolash-profilaktika muassasasi bo'lib, biriktirilgan hududda aholiga shifoxonagacha bo'lgan bosqichda tibbiy xizmat ko'rsatadi.

Poliklinikaning asosiy vazifalariga quyidagilar kiradi:

1. Ambulatoriya sharoitida va uyda malakali ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatish.
2. Bemorning yashash joyidan qat'i nazar, o'tkir kasalliklar, jarohatlar, zaharlanishlar va boshqa shoshilinch holatlarda shoshilinch yordam ko'rsatish.
3. Statsionar davolanishga muhtoj bemorlarni o'z vaqtida kasalxonaga yotqizishni ta'minlash.
4. Vaqtincha mehnatga layoqatsizlik ekspertizasini o'tkazish va mehnat qobiliyatini barqaror yo'qotish belgilari aniqlanganda bemorlarni tibbiy-ijtimoiy ekspertizaga yuborish.
5. Kasallanish, nogironlik va o'limni kamaytirishga qaratilgan kompleks profilaktika chora-tadbirlarini amalga oshirish.
6. Aholining turli guruhlarini dispanserizatsiya qilish bo'yicha tadbirlarni tashkil etish va o'tkazish.
7. Bemorlarni sanatoriy-kurortda davolanishga yuborish.

Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami tashxis qo'yish, davolash, kasalliklarning oldini olish, tibbiy reabilitatsiya, homilador ayollarni kuzatish, shuningdek, aholida sog'lom turmush tarzi ko'nikmalarini shakllantirish va sanitariya-gigiyena maorifini o'z ichiga oladi.

Tegishli tayyorgarlikdan va attestatsiyadan o'tgan umumiy amaliyot shifokori bemorlarni ambulatoriya sharoitida qabul qiladi, ularning uyiga boradi, profilaktik tadbirlarni bajaradi, shoshilinch yordam ko'rsatadi, shuningdek uyda statsionar va kunduzgi statsionar tashkil etadi.

Umumiy amaliyot shifokorining vakolatlari nafaqat tibbiy fanlarni, balki psixologiya, sotsiologiya, sog'liqni saqlash iqtisodiyoti va ijtimoiy tibbiyot kabi tegishli sohalarni ham qamrab oladi. Uning faoliyatining asosiy maqsadi bemorlar salomatligini saqlash va ularga hayotning barcha bosqichlarida birlamchi tibbiy yordam ko'rsatishdan iborat.

Umumiy amaliyot shifokori ishining asosiy jihatlari yashirin patologik holatlarni erta tashxislash, bemorlarni dinamik kuzatish, kasalliklarning samarali profilaktikasini tashkil etish va aholining zaif guruhlariga tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatishdan iborat.

UMUMIY AMALIYOT SHIFOKORINING HUQUQLARI, MAJBURIYATLARI VA JAVOBGARLIGI

Umumiy amaliyot shifokori (UASH) ma'lum bir huquqlar, majburiyatlar majmuasiga ega bo'lib, o'z kasbiy faoliyati jarayonida tegishli javobgarlikni o'z zimmasiga oladi.

Umumiy amaliyot shifokorining huquqlari quyidagilardan iborat:

- O'ziga bo'ysunuvchi tibbiyot xodimlari faoliyatini nazorat qilish.
- Belgilangan shartnomaviy munosabatlar doirasida ko'chmas mulkni sotib olish, tasarruf etish va boshqarish.
- Majburiy va ixtiyoriy tibbiy sug'urta tizimida tibbiy xizmatlar ko'rsatish uchun shartnomalar tuzish.
- Qo'shimcha kelishuvlar asosida asosiy shartnomadan tashqari xizmatlar uchun haq olish.
- Tibbiyot muassasalari resurslaridan ish beruvchining mablag'lari va shaxsiy mablag'lar hisobidan malaka oshirish uchun foydalanish.
- Boshqa mutaxassislar tomonidan ko'rsatiladigan tibbiy yordam sifatini baholash.

Umumiy amaliyot shifokorining asosiy vazifalari:

- Olingan malakaga muvofiq birlamchi tibbiy-sanitariya yordami ko'rsatish.

- Aholi o'rtasida sanitariya-oqartuv ishlarini olib borish.
- Profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirish, kasalliklarni erta bosqichlarda aniqlash.
- Bemorlar holatini dinamikada kuzatish.
- Shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish.
- Bemorlarga o'z vaqtida maslahat berish va ularni kasalxonaga yotqizishni tashkil etish.
- Davolash va reabilitatsiya tadbirlarini amalga oshirish.
- Vaqtincha mehnatga layoqatsizlik ekspertizasini o'tkazish va tibbiy-ijtimoiy yordamni tashkil etish.
- Immunoprofilaktika, bolalar tarbiyasi, oilani rejalashtirish masalalari bo'yicha maslahat berish.
- Zarur tibbiy hujjatlarni yuritish.

Umumiy amaliyot shifokorining javobgarligi Shifokor bemorning sog'lig'i yomonlashishiga yoki o'limiga olib kelishi mumkin bo'lgan qabul qilingan qarorlar, harakatlar yoki harakatsizlik uchun amaldagi qonunchilik doirasida javobgar bo'ladi.

Umumiy amaliyot shifokoriga qo'yiladigan malaka talablariga quyidagilar kiradi:

- Sog'liqni saqlash sohasidagi qonunchilik asoslarini bilish.
- Eng keng tarqalgan kasalliklarning oldini olish, tashxis qo'yish va davolash ko'nikmalariga ega bo'lish.
- O'tkir holatlarda shoshilinch yordam ko'rsatish qobiliyati.
- Inyeksiya, EKG, spirometriya, shoshilinch reanimatsiya tadbirlari kabi tibbiy manipulyatsiyalarni bajarish ko'nikmalari.
- Bemorni birlamchi ko'rikdan o'tkazib, keyinchalik dastlabki tashxis qo'yish, davolashni tayinlash va keyingi davolashni rejalashtirish qobiliyati.

Shunday qilib, umumiy amaliyot shifokori birlamchi tibbiy-sanitariya yordami tizimida asosiy rol o'ynaydi, u barcha yosh guruhlaridagi bemorlarni tashxislash, davolash, oldini olish va ijtimoiy qo'llab-quvvatlash funksiyalarini birlashtiradi.

POLIKLINIKADA HUJJATLARNI RASMIYLASHTIRISH

Poliklinikalardagi tibbiy hujjatlar tibbiyot xodimlarining profilaktika, diagnostika, davolash va sanitariya-gigiyena faoliyati to'g'risidagi ma'lumotlarni qayd etishni ta'minlaydigan hisob va hisobot shakllarining tizimlashtirilgan majmuasidir.

Hujjatlarning asosiy turlariga quyidagilar kiradi:

Kundalik ish uchun zarur bo'lgan tezkor tibbiy hujjatlar:

- Ambulator bemorning tibbiy kartasi (25/shakl);
- Dispanser kuzatuvining nazorat kartasi (030/shakl);
- Bemorning kunduzgi statsionar, uydagi statsionar kartasi (003-2/u shakl).

Bajarilgan tartib-taomillar va xizmatlar qayd etilishini ta'minlovchi tezkor-hisob hujjatlari:

- Tartib-taomillarni hisobga olish jurnali (029/shakl);
- Shifokorni uyga chaqirish jurnali (031/shakl);
- Rentgenologik tekshiruvlar jurnali (050/shakl);
- Yuqumli kasalliklarni qayd etish jurnali (shakl 060/u);
- Emlashlarni hisobga olish jurnali (shakl 064/u);
- Ambulator muolajalar va operatsiyalarni ro'yxatga olish jurnali (069/u shakl).

Kasallanish ko'rsatkichlari va tibbiy yordam hajmlarini tahlil qilish uchun mo'ljallangan statistik hujjatlar:

- Aniqlashtirilgan tashxislarni yozish uchun statistik talon (025-2/shakl);
- Ambulator bemor taloni (025-6/shakl);
- Kasalliklar va davolangan bemorlarni hisobga olish qaydnomasi (1-shakl);
- Poliklinikaga tashriflar va uyga chaqiruvlar hisobi (shakl 039/u).

Hujjatlarning o'ziga xos turlariga quyidagilar kiradi:

- Ambulator va statsionar kartalardan ko'chirmalar (027/u shakl);

- Yuqumli kasalliklar va emlashga noodatiy reaksiyalar to'g'risida shoshilinch xabarlar (058/u shakli);
- Ilk bor aniqlangan onkologik va ruhiy kasalliklar to'g'risidagi xabarnomalar (089-shakl, 090-shakl).

Tug'ilgandan 17 yoshgacha bo'lgan bolalarning sog'lig'i va dinamik kuzatuvi to'g'risidagi ma'lumotlarni o'z ichiga olgan 112/u shakli - bolaning tibbiy kartasini yuritish alohida ahamiyatga ega. Ushbu shakldagi yozuvlar qon guruhlari, allergik reaksiyalar, dispanser hisobi, ta'lim muassasalari va yashash joyidagi o'zgarishlar to'g'risidagi ma'lumotlarni o'z ichiga oladi.

Poliklinika faoliyatining samaradorligi bir qator ko'rsatkichlar bo'yicha baholanadi:

- Davomat dinamikasi;
- Kasalliklar va profilaktika tadbirlari bo'yicha tashriflar tarkibi;
- Tibbiyot xodimlariga yuklama;
- Dispanserizatsiyani o'tkazish faolligi;
- Diagnostika va bemorlarni boshqarish sifati.

Shunday qilib, tibbiy hujjatlarni to'g'ri rasmiylashtirish va tizimli tahlil qilish sifatli ambulatoriya-poliklinika yordamini tashkil etish va sog'liqni saqlash muassasalari ishining samaradorligini oshirish uchun asosdir.

MEHNATGA LAYOQATSIZLIK VARAQALARINI BERISH TARTIBI

Mehnatga layoqatsizlik varaqasi kasallik, shikastlanish, oilaning betob a'zosini parvarish qilish, homiladorlik va tug'ish, tibbiy yoki sanatoriy-kurortda davolanish, shuningdek karantin munosabati bilan vaqtincha mehnatga layoqatsizlik yo'qolganligini tasdiqlovchi rasmiy hujjatdir.

Mehnatga layoqatsizlik varaqalarini berish amaldagi mehnat qonunchiligi bilan tartibga solinadi va bemor pasport yoki ID-kartani ko'rsatgan taqdirda davlat tibbiyot muassasalarining davolovchi shifokorlari tomonidan amalga oshiriladi. Bir qator hollarda

rasmiylashtirish uyda, shuningdek tegishli litsenziyaga ega bo'lgan xususiy tibbiyot tashkilotlarida navbatchi shifokor tomonidan amalga oshiriladi.

Tez tibbiy yordam, sud-tibbiyot muassasalari va sanatoriy tashkilotlari (sil kasalligidan tashqari) kasallik varaqasini berish huquqiga ega emas.

Quyidagilar mehnatga layoqatsizlik varaqasini olish huquqiga ega:

- Kasallik yoki jarohat olgan ishchilar;
- oilaning betob a'zosini parvarish qilayotgan shaxslar;
- sanatoriy-kurortda davolanishga yuborilgan fuqarolar;
- Homiladorlik va tug'ish davridagi ayollar;
- Karantindagi shaxslar.

Mehnatga layoqatsizlik varaqasini berishning eng ko'p muddatlari:

- Ambulatoriyada davolanganda - 5 kungacha, davolovchi shifokor tomonidan bo'lim mudiri bilan kelishilgan holda 10 kungacha uzaytirish imkoniyati bilan;
- statsionar davolanishda - keyinchalik mehnatga layoqatlilik ekspertizasi o'tkazilgan holda gospitalizatsiyaning butun davriga;
- Homiladorlik va tug'ruqda - 126 kalendar kun (asoratli tug'ruq yoki ko'p homilali homiladorlikda muddat uzaytiriladi).

Bitta kasallik bo'yicha to'rt oydan ortiq davom etgan mehnatga layoqatsizlikda bemor nogironlikni belgilash to'g'risidagi masalani hal etish uchun tibbiy-ijtimoiy ekspertizaga yuboriladi.

Bolani yoki oilaning voyaga yetgan a'zosini parvarish qilish zarur bo'lgan taqdirda, mehnatga layoqatsizlik varaqasi 14 yoshgacha bo'lgan bolalarga 14 kalendar kungacha, voyaga yetganlarni parvarish qilish uchun esa 7 kungacha muddatga beriladi.

Shunday qilib, mehnatga layoqatsizlik varaqalarini to'g'ri rasmiylashtirish va berish bemorlarni ijtimoiy himoya qilish va fuqarolarning mehnatga layoqatsizlik davrida vaqtinchalik moddiy yordam olish huquqlarini ta'minlashning ajralmas elementidir.

TIBBIY-MEHNAT EKSPERT KOMISSIYALARIDA KO'RIKDAN O'TKAZISH DALOLATNOMALARINI RASMIYLASHTIRISH VA YURITISH

Tibbiy-mehnat ekspert komissiyasida (TMEK) ko'rikdan o'tkazish dalolatnomasi mehnatga layoqatlilik to'g'risida ekspert xulosasini chiqarish uchun bemorning tibbiy va ijtimoiy maqomini asoslovchi hujjatdir.

TMEKning har bir vrach-eksperti o'z vakolati doirasida tibbiy ko'rik dalolatnomalarining o'z vaqtida va sifatli rasmiylashtirilishi uchun shaxsan javobgardir. Dalolatnomalarni rasmiylashtirishning tashkil etilishi va sifati ustidan umumiy nazorat TMEK raisi tomonidan amalga oshiriladi.

TMEKda ko'rib chiqish uchun hujjatlar faqat davolash-profilaktika muassasalarining tibbiy-maslahat komissiyalaridan (TMK) qabul qilinadi. Hujjatlarni bevosita fuqarolardan yoki boshqa shaxslardan qabul qilish taqiqlanadi.

Hujjatlarni ko'rib chiqishda vrach-ekspertlar quyidagilarni baholaydilar:

- Tibbiy ma'lumotlarning to'liqligi va ishonchliligi;
- Bemorni ekspertizaga yuborishning asoslanganligi;
- Kerakli imzolar, muhrlarning mavjudligi va shakllarning to'g'ri rasmiylashtirilganligi.

Sayyor tibbiy ko'rikdan o'tkazish zarur bo'lgan taqdirda 088/u-shaklning titul varag'ida tegishli asosnoma rasmiylashtiriladi.

Agar bemor boshqa mintaqada vaqtincha yashayotgan bo'lsa va uni transportirovka qilish mumkin bo'lmasa, tibbiy ko'rikdan o'tkazish mahalliy TMEKda amalga oshiriladi, keyinchalik natijalar doimiy ro'yxatdan o'tgan joydagi TMEKga beriladi.

Ko'rik natijalari bo'yicha TMEK raisi va a'zolari tomonidan imzolangan va muhr bilan tasdiqlangan dalolatnoma rasmiylashtiriladi. Nogironlik yoki kasbiy mehnat qobiliyatini yo'qotganlik darajasi

SamDTU
axborot-resurs markazi
322910

aniqlangan taqdirda qo'shimcha ravishda tegishli ma'lumotnomalar rasmiylashtiriladi.

Bemorning yashash joyi o'zgarganda tibbiy ko'rikdan o'tkazish ishi belgilangan tartibda yangi TMEKga topshiriladi. Dalolatnomalarni rasmiylashtirish sifati, hujjatlarning saqlanishi va ma'lumotlarning ixtisoslashtirilgan axborot tizimlariga o'z vaqtida kiritilishi uchun TMEK raisi va kotibi javob beradi.

Guvohlantirish dalolatnomalarini rasmiylashtirish tartibining qat'iy tartibga solinishi fuqarolarning mehnat qobiliyati to'g'risidagi qarorlarning xolisligi, ishonchliligi va qonuniyligining kafolati bo'lib xizmat qiladi.

TMEKda ko'rikdan o'tkazish yig'ma jildlarini saqlash

Ko'rikdan o'tkazish yig'majildlari nogiron ro'yxatda turgan TMEKda saqlanadi.

Guvohlantirish ishlarini berish bilan bog'liq hujjatlar alohida yig'majildda saqlanadi.

Ko'rikdan o'tkazish yig'majildlarining saqlanishi uchun javobgarlik TMEK raisi va hamshiraga yuklanadi.

Obyektiv sabablarga ko'ra (yong'in, suv toshqini hamda favqulodda va texnogen xususiyatli boshqa hodisalar) guvohlantirish yig'majildi yo'qolgan yoki saqlanmagan taqdirda, oxirgi guvohlantirish dalolatnomasi dublikat tarzida tiklanadi.

O'zbekiston Respublikasi Iqtisodiyot va moliya vazirligi huzuridagi budjetdan tashqari Pensiya jamg'armasining tuman (shahar) bo'limlari har oyning 10-kunigacha o'tgan oy uchun vafot etgan nogironlar (to'lov oluvchilar) ro'yxatini mazkur Qoidalarning 6-ilovasiga muvofiq shaklda taqdim etadilar.

Yakunlovchi qoidalar

Ko'rik dalolatnomalari rasmiylashtirilishi va yuritilishi ustidan nazorat Inspeksiya hamda Qoraqalpog'iston Respublikasi, viloyatlar va Toshkent shahar bosh TMEK tomonidan amalga oshiriladi.

Mazkur Qoidalar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi hamda Mehnat va aholini ijtimoiy muhofaza qilish vazirligi bilan kelishilgan.

Меҳнатга лаёқатсизлик варақаларини бериш тартиби тўғрисидаги йўриқномага 1-ИЛОВА

МЕҲНАТГА ЛАЁҚАТСИЗЛИК ВАРАҚАСИ

Сериясі ва рақами

Печатга марта берилди

Берилган сана

Меҳнатга лаёқатсиз фуқаронинг Ф.И.Ш

Жинси

Туғилган йил ой сана

Иш жойи

Дастлабки ташхис

Якуний ташхис

Шифокорнинг: Ф.И.Ш

Ишдан озод этилган кунлар

20__ йил «__» _____ гача

20__ йил «__» _____ гача

20__ йил «__» _____ дан ишга тушади

Варақанинг давоми берилган сана

20__ йил «__» _____

Давоми сифатида берилган варақанинг сериясі ва рақами

Беморнинг имзоси

Корешок чизиғи

МЕҲНАТГА ЛАЁҚАТСИЗЛИК ВАРАҚАСИ

20__ йил «__» _____ Сериясі ва рақами

Печатга марта берилди

(берилган шахар, вилоят тиббиёт муассасасининг сериясі ва рақами)

Даволаш-профилактика муассасасининг муҳри

Даволаш-профилактика муассасасининг номи

Меҳнатга лаёқатсиз фуқаронинг Ф.И.Ш

Ижтимоий таъминот органи идентификация рақами (АЖШИР)

М.Ў

Жинси Туғилган йил ой сана

Иш жойи

Меҳнатга вақтинча лаёқатсизликнинг сабаби (касалликнинг тагига чизилсин) касаллик ва шикастланишлар (жумладан, байтамизлар берган бажаришда ортиқирилган касалликлар, жумладан касалликлар. Чернобиль АЭСдаги ҳалокати оқибатларини бартараф қилишда иштирок этган, касалликнинг тагига чизилсин); ишбилан боғлиқ бўлган бахтсиз ҳодисалар (жумладан, ишлаб чиқаришда, ишга кетишда ва ишдан қайтишда, жамоат транспортларини бажарган вақтида, ўз фуқаролик бурчини бажаришда ва бегона фуқаролар оқибатида ортиқирилган касалликлар); кундалик турмушда, касб туфайли, хомиладорлик ва туғиш, протез қўйдириш, санаторий-курортда даволанишга йўлланма қўлга киритиш ишга ўтказиш, карантин туфайли, оиланинг бетоб аъзосини парвариш қилиш (беморнинг Ф.И.Ш., туғилган йили, ой санаси, мактабгача таълим муассасаси ёки умумтаълим мактабининг номи кўрсатилсин)

Ташхис

Якуний ташхис

Тартиб Тартибни бузганлиги тўғрисида кайдлар

Шифокор имзоси

Боланинг ҳудудда истиқомат қилган беморга меҳнатга лаёқатсизлик варақаси бериш учун рухсат этилди

20__ йил «__» _____ дан чиқишга рухсат этилди

Бош шифокор (ВМК раиси) имзоси

20__ йил «__» _____ дан 20__ йил «__» _____ гача вақтинча боланга ишга ўтказилсин

20__ йил «__» _____ да ТПЖга юборилади

ВМК раиси (бош шифокор) имзоси

да ТПЖ кўригидан ўтган

ТПЖ хулосаси: *беморни марта ёки қайта экспертизага бўлган шахс деб топилди, беморни, ишчини, учинчи гуруҳ ногиронлигига бўлган шахс деб белгиланди, ногиронлигини бўлган шахс деб топилмади, меҳнатга лаёқатсизлик варақаси тўлдирилди (тагига чизилсин)*

ТПЖ раҳбарининг имзоси ТПЖ муҳри

ИШДАН ОЗОД КИЛИШ

Қайси санадан (кун ва ой сўз билан)	Қайси санагача (кун ва ой сўз билан)	Шифокорнинг Ф.И.Ш.	Шифокорнинг имзоси

20__ йил «__» дан ишга тушади. Шифокорнинг лавозими, Ф.И.Ш. имзоси

Варақанинг давоми берилган сана 20____ йил «___» _____

Табелни тўлдиради

_____

(тавсифлари, картотекалар номи, орт. ёйлари)

Иши: доимий, вақтинча, мавсумий (керакли сини тагига чизилсин)

Меҳнатга лаёқатсизлиги чоғида жадвал бўйича дам олиши кунлари (саноси)

_____

(ноёбр, тоғо ранги)

Табель рақами _____ цех (бўлим) устаси ёки бошлиғининг имзоси _____

Кадрлар бўлими тўлдиради

Меҳнатга лаёқатсизликка қадар узлуксиз иш стажи _____

(ёзма талда)

_____йил _____ой _____куни

Қарамоғида 16 ёшга тўлмаган (ўқиса - 18 ёшгача) учта ёки ундан ортиқ боласи бор. 1941-1945 йиллардаги урушдан ногирон ги бўлган шахс; Чернобиль АЭСдаги халокат оқибатларини бартараф этишда ишлаган, хеч кимни йўқ. (керакли сининг тагига чизилсин).

_____

(нисбат шаклини; эгалаган, Ф.И.Ш. ва имзоси)

Муҳр

Иктимоий сугурта пакини тўлдиради

Ижтимоий сугурта бўйича (вакил) ҳайъат карори: 20__йил «____» _____дан бошлаб ўрт _____га вақтинча ишга яроқсизлиги, ҳомиладорлиги ва тугиши муносабати билан (керакли сини тагига чизилсин)

Иш ҳақининг _____% миқдорида нафақа белгиланди.

Н-1 форма бўйича тузилган далолатнома _____

Ҳужжатлар бўйича _____ сабабли _____ иш куни учун нафақа берилади.

Берилмайди (нима ёзилсин) _____ 20____йил «_____»

Ҳайъат раиси (вакили) _____

Корхона, муассасанинг бухгалтериясида (ҳисоб-китоб бўлимида) тўлдирилади

ИШ ҲАҚИ ТЎҒРИСИДА МАЪЛУМОТНОМА

Ойлар	Иш кунлари (соатлари сони)	Амалда олган жами иш ҳақи	Ўртача 1 кунлик иш ҳақи	Ўртача 1 ойлик иш ҳақи

Жами:

_____

Ишлаб турган вақтида 20____йил «_____»_____дан 20____йил «_____»_____гача _____иш куни учун _____сўм ҳақ олган.

НАФАҚА ТЎЛАНАДИ:

Кунлар сони	Иш ҳақининг % ҳисобида нафақа тўланади	Нафақанинг кунлар бўйича миқдори	Берилдиган пул	Бошқа ишга ўтгандаги иш ҳақини ҳисобга олган ҳолда берилдиган пул

_____Бош (катта) бухгалтер имзоси _____

(берилган пул ёзма талда ёзилсин)

_____ ойдан бошлаб ҳақ тўлаш кайдномасига киритилди.

Таълим олаётган шахслар учун меҳнатга лаёқатсизлик МАЪЛУМОТНОМАСИ

20___ йил «___» _____ _____сон

Фамилияси, исми _____

Ёши _____ Жинси _____

Ўқиш жойи _____

(ташкилот номи)

Ташхис _____

_

Юқумли касалликка чалинган бемор билан контактда бўлганлиги ҳақидаги маълумотлар _____

Ўқув машғулотларидан озод этилган кунлар (шу кунлар билан бирга) 20___ йил «_____» _____ дан 20___ йил «_____» _____ гача

Шифокорнинг Ф.И.О. _____

Шифокорнинг имзоси _____

Янги маълумотнома берилди 20___ йил «_____» _____ да _____-сон

Даволаш-профилактика муассасаси мухри

Бемор болани парваришлаш учун меҳнатга лаёқатсизлик МАЪЛУМОТНОМАСИ

20___ йил «___» _____ -сон

Бемор бола ҳақидаги маълумотлар:

Фамилияси, исми, отасининг исми

_____

Ёши _____ Жинси

_____

Ўқиш жойи

_____

(ташкилот номи)

Ташхис _____

_____

Парвариш қилувчи ҳақидаги маълумотлар:

_____

Фамилияси, исми, отасининг исми _____

Қариндошлиги _____ Жинси

_____

Иш жойи

_____

(ташкилот номи)

Ишдан озод этилган кунлар:

Қайси вақтдан (йил, сана, ой) (сўз билан)	Қайси вақтгача (йил, сана, ой) (сўз билан)	Шифокорнинг лавозими, фамилияси	Шифокорнинг имзоси	Врачлик маслаҳат комиссияси раисининг имзоси

Янги маълумотнома берилди 20___ йил «___»

_____ да

Даволаш-профилактика муассасаси мухри _____-сон

TIBBIY ETIKA

Tibbiy etika - bu tibbiyot xodimi, bemor, hamkasblar va umuman jamiyat o'rtasidagi munosabatlarni tartibga soluvchi axloqiy me'yorlar, tamoyillar va xulq-atvor qoidalari to'plamidir. U shifokor kasbiy faoliyatining muhim tarkibiy qismi bo'lib, shifokor va bemor o'rtasida ishonchli munosabatlarni shakllantirish uchun asosdir.

Tibbiy etikaning asosiy tamoyillari quyidagilardan iborat:

- inson hayoti va bemorning qadr-qimmatini hurmat qilish tamoyili;
- rahmdillik va azob-uqubatlarni iloji boricha yengillashtirishga intilish tamoyili;
- Tibbiy yordam ko'rsatishda adolat va tenglik prinsipi;
- shifokorga kasbiy faoliyat davomida olingan sirni saqlash majburiyatini yuklovchi maxfiylik tamoyili;
- Kasbiy layoqatlilik, o'z bilim va ko'nikmalarini muntazam takomillashtirib borish tamoyili.

Axloqiy me'yorlar tibbiy yordam ko'rsatishning barcha bosqichlariga tegishli: bemor bilan birlamchi muloqotdan tashxis qo'yish, davolash va reabilitatsiya to'g'risida qaror qabul qilishgacha. Shifokor sirini saqlash, davolash usullarini tanlashda bemorning avtonomiyasiga hurmat bilan munosabatda bo'lish, shuningdek, tibbiy aralashuvga xabardor qilingan rozilikni olish zarurati tibbiy etikaning eng muhim jihatlaridir.

Ayniqsa, shifokor deontologiyasiga rioya qilish - kundalik faoliyatda axloqiy me'yorlarni amalda qo'llash muhim ahamiyatga ega. U shifokordan xushmuomalalikni, bosiqlikni, bemor bilan ishonchli aloqa o'rnata olishni, yoshi, jinsi, millati, ijtimoiy mavqei va boshqa belgilari bo'yicha kamsitmaslikni talab qiladi.

Axloqiy me'yorlar hamkasblar o'rtasidagi munosabatlarni o'zaro hurmat, kasbiy yordamga tayyorlik va murakkab klinik holatlarni konstruktiv muhokama qilish tamoyillari asosida tartibga soladi.

Zamonaviy sog'liqni saqlash sharoitida, yangi texnologiyalarning rivojlanishi va tibbiyot imkoniyatlarining kengayishini hisobga olgan

holda, bioetika masalalari alohida dolzarblik kasb etmoqda. Ular a'zolar transplantatsiyasi, reproduktiv texnologiyalar, evtanaziya, klonlash va genetik ma'lumotlardan foydalanishning axloqiy jihatlariga taalluqlidir.

Tibbiy etika shifokorning kasbiy faoliyatida yuqori darajadagi axloq va insonparvarlikni saqlashga qaratilgan dinamik tizimdir. Unga rioya qilish sifatli va xavfsiz tibbiy yordamni ta'minlash, jamiyatning tibbiyot xodimlariga bo'lgan ishonchini mustahkamlash va bemorlarning huquqlarini himoya qilishning ajralmas talabidir.

BEMORNI SO'ROQ QILISH VA ANAMNEZ YIG'ISH

Tibbiyot deontologiyasi kasbiy etika bo'limi bo'lib, tibbiyot xodimlarining o'z vazifalarini bajarish jarayonidagi xulq-atvor me'yorlari va qoidalarini o'rganadi. U klinik amaliyotda ma'naviy va axloqiy me'yorlarni amalda qo'llashni shakllantiradi.

Tibbiy deontologiyaning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

- Tibbiyot xodimlarida yuksak darajadagi axloqiy mas'uliyatni shakllantirish;
- Har bir bemorga hurmat va insoniy munosabatni ta'minlash;
- Shifokor-bemor munosabatlarida ishonch muhitini yaratish;
- Yetarlicha xushmuomala bo'lmaslik yoki ma'naviy-axloqiy me'yorlarni buzish natijasida kelib chiqadigan kasbiy xatolarning oldini olish.

Deontologik tamoyillar qat'iy muloqot intizomini talab qiladi:

- bemorning huquq va erkinliklarini hurmat qilish;
- Bemorning muammolarini tinglash va tushunish qobiliyati;
- Diagnostika va davolash usullarini tanlashda individual yondashuvga intilish;
- Har qanday vaziyatda shifokor sirini saqlash;
- Stressli vaziyatlarda hissiy barqarorlik va o'z-o'zini nazorat qilish.

Deontologiyaning asosiy jihatlari quyidagilardan iborat:

- Bemorni uning sog'lig'i holati va prognozlari to'g'risida xabardor qilish jarayonida axloqiy xulq-atvor;
- Og'ir tashxislarni yetkazishda xushmuomalalik;

- Qo'rquv, xavotir, depressiya kabi og'ir emotsional holatlarda bemorni qo'llab-quvvatlash;
- Bemor shaxsining o'ziga xos xususiyatlariga, uning ijtimoiy va madaniy muhitiga e'tiborli munosabatda bo'lish.

Deontologik me'yorlar tibbiyot xodimlari o'rtasidagi munosabatlarga ham taalluqlidir. Kollegial qo'llab-quvvatlash, bir-birining kasbiy tajribasini hurmat qilish, klinik qarorlarni birgalikda qabul qilishga tayyorlik tibbiy jamoaning korporativ etikasini mustahkamlashga yordam beradi.

Zamonaviy tibbiy deontologiyada fanlararo o'zaro ta'sir masalalariga alohida e'tibor qaratilmoqda: bemorlarni davolashga kompleks yondashuv uchun turli mutaxassislikdagi shifokorlar, hamshiralar, psixologlar va ijtimoiy xodimlarning hamkorligi.

Tibbiy deontologiya shifokorning kasbiy madaniyatining fundamental asosidir. Unga rioya qilish tibbiy yordamning yuqori sifatini ta'minlaydi, bemorlarning ishonchini mustahkamlashga yordam beradi va jamiyatda shifokorlik kasbining obro'sini oshiradi.

BEMORNING SOG'LIQNI SAQLASHDAGI HUQUQLARI

Patsiyentning huquqlari tibbiy yordam olishda fuqarolarning manfaatlarini himoya qilishni ta'minlaydigan, qonun bilan mustahkamlangan normalar va kafolatlar yig'indisidir. Ularga rioya qilish zamonaviy sog'liqni saqlashning asosiy tamoyillaridan biridir.

Bemorning asosiy huquqlariga quyidagilar kiradi:

- inson qadr-qimmatini hurmat qilish, uning sha'ni va sog'lig'i holati to'g'risidagi axborotning maxfiyligini himoya qilish huquqi;
- tibbiyot fani va amaliyotining zamonaviy yutuqlariga muvofiq bo'lgan qulay, o'z vaqtida va sifatli tibbiy yordam olish huquqi;
- Tibbiy aralashuvlarga xabardor qilingan ixtiyoriy rozilik yoki ularni rad etish huquqi;
- sog'lig'ining holati, tashxisi, prognozi, davolash usullari va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan xavf-xatarlar to'g'risida to'liq va tushunarli axborot olish huquqi;

- Shifokor va tibbiyot muassasasini tanlash, shuningdek boshqa mutaxassislarning maslahatlarini olish huquqi;
- Huquqlar buzilgan taqdirda o'z manfaatlarini himoya qilish, shu jumladan sud va huquqni muhofaza qilish organlariga murojaat qilish huquqi;
- Mavjud davolash usullaridan foydalangan holda og'riq va azob-uqubatlarni yengillashtirish huquqi;
- Faqat ixtiyoriy xabardor qilingan rozilik asosida klinik tadqiqotlarda ishtirok etish huquqi.

Tibbiyot tashkiloti tibbiy yordam ko'rsatishning barcha bosqichlarida ushbu huquqlarga rioya etilishi uchun shart-sharoitlar yaratib, ularning amalga oshirilishini ta'minlashi shart. Bemor huquqlarining buzilishi tibbiyot xodimlari va muassasalarining yuridik javobgarligiga sabab bo'lishi mumkin.

So'nggi yillarda shaxsiy tibbiy ma'lumotlarni himoya qilish masalalari alohida dolzarblik kasb etdi. Bemorning sog'lig'i to'g'risidagi har qanday axborot qat'iy sir saqlanadi va uning roziligisiz oshkor etilishi mumkin emas, qonun hujjatlarida nazarda tutilgan hollar bundan mustasno.

Bemorning o'z salomatligi to'g'risida qaror qabul qilishda ishtirok etish huquqi ham muhim jihat hisoblanadi. Shifokor nafaqat bemorni xabardor qilishi, balki davolash taktikasini tanlashda uning fikrini ham hisobga olishi kerak.

BEMOR HUQUQLARINI BUZGANLIK UCHUN TIBBIYOT XODIMLARINING JAVOBGARLIGI

Tibbiyot xodimlarining bemor huquqlarini buzganlik uchun javobgarligi sog'liqni saqlash tizimini huquqiy tartibga solishning muhim elementi hisoblanadi. U fuqarolar manfaatlarini himoya qilish, tibbiy yordam sifatini ta'minlash va kasbiy faoliyatning axloqiy me'yorlariga rioya etishga qaratilgan.

Javobgarlik intizomiy, fuqarolik-huquqiy, ma'muriy yoki jinoiy xarakterga ega bo'lishi mumkin, bu huquqbuzarlikning og'irligi va oqibatlariga bog'liq.

Intizomiy jazo choralariga quyidagilar kiradi:

- Tanbeh yoki hayfsan;
- mukofotlardan yoki boshqa rag'batlantiruvchi to'lovlardan mahrum qilish;
- boshqa lavozimga o'tkazish;
- Tegishli asoslar bo'yicha ishdan bo'shatish.

Fuqarolik-huquqiy javobgarlik tibbiyot xodimi yoki muassasasining bemorga yetkazilgan ma'naviy yoki moddiy zararni qonun hujjatlarida belgilangan tartibda qoplash majburiyatini nazarda tutadi.

Ma'muriy javobgarlik tibbiy xizmat ko'rsatishga, tibbiy hujjatlarni rasmiylashtirishga, sanitariya normalari va qoidalariga rioya etishga doir normativ talablar buzilgan taqdirda yuzaga keladi.

Tibbiyot xodimining qilmishi bemorning sog'lig'iga og'ir shikast yetkazilishiga yoki uning o'limiga sabab bo'lgan eng og'ir hollarda, shuningdek, shifokor sirini qonuniy asoslarsiz oshkor qilgan taqdirda jinoiy javobgarlik qo'llaniladi.

Tibbiyot xodimlarini javobgarlikka tortishning eng keng tarqalgan sabablari:

- Noto'g'ri tashxis qo'yish yoki davolash;
- zarur tibbiy yordam ko'rsatishni rad etish;
- xabardor qilingan rozilik qoidalariga rioya qilmaslik;
- Tibbiy ma'lumotlarni saqlash va tarqatish qoidalarini buzish;
- Bemorlarga qo'pol yoki kamsituvchi munosabatda bo'lish.

Tibbiyot amaliyotida huquqbuzarliklar profilaktikasi quyidagilarni nazarda tutadi:

- Tibbiyot xodimlarining malakasini doimiy ravishda oshirib borish;
- Tibbiy yordam ko'rsatishning klinik protokollari va standartlariga qat'iy rioya qilish;
- Tibbiy etika va huquq masalalari bo'yicha muntazam ravishda yo'riqnomalar o'tkazish;

- Tibbiy xizmat sifatining ichki nazoratini kuchaytirish.

Tibbiyot xodimlarining bemorlar huquqlarini buzganlik uchun javobgarligi sog'liqni saqlash sohasida qonuniylik, insonparvarlik va adolatni ta'minlashning muhim mexanizmi bo'lib, jamiyatning tibbiyot kasbiga bo'lgan ishonchi darajasini oshirishga xizmat qiladi.

BEMORNING SOG'LIQNI SAQLASH TIZIMIDAGI VAZIFALARI

Huquqlar bilan bir qatorda, bemorlar sog'liqni saqlash tizimining samarali ishlashini qo'llab-quvvatlash va tibbiy yordam sifatini ta'minlashga qaratilgan muayyan majburiyatlarga ega.

Bemorning asosiy majburiyatlariga quyidagilar kiradi:

- Shifokor tomonidan belgilangan davolash rejimiga rioya etish va tibbiy tavsiyalarni bajarish;
- Sog'liq holati, jumladan, o'tkazilgan kasalliklar, allergik reaksiyalar, oldingi davolanishlar va boshqa muhim tibbiy ma'lumotlar haqidagi ishonchli axborotni o'z vaqtida taqdim etish;
- Tibbiyot xodimlari va boshqa bemorlarga hurmat bilan munosabatda bo'lish;
- Tibbiyot muassasasining ichki tartib-qoidalariga amal qilish;
- Taqdim etilgan sog'liqni saqlash resurslaridan mas'uliyat bilan foydalanish;
- Davolanish jarayonida yuzaga kelgan nojo'ya ta'sirlar, asoratlar yoki sog'liq holatidagi boshqa o'zgarishlar to'g'risida tibbiyot xodimlarini xabardor qilish;
- Qonun hujjatlarida belgilangan hollarda tibbiy xizmatlar uchun to'lovlarni o'z vaqtida amalga oshirish.

Bemor shifokor ko'rsatmalariga rioya qilmaslik davolash samaradorligiga ta'sir qilishi va sog'lig'ining yomonlashishiga olib kelishi mumkinligini tushunishi shart. Bir qator hollarda bemorning o'z majburiyatlarini muntazam ravishda buzishi qonunda belgilangan doirada keyingi xizmat ko'rsatishni rad etish uchun asos bo'lishi mumkin.

Bundan tashqari, bemor profilaktik tadbirlarda faol ishtirok etishi, belgilangan muddatlarda majburiy tibbiy ko'rikdan o'tishi va emlanishi lozim.

Bemorlarning o'z vazifalarini bajarishi tibbiyot muassasalari va tibbiyot xodimlari bilan samarali hamkorlik qilishning muhim sharti hisoblanadi, shuningdek, sog'liqni saqlash tizimining umumiy samaradorligini oshirish va aholi salomatligini mustahkamlashga yordam beradi.

II BOB. PROFILAKTIK TADBIRLAR: SHAKLLARI VA TURLARI. TIBBIY YORDAMNING BIRLAMCHI BOSQICHIDA PROFILAKTIK CHORA TADBIRLARNI AMALGA OSHIRISH

Kasalliklarning oldini olish sog'liqni saqlash tizimi faoliyatining asosiy yo'nalishlaridan biri bo'lib, kasalliklar paydo bo'lishining oldini olish, ularning tarqalishini kamaytirish va aholi salomatligiga ta'sirini minimallashtirishga qaratilgan.

Profilaktik tadbirlar uch darajaga bo'linadi:

Birlamchi profilaktika sog'lom odamlarda kasallik paydo bo'lishining oldini olishga qaratilgan harakatlarni o'z ichiga oladi. Asosiy chora-tadbirlarga quyidagilar kiradi:

- Sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish;
- Yuqumli kasalliklar vaksinoprofilaktikasi;
- Aholini sanitariya-gigiyena bo'yicha o'qitish;
- Mehnat, turmush va atrof-muhit sharoitlarini yaxshilash.

Ikkilamchi profilaktika kasalliklarni klinikagacha bo'lgan bosqichlarda erta aniqlashga va ularning rivojlanishining oldini olishga qaratilgan. Asosiy tadbirlarga quyidagilar kiradi:

- Profilaktik tibbiy ko'riklar va dispanserizatsiya;
- Xavf omillari va kasalliklarning dastlabki belgilarini aniqlash uchun skrining dasturlari;
- Xavf guruhidagi bemorlarni faol tibbiy kuzatuv.

Uchlamchi profilaktika tashxis qo'yilgan shaxslarda asoratlar, nogironlik va o'limning oldini olishga qaratilgan. Asosiy yo'nalishlar:

- Reabilitatsiya tadbirlarini o'tkazish;
- Kompleks medikamentoz va nomedikamentoz terapiya;
- Surunkali kasalliklarga chalingan bemorlarni ijtimoiy moslashtirish va qo'llab-quvvatlash.

Profilaktika arterial gipertoniya, qandli diabet, onkologik patologiyalar va qon aylanish tizimi kasalliklari kabi yuqumli bo'lmagan surunkali kasalliklarga qarshi kurashish nuqtai nazaridan alohida ahamiyatga ega.

Profilaktika dasturlarini samarali amalga oshirish tarmoqlararo hamkorlikni: tibbiyot tashkilotlari, ta'lim muassasalari, ijtimoiy himoya organlari, ommaviy axborot vositalari va boshqa tuzilmalarning birgalikdagi sa'y-harakatlarini talab qiladi.

Profilaktika aholi sog'lig'ini saqlash strategiyasining muhim tarkibiy qismi bo'lib, umr ko'rish davomiyligini uzaytirish, uning sifatini yaxshilash va sog'liqni saqlash tizimiga ijtimoiy va iqtisodiy yukni kamaytirishga yordam beradi.

DISPANSER NAZORATINI TASHKIL ETISH

Dispanser kuzatuvi tibbiy yordamni tashkil etish shakllaridan biri bo'lib, kasalliklarni erta aniqlash, o'z vaqtida davolash va asoratlarning oldini olish maqsadida aholining ma'lum guruhlari salomatligini tizimli ravishda kuzatishga qaratilgan.

Dispanser kuzatuvining asosiy vazifalari:

- Kasalliklar va ularning rivojlanish xavf omillarini erta aniqlash;
- davolash-profilaktika tadbirlarini o'z vaqtida tayinlash va o'tkazilishini nazorat qilish;
- Bemorlarni kompleks dinamik kuzatishni ta'minlash;
- Aholi o'rtasida sanitariya-oqartuv ishlarini olib borish;
- Fuqarolarning o'z sog'lig'i holati uchun mas'uliyatini oshirish.

Dispanser kuzatuvi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- Davriy profilaktik ko'riklar;
- Qo'shimcha laboratoriya va instrumental tadqiqotlar o'tkazish;
- Surunkali kasalliklarga chalingan shaxslarni dispanserizatsiyadan o'tkazish;
- O'tkazilayotgan davolash samaradorligini monitoring qilish;
- Davolash taktikasini tuzatish zarur bo'lganda tor mutaxassislar maslahatini tashkil etish.

Dispanser kuzatuviga olinadigan kontingentlar:

- Bolalar va o'smirlar;
- Homilador ayollar;
- Surunkali yuqumli bo'lmagan kasalliklarga chalingan shaxslar;
- Onkologik, yurak-qon tomir va boshqa ijtimoiy ahamiyatga ega kasalliklar rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan bemorlar.

Dispanser kuzatuvini tashkil etishda umumiy amaliyot shifokorlari, tor mutaxassislar, laboratoriyalar va profilaktika xizmatlarining o'zaro hamkorligi talab etiladi.

Dispanserizatsiya va tizimli tibbiy kuzatuv kasalliklarni erta bosqichlarda aniqlash, davolash samaradorligini oshirish, nogironlik va o'limni kamaytirish imkonini beradi, bu esa pirovardida aholi salomatligini mustahkamlashga va sog'liqni saqlash tizimi faoliyatini optimallashtirishga xizmat qiladi.

Bolalar va o'smirlar dispanserizatsiyasi profilaktik tibbiyotning eng muhim yo'nalishi bo'lib, patologik holatlarni erta aniqlash, rivojlanish sharoitlarini optimallashtirish va surunkali kasalliklarning oldini olishni ta'minlaydi.

Ushbu aholi guruhini dispanserizatsiya qilishning asosiy tamoyillari quyidagilardan iborat:

- Jismoniy va ruhiy rivojlanishning barcha jihatlarini qamrab oluvchi tekshiruvning keng qamrovliligi;
- Yoshga qarab profilaktik ko'riklarning ma'lum bir takroriyligi bilan kuzatishning tizimliligi;
- Anamnez, ijtimoiy muhit va irsiy xavf omillarini hisobga olgan holda har bir bolaga individual yondashuv;
- Og'ishlarni erta aniqlash va profilaktika yoki davolash tadbirlarini o'z vaqtida boshlash;
- Ota-onalar yoki qonuniy vakillarning profilaktika va davolash jarayonida faol ishtirok etishi.

Bolalarni ko'rikdan o'tkazish davriyligi quyidagi yosh guruhlari bo'yicha belgilanadi:

- Yangi tug'ilgan chaqaloqlar - hayotining dastlabki kunlarida birlamchi patronaj, keyinchalik 1 yoshgacha har oyda ko'rikdan o'tkaziladi;
- Erta yoshdagi bolalar (1-3 yosh) - har 3-6 oyda ko'rikdan o'tkaziladi;
- Maktabgacha yoshdagi bolalar (3-6 yosh) va maktab o'quvchilari (7-17 yosh) - har yili profilaktik ko'rikdan o'tkaziladi.

Dispanserizatsiya doirasidagi majburiy tadbirlar:

- Jismoniy rivojlanishni baholash (antropometriya, ko'rik);
- Eshitish, ko'rish, nutqning skrining tekshiruvlari;
- Psixomotor va kognitiv rivojlanishni baholash;

- Surunkali kasalliklarning xavf omillarini aniqlash;
- Milliy emlash taqvimiga muvofiq vaksinoprofilaktika;
- Bolalar va ularning ota-onalari bilan sanitariya-oqartuv ishlarini olib borish.

Bolalarda salomatlik buzilishlarini erta tashxislash rivojlanishni o'z vaqtida to'g'rilash, kasalliklarning surunkali kechishining oldini olish, nogironlik ko'rsatkichlarini pasaytirish va kelajak avlodning hayot sifatini yaxshilash imkonini beradi.

Bolalar va o'smirlar dispanserizatsiyasi millat salomatligini mustahkamlashning strategik vositasi bo'lib, aniq tashkil etishni, tibbiyot xodimlarining yuqori kasbiy tayyorgarligini va bemorlarning oilalari bilan faol hamkorlikni talab qiladi.

BOLALARNI IMMUNIZATSIYALASH

Bolalarni poliklinikada immunizatsiya qilish milliy emlash taqvimi va qo'shimcha immunizatsiya dasturlari doirasida bolalar aholisini yuqumli kasalliklardan himoya qilishga qaratilgan profilaktik emlashlarning tizimli ravishda tashkil etilgan jarayonidir.

Bolalarni immunizatsiya qilishning asosiy vazifalariga quyidagilar kiradi:

- Bolalarda eng xavfli infeksiyalarga qarshi barqaror o'ziga xos immunitetni shakllantirish;
- Bolalar o'rtasida yuqumli kasalliklar paydo bo'lishi va tarqalishining oldini olish;
- Belgilangan jadvallarga muvofiq emlashlarni o'z vaqtida o'tkazish;
- Bolalar kontingentini profilaktik emlashlar bilan yuqori darajada qamrab olishga erishish.

Bolalarni immunizatsiya qilishni tashkil etish quyidagi bosqichlarni o'z ichiga oladi:

- emlanishi lozim bo'lgan bolalarning yosh guruhlari va uchastka tamoyili bo'yicha taqsimlangan ro'yxatlarini tuzish;
- vaqtinchalik yoki doimiy qarshi ko'rsatmalarni istisno etish maqsadida majburiy dastlabki tibbiy ko'riklarni o'tkazish;

- Ota-onalar yoki ularning o'rnini bosuvchi shaxslarning emlash o'tkazilishiga yozma ravishda xabardor qilingan roziligini olish;
- "Sovuq zanjir" doirasida vaksinalarni tashish, saqlash va ulardan foydalanish shartlariga qat'iy rioya etilishini ta'minlash;
- Tegishli tibbiy hujjatlarni yuritish: bolalarning shaxsiy emlash kartalari (063/u-shakl), emlashlarni hisobga olish jurnallari, ro'yxatga olish hisobot shakllari;
- Ota-onalar va bolalar o'rtasida emlashning ahamiyati va xavfsizligi masalalari bo'yicha faol sanitariya-oqartuv ishlarini olib borish.

Emlashlar sanitariya normalariga muvofiq jihozlangan maxsus emlash kabinetlarida o'tkaziladi. Bolalarni immunizatsiya qilishda ishtirok etadigan tibbiyot xodimlari tegishli tayyorgarlikka ega bo'lishlari va muntazam ravishda malaka oshirish kurslaridan o'tishlari shart.

Emlashdan keyin bolalarning ahvolini kuzatish va emlashdan keyingi mumkin bo'lgan reaksiyalar va asoratlarni ro'yxatga olishga alohida e'tibor beriladi. Nojo'ya ta'sirlar aniqlangan taqdirda, tibbiyot tashkiloti tekshiruv o'tkazishi va ma'lumotlarni sanitariya-epidemiologiya nazorati organlariga taqdim etishi shart.

Bolalarni immunizatsiya qilish sifatini nazorat qilish poliklinika ma'muriyati tomonidan hududiy sog'liqni saqlash organlari bilan birgalikda amalga oshiriladi.

Poliklinikada bolalarni immunizatsiya qilishni tashkil etish profilaktik tibbiyotning muhim tarkibiy qismi bo'lib, kasallanishni kamaytirishga, kelajak avlod salomatligini mustahkamlashga va jamiyatning epidemiologik farovonligini saqlashga yordam beradi.

Immunizatsiyaning immunologik asoslari

Antigen (AG) kiritilishiga immun javob asosiy gistosig'ishuvchanlik tizimi (MNS) bilan belgilanadi, u odamda oltinchi xromosomada joylashadi va HLA deb belgilanadi. Bu nom HLA periferik qon leykotsitlarida ifodalanganligi va inson antigenlari (Human Leucocyte Antigens) sifatida tanilganligi bilan bog'liq. HLA immun javob darajasini belgilaydi va antitanachalar hosil bo'lishini bostirishni nazorat qilish imkonini beradi. Immunizatsiya jarayoni, ya'ni AG bilan

birinchi kontakt xavfsiz bo'lishi kerak va vaksinalarni yaratishda asosiy vazifa reaktogenlik xususiyatiga ega bo'lmagan himoya antigenlarini ajratib olishdan iborat. Shu bilan birga, emlashdan kelib chiqadigan asoratlar xavfi kasallik xavfidan past bo'lishi kerak.

Birlamchi va takroriy emlash orasidagi optimal interval 1-2 oyni tashkil etadi. Ushbu vaqtning qisqarishi vaksina antigenlarining allaqachon ta'sir ko'rsatayotgan antitanalar tomonidan yo'q qilinishiga olib kelishi mumkin, intervalning uzayishi esa samaradorlikni pasaytirmaydi, ammo kasallik xavfini oshiradi.

Allergiyasi bo'lgan bolalarda vaksinalarni yuborish allergik reaksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin, ammo tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, AKDS bilan emlash aksariyat hollarda IgE darajasining sezilarli darajada oshishiga olib kelmaydi va xavfli emas. Anatoksinlarni yuborish ham kamdan-kam hollarda allergik reaksiyalarni keltirib chiqaradi.

VAKSINA TURLARI

Tirik vaksinalar qizamiq, poliomiyelit, parotit, qizilcha, gripp kabi kuchsizlantirilgan tirik viruslardan iborat. Bu vaksinalar organizmda ko'payib, hujayraviy, gumoral va sekretor immunitetning shakllanishiga yordam beradi va barcha darajalarda infeksiyadan himoyalanishni ta'minlaydi. Ular mustahkam, barqaror va uzoq muddatli immun javobni ta'minlaydi.

Biroq, kamchiliklar ham mavjud:

Virusning orqaga qaytish xavfi paydo bo'ladi, bu esa vaksina bilan bog'liq poliomiyelitga olib kelishi mumkin. Turli xil vaksinalarni birlashtirish qiyin, chunki viruslar o'rtasida interferensiya bo'lishi mumkin, bu esa ularning samaradorligini pasaytiradi. Ular haroratga sezgir.

Tirik vaksina yuborishdan oldin, bolalarda immunitet tanqisligi bor-yo'qligini tekshirish kerak. Immunosupressorlar qabul qilayotgan bemorlarda, shuningdek homila uchun xavf yuqori bo'lganligi sababli homilador ayollarda tirik vaksinalarni qo'llash tavsiya etilmaydi. Tarkibida kesishgan reaksiyaga ega bo'lgan tirik mikroorganizmlar

bo'lgan vaksinalar organizmga kiritilganda kuchsiz infeksiyani keltirib chiqaradi, bu esa kasallikning og'irroq shakllaridan himoyani ta'minlaydi. Bunday vaksinaga qoramollarda sil kasalligini qo'zg'atuvchi mikrob asosida tayyorlangan BSJ vaksinasi misol bo'la oladi. O'ldirilgan vaksinalar, masalan, ko'kyo'tal vaksinasi, dozalashning osonligi va boshqa vaksinalar bilan birlashtirish imkoniyati, shuningdek, termostabilligi bilan ajralib turadi. Ular har xil turdagi antitelolar, jumladan, fagotsitozga yordam beradigan opsoninlar hosil bo'lishiga yordam beradi. Ba'zi hujayrali vaksinalar, xususan, korpuskulyar ko'kyo'talga qarshi vaksinalar adyuvant xususiyatlarga ega bo'lib, bu AKDS kabi kombinatsiyalangan vaksinalar tarkibidagi yondosh antigenlarga immunitet javobini oshiradi. Ammo o'ldirilgan vaksinalarning asosiy kamchiligi shundaki, ular faqat beqaror gumoral immunitetni ta'minlaydi. Samarali himoyaga erishish uchun emlash bosqichida bir necha marta emlash va hayot davomida muntazam qayta emlash talab etiladi. Masalan, ko'kyo'talga qarshi vaksinaning to'rtta inyeksiyasi faqat ikki yil davomida immunitet hosil qiladi. O'ldirilgan vaksinalar odatda antigen bilan bir vaqtda yuborilganda immun javobni kuchaytiradigan modda - ad'yuvant bilan birga yuboriladi. Ko'pchilik ad'yuvantlar ta'sir ko'rsatib, antigenning hujayradan tashqaridagi bo'shliqda yoki makrofaglar ichida erkin holda uzoq vaqt saqlanib turishiga imkon beradigan rezervuar hosil qiladi. Ko'pincha ad'yuvantlar sifatida fosfat yoki gidroksid kabi alyuminiy birikmalari ishlatiladi.

O'ldirilgan mikroblar asosidagi barcha vaksinalar tarkibida konservant - mertiolat mavjud bo'lib, u simobning organik tuzi hisoblanadi. Uning vaksina tarkibidagi miqdori nihoyatda kam (0,1 mg/ml dan kam) va mertiolat tarkibidagi simob bog'langan holda bo'lib, uning organizmga ta'sirini istisno qiladi.

Anatoksinlar (masalan, qoqshol va difteriya) turg'un antitoksik immunitet chaqiradi, oson dozalanadi va kombinatsiyalanishi mumkin. Ular yuborilganda faqat antitoksik immun javob hosil bo'ladi, bu esa bakteriya tashuvchanlikning oldini olmaydi va kasalliklarning chegaralangan shakllaridan himoya qilmaydi. Anatoksinlar ekzotoksinlarga ma'lum harorat sharoitida formaldegid ta'sir ettirib

olinadi, bunda ekzotoksinlar immunogen determinantlarini saqlagan holda inaktivatsiyalanadi. Anatoksinlar alyuminiy gidroksidga adsorbsiyalanadi. Pnevmokokk va meningokokk kabi o'ldirilgan mikroorganizmlarning antigen fraksiyalarini o'z ichiga olgan kimyoviy vaksinalar vaksina turlaridan biridir. Rekombinant vaksinalar, masalan, gepatit V ga qarshi vaksina yuqori xavfsizligi va texnologikligi bilan ajralib turadi. Biroq, yetarli darajadagi immunitetni shakllantirish uchun preparatni uch marta yuborish talab etiladi. Ushbu vaksinani ishlab chiqarish jarayoni rekombinant texnologiyaga asoslangan bo'lib, gepatit B virusining genetik subbirligi achitqi hujayralariga kiritiladi. O'stirilgan achitqilar HBsAg ni ajratib olish uchun ishlatiladi, u achitqi oqsillaridan tozalanadi. Vaksina tarkibida 0,005% konsentratsiyada mertiolat konservanti bo'lib, alyuminiy gidrooksidiga adsorbsiyalanadi.

BSJ - BSJ-1 shtammining tirik bakteriyalariga asoslangan tirik vaksina bo'lib, ikkita shaklda ishlab chiqariladi: BSJ va BSJ-M, kamroq yashovchan hujayralarni o'z ichiga oladi. Vaksina NaCI ning steril izotonik eritmasi bilan suyultiriladi va 0,1 ml dozada qat'iy ravishda chap yelka terisi ostiga yuboriladi. Vaksinatsiya protsedurasi tug'ilgandan keyin 4-7-kuni o'tkaziladi, agar emlash tug'ruqxonada o'tkazilmagan bo'lsa, BSJ-M dan foydalaniladi. Vaksinani yuborishdan oldin 2 oydan katta bolalarga 2 TB li Mantu sinamasini o'tkazish kerak. BSJ bilan qayta emlash 7 yoshda Mantuga salbiy reaksiya bo'lganda amalga oshiriladi va 14 yoshda sil bilan kasallanmagan, 7 yoshda emlanmagan o'smirlarda amalga oshiriladi. BSJ yuborilgandan 4-6 hafta o'tgach, bolada diametri 5-8 mm bo'lgan yengil infiltrat ko'rinishidagi kam simptomli mahalliy jarayon paydo bo'lishi mumkin; u odatda 2-3 oy ichida chandiq hosil bo'lishi bilan o'z-o'zidan o'tib ketadi. Kamdan kam hollarda infiltrat kechikib, taxminan 2 oydan keyin paydo bo'lishi mumkin.

Og'iz orqali yuboriladigan poliomiyelit vaksinasi (OPV) tirik trivalent preparat bo'lib, poliomiyelit virusining kuchsizlantirilgan 1, 2 va 3 turdagi shtammlaridan tashkil topgan, vaksinadagi nisbat mos ravishda 71,4%, 7,2% va 21,4% ni tashkil qiladi. Vaksina shaffof qizg'ish-to'q sariq suyuqlik bo'lib, tarkibida cho'kma yo'q. Vaksina virusi atrof-muhitga tarqalishi mumkin, bu esa uning emlanmagan odamlar orasida

ham tarqalishini ta'minlaydi, bu ayniqsa emlash qamrovi past bo'lgan hududlarda muhimdir. Dozasi 2 tomchi (5 ml dan 50 dozada) yoki 4 tomchi (5 ml dan 25 dozada) bo'lishi mumkin. Vaksina ovqatdan bir soat oldin og'izga tomiziladi, bu davrda ovqatlanishga ham, ichishga ham ruxsat berilmaydi. Paralitik poliomiyelitdan to'liq himoyalanish uchun 5 marta emlash kerak bo'ladi.

Qizamiqqa qarshi vaksina yapon bedanasining embrion hujayralarida o'stiriladigan L-16 virusining tirik kuchsizlantirilgan shtammidan tayyorlanadi. Uning tarkibida konservant sifatida antibiotiklar (neomitsin yoki kanamitsin) ishlatiladi. Vaksina sariq-pushti rangli liofillangan preparat ko'rinishida bo'lib, yuborishdan oldin erituvchida suyultiriladi, so'ngra aralashtiriladi. Suyultirilgan preparatni 20 daqiqa davomida qo'llash kerak, bunda 0,5 ml kurak ostiga yoki yelka sohasiga teri ostiga yuboriladi. Vaksinani tashish paytida sovuqlik zanjiriga rioya qilgan holda 6±2°S haroratda saqlash kerak.

Odamning normal va spetsifik immunoglobulinlari, plazmasi va butun qoni tarkibida qizamiq, qizilcha va parotit viruslariga qarshi antitelolar mavjud bo'lib, ular antigenlarni inaktivatsiya qilishi va immun javobning shakllanishiga to'sqinlik qilishi mumkin. Vaksinani gamma-globulin yuborilgandan 2-3 oydan, immunoglobulin infuziyasidan 8-10 oydan oldin yuborish tavsiya etilmaydi. Emlashdan oldin antitanachalar darajasini tekshirish maqsadga muvofiq. Agar tirik emlashdan so'ng 2 hafta ichida qon preparatlari yoki immunoglobulin qo'llash zarur bo'lsa, qizamiqqa qarshi qayta emlash 2-3 oydan keyin amalga oshirilishi kerak.

Vaksina yuborish jarayoni vaksina javobining shakllanishiga olib keladi: emlanganlar qizamiq bilan yengil shaklda "kasallanadi" va atrofdagilar uchun xavf tug'dirmaydi. Klinik belgilar emlashdan keyin 5-6 kundan 15 kungacha namoyon bo'lishi mumkin, ya'ni haroratning biroz ko'tarilishi, kataral belgilar, konyunktivit, zich bo'lmagan toshmalar 3 kundan keyin o'z-o'zidan o'tib ketadi. Emlashdan keyingi reaksiyalar mahalliy va umumiy bo'lib, ifodalanish darajasiga ko'ra farqlanadi.

- kuchsiz reaksiya - intoksikatsiya belgilari bo'lmaganda tana harorati 37,5°S ga yetadi;

- o'rtacha reaksiya - harorat 37,6°S dan 38,5°S gacha o'zgarib turadi, intoksikatsiya o'rtacha namoyon bo'ladi;

- kuchli reaksiya - harorat 38,5°S dan yuqori ko'tariladi, intoksikatsiya belgilari yaqqol namoyon bo'ladi, ammo qisqa muddatli bo'ladi.

Parotitga qarshi vaksina kuchsizlantirilgan L-3 shtammiga asoslangan tirik preparat bo'lib, tarkibida aminoglikozidlar guruhiga kiruvchi antibiotiklar mavjud. U sariq-pushti yoki pushti rangli liofillangan vosita ko'rinishida ishlab chiqariladi va 6±2°S haroratda saqlashni talab qiladi. Teri ostiga 0,5 ml hajmda, odatda kurak ostiga yoki yelka sohasiga yuboriladi. Emlashdan keyingi immunitet 8-yil davomida saqlanib qoladi. Epidemik parotit bilan kasallanmaganlar uchun 12 oydan 7 yoshgacha profilaktik emlash tavsiya etiladi.Bu kasallikka qarshi immunoglobulinoprofilaktika samarasiz. Vaksinatsiyadan keyin 4-12 kun o'tgach, so'lak bezlarining biroz shishishi, haroratning 38°C gacha ko'tarilishi va 1-3 kun davom etadigan kataral alomatlar kuzatilishi mumkin. Emlashdan keyingi reaksiyasi bo'lgan bola infeksiya manbai hisoblanmaydi.

Tarkibida 20 milliard o'ldirilgan ko'kyo'tal mikroblari va anatoksin saqlovchi AKDS-vaksina quruq qorong'i joyda 6±2°S da saqlanishi va mushak orasiga 0,5 ml dozada yuborilishi kerak. Ko'kyo'tal komponenti eng zaharli bo'lib, bolalarda HLA turlariga qarab turli xil reaksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin. AKDS vaksinasini olgan bolalarning aksariyatida emlashga reaksiya kuzatilmaydi. Ularning ba'zilarida dastlabki ikki kun ichida umumiy belgilar, ya'ni haroratning ko'tarilishi va umumiy holsizlik, shuningdek, mahalliy reaksiyalar, jumladan, yumshoq to'qimalarning shishishi va diametri 2 sm dan oshmaydigan infiltrat paydo bo'lishi mumkin. Qizamiq, parotit va qizilchaga qarshi vaksina liofillangan tirik kuchsizlantirilgan virus bo'lib, odamning diploid hujayralarida o'stirilgan va tarkibida neomitsin saqlaydi. U ham monovaksina, ham kombinatsiyalangan shaklda - divaksina va trivaksina MMR ko'rinishida mavjud. Serokonversiya 95% emlanganlarda kuzatiladi, spetsifik antitanachalar emlashdan keyingi 20-kuni ishlab chiqarila boshlaydi va Protective titrida 10 yilgacha, ayrim hollarda 20

yilgacha saqlanadi. Qizilchaga qarshi monovaksina yaqin uch oy ichida homiladorlikni rejalashtirmagan reproduktiv yoshdagi qizlar va ayollar uchun tavsiya etiladi. Gepatit V ga qarshi vaksina mahalliy rekombinant bo'lib, Saccharomyces cerevisiae shtammidan ajratib olingan HBsAg ni o'z ichiga oladi. U mushak orasiga: kattalarga deltasimon mushakka, bolalarga sonning oldingi yon qismiga yuboriladi. bu emlashning samaradorligini ta'minlaydi. 10 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun dozasi 0,5 ml (10 mkg HBsAg), kattalar uchun - 1,0 ml (20 mkg HBsAg). Gemodializda bo'lgan bemorlarga kattalar uchun 2 ml (40 mkg HBsAg) dozada yuboriladi. Noxush reaksiyalar kamdan-kam, 3,5-5% hollarda uchraydi va inyeksiya qilingan sohada yengil vaqtinchalik og'riq, eritema va qattiqlashish, shuningdek, haroratning biroz ko'tarilishi, holsizlik, charchoq, mushaklar va bo'g'imlarda og'riq, bosh og'rig'i, bosh aylanishi va ko'ngil aynishi bilan namoyon bo'lishi mumkin. Bu reaksiyalar, odatda, birinchi ikki emlashdan keyin rivojlanadi va 2-3 kundan keyin yo'qoladi. Uchinchi marta emlangandan keyin emlanganlarning 95-99 foizida antitelolar hosil bo'lib, 5-yildan ortiq vaqt davomida himoya qiladi.

Bolalarda gepatitga qarshi emlash birinchi navbatda HBV bilan kasallangan onalardan tug'ilgan chaqaloqlar uchun talab qilinadi. Ushbu bolalar hayotining dastlabki 24 soatidan boshlab to'rt marta emlanadi. Shuningdek, 5% dan ortiq HBsAg tashuvchisi bo'lgan hududlardagi barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlar uch marta emlanishi kerak: birinchi emlash tug'ruqxonada, keyin 2, 3 va 4 oylik boshqa vaksinalar bilan. Oilasida HBsAg tashuvchisi bo'lgan yoki surunkali gepatit V bilan og'rigan bolalar birinchi dozadan keyin bir va olti oylik interval bilan uch marta emlanishi kerak. Ushbu emlashni boshqa emlashlar bilan birlashtirish tavsiya etiladi.

Shuningdek, internat va mehribonlik uylarida yashovchi bolalar ham birinchi emlashdan keyin bir va olti oy oralig'ida uch marta emlanadi. Boshqa vaksinalar bilan birga qo'llashga ham ruxsat etiladi.

Muntazam gemodializ qilinadigan, shuningdek, qon va uning preparatlarini oladigan bolalar to'rt marta emlanishi kerak. Emlash dasturi

bir oylik interval bilan uchta birinchi emlashni, so'ngra olti oydan keyin oxirgi inyeksiyani o'z ichiga oladi.

Ikkinchi bosqichda emlash kalendariga muvofiq barcha bolalarni emlashga o'tish ko'zda tutilgan. Uchinchi bosqichda o'smirlar orasida gepatit V bilan kasallanish holatlari ko'payib borayotganligini inobatga olib, 11 yoshli bolalarni quyidagi jadval asosida emlash tavsiya etiladi: bir oy oralig'ida 2 marta emlash va 6 oydan so'ng yakuniy emlash. Rekombinant vaksina majburiy emlash taqvimidagi boshqa vaksinalar bilan birgalikda qo'llanilishi mumkin. Agar kerak bo'lsa, ikkinchi va uchinchi emlashlar orasidagi vaqtni uzaytirib, oxirgi emlashni kalendar emlashlar bilan sinxronlashtirish mumkin. Emlash surunkali gepatit V kechishini og'irlashtirmaydi va virus tashuvchilikka ta'sir ko'rsatmaydi. Gepatit V bilan kasallangan va virusga qarshi antitanachalarga ega bo'lgan odamlarda emlash faqat himoya darajasini oshirishi mumkin. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarga vaksina son mushaklari orasiga, katta yoshdagi bolalarga esa yelkaning deltasimon mushagiga yuboriladi. Vaksinaning immunogenligi shuni ko'rsatadiki, to'liq emlash kursini olganlarning 85-95 foizida 10 ME va undan yuqori antitanachalarning himoya darajasiga erishiladi. Ikki marta emlangandan so'ng, emlanganlarning atigi 50-60 foizida antitanalar hosil bo'ladi.

Og'iz orqali yuboriladigan tirik poliomiyelitga qarshi vaksinaga kelsak, vaksina bilan bog'liq poliomiyelit emlangan har 1 million kishiga 1 martadan to'g'ri keladi. Paralitik holatlar ba'zan emlashdan keyin paydo bo'lgan, bu o'zlarining neyrovirulentligini tiklagan Sabin shtammlari bilan bog'liq. Ko'pincha paralitik poliomiyelit bilan emlanganlarda uchinchi turdagi virus ajratib olingan, ikkinchi turdagi virus bilan esa muloqotda bo'lgan shaxslar orasida holatlar qayd etilgan. Vaksina bilan bog'liq poliomiyelit tashxisi statsionarda aniq mezonlar asosida qo'yiladi: a) emlanganlarda kasallikning boshlanishi emlangandan so'ng 4 kundan 30 kungacha, emlanganlar bilan muloqotda bo'lganlarda 60 kungacha kuzatiladi; b) sezuvchanlik o'zgarmagan holdagi sust falajlar yoki parezlarning namoyon bo'lishi va kasallikning ikki oyidan so'ng qoldiq belgilarning mavjudligi; v) ahvolning og'irlashmasdan barqarorligi; g) virusning vaksina shtammini aniqlash va tipga xos antitanachalar titrining

kamida to'rt baravar oshishi. Ushbu turdagi poliomiyelitning patogenezi noaniq bo'lib qolmoqda, virusning reversiyasi va uning virulentlik xususiyatlariga ega ekanligi haqida taxminlar mavjud. Vaksina bilan bog'liq poliomiyelit immunitet tanqisligi fonida emlash paytida, masalan, gipogammaglobulinemiya paytida paydo bo'lishi mumkin. Allergik reaksiyalar kam uchraydi, asosan emlashdan keyingi dastlabki 4 kun ichida allergiyaga moyil bolalarda uchraydi. Ichak buzilishlari kam uchraydigan asorat bo'lib, odatda o'z-o'zidan o'tib ketadi. Qizamiq vaksinasiga nisbatan toksik reaksiya emlashdan keyingi 6 - 11-kuni 2 - 5 kun davom etadigan belgilar bilan namoyon bo'lishi mumkin.

Ensefalik reaksiyalar klonik-tonik spazmlar, hushdan ketish va boshqa umumiy serebral simptomlar bilan xarakterlanadigan febril talvasalar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Ularning davomiyligi 1-2 daqiqa bo'lib, 2-3 marta takrorlanishi mumkin. Bu reaksiyalar emlashdan keyin 6-11 kun o'tgach paydo bo'lishi mumkin, lekin kamroq - 14 kungacha. Ularning paydo bo'lishiga miya gipoksiyasiga olib keluvchi gemodinamik buzilishlar asos bo'lib xizmat qiladi.

Emlashdan keyingi ensefalit kam uchraydigan asorat bo'lib, JSST ma'lumotlariga ko'ra emlanganlar orasida 1:1000000, kasallanganlar orasida 1:4000 nisbatda kuzatiladi.

Abdominal sindrom qizamiq vaksinasi virusining limfoid to'qimaga tropizmi tufayli ichak limfa tugunlarining kattalashishi natijasida yuzaga keladigan qorin bo'shlig'ida xurujsimon og'riqlar.

Pnevmoniya immunologik yetishmovchiligi bo'lgan bolalarda virusning tarqalishi tufayli yuzaga keladi, bu kamdan-kam uchraydigan holat.

Parotitga qarshi vaksina 7 kundan 15 kungacha yuqori harorat va qorin og'rig'i bilan kechadigan kuchli reaksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin. Allergik reaksiyalar emlashdan keyingi dastlabki 16 kun ichida, ko'pincha noxush allergoanamnezi bo'lgan bolalarda rivojlanadi. Serozli meningit - juda kam uchraydigan asorat bo'lib, emlashdan keyin 5 kundan 30 kungacha aniqlanadi va xavfsiz kechadi.

AKDSda mahalliy reaksiyalar odatda dastlabki ikki kun ichida paydo bo'ladi va infiltrat (diametri 2 sm dan ortiq), abssess yoki

flegmonani o'z ichiga olishi mumkin. Umumiy reaksiyalar emlashdan keyingi birinchi kunda gipertermiya (40° va undan yuqori) va intoksikatsiya, shuningdek, hayotning dastlabki 6 oyida bolalarda qattiq qichqiriq kabi nevrologik ko'rinishlarni o'z ichiga olishi mumkin. b) Harorat ko'tarilmagan tutqanoq sindromi (emlashdan keyingi 4 - 20 kun) uyqu yoki uyg'onish fazalarida paydo bo'lishi mumkin bo'lgan katta yoki kichik tutqanoqlar, titroqlar va salaam sindromi bilan namoyon bo'ladi. Bolalar yuzini burishtirishi yoki turli holatlarda qotib qolishi mumkin. Ko'pincha ota-onalar va shifokorlar ushbu alomatlarni anglamaydilar va emlashni davom ettiradilar. Keyinchalik bu epilepsiya rivojlanishiga olib kelishi mumkin;

v) Gipertermiya bilan bog'liq tutqanoq sindromi (febril tutqanoqlar - tonik yoki klonik-tonik) emlashdan keyingi dastlabki 48 soat ichida yuzaga keladi. Emlashdan keyingi ensefalit emlashdan keyin 3-8 kun o'tgach boshlanishi mumkin. Ushbu kam uchraydigan asorat (250-500 ming doza vaksinaga 1 holat) tutqanoq, uzoq vaqt hushini yo'qotish, giperkinezlar, parezlar va kuchli qoldiq belgilar bilan namoyon bo'ladi.

Allergik reaksiyalar:

a) Anafilaktik shok emlashdan keyingi dastlabki 5-6 soat ichida yuzaga kelishi mumkin;

b) bir yoshgacha bo'lgan bolalarda kollaptoid holat (keskin oqarish, holsizlik, sianoz, qon bosimining pasayishi, sovuq ter) kuzatilishi mumkin, bu kamdan-kam uchraydi va emlashdan keyin bir hafta ichida sodir bo'lishi mumkin;

v) Polimorf toshmalar, Kvinke shishi, gemolitik-uremik sindrom.

Gepatit V ga qarshi vaksina anafilaktik shok, artralgiya belgilari, mialgiya va yuz nervi falaji kabi periferik neyropatiya kabi tezkor allergik reaksiyalarning yagona holatlarini qayd etdi.

Qizilcha vaksinasi kamdan-kam emlashdan keyingi asoratlarga ega, jumladan, inyeksiya joyida giperemiya (limfadenopatiya bilan yoki usiz), isitma va qisqa muddatli kataral ko'rinishlar. Emlashdan 10-20 kun o'tgach, orqa quloq va ensa limfa tugunlarining vaqtincha kattalashishi, toshmalar, artralgiya, asosan tizza va bilak bo'g'imlarida, mialgiya va parasteziyalar paydo bo'lishi mumkin.

VAKSINADAN KEYINGI ASORATLARNI DAVOLASH

Vaksinatsiyadan keyingi asoratlar profilaktik emlashlar o'tkazilgandan so'ng kamdan-kam hollarda yuzaga keladigan va o'z vaqtida aniqlash va kompleks davolashni talab qiladigan patologik holatlardir.

Emlashdan keyingi asoratlarni davolashdagi asosiy vazifalar quyidagilardan iborat:

- Asoratlarni erta aniqlash va tashxislash;
- Holatning xarakteri va og'irligiga qarab adekvat terapiya tayinlash;
- Bemor salomatligi uchun oqibatlarni minimallashtirish;
- Keyingi noxush oqibatlarning oldini olish bo'yicha chora-tadbirlarni amalga oshirish.

Emlashdan keyingi asoratlarning asosiy turlariga quyidagilar kiradi:

- Turli darajadagi allergik reaksiyalar (eshakemdan anafilaktik shokgacha);
- Mahalliy yallig'lanish jarayonlari (abssesslar, infiltratlar);
- Febril reaksiyalar va tutqanoq sindromlari;
- Surunkali kasalliklarning qo'zishi.

Emlashdan keyingi asoratlarda tibbiy yordamni tashkil etish quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- Emlash xonasida emlashdan so'ng 30 daqiqa davomida bolaning holatini doimiy kuzatib borish;
- Asoratlarning mumkin bo'lgan erta belgilari va zudlik bilan tibbiy yordamga murojaat qilish zarurligi to'g'risida ota-onalarni xabardor qilish;
- Emlash xonasida shoshilinch yordam uchun dori-darmonlar to'plamining, shu jumladan adrenalin, antigistamin preparatlar, glyukokortikoidlar, yurak-o'pka reanimatsiyasini o'tkazish uchun vositalarning mavjudligi.

Davolash taktikasi asoratning xususiyatiga qarab belgilanadi:

- Yengil allergik reaksiyalarda antigistamin preparatlar va simptomatik terapiya qo'llaniladi;

- Og'ir allergik reaksiyalarda (anafilaktik shok) darhol shokka qarshi terapiya o'tkaziladi va keyinchalik kasalxonaga yotqiziladi;
- Yiringli-yallig'lanish jarayonlarida antibakterial terapiya bilan birgalikda jarrohlik aralashuvi (abssesslarni drenajlash) o'tkaziladi;
- Talvasa reaksiyalarida talvasaga qarshi dorilar buyuriladi va statsionar sharoitda kuzatib turiladi.

Har bir emlashdan keyingi asoratlar to'g'risidagi tibbiy hujjatlarni rasmiylashtirish va keyinchalik ma'lumotlarni sanitariya-epidemiologiya nazorati organlariga taqdim etish majburiydir.

Vaksinatsiyadan keyingi asoratlarni davolash tibbiyot xodimlarining favqulodda vaziyatlarga yuqori tayyorgarligini, yordam ko'rsatish standartlariga qat'iy rioya qilishni va aholini immunizatsiya qilish xavfsizligini ta'minlash uchun sog'liqni saqlash organlari bilan faol hamkorlikni talab qiladi.

Profilaktik emlashlarga qarshi ko'rsatmalar

Vaksina	Qarshi ko'rsatmalar
Barcha vaksinalar	Oldingi dozaga kuchli reaksiya yoki asorat*
Barcha tirik vaksinalar	Immunitet tanqisligi holati (birlamchi), immunosupressiya, yomon sifatli neoplazmalar, homiladorlik
BSJ vaksinasi	Bolaning vazni 2000 g dan kam, oldingi dozadan keyin keloid chandig'i bor.
Poliomiyelitga qarshi oral vaksina	Mutlaq qarshi ko'rsatmalar yo'q
AKDS	Asab tizimining progressiv kasalliklari, anamnezda afebril tutqanoqlar (AKDS o'rniga ADS kiritiladi)
AD C, ADC-M	Mutlaq qarshi ko'rsatmalar yo'q
Qizamiq, parotit, qizilchaga qarshi tirik vaksina yoki trivaksina (qizamiq, parotit, qizilcha)	Aminoglikozidlarga og'ir reaksiyalar Tuxum oqsiliga anafilaktik reaksiyalar

Eslatma: rejali emlash kasallikning o'tkir ko'rinishlari va surunkali kasalliklarning zo'rayishi tugagunga qadar kechiktiriladi. Og'ir bo'lmagan O'RI, o'tkir ichak kasalliklarida emlashlar harorat me'yorlashgandan so'ng darhol amalga oshiriladi.

Kuchli reaksiyaga quyidagilar kiradi: 1) anafilaktik shok rivojlanishi, 2) haroratning 40°C dan yuqori ko'tarilishi, 3) vaksina yuborilgan joyda shish paydo bo'lishi, diametri 8 sm dan katta giperemiya.

EMLASH QOIDALARI

Poliklinikada emlashni o'tkazish qat'iy qoidalar bilan tartibga solinadi, bu esa bemorning xavfsizligini va profilaktika chora-tadbirlarining samaradorligini ta'minlaydi.

Emlashni tashkil etishga doir asosiy talablar quyidagilardan iborat:

- emlashga vaqtinchalik yoki mutlaq qarshi ko'rsatmalarni aniqlash uchun majburiy dastlabki tibbiy ko'rikdan o'tkazish;
- emlashdan oldin bemorning ota-onasi yoki qonuniy vakillarining xabardor qilingan ixtiyoriy roziligini olish;
- Vaksinalarni "sovuqlik zanjiri" doirasida saqlash shartlariga qat'iy rioya qilish, tashish va saqlashning barcha bosqichlarida haroratni majburiy nazorat qilish;
- Inyeksiyalarni amalga oshirishda bir martalik steril asboblardan foydalanish hamda aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish;
- Emlash xonasida emlashdan keyingi reaksiyalar rivojlanganda shoshilinch yordam ko'rsatish uchun vositalarning mavjudligi;
- Mumkin bo'lgan nojo'ya reaksiyalarni o'z vaqtida aniqlash uchun emlashdan keyin kamida 30 daqiqa davomida bemorni kuzatish.

Emlashni o'tkazish qat'iy ravishda profilaktik emlashlarning milliy taqvimiga muvofiq va zarurat bo'lganda - epidemik ko'rsatmalar bo'yicha qo'shimcha emlash taqvimlari bilan amalga oshirilishi kerak.

Vaksina inyeksiya muolajalarini qo'llash bo'yicha yo'riqnoma va standartlarni hisobga olgan holda kiritiladi:

- Har bir vaksina uchun tegishli yuborish yo'li belgilanadi (mushak orasiga, teri ostiga, teri orasiga yoki og'iz orqali);
- Ko'p martalik immunizatsiyada turli vaksinalarni yuborish o'rtasidagi optimal intervalga rioya qilinadi;

- Kombinatsiyalangan vaksina preparatlarining xususiyatlari hisobga olinadi.

O'tkazilgan emlashlar to'g'risidagi barcha ma'lumotlar bemorning shaxsiy emlash kartasiga kiritiladi, shuningdek, poliklinikada emlashlarni hisobga olish jurnallarida qayd etiladi.

Shunday qilib, emlash qoidalariga rioya qilish emlashdan keyingi asoratlar xavfini minimallashtirishni, immunoprofilaktikaning yuqori samaradorligiga erishishni va aholi salomatligini mustahkamlashni ta'minlaydi.

TURLI KASALLIKLARGA CHALINGAN BOLALARNI EMLASH

Turli kasalliklarga chalingan bolalarni emlash emlashning xavfsizligini ta'minlash va emlashning maksimal samaradorligiga erishishga qaratilgan alohida yondashuvni talab qiladi.

Surunkali va o'tkir kasalliklarga chalingan bolalarni emlashning asosiy tamoyillari:

- Bola sog'lig'ining holatiga qarab emlash muddatlari va sxemalarini individuallashtirish;
- Emlash imkoniyati va optimal vaqtini aniqlash uchun tor doiradagi mutaxassislarning dastlabki maslahatlarini o'tkazish;
- vaqtinchalik va doimiy tibbiy qarshi ko'rsatmalar mavjudligini hisobga olish;
- Eng xavfsiz vaksina preparatlarini tanlash, zarur bo'lganda faolsizlantirilgan vaksinalarni afzal ko'rish.

Allergik kasalliklar (bronxial astma, atopik dermatit, oziq-ovqat allergiyasi) bilan og'rigan bolalar asosiy kasallikning remissiya bosqichiga o'tgandan so'ng emlanishi kerak. Ayrim hollarda antigistamin terapiya niqobi ostida emlash o'tkazish mumkin.

Immunitet tanqisligi holatlari, shu jumladan OIV infeksiyasi bilan kasallangan bolalarda emlash individual sxemalar bo'yicha faolsizlantirilgan vaksinalardan foydalangan holda amalga oshiriladi. Tirik vaksinalar yaqqol immunosupressiya bo'lmaganda va qat'iy ko'rsatmalar bo'lgandagina qo'llaniladi.

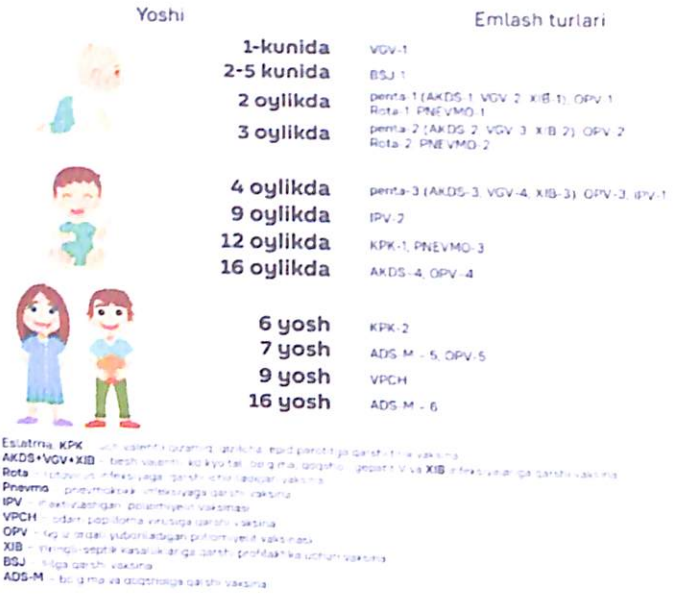
Yurak-qon tomir, nafas olish, siydik ajratish tizimining surunkali kasalliklari bo'lgan bolalarni emlashdan oldin ularning ahvolini sinchkovlik bilan baholash kerak. Kasallik zo'raygan davrda emlash barqaror remissiyaga erishilgunga qadar kechiktiriladi.

Onkologik kasalliklarda va immunosupressiv terapiya o'tkazishda emlash muddatlari kasallik bosqichiga va qo'llaniladigan davoga qarab individual ravishda belgilanadi.

O'tkir yuqumli kasalliklar bilan og'rigan bolalarni emlashga alohida e'tibor qaratilmoqda. To'liq klinik sog'ayish va laboratoriya ko'rsatkichlari normallashgandan so'ng emlash mumkin.

Turli kasalliklarga chalingan bolalarni emlash individual yondashuv tamoyillariga qat'iy rioya qilishni, xavf va foydani baholashni, shuningdek, immunoprofilaktikaning xavfsizligi va samaradorligini ta'minlash uchun pediatrlar, soha mutaxassislari va ota-onalar o'rtasida yaqin hamkorlikni talab qiladi.

Profilaktik emlashlar taqvimi



*qizamiq, epidemik parotit va qizilchaga qarshi emlash monovaksinalar yoki trivaksinalar (qizamiq, qizilcha, epidemik parotit) bilan, mahalliy preparatlarni sotib olish yoki xorijiy vaksinalarni belgilangan tartibda xarid qilish sharti bilan o'tkaziladi,

- * revaksinatsiya sil bilan kasallanmagan bolalarga o'tkaziladi,
- ** revaksinatsiya sil bilan kasallanmagan va kasallanmagan bolalarga o'tkaziladi.

7 yoshida emlangan,

- emlash jadvali *buzilganda* bir vaqtning o'zida

tananing turli qismlariga alohida shprislar bilan boshqa emlashlar, keyingi emlashlarni o'tkazish uchun minimal oraliq 4 haftani tashkil etadi,

- *** gepatit B ga qarshi emlash yoshga qarab belgilangan profilaktik emlashlar taqvimidagi vaksinalar bilan birgalikda o'tkazilishi mumkin,

- bolalarni individual jadvallar bo'yicha immunizatsiya qilishda difteriyaga qarshi 1- va 2-revaktsinatsiyalar o'rtasidagi interval kamida 4 yil, 2- va 3-revaktsinatsiyalar o'rtasidagi interval esa ko'pi bilan 5 yil bo'lishi kerak,

- AKDS vaksinatsiyasiga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lganda, bolalar ADS-anatoksin bilan emlanadi,

- ADS-anatoksin 6 yoshgacha bo'lgan bolalarga yuboriladi, keyin faqat ADS-M,

- ko'kyo'talga qarshi emlash faqat 4 yoshgacha amalga oshiriladi,

- agar tug'ruqxonada BSJ o'tkazilmagan bo'lsa, poliklinikada BSJ-M o'tkaziladi, bunda 2 oygacha bo'lgan bolaga - BSJ-M, agar 2 oydan katta bo'lsa - Mantu daryosidan keyin BSJ-M,

- epidemik parotitga qarshi rejali emlash 7 yoshgacha amalga oshiriladi,

- kontaminatsiyaning oldini olish uchun silga qarshi emlashni bir kunda boshqa parenteral muolajalar bilan birga qo'llash mumkin emas.

EMLASH UCHUN TANLASH VA JAVOBGARLIK

Emlash faqatgina bemor tibbiy mutaxassis ko'rigidan o'tgandan so'ng amalga oshiriladi. Yuqumli kasalliklarga qarshi immunizatsiya o'tkazishga oid sanitariya normalari va qoidalarini buzish qonun bilan jazolanadi. Barcha zarur choralarga rioya qilinganda, emlashdan keyin har qanday reaksiya yoki asoratlarning paydo bo'lishi tibbiyot xodimlariga nisbatan e'tirozlar uchun asos bo'la olmaydi.

Immunizatsiyaga ko'rsatmalar: kalendar bo'yicha emlash uchun mos yosh, noxush epidemiologik vaziyat, tibbiyot muassasalarida bolaning vaksina holatini baholash zarurati.

Deyarli barcha qarshi ko'rsatmalar vaqtinchalik bo'lib, muntazam ravishda qayta ko'rib chiqilishi kerak. Vaqtinchalik qarshi ko'rsatmalar quyidagilar hisoblanadi: o'rtacha og'ir va og'ir yuqumli va somatik kasalliklar. Immunizatsiya sog'aygandan keyin 3-14 kun o'tgach o'tkazilishi mumkin. O'RK va diareyaning yengil shakllari qarshi ko'rsatma hisoblanmaydi. Surunkali yurak, jigar, buyrak va o'pka kasalliklari, qandli diabet va boshqa endokrin kasalliklari bilan og'rigan bemorlar remissiya davrida emlanishi mumkin.

Oldingi emlashlarga jiddiy reaksiya bo'lsa. Agar ilgari AKDS bilan emlanganda ensefalit, tutqanoq, anafilaksiya yoki kollaps kabi reaksiyalar kuzatilgan bo'lsa, ko'kyo'tal antigenlarini o'z ichiga olgan vaksinalar yuborilmasligi kerak. Immunizatsiyani yakunlash uchun ADS-anatoksinni qo'llash tavsiya etiladi. Agar bemorda yuqori harorat va baland qichqiriq uch soatdan ortiq davom etsa, bu o'ziga xos epidemiologik ko'rsatmalarsiz keyingi emlashda ko'kyo'tal komponentini istisno qilish uchun asos bo'ladi. Vaksina tarkibiy qismlariga (masalan, tovuq tuxumi oqsili, antibiotiklar) anafilaktik reaksiyalari bo'lgan odamlar ushbu vaksinalarni qabul qilmasliklari kerak.

Nevrologik buzilishlari bo'lgan bolalarga kelsak, ularning ahvoli yomonlashganda ko'kyo'tal komponentli vaksinalarni yubormaslik kerak. Turg'un nevrologik kasallik bilan og'rigan bolalar jadvalga muvofiq emlanadi. Perinatal ensefalopatiya tashxisi qo'yilgan bolalarda buzilishlarning rivojlanishini istisno qilish uchun 2 oylik bo'lguncha nevropatolog bilan maslahatlashish kerak.

Tirik virusli vaksinalar (qizamiq, parotit, poliomiyelit, grippga qarshi) qo'llash uchun bir qator qarshi ko'rsatmalarga ega:

a) kombinatsiyalangan immunitet tanqisligi, agammaglobulinemiya yoki gipogammaglobulinemiya kabi tug'ma immunitet tanqisligi;

b) dori-darmonlar bilan davolash natijasida yuzaga kelgan immunosupressiya:

- kortikosteroidlarning yuqori dozalari bilan davolangan bolalarni emlash, agar kurs uzoq davom etgan bo'lsa, mumkin emas; qisqa muddatli tayinlashda yoki qo'llab-quvvatlovchi dozalarda mahalliy qo'llanilganda (2 haftaga 1 mg/kg/kun prednizolon yoki 1 haftaga 2 mg/kg/kun), emlash mumkin; uzoq kursdan so'ng 3 oy kutish kerak;

- leykoz va boshqa saraton kasalliklarida antimetabolitlar, sitostatiklar, alkillovchi preparatlar yoki nurlanish bilan davolangan bolalar 6 oydan keyin emlanishi kerak;

v) homiladorlik;

g) OIV musbat bemorlar o'zlarining emlash sxemalariga ega.

Allergik kasalliklarga chalingan bolalar

Pichan isitmasi, allergik dermatozlar va ekzema bilan og'rigan astmatiklarni immunizatsiya qilish remissiya davrida, agar kerak bo'lsa, antigistaminlar fonida (yoki kunduzgi statsionar sharoitida) amalga oshiriladi.

Yangi tug'ilgan bolalar

1. BTSJ va VGV bilan emlashga vaqtinchalik qarshi ko'rsatma tana vazni 1800 g gacha bo'lgan chala tug'ilish hisoblanadi.

2. Kasallik tufayli tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda emlanmagan bolalar chaqaloqlar patologiyasi bo'limidan chiqarilishidan oldin emlanishi kerak.

3. Faol sil bilan og'rigan onalardan tug'ilgan chaqaloqlar tug'ilgandan so'ng darhol onadan ajratiladi va BSJ bilan emlanadi.

Surunkali kasalliklarning zo'rayishi vaqtinchalik bo'ladi. emlashlar o'tkazish uchun qarshi ko'rsatmalar. Rejali emlashlar rekonvalessensiya yoki remissiya davrida o'tkaziladi.

Qarshi ko'rsatma emas

Holatlar	Anamnezdagi ko'rsatmalar
- nevrologik buzilishlar rivojlanmagan perinatal ensefalopatiya; - barqaror nevrologik holatlar (BSF, Daun kasalligi va h.k.); - allergiya, astma, ekzema, boshqa atopik ko'rinishlar; - yurak, o'pka, jigar, buyrak kasalliklari xr. - kamqonlik; disbakterioz; - timus soyasining kattalashishi; - tug'ma nuqsonlar; - qo'llab-quvvatlovchi steroid terapiyasi mi, gormonlar, shu jumladan surtma dorilar, aerozollar; - antibiotiklar bilan davolash; - immunogrammadagi og'ishlar; - O'RK yoki subfebril haroratli diareya kabi ahamiyatsiz kasalliklar; - kasallikning inkubatsion davri.	- chaqaloqlar sariqligi; - chala tug'ilganlik, past tug'ilgandagi vazni; - gemolitik kasallik yangi tug'ilgan chaqaloqlar; - sepsis; - oiladagi postvaksinal asoratlar; - oiladagi allergiya, tutqanoq. - oiladagi epilepsiya; - oilada to'satdan o'lim; - o'tkazilgan ko'kyo'tal, qizamiq, parotit yoki qizilcha hujjatlar bilan tasdiqlanmagan; - ovqatlanishning buzilishi;

Emlashni rejalashtirish

Rejalashtirishda xizmat ko'rsatiladigan va doimiy yashaydigan aholi soniga, shuningdek, o'tgan yilgi emlanmaganlar soniga tayaniladi. Aholi sonini baholash uchun aholini ro'yxatga olish yiliga ikki marta - bahor va kuzda o'tkaziladi.

Profilaktik emlashlar jadvalini ishlab chiqishni boshlashdan oldin quyidagilarni bajarish muhim:

Oktyabr oyida dastlabki aholini ro'yxatga olish o'tkazilsin.

Aholini ro'yxatga olish ma'lumotlarini solishtirish:

• bolalar va o'smirlarga xizmat ko'rsatuvchi barcha DPMlarning 063 va 112-shakllari bilan;

• katta yoshdagi aholi bilan ishlaydigan muassasalarda F. 064 jurnallari bilan;

• DPM uchun yosh setkasi bilan.

Infeksiyalar (qizamiq, difteriya, ko'kyo'tal, qoqshol, poliomiyelit) bo'yicha emlanganlik darajasini tahlil qilish.

Immunizatsiya qilinadigan aholi bo'yicha ma'lumotlar aniqlangandan so'ng, reja tuzila boshlanadi. Emlash jadvalini tuzish 063, 112, 026-shakllar asosida uchastka shifokorlari va hamshiralari, maktabgacha va maktab muassasalarining tibbiyot xodimlari tomonidan amalga oshiriladi. Silga qarshi emlash rejasi uchun javobgarlik tug'ruqxonalar, poliklinikalar va silga qarshi dispanserlarning bosh shifokorlari zimmasiga yuklatiladi. Sanitariya-epidemiologiya stansiyalari bilan kelishilgandan va rejalar shahar va tuman boshqarmalarida tasdiqlangandan so'ng, ular vaksina materiallariga bo'lgan ehtiyojni umumlashtirish va baholash uchun Respublika SESga yuboriladi.

Emlash xonasining hujjatlari quyidagilarni o'z ichiga oladi:

-profilaktik emlashlar uchun qo'llaniladigan barcha vaksinalarni qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar;

-uslubiy va yo'riqnoma hujjatlar;

-vaksinalar, shuningdek shprislar, ignalar va qadoqlarning kelib tushishi va sarflanishini hisobga olish jurnallari;

-o'tkazilgan emlashlar registrlari;

-sovitish uskunasining harorat sharoitlarini qayd etish varaqlari;

-bakteritsid lampaning ishlashi va umumiy tozalash ishlari to'g'risidagi yozuvlar;

-o'tkazilgan emlashlarni monitoring qilish jadvallari;

- 6-shakl bo'yicha emlash, vaksinalarning kelib tushishi va ishlatilishi to'g'risidagi oylik hisobotlar va 5-shakl bo'yicha yillik hisobot, shuningdek, statistik hisobotlarni rasmiylashtirish bo'yicha yo'riqnoma;

- O'zR Sog'liqni saqlash vazirligining 2000-yil 29-maydagi 283-sonli buyrug'i bilan tasdiqlangan 063 -shakl "Profilaktik emlashlar xaritasi";

-yoshga doir aholini ro'yxatga olish;

-tibbiy qarshi ko'rsatmalar va immunologik komissiya qarorlarini hisobga olish jurnali;

-vaksinatsiyadan keyingi reaksiyalar va asoratlarni hisobga olish jurnali.

Emlashni o'tkazish

Tibbiyot muassasasining emlash bilan shug'ullanuvchi har bir xodimi:

- emlashlarni tashkil etish va o'tkazishni tartibga soluvchi SanQvaM bilan tanishish;

- vaksinalar bilan ishlash me'yorlariga (tashish, saqlash, qo'llash, sifat nazorati), shuningdek, xavfsiz immunizatsiya va inyeksiya tamoyillariga hamda ochiq flakonlardan foydalanish siyosatiga rioya qilish;

- qizamiq, qizilcha va epidemik parotitga qarshi vaksinalar, shuningdek BSJ vaksinasi 6 soat ichida ishlatilishi kerakligini, aks holda yo'q qilinishi kerakligini yodda tutish;

- tuberkulin va BSJ yuborilganda ruxsat etilgan to'kilish hajmi 50% gacha, qizamiq, epidparotit, gepatit B, AKDS, ADS, ADS-M, AD-M va polivaksinalar qo'llanilganda esa - 15% gacha ekanligini bilish;

- emlashlar va ular bilan bog'liq tadbirlarni hisobga olish tizimini qo'llash;

- HHM va HHMni nazorat qilish;

- emlash qamrovini tahlil qilish uchun emlash kartalarini (f-063-u va f-112/u) tekshirib, har oyda f-5 shakli bo'yicha emlash to'g'risida hisobot tuzish;

- zarurat tug'ilganda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish usullarini o'zlashtirish;

- aholi o'rtasida immunizatsiyaning ahamiyati haqida tushuntirish suhbatlari o'tkazish.

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi va davolash-profilaktika muassasalarining mahalliy rahbarlari kasbiy emlashlarni tashkil etish va amalga oshirish uchun javobgardirlar. Yuqumli kasalliklarga qarshi emlash o'tkaziladigan har bir tibbiyot muassasasida

maxsus tayyorgarlikdan o'tgan va tegishli sertifikatga ega bo'lgan xodimlar orasidan immunizatsiya uchun mas'ul shaxs tayinlanishi kerak.

Xona kuniga ikki marta maxsus ajratilgan inventar va yuvish vositalaridan foydalangan holda, kun oxirida dezinfektorlar bilan nam usulda tozalanishi kerak. Yalpi tozalash ishlari haftada bir marta amalga oshiriladi.

Emlash xonasining majburiy jihozlari quyidagilardan iborat: vaksinalar uchun muzlatgich, asboblar uchun shkaf, bir martalik shprislar, termometrlar, tonometrlar, shuningdek hujjatlarni saqlash va gigiyenani ta'minlash uchun mebel.

Emlashdan oldin hamshira quyidagi harakatlarni bajarishi kerak:

-bemorning sog'lig'i holati va emlash uchun qarshi ko'rsatmalar yo'qligi to'g'risida shifokor (pediatr yoki terapevt) xulosasi mavjudligini tekshirish;

- qo'llarni yaxshilab yuvish;

- ampuladagi (flakondagi) preparatning nomini shifokor retsepti bilan solishtirish;

- yo'riqnomaga muvofiq preparatni tayyorlash (sorbsiyalangan vaksinani chayqatish, antiseptikaga rioya qilgan holda ampulaga ishlov berish va ochish, liofilizatsiyalangan vositani eritish va boshqa muolajalar).

Emlash vaqtida quyidagilarni ta'minlash zarur:

- kiritish joyiga to'g'ri ishlov berish;
- faqat bir marta ishlatiladigan shprislar va ignalardan foydalanish;
- preparatni to'g'ri dozalash va yuborish usulini tanlash;
- xavfsiz immunizatsiya amaliyotiga qat'iy rioya qilish.

Emlangandan keyin quyidagilar talab qilinadi:

-tibbiy hujjatlarga (112/h, 026/h, 025/h, 63/h shakllar) va profilaktik emlashlarni hisobga olish jurnaliga (064) emlash to'g'risida yozuv kiritish, preparatning nomi, sanasi, dozasi va seriyasini ko'rsatish;

- emlangan shaxsni (yoki uning ota-onasini) emlashga bo'lgan ehtimoliy reaksiyalar va g'ayritabiiy reaksiyalarda tibbiy yordamga murojaat qilish zarurligi to'g'risida xabardor qilish;

-immunizatsiyadan keyingi dastlabki uch kun ichida ehtimoliy nojo'ya ta'sirlarni kuzatish uchun emlangan shaxsning tashrifini tashkil etish, shuningdek, preparat yuborilgandan so'ng bir oy davomida uning holatini kuzatib borish.

VAKSINADAN KEYINGI REAKSIYALAR VA ASORATLAR

Emlashdan keyingi reaksiyalar va asoratlar profilaktik emlashlar o'tkazilgandan so'ng yuzaga keladigan noxush hodisalar bo'lib, tibbiyot xodimlari tomonidan qat'iy nazoratni talab qiladi.

Emlashdan keyingi reaksiyalar - bu vaksina yuborilishiga immun javobning shakllanishi bilan bog'liq kutilgan va odatda qisqa muddatli salomatlik o'zgarishlaridir. Ular quyidagi ko'rinishda bo'ladi:

- Mahalliy reaksiyalar (qizarish, shish, inyeksiya joyida og'riq);
- Umumiy reaksiyalar (tana haroratining ko'tarilishi, o'zini yomon his qilish, asabiylashish, ishtahaning pasayishi).

Odatda, bunday reaksiyalar bir necha kun davomida o'z-o'zidan o'tib ketadi va maxsus davolashni talab qilmaydi.

Emlashdan keyingi asoratlar salomatlikning jiddiyroq buzilishlari bo'lib, juda kam uchraydi. Ularga quyidagilar kiradi:

- Anafilaktik shok;
- Talvasa sindromlari;
- Ensefalopatiyalar;
- Vaksinatsiyadan keyingi infeksiyalar (masalan, tirik vaksinalar qo'llanilgandan keyin);
- Vaksina yuborilgan joydagi surunkali yallig'lanish jarayonlari.

Asoratlar rivojlanishining xavf omillariga quyidagilar kiradi:

- emlash o'tkazish texnikasini buzish;
- Qarshi ko'rsatmalarga e'tibor bermaslik;
- Vaksina komponentlariga organizmning individual o'ta sezuvchanligi.

Asoratlarning oldini olish emlashdan oldin sinchkovlik bilan tibbiy ko'rikdan o'tkazish, vaksinalarni to'g'ri yuborish texnikasi, preparatlarni

saqlash sharoitlariga qat'iy rioya qilish va shoshilinch yordam ko'rsatishga tayyor turishga asoslanadi.

Asoratlar yuzaga kelganda zudlik bilan shokka qarshi chora-tadbirlar, simptomatik terapiya o'tkazish, shuningdek, tegishli tibbiy hujjatlarni rasmiylashtirish va sanitariya-epidemiologiya nazorati organlarini xabardor qilish talab etiladi.

Emlashdan keyingi reaksiyalar va asoratlarni aniq farqlash, emlashdan keyingi noxush holatlarni o'z vaqtida aniqlash va yetarli darajada davolash immunizatsiya xavfsizligini ta'minlash va aholining profilaktik emlashlarga bo'lgan ishonchini oshirishning muhim shartlari hisoblanadi.

Havo hujumidan mudofaa aniqlanganda xodim:

- emlash joyi bo'yicha muassasa rahbariyati va hududiy DSENMga zudlik bilan xabar berish, axborot esa tegishli instansiyalarga Sog'liqni saqlash vazirligining DSENMga, O'zbekiston Respublikasi DSENMga va vaksina ishlab chiqaruvchisiga yetkazilishi kerak;

- favqulodda xabar berish va ma'lumotlarni 063 va 112-shakllarda qayd etish. Profilaktik emlash holatlari soni to'g'risidagi ma'lumotlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 1999-yil 28-dekabrdagi 759-sonli buyrug'i bilan tasdiqlangan 6-sonli "Profilaktik emlashlar to'g'risida hisobot" shaklidagi oylik hisobotda tasdiqlanishi kerak.

Emlashlar hisobi

Kartotekaning to'g'ri yuritilishi va bolalarning emlash bilan qamrab olinishi uchun javobgarlik bolalar sog'lig'ini saqlash bo'yicha bosh vrach o'rinbosari va immunolog vrach zimmasiga yuklatiladi. Ushbu mutaxassislar quyidagi jihatlarni muntazam ravishda nazorat qilib borishlari kerak:

- Bolalarni, shu jumladan uyda tug'ilgan bolalarni hisobga olishning to'liqligi.

- Emlashlarning o'z vaqtida o'tkazilishi.

- Qarshi ko'rsatmalarning asoslanganligi va tibbiy nuqsonlari bo'lgan bolalarni hisobga olish.

- Emlashni tayinlash yoki bekor qilish to'g'risidagi yozuvlar.

- Hisob-kitob va hisobot shakllarida emlashlarni ro'yxatdan o'tkazish.

- Vaksinalar to'g'risidagi ma'lumotlarning ishonchliligi.

Vaksinalarni hisobga olish, saqlash va ulardan foydalanish

Emlash uchun faqat Farmatsevtika qo'mitasida ro'yxatdan o'tgan, O'zbekiston Respublikasi hududida qo'llash uchun ruxsat etilgan mahalliy va xorijiy ishlab chiqarilgan vaksinalardan foydalanish zarur. Vaksinalar, shuningdek boshqa immunobiologik preparatlar va inyeksiya materiallarini olish, to'g'ri saqlash va taqsimlash uchun javobgarlik davolash muassasasining bosh shifokori zimmasida bo'ladi. Bakterial preparatlarni hisobga olish va sarflash bosh hamshira zimmasiga yuklatiladi, shuningdek, sovutgichlarning soz ishlashini ta'minlash, vaksinalar va ishlatilgan materiallar bilan to'g'ri muomala qilish uchun maxsus o'qitilgan xodimlar bo'lishi talab etiladi. Vaksinalarni taqsimlash punktlaridan yetkazib berish uchun hududiy DSENM, poliklinika va shifoxonalar kabi iste'molchilar termoelementlar solingan sovutgichli sumkalarga ega bo'lishi kerak. Olingan bakterial preparatlar, shprislar va utilizatsiya uchun mo'ljallangan konteynerlarning hisobi JSST va YUNISEF tomonidan tavsiya etilgan maxsus jurnalda yuritiladi. Profilaktika xonalarida vaksinalarni saqlash muddati asbob-uskunalar normal ishlagan taqdirda bir oydan oshmasligi kerak, ular nosoz bo'lgan taqdirda vaksinalarni emlash kuniga berishni rejalashtirish kerak.

Emlash xonasida vaksinalarni saqlash muddati sovitish uskunasi to'g'ri ishlagan va elektr ta'minoti barqaror bo'lgan taqdirda bir oydan oshmasligi kerak. Ushbu muddatni hisobga olgan holda, ushbu davolash muassasasi uchun zarur bo'lgan emlash miqdorini bir oyga oldindan rejalashtirish kerak. Muzlatgichda nosozliklar yoki elektr ta'minotida tez-tez uzilishlar yuzaga kelganda, vaksinalarni faqat emlash kuniga berish imkoniyatini ko'rib chiqish kerak.

Vaksinalarni saqlash sharoitlari: harorat +2°C dan +8°C gacha. Vaksina erituvchilarini muzlatish mumkin emas, ularni ko'rsatilgan harorat doirasida, iloji bo'lsa, muzlatgichda saqlash kerak. Payvandlash kuni erituvchilar aynan sovutgichda +2°C haroratda bo'lishi kerak.

Gepatit V ga qarshi vaksinalar, AKDS va shunga o'xshashlarni muzlatish taqiqlanadi; ularni sovutgichning o'rta tokchasiga joylashtirish kerak. Poliomiyelitga qarshi vaksinani faqat Davlat sanitariya epidemiologiya nazoratida muzlatilgan holda saqlashga ruxsat berilgan.

Fizik xususiyatlari buzilgan, ampulalari shikastlangan, aniq markirovkalanmagan, yaroqlilik muddati o'tgan, shuningdek, harorat rejimidan tashqarida saqlangan yoki tashilgan vaksinalar qo'llanilmaydi. Indikatorlarining rangi o'zgartirilgan barcha vaksinalar ham yo'q qilinishi kerak.

Maqsadga muvofiq bo'lmagan vaksinalarni utilizatsiya qilish uchun uch kishidan iborat komissiya tuziladi: umumiy amaliyot shifokori, bosh hamshira va o'rta tibbiyot xodimi. Ro'yxatga olish dalolatnomasida preparatni hisobdan chiqarish sabablari ko'rsatiladi.

Bosh shifokor o'rta va kichik tibbiyot xodimlaridan maxsus tayyorlangan va sertifikatlangan shaxslarni ishlatilgan shprislar, ignalar va boshqa inyeksiya materiallari to'planadigan maxsus konteynerlarni utilizatsiya qilish uchun tayinlaydi.

BOSHQARILADIGAN INFEKSIYALAR USTIDAN EPIDEMIOLOGIK NAZORAT

Respublika sanitariya-epidemiologiya xizmati:

kasallanish va tashuvchanlik darajasi monitoringi;

xavf yuqori bo'lgan hududlarni aniqlash (bunda 2 yoshgacha bo'lgan bolalarni difteriya, ko'kyo'tal, qizamiq, poliomiyelit va qoqshol kabi kasalliklar bo'yicha immunizatsiya qilish qamrovi yetarli emas), ularda profilaktika tadbirlarini o'tkazish;

Immunitet tarangligini nazorat qilishni tashkil etish;

aholi orasida va atrof-muhitda yuqumli kasallik qo'zg'atuvchilarining aylanishini kuzatish.

BO‘G‘MA EPIDNAZORATI

Bo‘g‘maga shubha qilingan shaxslarda (shu jumladan rinit, laringotraxeit, laringit, krup), shuningdek, anginaning turli shakllari bilan og‘rigan bemorlarda laboratoriya tekshiruvini o‘tkazish;

aholining difteriyaga qarshi immun himoyasi monitoringini amalga oshirish;

infeksiya o‘choqlarida muloqotda bo‘lgan shaxslarni, shuningdek epidemiologik asoratlar yuzaga kelganda yuqori xavf guruhlarini tekshirish;

bolalar uylari, internatlar, tuberkulyoz bilan kasallanganlar uchun sanatoriylar va bolalar va kattalar uchun psixonevrologik muassasalarga yangi kelganlarni profilaktik tekshirish.

OVP EPIDNAZORATI VA KELTIRILGAN POLIOMIYELIT HOLATLARINING OLDINI OLISH

poliomiyelitga shubha qilingan odamlarda va o‘tkir sust falajlar va noaniq tabiatli parezlar bilan og‘rigan bolalarda virusologik va serologik testlar;

infeksiya o‘choqlarida poliomiyelit va UAV bilan kasallangan yoki unga gumon qilinganlar bilan muloqotda bo‘lganlarning laboratoriya tekshiruvlari;

bolalarda poliomiyelitga qarshi immunitet darajasini tahlil qilish;

epidemik o‘choqda bemorlar bilan muloqotda bo‘lganlarni immunizatsiya qilish;

oqova suvlar, tuproq va suv havzalarini nazorat qilish (tadqiqotlarning 50%);

UAV ustidan faol epidemiologik nazorat;

chetdan keltiriladigan poliomiyelit holatlari aniqlanganda Milliy harakatlar rejasiga muvofiq barcha chora-tadbirlarni amalga oshirish.

QIZILCHA, QIZILCHA VA TUG'MA QIZILCHA SINDROMI EPIDNAZORATI

(Sog'liqni saqlash vazirligining 2003-yil 24-apreldagi 192-sonli buyrug'i, Sog'liqni saqlash vazirligining 2013-yil 11-martdagi 202-sonli Farmoyishi).

Maqsad - 2018-2020-yillarga qadar respublikada qizamiq va qizilcha kasalliklarini bartaraf etishga erishish. 2013-yildan boshlab qizamiq va qizilcha kasalliklarini bartaraf etish bo'yicha verifikatsiya jarayonini joriy etish, buning uchun epidemiologik nazorat tadbirlarini o'tkazishni kuchaytirish zarur:

- qizamiq va qizilchaga gumon qilingan shaxslarni virusologik va serologik tekshirish;
- laboratoriya serologik tekshiruvi, infeksiya o'chog'ida bemorlar yoki qizamiq va qizilchaga gumon qilinganlar bilan aloqada bo'lgan shaxslar;
- bolalarning qizamiq va qizilchaga qarshi immunitet kuchlanishini o'rganish;
- 6 oylikdan 30 yoshgacha bo'lgan epidemik o'choqda bemor bilan aloqada bo'lgan shaxslarni immunizatsiya qilish;
- qizamiq, qizilcha va SVK ustidan faol epidnazorat o'tkazish;

EPIDNAZOR ZA POSTVAKSINALNЫMI REAKSIYAMI I OSLOJNENIYAMI (prikaz MZ ro'z No 759 ot 20 dekabrya 1999 g.)

- HHM/HHMni aniqlash va ro'yxatdan o'tkazish;
- tekshiruv o'tkazish va rivojlanish sababini aniqlash HHM/HHM;
- har bir preparat uchun PVR/PVO xarakteri va chastotasini aniqlash;
- olingan ma'lumotlar tahlili;
- HHM/HHM rivojlanishiga ko'maklashuvchi xavf omillarini aniqlash.

III BOB. BOLALAR ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI. ANTROPOMETRIK TADQIQOTLAR METODIKASI

Antropometrik tadqiqotlar usuli standartlashtirilgan bo'lib, tana o'lchamlarini baholash uchun umumiy qabul qilingan o'lchov vositalaridan foydalanishni o'z ichiga oladi. 2 yoshgacha bo'lgan bolalarning bo'yini o'lchash yotgan holatda maxsus bo'y o'lchagich yordamida amalga oshiriladi, bu uzunligi 80 sm va kengligi 40 sm bo'lgan taxtadan iborat. Ushbu asbobning yon tomoni santimetrli shkala bilan belgilangan bo'lib, unda harakatlanuvchi ko'ndalang planka harakatlanadi. Bolani orqasi bilan bo'y o'lchagichga shunday yotqiziladiki, uning boshi qo'zg'almas ko'ndalang plankaga tegib tursin. Ko'z kosasining pastki qirrasi va tashqi eshituv yo'lining yuqori qirrasi bir vertikal chiziqda bo'lishi uchun yordamchi chaqaloqning boshini ushlab turadi. Bolaning oyoqlari tizzaga yengil bosish bilan to'g'rilanadi. Bo'y o'lchagichning qo'zg'aluvchan plankasi tovonlarga mahkamlanadi. Qo'zg'aluvchan va qo'zg'almas plankalar oralig'ining kengligi bolaning bo'yiga mos keladi.

Kattaroq yoshdagi bolalarning bo'yini o'lchash uchun yig'ma taburetka bilan jihozlangan vertikal bo'y o'lchagichdan foydalaniladi. Uning vertikal shkalasida ikkita belgi bo'lib, biri tik turgan holatdagi bo'yni o'lchash uchun, ikkinchisi tana uzunligini (o'tirgan holatdagi bo'yni) o'lchash uchun mo'ljallangan. Bolani bo'y o'lchagichning platformasiga, shkalaga qarab qo'yish kerak. Muhimi, uning gavdasi to'g'ri, qo'llari erkin osilgan, tizzalari yozilgan, oyoqlari bir-biriga mahkam tegib turishi kerak. Bosh shunday holatda bo'lishi kerakki, bunda ko'z kosasining pastki chegarasi gorizontal yo'nalishda tashqi eshituv yo'lining yuqori qismiga to'g'ri kelishi kerak. O'lchanayotgan odam shkalaga ensasi, kuraklari oralig'i, dumg'azasi va tovonlari bilan tegib turishi kerak. Bo'y o'lchagichning qo'zg'aluvchan plankasi boshning yuqori nuqtasiga ohista bosiladi, shundan so'ng o'sish natijasi

qayd etiladi. Emizikli bolaning o'tirib o'sishi uchun planka dumbaga bosiladi, bunda uning oyoqlari plankadan tashqarida bo'ladi.

O'tirgan katta bolaning bo'yini o'lchash uchun u kursichada bo'lishi kerak, orqasi to'g'rilangan, dumg'aza sohasida shkalaga bosilgan, orqasi kuraklar va ensa orasida. Boshning holati tik turgan holatda o'lchashga mos kelishi kerak, oyoqlar tizza bo'g'imidan 90 gradus burchak ostida bukilgan bo'lishi kerak. Bo'y harakatlanuvchi planka yordamida aniqlanadi. u o'tirgan holda bo'y o'lchashga mo'ljallangan.

Tana massasini 25 kg gacha chegaraviy og'irlikdagi va 10 g gacha aniqlikdagi maxsus bolalar tarozisida o'lchash kerak. Avval yo'rgak tortiladi, so'ngra taroziga qip-yalang'och bola shunday qo'yiladiki, uning boshi va yelkalari lotokning keng qismida, oyoqlari esa tor qismida bo'lsin. Agar bola o'tirishga qodir bo'lsa, uni tarozining keng qismiga qo'yib, oyoqlarini tor qismiga qo'yish mumkin. Tarozibon koromislo oldida turib, o'ng qo'li bilan toshlarni, chap qo'li bilan bolani ushlab turadi.

Tarozining ko'rsatkichlari toshning kesik tomoni bo'yicha olinadi. Pastki tosh faqat pastki shkalada ko'zda tutilgan uyalarga o'rnatiladi. O'lchash tugagach, natijalar qayd qilinadi, toshlar nolga qo'yiladi, koromislo yopiladi va bola tarozidan ohista olinadi. Jismning massasini aniqlash uchun olingan ma'lumotlardan yo'rgakning og'irligini ayirish kerak. Chaqaloqni elektron tarozida tortishda uni avvalo dumbasi bilan, keyin yelkasi va boshi bilan, oyoqlarini ushlagan holda ehtiyotkorlik bilan platformaga yotqizish kerak. Biroz vaqt o'tgach, displeyda bolaning massasi ko'rsatiladi, uning chap tomonida jarayon tugaganini bildiruvchi "O" belgisi bo'ladi. Uch va undan katta yoshdagi bolalarni tortish ertalab ovqatlanishdan oldin 50 grammgacha aniqlikdagi maxsus tibbiy tarozi yordamida amalga oshiriladi.

Aylanalar santimetrli lenta yordamida o'lchanadi. Bosh aylanasi orqadan ensa nuqtasi bo'ylab, oldindan qosh usti yoylari bo'ylab lenta qo'yib o'lchanadi, natija peshona ustida qayd qilinadi. Ko'krak aylanasi uch marta o'lchanadi: tinch nafas olganda, nafas olish va chiqarish balandligida, bunda bola qo'llarini tushirib turishi kerak. O'lchov lentasi orqaga, qo'llar yon tomonga ochilganda kuraklarning pastki burchaklari

ostiga mahkamlanadi. Keyin qo'llar pastga tushiriladi va tasma oldindan ko'krak qafasining o'rta chizig'i bo'ylab o'tadi. Ko'krak bezlari rivojlangan qizlarda jinsiy yetilish davrida tasma ko'krak bezi ustida ko'krak qafasi terisi va bez chegarasida joylashadi. Qorin aylanasi kindik sathida, u ancha kattalashganda esa eng katta bo'rtib chiqqan sohada o'lchanadi. Yelka aylanasi ikki marta aniqlanadi: mushaklarning tarang holatida va bo'shashgan holatida. Dastlab bolaning qo'lini gorizontal holatga bukib, ikki boshli muskulning eng yo'g'on joyiga lenta qo'yiladi. So'ngra boladan mushtini qisib, birinchi o'lchashda qo'lini tirsagidan qattiq bukish so'raladi, ikkinchisini esa tasmani yechmasdan, bo'shashgan qo'l bilan o'tkaziladi. Bu o'lchov asosiy hisoblanadi. Aylanalar orasidagi farq ikki boshli muskulning rivojlanishini belgilaydi. Son aylanasi bola oyoqlarini yelka kengligida kerib turganida dumba burmasi ostida o'lchanadi; boldirlar - boldir mushagining maksimal aylanasida.

Ushbu antropometrik ko'rsatkichlarning o'zgarishi turli xil tashqi va ichki salbiy omillar, shu jumladan surunkali kasalliklardan dalolat berishi mumkin.

Antropometrik: Bolalarning jismoniy rivojlanishi bo'y, vazn, bosh aylanasi, ko'krak qafasi, yelka, son va boldir kabi turli antropometrik ma'lumotlar asosida baholanadi. Ushbu parametrlarning turli yosh davrlaridagi o'zgarishlarini taqqoslash orqali pediatr bolaning normal yoki og'ishgan jismoniy rivojlanishini aniqlay oladi.

Funksional: ularga o'pkaning tiriklik sig'imi, qo'l va oyoqlarning kuch ko'rsatkichlari, jismoniy ish qobiliyati va boshqalar kiradi.

Somatoskopik: bunga umurtqa pog'onasining shakli, yog' qatlamlari darajasi, mushaklarning rivojlanishi, qomat va oyoq-qo'llarning shakli kiradi.

Biologik: bu tish formulasi, tana nisbatlari, chiziqli o'sish va ikkilamchi jinsiy belgilarning rivojlanishi.

Bolaning jismoniy rivojlanishi me'yorlarga kiritiladi, ularga ko'ra yetuk tug'ilgan chaqaloqning vazni 2800 dan 3500 g gacha, tana uzunligi esa 48-52 sm bo'ladi. Dastlabki vazn hayotning dastlabki kunlarida fiziologik yo'qotishlar tufayli 6% ga kamayishi mumkin. Keyinchalik

uning vazni tez ortib, bir yoshga yetganda uch baravar ko'payadi. O'rtacha qo'shimchalar sog'liq, ishtaha va ovqatlantirish usuliga bog'liq.

Birinchi yarim yillikda kunlik qo'shimcha o'rtacha 20-25 grammni tashkil qiladi, ikkinchi yarim yillikda massaning o'sish intensivligi biroz pasayadi (kuniga 15 g). Bunday jadal jismoniy rivojlanish natijasida bola 4,5 - 5 oylik bo'lganida o'zining dastlabki vaznini ikki baravar, 11 - 12 oylik bo'lganida esa uch baravar oshiradi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda haftalar bo'yicha vazn ortishi me'yorlari bir qator omillarga bog'liq. Eng asosiylariga 4 ta turni kiritish mumkin:

bolaning salomatlik holati; sog'lom ishtaha; tanlangan ovqatlanish turi; kunlik iste'mol qilinadigan ovqat miqdori va h.k. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda eng faol vazn ortishi hayotning dastlabki sakkiz haftasida sodir bo'ladi.

Hayotning birinchi yilida har qanday oydagi bolaning vaznini taxminiy baholash uchun quyidagi formulalardan foydalanish mumkin:

Birinchi yarim yillikda: Tana massasi = **800 g x n** (bu yerda n - oylar soni).

Ikkinchi yarim yillikda: **Tug'ilgandagi vazni + (800 x 6) + 400 x (n - 6),**

bu yerda n - yosh, oy hisobida, 400 g - ikkinchi yarim yillikda bir oydagi o'rtacha vazn o'sishi.

Shuni ham aytish kerakki, bolaning bo'yi har xil bo'lishi mumkin. Muddatida tug'ilgan chaqaloqning tana uzunligi 48-52 sm oralig'ida bo'ladi, chala tug'ilgan chaqaloqlarning tana uzunligi 45 sm va undan kam bo'lishi mumkin. Eng sezilarli o'sish birinchi yarim yillikda kuzatiladi (13-15 sm ga), ikkinchisida - 10 sm ga. Birinchi yilning oxiriga kelib, bolaning uzunligi 75-78 sm ni tashkil qiladi, bu umumiy 25 sm ga o'sishga to'g'ri keladi.

Bola hayotining ikkinchi yilida uning vazni taxminan 2,5 kg ga, uchinchi yilida esa 2 kg ga ortadi. 3 yoshdan 10 yoshgacha tana vazni yiliga o'rtacha 2 kg ga, 10 yoshdan 15 yoshgacha 3-4 kg ga ortadi.

Jismning taxminiy massasini formula orqali hisoblash mumkin.

2 yoshdan 11 yoshgacha bo'lgan bolaning tana vazni quyidagi formula bo'yicha aniqlanadi: **10,5 kg + 2n**, bu yerda n - bolaning 11 yoshgacha bo'lgan yoshi. 10,5 kg qiymat bir yoshli chaqaloqning o'rtacha vazni hisoblanadi. Bir yoshga to'lgandan keyin o'sish sur'ati pasaya boshlaydi. Bolalar hayotining ikkinchi va uchinchi yilida bo'yiga mos ravishda 12-13 sm va 7-8 sm qo'shiladi, keyinchalik o'sish ancha barqaror bo'ladi. O'sishning birinchi sezilarli tezlashishi o'g'il bolalarda 4 yoshdan 5,5 yoshgacha, qizlarda esa 6 yoshdan keyin kuzatiladi. Keyin o'sish sur'ati pasayib, o'g'il bolalarda 9,5 yoshda, qiz bolalarda esa 8,5 yoshda eng past darajaga yetadi. Shundan so'ng o'g'il bolalarda 13 yoshgacha davom etadigan mo'tadil o'sish bosqichi boshlanadi. Ikkinchi tezlanish 13,5 yoshdan 15,5 yoshgacha bo'lgan o'smirlarda kuzatiladi, so'ngra keskin sekinlashish kuzatiladi. Qizlarda o'sishning barqarorlashuv davri juda qisqa - yarim yildan so'ng, 8,5 yoshdan boshlab, uning tezlashuvi boshlanadi va 10 - 11,5 yoshda eng yuqori cho'qqiga yetadi.

O'sishning prepubertat bosqichida tana uzunligining maksimal o'sishi o'g'il bolalarda 47-48 sm, qizlarda esa 36-38 sm ni tashkil qiladi. O'g'il bolalarda 10-11 yoshda bu o'sish asosan oyoqlar hisobiga bo'ladi. 14 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan davrda oyoqlarning o'sishi to'xtaydi va gavdaning maksimal o'sish tezligi kuzatiladi. Qizlarda xuddi shunday o'zgarishlar taxminan 8,5 va 11-12 yoshlarda sodir bo'ladi.

Tanner tasnifiga ko'ra, o'g'il bolalarda yakuniy o'sish taxminan 17,5 yoshda tugaydi, qizlarda esa bu yosh taxminan 16,5 yoshni tashkil qiladi.

Bir yoshdan oshgan bolalarning bo'yini taxminan baholash uchun bir nechta formulalarni qo'llash mumkin:

1) 4 yoshli bolaning bo'yi 100 sm. Agar yoshi 4 yoshdan kichik bo'lsa, hisoblangan bo'y quyidagiga teng:

100 sm - 8 (4 - n), bu yerda n - yosh, yil.

Agar bola 4 yoshdan katta bo'lsa, bo'yi quyidagiga teng bo'ladi:

100 + 6 (n - 4), bu yerda n - yosh, yillarda.

2) 2 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan bolaning bo'yi 8 yoshli bolaning bo'yi 130 sm ekanligi asosida hisoblanadi. Bu miqdordan har bir

yetishmagan yil uchun 7 sm olib tashlanadi va 8 yoshdan oshgan har bir yil uchun 5 sm dan qo'shiladi.

Jismoniy rivojlanishni har tomonlama baholash uchun bosh va ko'krak qafasi aylanalarini hisobga olish muhim. Dastlabki 12 oyda bosh aylanasi ko'krak aylanasidan 1-3 sm ga katta, yangi tug'ilgan chaqaloqda u 34 sm ni, ko'krak aylanasi 32 sm ni tashkil qiladi. Hayotning birinchi yilida ham bosh, ham ko'krakning faol o'sishi kuzatiladi. Bola 6 oylik bo'lganda ular tenglashib, 43 sm ga yetadi, bir yoshga to'lganda ko'krak aylanasi 47 sm gacha kattalashadi, holbuki bosh aylanasi 46 sm ni tashkil etadi. Bola hayotining birinchi yilidan keyin ko'krak qafasining kattalashishi ancha sezilarli bo'ladi.

2-15 yoshli bolalar uchun boshning mos aylanasini quyidagi formula bo'yicha hisoblash mumkin: 5 yoshli bolaning bosh aylanasi 50 sm ga teng, har bir yetishmayotgan yil uchun 1 sm ayiriladi, har bir keyingi yil uchun 0,6 sm qo'shiladi.

2 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'krak aylanasi:

1) 10 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun:

63 sm - 1,5 sm (10 - n),

bu yerda n - 10 yoshdan kichik bo'lgan bolaning yoshi;

63 sm - bu 10 yoshli bolalar uchun ko'krak qafasi aylanasining o'rtacha qiymati.

2) 10 yoshdan katta bolalar uchun:

63 sm + 3 sm (n - 10),

bu yerda n - 10 yoshdan oshgan bolalarning yoshi;

3 sm - bu 10 yoshdan katta bolalarda ko'krak qafasi aylanasining o'rtacha yillik o'sishi;

63 sm - bu o'n yoshli bolalar uchun ko'krak aylanasining o'rtacha o'lchami.

Ushbu asosiy parametrlarga qo'shimcha ravishda, bolalarning jismoniy rivojlanishini obyektiv tahlil qilish uchun antropometrik indekslar qo'llaniladi:

Ketle vazn va bo'y indeksi-I - ovqatlanish darajasini baholash uchun ishlatiladi. A. F. Tura taklif qilganidek, bizning mamlakatimizda u

yangi tug'ilgan chaqaloq davrida qo'llaniladi va bolaning ona qornida rivojlanish davridagi ovqatlanish holatini aks ettiradi.

Ko'rsatkich tug'ilgandagi tana massasining (g) uning uzunligiga (sm) nisbati sifatida hisoblanadi. Jismoniy rivojlanish me'yorida bo'lganda bu ko'rsatkich 60-80 ni tashkil etadi, biroq bu faqat muddatida tug'ilgan chaqaloqlarga taalluqlidir.

Chulitskiy indeksi uch yoshgacha bo'lgan bolalar uchun qo'llaniladi: yelka aylanasining 3 o'lchami plyus boldir va son aylanasi minus bolaning bo'yi. Bu ko'rsatkich chaqaloqning semizligini baholashga imkon beradi. Hayotining birinchi yilidagi bolalar uchun indeks 25 dan 20 sm gacha, 2-3 yoshli kichkintoylarda 20 dan 15 sm gacha, 6-7 yoshli bolalar uchun esa 15 dan 10 sm gacha o'zgarib turadi.

Erisman indeksi ko'krak qafasining rivojlanishi va uning nisbatlarini baholash uchun xizmat qiladi. U 15 yoshgacha bo'lgan bolalarga qo'llaniladi: ko'krak qafasi aylanasi va bo'yning yarmi o'rtasidagi farq. Bu ko'rsatkich bir yoshgacha bo'lgan bolalarda 10-12 sm, 2-3 yoshli bolalarda 6-9 sm va 6-7 yoshli bolalarda 0 dan 2-4 sm gacha, shuningdek, 8-15 yoshli bolalarda (-1) - (-3) sm ni tashkil etadi.

Shunga qaramasdan, jismoniy rivojlanishni sentil jadvallari yordamida aniqroq baholash mumkin. Sentil taqsimotlar bolalar populyatsiyasidagi belgilarning xususiyatlarini eng aniq va obyektiv ravishda tasvirlaydi. Ushbu jadvallarda ustunlar tegishli yosh va jinsdagi bolalarning ma'lum bir ulushi yoki foizi (sentil) uchun belgining miqdoriy chegaralarini ko'rsatadi. O'rtacha yoki shartli normal qiymatlar ushbu jins va yoshdagi sog'lom bolalarning yarmi uchun xos bo'lgan, ya'ni 25 dan 75 sentilgacha bo'lgan oraliqda bo'lgan qiymatlar sifatida qabul qilinadi. Sentil shkalasining to'liq shakli ma'lum bir yosh va jins guruhidagi bolalarning 3, 10, 25, 75, 90 va 97 foizida uchrashi mumkin bo'lgan belgining qiymatlarini ko'rsatadigan 6 ta raqamni o'z ichiga oladi. Shunday qilib, sentil populyatsiyadagi o'rganilayotgan belgining kattaligi berilgan qiymatga teng yoki undan kichik bo'lgan odamlarning ulushini (foizlarda) aks ettiradi.

Sentillar o'rtasidagi farqlar (sohalar yoki yo'laklar) ushbu guruhdagi bolalarning 3 foizi (0 dan 3 gacha va 97 sentilgacha bo'lgan

sohalar), bolalarning 7 foizi (3 dan 10 gacha va 90 dan 97 sentilgacha bo'lgan sohalar), 15 foizi (10 dan 25 gacha va 75 dan 90 sentilgacha bo'lgan sohalar), shuningdek, tegishli yosh-jins toifasidagi barcha sog'lom bolalarning 50 foizi (25 dan 50 sentilgacha bo'lgan soha) uchun xos bo'lgan belgilarning qiymatlari oralig'ini ko'rsatadi.

Bo'y, vazn, ko'krak va bosh aylanasi kabi har bir xususiyatni tegishli jadvaldagi sentil shkalasi bo'yicha o'z hududi yoki yo'lagiga kiritish mumkin. Ushbu yo'lakning holati tibbiy amaliyot bo'yicha baholovchi fikrlarni shakllantirish va qarorlar qabul qilish imkonini beradi.

Antropometrik o'lchovlar bir yoshgacha bo'lgan bolalar uchun oyiga bir marta, 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun har uch oyda, 3 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan bolalar va maktab o'quvchilari uchun yiliga ikki marta o'tkaziladi.

BOLALARDA NAFAS OLISH TIZIMINING ANATOMIK-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI, TADQIQOT METODIKASI

Rivojlanishning turli bosqichlarida bo'lgan bolalarning nafas olish a'zolari bir qator morfofunksional xususiyatlarga ega bo'lib, ular kattalarning nafas olish tizimidan sezilarli darajada farq qiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda nafas yo'llari nisbatan tor bo'lib, shilliq qavat keskin vaskulyarizatsiyasi va shishga moyilligi bilan ajralib turadi. Bu yallig'lanishda obstruktiv jarayonlarning tez paydo bo'lishiga moyillik tug'diradi. O'pka to'qimasi tug'ilish paytida morfologik jihatdan yetilmagan: alveolalar soni cheklangan, ularning tuzilishi mukammal emas, bu gaz almashinuvi samaradorligini pasaytiradi. Bundan tashqari, elastik tolalarning yaxshi rivojlanmaganligi o'pkaning kam cho'ziluvchan bo'lishiga olib keladi.

Yosh o'tishi bilan alveolalar sonining faol ko'payishi sodir bo'ladi, to'laqonli alveolyar-kapillyar membranalar shakllanadi, vaskulyarizatsiya kuchayadi, bu esa ventilyatsion-perfuzion munosabatlarning yaxshilanishiga yordam beradi. Bolalarda tana vazniga nisbatan nafas olish yuzasining maydoni kattalarnikidan sezilarli darajada

oshib ketadi, bu esa nafas yo'llari orqali yuqori issiqlik yo'qotilishini keltirib chiqaradi.

Segmentning anatomik va funksional xususiyatlari mustaqil ventilyatsiyaning mavjudligi, oxirgi arteriya va elastik biriktiruvchi to'qimadan hosil bo'lgan segmentlararo to'siqlar bilan belgilanadi. Tegishli tomirlarga ega bo'lgan segmentar bronx o'pka bo'lagida ma'lum bir sohani egallaydi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda segmentar tuzilish yetarlicha ifodalangan: o'ng o'pkada 10 ta, chap o'pkada esa 9 ta segment mavjud.

O'pka chegaralari

O'pka chegaralari	Old va yon tomondan	O'ng o'pka: qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab - IX qovurg'a, o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab - V qovurg'a.
	Orqada	O'ng va chap o'pka: X-XI ko'krak umurtqasining o'tkir qirrali o'simtasi sohasida.
O'pka bo'laklarining chegaralari	Old va yon tomondan	O'ng o'pka: IV qovurg'a ustida - yuqori bo'lak, IV qovurg'a ostida - o'rta bo'lak.
	Orqada	O'ng va chap o'pka: kurak o'sig'i ustida - yuqori bo'lak; kurak o'sig'i ostida - pastki bo'lak.

O'pka o'z vazifasiga ko'ra ikkita asosiy qismga bo'linadi: alveolalarga havo kirishi va chiqishi uchun javob beradigan o'tkazuvchi qism va havo va qon o'rtasida gaz almashinuvi amalga oshiriladigan nafas olish qismi. O'tkazuvchi qismga bronxial daraxtni hosil qiluvchi hiqildoq, traxeya va bronxlar kirsa, nafas olish qismiga olib keluvchi bronxiola, alveolyar yo'llar va alveolalardan iborat atsinuslar kiradi. Auskultatsiyada yosh bolalarning nafas olishi katta yoshdagi bolalarning nafas olishidan farq qiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va 3-6 oylik bolalarda biroz susaygan nafas eshitiladi, 6 oylikdan 5-7 yoshgacha bo'lgan bolalarda pueril nafas eshitiladi, bu kuchaygan vezikulyar nafasdir. Pueril nafas

olishning mavjudligiga olib keladigan nafas olish a'zolari anatomiyasidagi farqlar quyidagilardan iborat:

• Ko'krak qafasining kichik o'lchamlari tufayli tovush yorig'idan auskultatsiya joyigacha bo'lgan qisqa masofa, bu hiqildoq shovqinlarining qisman eshitilishiga olib keladi.

• Tor bronxlar.

• Ko'krak qafasi devorlarining yuqori elastikligi va yupqaligi, uning tebranishini oshiradi.

• O'pka to'qimasining havo o'tkazuvchanligini pasaytiruvchi interstitsial to'qimaning sezilarli rivojlanishi.

Bolalarda nafas olish tizimining klinik tekshiruvi nafas olish harakatlarining chastotasi va xususiyatini (qorin, ko'krak yoki aralash turi) kuzatishni, o'pka to'qimalarining havoligini baholash va to'mtoqlik zonalarini aniqlash uchun ko'krak qafasini perkussiya qilishni, patologik shovqinlarni aniqlash uchun auskultatsiyani, shuningdek, katta yoshdagi bolalarda ventilyatsiyani funksional baholash uchun spirometriyani o'z ichiga oladi. Shuni yodda tutish kerakki, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda nafas harakatlarining fiziologik chastotasi daqiqasiga 40-60 ni tashkil qiladi, o'smirlarda asta-sekin daqiqasiga 20-25 gacha pasayadi.

Sog'lom bolalarda bir daqiqada nafas olish tezligi (A.F. Tur bo'yicha)

Yosh	Bir daqiqada nafas olish soni
Chaqaloqlar	daqiqasiga 40-60
4-6 oy	daqiqasiga 35-40
7-12 oy	daqiqasiga 30-35
2-3-yil	daqiqasiga 25-30
5-6 yosh	daqiqasiga 24-26
10-12 yosh	daqiqasiga 20-22
14-15 yosh	daqiqasiga 18-20

Bolalarda nafas olishning yuqori chastotasi tufayli 1 kg vaznga to'g'ri keladigan daqiqalik ventilyatsiya hajmi kattalardagi xuddi shunday ko'rsatkichdan sezilarli darajada oshadi. Shu bilan birga, o'pkaning tiriklik sig'imi va maksimal ventilyatsiyasi kattalarnikiga qaraganda ancha past. Nafas olish tizimining ushbu barcha anatomik va funksional xususiyatlari bolalarni nafas olish buzilishlariga ko'proq moyil qiladi, bu esa nafas yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Nafas a'zolari faoliyatini o'rganish anamnez yig'ish, klinik ko'rik, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya, laboratoriya va instrumental diagnostika usullarini o'z ichiga oladi.

Anamnezda bemorning shikoyatlari, ularning namoyon bo'lish vaqti va mumkin bo'lgan tashqi sharoitlar to'g'risida ma'lumotlar mavjud. Nafas olish tizimi bilan bog'liq muammolarda ko'pincha ota-onalar yoki bolalar quyidagilar haqida xabar berishadi:

- Burundan nafas olishning qiyinlashuvi, bu emizikli bolalarda ovqatlantirishni qiyinlashtirishi mumkin.

• Burundan turli xarakterdagi ajralmalar (seroz, shilliq va boshqalar).

• Qusish bilan kechishi mumkin bo'lgan yo'tal (quruq yoki nam).

Nam yo'tal ham samarali (balg'am ajralishi bilan), ham samarasiz bo'lishi mumkin (bolalar ko'pincha balg'amni yutishini hisobga olish kerak). Balg'amni yo'talganda uning sifatiga (shilliqli, shilliq-yiringli, yiringli) va hajmiga e'tibor berish kerak.

• Ko'krak qafasi sohasidagi og'riqlar (ularning nafas olish bilan bog'liqligi aniqlanadi).

So'rab-surishtirishda bolaning ilgari qanday respirator kasalliklar bilan og'riganligi, o'tkir infeksiya bilan og'rigan bemorlar bilan muloqotda bo'lgan-bo'lmaganligi aniqlanadi, shuningdek, sil kasalligi bilan og'rigan bemorlar bilan aloqada bo'lgan-bo'lmaganligi alohida so'raladi. Bolaning allergologik va oilaviy anamnezi ahamiyatga ega.

Umumiy ko'rik bolaning ongi va harakatlarini baholashdan boshlanadi. Uning holatiga, teri va shilliq pardalar rangiga e'tibor beriladi.

Tekshiruvda burun orqali nafas olish o'tkazuvchanligi, tishlov, shish, burun yoki og'izdan ajralma bor-yo'qligini baholang. Burun bo'shlig'ini sinchiklab ko'zdan kechirish, zarur bo'lsa, ajralmalarni paxta tampon bilan olib tashlash, burundan qon ketishining oldini olish uchun ehtiyotkorlik bilan bajarish kerak. Chaqaloqning ovozi, qichqirig'i va yig'isining xususiyatlari uning yuqori nafas yo'llarining holatini baholashga imkon beradi. Odatda, sog'lom bola tug'ilishi bilanoq birinchi marta to'liq nafas oladi, bu esa o'pkani to'g'rilaydi va qattiq qichqiriq chiqaradi.

Tomoq tekshiruvi tekshiruv oxirida o'tkaziladi, chunki bolaning bezovtaligi va qichqirig'i sifatli tekshiruvga to'sqinlik qilishi mumkin. Og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirishda tomoq, bodomsimon bezlar va halqumning orqa devori holatiga e'tibor beriladi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda bodomcha bezlari, odatda, oldingi ravoqlardan tashqariga chiqmaydi. Maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalarda ko'pincha limfoid to'qimaning giperplaziyasi uchraydi, bunda bodomcha bezlari oldingi

ravoqlardan chiqib turadi va odatda zich bo'lib, rangi jihatidan tomoq shilliq pardasidan farq qilmaydi.

Ko'krak qafasini tekshirish

Ko'krak qafasini tekshirishda uning shakliga va nafas olish paytida yordamchi mushaklarning faolligiga e'tibor berish kerak.

• Nafas olish sikllarida ko'krak qafasining ikkala yarmi va kuraklar (ayniqsa burchaklarda) harakatlarining uyg'unligini baholash zarur. Plevrit, o'pka atelektazi, surunkali pnevmoniyaning bir tomonlama shikastlanishi kabi holatlarda ko'krak qafasining bir tomoni (kasallik tomonida) nafas olishda orqada qolishini kuzatish mumkin.

• Nafas olish ritmini tahlil qilish muhim. Sog'lom, muddatida tug'ilgan chaqaloqda ritmning notekisligi va nafas olishning qisqa muddatli to'xtashi (apnoe) 5 soniyagacha bo'lishi mumkin. 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda (ayniqsa birinchi oylarda) nafas olish ritmi noto'g'ri bo'lishi mumkin, ayniqsa uyqu paytida.

• Nafas olish xarakteriga e'tibor berish kerak. Erta yoshdagi bolalarga qorin tipidagi nafas olish xosdir. O'g'il bolalarda bu tip saqlanib qoladi, qiz bolalarda esa 5-6 yoshdan boshlab ko'krak tipi paydo bo'ladi.

• Nafas olish tezligini (NCHT) uyqu vaqtida 1 daqiqada o'lchagan ma'qul. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va chaqaloqlarda stetoskopdan foydalanish qulay. Bola qanchalik yosh bo'lsa, TYUN shunchalik yuqori bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yuzaki nafas olish uning yuqori chastotasi bilan kompensatsiyalanadi.

• Hayotining birinchi yilidagi sog'lom bolalarda YUQT va YUQT nisbati 3-3,5 ni tashkil etadi, ya'ni bir nafas olish harakatiga 3-3,5 yurak qisqarishi, bir yoshdan oshgan bolalarda esa 4 yurak qisqarishi to'g'ri keladi.

Paypaslash

Ko'krak qafasini paypaslash uchun ikkala qo'l tekshirilayotgan sohalarga simmetrik holatda joylashtiriladi. Ko'krak qafasini oldindan orqaga va yon tomondan siqib, uning qarshiligi tekshiriladi. Yosh bolalarda ko'krak qafasi yumshoqroq va egiluvchan bo'ladi. Qarshilik darajasi yuqori bo'lganda rigidlik haqida gapirish mumkin.

Ovoz titrashi ko‘krak qafasi devorining rezonansli tebranishi bo‘lib, bemor qo‘l bilan paypaslaganda seziladigan tovushlarni (yaxshisi past chastotada) talaffuz qilish paytida yuzaga keladi. Ovoz titrashini baholash uchun kaftlar simmetrik joylashtiriladi. Bolaga ovoz boylamlari va jaranglovchi elementlarning eng ko‘p tebranishini keltirib chiqaradigan iboralarni aytish taklif etiladi (masalan, "o‘ttiz uch," "qirq to‘rt"). Yosh bolalarda ovoz titrashini ular qichqirganda yoki yig‘laganda ham aniqlash mumkin.

O‘pka perkussiyasini o‘tkazishda bolaning to‘g‘ri holatini ta’minlash kerak, shunda ko‘krak qafasining ikkala yarmi simmetrik bo‘ladi. Agar holat noto‘g‘ri bo‘lsa, tovushlar turlicha bo‘ladi, bu esa talqinda xatolarga olib kelishi mumkin. Orqani perkussiya qilganda, chaqaloqqa qo‘llarini ko‘kragiga qo‘yib, biroz oldinga egilishni taklif qilish mumkin. Ko‘krak qafasining oldingi tomonini perkussiya qilish uchun bola qo‘llarini tana bo‘ylab tushirishi kerak. Erta yoshdagi bolalarda ko‘krakning oldingi qismini ular chalqancha yotganda perkussiya qilish eng qulaydir. Perkussiya uchun bolaning orqasi o‘tirg‘iziladi, bunda yosh bolalarni ushlab turish kerak. Agar bola boshini ushlab turishni bilmasa, uni qorni bilan gorizontal yuzaga yoki chap qo‘lning kaftiga qo‘yib perkussiya qilish mumkin.

Perkussiyaning ikki usuli mavjud: bevosita va bilvosita.

- Bevosita perkussiya bukilgan barmoq (odatda o‘rta yoki ko‘rsatkich barmoq) yordamida amalga oshiriladi, u bemorning to‘g‘ridan-to‘g‘ri tanasiga uriladi. Bu usul ko‘proq yosh bolalar uchun qo‘llaniladi.
- Bilvosita perkussiya tekshirilayotgan sohaga kaft yuzasi bilan joylashgan boshqa qo‘lning o‘rta barmog‘i falangasiga barmoq bilan urishni nazarda tutadi. Odatda zarbalar uchun o‘ng qo‘lning o‘rta barmog‘i ishlatiladi.

Erta yoshdagi bolalarga yengil zarbalar berish tavsiya etiladi, chunki ko‘krak qafasining elastikligi va o‘lchamlari tovush tebranishlarining tez tarqalishiga yordam beradi. Bolalarda qovurg‘alar oralig‘i tor bo‘lganligi sababli, plessimetr barmoqni qovurg‘alarga perpendikulyar joylashtirish tavsiya etiladi. Sog‘lom o‘pka perkussiya qilinganda aniq o‘pka tovushi

paydo bo'ladi, u ayniqsa nafas olish balandligida aniq eshitiladi va nafas chiqarish cho'qqisida biroz pasayadi. Perkutor tovush anatomik tuzilishidagi tafovutlar tufayli turli joylarda turlicha eshitiladi: o'ng tomonda jigar joylashgan pastki bo'limlarda tovush qisqargan, chap tomonda esa me'daning yaqin joylashishi tufayli tovush timpanik xarakterga ega bo'lib, Traube bo'shlig'i deb ataladi. O'pka chegarasini topish uchun tekshirish old tomondan boshlanadi: plessimetr barmoq o'mrov suyagidan yuqoriroqqa qo'yiladi, bunda oxirgi falanga ko'krak mushagining tashqi chetiga tegib turadi. Perkussiya tovush o'zgarguncha barmoqni ko'tarib, odatda o'mrov suyagining o'rtasidan 2-4 sm yuqorida olib boriladi. Orqa tomondan cho'qqilar perkussiyasi kurak qirrasidan qirrali o'simtagacha amalga oshiriladi va tovushning birinchi qisqarishida to'xtatiladi.

Me'yorda cho'qqilarning orqada turish balandligi o'tkir qirrali o'simta darajasida aniqlanadi. Maktabgacha yoshdagi bolalarda o'pka cho'qqilari o'mrov suyagining orqasida joylashadi, natijada o'pkaning yuqori chegarasini aniqlab bo'lmaydi.

O'pkaning pastki perkutor chegaralari:

Tana chizig'i	O'ngdan	Chapdan
O'rta o'mrov	VI qovurg'a	Yurak chegaralariga mos keladigan chuqurcha hosil qiladi, ko'krak qafasidan VI qovurg'a balandligida chiqadi va pastga qarab keskin tushadi.
Oldingi qo'ltiq osti	VII qovurg'a	VII qovurg'a
O'rta qo'ltiq osti	VIII-IX qovurg'a	VII-IX qovurg'a
Orqa qo'ltiq osti	IX qovurg'a	IX qovurg'a
Kurak	X qirra	X qirra
Paravertebral	O'tkir o'simta darajasida TX- TXI	O'tkir o'simta darajasida TX- TXI

Tekshirishning boshida o'pkaning pastki chegarasi o'rta yoki orqa qo'ltiq chizig'i bo'ylab perkutor aniqlanadi. So'ngra bolaga chuqur nafas olish va o'pkaning pastki qirrasining holatini aniqlash uchun nafasni ushlab turish taklif qilinadi (belgi barmoqning aniq perkutor tovushga yo'naltirilgan tomoniga qo'yiladi). Xuddi shunday, nafas chiqarish holatida o'pkaning pastki chegarasi o'rnatiladi, bemordan nafas chiqarish va nafasni ushlab turish so'raladi.

Auskultatsiya perkussiya bilan bir xil holatda amalga oshiriladi va bunda ikkala o'pkaning simmetrik sohalari eshitiladi.

Bolani ko'zdan kechirganda burundan ajralma (seroz, shilimshiq, shilimshiq-yiringli, qonli yoki qonli) ajralayotganini, burun orqali nafas olish qiyinlashganini ko'rish mumkin. Nafas yetishmovchiligi teri, lab va til shilliq qavatlarining ko'karishi bilan namoyon bo'ladi. Yo'tal va ovozdagi o'zgarishlar nafas olish tizimi shikastlanishining eng xarakterli belgilaridan biridir. Yo'tal quruq, qattiq, akillagan, nam, balg'am ajralishi bilan kechishi mumkin.

Og'iz bo'shlig'ini tekshirishda tomoq va bodomcha bezlarining holatiga e'tibor berish kerak. Bundan tashqari, nafas olish turi (kichik yoshdagi bolalarda - diafragmal nafas olish), ko'krak qafasining shakli va harakatchanligi, ko'krak qafasining ikkala yarmi ishining sinxronligi, qovurg'alararo bo'shliqlarning tortilish xarakteri, bir daqiqada nafas olish harakatlarining chastotasi va boshqa jihatlarni hisobga olish muhimdir.

Bolalarda nafas olish tizimi kasalliklarida nafas olish tezligi va yurak urish tezligining mos kelmasligi kuzatiladi. Sog'lom bolalarda bir nafas olish harakatiga 3-4 zarba to'g'ri keladi. Bolani ko'zdan kechirishda yordamchi mushaklar (qorinning to'g'ri mushaklari, to'sh-o'mrov va ko'krak mushaklari) ishiga ham e'tibor berish kerak, bu nafas olishning qiyinlashganidan, ya'ni hansirashdan darak berishi mumkin. Chaqaloqlarda burun qanotlarining kengayishi va taranglashishi ko'pincha seziladi.

Hansirashning turli xil turlari mavjud.

-Inspirator hansirash nafas olishning qiyinlashishi bilan namoyon bo'ladi.

-Ekspirator hansirash nafas chiqarishning qiyinlashishi bilan bog'liq.

-Aralash hansirash ikkala turdagi belgilarni birlashtiradi. Stenoz nafas olish yuqori nafas yo'llaridagi to'siqlar tufayli yuzaga keladi. Bo'g'ilish xurujlari astma uchun xarakterli bo'lib, bunda nafas olish va nafas chiqarish baland va cho'ziq eshitiladi, ancha uzoq masofadan eshitiladi. Tug'ma stridor ko'krak yoshidagi bolalarda kuzatiladi va inspirator shovqin bilan namoyon bo'ladi, u odatda 2-3 yoshda o'z-o'zidan o'tib ketadi. Ko'krak qafasi palpatsiyasida og'riqni aniqlash mumkin. To'qimalar (mushaklar, nervlar, suyaklar) bilan bog'liq yuzaki og'riqni plevraning yallig'lanishidan darak beruvchi chuqur og'riqdan farqlash lozim. Plevra sohasidagi og'riqlar nafas olganda va chiqarganda kuchayadi, to'sh osti va qovurg'a osti sohasiga tarqalishi mumkin, ko'krak qafasi siqilganda kamayadi, bu esa o'pka harakatchanligini pasaytiradi.

Ovoz titrashi ko'p unli va "r" tovushini o'z ichiga olgan so'zlarni talaffuz qilishda bemorning ko'krak qafasining simmetrik joylariga qo'llarini qo'yganda aniqlanadi. Ovoz titrashining kuchayishi o'pka to'qimasi qalinlashganda va o'pkada bo'shliqlar bo'lganda kuzatiladi, bu esa ovoz yorig'igacha bo'lgan masofani qisqartiradi. Ovoz titrashining susayishi bronxlar tiqilib qolganda (o'pka ателектази) yoki bronxlar ekssudat, pnevmotoraks, plevra o'smalari ta'sirida ko'krak qafasi devoridan siljiganda ro'y beradi.

Perkussiya bukilgan barmoqlar bilan (ko'pincha ko'rsatkich va o'rta barmoqlar bilan) qovurg'alarga urish orqali amalga oshiriladi. Sog'lom odamlarda o'pka tovushi har xil bo'lishi mumkin: o'ng tomonda, jigarga yaqin pastki bo'limlarda tovush qisqa bo'lsa, chap tomonda, oshqozonga yaqin joyda timpanik xarakterga ega. Nafas olish tizimining patologiyalari perkutor tovushni o'zgartiradi: qisqarish, timpanik tovush, quticha tovushi va qarsillash paydo bo'lishi mumkin. Perkussiya o'pka chegaralarini aniqlashga ham yordam beradi.

Auskultatsiya, ya'ni fonendoskop yordamida o'pkani eshitish asosiy nafas shovqinlarini tekshirish va qo'shimcha shovqinlarni baholash imkonini beradi. Ba'zi kasalliklarda nafas olishda patologik o'zgarishlar

paydo bo'ladi, masalan, nafas yo'llarining torayishi, atelektazlar, yallig'lanish jarayonlari kabi turli sabablarga ko'ra nafas olishning susayishi kuzatiladi. Nafas olishning kuchayishi mayda va eng mayda bronxlarning torayishida, ularning yallig'lanishi yoki spazmida kuzatiladi, bu astmatik xurujlar yoki bronxiolit va isitma sharoitida sodir bo'lishi mumkin. Qattiq nafas dag'al vezikulyar nafas bo'lib, bunda nafas chiqarish nafas olishga nisbatan uzoqroq davom etadi. Nafasning bu turi odatda mayda bronxlarning shikastlanishini ko'rsatadi, bronxit va zotiljamda uchraydi. Bronxial nafas shu bilan farq qiladiki, nafas chiqarish har doim nafas olishdan kuchliroq va uzoqroq eshitiladi; uni segmentar pnevmoniyalarda yoki o'pka abssesslarida eshitish mumkin. Xirillashlar qo'shimcha tovushlar bo'lib, havo yo'llarida turli suyuqliklarning harakatlanishi yoki tebranishi natijasida paydo bo'ladi. Xirillashlar quruq va nam bo'ladi. Quruq xirillashlar: hushtaksimon, baland va past, bronxlar torayganda va quyuq balg'am chayqalganda paydo bo'lishi mumkin. Nam xirillashlar suyuqlik orqali havo o'tganda hosil bo'lib, mayda pufakchali, o'rta pufakchali va yirik pufakchali bo'lishi mumkin; ular jarangli va jarangsiz xirillashlarga bo'linadi. Pnevmoniyada jarangli xirillashlar, bronxiolit va bronxitda jarangsiz xirillashlar eshitiladi. Krepitatsiya bronxiolalarning terminal qismlari yorilganda paydo bo'ladigan alohida tovushdir. Bunday holatlarda bronxiolalar devorlari nafas chiqarishda bir-biriga yopishib qoladi va keyingi nafas olishda bir-biridan ajralib, ma'lum bir tovushni hosil qiladi. Plevra ishqalanganda hosil bo'ladigan shovqin plevraning visseral va pariyetal varaqlari bir-biriga ishqalanganda eshitiladi. Buni plevritlarda, bitishmalarda, o'smalarda, plevra silida yoki keskin suvsizlanishda kuzatish mumkin. Bronxofoniya - bu ovozning bronxlardan ko'krak qafasiga o'tishi va auskultatsiya yordamida baholanadigan hodisa. Bemor shivirlab "sh" va "ch" tovushli iboralarni aytadi, masalan, "bir piyola choy." Bronxofoniya albatta o'pkaning simmetrik qismlari ustida o'lchanadi. Uning kuchayishi pnevmoniya, sil, atelektazlarda, susayishi esa plevra bo'shlig'ida suyuqlik yoki havo bo'lganda kuzatiladi. Nafas yetishmovchiligi qonning gaz tarkibini me'yorida saqlay olmaslik yoki nafas olish tizimining me'yordan tashqari ishlashi hisobiga uni ushlab

turish bilan tavsiflanadi, bu esa organizmning funksional imkoniyatlarini pasaytiradi.

Nafas yetishmovchiligining to'rtta darajasi farqlanadi.

Birinchi darajali nafas yetishmovchiligi shunda namoyon bo'ladiki, tinch holatda klinik simptomlar yo bo'lmaydi, yoki sust ifodalangan bo'ladi. Shunga qaramasdan, yengil jismoniy zo'riqishda o'rtacha hansirash, perioral sianoz, taxikardiya kuzatiladi. Qondagi kislorod darajasi normal yoki 90% gacha pasayadi (rO2 80-90 mm sim. ust.), bunda daqiqalik nafas hajmi (DAH) oshadi, o'pkaning maksimal ventilyatsiyasi (O'MV) va nafas zaxirasi asosiy almashinuv va nafas ekvivalentining biroz oshishi fonida pasayish tendensiyasiga ega.

Ikkinchi darajali nafas yetishmovchiligida tinch holatda o'rtacha hansirash (nafas harakatlari soni me'yorga nisbatan 25% ga oshadi), taxikardiya, terining oqarishi va perioral sianoz kuzatiladi. Puls tezlashgan, arterial bosimning ko'tarilishiga moyillik va atsidoz (rN 7,3) kuzatiladi, O'MV va nafas olish chegarasi 50% dan ko'proqqa kamayadi. Qonning kislorod bilan to'yinish darajasi 70-90% ni tashkil etadi (rO2 70-80 mm sim. ust.). Kislorod bilan davolashda bemorning ahvoli yaxshilanadi.

Nafas yetishmovchiligining III darajasida nafas olishning sezilarli darajada tezlashishi (50% dan ortiq) kuzatiladi, tuproq rangidagi sianoz va yopishqoq ter paydo bo'ladi. Nafas olish yuzaki bo'lib qoladi, arterial bosim pasayadi, nafas rezervi nolgacha kamayadi. MOD ham kamayadi. Qonning kislorod bilan to'yinishi 70% dan kam (rO2 70 mm sim. ust. dan kam), metabolik atsidoz (rN 7,3 dan past), giperkapniya (rSO2 70-80 mm sim. ust.) bo'lishi mumkin.

IV darajali nafas yetishmovchiligi gipoksemik koma bilan xarakterlanadi. Bemor hushsiz, nafas olishi tartibsiz, davriy va yuzaki. Sianoz (akrotsianoz) ning aniq belgilari, bo'yin venalarining kengayishi, gipotenziya mavjud. Qonning kislorod bilan to'yinishi 50% va undan past (rO2 50 mm simob ustunidan kam), rSO2 100 mm simob ustunidan oshadi, rN esa 7,15 va undan pastga tushadi. Kislorod ingalyatsiyasi ba'zan yengillik keltirmaydi va umumiy holatni yomonlashtirishi mumkin.

QON AYLANISH A'ZOLARINING ANATOMIK-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI

Bolalarda qon aylanish sistemasi ham yoshga qarab katta o'zgarishlarga uchraydi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yurak o'ng bo'limlarining gipertrofiyasi ustunlik qiladi, bu homila ichi qon aylanishining xususiyatlari bilan bog'liq. Tug'ilgandan so'ng o'pkaning ochilishi va qon oqimi yo'nalishining o'zgarishi tufayli yuk chap qorinchaga o'tadi, bu esa uning mushak massasining asta-sekin rivojlanishiga olib keladi.

Bolalarda yurak tana vazniga nisbatan nisbatan katta o'lchamlarga ega bo'lib, uning vazni yosh o'tishi bilan organizmning o'sishiga parallel ravishda ortib boradi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yurak urishi 120-140 martagacha yetadi, o'smirlik davrida asta-sekin sekinlashib, 70-80 martagacha yetadi. Bolalarda tomir devori yuqori elastiklikka ega, biroq tomirlar tonusi pasaygan bo'lib, bu erta bolalik davrida gipotenziv holatlarga moyillikni belgilaydi.

Yurak-qon tomir tizimini tekshirishda yurak urishi tezligi, ritmi, kuchi aniqlanadi, perkussiya yordamida yurak chegaralari aniqlanadi, auskultatsiya yordamida shovqinlar, tonlar o'zgarishi aniqlanadi, bolalar manjetkasi yordamida qon bosimi o'lchanadi.

Bolalarda yurakning nisbiy to'mtoqlik chegaralari

Yurak chegaralari	Yosh, yil		
	0-2	3-7	7-12.
Yuqori Chap O'ng Yurak turtkisi	II qovurg'a So'rg'ich chizig'idan 1,5-2 sm tashqarida O'ng parasternal chiziq IV qovurg'a oralig'i, chap so'rg'ich chizig'idan 1-2 sm tashqarida	II qovurg'a oralig'i so'rg'ich chizig'idan 1-1,5 sm tashqarida Parasternal chiziqdan biroz ichkarida V qovurg'alararo soha, chap so'rg'ich chizig'idan 1 sm tashqarida	III qovurg'a So'rg'ich chizig'i To'sh suyagining o'ng chekkasiga yaqinroq V qovurg'a oralig'i, so'rg'ich chizig'idan 0,5-1 sm ichkarida

Barcha yoshdagi bolalarda puls kattalarga qaraganda yuqori bo'ladi, bu metabolizmning faolligi va yurakning vagus innervatsiyasining nisbatan kech shakllanishi bilan bog'liq. Kichkintoylarda puls chastotasi sezilarli darajada o'zgarib turadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda puls notekis bo'lib, alohida puls to'lqinlari va ular orasidagi intervallarning davomiyligi va ritmikligida farqlar mavjud. Tomir urishiga har xil omillar, masalan, yig'lash yoki ovqatlanish katta ta'sir ko'rsatadi. Jismoniy mashqlar bilan shug'ullanadigan bolalarda puls chastotasi kam harakatli tengdoshlariga nisbatan past bo'ladi. Arterial bosimning ko'tarilishi hayotning dastlabki 2-3-yilida va balog'atga yetish davrida ancha tez sodir bo'ladi.

Bolalarda puls chastotasi (A. F. Tur bo'yicha)

Yosh	Bir daqiqadagi puls	Yosh	Bir daqiqadagi puls
Chaqaloqlar	135 - 140	7 yil	85 - 90
6 oy	130 - 135.	8 yil	80 - 85
1 yil	120 - 125	9 yil	80 - 85
2 yil	110 - 115.	10 yil	78 - 85
3 yil	105 - 110	11 yosh	78 - 82
4 yil	100 - 105	12 yosh	75 - 82
5 yil	98 - 100	13 yosh	72 - 80
6 yil	90 - 95	14 yosh	72 - 78

Yosh ulg'aygan sari qonning zarbali va daqiqalik hajmi ortadi, umumiy periferik qarshilik kamayadi.

Bolalarda yurak-qon tomir tizimini tekshirish usullari

Yurak kasalliklari bilan og'rigan bolalarni tekshirishda ko'krak qafasining shaklida turli o'zgarishlar, jumladan, yurak sohasida bo'rtib chiqishi, ya'ni yurak bukriligi aniqlanishi mumkin. Yurak-qon tomir yetishmovchiligida qo'l-oyoqlarning distal qismlarida, ya'ni kaft, oyoq panjalari, barmoq uchlarida ko'karish kuzatiladi. Yurak sohasini paypaslash uchun o'ng qo'ldan foydalaniladi, bunda kaftning asosi to'sh suyagiga qo'yiladi. Ko'zdan kechirish yurak sohasidagi butun qo'l panjasini paypaslashdan boshlanadi, so'ngra II-IV barmoqlar yordamida yurak cho'qqisi turtkisi baholanadi.

Cho'qqi turtkisining joylashuvi quyidagicha aniqlanadi:

• Gorizontal yo'nalishda: 1,5 yoshgacha IV qovurg'a oralig'ida, keyin V qovurg'a oralig'ida joylashadi.

• Vertikal bo'yicha: 2 yoshgacha - chap o'rta o'mrov chizig'idan 1-2 sm tashqariga, 2 yoshdan 7 yoshgacha - undan 1 sm tashqariga.

7 yoshdan 12 yoshgacha - o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab

12 yoshdan katta - chap o'rta o'mrov chizig'idan 0,5 sm ichkariga.

Kaft yoki barmoq bilan paypaslab, stenozlarda kuzatiladigan mushuk xirillashi deb ataladigan alomatni aniqlash mumkin.

Ko‘krak qafasini perkussiya qilish usuli bilan yurak chegaralari aniqlanadi.

Turli yosh guruhlaridagi bolalarda yurak chegaralari:

Chegara	Bolalarning yoshi		
Nisbiy yurak to‘mtoqligi			
	2 yilgacha	**2-6 yosh**	**7-12 yosh**
Yuqori	2 qovurg‘a	2 qovurg‘alararo	3 qirra
Chap	Chap so‘rg‘ich chizig‘idan 2-1 sm tashqarida	So‘rg‘ich chizig‘i bo‘ylab	Chap so‘rg‘ich chizig‘idan 1 sm ichkarida
O‘ng	O‘ng sternal chizig‘i bo‘ylab	parasternal chiziqdan 2-1 sm ichkarida	To‘sh suyagining o‘ng chetidan 0,5-1 sm tashqariga
mutlaq yurak to‘mtoqligi			
Yuqori	3 qirra	3. qovurg‘alararo	4 qirra
Chap	So‘rg‘ich atrofi aylanasining tashqi chekkasi bo‘ylab	O‘rta o‘mrov chizig‘i bo‘ylab	O‘rta o‘mrov chizig‘idan ichkariga
O‘ng	To‘sh suyagining chap chekkasi		
To‘mtoqlanish sohasining ko‘ndalang kesimi	2-3	4.	5-5,5

Auskultatsiya. Bolada yurakni tekshirish turli holatlarda, asosan nafas olishda, nafasni ushlab turish paytida va to‘liq nafas chiqarish paytida amalga oshiriladi. Eshitish uchun maxsus pediatrik egiluvchan

stetoskoplar qo'llaniladi, ularning og'iz bo'shlig'i diametri 20 mm dan oshmasligi kerak. Kichik yoshdagi bolalarda yurak auskultatsiyasini qo'llarni yoyib va mahkamlab yotgan holatda yoki bolaning qo'llari yon tomonlarga ochilgan holda o'tirgan holatda o'tkazish yaxshiroqdir. Kattaroq yoshdagi bolalarda auskultatsiya turli holatlarda: tik turgan, chalqancha yotgan yoki chap yonboshda bajarilishi mumkin. Yurak ishlaganida yurak tonlari deb ataladigan tovush hodisalari paydo bo'ladi. I ton mitral va trikuspidal klapanlarning yopilishi, miokard va aorta hamda o'pka poyasining boshlang'ich qismlarining tebranishi natijasida hosil bo'ladi. II ton diastola boshlanishida aorta va o'pka poyasi yarimoysimon klapanlarining yopilishi natijasida yuzaga keladigan tebranishlar tufayli paydo bo'ladi. Tonlar intensivligi fonendoskop va tovush hosil qiluvchi klapanlar orasidagi masofaga bog'liq.

Umumiy qabul qilingan turtkilar va auskultatsiya tartibi:

Cho'qqi turtkisi sohasi - tovush hodisalari mitral qopqoq yopilganda eshitiladi, chunki tebranishlar chap qorinchaning zich mushaklari tomonidan samarali uzatiladi va sistola paytida yurak cho'qqisi ko'krakning old devoriga eng yaqin bo'ladi. To'sh suyagining o'ng tomonidagi ikkinchi qovurg'a oralig'ida - aorta klapanlaridan tovush hodisalarini eshitish mumkin, chunki ular ko'krak qafasining oldingi devoriga yaqin joylashgan.

To'sh suyagining chap tomonidagi ikkinchi qovurg'a oralig'ida - o'pka arteriyasining yarimoysimon klapanlaridan tovush hodisalarini aniq eshitish mumkin.

To'sh suyagining xanjarsimon o'simtasi asosi sohasida - uch tavaqali klapandan tovush effektlarini qayd etishga muvaffaq bo'linadi.

Botkin - Erba nuqtasi (chap tomonda 3-4 qovurg'alar to'sh suyagiga qo'shiladi) - bu yerda mitral va aortal klapanlardan tovush hodisalari eshitiladi.

Maktabgacha yoshdagi bolalarda yurak auskultatsiyasini nafas to'xtab turganda o'tkazgan ma'qul, chunki nafas shovqinlari tekshirishni qiyinlashtirishi mumkin. Dastlab ritmning to'g'riligiga, so'ngra tovushlarning yangrashiga va ularning auskultatsiyaning turli joylaridagi nisbatiga e'tibor berish kerak (I tovush uzoq pauzadan keyin keladi va

cho'qqi turtkisi bilan mos keladi, I va II tovushlar orasidagi pauza II va I tovushlar orasidagiga qaraganda qisqaroq bo'ladi). Barcha yosh guruhlaridagi bolalarda yurak cho'qqisida va xanjarsimon o'simta sohasida I ton II tonga nisbatan balandroq eshitiladi, biroq hayotining dastlabki kunlarida ular deyarli teng bo'ladi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda aorta va o'pka arteriyasidagi I ton II ton bilan taqqoslaganda kuchliroq ifodalanadi, bu arterial bosimning pastligi va tomirlar diametrining kattaligi bilan bog'liq. 12-18 oyga kelib, yurak asosidagi I va II ton kuchi tenglashadi, 2-3 yoshda esa II ton ustunlik qila boshlaydi. Botkin nuqtasida I va II tonlar balandligi taxminan bir xil. 80% bolalarda yurak yoki yirik tomirlarning anatomik shikastlanishi bilan bog'liq bo'lmagan yurak sohasidagi qo'shimcha tovush effektlari - funksional shovqinlar aniqlanishi mumkin.

Funksional shovqinlar yurakning turli bo'limlari notekis o'sishi, uning kameralari va teshiklari bir-biriga mos kelmasligi, tomirlar devorining diametri va qalinligi o'zgarishi natijasida qonning turbulentligi oshishi va klapan tavaqalarining tebranishi tufayli yuzaga keladi.

Gemodinamikaga ta'sir qilmaydigan kichik anomaliyalar tufayli yuzaga keladigan shovqin yirik tomirlarning nisbiy torayishi, shuningdek endokardning trabekulyar yuzasi arxitekturasining individual xususiyatlarini ifodalaydi. Bu jihatlarga papillyar mushaklar va xordalarning o'ziga xos tuzilishi va joylashuvi kiradi, bu esa qo'shimcha qon turbulentligiga olib keladi.

Korotkov usulida qon bosimini o'lchash uchun aneroid tonometrlar (auskultativ usul), shuningdek, bolaning yoshiga yoki yelka aylanasiga mos keladigan manjetlardan foydalaniladi. Turli yosh toifasidagi bolalar uchun manjetlarning o'lchamlari quyidagicha: 1 yoshgacha - 3,5 dan 7 sm gacha, 2 yoshgacha - 4,5 dan 9 sm gacha, 4 yoshgacha - 5,5 dan 11 sm gacha, 7 yoshgacha - 6,5 dan 13 sm gacha, 10 yoshgacha - 8,5 dan 15 sm gacha. Manjet yelkaga shunday qo'yiladiki, u teriga zich tegib tursin, 1-2 barmoq uchun joy qolsin; uning cheti tirsak chuqurchasidan 2 sm yuqorida bo'lishi kerak.

O'lchash bolaning o'tirgan holatida amalga oshiriladi. Qo'l stol ustida kaftini yuqoriga qilib, mushaklar to'liq bo'shashgan holatda turadi. Arteriya pulsatsiyasi sezilmay qoladigan darajagacha, ya'ni simob ustuni hisobida 30-40 mm dan ortiq bosimgacha havo haydaladi. Stetoskop o'rnatilgandan so'ng bosim asta-sekin pasaytiriladi va tonlarning paydo bo'lish va yo'qolish lahzalari qayd etiladi. Muolaja uch marta takrorlanib, o'lchangan eng kichik bosim yozib olinadi.

Bolalarda kerakli qon bosimini hisoblash formulalari

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda sistolik arterial bosimning taxminiy darajasi quyidagi formula bo'yicha hisoblanadi: 76 + 2n, bu yerda n - oylar soni, 76 - yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun sistolik arterial bosimning o'rtacha qiymati. Katta yoshdagi bolalar uchun sistolik AB ni quyidagicha aniqlash mumkin: 90 + 2n, bu yerda n - yillar soni. Bunda ikkala tomonga 15 mm sim. ust. gacha og'ishlarga yo'l qo'yiladi.

Diastolik arterial bosimga kelsak, hayotining birinchi yilidagi bolalarda u sistolik bosimning taxminan 2/3 - 1/2 qismini tashkil etadi. Kattaroq yoshdagi bolalarda diastolik AB quyidagi formula bo'yicha hisoblanadi: 60 + n, bu yerda n-yillar soni. O'smirlar uchun diastolik bosimning yuqori chegarasi 80 mm sim. ust.

Periferik arteriyalarni palpatsiya qilish ularning pulsatsiyasi xarakterini va tomir devorlarining holatini baholashga imkon beradi.

Bolalarda puls diagnostikasi yirik tomirlar, jumladan, bilak, chakka, uyqu, son va oyoq panjasi orqa arteriyalarini paypaslash orqali amalga oshiriladi.

- Puls parametrlari: ritm, chastota, kuchlanish, to'ldirish.
- Ritm bir xil vaqt oralig'idagi zarbalar soni bilan baholanadi;
- Bolalarda puls chastotasi faqat bir daqiqada o'lchanadi;
- Pulsning tarangligi arteriyani to'xtatish uchun uni bosish kerak bo'lgan kuch bilan belgilanadi;
- Pulsning to'lishi - bu arteriyadagi qon hajmi bo'lib, zarb hajmi va umumiy qon tomir hajmiga bog'liq;
- Puls o'lchami arteriyaning cho'zilish darajasiga bog'liq.

HAZM ORGANLARINING ANATOMIK-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI

Ovqat hazm qilish sistemasi organlariga og'iz bo'shlig'i, qizilo'ngach, me'da, o'n ikki barmoq ichak, ingichka va yo'g'on ichak, me'da osti bezi, jigar, o't yo'llari kiradi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va erta yoshdagi bolalarda ovqat hazm qilish tizimi funksional shakllanish bosqichida bo'lib, ular uchun eng yaxshi ovqat turi ona suti bo'lib qoladi. Chaqaloqlarning og'iz bo'shlig'i nisbatan kichik bo'lib, uning tuzilishi samarali so'rish jarayoniga moslashgan: yirik til porshen kabi ishlaydi va og'iz ichida manfiy bosim hosil qiladi. Bu sutning tutilishini kuchaytirishga yordam beradi. So'rishning qo'shimcha yaxshilanishi lablarda ko'ndalang valiklar, milk shilliq qavatining burmalari va lunjlar sohasida zich yog'li hosilalar - Bish kesakchalari mavjudligi bilan ta'minlanadi. Chaqaloqlarning og'iz bo'shlig'i shilliq qavati yupqa, o'rtacha quruq, qon tomirlarga boy bo'lib, oson jarohatlanadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda so'lak bezlarining funksiyasi dastlab zaif ifodalangan, ammo hayotning to'rtinchi oyiga kelib so'lak ajralish faolligi sezilarli darajada oshadi - bu rivojlanishning fiziologik bosqichi. Bolalarning oshqozoni doimiy shaklga ega emas: uning konfiguratsiyasi iste'mol qilinadigan ovqatning hajmi va xususiyatiga qarab o'zgaradi. Oshqozon tubi sohasida mushak qavatining zaifligi va kardial bo'limning kengayishi tez-tez qusish va qayt qilishga yordam beradi, bunga pilorik sfinkterning ifodalanganligi ham yordam beradi. Chaqaloqlarning oshqozon shilliq qavati bezlari kattalarniki bilan bir xil bo'lib, xlorid kislota, pepsin va lipaza ishlab chiqaradi, ammo bu fermentlarning faolligi yoshga, ovqatlanish turiga va organizmning umumiy holatiga bog'liq.

Bolaning ichagi ham bir qator o'ziga xos anatomik xususiyatlarga ega: u yetarlicha uzun, shilliq qavati yaxshi rivojlangan, qon tomirlari va limfa tuzilmalariga boy. Mushak qavatining yetarli darajada yetilmaganligi ichak devorini zaif qilib qo'yadi, bu esa o'tkazuvchanlikning buzilishi yoki invaginatsiya kabi harakat

buzilishlarining rivojlanish xavfini oshiradi. Chaqaloqlarda to'g'ri ichak sezilarli uzunligi va shilliq va shilliq osti qavatlarining zaif fiksatsiyasi bilan ajralib turadi, bu esa tez-tez yoki kuchli ich kelganda uning tushishiga olib keladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda distant hazmni ta'minlovchi a'zolar: jigar, oshqozon osti bezi, so'lak bezlari funksional jihatdan yetilmagan bo'ladi. Biroq, enteral ovqatlanish oshqozon hajmining tez o'sishini rag'batlantiradi. Hayotning birinchi yili oxiriga kelib oshqozon shirasida xlorid kislota barqaror ishlab chiqarila boshlaydi. Oshqozon osti bezi tug'ilganda sutning yengil hazm bo'ladigan tarkibiy qismlarini hazm qilish qobiliyatiga ega, qo'shimcha ozuqa kiritilishi bilan uning fermentlari faolligi sezilarli darajada oshadi. Jigar nisbatan katta bo'lsa-da, to'liq ishlamaydi, lekin o't kislotalari hosil bo'lishini asta-sekin ko'paytiradi. Bola hayotining dastlabki oylarida ichak kompensator rolni o'ynaydi: membrana hazmi enterotsitlar fermentlari va me'da osti bezi sekretsiyasi bilan faol ta'minlanadi. Kraxmalli qo'shimcha ovqatlanishning boshlanishi bilan so'lak va oshqozon osti bezi amilazasi faolligining ahamiyati keskin ortadi.

Bola ichagining mikrobiotasi ovqatlantirish turiga chambarchas bog'liq: tabiiy ovqatlantirishda foydali bifidus-bakteriyalar ustunlik qiladi, sun'iy yoki aralash ovqatlantirishda esa ichak tayoqchalari ustunlik qiladi. Hayotining birinchi yilidagi bolalarda defekatsiya chastotasi kattalardagi ko'rsatkichlardan yuqori bo'ladi: yangi tug'ilgan chaqaloqlar kuniga 4-5 marta, bir yoshga to'lganda - kuniga 1-2 marta defekatsiya qiladi. Ichak epiteliysi, fermentlar va qog'onoq suvlaridan hosil bo'lgan birlamchi axlat (mekoniy) bola hayotining dastlabki 2-3 kunida ajraladi. Keyinchalik odatdagi axlat o'rnatiladi: tabiiy ovqatlantirishda u sariq rangga, pastasimon konsistensiyaga va nordon hidga ega bo'ladi; sun'iy ovqatlantirishda - zichroq, to'qroq va chirigan hidga ega bo'ladi.

Bolaning jigari bir qator xususiyatlari bilan ajralib turadi: a'zo tana vazniga nisbatan kattaroq, jigar hujayralari yetilmagan, to'qima tomirlarga boy. Erta yoshdagi o't tarkibida o't kislotalari, xolesterin va letsitin kam, lekin suv, mutsin va pigmentlarga boy bo'ladi.

Ovqat hazm qilish a'zolarini tekshirish usullari

Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklarining diagnostikasi bemorni sinchiklab so'rab-surishtirishdan boshlanadi: qorindagi og'riqlarning tabiati, joylashuvi va ovqat qabul qilish bilan bog'liqligini, kekirish, jig'ildon qaynashi, qusish yoki qayt qilishning mavjudligini aniqlash, najasning xususiyatlarini - uning konsistensiyasi, rangi, chastotasi va patologik aralashmalar mavjudligini baholash muhimdir.

Qorinni ko'zdan kechirishda uning shakliga, nafas olishdagi harakatiga, venoz naqshiga alohida e'tibor beriladi. Palpatsiyada og'riq, mushaklar taranglashuvi, peritoneal simptomlar, jigar, taloq va oshqozon osti bezi o'lchamlari, ichak xususiyatlari aniqlanadi.

Instrumental diagnostika usullari orasida quyidagilar qo'llaniladi:

- Qizilo'ngach shilliq qavatining holati, oshqozonning shakli va o'lchamlari, motor faolligi va o'n ikki barmoqli ichakning holati haqida tasavvur beradigan oshqozonning kontrastlangan (bariy sulfat) rentgenografiyasi.
- Irrigografiya - yo'g'on ichakni huqna orqali kontrast modda yuborib rentgenologik tekshirish, bunda rivojlanish anomaliyalari, poliplar, o'smalar, invaginatsiya, shuningdek yallig'lanish kasalliklari (Kron kasalligi, yarali kolit) aniqlanadi.

Biliar tizimni baholash uchun quyidagilardan foydalaniladi:

- Xoletsistografiya: kontrast modda yuborish o't pufagi va o't yo'llarining shakli, o'lchamlari va joylashishini ko'rish imkonini beradi. O't haydovchi nonushtadan so'ng o't pufagining qisqaruvchanligi baholanadi, bu gipo- va gipermotor diskineziyani tashxislash uchun muhimdir.

Jigar, o't pufagi va oshqozon osti bezining ultratovush tekshiruvi bolalar amaliyotida a'zolarning o'lchamlari, parenximaning tuzilishi va o't yo'llarining holatini baholash uchun xavfsiz va yuqori ma'lumotli usul sifatida keng qo'llaniladi.

Endoskopik usullar (ezofagogastroduodenoskopiya, rektoromanoskopiya, kolonoskopiya) oshqozon-ichak trakti shilliq qavatini to'g'ridan-to'g'ri tekshirish va gistologik tahlil uchun maqsadli

biopsiya o'tkazish imkonini beradi. Laparoskopiya qorin bo'shlig'ini ko'rish va tashxisni aniqlashtirish uchun ishlatiladi.

Qonning biokimyoviy tekshiruvlari oshqozon-ichak trakti kasalliklarini tashxislashda muhim rol o'ynaydi. Glyukoza, oqsillar, bilirubin, xolesterin, fibrinogen, protrombin, transaminazalar (AST, ALT, LDG) va ishqoriy fosfataza miqdori aniqlanadi.

Koprologik tekshirish tashxis qo'yishda almashtirib bo'lmaydigan usul hisoblanadi: najasni tekshirish natijasida hazm bo'lmagan ovqat qoldiqlari, shilimshiq, qon, gelmintlar va sodda hayvonlar tuxumlari aniqlanadi.

Shubhasiz, mana aslligi yaxshilangan, tuzilishi va mazmuni saqlangan qayta ishlangan matn:

SIYDIK HOSIL QILISH VA SIYDIK AJRATISH ORGANLARINING ANATOMIK-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI

Buyraklar organizmda asosiy vazifalarni bajaradi: hujayra tashqarisidagi suyuqlik tarkibini tartibga soladi va kislota-asos muvozanatini saqlaydi, shuningdek, metabolitlar va toksinlarni tanadan chiqarishda ishtirok etadi. Tug'ilish paytida buyraklarning og'irligi taxminan 10-12 grammni tashkil qiladi. Hayotining birinchi yilida u uch baravar, 15 yoshda esa o'n baravar ko'payadi. Bolalarda buyrakning tuzilishi bo'lakchaliligi va po'stloq qavatining yetarlicha rivojlanmaganligi bilan ajralib turadi. To'qimasi yumshoq, biriktiruvchi to'qimali qatlamlari kuchsiz ifodalangan. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda koptokchalar bir-biriga yaqin joylashgan. Ikki yoshgacha nefronlar yaxshi rivojlanmaydi, koptokcha kapsulasining visseral varag'i kubsimon epiteliydan iborat bo'lib, filtratsiya jarayoni qiyinlashadi. 2 yoshdan 4 yoshgacha bo'lgan davrda kubsimon epiteliy elementlari saqlanib qoladi, shundan so'ng koptokcha yetuk tuzilishga ega bo'ladi.

Bir yoshdan keyin koptokchalarda siydik filtratsiyasi kattalarnikiga yaqinlashadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kanalchalarning anatomik xususiyatlari ularni qisqartiradi va toraytiradi, bu esa hayotining birinchi

yilidagi bolalarda reabsorbsiyani kamaytiradi. Buyrak jomlari yaxshi rivojlangan, lekin mushak va elastik to'qimalari sust ifodalangan. Buyrak limfa tomirlarining ichak tomirlari bilan aloqada bo'lishi infeksiyaning ichakdan buyrakka oson o'tib, piyelonefritga sabab bo'lishi mumkin. Kichkintoylarda jomchalar odatda buyraklar ichida joylashgan. Bolalarda siydik yo'llari mutanosib ravishda kengroq va ko'p egriliklarga ega. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda siydik pufagi kuchsiz rivojlangan, lekin uning shilliq qavati yaxshi ifodalangan va yuqorida joylashgan bo'lib, uni paypaslash osonlashadi. Hayotning birinchi yilida uretraning ichki teshigi qov birlashmasining yuqori chekkasi darajasida bo'ladi.

O'g'il bolalarda siydik chiqarish kanali bolalik davrida (5-6 sm) kattalarga (14-18 sm) nisbatan uzunroq bo'ladi. Qizlarda bu kanal qisqaroq (1-2 sm), ammo kengroq bo'lib, bu kateterizatsiya va sistoskopiya kabi tibbiy muolajalarni o'tkazish uchun muhimdir. Bolalarda siydik miqdori va tarkibi yoshga qarab o'zgarib, siydik miqdori ko'payib boradi. Atrof-muhit harorati va ichimlik rejimi diurezga ta'sir qiladi: yuqori haroratda siydik hajmi kamayadi, past haroratda esa ko'payadi. Siydik zichligining pastligi kanalchalar reabsorbsiyasi xususiyatlari bilan bog'liq. Siydikning kimyoviy tahlili shuni ko'rsatadiki, bir yoshdan keyin fosfatlar, kaliy va xloridlarning ajralishi ko'payadi, siydik kislotasi darajasi esa barqaror bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda hayotining uchinchi-to'rtinchi kunlarida siydik kislotasi miqdori eng yuqori darajaga yetadi, bu esa siydik kislotali buyrak infarktiga olib kelishi mumkin.

Siydik hosil qiluvchi va siydik ajratish a'zolari shikastlanishining simptomatikasi va belgilari anamnezda siydik miqdori, tez-tez siyish, siyish paytida og'riq va siydik rangining o'zgarishi. Siydik qo'ng'ir-qizil rangda bo'lishi mumkin (gematuriya), yiring va tuzlar tufayli loyqa bo'ladi (piuriya). Siydikning rangi dori-darmonlar va ovqat ta'sirida ham o'zgarishi mumkin. Buyrak kasalliklarida bosh og'rig'i, bel og'rig'i, shishlar, teri rangining o'zgarishi kuzatiladi. Qorinni paypaslaganda buyraklarning kattalashganini yoki siljiganini aniqlash mumkin.

Siydik tahlili siydikning fizik va kimyoviy xususiyatlarini, cho'kmasini tekshirishni o'z ichiga oladi. Normal siydik tiniq bo'ladi,

uning loyqalanishi tarkibida tuzlar, hujayra elementlari yoki shilimshiq ko'pligini ko'rsatadi. Kimyoviy tahlillar oqsil, o't pigmentlari va boshqa moddalar darajasini aniqlaydi. Cho'kmaning mikroskopik tahlilida leykotsitlar, eritrotsitlar va boshqa elementlar aniqlanadi. Tashxis qo'yish uchun Addis-Kakovskiy va Nechiporenko usullari bo'yicha sutkalik siydik yig'ish, sutkalik diurez va siydik zichligini baholash uchun Zimnitskiy sinamasi o'tkaziladi.

Instrumental usullarga umumiy rentgen, ekskretor urografiya, radioizotop tekshirishlar yordamida siydik yo'llarining anatomiyasi va funksional holatini aniqlash kiradi. Sistoskopiya va buyrak angiografiyasi siydik yo'llari va buyrakning qon bilan ta'minlanishini tekshiradi. Buyrak biopsiyasi buyrak to'qimasini morfologik baholash uchun o'tkaziladi.

Bolalarning jismoniy va jinsiy rivojlanishiga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan endokrin patologiyalarni ham hisobga olish muhimdir. Rentgenografiya, ultratovush, biokimyoviy va sitogenetik tahlillarni o'z ichiga olgan kompleks tekshiruv o'tkaziladi.

Quyida hajmi, tuzilishi va ilmiy ma'nosini saqlab qolgan, originalligi va ravonligi oshirilgan qayta ishlangan va takomillashtirilgan matn keltirilgan:

BOLALARDA ASAB TIZIMINING ANATOMIK-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI

Asab tizimining shakllanishi embrion rivojlanishining birinchi haftasidayoq boshlanadi. Bosh miya neyrogenezining eng yuqori cho'qqisi homila hayotining 10-18-haftasiga to'g'ri kelib, markaziy nerv sistemasi shakllanishining muhim bosqichi hisoblanadi. Agar katta yoshli odamning neyronlari sonini 100% deb olsak, bola tug'ilganda bu sonning atigi 25% ga yaqini, olti oyligida - 66%, hayotining birinchi yilida esa 90-95% shakllangan bo'ladi.

Bolalarda boshning nisbiy og'irligi kattalarnikidan ancha ortiq bo'ladi: yangi tug'ilgan chaqaloqda bosh tana og'irligining 1/8-1/9 qismini, bir yashar bolada 1/11-1/12 qismini, besh yashar bolada 1/13-1/14 qismini, katta odamda esa 1/4 qismini tashkil etadi. Yangi tug'ilgan

va erta yoshdagi bolalarning nerv sistemasi morfologik jihatdan yetilmaganligi bilan ajralib turadi. Faqat birinchi yarim yillikning oxiriga kelib, miya tuzilishi kattalar miyasi bilan makroskopik o'xshashlikka ega bo'ladi. Miya massasi yangi tug'ilgan chaqaloqda 360-370 g dan olti oylikda 600 g gacha, hayotining birinchi yili oxirida 900 g gacha ortadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning katta yarim sharlari past darajadagi differensiatsiyaga ega. O'tkazuvchi yo'llar, piramidal yo'llardan tashqari, yetarlicha rivojlangan, piramidal yo'llarning miyelinizatsiyasi esa faqat hayotning 5-6 oyidan keyin boshlanadi. Asab tizimining jadal rivojlanishi dastlabki uch oyda eng faol sodir bo'ladi. Neyronlarning to'liq differentsiatsiyasi uch yoshda tugaydi va sakkiz yoshda miya po'stlog'i tuzilishi bo'yicha kattalarnikidan deyarli farq qilmaydi.

Bolalarda bosh miya kattalarnikiga qaraganda ancha ko'p qon oladi, chunki kapillyarlarning zich tarmog'i tug'ilgandan keyin ham shakllanishda davom etadi. Biroq, chaqaloqlarda miyadan qonning oqib ketishi boshqacha tashkil etilgan bo'lib, bu turli kasalliklarda toksinlarning to'planishiga moyillik tug'diradi va bu yoshda infeksiyalarning ko'pincha toksik shaklini tushuntiradi.

Bolalarda miya to'qimasi intrakranial bosimning o'zgarishiga juda sezgir. Likvor bosimining ko'tarilishi tezda neyronlarda degenerativ o'zgarishlarga olib keladi, surunkali intrakranial gipertenziya esa asab hujayralarining atrofiyasi va nekrozini keltirib chiqarishi mumkin, masalan, tug'ma gidrotsefaliyada.

Miyaning qattiq pardasi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yupqa bo'lib, kalla suyagi asosi suyaklari bilan zich birikadi. Vena sinuslari nisbatan tor va kattalarnikiga qaraganda kamroq zichlashgan. Yumshoq va to'rsimon pardalar juda yupqa, subdural va subaraxnoidal bo'shliqlar kichik, ammo bazal sisternalar nisbatan katta. Miya suv yo'li (Silviy kanali) yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kattalarga qaraganda kengroq bo'ladi.

Nerv sistemasi rivojlanishi bilan miyaning kimyoviy tarkibi ham o'zgaradi: suv miqdori kamayadi, oqsillar, nuklein kislotalar, lipoproteidlar konsentratsiyasi ortadi. Orqa miya tug'ilish paytida bosh miyaga qaraganda ko'proq rivojlangan, ammo bo'yin va bel qalinlashmalari faqat uch yoshga kelib shakllanadi.

Orqa miya massasi va uzunligining o'sish sur'ati bosh miya rivojlanishidan orqada qoladi. 10 oylikda orqa miya massasi 2 marta, 3-5 yoshda esa 3 marta ortadi. Orqa miyaning uzunligi 7-10 yoshda ikki baravar ortadi, lekin umurtqa pog'onasi tezroq o'sadi, shuning uchun ot dumi asta-sekin yuqoriga ko'tariladi. Miya to'qimasiga zarar yetkazmaslik uchun lyumbal punksiya o'tkazishda buni hisobga olish kerak.

Ichki bosh miya nervlarining miyelinizatsiya jarayoni 3 oyda, periferik nervlarniki esa 3 yoshda tugaydi. Vegetativ nerv sistemasi bola tug'ilganidan boshlab ishlay boshlaydi, tomirlar tonusini, moddalar almashinuvi jarayonini va ichki organlar ishini boshqaradi. Biroq, uning regulyator mexanizmlari yangi tug'ilgan chaqaloqlarda beqarorligi bilan ajralib turadi va tashqi muhitning noqulay omillari ta'sirida buzilishi mumkin.

Chaqaloqlik davri bola hayotida muhim bosqich hisoblanadi. Tug'ruqni olib borishda yo'l qo'yilgan xatolar yoki bu davrda yetarlicha parvarish qilmaslik, ayniqsa tug'ruqdan keyingi dastlabki kunlarda yuqori kasallanish va o'limga olib kelishi mumkin. Aynan shu vaqtda bola hayotiy muhim funksiyalarni - nafas olish, termoregulyatsiya va ovqatlanishni birinchi marta mustaqil ravishda amalga oshiradi, bu esa alohida e'tiborni talab qiladi.

Bolalikni yoshga oid davrlashtirish bir necha bosqichlarni o'z ichiga oladi. Ona qornidagi davr homila paydo bo'lgandan to tug'ruqqacha davom etadi va ikki davrga bo'linadi: embrional rivojlanish davri (homila paydo bo'lgandan to 11-12 haftalik homiladorlikgacha) va yo'ldoshning o'sish davri (11-12 haftadan to tug'ruqqacha).

Chaqaloqlik davri yoki neonatal bosqich bola hayotining dastlabki 28 kunini o'z ichiga oladi. U erta neonatal davr (tug'ilgandan 7 kungacha) va kechki neonatal davr (hayotning 8 kunidan 28 kunigacha) ga bo'linadi. Bachadon ichi rivojlanishining 22 haftasidan boshlanib, tug'ilgandan keyin 7 kungacha davom etadigan perinatal davr alohida ajratiladi. Perinatal davr ham antenatal (22 haftadan tug'ruq boshlanguncha), intranatal (tug'ruq vaqti) va erta neonatal davrlarga bo'linadi.

Keyingi yosh bosqichlari: ko'krak yoshi (28 kundan 1 yoshgacha), sut tishlari davri (1-6 yosh), kichik maktab yoshi (6-12 yosh) va balog'atga yetish davriga to'g'ri keladigan katta maktab yoshi (12-15 yosh).

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar haqidagi fan neonatologiya faqat XX asrda tibbiyotning mustaqil yo'nalishi sifatida ajralib chiqdi. "Neonatologiya" va "neonatolog" atamalari 1960-yilda amerikalik pediatr Aleksandr Shaffer tomonidan taklif qilingan. Atama yunoncha "neos" (yangi), lotincha "natus" (tug'ilgan), yunoncha "logos" (ta'limot) so'zlaridan kelib chiqqan.

Perinatal va chaqaloqlar o'limi ko'rsatkichlarini kamaytirish uchun turli ixtisoslikdagi shifokorlar - akusher-ginekologlar, pediatrlar, genetiklar, reanimatologlarning yaqin hamkorligi talab etiladi. Bu jarayonda zamonaviy uskunalar bilan jihozlangan perinatal markazlar asosiy rol o'ynaydi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar salomatligi buzilishining xavf omillari turli bosqichlarda - homiladorlikdan oldin, homiladorlik davrida, tug'ruq jarayonida va tug'ruqdan keyingi davrda paydo bo'lishi mumkin. Ular prenatal, intranatal va postnatal turlarga bo'linadi.

Patologiyalar rivojlanishining oldini olish uchun xavf omillarini o'z vaqtida aniqlash muhim. Homilador ayolning ahvolini baholash kamida uch marta: homiladorlikning dastlabki muddatlarida, muddatning o'rtalarida va tug'ruq paytida o'tkazilishi kerak. Kompleks tahlil genealogik anamnezni (irsiy va almashinuv kasalliklari), ijtimoiy-biologik anamnezni (ota-onalarning yoshi, yashash sharoitlari, kasbiy zararlar), akusher-ginekologik anamnezni (homiladorlik, tug'ruq tarixi, ekstragenital patologiyaning mavjudligi) o'rganishni o'z ichiga oladi.

Ushbu homiladorlikning kechish xususiyatiga alohida e'tibor beriladi: toksikozlar, homila tushish xavfi, preeklampsiya, rezus- va AVO-sensibilizatsiya, infeksiyalar, homila holatining o'ziga xos xususiyatlari mavjudligi. Tug'ruqda suvsizlik davrining davomiyligi, tug'ruqning tez yoki uzoq davom etishi, kesarcha kesish zarurati kabi holatlar inobatga olinadi.

Turli omillar ta'sirini baholashda homiladorlik muddatini hisobga olish kerak. Masalan, onaning birinchi trimestrda qizilcha bilan

kasallanishi tug'ma anomaliyalar rivojlanish xavfini 23 foizgacha oshiradi, ikkinchi trimestrda esa bu xavf sezilarli darajada kamayadi. Shunga o'xshab, onadagi qandli diabet erta muddatlarda embriopatiyaga, kechki muddatlarda esa fetopatiyaga sabab bo'lishi mumkin.

Patologik tug'ruq chaqaloqda gipoksiya, asfiksiya, tug'ruq jarohatlari, mekoniy aspiratsiyasi sindromi va boshqa asoratlarning rivojlanish xavfini oshiradi.

IV BOB. CHAQALOQLIK DAVRI. CHAQALOQNING ANATOMIK-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI

Chaqaloqni birlamchi ko'rikdan o'tkazish chaqaloq tug'ilishi bilanoq, odatda, yo'rgaklash stolida yoki kuzovda amalga oshiriladi. Muolaja tibbiyot xodimlaridan o'ta ehtiyotkorlik, sabr-toqat va yumshoqlikni talab qiladi. Xonadagi optimal havo harorati 24-26 °C, tug'ruqxonada esa 22 °C dan kam bo'lmasligi kerak. Ko'rikning asosiy vazifasi bolaning umumiy ahvolini baholash va tug'ma anomaliyalar yoki rivojlanish buzilishlarini aniqlashdir.

Muddatida tug'ilgan sog'lom chaqaloq odatda xotirjam ko'rinadi. Ko'zdan kechirish paytida qattiq qichqiriq ochlik yoki jismoniy noqulaylik kabi tashqi ta'sirlarga normal reaksiya hisoblanadi. Kuchsiz qichqiriq chala tug'ilgan chaqaloqlarga xos bo'lib, har doim ham patologik belgi bo'lavermaydi. Biroq qichqiriqning umuman eshitilmasligi yoki uning o'zgarishi jiddiy nevrologik buzilishlardan darak berishi mumkin.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning harakatlari odatda tartibsiz va muvofiqlashtirilmagan bo'lib, bukuvchi mushaklarning fiziologik tonusi ustunlik qiladi. Bolaning holati fleksor: boshi ko'kragiga qo'yilgan, qo'l va oyoqlari bukilgan. Bo'g'imlar sohasida titroq paydo bo'lishi fiziologik hisoblanadi va maxsus davolashni talab qilmaydi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning yuz tuzilishi va holati tug'ruq paytida homilaning holatiga qarab farq qilishi mumkin. Masalan, yuz bilan kiritilganda yuz shishgan va petexiyalar bilan qoplangan bo'lishi mumkin, tos bilan kiritilganda esa oyoqlarning o'ziga xos joylashuvi kuzatiladi.

Sog'lom yangi tug'ilgan chaqaloqda asosiy shartsiz reflekslar aniqlanadi:

- So'rish refleksi - lablarga teginishga javob.
- Babkin refleksi - og'izni ochish va kaftni bosganda boshni egish.

- Robinsonning ushlash refleksi - qo'lga kiritilgan obyekt atrofida barmoqlarni siqish.
- Moro refleksi - qo'rquvdan qo'llarni yozib, keyin ularni tanaga yaqinlashtirish.
- Tayanch va avtomatik yurish refleksi - vertikal tayanchda qadamlarni taqlid qilish.
- Bauerning emaklash refleksi - oyoqlarga tegilganda emaklashga urinish.
- Himoya refleksi - qorin bilan yotgan holatda boshni burish.
- Galant refleksi - barmoq bilan umurtqa pog'onasi bo'ylab o'tkazilganda tananing egilishi.

Yuz ifodasi bolaning nevrologik holatini ko'rsatishi mumkin: masalan, hushyor yoki "niqobsimon" ifoda MNSning gipoksik shikastlanishining alomati bo'lishi mumkin.

Boshni ko'zdan kechirish shuni ko'rsatadiki, yangi tug'ilgan chaqaloqning boshi bosh suyagining yuz qismiga nisbatan katta bo'ladi. Chala tug'ilgan chaqaloqlarda kalla suyagi gidrotsefaliyaga o'xshash shaklda bo'lishi mumkin. Kalla suyagining liqildoqlari, ayniqsa katta liqildoqlari, odatda, ochiq bo'ladi; bosh suyagining choklari yumshoq bo'lib, bir oz ochilib turishi mumkin, bu tug'ruq protsessiga bog'liq.

Ko'zlar ko'pincha hayotning dastlabki kunlarida yopiq bo'ladi. Uyg'onish paytida ko'zning qisqa ochilish davri kuzatiladi. Qorachiqlar bir necha hafta ichida simmetrik bo'lib qoladi, ularning diametri 3 mm atrofida bo'ladi. Ko'zning oqi oq rangda bo'ladi, biroq chala tug'ilgan bolalarda skleraning ko'kimtir tuslari kuzatilishi mumkin.

Xoanalar atreziyasini istisno qilish uchun burun yo'llari o'tkazuvchanlikka tekshiriladi. Burun qanotlarining kengayishi nafas olish yetishmovchiligini ko'rsatadi.

Qattiq va yumshoq tanglay yorig'ini istisno qilish uchun og'iz bo'shlig'i ko'zdan kechiriladi. Ko'pikli ajralma paydo bo'lishi qizilo'ngach atreziyasining belgisi bo'lishi mumkin.

Teri qoplamlari normada pushti rangda bo'ladi. Lab va tilning ko'karishi kislorod yetishmovchiligidan dalolat beradi va shoshilinch tashxis qo'yishni talab qiladi. Akrotsianoz - qo'l va oyoqlarning

ko'karishi - hayotning dastlabki soatlarida normal holat bo'lishi mumkin, ammo uning barqarorligi periferik qon aylanishini baholashni talab qiladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqdagi toshmalar normal variant bo'lishi mumkin, masalan, toksik eritema yoki neonatal pustulezda.

Yangi tug'ilgan chaqaloq a'zolari tizimlarining funksional xususiyatlari

Nafas olish tizimi. Muddatida tug'ilgan chaqaloqning ko'krak qafasi bochkasimon shaklga ega bo'lib, bu anatomik tuzilishning o'ziga xos xususiyatlari bilan bog'liq. Nafas olish asosan yuzaki va diafragmal bo'lib, bir daqiqada 40 dan 60 gacha harakat qiladi. Nafas olish paytida qovurg'alararo bo'shliqlarning tortilishi va bir vaqtning o'zida qorinning bo'rtib chiqishi kuzatilishi mumkin. Qo'zg'alish, qichqiriq, ovqatlanish, bezovtalik paytida nafas olish tezlashadi, bu burun yo'llarining torayishi va burun shilliq qavatining fiziologik shishishi bilan bog'liq. Nafas olish turi bronxovezikulyar, ammo chala tug'ilgan chaqaloqlarda u tartibsiz va tez-tez bo'lishi mumkin. Chaqaloq hayotining dastlabki kunlarida qisqa muddatli apnoe epizodlari kuzatilishi mumkin, agar ular 20 soniyadan kam davom etsa va teri rangining o'zgarishi kuzatilmasa, bu normal holat hisoblanadi.

Yurak-qon tomir tizimi. Yangi tug'ilgan chaqaloqda yurak auskultatsiyasida baland, tiniq tovushlar aniqlanadi. Yurakning normal qisqarish tezligi minutiga 140 dan 160 gacha bo'ladi. Ko'krak qafasi tuzilishining o'ziga xos xususiyatlari tufayli yurak chegaralarini aniqlash qiyin bo'ladi. Son, bilak, yelka arteriyalarida, oyoq arteriyalarida pulsatsiyani baholash tug'ma yurak nuqsonlari yoki qon aylanishining buzilishini, masalan, aorta koarktatsiyasini istisno qilish uchun muhimdir. Tug'ma nuqsonlarga shubha tug'ilganda, erta exokardiografiya o'tkazish zarur.

Oshqozon-ichak trakti. Sog'lom yangi tug'ilgan chaqaloqning qorni yumaloq shaklda bo'lib, nafas olish harakatlarida ishtirok etadi. Tinch holatda yumshoq, paypaslaganda og'rimaydi. Qorinning dam bo'lishi ortiqcha ovqatlanish, infeksiyalar yoki jarrohlik patologiyasi mavjudligini ko'rsatishi mumkin. Jigar qovurg'a ravog'idan 1-2 sm pastda paypaslanadi, bu besh yoshgacha me'yor hisoblanadi. Taloq

normada qovurg'a ravog'idan tashqariga chiqmaydi. Odatda buyraklarni paypaslash qiyin bo'ladi; agar buyraklar paypaslansa, bu siydik ajratish tizimining rivojlanish anomaliyalari belgisi bo'lishi mumkin.

Jinsiy tizim. Muddatida tug'ilgan o'g'il bolalarda moyaklar yorg'oqda joylashishi kerak. Jinsiy olatning boshchasini odatda kertmak qoplab turadi, bu normal variant hisoblanadi. Ochiq boshcha kamdan-kam uchraydi va gipospadiyani istisno qilishni talab qiladi. Qiz bolalarda katta jinsiy lablar kichik lablarni to'liq yopib turadi. Chala tug'ilgan qizlarda jinsiy yoriqning ochilishi kuzatiladi va kichik jinsiy lablar vizual jihatdan ustunlik qilishi mumkin. Klitor gipertrofiyasi adrenogenital sindromni istisno qilishni talab qiladi.

CHAQALOQLIK DAVRINING CHEGARA HOLATLARI

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda chegara holatlari deb, organizmning ona qornida va ona qornidan tashqarida yashash o'rtasidagi o'tish davrida yuzaga keladigan ona qornidan tashqaridagi hayotga moslashish fiziologik jarayonlariga aytiladi. Bu holatlar bola organizmining atrof-muhitdagi keskin o'zgarishlarga normal reaksiyasi hisoblanadi, biroq noqulay sharoitlarda ular patologiyaga aylanishi mumkin.

Erta neonatal davrda moslashishning uchta muhim bosqichi ajratiladi:

- birinchisi - hayotning dastlabki 30 daqiqasi davomida - o'tkir nafas va gemodinamik qayta qurish;
- ikkinchisi - hayotning 1 soatidan 6 soatigacha - organlar va tizimlar ishini barqarorlashtirish va sinxronlashtirish;
- uchinchi - 3-4-kunlarda - zo'riqqan metabolik moslashuv fazasi.

Tug'ruq katarsisi yangi tug'ilgan chaqaloqda tug'ilgandan so'ng darhol qisqa muddatli giporefleksiya holati bilan namoyon bo'ladi, bu asab tizimining yangi sharoitlarga tabiiy moslashish jarayoni bilan bog'liq.

"Yangi tug'ilgan chaqaloq" sindromi hayotning dastlabki 5-10 daqiqasida rivojlanadi. Bu paytda katexolaminlarning faol chiqarilishi, shuningdek, organizmning turli retseptorlarining qo'zg'alishi sodir

bo'ladi, bu esa chaqaloqning hayotiy funksiyalari va dastlabki harakatlarini faollashtirishga yordam beradi.

Tranzitor giperventilyatsiya tug'ruq paytida yuzaga kelgan gipoksiya, giperkapniya va atsidoz ta'sirida nafas markazining faollashishi bilan bog'liq. Yangi tug'ilgan chaqaloqning birinchi nafas olishi odatda chuqur bo'lib, keyinchalik qiyinchilik bilan chiqariladi, bu o'pkaning ochilishini, uning havo bilan to'lishini va funksional qoldiq sig'imning shakllanishini ta'minlaydi. Bir vaqtning o'zida o'pka arteriyalarining kengayishi, o'pkada qon tomir qarshiligining pasayishi va homila shuntlarining yopilishi sodir bo'ladi.

Qonning tranzitor shuntlanishi hayotning dastlabki ikki kunida saqlanib qolishi mumkin, bu tizimli va o'pka qon aylanishining o'tish xususiyatlarini belgilaydi.

Tana vaznining fiziologik kamayishi deyarli barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlarda birinchi sutka davomida sodir bo'ladi. Buning sababi mekoniy ajralishi va ona sutining yetarli miqdorda tushmasligi tufayli suyuqlik yo'qotilishidir. Tana vaznining maksimal yo'qotilishi hayotning 3-4 kunida 4-6% ga yetadi va vaznning tiklanishi 6-7 kunga kelib kuzatiladi.

Termoregulyatsiyaning vaqtinchalik buzilishlariga gipotermiya va gipertermiya kiradi:

- Gipotermiya ko'pincha tug'ilgandan keyingi dastlabki 5-6 soat ichida teri orqali issiqlik yo'qotilishi (nurlanish, konveksiya, konduksiya va bug'lanish) tufayli qayd etiladi. Dastlabki 30 daqiqada tana haroratining 0,1-0,3 °C ga pasayishi me'yor hisoblanadi.
- Gipertermiya hayotning 3-5 kunida suvsizlanish, qizib ketish yoki faol katabolizm natijasida rivojlanadi. Tana harorati 38,5-39,5 °C gacha ko'tarilishi mumkin. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun optimal atrof-muhit harorati 24-26 °C hisoblanadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning oddiy eritemasi birinchi gigiyenik muolajalarga javoban teri reaksiyasidir. U hayotning ikkinchi kunida kuchayadi va birinchi haftaning oxirida yo'qoladi. Chala tug'ilgan bolalarda 2-3 haftagacha saqlanishi mumkin.

Toksik eritema ko'pincha hayotning 2-5 kunida paydo bo'ladi va markaziy pufakchalar yoki papulalar bilan qizil dog'larning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Bu tranzitor immun reaksiyalar tufayli yuzaga keladi va davolanishni talab qilmaydi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning fiziologik sariqligi eng keng tarqalgan o'tish holatlaridan biridir. Muddatida tug'ilgan chaqaloqlarning 60-70% va chala tug'ilgan chaqaloqlarning 90-95% da rivojlanadi. Buning asosiy sabablari jigar ferment tizimlarining yetilmaganligi, homila eritrotsitlarining kuchli parchalanishi, gipoalbuminemiya va ichak mikroflorasining o'ziga xosligidir.

Bilvosita bilirubin darajasining oshishi quyidagilar bilan bog'liq:

- fetal gemoglobinni o'z ichiga olgan eritrotsitlarning hayot davomiyligi qisqargan;
- chaqaloqlarda fiziologik politsitemiya bilan;
- chaqaloq organizmida katabolik jarayonlarning ustunligi bilan.

Qonda bilirubinning bog'lanishi qiyinlashadi, chunki albumin miqdori kam bo'ladi, bu esa giperbilirubinemiyani yanada kuchaytiradi. Bilirubinning gepatotsellyulyar transporti va glyukuronlanishining buzilishi uning o't bilan chiqarilishining kechikishini tushuntiradi.

Klinik jihatdan fiziologik sariqlik bola hayotining 2-3-kunida paydo bo'lib, 4-5-kuni avjiga chiqadi va 7-10-kunga kelib asta-sekin yo'qolib ketadi. Bunda bolaning umumiy ahvoli qoniqarli bo'lib qoladi. Bilirubinning maksimal qiymatlari odatda 205 mkmol/l dan oshmaydi.

Jinsiy kriz qizlarda sut bezlarining kattalashishi, jinsiy yo'llardan ajralma kelishi (metroragiyalar), jinsiy a'zolar giperpigmentatsiyasi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bu o'zgarishlar gormonal qayta tuzilish va ona estrogenlarining tranzitor ta'siri bilan bog'liq.

Siydik kislotali infarkt - fiziologik holat bo'lib, bola siydigida siydik kislota kristallari topiladi va unga o'ziga xos g'isht-qizil tus beradi. Odatda u hayotning dastlabki kunlarida paydo bo'ladi va o'z-o'zidan yo'qoladi.

CHAQALOQLARNING GESTATSION YOSHI VA XUSUSIYATLARINI BAHOLASH

Yangi tug'ilgan chaqaloqni birlamchi ko'rikdan o'tkazishda eng muhim vazifalardan biri uning gestatsion yoshi, jismoniy rivojlanishi, morfologik va funksional yetuklik darajasini baholash hisoblanadi. Homiladorlik muddati oxirgi hayzning birinchi kunidan tug'ruq vaqtigacha hisoblanadi. Umumiy qabul qilingan tasnifga ko'ra, yangi tug'ilgan chaqaloqlar yetilib tug'ilganlar, chala tug'ilganlar va muddatidan o'tib tug'ilganlarga bo'linadi.

Homiladorlikning 37 haftasidan 42 haftasigacha (260-294 kun) bo'lgan muddatda tug'ilgan bola muddatiga yetib tug'ilgan hisoblanadi. Gestatsiyaning 22 haftasidan 36 haftasigacha bo'lgan davrda tug'ilgan chaqaloq (tana vazni 500 dan 2500 g gacha, bo'yi 47 sm dan kam) chala tug'ilgan chaqaloq hisoblanadi. Homiladorlikning 42 haftasidan keyin tug'ilgan bolalar muddatidan o'tib tug'ilgan hisoblanadi. Chala tug'ilgan chaqaloqlar orasida yetuklikning to'rt darajasi ajratib ko'rsatiladi:

- **I daraja - gestatsiya 35-37 hafta, tana vazni 2000-2500 g;**
- **II daraja - 32-34 hafta, tana vazni 1500-1999 g;**
- **III daraja - 29-31 hafta, tana vazni 1000-1499 g;**
- **IV daraja - 22-28 hafta, tana vazni 1000 g dan kam.**

Kasalliklarning xalqaro tasnifida (KXT-10) chala tug'ilish darajalari aniq ajratilmaydi; tashxis qo'yishda homiladorlik muddati va tug'ilgandagi tana vazni ko'rsatiladi: past (1500-2499 g), juda past (1000-1499 g) va o'ta past (1000 g dan kam).

Chala tug'ilgan chaqaloqlarda erta neonatal davrning kechish xususiyatlari kuzatiladi. Shunday qilib, tana vaznining fiziologik yo'qotilishi 5-12% ga yetadi va hayotning 2-3 haftasiga kelib tiklanadi. Fiziologik sariqlik 3-4 haftagacha davom etishi mumkin. O'ta chala tug'ilgan chaqaloqlarda ko'pincha jinsiy kriz bo'lmaydi.

Chala tug'ilgan bolalarning rivojlanishi jadal kechadi: hayotining birinchi yili oxiriga kelib, ular vazn va bo'y ko'rsatkichlari bo'yicha o'z vaqtida tug'ilgan tengdoshlariga yetib olishlari mumkin. Lekin juda chala tug'ilgan bolalarda (massasi 1500 g dan kam bo'lgan) bu jarayon 2-3-

yilgacha cho'zilishi mumkin. Aksariyat chala tug'ilgan chaqaloqlarda asab-ruhiy rivojlanish 1,5 yoshga kelib me'yorlashadi, garchi ularning 60-80 foizida markaziy asab tizimining organik shikastlanish belgilari bo'lishi mumkin.

Chala tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish bir necha bosqichda amalga oshiriladi. Birinchi bosqich tug'ruqxonada amalga oshiriladi va termoregulyatsiya uchun optimal sharoitlarni yaratish, yetarli ovqatlanish va infeksiyalarning oldini olishni o'z ichiga oladi. Tana vazni 2200-2300 g dan ortiq bo'lgan chala tug'ilgan chaqaloqlar tana vaznining barqaror dinamikasi va umumiy ahvoli qoniqarli bo'lsa, hayotining 7-8 kunida chiqarilishi mumkin. Qo'shimcha parvarishga muhtojlar esa maxsus bo'limlarga o'tkaziladi.

Parvarishning birinchi bosqichi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- Kuvezlar yoki isituvchi krovatlar yordamida optimal tana haroratini saqlab turish;
- oziqlantirishni ta'minlash - asosan ko'krak bilan yoki mustaqil emish imkoniyati bo'lmaganda zond orqali;
- sanitariya-gigiyena qoidalariga qat'iy rioya qilish orqali infeksiyalarning oldini olish.

Chala tug'ilgan bolalarni ovqatlantirish alohida hisob-kitobni talab qiladi. Oqsillarga bo'lgan ehtiyoj hayotining birinchi oyida tana vazniga 2,5-3,0 g/kg ni tashkil qiladi va barqaror vazn ortishi bilan 3,5-4,0 g/kg gacha; yog'larga bo'lgan ehtiyoj - 6-8 g/kg; uglevodlarga bo'lgan ehtiyoj - 12-14 g/kg tana vazniga.

Ikkinchi bosqichda (ixtisoslashtirilgan bo'limda) davolash va reabilitatsiya tadbirlari, jismoniy va asab-ruhiy rivojlanishni nazorat qilish amalga oshiriladi. Kasalxonadan chiqqandan so'ng dispanser kuzatuvi bosqichi boshlanadi, bunda uchastka pediatri va soha mutaxassislari tomonidan ko'riklar har oyda o'tkaziladi.

CHAQALOQLARNI PARVARISH QILISHNI TASHKIL ETISH

Chaqaloqni to'g'ri parvarish qilish uyqu va bedorlik rejimini to'g'ri tashkil etish, ovqatlantirish, gigiyenik muolajalarni o'z ichiga oladi. Erkin ovqatlantirish usuli eng maqbul bo'lib, bunda bola o'z xohishiga ko'ra,

odatda sutkasiga 8-10 marta, shu jumladan tungi ovqatlantirish bilan oziqlantiriladi. Bunday rejim onada laktatsiyaning yo'lga qo'yilishiga yordam beradi va bolaning rivojlanishiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Uyda chaqaloqni kutib olishga tayyorgarlik ko'rish xonani yaxshilab namlab tozalash, issiq, yorug', yelvizaklardan himoyalangan karavot uchun joy ajratishni o'z ichiga oladi. Xona harorati 22 °C, chala tug'ilgan bolalar uchun esa 23-24 °C bo'lishi kerak. Yilning qaysi faslida bo'lmasin, muntazam ravishda shamollatib turish shart.

Parvarish vositalari to'plamini oldindan tayyorlab qo'yish kerak: cho'milish uchun vannacha, tagini yuvish uchun kosa va tog'oracha, termometrlar, klizma uchun rezina ballonchalar, steril paxta, bolalar sovuni, krem, butilkalar va so'rg'ichlar uchun sterilizatorlar.

Yangi tug'ilgan chaqaloqni parvarish qilishning asosiy qoidalari:

- har kuni ko'zni qaynatilgan sovuq suvli steril tamponlar bilan yuvish;
- burun yo'llarini steril yog'da namlangan paxta iplari bilan muntazam ravishda ishlov berish;
- kindik yarasiga 70% li spirt va kaliy permanganat yoki brilliant yashili eritmasi bilan yaxshilab ishlov berish;
- terini parvarish qilish - har bir defekatsiyadan keyin tagini yuvish, burmalarga steril moy bilan ishlov berish.

Chaqaloqni cho'miltirishni kindik yarasi bitgandan so'ng 36,5-37 °C haroratli qaynatilgan suv bilan boshlash tavsiya etiladi. Chaqaloqni har kuni kechqurun emizishdan oldin 5-10 daqiqa davomida cho'miltirish kerak.

YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQDA TANA HARORATI VA TERMOREGULYATSIYA

Chaqaloq tug'ilganda uning tana harorati 37,2°C atrofida bo'ladi. Tug'ilgandan keyingi dastlabki ikki-uch soat ichida u 1-2°C ga pasayishi mumkin - bu holat tranzitor gipotermiya deb ataladi. Keyinchalik tana harorati asta-sekin normallashadi va hayotning beshinchi kunida o'rtacha 37,0°C ga yetadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning kam foizida (0,3-0,5%) hayotining 3-5 kunlarida haroratning 38-39°C gacha ko'tarilishi bilan tranzitor isitma kuzatilishi mumkin. Bu holat termoregulyatsiya markazlarining yetilmaganligi, issiqlik ishlab chiqarish va issiqlik berish muvozanatining buzilishi bilan bog'liq. Bola hayotining 2-3 oyida tana haroratining fiziologik o'zgarishi sutka davomida 0,6°C gacha, 3-5 yoshda esa 1,0°C gacha ko'tariladi.

Maksimal tana harorati odatda kechki soatlarda (soat 17 dan 19 gacha), minimal - ertalabki soatlarda (ertalab soat 4 dan 7 gacha) qayd etiladi. Bu sutkalik tebranishlar bola organizmining sutkalik bioritmlari shakllanishini aks ettiradi.

Termoregulyatsiyaning asosini gipotalamik markazlarning ishi tashkil qiladi: orqa yadrolar issiqlik ishlab chiqarishga, oldingi yadrolar esa issiqlik chiqarishga javobgardir. Ushbu mexanizmlarning yetilishi asta-sekin sodir bo'ladi. Gipoksiya, tug'ruq jarohatlari, markaziy asab tizimining infeksiyalari termoregulyatsiya jarayonlarini buzishi mumkin.

Yangi tug'ilgan chaqaloqda issiqlik hosil bo'lishi sovqotish paytida mushak tonusining oshishi (qisqaruvchan termogenez) va qo'ng'ir yog' to'qimasining faollashishi (qisqarmaydigan termogenez) bilan bog'liq. Shu bilan birga, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda terining yupqaligi va tana yuzasining massasiga nisbatan kattaligi tufayli passiv issiqlik berish yuqori bo'ladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tana haroratini o'lchash usullari:

- **Rektal usul (36,6-38,0°C) - eng aniq;**
- **Og'iz bo'shlig'ida o'lchash (35,5-37,5°C);**

- **Aksillar usul (34,7-37,3°C);**
- **Infraqizil termometrlar yordamida quloqda o'lchash (35,8-38,0°C);**
- **Peshona o'lchovi - tezkor, kontaktli yoki kontaktsiz.**

Termometriya asboblari:

- elektron gradusniklar;
- infraqizil termometrlar;
- simobli termometrlar (simobning zaharliligi tufayli tobora kam qo'llanilmoqda).

Haroratni o'lchash uchun eng qulay vaqt ertalab (7-9 soat) va kechqurun (17-19 soat).

CHAQALOQLAR UCHUN CHINIQTIRUVCHI TADBIRLAR

Chiniqish jismoniy tarbiya va bola sog'lig'ini mustahkamlashning muhim tarkibiy qismlaridan biridir. Erta neonatal davrdayoq o'rtacha chiniqtiruvchi muolajalarga rioya qilish tavsiya etiladi.

Bolani qizib ketishdan saqlab, ob-havoga qarab kiyintirish kerak. Xonada yangi tug'ilgan chaqaloq bosh kiyimsiz, yengil kiyimda bo'lishi kerak. Uyg'oqlik paytida oyoqlarni ochish termoregulyator mexanizmlarni rag'batlantirishning samarali usuli hisoblanadi.

Ochiq havoda sayr qilish tug'ruqxonadan chiqqandan so'ng darhol qulay ob-havo sharoitida mumkin. Dastlabki sayrlarning davomiyligi 15-20 daqiqa bo'lib, asta-sekin 1,5-2 soatga yetkaziladi. Qishda -10°C gacha bo'lgan haroratda sayr qilish mumkin, bunda shamol va sovuqdan himoyalanish shart.

Qorin bilan yotqizish ikki haftalikdan boshlab tavsiya etiladi: dastlab ovqatlantirishdan 2-3 daqiqa oldin, asta-sekin kuniga bir necha marta 10 daqiqagacha davom etadi. Bu bo'yin, orqa va qorin mushaklarining mustahkamlanishiga yordam beradi, plagiotsefaliya rivojlanishining oldini oladi.

CHAQALOQ OVQATLANISHI ASOSLARI

Ko‘krak suti bilan boqish yangi tug‘ilgan chaqaloqlar uchun ideal ovqatlanish usuli sifatida tan olingan. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) bola tug‘ilgandan so‘ng birinchi soat ichida emizishni boshlashni va uni kamida ikki yilgacha davom ettirishni tavsiya qiladi.

Bola uchun ko‘krak suti bilan oziqlantirishning afzalliklari:

- zaruriy ozuqa moddalari bilan ta’minlash;
- immunitetni shakllantirish;
- yuqumli kasalliklardan himoya qilish;
- allergiya va autoimmun kasalliklar xavfini kamaytirish;
- nerv sistemasi va intellektning uyg‘un rivojlanishi.

Ona uchun ko‘krak suti bilan oziqlantirish bachadonning qisqarishiga yordam beradi, tug‘ruqdan keyingi qon ketish xavfini kamaytiradi va ko‘krak bezi va tuxumdon saratoni rivojlanish ehtimolini kamaytiradi.

Ko‘krakka samarali qo‘yish texnikasi:

- bola onasiga butunlay o‘girilgan;
- bolaning burni so‘rg‘ich qarshisida;
- iyak ko‘krakka tegib turadi;
- lablar tashqariga qayrilgan;
- so‘rish yutish bilan almashinib turadi.

Sutning xususiyatlari:

- Og‘iz suti (dastlabki 3-5 kunda) oqsillar, vitaminlar va immunitet omillariga boy.
- Oraliq sut keyingi hafta ichida ishlab chiqariladi.
- Yetilgan sut 10-14 kunda paydo bo‘ladi, tarkibi bo‘yicha optimal muvozanatlashgan.

Qo‘shimcha ovqatni ko‘krak suti bilan oziqlantirishni saqlab qolgan holda olti oydan boshlab berish tavsiya etiladi.

KO'KRAK BILAN EMIZISHGA QARSHI KO'RSATMALAR

Ko'krak suti bilan oziqlantirish ko'pchilik yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun eng yaxshi ovqatlanish usuli bo'lsa-da, unga qarshi ko'rsatma bo'lgan holatlar mavjud.

Bola tomonidan mutlaq qarshi ko'rsatmalar:

- Moddalar almashinuvining irsiy kasalliklari: galaktozemiya, fenilketonuriya.

Bola tomonidan nisbiy qarshi ko'rsatmalar:

- Og'ir umumiy holat (eksikoz, shok, nafas yetishmovchiligi);
- Tana vazni 1000 g dan kam;
- Homiladorlik muddati 32 haftadan kam;
- Tug'ma rivojlanish nuqsonlari (quyon labi, bo'ri og'zi).

Ona tomonidan mutlaq qarshi ko'rsatmalar:

- OIV infeksiyasi;
- O'tkir ruhiy kasalliklar;
- Qorin tifi, vabo, silning davolanmagan faol shakli;
- Ko'krak suti bilan oziqlantirishga mos kelmaydigan dorilarni qabul qilish.

Nisbiy qarshi ko'rsatmalar:

- Onaning og'ir ahvoli (eklampsiya, yurak-qon tomir yetishmovchiligi);
- Onaning o'tkir yuqumli kasalliklari (qizamiq, qizilcha, sitomegalovirusli infeksiya, gerpes);
- Onada faol gepatit A (ovqatlantirishni vaqtincha to'xtatish).

V va S virusli gepatitlarda profilaktik tadbirlarga qat'iy rioya qilgan holda bolani ko'krak suti bilan boqish mumkin. Rezus-konfliktda va yangi tug'ilgan chaqaloqning gemolitik kasalligida ko'krak suti bilan oziqlantirish zarur bo'lganda sutni oldindan pasterizatsiya qilgandan so'ng mumkin.

QO'SHIMCHA OVQATNI KIRITISH

Qo'shimcha ovqat bola hayotining oltinchi oyidan boshlab, organizmning energiya va oziq moddalarga ortib borayotgan talabini qondirish maqsadida uning ratsioniga kiritiladigan qo'shimcha ovqatdir.

Qo'shimcha ovqat berishning asosiy qoidalari:

- Boshlanishi 6 oyda;
- Sutkasiga kamida 6 marta ko'krak suti bilan oziqlantirishni saqlab qolish;
- Ovqat miqdorini asta-sekin oshirib borish;
- Yangi mahsulotlarni bosqichma-bosqich joriy etish;
- Mahalliy tabiiy mahsulotlarni afzal ko'rish.

Qo'shimcha ovqatlarni kiritish ketma-ketligi:

1. Bo'tqalar (guruchli, grechkali glyutensiz);
2. Sabzavot pyurelari (kartoshka, sabzi, qovoqcha);
3. Meva pyurelari (olma, nok, banan);
4. Go'sht pyuresi (tovuq, kurka, mol go'shti);
5. 8 oydan keyin baliqli taomlar;
6. Qaynatilgan tuxum sarig'i.

Qo'shimcha ovqatga talablar:

- Ovqat quyuq va bir xil bo'lishi kerak;
- 2-3 yoshgacha tuz, shakar, ziravorlardan voz kechish;
- Ovqat tayyorlashda tozalikka rioya qilish;
- Ovqatni qoshiqcha bilan berish, shishadan saqlanish.

6 oydan 12 oygacha bo'lgan davrda ovqatlanish qo'shimcha ovqat bilan uch marta asosiy ovqatlanishni, shuningdek, ona sutini o'z ichiga olishi kerak. Bir yildan keyin ratsionda uchta asosiy ovqatlanish va ikkita gazak beriladi.

MAKTABGACHA YOSHDAGI BOLALARNING OVQATLANISHI

Bola o'sib ulg'aygan sari umumiy ovqatlanish tartibiga o'tadi, bunda ovqatlanish bolaning yoshiga xos fiziologik ehtiyojlariga mos bo'lishi kerak.

Maktabgacha yoshdagi bolalarni ovqatlantirish tamoyillari:

- Ratsion to'laqonli va xilma-xil bo'lishi kerak;
- Mahsulotlar xavfsiz va yangi bo'lishi kerak;
- Ovqatlanish muntazam bo'lishi kerak: nonushta, tushlik, tushlik va kechki ovqat;
- Ovqat oqsillar, yog'lar, uglevodlar, vitaminlar va minerallarga boy bo'lishi kerak.

4-6 yoshli bolalar uchun tavsiya etilgan kunlik ratsion:

- Oqsillar - 70 g;
- Yog'lar - 70 g;
- Uglevodlar - 280 g;
- Kalsiy - 900 mg;
- Temir - 12 mg;
- Suv - 1,5 litr.

Asosiy ta'minot manbalari:

- Oqsillar: go'sht, baliq, tuxum, sut mahsulotlari;
- Lipidlar: o'simlik va hayvon yog'lari;
- Uglevodlar: boshoqlilar, mevalar, sabzavotlar.

Ovqatni avaylaydigan usullar bilan tayyorlash kerak: qaynatish, dimlash, pishirish. Qovurilgan, achchiq, sho'r va shirin taomlardan saqlanish kerak.

Ovqatlanishni tashkil etish xususiyatlari:

- Bolalarni dasturxon tuzash va yig'ishtirishga jalb qilish;
- Dasturxon atrofida odob-axloq va gigiyena qoidalarini o'rgatish;
- Ovqatlanishda mustaqillikka o'z vaqtida o'rgatish.

Chaqaloqlik davri - bu bola hayotidagi muhim bosqich bo'lib, intensiv moslashuv jarayonlari bilan ajralib turadi. Tibbiyot xodimlari va

ota-onalarning asosiy sa'y-harakatlari chaqaloqning to'laqonli rivojlanishi uchun maqbul sharoitlarni yaratishga, salomatlik holatidagi og'ishlarni o'z vaqtida aniqlashga va kasalliklarning samarali profilaktikasini ta'minlashga qaratilgan bo'lishi kerak.

To'g'ri parvarishni tashkil etish, to'g'ri ovqatlantirish, harorat rejimini saqlash, qo'shimcha ovqatlarni ratsional kiritish, chiniqtiruvchi tadbirlar yordamida salomatlikni mustahkamlash bolaning kelajakda sog'lom o'sishi va rivojlanishiga zamin yaratadi.

Samarali dispanser kuzatuvi, erta yoshda tafsilotlarga e'tibor berish va to'g'ri ota-ona g'amxo'rligi butun hayot davomida ijobiy prognozni ta'minlashga qodir.

V BOB. JISMONIY VA PSIXOMOTOR RIVOJLANISH. DISPANSER NAZORATI. OVQATLANISH. ENG KO'P TARQALGAN PATOLOGIK HOLATLAR. MASLAHAT XUSUSIYATLARI

Bolaning garmonik jismoniy, emotsional va intellektual rivojlanishi uning salomatligining muhim ko'rsatkichidir. Harakatchan, serg'ayrat, qiziquvchan bola atrof-muhit sharoitiga osonroq moslashadi. Shuni yodda tutish kerakki, bolalik davri uchun o'sish va rivojlanishning yuqori tezligi xosdir: bola qanchalik yosh bo'lsa, bu jarayonlar shunchalik tez kechadi.

Tibbiyot amaliyotida "jismoniy rivojlanish" deganda bolalik davrining turli bosqichlarida bolaning bo'yi, tana vaznining o'sishi, tana proporsiyalarining shakllanishi va biologik yetilishi tushuniladi. Bolalarning o'sishi va rivojlanishini to'g'ri baholash uchun fiziologiyaning yosh xususiyatlarini, shuningdek, turli omillarning ta'sirini hisobga olish kerak. Rivojlanishni belgilovchi asosiy parametrlarga quyidagilar kiradi: tana vazni, bo'y yoki tana uzunligi, bosh aylanasi va psixomotor rivojlanish.

Tana vazni jismoniy o'sishning yetakchi ko'rsatkichlaridan biridir; vazn ortishining sekinlashishi yoki to'xtashi ovqatlanish yoki salomatlik bilan bog'liq muammolar mavjudligini ko'rsatishi mumkin. Normada chaqaloqning tana vazni 2,5 dan 4,4 kg gacha o'zgarib turadi. Dastlabki 3-4 kun ichida vaznning fiziologik yo'qolishi sodir bo'ladi, shundan so'ng uning barqaror o'sishi boshlanadi. Bola hayotining birinchi yarim yilida haftasiga o'rtacha 150-250 g, keyinchalik 100-150 g atrofida, bir yoshdan ikki yoshgacha bo'lgan davrda esa haftasiga 50 g atrofida semiradi. Bola besh oylik bo'lganida tana vazni dastlabki vaznidan ikki baravar, bir yoshga to'lganida esa uch baravar ortadi.

Ikki yoshgacha bo'lgan bolalarning bo'yini baholashda "tana uzunligi," ikki yoshdan keyin esa "bo'y" atamasi qo'llaniladi. Muddatida tug'ilgan chaqaloqning tana uzunligi 46-56 sm ni tashkil qiladi. Eng jadal o'sish hayotning dastlabki oylarida kuzatiladi, asta-sekin uning tezligi

pasayadi. Dastlabki olti oy ichida tana uzunligi taxminan 16 sm ga, ikkinchi yarim yillikda esa yana 8 sm ga oshadi. Hayotining birinchi yilida bolaning bo'yi taxminan 75 sm, to'rt yoshida esa 100 sm ga yetadi, bu tug'ilgandagi tana uzunligidan ikki baravar ko'pdir. To'rt yoshdan o'n yoshgacha o'sish bir tekis davom etib, yiliga 5-7 sm ga ortadi, so'ngra jinsiy yetilish boshlanishi bilan o'sish sur'ati yana tezlashadi.

Bosh aylanasi monitoringi miya rivojlanishini baholash uchun ham muhim. Bola tug'ilganda boshining aylanasi 34-36 sm bo'lib, birinchi oyda 3-5 sm ga kattalashadi. Uch oylikda 40,5 sm, olti oylikda 43 sm, bir yoshda 46 sm atrofida bo'ladi. Olti yoshda boshining aylanasi katta odamning 90 foizini tashkil qiladi, bu yoshdagi bolaning bo'yi esa katta odam bo'yining 70 foizini tashkil qiladi. Tananing alohida qismlarining o'sish ketma-ketligi qonuniyatni saqlab qoladi: birinchi navbatda bosh va ko'krak qafasi faol o'sadi, 9-12 oydan boshlab esa oyoq-qo'llarning faol o'sishi boshlanadi.

BOLALARNING PSIXOMOTOR VA AQLIY RIVOJLANISHI

Psixomotor rivojlanish bolaning markaziy asab tizimi shakllanishining eng muhim ko'rsatkichidir. Psixomotor rivojlanishni baholash harakat, ijtimoiy, kognitiv va hissiy komponentlarni o'z ichiga olgan bir qator ko'nikmalarni o'zlashtirishni tahlil qilish orqali amalga oshiriladi.

Harakat ko'nikmalariga narsalarni, masalan, piyolalarni ushlab turish va ularni boshqarish qobiliyatlari kiradi. Ijtimoiy ko'nikmalar tarbiyachi bilan muloqotga kirishishga intilishda, qo'llab-quvvatlash va ma'qullashni kutishda namoyon bo'ladi. Kognitiv rivojlanish tajriba o'tkazish, narsalar o'rtasidagi farqlarni aniqlash (masalan, o'lchamlari bo'yicha), narsalarni to'g'ri ketma-ketlikda yig'ish va harakatlarni avtomatizmgacha takrorlash qobiliyatini o'z ichiga oladi. Emotsional rivojlanish bolaning topshiriqlarni bajarishda qat'iyatliligi, muvaffaqiyatsizlikka uchraganda asabiylashmasligi, muvaffaqiyatlarni atrofdagi kattalar bilan baham ko'rish istagida ifodalanadi.

Mustaqil ravishda tayanchsiz o'tirish, emaklash, turish, yurish kabi asosiy harakat ko'nikmalarini rivojlantirish, nutq va eshitish qobiliyatini

rivojlantirish bolaning normal rivojlanishining ishonchli mezonlari bo'lib xizmat qiladi. Yosh me'yorlaridan chetlanishlar aniqlanganda, bolani ixtisoslashgan mutaxassislarga chuqurlashtirilgan tekshiruvga yuborish kerak. Bolalarning jismoniy va psixomotor rivojlanishini tizimli kuzatish mumkin bo'lgan buzilishlarni o'z vaqtida aniqlash va ularni erta bosqichlarda tuzatish imkonini beradi.

Jismoniy rivojlanish asosan antropometrik ma'lumotlar (tana vazni, bo'yi, bosh aylanasi) bo'yicha baholanadi. Bu ko'rsatkichlar psixomotor rivojlanish darajasi bilan birgalikda bolaning salomatlik holati to'g'risida yaxlit tasavvur beradi. Bir martalik o'lchash hozirgi holatni baholash imkonini beradi, ammo rivojlanishni to'liq tahlil qilish uchun quyidagi parametrlarni muntazam ravishda baholab, dinamikada kuzatish kerak: tana vazni va uning o'sishi, bo'y va uning dinamikasi, bosh aylanasi va uning o'sish sur'ati, shuningdek, psixomotor va intellektual rivojlanish darajasi.

Bolalarning jismoniy va ruhiy-ijtimoiy rivojlanishini o'lchashning takroriyligi va muddatlari	
Karralik	***Muddatlar***
birinchi o'lchash	tug'ilganda
ikkinchi o'lchov	1 oy
1 yilgacha	har oy
1 yoshdan 2 yoshgacha	har 3 oyda
2 yoshdan 3 yoshgacha	har 6 oyda
keyingi yillar	har yili

Bolalarda tana vaznini nazorat qilish va bo'y uzunligini kuzatish

Bolaning tana vaznini muntazam ravishda kuzatib borish, ayniqsa, ko'krak suti bilan oziqlantirishning samaradorligini baholashda va rivojlanishdagi og'ishlar kuzatilgan hollarda muhim rol o'ynaydi. O'sish monitoringi rivojlanishning sekinlashuvi yoki to'xtashini klinik jihatdan yaqqol namoyon bo'lgan alomatlar paydo bo'lishidan oldin aniqlash imkonini beradi, laboratoriya va instrumental tekshiruvlar esa me'yorda

qolishi mumkin. Bunday o‘zgarishlarni erta aniqlash ovqatlanish yoki davolanishni o‘z vaqtida to‘g‘rilashga yordam beradi. O‘sish monitoringi muhim tibbiy amaliyot bo‘lib, bolalar salomatligini yuqori darajada ushlab turish imkonini beradi. Jismoniy rivojlanish tana vazni, bo‘y uzunligi va bosh aylanasining o‘sishini o‘z ichiga oladi va bolaning ahvolini obyektiv baholash uchun bu ko‘rsatkichlarni aniq va standartlashtirilgan o‘lchash juda muhimdir. Natijalarning ishonchliligi asbob-uskunalarni kalibrlash va o‘lchash usullariga, shu jumladan tarozilar va bo‘y o‘lchagichlar bilan ishlashga qat’iy rioya qilish bilan ta’minlanadi.

Ambulatoriya va statsionar amaliyotida antropometrik o‘lchashlar uchun bolalar tarozisi, bo‘y o‘lchagichlar va o‘lchov lentalari qo‘llaniladi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning vazni 20 grammdan kam bo‘lmagan aniqlik bilan raqamli tarozi yordamida aniqlanadi. Ikki yoshgacha bo‘lgan bolalarni tortish ma’lum bir algoritm bo‘yicha amalga oshiriladi: muolajani boshlashdan oldin tarozilarni kalibrlash, pelyonkani tayyorlash va uni alohida tortish kerak. Bola to‘la yalang‘och holda tortiladi, 7-8 oylikdan oshgan bolalarni o‘tirgan holda tortishga ruxsat etiladi. Bolaning massasi yo‘rgak bilan birga olingandan so‘ng, natijadan yo‘rgak massasi ayiriladi. Aniq ma’lumotlarni olish uchun bola tarozi platformasining markazida bo‘lishi va xotirjam bo‘lishi kerak, bu o‘yinchoqlar bilan chalg‘itishni ta’minlashi mumkin.

Ikki yoshdan oshgan bolalarda tana vazni odatdagi kattalar tarozisi yordamida o‘lchanadi. Bunda bola yechinishi yoki ichki kiyimda bo‘lishi, platformaning o‘rtasida qimirlamay turishi kerak. Ikki yoshgacha bo‘lgan bolalarda tana uzunligini o‘lchash maxsus o‘lchov taxtasidan foydalangan holda yotgan holatda amalga oshiriladi. Chaqaloq qattiq yuzaga yotqiziladi, uning boshi qo‘zg‘almas vertikal plankaga tegib turishi, tanasi o‘lchov yuzasi bo‘ylab to‘g‘ri joylashishi, oyoq panjalari vertikal holatda bo‘lishi kerak. Bosh cho‘qqisidan tovongacha bo‘lgan masofa o‘lchanadi.

Ikki yoshdan katta bolalarning bo‘yi vertikal bo‘y o‘lchagich yordamida aniqlanadi. Bunda bola bo‘y o‘lchagichning platformasiga turib, orqasi bilan shkalaga mahkam yopishadi. Gavda to‘g‘rilangan, qo‘llar tana bo‘ylab pastga tushirilgan, tizzalar to‘g‘rilangan, oyoqlar bir-

biriga mahkam yopishgan bo'lishi kerak. Boshning holati ko'z kosasining pastki qirrasi va tashqi eshituv kanalining yuqori qirrasi bir gorizontal chiziqda bo'lishini ta'minlashi kerak. Bola shkalaga uchta nuqta bilan: kuraklari, dumg'azasi va tovonlari bilan tegishi kerak. Bo'y o'lchagichning qo'zg'aluvchan plankasi cho'qqiga tekkuncha ohista tushiriladi, so'ngra ko'rsatkichlar qayd qilinadi.

Bosh aylanasi cho'zilmaydigan santimetrli lenta yordamida o'lchanadi. O'lchash eng katta diametr bo'yicha o'tkaziladi: ensa va qosh usti yoylarining eng bo'rtib chiqqan qismi orqali. Barcha ma'lumotlar bolaning rivojlanishini kuzatishning standart kartalariga (112-shakl) va jismoniy rivojlanish grafiklariga kiritiladi. Bolaning yoshini yillar va oylar bo'yicha to'g'ri aniqlashga alohida e'tibor berish kerak, chunki yoshni hisoblashdagi xatolar baholash natijalarini sezilarli darajada buzishi mumkin.

Bolalar o'sishining etalon ko'rsatkichlari va egri chiziqlari

Jismoniy rivojlanish grafiklari pediatr va umumiy amaliyot shifokori amaliyotida ajralmas vosita hisoblanadi. Ular bolaning bo'yi va vaznining fiziologik me'yorlarga mos kelishini baholashga imkon beradi. Biroq, to'g'ri talqin qilish uchun to'g'ri standartlardan foydalanish zarur, chunki noto'g'ri etalon ko'rsatkichlar noto'g'ri xulosalarga olib kelishi mumkin. O'sish etaloni alohida bolalar va umuman populyatsiya salomatligini baholash uchun qo'llanilib, o'sish va rivojlanish jarayonida bolaning asosiy fiziologik ehtiyojlari qondirilishini aks ettiradi.

Besh yoshgacha bo'lgan bolalar uchun, o'g'il bolalar va qizlar uchun alohida rivojlanish standartlari mavjud. Har bir standart uchta yosh guruhiga bo'lingan 12 ta grafikni o'z ichiga oladi. Ushbu jadvallarda parametrlar qayd etiladi: yosh, tana vazni va uzunlik/bo'y. Rivojlanishni to'liq baholash uchun har bir bolaga quyidagi parametrlarni tahlil qilgan holda to'rtta grafikdan foydalanish tavsiya etiladi:

Yosh bo'yicha uzunlik/bo'y - bu ko'rsatkich surunkali to'yib ovqatlanmaslik yoki tez-tez yuqumli kasalliklarga chalinish natijasi bo'lishi mumkin bo'lgan o'sishdan orqada qolgan bolalarni aniqlash imkonini beradi. Shuningdek, u ba'zan endokrin buzilishlar bilan bog'liq bo'lgan me'yordan baland bo'yli bolalarni aniqlashga yordam beradi.

Yoshga qarab tana vazni - bu ko'rsatkich bolada vazn yetishmasligi yoki sezilarli darajada ozg'inlik bor-yo'qligini baholashga yordam beradi. Lekin semizlikni aniqlashda qo'llanilmaydi. Haqiqiy tana vaznini yashira oladigan shishlar mavjud bo'lsa, albatta tegishli belgi qo'yiladi, chunki bunday holatlar og'ir to'yib ovqatlanmaslikdan dalolat beradi.

Bo'y/uzunlik bo'yicha tana vazni - vaznning bo'yga nisbati tana vazni yetarli bo'lmagan yoki ortiqcha bo'lgan bolalarni aniqlash imkonini beradi. Bu parametr, ayniqsa, bolaning holdan toyishi yoki semirib ketish xavfini baholash uchun muhimdir.

Yosh bo'yicha tana vazni indeksi (TVI) - bu ko'rsatkich ortiqcha vaznli yoki semiz bolalarni erta aniqlash uchun ishlatiladi. Bo'y va tana vaznidan farqli o'laroq, TVI normada yoshga mutanosib ravishda oshmaydi. TMI grafiklarida hayotning dastlabki olti oyida chaqaloqlik davrida o'ziga xos cho'qqini kuzatish mumkin, so'ngra 2 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan davrda ko'rsatkichning pasayishi va barqarorlashuvi kuzatiladi.

Ortiqcha vazn xavfini talqin qilish uchun ota-onaning vaznini hisobga olish muhim: agar ulardan biri semiz bo'lsa, bolaning ortiqcha vazngа ega bo'lish ehtimoli 40% gacha, agar ikkalasi ham bo'lsa, 70% gacha oshadi. Shunisi ahamiyatliki, ortiqcha vazn va semizlik voyaga yetmaganlik bilan bir vaqtda uchrashi mumkin. TVI quyidagi formula bo'yicha hisoblanadi: TVI = vazn (kg) / bo'y (m) 2. tana vazni indeksi (TVI) kilogrammdagi vazn (tana vazni) ning kvadrat metrdagi tana uzunligiga nisbatini ifodalaydi. TVI jadvallar ko'rinishida taqdim etilgan

bo'y (cm)	Massa-o'sish indeksi																		bo'y (cm)
84.	5.6.	6.4.	7.1	7.8	8.5	9.2	9.9	10.6	11.3	12.0	12.7	13.4	14.1	14.8	15.5	16.2	16.9	17.6	18.3	84.
85.	5.8.	6.5.	7.2	7.9	8.7	9.4	10.1	10.8	11.6	12.3	13.0	13.7	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.1	18.8	85.
86.	5.9.	6.7	7.4	8.1	8.9	9.6	10.4	11.1	11.8	12.6	13.3	14.1	14.8	15.6	16.3	17.0	17.8	18.5	19.2	86.
87.	6.1.	6.8.	7.6.	8.3.	9.1	9.8.	10.6	11.4	12.1	12.9.	13.6	14.4	15.1	15.9	16.7	17.4	18.2	18.9	19.7	87.
88.	6.2.	7.0	7.7.	8.5	9.3.	10.1	10.8	11.6	12.4	13.2	13.9	14.7	15.5	11.3	17.0	17.8	18.6	19.4	20.1	88.
89.	6.3.	7.1.	7.9	8.7	9.5	10.3	11.1	11.9	12.7	13.5	14.3	15.0	15.8	16.6	17.4	18.2	19.0	19.8	20.6	89.
90.	6.5.	7.3.	8.1.	8.9.	9.7.	10.5.	11.3	12.2	13.0	13.8.	14.6.	15.4	16.2	17.0	17.8.	18.6	19.4	20.3	21.1	90.
91.	6.6.	7.5.	8.3.	9.1	9.9.	10.6.	11.6	12.4	13.2	14.1.	14.9.	15.7	16.6	17.4	18.2.	19.0	19.9	20.7	21.5	91.
92.	6.8.	7.6.	8.5.	9.3.	10.2.	11.0	11.8	12.7	13.5	14.4.	15.2.	16.1	16.9	17.8	18.6	19.5	20.3	21.2	22.0	92.
93.	6.9.	7.8.	8.6.	9.5.	10.4.	11.2.	12.1	13.0	13.8.	14.7.	15.6.	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	93.
94.	7.1.	8,0	8.8.	9.7.	10.6.	11.5.	12.4	13.3.	14.1	15.0	15.9.	16.8	17.7	18.6	19.4.	20.3.	21.2	22.1	23.0	94.
95.	7.2.	8.1.	9.0	9.9	10.8.	11.7	12.6	13.5	14.4	15.3.	16.2.	17.1	18.1	19.0	19.9	20.8	21.7	22.6	23.5	95.
96.	7.4.	8.3.	9.2.	10.1.	11.1	12,0	12.9	13.8	14.7	15.7.	16.6.	17.5	18.4	19.4	20.3	21.2	22.1	23.0	24,0	96.
97.	7.5.	8.5.	9.4.	10.3.	11.3.	12.2.	13.2	14.1.	15.1.	16.0	16.9.	17.9	18.8	19.8.	20.7.	21.6.	22.6	23.5	24.5	97.
98.	7.7.	8.6.	9.6.	10.6.	11.5.	12.5.	13.4	14.4.	15.4.	16.3.	17.3.	18.2	19.2	20.2.	21.1.	22.1.	23.0	24,0	25.0	98.
99.	7.8.	8.8.	9.8.	10.8.	11.8.	12.7.	13.7	14.7.	15.7.	16.7.	17.6.	18.6	19.6	20.6.	21.6.	22.5.	23.5	24.5	25.5	99.
100.	8,0	9.0	10.0	11,0	12.0	13.0	14.0	15,0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	22.0	23.0	24,0	25.0	26,0	100
101.	8.2.	9.2.	10.2.	11.2.	12.2	13.3.	14.3	15.3.	16.3	17.3.	18.4.	19.4	20.4	21.4.	22.4.	23.5	24.5	25.5	26.5	101.
102.	8.3.	9.4.	10.4.	11.4.	12.5.	13.5.	14.6	15.6.	16.6.	17.7.	18.7.	19.8	20.8	21.8.	22.9	23.9	25.0	26,0	27.1	102.
103.	8.5.	9.5.	10.6.	11.7.	12.7.	13.8.	14.9	15.9.	17.0	18.0	19.1.	20.2	21.2	22.3.	23.3.	24.4.	25.5	26.5	27.6	103.
104.	8.7.	9.7.	10.8.	11.9.	13.0	14.1.	15.1	16.2.	17.3.	18.4.	19.5	20.6	21.6	22.7.	23.8.	24.9.	26,0	27,0	28.1	104.
105.	8.8.	9.9.	11,0	12.1.	13.2.	14.3.	15.4	16.5.	17.6.	18.7.	19.8.	20.9	22.1	23.2.	24.3.	25.4.	26.5	27.6	28.7	105.

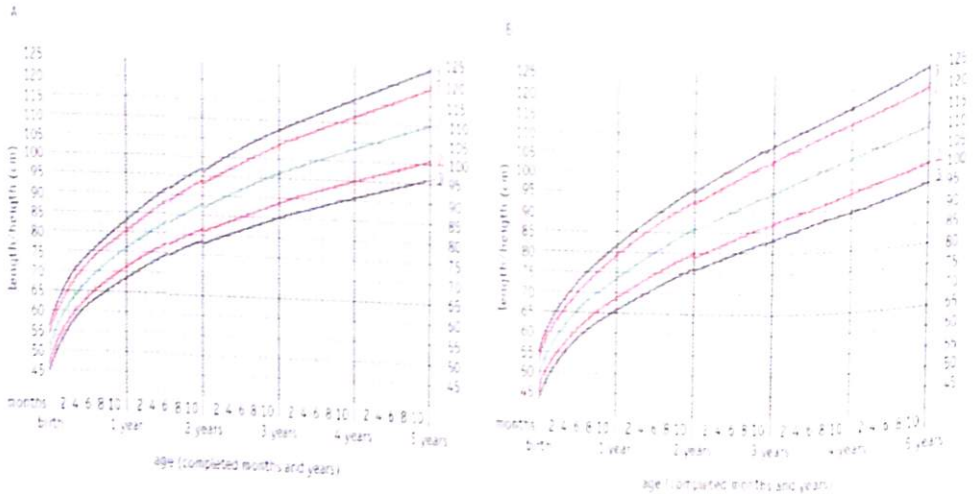
106	9.0	10.1	11.2	12.4	13.5	14.6	15.7	16.9	19.1	25.2	21.3	22.5	23.6	24,7	25.8	27,0	27.1	23.1	29.2	106.
107	9.2.	10.3.	11.4.	12.6.	13.7.	14.9.	16.0	17.2.	18.3.	19.5	20.6.	21.8	22.9	24,0	25.2.	26.3.	27.5	28.6	29.8	107.
108	9.3.	10.5	11.7.	12.8.	14.0	15.2.	16.3.	17.5	18.7.	19.8.	21.0	22.2	23.3	24.5.	25.7.	26.8.	28.0	29.2	30.3	108.
109	9.5.	10.7	11.9.	13.1	14.3	15.4.	16.6.	17.8.	19.0	20.2.	21.4.	22.6	23.8	25.0	26.1.	27.3.	28.5	29.7	30.9	109.
110	9.7.	10.9.	12.1.	13.3.	14.5.	15.7.	16.9.	18.2.	19.4.	20.6.	21.8.	23.0	24.2	25.4.	26.6.	27.8.	29.0	30.3	31.5	110.
111	9.9.	11.1	12.3.	13.6.	14.8.	16.0	17.2.	18.5.	19.7.	20.9.	22.2.	23.4	24.6	25.9.	27.1.	28.3.	29.6	30.8	32,0	111.
112.	10.0	11.3.	12.5.	13.8.	15.1.	16.3.	17.6.	18.8.	20.1.	21.3.	22.6.	23.8	25.1	26.3.	27.6.	28.9.	30.1	31.4	32.6	112.
113	10.2	11.5	12.8.	14.0	15.3.	16.6.	17.9.	19.2	20.4	21.1.	23.0	24.3	25.5	26.8.	28.1.	29.4.	30.6	31.9	33.2	113.
114	10.4.	11.7.	13.0	14.3.	15.6.	16.9.	18.2.	1.5.	20.8	22.1.	23.4.	24.7	26,0	27.3.	28.6.	29.9.	31.2	32,5	33.8	114.
115.	10.6.	11.9.	13.2.	14.5.	15.9.	17.2.	18.5.	19.8.	21.2.	22.5.	23.8.	25.1	26.5	27.8.	29.1.	30.4.	31.7	33.1	34.4	115.
116	10.8	12.1.	13.5.	14.8.	16.1.	17.5.	18.8.	20.2	21.5	22.9.	24.2.	25.6	26.9	28.3.	29.6.	30.9.	32.3	33.8	35,0	116.
117.	11,0	12.3.	13.7.	15.1.	16.4.	17.8.	19.2.	20.5.	21.9.	23.3.	24.6.	26,0	27.4	28.7.	30.1.	31.5.	32.9	34.2	35.6	117.
118.	11.1.	12.5.	13.9.	15.3.	16.7.	18.1.	19.5	20.9.	22.3.	23.7.	25.1.	26.5	27.8	29.1.	30.6.	32,0	33.4	34.8	36.2	118.
119.	11.3.	12.7.	14.2.	15.6.	17.0	18.4.	19.8.	21.2.	22.7.	24.1.	25.5.	26.9	28.3	29.7.	31.2.	32.6.	34.0	35.4	36.8	119.
120.	11.5.	13.0	14.4.	15.8.	17.3.	18.7.	20.2.	21.6.	23.0	24.5.	25.9.	27.4	28.8	30.2.	31.7.	33.1.	34.6	36,0	37.4	120.
121.	11.7.	13.2.	14.6.	16.1.	17.6.	19.0	20.5.	22.0	23.4.	24.9.	26.4.	27.8	29.3	30.7.	32.2.	33.7.	35.1	36.6	38.1	121.
122.	11.9.	13.4.	14.9.	16.4.	17.9.	19.3.	20.8.	22.3.	23.8.	25.3.	26.8.	28.3	29.8	31.3.	32.7.	34.2.	35.7	37.2	38.7	122.
123.	12.1.	13.6.	15.1.	16.6.	16.2.	19.7.	21.2.	22.7.	24.2.	25.7.	27.2.	28.7	30.3	31.8.	33.3.	34.8.	36.3	37.8	39.3	123.
124.	12.3.	13.8.	15.4.	16.9.	18.5.	20.0	21.5.	23.1.	24.6.	26.1.	27.7.	29.2	30.8	32.3.	33.8.	35.4.	36.9	38.4	40.0	124.
125.	12.5.	14.1.	15.6.	17.2.	18.8.	20.3.	21.9.	23.4.	25.0	26.6.	28.1.	29.7	31.3	32.8.	34.4.	35.9.	37,5	39.1	40.6	125.
	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	

Grafikda besh yoshgacha bo‘lgan bolalar uchun tana vazni indeksining yoshga bog‘liqlik egri chiziqlari ko‘rsatilgan. Tana vazni va bo‘yidan farqli o‘laroq, bu yoshda tana vazni indeksi standart og‘ishlar bo‘yicha baholanadi: -3CO, -2CO, -1CO, 0 (mediana), +1CO, +2CO,

+3CO. Agar bolaning indeksi -3SO dan past sohaga tushsa, demak u o'ta ozg'in hisoblanadi va shoshilinch yordamga muhtoj, chunki bu holat og'ir oqsil-energetik yetishmovchilikdan dalolat beradi. Agar indeks -3SO va -2SO oralig'ida bo'lsa, bola juda ozg'in hisoblanadi va tibbiy aralashuvni ham talab qiladi, bu esa BENning o'rtacha darajasini ko'rsatadi. -2SO va -1SO oralig'idagi qiymatlarda bola ozg'in deb baholanadi va doimiy kuzatuvni talab qiladi, bu BENning yengil darajasiga to'g'ri keladi. -1SO dan +1SO gacha bo'lgan ko'rsatkichlar me'yor chegarasida. Ko'rsatkichlarning oshishi o'rtacha (+1SO va +2SO oralig'ida), yuqori (+2SO va +3SO oralig'ida) va semizlikni (+3SO dan yuqori) ko'rsatadi.

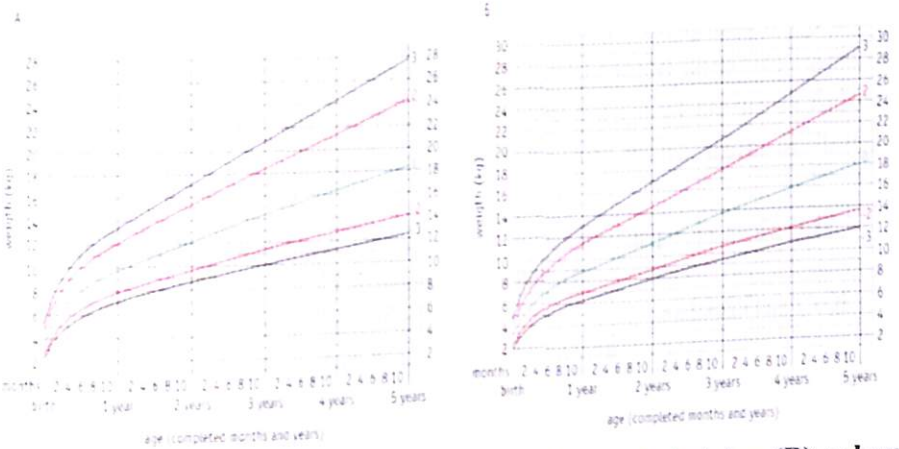
Yoshga qarab 5 yoshgacha bo'lgan o'g'il bolalar (A) va qiz bolalar (B) uchun tana/bo'y uzunligi me'yorlari.

Izoh. +2 (yuqori qizil chiziq) - me'yorning yuqori chegarasi; 0 (yashil chiziq) - bo'y/uzunlikning o'rtacha qiymati; -2 (quyi qizil chiziq) - me'yorning quyi chegarasi



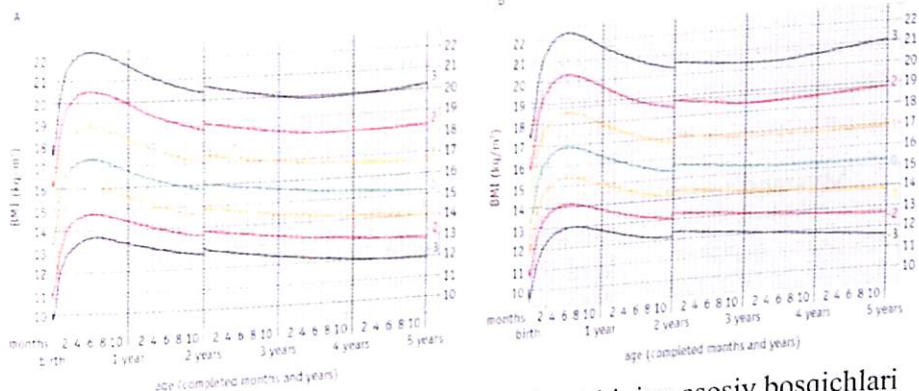
5 yoshgacha bo'lgan o'g'il bolalar (A) va qiz bolalar (B) uchun yoshga qarab tana vazni me'yorlari.

Izoh. "Tana vazni - yosh" me'yorlarini qo'llash faqat bo'yni o'lchashning iloji bo'lmaganda ruxsat etiladi. +2 (yuqori qizil chiziq) - me'yorning yuqori chegarasi; 0 (yashil chiziq) - tana vaznining o'rtacha qiymati; -2 (quyi qizil chiziq) - me'yorning quyi chegarasi



5 yoshgacha bo‘lgan o‘g‘il bolalar (A) va qiz bolalar (B) uchun yoshga qarab tana vazni indeksi (TVI) me’yorlari.

Eslatma. +2 (yuqori qizil chiziq) - ortiqcha tana vazni va semizlik o‘rtasidagi chegara; +1 (yuqori to‘q sariq chiziq) - me’yor va ortiqcha tana vazni o‘rtasidagi chegara; 0 (yashil chiziq) - TVIning o‘rtacha qiymati; -2 (pastki qizil chiziq) - me’yorning pastki chegarasi, me’yor va tana vazni tanqisligi o‘rtasidagi chegara; -3 (pastki qora chiziq) - tana vazni tanqisligi va og‘ir tana vazni tanqisligi o‘rtasidagi chegara



Erta yoshdagi bolalarning motor rivojlanishining asosiy bosqichlari Iqtisodiy tadqiqotlar va islohotlar vazirligi/JSST-2006 standartlariga muvofiq oltita asosiy ko‘nikmaga erishish orqali baholanadi. Bu ko‘nikmalarning har birini o‘zlashtirishdan oldin bola bir qator dastlabki bosqichlarni bosib o‘tadi. Harakat ko‘nikmalarini baholash bola nima

qilayotganini va qaysi darajada ekanligini kuzatishni o'z ichiga oladi. Ijroning mustaqillik darajasini hisobga olish muhimdir: bola buni mustaqil ravishda bajaradimi yoki faqat yordamdan so'ng. Baholashdagi farqlarni minimallashtirish uchun test shartlari, shu jumladan metodika va natijalarni talqin qilish aniq belgilanishi kerak.

Harakat rivojlanishining oltita asosiy bosqichini bajarishni baholash mezonlari	
Ko'rsatkichlar	**Baholash mezonlari**
Tayanchsiz o'tirish	Bola to'g'ri o'tiradi, boshi 10 soniyaga ko'tarilgan. Bola muvozanat saqlash yoki tayanish uchun qo'llariga suyanmaydi.
To'rt oyoqlab emaklash	Bola to'rt oyoqlab oldinga yoki orqaga harakat qiladi. Qorincha pol yuzasiga tegmaydi. Harakatlar davomli va ketma-ket, hech bo'lmaganda ketma-ket uchta.
Tayanib turish	Bola ikki qo'li bilan mebelni ushlab, tirsagiga suyanmasdan tik turgan holatda bo'ladi. Bola kamida 10 soniya tayanch bilan turadi.
Tayanib yurish	Bola tik turgan holatda orqasi to'g'rilangan holatda. Bola qimirlamay turgan predmetni ushlab, bir yoki ikki qo'li bilan yon tomonga yoki oldinga qadam tashlaydi. Bolaning bir oyog'i biroz oldinga chiqib turadi, ikkinchisi esa tana og'irligini ushlab turadi.
Mustaqil turish	Bola ikki oyoqda tik turgan holatda bo'lib, orqasi to'g'rilangan. Oyoqlar 100% og'irlikni ushlab turadi. Bola boshqa odamga yoki buyumga suyanmaydi. Bola taxminan 10 soniya mustaqil turadi.
Mustaqil yurish	Bola mustaqil ravishda bir necha qadam tashlaydi. Bir oyoq oldinga chiqib turadi, ikkinchisiga esa og'irlikning katta qismi tushadi. Bola buyumga tayanmaydi.

Psixomotor va nutqiy rivojlanish chaqaloqning salomatlik holatini tavsiflovchi asosiy ko'rsatkichlardan biridir. Psixomotor rivojlanish katta ko'rsatkichlar majmuasini o'z ichiga oladi: reflekslar, ko'rish, eshitish,

harakat ko'nikmalari, nozik motorika, faol va passiv nutq, sensor idrok, his-tuyg'ular, muloqot va ijtimoiylashuv ko'nikmalarini takomillashtirish. Motor rivojlanishning asosiy ko'rsatkichlari bilan bir qatorda, bolalarning psixomotor va aqliy rivojlanishini baholash uchun motorika, nutq va eshitish qobiliyatining rivojlanish bosqichlari ham muhim ahamiyatga ega bo'lib, ular quyida keltirilgan.

"Bolani erta rivojlantirish va maktabga tayyorlash yo'nalishlari" xaritasi	
0 oydan 3 oygacha bo'lgan bolalarning rivojlanish xaritasi	
Asab-ruhiy rivojlanish	Qorin bilan yotgan holda boshini ko'taradi, qo'llariga, keyin tirsaklariga tayanadi. Qarashni oldinda va atrofda nima borligiga qaratadi. Guvillaydi, jilmayadi. Oyoqlariga yaxshi tayanadi, boshini ishonchli tutadi
3 oydan 6 oygacha bo'lgan bolalarning rivojlanish xaritasi	
Asab-ruhiy rivojlanish	Qorinda yotgan bola kaftlariga tayanib, gavdasining yuqori qismini ko'taradi. Tovushlarga yaxshi javob beradi, uzoq vaqt guvillaydi, kuladi Qornidan chalqancha ag'darilib, tayanchga tayanib o'tiradi. Emaklashga harakat qiladi, qo'lida o'yinchoqni yaxshi ushlaydi, gapirishga harakat qiladi. Ota-onasi va oila a'zolarini yaxshi taniydi.
6 oydan 12 oygacha bo'lgan bolalarning rivojlanish kartasi	
Yirik motorika	Tayanchsiz bola to'g'ri o'tiradi, qo'llari yordamida ko'krak qafasini ko'taradi, qorni bilan yaxshi emaklaydi. Bola to'rt oyoqlab turadi va emaklaydi, shuningdek, to'rt oyoqlab o'tiradi. Bola ikki qo'lidan ushlab turilganda yuradi, mustaqil o'tiradi, biror narsani ushlab engashadi, mebelni ushlab yon tomoni bilan ishonch bilan yuradi.

Mayda motorika	Bola shaqildoqni silkitadi, predmetlarga qo'lini cho'zadi va ularni og'ziga tortadi. Agar kimdir o'yinchoqni olmoqchi bo'lsa, bola unga yopishib oladi, predmetlarni bir tutqichdan ikkinchisiga o'tkazadi, predmetlarni besh barmog'i bilan oladi.
Nutqni tushunish	Bola o'z ismini taniydi, imo-ishoralar bilan kattalar ko'rsatishni so'ragan harakatlarni ko'rsatadi. "Ha," "yo'q, mumkin," "mumkin emas" o'rtasidagi farqni tushunadi va biladi
Faol nutq	Bola chug'urlaydi, bir xil tovushlarni takrorlaydi. Tovushlarni, so'zlarni ma'noli qo'llaydi, ularni muayyan predmetlarga bog'laydi.
Sensor rivojlanish	Bola onasining ovozini taniydi, 20-40 santimetr masofadagi mayda narsalarga e'tibor beradi.
Intellektual rivojlanish	Sevimli o'yinchoqlarini farqlaydi
Hissiyotlar va muloqot	Bola tanish chehralarni ko'rib o'zini baxtiyor sezadi, boshqa bolalar bor joyda quvonadi.
Ovqatlanish	Qoshiqdan bo'tqa ichib, yeya oladi. Bir bo'lak non yoki pechenye ushlab yeydi
shaxsiy gigiyena	Kattalar ekayotgan tuvakka boradi
1 yoshdan 1 yosh 6 oygacha bo'lgan bolalarning rivojlanish xaritasi	
katta motorika	Cho'qqayib o'tiradi, divanga ko'tariladi, mustaqil yuradi, to'siqlarni aylanib o'tadi, mayda buyumlardan hatlab o'tadi. Kattalarning qo'lidan yoki panjaradan ushlab zinapoyadan yuqoriga ko'tariladi
nutqni tushunish	Katta odam biror buyumni berishni so'raganda, bola uni xotirjam topib beradi.
faol nutq	ohangdan foydalanib, o'z iltimosini ifodalaydi
sensor rivojlanish	Bola barmoqlarini qimirlatib, yonida yotgan har xil narsalarni paypaslab ko'radi.

hissiyotlar va muloqot	Kattalar bilan o'yin o'ynaydi. Boshqalarga shunchaki hamdardlik bildiradi. Biror ishni bajarishda qiynalsa, kattalardan yordam so'rasa,
ovqatlanish	qo'li bilan ovqat yeydi, ovqatni ozgina tushirib yuboradi, o'zi qoshiq bilan ovqatlanadi.
shaxsiy gigiyena	hojatxonaga borgisi kelsa, kattalarga xabar beradi, chunki hali ham yordamga muhtoj.
1 yosh 6 oylikdan 2 yoshgacha bo'lgan bolalarning rivojlanish xaritasi	
katta motorika	Kichik to'siqlarni yengib o'tib, zinapoyadan navbatma-navbat qadam tashlab, kattalarning qo'lidan yoki panjaradan ushlab ko'tariladi.
mayda motorika	Buyumlardan maqsadli foydalanadi, kubiklardan minora yasaydi
nutqni tushunish	Predmet yoki tana qismini nomlashda ularni ko'rsatadi
faol nutq	sodda gaplar tuzish uchun 2-3 tagacha so'zdan foydalanadi.
hissiyotlar va muloqot	Noto'g'ri ish qilganida vijdon azobini his qiladi. O'z xohish-istaklarini bildiradi, lekin belgilangan cheklovlarni qabul qiladi. Tengdoshlari bilan do'stona munosabatlarni rivojlantirmoqchi
2 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalarning rivojlanish xaritasi	
katta motorika	Sakraydi, yiqilmasdan tez yuguradi, to'pni uzoqqa otadi va ilib oladi. Katta buyumni ko'tarishi mumkin. Panjarani ushlamasdan zinapoyadan ko'tariladi Bir-biridan 15-20 sm masofada 2 ta chiziqdan sakrab o'tadi.
mayda motorika	Shisha qopqog'ini ochadi Ruchkani butun qo'li bilan ushlab yoki mushtumiga qisib, u bilan aji-buji chizadi.

	Kitobda sahifalarni aylantiradi Kattalarga taqlid qilib bir varaq qog'ozni o'rab qo'yadi. Suyuqlikni bir idishdan ikkinchi idishga quyadi.
nutqni tushunish	Predloglar ma'nosini tushunadi
faol nutq	besh va undan ortiq so'zdan iborat gaplardan foydalanadi
sensor rivojlanish	Katta hajmdan eng kichik hajmgacha bo'lgan ikki xil buyumni farqlaydi. Ta'miga ko'ra shirin va nordonni farqlaydi, halqalardan piramidalar hosil qiladi.
intellektual rivojlanish	Uchta qutidan birining ostiga yashirilgan o'yinchoqlarni topadi
hissiyotlar va muloqot	Xafa bo'lgan tengdoshiga hamdardlik bildiradi G'amgin va kulgili narsalarni farqlaydi
ijtimoiy rivojlanish	Ota-onasining iltimosini bajaradi. Kattalar bilan xushmuomalalik bilan salomlashadi, xayrlashadi, muloyim so'zlar aytadi. Jamoaviy yoki guruh o'yinlarini o'ynaydi
kiyinishni bilish	ba'zi kiyimlarni mustaqil ravishda yechadi va ularni kiyishi mumkin.
shaxsiy gigiyena	tuvakka o'tirishdan oldin kiyim va ichki kiyimlarini o'zi yechadi. Tuvakdan keyin qo'lini yuvadi
3 yoshdan 4 yoshgacha bo'lgan bolalarning rivojlanish xaritasi	
katta motorika	Bir oyoqda sakraydi, o'ng va chap oyoqda navbatma-navbat bir necha soniya tura oladi, ikki chiziqdan sakraydi. Butun tanasi, gavdasi va qo'l-oyoqlari bilan harakat qila oladi To'pni ikki qo'llab ilib oladi, qo'llari bilan yerga urib qaytaradi

mayda motorika	Ruchka yoki qalamni to‘g‘ri ushlaydi va ularni erkin harakatlantiradi, mayda elementlar va qoralamalarni chizadi Bir-biri bilan kesishgan chiziqlarni o‘lcham va shtrixlar nisbatiga rioya qilmasdan nusxalaydi, noto‘g‘ri shakldagi aylana, to‘g‘ri, egri chiziq, uchburchak, to‘rtburchak chizadi
nutqni tushunish	Muayyan leksikaning so‘zlarini tushunadi (sabzavotlar, mevalar, hayvonlar, ranglar)
faol nutq	Nutqdan erkin foydalanadi, ko‘p savollar beradi, muloqotga oson kirishadi. Bilish ehtiyojlari ortadi. "Nima uchun?" degan savollardan foydalanadi. "Qachon?," "Qanday?," Olmosh, sifatlarni qo‘llaydi Rasm asosida oddiy hikoya tuzish
sensor rivojlanish	Bitta to‘plamdan bir xil rasmlarni tanlaydi; o‘lchami va rangi bir xil bo‘lgan buyumlarni 7 yoki undan ortiq halqalardan piramidalar tuzadi Shakllarni formalarga joylashtiradi Bir nechta rangni aytadi Silliq va g‘adir-budur yuza farqlanadi
intellektual rivojlanish	Yengil she’rlar aytadi Oddiy saralash topshiriqlarini bajarishda e’tiborli. O‘z xohishiga ko‘ra oddiy rasm chizadi. Predmetlarni turkumga oidligiga ko‘ra nomlaydi Topshiriq sharti elementlarini tushunadi va ularni bajaradi.
savodxonlik va hisob	10 gacha sanaydi va sonlarni aytadi, chapni o‘ngdan ajratadi. Ortiqchasini olib tashlashi mumkin (masalan, qatordagi meva, sabzavotni olib tashlash) Oddiy qo‘shish amalini bajara oladi, shuningdek, teng ikkiga bo‘la oladi

ijtimoiy rivojlanish	O'yin qoidalariga amal qiladi Guruhli o'yinlarda birga o'ynashni biladi
madaniy rivojlanish	Uyi va ota-onasi haqida ba'zi ma'lumotlarni biladi, ba'zi kasblarni biladi va bir nechta bayramlar
ovqatlanish	ovqatni tushirmasdan o'zi yeydi. Dasturxon atrofida o'zini qanday tutishni biladi Onamga dasturxon yozish va yig'ishtirishda yordam beradi
kiyinishni bilish	Mustaqil ravishda oyog'iga paypoq va poyabzal kiyadi, katta tugmalarni qadaydi va yechadi. Boshqalarga kiyinishga yordam beradi
shaxsiy gigiyena	Mustaqil ravishda qo'llarini yuvadi, yuzini yuvadi Mustaqil ravishda tishlarini tozalaydi va ovqatdan keyin og'zini chayadi, uxlashdan oldin oyoqlarini yuvadi. Dastro'moldan foydalanishni biladi

Bolalarning rivojlanish ko'rsatkichlarini qo'llash va ularni monitoring qilishning asosiy vazifalaridan biri salomatlik bilan bog'liq bo'lishi mumkin bo'lgan muammolarni, shu jumladan kasallanish, o'lim, aqliy rivojlanish va surunkali kasalliklar xavfini bashorat qilishdir. Bu, shuningdek, bolalar rivojlanishidagi og'ishlarning oldini olish va tuzatish choralarini ko'rishga yordam beradi.

Turli indikatorlardagi sekinlashish chuqur jarayonlarni ko'rsatadi va turlicha sababiy bog'lanishlarni taxmin qilish imkoniyatini yaratadi. Bu genetik, gormonal va homila ichi xarakteridagi omillar, shuningdek, postnatal muhitning ta'siri: noto'g'ri ovqatlanish, kasalliklar va ota-onalar tomonidan e'tibor, mehr va g'amxo'rlikning yetishmasligi bo'lishi mumkin.

Masalan, massa-yosh va massa-bo'y nisbatiga ta'sir qiluvchi omillarga quyidagilar kirishi mumkin:

• o'tkir ochlikka olib keluvchi noratsional ovqatlanish;

• og‘ir kasalliklar (o‘tkir va surunkali), shuningdek, hissiy va ijtimoiy muammolar;

• onaning kam vaznliligi (43,5 kg dan kam);

• ko‘p tug‘ruqlarning mavjudligi (7 tadan ko‘p);

• ota-onaning ajralishi yoki ulardan birining vafot etishi;

• 4 nafardan ortiq 1-12 oylik bolalar nobud bo‘lgan;

• yangi tug‘ilgan chaqaloq vaznining pastligi (2400 g dan kam);

• egizak yoki uch egizak tug‘ilishi;

• hayotning boshida tana vaznining yetarli darajada o‘smasligi;

• ko‘krak suti yo‘qligi;

• bir yoshgacha bo‘lgan bolalarda takroriy diareya, qizamiq yoki ko‘kyo‘tal kabi kasalliklar.

BOLALARNI MAXSUS PARVARISH QILISH VA DIQQAT BILAN KUZATISHNI TALAB QILADIGAN XAVF OMILLARI: MUAMMONI HAL ETISH YO‘LLARI

Ovqatlanishni tuzatish quyidagi jihatlarni o‘z ichiga oladi:

• bola hayotining dastlabki 6 oyi davomida faqat ona suti bilan oziqlantirishni ta’minlash;

• ko‘krak suti bilan emizishni 2 yoshgacha davom ettirish.

Buning uchun ayollarning sog‘lig‘ini saqlash, homilador va emizikli ayollarning to‘g‘ri ovqatlanishi va dam olishini tashkil etish zarur. 6 oylikdan oshgan bolalarning yosh xususiyatlarini hisobga olgan holda ularga tegishli qo‘shimcha ovqatlarni o‘z vaqtida berish muhimdir.

Shuningdek, bolalarda A vitamini va boshqa eng muhim mikroelementlar yetishmovchiligini bartaraf etish orqali yuqumli

kasalliklarning oldini olish, somatik va yuqumli kasalliklarni yetarli darajada davolash kerak.

To'yib ovqatlanmaslik deb, oziq moddalar yetishmasligi, mikroelementlar tanqisligi, ortiqcha vazn yoki semizlikka aytiladi. Bunga noto'g'ri ovqatlanish va kasalliklar sabab bo'lishi mumkin. Tadqiqotlar noto'g'ri ovqatlanish va infeksiyalar o'rtasidagi bog'liqlikni, shuningdek, diareya va qizamiq kabi kasalliklarning ishtaha va ovqat iste'moliga ta'sirini ko'rsatadi. Bolalarning ovqatlanish holatiga ijtimoiy omillar va tibbiy xizmatlardan foydalanish imkoniyati ham ta'sir ko'rsatadi.

YETARLI OVQATLANMASLIK

Ovqatlanish yetishmovchiligi ovqatning sifat va miqdor jihatidan yetarlicha iste'mol qilinmasligi, shuningdek, kasalliklar tufayli yuzaga keladi. Yetarli ovqatlanmaslik va infeksiyalar o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik mavjud. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (1998) ma'lumotlariga ko'ra, besh yoshgacha bo'lgan bolalarning 54 foizida noto'g'ri ovqatlanish erta o'limning asosiy sababidir.

Bolalik davriga xos bo'lgan diareya, o'tkir respirator infeksiyalar, qizamiq kabi kasalliklar ham o'sish va rivojlanishga ta'sir ko'rsatadi. Kasallik paytida bolalarda ko'pincha ishtaha pasayishi kuzatiladi, bu esa oziq moddalarga bo'lgan ehtiyoj oshganda ovqatning kamayishiga olib keladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, qizamiq bilan og'rigan bolalarda vitamin A va oqsil miqdori to'g'ri ovqatlanganda ham kamayadi.

Ovqatlanish va kasallanish darajasiga ko'plab omillar ta'sir ko'rsatadi, jumladan, bilim yetishmasligi, onalar va bolalarga yordam ko'rsatish darajasining pastligi, oziq-ovqat mahsulotlarining yetishmasligi va ularning oilalarda notekis taqsimlanishi. Bundan tashqari, tibbiy xizmatlar, suv va sanitariya sharoitlaridan foydalanish imkoniyatining cheklanganligi, shuningdek, moliyaviy va tashkiliy resurslarning yetishmasligi kabi ijtimoiy muammolar bolalarda ovqatlanish buzilishining asosiy sabablarini tashkil etadi.

OZIQ-OVQAT MIKROELEMENTLARI YETISHMOVCHILIGI

Mikroelementlar yoki mikronutriyentlar deb ataladigan vitaminlar va minerallarni iste'mol qilishning past darajasi bolaning o'sishi va rivojlanishi, shuningdek, umumiy salomatligi uchun ko'plab salbiy oqibatlarga olib kelishi mumkin. Vitamin yetishmovchiligi bolalar salomatligi yomonlashishining muhim sabablaridan biridir. Bola organizmi ularning yetishmasligiga ayniqsa sezgir bo'ladi - u o'sadi, rivojlanadi, jadal moddalar almashinuviga ega bo'ladi. Vitaminlarning yetishmasligi yoki yo'qligi moddalar almashinuvining buzilishiga, jismoniy va aqliy ish qobiliyatining pasayishiga, organizmning tez charchashiga olib keladi, bolalarning o'sishi va rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Shu bilan birga, vitaminlar yetishmasligi tufayli immunitet tizimining patogen omillar ta'siriga va tashqi muhitning salbiy ta'siriga qarshilik ko'rsatish qobiliyati pasayadi. Organizmga vitaminlarning yetarli miqdorda tushmasligi ushbu almashtirib bo'lmaydigan mikronutriyentlar tanqisligi rivojlanishiga olib keladi. Organizmda vitaminlar yetishmovchiligining chuqurligiga qarab gipo va avitaminoz tafovut qilinadi. Avitaminoz deb, vitaminlarning organizmga tushishi deyarli butunlay izdan chiqishi munosabati bilan vitaminlarning juda tanqis bo'lib qolishiga aytiladi. Gipovitaminoz deb, vitaminlarning kam, yetarli miqdorda tushmasligi natijasida organizmda vitaminlar yetishmasligiga aytiladi. Vitamin yetishmovchiligi birlamchi yoki ikkilamchi bo'lishi mumkin.

Mikronutriyentlar yetishmovchiligining maqsadli profilaktikasi uchun vitaminlar va mikroelementlar yetishmovchiligi rivojlanishiga turli moyillik omillari mavjud bo'lgan bolalarni ajratish maqsadga muvofiqdir.

Bolalarda oziq moddalar yetishmovchiligining eng keng tarqalgan turi ***temir*** yetishmovchiligidir. Bu holat kamqonlik, psixomotor va kognitiv rivojlanishning kechikishi, leykotsitlar va limfotsitlar faoliyatining buzilishi tufayli immunitet tizimining zaiflashishi kabi jiddiy sog'liq muammolariga olib kelishi mumkin. Temir tanqisligining nafaqat oldini olish, balki uni o'z vaqtida aniqlash ham muhimdir.

Profilaktikasi bola organizmini har kuni zarur miqdorda temir moddasi bilan ta'minlashdan iborat. Skrining temir tanqisligi anemiya rivojlanishiga olib kelgan bolalarni aniqlashga imkon beradi.

Oy-kuni yetib tug'ilgan 4-6 oygacha bo'lgan bolalar uchun eng yaxshi ovqat faqat ona sutidir. Kattaroq yoshda ko'krak suti temirga bo'lgan ehtiyojni qondirish uchun yetarli bo'lmasligi mumkin. 6 oylikdan boshlab bolaga qo'shimcha ravishda kuniga 1 mg/kg dan kam bo'lmagan miqdorda temir berish kerak. Bunga temir moddasi bilan boyitilgan bolalar bo'tqasi, go'sht pyuresi yoki tarkibida temir moddasi bo'lgan maxsus qo'shimchalarni iste'mol qilish orqali erishish mumkin. O'rtacha kuniga 1 2-1 banka go'sht pyuresi yoki kuniga ikki marta temirga boy bo'tqa iste'mol qilish kifoya (har bir porsiyaga 60 g quruq bo'tqa). Shu bilan birga, ratsionga C vitaminiga boy sabzavot va mevalarni kiritish muhimdir. Aralash va sun'iy ovqatlanishda bo'lgan bir yoshgacha bo'lgan chaqaloqlarga faqat temir bilan boyitilgan aralashmalar (1 litrda 12 mg dan kam bo'lmagan elementar temir) tavsiya etiladi. Agar bola aralashmadan yetarli miqdorda (12 mg/l) temir olayotgan bo'lsa, qo'shimcha temir qabul qilish shart emas.

Chala tug'ilgan yoki kam vaznli bolalarda temir zaxirasi ko'pincha 2-3 oyga kelib tugaydi. Ularga ikki haftalikdan boshlab bir yoshgacha bo'lgan davrda sutkasiga 2-4 mg/kg (ko'pi bilan 15 mg) miqdorida temir qo'shish zarur.

Qaymog'i olinmagan sigir sutini bir yoshgacha bo'lgan bolalarga berish tavsiya etilmaydi. 1 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalar sutkasiga 600 ml dan ortiq sut ichmasligi kerak.

Temir tanqisligi skriningi 9-12 oylik barcha bolalarga tavsiya etiladi.

Ftorning yetishmasligi kariyesning rivojlanish ehtimolini oshiradi, ammo uning ortiqcha miqdori ham zararli bo'lib, flyuorozga olib kelishi mumkin. Tishlarni tozalashni birinchi tish paydo bo'lgan vaqtdan boshlab kuniga ikki marta, oz miqdorda ftorli tish pastasidan foydalangan holda boshlash tavsiya etiladi. Bolalarni tish pastasini yutib yubormaslik uchun tupurishga o'rgatish kerak. Kariyes rivojlanish xavfi kam bo'lgan bolalar uchun ftorli suv va ftorli tish pastasi yetarli. Agar jo'mrakdan chiqayotgan suvda kerakli miqdorda ftor bo'lmasa, buni analiz yordamida tekshirib ko'rish mumkin. Shuni yodda tutish kerakki, suvning filtrlanishi ftor miqdorini

kamaytirishi mumkin, butilkadagi suvda esa u ko'pincha yetarli bo'lmaydi. Ftorning qo'shimcha iste'moli individual ravishda hisoblanishi kerak.

D vitaminiga kelsak, oq tanli insonlar bahor, yoz va kuz oylarida quyosh tig'ida 15 daqiqa bo'lishi kifoya. Ammo qora tanlilar uchun bu yetarli emas, qishda va shimoliy kengliklarda hammaga quyosh yetishmaydi. Ammo to'g'ridan-to'g'ri quyosh nurlari teri saratoni, ayniqsa melanoma xavfini oshiradi. Shuning uchun 6 oylikkacha bo'lgan bolalarga quyosh nuri tushmasligi, kattaroq yoshdagi bolalarga esa quyosh nuri tushishini cheklash va quyoshdan himoyalovchi kremlardan foydalanish tavsiya etiladi.

Quyoshning ehtimoliy zarari va qishda uning yetishmasligi sababli, faqat ona suti bilan oziqlanadigan go'daklarga kuniga kamida 400 XB D vitamini qabul qilish tavsiya etiladi. Bu ona suti tarkibida D vitaminining kamligi, quyosh ta'sirida uning sintezini oldindan aytib bo'lmasligi va raxitning tarqalganligi bilan bog'liq. Shimoliy hududlarda qishda doza kuniga 800 XB gacha oshiriladi. Hozirgi vaqtda bolalar sut aralashmalarining aksariyati D vitamini bilan 1 litrda 400 XB va undan yuqori miqdorda boyitilgan. Binobarin, sun'iy yoki aralash tipdagi ovqatlanishda bo'lgan va sutkasiga kamida 1 litr aralashma iste'mol qiladigan chaqaloqlar D vitaminiga bo'lgan sutkalik ehtiyoj bilan ta'minlanadilar. Emizikli bolani D vitamini bilan ta'minlashning muqobil usuli emizikli onaning ushbu vitaminni qabul qilishidir. Kuniga 4000-6400 XB dozalash bola uchun optimal va ona uchun xavfsiz hisoblanadi.

D vitamini miqdorini aniqlash uchun qon tahlili (D vitamini 25-OH ni o'lchash) qat'iy tibbiy ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshiriladi.

B12 vitamini yetishmovchiligi jiddiy va qaytarib bo'lmaydigan nevrologik buzilishlarga olib kelishi mumkin. V12 vitaminini qo'shimcha qabul qilish faqat: onalari vegetarian parheziga rioya qiladigan emizikli bolalarga (go'sht, baliq, parranda go'shti, tuxum va sut mahsulotlari bundan mustasno); qat'iy vegetarian parheziga rioya qiladigan bolalarga zarur.

Siankobalamin B12 vitaminining faol shakli bo'lib, qo'shimchalar, boyitilgan bo'tqalar, soya ichimliklari va oziq-ovqat achitqilari tarkibida mavjud. Bu mahsulotlarni iste'mol qilmaydigan bolalarga kuniga 6-9 mkg siankobalamin berish zarur. Vitamin-mineral komplekslar odatda xavfsiz dozalarni hisobga olgan holda ishlab chiqilgan bo'lsa-da, tadqiqotlar shuni

ko‘rsatadiki, ularni qabul qiladigan bolalarda ko‘pincha organizmda A va C vitaminlari, foliy kislotasi, rux, selen va mis konsentratsiyasining oshib ketishi aniqlanadi. Qadoqda ko‘rsatilgan dozalardan oshib ketish noxush oqibatlarga olib kelishi mumkin, shuning uchun vitamin qo‘shimchalari va boshqa dorilarni bolalar qo‘li yetmaydigan joylarda saqlash juda muhimdir. Bolalarda vitaminlar va mikroelementlar yetishmovchiligining oldini olishni bola tug‘ilishidan oldin boshlash kerak. Bo‘lajak onalarga kerakli mikronutriyentlarga boy bo‘lgan muvozanatli ratsionga rioya qilish tavsiya etiladi. Qo‘shimcha sifatida homilador va emizikli ayollar uchun vitamin va minerallarga bo‘lgan ehtiyojni hisobga olgan holda ishlab chiqilgan maxsus sutli ichimliklardan foydalanish mumkin. Shuningdek, homilador va emizikli ayollar uchun mo‘ljallangan boshqa vitamin-mineral komplekslar ham mos keladi.

Tug‘ilgandan keyin mikroelementlar tanqisligining oldini olish chora-tadbirlariga quyidagilar kiradi: uzoq muddatli ko‘krak suti bilan oziqlantirish va qo‘shimcha ovqatni o‘z vaqtida berish, ayniqsa, ma’lum bir xususiyatlarga ega bo‘lgan bolalar uchun, masalan, tug‘ilganda katta vazn yoki tez vazn to‘plash. Ko‘chada sayr qilishni o‘z ichiga olgan kun tartibiga rioya qilish, shuningdek, raxit, gipotrofiya va O‘RKning o‘z vaqtida oldini olish va davolash muhimdir. Sun’iy ovqatlantirilayotgan bolalar vitaminlar, makro va mikroelementlar bilan ta’minlaydigan zamonaviy moslashtirilgan aralashmalarga muhtoj. Qo‘shimcha ovqat sifatida sharbatlar, meva va sabzavot pyurelari, temir va mikronutriyentlar bilan boyitilgan tez tayyorlanadigan bo‘tqalardan foydalanish kerak. Odatda, bir yoshli bola zamonaviy aralashmalar va qo‘shimcha ovqatlar bilan oziqlantirilsa, vitaminlar va mikroelementlar yetishmovchiligi yuzaga kelmaydi.

Shuni hisobga olsak, vitamin-mineral komplekslar (VMK) ga ehtiyoj borligi ma’lum bo‘ladi. Vitamin va minerallarni korreksiyalashda ikki xil yondashuv farqlanadi: davolash va profilaktika. Yondashuvni tanlash vitamin yetishmovchiligining og‘irligiga bog‘liq. Ayniqsa, BIVni profilaktik qo‘llash juda jozibali ko‘rinadi. Davolash yondashuvi vitaminlarning yuqori dozalaridan foydalanishni, faqat isbotlangan

yetishmovchilikda va shifokor nazorati ostida yanada intensiv va uzoq muddatli tuzatish kurslarini o'z ichiga oladi. TMK turli shakllarda chiqariladi: siroplar, suspenziyalar, tabletkalar, drajelar, chaynaladigan tabletkalar, gellar, pastilkalar, eruvchan kukunlar va boshqalar. Bolaning ovqati tarkibida vitaminlardan tashqari, yetarli miqdorda makronutriyentlar va mineral moddalar bo'lishi muhim. Vitaminlar va mikroelementlarning maksimal darajada o'zlashtirilishini ta'minlash uchun vitamin-mineral komplekslarda (VMK) moddalarning oson o'zlashtiriladigan shakllarini qo'llash kerak. Bugungi kunda iste'molchilar uchun bolalar uchun maxsus ishlab chiqilgan polivitaminlar va YUMKlarning keng assortimenti mavjud.

II QISM. VI BOB.POLIKLINIKA SHAROITIDA BEMORLARNI OLIB BORISH.

BRONX-O'PKA TIZIMI KASALLIKLARI BOLALARDA

TRAXEIT

Traxeit - traxeyada yallig'lanish jarayoni rivojlanishi bilan kechadigan infeksion-yallig'lanish kasalligi. Rivojlanish chastotasi barcha yuqumli kasalliklar orasida 80-90% ga yetadi. Kamdan kam hollarda mustaqil kasallik tariqasida, ko'pincha traxeobronxit, laringotraxeit ko'rinishida boshlanadi.

Traxeit sabablari

Traxeit o'tkir va surunkali kechishi mumkin. Kasallikning rivojlanishiga quyidagilar yordam beradi:

- atrof-muhitning noqulay omillari
- havoning kimyoviy moddalar, chang, respirator infeksiya qo'zg'atuvchilari bilan changlanganligi.
- zararli ishlab chiqarish omillari, shu jumladan changli havo, yuqori va past harorat yoki ularning keskin o'zgarishi, juda quruq yoki juda nam havo.

Kasallik qo'zg'atuvchilari viruslar, bakteriyalar (streptokokklar, stafilokokklar, pnevmokokklar), zamburug'lar. Bunda yuqish yo'li havo-tomchi usulida bo'ladi. Kasallik qo'zg'atuvchisi bemor yo'talganda yoki aksirganda ajralib chiqadigan shilimshiq zarrachalari bilan organizmga tushadi.

Shilliq qavatning zararlanishiga allergik agentlar, kimyoviy, radiatsion, mexanik shikastlanishlar sabab bo'lishi mumkin. Oshqozon tarkibi tashlab yuborilganda, traxeya shilliq qavatining qo'shma shikastlanishi yuzaga keladi. Umumiy anesteziyaning asorati sifatida gastroezofageal reflyuks kasalligida, alkogoldan zaharlanish fonida, bemor hushini yo'qotganda va qusuq nafas yo'llariga tushganda paydo bo'lishi mumkin. Mexanik jarohat traxeya intubatsiyasidan keyin yuzaga keladi.

Kasallik yuqumli jarayonning nafas olish tizimining yuqori qismlaridan tarqalishi natijasida, ayniqsa immunitetning pasayishi fonida rivojlanishi mumkin.

Kasallik immunitet tanqisligi, kimyoterapiya, dori-darmonlar bilan immunosupressiya paytida traxeyaning shartli patogen florasining faollashuvi fonida paydo bo'lishi mumkin.

Traxeit belgilari

O'tkir traxeit kasallik yuqqanidan keyin bir necha kun o'tgach rivojlanadi. Kasallikning o'tkir davri o'rtacha 1-2 hafta davom etadi.

Bemorning asosiy shikoyati yo'tal. Traxeitda yo'tal - quruq, azobli, kechasi, quruq, changli xonada kuchayadi. Xuruj ko'rinishida namoyon bo'lib, undan so'ng oz miqdorda balg'am ajralishi mumkin. Talvasali yo'tal traxeya bifurkatsiyasida shilimshiq to'planganda paydo bo'ladi. Bolalarda traxeitda yo'tal yig'i, qichqiriq va qusish bilan qo'zg'atilishi mumkin, ko'krak qafasidagi og'riqlar paydo bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan yo'tal asta-sekin namlanadi, bu kasallikning regressi, traxeya shilliq qavati funksiyalarining tiklanishidan dalolat beradi. Traxeitning surunkali shakli rivojlanganda balg'amda qon tomirlari paydo bo'lishi mumkin. Shuningdek, keksalarga xos bo'lgan holsizlik, lanjlik, ishtahaning pasayishi qayd etiladi. Traxeitda intoksikatsiya belgilari ko'pincha aniq bo'lmaydi. Tana harorati 37-38°S gacha ko'tarilishi mumkin. Traxeitda tomoq og'rig'i, ovozning o'zgarishi, nafas olishning qiyinlashishi, O'RK belgilari kuzatilishi mumkin.

Kasallik ijobiy kechadi, ammo immunitet tanqisligi holatlari, zararli omillarning uzoq muddatli ta'siri fonida asoratlar paydo bo'lishi mumkin. Natijada infeksiya bronxlar va o'pkaga o'tadi. Jarayonning generalizatsiyasi davolash fonida klinik va rentgenologik ko'rinishning yomonlashishi bilan tasdiqlanadi.

Kasallik uzoq davom etadigan bo'lsa, shilliq parda atrofiya yoki gipertrofiyaga uchrab, unda qatqaloqlar paydo bo'ladi. Uzoq davom etadigan og'riqli yo'tal bilan kechadi.

Traxeit diagnostikasi

Diagnostikasi qiyinchilik tug'dirmaydi. Qabul paytida shifokor bemorning shikoyatlarini tinglaydi, nafas olish, yurak-qon tomir va boshqa tizimlarning holatini baholash bilan jismoniy tekshiruv o'tkazadi.

- leykotsitar formula, ECHT aniqlangan qonning umumklinik tahlili;
- siydikning umumiy klinik tekshiruvi;
- balg'amni mikroskopik va bakteriologik tekshirish;
- ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi;
- allergologik sinamalar;
- laringotraxeoskopiya;
- tor ixtisoslikdagi mutaxassislar (allergolog, pulmonolog) maslahati.

To'liq tekshiruv rejasi klinik ko'rinishga qarab davolovchi shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.

Traxeitni davolash

Mikroiqlimni optimallashtirish, xonani tez-tez shamollatish, havoni namlash kasallikning kechishiga va yo'tal paydo bo'lishiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Ochiq havoda sayr qilish tavsiya etiladi. Ichish rejimiga rioya qilish, ko'p miqdorda suyuqlik ichish shilliq ajralishini kamaytirishga yordam beradi. Kattalar traxeitda 3-3,5 litrgacha suyuqlik ichishlari kerak.

Tana harorati ko'tarilganda va intoksikatsiya belgilari rivojlanganda o'rinda yotish tavsiya etiladi.

Ratsionda achchiq va sho'r taomlar, konservalangan va bezovta qiluvchi mahsulotlarni cheklash kerak. Qusish refleksining oldini olish uchun bolalarni oz-ozdan ovqatlantirish kerak. Emizikli bolalar tez-tez ovqatlanishga muhtoj.

Allergik traxeitda sababchi omilni istisno qilish kerak.

Fiziomuolajalar o'tkazilganda yaxshi samara kuzatiladi. Gorchichniklarni qo'llash reflektor ta'sir ko'rsatadi, patologik o'choqda qon va limfa oqimini yaxshilaydi. Ishqoriy ingalyatsiyalar traxeitlarda shilliqni suyultirish uchun qo'llaniladi.

Traxeitni davolashda quyidagi dorilar qo'llaniladi:

1. Ingalyatsion glyukokortikoid preparatlar (Pulmikort).

2. Yo'talga qarshi preparatlar (sinekod, kodterpin, libeksin). Kuchli yo'talda Kodterpin qo'llaniladi.

3. Mukolitiklar (ambroksol, bromgeksin), termopsis, island moxi, zarang asosida tayyorlangan balg'am ko'chiruvchi o'simlik preparatlari. Ular yo'talni namlash uchun ishlatiladi. Traxeit bilan bir vaqtda yo'talga qarshi va balg'am ko'chiruvchi dorilarni qo'llash taqiqlanadi. Ularni birgalikda qo'llash yo'tal refleksini bostirishga, shilliq sekretsiyasini oshirishga, pastki nafas yo'llari obstruksiyasiga yordam beradi.

4. Antigistamin preparatlar.

5. Nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar. Ular nafaqat yuqori tana haroratini pasaytiradi, balki ko'krak qafasidagi og'riqni ham kamaytiradi.

Traxeobronxit ko'rinishidagi yallig'lanish jarayoni qo'shilgan bolalarga alohida e'tibor beriladi. Ularda hiqildoq stenozi rivojlanish xavfi yuqori. Bunda bolada nafas olishning buzilishi, bo'g'ilish, teri qoplamlari rangining o'zgarishi kuzatiladi. Glyukokortikoidlar, oyoqlar uchun issiq vannachalar bilan ingalyatsiyalarni qo'llash kerak. Ahvoli og'irlashib, nafas yetishmovchiligi belgilari rivojlanganda bemorni kasalxonaga yotqizish zarur.

Traxeit profilaktikasi

Profilaktika choralari quyidagilarni o'z ichiga olishi mumkin:

- muntazam shamollatish va namlash;
- jamoat joylarida niqob taqish;
- odamlar gavjum joylarga borishni cheklash;
- jamoat joylariga borgandan so'ng shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish;
- xavfsizlik qoidalariga rioya qilish, changli joylarda respirator taqish;
- chekishni tashlash;
- allergenlar bilan aloqani istisno qilish.

O'RK va traxeitning spetsifik profilaktikasi sifatida koronavirus infeksiyasi, gripp virusiga qarshi emlash tavsiya etiladi.

Tez-tez uchraydigan respirator infeksiyalarda remissiya davrida immunomodulyatorlar (IRS-19, Bronxomunal) bilan davolash

o'tkaziladi. Bu preparatlar tarkibida patogen mikrozarrachalar bo'lib, ular kasallik rivojlanishiga sabab bo'lmaydi, balki organizmni antitelolar ishlab chiqarishga rag'batlantiradi.

Traxeitli bolalarni davolashda umumiy amaliyot shifokorining taktikasi

Shifokorning asosiy vazifasi traxeitni nafas yo'llarining boshqa kasalliklari (laringit, bronxit, pnevmoniya) bilan qiyosiy tashxislashdir. Anamnez yig'ishda yo'tal xarakteriga (quruq, akillagan, kechasi kuchayadigan), isitma, O'RVI yo'ldosh simptomlari borligiga e'tibor beriladi. Fizikal ko'rikda traxeya proyeksiyasida dag'al nafas, xirillashlarni aniqlash uchun auskultatsiya o'tkaziladi.

Davolash yallig'lanish sababini bartaraf etishga qaratilgan. Virusli etiologiyada ko'p miqdorda suv ichish, havoni namlash, isitma tushiruvchi vositalar tavsiya etiladi. Antibiotiklar faqat bakterial infeksiya aniqlanganda (yiringli balg'am, uzoq davom etgan gipertermiya) buyuriladi. Simptomatik terapiya quruq og'riqli yo'talda yo'talga qarshi dorilarni, nam yo'talda esa mukolitiklarni o'z ichiga oladi. Allergik komponenti bo'lgan bolalarda antigistamin vositalar, yaqqol shish bo'lganda kortikosteroidlar bilan ingalyatsiyalar ko'rsatilgan.

Asoratlarning oldini olish muhim: holat dinamikasini nazorat qilish, qo'zg'atuvchilarning ta'sirini istisno qilish (tamaki tutuni, chang). Ota-onalarga hansirash, sianoz, qovurg'alararo bo'shliq tortilishi kuchayganda zudlik bilan murojaat qilish zarurligi to'g'risida ma'lumot beriladi. Traxeitning qaytalanuvchi kechishida yoki 5-7 kun ichida yaxshilanish bo'lmaganda pediatr, pulmonolog yoki allergolog maslahati tavsiya etiladi.

BOLALARDA O'TKIR LARINGIT

O'tkir laringit hiqildoq va traxeya shilliq qavatlarining yallig'lanishli shikastlanishi bo'lib, o'ziga xos xirildoq yo'tal va ovoz funksiyasining buzilishi bilan kechadi. Bolalarda patologik jarayon ko'pincha pastki nafas yo'llariga tarqalib, traxeit va bronxit bilan birga kechadi. Kasallik chaqaloqlar va maktabgacha yoshdagi bolalar uchun anatomik xususiyatlari tufayli eng katta xavf tug'diradi: yallig'lanish

paytida hiqildoqning tor bo'shlig'i nafas yo'llarining kritik torayishiga olib kelishi mumkin, bu esa asfiksiya xavfini tug'diradi.

Etiologiyasi

Kasallikning asosiy qo'zg'atuvchilari bakterial agentlar (streptokokklar, stafilokokklar) va viruslar, xususan paragripp virusi hisoblanadi. Kasallik rivojlanishining qo'zg'atuvchi sharoitlariga quyidagilar kiradi:

- Og'iz bo'shlig'idagi surunkali infeksiya o'choqlari;
- Allergenlar ta'siri (maishiy chang, o'simlik changi, uy hayvonlari juni);
- Quruq, sovuq yoki ifloslangan havodan uzoq vaqt nafas olish;
- Ichimlik iste'mol qilishda haroratning keskin o'zgarishi;
- Ovoz boylamlarining zo'riqishi (qichqirish, uzoq yig'lash);
- Hiqildoq mushaklari spazmini qo'zg'atuvchi psixoemotsional qo'zg'alish.

Tasnifi va klinik ko'rinishlari

Kasallik o'tkir va surunkali turlarga bo'linadi. O'tkir shakli odatda tashqi omillar ta'sirida mustaqil patologiya sifatida rivojlanadi, jarayonning surunkalashuvi esa yallig'lanish epizodlari takrorlanganda yoki noto'g'ri terapiyada yuzaga keladi. Morfologik o'zgarishlarga qarab, laringitning uch turi farqlanadi:

1. Kataral - yengil kechib, tomoqda o'rtacha og'riq, vaqti-vaqti bilan yo'talish, ovoz bo'g'ilishi kuzatiladi.

2. Gipertrofik - hiqildoq va traxeya shilliq qavatlari qalinlashib, turg'un disfoniya bilan kechadi.

3. Atrofik - shilliq qavatning yupqalashishi, ko'pincha qo'zg'atuvchi moddalarning muntazam ta'siri natijasida yuzaga keladi (achchiq ovqat, gazli ichimliklar).

Asosiy belgilarga quyidagilar kiradi:

- Quruq "akillovchi" yo'tal xurujlari;
- Subfebril yoki febril isitma;
- Ovozning afoniyagacha bo'lgan bo'g'iqligi;
- Kattaroq yoshdagi bolalarda tomoqda yot jismni sezish.

Shoshilinch tibbiy yordamni talab qiladigan xavotirli belgilar: yutinishning qiyinlashishi, hushtaksimon nafas, ko'p so'lak oqishi, burun-lab uchburchagining ko'karishi.

Asoratlar

Bolalarda eng xavfli oqibat soxta krup - hiqildoqning o'tkir stenozi bo'lib, u akillovchi yo'tal, inspirator hansirash va sianoz bilan namoyon bo'ladi. Xurujlar ko'pincha tunda paydo bo'lib, asfiksiya xavfini tug'diradi. Kam uchraydigan, lekin og'ir asoratlarga hiqildoq mushak qavatlarining yiringli erishi bilan kechuvchi flegmonoz laringit kiradi.

Diagnostikasi.

Tekshiruv quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- Simptomlar dinamikasiga e'tibor qaratgan holda anamnez tahlili;
- Giperemiyani aniqlash uchun og'iz-halqumni ko'zdan kechirish;
- Endoskop yordamida bilvosita laringoskopiya;
- Hiqildoqdan olingan surtmani bakteriologik tekshirish;
- Yallig'lanish tabiatini aniqlash uchun umumiy klinik qon tahlili.

Davolash.

Davolash yallig'lanish sababini bartaraf etish va asoratlarning oldini olishga qaratilgan. Umumiy tavsiyalar:

- Qat'iy yotoq tartibi va ovoz tinchligi;
- Havo namligini saqlash (50-60%) va muntazam shamollatish;
- Achchiqlantiruvchi oziq-ovqatlarni istisno qilgan holda shafqatli parhez;
- Kuchaytirilgan ichimlik rejimi (iliq ishqoriy mineral suv, o'tli qaynatmalar).

Medikamentoz terapiya

- Allergik komponentda shishni kamaytirish uchun antigistamin vositalar (Loratadin, Setirizin);
- Mahalliy antiseptiklar (xlorgeksidinli pastilkalar) - og'iz-halqum sanatsiyasi uchun;
- Isitma tushiruvchilar (paratsetamol, ibuprofen) - 38,5°C dan yuqori haroratda;
- Antibiotiklar (Amoksitsillin, Azitromitsin) - faqat bakterial infeksiya tasdiqlanganda.

Fizioterapevtik usullar

Shishni kamaytirish va yo'talni yengillashtirish uchun glyukokortikosteroidlar (budesonid) yoki ishqoriy eritmalar bilan nebulayzer orqali ingalyatsiya qilish ko'rsatilgan. Jarayon algoritmi:

1. Bemor va ota-onalarga manipulyatsiya bosqichlarini tushuntirish.
2. Rezervuarni dori eritmasi bilan to'ldirib, apparatni yig'ish.
3. Yuzga mahkam yopishib turadigan steril niqobdan foydalanish.
4. Mashg'ulotdan so'ng nebulayzer detallari yuviladi va xloraminli eritmada dezinfeksiya qilinadi.

laringospazmda shoshilinch yordam

Bo'g'ilish belgilarida quyidagilar zarur:

1. Bolani qattiq joyga yotqizish, kiyimlarini yechish.
2. Toza havo kirishini ta'minlash.
3. Vahimaga yo'l qo'ymaslik uchun tinch sharoit yaratish.
4. Chalg'ituvchi muolajalar o'tkazish: yuzga suv sepish, novshadil bug'larini hidlash.
5. Mushak orasiga diazepam (0,1 ml/kg) yoki venaga kalsiy glyukonat (1 ml/yil).
6. Kasallik barqarorlashgandan so'ng oksigenoterapiya o'tkaziladi.

Profilaktika choralari

- Surunkali infeksiya o'choqlarini (kariyes, tonzillit) o'z vaqtida sanatsiya qilish;
- Allergenlar va tamaki tutuni bilan aloqani istisno qilish;
- Immunitetni mustahkamlash uchun chiniqish va vitamin terapiyasi;
- Ovoz rejimiga rioya qilish, sovuq qotishdan saqlanish.

O'tkir obstruktiv laringit (krup) bilan og'rigan bemorni olib borish algoritmi

Bemor o'tkir obstruktiv laringit (krup) belgilari bilan kelganida, tashxisni tasdiqlash uchun diagnostika o'tkaziladi. Kasallik tasdiqlangan taqdirda, kasalxonaga yotqizish zarurati baholanadi. Agar statsionar davolanishga ko'rsatmalar bo'lsa (og'ir obstruksiya, asfiksiya xavfi, yoshi 1 yoshgacha), bemor tibbiy muassasaga yuboriladi.

Kasalxonaga yotqizishga ko'rsatmalar bo'lmaganda, davolash ambulatoriya sharoitida amalga oshiriladi. Glyukokortikosteroidlar (masalan, budesonid) va adrenalin (og'ir stenozda) ingalyatsiyasini o'z ichiga olgan terapiya buyuriladi. Davolash boshlangandan so'ng, uning samaradorligi baholanadi. Agar terapiya ijobiy natija bersa (stridorning kamayishi, nafas olishning me'yorlashishi), bemorni kuzatish davom ettiriladi va qaytalanishning oldini olish bo'yicha tavsiyalar beriladi.

Ambulator davolanish samara bermaganda yoki ahvol og'irlashganda (hansirashning kuchayishi, sianoz) shoshilinch ravishda kasalxonaga yotqizish talab qilinadi. Barcha bosqichlarda takroriy infeksiya xavfini nazorat qilish va asoratlarning oldini olish choralarini ko'rish (havoni namlash, ovoz tinchligi, allergenlarni istisno qilish) muhimdir.

- Dekompensatsiyaning har qanday belgilarida (paradoksal nafas olish, ongning chalkashligi) zudlik bilan tez yordam chaqirish kerak.

- Bolani dinamik kuzatish simptomlar to'liq yo'qolguncha olib boriladi.

BOLALARDA BRONXIAL ASTMA

Bronxial astma bolalarda eng keng tarqalgan surunkali kasalliklardan biri bo'lib, yosh avlodning salomatligi va hayot sifati uchun jiddiy xavf tug'diradi. O'zbekistonda, boshqa mamlakatlarda bo'lgani kabi, bolalar orasida astma bilan kasallanishning o'sishi kuzatilmoqda, bu esa ushbu kasallikni tashxislash, davolash va oldini olish bo'yicha samarali strategiyalarni ishlab chiqish zarurligini ta'kidlaydi. Bronxial astma bilan og'rigan bolalarni sog'liqni saqlash tizimiga kiritish nafaqat tibbiy, balki ota-onalarni xabardor qilish va bolalarni kasallik haqida o'qitish kabi ijtimoiy jihatlarni o'z ichiga olgan kompleks yondashuvni talab qiladi. Ushbu ishda O'zbekistonda bolalarda bronxial astmani tashxislash va davolashning asosiy jihatlari, shuningdek, kasallikning rivojlanishi va kechishiga atrof-muhit va turmush tarzi omillarining ta'siri ko'rib chiqilgan. Ushbu omillarni tushunish tibbiy yordam sifatini yaxshilash va bolalar aholisi orasida kasallanishni kamaytirish uchun zarurdir.

Bronxial astma (KXT-10 J45) bronxial daraxtning surunkali allergik yallig'lanishi bilan tavsiflangan geterogen kasallik bo'lib, unda turli xil hujayralar, jumladan eozinofillar, neytrofillar, semiz hujayralar va limfotsitlar ishtirok etadi. Odatda bu nafas yo'llari reaksiyasining kuchayishi bilan kechadi. Klinik jihatdan kasallik bronxokonstriksiya tufayli bronxlarning sezilarli darajada torayishi, ortiqcha shilliq sekretsiyasi va bronxlar devorining shishishi natijasida yuzaga keladigan nafas olishning qiyinlashuvi yoki ekspirator bo'g'ilishning davriy hujumlari bilan namoyon bo'ladi. Bronxial obstruksiya terapiya ta'sirida ham, o'z-o'zidan ham qaytar bo'lishi mumkin. Kasallik belgilari vaqt bo'yicha, xarakteri va ifodalanish darajasi bo'yicha turlicha bo'ladi.

Etiologiyasi.

Bronxial astma (BA) ichki va tashqi ta'sirlarni o'z ichiga olgan bir nechta sabablarga ega bo'lgan kasallikdir. Ichki omillar organizmning tug'ma (nazorat qilinmaydigan) xususiyatlari bo'lib, ular nafas yo'llarining atopiyasi va giperreaktivligiga genetik moyillikni shakllantiradi. Atrof-muhit bilan bog'liq bo'lgan tashqi omillar (ko'p jihatdan nazorat qilinishi mumkin) astmaning rivojlanishiga turtki bo'lishi yoki uning rivojlanish mexanizmlarini faollashtirishi mumkin. Ushbu tashqi omillar ham kasallikning hozirgi holatini og'irlashtirish xususiyatiga ega. Shunday qilib, bronxial astmaning rivojlanishini turli sharoitlarda kasallikning paydo bo'lishi va kechishiga ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan moyillik va qo'zg'atuvchi omillarning murakkab to'plamining o'zaro ta'siri natijasi sifatida ko'rib chiqish mumkin.

Bronxial astmaning rivojlanishi va kuchayishiga ta'sir qiluvchi omillar:

Endogen omillar:

- Atopik reaksiyalarga genetik moyillik
- Nafas yo'llarining yuqori sezuvchanligiga irsiy moyillik
- Jins (bolalarda ko'pincha o'g'il bolalarda, o'smirlik davrida qizlarda kuzatiladi)
- Ortiqcha vazn

Ekzogen omillar:

- Allergenlar: chang zarralari, uy changi kanalari, hayvonlar axlati, hasharotlar, suvaraklar, zamburug‘ sporalari.
- Infeksion agentlar, ko‘pincha virusli yoki parazitar tabiatli.
- Aerozol ifloslantiruvchilar: ozon, oltingugurt va azot dioksidlari, dizel dvigatellarining yonish mahsulotlari, tamaki tutuni (aktiv va passiv chekishdan).
- Qo‘zg‘atuvchi moddalar (aerozollar, bo‘yoq hidlari va boshqalar).
- Meteorologik omillar.
- Ovqatlanish va dori-darmonlar.
- Homiladorlik va tug‘ruq davrlari.
- Psixoemotsional stresslar va ortiqcha yuklamalar.
- Ijtimoiy-iqtisodiy ahvoli va oila a’zolari soni.

Patogenezi.

Bronxial astma patofiziologiyasida uchta asosiy jihat ajratib ko‘rsatiladi: allergik yallig‘lanish, bronxial giperreaktivlik va nafas yo‘llarining qayta shakllanishi.

Bronxial astmada nafas yo‘llaridagi yallig‘lanish jarayonlari butun nafas olish tizimiga ta’sir qiladi. Bronxlar devorida yallig‘lanish shilliq qavatning giperemiyasi va shishi, shilliqning gipersekretsiyasi bilan namoyon bo‘ladi, bu bronxial bo‘shliqning torayishiga olib keladi.

Morfologik o‘zgarishlarga epiteliyning deskvamatsiyasi, qadahsimon hujayralar sonining ko‘payishi, bazal membrananing qalinlashishi, shilliq va shilliq osti qavatlarining eozinofillar va limfotsitlar bilan infiltratsiyasi, tomirlar o‘tkazuvchanligining oshishi, shilliq qavatning shishishi va silliq mushaklarning gipertrofiyasi kiradi. Yallig‘lanish surunkali xarakterga ega bo‘lib, xurujlar orasida saqlanib qoladi.

Yallig‘lanish jarayoni to‘rtta bosqichdan o‘tadi: effektor hujayralarning faollashuvi, yallig‘lanish hujayralarining bronxlar devoriga migratsiyasi, T-limfotsitlar va dendritik hujayralar infiltratsiyasi, effektor funksiyalarning rivojlanishi, shu jumladan shilliq giperproduksiyasi va bronxlar remodellanishi. O‘tkir allergik reaksiya allergen bilan aloqadan bir necha daqiqa o‘tgach yuzaga keladi va

taxminan 30-40 daqiqa davom etadi, ammo aksariyat hollarda kechki faza deb ataladigan murakkabroq reaksiya kuzatiladi.

O'tkir allergik reaksiyada ishtirok etuvchi hujayralar va mediatorlar immun javobda asosiy rol o'ynaydi. Immunitet tizimining asosiy elementlari T-limfotsitlar bo'lib, ular orasida Th-limfotsitlarning turli subpopulyatsiyalari alohida ajralib turadi. BA patogenezida Th1 va Th2 hujayralar o'rtasidagi nomutanosiblik sezilarli ta'sir ko'rsatadi, bunda Th2 ustunlik qiladi. Biroq, Th1, Th17, Treg va Th9 kabi boshqa turdagi limfotsitlar ham bronxial giperreaktivlik va yallig'lanishda rol o'ynaydi. Th17 limfotsitlari, masalan, musin ishlab chiqarishni va qadahsimon hujayralar giperplaziyasini kuchaytiradigan IL-17 ni ajratadi. BA bilan og'rigan bemorlarda o'pka va balg'amdagi IL-17 darajasi bronxlarning giperreaktivlik darajasi bilan bog'liq. Nafas yo'llari rezidenti bo'lgan semiz hujayralar BA da sezilarli darajada ko'payadi va fiksatsiyalangan IgE orqali faollashishi mumkin. Ular Th2 profilidagi sitokinlarni ishlab chiqarish orqali allergik yallig'lanishni qo'llab-quvvatlaydigan leykotriyenlar kabi birlamchi va ikkilamchi mediatorlarni chiqaradi.

Kechki bosqichlardagi reaksiya va yallig'lanish jarayoni.

Bu borada quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi:

qon tomirlari o'tkazuvchanligining oshishi, bunda asosiy rolni gistamin, C4 va D4 leykotrienlari va ehtimol bradikinin o'ynaydi;

endoteliy hujayralarida adgeziya molekulalarining faollashuvi (ICAM-1, VCAM-1, ELAM-1) va ularning leykotsitlar ligandlari/retseptorlari (LFA-1, VLA-4, Sialyl-Lewis) bilan o'zaro ta'siri, bu esa leykotsitlarning endoteliy bo'ylab migratsiyasiga ("rolling" hodisasi), so'ngra ularning yallig'lanish sohasidagi qon tomirlari devorlariga mustahkam birikishiga olib keladi (asosiy tashabbuskorlar - IL-4 va TNF-α);

hujayralarning membranalar orqali migratsiyasi yoki yallig'lanish hujayralarining diapedezi (RAF, C-C xemokinlar).

Nafas yo'llarini qayta modellashtirish.

BA da nafas yo'llaridagi strukturaviy o'zgarishlar silliq mushaklar gipertrofiyasi, bazal membrananing qalinlashishi, kollagen to'planishi, epitelial va qadahsimon hujayralar nisbatining o'zgarishi, proteaza va antiproteazalar disbalansi, neoangiogenez ko'rinishida namoyon bo'ladi. Remodellanish har qanday og'irlikdagi BA bilan og'rigan bemorlarda va deyarli barcha yosh toifalarida, shu jumladan bog'cha yoshidagi bolalarda turli darajada kuzatiladi, bu nafaqat allergik yallig'lanishda shikastlanish va tiklanish sikllarining natijasi, balki BA patogeneziga hissa qo'shadigan va yallig'lanish jarayonlarini qo'llab-quvvatlaydigan mustaqil omil hisoblanadi.

BA patogenezida ko'plab genetik omillar ekologik sharoitlar bilan o'zaro ta'sir qiladi. Kasallikka genetik moyillik turli gen guruhlarining kompleks ta'siri natijasida shakllanadi. Turli odamlarda bir xil fenotipdagi BA turli genlardagi buzilishlar natijasida yuzaga kelishi mumkin; har bir alohida bemorda kasallikning rivojlanishi bir nechta genlarning mutatsiyalari bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Ushbu kasallikni tashxislash uchun universal genetik belgi mavjud emas va genetik tadqiqotlar odatda o'ziga xos xususiyatlarning ma'lum genlar bilan bog'liqligiga qaratilgan. Bugungi kunda BA rivojlanish xavfi bilan bog'liq yuzdan ortiq genlar ma'lum. Atopik, spetsifik (gumoral) immun javob, bronxial giperreaktivlik va yallig'lanish jarayonlariga ta'sir qiluvchi genlarning asosiy guruhlari ajratiladi. Antigenni (allergenni) tanib olish va uni immun hujayralarga taqdim etish asosiy gistosig'ishuvchanlik kompleksi (HLA-DR) genlarining zarur ishtirokida amalga oshiriladi.

IgE sintezi, eozinofillar rivojlanishi va migratsiyasi, yallig'lanish reaksiyasiga javob beruvchi genlar guruhi (IL-4, IL-5, IL-13, IL-3, GM-CSF) 5 (5q24-33) xromosomaning uzun yelkasida joylashgan. Xuddi shu sohada (5q32-34) bronxlar reaksiyasini boshqaradigan va S2-agonistlarga javobni belgilaydigan S2-adrenergik retseptor geni joylashgan. Ushbu genning polimorfizmlari BA rivojlanish xavfiga ta'sir qilishi mumkin.

Sitokinlar va yallig'lanish mediatorlarining ta'siriga ta'sir qiluvchi ko'plab transkripsiya omillari va signal molekulalarining funksiyalari

ham genetik nazorat ostida bo'ladi. BAning farmakogenetik jihatlarini alohida ta'kidlash lozim. Shunday qilib, bronxial astma genetik jihatdan olganda klinik jihatdan xilma-xilligi sezilarli darajada bo'lgan geterogen kasallikdir.

nafas yo'llarining giperreaktivligi

Bronxial giperreaktivlik (BGR) astmaning asosiy belgisi bo'lib, asosan turli ta'sirlarga javoban kuchli bronxospazm tufayli nafas yo'llarining torayishi bilan tavsiflanadi. Nafas yo'llari remodellanishida yuzaga keladigan bronxlar silliq mushaklari hajmining oshishi BA da BGR ning patogenetik omillaridan biri sifatida namoyon bo'ladi. BGRning yana bir muhim mexanizmi bronxlar epiteliysining o'zgarishi, shu jumladan uning shikastlanishi va hujayralarning nobud bo'lishi (apoptoz) bo'lib, bu nerv oxirlarining yuqori sezuvchanligiga olib keladi. Ko'pincha, bronxial astma (BA) tashxisidan oldin umumiy xavotir buzilishi (BGR) bilan bog'liq uyqusizlik genetik asosga ega.

Nafas yo'llarining neyrogen boshqarilishi.

Neyropeptidlar bronxial daraxtning tonusini asabiy nazorat qilishda muhim rol o'ynaydi. Ularga R substansiyasi, vazoaktiv intestinal peptid (VIP), neyrokininlar va kalsitonin kiradi, ular normada bosh miya, periferik nerv sistemasi va boshqa organlarda sintezlanadi. Xolinergik bo'lmagan qo'zg'atuvchi nervlarning neyrotransmitteri bo'lgan R substansiyasi shish, shilliq gipersekretsiyasi va bronxospazm kabi patofiziologik reaksiyalarni keltirib chiqaradigan neyrogen yallig'lanishning asosiy mediatori sifatida qaraladi. Bu yallig'lanish mavjud allergik yallig'lanishni kuchaytirishi, tutun va oltingugurt dioksidi kabi turli nospetsifik stimullar esa reflektor bronxospazmni keltirib chiqarishi mumkin. R substansiyasi, shuningdek, semiz hujayralar degranulyatsiyasini faollashtiradi, turli interleykinlar va o'sma nekrozi omillari ishlab chiqarilishini kuchaytiradi. Bolalarda bronxial astma qo'ziganda plazmada R substansiyasi miqdorining ko'payishi kuzatiladi. VAZ (vazoaktiv intestinal peptid) astmada kuchli endogen bronxodilatator hisoblanadi. Bundan tashqari, S2-adrenoretseptorlar juda muhim, chunki ular mukotsiliar klirensni nazorat qiladi va S2-agonistlarni

uzoq vaqt qo'llaganda ularning faoliyati buzilishining oldini oluvchi steroidlar bilan boshqarilishi mumkin.

Endokrin boshqaruv

BA patogenezida endokrin regulyatsiya "stress reaksiyasi" deb ataladigan va organizmning antigenlarga qarshi himoya mexanizmlari tufayli yuzaga keladi. Ikkala jihat ham o'zaro ta'sir orqali ta'minlanadi:

- gipotalamus - gipofiz - buyrak usti bezlari (gumoral tizimga ta'siri)
- gipotalamus - gipofiz - timus (hujayra darajasiga ta'siri)
- gipotalamus - gipofiz - qalqonsimon bez.

Endokrin tizim murakkab kimyoviy tuzilishga ega. Qonga chiqariladigan gormonlar organizmning deyarli barcha hujayralari bilan o'zaro ta'sir qiladi, ammo faqat genetik jihatdan aniqlangan retseptorlarga ega bo'lgan o'ziga xos "nishon" hujayralarga ta'sir qiladi, bu ularga alohida kimyoviy birikmalarni aniqlash imkonini beradi.

Bronxial astmaning tasnifi.

1) Fenotiplari bo'yicha:

Allergik astma (BA) eng taniqli fenotip bo'lib, ko'pincha bolalikdan boshlanadi va bemorda ham, uning yaqinlarida ham allergik kasalliklar (atopik dermatit, allergik rinit, oziq-ovqat yoki dori allergiyasi) mavjudligi bilan bog'liq. Davolashdan oldin induksiyalangan balg'am tekshirilganda, bunday bemorlarda ko'pincha nafas yo'llarining eozinofil yallig'lanishi aniqlanadi. Allergik fenotipli BA bilan og'rigan bemorlar odatda ingalyatsion kortikosteroidlarga (IGKS) yaxshi javob beradi.</>

noallergik BA, allergiya bilan bog'liq emas. Bu holda yallig'lanish profili eozinofil, neytrofil, aralash yoki kam granulotsitar bo'lishi mumkin va bunday bemorlar IGKSga ijobiy reaksiya ko'rsatmasligi mumkin.

Kechki boshlanishli BA kattalarda, ko'pincha ayollarda uchraydi, bunda bemorlarda odatda allergiya bo'lmaydi, ularga IGKSning yuqori dozalari kerak bo'ladi va ular ko'pincha glyukokortikosteroidlarga yomon javob berishadi.

Nafas yo'llarining fiksatsiyalangan obstruksiyasida surunkali astma bilan og'rigan bemorlarda bronxlarning remodellanishi tufayli turg'un obstruksiya rivojlanadi.

Semizlik bilan og'rigan bemorlarda BA yaqqol respirator alomatlar va minimal eozinofilli yallig'lanish bilan tavsiflanadi.

2) Bronxial astmaning og'irlik darajasi tasnifi:

Intermittirlovchi astma - simptomlar haftada bir martadan kam kuzatiladi; qo'zish qisqa muddat davom etadi; tungi simptomlar oyiga ko'pi bilan ikki marta paydo bo'ladi; OFV1 yoki POSV me'yoriy qiymatlarning 80% yoki undan ko'prog'ini tashkil etadi; POSV yoki OFV1 ning kunlik o'zgaruvchanligi 20% dan kam.

Yengil persistirlovchi astma - simptomlar haftada bir martadan ko'proq, ammo kuniga bir martadan kamroq namoyon bo'ladi. Xurujlar jismoniy faollik darajasi va uyqu sifatiga ta'sir qilishi mumkin. Tungi belgilar oyiga ko'pi bilan ikki marta qayd etiladi. OFV1 yoki POSV ko'rsatkichlari me'yoriy qiymatlarning kamida 80% ni tashkil qiladi. POSV yoki OFV1 ning kunlik o'zgaruvchanligi 20-30% oralig'ida o'zgarib turadi.

O'rtacha persistirlovchi astma - har kuni yuzaga keladigan alomatlar, shuningdek, xurujlar jismoniy faollik darajasi va uyqu sifatiga sezilarli ta'sir ko'rsatishi mumkin. Kasallikning tungi ko'rinishlari haftada bir martadan ko'proq kuzatiladi. Bunda har kuni qisqa ta'sir etuvchi bronxkengaytiruvchi vositalarni qabul qilish talab etiladi. O'pka funksiyasi parametrlari, masalan, OFV1 yoki POSV, me'yorning 60 dan 80% gachasini tashkil qiladi. OFV1 yoki POSV ning kunlik o'zgaruvchanligi 30% dan oshadi.

Og'ir persistirlovchi astma - kundalik alomatlar; ahvolning tez-tez yomonlashishi; muntazam tungi ko'rinishlar; jismoniy faollikning cheklanishi; OFV1 yoki POSV me'yordan $\leq 60\%$ darajasida; OFV1 yoki POSV ning kunlik o'zgarishi 30% dan ortiq.

Bronxial astmaning (BA) og'irligi qo'llaniladigan terapiya hajmiga qarab baholanishi mumkin:

• *BAning yengil shakli* - asosiy terapiyaning birinchi yoki ikkinchi bosqichiga mos keladigan minimal terapiya hajmidan foydalanganda simptomlar nazorat ostida bo'ladi;

• *BA o'rta og'ir shakli* - nazorat astmani davolashda qo'llaniladigan uchinchi bosqich preparatlari yordamida amalga oshiriladi;

• *BAning og'ir shakli* - terapiya to'rtinchi yoki beshinchi bosqich vositalaridan foydalanishni nazarda tutadi yoki kasallik nazorat qilinmaydi ("rezistent" astma deb ataladi).

Klinikasi.

Hayotining birinchi yilida 50% bolalar kamida bitta bronxial obstruksiya (BO) epizodiga duch kelishadi va ko'pincha bu epizodlar takroriy bo'ladi. Obstruksiya yiliga uch martadan ko'p uchraydigan bolalarda, ayniqsa atopiyaga moyillik bo'lsa. persistirlovchi bronxial astma (BA) rivojlanish ehtimoli ortadi. Ko'pchilik chaqaloqlarda ekspirator hansirashning birinchi tipik xurujlari ko'pincha atopik dermatit ko'rinishlaridan, oziq-ovqat mahsulotlari yoki dori-darmonlarga o'tkir allergik reaksiyalardan, shuningdek, tez-tez respirator kasalliklardan oldin sodir bo'ladi. Shifokorlar tomonidan ushbu dastlabki alomatlar nafas olish yo'llarining o'tkir virusli infeksiyalari sifatida noto'g'ri talqin qilinishi mumkin, bu esa antibiotik terapiyasining noto'g'ri tanlanishiga va natijada dori-darmonlarga sezgirlikka olib keladi. Kichik yoshdagi bolalarda bronxial astma qo'zishining asosiy mexanizmlari bronxlar shilliq qavatining yallig'lanishi va shishishi, shuningdek, bronxospazm emas, balki shilliq gipersekretsiyasi hisoblanadi. Aniq diagnostik mezonlarning yo'qligiga qaramay, maktabgacha yoshdagi BO bilan og'rigan bolalarda BAni aniqlash muhimdir. Diagnostikaning asosiy guruhlari hushtaksimon nafas olishning turli shakllarini o'z ichiga oladi.

Ikki yoshgacha bo'lgan bolalarda bronxial astma

Bronxial astmaning (BA) erta namoyon bo'lishi 70-80% bemorlarda bolalik davrida kuzatiladi. Bu yoshdagi bolalarda kasallik klinik xilma-xillik bilan namoyon bo'ladi. Asosiy diagnostik mezonlarga quyidagilar kiradi:

• allergik kasalliklarga, ayniqsa ona tomonidan *irsiy moyillik mavjudligi;*

• *oziq-ovqat va dori allergiyasining* yuqori chastotasi ;

• yaqqol ifodalangan teri *allergik reaksiyalar;*

• *bronxoobstruktiv sindromning o'tkir kechishi*, O'RIda boshlanadi;

• *bronxolitik terapiyaning* sezilarli ta'siri .

Shuni ta'kidlash kerakki, bu ko'rsatkichlarning hech biri, shu jumladan IgE darajasi obstruktiv bronxit va BA o'rtasida ishonchli differensial mezon bo'lib xizmat qila olmaydi.

2-5 yoshdagi bolalar uchun quyidagi xususiyatlar xosdir:

• *asosiy diagnostika indeksi* - oxirgi yil davomida simptomlarning saqlanib qolishi;

• *oddiy qo'zg'atuvchilar* - virusli infeksiyalar;

• *jismoniy zo'riqish* ushbu yosh guruhida BA kuchayishining tez-tez uchraydigan sababi sifatida.

Tashxis klinik jihatdan qo'yiladi va chaqaloqlarda BA ning asosiy o'ziga xos xususiyati so'nggi bir yil ichida alomatlarning barqarorligidir.

Asosiy klinik belgisi "yo'tal astmasi" deb nomlanuvchi xurujsimon yo'tal bo'lgan bronxial astma turini shakllantirish imkoniyati mavjud. Yo'tal paydo bo'lishining asosiy mexanizmi bronxlardagi allergik yallig'lanish bilan bog'liq. Ushbu fenomen ko'proq erta va maktabgacha yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Kasallikning zo'rayishi ma'lum bir allergen ta'siridan keyin paydo bo'ladi va chuqur tadqiqotlar ko'pincha ushbu holatning atopik tabiatini tasdiqlaydi. Vaqt o'tishi bilan ba'zi bemorlarda kasallik bronxial astmaning klassik shakliga aylanishi mumkin.

Kichik maktab yoshidagi (6-12 yosh) bolalarda bronxial astmaning (BA) klinik va diagnostik xususiyatlari quyidagilardan iborat:

• *eng keng tarqalgan shakli* - virusli infeksiyalar natijasida yuzaga keladigan astma;

• *allergenlar ta'siri va mavsumiy omillar bilan bog'liq zo'rayishlar* oson tashxislanadi. Bu davrdagi xurujlar ko'pincha allergenlar, respirator viruslar yoki jismoniy faollik tufayli yuzaga keladi. Davolash usulini tanlashda kasallikning oldingi og'irlik darajasiga e'tibor qaratish lozim.

12 yoshdan oshgan o'smirlarga kelsak, ularda BA alomatlari birinchi marta namoyon bo'lishi mumkin.

• Jismoniy zo'riqishda yuzaga keladigan bronxospazm xavotirli simptom hisoblanadi;

• bemorlarning ushbu guruhida davolash strategiyasini ishlab chiqishda qiyinchiliklar, shu jumladan dori-darmonlarni qabul qilish rejimi va xulq-atvorga rioya qilishni istamaslik yuzaga kelishi mumkin;

• bu chekish boshlanishi mumkin bo'lgan davr bo'lib, bu holatga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

• Bo'g'ilishdan qo'rqish xavotir va tengdoshlaridan ajralib turish hissini keltirib chiqaradi. Ko'pincha bu yoshda kasallik og'irligining o'zgarishi kuzatiladi: ba'zi bolalarda kasallik belgilari sezilarli darajada kamayishi yoki yo'qolishi mumkin. BA diagnostikasi aniqlangan klinik belgilar va funksional tadqiqotlarga asoslanadi, bunda kasallikning og'irlik darajasini baholash muhimdir. Differensial diagnostikada qiyinchiliklar infeksiyalar bilan bog'liq obstruktiv bronxitga o'xshashligi tufayli yuzaga kelishi mumkin.

Diagnostika usullari

Erta yoshda BA tashxisini qo'yish ma'lum bir qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi, chunki yosh bolalar diagnostik testlarni o'tkazishda zarur nafas olish manevrlarini amalga oshira olmaydilar. Tucson Children's Respiratory Study doirasida ishlab chiqilgan astmaning prediktiv indeksi (Asthma Predictive Index, API) hayotning dastlabki 3 yilida bolalarda xavf omillarini hisobga oluvchi birinchi diagnostika vositasi bo'ldi. API yaratilganidan beri dunyoning barcha mamlakatlarida qo'llaniladi. Kamchiliklariga qaramay, u bolalarda BA rivojlanishini bashorat qilishning eng mashhur vositasi hisoblanadi.

BA birlamchi diagnostikasida majburiy tekshiruvlar hajmi:

- umumiy qon tahlili;
- TNF tadqiqoti;
- ko'krak qafasi a'zolarining umumiy rentgenogrammasi;
- allergologik tekshiruv.

Bronxial astma (BA) ga shubha qilinganda diagnostik tekshiruv:

BAning birlamchi diagnostikasi standart tekshiruvlar to'plamini o'z ichiga oladi:

Umumiy qon tahlili: Oddiy skrining, atopik shaklda eozinofiliya bo'lishi mumkin, ammo uning yo'qligi BAni istisno qilmaydi. Shuni yodda tutish kerakki, eozinofiliya boshqa holatlarda ham bo'lishi mumkin

(parazitar invaziyalar, zamburug'li infeksiyalar, qon hosil bo'lish disfunksiyalari va boshqalar).

Tashqi nafasni funksional baholash (TNF) O'pka funksiyasini baholash uchun zarur bo'lgan tekshiruv.

Ko'krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi (umumiy): Boshqa patologiyalarni istisno qilish, o'pka to'qimasini ko'rish imkonini beradi.

Allergologik tekshiruv: Ehtimoliy allergenlarni aniqlash uchun muhim qadam.

Jismoniy tekshiruv: Klinik ko'rinishni baholash uchun muhim.

Xarakterli belgilari: hushtaksimon xirillashlar (ayniqsa bolalarda), taxipnoe (tez nafas olish), nafas aktiga yordamchi mushaklarning qo'shilishi (bolalarda ayniqsa sezilarli), nafas chiqarishning cho'zilishi, o'pka giperinflyatsiyasi (ko'krak qafasining shishishi, qovurg'alarning "ko'ndalang" joylashuvi, qovurg'alar oralig'ining kengayishi, perkussiyada quticha tovushi).

BA ga shubha qilinganda, ayniqsa bolalarda, dastlabki tashxisni qo'yish uchun yuqorida tavsiflangan belgilarga e'tibor qaratgan holda jismoniy tekshiruv muhim ahamiyatga ega. Umumiy qon tahlilida eozinofiliya yo'qligi astmatik jarayonni istisno qilmaydi. Differensial diagnostika mumkin bo'lgan sabablarning keng doirasini qamrab olishi kerak.

Spirografiya - o'pka hajmlarini ko'rish usuli. U tabiiy nafas olish va ixtiyoriy tezlashtirilgan nafas olish va chiqarish paytida o'pka hajmining o'zgarishini ko'rsatadi. Olingan egri chiziqlarni tahlil qilish orqali o'pka ventilyatsiyasi ko'rsatkichlarini baholash mumkin.

Spirografiya natijalari bir nechta omillarga qarab farq qilishi mumkin. Bemorning yoshi, bo'yi, jinsi, jismoniy tayyorgarlik darajasi, xavotirlanish, yaqinda respirator infeksiya yoki qomat buzilishining mavjudligi muhimdir. Aniq baho olish uchun dori terapiyasini hisobga olish kerak. Bronxolitiklarni qabul qilishda tekshiruvdan oldingi vaqt oralig'iga rioya qilish kerak: qisqa ta'sirli B2-agonistlar - 6 soatdan kam emas, uzoq ta'sirli - 12 soatdan kam emas, uzaytirilgan teofillinlar - spirografiya o'tkazilishidan oldin 24 soatdan kam emas. Bronxial astmaning (BA) differensial diagnostikasi bronxkengaytiruvchi vosita

(masalan, 200 mkg salbutamol) ingalyatsiyasidan keyin 1 soniyada tezlashtirilgan nafas chiqarish hajmining (TNF1) 12% va undan ko'proqqa oshishini tasdiqlashi mumkin, bu bronxial obstruksiyaning qaytarligini ko'rsatadi.

Pikfloumetriya - bu 5 yoshdan katta bolalarda tashqi nafas funksiyasini (TNF) baholash uchun qo'llaniladigan nafas chiqarishning eng yuqori tezligini (NCHT) o'lchash usulidir. U bronxial astmani (BA) tashxislash va monitoring qilishning ma'lumotli va qulay usuli hisoblanadi. Baholashda asosiy ko'rsatkichlar quyidagilardir:

PSSH (nafas chiqarishning eng yuqori tezligi): Nafas chiqarishning eng yuqori tezligining o'zi.

PSV o'zgaruvchanligi ertalab/kechqurun >20%: Ertalab va kechqurun o'lchangan PSV qiymatlari orasidagi farq muhim ko'rsatkich hisoblanadi. Sezilarli farq (20% dan ortiq) kasallikning faolligini ko'rsatishi mumkin.

Provokatsion sinamalar: Bu sinamalar (jismoniy zo'riqish, sovuq havodan nafas olish va b.) yashirin nafas olish muammolarini aniqlash uchun qo'llaniladi. Provokatsion sinamadan keyin PSV pasaysa, bu BA yoki boshqa obstruktiv kasalliklar mavjudligini ko'rsatishi mumkin.

Ta'kidlash joizki, pikfloumetriya TNFni baholash usullaridan biri xolos. BAni aniq tashxislash va nazorat qilish uchun anamnez, fizikal tekshiruv va ehtimol boshqa instrumental tadqiqot usullarini o'z ichiga olgan keng qamrovli tekshiruv o'tkazish zarur.

BA da ko'krak qafasi rentgenografiyasi o'zgarishlarning sezilarli o'zgaruvchanligi va nospetsifikligini ko'rsatadi. Kasallikning qo'zish davrida o'pka giperinflyatsiyasi belgilari, diafragma gumbazlarining yassilanishi, qovurg'alarning gorizontal joylashuvi bronxial obstruksiyadan dalolat beradi. Atelektazlar va infiltratlar, asosan eozinofil infiltratlar rivojlanishi mumkin, ularni pnevmoniya deb noto'g'ri talqin qilish mumkin. Remissiya davrida BAning rentgenologik belgilari bo'lmasligi mumkin. O'pkaning interstitsial zararlanishi, bronxoektazlar, bronxiolit, infeksion jarayonlar kabi yo'ldosh kasalliklarni istisno qilish uchun ba'zi bemorlarda o'pkaning kompyuter tomografiyasini o'tkazish

talab etiladi. BA allergik rinosinusit bilan birga kelganda, burun bo'shlig'ining KT tekshiruvini o'tkazish maqsadga muvofiq.

Allergologik tekshiruv astmaning muayyan shaklini aniqlash uchun, ayniqsa atopik tarkibiy qismga shubha tug'ilganda, hal qiluvchi ahamiyatga ega. Terini allergenlarga tekshirish atopik holatni baholashning keng qo'llaniladigan, tejamkor va informativ usulidir. U astmaning allergik tabiatini tasdiqlashga, sababchi allergenlarni aniqlashga yordam beradi va triggerlarni bartaraf etish hamda allergenga xos immunoterapiyani (ASIT) rejalashtirish uchun zarurdir. Keyingi bo'limlarda ushbu testlarning usullari va ahamiyati batafsil bayon etilgan.

Allergik tekshiruv astmaning muayyan shaklini aniqlashda, ayniqsa, atopik komponentga shubha tug'ilganda muhim ahamiyatga ega. Terini allergenlarga tekshirish atopik holatni baholashning keng qo'llaniladigan, tejamkor va informativ usulidir. U astmaning allergik tabiatini tasdiqlashga, sababchi allergenlarni aniqlashga yordam beradi va triggerlarni bartaraf etish hamda allergenga xos immunoterapiyani (ASIT) rejalashtirish uchun zarurdir. Keyingi bo'limlarda ushbu testlarning usullari va ahamiyati batafsil yoritilgan.

Qo'shimcha diagnostik muolajalar (klinik ko'rsatmalar bo'yicha tayinlanadi):

- *pulsoksimetriya* yordamida qonning kislorod bilan to'yinishini kuzatish;
- qonning gaz tarkibini tahlil qilish;
- *mutaxassis-otolaringolog* ko'rigi va maslahati;
- *burun yondosh bo'shliqlarining* rentgen tekshiruvi ;
- gastroezofageal reflyuksni istisno qilish uchun *fibrogastroduodenoskopiya* yoki oshqozon-ichak traktining yuqori bo'limlari rentgenoskopiyasini o'tkazish;
- natriy va xlor ionlari uchun *ter tahlili;*
- *elektrokardiografiya (EKG);*
- yurak ultratovush tekshiruvi *(ExoKG);*
- ko'krak qafasi a'zolarining *kompyuter tomografiyasi (KT)* ;
- immunitet holatini baholash (*immunogramma);*

-nafas yo'llari eozinofil yallig'lanish markerlarining noinvaziv diagnostikasi *(nafas chiqarilgan havodagi azot oksidi darajasini o'lchash, balg'amni eozinofillarga tekshirish)* va boshqa usullar.

Differensial diagnostika:

Qaytalanuvchi respirator infeksiyalar	Yo'tal, 10 kundan kam davom etadigan tumov, kuchsiz xirillashlar, infeksiyalar orasidagi davrda simptomlarning yo'qligi.
Qaytalanuvchi respirator infeksiyalar	Yo'tal, 10 kundan kam davom etadigan tumov, kuchsiz xirillashlar, infeksiyalar orasidagi davrda simptomlarning yo'qligi.
Gastroezofageal reflyuks	Qaytalanuvchi bronxitlar, yo'tal, astmaga qarshi davo samaradorligining pastligi. Ayniqsa ko'p ovqat yegandan keyin qayt qilish, qusish, jig'ildon qaynashi mumkin.
yot jism aspiratsiyasi	Ovqatlanish yoki o'yin paytida to'satdan kuchli yo'tal yoki stridor, takroriy bronxitlar, uzoq davom etgan pnevmoniyalar, o'pkada mahalliy o'zgarishlar (atelektaz, bir tomonlama emfizema). Xirillashlar odatda bir tomonlama bo'ladi.
Traxeya-qizilo'ngach oqmasi, disfagiya	Qaytalanuvchi bronxitlar, cho'ziluvchan pnevmoniyalar, yo'tal, ovqatlanganda yoki ichganda qaqshash, ovqatlangandan keyin xirillashlarning kuchayishi.
Traxeomalyatsiya yoki bronxomalyatsiya	Yig'lash, ovqatlanish yoki O'RVI paytida shovqinli nafas olish, dag'al yo'tal, nafas olish yoki nafas chiqarishda ko'krak qafasining tortilishi. Simptomlar ko'pincha tug'ilishdan boshlab kuzatiladi, astmaga qarshi terapiyaning samaradorligi past.
Sil kasalligi	Doimiy yo'tal va shovqinli nafas; standart antibiotikoterapiyaga chidamli isitma; limfa tugunlarining kattalashishi, bronxodilatatorlar yoki

	IGKSga reaksiya yo‘qligi, sil bilan og‘rigan bemor bilan aloqa.
Tug‘ma yurak nuqsonlari	Yurakda shovqinlar, ovqatlantirishda sianoz, yetarlicha vazn qo‘shmaslik, taxikardiya, nafas olishning tezlashishi, gepatomegaliya, astmaga qarshi davolash samaradorligining pastligi.
mukovissidoz (kistoz fibroz)	Erta yoshdan boshlab yo‘tal, takroriy respirator infeksiyalar, malabsorbsiya tufayli yomon vazn ortishi, yog‘ miqdori yuqori bo‘lgan ko‘p miqdordagi badbo‘y najas.
Birlamchi siliar diskineziya	Yo‘tal, qaytalanuvchi respirator infeksiyalar, surunkali otitlar, burundan yiringli ajralmalar kelishi, astmaga qarshi terapiya samaradorligining pastligi; 50% bolalarda ichki a’zolarning teskari joylashuvi kuzatiladi.
Qon tomir halqasi	Doimiy shovqinli nafas, metall tusli qattiq yo‘tal, qattiq ovqatni yutishning qiyinlashishi, astmaga qarshi davolash samaradorligining pastligi.
bronx-o‘pka displaziyasi	Ko‘pincha chala tug‘ilgan va tug‘ilganda tana vazni juda kam bo‘lgan, uzoq muddatli O‘SV yoki kislorod bilan davolangan chaqaloqlarda uchraydi. Nafas olish belgilari tug‘ilishdan boshlab kuzatiladi.
Birlamchi immunitet tanqisligi	Qaytalanuvchi isitma va infeksiyalar (shu jumladan, respirator bo‘lmagan), yomon vazn ortishi.
Psixogen yo‘tal	Allergenlar, infeksiyalar yoki jismoniy mashqlar bilan bog‘liq bo‘lmagan qattiq yo‘tal. Psixoemotsional omillar bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Uyqu paytida simptomlar yo‘q.
Affektiv-respirator xurujlar	Nafas olish qiyinligidan shikoyat qiladi. Xuruj tez-tez chuqur nafas olish, nafasni ushlab turganda holatning yaxshilanishi bilan boshlanadi.

BOLALARDA BRONXIAL ASTMANI DAVOLASH

BA bilan og'rigan bemorlarni davolash dasturi quyidagi yo'nalishlarni o'z ichiga oladi:

1. Triggerlarni nazorat qilish va xavf omillari ta'sirini minimallashtirish (eliminatsiya).
2. Farmakoterapiya (bazis va simptomatik).
3. Allergenspetsifik immunoterapiya (ASIT).
4. Dori-darmonsiz davolash usullari.
5. Bemor va uning oilasini o'qitish.

Yo'q qilish

Eliminatsiya BA belgilari va zo'rayishini qo'zg'atuvchi omillarni bartaraf etishni nazarda tutadi. Allergologik anamnez va tekshiruv ma'lumotlariga asoslanib, yondashuv individual bo'lishi kerak. Asosiy qo'zg'atuvchilar uy ichidagi allergenlar - chang kanalari, uy hayvonlari juni, suvaraklar va mog'or zamburug'lari hisoblanadi. Gipoallergen muhit yaratish uchun quyidagilar tavsiya etiladi:

- Turar joylardan chang to'plovchi buyumlarni olib tashlash.
- Har kuni nam tozalash ishlarini olib borish va har hafta 55-60 °C haroratda choyshablarni yuvish.
- Akaritsid vositalar, kanaga qarshi ko'rpa-to'shaklar va himoya g'iloflaridan foydalanish.
- HEPA filtrli changyutgichlarni qo'llash.
- Gilamlarni oson yuviladigan qoplamalarga, mato pardalarni jalyuzilarga, yumshoq mebellarni yuviladigan yuzali buyumlarga almashtirish.
- Yumshoq o'yinchoqlarni yotoqxonadan olib tashlang yoki ularni muntazam ravishda 55-60 °C haroratda yuving yoki muzlatgichda muzlating.

Epidermal sensibilizatsiyada:

- Hayvonlar bilan aloqani to'xtatish.
- Jun yoki mo'ynadan tikilgan kiyimlardan foydalanmaslik.
- Hayvonot bog'lari va sirklarga bormaslik.

Gulchang sezuvchanligida:

- Gullash mavsumida deraza va eshiklarni yopib qo'yish.
- Filtrli konditsionerlardan foydalanish.
- Quruq, shamolli va issiq havoda sayr qilmaslik.
- Ko'chada ko'zoynak taqib, niqob taqib yurish.
- Sayrdan so'ng dush qabul qilish va kiyim almashtirish.
- Ko'tara olmaslik belgilari mavjud bo'lganda kesishgan allergik reaktivlikka ega mahsulotlarni ratsiondan chiqarib tashlash.

Zamburug'li sensibilizatsiyada:

- Havo namlagichlarni muntazam tozalab turish.
- Mog'orga qarshi fungitsidlardan foydalanish.
- Xonadagi namlikni 50% dan past darajada ushlab turish.
- Xona o'simliklarini olib tashlang, chunki tuproqda mog'or zamburug'lari ko'payishi mumkin.

BA oziq-ovqat qo'zg'atuvchilari:

Oziq-ovqat mahsulotlari, ayniqsa, erta yoshdagi bolalarda yoki gulchang sezgirligi bo'lgan bemorlarda qo'zg'atuvchi vazifasini bajarishi mumkin. Tekshiruv natijalariga ko'ra allergen ekanligi tasdiqlangan mahsulotlarni chiqarib tashlash tavsiya etiladi. Gulchang allergiyasi bo'lgan bolalarda ko'pincha asal, ba'zi meva va sabzavotlarni ko'tara olmaslik kuzatiladi. Shuningdek, oziq-ovqat qo'shimchalari (konservantlar, bo'yoqlar, aromatizatorlar, stabilizatorlar) va ba'zi dorilar BAning kuchayishiga sabab bo'lishi mumkinligini hisobga olish kerak. Parhezni ishlab chiqishda nafaqat allergenlarni istisno qilish, balki bolaning sog'lig'ini saqlash uchun muvozanatli va xilma-xil ovqatlanishni ta'minlash ham muhimdir.

BA bazis terapiyasi uchun preparatlar:

1. Ingalyatsion glyukokortikosteroidlar (IGKS)

Nafas yo'llaridagi yallig'lanishni nazorat qilish uchun preparatlarning asosiy guruhi. Simptomlarning chastotasi va og'irligini kamaytirish uchun muntazam ravishda qo'llaniladi.

2. Leykotriyen retseptorlari antagonistlari

Yallig'lanish va bronxospazm rivojlanishida ishtirok etuvchi leykotriyenlar ta'sirini bloklovchi preparatlar. IGKSga muqobil yoki qo'shimcha sifatida tayinlanadi.

3. Uzoq ta'sir etuvchi β2-agonistlar (DDBA) IGKS bilan birgalikda

IGKSning yallig'lanishga qarshi ta'siri va DDBAning bronxkengaytiruvchi ta'sirini birlashtirgan kombinatsiyalangan preparatlar. Astma ustidan nazoratni yaxshilash uchun ishlatiladi.

4. Teofillinlar

Bronxolitik va yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega preparatlar. Tor terapevtik oyna va nojo'ya ta'sirlar xavfi tufayli kamroq qo'llaniladi.

5. IgE ga monoklonal antitanalar (omalizumab)

Og'ir allergik astma bilan og'rigan bemorlarga mo'ljallangan biologik terapiya. Erkin IgE ni bog'lab, allergik yallig'lanishning oldini oladi.

6. Tizimli glyukokortikosteroidlar

Og'ir xurujlarni bartaraf etish uchun qisqa muddatga yoki boshqarib bo'lmaydigan astmada, boshqa davolash usullari yetarlicha samarali bo'lmaganda, uzoq vaqt davomida past dozalarda qo'llaniladi.

7. Allergenspetsifik immunoterapiya (ASIT).

Muayyan allergenlarga sezuvchanlikni kamaytirishga qaratilgan davolash usuli. Astmaning allergik tabiati isbotlangan bemorlarda qo'llaniladi.

Bronxospazmni bartaraf etish uchun tanlov dori vositalari:

- Qisqa ta'sir etuvchi B2-agonistlar (B2-KD): salbutamol, fenoterol, terbutalin.

Ta'siri qo'llanilgandan 5-10 daqiqa o'tgach yuzaga keladi. Sutkasiga 3-4 marta buyuriladi.

Salbutamolning nebulayzer orqali dozasi (Nebutamol®, eritma 1 mg/ml):

- 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga 0,1 ml/kg tana vazniga.
- 5 yoshdan katta bolalarga tana vazniga 2,5 ml/kg.

Bronxospazmning kombinatsiyalangan terapiyasi:

B2-KD ni ipratropiy bromid bilan birgalikda qo'llaniladi (Berodual: fenoterol gidrobromid 500 mkg/ml, ipratropiy bromid 250 mkg/ml).

Nebulayzer orqali dozalash:

- Bir yoshgacha bo'lgan bolalarga 1 tomchi/kg tana vazniga.
- 6 yoshgacha bo'lgan bolalarga (tana vazni 22 kg gacha): 1 kg ga 25 mkg ipratropiy bromid va 50 mkg fenoterol, 0,5 ml gacha (10 tomchi) kuniga 3 marta.
- 6 yoshdan katta bolalarga: 0,5-1 ml (10-20 tomchi) kuniga 3-4 marta.

BRONXOSPAZMNI BARTARAF ETISH UCHUN MUQOBIL PREPARATLAR:

- Qisqa ta'sir etuvchi teofillinlar (eufillin).

BAning yengil zo'rayishida:

- Bronxolitiklarning oral shakllari qo'llaniladi.
- Kombinatsiyalangan preparat (salbutamol + bromgeksin + gvayfenezin):

1 yoshdan boshlab bolalarga: sirop 5 ml dan (1 choy qoshiqdan) kuniga 3 mahal ichiriladi.

- 6-12 yoshli bolalarga 5-10 ml sirop (1-2 choy qoshiqdan) kuniga 3 mahal yoki 1/2-1 tabletkadan kuniga 3 mahal ichiladi.
- 12 yoshdan katta bolalarga: 1 tabletkadan kuniga 3 mahal yoki 10 ml sirop.

Bronxospazmolitik terapiya ko'rsatilgan:

- Pnevmoniya fonidagi bronxoobstruktiv sindromda (mikoplazmali, xlamidiyali yoki virusli etiologiyali).

- Bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda pnevmoniya rivojlanganda.

BA terapiyasida mukolitik dorilar:

- Ambroksol balg'amni suyultiradi, uning chiqarilishini yaxshilaydi, antibiotiklarning bronxial sekretga o'tishini kuchaytiradi, surfaktant sintezini rag'batlantiradi.

- Chirmoviq ekstrakti asosidagi preparatlar: bronxospazmolitik ta'sirga ega.

- Karbotsistein: mukoregulyator va mukolitik ta'sirga ega, maktabgacha yoshdagi bolalar uchun mos keladi.

Virus etiologiyali BAda virusga qarshi terapiya:

- Inozin pranobeks: turli virusli infeksiyalarda samarali.
- Neyraminidaza ingibitorlari: grippda tavsiya etiladi.
- Umifenovir: grippda samarali.
- Pentandiy kislotaning imidazolil etanamidi: gripp va O'RVI da qo'llaniladi.
- Rimantadin va amantadin: yuqori rezistentlik va nojo'ya ta'sirlar tufayli tavsiya etilmaydi.

BA bilan og'rigan bemorlarda O'RVI immunoterapiyasi:

- Interferon preparatlari, interferon induktorlari, immunomodulyatorlar.

- Interferon induktorlari va immunomodulyatorlar faqat kompleks terapiya tarkibida qo'llaniladi.

Vitaminlar va minerallar:

Zarur bo'lganda vitaminlar (tokoferol atsetat, xolekalsiferol, retinol atsetat va b.) va minerallar buyuriladi.

- Vitamin-mineral komplekslar allergik reaksiyalar xavfi tufayli ehtiyotkorlik bilan qo'llaniladi.

Antibiotikoterapiya

Antibiotikoterapiyani tayinlashga ko'rsatmalar: 3 sutkadan ortiq turg'un gipertermiya, yiringli balg'amning mavjudligi, pnevmoniyaning

klinik-rentgenologik belgilari, shuningdek taxmin qilingan bakterial infeksiya.

Qo'llashning o'ziga xos xususiyatlari atopiyasi bo'lgan bemorlarda antibiotiklarga allergik reaksiyalar xavfining ortishi va antibiotiklarning BA ni davolash uchun preparatlar bilan o'zaro ta'sirini hisobga olish zarurligini o'z ichiga oladi.

Biologik preparatlar

Omalizumab og'ir allergik bronxial astmada qo'llaniladi, biroq u O'zbekiston Respublikasida (O'zR) ro'yxatga olinmagan. Dupilumab glyukokortikosteroidlar (GKS) bilan davolashga chidamli BAni davolash uchun ishlatiladi, ammo O'zRda ham ro'yxatdan o'tkazilmagan.Bronxial astmaning (BA) bosqichli terapiyasi

Umumiy tamoyillar:

1. BAni davolashda bosqichma-bosqich yondashuvni qo'llash tavsiya etiladi, bunda kasallikni nazorat qilish darajasi va zo'rayish xavfi omillarining mavjudligiga qarab terapiya hajmini o'zgartirish kerak.
2. Har bir bosqich muqobil bo'lib xizmat qilishi mumkin bo'lgan terapiya variantlarini o'z ichiga oladi, ammo ularning samaradorligi farq qilishi mumkin.
3. Terapiyaning boshlang'ich bosqichi simptomlarning og'irligi bilan belgilanadi. Davolash hajmini oshirish (yuqori bosqichga o'tish) BA nazorati yo'qligida yoki zo'rayish xavfi omillari mavjudligida ko'rsatilgan.
4. Davolash hajmini kamaytirish kasallikni $\geq$ 3 oy davomida barqaror nazorat qilish va xavf omillari bo'lmaganda mumkin. Maqsad terapiyaning minimal hajmiga va nazoratni saqlab qolish uchun yetarli bo'lgan eng kam dori dozalariga erishishdir.
5. Preparatlar dozasini kamaytirish to'g'risidagi qaror BAning og'irligi, nojo'ya ta'sirlari, joriy terapiyaning davomiyligi, erishilgan ta'sir va bemorning afzalliklarini hisobga olishi kerak.
6. Ingalyatsion glyukokortikosteroidlar (IGKS) dozasini kamaytirish asta-sekin (har 3 oyda 25-50% ga) kuchayishning oldini olish uchun amalga oshirilishi kerak.

1-bosqich:

- BA va qo'zish xavfi omillari bo'lgan bemorlarga ehtiyojga ko'ra qisqa ta'sir qiluvchi β2-agonistlarga (KDBA) qo'shimcha ravishda past dozali IGKS bilan muntazam terapiya tavsiya etiladi.
- KDBA monoterapiyasi tavsiya etilmaydi. KDBA dan haddan tashqari ko'p foydalanish (yiliga ≥3 ingalyator) kasallikning zo'rayish xavfini oshiradi, yiliga ≥12 ingalyator esa o'lim xavfini keltirib chiqaradi.
- 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda terapiya IGKSning past dozalari bilan boshlanishi mumkin. 2 yoshdan boshlab antileykotriyen preparatlari (ALTR) bilan monoterapiya o'tkazish mumkin.
- Nebulayzer terapiyasi afzal ko'riladi: budesonid suspenziyasi (6 oydan boshlab), flutikazon propionat (1 yoshdan boshlab).

2-bosqich:

- Asosiy terapiya sifatida IGKSning past dozalarini va simptomlarni bartaraf etish uchun KDBAni muntazam ravishda qo'llash tavsiya etiladi.
- Bolalarda IGKSning boshlang'ich dozasi: kuniga 200 mkg (bektometazon dipropionat, BDPga hisoblaganda). 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda dorilarni yetkazib berish bilan bog'liq muammolar tufayli yuqori dozalar talab qilinishi mumkin.
- IGKS odatda kuniga ikki marta buyuriladi (siklesonid, mometazon furoat va budesonid bir marta qo'llaniladi).
- Nazoratga erishilgandan so'ng, xuddi shu dozada IGKSni bir marta qabul qilishga o'tish mumkin.
- IGKS simptomlarni kamaytirishda, o'pka faoliyatini yaxshilashda, kasallikning zo'rayishi va kasalxonaga yotqizish xavfini kamaytirishda ALTRga qaraganda samaraliroq.
- ≥12 yoshli o'smirlarda IGKS va tez ta'sir etuvchi B2-agonistning (IGKS-BDBA) past dozali fiksatsiyalangan kombinatsiyasi, masalan, budesonid/formoterol (160/4,5 mkg) "ehtiyojga ko'ra" rejimida simptomlarni bartaraf etish uchun tavsiya etiladi.
- ALTR BA allergik rinit, virusli BA yoki jismoniy zo'riqish astmasi bilan birga kelganda tavsiya etiladi.

- Kuniga ≥400 mkg BDP qabul qiladigan bolalarga pediatr va allergolog/pulmonologning doimiy nazorati, shuningdek, interkurrent kasalliklarni davolash bo'yicha yozma tavsiyalar talab etiladi.

3-bosqich:

- Xavf guruhidagi bemorlarda yagona ingalyator sifatida IGKS/formoterol kombinatsiyasi kuchayish chastotasini kamaytiradi va IGKS/DDBA ning belgilangan dozalari yoki IGKS ning yuqori dozalariga nisbatan pastroq dozalarda nazoratni ta'minlaydi.
- 5 yoshdan katta bolalarga DGBA yoki ALTR bilan kombinatsiyada IGKS past/o'rta dozalari bilan bazis terapiya tavsiya etiladi.
- 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda IGKS terapiyasiga ALTRni qo'shish tavsiya etiladi.

4-bosqich:

- So'nggi bir yil ichida BA ≥1 avj olgan o'smirlarga qo'llab-quvvatlovchi terapiya va simptomlarni bartaraf etish uchun IGKS (budesonid yoki beklometazon) ning past dozalarini formoterol bilan kombinatsiya qilish tavsiya etiladi.
- Nazorat qilinmaydigan BA bilan og'rigan ≥6 yoshli bemorlarga 3-4 bosqich terapiyasi fonida nebulayzer orqali tiotropiya bromid tavsiya etiladi.
- 12 yoshdan oshgan bemorlarda kuniga 800 mkg BDP fonida yetarli nazorat bo'lmaganda, DDBA bilan birgalikda quyidagilar tavsiya etiladi:
  - IGKS dozasini maksimal darajagacha oshirish.
  - ALTR yoki sekin ajraladigan teofillinni qo'shish.
- 5-12 yoshli nazorat qilinmaydigan BA bilan og'rigan bolalarda kuniga 400 mkg BDP bilan DDBA kombinatsiyasida quyidagilar tavsiya etiladi:
  - IGKS dozasini maksimal darajagacha oshirish.
  - ALTR qo'shish
- IGKSning yuqori dozalari (>800 mkg/sutka) spayserli DAI yoki nebulayzer orqali qo'llanilishi mumkin.

5-bosqich:

- Davolashning 4-bosqichi o'tkazilishiga qaramasdan, bronxial astma belgilari saqlanib qolgan yoki zo'raygan bemorlarni og'ir astma bo'yicha mutaxassisga yuborish tavsiya etiladi.
- O'smirlar va 6 yoshdan katta bolalarga og'ir allergik BA bilan 4-bosqich terapiya nazorati ostida bo'lmaganda, omalizumab tavsiya etiladi.
  - Belgilash mezonlari: klinik jihatdan ahamiyatli atopiya, allergenlar va belgilar/xurujlar o'rtasidagi tasdiqlangan bog'liqlik, umumiy IgE darajasi 30-1500 ME/ml.
  - Omalisumab bilan davolash xurujlar chastotasini kamaytiradi, o'pka faoliyatini yaxshilaydi va 1 yildan keyin 57% bemorlarda peroral kortikosteroidlar dozasini kamaytirish yoki bekor qilish imkonini beradi.
- 5-12 yoshli bolalarda IGKS >800 mkg/sut dozada 6 hafta davomida DDBA, tiotropiya bromid (6 yoshdan), ALTR yoki teofillinlar bilan sinovli davolash tavsiya etiladi. Yaxshilanishlar bo'lmaganda preparatlar bekor qilinadi.

Bronxial astma bilan kasallangan bolalarni kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar

Bronxial astma xurujlari bo'lgan bolalarni statsionar davolanishga yuborish quyidagi hollarda maqsadga muvofiq:

- uy sharoitida davolanish 1-3 soat ichida bemorning ahvoli yaxshilanishiga olib kelmasa;
- bemorning ahvoli og'ir bo'lganda;
- asoratlar rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan vaziyatda, shuningdek, qo'zish sabablarini aniqlash va dori-darmonlar bilan davolashni tuzatish zarur bo'lganda.

O'ZBEKISTONDA ASTMA MAKTABI: KASALLIKNI NAZORAT QILISH UCHUN TA'LIM

Dunyoning ko'plab mamlakatlarida bo'lgani kabi O'zbekistonda ham bronxial astma sog'liqni saqlashning dolzarb muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Bemorlarning hayot sifatini yaxshilash va asoratlar

chastotasini kamaytirish uchun respublikada "Astma maktablari" deb nomlanuvchi ta'lim dasturlari faol rivojlanmoqda. Ushbu loyihalar bemorlar va ularning oila a'zolarini kasallikni nazorat qilish, xurujlarning oldini olish va terapiyadan to'g'ri foydalanishga o'rgatishga qaratilgan.

Astma maktabining maqsadlari

1. Astmaning tabiati, qo'zg'atuvchilari va rivojlanish mexanizmlari haqida xabardorlikni oshirish.
2. O'z-o'zini nazorat qilish ko'nikmalarini o'rgatish: pikfloumetriyadan foydalanish, simptomlar kundaligini yuritish.
3. Preparatlarni to'g'ri qo'llash uchun ingalyatsiya texnikasini o'zlashtirish.
4. Xavf omillarini (allergenlar, chekish, stress) istisno qilish orqali kuchayishning oldini olish.
5. Davolanishga sodiqlikni shakllantirish va asosiy terapiyaning ahamiyatini tushunish.

Dasturlarni tashkil etish

Astma maktablari quyidagilar asosida ishlaydi:

- Pulmonologiya va allergologiya markazlari (masalan, Toshkent, Samarqand, Buxoroda).
- Bolalar poliklinikalari - yosh bemorlar va ularning ota-onalari bilan ishlash uchun.
- O'zbekiston Sog'liqni saqlash vazirligi bilan hamkorlik qiluvchi jamoat tashkilotlari.

Mashg'ulotlar quyidagi formatda o'tkaziladi:

- Pulmonolog shifokorlar, allergologlar va hamshiralar ishtirokida guruhli ma'ruzalar.
- Shaxsiy tavsiyalar uchun individual maslahatlar
- Onlayn vebinarlar - O'zbekiston sog'liqni saqlash tizimini raqamlashtirish doirasida.

Mashg‘ulotlarning asosiy mavzulari

1. **Astma nima?**
   - Sabablari, turlari (allergik, noallergik), tashqi muhit bilan bog‘liqligi.
2. **Ingalyatsion terapiya:**
   - Ingalyatorlarning turlari (DAI, nebulayzerlar), qo‘llash texnikasi.
   - IGKS (ingalyatsion glyukokortikosteroidlar) va bronxolitiklarning roli.
3. **Triggerlar istisnosi:**
   - Uy allergenlari (chang, mog‘or, hayvon juni) ga qarshi kurash.
   - Gulchang va oziq-ovqat allergiyasida tavsiyalar.
4. **Favqulodda yordam:**
   - Xuruj paytidagi harakatlar, KDBA (qisqa ta’sir etuvchi √2-agonistlar) dan foydalanish.
   - Shifokorga qachon murojaat qilish kerak?
5. **Ovqatlanish va turmush tarzi:**
   - Astma parhezi, jismoniy faollik, chekishdan voz kechish.
6. **Psixologik yordam:**
   - Stressni boshqarish, bolalar va ota-onalarda xavotir bilan ishlash.

Bolalar uchun xususiyatlar

O‘zbekistonda bolalar orasida astma kasalligining keng tarqalganligini hisobga olgan holda, Maktablar quyidagilarga alohida e’tibor qaratmoqda:

- Kichkintoylar uchun ingalyatsiya texnikasini ota-onalarga o‘rgatish.
- Virusli qo‘zg‘alishlar (O‘RVI, gripp) profilaktikasi.
- Bolalarning maktabga va sport yuklamalariga moslashuvi.

Natijalar va istiqbollar

O‘zbekiston Sog‘liqni saqlash vazirligi ma’lumotlariga ko‘ra, Astma maktablari ishtirokchilari quyidagilarni namoyish etadilar:

- Kasalxonaga yotqizish chastotasini 40-50% ga kamaytirish.
- Bemorlarning 70 foizida simptomlarni nazorat qilish yaxshilandi.
- Terapiyaning ahamiyatini tushunish orqali unga sodiqlikni oshirish.

Kelajakda dasturlarni hududlarga kengaytirish, o'z-o'zini nazorat qilish uchun mobil ilovalarni joriy etish va xalqaro tashkilotlar (GINA, JSST) bilan hamkorlikni kuchaytirish rejalashtirilgan.

BRONXIAL ASTMA (BA) BILAN KASALLANGAN BOLALARNI DISPANSER KUZATUVI

Dispanser kuzatuvining maqsadlari:

- Kasallik rivojlanishining oldini olish.
- BA kechishini nazorat qilishga erishish va ushlab turish.
- Tashxis qo'yish, davolash va profilaktikada bosqichma-bosqichlik, qulaylik va uzluksizlikni ta'minlash.

Asosiy tamoyillar:

1. Kuzatuvdagi uzluksizlik:
   - Uchastka pediatri (yoki umumiy amaliyot shifokori) allergolog va/yoki pulmonolog bilan birgalikda bolaning ahvoli monitoringini amalga oshiradi.
   - Zarur hollarda boshqa mutaxassislar: otolaringolog, dermatolog, okulist, gastroenterolog, kardiolog, stomatolog, ftiziatr, tibbiy psixolog jalb qilinadi.
2. Xavf guruhlari:
   - Dispanser nazorati nafaqat BA tashxisi qo'yilgan bolalarga, balki yuqori xavf guruhidagilarga ham zarur:
     - Allergik anamnezi og'irlashgan bolalar.
     - Atopik belgilari bo'lgan bemorlar.
     - Takroriy obstruktiv bronxitli bolalar.

Uchastka pediatrining vazifalari:

- BA bilan kasallangan bolalarni erta aniqlash.
- Xavf guruhidagi bolalarni kuzatish:

- Hayotining birinchi yilida: dastlabki 6 oyda har oyda, keyin 9 va 12 oyda.
- Keyinchalik - har yili.

• Respirator infeksiyalar bilan niqoblanishi mumkin bo'lgan BAning dastlabki ko'rinishlarini tashxislash. Tez-tez kasallanib turadigan bolalar chuqur tekshiruv va mutaxassislar maslahatini talab qiladi.

• Mutaxassis shifokor tavsiyalariga muvofiq BAni ambulator davolash.

• Bazis terapiya samaradorligini baholash:

- O'rtacha og'irlikdagi va og'ir BA da - davolash boshlangandan so'ng 1 oy o'tgach, keyin har 3-6 oyda.
- Davolash samarasiz bo'lsa, ixtisoslashtirilgan shifoxonaga yo'llanma beriladi.

• BA bilan kasallangan bolalarni rejali nazorat qilish:

- Yengil kechishi - 12 oyda 1 marta.
- O'rtacha og'ir va og'ir kechishi - 6 oyda 1 marta (tashqi nafas funksiyasi, TNF ni tekshirish bilan).

• Surunkali infeksiya o'choqlarini aniqlash va sanatsiya qilish.

• Bolalarni sanatoriylar, ixtisoslashtirilgan maktabgacha tarbiya muassasalari va sog'lomlashtirish oromgohlariga bosqichma-bosqich davolanishga yuborish.

• Tiklovchi davolashni tashkil etish.

• Og'ir BA bilan kasallangan nogiron bolalar uchun tibbiy xulosalarni rasmiylashtirish.

• Kasbga yo'naltirish masalalari bo'yicha maslahat berish.

Mutaxassislar tomonidan ko'rikdan o'tkazish chastotasi:

• BA yengil va o'rta og'ir darajasi - yiliga 2 marta.

• BAning og'ir kechishi - yiliga 4 marta.

Shifokor, bola va ota-onalarning o'zaro hamkorligi:

• Asosiy vazifa - bemorni allergen va pollyutantlardan ajratish.

• Chidab bo'lmaydigan allergenlar ro'yxati tibbiy hujjatlarda qayd etiladi.

- Oila bilan nafaqat aniqlangan allergenlar, balki potensial qo'zg'atuvchilarni (oziq-ovqat, dori-darmon, maishiy, epidermal) muhokama qilish.
- Surunkali infeksiya o'choqlarini aniqlash va sanatsiya qilish uchun stomatolog va otolaringolog tomonidan muntazam ravishda ko'rikdan o'tish (6 oyda kamida 1 marta).

Dispanser kuzatuvi bosqichlari:

1. Ma'lumotlarni qayd qilish:
   - Bolaning rivojlanish tarixi va dispanser kuzatuvi xaritasida kuzatuv bosqichlari va dispanserizatsiyaning kalendar rejasi qayd etiladi.
2. Yillik epikriz:
   - Uchastka pediatri BA kechish dinamikasini (og'irlik darajasi, qo'zish chastotasi), davolash samaradorligini tahlil qiladi va keyingi yil uchun kuzatuv rejasini tuzadi.
3. Mutaxassis maslahati:
   - BA tashxisini aniqlash yoki tasdiqlash.
   - Bemorning ko'rsatma va tavsiyalarga rioya qilishini tekshirish.
   - Bemor kundaligi va pikfloumetriya ma'lumotlarini tahlil qilish.
   - Ingalyatsiya texnikasini va pikfloumetriyani bajarishni baholash.
   - FVDni bronxolitik sinama bilan tekshirish.
   - Terapiyaning nojo'ya ta'sirlari va xavfsizligini baholash.

Oila uchun tavsiyalar:

- Shifokor, bola va ota-ona o'rtasida ishonchli munosabatlarni o'rnatish.
- O'tkazilayotgan davolashning maqsadi va ma'nosini muhokama qilish.
- Bemor va uning oilasini dorilardan to'g'ri foydalanishga va kundalik yuritishga o'rgatish.
- Astma maktabi mashg'ulotlariga taklifnoma.
- Rejim va terapiya bo'yicha yozma tavsiyalar berish.
- Keyingi tashrif sanasini belgilash.

BA bilan og'rigan bolalarni dispanser nazorati kasallikni nazorat qilishga erishish, asoratlarning oldini olish va bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan kompleks jarayondir. Davolashning muvaffaqiyati shifokorlar, ota-onalar va bolaning uyg'un ishiga, shuningdek, barcha tavsiyalarga rioya qilish va holatni muntazam kuzatib borishga bog'liq.

O'TKIR BRONXIOLIT

Bronxiolit - pastki nafas yo'llarining o'tkir yallig'lanish kasalligi bo'lib, ko'pincha ikki yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Bu mayda bronxlar va bronxiolalarning yallig'lanishi bilan tavsiflanadi, bu esa nafas yo'llarining obstruktsiyasi va nafas olishning qiyinlashishiga olib keladi. O'zbekistonda, boshqa ko'plab mamlakatlarda bo'lgani kabi, bronxiolit erta yoshdagi bolalarni, ayniqsa kuz-qish mavsumida kasalxonaga yotqizishning eng ko'p uchraydigan sabablaridan biridir.

Epidemiologiya

O'zbekistonda bronxiolit sog'liqni saqlashning muhim muammosi bo'lib qolmoqda, ayniqsa tug'ilish darajasi yuqori bo'lgan va aholining respirator infeksiyalarning oldini olish choralari to'g'risida yetarli ma'lumotga ega emasligi sharoitida. Bronxiolitning asosiy qo'zg'atuvchisi respirator-sinsitial virus (RSV) bo'lib, u yilning sovuq davrida faol tarqaladi. Boshqa viruslar, masalan, rinoviruslar, adenoviruslar va gripp viruslari ham bu kasallikni keltirib chiqarishi mumkin.

O'zbekiston Sog'liqni saqlash vazirligi ma'lumotlariga ko'ra, bronxiolit bir yoshgacha bo'lgan bolalarni kasalxonaga yotqizish sabablari orasida yetakchi o'rinlardan birini egallaydi. Bu erta yoshdagi bolalarning respirator infeksiyalarga yuqori moyilligi, shuningdek, immunitet tizimining yetarli darajada rivojlanmaganligi bilan bog'liq.

Xavf omillari

Bronxiolit rivojlanishining quyidagi xavf omillari ajratiladi:

1. Yoshi: 2 yoshgacha bo'lgan bolalar, ayniqsa 6 oygacha bo'lgan chaqaloqlar.

2. Chala tug'ilish: chala tug'ilgan bolalarda bronxiolitning og'ir shakllari rivojlanish xavfi yuqori bo'ladi.

3. Sun'iy ovqatlantirish: ko'krak sutining yo'qligi bolaning immunitetini pasaytiradi.

4. Passiv chekish: tamaki tutunining ta'siri nafas yo'llari kasalliklarining rivojlanish xavfini oshiradi.

5. Aholi zichligi yuqori bo'lgan sharoitda, ayniqsa shaharlarda infeksiya yuqish xavfi ortadi.

6. Ekologik omillar: havoning ifloslanishi, ayniqsa yirik sanoat shaharlarida, kasallikning kechishini og'irlashtirishi mumkin.

Klinikasi

O'tkir bronxiolit (J21) quyidagi klinik ko'rinishlar bilan tavsiflanadi:

- *Ekspirator* yoki aralash xarakterdagi *yaqqol nafas qisilishi,* bu perioral sianoz (og'iz atrofi terisining ko'karishi) bilan birga kelishi mumkin.

- *Kam samarali yo'tal* va o'pka auskultatsiyasida tarqoq mayda nam krepitatsiyalovchi xirillashlarning mavjudligi.

Bronxiolit kechishining og'irligini baholash uchun nafas yetishmovchiligi belgilarini, shuningdek, nafas olish davomiyligining nafas chiqarishga nisbatini hisobga olish muhimdir. Kasallik odatda yuqori nafas yo'llari o'tkir infeksiyasining 2-5-kunida rivojlanadi va ko'pincha subfebril harorat bilan kechadi. 3-4 kun davomida kuchayib boruvchi yo'tal, ekspirator hansirash, nafas olishning tezlashishi (taxipnoe) daqiqasiga 50-70 gacha, o'pkaning har ikki tomonida mayda pufakchali xirillashlar va/yoki krepitatsiya mavjudligi xarakterli belgilardir. Ko'pincha quruq hushtaksimon xirillashlar kuzatiladi. Ko'zdan kechirilganda ko'krak qafasining shishganligi, perkussiyada esa tovushning qutichasimonligi aniqlanadi.

Dispnoe (hansirash) ning kuchayishi nafas olishning tezlashishi bilan kechmasligi mumkin, lekin nafas chiqarishning kuchayishi, nafas olishda yordamchi mushaklarning ishtiroki, nafas olishda qovurg'alararo bo'shliqlarning tortilishi va burun qanotlarining kengayishi bilan namoyon bo'ladi. Bronxiolitda obstruktiv sindrom 1-2 kun ichida eng

yuqori darajaga yetadi, so'ngra asta-sekin pasayadi, xirillashlar soni ham kasallikning 7-14 kuniga kelib yo'qoladi. Chala tug'ilgan chaqaloqlarda bronxiolitning birinchi klinik ko'rinishi apnoe bo'lishi mumkin.

Bronxiolit bilan og'rigan bolalarda metabolik atsidoz bilan degidratatsiya (suvsizlanish) rivojlanishi mumkin, bu isitma va taxipnoe tufayli suyuqlikka bo'lgan ehtiyojning oshishi, shuningdek, nafas yetishmovchiligi va/yoki qusish fonida bolaning ichishdan bosh tortishi tufayli iste'mol qilinadigan suyuqlik hajmining kamayishi bilan bog'liq. Og'ir respirator distress sindromi bo'lgan bolalarda ko'pincha antidiuretik gormonning (SIADH) noadekvat sekretsiyasi sindromi kuzatiladi, bu giponatriemiya va gipervolemiya bilan birga keladi.

Bolalarda bronxiolitning klinik ko'rinishlari dinamikligi va simptomlarning tez o'zgarishi bilan ajralib turadi. Nafas yetishmovchiligining kuchayib borishi (ayniqsa turg'un febril harorat fonida) postinfeksion obliteratsiyalovchi bronxiolitning rivojlanishini ko'rsatishi mumkin - bu kasallikning kamdan-kam uchraydigan shakli bo'lib, ko'pincha adenovirus infeksiyasi (3, 7 va 21-serotiplar) va bakterial superinfeksiya tufayli yuzaga keladi. Postinfeksion obliteratsiyalovchi bronxiolit mayda nafas yo'llarida fibroz boshlanishi bilan davom etib boradi. Rentgenogrammada "nafas tutqichlari," ayrim hollarda "o'ta shaffof o'pka" belgilari kuzatilishi mumkin. Kompyuter tomografiyasida quyidagilar aniqlanishi mumkin: "havo tuzoqlari" tufayli mozaik o'pka surati, "buyrakdagi daraxt" belgisi va ba'zi hollarda odatda silindrsimon xarakterdagi bronxoektazlar.

Ba'zi bolalarda bronxial obstruksiya sindromining takroriy epizodlari respirator infeksiyalar fonida paydo bo'lishi mumkin. Biroq, bu har doim ham takroriy bronxiolitlardan dalolat bermaydi va bronxial astma kabi bronxial obstruksiya sindromi bilan kechadigan boshqa kasalliklarni istisno qilishni talab qiladi. Astma belgilari, odatda, kasallikning dastlabki 1-2 kunidayoq paydo bo'ladigan hushtaksimon xirillashlar va nafas chiqarishning cho'zilishi bilan namoyon bo'ladi. Nafas harakatlari chastotasi (NCHH) kamdan-kam hollarda daqiqasiga 60 dan oshadi, dispnoe kuchsiz ifodalangan bo'lishi mumkin, lekin ba'zida bolaning bezovtalanishi va qulay holatni izlashi ko'rinishida namoyon

bo'ladi. Astmada yo'tal odatda quruq bo'ladi, tana harorati ko'pincha normal yoki subfebril bo'ladi.

Bolalarda o'tkir bronxiolitning asoratlari nafas olish buzilishlari kuchayganda paydo bo'lishi mumkin. Ahvolning yomonlashuvi qonda karbonat angidrid (RaCO2) miqdorining oshishi va giperkapniya rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi, bu nafas yetishmovchiligining kuchayib borayotganidan dalolat beradi. Bu o'zgarishlar og'ir oqibatlarga olib kelishi mumkin: apnoe (nafas olishning to'xtashi) va asfiksiya (bo'g'ilish), bu esa zudlik bilan tibbiy yordamni talab qiladi. Bronxiolitning klinik manzarasi kasallikni keltirib chiqargan virus turiga bog'liq emas. Biroq, RSV chaqirgan o'tkir bronxiolit bilan og'rigan bolalarda kasallikning eng og'ir kechishi kuzatiladi. Ushbu virus bronxiolitning eng keng tarqalgan qo'zg'atuvchilaridan biri bo'lib, ko'pincha nafas yo'llarining sezilarli obstruksiyasiga olib keladi, bu esa bolaning ahvolini og'irlashtiradi va asoratlar xavfini oshiradi. Boshqa viruslar (masalan, rinoviruslar, adenoviruslar) ham bronxiolitni keltirib chiqarishi mumkinligiga qaramay, aynan RSV infeksiyasi ko'pincha kasallikning og'ir shakllari bilan bog'liq bo'ladi, ayniqsa erta yoshdagi bolalar, chala tug'ilgan chaqaloqlar va yondosh patologiyali bemorlarda.

Diagnostika

Bronxiolit tashxisi kasallikning klinik ko'rinishi va fizikal tekshiruv asosida qo'yiladi. Ba'zi hollarda qo'shimcha diagnostika usullaridan foydalanish mumkin:

- Ko'krak qafasi rentgenografiyasi: pnevmoniyani istisno qilish uchun.
- Qon tahlili: umumiy holatni baholash va yallig'lanish o'zgarishlarini aniqlash uchun.
- PZR diagnostikasi: virusli qo'zg'atuvchini (masalan, RSV) aniqlash uchun.

Differensial diagnostika

Bronxiolitni bronxial obstruksiya sindromi bilan kechuvchi kasalliklardan yaxshilab farqlash kerak. Masalan, bronxial astmada kasallikning dastlabki 1-2 kunidayoq hushtaksimon xirillashlar va nafas chiqarishning cho'zilishi paydo bo'ladi, bu esa uni obstruksiya asta-sekin

rivojlanadigan bronxiolitdan ajratib turadi. Bundan tashqari, differensial tahlilga quyidagilarni kiritish zarur:

1. *Obstruktiv bronxit* - bir yoshdan oshgan bolalarda ko'proq uchraydi, hushtaksimon nafas erta paydo bo'ladi.

2. *Pnevmoniya* - o'pkada o'choqli o'zgarishlar, isitma va intoksikatsiya bilan xarakterlanadi.

3. Bronx-o'pka tizimining *surunkali patologiyalari* (mukovissidoz, bronx-o'pka displaziyasi) - takroriy infeksiyalar va o'ziga xos laboratoriya belgilari bilan kechadi.

4. *Yot jism aspiratsiyasi* - perxivatsiya epizodidan keyin to'satdan boshlanishi, xirillashlar assimetriyasi.

5. *Tug'ma yurak nuqsonlari* - hansirash sianoz, yurakdagi shovqinlar va yurak yetishmovchiligi belgilari bilan birga keladi.

Bronxiolit nafas yo'llarining yashirin obstruksiyasi fonida, masalan, tomirlar anomaliyasida (o'pka arteriyasi qovuzlog'i) rivojlangan holatlarga alohida e'tibor qaratish lozim. Anamnez asosiy rol o'ynaydi: oldingi O'RVI yo'qligi, aspiratsiya epizodlari, o'sishning kechikishi yoki atopiya belgilari diagnostik qidiruvni toraytirishga yordam beradi. Instrumental usullar (rentgen, KT, bronxoskopiya) va laboratoriya testlari (PZR, qon gazlari tahlili) klinik ko'rinishni to'ldiradi.

Postinfeksion obliteratsiyalovchi bronxiolit kam uchraydigan asorat bo'lib, ko'pincha adenovirus infeksiyasi (3, 7, 21-serotiplar) va bakterial superinfeksiya bilan bog'liq. Uning o'ziga xos xususiyatlari:

- Surunkali kechishi mayda nafas yo'llari fibrozi bilan.
- Rentgenologik belgilar: "o'ta shaffof o'pka," "havo tuzoqlari."
- KT-tasvir: o'pkaning mozaik tasviri, "buyrakdagi daraxt" simptomi, silindrsimon bronxoektazlar.

Doimiy isitma fonida rivojlanib boruvchi nafas yetishmovchiligi ushbu shaklni istisno qilishni talab qiladi, chunki u o'pka to'qimasida qaytarilmas o'zgarishlarga olib keladi. Erta differensiatsiya terapiyani tanlash va prognozni yaxshilash uchun juda muhim.

Bolalarda o'tkir obstruktiv bronxit (O'OB) va o'tkir bronxiolitning differensial diagnostik belgilari

alomat	O‘tkir obstruktiv bronxit	O‘tkir bronxiolit
Yosh	Ko‘pincha 1 yoshdan katta bolalarda	Ko‘pincha ko‘krak yoshidagi bolalarda (1 yoshgacha)
Bronxoobstruktiv sindrom	Kasallikning boshida yoki 2-3 kunida paydo bo‘ladi.	Kasallikning 3-4 kunida rivojlanadi.
Hushtaksimon nafas	ifodalangan	Har doim ham mavjud emas
Nafas qisishi	Mo‘tadil	ifodalangan
taxikardiya	Yo‘q	Mavjud
Auskultativ manzara	Hushtaksimon va nam pufakchali xirillashlar	Nam mayda pufakchali xirillashlar, krepitatsiya, nafas olishning diffuz zaiflashishi

Davolash

Bronxiolitni davolash xalqaro tavsiyalarga muvofiq amalga oshiriladi va quyidagi yondashuvlarni o‘z ichiga oladi:

1. Quvvatlovchi terapiya:

- Adekvat oksigenatsiyani ta’minlash (kislorod terapiyasi).
- Gidratatsiya (ko‘p suyuqlik ichish yoki zarur bo‘lganda tomir ichiga suyuqlik yuborish).
- Havoning namlanishi.

2. Nafas olishni yengillashtirish uchun fiziologik eritma bilan ingalyatsiyalar.

3. ***Bronxodilatatorlar:*** ba’zi hollarda bronxospazmni bartaraf etish uchun.

4. **Antibiotiklar:** faqat bakterial infeksiyaga shubha qilinganda.

5. **Shifoxonaga yotqizish:** og‘ir holatlarda, ayniqsa nafas yetishmovchiligi yoki yondosh kasalliklari bo‘lgan bolalarda.

Profilaktika

Bronxiolitning oldini olish quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. Ko'krak suti bilan emizish: bolaning immunitetini mustahkamlash uchun.

2. Bemorlar bilan aloqada bo'lmaslik: ayniqsa shamollash mavsumida.

3. Gigiyenaga rioya qilish: qo'llarni muntazam yuvish, niqoblardan foydalanish.

4. Vaksinatsiya: gripp va boshqa respirator infeksiyalarga qarshi (ko'rsatma bo'yicha).

5. Ekologik vaziyatni yaxshilash: havoning ifloslanishiga qarshi kurash.

Ayniqsa, tug'ilish darajasi yuqori bo'lgan va aholining profilaktika choralari haqida yetarlicha xabardor bo'lmagan sharoitda bronxiolit O'zbekiston sog'liqni saqlash tizimi uchun jiddiy muammo bo'lib qolmoqda. Diagnostikani yaxshilash, o'z vaqtida davolash va profilaktika choralarini joriy etish bronxiolit bilan og'rigan bolalarda kasallanishni sezilarli darajada kamaytirishi va natijalarni yaxshilashi mumkin. Bunda ota-onalar bilan olib boriladigan ma'rifiy ishlar, tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish muhim o'rin tutadi.

BOLALARDA BRONXIT

Bronxit yuqori nafas yo'llarining keng tarqalgan kasalligi bo'lib, bronxlardagi yallig'lanish jarayoni bilan tavsiflanadi. Kasallanishning eng yuqori darajasi yilning sovuq fasllarida kuzatiladi.

Etiologiyasi

Bolalar nafas tizimi tuzilishining o'ziga xos xususiyatlari tufayli bronxitga ko'proq moyil bo'ladilar. Bu xususiyatlarga nafas yo'llarining torligi, nafas muskullarining kuchsizligi, o'pka hajmining kichikligi kiradi. O'tkir bronxitning kelib chiqish sabablarini ikkita asosiy toifaga bo'lish mumkin: yuqumli va yuqumli bo'lmagan.

Yuqumli sabablar

Infeksion bronxit bronxlarga viruslar, bakteriyalar yoki zamburug'lar tushishi natijasida rivojlanadi. Kasallik rivojlanishining

asosiy omili bolaning immunitet tizimining zaiflashishi hisoblanadi. Immunitetni pasaytiruvchi omillarga quyidagilar kiradi:

- Yetarli ovqatlanmaslik;
- Organizmda kerakli mikroelementlarning yetishmasligi;
- Ba'zi dori vositalarini uzoq vaqt qabul qilish (masalan, antibiotiklar);
- Aqliy yoki jismoniy toliqish;
- Tez-tez stressli vaziyatlar.

Bronxitning virusli shakli gripp, rinoviruslar, adenoviruslar, paragripp, respirator-sinsitial viruslar va enteroviruslar nafas yo'llariga tushganda paydo bo'ladi. Bakterial shaklini pnevmokokklar, streptokokklar, stafilokokklar, gemofil tayoqchasi, xlamidiyalar, mikoplazmalar kabi bakteriyalar qo'zg'atadi.

Kasallik kontakt-maishiy yoki havo-tomchi yo'li bilan, bemorlar bilan muloqotda bo'lish, umumiy idish-tovoq, sochiq, o'yinchoq va boshqalardan foydalanish orqali yuqishi mumkin.

Yuqumsiz sabablar

Yuqumsiz sabablarga toksik va allergik omillar kiradi. Bronxitning allergik shakli ba'zi allergenlarga, masalan, gul changi, hayvonlarning juni, chang yoki kimyoviy moddalarga reaksiya mavjud bo'lganda rivojlanadi. Toksik bronxit organizmga zaharli moddalarning ta'siri natijasida kelib chiqadi.

Patogenezi

Bronxitning patogenezi bronxlar funksiyasining buzilishiga bog'liq bo'lib, u viruslarning nafas yo'llari shilliq pardasining epitelial hujayralariga o'tishidan boshlanadi. Viruslar va bakteriyalar o'ziga xos adgezinlarga ega bo'lib, ular epiteliy retseptorlari bilan bog'lanadi va hujayra ichiga kiradi. Hujayralarda viruslarning ko'payishi ularning halok bo'lishi va destruksiyasiga olib keladi, sitokinlar, yallig'lanish mediatorlari va boshqa biologik faol moddalar ajralib chiqadi, bu esa yallig'lanish reaksiyasini keltirib chiqaradi. Gripp va paragrippda bronxlar epiteliysi distrofiyaga uchrab, aksari ko'chib tushadi. Organizmning virus va bakteriyalardan himoyalanishini shilliq bezlar sekretlari ta'minlaydi, ular nafaqat mikroorganizmlarni mexanik ravishda

yo'qotadi, balki tarkibidagi lizotsim, fermentlar va immun omillar tufayli bakteritsid ta'sirga ham ega. Birlamchi infeksiyada virusga qarshi himoyada asosiy rolni hujayra reaksiyalari va interferon o'ynaydi. Zararlangan hujayralar virus antigenlarini ekspressiya qila boshlaydi, natijada ular sitotoksik T-limfotsitlar tomonidan yo'q qilinadi, bu esa virusning keyingi replikatsiyasiga to'sqinlik qiladi. 1-tipdagi T-xelperlar γ-interferon ajratib, qo'shni hujayralarni zararlanishdan saqlaydi. Spetsifik antitelolar virus yuqqanidan 5-7 kun o'tgandan keyingina uni zararsizlantira boshlaydi. Respirator kasalliklar patogenezining asosiy omillaridan biri bronxial sekretning ortiqcha hosil bo'lishi yoki yopishqoqligining oshishi bilan bog'liq bo'lgan mukotsiliar transportning buzilishi hisoblanadi. Bolalarda, ayniqsa, erta yoshdagi bolalarda yo'tal ko'pincha balg'am yopishqoqligining oshishi va uning chiqarilishining buzilishi bilan bog'liq. Bunday hollarda terapiyaning asosiy maqsadi balg'amni suyultirish va uning chiqarilishini yaxshilashdir.

Viruslar va bakteriyalar nerv o'tkazgichlari va gangliyalarning zararlanishiga sabab bo'lishi mumkin, bu esa bronxlarning nerv boshqarilishi va trofikasini buzadi, bakterial yallig'lanishning rivojlanishiga sharoit yaratadi. Bakterial bronxitlar ko'pincha mukotsiliar klirens buzilganda paydo bo'ladi va yot jismlar, stenozlovchi laringit yoki ovqat aspiratsiyasi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Nafas yo'llari shilliq qavatining sezuvchanligi yuqori bo'lgan bolalar bronxitga ko'proq moyil bo'ladilar, ayniqsa sovuq qotish yoki stress kabi qo'zg'atuvchi omillar ta'sirida.

Bronxial obstruksiya (BO) patogenezida uchta asosiy mexanizm mavjud:

1. ***Bronxospazm:*** Yallig'lanish jarayonida ajralib chiqadigan biologik faol moddalar ta'sirida yoki viruslarning β2-retseptorlarning nerv oxirlariga bevosita ta'sirida yuzaga keladi.

2. ***Shilimshiq gipersekretsiyasi:*** Virusli infeksiya qadahsimon hujayralar soni va o'lchamlarini oshiradi, bu esa shilimshiq tarkibining o'zgarishiga va uning yopishqoqligining oshishiga olib keladi. Bu sekretni chiqarishni qiyinlashtiradi va bronxlar bo'shlig'ini toraytiradi.

3. Bronx devori shishi: Bolalarda qon tomirlari o'tkazuvchanligining oshishi va nafas yo'llarining ko'p miqdorda qon bilan ta'minlanishi tufayli tez rivojlanadi, bu esa mayda bronxlar yo'lining torayishiga olib keladi.

Virus qo'zg'atuvchilari bronxlar shilliq qavatini zararlab, yallig'lanish mediatorlari (gistamin, serotonin, leykotriyenlar, prostaglandinlar) ajralib chiqishiga olib boradigan immunologik reaksiyalarni boshlab beradi. Bu mediatorlar bronxlar shishini, shilimshiq gipersekretsiyasini va bronxlar giperreaktivligini chaqiradi, natijada nafas yo'llari o'tkazuvchanligi buziladi.

Uch yoshgacha bo'lgan bolalarda bronxospazm kamdan-kam hollarda bronxlar silliq mushaklarining zaif rivojlanishi tufayli obstruksiyaning asosiy mexanizmi hisoblanadi. Bu yoshda shilliq gipersekretsiyasi va bronx devorining shishi ustunlik qiladi, bu nam mayda pufakchali xirillashlar bilan namoyon bo'ladi. Uch yoshdan oshgan bolalarda bronxospazm ko'rinishlari birinchi o'ringa chiqadi.

Ba'zi tadqiqotchilar bronxoobstruksiyani o'pka to'qimasiga mikroorganizmlarning kirishiga to'sqinlik qiluvchi himoya mexanizmi sifatida ko'rishadi. Buni shu narsa tasdiqlaydiki, obstruktiv bronxitda pnevmoniya oddiy bronxitga qaraganda kamroq rivojlanadi.

Bronxit tasnifi

Bronxit bir nechta mezonlarga ko'ra tasniflanadi:

- **Kelib chiqishiga ko'ra:** birlamchi (kasallik bronxlarda boshlanadi) va ikkilamchi (nafas olish tizimining boshqa qismlari zararlanishi fonida rivojlanadi);

- **Davomiyligi bo'yicha:** o'tkir, yarim o'tkir, surunkali;

-**Etiologiyasiga ko'ra:** yuqumli (virusli, bakterial), yuqumsiz (allergik, kimyoviy yoki fizik), aralash va noaniq etiologiyali;

- **Yallig'lanishning joylashuviga ko'ra:** yirik, o'rta yoki mayda bronxlarning shikastlanishi;

- **Yallig'lanish xususiyatiga ko'ra:** kataral, yiringli, yiringli-nekrotik;

-**Patologik jarayonga ko'ra:** oddiy (obstruktiv bo'lmagan) va obstruktiv.

Klinikasi.

O'tkir bronxit ko'pincha O'RK fonida rivojlanadi va quyidagi belgilar bilan kechadi:

- Yo'tal, avvaliga quruq, keyinchalik nam bo'ladi;
- Nafas olish qiyinlashishi va hansirash;
- Tana haroratining 37-38 darajagacha ko'tarilishi;
- Intoksikatsiya sindromi: ishtaha yo'qligi, holsizlik, bosh og'rig'i, quvvatsizlik, tanada og'riq.

O'z vaqtida davolanmasa, o'tkir bronxit surunkali shaklga o'tishi mumkin. Remissiya davrida surunkali bronxit ozgina jismoniy zo'riqishda ham hansirash bilan namoyon bo'ladi. Bu bronxlar shilliq qavatining doimiy shishishi bilan bog'liq bo'lib, ularning torayishiga va ular orqali o'tishi mumkin bo'lgan havo hajmining kamayishiga olib keladi. Bunday holat surunkali obstruktiv bronxit (SOB) deb ataladi. SOB ayniqsa bolalar uchun xavflidir. Havo oqimining ozgina kamayishi ham organizmda gaz almashinuvining jiddiy buzilishiga sabab bo'ladi. Bu organ va to'qimalarning kislorod bilan yetarlicha ta'minlanmasligiga olib keladi, bu esa yurak-o'pka yetishmovchiligi, rivojlanish nuqsonlari va bolaning nogironligiga sabab bo'lishi mumkin.

O'tkir bronxitning bronxial obstruksiya sindromi bilan klinik ko'rinishi

BO ning birinchi belgilari ko'pincha 2-3 yoshli bolalarda paydo bo'ladi. Kasallik O'RVI belgilari: gipertermiya, rinit, tomoq qichishi, umumiy holsizlik bilan boshlanadi. Chaqaloqlarda ko'pincha dispeptik buzilishlar (qusish, diareya) kuzatiladi. Bronxial obstruksiya kasallikning birinchi kunida yoki 2-3 kunida rivojlanadi va quyidagilar bilan birga keladi:

- Uzoq masofadan eshitiladigan cho'zilgan shovqinli nafas chiqarish bilan taxipnoe (CHD 50-60/min gacha).
- Yordamchi mushaklar ishtirokidagi ekspirator yoki aralash hansirash (qovurg'alar orasining tortilishi, burun qanotlarining shishishi).
- Nafas yo'llarida bosim oshishi natijasida ko'krak qafasining yassilanishi.
- Kam mahsuldor, kam miqdorda yopishqoq balg'amli yo'tal, ba'zan xurujsimon va holdan toydiruvchi.

- Gipoksiyadan dalolat beruvchi teri rangparligi yoki perioral sianoz.

Etiologiyasiga qarab bolalarda o'tkir bronxitlarning klinik ko'rinishlari:

Etiologiyasi	Klinik xususiyatlari
Grippga oid	Bronxlarning chuqur shikastlanishi, gemorragik sindrom, kuchli toksikoz, gipertermiya, qaltirash, mushak og'rig'i, artralgiyalar, ko'ngil aynishi, qusish, tutqanoq, meningeal simptomlar.
Adenovirusli	Uzoq muddatli subfebrilitet (10-12 kungacha), burundan ko'p miqdorda seroz-shilliq ajralmalar kelishi, konyunktivit.
paragrippga oid	Mayda bronxlarda yostiqsimon o'simtalar, asta-sekin boshlanishi, yaqqol kataral belgilar, intoksikatsiya kam ifodalangan, cho'ziluvchan kechishga moyillik.
RS infeksiyasi	Ko'pikli yarim suyuq balg'amning ko'pligi, kuchli kataral belgilar, cho'ziluvchan kechishga moyillik.
Rinovirusli	Ko'p miqdorda seroz ajralma bilan rinitning yaqqol namoyon bo'lishi.
Mikoplazma	Ko'pincha yozning oxiri va erta kuzda kuzatiladi, toksikozsiz yuqori isitma, kuchli kataral belgilar, keskin quruq yo'tal, konyunktivit (tersiz), ba'zan kuchli obstruksiya, uzoq muddatli subfebrilitet (14 kungacha).
Xlamidiy	Chlamydia trachomatis: 6 oygacha bo'lgan bolalarda uchraydi, obstruksiya, kuchli hansirash, toksikozsiz kechadi. Ko'pincha pnevmoniya chaqaloqlik davrida paydo bo'ladi. Chlamydia pneumoniae: ko'pincha o'smirlarda, obstruksiya bilan, isitmasiz va kam miqdorda shilliq ajralishi bilan kechadi; bo'yin limfadeniti.

Obstruksiya 3-7 sutka davom etib, yallig'lanish to'xtagan sayin asta-sekin yo'qolib boradi. Chaqaloqlarda, ayniqsa, chala tug'ilgan yoki

somatik jihatdan zaiflashgan bolalarda bronxiolit - yaqqol nafas yetishmovchiligi bilan kechadigan va kasalxonaga yotqizishni talab qiladigan og'ir shakli rivojlanish xavfi yuqori. Kasallikning asoratli kechishida o'lim 1% ga yetadi. Cho'zilgan kechishi fon patologiyasi bo'lgan bolalarga xos: raxit, anemiya, surunkali tonzillit yoki adenoidit.

Surunkali bronxit klinikasi SB tipik belgilar bilan takroriy epizodlarda (yiliga 2-3 marta) tashxis qo'yiladi:

- Subfebrilitet, ishtahaning pasayishi, lanjlik bilan kechadigan xurujlar.
- Shilliq yoki yiringli balg'am ajralishi bilan produktiv yo'tal (bakterial kolonizatsiyada). Kam unumli yo'tal mukotsiliar klirensning disfunksiyasini ko'rsatadi.
- Zo'rayib boruvchi hansirash - avvaliga zo'riqishda, keyinchalik tinch holatda.
- Auskultativ manzarasi: quruq xirillashlar remissiya davrida, nam xirillashlar - qo'zish davrida. Nafas chiqarishda hushtaksimon baland tovushli xirillashlar mayda bronxlar obstruksiyasidan dalolat beradi.

Diagnostika

Bolalarda OB tashxisi pediatr tomonidan amalga oshiriladi va tashxisni aniqlashtirish uchun bolalar pulmonologi va allergolog-immunolog jalb qilinadi. Tashxis quyidagilar asosida qo'yiladi:

- Anamnez (kasallik tarixi, bemorlar bilan muloqotda bo'lganligi, allergiya yoki surunkali kasalliklarning mavjudligi).
- Obyektiv ko'rik (umumiy ahvolni, nafas olish funksiyasini, teri qoplamlarini baholash).
- Fizikal tekshiruv (auskultatsiya, perkussiya).
- Laboratoriya tahlillari (qon, balg'amning umumiy tahlili, zarur bo'lsa - virusologik yoki bakteriologik tekshiruvlar).
- Instrumental usullar (pnevmoniyani istisno qilish uchun ko'krak qafasi rentgenografiyasi).

OBning asosiy diagnostik mezonlari:

1. Turli etiologiyali bronxlar yallig‘lanishi.
2. Yo‘tal (avvaliga quruq, keyinchalik produktiv).
3. Kataral hodisalar (rinit, halqum giperemiyasi).
4. Eshitish ma’lumotlari:
   - Quruq va turli kalibrli nam xirillashlar.
   - Kasallikning birinchi kunlarida dag‘al nafas olish.
5. **Rentgenogrammada o‘pkada o‘choqli o‘zgarishlar yo‘qligi.**

Bronxitlarning differensial diagnostikasi

Quyida klinik, laborator va instrumental belgilar bo‘yicha o‘tkir bronxit (O‘B), bronxoobstruksiyali o‘tkir bronxit (BOli O‘B), bronxiolit va bronxopnevmoniya o‘rtasidagi asosiy farqlar keltirilgan:

1. Tana harorati

- OB: subfebril, ba’zan normal.

BOli OB: subfebril, kamroq normal; mikoplazmali yoki adenovirusli infeksiyada febril.

- Bronxiolit - febril yoki subfebril, uzoq davom etadi.
- Bronxopnevmoniya: Febril, asoratlarda kuchayish tendensiyasi bilan.

2. Intoksikatsiya

- OB: Mavjud emas yoki kuchsiz ifodalangan.
- OB s BO o‘rtacha ifodalangan, qisqa muddatli.
- Bronxiolit: ancha ifodalangan, dinamikada o‘sib boradi; asoratlarda toksikoz bo‘lishi mumkin.
- Bronxopnevmoniya yaqqol ifodalangan, zo‘rayib boruvchi.

3. Yo‘tal

OB: quruq → nam, shilimshiq balg‘am ajralishi bilan.

- BO bilan OB quruq, yopishqoq balg‘am; spastik "oberton" bo‘lishi mumkin.
- Bronxiolit kam mahsuldor, xurujsimon, spastik.
- Bronxopnevmoniya quruq yo‘taldan nam yo‘talga o‘tadigan chuqur yo‘tal; balg‘am shilimshiq-yiringli.

4. Hansirash

- OB: yo‘q.

- BO bilan OB: ekspirator, yordamchi mushaklar ishtirokida.
- Bronxiolit aralash tipdagi nafas yetishmovchiligi (NYE).

5. Ko'krak qafasining shakli

- OB: O'zgartirilmagan.
- BO bilan OB: Bo'rtish.
- Bronxiolit: Me'yorda qolishi mumkin.
- Bronxopnevmoniya mahalliy o'zgarishlar, kam hollarda shish.

6. Perkussiya ma'lumotlari

- OB: Oddiy tovush, kamdan-kam hollarda quticha tovushi.
- OB s BO turli darajadagi quticha tovush.

Bronxiolit - quticha tovushi.

- Bronxopnevmoniya zararlangan sohada tovushning qisqarishi, boshqa sohalarda quticha tusi.

7. Auskultatsiya ma'lumotlari

- OB: dag'al nafas, diffuz o'rta-yirik pufakchali xirillashlar; yo'taldan keyingi dinamika musbat.
- BO bilan OB: nafas chiqarishning cho'zilishi, quruq hushtaksimon xirillashlar; yo'talda o'zgaruvchanlik.
- Bronxiolit o'pkaning butun yuzasida mayda pufakchali va krepitatsiyalanuvchi xirillashlarning ko'pligi.
- Bronxopnevmoniya: susaygan/qattiq nafas, mahalliy mayda pufakchali xirillashlar; o'zgarishlarning uzoq vaqt saqlanib qolishi.

8. Periferik qon ko'rsatkichlari

- OB, BO bilan OB, bronxiolit: Leykopeniya, limfotsitoz; ECHT 15-19 mm/soat.
- Bronxopnevmoniya: Neytrofil leykotsitoz chapga siljish bilan, ECHT>20 mm/s; kamqonlik bo'lishi mumkin.

9. Rentgenologik ma'lumotlar

- OB: bronx-tomir naqshining kuchayishi, ildizlarning kengayishi.
- BO bilan OB: O'pka shishi, bronx-tomir tasvirining kuchayishi.
- Bronxiolit o'pka shishi, mayda atelektazlar, infiltratsiya.
- Bronxopnevmoniya parenximaning o'choqli/segmentar/bo'lakli infiltratsiyasi.

Differensial diagnostika simptomlarni kompleks baholash, laborator tahlillar va instrumental tekshiruvlarni talab qiladi. Yo'talning xarakteriga, hansirashning borligiga, auskultatsiya ma'lumotlariga, rentgenologik manzarasiga alohida e'tibor beriladi.

Davolash.

O'tkir bronxitlar O'RVI bilan bir qatorda dori vositalarini buyurishning eng keng tarqalgan sabablaridan biridir. Biroq, turli xil "yo'talga qarshi vositalar"ning keng tarqalishi va ularning faol reklamasi ko'pincha ortiqcha davolanish, polipragmaziya va asossiz moliyaviy xarajatlarga olib keladi. Shuni tushunish kerakki, asoratlanmagan o'tkir bronxit aksariyat hollarda kasalxonaga yotqizishni talab qilmaydi va uy sharoitida muvaffaqiyatli davolanishi mumkin.

Terapiyaning asosi adekvat gidratatsiyani o'z ichiga olgan umumiy tamoyillarga rioya qilishdir. Ko'p miqdorda iliq suv ichish, ayniqsa bolalarda, balg'amning suyulishiga yordam beradi va uning chiqishini osonlashtiradi. Emizikli bolalar uchun ko'krak suti bilan oziqlantirishni davom ettirish, qolganlari uchun esa yoshga mos keladigan to'laqonli ovqatlanishni ta'minlash muhimdir. Isitma davrida va nafas yetishmovchiligi bo'lganda yotoq rejimi tavsiya etiladi. Balg'am ajralishini yaxshilash uchun drenaj texnikasi, yo'tal refleksini qo'zg'atish, tiklanish bosqichida esa nafas gimnastikasi foydalidir.

Ba'zi hollarda, qo'shimcha dori vositalari talab qilinishi mumkin. Virusga qarshi preparatlar faqat gripp infeksiyasi tasdiqlanganda buyuriladi. Yopishqoq, qiyin ajraluvchi balg'am bo'lganda mukolitiklar va balg'am ko'chiruvchi vositalar qo'llaniladi. Atsetilsistein kabi sekretolitiklar nafas olish yo'llarining harakat funksiyasini yaxshilashga yordam beradi. Agar tana harorati 38°C va undan yuqori darajada uch kundan ortiq saqlanib qolsa, asoratlarni istisno qilish va antibakterial terapiya zarurligi to'g'risida qaror qabul qilish uchun umumiy qon tahlili va ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasini o'z ichiga olgan qo'shimcha tekshiruv o'tkazish kerak.

Asosiysi, dori-darmonlarni, ayniqsa, yo'talga qarshi vositalarni asossiz ravishda buyurishdan saqlanish kerak, chunki yo'tal tabiiy himoya mexanizmidir. Asoratlanmagan bronxitda antibiotiklar odatda kerak

emas, chunki kasallik ko'pincha virusli tabiatga ega. Davolashga oqilona yondashuv sog'ayishni tezlashtirish, nojo'ya ta'sirlar xavfini kamaytirish va keraksiz xarajatlardan qochish imkonini beradi.

Bronxitlarni kiritish bo'yicha UAV taktikasi

O'tkir bronxit bilan og'rigan bolalarni davolash odatda kasalxonaga yotqizishni talab qilmaydi, faqat kasallikning og'ir kechishi yoki asoratlari bundan mustasno. Bola uchun harorat normallashgunga qadar yarim yotoq rejimi tavsiya etiladi. Biroq, o'tkir bronxit yoki bronxoobstruksiyali bronxitning qaytalanishi kuzatilgan bolalar tashxisni aniqlashtirish va keyingi davolash taktikasini ishlab chiqish uchun allergolog-immunolog va pulmonolog maslahatiga yuborilishi kerak. Xuddi shu narsa surunkali bronxit (SB) bilan og'rigan bolalarga ham tegishli bo'lib, ular ham terapiyani to'g'rilash uchun mutaxassislar maslahatiga muhtoj. Surunkali bronxit bilan og'rigan bolalarni davolashning muhim jihati sog'ayish va qaytalanishning oldini olishga yordam beradigan sharoitlarni yaratishdir. Ota-onalar chekishdan voz kechishlari kerak, chunki tamaki tutuni bolaning nafas olish tizimiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Har bir xurujdan so'ng bolani to'liq sog'ayguncha davolash va shundan keyingina bolalar muassasasiga borishga ruxsat berish muhimdir. Tez-tez kasallanadigan bolalar uchun takroriy infeksiya xavfini kamaytirish uchun bir yil davomida bog'cha yoki maktabga borishni cheklash tavsiya etiladi.

Bolaning salomatligini mustahkamlash uchun kun tartibiga davolovchi jismoniy tarbiya, fizioterapevtik muolajalar, aerozol bilan davolash va fitoterapiyani kiritish foydalidir. Remissiya davrida har kuni ochiq havoda sayr qilish, har hafta shahar tashqarisiga chiqish, chiniqtirish muolajalari muhim ahamiyatga ega. Chang va allergenlar ta'sirini kamaytirish uchun uyda, ayniqsa, bola xonasida tozalikni saqlash ham muhimdir. Bundan tashqari, bolada bronxitning qaytalanishiga olib kelishi mumkin bo'lgan surunkali infeksiya o'choqlarini aniqlash uchun barcha oila a'zolarini LOR shifokori ko'rigidan o'tkazish tavsiya etiladi. Kattalar va bolalarda bunday o'choqlarni o'z vaqtida davolash takroriy kasalliklar xavfini kamaytirishga va bolaning umumiy salomatligini yaxshilashga yordam beradi.

BOLALARDA PNEVMONIYA

Bolalardagi o'tkir pnevmoniyalar o'pka to'qimasining og'ir infeksion-yallig'lanishli shikastlanishlari bo'lib, pediatriya amaliyotida kasallanish va o'limning yetakchi sabablaridan biri bo'lib qolmoqda. Bu etiologiyasi, rivojlanish mexanizmlari va klinik ko'rinishlari bilan farq qiladigan geterogen kasalliklar guruhidir. Hayot uchun xavfli asoratlarning oldini olish uchun o'z vaqtida tashxis qo'yish va agressiv antibakterial terapiyani talab qiladigan bakterial shakllar eng katta xavf tug'diradi.

Etiologiya

Erta yoshdagi bolalarda shifoxonadan tashqari pnevmoniyalarning asosiy qo'zg'atuvchilari pnevmokokklar (Streptococcus pneumoniae) bo'lib, ularning ulushi 90% gacha. Kasallikni kam hollarda gemofil tayoqchasi, stafilokokklar va atipik patogenlar mikoplazmalar, xlamidiyalar qo'zg'atadi. Hayotining birinchi yilidagi chaqaloqlarda homila ichi infeksiyalari, jumladan, 15% hollarda aniqlanadigan xlamidioz katta rol o'ynaydi. Kasalxonaga yotqizilgandan so'ng 72 soat o'tgach rivojlanadigan shifoxona ichi pnevmoniyalari antibiotiklarga chidamli flora bilan bog'liq: ko'k yiring tayoqchasi, klebsiyella va metitsillinga chidamli oltin stafilokokk.

Asosiy xavf omillari erta tug'ilish, immunitet tanqisligi holatlari, nafas olish tizimining surunkali kasalliklari (mukovissidoz, bronx-o'pka displaziyasi), shuningdek, noqulay ijtimoiy-maishiy sharoitlardir. Bola hayotining dastlabki oylarida passiv chekish, yetarlicha ovqatlanmaslik va ko'krak suti bilan boqmaslik uning infeksiyalarga moyilligini oshiradi.

Klassifikatsiya.

Pnevmoniyalar kelib chiqish sharoitlari, etiologiyasi, morfologik xususiyatlari va og'irlik darajasiga qarab tasniflanadi. Kasalxonadan tashqari shakllari kasalxonadan tashqarida, ko'pincha O'RVI asorati sifatida rivojlanadi, kasalxona shakllari esa uzoq muddatli O'SV yoki invaziv tibbiy muolajalar bilan bog'liq. O'pka to'qimasining zararlanishi o'choqli, segmentar, bo'lakli yoki interstitsial bo'lishi mumkin, bu klinik manzaraning o'ziga xosligini belgilaydi. Holatning og'irligi nafas

yetishmovchiligining og'irligiga, asoratlar (plevrit, abssess) va yondosh tizimli buzilishlarning mavjudligiga bog'liq:

I. Bola zararlanadigan shartlarga ko'ra, ular quyidagilarga bo'linadi:

- statsionardan tashqarida (uyda);
- kasalxona ichi (gospital);
- bolalarda tug'ma pnevmoniya.

Kasalxonadan tashqari pnevmoniya ambulatoriya sharoitida, statsionardan tashqarida, asosan O'RI asorati sifatida rivojlanadi. Kasalxona ichi pnevmoniyasi - bu kasalxonaga yotqizilgandan keyin 72 soat ichida va kasalxonadan chiqqandan keyin 72 soat ichida yuzaga keladigan pnevmoniya.

Bolalardagi gospital pnevmoniya eng og'ir kechish va oqibatga ega, chunki gospital flora ko'pincha antibiotiklarning ko'pchiligiga chidamli bo'ladi.

II. **Etiologiyasiga ko'ra** bolalarda pnevmoniyaning virusli, bakterial, zamburug'li, parazitar, mikoplazmatik, xlamidiyali, aralash shakllari farqlanadi.

III. **Morfologik shakllari bo'yicha** (klinik-rentgenologik ma'lumotlar asosida):

- o'choqli - diametri 0,5-1 sm bo'lgan o'choqli infiltratsiyalar o'pkaning bir yoki bir nechta segmentlarida, ba'zan ikki tomonlama joylashgan.

-segmentar -butun o'pka segmenti jalb etiladi. Segmentar zararlanish ko'pincha bolalarda cho'zilgan pnevmoniya ko'rinishida o'pka fibrozi natijasida yuzaga keladi.

- krupoz-giperergik yallig'lanishda to'lqin, qizil zararlanish, kulrang zararlanish va so'nish bosqichlaridan o'tadi. Plevra yallig'lanish jarayoni (plevropnevmoniya) lobar yoki sublobar joylashadi.

- interstitsial - o'pka interstitsial to'qimasining infiltratsiyasi va tarqalishi) o'choqli yoki diffuz xarakterga ega. Interstitsial pnevmoniyaga pnevmotsista, virus, zamburug' sabab bo'ladi.

IV. **Og'irlik darajasiga ko'ra** o'rtacha og'irlikdagi va og'ir pnevmoniya farqlanadi. Pnevmoniyaning og'irligi klinik ko'rinishlarning og'irligi va asoratlarning mavjudligi bilan belgilanadi. Asoratlari: plevral

(plevrit), o'pka (kavernoz hosila, abssess), o'pka-plevral (pnevmotoraks, piopnevmotoraks), infeksion-toksik (bakterial) shok.

V. **Pnevmoniya jarayoni** o'tkir yoki uzoq davom etishi mumkin. O'tkir pnevmoniya 4-6 haftadan keyin tugaydi, kasallik cho'zilib ketganda klinik va rentgenologik belgilar 6 oydan ko'proq saqlanib turadi.

Patogenezi.

Pnevmoniya patogenezi asosan infeksiyaning bronxogen yo'l bilan tarqalishiga bog'liq. Yallig'lanish qo'zg'atuvchilarning pastki nafas yo'llariga kirishi bilan boshlanadi, bu bronxlar shilliq qavatining shishishiga, obstruksiyasiga va atelektazlarning shakllanishiga olib keladi. Ventilyatsiya va gaz almashinuvining buzilishi gipoksiyani, sitokin kaskadining faollashuvini va tizimli yallig'lanish reaksiyasining rivojlanishini keltirib chiqaradi. Erta yoshdagi bolalarda nafas yo'llarining anatomik torligi tufayli shilliq qavatning ozgina shishi ham bronxlar bo'shlig'ining kritik torayishiga sabab bo'lib, nafas yetishmovchiligini kuchaytiradi.

Klinikasi.

Pnevmoniyaning klinik manzarasi bolaning yoshiga va kasallik qo'zg'atuvchisining turiga qarab har xil bo'ladi. Tipik bakterial shakllar uchun o'tkir boshlanish yuqori isitma (39-40°C gacha), titroq, produktiv yo'tal va nafas qisilishi bilan tavsiflanadi. Ko'krak yoshidagi bolalarda nospetsifik belgilar ustunlik qiladi: lanjlik, ovqatdan bosh tortish, qayt qilish, perioral sianoz, nafas olishning tezlashishi daqiqasiga 60-80 gacha. Fizikal tekshiruvda perkutor tovushning bo'g'iqlashganligi, zararlangan soha ustida nafasning susayganligi, mayda pufakchali xirillashlar aniqlanadi. Mikoplazmalar yoki xlamidiyalar keltirib chiqaradigan atipik pnevmoniyalar asta-sekin boshlanishi, quruq yopishqoq yo'tal va kuchli intoksikatsiya bilan kam auskultativ o'zgarishlar bilan ajralib turadi.

Pnevmoniyaning klinik ko'rinishlari odatda 5-7-kuni tana haroratining 38°S dan yuqori ko'tarilishi bilan rivojlanadi, intoksikatsiya belgilari - ishtahaning buzilishi, holsizlik, teri rangining oqarishi, uyquning buzilishi, qayt qilish va qusish.

Yo'tal (nam yoki quruq), perioral sianoz, nafas qisilishi; qovurg'alararo bo'shliqlarning tortilishi bilan yordamchi mushaklarning

nafas olishda ishtirok etishi - bularning barchasi respirator sindromdir. Ko'rikda: perkutor tovushning susayishi, dag'al nafas, bronxofoniyaning kuchayishi, nam xirillashlarni eshitish, rentgenogrammadà qorayish.

Segmentar pnevmoniya isitma, intoksikatsiya belgilari, turli darajadagi nafas yetishmovchiligi bilan kechadi. Tiklanish jarayoni 2-3 oygacha cho'zilishi mumkin. Segmentar fibroatelektazlar yoki bronxoektazlar hosil bo'lishi mumkin.

Krupoz pnevmoniyaning klinik manzarasi shiddatli boshlanishi, qaltirash bilan o'tadigan yuqori isitma, yo'tal va ko'krak qafasida nafas olishda og'riq bo'lishi, balg'am ajralishi, sezilarli nafas yetishmovchiligi bilan ta'riflanadi. Ko'pincha bolalarda pnevmoniyadagi abdominal sindrom qusish, qorin og'rig'i bilan qorin pardasining ta'sirlanish hodisalari bilan rivojlanadi.

Interstitsial pnevmoniya progressiv DN klinikasining ustunligi bilan tavsiflanadi: nafas qisilishi, sianoz, kam miqdordagi balg'am bilan yo'tal, nafas olishning keskin zaiflashishi, o'ng qorincha yurak yetishmovchiligi belgilari.

Diagnostika

Diagnostika klinik, laboratoriya va instrumental ma'lumotlarning kombinatsiyasiga asoslanadi. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi "oltin standart" bo'lib qolmoqda, bu infiltratsiya, atelektaz yoki plevral suyuqlik o'choqlarini ko'rish imkonini beradi. Umumiy qon tahlilida formulaning chapga siljishi bilan leykotsitoz va ECHTning oshishi kuzatiladi. Kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash uchun balg'am bakteriologik ekiladi, atipik patogenlarga PZR tekshiruvi va serologik testlar (IFA) o'tkaziladi. Murakkab hollarda o'pka KT yoki fibrobronxoskopiya qilinadi. Bakteriologik diagnostika

Gram usulida bo'yalgan balg'amni mikroskopik tekshirish birlamchi diagnostikada asosiy ekspress usul rolini saqlab qoladi. Yiringli ekssudat mavjud bo'lganda, ushbu yondashuv mikroorganizmlarning morfologiyasi va tinktorial xususiyatlariga e'tibor qaratgan holda 80% hollarda ehtimoliy qo'zg'atuvchini aniqlashga imkon beradi. Tahlilga kontaminatsiya belgilari bo'lgan namunalar qo'yilmaydi: ko'rish maydonida ≥10 epitelial hujayralar va ≤25 neytrofillar miqdori ×100

kattalashtirilgan mikroskopiyada og'iz-halqum florasi tushganligini ko'rsatadi, bu esa natijalarni ishonchsiz qiladi.

Balg'amni ozuqa muhitlariga ekish patogenni tekshirishning "oltin standarti" bo'lib qolmoqda, ammo uni qo'llash uzoq o'stirish muddati bilan cheklangan - xulosa faqat 72-96 soatdan keyin shakllanadi. Kasalxonadan tashqari pnevmoniya (KTP) ning og'ir kechishi bilan og'rigan bemorlar uchun, shuningdek, boshlang'ich antibiotik terapiyasiga javob bo'lmaganda, qonning bakteriologik tahlili majburiydir. Pnevmokokk bakteriemiyasida klinik yaxshilanishda takroriy gemokultura olish talab qilinmaydi, Staphylococcus aureus ni aniqlash esa holat dinamikasidan qat'i nazar, nazorat tekshiruvini o'tkazish zarurligini taqozo etadi.

Burun va og'iz-halqumdan olingan surtmalar past diagnostik qiymatga ega, chunki soxta ijobiy natijalar (shartli patogen floraning tashuvchanligi) va soxta salbiy xulosalar (qo'zg'atuvchining notekis tarqalishi) xavfi yuqori. Bundan farqli o'laroq, PZR testi va pnevmokokk antigenlarini aniqlash bilan birgalikda olingan plevral ekssudatning butun hajmi mikrobiologik tahlilga tortiladi - bu etiologik talqinning aniqligini oshiradi.

Bakteriologik topilmalarning ahamiyatlilik mezonlari:

- Balg'amda ≥106 KHQB/ml konsentratsiyasi;
- bronxoalveolyar lavajda (BAL) ≥104 KOYE/ml;
- Patogenning steril muhitlarda (qon, plevra suyuqligi) har qanday o'sishi.

Ishonchlilikning kritik sharti antimikrob terapiya boshlanishidan oldin biomaterial olish hisoblanadi. Natijalarni to'g'ri talqin qilish uchun aseptika qoidalariga qat'iy rioya qilish, namunalarni laboratoriyaga maxsus konteynerlarda tez tashish va saqlash vaqtini minimallashtirish majburiy talablardir.

Differensial diagnoz.

Pnevmoniya. Tashxis tez nafas olish bilan birga yo'tal mavjud bo'lganda tasdiqlanadi, uning chastotasi yoshga bog'liq: 2 oydan kichik bolalarda - ≥60 nafas/min, 2 oydan 12 oygacha - ≥50 nafas/min, 1 yoshdan 5 yoshgacha - ≥40 nafas/min. Ko'krak qafasi pastki qismining ichiga

tortilishi, isitma, auskultativ o'zgarishlar (nafas olishning susayishi, nam xirillashlar), burun qanotlarining kengayishi, chaqaloqlarda hansirash xarakterli belgilar hisoblanadi.

Bronxiolit. Kasallik 2 yoshgacha bo'lgan bolada astmoid nafas olishning birinchi epizodida, ayniqsa kasallanish mavsumida gumon qilinishi kerak. O'ziga xos xususiyatlari: ko'krak qafasining kengayishi, nafas chiqarishning uzayishi, auskultatsiyada nafas olishning zaiflashishi (yaqqol zaiflashganda - nafas yo'llari obstruksiyasini istisno qilish). Bronxolitiklarga javobning sustligi yoki yo'qligi muhim mezon hisoblanadi.

Sil kasalligi. Surunkali yo'tal (30 kundan ortiq), jismoniy rivojlanishning kechikishi, vazn yo'qotish, Mantu testining ijobiy natijasi va anamnezda sil kasalligi bilan og'rigan bemor bilan aloqada bo'lganda shubha paydo bo'ladi. Rentgenologik usulda birlamchi kompleks yoki miliar o'zgarishlar aniqlanadi. Katta yoshdagi bolalarda tashxis balg'amda mikobakteriyalar topilishi bilan tasdiqlanadi.

Ko'kyo'tal. Talvasali hushtaksimon nafas olish, qusish, sianoz yoki apnoe bilan xurujsimon yo'tal xarakterlidir. Xurujlar orasida bolaning ahvoli qoniqarli bo'ladi, isitma chiqmaydi. Muhim epidemiologik marker - AKDS vaksinatsiyasining yo'qligi.

Nafas yo'llaridagi yot jism. To'satdan obstruksiya (bola "bo'g'ilib qolgan") yoki stridor bilan namoyon bo'ladi. Asimmetrik nafas, bir tomonda ko'krak qafasining patologik kengayishi, havo tutilishi belgilari (timpanik perkutor tovush, ko'ks oralig'ining siljishi) yoki o'pka kollapsi (nafasning susayishi, perkussiyada to'mtoqlashishi) kuzatilishi mumkin. Bronxolitiklarga reaksiya yo'q.

Plevra empiyemasi. Perkussiyada "toshli" to'mtoqlik aniqlanganda va zararlangan soha ustida nafas olish shovqinlari umuman bo'lmaganda tashxis qo'yiladi.

Pnevmotoraks. To'satdan boshlanishi, zararlangan tomonda perkussiyada timpanik tovush va ko'ks oralig'ining siljishi bilan xarakterlanadi.

Pnevmotsistali pnevmoniya. Tipik belgilari: markaziy sianoz, bochkasimon ko'krak qafasi, nafas olishning tezlashishi, "nog'ora

tayoqchalari" simptomi. Rentgenogrammada auskultativ o'zgarishlar bo'lmaganda infiltrativ o'zgarishlar aniqlanadi. Yo'ldosh belgilar - gepatosplenomegaliya, limfadenopatiya, ona yoki bolada ijobiy OIV holati.

Asosiy differensial mezonlarga yosh xususiyatlari, yo'tal xarakteri, fizikal tekshiruv ma'lumotlari, epidemiologik anamnez, instrumental usullar (rentgenografiya, mikrobiologik testlar) natijalari kiradi. Ushbu omillarni hisobga olish aniq farqlash va optimal davolash taktikasini tanlash imkonini beradi.

Davolash

Zotiljamni davolash kompleks yondashuvni talab qiladi. Empirik antibakterial terapiya tashxis qo'yilgandan so'ng darhol tayinlanadi. Kasalxonadan tashqari shakllar uchun tanlov preparatlari amoksitsillin, himoyalangan penitsillinlar (amoksiklav) va makrolidlar (azitromitsin) hisoblanadi. Gospital infeksiyalarda vankomitsin bilan birgalikda karbapenemlar (meropenem) qo'llaniladi. Simptomatik terapiya isitma tushiruvchi vositalar, mukolitiklar va bronxodilatatorlarni o'z ichiga oladi. Gipoksemiyada ($SpO2<92\%$) burun kanyulyasi yoki niqobi orqali kislorod bilan ta'minlash zarur. Kasallik asoratli kechgan hollarda (empiema, abssess) jarrohlik aralashuvlari o'tkaziladi: plevra bo'shlig'ini drenajlash yoki sanatsiya bronxoskopiyasi.

Profilaktika

Pnevmoniya profilaktikasi immunitetni mustahkamlashga va infeksiya xavfini kamaytirishga qaratilgan. Bunda pnevmokokk, gemofil tayoqchasi va grippga qarshi emlash asosiy rol o'ynaydi. Hayotning birinchi yarim yilligida bolani ko'krak suti bilan boqish, chiniqtirish, tamaki tutuniga yaqinlashmaslik, surunkali infeksiya o'choqlarini (kariyes, tonzillit) o'z vaqtida sanatsiya qilish kasallikka chalinish ehtimolini ancha kamaytiradi. Bolalar pnevmoniya bilan kasallangandan so'ng bir yil davomida dispanser hisobida bo'lib, rentgenogramma va qon ko'rsatkichlari muntazam nazorat qilib boriladi.

O'z vaqtida tashxis qo'yish va adekvat terapiya bilan prognoz yaxshi: asoratlanmagan pnevmoniyalarning aksariyati 4-6 hafta ichida tuzalib ketadi. Biroq, immunitet tanqisligi, tug'ma nuqsonlar yoki erta

tug'ilgan chaqaloqlarda kasallikning uzoq davom etishi, o'pka fibrozi yoki surunkali nafas yetishmovchiligi shakllanishi xavfi yuqori. Rivojlangan mamlakatlarda o'lim 1-2% dan oshmaydi, lekin kechikib davolanganda yoki sepsis rivojlanganda bu ko'rsatkich o'nlab marta ortadi.

BOLALARDA PLEVRIT

Plevrit - plevrani, ko'krak qafasini qoplovchi pardalarni qamrab oluvchi yallig'lanish kasalligidir. Kasallik ikkilamchi xarakterga ega bo'lib, o'pka, qon yoki limfa tomirlari patologiyasi bilan bog'liq.

Plevritlarning sabablari

Asosan plevritlar birlamchi o'pka kasalliklarining asorati hisoblanadi. Plevrit noinfeksion yoki infeksion bo'lishi mumkin.

Plevritlarning yuqumli sabablari:

- ko'krak qafasi jarohatlari.
- stafilokokkli infeksiya, pnevmokokkli;
- sil;
- zaxm;
- qorin tifi;
- kandidoz;
- amyobiaz;

Yuqumli bo'lmagan plevritning sabablari:

- revmatizm, revmatoid artrit;
- o'pka infarkti;
- miokard infarkti;
- xavfli o'smalar;
- pankreatit.
- leykoz;

Plevritlar tasnifi

- yallig'lanish jarayonining sababiga ko'ra infeksion va noinfeksion turlarga bo'linadi.

- quruq plevrit, ekssudativ.

Patologik suyuqlik tabiatiga ko'ra quyidagicha bo'lishi mumkin: seroz, yiringli, seroz-fibrinoz, gemorragik, xolesterinli, xiloz.

Suyuqlik diffuz yoki chegaralangan joylashishi mumkin: cho'qqi, devor oldi, diafragmal plevrit, bo'laklararo.

Oqim bo'yicha quyidagicha bo'ladi:

- - o'tkir kechishi (4-6 haftagacha);
- - o'tkir osti kechishi (6 oygacha);
- - surunkali (6 oydan ortiq).

Klinik manzarasi.

Klinik tashxis og'riq sindromining turli darajasiga, plevra bo'shlig'ida suyuqlik mavjudligiga asoslanadi.

Quruq plevritning asosiy belgilari quyidagilardir:

Zararlangan plevra varaqlarining ishqalanishi tufayli ko'krak qafasining oldingi va yon qismlarida o'tkir sanchuvchi og'riq paydo bo'ladi, u yo'talganda, chuqur nafas olganda, kulganda, gavdani sog'lom tomonga engashtirganda (bemor majburiy holatni egallaydi va nafas olish jarayonini cheklaydi) kuchayadi, bu og'riq yelka va bo'yin sohasiga tarqaladi.

- quruq va qisqa yo'tal.
- tana haroratining ko'tarilishi, qaltirash.
- bosh og'rig'i, ishtaha pasayishi, lohaslik, holsizlik.

Auskultatsiyada plevraning ishqalanish shovqini eshitiladi, u tarqalgan yoki chegaralangan bo'lishi mumkin, kasallikning boshida mayin, keyin esa dag'al shovqin, sust nafas eshitiladi. Quruq plevrit birmuncha yaxshi o'tadi va bir necha oygacha davom etishi mumkin.

Ekssudativ plevrit belgilari quyidagilardan iborat:

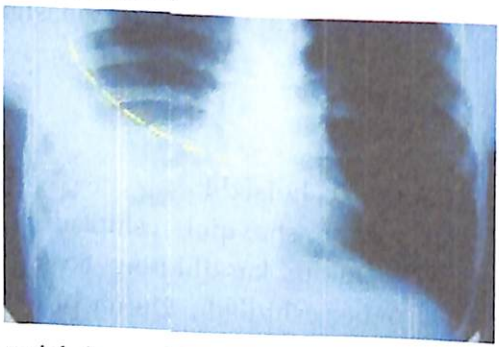
- yopishqoq quruq yo'tal.
- holsizlik, tana haroratining ko'tarilishi, qaltirash, terlash;
- nafas qisishi;
- sianoz, akrotsianoz;
- ko'krak qafasining yarmida og'riq;

Obyektiv ravishda qovurg'alar oralig'ining kengayishi, zararlangan tomonda to'qimalarning shishishi, nafas olishda zararlangan tomonning orqada qolishi kuzatiladi. Suyuqlik miqdori ko'p bo'lganda yurak va ko'ks oralig'i a'zolari sog'lom tomonga siljishi mumkin, bu esa o'tkir yurak-qon tomir yetishmovchiligi rivojlanishiga olib keladi.

Rentgenologik quruq plevrit aniqlanmasligi mumkin, oz miqdorda suyuqlik ajralganda, birinchi belgi suyak-diafragma sinusining to'lishi hisoblanadi. Shu bilan birga, ko'krak bo'ylab yumshoq chiziqli soyani paypaslash mumkin.

Exografik jihatdan plevra va ekssudat miqdori aniqlanadi. Makroskopik yo'l bilan suyuqlik tekshiriladi (rangi, zichligi, fibrinning ko'pligi, hidi, tiniqligi). Transsudatda oqsil miqdori kam (30 g/l dan kam). Fibrinoz ekssudat loyqa, yiringli ekssudat esa "bo'tqasimon" ko'rinishga ega va qiyin cho'kadi, pH <7,3. Xilez suyuqligi sutga o'xshash, oqsil miqdori 30 g/l, yog'lar miqdori 6 g/l gacha. Mikroskopik yo'l bilan sitoz va hujayralarning xarakteri aniqlanadi. Plevra suyuqligi etiologik qo'zg'atuvchini tashxislash uchun eng ma'lumotli material hisoblanadi; u serologik testlar, ekish, qo'zg'atuvchini aniqlashga imkon beradigan to'g'ridan-to'g'ri bakterioskopiya uchun ishlatiladi.

Tashxis.



Plevritni shifokor tekshiruv paytida aniqlaydi. Bemorlarda ko'krak qafasi asimmetriyasi, zararlangan ko'krak qafasi yarmining nafas olishda orqada qolishi kuzatiladi. Nafas olish deyarli eshitilmaydi. Plevritni aniqlash uchun qo'shimcha ravishda quyidagi tekshiruvlar tayinlanadi:

- umumiy qon tahlili;
- Plevra bo'shlig'i ultratovush tekshiruvi;
- bakteriologik va sitologik tekshiruv;
- ko'krak qafasi rentgenografiyasi;
- to'plangan suyuqlikni punksiya qilish;
- biopsiya.

Klinik simptomlar va olingan diagnostik ma'lumotlar asosida allaqachon tashxis qo'yiladi.

Davolash.

Davolash kompleks bo'lishi kerak. Bemorlarga quyidagilar tayinlanadi:

• mikroblarga qarshi preparatlar - infeksion plevritda: viruslarga qarshi, antibiotiklar, antiparazitar, zamburug'larga qarshi preparatlar;

• glyukokortikosteroidlar - kasallikning autoimmun etiologiyasida buyuriladi;

• infuzion eritmalar - dezintoksikatsiya uchun;

• Og'riqsizlantirish uchun YAQNDV;

• fibrin so'rilishini tezlashtirish uchun fermentlar tayinlanadi;

• operatsiya, kimyoterapiya - birlamchi patologiyaning o'sma tabiatida.

• immunomodulyatorlar.

Plevra punksiyasi ko'p miqdorda plevral suyuqlik ajralganda o'tkaziladi - suyuqlik antiseptik eritmalar bilan yuvib chiqariladi.

Plevra punksiyasini bajarish texnikasi:

Kerakli jihozlar: ignalar, shprislar, jo'mrakli yoki o'tish rezina naychali maxsus igna

Bajarish texnikasi:

• operatsiya joyi antiseptik bilan ishlov beriladi, yumshoq to'qimalar 0,25% li novokain eritmasi bilan og'riqsizlantiriladi;

• pastda yotgan qovurg'aning yuqori chekkasi bo'ylab bir harakat bilan igna teriga, qovurg'alararo mushaklarga va pariyetal plevraga teshilgunga qadar kiritiladi;

• nayga shpris ulanadi, naydagi qisqich olinadi (yoki jo'mrak ochiladi), plevra bo'shlig'idagi modda asta-sekin evakuatsiya qilinadi.

• muolaja oxirida igna sanchilgan joyga germetik aseptik bog'lam qo'yiladi.

Profilaktika

Plevritlar profilaktikasi infeksion-yallig'lanish kasalliklari, onkologik, nafas olish a'zolarining autoimmun kasalliklarini o'z vaqtida tashxislash va davolashdan iborat.

Reabilitatsiya

Bemorlar ikki yil davomida pulmonologning dispanser kuzatuvi ostida bo'lib, vaqti-vaqti bilan tekshiruv va ko'rikdan o'tib, sog'ayish jarayonining qanday kechayotganini kuzatib boradilar.

Bemorlarga DJT, nafas mashqlari, sanatoriy-kurort, fizioterapevtik muolajalar buyuriladi.

BOLALARDA O'PKANING BRONXOEKTATIK KASALLIGI

Bronxoektatik kasallik - bu nafas olish tizimining surunkali kasalligi bo'lib, unda bronxlarning kengayishi va deformatsiyasini o'z ichiga olgan doimiy tarkibiy o'zgarishlar sodir bo'ladi. Ushbu buzilishlar bronxial daraxtning funksional yetishmovchiligiga olib keladi, bu esa uzoq muddatli yiringli yallig'lanish jarayonining rivojlanishiga yordam beradi. Patologik o'zgargan bronxlarning bronxoektazlar (yoki bronxoektaziyalar) deb ataladigan qismlari bronxlar devorlari va atrofdagi o'pka to'qimasining yallig'lanishi bilan birga keladigan mahalliy qaytarib bo'lmaydigan kengayishlardan iborat. Yallig'lanish o'zgarishlari fibrozni keltirib chiqaradi - bu normal tuzilmalarning biriktiruvchi to'qima bilan almashinishi bo'lib, bu deformatsiyani kuchaytiradi va nafas yo'llari faoliyatini buzadi.

Kasallikning asosiy xususiyati nuqsonli halqaning shakllanishi hisoblanadi: surunkali infeksiya yallig'lanishni qo'llab-quvvatlaydi va bronxlar shilliq qavatining shikastlanishi nafas yo'llarini patogenlardan tozalashni qiyinlashtiradi. Bu kasallikning rivojlanishiga yordam beradi va nafas yetishmovchiligi yoki qon tupurish kabi asoratlar xavfini oshiradi. Bronxoektazlar tug'ma (masalan, mukovissidozda) yoki orttirilgan (zotiljam, sil, yot jismlar aspiratsiyasidan keyin) bo'lishi mumkin. Kasallik klinik jihatdan ko'p miqdorda yiringli balg'am ajralishi bilan kechadigan doimiy yo'tal, hansirash va pastki nafas yo'llarining qaytalanuvchi infeksiyalari bilan namoyon bo'ladi.

Etiologiyasi.

Bronxoektatik kasallik bronxial daraxtning strukturaviy va funksional buzilishlariga olib keladigan ko'plab omillar ta'sirida shakllanadi. Bronxlar devorining tug'ma anomaliyalari, masalan, elastik tolalar, tog'ay to'qimasi yoki silliq mushaklarning nuqsonlari asosiy rol

o‘ynaydi, bu esa ularning infeksiyalarga chidamliligini pasaytiradi. Orttirilgan o‘zgarishlar, masalan, bronxlarning kattalashgan limfa tugunlari yoki yot jismlar bilan bosilishi ham deformatsiya uchun sharoit yaratadi. Bakterial yoki virusli infeksiyalar, toksinlar yoki autoimmun reaksiyalar ta’sirida boshlanadigan yallig‘lanish jarayonlari bronxlar devorlarini zararlab, ularning karkasini yemiradi va fibroz boshlanishiga olib keladi.

Me’yorda o‘pka infeksiyaning oldini oluvchi mukotsiliar klirens va immun javobni o‘z ichiga olgan mexanizmlar majmuasi bilan himoyalangan. Ammo bronxoektazlarda bu sistemalar buziladi: bakterial toksinlar va neytrofillardan ajralib chiqadigan yallig‘lanish mediatorlari epiteliyni zararlaydi, bu esa shilimshiq harakatini to‘xtatib qo‘yadi. Bu yopiq siklni keltirib chiqaradi: sekretning turg‘unligi patogenlarning ko‘payishiga yordam beradi, bu esa yallig‘lanishni va to‘qimalarning keyingi parchalanishini kuchaytiradi.

Tug‘ma sabablar orasida genetik patologiyalar, masalan, mukovissidoz, Kartagener sindromi (organlarning teskari joylashuvi, bronxoektazlar va kiprikchalar harakatsizligining kombinatsiyasi) yoki immunitet tanqisligi ajralib turadi. Anatomik nuqsonlar, masalan, traxeobronxomegaliya yoki traxeya-qizilo‘ngach oqmalari ham kasallikka moyillik tug‘diradi. Orttirilgan omillarga bolalik davrida nafas yo‘llarining og‘ir infeksiyalari (stafilokokk, streptokokk, gemofil tayoqchasi), surunkali sinusitlar, adenoidlar, homila davrida toksinlar (chekish, alkogol) ta’siri kiradi.

Pseudomonas aeruginosa kolonizatsiyasi alohida o‘rin tutadi, u ko‘pincha mukovissidoz bilan og‘rigan bemorlarda uchraydi va kasallikning agressiv kechishi bilan bog‘liq. Kasallarning bir qismida qaytmas struktura o‘zgarishlari va yallig‘lanish mediatorlari tufayli bronxial obstruksiya rivojlanadi.

Patogenezi

Bronxlarning giperreaktivligi 40% bemorlarda, tashqi nafas funksiyasini tekshirishda bronxolitiklarga ijobiy javob 20-46% bolalarda kuzatiladi, bu patogenezdagi qaytar komponentning rolini ta’kidlaydi.

Bronxoektatik kasallik mexanik, yallig'lanish va strukturaviy buzilishlarning murakkab o'zaro ta'siri natijasida rivojlanadi. Uning asosiy mexanizmlaridan biri kattalashgan limfa tugunlari (sil bronxoadeniti, ildiz oldi pnevmoniyasi) bilan bosilganda yoki o'tkir infeksiyalarda zich shilliq tiqin bilan tiqilib qolganda bronx obturatsiyasidir. Bu esa sekretning to'siqdan pastda turib qolishiga, atelektaz hosil bo'lishiga va bronx devorining asta-sekin yemirilishiga olib keladi. Shilimshiqning to'planishi bakteriyalarning o'sishi uchun sharoit yaratadi, bronxlarning uzoq vaqt cho'zilishi esa ularning karkasini zaiflashtiradi va ularni deformatsiyaga moyil qiladi.

Bronx devorining tashqi ta'sirlarga chidamliligining pasayishi muhim rol o'ynaydi. Yo'tal paytida bronx ichi bosimining oshishi, sekret to'planishi natijasida cho'zilish, atelektaz fonida plevra ichi bosimining o'zgarishi bo'shliqning qaytmas kengayishiga olib keladi. Tog'ay plastinkalari va silliq mushaklar asta-sekin degeneratsiyaga uchrab, fibroz to'qima bilan almashinadi, natijada bronxlar elastiklik va funksionallikdan mahrum bo'ladi.

Surunkali yallig'lanish jarayonni og'irlashtiradi: bakterial toksinlar va yallig'lanish mediatorlari epiteliyni shikastlab, mukotsiliar klirensni buzadi. Bronxlarning kengaygan qismlarida (bronxoektazlarda) sekretning dimlanishi zararli doira hosil qiladi: infeksiya yallig'lanishni qo'llab-quvvatlaydi va himoya to'siqlarining buzilishi patogenlarning kolonizatsiyasiga yordam beradi. Bir vaqtning o'zida mahalliy immunitetning pasayishi sodir bo'ladi, bu esa organizmning infeksiyalarga qarshilik ko'rsatish qobiliyatini pasaytiradi.

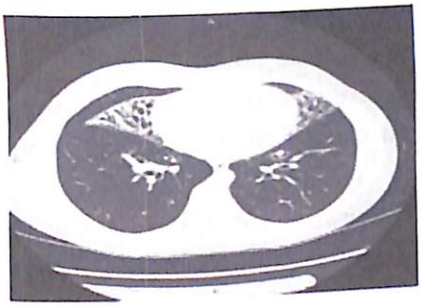
Kasallikning rivojlanishi o'pkaning qon tomir tizimiga ta'sir qiladi. O'pka arteriyalari bo'ylab qon oqimining kamayishi bronxial arteriyalar gipertrofiyasi bilan kompensatsiyalanadi. Bronx va o'pka tomirlari o'rtasida anastomozlar hosil bo'lishi qonning shuntlanishiga, kichik qon aylanish doirasida bosimning oshishiga va o'pka gipertenziyasining rivojlanishiga olib keladi. Bu holat nafas yetishmovchiligini kuchaytirib, yurakning o'ng bo'limlariga qo'shimcha yuklama beradi.

Bronxoektatik kasallikning patogenezi mexanik obstruksiya, bronxlar devorining strukturaviy degradatsiyasi, surunkali yallig'lanish

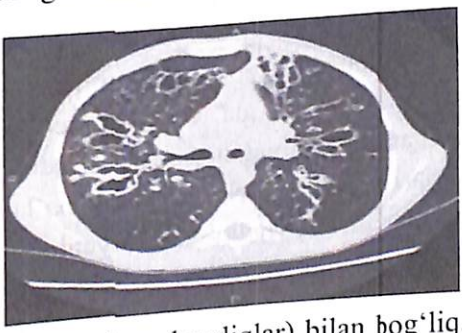
va tomirlarning qayta tuzilishini birlashtiradi, bu oxir-oqibat nafas olish tizimining qaytarilmas o'zgarishlariga olib keladi.

Tasniflash

Bronxoektatik kasallik va uning ko'rinishlari bo'lgan bronxoektazlar morfologik xususiyatlari, lokalizatsiyasi va klinik kechishini hisobga olgan holda tasniflanadi. Zamonaviy yondashuvlarga ko'ra, bronxoektazlar bir necha turlarga bo'linadi.



Silindrsimon kengaymalar bronx bo'shlig'ining sezilarli darajada bir tekis kengayishi bilan shakllanadi, bu devorlarning sklerotik o'zgarishlari bilan bog'liq. Bunday shakl ko'pincha o'pkaning surunkali kasalliklari, masalan, pnevmoskleroz fonida ikkilamchi paydo bo'ladi. Silindrsimon bronxoektazlar sekret to'planishi uchun yaqqol cho'ntaklar yo'qligi sababli, odatda unchalik og'ir bo'lmagan alomatlar bilan birga keladi.



Xaltachali bronxoektazlar xaltachalar yoki bo'shliqlarga o'xshash bronx devorining mahalliy bo'rtib chiqishi bilan tavsiflanadi. Ular ko'pincha tug'ma rivojlanish anomaliyalari yoki yirik bronxlar obstruksiyasi (o'smalar, yot jismlar, chandiqlar) bilan bog'liq. Bunday hosilalarda yiringli ekssudat faol to'planib, kasallikning og'ir kechishiga olib keladi. O'pka to'qimasining cho'kish zonalarida hosil bo'ladigan atelektatik bronxoektazlar va bronxlarning fibroz tortmalar bilan deformatsiyalanishiga bog'liq bo'lgan traksion bronxoektazlar alohida ajratiladi.



Aralash shakllar silindrsimon va xaltasimon kengayish belgilarini birlashtiradi, shuningdek, kistasimon yoki urchuqsimon deformatsiyalarni o'z ichiga olishi mumkin. O'zgarishlarning lokalizatsiyasi har xil: zararlanish bir yoki ikki tomonlama bo'lib, o'pkaning ma'lum segmentlarini o'z ichiga oladi. Chunonchi, mukovissidozda diffuz xaltasimon va aralash bronxoektazlar ustun turadi, ular sezilarli pnevmoskleroz bilan birga davom etib boradi.

Og'irlik darajasiga ko'ra kasallik yengil, o'rtacha og'ir va og'ir shakllarga bo'linadi. Kasallikning qo'zish chastotasi, balg'am miqdori, nafas yetishmovchiligining mavjudligi va o'pkadagi strukturaviy o'zgarishlar mezon bo'lib xizmat qiladi. Kasallikning qo'zish fazasida faol yiringli yallig'lanish, yaqqol simptomlar: ko'p miqdorda yiringli balg'am ajralishi, isitma, hansirash kuzatiladi. Agar davolanmasa, pnevmoniya yoki abssess kabi asoratlar paydo bo'lishi mumkin. Remissiya yallig'lanishning pasayishi bilan tavsiflanadi, ammo yo'tal, o'rtacha nafas yetishmovchiligi va KTdagi qoldiq o'zgarishlar saqlanib qoladi.

Bronxoektazlarning tizimli patologiyalar bilan bog'liqligiga alohida e'tibor qaratilmoqda. Masalan, mukovissidoz yoki Kartagener sindromida o'zgarishlar tabiatan tarqoq bo'ladi, travmadan keyingi yoki obstruktiv turlari esa ko'pincha mahalliy bo'ladi. Ushbu tasnif nafaqat tashxisni aniqlashtirish, balki infeksiyani nazorat qilish, drenaj funksiyasini yaxshilash va fibroz rivojlanishining oldini olishga qaratilgan optimal davolash taktikasini tanlash imkonini beradi.

Klinikasi

Bolalarda bronxoektazlar ham mustaqil kasallik, ham boshqa patologiyalarning alomati bo'lishi mumkin, bu esa pulmonologlar, pediatrlar va rentgenologlar ishtirokida kompleks diagnostika yondashuvini talab qiladi. Xarakterli klinik belgilar bronxoektazlar borligidan shubhalanishga imkon beradi. Masalan, ikki oydan ortiq

davom etadigan surunkali yo'tal, u balg'am ajralishi yoki quruq bo'lishi mumkin. O'pkadagi boshqa tashxislar bilan bog'liq bo'lmagan xirillashlarga, shuningdek, standart terapiyaga yaxshi javob bermaydigan o'pkaning bir xil qismlarida takroriy pnevmoniyalarga alohida e'tibor berish kerak.

Uning asosiy belgisi ertalab ko'p miqdorda yiringli balg'am ajralishi va ko'pincha yoqimsiz hidga ega bo'lgan yo'tal hisoblanadi. Ajralmaning maksimal miqdori uyqudan turgandan so'ng ajraladi, uning hajmi bronxoektazlarning lokalizatsiyasi va turiga qarab kuniga 50 dan 250 ml gacha o'zgarib turadi. Bemorlar tananing ma'lum holatlarida yengillashishni qayd etadilar, bu drenaj effekti (pozitsion drenaj) bilan bog'liq. Kasallikning qo'zish fazasida balg'am quyuqlashadi va qo'lansa hidli bo'ladi, bu esa balg'amda dimlanish va bakterial faollik borligini ko'rsatadi. Remissiya davrida ajralmalar kamayishi yoki umuman ajralmasligi mumkin. Bemorlarning yarmida paydo bo'ladigan qon tupurish, odatda, bronxlarning yallig'langan shilliq qavatining shikastlanishi bilan bog'liq bo'lgan zo'riqish yoki jismoniy mashqlar paytida kuchayadi.

Bemorlarning uchdan bir qismida kuzatiladigan hansirash asta-sekin kuchayib boradi. Dastlabki bosqichlarda u faqat jismoniy faollik paytida namoyon bo'ladi, ammo kasallik rivojlanib borishi bilan doimiy bo'lib qoladi. Bu simptom ko'pincha nafas yo'llarining yo'ldosh obstruksiyasi yoki emfizema bilan bog'liq bo'ladi. Og'ir hollarda nafas chiqarish qiyinlashishi bilan astmatik komponent rivojlanadi, ammo haqiqiy bronxial astma kamdan-kam hollarda bronxoektazlar bilan birga keladi. Isitma, holsizlik, ish qobiliyatining pasayishi yallig'lanishning faol davriga xosdir.

Ko'pgina bolalarning anamnezida cho'ziluvchan bronxitlar bilan tez-tez respirator infeksiyalar qayd etilgan. Yiringli balg'amli produktiv yo'talning erta paydo bo'lishi, hushtaksimon nafas va "oral krepitatsiya" (nafas olishda qarsillagan tovushlar) muhim diagnostik belgilar bo'lib xizmat qiladi. Keng tarqalgan xaltasimon yoki varikoz bronxoektazlarda hansirash qo'shilib, jarayonning tarqalganligini ko'rsatadi. Oshqozon-

ichak traktining yondosh patologiyalari yoki immunitet tanqisligi bo'lgan bemorlarda nafas olish belgilari yanada aniqroq bo'lishi mumkin.

Nafas olish tizimining surunkali kasalliklarida ko'pincha ko'krak qafasi shaklining o'zgarishi, masalan, voronkasimon deformatsiya yoki tekislanish paydo bo'ladi. Patologiya uzoq davom etgan bemorlarda surunkali gipoksiya belgilari, jumladan, barmoqlar oxirgi falangalarining qalinlashishi ("nog'ora tayoqchalari simptomi") va tirnoq plastinkalarining bo'rtib chiqishi ("soat oynalari") paydo bo'lishi mumkin. Ushbu ko'rinishlar to'qimalarning uzoq muddatli kislorod yetishmovchiligini aks ettiradi.

Bunday bemorlarda o'pka perkussiyasida ko'pincha quticha tovushi aniqlanadi, bu o'pka to'qimasining havoga to'yinganligini ko'rsatadi, shuningdek, mahalliy zichlashish bilan bog'liq bo'lgan to'mtoqlashgan joylar aniqlanadi. Auskultatsiyada quruq hushtaksimon xirillashlar va nam o'rta pufakchali xirillashlar bilan kechuvchi nafas shovqinlarining susayishi kuzatiladi. Keyingilari zararlanishning tarqalganligiga qarab lokal yoki diffuz bo'lishi mumkin. Xarakterli belgisi qattiq nafas fonida past chastotali nam xirillashlarning turg'un saqlanishi bo'lib, ular remissiya fazasida vaqtincha yo'qolishi mumkin.

Bronxoobstruktiv sindrom rivojlanganda, masalan, ikkilamchi surunkali bronxit fonida nafas chiqarish cho'ziladi, auskultatsiyada "pulemyot treskotnyasi"ni eslatuvchi turli tonallikdagi ko'p sonli quruq xirillashlar eshitiladi. Balg'am yo'talgandan so'ng uning intensivligi pasayadi. Bu o'zgarishlar nafas olishning kuchayib boruvchi qiyinlashuvi, ayniqsa jismoniy zo'riqishda, kundalik faoliyatga chidamlilikning pasayishi bilan kechadi. Hansirashning kuchayib borishi noxush prognostik belgi bo'lib, patologik jarayonning o'tib ketganligidan dalolat beradi.

Bolalarda bronxoektazlar diagnostikasi

Ko'krak qafasi kompyuter tomografiyasi

KT bronxoektazlarni (BE) aniqlashda asosiy usul hisoblanadi. Bu bronxlarning strukturaviy o'zgarishlarini, ularning kengayishi, deformatsiyasi va fibroz belgilarini ko'rish imkonini beradi. KTda BEning bevosita belgilariga quyidagilar kiradi:

- bronxlar bo'shlig'ining yo'ldosh o'pka arteriyasi diametridan kattaroq kengayishi ("uzuk" simptomi).

- Bronxlarning periferiyaga normal torayishi yo'qligi.

- O'pkaning kortikal qismlarida mayda bronxlarning ko'rinishi (me'yorda ular plevraga 1-2 sm yaqin joyda ko'rinmaydi).

Bilvosita belgilar:

- Bronxlar devorining qalinlashishi yoki notekisligi.
- Mukotsele (shilimshiq yig'ilishi) borligi.
- O'pka to'qimasining notekis havoliligi.

BE lokalizatsiyasi ko'pincha pastki bo'laklarning bazal segmentlarida, o'rta bo'lakda va tilcha segmentlarida kuzatiladi. Chap o'pka o'ng o'pkaga nisbatan 1,5-2 marta ko'proq zararlanadi. Allergik bronx-o'pka aspergillyozida o'zgarishlar ildiz oldi zonalarida, silda esa cho'qqi segmentlarida joylashadi.

Tashqi nafas funksiyasini tekshirish (spirometriya)

Spirometriya 4-5 yoshdan boshlab jadal nafas chiqarish qobiliyatiga ega bo'lgan bolalarda o'tkaziladi. Bronxospazmni aniqlash uchun bronxolitik bilan sinama o'tkaziladi. BE bilan og'rigan bolalarda ko'pincha obstruktiv yoki kombinatsiyalangan ventilyatsiya buzilishlari aniqlanadi. 6 yoshdan boshlab o'pka hajmlarini baholash uchun qo'shimcha ravishda bodipletizmografiya o'tkazilishi mumkin.

Qon gazlari va saturatsiya tahlili

Tekshiruv gipoksemiyani tasdiqlash uchun zarur, ayniqsa kuchli nafas yetishmovchiligi yoki o'pka gipertenziyasiga shubha tug'ilganda.

Traxeobronxoskopiya

O'tkaziladi:

- yot jism aspiratsiyasiga shubha qilinganda.
- Terapiyaga rezistentlik bilan kechuvchi kasallikning og'ir kechishi (bronxoalveolyar lavaj olish uchun).
- Birlamchi siliar diskineziya diagnostikasida (bronx biopsiyasi).
- Surunkali aspiratsiyani tasdiqlash (yuvish sitologiyasi).

Exokardiografiya

Muntazam ExoKG doppler tahlili bilan o'pka arteriyasidagi bosimni baholash va ko'pincha BEning keng tarqalgan shakllari bilan birga

keladigan o'pka gipertenziyasi rivojlanishini istisno qilish imkonini beradi.

Sil infeksiyasi diagnostikasi

Tavsiya etiladi:

- Mantu sinovi.
- Kvantiferon testi yoki T-SPOT.TB.
- Rekombinant tuberkulyoz allergeni bilan test.

Pikfloumetriya va bronxodilatatsiya sinamasi

Pikfloumetriya nafas chiqarishning eng yuqori tezligini o'lchaydi. Salbutamol bilan bronxodilatatsiya sinamasi obstruksiyaning qaytarligini aniqlashga yordam beradi:

- Ingalyatsiyadan keyin **PSVning 20% dan kam o'sishi** (yoki 60 l/daq) qaytmas obstruksiyani ko'rsatadi.

KT, spirometriya, endoskopik va laboratoriya usullarini o'z ichiga olgan kompleks diagnostika yondashuvi nafaqat bronxoektazlar mavjudligini tasdiqlash, balki ularning sababini, og'irlik darajasini va yondosh asoratlarini aniqlash imkonini beradi. Bu individual terapiya tanlovini ta'minlaydi va kasallik prognozini yaxshilaydi.

Bolalarda bronxoektazlarni qiyosiy tashxislash

Bronxoektazlar o'xshash klinik ko'rinishga ega bo'lgan bir qator kasalliklar bilan farqlashni talab qiladi. **Bronx yot jismi** kompyuter tomografiyasi (KT) va traxeobronxoskopiya yordamida istisno qilinadi, bu esa traxeobronxomegaliya yoki oqmalar kabi bronxial daraxtning tug'ma anomaliyalarini ham ko'rish imkonini beradi.

Mukovissidozga shubha qilinganda ter testi o'tkaziladi, najasdagi elastaza darajasi aniqlanadi, balg'amning molekulyar-genetik tekshiruvi va mikrobiologik tahlili antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlash bilan amalga oshiriladi. **silni** istisno qilish uchun ftiziatr maslahati, Mantu sinamasi, diaskin test, shuningdek, zamonaviy usullar - kvantiferon testi yoki T-SPOT.TB zarur.

Immunitet tanqisligi holatlari immunoglobulinlar (IgG, IgM, IgA, IgE), T- va B-limfotsitlar funksiyalari, fagotsitoz va komplement tarkibiy qismlari darajasini baholashni talab qiladi. Qo'shimcha ravishda OIVga testlar o'tkaziladi va bemorga immunolog tomonidan maslahat beriladi.

Birlamchi siliar diskineziya (PSD) Kartagener triadasi mavjudligida taxmin qilinadi: surunkali bronxit, sinusit va ichki organlarning teskari joylashuvi. Tashxis burun shilliq qavati yoki bronxlar bioptatlarining yorug'lik va elektron mikroskopiyasi bilan tasdiqlanadi. Skrining usuli sifatida chiqarilayotgan havodagi azot oksidi darajasini o'lchash xizmat qiladi (PSD bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligida pasaygan).

Aspiratsion jarayonlar ovqatlantirishdan oldin va keyin auskultatsiya, bo'yoq bilan ezofagogastroduodenoskopiya va traxeobronxoskopiya yordamida tashxislanadi. **Allergik bronx-o'pka aspergilleziga** shubha qilinganda umumiy IgE va **Aspergillus fumigatusga** xos IgE/IgG darajasi tekshiriladi.

Bronxoektazlarning differensial diagnostikasi etiologiyasi va yondosh patologiyalarni aniqlashga qaratilgan klinik, instrumental va laboratoriya usullari majmuasini o'z ichiga oladi.

Davolash.

Bronxoektatik kasallik (BE) da terapiyaning asosiy maqsadi bemor holatini barqarorlashtirish, simptomlarni minimallashtirish va bronxlardagi strukturaviy o'zgarishlarning rivojlanishiga yo'l qo'ymaslikdan iborat. Tibbiyotdagi sezilarli yutuqlarga qaramay, bunday bemorlarni davolash bo'yicha xalqaro klinik tavsiyalar o'zgaruvchan bo'lib qolmoqda, bu esa mamlakatlar o'rtasidagi yondashuvlardagi farqlarni aks ettiradi. Kasallik sabablarini bartaraf etish yoki tuzatishga qaratilgan etiotrop davolash ustuvor yo'nalish hisoblanadi. Masalan, BE ning infeksion-yallig'lanish tabiatida antibakterial terapiyaga urg'u beriladi, tug'ma anomaliyalarda esa jarrohlik aralashuvi ko'rib chiqilishi mumkin. Bundan tashqari mukotsiliar klirensni yaxshilovchi usullar (drenaj massaji, ingalyatsiyalar), yallig'lanishga qarshi preparatlar va immunomodulyatorlar qo'llaniladi. Kasallik etiologiyasi va kechishining o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda individual yondashuv qo'zg'alish chastotasini kamaytirish va uzoq muddatli prognozni yaxshilash imkonini beradi.

Bolalarda bronxoektatik kasallik infeksiyani nazorat qilish, bronxlarning drenaj funksiyasini yaxshilash va strukturaviy

o‘zgarishlarning rivojlanishini oldini olishga qaratilgan kompleks davolash yondashuvini talab qiladi. Kasallikning virusli etiologiyasida, ayniqsa gripp yoki O‘RVI bilan bog‘liq holatlarda, bevosita ta’sir ko‘rsatadigan antiviral dorilar qo‘llaniladi, masalan, oseltamivir, neyraminidazani ingibirlash orqali viruslarning tarqalishini bloklaydi va ergoferon, virusga qarshi va immunomodulyatsion ta’sirlarni birlashtiradi. Bundan tashqari, immunomodulyatorlar, masalan, yallig‘lanishni kamaytiradigan va immunitetni rag‘batlantiradigan galavit yoki patogenlarning shilliq qavatga yopishishiga to‘sqinlik qiladigan sidovid pelargoniyaning o‘simlik ekstrakti (Rezistol) ishlatilishi mumkin.

Yo‘talni bartaraf etish uchun terapiya uning xususiyatiga qarab tanlanadi. Boshlang‘ich bosqichda quruq unumsiz yo‘talda nafas markazini susaytirmasdan yo‘tal refleksini susaytiruvchi butamirat sitrat buyuriladi. Yo‘tal quyuq balg‘amli nam shaklga o‘tganda mukolitiklar: antibiotiklarning bronxial sekretga o‘tishini kuchaytiruvchi ambroksol yoki yiringli shilliqni suyultiruvchi atsetilsistein qo‘llaniladi. Mukolitiklarning ingalyatsion shakllari gialuron kislotali gipertonik eritmasi (Lorde Gial) shilliq qavatlarni namlaydi va balg‘am chiqarilishini osonlashtiradi. Surunkali kolonizatsiyada **Pseudomonas aeruginosa** 28 kunlik kurslarda tobramitsin ingalyatsiyasi ko‘rsatilgan.

Antibakterial terapiya bakterial infeksiya belgilari: SRO miqdori oshganda, isitmalashda, balg‘amning yiringli xarakteri kuchayganda yoki gipoksemiyada buyuriladi. Preparatlar empirik yo‘l bilan yoki bakteriologik ekish natijalari asosida tanlanadi. Birinchi navbatda kengaytirilgan spektrli penitsillinlar (amoksitsillin/klavulanat) yoki sefalosporinlar (seftriakson, sefuroksim) ishlatiladi. Rezistent infeksiyalarda aminoglikozidlar (amikatsin) yoki makrolidlar (azitromitsin) qo‘llaniladi. Og‘ir hollarda antibiotiklar parenteral yo‘l bilan, yiringli jarayonlarda esa endobronxial yo‘l bilan yuboriladi.

Bronxospazm va yondosh obstruksiyani tuzatish uchun bronxolitiklar, masalan, salbutamol (nebutamol) qo‘llaniladi, u β2-adrenoretseptorlarni rag‘batlantirish orqali simptomlarni tezda yo‘qotadi. Bronxoektazlar bronxial astma bilan qo‘shilganda yallig‘lanishni kamaytiruvchi ingalyatsion kortikosteroidlar (flutikazon) qo‘shiladi.

Immunoterapiya muhim rol o'ynaydi: immunitet tanqisligida immunoglobulinlarni (Bioven) tomir ichiga yuborish, shuningdek, infeksiyalar chastotasini kamaytirish uchun D vitamini va rux yetishmovchiligini tuzatish.

Fizioterapevtik usullar, jumladan, postural drenaj, ko'krak qafasini perkussiya qilish, apparat muolajalari (UVCH, lazeroterapiya) zararlangan joylarda balg'am ajralishi va qon aylanishini yaxshilaydi. Drenajlash texnikasi kuniga 2-4 marta bronxoektazlarning lokalizatsiyasini hisobga olgan holda amalga oshiriladi. Konservativ davolash samarasiz bo'lsa, jarrohlik amaliyoti - o'pkaning zararlangan bo'lagini rezeksiya qilish yoki qaytalanuvchi qon ketishlarda bronxial arteriyalarni embolizatsiya qilish ko'rib chiqiladi.

Bolalarda bronxoektazlarni muvaffaqiyatli davolash etiotrop, patogenetik va simptomatik terapiyaning fizioterapiya bilan to'ldirilgan kombinatsiyasiga va kerak bo'lganda jarrohlik usullariga asoslanadi. Kasallikning kechish xususiyatlari va yondosh patologiyalarni hisobga olgan holda individual yondashuv uzoq muddatli remissiyaga erishish va bemorlarning hayot sifatini yaxshilash imkonini beradi.

VII BOB. YURAK-QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARI. BOLALAR VA O'SMIRLARDA ARTERIAL GIPERTENZIYA

Arterial gipertenziya (AG) - uchta mustaqil o'lchov natijasida olingan sistolik (SAB) va/yoki diastolik (DAB) bosimning o'rtacha ko'rsatkichlari ma'lum bir yosh, jins va bo'y guruhiga xos bo'lgan qiymatlarning 95-pertsentiliga yetganda yoki undan oshganda tashxis qo'yiladi. Bu holat birlamchi (essensial) va ikkilamchi (simptomatik) shakllarga bo'linadi.

Normal bosim ma'lum antropometrik parametrlar uchun 10 dan 90 persentilgacha bo'lgan diapazonga to'g'ri keladi.

Yuqori normal qon bosimi 90-94 persentil yoki ≥120/80 mm simob ustuni oralig'idagi qiymatlar sifatida aniqlanadi, hatto bu raqamlar 90 persentildan past bo'lsa ham, ammo gipertenziya chegarasiga yetib bormasa ham.

Etiologiyasi

AG sabablari yoshga qarab farq qiladi:

- 1 yoshgacha: Buyraklarning qon tomir patologiyalari (trombozlar, arteriya stenozlari), buyrak to'qimalarining tug'ma anomaliyalari, aorta koarktatsiyasi, bronx-o'pka displaziyasi ustunlik qiladi.

-1-6 yosh: Parenximatoz buyrak kasalliklari, buyrak arteriyalari stenozi, o'smalar (Vilms, neyroblastoma, kortikosteroma), endokrin buzilishlar (Itsenko-Kushing sindromi, feoxromotsitoma), tizimli vaskulitlar uchraydi.

- 7-12 yosh: Reno-vaskulyar gipertenziya, essensial AG, tomirlarning autoimmun shikastlanishlari (Takayasu kasalligi), shuningdek endokrinopatiyalar holatlari ko'paymoqda.

-O'smirlar: Buyrak patologiyalari, buyrak usti bezlari disfunksiyasi va vaskulitlar bilan to'ldirilgan essensial arterial gipertenziya ustunlik qiladi.

Patogenezi

AG genetik moyillik va gemodinamik, neyrogumoral va metabolik jarayonlarning disregulyatsiyasi birga kelganda rivojlanadi. Buning

asosida yurakdan otilib chiqayotgan qon hajmi (YUQ) va umumiy periferik qon tomir qarshiligi (UQTQ) o'rtasidagi nomutanosiblik yotadi.

Avtoregulyatsiyaning buzilishi:

Me'yorda CHQ ning o'sishi (masalan, jismoniy zo'riqishda) OPSS ning pasayishi bilan kompensatsiyalanadi va aksincha. AGda bu o'zaro bog'liqlik buziladi: boshlang'ich bosqichlar normal OPSSda qon tomirlar qarshiligining oshishi bilan tavsiflanadi, kechki bosqichlarda esa qon tomirlar qarshiligining o'sishi ustunlik qiladi.

Endotelial disfunksiya:

Vazokonstriktorlarning (angiotenzin II, endoteliy-1) ortiqchaligi fonida vazodilatatorlar (azot oksidi) sintezining pasayishi tomirlarning barqaror torayishiga olib keladi. Bu renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS) va simpatoadrenal tizimlarning giperfaollashuvi bilan yanada kuchayadi.

Genetik omillar:

- Egizaklarni o'rganish irsiy hissani tasdiqlaydi (AB o'zgaruvchanligining 30-60%).

Genlar polimorfizmi (APF, angiotenzinogen, eNOS) AG xavfining oshishi bilan bog'liq. Masalan, AAF genining DD alleli ferment faolligini kuchaytirib, vazokonstriksiyaga yordam beradi.

RAASning roli:

Plazma reninining yuqori faolligi AG og'irligi bilan bog'liq. Giperrenin shakllari tez rivojlanishi bilan ajralib turadi. Simpatik giperaktivatsiya suyuqlikning ushlanib qolishini, tomirlar va yurakning qayta tuzilishini kuchaytiradi.

AG ko'p darajali jarayon sifatida shakllanadi, bunda endoteliy disfunksiyasi, genetik nuqsonlar va boshqaruv tizimlarining nomutanosibligi asosiy rol o'ynaydi.

Qon bosimi (QB) ikkita asosiy gemodinamik ko'rsatkichning o'zaro ta'siri bilan belgilanadi:

- **Yurakdan qon haydalishi (YQH)** - vaqt birligi ichida yurak tomirlarga haydaydigan qon hajmi.

-**Umumiy periferik qon tomir qarshiligi (UPQQ)** - qon tomir tarmog'ining qon oqimiga ko'rsatadigan qarshiligi.

Me'yorda bu ko'rsatkichlar o'rtasida AB barqarorligini ta'minlovchi dinamik muvozanat mavjud. Masalan, jismoniy zo'riqish paytida qon aylanish doirasining ko'payishi vazodilatatsiya tufayli OPSSning pasayishi bilan kompensatsiyalanadi. Aksincha, OPSS oshganda (masalan, tomirlar spazmida) AB keskin ko'tarilishining oldini olish uchun QB reflektor ravishda kamayadi.

Arterial gipertenziyada buzilishlar:

1. Dastlabki bosqichlar: OBSHQ normal yoki o'rtacha oshgan bo'lsa, qon tomirlarining ko'payishi ustunlik qiladi.

2. Kasallikning rivojlanishi: OPSS asta-sekin o'sib boradi, QB esa pasayadi, bu esa qon bosimining yuqori darajada barqarorlashishiga olib keladi.

Bu o'zgarishlar neyrogumoral boshqaruv mexanizmlarining disfunksiyasi bilan bog'liq bo'lib, renin-angiotenzin-aldosteron tizimining giperfaollashuvi, vazokonstriktorlarning (angiotenzin II, noradrenalin) ortiqchaligi va vazodilatatorlar (azot oksidi) yetishmovchiligi bilan bog'liq.

Tavsif T.Kaplan konsepsiyasiga asoslangan bo'lib, unda AGning asosiy patogenetik bo'g'ini yurak zarbasi va qon tomir qarshiligi o'rtasidagi nomutanosiblik hisoblanadi.

Arterial gipertenziya tasnifi

1. **Birlamchi (muhim) AG**

Asosiy alomati sababsiz sistolik (SAB) va/yoki diastolik (DAB) qon bosimining doimiy ko'tarilishi bo'lgan mustaqil kasallik.

- Xususiyatlari:

- AGning eng ko'p uchraydigan shakli (90-95% atrofida).
- Ikkilamchi sabablar istisno qilingandan so'ng tashxis qo'yiladi.
- Genetik, ekologik va neyrogumoral omillarning kompleks o'zaro ta'siri bilan bog'liq.

2. **Labil AG**

Qon bosimining doimiy bo'lmagan (o'tkinchi) ko'tarilishi, bu doimiy bo'lmagan tarzda qayd etiladi.

- Diagnostika mezonlari:

- ABning oshgan qiymatlari dinamik kuzatuvda epizodik tarzda qayd etiladi (masalan, stressli vaziyatlarda, jismoniy zo'riqishda).

- Barqaror gipertenziya mezonlariga javob bermaydi.

- Turg'un AG rivojlanishining darakchisi yoki yurak-qon tomir tizimi giperreaktivligining namoyon bo'lishi bo'lishi mumkin.

3. **Ikkilamchi (simptomatik) AG**

- **Ta'rifi:** Qon bosimini tartibga soluvchi a'zolar yoki tizimlardagi ma'lum patologik jarayonlar tufayli qon bosimining ko'tarilishi.

- **Asosiy sabablar:**

Buyrak arteriyalari stenozi, glomerulonefrit, buyrak polikistozi.

- Endokrin: Feoxromotsitoma, Kushing sindromi, gipertireoz.

- Yurak-qon tomir: aorta koarktatsiyasi, ateroskleroz.

- Nevrologik: miya o'smalari, ensefalit.

-Dori vositalari: YAQNDV, gormonal kontratseptivlar, kortikosteroidlarni qabul qilish.

- Xususiyatlari:

- AG holatlarining 5-10% ni tashkil qiladi.

- Qon bosimini normallashtirish uchun asosiy kasallikni davolashni talab qiladi.

Labil AG alohida nozologik birlik hisoblanmaydi, lekin xavflarni baholash va turmush tarzini korreksiyalash uchun muhim marker bo'lib xizmat qiladi. Ikkilamchi AG asosiy sabablni aniqlash va bartaraf etish uchun sinchkovlik bilan differensial tashxis o'tkazishni talab qiladi.

Arterial gipertenziya diagnostikasi

AG diagnostikasida anamnezni sinchiklab yig'ish muhim ahamiyatga ega. Bemor bilan suhbatda uning shikoyatlariga, ya'ni bosh og'rig'i, qusish xurujlari, uyquning buzilishiga e'tiborni qaratish, qon bosimining ko'tarilish muddati va darajasiga aniqlik kiritish lozim. Perinatal davrga alohida e'tibor beriladi: homiladorlik patologiyasi, erta tug'ruq, homila ichi gipotrofiyasi yoki tug'ilganda tana vaznining kamligi. Jarohatlar (bosh miya, abdominal), o'tkazilgan siydik yo'llari infeksiyalari (masalan, haroratning tushunarsiz ko'tarilishi yoki dizuriyadan shubha qilish mumkin bo'lgan piyelonefrit) va erta jinsiy

rivojlanish belgilari haqidagi ma'lumotlar ham kam ahamiyatga ega emas.

Turmush tarzining o'ziga xos xususiyatlari: tuz iste'mol qilish, jismoniy faollik darajasi, tana vaznining o'zgarishi, dori-darmonlar (NYAQV, kortikosteroidlar, oral kontratseptivlar), stimulyatorlar, shu jumladan o'simlik qo'shimchalari, shuningdek, zararli odatlar (chekish, spirtli ichimliklar) ni aniqlash muhimdir. Irsiyat muhim rol o'ynaydi - 55 yoshgacha bo'lgan yaqin qarindoshlarda gipertoniya kasalligi, yurak-qon tomir kasalliklari yoki diabetning mavjudligi xavflarni oshiradi. Ish yoki o'qishdagi stressli sharoitlar, oiladagi emotsional iqlim, ijtimoiy-iqtisodiy mavqe kabi psixosotsial omillar ham tahlilni talab qiladi.

Klinik tekshiruv AG belgilarini, nishon a'zolar zararlanishini aniqlashga va ikkilamchi shakllarini istisno qilishga qaratilgan. Bunga quyidagilar kiradi:

- Ketle indeksini hisoblash bilan antropometriya (tana vazni kg da bo'y kvadratiga metrda bo'linadi) va bel aylanasini baholash.

- Yuqori va pastki oyoqlarda qon bosimini o'lchash (farq aorta koarktatsiyasini ko'rsatishi mumkin).

- Maxsus markerlarni aniqlash uchun teri qoplamlarini ko'zdan kechirish: giperpigmentatsiya ("sutli qahva"), to'rsimon livedo, striyalar, akantoz yoki neyrofibromatoz tugunlar.

- To'r parda arteriyalarining torayishi, gemorragiyalar, ekssudatlar yoki ko'ruv nervi diskining shishini aniqlash uchun oftalmoskopiya.

- Bo'yin (bo'yinturuq venalarining bo'rtishi, uyqu arteriyalari ustidagi shovqinlar), yurak-qon tomir tizimi (tonlar auskultatsiyasi, pulsni baholash), bronx-o'pka tizimi (xirillashlar, hansirash), qorin bo'shlig'i (patologik pulsatsiya, hajmli hosilalar) va oyoq-qo'llarni (shishlar, son arteriyalari ustidagi shovqinlar) tekshirish.

- Miyada qon aylanishi buzilishining oqibatlarini aniqlash va jinsiy rivojlanish bosqichini baholash uchun nevrologik tekshiruv.

AB ni o'lchash usullari

Asosiy usul auskultativ (manjeta va tonometr yordamida) bo'lib qoladi. Ishonchli natijalar olish uchun shartlarga rioya qilish muhimdir: o'lchov ovqatlanish, qahva ichish, jismoniy mashqlar yoki chekishdan bir

soat o'tgach amalga oshiriladi. Bemor bemalol o'tirishi, gapirmasligi, qimirlamasligi kerak. Yelka aylanasiga mos keladigan manjetni tanlash juda muhim - juda tor yoki keng bo'lsa, ko'rsatkichlar buziladi. Bolalar va o'smirlarda maxsus bolalar manjetlari ishlatiladi.

Bolalar va o'smirlarda qon bosimi darajasini baholash algoritmi

Pediatriya amaliyotida AG diagnostikasi populyatsion tadqiqotlar asosida ishlab chiqilgan standartlashtirilgan jadvallardan foydalanishga asoslanadi. Jarayon bemorning individual antropometrik va yosh xususiyatlarini hisobga olishga qaratilgan ketma-ket bosqichlarni o'z ichiga oladi.

Birinchi qadam bola yoki o'smirning o'sish foizini jins va yoshni hisobga olgan holda maxsus jadvallar (1-ilova A) yordamida aniqlashdir. Bu bemorning jismoniy rivojlanishini me'yoriy ko'rsatkichlarga moslashtirish imkonini beradi.

Keyin qon bosimi tasodifiy o'zgarishlarni kamaytirish uchun 2-3 daqiqa oralig'ida uch marta o'lchanadi. Olingan ma'lumotlar asosida sistolik (SAB) va diastolik (DAB) bosimning o'rtacha qiymatlari hisoblanadi. Bu ko'rsatkichlar jins, yosh va bo'y persentiliga mos keluvchi AQB ning 90, 95 va 99 persentillari referens ko'rsatkichlari bilan solishtiriladi (1B, 1V ilovalar).

Gipertenziya barqarorligini tasdiqlash uchun o'lchovlar 10-14 kun oralig'ida uchta alohida tashrifda takrorlanadi. Har bir tashrifda qayd etilgan SAB va DAB o'rtacha qiymatlari yana bir bor persentil egri chiziqlari bilan taqqoslanadi. Bunday yondashuv tashqi omillar (masalan, stress yoki jismoniy zo'riqish) bilan bog'liq bo'lgan qon bosimining vaziyatli ko'tarilishini istisno qiladi.

Arterial gipertenziya darajasi SAB yoki DAB tushadigan maksimal qiymat bo'yicha aniqlanadi. Agar ko'rsatkichlar turli toifalarga tegishli bo'lsa, yuqoriroq daraja beriladi. Masalan, SAB 95-pertsentil darajasida va DAB 99-pertsentil darajasida bo'lsa, AG darajasi og'irroq toifaga to'g'ri keladi. Shuni ta'kidlash kerakki, daraja tasnifi faqat birinchi marta aniqlangan AG yoki gipotenziv terapiya olmaydigan bemorlar uchun qo'llaniladi.

Persentil jadvallardan foydalanish bolalarda o'sish va rivojlanishning o'zgaruvchanligini hisobga olgan holda shaxsiy yondashuvni ta'minlaydi. Bu, ayniqsa, fiziologik me'yorlar yoshga qarab dinamik ravishda o'zgaradigan pediatriyada juda muhimdir. Algoritm dinamikada ko'p marta o'lchash va ma'lumotlarni tahlil qilish zarurligini ta'kidlaydi, bu esa diagnostika aniqligini oshiradi va giperdiagnostika xavfini kamaytiradi.

Bolalar va o'smirlarda AQB darajasini baholash metodikaga qat'iy rioya qilishni, standartlashtirilgan jadvallarni qo'llashni, ko'p marta o'lchashni va dinamik kuzatishni talab qiladi. Bu nafaqat gipertenziya mavjudligini tasdiqlash, balki uning darajasini aniqlash imkonini beradi, bu esa bemorni keyingi klinik olib borish uchun asos bo'ladi.

Funksional diagnostika usullari

Kundalik qon bosimi nazorati (KQBN)

Arterial gipertenziyani (AG) tashxislash va baholashda AB sutkalik monitoringi muhim vosita hisoblanadi. Bu usul 24 soat davomida arterial qon bosimi darajasi va dinamikasi to'g'risida obyektiv ma'lumotlarni olish imkonini beradi, bu ayniqsa gipertenziyaning yashirin shakllarini aniqlash, uning og'irligini baholash va davolash samaradorligini nazorat qilish uchun juda muhimdir.

KQBN o'tkazish uchun ko'rsatmalar:

1. AGni tasdiqlash: Agar shifokorga uch marta tashrif buyurilganda qon bosimining ko'tarilishi qayd etilgan bo'lsa.

2. ABning o'zgaruvchanligi: takroriy o'lchashlarda yoki o'z-o'zini nazorat qilish ma'lumotlari bo'yicha beqaror bosim ko'rsatkichlarida.

3. Tashriflarda ABning yuqori ko'rsatkichlari: Yurak-qon tomir kasalliklari va nishon a'zolarda o'zgarishlar xavfi omillari bo'lmaganda.

4. Tashriflarda ABning me'yoriy ko'rsatkichlari: Ko'plab xavf omillari yoki nishon a'zolarida o'zgarishlar bo'lgan bemorlarda.

5. O'lchovlardagi tafovutlar: agar shifokorga tashrif buyurishda olingan ma'lumotlar o'z-o'zini nazorat qilish natijalaridan sezilarli darajada farq qilsa.

6. Davolash samaradorligini baholash: Davolash natijalarini nazorat qilish va gipotenziv terapiyani tuzatish uchun.

KQBN ning afzalliklari:

- AB sutkalik ritmi va darajasidagi boshlang'ich og'ishlarni tekshirish.
- AG turli shakllarining differensial diagnostikasi.
- O'tkazilayotgan terapiya samaradorligini baholash imkoniyati.

O'MKHTda hisoblanadigan asosiy parametrlar:

1. ABning o'rtacha qiymatlari:
- Bir kecha-kunduzda.
- Sistolik (SAB), diastolik (DAB), o'rtacha gemodinamik va puls bosimi kiradi.
- Bu ko'rsatkichlar bir martalik o'lchovlarga qaraganda qon bosimining haqiqiy darajasini aniqroq aks ettiradi.

2. Gipertenziya vaqti indekslari:
- AB qiymatlari sutkaning turli davrlarida me'yoriy ko'rsatkichlardan oshib ketadigan vaqt foizi.

3. AB o'zgaruvchanligi:
- Standart og'ish va sutkalik indeks (kunduzgi va tungi qiymatlar o'rtasidagi farq) orqali baholanadi.

Bolalar va o'smirlarda KQBN me'yoriy qiymatlari:

24 soatlik monitoringda olingan AB o'rtacha qiymatlari maxsus jadvallarda keltirilgan yosh me'yorlari bilan taqqoslanadi. Bu gipertenziya darajasini va uning organizmga ta'sirini aniqlashga imkon beradi.

ABning sutkalik monitoringi arterial qon bosimi darajasini obyektiv baholash, gipertenziyaning yashirin shakllarini aniqlash va davolash samaradorligini nazorat qilishning almashtirib bo'lmaydigan usuli hisoblanadi. Uni qo'llash shifokorga AB sutkalik tebranishlarining to'liq manzarasini olish imkonini beradi, bu ayniqsa arterial gipertenziyali bemorlarni olib borishning individual taktikasini ishlab chiqish uchun muhimdir.

Bolalar va o`smirlarda bo`yga nisbatan KQBN 50 va 95 persentil

Bo`y (sm)	Persentil AB (sutka)		Persentil AB (kun)		Persentil AB (tun)	
	50	95	50	95	50	95
	O`g`il bolalar					
120	105/65	113/72	112/73	123/85	95/55	104/63
130	105/65	117/75	113/73	125/85	96/55	107/65
140	107/65	121/77	114/73	127/85	97/55	110/67
150	109/66	124/78	115/73	129/85	99/56	113/67
160	112/66	126/78	118/73	132/85	102/56	116/67
170	115/67	128/77	121/73	135/85	104/56	119/67
180	120/67	130/77	124/73	137/85	107/55	122/67
	Qiz bolalar					
120	103/65	113/73	111/72	120/84	96/55	107/66
130	105/66	117/75	112/72	124/84	97/55	109/66
140	108/66	120/76	114/72	127/84	98/55	111/66
150	110/66	122/76	115/73	129/84	99/55	112/66
160	111/66	124/76	116/73	131/84	100/55	113/66
170	112/66	124/76	118/74	131/84	101/55	113/66
180	113/66	124/76	120/74	131/84	103/55	114/66

1 yoshdan 17 yoshgacha bo‘lgan o‘g‘il va qiz bolalarning bo‘y ko‘rsatkichlari (sm) qiymatlari.

Yosh (yil)	Bo`y (sm)													
	O'g'il bolalar							Qiz bolalar						
	Перцентили							Перцентили						
	5-й	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	95-й	5-й	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	95-й
1	71.7	72.8	74.3	76.1	77.7	79.8	81.2	69.8	70.8	72.4	74.3	76.3	78	79.1
2	82.5	83.5	85.3	86.8	89.2	92	94.4	81.6	82.1	84	86.8	89.3	92	93.6
3	89	90.3	92.6	94.9	97.5	100.1	102	88.3	89.3	91.4	94.1	96.6	99	100.6
4	95.8	97.3	100	102.9	105.7	108.2	109.9	95	96.4	98.8	101.6	104.3	106.6	108.3
5	102	103.7	106.5	109.9	112.8	115.4	117	101.1	102.7	105.4	108.4	111.4	113.8	115.6
6	107.7	109.6	112.5	116.1	119.2	121.9	123.5	106.6	108.4	111.3	114.6	118.1	120.8	122.7
7	113	115	118	121.7	125	127.9	129.7	111.8	113.6	116.8	120.6	124.4	127.6	129.5
8	118.1	120.2	123.2	127	130.5	133.6	135.7	116.9	118.7	122.2	126.4	130.6	134.2	136.2
9	122.9	125.2	128.2	132.2	136	139.4	141.8	122.1	123.9	127.7	132.2	136.7	140.7	142.9
10	127.7	130.1	133.4	137.5	141.6	145.5	148.1	127.5	129.5	133.6	138.3	142.9	147.2	149.5
11	132.6	135.1	138.7	143.3	147.8	152.1	154.9	133.5	135.6	140	144.8	149.3	153.7	156.2
12	137.6	140.3	144.4	149.7	154.6	159.4	162.3	139.8	142.3	147	151.5	155.8	160.0	162.7
13	142.9	145.8	150.5	156.5	161.8	167	169.8	145.2	148	152.8	157.1	161.3	165.3	168.1
14	148.8	151.8	156.9	163.1	168.5	173.8	176.7	148.7	151.5	155.9	160.4	164.6	168.7	171.3
15	155.2	158.2	163.3	169	174.1	178.9	181.9	150.5	153.2	157.2	161.8	166.3	170.5	172.8
16	161.1	163.9	168.7	173.5	178.1	182.4	185.4	151.6	154.1	157.6	162.4	166.9	171.1	173.3
17	164.9	167.7	171.9	176.2	180.5	184.4	187.3	152.7	155.1	158.7	163.1	167.2	171.2	173.5

Gipertenziya vaqti indeksi bir kecha-kunduz davomida qon bosimi ko'tarilishining davomiyligini baholash uchun xizmat qiladi. Bu ko'rsatkich 24 soat davomida yoki alohida kunduzgi va tungi davrlar uchun AB me'yoriy qiymatlaridan oshgan o'lchashlar foizi sifatida aniqlanadi. Vaqt indeksi 50 foizdan yuqori bo'lsa, patologik, 25-50 foiz oralig'ida bo'lsa, chegaraviy hisoblanadi. Sutkalik indeks qon bosimining sirkad ritmlarini aks ettiradi va o'rtacha kunduzgi va tungi qiymatlar o'rtasidagi farq sifatida hisoblanib, kunlik ko'rsatkichga nisbatan foizlarda ifodalanadi. Sog'lom bolalarda AB odatda tunda 10-20% ga pasayishi kuzatiladi. Sutkalik indeksning qiymatiga qarab, bemorlarning to'rt toifasi ajratiladi: "dippers" (ABning 10-20% ga normal pasayishi), "non-dippers" (10% dan kam pasayish), "over-dippers" (20% dan ortiq pasayish) va "night-peakers" (indeks 0% dan past bo'lganda ABning tungi ko'tarilishi). Oxirgi variant simptomatik gipertenziyaga xos bo'lib, normada uchramaydi.

Bolalarda ABning sutkalik monitoringi giperdiagnostikaning oldini olishga yordam beradi, stressga reaksiyani ("oq xalat gipertoniyasi") aniqlaydi.

Elektrokardiografiya bo'lmachalar zo'riqishi belgilarini, ST segmenti va T tishchasidagi o'zgarishlarni, shuningdek Sokolov-Layon mezoni bo'yicha chap qorincha gipertrofiyasini aniqlaydi (V1 da S va V5/V6 da R amplitudalari yig'indisi 38 mm dan oshadi). Exokardiografiya chap qorincha gipertrofiyasini tashxislash uchun majburiydir (devor qalinligi 95-pertsentildan yuqori), bunda o'g'il bolalarda miokard massasi indeksi ≥47,58 g/m2.7, qizlarda ≥44,38 g/m2.7. Shuningdek, usul yurak remodellanishini ko'rsatadigan diastolik funksiyaning buzilishini (E/A <1,0) aniqlaydi.

Jismoniy yuklamali sinamalar (veloergometriya, tredmil-test) gipertenziv reaksiyalarni aniqlaydi (AB >170/95 mm sim.ust.) va ruxsat etilgan faollik darajasini aniqlashga yordam beradi. Rentgenografiya faqat aorta koarktatsiyasi (qovurg'alar uzuratsiyasi) paytida ma'lumot beradi. Ko'z tubi tekshirilganda arteriyalarning torayganligi, tomirlarning egri-bugriligi aniqlanadi. Vegetativ asab tizimini baholash

kardiointervalografiya va klinorostatik sinama yordamida amalga oshiriladi. Reoensefalografiyada giper va gipokinetik gemodinamikaga xos bo'lgan serebral tonus va venoz oqimning o'zgarishi aniqlanadi.

Buyraklarning ultratovush tekshiruvi va siydik tahlillari gipertenziyaning buyrak genezini istisno qiladi. Laboratoriya diagnostikasi majburiy tekshiruvlarni o'z ichiga oladi: qonning klinik va biokimyoviy tahlillari, lipid spektri, qand egri chizig'i, katexolaminlar darajasi, renin-angiotenzin-aldosteron tizimining faolligi. Qo'shimcha ravishda oqsil, albumin ekskretsiyasi, kalsiy, siydik kislotasi, glikozillangan gemoglobin miqdori va qalqonsimon bez faoliyati (TTG, T3, T4) baholanadi. Og'ishlarni aniqlash asoratlarning oldini olish uchun terapiyani tuzatishni talab qiladi.

Birlamchi AG bilan kasallangan bolalar va o'smirlarda xavf stratifikatsiyasi mezonlari

Xavf omillari arterial gipertenziya	Mezonlar
	Yoshi, jinsi va bo'yi uchun SAB va/yoki DAB ≥ 95-protsentil.
Chekish	Haftasiga ≥ 1 ta sigareta.
Dislipidemiya	- OXS ≥ 5,2 mmol/l (200 mg/dl) - XS ZPLP ≥ 3,36 mmol/l (130 mg/dl) - YUZLP XS < 1,07 mmol/l (40 mg/dl) - TG ≥ 1,7 mmol/l (150 mg/dl).
Och qoringa glyukoza darajasining oshishi	Plazma glyukozasi: 5,6-6,9 mmol/l (100-125 mg/dl).
glyukozaga chidamlilikning buzilishi	Plazma glyukozasi 2 soatdan keyin: 7,8-11,0 mmol/l (140-199 mg/dl) *.
Oilaviy anamnezda YUQTK	Qarindoshlarda yurak-qon tomir kasalliklari: - Erkaklar < 55 yosh, - Ayollar < 65 yosh.
Semizlik	Yosh va jins uchun TMI ≥ 95-protsentil.
Nishon a'zolar shikastlanishi	-EKG: - Sokolov-Layon belgisi: S (V1) + R

(chap qorincha gipertrofiyasi)	(V5/V6) > 38 mm, - Kornel ko'paytmasi: (RaVL + SV3) × QRS > 2440 mm×ms. - **ExoKG**: CHQMMI ≥ 99-protsentil.
Yondosh holatlar (Qandli diabet)	- Nahorgi plazma glyukozasi ≥ 7,0 mmol/l (≥126 mg/dl), - Plazma glyukozasi 2 soatdan keyin ≥ 11,1 mmol/l (≥200 mg/dl).

Izohlar: CHQMMI - chap qorincha miokard massasi indeksi. YUQTK - yurak-tomir kasalliklari. UXS - umumiy xolesterin, XS ZPLP - past zichlikdagi lipoproteinlar xolesterini, XS ZYULP - yuqori zichlikdagi lipoproteinlar xolesterini, TG - triglitseridlar.

Davolash.

Arterial gipertenziya (AG) terapiyasining asosiy maqsadi erta yurak-qon tomir asoratlari xavfini kamaytirish va o'lim darajasini pasaytirish uchun arterial bosimni (AB) barqarorlashtirishdir. Asosiy vazifalarga quyidagilar kiradi:

- ABning yosh, jins va antropometrik me'yorlarga mos keluvchi maqsadli ko'rsatkichlariga erishish (90-pertsentildan past);
- Bemorning hayot sifatini yaxshilash;
- Nishon-a'zolar shikastlanishining oldini olish yoki mavjud patologiyalarni orqaga qaytarish;
- Gipertonik krizlarning oldini olish.

Terapiyaning umumiy tamoyillari

Bola yoki o'smirda yuqori normal AB aniqlanganda dori-darmonlar bilan davolash tayinlanmaydi. Turmush tarzini korreksiyalash va dinamik kuzatish tavsiya etiladi. Past xavf darajasidagi AG uchun dori terapiyasi faqat 6-12 oy davomida nomedikamentoz usullarning samarasizligidan so'ng qo'llaniladi. 1-darajali yuqori xavf yoki 2-darajali AGda dorilar darhol nomedikamentoz terapiya bilan birgalikda buyuriladi. Davolashni boshlashdan oldin ABni sutkalik monitoringini o'tkazish maqsadga muvofiq. Agar gipertenziya vaqti indeksi (GI) kunduzgi yoki tungi

soatlarda 50% dan yuqori bo'lsa, bu dori-darmonlarni buyurish uchun asos bo'lib xizmat qiladi. DV ≤50% bo'lganda nomedikamentoz yondashuv davom etadi.

Preparatni tanlash yoshga, yondosh patologiyalarga (semizlik, diabet, chap qorincha miokardi gipertrofiyasi, buyrak disfunksiyasi) va individual xususiyatlarga bog'liq. Terapiya nojo'ya ta'sirlar xavfini kamaytirish uchun bitta dorining minimal dozasi bilan boshlanadi. Samaradorlik yetarli bo'lmaganda va yaxshi ko'tarilganda doza oshiriladi. Agar natija bo'lmasa yoki nojo'ya reaksiyalar paydo bo'lsa, vosita boshqa sinfga mansub preparat bilan almashtiriladi. Ta'siri uzaytirilgan va sutkasiga bir marta qabul qilinadigan dorilar afzal ko'riladi. Monoterapiya samarasiz bo'lganda, bir nechta vositalarning past dozalarda kombinatsiyasiga yo'l qo'yiladi.

Davolash samaradorligi 8-12 haftadan so'ng baholanadi. Terapiya davomiyligi individual: minimal kurs - 3 oy, optimal - 6-12 oy. Qon bosimi 3 oy davomida barqarorlashgandan so'ng, dori-darmonsiz choralarni saqlab qolgan holda preparatni asta-sekin to'xtatish mumkin. Dori-darmonsiz davolash samaradorligini nazorat qilish har 3 oyda o'tkaziladi.

Dori-darmonsiz terapiya

Yuqori normal AB yoki AG ning har qanday bosqichida ko'rsatilgan. Jumladan:

1. **Tana vaznini tuzatish** - Ketle indeksini (TVI) hisoblash, ratsion kaloriyasini kamaytirish, jismoniy faollikni oshirish. Tana vaznining kamayishi qon bosimini me'yorlashtiradi, lipid profilini yaxshilaydi va miokard gipertrofiyasini kamaytiradi.

2. **Jismoniy faollikni optimallashtirish** - kunlik aerobik yuklamalar (30 daqiqa) va haftasiga 3-4 marta intensiv mashqlar. Masalan: tez yurish, velosiped sporti, raqs, o'yin sport turlari. Organik shikastlanishlarsiz AG 1 darajasida sport bilan shug'ullanish mumkin emas. AG 2 darajasida musobaqalar va statik yuklamalar cheklanadi, faollikning dinamik turlari afzal ko'riladi.

3. **Chekish va spirtli ichimliklardan voz kechish.**

4.**Muvozanatli ovqatlanish** - tuz, yog'larni kamaytirish, kletchatka, meva va sabzavotlarni ko'paytirish.

Medikamentoz terapiya

Nomedikamentoz usullar samarasiz bo'lganda yoki asoratlar xavfi yuqori bo'lganda qo'llaniladi. Preparatlarning asosiy guruhlari:

1. **APF ingibitorlari** (kaptopril, enalapril) - kardio va nefroprotektorlar. Homiladorlikda, giperkaliyemiyada, buyrak arteriyalari stenozida qo'llash mumkin emas. Buyrak faoliyatini va kaliy miqdorini nazorat qilish shart.

2. **Angiotenzin II retseptorlari blokatorlari** (Lozartan, Irbesartan) - nojo'ya yo'talsiz AAF ingibitorlarining analoglari.

3. **Beta-adrenoblokatorlar** (Metoprolol, Bisoprolol) - bronxospazm, giperlipidemiya va hissiy o'zgaruvchanlik xavfi tufayli cheklangan. Diabet va semizlikda tavsiya etilmaydi.

4. **Kalsiy digidropiridin antagonistlari** (Amlodipin, Nifedipin) - sistolik AGda samarali.

5.**Tiazidli diuretiklar** - metabolik buzilishlar xavfi tufayli past dozalarda qo'llaniladi.

Maxsus ko'rsatmalar

O'smir qizlarda APF ingibitorlari va angiotenzin II retseptorlari blokatorlari teratogen ta'siri tufayli ishonchli kontratsepsiyani talab qiladi.

Ikkilamchi AGda ko'rsatmalarga ko'ra boshqa guruh preparatlari (sirtmoqli diuretiklar, alfa-adrenoblokatorlar) qo'llanilishi mumkin.

Bolalarda AG terapiyasi individual yondashuvni, muntazam monitoringni va barqaror natijalarga erishish uchun dori-darmonli va dori-darmonsiz usullarni birgalikda qo'llashni talab qiladi.

Bolalar va o'smirlarda gipertonik krizda shoshilinch holatlarni davolash

Gipertonik kriz - qon bosimining keskin ko'tarilishi natijasida yuzaga keladigan o'tkir holat bo'lib, zudlik bilan aralashuvni talab qiladi. Ko'pincha o'tkir glomerulonefrit, renovaskulyar patologiyalar, feoxromotsitoma, bosh miya jarohatlari yoki biriktiruvchi to'qimaning

tizimli kasalliklari kabi simptomatik arterial gipertenziyalar (AG) fonida yuzaga keladi. Bolalarda ikki turdagi inqiroz ajratiladi:

1. Birinchi turi - nishon-a'zolar (MAT, yurak, buyrak) shikastlanishi bilan kechadi.
2. Ikkinchi turi - simpatik-adrenal paroksizm, yaqqol vegetativ simptomlar (xavotir, taxikardiya, terlash) bilan kechadi.

Klinik ko'rinishlariga quyidagilar kiradi:

- Ahvolning to'satdan yomonlashishi;
- Sistolik AB >150 mm sim. ust. va/yoki diastolik AB >95 mm sim. ust. oshishi;
- Kuchli bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'rish qobiliyatining buzilishi ("chivinlar" miltillashi, ko'rishning noaniqligi);
- ko'ngil aynishi, qusish, qaltirash, yuz terisining giperemiyasi yoki oqarishi;
- Qo'rquv yoki vahima hissi.

Davolashning maqsadi - asoratlarning (insult, miya shishi, yurak yetishmovchiligi) oldini olish uchun AB ni nazorat ostida pasaytirish. A'zolar ishemiyasi xavfi tufayli bosimning keskin pasayishiga yo'l qo'yib bo'lmaydi. Optimal taktika:

- Dastlabki 6-12 soat: AB maqsadli darajasining 1/3 qismiga pasayishi;
- Keyingi 24 soat: qo'shimcha ravishda 1/3;
- Keyingi 2-4 kun: AB to'liq me'yorlashuviga erishish (yosh, jins va bo'y uchun 95-pertsentildan past).

Umumiy choralar:

- Tinchlikni ta'minlash, tashqi qo'zg'atuvchilarni bartaraf etish;
- Gipotenziv preparatlarni qo'llash;
- Stress yukini kamaytirish uchun sedativ terapiya.

Inqirozni bartaraf etish uchun dorilar guruhlari:

1. Vazodilatatorlar

- Gidralazin - vena ichiga (0,15-0,2 mg/kg) yuboriladi, ta'siri bir zumda yuzaga chiqadi. Maksimal dozasi - 1,5 mg/kg. Buyrak qon oqimi uchun xavfsiz, kamdan-kam hollarda ortostatik gipotenziyani keltirib chiqaradi.

- Natriy nitroprussid - arteriolyar va venoz dilyatator. Boshlang'ich dozasi 0,5-1 mkg/kg/min, asta-sekin 8 mkg/kg/min gacha oshiriladi. Uzoq muddat (>24 soat) qo'llanilganda metabolik atsidoz yuzaga kelishi mumkin.

2. α- va β-adrenoblokatorlar

- Prazozin - selektiv α1-blokator. Boshlang'ich dozasi: 0,5 mg ichish uchun. Ortostatik gipotenziya xavfi tufayli qabul qilingandan so'ng gorizontal holatda tinch yotish talab etiladi.
- Fentolamin - selektiv bo'lmagan α-blokator. Feoxromotsitoma fonidagi krizlarda qo'llaniladi. Qon bosimi barqarorlashgunga qadar vena ichiga (2-10 mg har 5 daqiqada) yuboriladi. Nojo'ya ta'sirlari: taxikardiya, aritmiyalar, oshqozon-ichak buzilishlari.
- Esmolol - ultraqisqa β1-blokator. Boshlang'ich dozasi: 500-600 mkg/kg/min vena ichiga, 200 mkg/kg/min gacha korreksiya bilan. Yurak yetishmovchiligida qo'llash mumkin emas.

3. Kalsiy kanallari blokatorlari

- Nifedipin - sublingval yoki peroral (0,25 mg/kg). Ta'siri 6 daqiqadan so'ng boshlanadi, cho'qqisi 60-90 daqiqadan so'ng.
- Verapamil - og'iz orqali (40 mg) yoki vena ichiga (0,1-0,2 mg/kg). OPSSni pasaytiradi, diuretik ta'sirga ega.

4. Diuretiklar

- Furosemid - vena ichiga (1 mg/kg). Aylanib yuruvchi qon hajmini tez kamaytirish uchun qo'llaniladi.

Sedativ terapiya

- Diazepam - mushak orasiga (1-2 ml) yoki og'iz orqali (5 mg) yuboriladi. Xavotirni yo'qotadi, simpatik faollikni pasaytiradi.

Muhim jihatlar:

- Preparat tanlashda kriz sababi hisobga olinadi (masalan, feoxromotsitoma α-blokatorlarni talab qiladi).
- EKG, elektrolitlar miqdori va buyrak faoliyatini nazorat qilish shart.
- Semizlik yoki diabet bilan og'rigan bolalarda metabolizmga kamroq ta'sir ko'rsatgani uchun vazodilatatorlar va kalsiy kanallari blokatorlari afzal ko'riladi.

Bolalarda gipertonik krizni o'z vaqtida va to'g'ri davolash hayot uchun xavfli asoratlarning oldini oladi va ijobiy prognozga yordam beradi.

Arterial gipertenziyali bolalar va o'smirlarni dispanser kuzatuvi tamoyillari

Dispanser kuzatuviga gipertoniya kasalligiga (GK) irsiy moyilligi bo'lgan, arterial bosimi yuqori normal (AB) va arterial gipertenziyasi (AG) tasdiqlangan voyaga yetmaganlar olinadi. Dispanserizatsiyaning asosiy yo'nalishlari quyidagilardan iborat:

1. Hisobga qo'yish va muntazam monitoring olib borish

- Xavf guruhidagi barcha bolalar va o'smirlar tibbiy hujjatlarda ro'yxatga olinadi.
- Pediatr ko'rigi nasliy moyilligi bo'lgan va yuqori me'yoriy AQB bo'lgan shaxslarda har 6 oyda o'tkaziladi. Tekshiruv antropometriya va qon bosimini uch marta o'lchashni o'z ichiga oladi.
- AG (essensial yoki simptomatik) tasdiqlanganda tashriflar chastotasi 3-4 oyda 1 martagacha oshadi.

2. Diagnostika tadbirlari

- **Majburiy yillik tadqiqotlar:**
  - Umumiy va biokimyoviy qon/siydik tahlillari;
  - EKG;
  - Buyraklar UTT (buyrak patologiyasiga shubha qilinganda).
- **Ko'rsatmalar bo'yicha qo'shimcha tekshiruvlar:**
  - Exokardiografiya (terapiya samarasiz bo'lganda);
  - AB sutkalik monitoringi (ABSM);
  - Oftalmolog maslahati (ko'z tubi tomirlarini baholash);
  - Renin-angiotenzin-aldosteron tizimi va katexolaminlar faolligini tahlil qilish (krizlar, gipersimpatikotoniya, ikkilamchi AGga shubha qilinganda).

3. Davolash-profilaktika choralari

- Turmush tarzini tuzatish: tana vaznini kamaytirish, dozalangan jismoniy mashqlar, tuzni cheklovchi parhez.

- Yosh, yo'ldosh kasalliklar va nishon a'zolarning shikastlanishini hisobga olgan holda dori-darmonlar bilan davolash (zarur hollarda).
- Cheklovlarni hisobga olgan holda faoliyatning xavfsiz turlarini tanlash uchun tibbiy-kasbiy maslahat.

4. Salomatlik guruhlari

- II guruh: GKga irsiy moyilligi bo'lgan yoki klinik ko'rinishlarsiz yuqori me'yoriy AQB bo'lgan bolalar.
- III guruh: vegetativ disfunksiya yoki nishon a'zolar shikastlanmagan 1-darajali gipertenziya bilan og'rigan bemorlar.
- IV guruh: 1-darajali AG xavf omillari (semizlik, diabet) yoki nishon a'zolarning shikastlanishi, shuningdek 2-darajali AG.
- V guruh: yurak yetishmovchiligi yoki AG ning og'ir asoratlari mavjudligi.

5. Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar

- AQBning turg'un ko'tarilishi, ambulator davolanishga bo'ysunmasligi;
- Gipertonik krizlar;
- AG sababini aniqlash zarurati (renovaskulyar, endokrin patologiyalar);
- Ikkilamchi gipertenziyaga gumon.

Statsionar tekshiruvning tavsiya etilgan muddati - 7-10 kun, yaxshisi kunduzgi statsionar sharoitida.

6. Fanlararo yondashuv

- Davolash taktikasini ishlab chiqish uchun bolalar kardiologi bilan maslahatlashish shart.
- Ko'rsatmalarga ko'ra, nefrolog, nevrolog va endokrinolog jalb qilinadi.

Tizimli kuzatuv terapiyani o'z vaqtida tuzatish, asoratlarning oldini olish va bemorlarning hayot sifatini yaxshilash imkonini beradi.

BOLALARDAGI KARDIOMIOPATIYA

Kardiomiopatiyalar (KMP) - bu tug'ma nuqsonlar, ishemiya, gipertenziya yoki klapan buzilishlari bilan bog'liq bo'lmagan yurak mushaklarining tarkibiy va funksional o'zgarishlari bilan tavsiflangan miokard kasalliklari guruhi. Bolalarda ular ko'pincha genetik xususiyatga ega bo'lib, yurak yetishmovchiligi va aritmiya kabi og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin.

Bolalar kardiomiopatiyalarining etiologiyasi va patogenezi

Bolalarda kardiomiopatiyalar (KMP) miokardning strukturaviy va funksional buzilishlariga olib keladigan genetik va genetik bo'lmagan omillar ta'sirida rivojlanadi.

Genetik (birlamchi) sabablar

Yurak mushaklarining tuzilishi yoki metabolizmiga ta'sir qiluvchi genlarning mutatsiyalari bilan bog'liq. To'rtta toifaga bo'linadi:

1. **Tug'ma metabolik buzilishlar**
   - Glikogenozlar (Pompe kasalligi);
   - Mitoxondrial kasalliklar (nafas olish zanjiri nuqsonlari);
   - Karnitin yetishmovchiligi yoki yog' kislotalarining β-oksidlanishining buzilishi.
   - **Patogenezi: Kardiomiotsitlarda toksik metabolitlar to'planishi yoki energiya yetishmovchiligi → hujayralar o'limi → fibroz va miokard disfunksiyasi.**
2. **Rivojlanish nuqsonlari**
   - Yurak embriogenezini boshqaruvchi genlar mutatsiyasi (masalan, NKX2-5);
   - Yurak anomaliyalari bilan kechuvchi sindromlar (Nunan sindromi, Alport sindromi).
   - **Patogenezi: Homila rivojlanish bosqichida miokard shakllanishining buzilishi → yurakning anomal arxitektonikasi.**
3. **Asab-mushak kasalliklari**
   - Dyushen/Bekker mushak distrofiyalari (distrofin nuqsoni);

- Miotoniyalar (masalan, miotonik distrofiya).

- **Patogenezi: skelet mushaklarining tizimli shikastlanishi fonida yurak mushak hujayralarining degeneratsiyasi → progressiv yurak yetishmovchiligi.**

4. **Oilaviy izolyatsiyalangan buzilishlar**

- Gipertrofik KMPda sarkomer oqsillar mutatsiyasi (MYH7, MYBPC3);
- Aritmogen o'ng qorincha KMPda desmosomal oqsillar (PKP2, DSP) mutatsiyalari.

- **Patogenezi: qisqarish funksiyasi, elektr stabilligi yoki hujayralararo aloqalarning buzilishi → gipertrofiya, fibroz, aritmiyalar.**

Irsiy bo'lmagan (ikkilamchi) sabablar

Tashqi omillar yoki tizimli kasalliklar bilan bog'liq:

1. **Infeksiyalar:**

- Virusli miokarditlar (enteroviruslar, parvovirus V19) → kardiomiotsitlarning yallig'lanishi va nekrozi.

2. **Zaharli ta'sirlar:**

- Kimyoterapiya (antratsiklinlar), og'ir metallar → oksidlanish stressi va hujayra apoptozi.

3. **Tizimli kasalliklar:**

- Autoimmun patologiyalar (tizimli qizil yugurik);
- Endokrin buzilishlar (gipertireoz, feoxromotsitoma).

4. **Oziq moddalar yetishmovchiligi:**

- Selen, tiamin yetishmasligi → miokardda energiya almashinuvining buzilishi.

Patogenezi

Miokard shikastlanishining asosiy mexanizmlariga quyidagilar kiradi:

- Energiya muvozanatining buzilishi: ATF yetishmovchiligi → qisqaruvchanlikning pasayishi.
- Oksidlanish stressi: erkin radikallarning to'planishi → kardiomiotsitlar membranalarining shikastlanishi.

- Apoptoz va fibroz: Hujayralar nobud bo'lishi → biriktiruvchi to'qima bilan almashinishi → devorlar rigidligi va diastolik disfunksiya.
- Elektr beqarorlik: Ion kanallari mutatsiyalari → aritmiyalar (qorincha taxikardiyasi, fibrillyatsiya).

KMP shakllari bilan klinik bog'liqlik

- Gipertrofik KMP: Asosan genetik (sarkomerik mutatsiyalar).
- Dilatatsion KMP: Genetik (desmin, lamin) va ikkilamchi (miokardit, toksinlar) bo'lishi mumkin.
- Restriktiv KMP: Ko'pincha infiltrativ kasalliklar (amiloidoz) fonida ikkilamchi.

Etiologiya va patogenezni tushunish maqsadli terapiyani ishlab chiqish (masalan, Pompe kasalligida o'rinbosar ferment) va asoratlar xavfini bashorat qilish imkonini beradi.

Bolalarda yurak yetishmovchiligi tasnifi: yondashuvlarni taqqoslash

SYUYE ning milliy tasnifi (MST, 2002 y.)

Vasilenko-Strajesko (strukturaviy o'zgarishlar) va NYHA (jismoniy cheklovlar) funksional sinflari (FS) bosqichlarini birlashtiradi. 6 yoshdan katta bolalarga qo'llaniladi.

SYUYE bosqichi	Funksional sinf (FS)	Xarakteristika
I.	I FC	Tinch holatda simptomlar yo'q. Kichik yuklama charchoq, nafas qisilishiga sabab bo'ladi.
IIA	II FK	O'rtacha gemodinamik buzilishlar. Odatiy faollikdagi simptomlar.
IIB	III FK	Ikkala qon aylanish doirasidagi og'ir buzilishlar. Minimal yuklamada simptomlar.
III.	IV FK	Terminal bosqich. Simptomlar tinch holatda, organlarda qaytarib bo'lmaydigan o'zgarishlar.

Rossning modifikatsiyalangan tasnifi

6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun qo'llaniladi, chunki NYHA chaqaloqlarning xususiyatlarini hisobga olmaydi (masalan, alomatlarning ovqatlanish bilan bog'liqligi).

Ross sinfi	NYHA sinfi	Klinik ko'rinishlari
I.	I FC	Simptomsiz kechishi.
II.	II FK	**Chaqaloqlarda: taxipnoe, emizishda terlash. Bolalarda: zo'riqishda hansirash.**
III.	III FK	**Chaqaloqlarda: uzoq emizish, o'sishdan orqada qolish. Bolalarda: kuchli hansirash.**
IV.	IV FK	Tinch holatdagi belgilari: qovurg'alararo tortilish, xirillash, ingrash.

Asosiy farqlar

1. **Yosh xususiyatlariga e'tibor qaratish:**
   - Ross: Chaqaloqlarda ovqatlanish (taxipnoe, terlash) va o'sishning kechikishi bilan bog'liq alomatlarni baholaydi.
   - NYHA: Jismoniy faollikka yo'naltirilgan, bu yurmaydigan yoki yugurmaydigan bolalarga qo'llanilmaydi.
2. **Og'irlik mezonlari:**
   - Rossda III sinf rivojlanishning kechikishini o'z ichiga oladi, bu chaqaloqlarni baholash uchun juda muhimdir.
   - NYHAda III sinf faollikning sezilarli cheklanishi sifatida aniqlanadi.
3. **Amaliy ahamiyati:**
   - Ross tasnifi 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun ko'proq sezgir, chunki bu ularning o'ziga xos yuklamalarini (ovqatlantirish) va xavflarini (bo'y o'sishining buzilishi) aks ettiradi.
   - NYHA tegishli mezonlar yo'qligi sababli chaqaloqlarda SYUYE og'irligini yetarlicha baholamasligi mumkin.

Chaqaloqlar uchun:

- Ross bo'yicha II sinf → ovqatlanishni optimallashtirish, vaznni nazorat qilish zarurati.
- III sinf → gospitalizatsiya, nutritiv qo'llab-quvvatlash ko'rsatilgan.

6 yoshdan katta bolalar uchun:

- II FS NYHA → intensiv jismoniy yuklamalarni cheklash, diuretiklar.
- IV FC NYHA → yurak transplantatsiyasini ko'rib chiqish.

Xulosa: Kichik yoshdagi bolalar uchun Ross va kattalar uchun NYHA tasnifidan foydalanish yosh xususiyatlarini hisobga olgan holda SYUYE og'irligini aniq baholash va terapiyani o'z vaqtida tuzatish imkonini beradi.

Bolalarda kardiomiopatiyalar diagnostikasi

Bolalarda kardiomiopatiyalar tashxis qo'yishda kompleks yondashuvni talab qiladigan miokard kasalliklarining geterogen guruhidir. Quyida KMPni aniqlash va farqlashning asosiy jihatlari keltirilgan.

Klinik simptomlar

Simptomlar KMP turiga qarab farq qiladi, ammo umumiy belgilarga quyidagilar kiradi:

- Charchash, zo'riqishda hansirash, ko'krak qafasida og'riq (barcha shakllariga xos).
- Aritmiyalar (taxikardiya, bradikardiya, ekstrasistoliya).
- Yurak yetishmovchiligi belgilari (shishlar, gepatomegaliya, assit).
- To'satdan yurak o'limi (kamdan-kam, ko'pincha dilatatsion KMPda).

KMP turlari bo‘yicha o‘ziga xos ko‘rinishlar:

KMP turi	Asosiy simptomlar
Dilatatsion	Periferik shishlar, doimiy yo‘tal, asabiylashish, rivojlanishdan orqada qolish.
Gipertrofik	Zo‘riqish paytida hushdan ketish, ishtahaning yomonligi, ko‘p terlash.
Restriktiv	Assit, gepatomegaliya, tromboemboliyalar.
aritmogen o‘ng qorincha	Yurak to‘xtashi, qorinda noxush sezgilar, bo‘yin venalarining bo‘rtishi.
Kompakt bo‘lmagan miokard	Og‘ir yurak yetishmovchiligi (NYHA bo‘yicha III-IV sinf), bo‘lmacha fibrillyatsiyasi.

Jismoniy tekshiruv

GKMP uchun:

- Qo‘sh cho‘qqi turtkisi.
- Sistolik haydash shovqini (venoz qaytish kamayganda kuchayadi).
- Presistolik ot dupuri ritmi.

DKMP uchun:

- Kardiomegaliya, ko‘krak qafasining deformatsiyasi ("yurak bukriligi").
- I ton susayishi, o‘pka arteriyasi ustida II ton aksenti.
- Taxikardiya, bo‘yin venalarining bo‘rtishi, sianoz.

Laboratoriya diagnostikasi

Majburiy tadqiqotlar:

- Umumiy va biokimyoviy qon tahlili: kreatinin, mochevina, elektrolitlar, jigar fermentlari (ALT, AST).
- Kardiospetsifik markerlar: troponin, KFK-MV, mioglobin (infarktni istisno qilish uchun).
- Koagulogramma: fibrinogen, XMN, QFTV (trombozlar xavfini baholash).

Qo‘shimcha testlar:

- Immunologik tekshiruvlar: antinuklear antitelolar (ANAT), antikardial antitelolar.
- Genetik tahlil: MYH7, MYBPC3, PKP2 genlarida mutatsiyalarni qidirish (irsiy shakllarga shubha qilinganda).
- Infeksiyalarga IFA: Koksaki viruslari, parvovirus V19 (miokarditni istisno qilish uchun).

Instrumental usullar

1. Exokardiografiya (ExoKG):
   - DKMP: yurak bo'shliqlarining kengayishi, CHQ otish fraksiyasining pasayishi (<45%).
   - GKMP: qorinchalararo to'siq gipertrofiyasi (qalinligi >15 mm), mitral qopqoqning sistolik harakati (SAM-simptom).
   - RKMP: endokard qalinlashishi, diastolik funksiyaning buzilishi.
2. Yurak MRTsi:
   - Fibrozning aniqlanishi (kechroq gadoliniy kuchayishi).
   - Infiltrativ o'zgarishlarni baholash (amiloidoz, gemoxromatozda).
3. EKG va Xolter monitoringi:
   - GKMP: CHQ gipertrofiyasi, yon tarmoqlarda chuqur Q tishchalari.
   - Aritmogen KMP: qorincha taxikardiyasi epizodlari, epsilon to'lqinlari.
4. Rentgenografiya:
   - Kardiomegaliya, o'pkada dimlanish (DKMPda).
   - Aortaning poststenotik kengayishi (aortal stenozda).

Differensial diagnostika

Istisno qilinadigan asosiy kasalliklar:

Kasallik	Farqlovchi belgilar	Asbob markerlari
Tug'ma miokardit	O'tkir boshlanishi, infeksiya bilan bog'liq.	ExoKG: dilatatsiyasiz qisqaruvchanlikning pasayishi.
Revmokardit	Yurak nuqsonlari shovqinlari, yallig'lanishga qarshi terapiyaning ijobiy ta'siri.	ExoKG: klapanlarning shikastlanishi (stenoz/yetishmovchilik).
Ekssudativ perikardit	Bo'yin venalarining bo'rtishi, paradoksal puls.	ExoKG: perikarddagi suyuqlik, "tebranayotgan yurak."
Dyushen mushak distrofiyasi	Nevrologik simptomatika, kuchayib boruvchi holsizlik.	EKG: II, III, aVF da chuqur Q; ExoKG: CHQ devorlari gipokineziyasi.
aorta stenozi	O'ng II qovurg'a oralig'ida sistolik shovqin, sinkope.	ExoKG: aorta qopqog'i tavaqalarining qalinlashishi, bosim gradiyenti >50 mm sim.ust.

Mutaxassislar maslahati

- Kardiojarroh: refrakter yurak yetishmovchiligida (transplantatsiya imkoniyati).
- Genetik: irsiy shakllarni tasdiqlash uchun (GKMP, aritmogen KMP).
- Nevrolog: neyromushak kasalliklariga (miopatiyalarga) shubha qilinganda.

Bolalarda kardiomiopatiyalarni davolash

Bolalarda kardiomiopatiyalar (KMP) gemodinamikani barqarorlashtirish, kasallik rivojlanishining oldini olish va hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan kompleks yondashuvni talab qiladi. Quyida terapiyaning asosiy jihatlari keltirilgan.

Davolash maqsadlari

1. Gemodinamikani barqarorlashtirish.
2. Bazis terapiyani qo'llab-quvvatlash.
3. Kasallik rivojlanishining oldini olish.

Dori-darmonsiz davolash

1. Diyetoterapiya:

- **Tavsiya etiladi:**
  - Kaliy va kalsiy miqdori yuqori bo'lgan mahsulotlar (kartoshka, o'rik, tvorog, sut).
  - Bo'lib-bo'lib ovqatlanish (kuniga 5 marta).
- **Chiqarib tashlash:**
  - Yog'li, dudlangan taomlar, achchiq choy, qahva, shokolad.
  - Bijg'ituvchi mahsulotlar (dukkaklilar, karam, qora non).

2. Suyuqlikni nazorat qilish:

- Yurak yetishmovchiligining IIA-III bosqichlarida:
  - Sutkasiga 800 ml gacha cheklash.
  - Ko'krak yoshidagi bolalarda: ovqatlantirish hajmining kamayishi bilan ovqatlantirish chastotasining ortishi.

3. Jismoniy faollik rejimi:

- YuYE IIB-III da: boshni ko'targan holda qat'iy yotoq rejimi.
- SY IIA da: Yengillashtirilgan yotoq rejimi.
- YuYE I da: O'rtacha yuklamali xona rejimi.
- Mushaklar atrofiyasining oldini olish uchun davolovchi gimnastika va massaj.

4. Emizikli bolalarni qo'llab-quvvatlash:

- Og'ir YuYEda sog'ilgan sutga yoki zondli ovqatlanishga o'tkazish.

Dori-darmon bilan davolash

1. Diuretiklar:

Preparat	Dozalash	Xususiyatlari
Furosemid	1-6 mg/kg/sutka (maks. 6 mg/kg)	Shishlarni tezda ketkazadi. Gipokaliyemiya xavfi.
Xlortiazid	10-20 mg/kg/sutka	Uzoq muddatli harakat. Elektrolitlarni nazorat qilish.
Metolazon	0,1-0,2 mg/kg/sutka (maks. 20 mg)	Rezistent shishlarda. Furosemid bilan kombinatsiyalanadi.

2. Yurak glikozidlari:

- **Digoksin:**
  - Miqdori: 3-5 mkg/kg/sut (2 marta).
  - EKG nazorati (atrioventrikulyar blokada xavfi).
  - Buyrak yetishmovchiligida qo'llash mumkin emas.

3. AAF (iAAF) ingibitorlari:

Preparat	Dozalash	Xususiyatlari
Kaptopril	0,1-2 mg/kg/sut (3 marta)	Kichik dozalardan boshlang. AB va buyraklar funksiyasi monitoringi. Surunkali YuYE da afzal ko'riladi.
Enalapril	0,1-0,5 mg/kg/sut (2 marta)	

4. Beta-blokatorlar:

Preparat	Dozalash	Xususiyatlari
Metoprolol	0,1-1 mg/kg/sut (2 marta)	Selektiv B1-blokator. Aritmiya xavfini kamaytiradi.
Karvedilol	0,025-0,5 mg/kg/sut (2 marta)	Vazodilatatsiyalovchi ta'sirga ega bo'lgan noselektiv. Rezistent YuYE da qo'l keladi.

5. Aldosteron antagonistlari:

- **Spironolakton:**
  - Dozasi: sutkasiga 1-3 mg/kg (maks. 200 mg).
  - *Kaliy va kreatinin nazorati* (giperkaliyemiya xavfi).

Maxsus ko'rsatmalar

- Dozalar yosh, og'irlik va buyrak funksiyasini hisobga olgan holda individual ravishda tanlanadi.
- YUIKda beta-blokatorlar: miokard perfuziyasini yaxshilaydi, kislorodga bo'lgan talabni kamaytiradi.
- AAFI buyrak arteriyalari stenozida va giperkaliyemiyada qo'llanilmaydi.
- **Preparatlar kombinatsiyasi:**
  - AAFI + beta-blokator + spironolakton - surunkali yurak yetishmovchiligida "oltin uchlik."
  - Diuretiklar + digoksin - sistolik disfunksiyada.

Bolalarda KMPni davolash kardiomiopatiya turi, YuYE bosqichi va yondosh patologiyalarni hisobga olgan holda individual yondashuvni talab qiladi. Muntazam monitoring va fanlararo hamkorlik (kardiolog, genetik, jarroh) bemorlarning prognozi va hayot sifatini yaxshilaydi.

BOLALARDA MIOKARDIT

Bolalarda miokardit yurak mushaklarining kam uchraydigan, ammo hayot uchun xavfli bo'lgan yallig'lanish kasalligidir. Zamonaviy tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, holatlarning taxminan yarmida DKMP surunkali miokarditning oqibati sifatida rivojlanadi, bu bolalarga ham, kattalarga ham tegishli. Umumiy populyatsiyada miokarditlar paydo bo'lishining aniq chastotasini aniqlash juda qiyin. Bu kasallikning klinik ko'rinishlarining xilma-xilligi, diagnostik endomiokardial biopsiyaning (EMB) kamdan-kam qo'llanilishi, shuningdek, bolalarda miokarditning o'tkir shaklining ko'pincha asimptomatik kechishi bilan bog'liq bo'lib, bunday holatlar ro'yxatga olinmagan. Autopsiya ma'lumotlariga ko'ra, miokardning yallig'lanishli shikastlanish belgilari 4-9% bolalarda va 12-42% yoshlarda to'satdan o'lim holatlarida aniqlanadi, uning sabablari

aniqlanmagan. Miokarditning oqibati har xil bo‘lishi mumkin. Kattalarda o‘tkir miokarditda o‘lim 20-30% gacha, yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda esa bu ko‘rsatkich 75% gacha yetishi mumkin, bu esa kasallikning erta yoshdagi og‘irligini ta’kidlaydi.

Miokardit - infeksion, toksik, allergik, autoimmun yoki ionlashtiruvchi omillar ta’sirida yuzaga keladigan yurak mushagining yallig‘lanish kasalligi. Kasallik mustaqil patologiya sifatida rivojlanishi yoki difteriya, qizamiq, tizimli vaskulitlar, kollagenozlar, yuqumli endokardit va boshqalar kabi tizimli infeksiyalar bilan birga kechishi mumkin.

Etiologiyasi va patogenezi

Miokarditga quyidagilar sabab bo‘lishi mumkin:

- Yuqumli agentlar:
  - Viruslar (Koksaki enteroviruslari, adenoviruslar, parvovirus V19, sitomegalovirus, gerpes 6 turi, OIV);
  - Bakteriyalar (streptokokklar, stafilokokklar, difteriya tayoqchasi, sil mikobakteriyalari);
  - Zamburug‘lar (kandida, aspergillalar);
  - Parazitlar (toksoplazma, trixinellalar);
  - Spiroxetalar (Laym kasalligida borreliyalar).
- Zaharli ta’sirlar: dorilar (antratsiklinlar, kokain), og‘ir metallar, radiatsiya.
- Autoimmun jarayonlar: tizimli qizil yugurikda, revmatoid artritda, sarkoidozda.

Patogenez ikkita asosiy mexanizmni o‘z ichiga oladi:

1. Viruslar yoki toksinlar ta’sirida kardiomiotsitlarning to‘g‘ridan-to‘g‘ri shikastlanishi va ularning nobud bo‘lishi.
2. Immun vositachiligidagi yallig‘lanish: birlamchi shikastlanishdan so‘ng autoantitanachalar va yallig‘lanish oldi sitokinlari (O‘NO-α, IL-1, IL-6) ishlab chiqarilishi boshlanadi, bu esa miokard disfunksiyasini kuchaytiradi va yurakning qayta shakllanishiga yordam beradi. Erta yoshdagi bolalarda immun tizimining yetilmaganligi sababli

jarayon tez rivojlanib, kardiomegaliya va og'ir yurak yetishmovchiligiga olib keladi.

Epidemiologiya. Miokarditning aniq tarqalishi noma'lum, chunki u ko'pincha simptomsiz kechadi. Autopsiya ma'lumotlariga ko'ra, miokardning yallig'lanish belgilari 4-9% bolalarda va 12-42% yoshlarning to'satdan o'limida aniqlanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda o'lim 75% ni, kattalarda esa 20-30% ni tashkil etadi. Miokardit ko'pincha dilatatsion kardiomiopatiyaga sabab bo'ladi (bolalarda 46%).

Tasniflash

Miokarditlar bir nechta mezonlarga ko'ra tasniflanadi:

1. **Oqim bo'yicha:**
   - Yashin tezligidagi (fulminant): virusli prodromadan keyin keskin boshlanishi, og'ir qorincha disfunksiyasi, o'lim xavfi yuqori yoki o'z-o'zidan tiklanish.
   - O'tkir: yurak yetishmovchiligining yaqqol simptomlari, davomiyligi 6 haftagacha.
   - Surunkali: kardiomiopatiyaga olib keladigan takrorlanuvchi doimiy yallig'lanish.
2. Etiologiyasi:
   - Infeksion (virusli, bakterial, zamburug'li);
   - Zaharli (dorilar, kimyoviy moddalar);
   - Autoimmun (tizimli kasalliklarda).
3. Morfologiya bo'yicha:
   - Limfotsitar (limfotsitar infiltratsiyaning ustunligi);
   - Gigant hujayrali (ko'p yadroli gigant hujayralarning mavjudligi);
   - Eozinofil (allergik reaksiyalar bilan bog'liq).
4. Yoshga qarab:
   - Tug'ma (TORCH-kompleks bilan antenatal infeksiyalanish);
   - Orttirilgan (postnatal rivojlanish).

Klinik shakllari va oqibatlari

- Yengil shakli: EKG da minimal o'zgarishlar, simptomsiz kechishi.

- O‘rta og‘irlikda: hansirash, taxikardiya, I-II darajali yurak yetishmovchiligi belgilari.
- Og‘ir: kardiogen shok, hayot uchun xavfli aritmiyalar, reanimatsiyaga muhtojlik.

Asoratlar:

- Dilatatsion kardiomiopatiya;
- Kardioskleroz;
- Tromboemboliyalar;
- O‘pka gipertenziyasi;
- Letal oqibat.

DIAGNOSTIKA

Shikoyatlar

- Umumiy belgilari: lanjlik, uyquchanlik, ishtahaning pasayishi, terlash, haroratning ko‘tarilishi.
- Yurak belgilari: hansirash, yurak urishining tezlashishi, yurak sohasida og‘riq.
- Katta yoshdagi bolalarda: qo‘zg‘alish, sinkopal holatlar, qorin og‘rig‘i.

Anamnez

- O‘tkazilgan yuqumli kasalliklar (virusli, bakterial).
- Autoimmun kasalliklarning mavjudligi.
- Kardiotoksik ta’sirga ega dori vositalarini qabul qilish.
- Oyoq va yuzdagi shishlar.

Jismoniy tekshiruv

- **Teri qoplamlari: rangparlik, oyoq-qo‘llarning sovuqligi.**
- **Arterial bosim: gipotenziya yoki gipertenziya.**
- **Yurak:**
  - Taxikardiya yoki bradikardiya.
  - Galop ritmi (uchinchi ton).
  - Mitral regurgitatsiyaning sistolik shovqini.
- **Jigar va taloq: gepatosplenomegaliya.**
- **Shishlar: periferik yoki tarqalgan.**

- **O‘pka: plevrit belgilari (perkutor tovushning bo‘g‘iqlashishi, nafasning susayishi).**

Laboratoriya tekshiruvlari

1. **Umumiy qon tahlili:**
   - Leykotsitoz (25% hollarda).
   - ECHT oshishi (50% hollarda).
   - Limfotsitoz yoki neytropeniya.
2. **Qonning biokimyoviy tahlili:**
   - SRO, AST, LDG oshishi.
   - Troponinlar (Trop-T, Trop-I) va KFK-MV miqdorining ortishi.

Instrumental usullar

1. **Ko‘krak qafasi rentgenografiyasi:**
   - Kardiomegaliya.
   - O‘pka shishi belgilari.
2. **ExoKG:**
   - Global gipokineziya.
   - Chap qorincha o‘lchamlarining kattalashishi.
   - Chiqarish fraksiyasini (CHF) kamaytirish.
   - Perikardial suyuqlik.
3. **Elektrokardiografiya (EKG):**
   - Past kuchlanishli QRS (<5 mm).
   - Patologik Q tishcha, T tishcha inversiyasi.
   - PR va QT intervallarini uzaytirish.
   - Aritmiyalar (sinusli taxikardiya, qorincha ekstrasistoliyasi, AV blokada).

Diagnostik mezonlar

Tashxis qo‘yish uchun quyidagilar zarur:

- **2 ta katta mezon yoki**
- **1 ta katta va 2 ta kichik mezon o‘tkazilgan infeksiya to‘g‘risidagi ma’lumotlar bilan birgalikda.**

Katta mezonlar:

1. EKG da patologik o'zgarishlar (repolyarizatsiyaning buzilishi, aritmiyalar).
2. Kardiospetsifik fermentlarning (KFK-MV, troponinlar) oshishi.
3. Yurak o'lchamlarining kattalashishi (rentgen yoki ExoKG ma'lumotlari bo'yicha).
4. Kardiogen shok yoki dimlangan yurak yetishmovchiligi rivojlanishi.

Kichik mezonlar:

1. Taxikardiya yoki bradikardiya.
2. Birinchi tonning susayishi.
3. Galop ritmi.

Differensial diagnostika

Miokarditni quyidagilar bilan farqlash kerak:

1. **Aorta koarktatsiyasi:**
   - Tananing yuqori yarmidagi arterial gipertenziya.
   - Qo'l va oyoqlar orasidagi bosim farqi.
2. **Koronar arteriyalar anomaliyalari:**
   - EKG da miokard ishemiyasi belgilari.
   - Radionuklid diagnostikasida perfuziya nuqsonlari.
3. **Dilatatsion kardiomiopatiya:**
   - Kardiomegaliya, chap qorincha devorlari gipokineziyasi.
   - Mitral klapanning nisbiy yetishmovchiligi.
4. **Endokardial fibroelastoz:**
   - Endokardning qalinlashishi, qorinchalarning tromblar bilan obliteratsiyasi.
5. **Genetik to'planish kasalliklari (glikogenozlar):**
   - Miokard gipertrofiyasi, yurakning sharsimon shakli.
   - Gipoglikemiya, giperlipidemiya (I tip glikogenozda).
6. **Yurak o'smalari:**
   - ExoKG, MRT yoki KTda o'smaning vizualizatsiyasi.

Bolalarda miokardit diagnostikasi klinik ko'rinish, laboratoriya va instrumental ma'lumotlarni tahlil qilishni o'z ichiga olgan kompleks

yondashuvni talab qiladi. Erta aniqlash va boshqa yurak kasalliklaridan farqlash davolashni o'z vaqtida boshlash va prognozni yaxshilash imkonini beradi.

Bolalarda miokarditni davolash taktikasi

Miokarditni davolash yallig'lanish sababi, holatning og'irligi va asoratlarning mavjudligiga bog'liq. U nomedikamentoz usullar va individual tanlangan medikamentoz terapiyani o'z ichiga oladi.

Dori-darmonsiz davolash

1. **Rejim:**
   - Jismoniy faollik bolaning ahvoliga qarab cheklanadi. Og'ir shakllarida yotoq rejimi tavsiya etiladi.
   - Ahvol yaxshilanishi bilan harakat rejimi asta-sekin kengaytiriladi.
2. **Parhez:**
   - Bo'lib-bo'lib ovqatlanish (kuniga 5-6 marta oz-ozdan).
   - Osh tuzini cheklash (ayniqsa yurak yetishmovchiligida).
   - Oqsillar, vitaminlar va mikroelementlarning yetarli miqdorda bo'lishi.

Dori-darmon bilan davolash

Asosiy preparatlar

1. Diuretiklar:
   - Gidroxlortiazid: 1-2 mg/kg/sutka ichish uchun. Shishlar va yurak yetishmovchiligi belgilari yo'qolguncha qo'llaniladi.
   - Furosemid: 1-4 mg/kg/sutkasiga vena ichiga, mushak orasiga yoki ichish uchun. Kuchli shishlarda qo'llaniladi.
   - Spironolakton: 1-4 mg/kg/sut 2 mahal. Uzoq muddatli terapiya uchun buyuriladi.
2. APF ingibitorlari:
   - Kaptopril: 0,1-0,5 mg/kg/sutka. Yurak yetishmovchiligida ko'rsatilgan.
   - Enalapril: 0,05-0,8 mg/kg/sutka. Doza individual tanlanadi.

Qo'shimcha preparatlar

1. Antiaritmik vositalar:

- Propranolol: 0,5-4 mg/kg/sut 2 qabulda. Taxiaritmiyalarda.
- Amiodaron: 5-10 mg/kg/sut. Hayot uchun xavfli aritmiyalarda.

2. Beta blokerlar:
   - Karvedilol: 0,1-0,8 mg/kg/sut 2 qabulda. Miokard faoliyatini yaxshilash uchun.
3. YAQNDV:
   - Ibuprofen: 10 mg/kg/sut 3-4 qabulda.
   - Diklofenak: 1-3 mg/kg bir marta.
   - Yallig'lanish va og'riq sindromini kamaytirish uchun qo'llaniladi.
4. Gormon terapiyasi:
   - Prednizolon: kuniga 1-2 mg/kg. Kasallik og'ir o'tganida, autoimmun formalarida buyuriladi.

Maxsus ko'rsatmalar

- **Davolash davomiyligi klinik javob bilan belgilanadi:**
  - Diuretiklar va nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar shish va yallig'lanish bartaraf etilgandan so'ng bekor qilinadi.
  - APF ingibitorlari va beta-blokatorlar yurak remodellanishining oldini olish uchun uzoq vaqt davomida qo'llanilishi mumkin.
- **Samaradorlik nazorati:**
  - EKG, ExoKG, elektrolitlar darajasi va yallig'lanish belgilarini muntazam ravishda baholash.
- **Individual yondashuv:**
  - Virus etiologiyasida immunosupressiv terapiya istisno qilinadi.
  - Bakterial infeksiyada antibiotiklar qo'shiladi.

Reabilitatsiya tadbirlari

Miokarditdan davolangandan so'ng bemorlarni tibbiy, jismoniy va psixologik reabilitatsiya qilish yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'rigan bolalarni reabilitatsiya qilish tamoyillariga asoslanadi va bemorning to'liq sog'ayishiga (kasallikning o'tkir kechishida) yoki qaytalanishlarning

yo‘qolishi yoki minimallashtirilishi (surunkali kechishida) bilan barqaror remissiyaga erishish uchun davolash-profilaktik tizimli chora-tadbirlar majmuasidan iborat. Reabilitatsiya dasturining tamoyillari - komplekslilik, bosqichlilik va uzluksizlik. Reabilitatsiyaning asosiy bosqichlari: statsionar 2-3 haftadan 1,5 oygacha; ambulator dinamik kuzatuv davomida 6 oydan 2-3 yilgacha; sanatoriy-kurort (kurs reabilitatsiyasi) har yili 24-48 kun. Aerobik jismoniy mashg‘ulotlarni cheklash o‘tkir davrda miokard shikastlanishining og‘irlik darajasiga va chap qorincha sistolik disfunksiyasining darajasiga bog‘liq. Psixologik reabilitatsiya individual va guruhli psixokorreksiya, treninglardan iborat. Ijtimoiy reabilitatsiya kasbiy yo‘naltirishni, ko‘rsatmalarga ko‘ra - individual o‘qitish rejimlarini o‘z ichiga oladi.

Profilaktika

Miokarditning birlamchi profilaktikasi homila ichi infeksiyalarining adekvat profilaktikasi, homiladorlarni rejali tekshirish, enterovirus infeksiyalari, shifoxona ichi infeksiyalari va uyushgan jamoalarda infeksiyalarning oldini olish, nazorat qilinadigan infeksiyalarning immunoprofilaktikasi, Milliy emlash taqvimini kengaytirish, gripp va O‘RVIning nospetsifik va spetsifik mavsumiy profilaktikasi hisoblanadi. Chiniqtirish, "tez-tez kasallanuvchi" bolalar va virusli infeksiyalarning og‘ir kechishi xavfi guruhidagi bolalarni immunoreabilitatsiya qilish, o‘choqli infeksiyani sanatsiya qilish, miokard tonzillogen kasalliklarining oldini olish. Miokarditning ikkilamchi profilaktikasi miokardit rekonvalessentlarini adekvat dispanser kuzatuvi va reabilitatsiyasi, latent va subklinik shakllari bo‘lgan bolalarni faol aniqlash, davolash va reabilitatsiya qilishdan iborat.

BOLALARDA O‘TKIR REVMATIK ISITMA

O‘tkir revmatik isitma (O‘RI) biriktiruvchi to‘qimaning tizimli yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, A guruhidagi β-gemolitik streptokokk (BGSA) bilan infeksiyadan keyin asorat sifatida rivojlanadi. O‘RI moyilligi bo‘lgan shaxslarda, asosan 7-15 yoshdagi bolalar va o‘smirlarda uchraydi va yurak, bo‘g‘imlar, teri va markaziy asab tizimining shikastlanishi bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi va patogenezi

O'tkir revmatik isitma (O'RI) burun-halqumni zararlaydigan streptokokk infeksiyasi yoki skarlatinadan keyin asorat sifatida yuzaga keladi. Tadqiqotlarga ko'ra, O'RI rivojlanish ehtimoli A guruhidagi β-gemolitik streptokokk (BGSA) keltirib chiqaradigan sporadik infeksiyadan keyin taxminan 0,3% ni, epidemik avj olish holatlarida esa 3% gacha. Streptokokkning "revmatik shtammlari" deb ataluvchi M-5, M-6, M-18, M-24 shtammlari ayniqsa xavflidir. Bu shtammlar o'ta yuqumliligi bilan ajralib turadi va hujayra devorida fagotsitozga to'sqinlik qiluvchi maxsus oqsil - M-protein saqlaydi. Bundan tashqari, ular burun-halqum to'qimalariga nisbatan troplikka ega va xo'jayin organizmining turli to'qimalari bilan kesishgan reaksiyalarni keltirib chiqarishga qodir, bu molekulyar mimikriya hodisasi bilan izohlanadi. O'RI genetik moyilligi bo'lgan odamlarda rivojlanadi, bu monoklonal D8/17 antitanalari bilan aniqlanadigan B-limfotsitlar alloantigeni mavjudligi, shuningdek HLA tizimining ma'lum lokuslari (DR5-DR7, Cw2-Cw3) bilan bog'liq. Bundan tashqari, A (II) va V (III) qon guruhlari va kislotali fosfataza (SS) fenotipiga ega bo'lgan odamlarda kasallik xavfi yuqori bo'ladi. O'RI paydo bo'lishi uchun BGSA yoki uning antigenlari organizmda uzoq vaqt bo'lishi kerak. Bu antigenlar streptolizinlar O, S, streptokinaza, gialuronidaza, dezoksiribonukleaza-V yurakka bevosita yoki bilvosita toksik ta'sir ko'rsatadi.

Organizmda streptokokk infeksiyasiga javoban giperimmun reaksiya boshlanib, antistreptolizin-O (ASL-O) va antistreptogialuronidaza (ASG) kabi streptokokka qarshi antitelolar ishlanib chiqadi. Bu antitelolar antigenlar bilan birikib, immun komplekslar hosil qiladi, bular komplement sistemasini, ayniqsa C1 va C4 komponentlarni faol holga keltiradi. Sirkulyatsiyadagi immun komplekslar (SIK) yurak to'qimalari va boshqa a'zolar tomirlarida cho'kib, ularning shikastlanishiga va immun buzilishlarni kuchaytiruvchi biologik faol moddalarning ajralib chiqishiga sabab bo'ladi. Immun yallig'lanish to'qimalarning zararlanishiga olib keladi, shuningdek o'tkir yallig'lanishning tomir-ekssudativ fazasini boshlab beradi. Bu fazada

immunoregulyator sitokinlar IL-2, IL-5, IL-7, IL-10 ishlab chiqariladi, ular T- va B-limfotsitlar proliferatsiyasini stimullaydi. Faollashgan makrofaglar va monotsitlar yallig'lanish oldi sitokinlari, jumladan, IL-1α, IL-1β, IL-6, IL-8, TNFα va TNFβ sintezini kuchaytiradi. Ushbu sitokinlar araxidon kislotasi metabolitlari sintezini kuchaytiradi, bu esa leykotriyenlar hosil bo'lishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida IL-1 va FNOning keyingi ishlab chiqarilishini rag'batlantiradi. Yallig'lanishni chaqiruvchi sitokinlar O'RIda nafaqat mahalliy yallig'lanish rivojlanishida asosiy rol o'ynaydi, balki isitma, uyquning buzilishi, mialgiya, artralgiya, bosh og'rig'i, vazn yo'qotish, o'tkir fazali oqsillar sintezi kabi tizimli ta'sirlarni keltirib chiqaradi. Bu jarayonlar revmatik jarayonning og'irligi va o'tkirligini belgilaydi, natijada biriktiruvchi to'qimaning tizimli dezorganizatsiyasi, vaskulitlar va o'rtacha fibrozga olib keladi. O'RIda yallig'lanishning ekssudativ komponentining ifodalanishi kasallikning klinik ko'rinishi va natijasiga bevosita ta'sir qiladi.

Klinik ko'rinishlari

1. Revmokardit (yurak shikastlanishi):

- Endokard, miokard va perikardning yallig'lanishi.

-Belgilari: taxikardiya, nafas qisilishi, yurakdagi shovqinlar, yurak yetishmovchiligi belgilari.

-Ehtimoliy oqibatlar: yurak nuqsonlarining shakllanishi (mitral yoki aorta stenozi/yetishmovchiligi).

2. Ko'chib yuruvchi poliartrit (bo'g'imlarning shikastlanishi):

-Yirik bo'g'imlarning (tizza, tirsak, to'piq) yallig'lanishi.

-Simmetrik shikastlanish, og'riqlarning ko'chishi, deformatsiyalarning yo'qligi xarakterlidir.

-Yallig'lanishga qarshi terapiyaga tezkor javob.

2. Sidengam xoreyasi (miya shikastlanishi):

-Giperkinezlar, mushaklar kuchsizligi, hissiy o'zgaruvchanlik bilan kechuvchi nevrologik buzilish.

-Streptokokk infeksiyasidan bir necha oy o'tgach rivojlanadi.

3. Halqasimon eritema:

-Tana va qo'l-oyoqlar terisidagi och pushti halqasimon toshmalar.

-Qichishish yoki po'st tashlash bilan kechmaydi.

4. Revmatik tugunchalar:

-0,5-2 sm o'lchamdagi teri osti og'riqsiz tugunchalari.

-Bo'g'imlar, ensa, umurtqa pog'onasi sohasida joylashadi.

Diagnostika

O'RI diagnostikasi uchun Kisel-Jons mezonlari qo'llaniladi, ular 1992-yilda Amerika revmatologlar assotsiatsiyasi (AKA) tomonidan qayta ko'rib chiqilgan va 2003-yilda Rossiya revmatologlar assotsiatsiyasi (ARR) tomonidan to'ldirilgan. Tashxis ikkita katta mezon yoki bitta katta va ikkita kichik mezon va tasdiqlangan streptokokk infeksiyasi mavjud bo'lganda ehtimoliy deb hisoblanadi.

Kisel-Jons mezonlari

Katta mezonlar:

1. Revmokardit.
2. Poliartrit.
3. Xoreya.
4. Halqasimon eritema.
5. Revmatik tugunchalar.

Kichik mezonlar:

1. Isitma (≥38°C).
2. Artralgiyalar.
3. O'tkir fazali ko'rsatkichlarning (ECHT, SRO) oshishi.
4. EKGda PR intervalini uzaytirish.

Alohida holatlar:

• Izolyatsiyalangan xoreya: tashxis boshqa sabablar, shu jumladan PANDAS sindromi istisno qilinganda qo'yiladi.

• Kechki kardit: infeksiyadan 2 oydan keyin valvulit belgilarining rivojlanishi.

• Takroriy O'RI: surunkali revmatik yurak kasalligi (SYURK) fonida yoki usiz.

Revmatik jarayonning faollik darajalari

1. Minimal (I daraja):

- Asta-sekin boshlanishi, normal harorat.
- Laboratoriya ko'rsatkichlarida sezilarsiz og'ishlar.

- Cho'ziluvchan kechishida yurak nuqsonlari shakllanish xavfi yuqori.

2. O'rtacha (II daraja):

- Subfebril harorat, kam ifodalangan kardit, poliartralgiyalar.
- Laboratoriya ko'rsatkichlarida o'rtacha o'zgarishlar.

3. Maksimal (III daraja):

- O'tkir boshlanishi, yuqori isitma, yaqqol ekssudativ komponent (poliartrit, pankardit).
- O'tkir fazali ko'rsatkichlarning sezilarli darajada oshishi

Laboratoriya diagnostikasi

1. Qonning umumiy tahlili:
- Leykotsitoz (>11×109/l).
- ECHTning oshishi (>20 mm/soat).

2. Qonning biokimyoviy tahlili:

- SRO, seromukoidning ko'payishi, disproteinemiya (gipoalbuminemiya, giperglobulinemiya).

3. Immunologik tadqiqotlar:

-Antistreptokokk antitanachalar (ASL-O, anti-DNK-aza V, antistreptogialuronidaza) titrlarining oshishi.

4. Qo'shimcha tadqiqotlar:

- Koagulogramma, elektrolitlarni aniqlash, immunogramma.
- Instrumental diagnostika

1. EKG:
- Sinusli taxi- yoki bradikardiya.
- PR oralig'ining uzayishi, repolyarizatsiya buzilishlari.

2. ExoKG:

-Valvulit belgilari (klapanlarning qalinlashishi va bo'shashishi, harakatchanlikning cheklanishi).

- Chap qorincha qon haydash fraksiyasining pasayishi (<60%).

3. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi:

- Yurakning mitral yoki aortal konfiguratsiyasi.

Differensial diagnostika

1. Infeksion endokardit:
- Isitma, klapanlardagi o'simtalar, ijobiy gemokultura.

2. Norevmatik miokardit:

- Virus etiologiyasi, valvulitning yo'qligi, terapiyaga sekin javob berish.

3. Mitral klapanning idiopatik prolapsi:

- Astenik tana tuzilishi, biriktiruvchi to'qima displaziyasi belgilari.

4. PANDAS sindromi:

- Psixonevrologik belgilar, antibiotik terapiyasidan keyin tez yaxshilanish.

5. Reaktiv artritlar:

- Ichak yoki urogenital infeksiya, monoartritlar bilan bog'liqligi.

-Mutaxassislar maslahati

• Nevropatolog: xoreya yoki nevrologik alomatlarda.

• Otolaringolog: surunkali infeksiya o'choqlarini istisno qilish uchun.

• Kardiojarroh: yurak nuqsonlariga shubha qilinganda.

• Okulist: revmatik xoreyada mikrotsirkulyatsiyani baholash uchun.

Davolash

1. Antibiotikoterapiya (streptokokk infeksiyasini bartaraf etish):

- Benzilpenitsillin: 1,2-2,4 mln TB/sut mushak orasiga 10 kun davomida.

- Muqobil: penitsillinga allergiyada makrolidlar (azitromitsin, klaritromitsin).

2. Yallig'lanishga qarshi terapiya:

- YAQNDV (ibuprofen, naproksen): artritda.

- Glyukokortikoidlar (prednizolon): og'ir karditda.

3. Simptomatik davolash:

- Yurak glikozidlari, diuretiklar - yurak yetishmovchiligida.

- Tutqanoqqa qarshi dorilar - xoreyada.

4. Retsidivlar profilaktikasi:

- Benzatin-benzilpenitsillin: har 3-4 haftada 1,2 mln TB mushak orasiga yuboriladi.

- Davomiyligi: kamida 5 yil yoki 21 yoshgacha (yurak shikastlanishining og'irligiga qarab).

Oqibati

• O'z vaqtida davolansa, oqibati yaxshi.

• Eng jiddiy asorat - jarrohlik yo'li bilan tuzatishni talab qiladigan yurak nuqsonlarining shakllanishi.

• O'RI retsidivlari kasallik oqibatini yomonlashtiradi va yurak asoratlari xavfini oshiradi.

Xulosa

O'tkir revmatik isitma erta tashxis qo'yish va kompleks davolashni talab qiladigan jiddiy kasallikdir. Kasallik qaytalanishining oldini olish va muntazam ravishda kardiolog nazoratida bo'lish asoratlar xavfini kamaytirish va bemorlarning hayot sifatini yaxshilash imkonini beradi.

O'tkir revmatik isitmani davolash

Davolashning maqsadi A guruhidagi β-gemolitik streptokokkni (BGSA) eradikatsiya qilish, revmatik jarayonning faolligini bostirish, yurak nuqsonlari shakllanishining oldini olish, dimlangan yurak yetishmovchiligini bartaraf etish va kasallikning ekstrakardial ko'rinishlarini bartaraf etishdan iborat.

Davolashning asosiy bosqichlari

1. Statsionarda davolanish:

- Klinik va laboratoriya ko'rsatkichlari yaxshilangunga qadar 2-3 hafta davomida yotoq rejimiga rioya qilish.

- Rejimni asta-sekin yarim yotoq va mashq rejimiga kengaytirish.

2. Sanatoriy-kurortda davolanish:

- Kardiorevmatologik sanatoriyda reabilitatsiya qilish.

3. Ambulatoriya kuzatuvi:

- Uzoq muddatli kuzatuv va qaytalanishning oldini olish.

Etiotrop terapiya

BGSAni yo'q qilishga qaratilgan. Tanlov preparatlari - penitsillinlar.

Antibiotiklarni qo'llash tartibi:

Preparat	Dozalash	Kiritish yo'li, karraligi, davomiyligi
Benzilpenitsillin	1,5-4 mln TB/sut (12 yoshdan katta bolalar); 400-600 ming. TB/kun (12 yoshdan kichik bolalar)	Mushak orasiga, kuniga 4 mahal, 10 kun.
Azitromitsin	0,5 g/sut (1-kun), keyin 0,25 g/sut (12 yoshdan katta bolalar); 12 mg/kg/sut (12 yoshgacha bo'lgan bolalar)	Ichishga, kuniga 1 mahal, 5 sutka.
Klaritromitsin	0,5 g/sut (12 yoshdan katta bolalar); 15 mg/kg/sut (12 yoshgacha bo'lgan bolalar)	Ichiladi, kuniga 2 mahal, 10 kun.
Midekamitsin	1,2 g/sut (12 yoshdan katta bolalar); 50 mg/kg/sut (12 yoshgacha bo'lgan bolalar)	Ichishga, kuniga 3 mahal, 10 kun.
Roksitromitsin	0,3 g/sut (12 yoshdan katta bolalar); 5 mg/kg/sut (12 yoshgacha bo'lgan bolalar)	Ichishga, kuniga 2 mahal, 10 kun.
Spiramitsin	6 mln TB/sut (12 yoshdan katta bolalar); 3 mln TB/kun (12 yoshgacha bo'lgan bolalar)	Ichishga, kuniga 2 marta, 10 kun.
Eritromitsin	1,5 g/sut (12 yoshdan katta bolalar); 40 mg/kg/sut (12 yoshgacha bo'lgan bolalar)	Ichishga, kuniga 3 mahal, 10 kun.
Klindamitsin	0,6 g/sut (12 yoshdan katta bolalar); 20 mg/kg/sut (12 yoshgacha bo'lgan bolalar)	Ichishga, kuniga 4 mahal, 10 kun.
Linkomitsin	1,5 g/sut (12 yoshdan katta bolalar); 30 mg/kg/sut (12 yoshgacha bo'lgan bolalar)	Ichishga, kuniga 3 mahal, 10 kun.

Patogenetik terapiya

Prednizolon buyurish uchun ko'rsatmalar:

- Og'ir yoki o'rtacha revmokardit.
- Xoreya, poliserozitlar.
- Yallig'lanish jarayonining yuqori faolligi (ECHT ≥ 30 mm/soat).

Prednizolonning qo'llanish sxemasi:

- 12 yoshdan katta bolalar: 20 mg/sut.
- 12 yoshgacha bo'lgan bolalar: 0,7-0,8 mg/kg/sut.
- Kurs: dozani asta-sekin kamaytirish bilan 1,5-2 oy.

Yo'ldosh preparatlar:

- Antatsidlar (almagel, maaloks).
- Kaliy preparatlari (asparkam, panangin).

NYQP (diklofenak):

Ko'rsatma: sust ifodalangan kardit, revmatik artrit, jarayonning minimal faolligi.

- Dozasi: kuniga 2-3 mg/kg dan 2-3 marta.

Simptomatik terapiya

1. Yurak yetishmovchiligini davolash:

- Digoksin: 0,25 mg/sut.
- Furosemid: kuniga 1-2 mg/kg.
- Kaptopril: 0,1-0,5 mg/kg/sut.

2. Xoreyani davolash:

- Galoperidol: 0,5-2 mg/kun.
- Diazepam: kuniga 2-10 mg.
- Fenobarbital: 0,1 g/sut.

3. Diuretiklar:

- Furosemid: kuniga 40 mg.
- Gipotiazid: 100 mg/sut.
- Veroshpiron: kuniga 25-50 mg.

4. Qon-tomir terapiyasi:

- Pentoksifillin: 2%, 5 ml vena ichiga.

5. Gastroprotektorlar:

- Omeprazol: 20 mg/sut.

6. Antigipertenziv vositalar:

- Amlodipin: 5-10 mg/sut.
- Metoprolol: 50 mg/sut.

7. Kardiometabolik preparatlar:
- *Karnitin xlorid: 20% li eritma.*
- *Inozin: 0,4 g/sut.*

8. Sedativ terapiya:
- *Fenibut: 250 mg/kun.*
- *Natriy bromid: 0,15 g/sut.*

Parhez

- Oqsil miqdori: tana vazniga kamida 1 g/kg.
- Osh tuzini cheklash.
- Kaliy va magniyga boy mahsulotlarni kiritish.

O'RIni davolash etiotrop, patogenetik va simptomatik terapiyani o'z ichiga olgan kompleks yondashuvni talab qiladi. Davolashni o'z vaqtida boshlash va bosqichlarga rioya qilish yurak nuqsonlari va boshqa asoratlar rivojlanishining oldini olish imkonini beradi.

Profilaktika

O'RKning birlamchi profilaktikasi I bosqich: umumiy chora-tadbirlar: bolaning to'g'ri jismoniy rivojlanishini ta'minlash; to'laqonli vitaminlashtirilgan ovqatlanish; hayotining birinchi oylaridan boshlab chiniqtirish; sanitariya-gigiyena qoidalari majmuasini bajarish; maktablarda, bolalar muassasalarida to'planishga qarshi kurashish.

II bosqich - streptokokk infeksiyasiga qarshi kurashish - BGSA erta tashxislash; BGSA chaqirgan o'tkir tonzillitni o`z vaqtida davolash maqsadida: m/o, - benzatin benzilpenitsillin; yoki ichish uchun, 10 kun davomida - amoksitsillin, fenoksimetilpenitsillin, sefadroksil berish maqsadga muvofiqdir. Ko'rsatilgan preparatlarni ko'tara olmaslikda makrolidlar ichishga 10 kun davomida buyuriladi. (1-jadvalga qarang). BSGA chaqirgan surunkali tonzillit qo'zishida quyidagilar qo'llaniladi: ichish uchum, 10 kun davomida - amoksitsillin/klavulanat, sefuroksim buyuriladi. Betalaktam antibiotiklarni ko'tara olmaslikda: ichish uchun, 10 kun davomida - klindamitsin, linkomitsin tavsiya etiladi.

O'RKning ikkilamchi profilaktikasi Ekstensillin, retarpen (benzatin benzilpenitsillin) bilan quyidagi dozalarda o'tkaziladi: tana vazni 25 kg gacha bo'lgan bolalarga 600 000 TB; vazni 25 kg dan ortiq bo'lgan bolalarga 1 200 000 TB; 2 400 000 ED o'smirlar va kattalarga 3

haftada 1 marta yoki bitsillin-1 bilan bir xil dozada, lekin haftada 1 marta. Ta`siri uzaytirilgan penitsillinlarni ko'tara olmaslik holatlarida har bir BSGA tonzillit/faringit holatida o'z vaqtida 10 kunlik kurs bilan makrolidlarni qo'llash tavsiya etiladi.

Bitsillinoprofilaktikaning davomiyligi individual ravishda belgilanadi:

1. karditsiz O'RI (xoreya, artrit) o'tkazgan bemorlarda - 5 yil davomida yoki 18 yoshgacha "qaysi biri uzoqroq" tamoyili bo'yicha;

2. O'RIni kardit bilan o'tkazgan, nuqson shakllanmagan bemorlarda - 10 yil davomida yoki 25 yoshgacha "qaysi biri uzoqroq" tamoyili bo'yicha;

3. O'RIni kardit bilan o'tkazgan, nuqson shakllangan bemorlarda - umrbod. Ikkilamchi infeksion endokardit profilaktikasi: og'iz bo'shlig'i, qizilo'ngach, nafas yo'llari sohasidagi tibbiy muolajalarda revmatik yurak nuqsonlari (RYUN) bilan og'rigan bemorlarga o'tkaziladi: amoksitsillin ichishga 2 g (12 yoshdan katta bolalarga), 50 mg/kg (12 yoshdan kichik bolalarga), bir marta, muolajadan 1 soat oldin yoki ampitsillin v/i yoki m/o, shu dozada, bir marta, muolajadan 30 daqiqa oldin.

Penitsillinlarni ko'tara olmaslikda: klindamitsin ichishga 600 mg (12 yoshdan katta bolalarga), 20 mg/kg (12 yoshdan kichik bolalarga), bir marta, muolajadan 1 soat oldin; sefadroksil yoki sefaleksin ichishga 2g (12 yoshdan katta bolalarga), 50 mg/kg (12 yoshdan kichik bolalarga), bir marta, muolajadan 1 soat oldin yoki klindamitsin v/i 600 mg (12 yoshdan katta bolalarga), 20 mg/kg (12 yoshdan kichik bolalarga), bir marta, muolajadan 30 daqiqa oldin; sefazolin v/i yoki m/i 1g (12 yoshdan katta bolalarga), 25 mg/kg (12 yoshdan kichik bolalarga), bir marta, muolajadan 30 daqiqa oldin. Linkozamidlar va sefalosporinlarni ko'tara olmaslikda: azitromitsin ichishga 500 mg (12 yoshdan katta bolalarga), 15 mg/kg (12 yoshdan kichik bolalarga), bir marta, muolajadan 1 soat oldin; klaritromitsin ichishga 500 mg (12 yoshdan katta bolalarga), 15 mg/kg (12 yoshdan kichik bolalarga), bir marta, muolajadan 1 soat oldin.

VIII BOB. HAZM TIZIMI KASALLIKLARI.

BOLALARDA OSHQOZON-QIZILO'NGACH REFLYUKS KASALLIGI

Gastroezofageal reflyuks kasalligi (GERK) surunkali, qaytalanishga moyil kasallik bo'lib, o'ziga xos qizilo'ngach va qizilo'ngachdan tashqari belgilar, shuningdek, oshqozon yoki oshqozon-ichak tarkibining orqaga qaytishi natijasida yuzaga keladigan qizilo'ngach shilliq qavatining turli xil morfologik o'zgarishlari bilan namoyon bo'ladi. Ovqat hazm qilish a'zolari patologiyasi bo'lgan bolalar orasida reflyuks-ezofagitni aniqlash chastotasi 8,7% dan 17% gacha o'zgarib turadi. Turli yosh guruhlaridagi bolalarda oshqozon-ichak traktining barcha funksional va surunkali yallig'lanish kasalliklari orasida aynan qizilo'ngachning shikastlanishi uchrash chastotasi va rivojlanishga moyilligi bo'yicha yetakchi o'rinni egallaydi. Agar ilgari pediatrlarning e'tibori asosan qizilo'ngachning tug'ma rivojlanish anomaliyalari, shilliq qavatning termik yoki kimyoviy kuyishlari va ularning oqibatlariga qaratilgan bo'lsa, so'nggi yillarda bolalar amaliyotida qizilo'ngachning yallig'lanish shikastlanishlari sezilarli darajada ko'proq qayd etilmoqda.

Ovqat hazm qilish tizimining surunkali yallig'lanish kasalliklari tarkibida izolyatsiyalangan ezofagitlar taxminan 1,5% ni tashkil qiladi. Ko'pincha qizilo'ngach yallig'lanishi boshqa a'zo va tizimlarning zararlanishi bilan birga kechadi (15% bolalarda surunkali gastrit bilan birga kechishi, 38,1% bolalarda surunkali gastroduodenit bilan birga kechishi aniqlanadi; ezofagit deyarli barcha bemorlarda uchraydi).

Gastroezofageal reflyuks kasalligi (GERK) surunkali qaytalanuvchi kasallik bo'lib, oshqozon yoki oshqozon-ichak trakti tarkibining qizilo'ngachga retrograd tashlanishi bilan tavsiflanadi, bu klinik ko'rinishlarga va qizilo'ngach shilliq qavatining morfologik o'zgarishlariga olib keladi.

Etiopatogenezi

GERK rivojlanishini keltirib chiqadigan omillar:

- Ovqatlanish tartibi va sifatining buzilishi;

- Qorin bo'shlig'i bosimining oshishi bilan kechadigan holatlar (qabziyat, noto'g'ri jismoniy zo'riqish, tananing uzoq vaqt egilgan holati);

- Nafas tizimi patologiyasi (bronxial astma, mukovissidoz, qaytalanuvchi bronxit);

- Ba'zi dori vositalarini qabul qilish (xolinolitiklar, sedativlar, beta-adrenoblokatorlar);

- Chekish, alkogol;

- diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasi;

- Infeksiyalar (gerpes, sitomegalovirus, zamburug'li zararlanishlar).

Moyillik omillari:

- Katta maktab yoshi;

- Erkak jinsi;

- Oshqozon ichak trakti kasalliklari bo'yicha irsiyat;

- Gastroduodenal sohaning organik patologiyasi;

- Vegetativ disfunksiya;

- Gelmintozlar;

- Surunkali infeksiyalar;

- Semizlik;

- Diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasi.

GERK patogenezi asosida "agressiya" (kislotali, ishqoriy yoki aralash reflyuks, xlorid kislotaning yuqori sekretsiyasi, o't kislotalari, YaQNDV qabul qilish, Helicobacter pylori infeksiyasi) va "himoya" (kardiyaning antireflyuks funksiyasi, qizilo'ngach shilliq qavatining rezistentligi, samarali klirens, oshqozon tarkibini o'z vaqtida evakuatsiya qilish) omillari o'rtasidagi nomutanosiblik yotadi.

GERK tasnifi bir nechta shakl va baholash mezonlarini o'z ichiga oladi. Quyida asosiy tasniflar va mezonlar

Klinik shakllari bo'yicha tasniflash

• **Eroziv bo'lmagan reflyuks kasalligi** (EBRK): barcha GERK holatlarining taxminan 60-65% ni tashkil qiladi. EBRKda klinik belgilar yaqqol namoyon bo'lishiga qaramay, endoskopiyada aniqlanadigan qizilo'ngach shilliq qavatining eroziv shikastlanishlari kuzatilmaydi.

• **Eroziv reflyuks kasalligi (ERK):** taxminan 30-35% holatlarni tashkil etadi. Qizilo'ngachda endoskopiyada ko'rinadigan eroziyalar va yallig'lanishli o'zgarishlar mavjudligi bilan tavsiflanadi.

• **Barrett qizilo'ngachi:** GERKning 5% holatlarida uchraydi. Bu holat qizilo'ngach shilliq qavatining o'zgarishi bilan tavsiflanadi, bu qizilo'ngach saratoni xavfini oshirishi mumkin.

Og'irlik darajasi bo'yicha tasnifi:

• **Yengil shakli:** haftasiga 2 martadan kam jig'ildon qaynashi.

• **O'rtacha shakli:** jig'ildon qaynashi haftasiga 2 marta va undan ko'p, lekin har kuni emas.

• **Og'ir shakli:** har kuni jig'ildon qaynashi.

Ezofagitning endoskopik tasnifi:

Savary-Miller va Los-Anjeles tasnifi kabi tasniflash tizimlari qo'llaniladi. Ushbu tizimlar qizilo'ngachdagi eroziv o'zgarishlar darajasini baholaydi:

• **0-daraja:** yallig'lanishning vizual belgilari yo'q.

• **1-daraja:** yakka yallig'lanish o'choqlari.

• **2-daraja:** bir-biriga qo'shilib ketgan eroziv o'choqlar.

• **3-daraja:** qizilo'ngachning butun aylanasi bo'ylab eroziv-ekssudativ yallig'lanish.

• **4-daraja:** surunkali yallig'lanish belgilari, shu jumladan yaralar va strikturalar.

Klinik ko'rinishi

Alomatlar yoshga qarab farq qiladi:

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda ekstraezofageal ko'rinishlar ustunlik qiladi: yo'tal, disfoniya, qusish, qayt qilish.

- Kattaroq yoshdagi bolalarda jig'ildon qaynashi, to'sh orqasida og'riq, disfagiya, kekirish ustunlik qiladi.

- 60% bemorlarda qizilo'ngach zararlanish belgilari: epigastral yoki to'sh orqasida ovqatdan keyin kuchayadigan og'riq, dispeptik holatlar kuzatiladi.

Diagnostikasi:

Asosiy usullar:

- biopsiya bilan ezofagogastroduodenoskopiya;

- Qizilo'ngachning kunlik pH monitoringi;
- Kontrast rentgenografiya;
- Radioizotop tekshirish (ssintografiya).

Davolash

Kompleks yondashuv quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. Dietoterapiya:

- Tez-tez bo'lib-bo'lib ovqatlanish;
- Yog'li, achchiq taomlar, qahva, shokoladni istisno qilish;
- Ko'krak yoshidagi bolalarda maxsus aralashmalar (masalan, "Frisov," "Nutrilon AR").

2. Postural terapiya:

Ko'krak yoshidagi bolalarni 45-60° burchak ostida ovqatlantirish;

- Katta yoshdagi bolalarda boshni ko'tarib uxlash.

3. Medikamentoz terapiya:

- Prokinetiklar (domperidon - 0,25 mg/kg kuniga 3-4 marta);
- Antatsidlar (Maaloks, Fosfalyugel - yoshga qarab 5-20 ml);
- Antisekretor preparatlar (proton pompasi ingibitorlari - omeprazol 0,5-2,0 mg/kg/sut);
- Zarur bo'lganda - sedativ va nootrop vositalar.

4. Fizioterapiya:

- Elektroforez, motorikani yaxshilsh maqsadida SMT- terapiyasi;
- Vegetativ tonusning me'yorlashuvi (elektr uyqu).

Konservativ davolash samarasiz bo'lganda (Troyanov ma'lumotlariga ko'ra 70% muvaffaqiyat bilan yakunlangan) jarrohlik aralashuvi ko'rsatilgan.

Bolalarda GERK yosh, simptomlarning og'irligi va asoratlarning mavjudligini hisobga olgan holda differensial yondashuvni talab qiladi. Erta tashxis qo'yish va kompleks davolash hayot sifatini yaxshilaydi va kasallik rivojlanishining oldini oladi.

GERK bilan kasallangan bolalarni dispanser nazorati

GERK bilan og'rigan bolalar pediatr va gastroenterologning muntazam nazorati ostida, yondosh kasalliklar mavjud bo'lsa, qo'shimcha ravishda ixtisoslashgan mutaxassislar nazorati ostida bo'ladi. Qizilo'ngach strikturasi, qon ketishi, Barrett qizilo'ngachi kabi asoratlar

rivojlanganda, jarroh kuzatuv jarayoniga qo'shiladi. Barrett qizilo'ngachi bo'lgan bolalarda qizilo'ngachning xavfli degeneratsiyasiga shubha tug'ilganda, bemorni onkolog maslahatiga yuborish kerak. Odatda, GERKning asoratlanmagan shakli bilan og'rigan bolalar og'ir asoratlar yoki jarrohlik yo'li bilan davolash zarurati bilan bog'liq vaziyatlardan tashqari, kecha-yu kunduz kasalxonaga yotqizilmaydi. Tashxisni aniqlashtirish, davolash taktikasini to'g'rilash va reabilitatsiya tadbirlarini o'tkazish uchun o'rtacha davomiyligi 10 gacha bo'lgan kunduzgi statsionarga yotqizish tavsiya etiladi.

Bolalarda surunkali gastrit va gastroduodenit

Surunkali gastrit (SG) uzoq davom etadigan yallig'lanish kasalligi bo'lib, me'daning shilliq va shilliq osti qavatlarini shikastlaydi, to'qimalar regeneratsiyasi jarayonlarining buzilishi, progressiv kechishi, bezlar atrofiyasi va sekretor funksiyasining pasayishi bilan kechadi, natijada hazm qilish va moddalar almashinuvining buzilishiga olib keladi. Surunkali gastroduodenit (SGD) oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining mahalliy yoki tarqalgan strukturaviy o'zgarishlar, motor, sekretor va evakuator funksiyalarning buzilishi bilan birga keladigan qo'shma yallig'lanishi bilan tavsiflanadi.

Epidemiologik ma'lumotlar bolalarda gastroenterologik kasalliklar orasida SG va SGD ning yuqori tarqalganligini ko'rsatadi: chastotasi 1000 bemorga 300-400 holatni tashkil qiladi. Patologiyaning izolyatsiyalangan shakllari nisbatan kam, 10-15% hollarda uchraydi. Oshqozon-ichak traktining yuqori bo'limlari kasalliklari orasida SGD 53,1%, SG - 29,7%, surunkali duodenit - 16,2% ni tashkil qiladi. Kasallanishning eng yuqori cho'qqisi 10-15 yoshda qayd etiladi. Kichik maktab yoshidagi guruhda jinsiy farqlar aniqlanmadi, ammo o'smirlar orasida gastroduodenal kasalliklar ko'pincha o'g'il bolalarda tashxislanadi.

Pediatriya amaliyotida A.V. Mazurin va uning hamkasblari (1994 y.) tomonidan ishlab chiqilgan surunkali gastrit va gastroduodenit tasnifi, shuningdek, 1996-yilda to'ldirilgan va 2002-yilda Rossiya pediatrlarining IX s`yezdida bolalar uchun moslashtirilgan Sidney tizimi (1990 y.)

qo'llaniladi. Zamonaviy tasnif kasallikning etiologiyasini, shilliq qavatning morfologik o'zgarishlarini va zararlanish joyini hisobga oladi.

Surunkali gastrit, duodenit va gastroduodenit tasnifi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

•Kelib chiqishiga ko'ra: birlamchi shakllar (yuqumli, toksik, reaktiv va ekologik) va tizimli kasalliklar bilan bog'liq ikkilamchi shakllar (oziq-ovqat buzilishi, allergiya, Kron kasalligi, seliakiya va boshqalar).

•Topografiyasi bo'yicha: antral gastrit, pangastrit, postbulbar duodenit, gastroduodenit.

•Endoskopik xususiyatlariga ko'ra: eritematoz, nodulyar, eroziv, gemorragik, atrofik variantlar.

•Morfologik o'zgarishlarga ko'ra: zararlanishning o'choqli va diffuz shakllari, ichak metaplaziyasi, subatrofiyasi, spetsifik va nospetsifik o'zgarishlar.

• Kasallik fazalari bo'yicha: qo'zish, to'liq bo'lmagan va to'liq remissiya.

•Oshqozonda kislota hosil bo'lish xususiyatiga ko'ra: kislotalilik oshgan, normal yoki pasaygan.

Bunday tizimlashtirish kasallikning xususiyatlariga qarab uni davolash va kechishini bashorat qilishga yondashuvni individuallashtirish imkonini beradi.

Etiologiyasi

Hozirgi vaqtda SG va SGD rivojlanishida Helicobacter pylori (H.pylori) bakteriyasi keltirib chiqaradigan infeksiya eng muhim omil sifatida tan olingan. Ushbu mikroorganizm gastroduodenal sohadagi yallig'lanish jarayonlarining patogenezida faol ishtirok etadi, yara kasalligining rivojlanishiga hissa qo'shadi va oshqozon karsinomasining paydo bo'lish xavfini oshiradi. Oshqozon shilliq qavatida H.pylori persistensiyasi to'qimalarning neytrofil va limfotsitar infiltratsiyasiga, yallig'lanish oldi sitokinlari ishlab chiqarilishining kuchayishiga olib keladi, bu esa atrofik jarayonlar va ichak metaplaziyasi rivojlanishini stimullaydi.

Bolalarda H.pylori infeksiyasining tarqalishi keng diapazonda o'zgarib turadi (44% dan 97% gacha) va ijtimoiy-iqtisodiy maqomga, ota-

onalarning ta'lim darajasiga, yashash sharoitlariga va bolaning yoshiga bog'liq. Infeksiya ko'pincha erta bolalik davrida og`iz-og`iz, fekal-og`iz yoki mumkin bo'lgan zoonoz yo'l orqali yuqadi.

Kasalliklar patogenezida H.pylorining rolini tasdiqlovchi eksperimental ma'lumotlarga o'z-o'zini zararlashning muvaffaqiyatli modellari, o'ziga xos neytrofillarni faollashtiruvchi oqsillarni aniqlash va eradikatsion terapiyadan keyin gastritning qayta rivojlanishi kiradi.

Surunkali gastrit va gastroduodenit patogenezi

Helicobacter pylori ureaza faolligi tufayli oshqozonning agressiv kislotali muhitiga moslashish qobiliyatiga ega. Ureaza qondan tushgan mochevinani ammiak va karbonat angidridga parchalab, mikroorganizmning yashashi uchun qulay bo'lgan mahalliy ishqoriy sharoitni hosil qiladi. Bu bakteriyalarga himoya shilliq to'sig'ini yengib o'tish, epiteliy hujayralariga yopishish va shilliq qavatning kriptalari va bezlariga joylashish imkonini beradi.

Organizmning infeksiyaga qarshi immun javobi neytrofillar migratsiyasi va yallig'lanish oldi sitokinlari ajralishi bilan kechadi, bu esa surunkali yallig'lanish, atrofik o'zgarishlar va me'da shilliq qavatining ichak metaplaziyasiga olib keladi.

Eroziv va yarali shikastlanishlarning shakllanishida neyrogumoral regulyatsiya ham muhim rol o'ynaydi: po'stloq va po'stloq osti markazlari, vegetativ nerv tizimi va me'daning periferik nerv apparati faoliyatining buzilishi katexolaminlar, serotonin kabi yallig'lanish mediatorlarining faollashishiga yordam beradi.

Klinik ko'rinishi

Surunkali gastrit va gastroduodenitning asosiy klinik ko'rinishlariga og'riq va dispeptik sindromlar kiradi. Og'riq sindromi turli darajadagi intensivlikda namoyon bo'lishi mumkin, og'riqlar ovqatdan so'ng tez orada (10-20 daqiqadan keyin) yoki och qoringa yoki ovqat qabul qilgandan 1-1,5 soat o'tgach paydo bo'ladi. Og'riqlarning joylashuvi ko'pincha epigastral yoki piloroduodenal sohada aniqlanib, chap qovurg'a osti, ko'krak qafasi yoki chap qo'lga tarqalishi mumkin.

Dispeptik ko'rinishlarga kekirish, ko'ngil aynishi, qusish, ishtahaning pasayishi kiradi. Ko'pincha H. pylori infeksiyasi belgilarsiz

kechadi, bu esa kasallikning dastlabki bosqichlarida tashxis qo'yishni murakkablashtiradi.

Diagnostika

SG va SGD tashxisini qo'yish endoskopik va gistologik tekshiruv ma'lumotlariga, H.pylori infeksiyasini aniqlashga, oshqozon kislotaliligini o'rganishga va vegetativ holatni baholashga asoslanadi, nevrolog va psixonevrologning maslahati shart.

Bolalarda H. pylori infeksiyasini tashxislash xususiyatlari

Infeksiya diagnostikasi invaziv bo'lmagan va invaziv usullarni o'z ichiga oladi.

Noinvaziv testlarga nafas olish testlari, IFA usuli bilan IgA va IgG maxsus antitanalarini aniqlash, najasning PSR tahlili kiradi.

Invaziv usullar H.pylorini aniqlash va uning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash uchun ureaza testi, PSR tahlili va bakteriologik ekish uchun oshqozon shilliq qavatidan bioptatlar olish bilan ezofagogastroduodenoskopiya o'tkazishni o'z ichiga oladi. Infeksiyaning endoskopik belgilari o'n ikki barmoq ichak piyozchasida yaralar bo'lishi, antral bo'lim shilliq qavatining tugunli giperplaziyasi, oshqozonda loyqa shilliq, shilliq qavat burmalarining cho'kishi. Hozirgi vaqtda birlamchi diagnostika uchun invaziv bo'lmagan usullar tobora ko'proq qo'llanilmoqda, invaziv usullar esa eradikatsiyani nazorat qilish uchun ahamiyatini saqlab qolmoqda.

Birlamchi tashxis qo'yish nafas olish testi, IFA va najasning PSR usullari bilan amalga oshiriladi. Davolash samaradorligini nazorat qilish 4 haftadan keyin amalga oshiriladi.

Oshqozon sekretsiyasini baholash

Me'daning sekretor funksiyasi fraksion zondlash va me'da ichi pH-metriyasi yordamida baholanadi, bu esa kislota hosil bo'lishi va fermentlar hosil bo'lishi jarayonlarini batafsil o'rganish imkonini beradi.

Differensial diagnostika

Yara kasalligi, me'daning eroziv zararlanishi, YAQNDV qabul qilish bilan bog'liq gastropatiyalar, gastroezofageal reflyuks kasalligi, reflyuks-ezofagit, pankreatit va xoletsistit bilan o'tkaziladi.

Davolash bo'yicha klinik tavsiyalar

SG va SGD ni davolashda davolash-muhofaza rejimi, parhez bilan va medikamentoz korreksiya o'tkaziladi. Kasallik qo'zigan davrda avaylovchi parhez (stol №1), vismut yoki proton pompasi ingibitorlari bilan davolash o'tkazilganda - sutsiz parhez (stol №4) buyuriladi.

Dori-darmonlar bilan davolashni tanlash simptomlarning yaqqolligiga, oshqozon-ichak trakti a'zolarining zararlanish darajasiga, H.pylori infeksiyasining mavjudligiga, oldingi davolash natijalariga va vegetativ holatning xususiyatlariga bog'liq.

Antatsidlar bilan davolash

Antatsid preparatlar xlorid kislotani neytrallash hisobiga me'da shirasining kislotaliligini kamaytiradi. Ularning samaradorligi kislotani neytrallash qobiliyati bilan belgilanadi, bu zamonaviy vositalarda 15 ml suspenziyada 20-108 mekv ga yetadi.

Tarkibida alyuminiy kationlari bo'lgan so'rilmaydigan antatsidlar uzoqroq ta'sir ko'rsatadi va sitoprotektiv xususiyatlarga ega. Antatsidlarni ovqatdan bir soat keyin qabul qilish tavsiya etiladi, davolash kursi 2-4 haftani tashkil etadi.

Antisekretor terapiya

Kislota sekretsiyasini kamaytiruvchi vositalarga M-xolinolitiklar, H_2-retseptorlar blokatorlari va PPI kiradi. H+/K+-ATFazani pariyetal hujayralar darajasida bloklaydigan PPI (omeprazol, ezomeprazol, rabeprazol va boshqalar) eng samarali hisoblanadi.

PPI bolalarda tana vazniga 1,0 mg/kg dozada qo'llaniladi. Davolash davomiyligi 7 kundan 14 kungacha. Bu preparatlar H_2-blokatorlardan farqli o'laroq, asta-sekin to'xtatishni talab qilmaydi.

Sitoprotektor terapiyasi

Mahalliy himoya ta'siriga ega preparatlarga sukralfat va vismut trikaliy ditsitrat kiradi. Sukralfat shilliq parda yuzasida himoya pardasi hosil qiladi, prostaglandinlar sintezini kuchaytiradi va me'dani kislotaning agressiv ta'siridan himoya qiladi.

Vismutning kolloid preparatlari qo'shimcha ravishda H.pyloriga nisbatan bakteritsid ta'sirga ega.

Prokinetiklar bilan davolash

Harakat buzilishlarini tuzatish uchun domperidon va metoklopramid kabi prokinetiklar qo'llaniladi. Ular antral motorikani kuchaytiradi, oshqozon tarkibining evakuatsiyasiga yordam beradi va pastki qizilo'ngach sfinkterining tonusini oshiradi. Domperidon ekstrapiramidal nojo'ya ta'sirlarning past xavfi tufayli afzal hisoblanadi.

Antibakterial terapiya

H.pylorining eradikasion terapiyasi oshqozonning kislotali muhitida samarali bo'lgan va shilliq qavatga kira oladigan antibiotiklardan foydalanishni o'z ichiga oladi. Amoksisillin va klaritromisin bolalar uchun tanlov preparati hisoblanadi.

Standart sxemalar uch komponentli terapiyani (IPP + ikkita antibiotik) yoki to'rt komponentli terapiyani (IPP + ikkita antibiotik + vismut) o'z ichiga oladi.

Probiotik terapiya

Antibakterial terapiya davomida disbakteriozning oldini olish uchun bir vaqtning o'zida Lactobacillus, Bifidobacterium va Enterococcus asosidagi probiotiklarni buyurish tavsiya etiladi. Kurs davomiyligi 7-10 kunni tashkil etadi.

Davolash davomiyligi va samaradorligi

Surunkali gastrit va gastroduodenitni davolashning o'rtacha davomiyligi 1-2 hafta bo'lib, kasallik kechishining og'irligi va yondosh omillarga qarab korreksiya qilinadi.

Kasallik qo'zishining oldini olish uchun ovqatlanish tartibiga rioya qilish, yiliga ikki marta muntazam ravishda gastroenterolog ko'rigidan o'tish va "talabga ko'ra" terapiya o'tkazish tavsiya etiladi.

Eradikatsion terapiya muvaffaqiyatsizliklarining sabablari

Davolashning samarasizligi modifikatsiyalanmaydigan omillar (H. pylori shtammlarining chidamliligi, dori vositalarini ko'tara olmaslik) va modifikatsiyalanadigan omillar (davolash sxemasining buzilishi, dozalarni noto'g'ri tanlash, bemorlarning past komplayentligi) bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Oqibati

H.pylori muvaffaqiyatli eradikatsiyasida prognoz ijobiy. Qayta infeksiyalanish xavfi yuqori emas (1-1,5%), biroq bola atrofida tashuvchilar bo'lsa, u 15-30% ga yetishi mumkin. Infeksiya bartaraf etilgandan so'ng oshqozon shilliq qavatining yallig'lanishi 2-6 oy ichida qaytadi va odatda qo'shimcha davolash usullari talab qilinmaydi.

OSHQOZON VA O'N IKKI BARMOQLI ICHAK YARA KASALLIGI

Bolalarda oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi

Oshqozon va/yoki o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligi surunkali patologiya bo'lib, zo'rayish va remissiya fazalarining almashinuvi bilan kechadi. Kasallik oshqozon shilliq qavatida, o'n ikki barmoqli ichak piyozchasida va kamdan-kam hollarda postbulbar bo'limlarda yarali nuqsonlarning shakllanishi bilan tavsiflanadi. O'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining (O'BIYAK) yuqori tarqalganligi, qon ketish, stenozlar, yaralarning perforatsiyasi va penetratsiyasi kabi asoratlar rivojlanishi bilan kechishining og'irligi, shuningdek, turg'un remissiyaga erishishning murakkabligi ushbu patologiyani o'rganishning dolzarbligini ta'kidlaydi.

Eroziv shikastlanishlar ko'pincha "eroziv-yarali shikastlanishlar" degan umumiy tushuncha ostida yaralar bilan birlashtiriladi, ammo eroziya va yaralarni aniq farqlash kerak: eroziyalar shilliq qavatning faqat yuzaki qatlamlariga ta'sir qiladi va mushak plastinkasini jalb qilmaydi, yaralar esa chuqurroq kirib, yetib boradi.

Epidemiologiya

Yara kasalligi katta yoshdagi aholi orasida keng tarqalgan. Rossiyada ushbu kasallik bo'yicha dispanser hisobida turgan 3,5 milliondan ortiq bemor ro'yxatga olingan. Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2001-yildagi ma'lumotlariga ko'ra, yara kasalligi bilan kasallanish darajasi 100 000 aholiga 1625,9 holatni tashkil etdi. Kattalarda o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi me'da yara

kasalligiga nisbatan 15-20 marta ko'p uchraydi, erkaklar ayollarga nisbatan 2-4 marta ko'p kasallanadi.

Bolalarda yara kasalligining tarqalishi haqidagi ma'lumotlar sezilarli darajada farq qiladi. Masalan, Britaniya Kolumbiyasidagi (Kanada) bolalar shifoxonasida har yili 4 million bemorga 4-6 ta yangi holat tashxisi qo'yiladi. Rossiyada yara kasalligi gastroduodenal patologiyasi bo'lgan bolalarning 8-12 foizida aniqlanadi. Bolalarda o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi me'da yara kasalligiga nisbatan 30 marta ko'proq rivojlanadi.

Mahalliy tadqiqotchilarning aksariyati bolalarda o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi 81% hollarda, oshqozon yara kasalligi 13% hollarda, boshqa joylashuvdagi yaralar esa taxminan 6% ni tashkil etishini ta'kidlaydi. Rossiya Sog'liqni saqlash vazirligi RDTU bolalar kasalliklari propedevtikasi kafedrasi ma'lumotlariga ko'ra, bolalarda oshqozonning surunkali yara kasalligi juda kam uchraydi - 1% dan kam hollarda. Stress omillari, jarohatlar, infeksiyalar yoki dori-darmonlar ta'sirida yuzaga kelgan o'tkir yarali jarayonlar ko'proq qayd etiladi.

Anamnestik, klinik-endoskopik va funksional ma'lumotlarni tahlil qilish bolalarda O'BIYAK tarqalishining yosh va jinsiy xususiyatlarini aniqlashga imkon berdi. Kasallik 3 yoshdan boshlab namoyon bo'lishi mumkin, qizlarda 12-13 yoshda va o'g'il bolalarda 14-15 yoshda maksimal chastotaga yetadi. 4-8 yoshda jinsiy farqlar bo'lmaydi, lekin keyinchalik o'g'il bolalar qizlarga qaraganda uch baravar ko'proq kasallanadi.

Tasniflash

Kasalliklarning 10-qayta ko'rib chiqilgan Xalqaro tasnifiga (XKT-10) ko'ra, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi K26 shifri bilan kodlanadi. Kelib chiqishiga qarab yaralar birlamchi va ikkilamchi yaralarga bo'linadi. Birlamchi yaralar surunkali xarakterga ega bo'lib, asosan o'n ikki barmoqli ichakda joylashadi va ko'pincha 8-17 yoshli bolalarda rivojlanadi.

Etiologiyasi va patogenezi

Etiologik omillarni hisobga olgan holda yaralar quyidagi guruhlarga bo'linadi:

• Helicobacter pylori infeksiyasi bilan bog'liq yoki idiopatik tabiatga ega bo'lgan (infeksiya bilan bog'liq bo'lmagan) **birlamchi peptik yaralar;**

• Fiziologik stress fonida, oshqozonda qon oqimining pasayishi bilan kechadigan holatlarda - kuyish, sepsis, shok, og'ir bosh jarohati, uremiya, gipoglikemiya, jismoniy charchashda yuzaga keladigan **ikkilamchi yaralar;**

• Tez-tez qusish, nazogastral zondlardan foydalanish yoki yot jismlar tushishi natijasida yuzaga keladigan **travmatik gastropatiyalar.**

Yara kasalligi tasnifi (A.V. Mazurin bo'yicha)

Fazalar	Lokalizasiyasi	Shakli
Qo`zg`alish	Oshqozon	Asoratlanmagan
To'liq bo'lmagan klinik remissiya	O'n ikki barmoqli ichak, piyozcha	Asoratlangan: qon ketishi
Klinik remissiya	Postbulbar bo'limlar, ikkilamchi lokalizatsiya	Penetratsiya, perforatsiya, pilorik qismi stenozi, perivisserit

Funksional tavsifi

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligida (oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi) oshqozon kislotaliligi va motorikasida turli xil o'zgarishlar kuzatiladi: ko'rsatkichlar oshishi, pasayishi yoki fiziologik me'yor chegarasida qolishi mumkin.

O'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining klinik-endoskopik bosqichlari:

1. Yangi yara.
2. Yara defekti epitelizatsiyasining boshlanishi.
3. Yaqqol gastroduodenit fonida yaraning bitishi.
4. Klinik-endoskopik remissiya.

Mamlakatimiz tibbiyot maktabi yara kasalligi bilan turli kasalliklar va holatlarning asorati sifatida yuzaga keladigan simptomatik yaralar o'rtasidagi farqni doimo aniq ajratib kelgan. Gastroduodenal zona eroziyalarining tabiati haqidagi savol munozarali bo'lib qolmoqda: tadqiqotchilarning bir qismi eroziv gastroduodenitni mumkin bo'lgan yara oldi bosqichi sifatida ko'rib chiqsa, boshqalari uni mustaqil nozologiya deb hisoblashadi. Dudenal eroziyalar O'BIYAK rivojlanishidan oldin kelishi yoki u bilan birga kelishi mumkin. Ya.M.Vaxrushev va hammualliflarning fikriga ko'ra, O'BIYAK bilan og'rigan bemorlarda eroziyalar kasallikning uzoq davom etishi va oshqozon-ichak trakti motorikasining buzilishi fonida shakllanib, mustaqil patogenetik mexanizmlarga ega.

Yara kasalligining etiologik va patogenetik omillari

O'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining patogenezi hali to'liq o'rganilmagan. Kasallik asosida shilliq qavatning agressiv va himoya omillari o'rtasidagi muvozanatning birinchisi foydasiga buzilishi yotadi, deb hisoblanadi. Agressiv omillarga oshqozon shirasining kislota-peptik ta'siri va Helicobacter pylori infeksiyasi kiradi, himoya omillariga esa shilliqning sifat xususiyatlari, reparativ jarayonlarning yuqori darajasi va shilliq qavatning yetarli darajada qon bilan ta'minlanishi kiradi.

Irsiy moyillik muhim rol o'ynaydi: 83,5% O'IBIYAK bo'lgan bolalarda oilaviy anamnezda ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklari aniqlanadi, ularning yarmida

Oshqozon sekretsiyasining funksional tadqiqotlari shuni ko'rsatadiki, O'BIYAK retsidivlari ko'payganda kislota hosil bo'lish darajasi oshadi, ayniqsa uzluksiz-retsidivlanuvchi kechishda yaqqol namoyon bo'ladi. Biroq, me'yoriy yoki pasaygan sekretsiya fonida ham yaralar rivojlanishi mumkin, bu esa kasallikning ko'p omilli xususiyatini ta'kidlaydi.

Immun reaktivlikning pasayishi, ovqatlanishning buzilishi, asablarning zo'riqishi, tashqi muhitning noqulay ta'sirlari ham yarali jarayonning rivojlanishiga sabab bo'ladi. H. pylori infeksiyasi shartli patogen omil sifatida tan olingan va yaraning namoyon bo'lishi uchun uning doimiyligi boshqa trigger ta'sirlar bilan birgalikda bo'lishi kerak.

H. pylori shilliq qavatning mahalliy immunoregulyatsiyasini buzadi, interleykin-8 (IL-8) ishlab chiqarish orqali yallig'lanish yo'llarini faollashtiradi, bu neytrofillar agregatsiyasining buzilishiga va surunkali yallig'lanishning rivojlanishiga olib keladi. Muvaffaqiyatli eradikatsiyadan so'ng ham stress ta'sirida qaytalanish xavfini oshiradigan patologik o'zgarishlar saqlanib qoladi.

Patogenezda kislota-peptik agressiyaning kuchayishiga, shilliq parda himoyasining pasayishiga va mikrofloraning faollashishiga olib keladigan vegetativ disbalans muhim o'rin tutadi.

Garchi D. Grexemning H. pylori hal qiluvchi ahamiyatga ega degan nazariyasi hanuzgacha o'z ta'sirini yo'qotmagan bo'lsa-da, zamonaviy amaliyot yarali shikastlanishlar bu bakteriya ishtirokisiz ham rivojlanishi mumkinligini ko'rsatmoqda. Biroq, pediatriyada yaraning H. pylori bilan bog'liqligi 94% hollarda aniqlanadi.

Yara kasalligining klinik ko'rinishi

Bolalarda yara kasalligining klassik simptomi tipik "Moyningauzen" ritmiga ega bo'lgan abdominal og'riq sindromi hisoblanadi: og'riqlar och qoringa yoki tunda paydo bo'ladi, ovqat qabul qilgandan so'ng kamayadi. Og'riqlar epigastral sohada joylashib, orqaga yoki ko'krak qafasiga tarqaladi. Ko'pincha jig'ildon qaynashi, kekirish, ko'ngil aynishi, ishtaha o'zgarishi bilan kechadi.

Kichik yoshdagi bolalarda kasallik belgilari yo'qolgan bo'lishi mumkin, bu esa o'z vaqtida tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi. Og'riq sindromidan tashqari, neyrovegetativ buzilishlar ham bo'lishi mumkin: charchash, terlash, hissiy o'zgaruvchanlik.

Yara kasalligining obyektiv belgilari:

- Majburiy holat, oyoqlar qoringa keltirilgan.
- Epigastral sohani palpatsiya qilishda mahalliy og'riq.
- Mendel va Boas-Openxovskiy simptomlari musbat.
- Vegetativ belgilar: bradikardiya, gipotoniya, qizil dermografizm.

Yara kasalligining bosqichlari:

1. O'tkir bosqichi - ovqatdan 2-4 soat keyin kuchli og'riq sindromi, gipergidroz, qorin old devori mushaklarining taranglashuvi. Endoskopik - faol yarali nuqson.

2. Yallig'lanishning so'nish bosqichi - og'riqning kamayishi, yara epitelizatsiyasining boshlanishi.

3. Reparatsiya bosqichi - och qoringa og'riq, ovqatlangandan so'ng yo'qoladi, qorin mushaklari tarangligi yo'qoladi, yaraning endoskopik bitishi.

4. Remissiya - simptomlar yo'qligi va normal endoskopik ko'rinish.картина.

Yara kasalligi diagnostikasi

Diagnostika algoritmi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- Anamnez yig'ish.
- Oshqozon shirasining kislotaliligi tahlili.
- biopsiya bilan ezofagogastroduodenoskopiya (FGDS).
- PSR, ureaza testi, yashirin qonga reaksiya (Gregersen testi) usullari yordamida H. pylorini aniqlash.

Differensial diagnostika

O'tkir appenditsit, pankreatit, o'tkir xoletsistit, shilliq qavatning eroziv shikastlanishlarida o'tkaziladi.

Yara kasalligini davolash

Kompleks terapiya quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. H. pylori eradikatsiyasi - omeprazol, amoksitsillin, klaritromitsin yordamida.

2. Oshqozon sekretsiyasini pasaytirish - PPI yoki H_2-blokatorlarni qo'llash.

3. Vegetativ buzilishlarni korreksiya qilish - sedativ preparatlar (novopassit, tenoten, persen).

Diyetoterapiya:

- O'tkir davrda - №1a parhez, keyin №1b va No1 parhezga o'tish.
- Kuniga 6-7 marta bo'lib-bo'lib ovqatlanish, shilliq qavatni kimyoviy va mexanik himoya qilish.

Dorilar bilan davolash:

• Antatsidlar: Almagel, Fosfalyugel, Maaloks.

• Spazmolitiklar: no-shpa, papaverin, platifillin.

• Metabolik qo'llab-quvvatlash: Solkoseril, askorbin kislotasi, B guruhi vitaminlari.

Probiotiklar: lineks, enterojermina, lakto-ji.

• Qo'shimcha ravishda antioksidant va epitelizatsiya stimulyatori sifatida zigir moyi qo'llaniladi.

Fizioterapiya elektroforez va novokain yoki papaverin bilan induktotermiyani o'z ichiga oladi.

Remissiyada olib borish taktikasi

Kasallikning qo'zishi to'xtatilgandan so'ng, dispanser nazorati kamida 5 yil davom etadi:

• Dastlabki 12 oy - har 3-4 oyda ko'rikdan o`tkaziladi.

• Ikkinchi va uchinchi yillar - har 6 oyda.

• Keyinchalik - yiliga 1 marta.

Profilaktikasi parhezga rioya qilish, psixoemotsional holatni korreksiyalash, yo'ldosh kasalliklarni o'z vaqtida davolashdan iborat.

Yara kasalligi asoratlari

Eng ko'p uchraydigan asoratlarga quyidagilar kiradi:

• Oshqozon-ichakdan qon ketishi.

• Pilorik bo'lim stenozi.

• Yaraning qo'shni a'zolarga (ko'pincha oshqozon osti beziga) penetratsiyasi.

• Peritonit rivojlanishi bilan yara teshilishi.

Asoratlarga shubha bo'lganda, FGDS, yashirin qon testi, qorin bo'shlig'i a'zolarining rentgenografiyasini o'z ichiga olgan shoshilinch tekshiruv o'tkaziladi.

BOLALARDA GASTRODUODENAL SOHANING FUNKSIONAL KASALLIKLARI

Bolalarda gastroduodenal sohaning eng ko‘p uchraydigan funksional kasalliklariga quyidagilar kiradi:

- Funksional dispepsiya
- Aerofagiya
- Funksional qusish

Funksional dispepsiya

Bolalarda funksional dispepsiya

Bolalardagi funksional dispepsiya oshqozon shilliq qavatining ta’sirlanishi bo‘lib, uning fermentativ faolligi - fermentlar ta’sirida organik moddalarni parchalash qobiliyatining buzilishi bilan birga keladi. Disfunksiyaning asosiy ko‘rinishlari epigastral sohada og‘riq va noxushlik hissi hisoblanadi. O‘ng yoki chap qovurg‘a ostida joylashgan og‘riq, odatda, funksional dispepsiya bilan bog‘liq emas. Noxushlik intensivligi bo‘yicha farq qilishi mumkin - o‘rtacha og‘riqdan kuchli og‘riq sindromigacha. Bemorlarning tez-tez shikoyatlari epigastral sohada og‘irlik hissi, jig‘ildon qaynashi, ko‘ngil aynishi, ertalabki noxushlik, ovqatdan keyin kuchayadi.

Epidemiologiya

Qaytalanuvchi abdominal og‘riqlar ko‘pincha maktab yoshidagi bolalarda kuzatilib, taxminan 20% bolalarda, asosan katta yoshdagi guruhlarda uchraydi. Statistik ma’lumotlarga ko‘ra, funksional dispepsiya 5% qizlarda va 3% o‘g‘il bolalarda tashxislanadi.

Etiologiyasi va patogenezi

Bolalarda qaytalanuvchi og‘riqlarning rivojlanishi asosan ovqatlanish tartibining buzilishi bilan bog‘liq: tartibsiz ovqatlanish, quruq ovqat, ko‘p miqdorda dudlangan mahsulotlar, yog‘lar, uglevodlar, shuningdek, dag‘al kletchatka iste’mol qilish. Oshqozonni ta’sirlantiruvchi mahsulotlarni iste’mol qilish ham salbiy ta’sir ko‘rsatadi. Boshqa muhim omillar orasida asab-ruhiy zo‘riqishlar: yaqinlarning o‘limi, oilaviy nizolar, tengdoshlar bilan muloqotdagi muammolar,

noqulay maishiy sharoitlar mavjud. Bu psixoemotsional ta'sirlar me'da shirasi sekretsiyasi va me'da motorikasining buzilishiga olib keladi.

Nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilarni suiiste'mol qilish, tamaki chekish va Helicobacter pylori infeksiyasi ham xavf omillari hisoblanadi.

Oshqozonning motor-evakuator funksiyasining buzilishi gastroparezga olib keladi, bu ko'pincha ovqat hazm qilishning funksional buzilishlari bilan birga keladi.

Gastroduodenal motorikaning buzilishi:

1. Gastroparez.
2. Antraduodenal koordinatsiyaning buzilishi.
3. Oshqozon antral qismining disfunksiyasi.
4. Oshqozon va ichaklarda ovqat taqsimlanishining buzilishi.
5. Oshqozon siklik faoliyatining buzilishi.

Funksional dispepsiyaning uchta klinik varianti ajratiladi:

- Yaraga o'xshash.
- Dispeptik.
- Nospetsifik.

Klinik belgilari

Yaraga o'xshash variant uchun och qoringa va kechasi epigastral sohada og'riqlar xos. Dispeptik variantda bezovtalik, ovqatdan keyin yoki ovqatlanish vaqtida og'riq, ko'ngil aynishi, jig'ildon qaynashi, anoreksiya kuzatiladi. Nospetsifik variantda simptomlar xarakterli sxemalarga to'g'ri kelmaydi.

Diagnostika

Tashxis klinik ko'rinish, anamnez, fizikal tekshiruv, shuningdek, EGDS, ultratovush tekshiruvi, oshqozonning bariy bilan rentgenografiyasi va najas tahlili usullari yordamida organik patologiyani istisno qilish orqali qo'yiladi.

Differensial diagnoz

Surunkali gastrit, yara kasalligi va me'daning distrofik zararlanishlari bilan o`tkaziladi.

Davolash

Terapiyaning asosiy maqsadi og'riq sindromi va dispeptik ko'rinishlarni bartaraf etishdir. Davolash turmush tarzi va ovqatlanishni normallashtirish, prokinetiklar yordamida me'da motorikasini medikamentoz korreksiyalash, shuningdek, antisekretor vositalar, antatsidlar, antixelikobakter terapiya, ferment va probiotik preparatlarni qo'llashdan iborat. Psixoterapiya ifodalangan hissiy buzilishlar mavjud bo'lganda qo'llaniladi.

Og'riq sindromida kislotani neytrallovchi, o'rab oluvchi va o'tni bog'lovchi ta'sirga ega bo'lgan proton pompasi ingibitorlari va antatsidlarga afzallik beriladi.

Aerofagiya

Aerofagiya funksional buzilish bo'lib, havoni ko'p yutish va kekirish bilan bog'liq. Oshqozonda havo to'planishi epigastral sohada bosim va og'riq hissini keltirib chiqaradi.

Klinik ko'rinishi

Chaqaloqlarda ovqatlanishning qiyinlashishi, bezovtalanish, emizishdan 5-10 daqiqa o'tgach, o'zgarmagan sutni qusish bilan namoyon bo'ladi. Katta yoshdagi bolalarda havoni yutish ovqat yeyish yoki saqich chaynash bilan bog'liq.

Diagnostika

Rentgenografiya oshqozon va ichaklarda gazlar to'planishini baholash, ovqat hazm qilish a'zolaridagi o'zgarishlarni aniqlash imkonini beradi.

Davolash

Onalarga bolani to'g'ri emizish texnikasini o'rgatish, ovqatlanish vaqtida gapirmaslikni tavsiya qilish kerak.

Bolalarda qusish va qayt qilishning funksional shakllari

Funksional buzilishlarga quyidagilar kiradi:

- **Qayt qilish** - oshqozondan oz miqdordagi ovqatni passiv chiqarib tashlash.
- **Qusish** - ko'ngil aynishi bilan kechadigan oshqozonning faol bo'shashi.

• **Ruminatsiya** - ovqatning og‘iz bo‘shlig‘iga beixtiyor regurgitatsiyasi, keyinchalik chaynash va qayta yutish.

Hayotining birinchi oylarida bolalarda qusish va qayt qilish yutish va peristaltika koordinatsiyasining buzilishi, pilorospazm, oshqozon tarkibining sekin evakuatsiyasi bilan bog‘liq.

Diagnostika

Qon va siydikning umumiy tahlili, biokimyoviy tekshiruvlar, koprologiya, parazitologik tahlillarni o‘z ichiga oladi.

Davolash

Antireflyuks, sedativ va spazmolitik vositalar, masalan, riabon yordamida o‘tkaziladi.

Bolalarda qizilo‘ngach patologiyasi

Qizilo‘ngach kasalliklari bolalarda kam uchrasa-da, juda xilma-xilligi bilan ajralib turadi. Bularga harakat buzilishlari (axalaziya, ezofagospazm), reflyuks holatlari (kardiya yetishmovchiligi, gastroezofageal reflyuks), yallig‘lanish-destruktiv jarayonlar (o‘tkir ezofagit, qizilo‘ngach kuyishi), tug‘ma anomaliyalar (atreziya, oqmalar, stenozlar, churralar) kiradi.

Qizilo‘ngach axalaziyasi

Axalaziya - qizilo‘ngach nerv-mushak apparatining kam uchraydigan kasalligi bo‘lib, normal peristaltikaning yo‘qligi va pastki qizilo‘ngach sfinkterining gipertonusi bilan tavsiflanadi. Natijada ovqatning me’daga o‘tishi qiyinlashadi.

Klinikasi

Asosiy ko‘rinishlari disfagiya, regurgitatsiya va to‘sh orqasidagi og‘riqdir. Chaqaloqlarda ovqatlantirishda qiyinchiliklar, katta yoshdagi bolalarda qattiq ovqatni yutishda qiyinchiliklar kuzatiladi.

Diagnostika

Rentgenologik va endoskopik tekshiruvlar yordamida amalga oshiriladi. Rentgenografiyada qizilo‘ngachning kengayishi va "sabzi uchi" ko‘rinishidagi o‘ziga xos torayishi aniqlanadi.

Davolash

Mahalliy anestetiklar, sfinkterni bo'shashtirish uchun nitratlar buyurish, ehtiyotkor parhezga rioya qilishni o'z ichiga oladi. Medikamentoz terapiya naf bermaganda kardiodilatatsiya yoki xirurgik korreksiya o'tkaziladi.

Ezofagospazm

Ezofagospazm - qizilo'ngachning idiopatik spazmi bo'lib, ko'pincha bolalarda segmentar xarakterga ega. Asosiy belgilari - to'sh orqasidagi og'riqlar bo'yin va yelkaga tarqaladi, disfagiya.

Etiologiyasi

Asosiy rolni psixoemotsional omillar va qizilo'ngachga keskin harorat ta'siri o'ynaydi.

Davolash

Ovqatlanish rejimini korreksiyalash, sedativ vositalar, mahalliy anestetiklar va psixoterapevtik usullarni qo'llash.

Bolalarda ingichka va yo'g'on ichak kasalliklari

Umumiy ma'lumot: Ingichka va yo'g'on ichakning surunkali kasalliklari pediatriyada, ayniqsa maktabgacha yoshdagi bolalar orasida keng tarqalgan muammo hisoblanadi. Ushbu holatlar yuqori kasallanish, tashxislashning murakkabligi va bolaning o'sishi va rivojlanishining buzilishi xavfi bilan bog'liq jiddiy tibbiy-ijtimoiy oqibatlarni keltirib chiqaradi. Ichak patologiyasi funksional va morfologik o'zgarishlarni o'z ichiga oladi, ammo erta bosqichlarda qiyosiy tashxis kamdan-kam hollarda o'tkaziladi.

Erta yoshda ovqat hazm qilish tizimining anatomo-fiziologik xususiyatlari tufayli patologik jarayon ko'pincha bir vaqtning o'zida ham ingichka, ham yo'g'on ichakni qamrab oladi (enterokolit). Maktab yoshidagi bolalarda ko'pincha ichakning turli qismlarining alohida shikastlanishi aniqlanadi.

Surunkali enterit

Ta'rifi. Surunkali enterit - ingichka ichakning surunkali yallig'lanish-distrofik kasalligi bo'lib, ovqat hazm qilish va so'rilish funksiyalarining buzilishi bilan kechadi va barcha turdagi moddalar almashinuvining buzilishiga olib keladi. Ovqat hazm qilish tizimi

kasalliklari orasida surunkali enterit asosiy kasallik sifatida 4-5% hollarda uchraydi.

Etiologiyasi. Kasallik polietiologik xususiyatga ega:

• Infeksion agentlar: Shigella spp., Salmonella spp., Yersinia spp., Campylobacter spp., parazitar invaziyalar (Giardia lamblia, Cryptosporidium spp., Trichuris trichiura va b.), zamburug'li infeksiyalar.

• Alimentar omillar: quruq ovqatlanish, oqsillar, vitaminlar va mikroelementlar yetishmovchiligida ratsionda uglevodlar va yog'larning ortiqcha bo'lishi.

• Zaharli ta'sirlar: og'ir metallar (qo'rg'oshin, kadmiy, fosfor), dori vositalari (NYAQV, salitsilatlar, sitostatiklar, uzoq muddat qo'llanilganda antibiotiklar).

• Genetik omillar: tug'ma enzimopatiyalar, immunitet tanqisligi, ichak nuqsonlari.

• Allergik reaksiyalar, jarrohlik aralashuvlari, ovqat hazm qilish tizimining boshqa a'zolari kasalliklari.

Odatda, surunkali enteritning rivojlanishi bir necha ekzo- va endogen omillarning birga kelishi bilan bog'liqdir.

Patogenezi

Yetakchi mexanizmlar shilliq qavatning surunkali yallig'lanishi, immun himoyaning pasayishi, fermentativ faollikning buzilishi, peristaltikaning o'zgarishi, bakteriyalarning ortiqcha ko'payishi, ovqat hazm qilish va so'rilish jarayonlarining buzilishi hisoblanadi.

Klinik ko'rinishi

Ikkita asosiy sindrom ajratiladi:

• **Mahalliy (enteral):** meteorizm, qorin og'rig'i, quldirash, shilliq va hazm bo'lmagan ovqat aralash ko'p miqdorda suyuq najas. Og'riqlar kindik atrofida joylashib, sut mahsulotlari, sabzavotlar, shirinliklardan keyin kuchayadi.

• **Umumiy (malabsorbsiya sindromi):** charchash, tana vaznining kamayishi, teri quruqligi, soch va tirnoqlardagi o'zgarishlar, stomatit, glossit, anemiya, osteoporoz va tutqanoq holatlari.

Diagnostika

Tashxis klinik ma'lumotlar, koprologiya (steatoreya, amiloreya, kreatoreya), uglevodlar va d-ksiloza testlari, ingichka ichak shilliq qavatining biopsiyasi bilan endoskopiya asosida qo'yiladi.

Differensial diagnoz

Oziq-ovqat allergiyasi, mukovissidoz, seliakiya, disaxaridaza yetishmovchiligi, ekssudativ enteropatiya bilan o'tkaziladi.

Surunkali enterokolit

Surunkali enterokolit - bir vaqtning o'zida ingichka va yo'g'on ichakning zararlanishi bilan kechuvchi yallig'lanish-distrofik kasallik.

Etiologiyasi.

Sabablari:

- Ichak infeksiyalarining oqibatlari (dizenteriya, salmonellyoz, virusli diareyalar);
- Gelmintozlar va sodda jonivorlar;
- Ovqatlanishning buzilishi;
- Oziq-ovqat allergiyasi;
- Immunitet tanqisligi, enzimopatiyalar, oshqozon-ichak traktining boshqa a'zolari kasalliklari;
- Ichak disbakteriozi, nur ta'siri, medikamentoz shikastlanish.

Patogenezi

Patogenezning asosi bo'lib, ichak shilliq qavatining infeksion agentlar ta'sirida yemirilishi xizmat qiladi, bu esa autoimmun jarayonlarni faollashtiradi va sekretor himoyani buzadi (sekretor IgA yetishmovchiligi). Disbakterioz qo'shilishi yallig'lanishni kuchaytiradi.

Klinik ko'rinishi

Kasallik to'lqinsimon kechib, xuruj va remissiyalar almashinib turishi bilan ta'riflanadi.

- Qorindagi turli intensivlikdagi og'riqlar, lokalizatsiyasi - kindik atrofi, o'ng yoki chap yonbosh sohasi.
- Ich kelishining buzilishi: diareya (ingichka ichak zararlanganda) yoki qabziyat (yo'g'on ichak patologiyasida).
- Qorinning dam bo'lishi, quldirash, yel tutilishi.
- Psixovegetativ buzilishlar: charchash, bosh og'rig'i, asabiylashish.

• Uzoq davom etganda - tana vaznining kamayishi, kamqonlik, gipovitaminoz.

Diagnostika

Quyidagilar asosida o'tkaziladi:

• Klinik ma'lumotlar va anamnez.

•Laborator tekshiruvlar: gipoproteinemiya, gipoalbuminemiya, elektrolit buzilishlar, najasdagi o'zgarishlar.

•Instrumental usullar: rektoromanoskopiya, kolonoskopiya, ichak rentgenografiyasi.

Differensial diagnostika

Uzoq davom etgan dizenteriya, mukovissidoz, seliakiya, disaxaridaz yetishmovchiligi bilan o'tkaziladi.

Surunkali enterit va enterokolitni davolash

Davolashning asosiy yo'nalishlari:

• **Parhez:** Pevzner bo'yicha 4-stol bo'yicha davolovchi ovqatlanish.

• **Ferment preparatlari:** pankreatin.

• **Probiotiklar va prebiotiklar:** Probifor, Lineks, Atsipol, Xilak forte.

• **Enterosorbentlar:** smekta.

• **Prokinetiklar:** trimebutin, mebeverin.

•**Antibakterial terapiya:** ko'rsatma bo'lganda (intetriks, nitrofuranlar, metronidozol).

• **Fitoterapiya,** simptomatik terapiya, fizioterapiya, DJT.

Sanatoriy-kurortda davolanish kasallik qaytalanishidan 3-6 oydan oldin o'tkazilmaydi.

Bolalarda yallig'lanishli ichak kasalliklari

Umumiy ma'lumot. Ichakning yallig'lanish kasalliklari (IYAK) surunkali holatlar guruhi bo'lib, ichak devorining yuzaki yoki transmural nospetsifik immun yallig'lanishining rivojlanishi bilan tavsiflanadi.

IYAK guruhiga quyidagilar kiradi:

• Yarali kolit (YAK);

• Kron kasalligi (KK);

• Differensiallashmagan kolit.

Yarali kolit (YAK)-surunkali kasallik bo'lib, unda yallig'lanish *jarayoni shilliq* qavat bilan chegaralanadi (ba'zan shilliq osti qavati ham qo'shiladi) va faqat yo'g'on ichakning turli qismlarida joylashadi.

Kron kasalligi (shuningdek, ichak granulomatozi yoki terminal ileit deb ham ataladi)-surunkali qaytalanuvchi kasallik bo'lib, oshqozon-ichak traktining har qanday qismining segmentar shikastlanishi va transmural granulomatoz yallig'lanishning rivojlanishi bilan tavsiflanadi.

Ushbu kasalliklarning epidemiologiyasi, patogenezi va klinik ko'rinishi ko'p jihatdan mos kelgani sababli, tashxis qo'yishning dastlabki bosqichlarida ko'pincha differensiallashmagan kolitning dastlabki tashxisi qo'yiladi, bu ichakning surunkali yallig'lanish kasalligini anglatadi, uning klinik ko'rinishida YAK va KK o'rtasida aniq farqlar yo'q.

XKT-10 tizimida kodlash

"Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklari" XI sinfida ichakning yallig'lanish kasalliklari K50-K52 "Yuqumli bo'lmagan enteritlar va kolitlar" blokiga kiritilgan:

- K50 - Kron kasalligi (regionar enterit);
- K51 - yarali kolit;
- K52.9 - noinfeksion gastroenterit va nospetsifik kolit.

Epidemiologiya

Ichak yallig'lanish kasalliklarining tarqalishi:

- Yarali kolit: 100 000 aholiga 30-240 holat;
- Kron kasalligi: har 100 000 aholiga 10-150 ta holat.

Kasalliklar "yosharish" tendensiyasini ko'rsatmoqda: ular bolalar va o'smirlarda tobora ko'proq aniqlanmoqda.

Misollar:

- Germaniyada 200 000 ga yaqin IYAK bemorlari mavjud bo'lib, ulardan 60 000 nafari bolalar va o'smirlardir. Har yili bolalik davrida 800 ga yaqin yangi holatlar qayd etiladi (Berens R., Buderus S., 2005).
- Rossiyada yuqori o'lim darajasi, kech tashxis qo'yish (yarali kolit kasallikning birinchi yilida bemorlarning atigi 25 foizida aniqlanadi), asoratlarning yuqori darajasi kuzatiladi: YK da 29% va Kron kasalligida 100% gacha kasallikni kech aniqlanganligi kuzatiladi.

Profilaktika

Ichak yallig'lanish kasalliklarining etiologiyasi aniqlanmaganligi sababli, maxsus profilaktika choralari mavjud emas.

Umumiy profilaktika tavsiyalariga quyidagilar kiradi:

- Sog'lom turmush tarzini olib borish;
- Zararli odatlardan voz kechish (chekish, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish);
- Stress omillarini nazorat qilish;
- Kletchatka va asosiy ozuqa moddalari yuqori bo'lgan ratsional ovqatlanish.

Skrining:

Xavf guruhlari (irsiy moyillikning mavjudligi) o'rtasida muntazam tekshiruvlar va zarur hollarda genetik testlardan foydalangan holda o'tkaziladi.

Tasniflash

Monrealda bo'lib o'tgan Butunjahon gastroenterologlar kongressida (2005 y.) Kron kasalligi uchun Vena tasnifi, shuningdek, yarali kolitning xalqaro tasnifi o'rniga yangi xalqaro tasnif qabul qilindi.

Etiologiyasi va patogenezi

Ichak yallig'lanish kasalliklarining etiologiyasi to'liq aniqlanmagan. Zamonaviy tushunchalar IYAKni patogenezida quyidagilar ishtirok etadigan ko'p omilli kasalliklar sifatida ko'rib chiqadi:

- Genetik moyillik: immun javobni tartibga soluvchi genlarning mutatsiyasi (masalan, Kron kasalligida NOD2/CARD15);
- Immunoregulyatsiyaning buzilishi: normal ichak mikrobiotasi antigenlariga anomal immun javobning rivojlanishi;
- Autoimmun komponentlar: nospetsifik yallig'lanishning faollashuvi, o'z immun hujayralari tomonidan ichak devori to'qimalarining shikastlanishi.

Kasallik asosida normal mikrofloraga nisbatan immun tolerantlik va tug'ma immun javobning faollashuvi o'rtasidagi nomutanosiblik yotadi, bu esa surunkali yallig'lanish va to'qimalarning qayta shakllanishiga olib keladi.

Kron kasalligining xalqaro tasnifi

(Monreal xalqaro gastroenterologlar kongressi, 2005)

Mezonlar	Indeks	Konsepsiya
Manifestatsiya Yosh (aniq tashxis)	A1	16 yoshgacha
	A2	17 dan 40 yoshgacha
	A3	40 yoshdan katta
Mahalliylashtirish (joylashuvi)	L1	Ileit
	L2	Kolit
	L3	Ileokolit
	L4	Yuqori oshqozon-ichak traktining alohida shikastlanishlari*
Kechishi	B1	Stenozlanmaydigan Penetratsiyasiz
	B2	Stenozlovchi
	B3	Penetratsiya bilan
	P	Perianal zararlanish**

L4 alohida yoki L1-L3 bilan qo'shilishi mumkin (OIT yuqori va pastki qismlarining shikastlanishi).

"r" indeksi, qo'shimcha B1-B3, perianal sfera zararlanganda kiritiladi.

Yarali kolitning xalqaro tasnifi (Monreal xalqaro gastroenterologlar kongressi, 2005)

Mezonlar	Indeks	Tushuncha	Konsepsiya
Tarqalganlik (extent)	E1	yarali proktit	rektosigmoidal sohaning distal qismi shikastlanishi taloq burchagidan distal zararlanish
	E2	Chap tomonlama	yo'g'on ichak butunlay shikastlangan
	E3	(distal) yarali kolit sust rivojlangan yarali kolit (pankolit) Og'irlik (qat'iylik)	(taloq burchagidan proksimal yallig'lanish)
	S0	Klinik remissiya	Simptomlar kuzatilmaydi
	S1	Yengil	Kuniga 4 marta yoki undan kamroq diareya (najasda qon bo'lishi yoki bo'lmasligi); tizimga xos bo'lgan hech qanday belgilar bo'lmaydi; o'tkir bosqichda oqsil konsentratsiyasi me'yorda
Og'irlik (severity)	S2	O'rtacha og'ir	Ich kelishi sutkasiga 4 martadan ko'p, surunkali intoksikatsiya belgilari kam. Bir kecha-kunduzda 6 va undan ko'p marta va qon aralash ich kelishi; Puls soni - bir daqiqada 90 va undan ortiq;
	S3	Og'ir	Tana harorati - 37,5 °C va undan yuqori; Hb - 105 g/l va undan kam; ECHT - 30 mm/soat va undan yuqori

Ichak yallig'lanish kasalliklari patogenezi

Ichakning yallig'lanish kasalliklarida patologik jarayon asosida organizmning immun javobining buzilishi yotadi. Immun o'zgarishlarni qo'zg'atuvchi aniq antigen hali aniqlanmagan bo'lsa-da, bakterial antigenlar, ularning toksinlari, shuningdek autoantigenlar rol o'ynashi mumkinligi taxmin qilinmoqda.

Birlamchi o'zgarishlar ichak devorining o'tkazuvchanligi oshadi, natijada ichakning to'siq funksiyasi pasayadi, mikroorganizmlar va ular mahsulotlarining shilliq osti qavatiga o'tishi osonlashadi.

Ikkilamchi effektor mexanizmlar T-limfositlar subpopulyasiyalarining faollashuvi va makrofaglar faolligining o'zgarishi bilan bog'liq bo'lib, bu yallig'lanish mediatorlarining ko'p miqdorda ajralib chiqishiga olib keladi:

- eykozanoidlar;
- trombogen omillar;
- gistamin;
- kininlar;
- sitokinlar;
- kislorodning faol shakllari.

Natijada nospesifik immun yallig'lanish rivojlanadi, to'qimalar shikastlanadi va ichak devori qayta shakllanadi.

Klinik ko'rinishi

Ichak yallig'lanish kasalliklarining klinik ko'rinishlari xilma-xil bo'lib, kasallikning turiga, zararlanish darajasiga, yallig'lanish jarayonining joylashishiga va kasallikning faolligiga bog'liq.

Simptomlar asosiy sindromlar bo'yicha guruhlangan:

Ta'sirlangan ichak sindromi

Ichak yallig'lanish kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning deyarli 95-100% da kuzatiladi.

Asosiy ko'rinishlari:

- **Najasdagi qon** yallig'lanish kasalliklarining asosiy belgisi bo'lib, ayniqsa yarali kolit uchun xosdir. Kron kasalligida qon bo'lishi kamroq xarakterli, ayniqsa yallig'lanish ingichka va yo'g'on ichakning yuqori bo'limlarida joylashganda. Qon ketish hajmi har xil bo'lishi mumkin - qon tomirlaridan tortib massiv qon ajralmalarigacha.
- **Diareya** - bemorlarning 60-65 foizida kuzatiladi. Ich kelishi bir kecha-kunduzda 2-4 martadan 8 martagacha va undan ham ko'proq bo'ladi. Diareyaning og'irligi yallig'lanish jarayonining davomiyligi bilan bog'liq:

o Yo‘g‘on ichakning total yoki subtotal zararlanishida diareya sezilarli darajada ifodalangan;

o Chap tomonlama kolitda diareya belgilari kamroq namoyon bo‘lishi mumkin.

• **Tenezmlar** - asosan yarali kolit uchun xos bo‘lgan qon, shilliq va yiring ajralishi bilan defekatsiyaga yolg‘on og‘riqli chaqiriqlar. Ularning mavjudligi to‘g‘ri ichakning yuqori yallig‘lanish faolligidan dalolat beradi.

• **Qabziyat** - yarali kolitning cheklangan distal shakllari uchun xos bo‘lib, yallig‘lanish zonasidan yuqorida ichakning spastik qisqarishi bilan bog‘liq.

• **Qorin og‘rig‘i:**

o Kron kasalligida og‘riq doimiy belgi bo‘lib, o‘ng yonbosh sohasi yoki epigastral sohada joylashadi, ovqat qabul qilgandan so‘ng kuchayadi.

o Yarali kolitda og‘riqlar odatda spastik xarakterga ega bo‘lib, defekasiyadan oldin paydo bo‘ladi va ichak bo‘shatilgandan so‘ng kamayadi.

Ichakdan tashqari o‘zgarishlar sindromi

Ichak yallig‘lanish kasalliklarining ichakdan tashqari namoyon bo‘lishi tizimli immunitet disregulyasiyasi natijasida yuzaga keladi. Bularga quyidagilar kiradi:

• Artritlar (ko‘pincha yirik bo‘g‘imlarda);

• Tugunli eritema;

• Episklerit, uveit;

• Jigar va o‘t yo‘llari zararlanishlari (masalan, birlamchi sklerozlovchi xolangit);

• Suyak siyraklashuvi, amiloidoz.

Ichakdan tashqari namoyon bo‘lish holatlari IYAK bilan og‘rigan barcha bemorlarning 20-40 foizigacha uchrashinshi mumkin.

Endotoksemiya sindromi

Sindrom ichakning to'siq funksiyasining buzilishi bilan bog'liq bo'lib, buning natijasida tizimli qon oqimiga kelib chiqishi bakterial bo'lgan toksinlar kiradi. Klinik jihatdan namoyon bo'ladi:

- Isitma;
- Yuqori charchoq ;
- Ozish;
- Taxikardiya;
- Umumiy zaharlanish belgilari bilan.

Endotoksemiyaning rivojlanishi asosiy kasallikning kechishini og'irlashtiradi, prognozni yomonlashtiradi va asoratlar xavfini oshiradi.

Ichakdan tashqari o'zgarishlar sindromi

Ichakdan tashqaridagi tizimli buzilishlar yarali kolit uchun ham, Kron kasalligi uchun ham xos bo'lib, 5-20% hollarda uchraydi va odatda kasallikning og'ir shakllarini keltirib chiqaradi. Ichakdan tashqari barcha alomatlarni shartli ravishda ikki guruhga bo'lish mumkin:

- paydo bo'lishiga qarab immun (autoimmun);
- boshqa sabablarga asoslangan (malabsorbsiya sindromi va uning oqibati, cho'zilgan yallig'lanish jarayoni, gemokoagulyasiyaning buzilishi; 24.3).

Ichak yallig'lanish kasalligining tizimli belgilari

Simptomlar	Tez-tez uchraydigan (5-20%)	Kam uchraydigan (<5%)
Faollik bilan bog'liq	Aftoz stomatit. Tugunli eritema. Artrit. Ko'zning zararlanishi. Trombozlar va tromboemboliyalar	gangrenoz piodermiya
Faollikka aloqador emas	Sakroileit. Psoriaz	Revmatoid artrit. Ankilozlovchi Spondiloartrit Sklerozlovchi xolangit. Xolangiogen karsinoma Amiloidoz
Malabsorbsiya, yallig'lanish va boshqalarning oqibatlari.	Steatogepatit Osteoporoz Kamqonlik O't-tosh kasalligi	

Endotoksemi sindromiya. Endotoksemiya sindromi asosida yallig'lanish jarayonining yaqqol faolligi va ichakning to'siq funksiyasining buzilishi yotadi, bu esa tizimli qon oqimiga bakterial kelib chiqadigan toksik mahsulotlarning kirishiga olib keladi.

Asosiy belgilari:

- Umumiy intoksikasiya;
- Isitma;
- Taxikardiya;
- Kamqonlik;
- Eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi (ECHT);
- Leykositoz leykositar formulaning chapga siljishi bilan (neytrofillarning yetilmagan shakllarining paydo bo'lishi);
- Neytrofillarning toksik donadorligi;
- O'tkir faza oqsillari konsentrasiyasining oshishi (C-reaktiv oqsil, seromukoid, fibrinogen).

Bolalarda ichak yallig'lanish kasalliklari diagnostikasi

Diagnostika quyidagilarni kompleks baholashga asoslanadi:

- Klinik ma'lumotlar;
- Laboratoriya ko'rsatkichlari;
- Instrumental usullar (rentgenoendoskopiya);
- Biopsiya materialini gistologik tekshirish.

Laborator diagnostikasi:

- Umumiy qon tahlili: anemiya, trombositoz, tezlashgan ECHT, yallig'lanish belgilari aniqlanadi;
- **Qonning biokimyoviy tahlili:** kasallik uzoq davom etganda albumin, vitaminlar, elektrolitlar va mikroelementlar darajasining pasayishi;
- **Immunologik markerlar:**
  - **pANCA** (perinuklear antineytrofil sitoplazmatik antitanalar) - yarali kolitga xos;
  - **ASCA** (Saccharomyces cerevisiae antitanalari) - asosan Kron kasalligida aniqlanadi.

Rentgenologik tekshiruv:

Quyidagilarni aniqlash imkonini beradi:

• Ichak devori tuzilishining buzilishi;
• Ichak rigidligi;
• Shilliq qavat shishi;
• Stenozlar, oqmalar;
• Yarali va eroziv nuqsonlar.

Endoskopik tekshiruv:

Tashxisni tekshirish va biopsiya materialini olish uchun tavsiya etiladi.

• Yarali kolitda shilliq qavatning yallig'lanishi kuzatiladi;
• Kron kasalligida - segmentar zararlanish, yaralar, yoriqlar.

Gistologik tekshiruv:

• Kron kasalligida quyidagilar xos:
- Mikrogranulyoma;
- Gistiotsitlar va limfotsitlarning uzluksiz infiltratlari;
- Shilliq parda qismlarining uzlukli zararlanishi.

Yarali kolitda quyidagilar qayd etiladi:
- Yuzaki yallig'lanish;
- Shilliq qavat atrofiyasi;
- Qadahsimon hujayralar sonining kamayishi.

Gistologik tekshiruv, ayniqsa ko'p sonli bioptatlar bilan, diagnostika aniqligini oshiradi.

Bolalarda yallig'lanishli ichak kasalliklarini davolash

Bolalarni davolash kattalar bilan bir xil tamoyillar bo'yicha, dozalarning yosh xususiyatlarini va dori vositalarini ko'tara olishni hisobga olgan holda amalga oshiriladi.

Davolash maqsadlari:

• Barqaror klinik-endoskopik remissiyaga erishish;
• Bolaning normal jismoniy va ruhiy rivojlanishini ta'minlash;
• Davolashning nojo'ya ta'sirlari va asosiy kasallik asoratlarining oldini olish.

Davolashning asosiy yo'nalishlari:

1. Yallig'lanishga qarshi terapiya:

- 5-aminosalitsilatlar (mesalazin) - yarali kolitning yengil va o'rtacha kechishida birinchi qator preparatlari;

- Glyukokortikosteroidlar (prednizolon, budesonid) - yallig'lanishning yaqqol kuchayishida qo'llaniladi.

2. Immunomodulyatorlar:

- Azatioprin, 6-merkaptopurin - remissiyani saqlab turish uchun;
- Metotreksat - azatioprinni ko'tara olmaslik holatida.

3. Biologik terapiya:

- O'sma nekrozi omili antagonistlari alfa (infliksimab, adalimumab) - Kron kasalligi va yarali kolitning og'ir va refrakter shakllarida qo'llaniladi.

4. Antibiotiklar:

- Kron kasalligida yuqumli asoratlar, oqmalar va abssesslar mavjud bo'lganda qo'llaniladi.

5. Ovqatlanishni korreksiyalash:

- Oqsil va energiya miqdori yuqori bo'lgan parhez;
- Qo'zg'atuvchi mahsulotlarni chiqarib tashlash;
- Yaqqol malabsorbsiyada - elementar oziqlanish.

6. Quvvatlovchi terapiya:

- Vitaminlar, mikroelementlar (temir, kalsiy, D vitamini);
- Probiotiklar (ayniqsa antibiotiklar bilan davolanganda).

Yosh xususiyatlari:

• Bolaning o'sishi va rivojlanishini tuzatishga alohida e'tibor qaratiladi;

• Suyak massasining muntazam monitoringi o'tkaziladi;

• Kortikosteroidlar qo'llanilganda - osteoporoz profilaktikasi.

Dori-darmonlar bilan davolash: dori-darmonlar ko'rsatmaga qarab monoterapiya yoki turli dori-darmonlar kombinatsiyasi bilan birgalikda buyuriladi. 5-ASK (mezalazin) preparatlarini tavsiya qilish kerak, chunki ulardan nojo'ya ta'sirlar kamroq. 5-ASK dozasi kuniga 50-60 mg/kg, maksimal - 4,5 g/kun bo'lishi kerak. GK kerakli 5-ASK natijasini bermagan bemorlarga, shuningdek, ovqat hazm qilish tizimining yuqori qismlari (qizilo'ngachdan yo'g'on ichakkacha) zararlangan va ichakdan tashqari alomatlari bo'lgan bemorlarga tavsiya etiladi. GKlarning nojo'ya ta'sirlarini hisobga olgan holda, ularni remissiya davrigacha 3 oygacha tavsiya etish mumkin.

Bolalarda yarali kolitda asosiy dori vositalarining dozasi

Preparat	Doza
Prednizolon	sutkasiga 1-2 mg/kg ichish uchun yoki v/i (≤40-60 mg)
Sulfasalazin	kuniga 25-75 mg/kg (≤4 g/kun)
Mesalazin	kuniga 30-60 mg/kg (≤4,8 g/kun)
Azatioprin	Qon zardobidagi merkaptopurin metabolitlari miqdorini nazorat qilish bilan kuniga 1-2 mg/kg
Merkaptopurin	1-1, 5 mg/kg sutkasiga qon zardobidagi merkaptopurin metabolitlari miqdorini nazorat qilish bilan
Siklosporin	sutkasiga 4-8 mg/kg ichish uchun yoki v/i (zardobdagi miqdori 200-250 mkg/ml)
Takrolimus	Ichish uchun sutkasiga 0,15 mg/kg (zardobdagi miqdori 10-15 mkg/ml)
Infliksimab	5 mg/kg v/i

Topik (mahalliy) ta'sirga ega bo'lgan GK preparatlari (budenofalk) mavjud. Preparatning 90% jigardan birinchi o'tishida metabolizmga uchraydi, shuning uchun nojo'ya ta'sirlar kamdan-kam uchraydi (taxminan 2,4 marta). Budesonid kasallikning yengil va o'rtacha og'ir shakllarining qaytalanish davrida tavsiya etiladi. Budesonidning optimal dozasi - 9 mg/sut. Kasallik surunkali uzluksiz retsidivlar bilan kechayotgan bemorlarga azatioprin yoki uning metaboliti merkaptopurinni qo'shimcha tavsiya etish GKga bo'lgan ehtiyojni 60% gacha kamaytirish imkonini beradi. Azatioprin 2,5 mg/kg, merkaptopurin 1-1,5 mg/kg sutkasiga tavsiya etiladi. Nojo'ya ta'sirlar tez-tez uchraydi, bu isitma, pankreatit, dispeptik buzilishlar, yuqumli kasalliklarga moyillikning oshishi bo'lishi mumkin. Bemorda pankreatitning mavjudligi azatioprinni buyurishga qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Davolash tadbirlarining ijobiy natijasini 2-4 oydan keyin, ba'zan 6 oydan keyin ham ko'rishimiz mumkin.

Siklosporin uzoq ta'sir etuvchi preparat hisoblanib, kasallikning qaytalanish davrida azatioprin konsentrasiyasi to'planganda tavsiya etiladi.

Metotreksat tanlov preparati bo'lib, Kron kasalligida GK ijobiy natija bermaganda yoki davolash natijasida nojo'ya ta'sirlar yaqqol namoyon bo'lganda tavsiya etiladi. Haftada 1 marta 15 mg/kg dan teri ostiga tavsiya etiladi.

Ichakning yallig'lanish kasalliklarini davolashda standart davolash rejasiga refrakter sifatida α - TNF- infliksimabga ximer antitanacha tavsiya etiladi. Bu preparatning ta'siri katta yoshli bemorlarda isbotlangan, bolalarda cheklangan. Faqat bolalarda Kron kasalligini davolash uchun ruxsat etiladi.

Yo'g'on ichakning distal qismlari zararlangan bemorlarda mahalliy davolash tizimli davolashga qaraganda foydaliroq, chunki u nojo'ya ta'sirlardan yoki ularning namoyon bo'lish darajasidan qochish imkonini beradi. Kasallikning asoratlari va dori-darmonlar bilan davolashning ijobiy natijasi yo'qligi jarrohlik davolashga ko'rsatma hisoblanadi.

Oqibati

Ichakning yallig'lanish kasalliklarining ko'p turlarida kasallik noxush oqibatlarga olib keladi, ayniqsa asoratlar rivojlanganda.

Ta'sirlangan ichak sindromi

Turli tadqiqotlar ma'lumotlariga ko'ra, ta'sirlangan ichak sindromi (TIS) yer shari aholisining 18-30% ida aniqlanadi. Shu bilan birga, bemorlarning atigi uchdan bir qismi maxsus tekshiruv va terapiyadan so'ng tashxis qo'yadi, chunki ko'pchilik tibbiy yordamga murojaat qilmaydi. Eng ko'p kasallanish 30-40 yosh guruhida kuzatiladi, ammo bolalarda ham kasallanish holatlari kam emas. Ushbu sindromning terminologiyasida hali ham yagona standart yo'q. Zamonaviy amaliyotda turli xil belgilar qo'llaniladi: "ta'sirlangan ichak sindromi," "ichak ta'sirlanish sindromi," "surunkali spastik kolit." SRS atamasi birinchi marta 1967-yilda De-Lor tomonidan taklif qilingan.

Biroq, sindromning klinik ko'rinishlari tavsifi XIX asrga borib taqaladi: 1849-yilda kasallikning klinikasini V. Gumming bayon etgan, 1892-yilda esa V. Osye uni tug'ma kolit sifatida talqin qilgan.

Keyinchalik bu holat "spastik kolit" va "ichak nevrozi" deb nomlandi. Shuni ta'kidlash kerakki, "surunkali spastik kolit" atamasi patologik o'zgarishlarning mohiyatini to'liq aks ettirmaydi, chunki odatda yo'g'on ichak shilliq qavatida yallig'lanish o'zgarishlari aniqlanmaydi. Gistologik jihatdan distrofik jarayonlar ustun turadi. Kasallik bemorlarning, shu jumladan bolalarning hayot sifatini sezilarli darajada yomonlashtiradi, bu esa terapiya va reabilitatsiya usullarini yanada takomillashtirishni talab qiladi.

Etiologiyasi

IQS ichakning motor, sekretor va so'rilish funksiyalarining funksional buzilishlari ustunligi bilan polietiologik kasallikdir. Uning rivojlanish sabablari infeksiyalar, noqulay tashqi ta'sirlar, dori-darmonlarni qabul qilish va boshqa omillar bo'lishi mumkin. Bunda markaziy va vegetativ nerv sistemasi faoliyatining buzilishi muhim rol o'ynaydi. Aksariyat bemorlarda somatoform buzilishlar: xavotir, depressiya, isterik reaksiyalar va fobiyalar kuzatiladi. Sindrom rivojlanishiga olib keladigan omillar qatoriga quyidagilar kiradi: ichak limfa tizimining buzilishi, disbioz, ovqatlanishdagi kletchatka yetishmovchiligi, hissiy va ijtimoiy stress omillari. Patologiya ham ingichka, ham yo'g'on ichakka ta'sir qiladi. O'tkazilgan ichak infeksiyalari, shu jumladan shigellalar va gepatit B viruslari bilan bog'liqlik aniqlanadi. Ko'pincha IQS o'tkir ichak kasalliklaridan keyin rivojlanadi. Sindrom patogenezida ichak mikrobiotasiga katta ahamiyat beriladi. Surgi dorilarni suiiste'mol qilish, klizmalarni haddan tashqari ko'p qo'llash ham kasallikning rivojlanishiga olib keladi, bu esa ichakning reseptor sezgirligini buzadi. Motor buzilishlarning turiga qarab, diareya (tranzitning tezlashishi) yoki qabziyat (tranzitning sekinlashishi) ustunlik qilishi mumkin. Hissiy zo'riqish kasallikning kechishini og'irlashtiradi. Oziq-ovqat allergiyasi, oziq-ovqat mahsulotlarini ko'tara olmaslik, ginekologik kasalliklar va vitamin yetishmovchiligining roli haqida ma'lumotlar mavjud.

Patogenezi

Psixoemosional buzilishlar ichak motorikasining o'zgarishiga va turli qo'zg'atuvchilarga sezuvchanlikning oshishiga olib keladi, bu esa yopiq patologik doirani hosil qiladi. Ko'ndalang-chambar ichak motorikasining buzilishi muhim patogenetik mexanizm hisoblanadi. Bemorlarning ichak shilliq qavatida serotonin miqdorining oshishi aniqlanadi. bu esa nerv impulslari o'tkazilishining buzilishiga va peristaltikaning pasayishiga olib keladi. Instrumental tekshiruvlarda motor buzilishlarning uchta asosiy turi ajratiladi: gipersegmentar giperkinez (52%), gipo- yoki akinez (36%) va antiperistaltik giperkinez (12%). Enterokolossintigrafiya sigmasimon ichakdagi suyuqlik harakatining tezlashishini va proksimal qismlarda sekinlashishini ko'rsatadi. IQS da og'riq adashgan nerv afferent tolalarining o'ta sezuvchanligi bilan bog'liq. Og'riqni kelib chiqishinini yetakchi gipotezasi og'riq signallarini markazdan qayta ishlashning buzilishi hisoblanadi.

Tasnifi

Weber va McCallum (1992) tasnifiga ko'ra, IQSning uchta asosiy varianti ajratib ko'rsatiladi:

1. Diareya ustunligi bilan
2. Qabziyat ustunligi bilan
3. Meteorizm va qorin og'rig'i ustunligi bilan

Najas har xil: oqish rangli, qattiq, tasmasimon, ko'p komponentli, suyuq bo'lishi mumkin. Sindromda imperativ chaqiriqlar paydo bo'lishi mumkin va tana vazni odatda o'zgarmaydi.

Klinikasi

Rim konferensiyasida (1988) IQS 3 oydan ortiq davom etadigan, defekatsiyadan keyin og'riqning kamayishi, meteorizm, yolg'on chaqiriqlar, qabziyat va diareyaning almashinuvi bilan kechadigan doimiy funksional buzilish sifatida aniqlandi. Dastlabki alomatlar ko'pincha birinchi shikoyatlardan bir necha yil o'tgach paydo bo'ladi. Ko'pgina bemorlarda kanserfobiya kuzatiladi. Tipik shikoyatlar qorin og'rig'i, holsizlik, migrensimon bosh og'rig'i, yomon kayfiyat, uyqu va ishtahaning buzilishi. Og'riq odatda qorinning pastki qismida joylashadi,

ovqatdan keyin, jismoniy va hissiy zo'riqishda kuchayadi, tunda esa yo'qoladi. Najas qabziyatdan diareyagacha bo'lishi mumkin, almashinib turadi. Bristol shkalasi bo'yicha sekinlashgan tranzitdan to tezlashgan tranzitgacha bo'lgan 7 turdagi najaslar farqlanadi.

IQS ning klinik xususiyatlari:

- Uzoq va yashirin kechishi
- Simptomlarning xilma-xilligi va o'zgaruvchanligi
- Stress fonidagi zo'rayishlar
- Kechasi simptomlar yo'q
- Organik zararlanish belgilarining yo'qligi

Diagnostikasi

IQS diagnostik mezonlari 1999-yilda Rimda qayta ko'rib chiqildi. Asosiy belgilari:

- Oxirgi 3 oyda oyiga kamida 3 kun qorinda noqulaylik yoki og'riq
- Og'riqning defekatsiya bilan bog'liqligi
- Najas chastotasi va konsistensiyasining o'zgarishi

"Xavf belgilari" organik kasalliklarni istisno qilishni talab qiladi:

- Najasdagi qon
- Vaznni kamaytirish
- Isitma
- Tungi alomatlar
- Oilaviy anamnezda ichak o'smalari

Tashxis dasturi qon tahlillari, rektoromanoskopiya, kolonoskopiya, irrigografiya, zarur hollarda biopsiya bilan gastroskopiyani o'z ichiga oladi.

Differensial diagnostika

IO'Sni quyidagilardan farqlash lozim:

- Yuqumli diareya
- Kron kasalliklari, NYAK
- Ichak saratoni
- Seliakiyalar
- Zollinger-Ellison sindromi
- Endometrioz
- Gipertireoz va diabet

Infeksion diareyalar o'tkir rivojlanadi, kuchli intoksikasiya bilan kechadi va antibakterial davolashni talab qiladi. Kron kasalligi va NYAK ichak devorining yallig'lanish belgilari bilan og'irroq, progressiv kechadi.

Davolash

Terapiya psixoemosional korreksiya, ovqatlanishni normallashtirish, jismoniy faollik, fizioterapiyani o'z ichiga oladi. Uglevodlar, sut, kletchatka, gazli ichimliklar cheklanadi. Dori vositalari bilan davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- Spazmolitiklar (debridat, disetel, no-shpa)
- Meteorizmda simetikon
- Surgi dorilar (mukofalk, laktuloza)
- Probiotiklar va prebiotiklar
- Diareya uchun adsorbentlar va diareyaga qarshi vositalar
- Yaqqol depressiyada antidepressantlar

Zarur bo'lganda motorikani tuzatish uchun preparatlar, serotoninergik vositalar, kalsiy antagonistlari qo'llaniladi.

Dispanser kuzatuvi

Bemorlar 3-yil davomida kuzatuv ostida bo'ladi. Gastroenterolog ko'rigi yiliga ikki marta, pediatr ko'rigi har chorakda o'tkaziladi. Kompleks tekshiruvdan keyin o'zgarishlar bo'lmasa, bemor hisobdan chiqariladi.

Bashorat

O'z vaqtida tashxis qo'yish va kompleks davolash barqaror remissiyaga erishish imkonini beradi. Psixonevrolog ishtirokida multidissiplinar yondashuv, fizioterapiya va sanatoriy-kurortda davolanishni tayinlash muhim rol o'ynaydi.

BOLALARDA SURUNKALI GEPATITLAR

Surunkali gepatit (SG) - bu olti oy va undan ko'proq davom etadigan jigarning yallig'lanish kasalligi (XKT-10 bo'yicha: B18 - *surunkali gepatit, C73.9 - noma'lum etiologiyali SG*).

Tarqalganlik

Bugungi kunda dunyo bo'ylab 2 milliardga yaqin odam gepatit V virusi bilan kasallangan, bu sayyoramiz aholisining taxminan uchdan bir qismini tashkil qiladi. Ulardan 400 millionga yaqini kasallikning surunkali shakli mavjudligidan dalolat beruvchi HBsAg sirt antigenining tashuvchilari hisoblanadi. Shunga o'xshash son (

Etiologiyasi

Bolalarda surunkali gepatitlar ko'pincha HCV virusi (30-50%), kamroq HBV virusi (15-20%) bilan bog'liq bo'lib, u ko'pincha D virusi (HDV) yoki boshqa infeksiyalar - sitomegalovirus, gerpes, qizilcha, enteroviruslar va Epshteyn-Barr virusi bilan birga keladi.

HBV DNK saqlovchi virus, C, D, F, G viruslari esa RNK saqlovchi viruslardir. HDV - bu nuqsonli virus bo'lib, uning qobig'i HBV (HBsAg) antigenidan iborat.

Infeksiyaning uzatish yo'llari farqlanadi:

• HBV parenteral, maishiy (masalan, so'lak orqali) va jinsiy yo'l bilan, shuningdek, vertikal - onadan bolaga yuqadi.

• HCV, HDV va boshqa shunga o'xshash viruslar faqat qon va uning tarkibiy qismlari orqali yuqadi.

HAV va HEV fekal-oral yo'l bilan yuqadi, lekin gepatitning surunkali shakllarini keltirib chiqarmaydi.

HBsAg tashuvchi onadan HBV yuqish xavfi 5-10% ni, HBeAg tashuvchi onadan esa 75-100% ni tashkil etadi. Homiladorlikning uchinchi trimestrida HBV yuqtirilganda, bolaning infektsiya xavfi 50-90% gacha oshadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda gepatitning surunkali kechish ehtimoli kattalarga (5%) nisbatan ancha yuqori (90% gacha).

V.F. Uchaykin va B.A. Svyatskiy (1998) ma'lumotlariga ko'ra, bolalarda surunkali gepatit ko'pincha virusli infeksiyalarning yashirin

sariqliksiz shakllaridan keyin rivojlanadi. Shuningdek, bolalarda haqiqiy dorivorlar sababli surunkali gepatitlar kamdan-kam uchraydi - odatda ular doimiy virusli infeksiyalar bilan bog'liq.

Patogenezi

Surunkali virusli gepatitlar patogenezining asosiy bosqichlari:

- HBV, HCV yoki HDV viruslari bilan zararlanish;
- Yuqori virusli yuklama surunkali omil sifatida;
- T-hujayraviy immunitet tanqisligi, interferon javobining buzilishi, makrofaglar yetishmovchiligi;
- Virus antigenlari ekspressiyasi va immun javob hisobiga gepatotsitlarning shikastlanishi;
- Jigar fibrozining rivojlanishi;
- Mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi va jigar ichi gipoksiyasi.

Amerika pediatriya akademiyasining ma'lumotlariga ko'ra ("Qizil kitob," 2015 y.), surunkali gepatit B tashxisi kamida 6 oy davomida 20 000 ME/ml dan ortiq titrda virusli DNK mavjud bo'lganda tasdiqlanadi.

Autoimmun surunkali gepatit jigarning tabiati noaniq bo'lgan yallig'lanish kasalligi bo'lib, autoantitanachalar va kuchli gipergammaglobulinemiya bilan birga keladi. HLA-genlar bilan assosiasiyalar: I tip uchun HLA-A1-B8-DR3/4, II tip uchun - V14-DR3-C4A-DQ xos.

Tasnifi

Butunjahon gepatologlar kongressi (Los-Anjeles, 1994) tavsiyalariga ko'ra:

- Surunkali virusli gepatit (B, C, D)
- Autoimmun gepatit
- Surunkali toksik (dorivor) gepatit

Jarayon faolligi asosida:

- Minimal (AlTning 3 baravardan ortiq oshishi)
- O'rtacha (AlT 10 martagacha oshirilgan)
- Yaqqol ifodalangan (AlT me'yordan 10 baravardan ortiq)
- Nofaol gepatit

Morfologik baholash quyidagilarga asoslanadi:

- Periportal va ko'priksimon nekrozlar

• Bo‘lakcha ichi degeneratsiyasi
• Portal yo‘llarning yallig‘lanishi

Fibroz darajasi bo‘yicha:

• Kuchsiz periportal fibroz
• Portportal to‘siqlar
• Portotsentral to‘siqlar
• Jigar sirrozi

Virusning rivojlanish bosqichlari:

• Replikatsiya
• Integratsiya

Klinik ko‘rinishi

Minimal yoki o‘rta faollikdagi SG bilan og‘rigan bolalarda astenovegetativ sindrom belgilari ustunlik qiladi: charchoq, asabiylashish, uyqu buzilishi, bosh og‘rig‘i, zaiflik. Dispeptik buzilishlar: ishtaha pasayishi, ko‘ngil aynishi, qusish, yog‘li ovqatni ko‘tara olmaslik, qabziyat va diareya qayd etiladi. Og‘riqlar o‘ng qovurg‘a ostida joylashadi, ovqatdan va jismoniy harakatdan so‘ng kuchayadi.

Obyektiv tekshiruvda quyidagilar aniqlanadi:

• Jigarning kattalashishi va zichlashishi
• Ba’zan o‘rtacha splenomegaliya
• O‘tib ketuvchi sariqlik
• Teri gemorragiyalari
• Teleangiektaziyalar
• Ozish

Laborator belgilari:

• AlT va ACTning oshishi
• O‘rtacha giperbilirubinemiya
• Gipergammaglobulinemiya
• Uglevod almashinuvining buzilishi

Bir qator bemorlarda kasallik kam simptomli kechib, faqat jigarning kattalashishi va fermentlarning ko‘payishi bilan namoyon bo‘ladi. SG ning xolestatik varianti sariqlik va qichishish bilan namoyon bo‘ladi, bu o‘t kislotalarining to‘planishi bilan bog‘liq.

Autoimmun surunkali gepatit

XKT-10 bo'yicha kod: K75.4.

Gipergammaglobulinemiya va autoimmun kasalliklar bilan birgalikda namoyon bo'ladi: autoimmun tireoidit, nospetsifik yarali kolit, sinovit, artrit, o'pkaning infiltrativ shikastlanishi, teri vaskulitlari, gemolitik anemiya, trombositopeniya. I tip HLA-A1-B8-DR3/4, II tip V14-DR3-C4A-DQ bilan bog'liq.

Surunkali gepatitning uchta asosiy turini taqqoslash (Sherlok Sh., Duli Dj., 1999)

Belgilar	1-turdagi autoimmun gepatit	Gepatit B	Gepatit C
Gender ustunligi	Ayol	Erkak	Ikkala jinsda ham bir xil
Yosh	15-25 yosh. Menopauza	Chaqaloqlar,	Barcha yosh guruhlari
Zardobdagi HBS Ag	Kuzatilmayapti	25 yoshdan katta	Kuzatilmayapti
Zardobdagi VGC antitanalari	Kuzatilmayapti	Aniqlandi	Aniqlandi
Autoimmun kasalliklar	Asosan	Kuzatilmayapti	Ba'zan
Zardobda y-globulin miqdorining ko'payishi	ifodalangan	Kamdan kam hollarda	O'rtacha
Silliq mushak va antinuklear omillarga qarshi antitanalar	Yuqori titr (70%)	O'rtacha	Titri past yoki kuzatilmaydi
Birlamchi jigar saratoni xavfi	Kichik	Titri past yoki kuzatilmaydi	Baland
Kortikosteroidlar bilan davolash natijasi	Ijobiy	Baland	Ikkala jinsda ham bir xil

Bolalarda jigarning dorilar bilan zararlanishi kattalarga qaraganda kamroq uchraydi. Polifarmakoterapiyada xavf yanada yuqori bo'ladi. Dorilarga bog'liq gepatopatiyaning 2 guruhi farqlanadi:

- Oldindan aytib bo'ladigan (katta dozalarda gepatotoksik ta'sirga ega preparatlar);
- idiopatik (fakultativ).

Birinchi guruh dozaga bog'liq jigar preparatlariga jigarga bevosita halokatli ta'sir ko'rsatadigan (gepatositlar membranasini shikastlaydi, gepatotsitlar reaktiv metabolitlar hosil qiladi va boshqalar) 140 mg/kg dozada asetamifen (parasetamol), metotreksat, 6-merkaptopurin, valproat kislota va boshqalar kiradi. Ikkinchi guruh preparatlari dozaga bog'liq emas va jigarning shikastlanishi faqat to'qima makromolekulalari bilan anomal metabolitlar hosil qilganlarda yuzaga keladi, keyinchalik immunopatologik reaksiyalar, ba'zan yuqori sezuvchanlik, jigardan tashqari alomatlar: isitma, teri toshmasi, artralgiyalar va boshqalar rivojlanadi. Toksik gepatopatiyalar shartli ravishda 3 guruhga bo'linadi:

- jigarning funksional buzilishlari (tranzitor giperbilirubinemiya, transaminazalar faolligining oshishi va b.);
- virusli gepatitga o'xshash o'zgarishlar (gepatotsitlar sitolizi, xolestaz belgilari);
- granulematoz gepatit va jigar ichi qon aylanishining buzilishi.

Gepatitga o'xshash reaksiyalarga qorinda og'riq, isitma, jigarning kattalashishi, sariqlik, siydikning qorayishi, transaminazalar faolligining oshishi (me'yordan 2-5 marta ko'p) kiradi. Jigarga sitolitik ta'sir ko'rsatuvchi preparatlarga ba'zi antibiotiklar (tetratsiklin, rifampitsin, meronem, oksatsillin, ampitsillin, karbenitsillin), siydik haydovchi vositalar (tiazidlar, furosemid, etakrin kislota), umumiy anestetiklar (ftortanat, sitamat, xloroform), sitostatiklar- (azatioprin, leykeran, metotreksat, 6-merkaptopurin), silga qarshi preparatlar (PASK, izoniazid) va boshqalar kiradi.

Asosan gepatotoksik va xolestaz ta'sirga ega preparatlarga antibiotiklar (eritromisin, nitrofuranlar), psixotrop vositalar (aminazin, diazepam, meprotan) va gormonal preparatlar (nerobol, dianabol, metiltestosteron) kiradi. Bu bolalarda qichishish, lanjlik, dispeptik

o‘zgarishlar, gepatomegaliya, sariqlik qayd qilinadi. Bolalarda gepatitga o‘xshash shikastlanishlar (toksik gepatopatiyalar) zaharlanishlarda (ko‘pincha oq poganka, insektitsidlar), moddalar almashinuvining irsiy anomaliyalarida (fruktozemiya, tirozinoz, galaktozemiya va boshqalar) kuzatiladi. Ba’zan bolalarda turli darajadagi dori vositalariga toksik-allergik reaksiyalar, hatto og‘ir darajadagi toksikodermiya (Stivens-Jonson, Layella sindromlari) paydo bo‘lishi mumkin. Sulfanilamidlar, penisillinlar, tarkibida ftor bo‘lgan anestetiklar bilan davolashda bolalarda kamdan kam hollarda jigarning granulematoz gepatit ko‘rinishidagi shikastlanishi rivojlanishi mumkin, bu jigar ichi xolestazi, isitma, gepatosplenomegaliya bilan tavsiflanadi.

Granulyomatoz gepatit ham mikoz va sil kasalliklarining belgisi bo‘lishi mumkin. Uni UTTda aniqlash mumkin bo‘lsa-da, gepatobiliar sintigrafiya, jigar biopsiyasi yordamida aniqlanadi.

Surunkali gepatit bemorlarni kompleks tekshirish orqali aniqlanadi::

- biokimyoviy;
- virusologik;
- immunologik;
- morfologik;
- Portal gemodinamika holati baholanadi.

Gepatositlar sitoplazmatik membranasi va mitoxondriyalar butunligining buzilishi (glutamatdegidrogenaza, urokinaza faolligi oshgan) hisobiga qon zardobi fermentlari faolligining oshishi (AcT, AIT, fruktozomono- va fruktozodifosfataldolaza faolligining oshishi va b.) yoki lizosomalarning shikastlanishi (ribonukleaza, leysinaminopeptidaza, katepsinlar) jigarning sekretor (xolinesteraza faolligining pasayishi) va ekskretor (ishqoriy fosfataza faolligining oshishi) funksiyalarida nuqson borligini ko‘rsatadi.

Mitoxondrial va lizosomal fermentlar faolligining oshishi jigar shikastlanishining og‘irligi bilan bog‘liq.

Surunkali gepatitda pigment almashinuvining buzilishi quyidagilar natijasida yuzaga kelishi mumkin:

- bilirubin kon'yugasiyasi va sekresiyasining buzilishi (sariqlikning parenximatoz komponenti);

- o't yo'llarining tiqilib qolishi (sariqlikning mexanik komponenti);

-eritrositlar parchalanishining kuchayishi (sariqlikning gemolitik komponenti).

DTB oshishi qaytalanuvchi surunkali gepatit uchun xos, lekin gemolitik anemiyada bilirubinning bevosita oshishi qonda gepatositar bilirubin ushlanib qolishining pasayishi bilan kechadigan og'ir autoimmun buzilishlarda ham kuzatiladi. Parenximatoz sariqlik bilirubinuriya bilan tavsiflanadi, bu siydikning to'q rangi va siydikning o't pigmentlariga ijobiy reaksiyasi bilan tavsiflanadi. Sariqlikning qo'zishi va qaytalanishida ham urobilinuriyaning ko'payishi kuzatilishi mumkin. Sariqlikning gemolitik komponentida bevosita giperbilirubinemiya bilan bir qatorda retikulotsitoz, karboksigemoglobinning ko'payishi va zardob gaptoglobinining pasayishi kuzatiladi. Jigarning oqsil sintez qilish qobiliyatining pasayishi gipoalbuminemiya bilan bog'liq bo'lib, qon ivishining boshqa vitamin K ga bog'liq omillari (VII, IX, X) hamda I, V, transferrin, seruloplazmin, gaptoglobin va boshqa omillar konsentrasiyasining pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Surunkali gepatitda lipidlar almashinuvi ham buziladi, qon zardobida fosfolipidlar miqdorining ko'payishi, xolesterin va uning efir bilan bog'langan fraksiyasi miqdorining kamayishi shundan dalolat beradi. Xolestatik sariqlik giperlipidemiya va giperxolesterinemiya bilan birga kechadi. Uglevod almashinuvida jigarning boshqaruv funksiyasi yetishmovchiligini aniqlashning eng samarali usuli Bauer sinamasini o'tkazishdir: galaktoza yuklamasida (1 kg tana vazniga 0,5 g) 12 soat davomida galaktoza ekskresiyasi 8% dan oshmaydi, surunkali gepatit bilan og'rigan bemorlarda esa u nisbatan yuqori, chunki galaktoza ekskresiyasi buziladi. Jigarning tozalash va ajratish funksiyasining buzilishi radioaktiv oltin bilan yuklash orqali tekshiriladi.

Jigar holatini morfologik baholashning xavfsiz usullari ultratovushli ekzografiya yoki radioizotop skanerlash, kompyuter tomografiyasi, laparoskopiya yordamida aniqlanadi. Jigarning punksion biopsiyasi shu usullar bilan jigarning diffuz zararlanishini aniqlash uchun o'tkaziladi.

Jigarning gistologik tekshiruvida o‘rtacha og‘irlikdagi surunkali gepatitda jigar arxitektonikasida o‘zgarish aniqlanmaydi, jigar hujayralarining o‘rtacha distrofik o‘zgarishlari (odatda gidropik degeneratsiya, ballonli gepatotsitlar), chegaralangan limfogistiositar infiltrasiya va portal zonada o‘rtacha darajadagi o‘choqli fibroz aniqlanadi. Shu bilan birga, parenximaning tugunlarga aylanishi kuzatilmaydi. Lyupoid gepatitdagi gepatotsellyulyar karsinomaning gistologik ko‘rinishlarida plazmatik hujayralar va portal limfositlar bilan ifodalangan infiltrasiya, diffuz jigar fibrozi va arxitektonikaning buzilishi xarakterlidir. Surunkali gepatitni tekshirishning eng samarali usuli jigar elastografiyasidir. Jigar elastografiyasi gepatologiya sohasida jahon diagnostika standartiga aylandi. U og‘riqli biopsiyani muvaffaqiyatli almashtirdi va to‘qimalar holatini baholashning eng samarali usullaridan biriga aylandi, shuningdek, gepatit bilan og‘rigan bemorlarda fibroz bosqichini aniqlashda katta ahamiyatga ega bo‘ldi. Zamonaviy tadqiqot usullari noinvaziv vaziyatda bemorning holatini baholashga va aniq tashxis qo‘yishga yordam beradi. Jigar elastografiyasi fibroskan apparati yordamida bajariladi. Ushbu innovasion usul og‘riqli fibroskopiya usulini almashtirdi. Elastometriya prinsipi to‘qima elastikligi va fibroz darajasi o‘rtasidagi bog‘liqlikka asoslangan.

Quyidagi hollarda jigar funksiyasi buzilishining aniq belgilari bo‘lgan odamlar uchun majburiy muolaja hisoblanadi:

- virusli gepatitlarning har xil turlari;
- alkogolli yog‘ kasalligi yoki yog‘li gepatoz;
- alkogolli steatogepatit;
- autoimmun tabiatli jigar kasalliklari;
-organlarni shikastlovchi irsiy kasalliklar.

Shuningdek, xavf guruhiga kiruvchi yoki anamnezida to‘qimalarning shikastlanishiga olib keladigan kasalliklari bo‘lgan odamlarga quyidagi tekshiruvlarni o‘tkazish muhim:

-qandli diabet;
- endokrin kasalliklar;
- ateroskleroz;
-qon hosil bo‘lishining buzilishi;

- semizlik;
-qondagi bilirubin miqdori yuqori.

Fibroelastometriya standart biopsiyaga nisbatan bir qator afzalliklarga ega:

- anesteziyasiz;
- jarrohlik aralashuvining yo'qligi;
- ambulatoriya sharoitida davolash;
- tekshiruv anesteziya yoki sedatsiyasiz o'tkaziladi;
- davolash 15 daqiqagacha davom etadi;
- standart biopsiya namunalaridan arzonroq;
- asoratlarning yo'qligi;
- tiklash davrini talab qilmaydi;
- organizmning barcha to'qimalari tekshiriladi;
-natijalar inson omiliga bog'liq emas.

Surunkali gepatitlarning virusologik tekshiruvi bemor qonida HBsAg, HBcAg, HBeAg ni aniqlashga qaratilgan. DNK - VGV va RNK - HCV, HDV qon va jigar bioptatlaridan polimeraza zanjir reaksiyasi (PZR) yordamida, virus antigenlari (Ag) va antitanachalar (antitanacha - Ab) (IgG, IgM) immunoferment tahlili (IFA) yordamida aniqlanadi. HBsAg - virusli gepatit B ning yuzaki antigeni, HBcAg - virusning asosiy nukleoproteini, HBeAg HBCAg dan ajratib olingan va qonda aniqlangan, bu virus replikatsiyasining markeri hisoblanadi. Immunologik tekshiruv bemorning immun holatini baholash va jigar hujayralarining mitoxondriyalari va boshqa antigenlariga, terining bazal membranasiga, DNKga, silliq mushaklarga qarshi antitanalarni topishdan iborat. Surunkali gepatit bilan og'rigan bemorlarda odatda qonda A va G immunoglobulinlari darajasi biroz ko'tariladi, ammo IgG darajasi yuqori faol surunkali gepatitda juda yuqori bo'ladi. Surunkali HBsAg gepatitda T-limfositlar supressorlari soni me'yorda, autoimmun turida esa kamaygan bo'ladi.

Differensial diagnostika. Biz dastlab surunkali gepatitni o'tkir A gepatitning qoldiq alomatlaridan farqlashimiz lozim. O'tkir A gepatitdan sog'ayish odatda 12-16 hafta ichida yuz beradi, shu sababli A gepatiti bilan davolanib, shifoxonadan chiqarilgan bolani to'liq sog'lom deb

hisoblash noto‘g‘ri, chunki laboratoriya ko‘rsatkichlari o‘zgargan yoki umumiy ahvoli yomonlashgan bo‘lishi mumkin. Bolalar umumiy holsizlik va tez charchash, bosh og‘rig‘i, ba’zan bo‘g‘imlarda og‘riq, ishtaha pasayishi, ko‘ngil aynishi, qusish, o‘ng qovurg‘a ostida og‘riq, ich ketishidan shikoyat qiladilar. Obyektiv ko‘rikda jigar kattalashgani, teri va skleralar sarg‘ayganini, jigar faoliyati doimo buzilganligini kuzatamiz. Kasallik klinikasida bolalarning bir qismida astenodispeptik sindrom, boshqa qismida sariqlik, yana boshqalarida faqat jigarning kattalashishi kuzatiladi. Jigari kattalashgan bolalarda shikoyatlar yo‘q, laboratoriya tekshiruvlari natijalariga ko‘ra jigar faoliyati qoniqarli. Hozirgi vaqtda jigarda o‘choqli fibroz rivojlanishi tufayli davolashning anatomik nuqsoni haqida gapirish mumkin. O‘tkir gepatit A davolangandan so‘ng funksional giperbilirubinemiya bolaning umumiy ahvoli va jigar faoliyati ko‘rsatkichlari o‘zgarmagan holda oylab (ba’zan yillab) saqlanib qolishi mumkin. O‘tkir gepatit A surunkali gepatit va jigar sirroziga o‘tmaydi. Agar klinik-epidemiologik ma’lumotlarga ko‘ra epidemik gepatit tashxisi shubha tug‘dirmasa va bemor o‘tkir jarayonning oxirida hatto bir yildan keyin ham kuzatilsa, ammo HBsAg, HBcAg, HBeAg va/yoki ularga qarshi antitanalar aniqlanmasa, u holda o‘tkir gepatit belgilari kuzatiladi. Surunkali gepatitni jigar sirrozidan faqat morfologik tekshiruvlar (UTT, kompyuter tomografiyasi) o‘tkazish orqali farqlash mumkin.

Surunkali gepatit irsiy pigmentli gepatozlar va jigarning metabolik kasalliklari bilan qiyosiy tashxislanadi. Jigarning metabolik kasalliklari mavjudligini quyidagi klinik belgilar ko‘rsatadi: vaqti-vaqti bilan qusish, jismoniy va/yoki aqliy rivojlanishning kechikishi, nafas qisilishi, dismorfiya, katarakta, gipoglikemiya, organik atsidemiya, laktatasidoz, gemorragiyalar.

Surunkali gepatit bilan kasallangan bemorlarni davolash

Surunkali gepatit bilan og‘rigan bemorlarga kasallik qaytalanishida yotoq rejimi tavsiya etiladi, chunki u jigar yuklamasini kamaytiradi va jigardagi qon oqimini oshiradi. Jigar funksiyasi va bemorning umumiy ahvoli yaxshilanishi bilan rejim asta-sekin kengaytiriladi. Kasallikning qaytalanishi kuzatilmagan bemorlarga jismoniy zo‘riqish, sport bilan shug‘ullanish, kunduzi uxlash tavsiya etiladi. Biroq ortiqcha harakatni

cheklash ham zararli, shuning uchun davolovchi jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish, toza havoda sayr qilish maqsadga muvofiqdir. Bemorlar har qanday dorilardan, ayniqsa, jigar orqali zararsizlantiriladigan dorilardan himoyalangan bo'lishi kerak. Parhez kasallik bosqichi va jigar yetishmovchiligi darajasiga bog'liq. Bemorga odatda 5-stol beriladi. Dasturxoni o'rtacha gipoxloritli (sutkasiga 3-4 g tuz). Ovqatning umumiy energetik qiymati yosh me'yoridan birmuncha yuqori bo'lishi kerak. Yog'lar miqdori biroz kamaytirilib, uglevodlar miqdori biroz ko'paytiriladi. Agar dekompensasiya kuzatilmasa (1 va 2 davrlarda), oqsil miqdori yosh me'yorida bo'lishi kerak. Jigar va darvoza venalari o'rtasida anastomozlar mavjud bo'lganda jigar yetishmovchiligi va oqsilning yuqori darajasi qonda azotli mahsulotlarning, ko'pincha ammiakning ko'payishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida jigar yetishmovchiligi va koma rivojlanish xavfini oshiradi. Bunda oqsil miqdori fiziologik ehtiyojga nisbatan ikki marta kamayadi. Rasionda mexanik va kimyoviy agentlar cheklanadi. Sabzavotlar qirg'ichdan o'tkaziladi, go'sht esa bug'da pishirilgan kotlet, teftel ko'rinishida dasturxonga tortiladi. Dag'al o'simlik tolalari, ekstraktlar va purinlar, jigar yetishmovchiligida esa tuz chiqarib tashlanadi. Rasionga tarkibida to'yinmagan yog' kislotalari ko'p bo'lgan o'simlik moylarini kiritish foydalidir. Ovqat vitaminlar va lipotrop moddalarga boy bo'lishi kerak. Asosan sut mahsulotlari: yogurt, tvorog, qaymoq, prostokvasha, shuningdek, losos, tuxum, yog'siz go'sht va baliq, suli yormasi, yangi siqilgan meva sharbatlari, asosan uzum sharbati foydali hisoblanadi. Yog'li mahsulotlar, sho'rvalar, qo'ziqorinli sho'rvalar, kolbasalar, sosiskalar, konservalar, ziravorlar, achchiq va sho'r mahsulotlar, dudlangan mahsulotlar, tabiiy qahva, muzqaymoq, gazlangan ichimliklar mumkin emas. Bemorga butun umri davomida shunday parhez buyuriladi. Ovqatlanishlar soni 4-6 martagacha oshiriladi.

Bazis terapiya: gepatoprotektorlar (geptral, silibor va b.), litolitiklar (ursofalk, litofalk va b.), enterosorbentlar, pre- va probiotiklar, fitoterapiya, LFK, psixoterapiya, yo'ldosh kasalliklarni davolash. Surunkali virusli gepatitlarda virusga qarshi terapiya faqat maxsus bo'lim va klinikalarda o'tkaziladi va virusning replikasiya fazasida tavsiya etiladi. Red Book bo'yicha ko'rsatmalar (2015-yil): gepatit B virusi DNK

si 20 000 ME/ml dan yuqori va HBeAg, gepatit C virusi RNK si 2 000 ME/ml dan yuqori bo'lganda. Standart, rekombinant va pegilirlangan interferon tanlov preparati hisoblanadi. α-2-interferonlar (Roferon A va b.), α-2-interferonlar (Intron A) standart dozada 3 mln ME/ml haftasiga 3 marta 6-12 oy davomida teri ostiga, mushak orasiga 1 yoshdan katta bolalarga yoki vena ichiga yuboriladi. Interferonlar bemorning virusli infeksiyaga immun javobini kuchaytiradi, shuningdek, endoribonukleaza faollashuvi, proteinkinaza faolligining oshishi va 2"3-oligoadenilatsintetaza induksiyasi hisobiga virus replikatsiyasini pasaytiradi. Virusga qarshi preparatlar nofaol rejimda tavsiya etilmaydi. Barcha bemorlarda (bolalarda kattalarga qaraganda kamroq) INFning dastlabki 3-5 inyeksiyasidan so'ng grippga o'xshash reaksiyalar: isitma, bo'g'imlar va mushaklarda bosh va keskin og'riq, ba'zi bemorlarda gematologik buzilishlar, ishemik retinopatiya, qalqonsimon bez disfunksiyasi kuzatiladi.

Virusologik nazorat davolashning 12-haftasida o'tkaziladi, interferonlar bilan davolash samarasiz bo'lganda kombinasiyalangan qo'shaloq terapiya (surunkali gepatit C boshlanganidan beri tavsiya etilganidek) - pegilirlangan α-interferonlar va ribavirin qo'llaniladi, ammo uch tomonlama terapiya - pegilirlangan interferon, ribavirin va proteaza ingibitorlari (telaprevir yoki botsaprevir) yaxshi natija beradi. Gepatit C da ikkilamchi terapiyada davolanish 1a - 40%, uchlamchi terapiyada - 75-100% ni tashkil qiladi. Amerika farmasevtika kompaniyasi Gilead Sciences gepatitni davolashning yangi usulini ishlab chiqdi Sofosbuvir (sofosbuvir) va ledipasvir (ledipasvir) preparatlarining kombinasiyasi bilan gepatit C virusining 97-100% ni yo'q qiladi. Sofosbuvir (lefasbuvir) va ledipasvir (ledipasvir) ledipasvir virusining fosfoproteinini, NS5A oqsilini ingibirlash orqali gepatit C virusining replikasiyasini to'xtatadi, sofosbuvir esa NSSB polimerazalari orqali virusli RNK bilan bog'lanib, uridinning (trifosfat) analogidir. Kombinatsiyalangan preparat Harvoni deb ataladi va 90 mg ledipasvir va 400 mg sofosbuvirni o'z ichiga oladi. Virus qondan yo'qolguncha 12-24 hafta davomida kuniga bir marta ichiladi. Nojo'ya ta'sirlar (bosh og'rig'i, holsizlik, charchoq) 1% bemorlarda minimal darajada bo'ladi. 12 haftalik

Harvoni kursi 94 500 dollar, 24 haftalik kurs esa 189 000 dollar turadi, bu jigar transplantatsiyasidan ikki baravar arzon. Qizil kitob (2015-yil) ma'lumotlariga ko'ra, bolalarda gepatit C ni to'g'ridan to'g'ri davolash mavjud emas. Tizimli simptomlar bilan kechuvchi surunkali gepatitda (autoimmun gepatit) immunodepressantlar va sitostatiklar bilan yoki ularsiz glyukokortikoidlar tavsiya etiladi. Davolash boshida prednizolon dozasi 2 mg/kg bo'lib, u transaminazalar faolligi me'yorlashgunga qadar yuboriladi. So'ngra doimiy ravishda 10-15 mg/sut gacha kamaytiriladi. Ushbu doza kaliy bilan boyitilgan oziq-ovqat mahsulotlari (mayiz, shovul, olxo'ri va boshqalar) va kaliy qo'shimchalari fonida bir necha oy davomida (kamida 6 oy) buyuriladi. Gormonning sutkalik dozasi buyrak usti bezi yetishmovchiligining oldini olish uchun doimo 2 marta (ertalabki dozaning 2/3 qismi, kunduzgi dozaning 1/3 qismi) yuboriladi. Shu bilan birga, gormonning mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlarini kuzatib borish va ularni o'z vaqtida bartaraf etish kerak. Autoimmun gepatit kortikosteroidlar va immunodepressantlar - imuran (azatioprin) ni 2-2,5 mg/kg sutkalik dozada birgalikda tavsiya etish uchun asos bo'ladi. 1 oydan so'ng imuran dozasi 1 mg/kg gacha kamaytiriladi va uzoq muddat - kamida 1-yil (odatda 3-yilgacha) prednizolon (0,25-0,5 mg/kg/sut) bilan birgalikda buyuriladi.

Hozirgi vaqtda siklosporin Ani ning samaradorligi o'rganilmoqda. Glyukokortikoidlarni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar yarali kolit, yaqqol osteoporoz, sitostatiklarni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar esa bemorning koma oldi va komatoz holati, og'ir infeksiyalar, yaqqol leykopeniya va gipoproteinemiya hisoblanadi. Teri qichishishida xolestiramin yoki xolestipol, ursodezoksixol kislotasi, geptral, rifampitsin, ondansetron, nakolson, fenobarbital (2,5 mg/kg/sut) minimal dozalarda, N1-gistamin retseptorlari antagonistlari tavsiya etiladi. Ondansetron (serotonin retseptorlari antagonistlari) samaraliroq. Kattalarga 8 mg dan bolyus usulida venaga yuboriladi. Ammiak kamayadi:

- ammiakogen moddalarni kamaytirish (ovqat bilan oqsillar tushishini kamaytirish

- dastlab oqsilsiz parhez, ichni yumshatuvchi vositalar yordamida oshqozon-ichak traktini tozalash, buyraklar faoliyatini yaxshilash yoki gemodializ, peritoneal dializ yordamida mochevinani kamaytirish);

- so'rilmaydigan antibiotiklar (neomitsin va boshqalar), laktuloza, laktobakterin bilan ammiak ishlab chiqarishni kamaytirish (patologik ichak mikroflorasini siqib chiqaradi);

- dializ, gemosorbsiya, oshqozon-ichak traktini bo'shatishning turli usullari va oksidlanishni keltirib chiqaradigan preparatlar (laktuloza, sorbit, kationitlar, laktuloza) bilan ammiakning yo'qotilishi;

Ammiakni kam zaharli shakllarga - glutamin-asparagin (glutamin va sparagin kislotasi), mochevina (arginin, protaminorin va boshqalar) ga aylantiradigan preparatlarni qo'llash, shuningdek, aminokislota bo'lmagan aminlarni kiritish.

Empirik terapiya o'tkaziladi (L-DOFA, monoaminooksidaza ingibitorlari). Talvasaga qarshi terapiya (simptomatik), infeksiyalar, anemiya, gipoksemiya, kislota-ishqor va elektrolitlar muvozanatining buzilishi, isitma va boshqalarni davolash. Parenteral infuzion terapiyaning boshlang'ich hajmi 1 l/m2/kun. S. D. Podimova (1996) Gepamers preparatini qo'llash bilan portosistem ensefalopatiyada samarali natijalarga erishdi.

Surunkali gepatit bilan og'rigan bolalar kattalar poliklinikasiga o'tkazilgunga qadar dispanser kuzatuvi ostida bo'ladi. Bunday bemorlarning kun tartibi 5-9 yoshli bolalarda sutkasiga 10-11 soat va 10-14 yoshli bolalarda sutkasiga 9-10 soat uyqudan iborat (albatta, kunduzgi uyqu 1-2 soat bo'lganda). Bola ertalab gigiyenik gimnastika bilan shug'ullanishi kerak. Maktabda kasallikning oxirgi qaytalanishidan 2-3 oy o'tgach, davolash fizkulturasi gruppasida sport bilan shug'ullanish mumkin. Kun tartibining majburiy qismi: ochiq havoda sayr qilish (iloji boricha kuniga 2-3 marta), chang'i uchish, harakatli o'yinlar. Albatta, jismoniy yuklamalar juda kuchli bo'lmasligi kerak. Kundalik rasion muntazam va kuniga kamida 4 marta bo'lishi kerak. Har kuni taomnomada tvorog yoki boshqa sut mahsulotlari, suli yormasi, mevalar va sharbatlar mavjud. Rasionda iloji boricha yangi baliq, o'simlik yog'i qo'shilgan salatlar, sabzavotlar, grechka bo'tqasi va asal bo'lishi kerak.

Kasalxonaga yotqizilgandan so'ng dastlabki 2-yil davomida bemor 3 oyda 1 marta, keyin esa yiliga 2 marta qonning biokimyoviy tahlili (bilirubin, transaminazalar faolligi, oqsil va oqsil fraksiyalari) tekshiriladi va o'tkaziladi. Tekshirish paytida bemorning ahvoli haqida batafsil ma'lumot olish, jigar o'lchamlariga katta e'tibor berish, xoletsistit va boshqa infeksiyalar mavjudligini aniqlash zarur; bolada yiliga 2 marta qonning klinik tahlili, gelmint tuxumlarini aniqlash uchun najas tahlili o'tkaziladi. Bemor otolaringolog va stomatologga yuboriladi. Statsionarda davolangandan so'ng dastlabki 2-yilda 4 oyda 1 marta, keyin esa yiliga 2 marta quyidagi sxema bo'yicha oylik davolash kurslari o'tkaziladi: haftasiga 2 marta dorivor o'simliklardan tayyorlangan damlama (bo'znoch, makkajo'xori ko'knorisi, uchbarg, momaqaymoq ildizi, yalpiz barglari, moychechak choyi) va laktobakterin yoki bifikol ichish, ikki haftalik vitaminlar (C, A, B_{15}, B_5, B_6 va boshqalar) kursini almashtirish, rag'batlantiruvchi terapiya (keyinchalik pentaoksid kurslarini ikki haftalik almashtirish bilan, dibazol, pantokrin, jenshen va boshqalar tavsiya etiladi). Yiliga 2 marta 1 oylik kurslar tavsiya etildi: isitilgan mineral suv (Slavyanovskaya, Yessentuki 4, Djermajur, Arzni, Djermuk, Arshan, Sairme, Vitautas, Ijevskaya, Mirgorodskaya) 1 ichimlik 3-5 ml/kg hisobida, ozokeratinli applikatsiyalar jigar sohasiga qo'llaniladi.

Surunkali jigar kasalliklari bilan og'rigan bolalar mahalliy sanatoriylarda, shuningdek, Jeleznovodsk, Yessentuki, Truskovse, Pyatigorsk, Djermajur, Mirgorod, Morshin va boshqa shaharlarda davolanadilar. Bolalarni sanatoriy-kurortda davolanishga yuborishga qarshi ko'rsatma, umumiy rezistentlikdan tashqari, jigarda faol destruktiv-nekrotik jarayon yoki og'ir jigar yetishmovchiligi belgilarining mavjudligi hisoblanadi.

Kasallik oqibatlari. Surunkali gepatitning oqibati uning shakli va faollik darajasiga, interferon preparatlari bilan tizimli davolashga bog'liq. Surunkali gepatitning o'rtacha og'irlikdagi bosqichlarida jarayon barqarorlashadi, reparativ dinamika va keyinchalik sog'ayish kuzatiladi. Kasallik qo'zishining morfologik belgilarisiz kasallikning davriy retsidivlari kuzatilishi mumkin. Surunkali gepatitning nojo'ya ta'siri

sirroz va jigar yetishmovchiligini o'z ichiga oladi. Bunday nojo'ya ta'sir odatda yuqori faollik (50% hollarda) bilan tavsiflangan surunkali gepatitda kuzatiladi.

Profilaktikasi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, gepatit B ga qarshi faol immunizatsiya yuqish xavfi yuqori bo'lgan odamlarda o'tkaziladi:

- O'tkir gepatit B bilan kasallangan va HBsAg tashuvchi onalardan tug'ilgan chaqaloqlar (vaksina gepatit B ga qarshi spetsifik immunoglobulin bilan birgalikda tug'ilgandan keyingi dastlabki 12 soat ichida yuboriladi);
- gemodializ va gematologiya bo'limlarida ishlayotgan tibbiyot xodimlari, shuningdek tibbiyot institutlari va o'rta tibbiyot o'quv yurtlarining internaturani o'tash boshlangunga qadar bemorlarning qoni bilan doimiy aloqada bo'lgan talabalari;
- surunkali gepatit yoki HBsAg tashuvchisi bo'lgan bemorning oila a'zolari;
- HBsAg tashuvchanligi yuqori bo'lgan hududlarda yashovchi odamlar (8-15% va undan yuqori);
- epidemiologik jihatdan noqulay hududlarga boradigan turistlar;
- tartibsiz jinsiy hayot kechiruvchi o'smirlar;
- gemodializ bo'limi bemorlari;
- qon kasalliklari bilan og'rigan, qon yoki qon preparatlari quyiladigan bemorlar;
- vena ichiga yuboriladigan giyohvand moddalar;
- HBsAg tashuvchilari soni aholining 2% dan ortiq bo'lgan joyda tug'ilgan bolalar;
- o'tkir gepatit B bilan kasallangan bemor bilan muloqotda bo'lgan shaxslar, agar ular gepatit B ga qarshi emlanmagan bo'lsa yoki ularga o'tkir gepatit B tashxisi qo'yilmagan bo'lsa (vaksina gepatit B ga qarshi maxsus immunoglobulin bilan kiritiladi).

SURUNKALI XOLESISTIT

Bu disxoliya va o‘t-tosh kasalligi, o‘t yo‘llarining tug‘ma va orttirilgan anomaliyalari fonida rivojlanadigan o‘t pufagi yoki o‘t yo‘llarining surunkali yallig‘lanish jarayoni (XKT-10 K81.1).

Etiologiyasi. O‘t pufagi va o‘t yo‘llarining yallig‘lanishi yuqumli va yuqumsiz bo‘lishi mumkin. O‘t pufagidagi infeksion jarayonlar bakterial, kamdan kam hollarda virusli bo‘lishi mumkin. Kasallik qo‘zg‘atuvchi bakteriyalardan autoflora-ichak tayoqchalari, stafilokokklar, enterokokklar, protey; kamdan kam hollarda qorin tifi, paratiflar, dizenteriya tayoqchalarini qo‘zg‘atadi. Ko‘krak suti bilan boqiladigan bolalarda sepsis natijasida paydo bo‘lishi mumkin. Epidemik gepatit viruslari (kamdan kam adenoviruslar va enteroviruslar) bakteriyalar bo‘lmasa ham o‘t yo‘llari devorining yallig‘lanishiga sabab bo‘ladi. Ba’zi joylarda surunkali xoletsistit parazitar etiologiyaga ega bo‘lishi mumkin (mushuk va jigar ikki so‘rg‘ichlisi). O‘t yo‘llaridagi nospetsifik jarayonlar gipotonik diskineziyada duodenobiliar reflyuks, oshqozon va pankreatik sekretsiya, atopik diatezdagi allergik reaksiyalar natijasida yuzaga keladi.

Patogenezi. Surunkali xoletsistit toshli va toshsiz xoletsistitga bo‘linadi. Yosh bolalar nokalkulyozga ko‘proq moyil bo‘ladilar. Bolalarda xoletsistit kamdan-kam hollarda o‘t yo‘llarining bir qismiga ta’sir qiladi. Jarayon odatda voronkasimon bo‘yin sohasida boshlanadi, so‘ngra o‘t yo‘llari devorida yallig‘lanish jarayonlari (xoletsistoxolangit), kamdan kam hollarda jigar ichi yo‘llarida boshlanadi. Xoletsistitni keltirib chiqaruvchi omillarga o‘t yo‘llarining turli anomaliyalari - disxoliya, disbakterioz kiradi. Xoletsistit bilan og‘rigan bemorlarda va sog‘lom odamlarda mikroblar va lyambliyalar o‘t ta’sirida halok bo‘ladi, leykositlar esa parchalanadi, bemorlarda jarayon kuzatilmaydi yoki umuman sekinlashadi. Jigardagi infeksion jarayonlar (epidemik gepatit, infeksion mononukleoz va boshqalar), alimentar-metabolik buzilishlar (semizlik, qandli diabet) kabi omillar disxoliyaga olib kelishi mumkin. Xoletsistit patogenezida diskineziyaning roli yuqorida ko‘rib chiqilgan. Gipotonik diskineziya, disbakterioz, qabziyat, surunkali infeksiya

o'choqlari bo'lgan bemorlarda xoletsistit juda tez rivojlanadi. Ko'pchilik hollarda va juda tez patologik jarayon me'da, me'da osti bezi, jigarda, kamdan kam hollarda va keyinchalik yurak-tomirlar sistemasida boshlanadi. Natijada o't yo'llarining yiringli va funksional buzilishlari duodenitlar, gastritlar, disbakterioz, diskineziyalarga olib keladi. Shuning uchun ma'lum bir bemorda qaysi jarayon birlamchi yoki ikkilamchi ekanligini aniqlash qiyin. O't pufagi infeksiyalari ductus choledochus orqali yoki limfogen (ingichka ichak orqali), gematogen (og'iz bo'shlig'i, o'pka, buyrak va boshqa organlar orqali) yo'l bilan yuqishi mumkin. Mikroblar o't pufagi orqali ichakka, darvoza venasi orqali jigarga va o't yo'llariga tushadi. Limfogen yo'l bilan mikroblar o't pufagidan me'da osti beziga, undan qopqa vena orqali jigarga o'tadi. Agar morfologik o'zgarishlar faqat shilliq qavatlarda bo'lsa, jarayon kataral xarakterga ega bo'lib, o't pufagi funksiyasi uzoq vaqt saqlanib qoladi. Agar jarayon o't pufagining butun devoriga tarqalsa, bu o't pufagi devorining qalinlashishiga, sklerozga, perixoletsistitning shakllanishiga, disfunksiyaga, shilliq-epitelial toshlarning shakllanishiga olib kelishi mumkin. O't pufagidagi funksional yallig'lanish jarayonlari surunkali, qaytalanuvchi allergodermatozlar va bronxial astmani keltirib chiqarishi ko'rsatilgan. Keksa odamlarda surunkali xoletsistit leykopeniyaga olib kelishi mumkin.

Klinikasi. Xoletsistitning asosiy belgilari og'riqlar bo'lib, ular ovqatlanish bilan bog'liq bo'lmasligi mumkin, balki turli jismoniy zo'riqishlar, yog'li, sovuq, achchiq ovqatlar yoki gazlangan ichimliklar iste'mol qilish natijasida yuzaga kelishi mumkin. Og'riq azob beruvchi, sanchuvchi, kesuvchi, yarim soatdan bir necha soatgacha davom etishi mumkin. Og'riqlarning lokalizasiyasi turlicha: 50% bemorlarda - o'ng qovurg'a ostida, 30% - epigastral sohada, ba'zi bemorlarda esa aniq lokalizasiya yo'q. 2-3 soatdan keyin og'riq yo'qolishi mumkin.

Boshqa shikoyatlarga tez charchash, bosh og'rig'i, asabiylashish, subfebril harorat (bemorlarning taxminan to'rtdan bir qismida), terlash, ko'ngil aynishi, og'izda achchiqlik, ishtahaning pasayishi, ba'zan qusish, ich qotishi va terining yallig'lanishi kiradi. Xoletsistit bilan og'rigan bemorni obyektiv tekshirganda quyidagilar aniqlanadi: o'ng qovurg'a

ostidagi mushaklarning taranglashuvi, Kera simptomi (nafas olganda kuchayadigan o‘t pufagidagi og‘riq), Ortner simptomi (ko‘krak qafasiga yengil urganda o‘t pufagida paydo bo‘ladigan og‘riq), Lepin simptomi (bukilgan barmoqlar bilan o‘t pufagini yengil urganda hosil bo‘ladigan og‘riq) va Mendel simptomi. Bolalarda kamdan-kam hollarda o‘ng tomonda musbat frenikus simptomlari, o‘ng tomonda Georgiyev-Myussi simptomlari, o‘ng kurak sohasida og‘riqlar (Xaritonov simptomi) va xanjarsimon o‘simta sohasida og‘riqlar (Voskresenskiy simptomi) kuzatiladi.

Bu belgilarsiz xoletsistit va lyambliozning klinik manzarasini ajratib bo‘lmaydi. O‘t yo‘llari yallig‘lanishi ustunlik qilganda og‘riqlar va dispeptik hodisalar rivojlanadi, jigar kattalashadi va qalinlashadi. Qorin og‘rig‘i kindik atrofida joylashib, o‘ng yelkaga tarqaladi. Intermittirlovchi sariqlik, jigar yo‘llari obstruksiyasi (Miritssi sindromi), teri qichishi, obstruktiv xolangit (Ano-Ressle sindromi) kuzatilishi mumkin. Bolalarda surunkali xoletsistitda hamisha me’da u yoki bu darajada zararlanadi. Xoletsistitning sababi boshida giperatsid gastrit bo‘lsa, keyingi yillarda gipoasid gastrit bo‘ladi. Surunkali xoletsistit bilan og‘rigan bemorlarning 40-50 foizida me’da osti bezining sekretor funksiyasi disbakreatizm tipida buzilgan.

Dermatitlar (ham atopik, ham noallergik patogenezda) o‘t yo‘llarida patologik jarayonlar bo‘lgan bemorlarda ko‘proq uchraydi. Albatta, o‘t yo‘llari patologiyasi rivojlanishidan oldin ushbu patologik jarayon, atopik diatez rivojlanishiga irsiy moyillik katta ahamiyatga ega, ammo patogenetik bog‘liqlik juda murakkab va klinik tajriba shuni ko‘rsatadiki, ba’zida atopik kasalliklarni davolash samarasiz bo‘lganda, ba’zi bemorlarda gepatobiliar tizim funksiyasini normallashtirish uchun davolash ijobiy natija beradi.

Diagnostika. O‘t pufagi kasalliklarini tashxislashga oilaviy anamnez (bemorlarning oilasida o‘t yo‘llari kasalliklari mavjudligi), shikoyatlar, klinik belgilar, qondagi klinik va biokimyoviy o‘zgarishlar kiradi.

Instrumental va apparatli tekshirish usullari: Ultratovush tekshiruvi (UTT) o‘t yo‘llari va jigar kasalliklarini aniqlashda

qo'llaniladigan asosiy usullardan biri hisoblanadi, shuningdek skrining uchun ham foydalaniladi.

* Sorbit, magniy sulfat yoki o't haydovchi nonushta bilan o'tkaziladigan diagnostik sinovlar.

* * Ursofalk preparati bilan diagnostik testlar.

Xoletsistografiya og'iz orqali yoki vena ichiga yuborish yo'li bilan o'tkazilishi mumkin. Har ikki usulda ham yod tarkibli kontrast moddalar (bilignost, biligrafin) qo'llaniladi. Rentgen tekshiruvi 12-14 soatdan so'ng, og'iz orqali xoletsistografiya esa 15 daqiqadan keyin amalga oshiriladi. Keyingi bosqich 20-30 daqiqadan so'ng o'tkaziladi. O't pufagining soyasi aniq ko'ringach, bemorga o't haydovchi nonushta (2 ta xom tuxum sarig'i yoki 100 gramm smetana) beriladi va 45-60 daqiqadan so'ng qayta rentgenografiya qilinadi. Me'yorda o't pufagi dastlabki o'lchamidan 1/3 qismga kichrayadi. Xoletsistografiya shuni ko'rsatadiki, ultratovush tekshiruvi natijalari anamnestik va klinik belgilarga mos kelmasa, o't pufagining turli xil anomaliyalari mavjudligi gumon qilinadi.

Kompyuter tomografiya qorin bo'shlig'i a'zolarining turli patologiyalari - jigar va oshqozon osti bezi, o'smalar, divertikullar, o't pufagi diskineziyasi, jigar abssessini qiyosiy tashxislashda muhim ahamiyatga ega.

Radionuklid xoletsistinografiya. Gepatobilisto-tografik dinamika nafaqat o't oqimining qiyinlashishi, o't pufagining konsentrasiyasi va qisqarish qobiliyati, sfinkter disfunksiyasini baholash, balki jigar va o't pufagining o'lchamlari va deformatsiyasini aniqlash imkonini beradi.

Gepatomegaliya bilan og'rigan bolalarda laparoskopiya o't pufagining lokalizasiyasi, hajmi, yuzasi va rangini aniqlash uchun o'tkaziladi. Umumiy qon tahlili: o't yo'llari kasalliklarida odatda o'zgarmaydi, o'tkir xoletsistitda leykositoz neytrofilez, ECHT oshishi, surunkali xoletsistitda leykopeniya va ECHT oshishi bilan kechadi.

Qonning biokimyoviy tekshiruvi: bilirubin, ishqoriy fosfataza, xolesterin, lipoproteidlar, trigliseridlar, glutamiltranspeptidazalar, transaminazalar miqdorining oshishi xolestaz va xolangitda o't yo'llari o'tkazuvchanligining buzilishi bilan bog'liq bo'lib, katta diagnostik ahamiyatga ega. Oshqozon osti bezining ekzokrin yetishmovchiligi

koprogramma natijalariga ko'ra aniqlanadi (birinchi navbatda neytral yog'lar, yog' kislotalarining mavjudligi) va najasda pankreatik elastazaning past konsentrasiyasi bilan aniq tasdiqlanadi.

O't yo'llari kasalliklari gastroduodenitlar, yaralar (ezofagogastroduodenoskopiya shundan kelib chiqqan), surunkali pankreatitlar, nospetsifik mezadenitlar va psevdotuberkulyozlar, nospetsifik yarali kolitlar, parazitlar, piyelonefritlar bilan taqqoslanadi.

O'T YO'LLARI DISKENEZIYASI

O't yo'llari diskineziyasi o't pufagi va o't yo'llarining torayishi bo'lib, o't harakatining buzilishidir. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, O'zbekistonda ushbu kasallik bilan kasallanish 70% ni, ya'ni 1000:700 ni tashkil qiladi. Bu bolalar aholisi orasida gijja invaziyasining tarqalishi, noratsional ovqatlanish, psixoemotsional zo'riqish, virusdan keyingi gepatit holati va boshqalar bilan bog'liq. Shuning uchun kasallik bugungi kunda ham dolzarb muammo bo'lib qolmoqda. Yuqoridagi sabablarni inobatga olgan holda kasallikning etiopatogenezi, klinikasi, erta tashxislash, qiyosiy tashxislash, sifatli davolash, kasalliklar sonini kamaytirish yoki bartaraf etishning zamonaviy usullari haqida ko'proq ma'lumotga ega bo'lishimiz zarur.

Etiologiyasi

O't yo'llari diskineziyasini keltirib chiqaradigan quyidagi omillar mavjud:

- kelib chiqishi turlicha bo'lgan neyrosirkulyator disfunksiya
- O'tkir virusli gepatit
- nevrozlar
- oziq-ovqat allergiyalari
- oshqozon-ichak traktining surunkali patologiyalari
- oshqozon-ichak trakti parazitozi (lyamblioz)
- irsiy moyillik
- organizmdagi surunkali infeksiya o'choqlari
- zaharlanishlar
- endokrin kasalliklar

Patogenezi. O‘t pufagi va o‘t yo‘llari yagona tizimni tashkil qilganligi sababli, ularning yallig‘lanish jarayoni ko‘pincha birgalikda kechadi. Infeksiya gematogen, limfogen va yuqoriga ko‘tariluvchi yo‘llar bilan yuqadi, yallig‘lanish jarayonining rivojlanishida o‘t pufagidagi dimlanish ham muhim rol o‘ynaydi. O‘t pufagi diskineziyasi sfinkterlar faoliyati buzilganda o‘t yo‘llari tizimida bosimning oshishiga sabab bo‘ladi. Bu esa o‘z navbatida o‘tning fizik-kimyoviy xususiyatlarining buzilishiga, o‘t tarkibidagi bakteriyalarni o‘ldirish (o‘ldirish) xususiyatining buzilishiga olib keladi. O‘tning kolloid tarkibi parchalanishi bilanoq bilirubin, xolesterin va kalsiy o‘t pufagi va o‘t yo‘llarida cho‘kma holida cho‘kmaga tushadi.

Bu holat mahalliy qon aylanishining buzilishiga va biologik faol moddalardan gistamin, serotonin, geparinlarning ortiqcha ishlab chiqarilishiga olib keladi. Bemorda duodenobiliar reflyuks mavjud bo‘lsa, o‘n ikki barmoqli ichakdan suyuqlik o‘t yo‘llariga tushadi, bu esa proteolitik fermentlar ta’sirida o‘t yo‘llari shilliq qavatlarining anatomik butunligini buzadi, o‘t pufagi bo‘yni sohasida yallig‘lanish jarayonini keltirib chiqaradi. O‘t yo‘llari va o‘t pufagi yallig‘lanish kasalliklarining rivojlanish mexanizmida organizmning immunobiologik holati ham ahamiyatga ega.

Patomorfologiya

O‘tkir xoletsistitda yallig‘lanish jarayoni shilliq pardadan to o‘t pufagi devorlarigacha chuqur o‘zgarishlar (shikastlanishlar) ga olib kelishi mumkin. Kataral, flegmonoz, gangrenoz o‘zgarishlar kuzatiladi. Surunkali xoletsistitda o‘t pufagi va uning yo‘llarida o‘t pufagi deformasiyasi, o‘t pufagi va o‘t yo‘llarida yallig‘lanish belgilari bilan kechuvchi chandiqli o‘zgarishlar mavjudligini ko‘rish mumkin. Bundan tashqari, o‘t yo‘llari stenozi va o‘t pufagi motorikasining buzilishi aniqlanadi.

TASNIFLASH

Birinchi marta M.Ya. Studenkin tomonidan quyidagi tasnif taklif etilgan.

1. O‘t pufagi va o‘t yo‘llarining tug‘ma nuqsonlari.
2. O‘t yo‘llari o‘smalari.

3. O‘t-tosh kasalligi (atipik) tipik.
4. O‘t yo‘llarining yallig‘lanishi.
Joylashuviga qarab
A) xoletsistit
B. Xolangit.
V) xoletsistoxolangit
Kechishi bo`yicha:
1. O‘tkir
2. Surunkali
A) Yashirin
B) Takroriy
Yallig‘lanish xarakteri.
A) Kataral.
B) Flegmanoz.
V) Gangrenoz.
5. O‘t yo‘llari diskineziyasi
a) lyamblioz
b) opistorxoz
v) askaridoz
g) fassiolyoz

O‘t yo‘llari diskineziyasining A.A. Mazurin, A.M.Zaprudnov, V.L.Paykov bo‘yicha tasnifi 1998 y.

1. O‘t yo‘llarining sfinkter apparati uchun: (sfinkter spazmi), gipotonik (sfinkter yetishmovchiligi), atonik, aralash.

2. O‘t pufagi va o‘t yo‘llari tomonidan: giperkinetik, gipokinetik, aralash.

Klinik ko‘rinishida yallig‘lanishning kechishi latent va o‘tkir bo‘ladi. Ko‘p hollarda xoletsistoxolangit yashirin kechadi, shuning uchun bemor va uning ota-onasi unga unchalik e’tibor bermaydilar. Ovqat hazm qilish organlari tomonidan birinchi shikoyatlarga quyidagilar kiradi: ishtahaning pasayishi, ko‘ngil aynishi, kekirish, bola ovqatdan keyin qorin og‘rig‘idan shikoyat qiladi, o‘ng qovurg‘alar ostida og‘irlik hissi. M.Ya.Studenkin, Ye.F. Chumakov ma’lumotlariga ko‘ra, asosiy shikoyatlar dispeptik va og‘riq sindromlaridir. Ko‘pincha og‘riqlar o‘ng

qovurg'a ostida, epigastriyda, kindik atrofida bo'ladi, ba'zan og'riqlar kuchsizroq bo'ladi. Ba'zi hollarda juda kuchli og'riq o'mrov osti sohasiga tarqaladi va kurak osti sohasiga uzatiladi.

Bunday hollarda tana harorati ko'tariladi, meteorizm, ko'ngil aynishi, qusish kuzatiladi va bemor appendisit tashxisi bilan jarrohlik bo'limiga yotqizilishi mumkin. Kuchli ifodalangan og'riqlarda o'ng qovurg'a ostida mushak taranglashuvi kuzatiladi. Dispeptik sindrom jig'ildon qaynashi, ko'ngil aynishi, qusish va ich ketishi bilan xarakterlanadi. Surunkali gepatoxoletsistit bilan og'rigan barcha bolalarda intoksikatsiya belgilari qayd etiladi: teri va shilliq qavatlarning oqarishi, umumiy behollik, holsizlik, kayfiyatning o'zgaruvchanligi, teri qoplamalarining quruqligi, ertalab og'izdan yoqimsiz hid kelishi, tilda oq karash paydo bo'lishi. Bemor obyektiv tekshirilganda o't yo'llari va o't pufagi kasalligining quyidagi belgilari aniqlanadi:

1. Zaxarin simptomlari. Qo'l bilan bosganda va urganda o't pufagi sohasida og'riq seziladi.

2. Obrazsov belgisi - o'ng qovurg'a osti sohasini paypaslashda chuqur nafas olganda, keskin og'riqning mavjudligi.

3. Ortner simptomi - o'ng qovurg'a ravog'iga qo'l bilan urganda o'ng ko'krak qafasida og'riq paydo bo'ladi.

4. Glinchikov simptomi - solishtirma turtkisimon palpatsiyada o'ng qovurg'a osti sohasida qorin old devorining taranglashuvi paydo bo'ladi.

5. Lepin simptomi - bukilgan barmoqlar bilan o't pufagi sohasiga urganda og'riq paydo bo'lishi.

6. Xaritonov simptomi - o'ng kurak sohasida og'riq borligi.

7. Mendel simptomi - nafas olganda qorin devoriga urilganda og'riq seziladi.

8. Miritssi sindromi - jigar o't yo'llarining tiqilib qolishi natijasida terining sarg'ayishi, qichishishi.

9. Apo-Ressle sindromi - obstruktiv xolangit natijasida teri sarg'ayishi va qichishishi.

10. Verbrayk sindromi - o't pufagining yo'g'on ichakning jigar burchagi bilan bitishmalari mavjud bo'lganda dispeptik hodisalar bilan birgalikda to'sh osti sohasida og'riq va taranglik hissi. Bunda og'riq

sindromi kuchayadi, kechga borib, bemor gorizontal holatda yotganda uning intensivligi kamayadi.

Gipertonik shaklida o'tkir, kesuvchi, sanchuvchi og'riqlar paydo bo'ladi. Og'riq odatda ovqatlangandan 30-40 daqiqa o'tgach paydo bo'ladi, xurujlar davomiyligi 5-15 daqiqadan oshmaydi. Bu sfinkterning maksimal bazal bosimi 40 mm.sim.ust.dan oshmasligi kerak.

Differensial diagnostika

Qiyosiy tashxis asosan surunkali xoletsistoxolangit, o't-tosh kasalligi, gastroduodenit, yara kasalligi, surunkali gepatit va pankreatit bilan o'tkaziladi.

Davolash

Parhez No 5. Ovqat kimyoviy, mexanik va termik himoyalangan bo'lishi kerak. Ovqatlanish 5-6 martalik bo'lishi, ritmik o't ajralishini ta'minlashi, kechqurun esa qatiq mahsulotlari: kefir, prostokvasha, ryajenka va boshqalar tavsiya etiladi. Kechki ovqat bolalarga uyqudan 2-3 soat oldin beriladi, ovqat och bo'lishi kerak. Ratsiondan ekstraktiv mahsulotlar: qalampir, piyoz, sarimsoq, qora murch, rediska, sholg'om, dudlangan mahsulotlar, tuzlangan mahsulotlar, qo'ziqorinlar, go'sht, yog'li mahsulotlar, qo'y go'shti va mol yog'i chiqarib tashlanadi. Bu yog'larning hazm bo'lishi, o'tning doimiy ravishda ichakka o'tishi, pankreatik lipaza fermenti faolligining pasayishi tufayli qiyinlashadi. O'simlik yog'larini (kungaboqar, zaytun) hazm qilish uchun kam miqdorda safro va fermentlar kerak bo'ladi, shuning uchun bu kasallikda o'simlik yog'lari tavsiya etiladi. Bunda qandolat mahsulotlari, shokolad, kakao, kofeni ratsiondan chiqarib tashlash kerak. Gipertonik va giperkinetik turdagi diskineziya bilan og'rigan bolalarda ichakda ko'p gaz ishlab chiqaradigan mahsulotlarni (no'xat, dukkaklilar) cheklash kerak. Haddan tashqari sovuq ovqat va suyuqlik ham sfinkter spazmini kuchaytiradi va og'riq keltirib chiqaradi. Gipotonik va gipokinetik shakllarida o't haydovchi xususiyatga ega mahsulotlar (sariyog', o'simlik moylari, smetana, tuxum) tavsiya etiladi. Ko'proq meva va sabzavotlar tavsiya etiladi. Ovqatning bu turi bolalarga 1-yil davomida tavsiya etiladi.

Bolalarda o‘t yo‘llari kasalliklarini davolash

Xoletsistit bilan og‘rigan bemorlarni davolashning asosiy omillaridan biri parhezdir. Xoletsistitning o‘tkir davrida xuddi o‘tkir jigar kasalliklaridagidek parhez buyuriladi, tuz ham cheklanadi. Isitmaning avj olish davrida yengil hazm bo‘ladigan parhez kunlari: sut-tvorogli, olmali, kompotli, tarvuzli, uzumli kunlar tavsiya etiladi.

O‘t yo‘llari kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarga ovqatlanish sonini 4-6 marta ko‘paytirish kerak, chunki bu o‘t ajralishini yaxshilaydi. Ovqat ratsionining sutkalik kaloriyasi sog‘lom bolaga xos kaloriya miqdoriga teng bo‘lishi kerak. Kasalxonada bemorga Pevzner bo‘yicha 5-stol buyuriladi. Oqsillar va uglevodlar miqdori yoshga mos kelishi yoki undan biroz ko‘p bo‘lishi kerak. Oqsillarni cheklash maqsadga muvofiq emas, chunki ular o‘t kislotalari hosil bo‘lishini stimullaydi va xolesterin nisbatini oshiradi. Bu tosh hosil bo‘lishining oldini oladi, organizmning immun reaktivligini oshiradi. Ammo yuqori haroratda tayyorlangan mahsulotlarga pazandalik ishlovi berilganda (masalan, qovurilganda) hosil bo‘ladigan azotli ekstraktiv moddalarni cheklash lozim. Oziq-ovqat mahsulotlarini oziq-ovqat tolalari, lipotrop moddalar va metionin (dag‘al tortilgan non, tvorog, tuxum oqi, suli yormasi, baliq, xamirturushli ichimliklar) ga boy mahsulotlar bilan boyitish maqsadga muvofiqdir. Aksariyat mualliflar yog‘ iste’molini cheklashni tavsiya qiladi. Biroq, yog‘larni haddan tashqari cheklash zararli, chunki ular o‘t ajralishini kuchaytiradi va yog‘da eriydigan vitaminlarni o‘zlashtirish uchun zarurdir. Xoletsistit bilan og‘rigan bemorlar yog‘, yog‘li go‘sht (parranda, baliq, qo‘y go‘shti), tuxum sarig‘i, yangi non, shokolad, dukkaklilar, sho‘r va nordon mahsulotlar, qaymoq, krem kabi mahsulotlarni hazm qila olmaydilar. Ayniqsa qiyin eriydigan yog‘lar zararlidir. Faqat hayvon yog‘laridan tayyorlangan sariyog‘ iste’mol qilish mumkin. O‘simlik moylari (makkajo‘xori, kungaboqar, zaytun) juda foydali. Ularning tarkibiga kiruvchi to‘yinmagan yog‘ kislotalari (araxidon, linol, linolen) o‘t ajralishini kuchaytiradi, jigarning funksional holatini yaxshilaydi. O‘simlik moylarini vinegretlarga, gazaklarga, tuzlangan karamga qo‘shish yoki choylarga, shirinliklarga kuniga 2-3 osh qoshiqdan

ovqatdan oldin berish mumkin. Axiliyada o'simlik moylaridan foydalanish mumkin emas..

Uglevodlar faqat tarkibida qiyin o'zlashtiriladigan kletchatka bo'lgan mahsulotlar (karam, sholg'om va boshqalar) bilan chegaralanadi. Suyuqlik miqdori ko'payadi, chunki ular o't ajralishini yaxshilaydi. Bemorga sutli, vegetarian va mevali sho'rvalar, quyuq ovqatlar - qaynatilgan sabzavotlar, bo'tqalar, pudinglar, qaynatilgan baliq va go'sht beriladi (cho'chqa go'shti, qo'y go'shti, yog'li parranda go'shti, miya, buyraklar tarkibida ko'p miqdorda ekstraktiv moddalar mavjudligi sababli taqiqlanadi). Suyuqliklardan achchiq bo'lmagan choy, kompotlar, mors, sharbatlar (konservalanmagan), sut, prostokvasha, kefir, ryajenka, oq va qora non (qattiq), eritilgan pishloq, pishloqning achchiq bo'lmagan navlarini ichish mumkin. Tarkibida magniy tuzlari ko'p bo'lgan mahsulotlar: dag'al undan tayorlangan non va qandolat mahsulotlari, grechka va suli yormasi, ho'l meva va sabzavotlar foydali. Og'riq sindromi iloji boricha tezroq bartaraf etilishi kerak. Shu maqsadda atropinning 0,1% li eritmasini (hayotining bir yilida bir marta qabul qilish uchun 5 tomchidan) yoki beladonna ekstraktini (hayotining bir yiliga 1 mg dan), papaverin, no-shpa, teofillin yoki teobromin, aprofen, tramal buyurish mumkin. Og'iz orqali beriladigan dorilar og'riqni qoldirmasa, mushak orasiga baralgin yoki 0,2% platifillin eritmasi, 0,1% atropin sulfat eritmasi, 1-2% papaverin gidroxlorid eritmasi, ganglioblokatorlarning o'rtacha dozalari va 0,5% novokain eritmasi (3-5 ml) buyuriladi, vena ichiga 10-15 ml 5% glyukoza eritmasi bilan yuborilishi kerak. Og'riq xurujlari to'xtamayotgan hollarda promedol yoki pantoponning 1% li eritmasini atropin bilan birga yuborish kerak.

Og'riq xuruji paytida o'ng qovurg'a ostiga issiq grelkalar, isituvchi kompresslar qo'yish ko'rinishidagi o'rtacha issiqlik qo'llaniladi. Biroq, operativ davolashni talab qiladigan asoratlar (peritoneal reaksiya, perforatsiya, yiring) ga shubha bo'lmasligi kerak. Agar asoratlar kuzatilsa, aksincha, yallig'lanish jarayonini cheklash uchun qoringa muz qo'yish tavsiya etiladi.

Antibiotiklar bilan davolash. Antibiotiklar bilan davolashga ko'rsatma og'riq sindromi, tana haroratining ko'tarilishi; qonda leykositoz, ECHT tezlashishi va o't yo'llarida yallig'lanish rivojlanishi. Antibiotiklar bilan davolash kursi uzoq davom etmaydi (7-10 kun). Antibiotiklarni uzoq vaqt qo'llash, ularni qo'zish davrida qo'llash kam samarali va hatto zararli bo'lib, disbakterioz va zamburug'larning ko'payishiga olib keladi. Xoletsistitda antibiotiklarni baktisubtil va albatta vitaminlar (C, B, A guruhi) bilan birga qo'llash kerak. Antibiotikni tanlashda o'tni bakterial ekishda o'stirilgan floraning sezgirligini hisobga olgan holda davolash maqsadga muvofiqdir (asosan B porsiyalari). Agar kasallikning klinik belgilari kutishga imkon bermasa, keng spektrli antibiotiklar - ampioks, gentamisin, sefalosporinlarni qo'llash kerak. Nikodin (nikotin kislota amidi va formaldegidning mahsuloti bo'lib, antibakterial va isitma tushiruvchi ta'sirga ega) oksafenamid, sikvalon va furazolidonning antibakterial ta'siriga ham ega.

Xoletsistit bilan og'rigan bemorlarni davolashda o'simliklardan tayyorlangan preparatlardan keng foydalanish kerak, chunki ular zararlangan o't pufagida o't dimlanishini kamaytiradi va undagi yallig'lanish o'zgarishlarini bartaraf etishga yordam beradi. O't yig'ishdan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Xoletsistitda N.G.Kovaleva yig'gan tarkibdagi o'tlar eng ko'p qo'llaniladi. N.G.Kovalevaning yig'gan o't tarkibida quyidagilar kiradi: gumbazli qoraqarag'ay (mevalari) - 10 g, dorivor moychechak (gullari) - 20 g, pajitnik (shoxlari) - 30 g, oq qayin (barglari) - 10 g, dorivor chinnigul (yer usti), ukrop (urug'lari) - 10 g, o'rmon gnafaliumi (o'ti) - 10 g, makkajo'xori gulining onalik ustunchasi - 30 g, maymunjon (ko'rinadigan mevalari) - 40 g, o'rmon qulupnayi (mevalari) - 20 g, oq atirgul (gul barglari) - 20 g. Bu damlama 50-150 ml dan kuniga 3 mahal ovqatdan 10-15 daqiqa oldin ichiladi. Ta'mi biroz achchiqroq, lekin hidi yoqimli. Kasallik kechishida giperkinetik belgilar ustun bo'lsa, yig'maga qalampir yalpiz qo'shiladi yoki quyidagi yig'ma beriladi: mingbarg va valeriana ildizi, dala choyi (o'ti) - 5 g, botqoq gnafaliumi (o'ti) - 5 g, qalampir yalpiz - 3 g, na'matak (mevasi) - 10 g, dorivor moychechak (guli) - 5 g, yig'ma 200 ml qaynoq suvga solinadi va 5-6 soat tindiriladi,

so'ngra sovutilib, dokadan o'tkaziladi. Qaynatma ovqatlanish oralig'ida bir osh qoshiqdan ichiladi, chunki damlama kislotalik darajasini biroz pasaytiradi. Qaynatma har kuni yangi tayyorlanishi kerak. Davolash kursi 3 hafta. Xoletsistitda 1948-yilda G. S. Demyanov tomonidan taklif qilingan ko'r-ko'rona zondlashning davolash samaradorligi keng e'tirof etildi. Ertalab bemorga magniy sulfatning 33% li iliq eritmasi (yiliga 1 ml hisobidan) och qoringa ichiriladi va bemor o'ng yonboshiga yotqiziladi. O't pufagi sohasiga grelka qo'yiladi. Hozirgi vaqtda magniy sulfatni yarim stakan ishqorli suvda eritish tavsiya etiladi, so'ngra bemorga yana 1 stakan iliq mineral suv ichiriladi va yonboshlab yotish buyuriladi. Bolalarda ko'r-ko'rona zondlashning bunday turi keng tarqalgan: bolaga ertalab och qoringa 50-75 ml 20% ksilit eritmasi beriladi, so'ngra o'ng yonboshi bilan yotish va o't pufagi sohasiga grelka qo'yish taklif qilinadi. Bir soatdan keyin bolaga 1 osh qoshiq 30% li magniy sulfat eritmasi beriladi. Ikki soatdan keyin bola o'rnidan turib, 8-10 marta o'tiradi. Shu bilan birga, deyarli barcha bolalarning og'zida achchiqlik paydo bo'ladi. Bu esa zondlashdan ko'zlangan maqsadga erishilganligidan dalolat beradi. Bu holda nafas gimnastikasi qilgan ma'qul. Ko'r-ko'rona zondlash haftasiga 1-2 marta o'tkaziladi. Davolash kursi 10-16 zonddan iborat. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakda xoletsistit va eroziv-yarali jarayonlar rivojlanganda tyubaj o'tkazish mumkin emas. Surunkali xoletsistitda mayda va o'rtacha minerallashgan uglevodorodlar, sulfatlar, xlor, magniy, natriy, kalsiyga boy suv ichish tavsiya etiladi. Ichimlik mineral suvi termal (35-420°C) yoki gipertermal (42-500°C) bo'lishi kerak. Mineral suvlar o't hosil bo'lishini oshiradi, uning yopishqoqligini kamaytirib suyultiradi. Suv 1 kg tana vazniga 3 ml hisobidan oz-ozdan ichiladi. Ko'pincha № 4, 17, 20, Smirnov, borjomi, Slavyan, naftuziya, Ijevsk, qadimgi rus, arzni, termal, jermuk suvlari ishlatiladi. Agar xoletsistit giperatsid gastrit bilan asoratlansa, ovqatdan 1-1,5 soat oldin, gipoasid yoki normoasid gastritda ovqatdan 40 daqiqa oldin mineral suvlar (yessentuki №4, slavyan, smirnov, borjom) ichish tavsiya etiladi. Mineral suv bilan davolash kursi 1-1,5 oy.

Fizioterapevtik davolash. Xoletsistit rivojlanganda quyosh chigali sohasida bir nechta yuqori chastotali seanslar o'tkaziladi, keyin

elektroforez, diatermiya, parafin, ozokerit applikasiyalari, magniy sulfat (yoki novokain, papaverin, dionin) 10-15 seans tavsiya etiladi. Fizioterapevtik xususiyatlari qaysi gastrit xoletsistit kechishini murakkablashtirishi bilan belgilanadi.

Davolash jismoniy tarbiyasi o‘t pufagi motorikasini sezilarli darajada yaxshilaydi va o‘t yo‘llari diskineziyasi va surunkali xoletsistit bilan og‘rigan bemorlarni davolashning muhim tarkibiy qismidir. Ammo bemorlar uchun ortiqcha jismoniy zo‘riqish va keskin harakatlar, silkinishlar, og‘ir yuklarni ko‘tarish taqiqlanadi.

IX BOB. SIYDIK AJRATISH SISTEMASI KASALLIKLARI

SIYDIK SINDROMI

Siydik sindromi buyrak va siydik yo'llari shikastlanishining eng doimiy belgisidir. Uning diagnostik ahamiyati buyrak kasalligining ekstrarenal belgilari (shishlar, gipertenziya) bo'lmaganda, siydikdagi o'zgarishlar buyrak yoki siydik yo'llari patologiyasining yagona diagnostik mezoni bo'lganda, masalan, izolyasiyalangan siydik sindromi bilan kechuvchi glomerulonefritda, latent kechish bilan kechuvchi surunkali piyelonefritda, buyrak amiloidozining boshlang'ich bosqichida va boshqalarda ayniqsa katta bo'ladi.

Siydik miqdorining o'zgarishi.

Normal sharoitda katta yoshdagi sog'lom odam bir kecha-kunduzda 1500 ml siydik ajratadi. Qabul qilingan suyuqlikning taxminan 75% siydik bilan ajraladi. Bir kecha-kunduzda katta odam 4-5 marta siyadi. Kechasi, odatda, sog'lom odam peshob qilmaydi. Ko'p suyuqlik ichish poliuriyani keltirib chiqaradi, bunda siydikning solishtirma og'irligi kamayadi. Patologik sharoitlarda poliuriya qandli va qandsiz diabetda uchraydi. Sutkalik siydik miqdorining ko'payishi (2 l dan ortiq) **poliuriya deb ataladi.** U ko'p miqdorda suyuqlik, tarvuz, qovoq iste'mol qilganda fiziologik va buyrak va buyrakdan tashqari sabablarga ko'ra patologik bo'lishi mumkin. Sutkalik siydik miqdorining 500 ml dan kamayishi **oliguriya deb ataladi.**

Odatda, sutkalik diurez yosh me'yorining 1/3-4 qismidan kamayganda oliguriya haqida gapirish mumkin. Oliguriya, shuningdek, ichimlik ichish rejimi cheklanganda fiziologik va patologik bo'lishi mumkin, u paydo bo'lish mexanizmiga ko'ra prerenal, renal va postrenal bo'lishi mumkin.

Anuriya - siydik pufagida siydik yo'qligi. Arenal, prerenal, renal va postrenal anuriya farqlanadi. Arenal anuriyaning sababi buyraklarning tug'ma yo'qligi yoki yagona buyrakning noto'g'ri olib tashlanishidir.

Prerenal anuriya - buyraklarning qon bilan ta'minlanishining buzilishi natijasi: shok, qon bosimining pasayishi bilan kechadigan kollaps, buyrak tomirlarining trombozi va emboliyasi, ko'p qon yo'qotish, suv-elektrolit almashinuvining buzilishi.

Buyrak anuriyasi - o'tkir glomerulonefrit, mos kelmaydigan qon quyish, zaharlar, dori moddalari bilan zaharlanish, kuyish, mushaklarning massiv ezilishi natijasida yuzaga keladigan o'tkir buyrak yetishmovchiligidir.

Postrenal anuriya asosida yuqori siydik yo'llarida toshlar, qon laxtalari tiqilib qolganda, o'sma bosib qo'yganda va hokazolarda siydik oqib ketishiga mexanik to'siq bo'lishi yotadi.

Sutkalik diurezda quyidagilar farqlanadi: kunduzgi (KD) va tungi (TD) diurez. Me'yorda KD:TD nisbati 3-4:1 ni tashkil etadi. Tungi diurezning kunduzgidan ustunligi nikturiya deb ataladi, bu SBYE, sistit, piyelosistit rivojlanishining erta belgisi bo'lib, shuningdek quyidagilarda kuzatiladi: erkaklarda prostata gipertrofiyasida, yurak dekompensatsiyasining boshlang'ich bosqichida, arterial gipertoniyada, qandsiz va qandli diabetda, shishlarning kamayishida (ayniqsa, glyukokortikoidlar bilan davolash fonida proteinuriya yo'qolganidan keyin nefrotik sindromda), oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligida. Bunda siydikning sutkalik diurezi me'yor chegarasida qolishi mumkin.

Normada siyish soni sutkasiga 4-6 marta bo'ladi. Siyishning tezlashishi (sutkasiga 6 martadan ko'p) - pollakiuriya ko'p miqdorda suyuqlik ichilganda, siydik yo'llari yoki siydik pufagining spazmi yoki yallig'lanishida, buyrak silida kuzatilishi mumkin. Siyraklashgan siyish (sutkasiga 4 martadan kam) - ollakiuriya esa ichimlik rejimi cheklanganda va asab-refleks buzilishlarida kuzatiladi.

Tez-tez va og'riqli siyish dizuriya deb ataladi. Bu siydik-tanosil tizimining ko'plab kasalliklariga xos bo'lgan alomat hisoblanadi. Dizuriya yangi tug'ilgan chaqaloqlarning siydik kislotali infarktida, uretritlarda, sistitlarda, sistopiyelitlarda, siydik pufagi bo'yni sklerozida, shuningdek siydik chiqarish yo'lining siqilishida kuzatiladi.

Siydik pufagi sfinkterlarining buzilishi tufayli kelib chiqadigan siydik tutolmaslik enurez deb ataladi. Bu holat hojat sezmasdan siydik chiqarish bilan namoyon bo'ladi. Enurez ba'zi kasalliklarda (siydik yo'llari yallig'lanishi, og'ir isitma kasalliklari, tutqanoqlar) vaqtinchalik alomat sifatida yuzaga kelishi yoki markaziy asab tizimi kasalliklarida uzoq muddatli belgi bo'lishi mumkin.

Siydik sifatining o'zgarishi.

Siydikda erigan holda mavjud bo'lgan tuzlar uning nisbiy zichligini belgilaydi, bu zichlik sutkaning turli vaqtlarida 1010 dan 1025 gacha tebranib turadi. Siydikning nisbiy zichligi unda erigan organik va anorganik birikmalar, moddalar almashinuvi mahsulotlari, gormonlar, mikroelementlar miqdori bilan ham aniqlanadi. Buyraklarning konsentratsiyalash qobiliyati buzilishi siydik solishtirma og'irligining pasayishiga olib keladi (gipostenuriya). Solishtirma og'irlikning doimiy ravishda pasayib borishi gipoizostenuriya deb ataladi va surunkali buyrak yetishmovchiligidan dalolat beradi.

Normal siydik tiniq bo'ladi. Siydikning loyqalanishi unda u yoki bu tuzlar ko'p miqdorda bo'lganda ro'y beradi. Siydik kislota tuzlari bo'lganda uraturiya, karbonat kislota tuzlari bo'lganda karbonaturiya, fosfat kislota tuzlari bo'lganda fosfaturiya, oksalat kislota tuzlari bo'lganda oksaluriya tafovut qilinadi.

Siydik yo'llaridagi yallig'lanish jarayonida siydik tarkibidagi leykotsitlarning ortiqcha miqdoridan siydik loyqalanadi (leykotsituriya). Leykotsituriya manbaini aniqlash uchun uch stakanli sinamaga o`tkaziladi, u quyidagilardan iborat: bemor ikkita idishga ketma-ket siyadi, bunda birinchi idishga oz miqdorda (50-60 ml), ikkinchisida taxminan shuncha miqdorda siydik ajraladi. Siydikning uchinchi porsiyasi prostata bezini massaj qilgandan keyin olinadi. Birinchi porsiyadagi leykotsituriya uretrada yallig'lanish jarayoni borligidan darak beradi. Uchinchi porsiyadagi o'zgarishlar prostata bezining yallig'lanishi natijasidir. Agar leykosituriya barcha porsiyalarda bo'lsa - qovuq yoki buyraklar zararlangan hisoblanadi.

Buyrakdagi yallig'lanishli degenerativ o'zgarishlar proteinuriya (siydikda oqsil bo'lishi) ga sabab bo'ladi. Chin proteinuriyada siydikdagi

oqsil miqdori 20% ga yetadi, soxta proteinuriyada esa 1% dan oshmaydi. Proteinuriya ko'pincha silindruriya bilan birga keladi.

Jiddiy simptom gematuriya - siydikda qon bo'lishidir.

Faqat mikroskop bilan aniqlanadigan gematuriya mikrogematuriya deb ataladi. Siydikda ko'zga ko'rinadigan qon aralashmasi makrogematuriya deb qaraladi. Gematuriyani bartaraf etishga kirishishdan oldin uning manbasini aniqlash, buning uchun uch stakanli sinamani qo'llash zarur. Birinchi porsiyada qon bo'lishi (initsial gematuriya) uretrada patologik jarayon borligidan darak beradi. Uchinchi porsiyadagi qon patologik jarayon qovuq bo'yni va uretraning prostata bo'limida joylashganda paydo bo'ladi. Total gematuriyada (qon uch porsiya) patologik jarayon buyrak yoki qovuqda joylashadi. Gematuriya ko'pincha siydik yo'llarida o'sma jarayoni borligidan darak beradi. Gematuriya paytida qon ketish manbaini aniqlashga imkon beradigan sistoskopiya ahamiyatli va majburiy yordam hisoblanadi.

Tananing keng ko'lamda kuyishi, qon kasalliklari, zaharlanishlar siydik bilan gemoglobin ajralishi - gemoglobinuriya bilan kechadi. Yumshoq to'qimalar juda ezilib ketganida mioglobinuriya boshlanadi, bunga mioglobin pigmentining qonga, so'ngra siydikka o'tishi sabab bo'ladi. Siydikka havo yoki gaz tushishi (pnevmaturiya) ichak-qovuq oqmalarida, siydik yo'llarining achitqi infeksiyasida kuzatiladi. Buyrak kapillyarlarining yog'li emboliyasida naysimon suyaklarning katta sinishlaridan keyin yog' ko'p iste'mol qilinganda siydik bilan har xil yog' moddalari - lipuriya ajralib chiqadi, yirik limfa tomirlari siydik yo'llari bo'shlig'i bilan tutashganida esa limfa siydikka tushib, unga sutdek oq tus beradi (xiluriya).

Exinokokkozning endemik hududlarida buyrak exinokokkida exinokokk pufakchalarining siydik bilan chiqishi natijasida **exinokokkuriya** kuzatiladi.

Proteinuriya. Umumiy qabul qilingan "proteinuriya" atamasi ostida oqsilning siydik bilan ajralishi tushuniladi. Siydik bilan oqsilning biroz yo'qotilishi deyarli sog'lom odamda ham bo'lishi mumkin: siydikning sutkalik miqdorida oqsil miqdori 10-30 dan 60-100 mg gacha o'zgarib turadi. Biroq, ba'zi klinisist-nefrologlar sutkalik oqsil

ekskresiyasining 60-80 mg dan ortiq bo'lishi hamisha buyrak patologiyasidan darak beradi, deb hisoblaydilar.

Ko'p miqdordagi oqsilli ovqat iste'molidan so'ng o'tkinchi proteinuriya paydo bo'lishi mumkin - bu alimentar proteinuriya deyiladi. Epilepsiya xurujidan va miya chayqalishidan keyin markazlashgan proteinuriya kuzatiladi. Kuchli asabiy zo'riqish ta'sirida, masalan, talabalarning imtihon paytida emosional proteinuriya yuzaga kelishi mumkin. Buyrak sohasida qorinni chuqur, kuchli va uzoq muddatli paypaslab ko'rish natijasida palpator proteinuriya rivojlanishi mumkin. Sog'lom odamlarda siydik bilan oqsilning vaqtinchalik ajralishi jismoniy zo'riqishdan so'ng ham kuzatilishi mumkin (uzoq muddatli sayrlar, marafon yugurishi, futbol, regbi, velosport va hokazo). Bunda proteinuriyaning ifodalanganligi jismoniy zo'riqish kattaligiga bog'liq: uning ortishi bilan siydikda oqsil miqdori ko'payadi. Biroq, u yuklamadan bir necha soat yoki bir sutka o'tgach yo'qoladi. Agar proteinuriya uzoqroq saqlanib turadigan bo'lsa, u holda sinchiklab tekshirish zarur, chunki bir qancha hollarda zo'riqish proteinuriyasi bor kishilarda buyrak tomonidan har xil patologiyalar topiladi. Zo'riqish proteinuriyasida siydikdagi oqsil konsentrasiyasi odatda 1,0 g/l dan oshadi, ammo 1,5-3,0 g/l va hatto 10-15 g/l ga yetishi mumkin. Zo'riqish proteinuriyasining kelib chiqishi ikki omilga bog'liq: buyrakdagi qon oqimining sekinlashuvi va koptokchalar bazal membranasining kislorod yetishmasligi. Ortostatik (lordotik, postural) proteinuriya asosan mutlaqo sog'lom yoshlarda, odatda 22 yoshgacha bo'lganlarda kuzatiladi. Bu holat ko'pincha bel sohasida umurtqa pog'onasi lordozi mavjud bo'lgan ozg'in tana tuzilishiga ega odamlarda, ular uzoq vaqt (yarim soatdan ortiq) tik turgan holatda bo'lganda yuzaga keladi va yotgan holatda yo'qoladi. Shu sababli, ortostatik proteinuriyasi bor odamlarning ertalabki siydik namunasida oqsil aniqlanmaydi.

SIYDIK YO'LI INFEKSIYALARI

Siydik tizimi infeksiyalari (STI) - siydik tizimi a'zolaridagi yallig'lanish jarayoni bo'lib, uning joylashuvi (siydik yo'llari yoki buyrak parenximasi) aniq ko'rsatilmagan va xususiyati aniqlanmagan holat

hisoblanadi. Siydik yo'llari infeksiyasi (SYI) - buyrak parenximasini qamrab olmasdan, faqat siydik yo'llaridagi (siydik naychasi, qovuq, uretra) yallig'lanish jarayonidir. SYI bilan og'rigan bemorlarning 10-20 foizida zararlanish darajasini aniqlash imkonsiz bo'ladi. SYI mustaqil kasallik sifatida paydo bo'lishi yoki boshqa a'zolardagi infeksion-yallig'lanish kasalligi fonida rivojlanishi mumkin.

Masalan, O'RVI yoki pnevmoniya, bakterial diareya kuchaygan paytda bemorda leykotsituriya, bakteriuriya va ozgina proteinuriya aniqlanadi. Bular asosiy kasallikning oqilona davolanishi natijasida tezda yo'qoladi. Diagnostik ahamiyatga ega bakteriuriya siydikda bir turdagi mikroorganizmlar koloniyalarini topish hisoblanadi:

- erkin siydik ajratishdan olingan 1 ml siydikda 100 000 ta koloniya; - kateter yordamida olingan 1 ml siydikda 1000 ta koloniya; - qov usti punksiyasi orqali olingan 1 ml siydikda mikroorganizmlarning har qanday miqdori.

Ta'kidlash joizki, piuriya (neytrofil leykotsituriya) siydik yo'llari infeksiyasining nospetsifik belgisi bo'lib, ba'zida umuman kuzatilmasligi ham mumkin. Bunday hollarda asimptomatik (simptomsiz) bakteriuriya haqida so'z yuritiladi. SYTI uchun xos bo'lgan tipik klinik belgilar majmuasi intoksikasiya sindromlari (sababsiz tana haroratining ko'tarilishi, teri rangining oqarishi, xulq-atvorning o'zgarishi, ishtahaning pasayishi, hazm qilish buzilishlari va boshqalar), dizuriya (tez-tez, og'riqli siydik ajratish va boshqalar) hamda qorin sohasidagi og'riqli sindromlarning birgalikda namoyon bo'lishidir. Bemorning yoshiga qarab, SYTI ning klinik belgilari turlicha bo'lishi mumkin.

BOLALARDA SISTIT

Infeksiya qovuqqa quyidagi yo'llar orqali kirishi mumkin:

1) buyrakdan pastga tushuvchi; 2) yuqoriga ko'tariluvchi - siydik chiqarish kanali orqali; 3) gematogen; 4) kontaktli (kamdan kam hollarda).

Etiologiyasi. Qiz bolalar siydik chiqarish yo'llarining anatomik xususiyati (siydik chiqarish kanalining keng va qisqa bo'lishi) ularning o'g'il bolalarga qaraganda sistit bilan ko'proq kasallanishiga olib keladi,

chunki bu kasalliklarda yuqoriga ko'tariluvchi infeksiya ustunlik qiladi. Gigiyena rejimiga yetarlicha rioya qilinmaganida yoki ichak funksiyalari buzilganida, bola axlati bilan ifloslangan yo'rgakda yotganida siydik chiqarish kanali orqali mikrob florasining o'tish ehtimoli juda katta bo'ladi. Sistitlar paydo bo'lishida ostrisalar ham juda katta rolni o'ynaydi: bola uxlab yotgan mahalda ular o'zlari bilan talaygina mikroblarni olib, uretraga va, ehtimol, qovuqqa o'rmalab kiradi va unga infeksiya yuqtiradi. Bakterial bo'lmagan sistit - allergik yoki virusli kelib chiqishi mumkinligi isbotlangan. Gemorragik sistit adenovirus infeksiyasida (11- va 21-turlari) dori terapiyasining asorati sifatida kuzatilishi mumkin (masalan, sitostatiklar - siklofosfan va boshqalar bilan davolash fonida). Sovuq o'tgandan keyin (sovuq suvda cho'milish va hokazo) qiz bolalarda sistitlar ko'p uchrashi hammaga ma'lum. Chuvalchangsimon o'simta chanoqda joylashgan bo'lsa, appendisitda ham sistit boshlanishi mumkin. Afsuski, 90-yillarda yuqori sinf o'quvchilarida spesifik etiologiyali - so'zak, trixomonadali, xlamidiyali sistitlar uchrashi ko'paydi.

Tasnifi

Kechishiga ko'ra: o'tkir va surunkali sistitlar;

- etiologiyasi bo'yicha. infeksion (spetsifik va nospetsifik), kimyoviy, termik, medikamentoz, allergik, radiasion, operasiyadan keyingi, parazitar;
- tarqalishi bo'yicha: diffuz va o'choqli (bo'yin, trigonit);
- sisoskopiyada morfologik o'zgarishlar xarakteriga ko'ra: kataral, gemorragik, yarali, granulyasion, fibrinoz, nekrotik (gangrenoz), flegmonoz, polipoz, kistoz, interstisial.

Klinik ko'rinishi

O'tkir sistit. Kasallik bolaning bezovtaligi bilan boshlanadi. Qov usti sohasida og'riq, dizurik simptomlar paydo bo'ladi: tez-tez (pollakiuriya), oz-ozdan siydik chiqarish, og'riqli siyish. Ba'zan siydik tuta olmaslik paydo bo'ladi. Agar bola juda kichkina bo'lsa va siyish og'riyapti deb ayta olmasa, dizurik hodisalarni baribir bolaning tez-tez siyishi, bezovtalanishi va qichqirig'idan payqash mumkin, shundan so'ng onasi yo'rgakni ho'l bo`lganligini aniqlaydi. Siydik – loyqa bo`ladi.

Gemorragik sistitda makrogematuriya tipik belgi hisoblanadi. Sistit uchun siydikda ko'p miqdorda shilimshiq bo'lishi ham xarakterlidir.

O'tkir sistitning kechishi juda xilma-xil bo'lishi mumkin - simptomlari keskin ifodalanmagan yengil shakllardan isitma va intoksikasiya bilan kechadigan og'ir shakllargacha, bu odatda mikrobli-yallig'lanish jarayonining yuqori bo'limlarga tarqalishidan dalolat beradi (piyelonefrit). Yaqin 3-5 kun ichida adekvat davolash fonida odatda siydik tahlili yaxshilanadi va normallashadi. Agar 1-2 hafta ichida siydik tahlillarida yaxshilanish bo'lmasa yoki ular yetarli bo'lmasa, urolog maslahati va qo'shimcha tekshiruvlar hajmini aniqlash (nazorat ultratovush tekshiruvi, sistoskopiya, sistografiya, vena ichi urografiyasi va boshqalar) zarur deb hisoblanadi. Surunkali sistit odatda bolada siydik ajratish tizimining tug'ma va orttirilgan kasalliklari (rivojlanish nuqsonlari, siydik pufagi va kichik tos devorida qon aylanishining buzilishi, kristalluriya va boshqalar) mavjud bo'lganda, yetarli darajada davolanmagan o'tkir sistit fonida yuzaga keladi. Uzoq davom etadigan og'ir somatik va infeksion kasalliklar, gipovitaminozlar, gipotrofiyalar, konstitutsiyaning ekssudativ-kataral va limfatik-gipoplastik anomaliyalari, irsiy va orttirilgan immunitet tanqisligi ham moyillik tug'diruvchi omillar bo'lishi mumkin.

Surunkali sistitlar ko'pincha ikkilamchi bo'ladi, shu munosabat bilan kasallikning klinik manzarasida asosiy kasallik belgilari ustun turadi. Klinik ko'rinishlariga ko'ra surunkali sistit kam simptomli (latent) va qaytalanuvchi bo'lishi mumkin. Sovuq qotishlar, interkurrent infeksiyalar, asosiy kasallikning zo'rayishiga sabab bo'ladi. Qaytalanishning klinik manzarasida odatda o'tkir sistitning bir yoki ikkita asosiy simptomi - ko'pincha siydik chiqarishga imperativ mayl bo'lishi, pollakiuriya, aksari siydik tuta olmaslik topiladi. Shuni yodda tutish kerakki, surunkali sistit bilan og'rigan bolalarning aksariyatida VUR mavjud, 82-92% bolalarda surunkali sistit piyelonefrit bilan birga keladi.

Asoratlar

Asoratlari: VUR, PEN, siydik chiqarish kanali distal qismining stenozi, qovuq bo'yni sklerozi, parasistit, qovuq devorining perforatsiyasi, peritonit.

Tashxis va qiyosiy tashxis

Tashxis tipik shikoyatlar asosida qo'yiladi: qichishish, achishish, siyganda og'riq bo'lishi, loyqa siydik, ba'zan yangi qon laxtalari ajralishi, bu og'ir yallig'lanish jarayonining belgisi hisoblanadi. Siydikda oqsil izlari va ko'plab leykositlar va mikroblar (ba'zan yangi eritrotsitlar) topiladi. Bundan tashqari, siydik cho'kmasida ko'p miqdorda yassi epiteliy bo'lishi mumkin. Siydik ekmasida shartli patogen mikroflora aniqlanadi. O'tkir sistit o'tkir appendisit (appendikulyar o'simta atipik joylashganda) va paraproktit bilan farqlanadi. Bu kasalliklar siydik tahlilida o'zgarishlar bilan reaktiv sistit bilan kechishi mumkin.

Sistitni appenditsitning bu shakllaridan farqlashning qiyinligi shundan iboratki, yallig'langan appendiksning chanoq va retrotsekal retroperitoneal joylashuvida qorin old devori mushaklarining taranglashuvi bo'lmaydi, Shchetkin-Blyumberg simptomi esa manfiy bo'lishi mumkin. Shu bilan birga sistitda qorinda xurujsimon og'riqlar, mushaklar taranglashuvi, o'ng bel sohasida paypaslaganda keskin og'riq bo'lmaydi (retrosekal appenditsitga xos simptomlar). Chanoq appendisitida ko'pincha dizurik buzilishlar bilan bir qatorda shilimshiq va qon aralash tez-tez suyuq najas paydo bo'ladi. Appenditsitning bu shakllarini tashxislash uchun to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish muhim ahamiyatga ega, bunda o'ng tomonda keskin og'riqli osilish yoki infiltratni aniqlash mumkin. Albatta, bolalar jarrohi bilan maslahatlashish muhim. Makrogematuriyada qovuqdagi o'smani istisno qilish kerak. Bunda tashxis UTT, vena ichi urografiyasi, sistoskopiya, kompyuter yoki magnit-yadro tomografiyasi yordamida aniqlashtiriladi. O'tkir piyelonefrit bilan differensial diagnoz yuqoridagi "Piyelonefrit" bo'limiga qaralsin. Sistitni vulvitdan, qiz bolalardagi trixomonadali vulvovaginitdan va o'g'il bolalardagi fimoz, balanitdan ham farq qilish kerak, bunda siydikka birmuncha miqdor leykositlar tushishi mumkin. Bu kasalliklarni istisno qilish uchun bolaning tashqi jinsiy a'zolari sinchiklab tekshiriladi. Vulvitda vulva pardasi qizargan bo'ladi, ichki kiyimlarda ko'pincha ajralma izlari qoladi. 5 yoshgacha bo'lgan SYI bo'lgan barcha bolalarda UTT (siydik yo'llarining qo'pol anomaliyalarini aniqlaydi) va miksion sistouretrogramma (mumkin bo'lgan siydik pufagi-siydik nayi

reflyuksini aniqlash uchun) o'tkaziladi. Agar ushbu tekshiruvlar patologiyani aniqlamagan bo'lsa, bu vaqtda keyingi tekshiruv ko'rsatilmagan. Qaytalanuvchi leykosituriya bilan og'rigan bemorlarda surunkali sistitga shubha bo'lsa, qovuq shikastlanishining tabiati va tarqalishini aniqlash uchun sistoskopiya o'tkazish ko'rsatilgan. Granulyar sistitda tuberkulyozga chuqur tekshiriladi.

Davolash

O'tkir sistit bilan og'rigan bolalarni ambulatoriya sharoitida davolash mumkin. Umumiy isitish tavsiya etiladi. Qovuq sohasiga quruq issiqlik ishlatish mumkin. Issiq vannalar qilish mumkin emas, chunki yuqori temperatura qovuq shilliq pardasida qo'shimcha giperemiyaga olib keladi va natijada, mikrotsirkulyatsiya izdan chiqishiga olib keladi. Issiq vannalar o'tkazishda suvning harorati 37,5 C dan oshmasligi kerak. Ovqatdan achchiq, ziravorli taomlar va ziravorlar olib tashlanadi. Sut mahsulotlari, meva va sabzavotlar, klyukva yoki brusnikadan tayyorlangan morslar, kompotlar, kuchsiz ishqoriy mineral suvlarni ichish tavsiya etiladi. Mineral suv har safar 3-5 ml/kg hisobidan kuniga 3 mahal ovqatdan 1 soat oldin buyuriladi.

Ichimlik rejimi bemor tomonidan belgilanadi. Antibakterial terapiya davrida ortiqcha suyuqlik ichishdan saqlanish kerak, chunki bu tayinlash siydikda dori konsentrasiyasining pasayishiga olib keladi, bu esa davolash samaradorligiga ta'sir qiladi. Antibiotiklar yoki uroseptiklar (aminopenisillinlar - amoksisillin, "himoyalangan" aminopenisillinlar, II avlod sefalosporinlar, sulfanilamid + trimetoprim, nitrofuranlar, o'smirlarga - ftorxinolonlar) buyuriladi. Uroseptiklarni sistitning yengil shakllarida qo'llash mumkin. Antibakterial terapiya davomiyligi 7-10 kun. 48 soat davomida davolash samarasi bo'lmasa, tekshiruv hajmini kengaytirib ultratovush tekshiruvi, sistoskopiya orqali tashxisni aniqlashtirish tavsiya etiladi. Kuchli og'riqlarda baralgin, no-shpa va boshqalar buyuriladi (o'tkir xirurgik patologiya istisno qilinganidan keyin!). Kasallik cho'zilib ketganda va surunkali sistitda bemor albatta urolog bilan maslahatlashadi, u davolashni uch yo'nalishda olib boradi: siydik pufagining zaxira funksiyasi buzilishini bartaraf etish, uning devoridagi bioenergetik jarayonlarni jadallashtirish, yallig'lanish

o'chog'ida antibakterial preparatlarning maksimal konsentrasiyasini yaratish va antiseptik eritmalarni mahalliy yuborish. Terapiya turi bemorning xususiyatlari va sistit morfologiyasiga qarab tanlanadi. Surunkali sistitda antibakterial davolash faqat bakteriologik tekshiruvdan so'ng va mikrofloraning antibakterial dori vositalariga sezgirligi aniqlangandan so'ng amalga oshiriladi. Antibiotiklarni sistitning o'tkir davrida tana haroratining ko'tarilishi va dizurik holatlarda qo'llash tavsiya etiladi. Izolyasiyalangan dizuriyada uroseptiklarni buyurish ko'rsatilgan. Antibakterial preparatlar kursi - 7-10 kun. Uzoqroq kurs (14 kungacha) yaqinda siydik infeksiyasi epizodi bo'lgan, qandli diabet bilan og'rigan yoki 7 kunlik davolanishdan keyin sistit klinikasi saqlanib qolgan bemorlarga tavsiya etiladi. Tahlil me'yorlashganda va siydik steril ekilganda terapiyani to'xtatish mumkin. Keyinchalik, xuddi PEN da bo'lgani kabi, uroseptiklardan foydalanib, residivga qarshi terapiya o'tkazish mumkin. Katta yoshdagi bolalarda surunkali granulyar sistitda qovuq 7-10 kun davomida mahalliy antiseptiklar (2% li protargol, miramistin distillangan suv bilan 5:15 nisbatda) bilan instillyasiya qilinadi. Instillyatsiyaga ko'rsatma bo'lib surunkali sistitni dori vositalari bilan uzoq vaqt davolashning samarasizligi hisoblanadi. O'tkir yoki surunkali sistitning zo'rayishini davolagandan so'ng kasallik boshlanganidan 3 hafta o'tgach, maktabga borish mumkin. 4-6 haftadan keyin jismoniy tarbiya bilan shug'ullanishga, 3 oydan keyin esa sport bilan shug'ullanishga ruxsat beriladi. Keyingi cho'milish mavsumini o'tkazib yuborish tavsiya etiladi. Surunkali sistitni sanatoriyda davolash o'z iqlim mintaqasida olib boriladi. Boshqa iqlim zonalarida residivlar bo'lmaganda 1-yildan keyin davolash mumkin. Fitoterapiya antibakterial vositalar kursidan so'ng yallig'lanish jarayonining pasayishi davrida xuddi PEN bilan bir xil tamoyillar bo'yicha qo'llaniladi.

Oqibati

O'tkir sistitda, agar to'g'ri davolansa, yaxshi. 1-2 hafta ichida barcha patologik hodisalar yo'qoladi.

BOLALARDAGI PIYELONEFRIT

PIYELONEFRIT (PEN) - buyrakning mikrobli yallig'lanish kasalligi bo'lib, kosacha-jom sistemasi, buyrak parenximasi va kanalchalarining interstisial to'qimasi zararlanadi. Neonatal davrda PEN ko'proq o'g'il bolalarda uchraydi, chunki ularda buyrak va siydik yo'llari nuqsonlari ko'proq uchraydi. Keyingi yosh davrlarida qizlarda ushbu patologiyaning chastotasi oshadi: 1-5 yoshda mos ravishda 0,03-2% va 10 yoshdan oshgan qizlarda 5% gacha. Turli mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra, PEN 2-3% kattalarda aniqlanadi (autopsiya materialida IN va PENning morfologik belgilari 15% kattalarda aniqlanadi), 50-70% hollarda kasallik erta bolalikdan boshlanadi. Keyingi hayotda uzoq muddatli klinik remissiya bo'lishi mumkin.

Etiologiyasi. PENni keltirib chiqaruvchi bakteriyalar, odatda, ichak kommensallari, ya'ni sog'lom odamlarning ichagida yashovchi mikroblar: ichak tayoqchasi, protey, enterokokklar, klebsiyellalar, kamroq hollarda tillarang yoki teri stafilokokklari, ko'k-yashil yiring tayoqchasi hisoblanadi. Ko'pincha siydikdan ichak tayoqchasi va protey, ammo maxsus uropatogen turlari (E. coli 0-6, 0-2, 0-4, 0-75, O-I serotiplari O-antigenlari bo'yicha, 1 va 2 - K-antigenlari bo'yicha; proteus ko'pincha rettgeri turi, shuningdek mirabilis) ajratiladi. So'nggi o'n yillikda bolalarda surunkali piyelonefritda siydikdan enterobakterlar, klebsiyellalar, epidermal stafilokokklar, Candida turidagi zamburug'lar ko'proq ekila boshlandi. Bakterial antigenlarning buyrakda saqlanib turishida viruslar, mikoplazmalar (urealyticum, genitalium), xlamidiyalar ma'lum rolni o'ynaydi, bular ham uretritga sabab bo'ladi. Buyrakning surunkali kasalliklari va birinchi navbatda, oilaning boshqa a'zolarida, ayniqsa onada (xususan, homiladorlik davridagi buyrakning surunkali kasalliklari) buyrakning surunkali kasalliklarini keltirib chiqaradigan eng muhim omillardan biridir. L. S. Lozovskayaning ko'rsatishicha, PEN bilan og'rigan bemorlarning taxminan 50 foizida qon va siydikdan Koksaki V virusining ma'lum turlarini ajratib olish mumkin (PEN bo'lmagan bolalarda 5-10 marta kamroq).

Koksaki B virusi bo'lgan onalardan tug'ilgan chaqaloqlarning taxminan 50 foizida kindik qonidan virusning xuddi o'sha variantini topish mumkin. Katamnestik tekshiruvda bunday bolalarning aksariyatida keyinchalik bakterial PEN rivojlangan. SBE patogenezida irsiy omillarning roli shubhasizdir. Xususan, PEN ksantomatoz, moddalar almashinuvining irsiy anomaliyalari va siydik bilan sistin, oksalat kislotasi va uning tuzlari, siydik kislotasi, fosfatlar, triptofan almashinuvi mahsulotlari, buyrak tubulyar atsidozining ko'payishi bilan tubulopatiyalarning namoyon bo'lishi mumkin. Immunitetdagi irsiy nuqsonlar, buyrak dizembriogeneziga olib kelgan fetopatiyalar - bularning hammasi piyelonefrit boshlanishiga moyil qilib qo'yadigan omillardir.

Patogenezi. Uropatogen grammanfiy bakteriyalarning aksariyati oqsil tabiatli o'ziga xos kiprikchalar - R-fimbriyalarga ega bo'lib, ular bakteriyalarning siydik yo'llari hujayralariga muvaffaqiyatli yopishish qobiliyatini belgilaydi. Uroepiteliyning glikosfingolipidlari R-fimbriyalar uchun reseptorlar hisoblanadi. Bakteriyalarning K-antigenlari opsonizasiya va fagositozga to'sqinlik qiladi, O-antigenlari esa bakterial lipopolisaxarid bo'lib, ularning endotoksik ta'sirini belgilaydi. Grammanfiy bakteriyalarning endotoksini (lipopolisaxarid A) siydik yo'llarining silliq mushaklariga sezilarli ta'sir ko'rsatadi, ularning peristaltik faolligini pasaytiradi, hatto uni to'liq bloklaydi, funksional obstruksiyaga olib keladi. Bu urodinamikaning buzilishlari jom ichi va siydik nayi ichi bosimining oshishiga, piyelo-tubulyar reflyuksning paydo bo'lishiga olib keladi. Bakteriyalarning uroepiteliyga yopishishi ularning siydik yo'llaridan mexanik yuvilishiga to'sqinlik qiladi va urodinamikaning buzilishiga olib keladigan endotoksik ta'sir bakteriyalarning siydik yo'llari bo'ylab retrograd harakatlanishini osonlashtiradi. Bundan tashqari, proteylar a-ureaza ajratadi va uning ta'sirida hosil bo'lgan ammiak buyrak to'qimasini nekrozga uchratishi mumkin. Kasallik davomida, odatda, shtamm yoki hatto qo'zg'atuvchining turi o'zgaradi; ko'pincha aralash bakterial flora qayta qo'zg'alishlarni keltirib chiqaradi (PEN surunkali kechishida 20-25% hollarda). Qabziyat va disbakterioz bilan birga kechuvchi oshqozon-ichak

traktining boshqa patologiyasi bolada PENning ko'p uchraydigan yo'ldoshlaridir (ehtimol, bakterial floraning "yetkazib beruvchilari" ham). Shundan kelib chiqib, bir qator mualliflar uropatogen bakteriya shtammlarining asosiy kirish yo'li limfogen yo'l bo'lib, ularning manbai ichak hisoblanadi, degan xulosaga kelishadi. Zamonaviy tadqiqotlar ma'lumotlariga ko'ra, PEN bilan og'rigan bemorlarning aksariyatida urodinamikaning buzilishi, ya'ni siydik tabiiy oqimining qiyinlashishi yoki buzilishi mavjud. Shu bilan birga, urodinamikaning buzilishi PEN paydo bo'lishidan oldin sodir bo'ladi, faqat ular mavjud bo'lganda va PEN paydo bo'lishi mumkin deb hisoblanadi. Qabziyat va disbakterioz bilan birga kechuvchi oshqozon-ichak traktining boshqa patologiyasi bolada PENning ko'p uchraydigan yo'ldoshlaridir (ehtimol, bakterial floraning "yetkazib beruvchilari" ham). Shundan kelib chiqib, bir qator mualliflar uropatogen bakteriya shtammlarining asosiy kirish yo'li limfogen yo'l bo'lib, ularning manbai ichak hisoblanadi, degan xulosaga kelishadi. Zamonaviy tadqiqotlar ma'lumotlariga ko'ra, PEN bilan og'rigan bemorlarning aksariyatida urodinamikaning buzilishi, ya'ni siydik tabiiy oqimining qiyinlashishi yoki buzilishi mavjud. Shu bilan birga, urodinamikaning buzilishi PEN paydo bo'lishidan oldin sodir bo'ladi, faqat ular mavjud bo'lganda va PEN paydo bo'lishi mumkin deb hisoblanadi. Qovuq-siydik nayi va jom-buyrak reflyukslari farqlanadi. Bu reflyuks, o'z navbatida, piyelo-tubulyar va fornikal reflyukslarga bo'linadi (kosacha gumbazining yorilishi). Yuqoriga ko'tariluvchi buyrak infeksiyasida qovuq-siydik nayi reflyuksi - vezikoureteral reflyuksga (VUR) asosiy ahamiyat beriladi.

Hozirgi vaqtda bir qator bemorlarda SBE patogenezida autoallergiya ma'lum bir rol o'ynaydi deb hisoblanadi. Ularda siydikdan ajratib olingan qo'zg'atuvchiga nisbatan sekinlashgan tipdagi o'ta sezuvchanlik reaksiyasi (leykotsitoliz, blasttransformatsiya reaksiyalari, makrofaglar migratsiyasining tormozlanishi va b.) rivojlanganligidan dalolat beruvchi musbat reaksiyalar borligi, qonda Temm-Xorsfell oqsiliga nisbatan antitelolar topilishi shundan dalolat beradi.Shunday qilib, PEN patogenezida quyidagi omillar muhim rol o'ynaydi:

1) urodinamikaning buzilishi

- siydik yo'llari anomaliyalari, siydik tutilishiga olib keladigan VUR mavjudligi;

2) o'tkir kasallik paytida ham, surunkali infeksiya o'chog'i mavjudligi sababli ham (ko'pincha me'da-ichak yo'lidagi disbakterioz yoki tashqi jinsiy a'zolardagi infeksiya tufayli) yuzaga keladigan bakteriuriya yoki bakteriyalarning mezenterial limfa tugunlari orqali o'tib ketishi;

3) buyrak interstitsial to'qimasining oldindan zararlanishi (metabolik nefropatiya, o'tkazilgan virusli kasalliklar, ayrim dori vositalarini haddan tashqari iste'mol qilish, D gipervitaminozi va boshqalar oqibatida);

4) organizmning immunologik reaktivligining buzilishi: neytrofillarning fagositar faolligi va fagositoz yakunlanishining pasayishi, T-hujayralar umumiy miqdorining kamayishi, biroq T-supressorlar ko'payishi. O'tkir piyelonefritda bemorlarning 90 foizida siydikda antitanachalar bilan qoplangan bakteriyalar aniqlanadi, surunkali piyelonefritda esa - atigi 10 foizida. PENda bakteriyalarning notekis kirishi natijasida buyrakdagi patologik jarayon diffuz xarakterga ega bo'lmaydi va hatto bir tomonlama bo'lishi ham mumkin. Yuqoriga ko'tariluvchi infeksiya va interstisial yallig'lanish birinchi navbatda buyrakning miya qatlamini, ya'ni yig'uvchi naychalar va distal kanalchalarning bir qismini o'z ichiga olgan qismini zararlaydi. Nefronning bu qismlari nobud bo'lishi kanalchalarning buyrak po'stloq qavatida joylashgan bo'limlari funksional holatini ham izdan chiqaradi. Yallig'lanish jarayoni po'stloq qatlamiga o'tib, buyrak koptokchalari funksiyasini ikkilamchi tartibda izdan chiqaradi, shunda yillar o'tib, buyrak yetishmovchiligi boshlanishi mumkin.

Tasniflash

PENning quyidagi shakllari farqlanadi.

- patogenezi bo'yicha:

1) birlamchi;

2) ikkilamchi:

a) obstruktiv; b) obstruktiv bo'lmagan;

- kechishi bo'yicha:

1) o‘tkir, 2) surunkali:

- davri bo‘yicha:

1) faol va nofaol bosqichlar;

- buyrak funksiyasi bo‘yicha:

1) buyrak funksiyasi buzilmagan;

2) buyrak funksiyasi buzilgan;

3) SBYE.

Birlamchi PEN - buyrak parenximasidagi mikrobli yallig‘lanish jarayoni bo‘lib, zamonaviy tadqiqot usullaridan foydalanganda buyrak tubulointerstisial to‘qimasida mikroblarning fiksasiyasi va yallig‘lanish rivojlanishiga yordam beradigan omillar va sharoitlarni aniqlashning iloji bo‘lmaydi.

Ikkilamchi obstruktiv PEN - urodinamikaning organik (tug‘ma, irsiy yoki orttirilgan) yoki funksional (veziko-ureteral reflyuks bilan neyrogen siydik pufagi) buzilishlari tufayli rivojlanadigan mikrobli yallig‘lanish jarayonidir.

Ikkilamchi obstruktiv bo‘lmagan PEN - buyrak to‘qimasidagi mikrobli yallig‘lanish jarayoni bo‘lib, almashinuv buzilishlarida (oksaluriya, uraturiya, fosfaturiya, sistinuriya va boshqalar), tug‘ma immunitet tanqisligi holatlarida, endokrin kasalliklarda, homila ichi virusli infeksiyalarda va boshqalarda ham irsiy, ham tug‘ma buyrak dizembriogenezi paytida buyrak parenximasi interstisiyasining shikastlanishi fonida yuzaga keladi. Surunkali piyelonefrit PENning klinik va (yoki) laboratoriya belgilari 1 yoshdan ortiq bolada kuzatilgan hollarda tashxis qo‘yiladi. Tashxisda siydik yo‘llari yuqori va pastki bo‘limlari patologiyasining mavjudligi va xarakteri, VUR va uning darajasi albatta ko‘rsatilishi kerak.

Klinik ko‘rinishi. Maktab yoshidagi bolalarda o‘tkir piyelonefritning (O‘PEN) klinik ko‘rinishi odatda quyidagilar bilan tavsiflanadi:

1) og‘riq sindromi (bel yoki qorindagi og‘riqlar);

2) dizurik buzilishlar (imperativ qistashlar, pollakiuriya, og‘riq yoki achishish hissi, siyganda qichishish, nikturiya, enurez);

3) intoksikasiya simptomlari (qaltirash bilan o'tadigan harorat ko'tarilishi, bosh og'rishi, lanjlik, darmonsizlik, ishtahaning yomonlashuvi, bir oz sarg'ayib turadigan rangparlik va boshqalar).

Beldagi og'riq o'tkir emas, balki zo'riqish va taranglik hissi. Og'riq tana holatini keskin o'zgartirganda, egilganda, sakraganda sezilarli darajada kuchayadi, bel sohasi isitilganda kamayadi. Og'riq intensivligi buyrak shishi va urodinamika buzilishining ifodalanganligi bilan belgilanadi. Tana haroratining ko'tarilishi bilan to'satdan paydo bo'ladigan o'tkir og'riq VUR uchun xosdir.

Shu bilan birga, og'riq sindromi ko'pincha zaif ifodalangan bo'lib, faqat qorinni paypaslash va buyrak proyeksiyasi sohasida bel bo'ylab urish paytida aniqlanadi, bu odatda Pasternatskiyning ijobiy belgisi sifatida soddalashtirilgan tarzda baholanadi. Bemorlarda odatda shishlar bo'lmaydi, arterial bosim normal, diurez biroz ko'paygan bo'ladi. Siydik ko'pincha loyqa, yoqimsiz hidli bo'ladi. Tekshirishda siydik yo'llari bo'ylab paypaslaganda zararlangan tomonda, buyrak sohasida, umurtqa pog'onasi bilan oxirgi qovurg'a orasidagi burchakda, bel sohasiga urib ko'rilganda og'riq borligini aniqlash mumkin. Siydik tahlillarida minimal proteinuriya (sutkasiga 0,6 g/m2 dan kam, siydikda oqsil/kreatinin nisbati 0,6 dan kam), neytrofil leykosituriya, mikrogematuriya (25-30% bemorlarda), ko'p miqdorda hujayra epiteliysi va ba'zan tuzlar qayd etiladi. Sutkalik diurez biroz oshgan. Siydikning nisbiy zichligi normal yoki biroz pasaygan bo'ladi. Siydik reaksiyasi ham ishqoriy, ham kislotali (ko'proq) bo'lishi mumkin. Aksariyat bemorlarda silindruriya kuzatilmaydi, chunki ularda silindr hosil bo'lishining muhim shartlaridan biri - diurezning kamayishi kuzatilmaydi. Qonda leykositoz, chapga siljigan neytrofilez, eritrositlar cho'kish tezligi oshganligi topiladi. Erta yoshdagi bolalarda O'PEN klinik ko'rinishida umumiy simptomlar ustunlik qiladi: lanjlik yoki bezovtalik, anoreksiya, isitma, ozish, qusish, qabziyat yoki dispepsiya, ba'zan sariqlik, tutqanoq, meningeal simptomlar. Dizurik belgilar keskin ifodalanmasligi mumkin. Ko'krak yoshidagi bolalarda O'PEN da infeksiyaning tarqalishiga moyillik, suv-tuz almashinuvi buzilishining eksikoz, asidoz, diareya bilan tez rivojlanishi, nafaqat buyraklar, balki jigar, buyrak usti bezlari, markaziy

asab tizimi faoliyatining buzilishi, keyinchalik og'ir intoksikasiya va chuqur suvsizlanish, kollaps belgilarining paydo bo'lishi kuzatiladi.

Klinik manzarasi.

Shu bilan birga, erta yoshdagi bolalarda SPENda faqat ishtahaning pasayishi, tana vaznining, bo'y o'sishining yetarli darajada oshmasligi, psixomotor rivojlanishning orqada qolishi, subfebrilitet kabi umumiy alomatlar kuzatilishi mumkin. Shu sabablarga ko'ra isitmasi bor go'dak bolalarda har qanday noaniq kasallik paytida piyelonefrit bor deb gumon qilish va siydikni analiz qilib ko'rish zarur. Siyish paytida qichqiriqdan shikoyat qilish, loyqa siydik va badbo'y hidli siydik paydo bo'lishi bu shubhalarni kuchaytirishi kerak. Bir marta tahlil qilib ko'rilgan siydikda leykosituriya bo'lmasligi piyelonefritni istisno qilmaydi va diagnoz qo'yishda klinik ma'lumotlarga, takroriy analizlar hamda siydik ekmalariga asoslanish tavsiya etiladi. Katta yoshdagi bolalarda ham SPEN ning klinik ko'rinishida intoksikasiya belgilari ustunlik qilishi mumkin: apatiya, lanjlik, bosh og'rig'i, ishtahaning yomonligi, ovqatlanishning buzilishi, tez charchash, tana haroratining subfebril bo'lishi, qorindagi og'riqning noaniq joylashuvi, kamroq hollarda minimal darajada ifodalangan dizurik buzilishlar yoki ularning yo'qligida bel og'rig'i. Bemorlarning 1/3 qismida baribir dizuriya, obstruktiv jarayonda esa ba'zan siydik tuta olmaslik kuzatiladi. PEN klinik belgilarsiz, siydikda kam o'zgarishlar bilan kechishi mumkin. PEN bilan og'rigan kasallarning ko'pchiligida surunkali infeksiya o'choqlari: surunkali tonzillit yoki adenoidit, tishlar kariyesi, surunkali xolesistit, vulvovaginit va boshqalar bo'ladi. A. L. Cheskis PE bilan og'rigan ko'plab bolalarni tekshirganda, piyelonefritning obstruktiv va obstruktiv bo'lmagan shakllarida bir xil chastotada (92%) surunkali sistitni aniqladi (sistoskopiya va siydik pufagi devorini morfologik o'rganish ma'lumotlariga ko'ra). V. M. Derjavin 3-15 yoshdagi 360 nafar piyelonefrit bilan og'rigan bolalarning 41,2 foizida siydik pufagining neyrogen disfunksiyasi, shuningdek tug'ma yoki orttirilgan neyrogen siydik pufagi, infravezikal obstruksiya bilan siydik pufagi bo'yinchasi sklerozi, siydik pufagi-siydik nayi qo'shilish joyi ektopiyasi tashxisini

qo'ygan. Eslatib o'tamiz, VUR bolalardagi piyelonefritning 70-75% holatlari uchun javobgar deb hisoblanadi.

Asoratlar

Apostematoz nefrit (buyrakdagi ko'plab abssesslar), bolalarda yuqori, ko'pincha gektik tana harorati, kuchli intoksikasiya va og'ir umumiy holat (qusish, ko'ngil aynishi, teri quruqligi, tutqanoq, suvsizlanish) bilan o'tkir septik kasallik sifatida kechadi. Tashxis buyraklarning ultratovush tekshiruvi orqali qo'yiladi.

Buyrak karbunkuli isitma va intoksikasiya bilan o'tadigan o'tkir kasallik bo'lib, zararlangan tomonda sezilarli og'riq alomatlari bilan o'tadi. Paranefritda (buyrak atrofi kletchatkasining yallig'lanishi) ham yetakchi simptom bel sohasidagi og'riqdir; keyinchalik siydikda leykositlar paydo bo'ladi. Yuqori isitma, ba'zan gektik tipdagi isitma ham bo'lishi mumkin. Belga musbat urish simptomi aniqlanadi (Goldflam - Pasternatskiy). Bola ba'zan chanoq-son bo'g'imida bukilgan oyog'i bilan shu bo'g'imda harakat cheklanmagan holda majburiy holatni egallaydi. Bu holatga bel mushagining yallig'lanish jarayoni bilan ta'sirlanishi natijasida uning kontrakturasi sabab bo'ladi. Agar bolani oyoqqa qo'yib, orqasiga qaralsa, og'rigan joyni ayash tufayli umurtqa pog'onasining qiyshayganini payqash mumkin. Tashxis buyraklarning ultratovush tekshiruvi orqali qo'yiladi. Rentgenoskopiyada zararlangan tomonda o'pka chetining harakatchanligi chegaralanganligi va nafas olishda buyrakning siljimasligi ko'rinadi. Keyinchalik bel sohasida shish paydo bo'lishi mumkin, piyelonefritda bunday bo'lmaydi. Qon ketishi - makrogematuriya (ba'zan buyrak to'qimasi sekvestrlari ajralib chiqishi bilan) bilan namoyon bo'ladigan buyrak so'rg'ichlari nekrozi buyrak sinusi arteriyalari zararlanishining oqibati bo'lishi mumkin (arterial pedunkulit). Bolalarda O'PENning ko'rsatilgan asoratlari kattalarga qaraganda ancha kam rivojlanadi. Yuqorida ko'rsatilgan holatlardan tashqari, buyrak tosh kasalligi (BTK) , nefrogen gipertenziya, ikkilamchi bujmaygan buyrak tufayli yuzaga kelgan surunkali buyrak yetishmovchiligi SBK asoratlari bo'lishi mumkin.

Tashxis va qiyosiy tashxis

Kasallik o'tkir kechganda yoki SPEN zo'rayganda tashxis qo'yish katta qiyinchilik tug'dirmaydi. Quyidagi tekshiruvlar majmuasini o'tkazish zarur (ayniqsa, kasallikning kam simptomli kechishida sinchkovlik bilan tekshirish lozim).

1. Dinamikada siydik tahlili (7-10 kunda 1 marta). Piyelonefrit uchun quyidagilar xarakterli: leykosituriya va bakteriuriya; gematuriya - xarakterli emas, lekin ayrim bemorlarda mikrogematuriya bo'lishi mumkin.

2. Siydikni ekish (kamida 3 marta; "o'rtacha oqim"dan ekish mumkin, chunki siydik pufagini kateterlash reflyuksga va siydik yo'llarining infitsirlanishiga yordam berishi mumkin) ajratib olingan mikrobning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash bilan. Oddiy siydik ekmalari jinsiy a'zolar florasi bilan tez-tez ifloslanishi tufayli kam ma'lumot beradi. Shuning uchun tashqi jinsiy a'zolarni (jumladan, sunnat qilinmagan o'g'il bolalarda ham) iliq suvda sovun bilan steril tamponlar yordamida yuvish kerak. Qizlar oldindan orqaga yuviladi. Ekish uchun siydik sellofan xaltachaga yoki steril bankachaga "o'rta oqimdan" yig'iladi. Siydik ekmasining ijobiy natijasi siydik infeksiyasi tashxisini tasdiqlovchi "oltin standart" hisoblanadi. Ko'rish maydonida 5 dan ortiq leykotsitlar va Gram usulida bo'yalgan siydikda har qanday miqdordagi bakteriyalar mavjud bo'lgan yangi ajralgan siydik tahlilini ijobiy deb hisoblash tavsiya etiladi. Sog'lom odamning erkin siyish vaqtida yig'ilgan siydigida 1 ml da ko'pi bilan 105 ta bakteriya bo'lishi mumkin. Bakteriuriyani aniqlash uchun "nitrit sinamasi" va tetrafeniltetrazol xlorid sinamasi (TTX-test) ham qo'llaniladi. Agar 1 ml siydikda bakteriyalar soni 10' dan ko'p bo'lsa, bu sinamalar musbat natija beradi.

3. Buyraklarning funksional holatini quyidagilar yordamida aniqlash:

a) umumiy tahlillar seriyasida va Zimnitskiy sinamasida siydik solishtirma og'irligini (zichligini) baholash (ko'p miqdordagi kanalchalar zararlanganda buyraklarning konsentratsiyalash funksiyasi pasayishi mumkin, gipoizostenuriya yuzaga keladi)

b) Reberg sinamalari - koptokchalar filtrasiyasi faqat buyraklarning og'ir shikastlanishida buziladi; qayta so'rilishning kamayishi filtratsiyadan oldinroq ro'y beradi;

v) distal va proksimal kanalchalar funksiyasini tavsiflovchi ko'rsatkichlarni o'rganish maqsadga muvofiq (ixtisoslashtirilgan klinikalarda esa majburiy): siydik pH darajasini aniqlash, ammoniy, titrlanadigan kislotalar va siydik bikarbonatlari ajralishi, kalsiuriya, fosfaturiya, qonning kislota-ishqor muvozanati, Genle qovuzlog'i faoliyati (osmotik konsentratsiya, siydik zichligi), proteinuriya.

4. Qonning biokimyoviy tahlili. Yallig'lanish jarayonining faolligini baholash uchun o'tkir fazali oqsillar (C-reaktiv oqsil, fibrinogen va boshqalar) va sial kislotalari darajasi, proteinogramma aniqlanadi. Buyrak faoliyati buzilishiga shubha qilinganda qondagi mochevina, kreatinin va elektrolitlar miqdori aniqlanadi.

5. 7-10 kunda 1 marta qonning klinik tahlili ham buyrakdagi yallig'lanish jarayonining faolligi haqida fikr yuritish imkonini beradi.

6. Buyrak va siydik ajratish tizimining ultratovush tekshiruvi a'zoning mavjudligi yoki yo'qligi, buyrak va jomchalarning o'lchamlari, siydik pufagining hajmi va o'lchami, buyrak parenximasining holati, kistalar, parenximada apostematoz sohalar, toshlar, nefrokalsinoz va a'zo nuqsonlari, VURning bilvosita belgilari, siydik pufagida yot jism mavjudligini baholash imkonini beradi. Shu bilan birga, shuni ta'kidlash kerakki, UTT barcha diagnostik muammolarni hal qila olmaydi. Shunday qilib, UTTning normal ko'rinishi VURni istisno qilmaydi.

7. Siydik yo'llarining rentgenologik va boshqa tekshiruvlarini infeksiya qo'zishi bartaraf etilgandan so'ng 1,5-2 oy o'tgach o'tkazish optimal hisoblanadi. Miksion sistografiya VUR (aktiv va passiv), ureterotsele, atoniya, qovuq divertikuli va boshqalarni hamda qovuq holatini tashxislash maqsadida o'tkaziladi.

Sistografiyani yangi tug'ilgan chaqaloqlar va 2 yoshgacha bo'lgan o'g'il bolalarda siydik yo'llari infeksiyasining birinchi epizodida, 2 yoshdan katta bolalarda, kichik va o'rta maktab yoshidagi qizlarda sistitning 2-epizodidan keyin, piyelonefrit bilan kasallangan barcha bolalarda majburiy tartibda o'tkazish kerak.

Qorin bo'shlig'ining umumiy rentgenografiyasi buyraklarning joylashishini, ularning o'lchamlari va konturlarini, buyrakdagi va siydik yo'llari bo'ylab toshlarning soyalarini, suyak tizimining anatomik tuzilishini aniqlashga imkon beradi. Ekskretor urografiya ultratovush tekshiruvidan tashqari, buyraklarning joylashishini, ularning kattaligini, buyrak va siydik chiqarish tizimining ba'zi nuqsonlarini, kosacha-jom tizimining deformasiyasini, parenximaning holatini, siydik yo'llari sistoidlarining o'lchamlari va qisqarish darajasini, siydik pufagining o'lchamlari va shaklini aniqlashga imkon beradi. Piyelonefrit asosida yotuvchi va siydik yo'llari tuzilishini keltirib chiqaruvchi siydik yo'llarining qo'pol anatomik anomaliyalarini tekshirish muhimdir. A. V. Papayan va hammual. (1997) ma'lumotlariga ko'ra, bolalarda eng ko'p uchraydigan siydik yo'llari anomaliyalarining chastotasi quyidagicha: buyraklarning ikkilanishi - 1:150, buyrak distopiyasi - 1: 800-1000, taqasimon buyrak - 1: 400-500, jom, kosacha divertikuli - 1: 500, siydik yo'llarining ikkilanishi - 1:150, siydik pufagi va uretraning rivojlanish nuqsonlari - 1: 40 000-50 000, yangi tug'ilgan chaqaloqlar epispadiya 1: 50 000.

8. Radioizotop renografiyani buyraklarning ekskretor va sekretor funksiyasini, zararlanish assimetriyasini baholash uchun o'tkazish maqsadga muvofiq.

9. Kompyuter va magnit-yadro tomografiyasi boshqa tadqiqotlarda olingan ma'lumotlarni aniqlashtirish imkonini beradi. Ushbu tadqiqotlarni o'tkazishning texnik shartlari qurilmaning "konturida" nisbatan uzoq vaqt va qo'zg'almas holatda bo'lishini talab qiladi. Shuning uchun 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga tomografiya narkoz holatida qilinadi.

10. Surunkali kasalliklarga chalingan barcha shaxslarni ko'rsatgan holda shajara tuzish.

11. Davolovchi shifokor qaroriga ko'ra mutaxassislar (urolog, bolalar jarrohi, okulist, nevropatolog, otorinolaringolog, stomatolog, ftiziatr) maslahati.

12. PEN bilan og'rigan bemorning terapiyaga chidamliligi xlamidiyalar, mikoplazmalar, zamburug'lar, viruslar, mikobakteriyalar kabi yuqumli agentlar mavjudligiga tekshiriladi.

O'tkir piyelonefritni birinchi navbatda "o'tkir qorin" (appenditsit, shu jumladan o'simtaning retrotsekal joylashuvi, o'tkir xoletsistit, pankreatit, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasi va boshqalar) bilan farqlash kerak. Appendikulyar o'simta atipik joylashganda dizuriya kuzatilishi mumkin, peritoneal simptomlar kuchsiz ifodalangan yoki umuman bo'lmaydi. Ushbu muammoni hal qilishda "o'tkir qorin" va piyelonefritning asosiy belgilarini hisobga olish yordam beradi, agar qorin og'rig'ining tabiati noaniq bo'lgan bola shifoxonada jarroh va pediatr tomonidan rektal tekshiruv, qon tahlili va bir qator siydik tahlillari o'tkaziladi. Odatda qorinda og'riq bo'lsa, tekshiruv tugaguncha og'riq qoldiruvchi vositalar buyurilmaydi. Jarroh analgetiklar ta'sirida buzilmagan klinik ko'rinishni baholay olishi kerak. Buyrak sanchig'i xuruji bel sohasidagi kuchli og'riqlar bilan boshlanadi. Og'riqning intensivligi ortib bormoqda. Og'riq bel sohasida bo'lib, siydik yo'li bo'ylab pastga, chov sohasiga va jinsiy a'zolarga o'tadi. Siydikda eritrositlar va oz miqdorda oqsil aniqlanadi. UTT, qorin bo'shlig'ining obzor surati, vena ichi urografiyasi tosh, gidronefroz, nefroptoz yoki kam uchraydigan sanchiq sabablarini (siydik yo'llarining qon laxtalari, o'sma, polikistoz va boshqa kasalliklar bilan tiqilib qolishi) aniqlashga imkon beradi. Piyelonefrit sistitga qaraganda birmuncha og'irroq o'tadi va leykosituriya, bakteriuriya, mikrogematuriya, bilinmas proteinuriya, leykositar silindrlar paydo bo'lishi, siydik zichligining pasayishi, eritrositlar cho'kish tezligining oshishi (25 mm/soatdan ko'ra ko'proq), musbat SRO, disproteinemiya bilan birga davom etib boradigan sistema belgilari bilan ta'riflanadi. Surunkali piyelonefritni buyrak silidan farqlash kerak. So'nggi holatda anamnezda sil bilan og'rigan bemor bilan muloqotda bo'lganligi haqida ma'lumot bor. Bolada tuberkulinga teri reaksiyasi musbat bo'lib, o'pka rentgenografiyasida o'ziga xos shikastlanishlar aniqlanishi mumkin. Siydik cho'kmasida sil mikobakteriyalari topiladi. Bolalar siydigida odatda gematuriya ustunlik qiladi. Infeksiyadan keyingi o'tkir glomerulonefritni o'z vaqtida aniqlash

ayniqsa muhimdir. Izolyasiyalangan leykosituriya bilan kechadigan surunkali piyelonefritlarda qizlarda vulvit, vulvovaginit va o'g'il bolalarda balanopostit bilan qiyosiy tashxis o'tkazish zarur. Har bir bolada leykosituriya va bakteriuriyada tashqi jinsiy a'zolar ko'rikdan o'tkazilishi va zarurat bo'lganda qizlarda bolalar ginekologining maslahati (qin surtmalarini olish va tahlil qilish bilan) o'tkazilishi kerak.

Davolash

PENni davolashdan maqsad o'tkir infeksiyani yo'qotish, urosepsis rivojlanishining oldini olish va buyrak to'qimasining shikastlanish ehtimolini kamaytirishdir. Kasalxonaga yotqizishga ko'rsatmalar bolaning ahvoli og'irligi va yoshini hisobga olgan holda belgilanadi. O'PEN yoki SPEN zo'rayishida 2 yoshgacha bo'lgan bola degidratasiya bilan jarayonning yaqqol faolligi va/yoki og'iz orqali suyuqlik qabul qila olmaslik mavjud bo'lganda, shuningdek uy sharoitida terapiya o'tkazish imkoniyati bo'lmagan vaziyatlarda davolanish va tekshirish uchun kasalxonaga yotqizilishi kerak. Katta yoshdagi bolalar, agar intoksikasiya bo'lmasa, ambulatoriya sharoitida davolanishlari mumkin. Apostimatoz nefrit, urosepsis yoki bakteriemiyaga shubha qilingan bolalar ham kasalxonaga yotqizilishi kerak, keyinchalik tekshiruvda bu tashxis tasdiqlanadi.

Piyelonefritda suyuqlik ichirish bemorning ehtiyojiga qarab belgilanadi; agar bola ko'ngli aynib, qusib turgani uchun suyuqlik icha olmasa, uni 6 soat davomida sutkalik fiziologik ehtiyoj va patologik yo'qotishlarning 1/4 qismi miqdorida venaga tomchilab yuborish zarur (0,33% li natriy xlorid eritmasi va 5% li glyukozani 1:1 nisbatda) va birinchi imkoniyatdan foydalanib, suyuqlikni og'iz orqali ichirishga o'tish kerak.

Parhezdan achchiq taomlar, ekstraktiv moddalar, sanoat konservalari, qovurilgan mahsulotlar chiqarib tashlanadi. Kasallikning faol bosqichida siydik oqimining buzilishi bilan kechuvchi ureterogidronefroz, VUR da siydik pufagini kateterizasiya qilish talab qilinishi mumkin - davriy yoki doimiy. Kateterizasiyaga ko'rsatmalar urolog bilan muhokama qilinadi. Og'riq sindromida no-shpa, baralgin buyuriladi.

Antibakterial terapiya PEN bilan og'rigan bemorni davolashning asosi hisoblanadi. Uzluksiz antibakterial terapiya 2-3 hafta davomida o'tkaziladi; birinchi qator preparatlar (empirik tayinlash) - antibiotiklar, ikkinchisi - qo'zg'atuvchining sezgirligini hisobga olgan holda antibiotiklar yoki uroseptiklar. Holat barqarorlashgandan so'ng, parenteral yo'ldan enteral yo'lga o'tish tavsiya etiladi. Yuqori faollik darajasida preparatlarni vena ichiga yuborish ko'rsatilgan va ularning kombinatsiyasi (aminopenitsillinlar + aminoglikozidlar, sefalosporinlar + aminoglikozidlar) bo'lishi mumkin.

Antimikrob terapiya muvaffaqiyatli o'tkazilganda tana harorati pasayishi, 2 kundan keyin esa me'yorga kelishi kerak. Antibakterial terapiyaga 2 kun davomida javob olmagan bemorlar mumkin bo'lgan asoratlarni (buyrak abssessi - apostematoz nefrit) istisno qilish uchun shoshilinch ravishda ultratovush tekshiruvidan o'tishlari kerak. Kasallikning bunday kechishini tushuntiruvchi sabablar bo'lmaganda, obstruksiyani (VUR) tashxislash uchun sistografiya o'tkazishni rejalashtirish kerak.

Buyrak va siydik pufagi UTTsi ham antibakterial terapiyaga yaxshi javob bergan bemorlarda o'tkazilishi kerak. Anatomik yoki funksional obstruksiyali surunkali piyelonefritda kasallikning faol bosqichini davolash tugagandan so'ng, uroseptiklar - nitrofuranlar yoki sulfanilamid + trimetoprimdan foydalangan holda retsidivga qarshi davolash tavsiya etiladi. Residivlar o'rtasidagi remissiya davri 3 haftadan kam bo'lsa, profilaktik terapiya 1-yil va undan ko'p davom etadi, remissiya oralig'i 3 haftadan 3 oygacha bo'lsa, retsidivga qarshi terapiya o'tkazilmasligi mumkin. Uroseptiklar siydik ajralgandan keyin kechasi '/3- 1/4 sutkalik dozada yoki sutkalik dozada haftasiga 2 marta buyuriladi. Nitrofuranlar: furadonin - 1-2 mg/kg kuniga 1 marta uyqudan oldin siyishdan keyin yoki kunlik dozada 3 mg/kg har 6 soatda ovqat bilan haftasiga 2 marta. Sulfametoksazol + trimetoprim (biseptol) - trimetoprim bo'yicha 2 mg/kg, sulfametoksazol bo'yicha 10 mg/kg, uyqudan oldin bir marta yoki trimetoprim bo'yicha 5 mg/kg, sulfametoksazol bo'yicha 25 mg/kg haftasiga 2 marta 2 dozada. Qabul qilinganda qondagi terapevtik konsentrasiyasiga erishilmaydigan uroseptiklar (nalidiks kislotasi,

nitrofuranlar va boshqalar) isitmalayotgan bolalarda qo'llanilmasligi kerak. Antibakterial terapiya boshlanganidan 48 soat o'tgach, davo ta'siri ostida siydikning sterilligiga ishonch hosil qilish uchun siydik ekmasini takrorlash zarur. Antibakterial terapiya va siydik sanasiyasi tugagandan so'ng, 2 yoshgacha bo'lgan bolalar tekshiruv tugagunga qadar terapevtik yoki profilaktik dozalarda antimikrob vositalarni olishlari kerak. Buyrak faoliyati buzilgan bemorlarda nefrotoksik agentlar (aminoglikozidlar va b.) zardobdagi kreatinin miqdori va ularning qondagi konsentratsiyasini baholash bilan ehtiyotkorlik bilan qo'llanilishi kerak.

Fitoterapiya. PEN bilan og'rigan bemorlarga quyidagi guruhlardagi dorivor o'simliklar to'plamlari buyuriladi:

1) siydik haydovchi:

a) efir moyli (na'matak mevasi, ukrop, petrushka, selderey, xmel, rozmarin, andiz ildizi);

b) saponinli o'simliklar (qayin, brusnika, adonis, toloknyanka bargi, qizilmiya ildizi, buyrak choyi, oltin atirgul, qora marjon daraxti);

v) tarkibida silikatlar va saponinlar bo'lgan (dala qirqbo'g'imi, qushtoron, pikulnik);

g) buyrakda qon aylanishini yaxshilovchi (sparja, suli, suv kresslari);

2) litolitiklar (tarvuz, qushqo'nmas, brusnika, o'rmon qulupnayi, ukrop, petrushka, dala qirqbo'g'imi);

3) antiseptiklar: a) tarkibida antibiotik moddalar bo'lgan (zarpechak, zubturum, mavrak, dorivor moychechak, archa, badan);

b) tarkibida arbutin mavjud bo'lgan (ayiqquloq, qizil chuchmoma, supurgi o't, chirmovuqsimon budra, qorachoy, soyabonsimon qishsevar);

4) yallig'lanishga qarshi ta'sir etuvchi (qizilpoycha, dorivor bukvitsa, yalpiz, andiz ildizi, chirmovuqsimon budra, gulxayri, dalachoy);

5) qon tomir devorini mustahkamlovchi (sadap, jigar rang na'matak, bo'ymadaron, ikki uyli qichitqi o't, qora mevali do'lana);

6) organizmning vitamin va mikroelementlar tarkibini yaxshilovchi (qora smorodina, ikki uyli qichitqi o't, o'rmon qulupnayisi, chernika, qizil chuchmoma, do'lana, malina).

Bolalarda PEN uchun quyidagi yig'imlar tavsiya etiladi:

1) teshik dalachoy, dala qirqbo'g'imi, toloknyanka, qichitqi o't, mingbarg;

2) teshik dalachoy, itqo'noq, na'matak, oddiy arpa, shudgor sebargasi;

3) teshik dalachoy, qichitqi o't, brusnika bargi, soyabon tillabosh, na'matak.

O'simliklar teng miqdorda aralashtiriladi, 1 osh qoshiq 0,5 l yig'ilgan qaynoq suv quyiladi va yarim soat damlanadi; kuniga 100-150 ml dan ichiladi. Fitoterapiyani har oyning 20 kunida dorivor o'simlik yoki yig'imni har oyda almashtirish bilan o'tkazish tavsiya etiladi. O'PEN dan keyin fitoterapiya davomiyligi - 2-3 oy. SPEN bilan og'rigan bemorlarda fitoterapiya davomiyligi xurujdan keyin kamida 3-6 oy davom etadi.

Surunkali infeksiya o'choqlari va sensibilizasiya manbalarini (tish kariyesi, surunkali adenoidit va tonzillit, sinusitlar, gelmintozlar, ayniqsa, enterobioz va boshqalar) o'z vaqtida aniqlash va sanasiya qilish muhimdir.

VUR, buyrak va siydik yo'llari rivojlanish nuqsonlari, surunkali sistit fonida PEN bilan og'rigan bola urolog bilan maslahatlashishi kerak va agar siydik dimlanishining sababi aniqlansa, urolog pediatr bilan birgalikda bemorni tekshirish va olib borish rejasini belgilaydi, jarrohlik aralashuvi imkoniyati va muddatlarini belgilaydi.

Urologlarning fikricha, giperreflektor disfunksiyalar uchun SYE'ning asosiy davolash usuli past chastotali ultratovush va siydik pufagining mintaqaviy gipertermiyasi bilan anal sfinkterni elektrostimulyasiya qilishdir. Bunga qo'shimcha ravishda M-xolinolitiklar (atropin, belladonna va boshqalar), neyrotrofik vositalar (pantogam yoki piratsetam kabilar) tayinlanadi. Giporeflektor disfunksiyalar uchun esa M-xolinomimetiklar (atseklidin va boshqalar), antixolinesteraz preparatlar (prozerin, galantamin) silliq mushaklarning bioenergetikasiga ta'sir ko'rsatuvchi moddalar (ATF, sitoxrom C, riboflavin mononukleotid) va neyrotrofik vositalar bilan birgalikda qo'llaniladi. VUR bilan og'rigan bolalarni davolash jarrohlik va konservativ bo'lishi mumkin. Konservativ terapiya sifatida residivga qarshi terapiya rejimida antibakterial vositalar, har 2 soatda majburiy

siydik chiqarish usuli qo'llaniladi. Buyraklar va bo'shliq tizimlarining o'lchamlarini, parenxima, siydik yo'llari va siydik pufagining holatini har 6 oyda baholash bilan ultratovush nazorati zarur. Obstruktiv anatomik buzilishlarni jarrohlik yo'li bilan tuzatish juda foydali, ammo xalqaro ekspertlar guruhining fikriga ko'ra, funksional obstruksiyalarda antireflyuks operasiyalar konservativ terapiya bilan bir xil ta'sir ko'rsatadi. SYE va VUR bo'lgan bolalarni davolash uchun preparatlarni tanlash siydik pufagi neyrogen disfunksiyasining shakliga bog'liq.

Dispanser kuzatuvi

Dispanser kuzatuvi poliklinikada o'tkaziladi. Uchastka pediatri bolani dispanser hisobiga qo'yadi. O'PEN da dispanser kuzatuvi davomiyligi - 5-yil, SPEN da - bola kattalar poliklinikasiga o'tgunga qadar. Kasalxonadan chiqqandan so'ng uzluksiz antibakterial terapiya kursi tugagunga qadar siydik tahlili va ekmasi 2 haftada 1 marta, keyingi 6 oyda - 1 oyda 1 marta o'tkaziladi; oxirgi zo'rayish boshlanganidan 1 yil o'tgach, siydik tahlili 2-3 oyda 1 marta va har qanday interkurrent infeksiyada albatta o'tkaziladi. Siydik ekmasi antibakterial terapiya tugagandan so'ng 1 hafta o'tgach, keyin 3 oydan keyin, 6 oydan keyin va keyin yiliga 2 marta o'tkaziladi. Shifokor bemorni kasallik qo'zigandan keyin birinchi yili oyiga 1 marta, keyinchalik esa kasallik qo'ziganda har chorakda 1 marta ko'rikdan o'tkazadi. Ko'rikdan oldin bemorga siydik tahlili va ekmasi o'tkazilishi kerak. Yarim yilda bir marta shifokor bolani stomatologga (tish kariyesini istisno qilish), otolaringologga (surunkali tonzillit, adenoidit va boshqalarni istisno qilish) ko'rikka yuboradi, najasni gijja tuxumlariga uch marta tahlil qiladi (ostritsa tuxumlarini albatta qirib olish bilan). Ekstraktiv moddalarga boy mahsulotlar, ziravorlar, marinadlar, dudlangan mahsulotlar, kolbasalar, konservalar, ziravorlar butun dispanser kuzatuvi davrida ratsiondan chiqarib tashlanadi.

Zigzagsimon parhezni, ya'ni 7-10 kun asosan ishqoriy, keyingi 7-10 kun esa siydikning kislotali reaksiyasini keltirib chiqaradigan mahsulotlar ustunligi bilan o'tkazish foydalidir: sabzavotlar, mevalar, rezavorlar, shakar, sut alkalozga; kefir, tvorog, bo'tqalar, non, baliq, go'sht esa atsidozga yordam beradi. Asosiy gruppada kasallik qo'ziganidan keyin

bir yilga sport va fizkultura bilan shug'ullanishdan meditsina jihatidan ozod qilinadi. Ayni vaqtda bolaga maxsus gruppada fizkultura bilan o'rtacha shug'ullanish zarur.

Piyelonefrit bilan kasallangan bolalarni emlash faqat remissiya davrida, qon va siydik tahlili me'yorida bo'lganda o'tkaziladi. Remissiyaga yoki oxirgi interkurrent kasallikka erishgandan so'ng kamida 1 oy o'tishi kerak. Emlashdan keyingi davrda (3 haftagacha) bola kuzatib boriladi, shu muddat tugaganidan keyin siydik analiz qilib ko'riladi. Bolada VUR va/yoki rivojlanish anomaliyalari mavjud bo'lsa, takroriy kasalxonaga yotqizish 6-18 oydan so'ng amalga oshiriladi, antimikrob preparatlardan foydalangan holda retsidivga qarshi terapiya oldingi xurujlar chastotasiga qarab 3 oy va undan ko'proq muddatga tayinlanadi. Fitoterapiya 2-3 oylik kurslar bilan 1 oylik interval bilan buyuriladi. Takroriy kasalxonaga yotqizish muddati va taxminiy tekshiruv hajmi urolog bilan birgalikda aniqlanadi.

SPEN ni sanatoriylarda davolash mahalliy sanatoriylarda, kasallik zo'rayganidan keyin bir yil o'tgach esa mineral suvli kurortlarda: Jeleznovodsk, Pyatigorsk, Ijevsk va boshqalarda amalga oshiriladi.

Oqibati

Bu avvalo kasallikning qanday xarakterda (birlamchi yoki ikkilamchi) ekanligiga, davolashning intensivligiga, yo'ldosh kasalliklarning bor-yo'qligiga bog'liq. Agar ikkilamchi PENda urostaz sababini bartaraf etishning iloji bo'lmasa, davolash kasallikning kuchayishini oldini olishga qaratilgan bo'lishi kerak. Shu bilan birga, birlamchi OPENda, ayniqsa erta yoshdagi bolalarda, to'liq sog'ayish mumkin. Erta yoshdagi bolalar orasida erkaklar va qizlar bir xil darajada uchrashi, kattalar orasida esa ayollar erkaklarga qaraganda 5-7 baravar ko'p ekanligi shundan dalolat beradi. Birlamchi O'PEN (to'g'ri terapiya va zo'rayishlarning oqilona profilaktikasi bilan) 40-60%, birlamchi SPEN - 25-30% hollarda davolanadi. Biroq, bemorni 5-yil davomida kuzatish, siydik tahlillarini o'rganish, bakteriuriya va buyrak funksiyasini aniqlash sharti bilan barcha hollarda to'liq sog'ayish prognozini ehtiyotkorlik bilan belgilash kerak.

BOLALARDA GLOMERULONEFRIT KASALLIGI

O'tkir streptokokkli glomerulonefrit (O'SGN) - buyrakning siklik immunokompleks kasalligi bo'lib, tipik kechishida o'tkir nefritik sindrom (shish, gematuriya, oliguriya bilan yoki oliguriyasiz arterial gipertenziya) bilan tavsiflanadi. Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, shish 81,1% bemorlarda, makrogematuriya - 91,0%, arterial gipertenziya - 54,5%, oliguriya - 7,1% hollarda kuzatiladi. Yiliga 10 ta boladan 4-12 bola kasallanadi. O'g'il bolalar qizlarga qaraganda 2 baravar ko'proq kasallanadi (ko'pincha maktabgacha va kichik maktab yoshida). 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda O'GN juda kam rivojlanadi.

Etiologiyasi. Odatda kasallik boshlanishidan 1-3 hafta oldin faringit, tonzillit, skarlatina, teri zararlanishlari - impetigo-piodermiya ko'rinishidagi streptokokk infeksiyasi kuzatiladi. Shu bilan birga, O'GN streptokokkli yuqumli kasalliklardan keyin rivojlanishi aniqlandi. XIX asrda skarlatina va bu infeksiyadan tuzalish davrida rivojlangan nefrit o'rtasidagi bog'liqlik aniqlangan, XX asrda esa o'tkir glomerulonefritning tabiatida gemolitik streptokokkning roli aniqlangan. O'GN M 47, 49, 55, 2, 60 va 57 antigenlarga ega bo'lgan A guruhidagi betta-gemolitik streptokokkning "nefritogen" shtammlari, teri shikastlanishida esa - 1, 2, 3, 4, 25, 49 va 12 antigenlarga ega bo'lgan kasalliklardan keyin rivojlanadi.

Agar bolalar jamoasida streptokokk A infeksiyasining avj olishi nefritogen shtammlar tufayli yuzaga kelgan bo'lsa, unda infitsirlangan bolalarning 3-15% nefrit bilan kasallanadi, deb hisoblanadi, ammo bolaning atrofidagilar orasida (O'GN bilan kasallangan) bolalar va kattalarning taxminan 50% siydikda o'zgarishlar aniqlanadi, ya'ni ular, ehtimol, torpid (kam simptomli, simptomsiz) nefritni boshdan kechiradilar. Skarlatina bilan kasallanib tuzalgan bolalar orasida statsionarda davolanganda 1% va uyda davolangan bolalarning 3-5% da O'GN rivojlanadi. Surunkali tonzillit yoki teri nefritogen streptokokki A tashuvchisi bo'lgan bolada sovqotish, respirator virusli infeksiya infeksiyaning faollashishiga olib kelishi va O'GN paydo bo'lishiga sabab bo'lishi mumkin deb taxmin qilinadi.

Patogenezi. Hozirgi vaqtda O'GKda yetakchi immunopatologik mexanizm sifatida qonda yoki buyrakda immun komplekslarning hosil bo'lishi hisoblanadi, bu yerda antigen odatda nefritogen streptokokk A ning endostreptolizini hisoblanadi. Kasallikning dastlabki bosqichlarida qon zardobida immun komplekslarning yuqori darajasini va QT komplementining past darajasini aniqlash mumkin (me'yoriy C1, C2, C4 darajalarida). Qonda streptolizin-O (O-antistreptolizinlar), nikotinamidadeninnukleotidaza (aHTH-NADa3a) yoki dezoksiribonukleaza B (anti-DNasa B) streptokokklariga qarshi antitelolar titrining ko'tarilishi ham tipik hodisadir. Yuqorida aytib o'tilgan immun komplekslarning zich to'plamlari koptokchalar kapillyarlari endoteliysi ostidan topiladi (biopsiya vaqtida va material elektron mikroskop ostida ko'rilganda). Immun komplekslar ta'sirida faol holga o'tgan komplement xemotaksik faollikka ega bo'lib, neytrofillarni zararlangan joyga jalb etadi. Polinukleolyarlar lizosomalaridan ajralib chiqqan fermentlar koptokcha bazal membranasining endotelial qoplamini zararlaydi, bu esa uning yorilishiga, Boumen bo'shlig'ida plazma oqsillari, eritrotsitlar, membrana bo'laklari paydo bo'lishiga olib keladi. Faollashgan komplement Xageman omillarining faollashuviga, trombotsitlar agregatsiyasiga ham yordam beradi. Nihoyat, koptokchalar kapillyarlarida qon ivib, fibrin to'planib boradi. Polinukleolyarlar fibrinolitik faollikka ega bo'lib, fibrinni parchalaydi, lekin shunga qaramay, O'GSS ning og'ir kechishida qonuniy ravishda buyrak tomirlarida fibrin depozitlari topiladi. O'GN bilan og'rigan bemorlarda buyraklarning punksion biopsiyasida koptokchalarning 80-100% shikastlanishi aniqlanadi: o'lchamlarining kattalashishi, mezangial hujayralarning proliferasiyasi tufayli ularning bo'shlig'ining torayishi, mezangial matriksning qalinlashishi, neytrofil leykositlarning ko'pligi va T-limfositlarning kamligi, koptokchalar kapillyarlari bo'shlig'ining torayishi. Koptokchalar kapillyarlarining bazal membranalari bo'ylab va mezangiyda C3 komplement va immunoglobulin G dan tashkil topgan granulyar kesakli depozitlar topiladi. Bemorlarning uchdan bir qismida tubulointerstitsial komponent topiladi. Yuqorida aytib o'tilgan depozitlar dastlabki 4-6 hafta ichida aniqlanadi, keyinchalik ularning aniqlanish

chastotasi pasayadi va kasallikning silliq kechishida 1-2,5 oydan keyin ular endi topilmaydi, garchi mezangial hujayralar sonining va mezangial matriks qalinligining biroz ko'payishi bir necha yillar davomida saqlanib qolishi mumkin.

Klinik manzarasi. Tipik hollarda O'SGN burun-halqum streptokokk kasalliklaridan 1-2 hafta o'tgach va teri zararlanishidan 3-6 hafta o'tgach rivojlanadi va ikki guruh - ekstrarenal va renal simptomlardan iborat bo'ladi.

Odatda, klinikada ekstrarenal belgilar ustunlik qiladi: holsizlik, ishtahaning pasayishi, lanjlik, ko'ngil aynishi; bola rangi oqaradi, unda o'rtacha shish sindromi paydo bo'ladi (to'qimalarning shishishi, ertalab asosan yuzda, kechqurun boldirda va to'piq atrofida kichik shishlar). O'GN boshlanishida kuchli ifodalangan shishlar kamdan-kam uchraydi. Ba'zan tana haroratining subfebril darajagacha ko'tarilishi, jigarning biroz kattalashishi kuzatiladi. Aksariyat bemorlar uchun gipertenziv sindrom xos: bosh og'rig'i, yurak-qon tomir tizimidagi o'zgarishlar, taxikardiya, yurak cho'qqisida sistolik shovqin, ko'ngil aynishi, ba'zan qusish, tekshiruv paytida esa qon bosimining ko'tarilishi, ko'z tubi tomirlarining o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi. Shu bilan birga, kasallikning boshida bemorlarning bir qismida bradikardiya, yurak tonlarining bo'g'iqligi qayd etiladi. Gipertenziya darajasi odatda kichik va ko'pincha beqaror bo'ladi. Yuzning oqarishi uning shishishi, bo'yin venalarining bo'rtishi bilan birgalikda ba'zi bemorlarda yuzning o'ziga xos ko'rinishini - facies nephritica ni keltirib chiqaradi. O'GN boshlanishida buyrak simptomlari quyidagilar: oliguriya, siydik rangining o'zgarishi (qizarishi) yoki faqat siydik tahlilida gematuriya, bel sohasida og'riq (buyrak kapsulasining cho'zilishi tufayli) yoki qorinda differensiatsiyalanmagan og'riqlar, azotemiya. Bemorda hamma vaqt ham aytib o'tilgan simptomokomplekslar bo'lavermaydi, buning ustiga so'nggi vaqtlarda kasallikning keng tarqalgan manzarasi ilgarigiga qaraganda kamroq uchraydi. Maktabgacha va kichik maktab yoshidagi bolalarda yuqori sinf o'quvchilariga nisbatan gipertenziya kamroq, azotemiya esa ko'proq uchraydi. Oxirgi guruh bolalarda gipertenziya uzoqroq saqlanadi. Ba'zan siydikdagi o'zgarishlar shish va gipertenziya

sindromiga qaraganda kechroq paydo bo'ladi. Kattalardan farqli o'laroq, bolalarda O'GN bilan eklampsiya, o'tkir yurak yetishmovchiligi, O'BYE kamroq uchraydi.

Patogenezi. O'GN bilan og'rigan bemorlarda yetakchi simptomlar va sindromlarning patogenezi quyidagicha. Siydik sindromi (oliguriya, proteinuriya, gematuriya, silindruriya). Oliguriya (diurezning kamayishi < 0,5 ml/kg/soat yoki kuniga 300 ml/m2 dan kam) glomerulonefritda faoliyat ko'rsatayotgan nefronlar massasining kamayishi natijasida yuzaga keladi. Bundan tashqari, tomir ichi tromblari, tomir endoteliysi va podositlarining shishi, endoteliy va mezangiumning yaqqol proliferasiyasi ishlab turgan koptokchalarda ham filtrasiyaning pasayishiga olib keladi. Buning oqibati qon o'zanida suyuqlik ushlanib qolishi (gipervolemiya) va keyinchalik giperaldosteronizm, natriyuriyaning kamayishidir. Oliguriya patogenezida suvning distal teskari reabsorbsiyasining oshishi, ya'ni ADG sekresiyasining oshishi tufayli "antidiurez" rivojlanishi ham ma'lum rol o'ynaydi. Siydikning nisbiy zichligi yuqori (1,030 dan yuqori). Oliguriya - og'ir glomerulonefritning alomatlaridan biri bo'lib, keng yallig'lanish va proliferasiya, koptokchaning Boumen bo'shlig'iga yorilishi, yarim oy shakllanishi bilan namoyon bo'ladi. Proteinuriya - O'GNning doimiy belgisi. Ko'pgina bemorlarda siydikdagi oqsil darajasi 1 g/l dan oshmaydi, ya'ni siydik bilan kunlik oqsil ajralishi 1 g dan kam. Yaqqol proteinuriya uzoq davom etmaydi - bir necha kundan 2 haftagachabo`lishi mumkin. Proteinuriyaning sababi glomerulyar filtr o'tkazuvchanligining oshishi, glomerulyar gemodinamik buzilishlar, oqsil reabsorbsiyasining pasayishi. Taxminan 5-10% bemorlarda nefrotik sindromga xos proteinuriya (kuniga 40 mg/m2 dan ortiq) mavjud. Odatda proteinuriya 6 oydan keyin yo'qoladi. Bu kasallik 15% bemorlarda 3-yilgacha, 2% bemorlarda 10-yilgacha kuzatiladi, lekin bu guruhni surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlar toifasiga o'tkazish tavsiya etiladi. Kasallikning o'tkir bosqichida nefrotik diapazondagi proteinuriya yoki uzoq muddatli ifodalangan proteinuriya bilan og'rigan bemorning prognozi yomonroq bo'lib, bu jarayonning rivojlanishi bilan izohlanadi. O'GN da gematuriya 100% hollarda uchraydi. Buyrakdagi yallig'lanish

jarayonida koptokchalar kapillyarlari devorining o'tkazuvchanligi oshadi, ularning butunligi buziladi. Shu munosabat bilan eritrotsitlar per diapedesum yoki tomir yorilishi hisobiga (kamroq hollarda) koptokchalarni o'rab turgan kapsulalarga kiradi, so'ngra kanalchalar bo'ylab o'tib, oxirgi siydikka tushadi. Intensivligiga ko'ra gematuriya turlicha bo'lishi mumkin. 70-80% hollarda makrogematuriya (achchiq choy, kofe, kola rangidagi siydik), ba'zan mikrogematuriya bo'lishi mumkin (eritrotsitlar faqat siydik cho'kmasini mikroskopiya qilganda ko'rinadi). Ko'pchilik bolalarda makrogematuriya kasallikning 5-7-kunlarida o'tib ketadi, lekin ba'zi bemorlarda 3 haftagacha davom etishi mumkin. Mikrogematuriya odatda 3-6 oy davomida kuzatiladi, ammo ba'zi bemorlarda kasallikning boshqa ko'rinishlari bo'lmaganda 18 oygacha kuzatiladi. O'GN da leykotsituriya, steril siydik ekmalariga qaramasdan, taxminan 50% bemorlarda aniqlanadi. Odatda, leykosituriya uzoq davom etmaydi - 1-2 hafta. Bu interstisiyning shikastlanishi bilan bog'liq. Leykosituriya turi mononuklear, kamroq aralash bo`ladi.

Silindruriya paydo bo'lishining sababi shuki, siydikning kislotali reaksiyasi mahalida yallig'lanish ekssudatining oqsili buyrak kanalchalarida ivib, ularning shaklini olishi mumkin, gialinli silindrlar ana shunday hosil bo'ladi. Ularda eritrotsitlar qoldiqlari, leykositlar yadrolari, ko'chib tushgan epiteliy qatlamlanishi mumkin, shunda gialinli silindrlardan tashqari donador (eritrositar, leykositar, epitelial) silindrlar paydo bo'ladi. Agar gialinli silindrlar sog'lom bolalar siydigida ham uchrashi mumkin bo'lsa, eritrositar silindrlarning bo'lishi nefrit belgisi, donador silindrlar esa buyrak zararlanishining og'irlik darajasi ko'rsatkichidir. Eritrositar silindrlar yangi chiqarilgan siydikning ertalabki porsiyasida yaxshiroq aniqlanadi, bu siydik chiqarilgandan so'ng darhol tekshiriladi.

Gipertenziya (maksimal va minimal bosimning bir tekis ko'tarilishi bilan) bolalarda O'GN bilan 60-70% hollarda uchraydi, u davomiyligi va ifodalanish darajasi bo'yicha farq qiladi. Diastolik arterial bosimning simob ustuni hisobida 75-85 mm gacha ko'tarilishi arterial gipertenziyaning birdan bir ko'rinishi bo'lishi mumkin. Arterial bosimning me'yorlashuvi 2-14 kunlarda 35,5% bemorlarda kuzatiladi va

faqat 7,1% bemorlarda kasallikning 18-kunida yuqoriligicha qoladi, bu koptokchalar filtrasiyasi tezligining tiklanishi, shishlarning qaytishi va aylanayotgan qon hajmining me'yorlashuviga to'g'ri keladi. Gipertenziya nefritning o'tkir davrida aylanib yurgan qon hajmi ko'payib ketishi munosabati bilan boshlanadi, chunki koptokchalar filtrasiyasi miqdori kamayib, suyuqlik qon o'zanida ushlanib qoladi. Gipertenziya organizmda natriyning ushlanib qolishiga ham bog'liq deb hisoblanadi. O'GNning dastlabki bosqichlarida renin-angiotenzin-aldosteron tizimining pasayishi kuzatiladi. Biroq, buyrak tomirlarida vaskulit boshlanib, koptokchalarga o'tadigan qon miqdori kamayib qolsa, u vaqtda sintezlanadigan renin miqdori ko'paya boshlaydi. U qon oqsili (angiotenzinogen) bilan o'zaro ta'sirlashadi, natijada angiotenzin I hosil bo'ladi, so'ngra plazma fermentlari ta'sirida qon bosimini oshirish xususiyatiga ega bo'lgan angiotenzin II paydo bo'ladi, u to'g'ridan-to'g'ri tomir silliq mushaklarining spazmini keltirib chiqaradi va buyrak usti bezlari tomonidan aldosteron sekresiyasini oshiradi. Gipertenziyaning kelib chiqishida nefritda kinin tizimining faollashuvi, shuningdek, buyraklar tomonidan depressor prostaglandinlarning (E2, I) past sintezi muhim ahamiyatga ega. Gipertenziya bilan og'rigan qarindoshlari bo'lgan bolalarda gipertenziya rivojlanish ehtimoli 3 baravar yuqori. Odatda, O'GN da gipertenziya ahamiyatsiz va qisqa muddatli bo'ladi, ya'ni renin-angiotezin-aldosteron tizimining faollashuvi bilan bog'liq emas. Og'ir va uzoq muddatli gipertenziyasi bo'lgan bolalarda ko'z tubi tekshirilganda bir qator o'zgarishlar qayd etiladi: kesishgan joyda venalarning torayishi, arteriyalar devorining qalinlashishi, arteriyalarning torayishi, ko'ruv nervi so'rg'ichining giperemiyasi va shishi, mayda qon quyilishlar. Ko'z to'r pardasidagi keng va turg'un o'zgarishlar O'GN uchun xos emas. Gipertenzion ensefalopatiya 5-10% bemorlarda kuzatiladi.

Shishlar. O'GN bilan og'rigan bemorlarda shishlarning patogenezida 4 omil muhim ahamiyatga ega:

1. Quyidagilar oqibatida gidrodinamik bosimning oshishi:
a) aylanayotgan qon hajmining oshishi;
b) arterial gipertenziya.

2. Qonning kolloid-osmotik bosimining pasayishi quyidagilar bilan bog'liq:

a) gipervolemiyada bir vaqtning o'zida gidremiya rivojlanishi bilan;

b) disproteinemiya bilan (qondagi albumin/globulin nisbatining globulinlar tomonga siljishi);

v) diselektrolitemiya bilan.

3. Kapillyarlar o'tkazuvchanligining oshishi, bu bemorlarda qonning gialuronidaza faolligining sezilarli darajada oshishi va "diffuz kapillyarit" bilan izohlanadi.

4. Suv reabsorbsiyasining ortishi va natriyning siydik bilan ekskretsiyasining kamayishi (o'tkir nefritning boshlanishida natriyning siydik bilan sutkalik ajralishi sog'lom bolalarda natriyning siydik bilan ekskretsiyasiga nisbatan 3-6 marta kam).

Ko'rinadigan shishlar tana vazni 10% ga keskin oshganda paydo bo'ladi. O'GNdagi shishlar ertalabga kelib kuchayadi. Demak, nefrit bilan og'rigan bemorlarni muntazam ravishda tarozida tortib turish kerak. O'GN bilan og'rigan bolalarda elektrolitlar almashinuvining klinik tashxislangan buzilishlariga odatda yetib borilmaydi. O'tkir buyrak yetishmovchiligining oliguriya bosqichida kaliyning hujayralardan chiqishi, siydik bilan kaliy, magniy, xloridlar ekskretsiyasining pasayishi kuzatiladi, shuning uchun bemorlarning qonida giperkaliyemiya, gipermagniyemiya, giperxloremik atsidoz qayd etiladi.

Asidoz giperkaliyemiya belgilarini keskin kuchaytiradi. Shu bilan birga, O'BE poliurik bosqichida bemorlarda gipokaliyemiya, gipomagniyemiyaga moyillik mavjud. Qonda azotli shlaklar (mochevina, kreatinin, siydik kislotasi) miqdorining oshishi va kreatinin bo'yicha tozalash uchun funksional buyrak sinamalari ko'rsatkichlarining pasayishi glomerulyar filtrasiyaning buzilishi natijasidir. Bo'shashish, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, pay reflekslarining oshishi, uyqusizlikni intoksikasiya, shish, miya tomirlarining spazmi bilan tushuntirish mumkin. Intoksikasiya asidoz boshlanishi va qonda moddalar almashinuvining zaharli mahsulotlari - indol, skatol va boshqalar to'planib borishi munosabati bilan boshlanadi. Shuni ham nazarda tutish kerakki, MNS hujayralari suv-tuz tarkibi, KOS o'zgarishlariga juda

sezgir, shuning uchun asab tizimi tomonidan simptomlar (ayniqsa oliguriya davrida) asidoz, organizmdagi suyuqlik hajmining sezilarli buzilishi natijasida paydo bo'lishi mumkin. Xususan, hujayralarning tez yuzaga keladigan gipergidratasiyasida bezovtalik va tutqanoqlar paydo bo'lishi mumkin. Yurak-qon tomir tizimining buzilishi (kattalarda bu 100% hollarda uchraydi, bolalarda faqat 20-40% hollarda klinik tashxis qo'yiladi). Bunda yurak o'lchamlari kattalashib, sistolik shovqin, yurak tonlarining bo'g'iqlashuvi, bradikardiya paydo bo'lishi mumkin.

Yurak-qon tomir tizimidagi o'zgarishlar natriy va suvni ushlab qolish, asidoz, gipertenziya, ba'zi bemorlarda esa yurak mushaklarining bevosita shikastlanishi, giperkaliyemiya bilan bog'liq. Kasallikning dastlabki kunlaridayoq aniqlanadigan bradikardiya arterial bosim ko'tarilganida karotid sinus baroretseptorlarining ta'sirlanishi bilan izohlanadi. O'tkir davrda jigar kattalashgan va og'riqli bo'lishi mumkin, bu uning venoz to'laqonligi va shishi bilan bog'liq. Anemiya va gipoalbuminemiya ko'proq gipervolemiya natijasidir. Oliguriyasiz bemorlarda eritrositlar, gemoglobin, gematokrit ko'rsatkichlari odatda o'zgarmagan.

Kechishi. O'GNning kechishi turlicha bo'lishi mumkin. Ba'zan u shiddat bilan boshlanadi, lekin oliguriya davri 3-7 kun davom etadi, keyin siydik miqdori ko'payadi, qon bosimi pasayadi, shishlar asta-sekin kamayadi. O'GNning bunday tipik shaklining o'tkir davri atigi 2-3 hafta davom etadi va keyinchalik teskari rivojlanish davri ham shuncha davom etadi. C3-komplementning past titri 2-6 haftadan so'ng me'yorga qaytadi. Hozirgi vaqtda ko'pincha kasallikning kam simptomli kechishi qayd etiladi, bunda chegaralangan yoki shishli, gipertenzion siydik sindromi bilan birga kuzatilishi mumkin. Bolalarning umumiy ahvoli buzilmagan, siydikdagi o'zgarishlar esa angina, skarlatinadan keyin rejali tekshirishda aniqlanadi. Bunday hollarda o'tkir glomerulonefrit tashxisi interstisial nefrit, buyraklarning irsiy patologiyasi istisno qilingandan keyingina, ya'ni bemorni dinamikada kuzatib borilgandagina qo'yiladi. Bunday sust kechish surunkali nefritning birinchi ko'rinishi bo'lishi ham mumkin.

Nefritning asoratlari: Nefritning asoratlari quyidagilardan iborat: anuriya (o'tkir buyrak yetishmovchiligi), eklampsiya va yurak

yetishmovchiligi. Anuriya - bu diurezning me'yoriy miqdordan 10% dan kamroq bo'lishidir. Eklampsiyada (angiospastik, gipertonik ensefalopatiya) shishlari bor bolada asosan ensa qismida kuchli bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, ba'zida qusish paydo bo'ladi, ko'rish qobiliyati buziladi (ko'z oldini tuman qoplaydi), qon bosimi ko'tariladi. Yuz mushaklarining tonik qisqarishlari yuzaga keladi, keyin klonik talvasalar qo'shiladi. Ko'z qorachiqlari kengayadi, yorug'likka javob bermay qoladi, hushini yo'qotadi. Buyrak kasalliklarida kuzatiladigan teri rangparligini sianoz egallaydi.

Nafas mushaklarining talvasali qisqarishi natijasida nafas olish xirillab, uzuq-yuluq bo'lib qoladi. Eklampsiya xuruji 1 daqiqadan 10 daqiqagacha davom etishi va sutkasiga o'n martalab qaytalanib turishi mumkin. Bunday hollarda mochevina miqdori me'yorida bo'lishi mumkin. Bu asoratning patogenezi bosh miya tomirlarida spazmlar paydo bo'lishiga, miya shishib, kalla ichi bosimi ko'tarilishiga va hujayralar ichida gipergidratasiya, gipertenziya boshlanishiga bog'liq deb hisoblanadi. O'GN asoratlarining uchinchi turi - o'tkir yurak-qon tomir yetishmovchiligi - bolalarda juda kam uchraydi (5% dan kam).

Tashxisoti. Buyrak shikastlanishi bo'lgan bemorda quyidagi tekshiruvlar majmuasini o'tkazish zarur:

1) siydik tahlili;

2) Zimnitskiy sinamasi;

3) oliguriya va poliuriya davrida diurez va ichilgan suyuqlik miqdorini har kuni aniqlash;

4) siydikni ekish;

5) arterial bosimni har kuni o'lchash;

6) qonning klinik tahlili va gematokrit ko'rsatkichi;

7) kreatinin, mochevina, xloridlar, kaliy, natriy, kalsiy, fosfor, xolesterin, umumiy oqsil va oqsil fraksiyalari miqdorini aniqlash, koagulogrammalar (venoz qon ivish vaqti, rekalsifikasiya vaqti, trombotsitlar soni, fibrinogen, protrombin miqdori, fibrinolitik faollik, shuningdek, fibrin va fibrinogen degradasiyasi mahsulotlari, fibrin monomerlari, trombin va parsial tromboplastin vaqtini o'rganish maqsadga muvofiq);

8) qon zardobida komplement va antistreptokokk antitelolar titrini aniqlash;

9) ko'z tubini ko'zdan kechirish;

10) EKG;

11 Kreatinin klirensi bo'yicha koptokchalar filtrasiyasini aniqlash (Reberg sinamasi);

12) buyraklarni ultratovush bilan tekshirish.

Buyrak biopsiyasini o'tkazish va glomerulopatiyaning boshqa turlari bilan qiyosiy tashxis qo'yish uchun ko'rsatmalar: o'tkir glomerulonefritning atipik yoki og'ir kechishi. Tuzalish davrida biopsiyani quyidagi holatlarda o'tkazish tavsiya etiladi: kasallikning 4-haftasida koptokchalar filtrasiyasi ko'rsatkichi me'yorlashmaganda, 18 oydan keyin mikrogematuriya va kasallikning o'tkir namoyon bo'lishidan so'ng 6 oydan ortiq proteinuriya davom etganda. Albatta, biopsiya uchun ko'rsatmalar uni o'tkazadigan nefrolog bilan maslahatlashgandan so'ng belgilanadi.

Differensial diagnoz

O'tkir streptokokksiz infeksion glomerulonefritlar deyarli har doim ikkilamchi, ya'ni tizimli infeksiyaning namoyon bo'lishidir. Bu guruhning tipik vakillari B va C gepatitlarda, o'tkirosti bakterial endokarditda, "shuntli" (ventrikuloarterial, ventrikuloperitoneal, gidrotsefaliyada kateterlar, arteriovenoz shuntlar, tomirlar o'rnini bosuvchilar va boshqalar), shuningdek organizmdagi surunkali yiringli o'choqlarda (osteomiyelit, sinusit va boshqalar) GN bo'lishi mumkin. O'tkir embolik nefritdan tashqari (Leleyn o'choqli nefrit - endokapillyar GN - koptokcha kapillyarlari ichidagi yiringli yallig'lanish), membranoz-proliferativ GN va hatto "yarimoysimon" ekstrakapillyar GN ham bo'lishi mumkin. Kasallik qo'zg'atuvchilari odatda har xil stafilokokklar va boshqa yiring hosil qiluvchi mikroblar, pnevmokokklar, iyersiniyalar, listeriyalardir.

Klinik manzarada, bir tomondan, infeksion toksikozning yetarlicha yorqin belgilari (har xil turdagi isitma, intoksikatsiya belgilari - charchoq, ishtahaning yo'qligi va boshqalar, gepatosplenomegaliya, limfadenitlar, "qonning infeksion manzarasi" - anemiya, formulaning chapga siljishi,

toksik donadorlik va boshqalar) bo'lishi mumkin, boshqa tomondan - O'GN uchun tipik bo'lgan ekstrarenal va renal simptomlar bilan o'tkir nefrit belgilari, ammo, qoida tariqasida, nefrotik sindromga xos bo'lgan kattalikdagi proteinuriya uzoq vaqt saqlanib qoladi. Anamnez va klinik manzarani sinchiklab tahlil qilish, siydik va qonni muntazam bakteriologik tekshirishlar to'g'ri tashxis qo'yish imkonini beradi. O`SGN bilan og'rigan bemorlarni davolashda uzoq muddatli (bir necha hafta yoki oy) antibakterial terapiya muhim o'rin tutadi. O'GK nefritik sindrom, izolyasiyalangan gematuriya va/yoki proteinuriya bilan kechadigan turli tabiatli buyrak kasalliklari bilan farqlanadi. IgA-nefropatiya (Berje kasalligi) - 10% bemorlarda nefritik sindrom bilan kechishi mumkin. Tipik ko'rinishi makrogematuriyadir, lekin infeksion kasallik bilan nefrit boshlanishi o'rtasida atigi 1-2 kun o'tadi yoki bu davr 1-3 hafta davom etadigan O'GN dan farq qilib, respirator infeksiya (ko'pincha faringit) fonida avj olib boradi. Membranoz-proliferativ glomerulonefrit - surunkali kasallik bo'lib, bemorlarning 20 foizida gipokomplementemiya bilan o'tadigan o'tkir nefritik sindrom bilan namoyon bo'lishi mumkin.

Membranoz-proliferativ glomerulonefrit diagnozi buyrak biopsiyasi ma'lumotlariga qarab qo'yiladi. Lyupus nefrit - ko'pincha simptomsiz kechadi. Shu sababli ikkilamchi lyupus nefrit bilan og'rigan bemorlarda gematuriya, proteinuriya va silindruriya bor-yo'qligini aniqlash uchun siydik tahlillarini nazorat qilish tavsiya etiladi. Tizimli vaskulitda buyraklarning shikastlanishi qon tomirlarining shikastlanishi tufayli kelib chiqadigan ikkilamchi glomerulonefritdir. Vaskulitning klinik ko'rinishlari ko'p a'zoli shikastlanish va simptomlarning xilma-xilligi bilan tavsiflanadi: isitma, holsizlik, mialgiya, artralgiya, terida toshmalar. Glomerulyar bo'lmagan kasalliklar keng qamrovli kasalliklar bo'lib, ulardan trombotik trombotsitopenik purpura, gemolitik-uremik sindrom (GUS), o'tkir interstisial nefritni ajratib ko'rsatish tavsiya etiladi. Xavfsiz gematuriyalar. AQShda izolyasiyalangan gematuriya bilan og'rigan bolalarning taxminan / da giperkalsiuriya aniqlanadi.

Giperkalsiuriyaning sababi ratsionda kalsiy miqdorining yuqoriligi (sun'iy ichimliklar tufayli) va issiq iqlim sharoitida suvsizlanishdir. Ba'zi

oilalarda xavfsiz gematuriya bilan bir nechta shaxs kasallanishi ta'kidlanadi. Bunda oilada surunkali buyrak kasalliklari va karlik bilan og'rigan shaxslar (Alport irsiy nefriti shubhasi) bor-yo'qligini aniqlash muhimdir. Izolyatsiyalangan siydik sindromi bilan kechuvchi buyrak kasalliklari - O'tkir streptokokkli glomerulonefritning simptomsiz holatlari nefrit klinikasi bilan kechuvchi shakllariga nisbatan ko'proq uchraydi (mos ravishda 4-10:1). Shu sababli siydik analizlarida arzimas proteinuriya va mikrogematuriya topilishi o'tkir glomerulonefrit tashxisini inkor etmaydi. O'GN Freyli sindromi bilan ham farqlanadi. O'tkir glomerulonefritning bu shakllarini qiyosiy tashxislash odatdan tashqari qiyin va uzoq vaqt davomida bolani diqqat bilan kuzatishga asoslanadi, bu esa gematuriyaning "taqdirini" kuzatish va tashxisni aniqlash imkonini beradi. O'GN bilan og'rigan bemor kasallik boshlanganidan 18 oy o'tgach, siydik tahlillarini normallashtirishi kerak.

Davolash. O'tkir glomerulonefrit (O'GN) bilan og'rigan bemorlarni davolash shifoxonada olib boriladi va juda ehtiyotkorlik bilan amalga oshirilishi lozim.

Kun tartibi. Kasallikning dastlabki kunlarida, ayniqsa buyrakdan tashqari belgilar yaqqol namoyon bo'lganda, bemorga yotoq rejimi va jismoniy faollikni cheklash tavsiya etiladi. Rejimni belgilashda bolaning shaxsiy imkoniyatlarini hisobga olish maqsadga muvofiq. Yotoq rejimida bemorning butun tanasi bir xil haroratda saqlanishi kerak. Bu qon aylanishini yaxshilaydi, tomirlar torayishini bartaraf etadi: buyraklarga ko'proq qon keladi, natijada koptokchalarning filtratsiya faoliyati yaxshilanadi va siydik ajralishi ko'payadi. Rejim asta-sekin kengaytirilganda, bemorning doimo jun paypoq kiyib yurishiga e'tibor qaratish lozim, chunki oyoqlarning sovqotishi tonzillofaringeal infeksiyaning kuchayishiga olib keluvchi omillardan biridir. Uzoq muddatli yotoq rejimi tavsiya etilmaydi. Yurak-qon tomir kasalliklari mavjud bo'lganda, bemorning kresloda oyoqlarini tushirib yotishi foydalidir - bu pastki kovak vena tizimida qon to'planishi tufayli yurakka tushadigan yukni kamaytiradi. Parhez. O'GN bilan og'rigan bemorlar parhezida eng muhim narsa tuz va suvni cheklashdir. Tuz qat'iy cheklanadi. Kasallik avj olgan paytda oliguriya va gipertenziya bo'lsa,

ovqat tuz qo'shmasdan tayyorlanadi. Faqat 4-5-haftalarda, ya'ni oliguriya yo'qolib, arterial bosim normallashganda va shishlar yo'qolganda, bemorning qo'liga ovqatni tuzlash uchun kuniga 0,5 g, 8-haftaga kelib esa kuniga 1,5 g gacha osh tuzi beriladi. Keyinchalik tuz miqdori asta-sekin ko'paytiriladi, ammo 1-2 yil davomida tuzlangan, marinadlangan, dudlangan mahsulotlar parhezdan chiqarib tashlanadi. Kasallik avj olgan paytda kunlik suyuqlik miqdori avvalgi kundagi diurezga teng bo'lishi lozim. Agar bu haqda ma'lumot bo'lmasa, taxminan 15 ml/kg (400 ml/m2) atrofida bo'lishi kerak - bu kunlik sezilarsiz suv yo'qotishga teng. Yaqin vaqtlargacha O'GN bilan og'rigan bemorlar parhez ratsionida oqsil miqdorini sezilarli darajada cheklashga katta e'tibor qaratilgan edi. Ammo bu faqat azotemiyasi bor bemorlar uchungina zarur ekanligi aniqlandi. Oqsil yuklamasi buyraklarning azot chiqarish qobiliyatiga qarab belgilanadi. Ta'kidlash joizki, parhez kaloriyasi yetarli bo'lmasa, uni bo'tqalar, non, makaron mahsulotlari va muzqaymoq kabi uglevodlar bilan to'ldirish kerak. Bolaning "och qolishi"dan xavotirlanishning hojati yo'q, chunki ishtaha pasayishi kamdan-kam hollarda 7-14 kundan ortiq davom etadi. Hozirgi kunda M. I. Pevzner tavsiya etgan maxsus parhezlar kundalik amaliyotda qo'llanilmaydi. Kasallikning o'tkir davrida tuz cheklab qo'yilgan parhezdan foydalaniladi. Giperkaliyemiyada parhez tavsiyalari kaliyga boy mahsulotlar - sabzavotlar, mevalar, meva sharbatlari va boshqalarni istisno qilish bilan cheklanadi. O'GN bilan og'rigan bemorlarda poliuriya odatda o'z ifodasi bo'yicha ahamiyatsiz bo'ladi va bu davrda parhez, agar bola tomonidan uning ehtiyojlariga qarab belgilansa, maxsus tuzatishni talab qilmaydi. Qabziyatda parhez tadbirlari o'tkaziladi. Zarur bo'lsa, 48 soatdan ortiq axlat kelmasa, tozalovchi huqna qilinadi. Antibiotikoterapiya o'tkir yoki surunkali streptokokk infeksiyasi qo'ziganda o'tkaziladi. Antibakterial terapiya, agar streptokokk infeksiyasi rivojlanishining dastlabki 36 soatida buyurilgan bo'lsa, O'GN rivojlanishining oldini oladi. Antibiotik (penisillin, eritromisin yoki azitromisin) 8-10 kunga buyuriladi. Infeksiyaning surunkali o'choqlarida yoki ularning qo'zishida antibiotiklarni (bisillin) siklik tayinlash mumkin. Penitsillin dozasi 100-150 ming. XB/kg/sut per os 4 marotaba qabul qilish tavsiya etiladi.

Penisillinga reaksiyasi aniqlangan bemorlarga makrolidlar buyuriladi. Koptokchalar filtrasiyasining yaqqol pasayishida antibiotik dozasiga tuzatish kiritish zarur. Antibakterial terapiyani infeksiya va boshqa kasalliklarni (streptodermiya, qo'tirli streptodermiya) mahalliy davolash choralari bilan to'ldirish tavsiya etiladi. Buyrakka zarar yetkazuvchi antibiotiklar (aminoglikozidlar, metisillin, tetrasiklin, sefazolin va boshqalar) qo'llanilmasligi lozim. Surunkali infeksiya o'choqlarini (tish kariyesi, surunkali tonzillit, adenoidit va boshqalar) davolash majburiy tartibda, ammo konservativ usulda (fitoterapiya, yuvish, drenajlash va boshqalar) amalga oshiriladi. Konservativ davolashga bo'ysunmaydigan dekompensasiyalangan surunkali tonzillit mavjud bo'lganda, bodomcha bezlarni olib tashlash kasallik boshlanganidan kamida 6-12 oy o'tgachgina amalga oshiriladi. Tonzillektomiyadan so'ng antibiotiklar kursi belgilanadi. Diyetoterapiya, rejim va antibiotikoterapiya O'SGN bilan og'rigan barcha bemorlarga tayinlanadigan davolashni deyarli to'liq qamrab oladi. O'SGNda dori-darmonlar bilan davolashning kutish taktikasi bu kasallik uchun hali maxsus davolash usuli ishlab chiqilmaganligi bilan izohlanadi. Yuqorida tavsiflangan davolash fonida kasallik, odatda, o'z-o'zidan o'tib ketadi. O'SGN odatiy kechayotgan bemorlarga glyukokortikoidlar, sitostatiklar, antiagregantlar va antikoagulyantlar buyurilmaydi, chunki ularning kasallik kechishiga ta'siri isbotlanmagan, ba'zi hollarda esa ular xavfli bo'lishi mumkin (glyukokortikosteroidlar ta'sirida giperkoagulyasiya, sitostatik preparatlarning nefrotoksikligi kabi). Kasallik odatiy kechayotgan ko'pchilik bemorlarda diurez bir hafta ichida me'yoriga qaytadi. Uzoq muddatli oliguriya yoki anuriya, doimiy va massiv proteinuriya noxush kechish belgilariga kiradi, bu esa kasallik prognozini baholash va tabiatini aniqlash uchun buyrak biopsiyasini o'tkazishni talab qiladi. Tez rivojlanuvchi buyrak yetishmovchiligi bilan og'rigan bemorlarda, buyrak biopsiyasi natijalariga ko'ra, koptokchalarning 30% dan ortig'i yarim oy shaklida bo'lsa, metilprednizolonning vena ichiga yuborish kursi tavsiya etiladi (500 mg/1,73 m2, ammo 3-5 kun davomida 1000 mg dan oshmasligi kerak). Siydik haydovchi dorilar ortiqcha suyuqlikni chiqarib tashlash va arterial bosimni pasaytirish uchun faqat sezilarli shishlar,

gipertenzion sindrom bo‘lgan kasallarga buyuriladi. Odatda qovuzloqsimon diuretik - furosemid (Lasix) qo‘llaniladi, per os, muskullar orasiga yoki venaga dastlabki bir martalik dozasi 1-2 mg/kg hisobidan buyuriladi. Shishlar va oliguriyada furosemid diurezga qarab dozalanadi. Samara bo‘lmaganda (diurez 0,5 ml/kg/soat dan kam bo‘lganda) dozani har 6 soatda oshirib borish tavsiya etiladi. Bunda furosemidning maksimal dozasi 6 mg/kg dan oshmasligi kerak. 2 mg/kg dan ortiq dozani venaga 4 mg/min tezlikda bir oz hajm fiziologik eritma qo‘shib yuborish tavsiya etiladi. Diuretiklarga refrakter bo‘lgan gipervolemiya bilan og‘rigan bemorlarga o‘pka va/yoki miya shishi xavfi bo‘lsa, ultrafiltrasiya ko‘rsatma bo`ladi. Arterial gipertenziyada va 0,5-1-2 mg/kg dozada furosemidga gipotenziv javob bo‘lmasa diuretik dozasini yanada oshirish tavsiya etilmaydi, balki boshqa guruhdagi antigipertenziv vositani (kalsiy kanallari blokatori - Nifedipin va boshqalar; angiotenzinga aylantiruvchi ferment ingibitori - Kapoten va boshqalar) buyurish tavsiya etiladi. Nifedipin periferik qon tomirlarga vazodilatasion ta’sir ko‘rsatadi. Dozasi 0,05-0,5 mg/kg (bir martalik) til ostiga, ichishga yoki 0,2-0,5-1,0 mkg/kg/min vena ichiga tomchilab yuboriladi. Gipertonik kriz paytida maksimal dozada til ostiga yoki venaga yuboriladi, ta’siri bo‘lmasa, 30 daqiqadan keyin takror yuboriladi. Kaptopril (kapoten) angiotenzinni kuchli vazokonstriktor bo‘lgan angiotenzin II ga aylanishini oldini oladi. Bir martalik dozasi 0,05-0,4 mg/kg dan kuniga 2-3 marta. Enalapril kapoten bilan bir guruhga kiradi, kattalar uchun dozasi 10-40 mg/sut, 1-2 qabulda. Gipertonik krizda: har 6 soatda 1,25 mg vena ichiga; dozani har 6 soatda 5 mg gacha oshirish mumkin. Natriy nitroprussid gipertonik krizda buyuriladi, 0,3-6 mkg/kg/min dozada vena ichiga infuziya qilish tavsiya etiladi, preparatning ta’siri tez biotransformasiya tufayli vena ichiga quyishni to‘xtatish bilan tugaydi. Natriy nitroprussid qon bosimining sezilarli darajada pasayishiga olib kelishi mumkin, shuning uchun uni faqat o‘rtacha bosimi 70 mm simob ustunidan yuqori bo‘lgan bemorlarga qon bosimini kuzatishda qo‘llash tavsiya etiladi. Kritik holatlar qatoriga kiruvchi eklampsiyada taxikardiya, dispnoe, o‘pka shishi, ko‘z oldida "pashshalar" paydo bo‘lishi, ko‘rish qobiliyatining vaqtincha yo‘qolishi,

bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, o'choqli yoki generalizasiyalangan talvasalar kuzatiladi. Shoshilinch yordam quyidagicha ko'rsatiladi: tutqanoq xurujida mushak orasiga diazepam (sibazon, seduksen, valium) - 0,3-0,5 mg/kg. Vena ichiga degidratasiya maqsadida laziks (2 mg/kg) buyuriladi. Ilgari amaliyotda bosh miya va arterial bosimni pasaytirish uchun orqa miya punksiyasi, qon olish (maktabgacha yoshdagi bolalarda 50-100 ml, maktab yoshidagi bolalarda 100-150 ml) amalga oshirilgan. Arterial bosim 170-180/110-120 mm simob ustunidan yuqori bo'lganda antigipertenziv vosita vaziyatga qarab til ostiga yoki venaga yuboriladi. Terapiya jarayonida qon bosimining dastlabki darajadan '/3 dan ortiq pasayishiga yo'l qo'ymaslik tavsiya etiladi. Gipergidratasiyaning konservativ terapiyasi samarasiz bo'lsa, ultrafiltrasiya ko'rsatilgan. Eklampsiyani davolash reanimasiya bo'limida hayot faoliyatining asosiy ko'rsatkichlarini kuzatish bilan amalga oshirilishi kerak. Yurak yetishmovchiligida O'GNning o'tkir davrida yurak glikozidlari qo'llanilmaydi. Bunda qovuzloqli diuretik (furosemid) 1-3-5 mg/kg dozada kuniga 1-3 marta yoki vena ichiga 0,5-1-2 mg/kg dan kuniga 4 martagacha qo'llaniladi.

Dispanser kuzatuvi. Bolalar kasalxonadan so'ng mahalliy sanatoriyga yotqizilishi yoki uy rejimiga (1 oygacha) chiqarilishi kerak. Bola sanatoriyda va uy rejimida bo'lganidan keyin uni uchastka vrachi kuzatib boradi. O'GN bilan kasallangan bolalarni rejali nazorat qilishdan tashqari, poliklinikada ularda surunkali infeksiya o'choqlari sanasiyasi o'tkaziladi (agar bu statsionarda amalga oshirilmagan bo'lsa). Profilaktik emlashlardan tibbiy cheklash dispanser kuzatuvining butun muddatiga beriladi. Erta rekonvalessensiya davrida jismoniy mashqlar cheklangan bo'lishi kerak. Maxsus guruhda jismoniy tarbiya bilan shug'ullanishga 1-yildan keyin ruxsat beriladi. Yilning sovuq davrida mashg'ulotlar zalda o'tkazilishi kerak. Yuqori nafas yo'llarining yengil katari ko'pincha buyrak kasalligining jiddiy og'irlashishiga olib kelishi mumkin, shuning uchun o'tkir kasallik paydo bo'lgan birinchi kunlardanoq antibiotik terapiyasini o'tkazish va kasallikning o'tkir davri tugagandan so'ng 10 kundan keyin qon tahlili va 2-3 kun oralig'ida siydikni ikki marta tekshirish kerak. Uy rejimi - kamida 2 hafta. Agar O'GN o'tkazganidan

keyin 5-yil davomida bolada hech qanday patologik o'zgarishlar bo'lmasa va kasalxonada buyraklarni kompleks funksional tekshirishda ham me'yordan chetlanishlar aniqlanmasa, uni sog'aygan deb hisoblash va dispanser hisobidan chiqarish mumkin.

Oqibati. Tasdiqlangan O'GN ko'pincha ijobiy natija beradi. Kasallikning o'tkir davrini boshdan kechirgan bolalarning 90-95 foizi sog'ayib ketadi. Bemorlarning 1-2 foizida O'NG tez rivojlanuvchi GN ga aylanadi. Surunkali nefrit maktabgacha yoshda O'GN bilan og'rigan bolalarning 3-5 foizida, katta maktab yoshida kasallangan bolalarning esa 12-15 foizida rivojlanadi. O'GNning kuchayishi va qayta xurujlari odatiy emas, ammo yuz berishi mumkin.

Profilaktikasi. Streptokokk etiologiyali barcha kasalliklarni erta tashxislash va majburiy antibakterial davolash (penisillin, makrolidlar, yarim sintetik penitillinlar) O'GN profilaktikasining muhim bo'g'ini hisoblanadi. Antibiotiklar kursi 10 kundan kam bo'lmasligi kerak. Skarlatina, angina va streptokokk etiologiyali boshqa kasalliklarda kasallikning 2-haftasi o'rtalari va oxirida siydikni majburiy tahlil qilish O'GKni erta aniqlashga va shuning uchun silliq kechishiga yordam beradi. Og'ir o'tkir streptokokk infeksiyasi aniqlangan bemorning muloqotda bo'lgan bolalari va oila a'zolari penisillin yoki eritromisin bilan davolash kursini olishlari kerak. O'GN profilaktikasi streptokokk infeksiyasiga qarshi immunitetni oshirish va infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish tadbirlaridan iborat bo'lishi kerak. Ushbu yondashuvlarni ko'plab sabablarga ko'ra to'liq amalga oshirib bo'lmaydi. Streptokokk infeksiyasining oldini olish maqsadida antibakterial terapiyani (penitsillinlar, makrolidlar) kasallik tarqalishini cheklash uchun bemor bor oilalarda o'tkazish tavsiya etiladi.

Surunkali glomerulonefrit - buyrak koptokcha apparatining skleroz va buyrak yetishmovchiligiga olib keladigan progressiv diffuz immun yallig'lanish kasalligidir. Surunkali glomerulonefritning ko'rinishlari kasallikning rivojlangan shakliga bog'liq: gipertonik, nefrotik, gematurik, latent. Surunkali glomerulonefrit diagnostikasida siydikning klinik va biokimyoviy tekshiruvi, buyraklarning ultratovush tekshiruvi, buyrak to'qimalarining morfologik tekshiruvi (biopsiya),

ekskretor urografiya, renografiya qo'llaniladi. Surunkali glomerulonefritni davolash ovqatlanishni tartibga solish, kortikosteroid, immunosupressiv, antikoagulyant, diuretik, gipotenziv terapiyani o'z ichiga oladi. Surunkali glomerulonefrit deganda urologiyada etiologiyasi va patomorfologiyasi jihatidan har xil bo'lgan, yallig'lanish va destruktiv o'zgarishlar bilan birga davom etib boradigan hamda nefroskleroz va surunkali buyrak yetishmovchiligiga olib boradigan birlamchi glomerulopatiyalar tushuniladi. Barcha terapevtik patologiyalar orasida surunkali glomerulonefrit taxminan 1-2% ni tashkil qiladi, bu uning nisbatan yuqori tarqalishi haqida gapirishga imkon beradi. Surunkali glomerulonefrit har qanday yoshda aniqlanishi mumkin, ammo ko'pincha nefritning birinchi belgilari 20-40 yoshda rivojlanadi. Surunkali jarayonning belgilari glomerulonefritning uzoq vaqt (bir yildan ortiq) zo'rayib borishi va buyraklarning ikki tomonlama diffuz zararlanishidir.

Surunkali glomerulonefrit sabablari. Kasallikning surunkali tus olishi va zo'rayib borishi davolanmagan o'tkir glomerulonefritning oqibati bo'lishi mumkin. Shu bilan birga o'tkir xuruj boshlanmasdan turib, birlamchi surunkali glomerulonefrit paydo bo'lish hollari ham ko'p uchraydi. Surunkali glomerulonefritning sababini hamma hollarda ham aniqlab bo'lmaydi. Streptokokkning nefritogen shtammlari va organizmda surunkali infeksiya o'choqlari (faringit, tonzillit, gaymorit, xoletsistit, kariyes, parodontit, adneksit va boshqalar), persistirlovchi viruslar (gripp, gepatit V, gerpes, suvchechak, infeksion mononukleoz, qizilcha, sitomegalovirus infeksiyasi) mavjudligiga yetakchi ahamiyat beriladi. Bemorlarning bir qismida surunkali glomerulonefrit irsiy moyillik (hujayra immuniteti yoki komplement tizimidagi nuqsonlar) yoki tug'ma buyrak displaziyalari bilan bog'liq. Shuningdek, surunkali glomerulonefritning noinfeksion omillariga vaksinasiyaga allergik reaksiyalar, alkogol va dori-darmonlar intoksikasiyasi kiradi. Boshqa immun yallig'lanish kasalliklari - gemorragik vaskulit, revmatizm, sistemali qizil yugirig, septik endokardit va boshqalarda nefronlarning diffuz zararlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Surunkali glomerulonefritning paydo bo'lishiga organizmning sovqotib qolishi va umumiy qarshiligining susayib qolishi sabab bo'ladi. Surunkali

glomerulonefrit patogenezida immun o'zgarishlar yetakchi o'rinda turadi. Ekzogen va endogen omillar antigenlar, antitanalar, komplement va uning fraksiyalari (S3, S4) dan iborat spetsifik SIKlar hosil bo'lishiga olib keladi, ular koptokchalar bazal membranasiga cho'kadi va uning shikastlanishiga sabab bo'ladi. Surunkali glomerulonefritda koptokchalarning zararlanishi intrakapillyar xarakterda bo'lib, mikrotsirkulyatsiya jarayonlarini izdan chiqaradi, keyinchalik reaktiv yallig'lanish va distrofik o'zgarishlar boshlanadi. Surunkali glomerulonefrit buyraklar og'irligi va o'lchamlarining tobora kamayib borishi, buyrak to'qimasining zichlashib qolishi bilan birga davom etib boradi. Mikroskop bilan tekshirib ko'rilganida buyraklar yuzasida mayda donachalar borligi, kanalchalar va koptokchalarga qon quyilganligi, mag'iz va po'stloq qatlamlari aniq ko'rinmay qolganligi ma'lum bo'ladi.

Surunkali glomerulonefrit tasnifi

Etiopatogenetik jihatdan surunkali glomerulonefritning infeksion-immun va noinfeksion-immun xillari tafovut qilinadi.

Topilgan o'zgarishlarning patomorfologik manzarasiga qarab surunkali glomerulonefritning minimal, proliferativ, membranoz, proliferativ-membranoz, mezangial-proliferativ, sklerozlovchi xillari va fokal glomeruloskleroz tafovut qilinadi.

Surunkali glomerulonefritning kechishida remissiya va qo'zish davri tafovut qilinadi.

-Rivojlanish tezligiga ko'ra kasallik tez rivojlanuvchi (2-5-yil davomida) va sekin rivojlanuvchi (10-yildan ortiq) bo'lishi mumkin.

Yetakchi sindromga muvofiq surunkali glomerulonefritning bir necha xillari tafovut qilinadi.

- latent (siydik sindromi bilan),
- gipertenziv (gipertonik sindrom bilan),
- gematurik (makrogematuriya ustunligi bilan),
- nefrotik (nefrotik sindromli),
- aralash (nefrotik-gipertonik sindrom bilan). Bu shakllarning har biri buyrak azot ajratish funksiyasining kompensatsiya va dekompensatsiya davrlari bilan kechadi.

Surunkali glomerulonefrit belgilari

Surunkali glomerulonefritning simptomatikasi kasallikning klinik shakliga bog'liq. Surunkali glomerulonefritning yashirin shakli 45% bemorlarda uchraydi, izolyasiyalangan siydik sindromi bilan, shish va arterial gipertenziyasiz kechadi. O'rtacha gematuriya, proteinuriya, leyosituriya bilan ta'riflanadi. Kasallik asta-sekin zo'rayib boradi (10-20 yoshgacha), uremiya kech boshlanadi. Surunkali glomerulonefritning gematurik variantida (5%) turg'un gematuriya, makrogematuriya epizodlari, anemiya kuzatiladi. Bu shaklning kechishi nisbatan yaxshi, uremiya kam uchraydi.

Surunkali glomerulonefritning gipertenzion shakli 20% hollarda rivojlanadi va kuchsiz ifodalangan siydik sindromida arterial gipertoniya bilan kechadi. AQB 180-200/100-120 mm sim. ust. gacha ko'tariladi, ko'pincha sezilarli sutkalik o'zgarishlarga uchraydi. Ko'z tubidagi o'zgarishlar (neyroretinit), chap qorincha gipertrofiyasi, yurak astmasi chap qorincha yurak yetishmovchiligining namoyon bo'lishi sifatida kuzatiladi. Nefritning gipertenzion xili uzoq davom etadi va tobora zo'rayib borib, oxiri buyrak yetishmovchiligiga olib boradi.

Surunkali glomerulonefritning 25% hollarda uchraydigan nefrotik varianti massiv proteinuriya (3 g/sut dan yuqori), turg'un diffuz shishlar, gipo- va disproteinemiya, giperlipidemiya, seroz bo'shliqlar istisqosi (assit, gidroperikard, plevrit) va ular bilan bog'liq bo'lgan hansirash, taxikardiya, chanqash bilan kechadi. Nefrotik va gipertenziv sindromlar surunkali glomerulonefritning eng og'ir, aralash shaklining mohiyatini tashkil qiladi (kuzatuvlarning 7%). Gematuriya, sezilarli proteinuriya, shishlar, arterial gipertenziya bilan kechadi. Salbiy natija buyrak yetishmovchiligining tez rivojlanishi bilan belgilanadi.

Surunkali glomerulonefrit diagnostikasi

Klinik-laborator ma'lumotlar surunkali glomerulonefrit diagnostikasining yetakchi mezonlari bo'lib xizmat qiladi. Anamnez yig'ishda surunkali infeksiyalar, o'tkir glomerulonefrit, tizimli kasalliklar mavjudligi hisobga olinadi. Eritrositlar, leykositlar, silindrlar, oqsil paydo bo'lishi, siydik solishtirma og'irligining o'zgarishi siydik umumiy analizining tipik o'zgarishlari bo'lib xizmat qiladi. Buyrak faoliyatini

baholash uchun Zimnitskiy va Reberg sinamalari o'tkaziladi. Surunkali glomerulonefritda qonda gipoproteinemiya va disproteinemiya, giperxolesterinemiya aniqlanadi, streptokokka qarshi antitanalar titri (ASL-O, antigialuronidaza, antistreptokinaza) oshadi, komplement tarkibiy qismlari (C3 va C4) miqdori kamayadi, IgM, IgG, IgA darajasi oshadi.

Surunkali glomerulonefritning zo'rayib boruvchi kechishida buyrak to'qimasining sklerozlanishi hisobiga a'zolar hajmining kichrayishi aniqlanadi. Ekskretor urografiya, piyelografiya, nefrossintigrafiya parenxima holatini, buyrak faoliyatining buzilish darajasini baholashga yordam beradi. Boshqa tizimlardagi o'zgarishlarni aniqlash uchun EKG va ExoKG, plevra bo'shliqlarining ultratovush tekshiruvi, ko'z tubining tekshiruvi o'tkaziladi. Surunkali glomerulonefritning klinik variantiga qarab surunkali piyelonefrit, nefrotik sindrom, buyrak polikistozi, buyrak tosh kasalligi, buyrak sili, buyrak amiloidozi, arterial gipertenziya bilan qiyosiy tashxis o'tkazish talab etiladi. Surunkali glomerulonefritning gistologik shakli va uning faolligini aniqlash, shuningdek, o'xshash ko'rinishdagi patologiyani istisno qilish uchun olingan buyrak to'qima namunasini morfologik tekshirish orqali buyrak biopsiyasi o'tkaziladi.

Surunkali glomerulonefritni davolash

Surunkali glomerulonefritda parvarish va davolash xususiyatlari kasallikning klinik shakli, buzilishlarning rivojlanish tezligi va asoratlarning mavjudligi bilan belgilanadi. O'ta charchash, sovqotish, kasbiy zararlarni istisno qilgan holda avaylovchi rejimga rioya qilish tavsiya etiladi. Surunkali glomerulonefritning remissiya davrlarida jarayon kechishini qo'llab-quvvatlovchi surunkali infeksiyalarni davolash talab etiladi. Surunkali glomerulonefritda buyuriladigan parhez osh tuzi, spirtli ichimliklar, ziravorlarni cheklashni, ichiladigan suyuqlikni hisobga olishni, oqsilning sutkalik me'yorini oshirishni talab qiladi.

Surunkali glomerulonefritni dori-darmonlar bilan davolash glyukokortikosteroidlar, sitostatiklar, nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar bilan immunosupressiv terapiya; antikoagulyantlar (geparin, fenindion) va antiagregantlar (dipiridamol) tayinlashdan iborat. Simptomatik terapiya shishlarda diuretiklar, gipertenziyada gipotenziv

vositalarni qabul qilishni o'z ichiga olishi mumkin. Surunkali glomerulonefritning zo'rayish davrida to'liq statsionar terapiya kurslaridan tashqari, remissiya davrida qo'llab-quvvatlovchi ambulator terapiya, iqlimiy kurortlarda davolanish o'tkaziladi.

Surunkali glomerulonefrit prognozi va profilaktikasi

Surunkali glomerulonefritni samarali davolash yetakchi simptomlarni (gipertoniya, shishlar) bartaraf etish, buyrak yetishmovchiligi rivojlanishini kechiktirish va bemor umrini uzaytirish imkonini beradi. Surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan barcha bemorlar urologda dispanser hisobida turadi.

Surunkali glomerulonefritning latent xili hammadan ko'ra xayrli: gipertenziv va gematurik xili ancha jiddiy; nefrotik aralash xili hammadan ko'ra xayrli. Kasallik oqibatini yomonlashtiradigan asoratlarga plevropnevmoniya, piyelonefrit, tromboemboliyalar, buyrak eklampsiyasi kiradi.

Buyraklarda qaytmas o'zgarishlarning rivojlanishi yoki avj olishi ko'pincha streptokokk va virusli infeksiyalar, nam sovqotish bilan boshlanganligi sababli, ularning oldini olish birinchi darajali ahamiyatga ega. Surunkali glomerulonefritga qo'shilib kelgan patologiyada yondosh mutaxassislarning kuzatuvi zarur.

BUYRAK-TOSH KASALLIGI

Siydik-tosh kasalligi (STK) yoki urolitiaz - surunkali xarakterdagi patologik holat bo'lib, bolalarda siydik ajratish tizimining turli bo'limlarida qattiq konkrementlar (toshlar) hosil bo'ladi. Kasallik o'tkir og'riq sindromi, isitma, siydik va qon tahlillarining me'yoriy ko'rsatkichlardan keskin og'ishi bilan namoyon bo'ladi. Bolalarda XTKni tashxislash, davolash va oldini olish bilan pediatrlar, genetiklar, infeksionistlar va boshqa yo'nalishdagi shifokorlar ishtirokida nefrologlar shug'ullanadi. Buyrak-tosh kasalligi turli yoshdagi bolalarda siydik ajratish tizimi shikastlanishining eng keng tarqalgan variantlaridan biridir. Kasallik asosan o'g'il bolalarda rivojlanadi, bunda eng ko'p holatlar issiq va quruq iqlimli hududlarda aniqlanadi.

Buyrak-tosh kasalligi diagnostikasining eng yuqori cho'qqisi 3 yoshdan 11 yoshgacha bo'lgan davrga to'g'ri keladi, garchi buyrak toshlari hatto yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ham topilishi mumkin. Deyarli har doim konkrementlar faqat bir tomonda shakllanadi, ikki tomonlama urolitiaz ancha kam uchraydi - umumiy holatlarning 2% dan oshmaydi.

Tasniflash

Nefrologlar va urologlar toshlarning joylashuvi, toshlarning tarkibi va turi, patologiyaning davomiyligi va og'irligi, boshqa parametrlarni hisobga olgan holda KXTning bir nechta tasniflaridan foydalanadilar. Toshlarning joylashuviga qarab quyidagilar ajratiladi:

- nefrolitiaz, bunda buyraklarda toshlar hosil bo'ladi;
- ureterolitiaz, bunda siydik nayida konkrementlar hosil bo'ladi;
- siydik pufagida cho'kindilar to'planadigan sistolitiaz.

Toshlar tarkibining xususiyatlarini hisobga olgan holda fosfatli, oksalatli, uratli, sistinli, xolesterinli, aralash va boshqa toshlar ajratiladi.

Kasallik sabablaridan kelib chiqib, mutaxassislar kasallik birinchi marta paydo bo'ladigan birlamchi turlarni va siydik tosh kasalligining takroriy (retsidiv) shakllarini ajratib ko'rsatadilar.

Bolalarda urolitiazning rivojlanish sabablari.

Kasallikning shakllanishiga tuzlarning kristallanishiga yordam beradigan ko'plab turli xil omillar ta'sir qiladi. Jumladan:

- Infeksiyalar. Mikroblar buyrak yoki siydik yo'llariga o'tsa, yallig'lanish jarayoni rivojlanadi. Bunda siydik tarkibi o'zgaradi, toshlar hosil bo'ladi. Ko'pincha gap fosfatli toshlar haqida boradi. Jarroh ularni olib tashlar ekan, infeksiya tushishi mumkinligini hisobga oladi. Infeksiya atrofdagi a'zolarga tarqalishining oldini olish uchun tosh oldindan maxsus "g'ilof"ga yashiriladi.Siydik ajratish tizimi kasalliklari. Bir qator patologiyalar siydikning dimlanishiga, tuzli cho'kmalarning shakllanishiga, infeksiya o'choqlarining rivojlanishiga olib keladi. Bunday kasalliklar jumlasiga, masalan, jomlarning torayib qolishi, buyraklarning osilib qolishi, siydik yo'llarining yaxshi rivojlanmay qolishi va boshqalar kiradi.

Paratireoid va qalqonsimon bez patologiyalari. Bezlar noto‘g‘ri ishlasa, gormonal buzilishlar yuzaga keladi. Natijada almashinuv jarayonlari buziladi, tuzlar to‘plana boshlaydi.

• Muvozanatlashmagan ovqatlanish tartibi. Suyuqlik, toza suv yetishmasligi, tez-tez fast-fud va purin bilan to‘yingan taomlarni iste’mol qilish patologiyaning rivojlanish xavfini oshiradi.

• Genetika. Genetik jihatdan ba’zi bolalarda ichaklar kalsiy so‘rilishining kuchayishi bilan tavsiflanadi. Natijada tuzli toshlarning cho‘kish jarayoni boshlanadi.

• Ingibitorlar yetishmasligi. Ingibitorlar - tuzlarning kristallanish jarayonini tormozlovchi yoki to‘xtatuvchi maxsus moddalar.

• Siydik-tanosil tizimi jarohatlari, shu jumladan jarrohlik aralashuvlar

Bolalarda XTK rivojlanishiga quyidagilar ham olib kelishi mumkin:

• semizlik;

• sho‘r va achchiq taomlarni ko‘p iste’mol qilish;

• ko‘p miqdorda chipslar, suxarilar va boshqa gazaklarni iste’mol qilish, ularni tayyorlashda tuzga boy turli xil ta’m kuchaytirgichlardan foydalaniladi;

• kamharakat hayot tarzi, ayniqsa, ortiqcha vazn bilan birgalikda;

• siydik-tanosil sohasi a’zolarining shikastlanishi.

Ba’zi hollarda tos a’zolarida o‘tkazilgan jarrohlik aralashuvlari, noto‘g‘ri yoki juda uzoq vaqt davomida ishlatilgan bir qator dori vositalarini qabul qilish toshlarning shakllanishiga olib keladi.

Bolalarda siydik-tosh kasalligi belgilari

Bolalik davrida XTK kechishining o‘ziga xos xususiyati - uzoq yashirin davr bo‘lib, u hech qanday aniq belgilar bilan kechmaydi. Bolalar siydik chiqarishdagi ba’zi bir noqulayliklarga, kechasi hojatxonaga tez-tez borib turishga, siydik pufagi bo‘shaganda ahyon-ahyonda og‘riq paydo bo‘lishiga shikoyat qilishlari mumkin. Diqqatli ota-onalar chaqaloqlarning kam harakatli bo‘lib qolishini, harakatli o‘yinlardan qochishini payqashlari mumkin, bu charchoq va zaiflikning kuchayishi bilan bog‘liq.

XKT ning zo'rayishi tipik va yorqin simptomatikaga ega. Quyidagilar asosiy ko'rinishlarga aylanadi:

- siyish paytida o'tkir og'riq;
- buyrak sanchig'i;
- siydikdagi qon aralashmalari;
- o'tkir siydik tutilishi;
- kuchli ko'ngil aynishi, ba'zan qusish xurujlari;

Tana haroratining 38 darajagacha va undan yuqori ko'tarilishi;

- zaiflik, lanjlik, injiqlik bilan namoyon bo'ladigan umumiy intoksikatsiya.

STK bilan og'rigan bolalar o'tkir davrda ovqatlanishdan bosh tortadilar, ko'p terlashdan, qorinning pastki qismiga, chov va oraliqqa tarqaladigan og'riqdan shikoyat qiladilar.

Kasallik qo'zimasdan turib, buyrak-tosh kasalligi mutlaqo namoyon bo'lmasligi yoki bel sohasida simillovchi va tortuvchi xarakterdagi arzimas og'riqlar bilan birga davom etib borishi mumkin.

Tashxisoti

Bolalarda siydik-tosh kasalligiga shubha bo'lganda, instrumental va laboratoriya usullari majmuasini o'z ichiga olgan puxta differensial diagnostika o'tkaziladi. Bunga quyidagilar kiradi:

- qon va siydikning umumklinik tahlillari;
- siydikni mikrofloraga bakterial ekish;
- qonni biokimyoviy tekshirish;
- urografiya - buyrak va uning atrofidagi tuzilmalarni rentgen qurilmasi yordamida vizualizatsiya qilish usuli;

Siydik ajratish tizimining kontrastli KT tekshiruvi;

- buyraklar, siydik chiqarish kanallarini ultratovush tekshiruvi.

Agar tekshiruv tosh ko'chishni boshlagan paytda o'tkazilsa, kristallografiya talab qilinishi mumkin. Ba'zi hollarda qo'shimcha ravishda kompyuter yoki magnit-rezonans tomografiya tayinlanadi, masalan, siydik-tanosil a'zolarining rivojlanish anomaliyalarida.

Majburiy tartibda nevrolog ko'rigidan tashqari urolog, qizlar uchun ginekolog, pediatr, jarrohlik yo'li bilan davolash zarur bo'lganda jarroh maslahatlari ham o'tkaziladi.

Bolalik davrida KXTni davolash

Kasallikning bosqichi, konkrementlarning turi va joylashuvi, yosh bemorda patologiyaning kechish xususiyatlariga qarab, shifokorlar konservativ yoki jarrohlik davolash taktikasini tanlaydilar.

Agar bolaning ahvoli xavotirli bo'lmasa, asoratlar bo'lmasa, siydik oqishi qiyinlashmagan bo'lsa, konservativ usullar buyuriladi. Bunday yondashuv quyidagilarni nazarda tutadi:

- turmush tarzini korreksiyalash;
- ovqatlanish ratsionini me'yorlashtirish;
- turli ta'sirga ega bo'lgan dori vositalari.

Bolalarda STKni davolashda qo'llaniladigan dorilar ro'yxatiga antibiotiklar, uroseptiklar, spazmolitiklar, kalsiy almashinuvini barqarorlashtirish uchun vitamin-mineral komplekslar, shuningdek, toshlarni eritishga yordam beradigan dorilar kirishi mumkin.

Bolalik davrida KXTni davolash

Kasallikning bosqichi, konkrementlarning turi va joylashuvi, yosh bemorda patologiyaning kechish xususiyatlariga qarab, shifokorlar konservativ yoki jarrohlik davolash taktikasini tanlaydilar.

Agar bolaning ahvoli xavotirli bo'lmasa, asoratlar bo'lmasa, siydik oqishi qiyinlashmagan bo'lsa, konservativ usullar buyuriladi. Bunday yondashuv quyidagilarni nazarda tutadi:

- turmush tarzini korreksiyalash;
- ovqatlanish ratsionini me'yorlashtirish;
- turli ta'sirga ega bo'lgan dori vositalari.

Bolalarda SNTni davolashda qo'llaniladigan dorilar ro'yxatiga antibiotiklar, uroseptiklar, spazmolitiklar, kalsiy almashinuvini barqarorlashtirish uchun vitamin-mineral komplekslar, shuningdek, toshlarni eritishga yordam beradigan dorilar kirishi mumkin.

- masofaviy zarba-to'lqinli litotripsiya - maxsus qurilma yordamida toshlarni maydalash usuli, bu teri qoplamiga zarar yetkazishni talab qilmaydi;
- transuretral litotripsiya - zarur asbob-uskunalar siydik chiqarish kanaliga kiritiladigan usul;

• teri orqali lazerli yoki ultratovushli litotripsiya - endoskopik apparatura yordamida kontaktli ta'sir ko'rsatish varianti.

Xirurgik davolashning u yoki bu usulini tanlash toshlarning zichligi, joylashishi, shakli, o'lchami va turiga bog'liq.

Bolalarda siydik-tosh kasalligida parhez

Davolovchi parhez davolash rejasining majburiy tarkibiy qismi bo'lib, nafaqat kasallikka qarshi konservativ kurash doirasida, balki operatsiyadan keyingi tiklanish va profilaktikaning muhim elementi sifatida ham qo'llaniladi. Shifokorlarning parhez tavsiyalari quyidagi qoidalarni nazarda tutadi:

• ichimlik rejimiga rioya qilish, shifokor ko'rsatmasi bo'yicha kuchsiz ishqoriy mineral suvlarni qabul qilish;

• tarkibida kaliy miqdori yuqori bo'lgan mahsulotlar: banan, turshak, kartoshka, loviya iste'mol qilish;

• ratsionga kepak, yuqori kletchatkali mahsulotlarni kiritish;

• ratsiondagi oqsil mahsulotlari miqdorini nazorat qilish - oqsil miqdori yetarli bo'lishi, lekin ortiqcha bo'lmasligi kerak;

• osh tuzi iste'molini cheklash;

• shifokor ko'rsatmasi bo'yicha sitratli aralashmalardan foydalanish.

Parhez ovqatlanishdan maqsad moddalar almashinuvi jarayonlarini faollashtirish va organizmdan tuzlarni chiqarib tashlash, buyraklar faoliyati uchun qulay muhit yaratish, shishlarni kamaytirishdir. Parhez hosil bo'lgan toshlarning turiga qarab individual xarakterga ega. Agar bolalarda siydik tosh kasalligi qat'iy parhezni talab qilsa, ammo bunda ratsion vitamin va minerallar bo'yicha muvozanatlashmagan bo'lsa, klinik tavsiyalarda qo'shimcha ravishda vitamin komplekslarini qabul qilish ko'zda tutiladi.

Bolalarda siydik-tosh kasalligining oldini olish

Profilaktik chora-tadbirlarning asosiy vazifasi STK rivojlanishiga olib keladigan omillarning oldini olishdir. Buning uchun quyidagilar zarur:

• bolalarda siydik-tanosil sohasidagi mavjud surunkali patologiyalarni nazorat qilish;

• kichkintoylarga yoshligidan sog‘lom ovqatlanish odatlarini singdirish;

• bolalar uchun to‘laqonli jismoniy faollikni ta’minlash;

• semizlikning oldini olish;

• bolalar ratsionida tuz miqdori yuqori bo‘lgan taomlar, shuningdek, gazak mahsulotlari va fast-fudlarni minimallashtirish;

• agar oilada siydik-tosh kasalligi bilan kasallanish holatlari bo‘lsa, bolalarni muntazam ravishda tekshiruvga olib kelish.

Shuningdek, chaqaloqlarni yuqumli kasalliklarga qarshi o‘z vaqtida emlash, o‘tkir alomatlarda o‘z-o‘zini davolash bilan shug‘ullanmaslik va darhol malakali tibbiyot mutaxassislari yordamiga murojaat qilish tavsiya etiladi.

X BOB. BOLALARDA ENDOKRIN TIZIMI KASALLIKLARI.

Endokrin tizimi gormon ishlab chiqaruvchi organlar yig'indisidan iborat. Bu moddalar bola organizmidagi barcha fiziologik jarayonlarni, jumladan, o'sish va psixoemotsional rivojlanishni boshqarishda asosiy rol o'ynaydi. Ushbu tizim faoliyatidagi buzilishlarni o'z vaqtida aniqlash va tuzatish katta ahamiyatga ega. Shuni hisobga olish kerakki, bolalarda ichki sekretsiya bezlari organizmning o'sishi va shakllanishi davom etishi munosabati bilan kattalarnikiga qaraganda boshqacha ishlaydi.

Mumkin bo'lgan endokrin buzilishlarni ko'rsatadigan belgilar:

Vaznning sezilarli o'zgarishi yoki o'sishning kechikishi.

Muntazam bosh og'rig'i va ko'rish qobiliyatining pasayishi e'tibor talab qiladi.

Iste'mol qilinadigan suyuqlik miqdorini kuzatib borish muhim. Suvni haddan tashqari ko'p iste'mol qilish (kuniga 5 litrdan ortiq) diabet bo'lmaganda gipofiz o'smasi borligini ko'rsatishi mumkin.

Qizlarda hayzning juda erta (8-10 yosh) yoki kech (15 yoshdan keyin) boshlanishi, shuningdek, ortiqcha tuklarning paydo bo'lishi endokrinolog bilan maslahatlashish va testosteron darajasini tekshirish uchun sababdir.

- O'g'il bolalarda intim sohada sochlarning erta paydo bo'lishi gormonal disbalansni ko'rsatishi mumkin va endokrinolog ko'rigini talab qiladi. Oilasida qandli diabet kasalligi bor bolalarga alohida e'tibor berish kerak.

Bolalardagi endokrin kasalliklar yarim yuzdan ortiq turli xil holatlarni o'z ichiga oladi. Ko'pincha pediatrlar va endokrinologlar quyidagi kasallik guruhlariga duch kelishadi:

Qalqonsimon bez kasalliklari: qalqonsimon bez gormonlarining tug'ma yetishmovchiligi, diffuz toksik buqoq, endemik buqoq.

Buyrak usti bezlari bilan bog'liq muammolar: buyrak usti bezi po'stlog'i funksiyasining tug'ma buzilishlari, buyrak usti bezi yetishmovchiligi.

Metabolizmning buzilishi: ortiqcha vazn, birinchi turdagi qandli diabet.

Gipofiz va gipotalamus kasalliklari: pakanalik, gigantizm.

Jinsiy bezlar faoliyatining buzilishi: jinsiy rivojlanishning kechikishi yoki tezlashishi.

Bolalarda endokrin buzilishlarni keltirib chiqaruvchi omillar:

Bolalik davrida endokrin patologiyalar paydo bo'lishining eng keng tarqalgan sabablari quyidagilardir:

- tug'ma rivojlanish anomaliyalari va genetik buzilishlar;
- endokrin bezlar yoki ularga yondosh to'qimalardagi o'sma hosilalari (ham xavfsiz, ham xavfli);
-bezlarning yallig'lanish kasalliklari, shu jumladan autoimmun jarayonlar;
- endokrin tizimi a'zolarining qon bilan ta'minlanishi va/yoki asab boshqaruvi bilan bog'liq muammolar;
-to'qimalarning ma'lum gormonlarga sezuvchanligining pasayishi.

GIPOTIREOZ

Qalqonsimon bez faoliyatining yetishmovchiligi yoki gipotireoz tireoid gormonlar yetishmovchiligidan kelib chiqadigan endokrin patologiyadir. Bu holat qalqonsimon bez tomonidan gormonlar ishlab chiqarilishining kamayishi yoki to'qimalarning hujayra darajasida ularning ta'siriga chidamliligi tufayli rivojlanishi mumkin. Bolalarda gipotireoz zudlik bilan tashxis qo'yish va adekvat terapiyani talab qiladi, chunki u muqarrar ravishda rivojlanish buzilishlariga olib keladi. Malakali endokrinologga o'z vaqtida murojaat qilish tashxisni tezkor qo'yish va kasallikning salbiy oqibatlarini kamaytirish imkonini beradi. Qalqonsimon bez homiladorlikning 12-haftasiga kelib ishlay boshlaydi va uchta asosiy gormonni ishlab chiqaradi: tiroksin (T4) va triyodtironin (T3). Bu moddalar a'zo va to'qimalarning, jumladan, oliy nerv funksiyasini bajaruvchi bosh miya po'stlog'ining shakllanishida asosiy rol o'ynaydi. Qalqonsimon bez butun hayot davomida organizmning hayotiy muhim funksiyalarini boshqarishda muhim rol o'ynaydi, lekin uning ahamiyati bolalik davrida ayniqsa katta bo'ladi. U ishlab

chiqaradigan gormonlarning yetishmasligi jismoniy va aqliy rivojlanishning kechikishiga, balog'atga yetish jarayonining sekinlashishiga, moddalar almashinuvi va termoregulyatsiyaning buzilishiga olib kelishi mumkin.

Tasniflshlash

Paydo bo'lish vaqti bo'yicha quyidagilar ajratiladi:

-tug'ma gipotireoz, tug'ilishdan tashxislanadi;

- tug'ilgandan keyin rivojlanadigan orttirilgan gipotireoz.

Zararlanish darajasiga qarab quyidagilar ajratiladi:

-bevosita qalqonsimon bez disfunksiyasi bilan bog'liq birlamchi gipotireoz;

- qalqonsimon bez gormonlari ishlab chiqarilishini nazorat qiluvchi gipofiz faoliyatining buzilishi bilan bog'liq ikkilamchi gipotireoz;

-gipofiz funksiyasini tartibga soluvchi gipotalamus patologiyasidan kelib chiqqan uchlamchi gipotireoz.

Bolalar gipotireozining tasnifi ham alomatlarning ifodalanish darajasiga qarab amalga oshiriladi:

-vaqtinchalik (tranzitor): buzilishlarning epizodik paydo bo'lishi va keyinchalik yo'qolishi bilan tavsiflanadi;

-yashirin (subklinik): gormonlar darajasi pasaygan, ammo klinik ko'rinishlar yo'q;

-aniq (manifest): gormonal yetishmovchilik va simptomlarning mavjudligini o'zida mujassamlashtiradi.

Turli yosh guruhlaridagi bolalarda gipotireoz rivojlanishiga olib keladigan asosiy omillarga quyidagilar kiradi:

- qalqonsimon bez tuzilishidagi anomaliyalar (uning yo'qligi, gipoplaziyasi yoki noto'g'ri joylashuvi);

- radiatsiyaviy ta'sir;

- organizmda doimiy yod tanqisligi;

- ona qornida o'tkazilgan infeksiyalar;

- homiladorlik davrida onaning qalqonsimon bezi kasalliklari;

- bolani homiladorlik davrida ba'zi dori vositalari bilan davolash;

- gipofiz yoki gipotalamus faoliyatidagi buzilishlar;

- tireoid gormonlar yoki qalqonsimon bez funksiyasini nazorat qiluvchi moddalar sintezining irsiy buzilishlari;

- qalqonsimon bez, gipotalamus va gipofizning yallig'lanishi, shikastlanishi va o'smalari.

Bolalarda gipotireoz belgilari

Odatda, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda gipotireoz belgilari tug'ilgandan ko'p o'tmay namoyon bo'ladi. Bolada tana vazni oshgan, yuz, til, qo'l va oyoq barmoqlari shishgan bo'ladi. Bunday bolalarning nafas olishi qiyin, ovozi bo'g'iq va dag'al bo'ladi. Ko'pincha yangi tug'ilgan chaqaloqlarning cho'ziluvchan sariqligi, kindik yarasining bitishida muammolar va kindik churrasining shakllanishi kuzatiladi. Ko'pincha bunday bolalarda so'rish refleksi yaxshi rivojlanmaganligi sababli ovqatlantirishda qiyinchiliklar paydo bo'ladi. Agar bola emizikli bo'lsa, tug'ma gipotireoz belgilari darhol sezilmasligi mumkin. Sut bilan kiradigan ona gormonlari yetishmovchilikni qisman yoki to'liq qoplaydi. Biroq, shunda ham asta-sekin ruhiy va jismoniy rivojlanishning orqada qolishi: mushaklar tonusining pasayishi, tormozlanish va kamharakatlik, o'sish va vazn ortishining orqada qolishi, liqildoqning kech yopilishi, tishlarning paydo bo'lishining kechikishi, boshni ushlab turish, ag'darilish, o'tirish, turish va yurish kabi asosiy ko'nikmalarning sekin shakllanishi kuzatilishi mumkin. Odatda, qalqonsimon bez gormonlari yetishmovchiligi bo'lgan bolalar befarq bo'ladilar, o'yinlarga kam e'tibor beradilar, ota-onalari va boshqalar bilan muloqotda bo'lishga qiynaladilar. Ularda terining quruqligi, sochlarning mo'rtligi, immunitetning pasayishi va ich qotishga moyilligini ko'rish mumkin. Sun'iy yoki aralash ovqatlar bilan boqiladigan bolalarda gipotireoz belgilari tezroq rivojlanadi, lekin uning rivojlanish tezligi kasallikning turiga, uning manbai va gormonal yetishmovchilik darajasiga bog'liq. Yengil holatlarda kasallik belgilari kuchsiz ifodalanishi va maktab yoshiga yaqin yoki hatto balog'at yoshida ham namoyon bo'lishi mumkin. Bolada quyidagilarni kuzatish mumkin: me'yorida ovqatlanganda ham ortiqcha vazn yoki semizlik; o'sishning sekinlashuvi; jinsiy balog'atga yetishning kechikishi; fikrlashning qiyinlashuvi va o'zlashtirishning pasayishi; charchash, uyquchanlik, apatiya va

tushkunlik holati. Kasallik o'tib ketgan hollarda gipotireozning bolalar uchun oqibatlari juda og'ir bo'ladi: aqliy zaiflik, suyaklar deformatsiyasi, eshitish va nutqning buzilishi, reproduktiv tizimning rivojlanmaganligi rivojlanishi mumkin.

Diagnostika



- Doimiy neonatal skrining
- Qalqonsimon bezning funksional testlari
- Ba'zan qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruvi yoki radionuklid skanerlash.

Odatiy neonatal skrining testlari klinik belgilar aniq ko'rinishidan oldin gipotireozni aniqlaydi. Skrining natijasi ijobiy bo'lsa, qalqonsimon bezning funksional testlari orqali tasdiqlash zarur, bu testlar erkin zardob tiroksini (erkin T4) va tireotrop gormonini (TTG) o'lchashni o'z ichiga oladi. Tekshiruv muddatida tug'ilgan chaqaloqlarda hayotining 4-5-kunida, chala tug'ilgan chaqaloqlarda esa 7-14-kunida o'tkaziladi. Tahlil paytida chaqaloqdan tireotrop gormon (TTG) darajasini aniqlash uchun bir tomchi qon olinadi. TTG konsentratsiyasining oshishi tug'ma gipotireozdan darak berishi mumkin. Erkin T4 umumiy T4 ga qaraganda qalqonsimon bez holatini aniqroq aks ettiradi, chunki tireoid bog'lovchi oqsillar (tiroksin bog'lovchi globulin, transtiretin va albumin kabi) konsentratsiyasi umumiy T4 darajasiga ta'sir ko'rsatadi. Chala tug'ilgan yoki kam vaznli chaqaloqlarda umumiy emas, balki erkin T4 ni o'lchash ayniqsa muhim hisoblanadi. Bu toifadagi bolalarda bog'lovchi oqsillar konsentratsiyasining o'zgarishi erkin T4 ning normal darajasida bo'lishiga qaramay, umumiy T4 ning past ko'rsatkichlariga olib kelishi mumkin. Bolalar va o'smirlarda qalqonsimon bez gipofunksiyasiga shubha tug'ilganda ham qalqonsimon bez faoliyatini baholash zarur.

Triyodtironin (T3) konsentratsiyasini aniqlash odatda gipotireoz diagnostikasida kam ma'lumot beradi. Bu ko'rsatkich eng oxirida o'zgaradi, shuning uchun uni muntazam o'lchash maqsadga muvofiq emas. Teskari T3 T3 ning metabolik nofaol shaklini ifodalaydi. Uning

darajasi kasallik yoki ochlik paytida oshadi va uning ta'rifi gipotireoz tashxisini qo'yish uchun ishlatilmaydi.

Даже своевременное лечение тяжелого врожденного гипотиреоза не всегда предотвращает нарушения развития и нейросенсорную тугоухость. Потеря слуха может быть незначительной и не выявляться при первичном обследовании, но при этом влиять на развитие речи. Рекомендуется повторная проверка слуха в более старшем возрасте для исключения легкой тугоухости.

Tug'ma gipotireoz tasdiqlanganda qalqonsimon bezning o'lchamlari va joylashishini baholash uchun radionuklid skanerlash (texnetsiy-99m pertexnetat yoki yod-123 bilan) yoki ultratovush tekshiruvi o'tkaziladi. Bu strukturaviy anomaliyalarni (masalan, qalqonsimon bez disgeneziyasini) disgormonogenez va vaqtinchalik buzilishlardan farqlashga yordam beradi. Bolalar va o'smirlarda gipotireozga shubha qilinganda (TTG oshishi va T4/erkin T4 pasayishi bilan tavsiflanadi) autoimmun tireoiditni istisno qilish uchun qalqonsimon bez to'qimasiga antitanachalar (tireoperoksidaza va tireoglobulinga qarshi antitanachalar) tahlilini o'tkazish muhimdir. Resepsiz beriladigan biotinni qabul qilishni tahlillarni topshirishdan kamida 48 soat oldin to'xtatish kerak, chunki u qalqonsimon bez funksiyasini tekshirish natijalarini buzib ko'rsatishi mumkin. Biotin ko'pincha T4 va T3 ko'rsatkichlarini oshiradi va TTG darajasini pasaytiradi, bu esa gipertireozning noto'g'ri tashxisini qo'zg'atishi mumkin.

Qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruvi autoimmun tireoidit diagnostikasi uchun majburiy emas va faqat a'zo assimetriyasi yoki palpasiya qilinadigan tugunlari bo'lgan bolalarga ko'rsatiladi.

Markaziy gipotireoz boshqa shakllaridan TTG ning tegishlicha ko'tarilishisiz T4 ning past darajasi bilan farq qiladi. U o'rta chiziqda nuqsoni bo'lgan bolalarda (masalan, bo'ri og'zi, mikropenis) yoki ko'rish bilan bog'liq muammolar (nistagm) bo'lishi mumkin. Bolalarda tasdiqlangan markaziy gipotireozda markaziy asab tizimi patologiyalarini istisno qilish uchun bosh miya va gipofizning MRT tekshiruvi o'tkazilishi

kerak. Qalqonsimon bez funksiyasi buzilishining shunga o'xshash manzarasi ba'zi dori-darmonlarni qabul qiladigan (masalan, antikonvulsantlar, immun nazorat nuqtalari ingibitorlari) yoki ba'zi kasalliklarga chalingan (qalqonsimon bo'lmagan patologiya sindromi) bolalarda kuzatilishi mumkin. Notireoid patologiya sindromi bo'lgan bemorlarda qalqonsimon bez faoliyati odatda umumiy ahvol yaxshilanishi bilan o'z-o'zidan tiklanadi. Tug'ma gipotireoz davolanishini TTG darajasi > 20 mME/l bo'lganda boshlash lozim (hatto erkin T4 miqdori me'yorida bo'lsa ham). Agar TTG darajasi 10-20 mME/l oralig'ida bo'lsa, ikki xil yondashuv mumkin: yo davolashni boshlash, yo TTG va erkin T4 darajalarini sinchkovlik bilan kuzatish (har 1-2 haftada tahlilni takrorlash). TTG darajasi doimiy ravishda 10 mME/l dan yuqori bo'lsa, davolash shart hisoblanadi. Tug'ma gipotireoz ko'pincha umr bo'yi o'rin bosuvchi gormon terapiyasini talab qiladi.

Shunga qaramay, agar TTGning boshlang'ich darajasi 40 mEd/l dan kam bo'lsa, organik buzilishlar bo'lmasa va kasallikning vaqtinchalik xususiyatini taxmin qilish uchun asoslar mavjud bo'lsa (chaqaloqlik davridan boshlab dozaning barqarorligiga asoslanib), shifokorlar bola 3 yoshga to'lgandan so'ng, bu asab tizimining rivojlanishiga xavf tug'dirmaganda, davolanishni to'xtatish imkoniyatini ko'rib chiqishlari mumkin. Davolash to'xtatilgandan so'ng TTG oshganda (odatda bu 6-8 haftadan keyin sodir bo'ladi) va erkin T4 yoki T4 darajasi pasayganda, doimiy tug'ma gipotireoz tashxisi tasdiqlanadi va terapiya davom ettirilishi kerak. Skriningda aniqlangan tiroksin bog'lovchi globulin tanqisligi, asosan qon zardobidagi umumiy T4 ni o'lchash orqali aniqlanadi, agar yangi tug'ilgan chaqaloqlarda erkin T4 va TTG konsentrasiyasi referens qiymatlarda bo'lsa, terapevtik aralashuvni talab qilmaydi, bu eutireoid holatni ko'rsatadi.

Levotiroksin bilan davolash katta yoshdagi bolalarga TTG darajasi 10 mEd/l dan yuqori bo'lganda buyuriladi. Katta yoshdagi bolalarda TTGning biroz oshishi (odatda 5-10 mEd/l oralig'ida) normal erkin T4 bilan subklinik gipotireoz tashxisi qo'yiladi. Subklinik gipotireoz bilan og'rigan bemorlarni davolash yondashuvlari munozarali bo'lib qolmoqda. Subklinik gipotireoz odatda simptomsiz kechadi. Bo'qoq,

tireoperoksidazaga qarshi antitanachalar, o'sish sur'atining sekinlashuvi yoki giperlipidemiya mavjud bo'lganda davolashni ko'rib chiqish mumkin. Terapiya bo'lmaganda, buzilishlarning rivojlanishini istisno qilish uchun qalqonsimon bez funksiyasining davriy monitoringi (har 6-12 oyda) zarur. Subklinik gipotireoz bilan og'rigan bemorlarda qalqonsimon bezni qayta tekshirish tavsiya etiladi, chunki ko'p hollarda takroriy tekshiruvda TTG darajasi normallashadi. Shuni hisobga olish kerakki, subklinik gipotireoz semizlik bilan og'rigan bemorlarda kuzatilishi mumkin, ammo ortiqcha vaznning sababi emas, balki oqibati sifatida qaraladi. Boshqa omillar (masalan, musbat tireoid antitanachalar, buqoq) bo'lmasa, davolash ko'rsatilmaydi. Qalqonsimon bezning funksiyasi odatda tana vazni kamayganda normallashadi.

Davolash tartiblari

Tug'ma gipotireoz holatida zudlik bilan kuniga bir marta ichiladigan levotiroksin bilan davolashni boshlash va uni diqqat bilan nazorat qilish kerak. Ushbu davolash sxemasining maqsadi qon zardobidagi T4 darajasiga tezkor erishish (ikki hafta ichida), yosh me'yorining yuqori yarmida (129 nmol/l dan 193 nmol/l gacha), shuningdek, TTG konsentratsiyasini tezda (bir oy ichida) pasaytirishdir.

Orttirilgan gipotireozda levotiroksinning boshlang'ich dozasi, odatda, tashxis qo'yish paytida gipotireozning og'irligi bilan belgilanadi. Gipotireozning og'ir va uzoq davom etadigan shakllarida xulq-atvorda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarning oldini olish uchun kichikroq dozalardan boshlash, keyinchalik dozani kerakli darajagacha sekinroq oshirish maqsadga muvofiq bo'lishi mumkin. Shu bilan bir qatorda, dozani bemorning tana yuzasi, yoshi va vazniga qarab hisoblash mumkin. Gipotireozning ikkala shaklida ham levotiroksin dozasi qon zardobidagi T4 va TTG darajasini normal yosh ko'rsatkichlari doirasida ushlab turish uchun o'zgartiriladi. Individual tayyorlangan suyuq shakllarda dozaning doimiy emasligi sababli, levotiroksin ko'pincha tabletka shaklida buyuriladi. Tabletkalarni maydalab, oz miqdordagi suv (1-2 ml), ona suti yoki soyasiz aralashma bilan aralashtirib, bolaga shpris orqali ichirish mumkin. Levotiroksin soya aralashmalari, temir yoki kalsiy preparatlari bilan bir vaqtda qabul qilinganda so'rilishi

qiyinlashadi. Har qanday yoshdagi bolalar uchun mo'ljallangan ichish uchun mo'ljallangan tijorat suyuq shakllari mavjud bo'lib, ular turli dozalardagi bir martalik ampulalar yoki 100 ml flakonlar ko'rinishida taqdim etiladi, bunda doza shpris bilan olinadigan hajmga qarab belgilanadi. Bu suyuq shakllarni tug'ma gipotireozni davolashda qo'llash tajribasi hozircha kam va doza maydalangan tabletka dozasiga teng yoki teng emasligi to'g'risida aniq ma'lumotlar yo'q. Levotiroksin vena ichiga yuborilganda uning dozasi peroral dozaning 75% ini tashkil etishi kerak. T3 qalqonsimon bezning faol gormoni bo'lishiga qaramay, levotiroksin (T4) odatda yagona dori sifatida buyuriladi, chunki T3 ning miyadagi ko'p qismi fermentlar tomonidan T4 ni T3 ga aylantirish orqali hosil bo'ladi.

Monitoring

Hayotining dastlabki yillarida bolalar ko'proq va muntazam kuzatuvga muhtoj bo'ladilar. Xususan, quyidagi jadval tavsiya etiladi: hayotning birinchi yarim yilligida - har 1-2 oyda, 6 oydan 3 yoshgacha bo'lgan davrda - har 3-4 oyda, keyinchalik, 3 yoshdan boshlab va o'sish davri tugagunga qadar - har 6-12 oyda.

Gipotireoz rivojlanishining xavf omillariga ega bo'lgan katta yoshdagi bolalar uchun monitoring chastotasi oshirilishi kerak. Bunday bolalarda dori vositalari dozasini korreksiyalashdan so'ng TTG va erkin T4 miqdorini nazorat qilish 6-8 haftadan so'ng amalga oshiriladi.

Bolalarda gipotireozning oqibati kasallikning shakli, qalqonsimon bez gormonlarining qondagi konsentrasiyasi va yetishmovchilikni o'z vaqtida aniqlash bilan belgilanadi. O'rnini bosuvchi gormonal terapiyani erta boshlash bolaning normal o'sishi va rivojlanishini ta'minlaydi. Kech tashxis qo'yilgan hollarda ba'zi buzilishlarning qaytmasligi tufayli to'liq sog'ayish qiyin bo'lishi mumkin.

Bolalarda gipotireozning oldini olish homiladorlik davrida yod preparatlarini profilaktik qabul qilish, homilador ayolda, keyinchalik esa bolada tireoid gormonlar darajasini nazorat qilishni o'z ichiga oladi. Kasallikka moyillik mavjud bo'lganda, hatto aniq belgilar bo'lmasa ham, ayniqsa sinchkovlik bilan nazorat qilish kerak. Bolada gipotireoz

qanchalik erta aniqlansa, u gormonlar yetishmovchiligi tufayli shunchalik kam muammolarga duch keladi.

DIFFUZ TOKSIK BUQOQ

Diffuz toksik buqoq (Greyvs kasalligi yoki Bazedov kasalligi) qalqonsimon bez gipertrofiyasi va giperfunksiyasi bilan xarakterlanadigan kasallikdir. Endokrin tizimi kasalliklarining XKT-10 bo'yicha kodi - E00-E90.

Tireoid gormonlar (tiroksin va triyodtironin) ortiqcha bo'lishi bilan ta'riflanadigan holat tireotoksikoz deb ataladi. Qalqonsimon bezning sezilarli darajada kattalashishi buqoq deb ataladi. Diffuz toksik bo'qoq autoimmun kasallik bo'lib, tireotrop gormon reseptorlarini rag'batlantiruvchi antitelolarning faol ishlab chiqarilishiga olib keladigan immunitet tizimidagi buzilishlar natijasida rivojlanadi. Bu reseptorlar qalqonsimon bezga doimo qo'zg'atuvchi ta'sir ko'rsatib, uning bir tekis o'sib ketishiga, giperfunksiyasiga va natijada tireoid gormonlar sekresiyasining kuchayishiga sabab bo'ladi. Ayollarda ko'proq uchraydigan diffuz toksik bo'qoq autoimmun kasalliklar jumlasiga kiradi. 30 yoshdan 55 yoshgacha bo'lgan odamlar ko'proq ta'sirlanadi. Bolalik davrida bu patologiya juda kam uchraydi, ammo ba'zan balog'at yoshidagi o'smirlarda gormonal va asab tizimlari o'zgarganda, to'qimalarning qalqonsimon bez gormonlariga sezgirligi oshganda kuzatiladi. Irsiy moyillik taxmin qilingan xavf omillaridan biridir. Diffuz toksik bo'qoqning patogenezi to'liq o'rganilmagan, ammo uning rivojlanishiga hissa qo'shadigan bir qator sabablar va qo'zg'atuvchi omillar, shu jumladan genetik moyillik va LOR a'zolari kasalliklari mavjud.

Quyidagilarga bo'linadi:

- tug'ma patologiyalar - persistensiya, dismorfogenez, distopiya; travmatik xarakterdagi kasalliklar
- ochiq, yopiq va qo'shma jarohatlar, burun tashqi qismlarining siljishi, deformatsiyasi;

yuqumli kasalliklar;

- yuqumli-yallig'lanish genezli kasalliklar:

- yo'ldosh orqali homilaga mikroorganizmlarning kirishi - platsentit; homilaning zararlangan amniotik suyuqlik bilan infeksiyalanishi;

- homiladorlik davrida og'ir intoksikasiya;

- organizmga yodning yetarli darajada tushmasligi;

- autoimmun kasalliklar - diabet, sklerodermiya, psoriaz, revmatoid artrit, surunkali miasteniya;

- endokrin tizimining ba'zi kasalliklari: tireotoksik adenoma, o'tkir osti tireoidit, qalqonsimon bez saratoni;

- gipotalamo-gipofizar tizim kasalliklari - Itsenko-Kushing kasalligi, gigantizm, qandsiz diabet, giperprolaktinemiya, akromegaliya;

- buyrak usti bezi kasalliklari - buyrak usti bezi yetishmovchiligi, juft bezlarning gormonal faol o'smalari, giperaldosteronizm;

- ayollar jinsiy bezlari kasalliklari - hayz oldi sindromi, hayz siklining buzilishi, Shteyn-Levental sindromi;

bosh miyaning yallig'lanish kasalliklari - meningit, meningoensefalomiyelit, ensefalit, meningomiyelit, miyelit.

Bazedov kasalligi TTG retseptoriga antitelolar ishlanib chiqqan mahallarda boshlanadi. Antitelolar reseptor bilan birikib, shu tariqa uni faollashtiradi va bir qancha fiziologik jarayonlarni boshlab beradi. Natijada qalqonsimon bez hujayralari yod moddasini faol o'zlashtira boshlaydi, triyodtironin va tiroksinni ishlab chiqaradi va qonga chiqaradi, hujayralar tez ko'payadi. Bolalarda diffuz toksik bo'qoq qandli diabet, vitiligo, Addison kasalligi fonida rivojlanishi mumkin.

Diffuz toksik buqoq belgilari

Belgilarning klassik triadasi xarakterlidir: gipertireoz, buqoq, ekzoftalm - ko'z olmalarining oldinga, ba'zan yonga siljishi. Tireoid gormon organizmning turli tizimlari faoliyatiga ta'sir ko'rsatadi;

Yurak-qon tomir tizimi tomonidan - aritmiyalar, taxikardiyalar. 2-darajali diffuz toksik bo'qoq uchun arterial gipertenziya, ekstrasistoliya xos:

Endokrin buzilishlar tomonidan: tana vaznining keskin kamayishi; moddalar almashinuvi darajasining oshishi; yuqori haroratni yomon

ko‘tarish; ayollarda hayz sikli buzilishi, amenoreya; erkaklarda erektil disfunksiya rivojlanishi mumkin, jinsiy mayl pasayadi.

Teri tomonidan: gipergidroz, alopetsiya, eritema, tirnoq plastinkalarining distrofiyasi ko‘rinishidagi tirnoqlarning shikastlanishi.

Asab tizimi tomonidan: kuchli bosh og‘rig‘i, xavotirli holatlar, migren, oyoq-qo‘llarning titrashi, umumiy holsizlik, uyqusizlik yoki uyquchanlik, miopatiya.

Oshqozon-ichak trakti tomonidan: kamdan-kam hollarda ko‘ngil aynishi, qusish, qabziyat, diareya.

Og‘iz bo‘shlig‘i tomonidan:

Alveolit, gingivit, og‘iz bo‘shlig‘i kandidozi, parodontoz, perikoronit.

Oftalmologik simptomlar:

ko‘zda sanchiq va og‘riq, yosh oqishi, qovoqlar ptozi, ekzoftalm, glagoftalm, ko‘z kosasi to‘qimalarining shishishi va o‘sishi, to‘liq ko‘rlikka olib keladigan ko‘rishning buzilishi - katarakta, glaukoma, endoftalmit, keratit, nevrit.

Diffuz toksik bo‘qoq tasnifi

Diffuz toksik bo‘qoq shakllari va darajalari bo‘yicha bo‘linadi.

Yengil shakli. Nevrotik xarakterdagi shikoyatlar ustunlik qiladi, yurak ritmi buzilmaydi. Yurak qisqarishlari soni minutiga 100 martadan oshmaydigan taxikardiya bo‘lishi mumkin. Endokrin tizimning boshqa bezlari faoliyatida patologik buzilishlar mavjud emas;

O‘rtacha shakli. Oyiga 9 kg gacha vazn yo‘qotadi, yurak urish tezligi daqiqasiga 100 dan ortiq bo‘lgan taxikardiya paydo bo‘ladi. Tana vaznining kamayishi kuzatiladi, bu esa organizmning charchashiga olib keladi, yurak, jigar va buyraklarning funksional buzilishlari paydo bo‘ladi.

Birinchi daraja. Jismoniy faollikning pastligi, tana vaznining 17% gacha kamayishi bilan tavsiflanadi. Ko‘p terlash, teri qoplamlarining yaqqol pigmentatsiyasi kuzatiladi. Qalqonsimon bez kattalashmaydi.

Ikkinchi daraja. Asab qo‘zg‘aluvchanligining oshishi, yurak ritmining buzilishi belgilarining kuchayishi va jismoniy faollikning pasayishi bilan tavsiflanadi. Qon aylanishi yetishmovchiligi rivojlanishi

mumkin. Qalqonsimon bezning kattalashuvi tashqi tomondan sezilmaydi, lekin paypaslab ko'rilganda aniqlanadi. Kechki payt oyoqlarda shish paydo bo'lishi mumkin.

Uchinchi daraja. Eng og'ir formasi gipertireoz simptomlari zo'rayib boradigan bo'lgani uchun odamning mehnat qobiliyati pasayib ketadi. Hilpillovchi aritmiya va yurak yetishmovchiligi rivojlanadi, mushak tizimi zaiflashadi va harakat funksiyasi buziladi, ko'rish qobiliyatining buzilishi, hatto ko'rlikka olib keladi. Tashqi tomondan kattalashgan buqoq juda sezilarli.

Shuningdek, qalqonsimon bez kattalashishining 5 bosqichi mavjud:

- Qalqonsimon bezni vizual aniqlashning iloji yo'q (bo'yin shakli deformatsiyalanmagan), ammo palpatsiyada uning bo'laklarining bir yoki ikki tomonlama kattalashishini aniqlash mumkin;
- Temir yutinganda vizual ajralib turadi va kattalashgan bo'laklari oson paypaslanadi;
- Kattalashgan bez bo'yinning oldingi sohasi tuzilishini o'zgartirishi mumkin (bo'yin qalinlashadi);
- Kuchli kattalashgan qalqonsimon bez bo'yinning oldingi yuzasida bo'rtib chiqib, uni deformatsiyalaydi;
- Temir ulkan o'lchamlargacha kattalashadi - diametri bir necha o'n santimetrni tashkil etadi.

Diagnostika

Aniq tashxis qo'yish uchun shifokorga bemorning shikoyatlarining o'zi yetarli emas. Patologiyaning mavjudligini tasdiqlash uchun qonning laboratoriya tekshiruvlari o'tkaziladi. Endokrin oftalmopatiyaning yaqqol simptomlarida diffuz toksik bo'qoq tashxisi deyarli aniq bo'ladi.

Bazedov kasalligiga shubha qilinganda albatta tireoid gormonlar - T3, T4, gipofizar tireotrop gormon va qondagi gormonlarning erkin fraksiyalari aniqlanadi. Diffuz toksik bo'qoqni tireotoksikoz bilan birga kechadigan boshqa kasalliklardan farqlash lozim.

Diffuz toksik bo'qoq diagnostikasi quyidagi usullarni nazarda tutadi: qonning immunoferment tahlili (IFA) tireoglobulin, tireotrop gormon retseptorlari va tireoid peroksidazaga qarshi aylanib yuruvchi antitanalarni aniqlashga yordam beradi;

qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruvi autoimmun patologiyalarga xos bo'lgan bezning kattalashishi va gipoexogen hosila mavjudligini aniqlashga yordam beradi;

qalqonsimon bez ssintigrafiyasi bezning funksional faol to'qimasini aniqlash, tugunli o'smalarning hajmi, shakli va mavjudligini ko'rish imkonini beradi.

Agar bemorda endokrin oftalmopatiya va tireotoksikoz alomatlari mavjud bo'lsa, unda ssintigrafiya o'tkazish shart emas; refleksometriya - qalqonsimon bez faoliyatini aniqlashning bilvosita usuli.

Reflekslarning paydo bo'lishi uchun zarur bo'lgan qo'zg'atuvchining kuchini o'lchash bunga asos bo'ladi. Barcha tekshiruvlar o'tkazilgandan keyingina davolash tayinlanadi.

Davolash. Qalqonsimon bezning toksik bo'qog'ini davolashning konservativ usullari antitireoid dori vositalarini qabul qilishni o'z ichiga oladi.

.Preparatlar temirda to'planishi va tireoid gormonlar ishlab chiqarilishiga qarshi ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Radioaktiv yod bilan davolash (radioyodterapiya) tireotoksikoz va diffuz toksik bo'qoqni davolash usullaridan biridir.

Qalqonsimon bez hujayralarida (I 131) izotopining to'planishi sodir bo'ladi, shundan so'ng u parchalanib, tirotsitlarni mahalliy nurlantiradi va parchalaydi.

Ushbu usul ancha samarali, noinvaziv va arzon hisoblanadi. Terapiya bez operatsiyasidan farqli o'laroq hech qanday asoratlarga olib kelmaydi. Radioyodterapiya uchun yagona qarshi ko'rsatma ko'krak suti bilan oziqlantirish va homiladorlikdir.

Radioaktiv yod terapiyasini o'tkazish majburiy kasalxonaga yotqizishni nazarda tutadi. Agar homilador ayolda diffuz toksik bo'qoq aniqlansa, homiladorlikning butun davrini faqat ginekolog emas, balki endokrinolog ham olib borishi kerak.

Davolash erkin tiroksin konsentrasiyasini ushlab turish uchun zarur bo'lgan propiltiouratsilni kichik dozada qabul qilishni o'z ichiga oladi. Ushbu dori yo'ldosh orqali yaxshi o'tmaydi, shuning uchun erta muddatlarda xavfsiz hisoblanadi.

Ushbu kasallikda dori-darmonlar bilan davolashning umumiy muddati 1 yildan 1,5 yilgacha bo'lishi mumkin. Ko'rsatilgan muddatdan keyin vositalarni bekor qilishning iloji bo'lmasa, bemor radioyod terapiyasiga yoki jarrohlik operasiyasiga yuboriladi. Agar bemorda tez-tez qaytalanishlar paydo bo'lsa, uni doimo Merkazolil bilan davolab bo'lmaydi. Aks holda unda qalqonsimon bez saratoni rivojlanishi mumkin.

Bazedov kasalligi homilador ayolda qisqa muddatda (3 oygacha) aniqlangan taqdirda, u abort qilishga majbur bo'ladi. Agar Greyvs kasalligi erta rivojlanish bosqichida bo'lsa, bemorga antitireoid dorilar buyuriladi. Doza minimal bo'lishi kerak. Agar ayol emizikli bo'lsa, faqat propitsil qabul qilish mumkin. Kasallik halokatli kechganda faqat operatsiya qilish qoladi.

Buqoqni davolash maqsadida ko'pincha kortikosteroidlar qo'llaniladi. Ular buyrak usti bezlari faoliyatiga, gormonlarning uzluksiz ishlab chiqarilishiga ta'sir ko'rsatadi va immunitetni sun'iy ravishda susaytirish xususiyatiga ega. Tinchlantiruvchi vositalar uyquni normallashtirishga, xavotirni yo'qotishga yordam beradi. Buning uchun bemorga fenobarbital buyuriladi. Bundan tashqari, preparat gormonlar darajasiga ta'sir qiladi.

Jarrohlik aralashuvi quyidagi aniq ko'rsatmalarda muqarrar bo'ladi:

kasallikning og'ir kechishi;

buqoqning uchinchi darajasi, yaqqol ko'rinadigan og'ishlar va hiqildoqning qisilishi bilan;

allergiya tufayli antitireoid preparatlarni qabul qilishga yo'l qo'yilmasligi;

yarim yil davomida dori-darmonlar bilan davolanishning samarasizligi;

titroq aritmiya;

kasallikning tez-tez takrorlanishi.

Jigar va buyrak kasalliklarida, umumiy narkozni qo'llashga to'sqinlik qiladigan boshqa holatlarda operatsiya qilish tavsiya etilmaydi. Ko'pincha deyarli butun a'zoni olib tashlashga to'g'ri keladi. Bunday

operasiya "tireoidektomiya" deb ataladi. U barcha ko'rsatkichlar me'yorga kelgandagina bajariladi. Bazedov kasalligi operatsiyadan keyin farmakologik terapiya yordamida davolanadi, bu terapiya bez o'rniga gormonlar ishlab chiqarish funksiyasini o'z zimmasiga oladi. Bemor 5 kundan keyin kasalxonadan chiqariladi.

Radioaktiv usulda diffuz shakllanish terapiyasi

Diffuz toksik buqoq ko'pincha radioaktiv yod bilan davolanadi. Jarrohlikdan farqli o'laroq, bu usul terini shikastlash orqali organizmga hech qanday kirishni talab qilmaydi va operasiyaning yaxshi muqobili hisoblanadi. U nisbatan arzon va samarali bo'lib, qalqonsimon bez operatsiyasi tufayli yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni keltirib chiqarmaydi.

Oqibati .Davolash bo'lmaganda yoki yetarli bo'lmaganda kasallikning prognozi juda yomon, chunki patologiya asta-sekin yurak-qon tomir yetishmovchiligiga, bo'lmachalar fibrillyasiyasiga va organizmning charchashiga olib keladi. Agar adekvat davolashdan so'ng qalqonsimon bez faoliyati normallashgan bo'lsa, unda kasallik oqibati ijobiy bo`ladi. Ko'pgina bemorlarda kardiomegaliya regressiv xarakterga ega bo'ladi va sinus ritmining tiklanishi sodir bo'ladi.

QANDLI DIABET

Qandli diabet (QD) - turli xil endogen (genetik) va ekzogen omillarning birgalikdagi ta'siri natijasida rivojlanadigan mutlaq yoki nisbiy insulin yetishmovchiligi bilan bog'liq surunkali endokrin almashinuv kasalligi bo'lib, metabolizmning eng doimiy namoyon bo'lishi - giperglikemiya, qon tomirlari, asablar, barcha turdagi almashinuvlar, turli organlar va to'qimalarning shikastlanishi bilan tavsiflanadi.

O'ninchi qayta ko'rib chiqilgan Salomatlik bilan bog'liq kasalliklar va muammolarning xalqaro statistik tasnifida (XKT-10) qandli diabet endokrin tizimi kasalliklari, ovqatlanishning buzilishi va metabolik kasalliklar qatoriga kiritilgan va E10 - E14 kodlari bilan belgilangan.

1-tipdagi qandli diabet E10 kodi bilan belgilanadi. Patologiyaning kichik turlari alohida ajratiladi:

• E10.2 - buyrak zararlanishi bilan kechuvchi insulinga bog'liq qandli diabet;

• E10.3 - ko'z zararlanishi bilan kechuvchi insulinga bog'liq qandli diabet;

• E10.4 - nevrologik asoratlar bilan insulinga bog'liq qandli diabet;

• E10.5 - periferik qon ta'minoti buzilishi bilan insulinga bog'liq qandli diabet;

• E10.6 - insulinga bog'liq qandli diabet boshqa aniqlangan asoratlar bilan;

• E10.7 - ko'p asoratli insulinga bog'liq qandli diabet;

• E10.8 - aniqlanmagan asoratlar bilan insulinga bog'liq qandli diabet;

• E10.9 - insulinga bog'liq qandli diabet asoratsiz.

Bugungi kunda birinchi turdagi qandli diabetning rivojlanish sabablari to'liq o'rganilmagan. Ma'lumki, kasallik biologik moyillik va tashqi ta'sir omillarining qo'shilishi asosida yuzaga keladi. Eng ehtimoliy sabablarga quyidagilar kiradi:

- **Genetik moyillik.** Insulinga bog'liq diabetga moyillik to'g'ridan-to'g'ri, ota-onadan bolalarga o'tadi. Bugungi kunda kasallikka moyil bo'lgan genlarning bir nechta kombinasiyalari ma'lum. Shunday qilib, QD bilan kasallangan bitta ota-onaning mavjudligi bola uchun xavfni 4–10% ga oshiradi.
- **Noma'lum tashqi omillar.** Qo'zg'atuvchi ta'sir ko'rsatadigan muhitning yetarlicha o'rganilmagan omillari mavjud. Masalan, kasallanish darajasi yuqori bo'lgan joyga ko'chib o'tgan odamlar ko'chib o'tishdan bosh tortganlarga qaraganda diabet bilan ko'proq kasallanishi aniqlangan.
- **Virusli infeksiyalar.** Oshqozon osti bezi hujayralariga autoimmun javob infeksiyaga qarshi kurash orqali boshlanishi mumkin. Ko'pincha qizilcha va Koksaki virusi shunday ta'sir ko'rsatadi.
- **Dori vositalari va kimyoviy moddalar.** Oshqozon osti bezi hujayralari ba'zi kimyoviy vositalar, masalan, streptozosin, kalamush zahari ta'siriga sezgir.

QD TASNIFI (JSST, 1999)

I. 1-tur QD

- Autoimmun
- Idiopatik. Odatda mutlaq insulin yetishmovchiligiga olib keladigan oshqozon osti bezi β-hujayralarining destruksiyasi

II. QD 2-turi

• asosan insulinga rezistentlik va nisbiy insulin yetishmovchiligi bilan

•asosan insulin sekretsiyasi nuqsoni bilan, insulinrezistentlik bilan yoki insulinrezistentliksiz

III. QDning boshqa o'ziga xos turlari

- β-hujayralar funksiyasining genetik nuqsonlari
- Insulin ta'sirining genetik nuqsonlari
- Oshqozon osti bezining ekzokrin qismi kasalliklari
- Endokrinopatiyalar
- Dori vositalari yoki kimyoviy moddalar ta'sirida kelib chiqqan qandli diabet
- Infeksiyalar
- Immunologik bilvosita diabetning noodatiy shakllari
- QD bilan birga kechuvchi boshqa genetik sindromlar

IV. Gestatsion QD

Homiladorlik paytida yuzaga keladi

Jumladan, glyukoza va qandli diabetga chidamlilikning buzilishi

1-tur qandli diabet patogenezi

1-bosqich - genetik moyillik, 1-toifa qandli diabet bilan bog'liq genlarning mavjudligi yoki yo'qligi bilan tavsiflanadi. Bugungi kunda qandli diabetning 1-turi bilan bog'liq genlarni o'z ichiga olgan 20 dan ortiq lokuslar ma'lum. Bu genlar turli xromosomalarda yoki bitta xromosomaning turli sohalarida joylashadi. 6p21.3 (IDDM1) xromosomasidagi HLA genlari eng katta ahamiyatga ega bo'lib, 1-toifa qandli diabetga irsiy moyillikning 40% gacha bo'lgan qismi ular bilan bog'liq. Bundan tashqari, qandli diabetning 1-turi bilan kasallanish 11p15.5 xromosomasidagi insulin geni (IDDM2), sitotoksik T-limfotsitlarni faollashtiruvchi CTLA-4-oqsil geni (IDDM12) va boshqalar

tomonidan nazorat qilinadi. Qandli diabetning 1 turiga xos bo'lgan variantlar yoki genlar kombinatsiyasi uning genetik markerlari hisoblanadi.

2-bosqich - autoimmun jarayonlarning boshlanishini qo'zg'atishi mumkin bo'lgan turli xil tashqi muhit omillarining ta'siri bilan tavsiflanadi, bu insultning rivojlanishiga olib keladi.

X.Kolbning fikricha, bunday qo'zg'atuvchilar ham infeksion, ham noinfeksion omillar bo'lishi mumkin.

Infeksion: enteroviruslar, retroviruslar, tug'ma qizilcha, parazitlar, bakteriyalar. Zamburug'lar

Yuqumli bo'lmagan: Parhez komponentlari:

- Glyuten, soya, boshqa o'simliklar,
- Sigir suti, insulin, glyukoza, To'yinmagan yog'lar, antioksidantlar, Choy, qahva
- Og'ir metallar, nitritlar/nitratlar
- β-hujayra toksinlari (dorilar)
- Psixosotsial omillar (stress)
- Ultrabinafsha radiatsiya, harorat/mavsumiylik. Kasallikning bu bosqichida qonda S-hujayraning turli tuzilmalariga spesifik autoantitelolar topilishi mumkin, bu esa faol autoimmun jarayon rivojlanayotganini ko'rsatadi. Insulinga (IAA), orolcha hujayralari sitoplazmasiga (ICA), glutamatdekarboksilazaga (GAD), orolcha hujayralari tirozinfosfatazasiga (IA2 va IA2β) autoantitanalar topilishi mumkin.

3-bosqich - β-hujayralar funksiyasining buzilishi va β-hujayralar massasining kamayishi natijasida insulin sekretsiyasining 1-fazasining yo'qolishi qayd etiladi, bu vena ichiga glyukozaga chidamlilik testi o'tkazilganda tashxis qo'yilishi mumkin.

4-bosqichi - bu bosqich glyukozaga chidamlilikning buzilishi bilan tavsiflanadi, ammo qandli diabetning klinik belgilari yo'q. Og'iz orqali glyukozaga tolerantlik testi o'tkazilganda, och qoringa va/yoki glyukoza qabul qilgandan 2 soat o'tgach, glyukoza darajasining oshishi aniqlanadi.

5-bosqich - kasallikning namoyon bo'lishi kuzatiladi, chunki bu vaqtga kelib β-hujayralarning asosiy qismi (80% dan ortig'i) nobud

bo‘ladi. C-peptidning qoldiq past sekretsiyasi keyingi ko‘p yillar davomida saqlanib qoladi va metabolik gomeostazni saqlashning muhim omili hisoblanadi. Kasallikning klinik ko‘rinishlari insulin yetishmovchiligi darajasini aks ettiradi.

6-bosqich β-hujayralar funksiyasining to‘liq yo‘qolishi bilan tavsiflanadi. Hatto C-peptidning bazal darajasi ham aniqlanmaydi. Antitana titrlari pasayishi va yo‘qolishi mumkin. Bu bosqichda odatda diabet nazorati yomonlashadi.

Yangi ma’lumotlarni hisobga olgan holda M. Atkinson va J. Eyzenbart 1-tur qandli diabet rivojlanishining zamonaviy modelini nashr etdilar. Ushbu modelga ko‘ra, kasallikning rivojlanishida nafaqat kasallikka irsiy moyillikni ko‘rsatish, balki qandli diabetning 1-turi rivojlanishiga moyillikni o‘tkazuvchi genlar va kasallikning rivojlanishiga qarshilik ko‘rsatish uchun mas’ul bo‘lgan genlar o‘rtasidagi o‘zaro ta’sirga muhim ahamiyat berish kerak.

Kasallikning rivojlanishini qo‘zg‘atuvchi muayyan atrof-muhit omilini aniqlash o‘rniga, kasallikning rivojlanishiga mas’ul bo‘lgan qaysi tabiiy ishga tushirish mexanizmlari va regulyatorlari diabet namoyon bo‘lishidan oldingi butun davrda (ehtimol, tug‘ilishdan kasallik belgilari paydo bo‘lguncha) ta’sir qilishini o‘rganish to‘g‘riroq bo‘ladi. Qandli diabetning 1-turi rivojlanishiga barcha tabiiy omillarning kompleks ta’sirini ko‘rib chiqish virus bilan o‘zaro ta’sirning yagona faktini o‘rganishdan ko‘ra to‘g‘riroqdir.

Qandli diabetning klinik ko‘rinishi

Qandli diabetning klinik ko‘rinishida 2 guruh simptomlarni ajratish qabul qilingan - asosiy, shuningdek, ikkinchi darajali.

Qandli diabetning asosiy belgilari quyidagilar:

• Poliuriya, ya’ni siydik ajralishining kuchayishi, bu siydikda erigan glyukoza mavjudligi tufayli uning osmotik bosimining oshishi natijasida yuzaga keladi (me’yorda siydikda glyukoza bo‘lmasligi kerak). Kunduzi, shuningdek, tunda ko‘p miqdorda tez-tez siyish bilan namoyon bo‘ladi.

• Polidipsiya, ya’ni siydik bilan suvni sezilarli yo‘qotish, shuningdek, qon osmotik bosimining oshishi natijasida qondirib bo‘lmaydigan doimiy chanqoqlik.

• Polifagiya, ya'ni qondirib bo'lmaydigan doimiy ochlik. Bu alomat diabet bilan birga kechadigan moddalar almashinuvining buzilishi, aniqrog'i, hujayralarning glyukozani insulinsiz o'zlashtira olmasligi va qayta ishlay olmasligi natijasida yuzaga keladi.

• Og'ir vazn yo'qotish, ayniqsa 1-toifa diabetga xos. Bemorlarda ishtaha yuqori bo'lishiga qaramay paydo bo'ladigan diabetning odatiy belgisi. Bemorlarning ozib ketishi va ko'pincha hatto holdan toyishi yog'lar katabolizmining kuchayishi, shuningdek, bemor hujayralarining energiya almashinuvidan glyukozaning chiqarib tashlanishi tufayli oqsillar katabolizmining kuchayishi natijasida yuzaga keladi.

Yuqorida sanab o'tilgan asosiy simptomlar birinchi tip diabet uchun eng xarakterlidir. Ularga o'tkir rivojlanish xosdir. Odatda, diabet bilan og'rigan bemor ushbu alomatlarning paydo bo'lish sanasi yoki davrini aniq ayta oladi.

Shuningdek, diabetning rivojlanishi uzoq vaqt davomida asta-sekin rivojlanadigan o'ziga xos bo'lmagan klinik belgilarni ifodalovchi ikkilamchi alomatlar bilan birga keladi. Ikkilamchi simptomlar birinchi, shuningdek, ikkinchi tipdagi diabet uchun xarakterlidir.

Qandli diabetning ikkilamchi belgilari:

• Teri, shuningdek, bemor shilliq qavatlarining qichishi (vaginal qichishish);

• Umumiy mushaklar kuchsizligi;

• Og'iz qurishi;

• Bosh og'rig'i;

• Terining davolash qiyin bo'lgan yallig'lanish kasalliklari;

• Qandli diabetning birinchi turida siydikda atseton bo'lishi. Atseton yog' zaxiralarining yonishi natijasida paydo bo'ladi;

• Og'izda temir ta'mini sezish;

• xiralashgan ko'rish yoki ko'rish qobiliyati pasayishining boshqa belgilari;

• Zamburug'li infeksiyalar;

• Qo'l va oyoqlarning uvishishi;

• Teri qoplamlarining quruqligi.

Birinchi turdagi diabetning belgilari: chanqash, tez-tez siyish, ko'p vazn yo'qotish, og'iz qurishi, asabiylashish, tez charchash, ko'ngil aynishi, ba'zan qusish. Bu turdagi diabetning ikkinchi darajali belgilari bo'lib quyidagilar xizmat qiladi: yurakdagi og'riqlar, boldir mushaklaridagi og'riqlar va ulardagi tirishishlar, furunkulyoz, teri qichishi, bosh og'rig'i, asabiylashish va uyquning buzilishi. Bolalarda qandli diabetning ikkinchi darajali belgilari haqida gapirganda, ilgari kuzatilmagan tungi siydik tuta olmaslikning paydo bo'lishi va sog'liqning tezda yomonlashishini ta'kidlash kerak.

Ikkinchi turdagi diabet uchun oyoqlarning uvishishi va tirishishi, oyoqlarda, shuningdek, qo'llarda og'riq hissi, doimiy chanqoqlik hissi, qichishish, ko'zlarning xiralashishi, yaralarning yomon bitishi, teri infeksiyalarining mavjudligi, charchoq, shuningdek, uyquchanlik, og'riq sezuvchanligining pasayishi, tez-tez yuqumli kasalliklar, asta-sekin vazn ortishi, erkaklarda potensiyaning pasayishi va boshqalar xosdir. Bundan tashqari, ikkinchi turdagi diabetda yuzdagi sochlarning kuchayishi fonida oyoqlarda o'sayotgan sochlarning to'kilishi, tanada ksantomalarning paydo bo'lishi kuzatiladi. Shuningdek, 2-toifa diabetning dastlabki belgilariga tez-tez siyish bilan bog'liq bo'lgan jinsiy a'zolarning yallig'lanishi kiradi.

Qandli diabetning 2-turi belgilarining paydo bo'lishi darhol sodir bo'lmaydi, ularni aniqlash qiyin, chunki ular unchalik aniq emas. Ko'pincha bu kasallik sust kechadi, bu esa tashxis qo'yishni murakkablashtiradi. Bunday hollarda diabet tasodifan, qand tahlili yoki siydik tekshiruvidan so'ng aniqlanadi. Ushbu kasallik ko'pincha yetuk yoshda namoyon bo'ladi va odatda noto'g'ri ovqatlanish natijasida yuzaga keladi.

Qandli diabetning laborator diagnostikasi

1. Glikemiya.

Glyukozooksidaza yoki ortotoludin usulida aniqlanganda och qoringa qondagi glyukozaning me'yoriy miqdori 3,3-5,5 mmol/l (60-100 mg/100 ml), Xagedorn-Yensen usulida aniqlanganda esa 3,89-6,66 mmol/l (70-120 mg/100 ml) ni tashkil etadi. Glikemiya darajasi QD diagnostikasida asosiy mezon bo'lib, ayniqsa, och qoringa glikemiya

darajasi hisoblanadi. Venoz va kapillyar qondagi glikemiya darajasi o'rtasidagi farq 2,2 mmol/l (40 mg%) ga yetishi mumkin, bu mikrotsirkulyatsiya darajasida glyukozaning utilizasiyasi bilan bog'liq. JSST ma'lumotlariga ko'ra, kattalarda och qoringa venoz qondan olingan plazmada glyukozaning normal darajasi ≤ 6,1 mmol/l (<110 mg/100 ml), yaxlit venoz qonda - 5,6 mmol/l (< 100mg/100ml) va yaxlit kapillyar qonda - 5,6 mmol/l (< 100mg/100ml).

2. Ketonuriya yoki atsetonuriya.

Insulin yetishmovchiligida "keton tanachalari" - yog' almashinuvi mahsulotlari: b-gidroksimoy kislotasi, atsetosirka kislotasi va atseton to'planishi kuzatiladi. Siydikda keton tanachalarining bo'lishi qandli diabet dekompensatsiyasidan darak beradi va insulinoterapiyani o'zgartirish zarurligini ko'rsatadi. Shuni ta'kidlash kerakki, ketonuriya diabetdan tashqari boshqa patologik holatlarda ham uchrashi mumkin: ochlik, yog' miqdori yuqori bo'lgan parhez, alkogolli ketoatsidoz, yuqori harorat bilan kechuvchi yuqumli kasalliklar.

3. Mikroalbuminuriya va proteinuriya.

Amalda sog'lom odamlarda buyraklar oqsilning arzimas miqdorinigina ekskretsiya qiladi, bu oqsil kechasi bilan 15 mkg/min yoki sutkasiga 30 mg dan kam bo'ladi va normoalbuminuriya deb ataladi. Albumin ekskretsiyasining 20 dan 200 mkg/min gacha yoki undan yuqori (30 dan 300 mg/sut) oshishi mikroalbuminuriyaga olib keladi, bu diabetik nefropatiyaning boshlang'ich shaklini ko'rsatadi. Albumin ekskresiyasining sutkasiga 300 mg dan ortiq bo'lishi - proteinuriya diabetik nefropatiyaning zo'rayib borayotganidan darak beradi. Og'ir hollarda yuqori proteinuriya (3-6 g/sut) shishlar, gipoalbuminuriya, anemiya, giperxolesterinemiya bilan birga keladi, bu nefrotik sindromdan dalolat beradi.

Mikroalbuminuriya tekshiruvini aniq proteinuriya bo'lmaganda o'tkazish kerak:

- 1-tur QD bilan og'rigan 18 yoshdan katta barcha bemorlarga kasallik boshlanganidan keyin 5-yildan boshlab - yiliga 1 marta.

- QD 1 turi bilan kasallangan bolalar balog'at yoshida kasallikning davomiyligidan qat'iy nazar - yiliga 1 marta.

- 2-tur QD bilan og'rigan barcha bemorlarga kasallikning davomiyligidan qat'iy nazar - 6 oyda bir marta.

4. Glikozillangan gemoglobin yoki glikogemoglobin.

Odam qoni gemolizatlarida gemoglobinning asosiy fraksiyasi (HbA) bilan bir qatorda oz miqdorda "minor" deb nomlangan boshqa fraksiyalar (HbA1a, A1b, A1c) mavjudligi aniqlangan. Sog'lom kattalarda HbA ulushi 90%, HbA1a-1,6%; HbA1v-0,8%, HbA1s-3,6%; HbA2-2,5% va HbF-0,5%.

Glikozillangan gemoglobin - bu glyukoza molekulasi HbA molekulasining b-zanjirining b-oxirgi valini bilan kondensasiyalangan gemoglobin. Bu nofermentativ jarayon asta-sekin, eritrotsitning butun hayoti davomida (120 kun atrofida) davom etadi.

5. Fruktozamin.

Bu glikozillangan qon oqsillari va qisman to'qima oqsillari guruhidir. Yuqorida qayd etilganidek, gemoglobinning glikozillanishi aldiminning ketoaminga aylanish bosqichidan o'tadi. Ketoaminlar (tarkibida glyukoza bo'lgan oqsil) fruktozaminlardir. Fruktozamin miqdori qondagi glikozillangan oqsillarning yarim yashash davri gemoglobinga nisbatan qisqaroq bo'lganligi sababli oldingi 1-3 haftadagi uglevod almashinuvi holatini aks ettiradi. Amalda sog'lom odamlarning qon zardobida fruktozamin konsentrasiyasi 2-2,8 mmol/l, diabet bilan og'rigan bemorlarda uglevod almashinuvining qoniqarli kompensasiyasida - 2,8-3,2 mmol/l, diabet dekompensatsiyasida esa - 3,7 mmol/l dan yuqori.

Qon zardobida glikozillangan albuminni aniqlash oldingi 7 kunlik glikemiyani nazorat qilish imkonini beradi.Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarning qonida glikozillangan albumin ko'rsatkichlari glikemiya darajasi bilan bog'liq.

6. C-peptid

Qandli diabetning birinchi turida insulin va S-peptid miqdori sezilarli darajada kamayadi. Ikkinchi turida me'yor chegarasidagi qiymatlar bo'lishi mumkin. C-peptid darajasini aniqlash insulin konsentrasiyasini baholashdan ko'ra afzalroqdir. Qandli diabet bilan og'rigan bemorda C-peptidning bazal darajasi va ayniqsa uning glyukoza

yuklamasidan keyingi konsentrasiyasi (glyukozaga chidamlilik testi o'tkazilganda) insulinga rezistentlik yoki sezuvchanlik mavjudligini aniqlash, remissiya bosqichlarini aniqlash va shu bilan terapevtik chora-tadbirlarni to'g'rilash imkonini beradi.

7. Immunoreaktiv insulin

Undan insulinoterapiya qabul qilmaydigan bemorlarda QD 1 va 2 ning differensial diagnostikasida foydalanish mumkin. Biroq, u ko'pincha insulinni aniqlash uchun qo'llaniladi. IRIni aniqlash turli xil matematik modellarning indekslari bo'yicha β-hujayralarni ilmiy maqsadlarda ham qo'llaniladi, masalan HOMA (homeostasis model assessment):

Insulin rezistentlik indeksi (HOMA-IR) =IRI (mkED/ml) × GPN (mmol/l) 22,5

β-hujayralarning funksional faolligi (HOMA-FB) =20 × IRI (mkED/ml) GPN (mmol/l) - 3,5

Xuddi S-peptid darajasi kabi, IRI darajasi ham QD 2 da insulin terapiyasini tayinlash uchun mezon bo'lmasligi kerak.

8. Lipid profilini aniqlash.

QDning qon tomir asoratlari patogenezida giperglikemiya asosiy rol o'ynaydi, 2-tur QDda esa lipid almashinuvining buzilishi ham muhim ahamiyatga ega. Lipidlar almashinuvining buzilishi ortiqcha tana vazni bilan bevosita bog'liq. Tana vazni indeksining oshishi bilan giperxolesterinemiya chastotasi ortadi, umumiy xolesterin darajasi odatda abdominal semizlik turi bo'lgan odamlarda yuqori bo'ladi. Bundan tashqari, tana vazni indeksining oshishi bilan triglitseridlar darajasi oshadi, yuqori zichlikdagi lipoproteidlar xolesterin darajasi pasayadi va past zichlikdagi lipoproteidlar xolesterin konsentratsiyasi oshadi. Lipid profilining bunday turi insulinga rezistentlik sindromi uchun xosdir.

Qandli diabet diagnostikasi mezonlari

Glikozillangan gemoglobin ≥6,5%. Tahlil Glikirlangan gemoglobinni standartlashtirish milliy dasturi (GGSMPD) tomonidan sertifikatlangan laboratoriya usuli bo'yicha va Qandli diabet va uning asoratlarini nazorat qilish tadqiqotlari (QDNTI) usuli me'yorlariga muvofiq amalga oshirilishi kerak.

Och qoringa qondagi glyukoza miqdori ≥126 mg/dl (7,0 mmol/l). Och qoringa - tahlildan oldin kamida 8 soat davomida ovqatlanmaslik

Ovqatlanishdan 2 soat oldin qondagi glyukoza darajasi og'iz orqali glyukozaga tolerantlik testi (OGTT) tarkibida ≥200 mg/dl (11,1 mmol/l). Test Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti uslubi bo'yicha suvda suyultirilgan 75 g quruq glyukozaga ekvivalent bo'lgan og'iz orqali yuklamadan foydalangan holda o'tkazilishi kerak. Giperglikemiya yoki giperglikemik "inqiroz"ning klassik ko'rinishi bo'lgan bemorlarda qondagi glyukoza darajasi ≥200 mg/dl (11,1 mmol/l).

Yaqqol giperglikemiya bo'lmasa, natijalar takroriy tahlillar bilan tasdiqlanishi kerak.

Glyukozaga tolerantlikni og'iz orqali tekshirish usuli:

1. Sinovdan oldin uch kun davomida odatdagi ovqatlanish tartibi (tarkibida uglevodlar miqdori kuniga kamida 125-150 g bo'lgan) va jismoniy mashqlar.

2. Tekshirishdan 3 kun oldin tiazidli diuretiklar, kontraseptivlar va glyukokortikoidlar bekor qilinadi. Tekshiruvdan 24 soat oldin spirtli ichimliklarni iste'mol qilish mumkin emas. Sinov ertalab och qoringa 10-14 soatlik (lekin 16 soatdan ko'p bo'lmagan) ochlikdan keyin o'tkaziladi.

3. Glikemiyaning birinchi sinamasi 10-14 soat davomida tungi ochlikdan so'ng ertalab och qoringa olinadi (suv ichishga ruxsat etiladi). Birinchi marta qon olgandan so'ng tekshiriluvchi 75 g glyukozani 250-300 ml suvda 2-5 daqiqa davomida ichadi (limon sharbati yoki limon kislotasini qo'shish mumkin). Bolalar uchun - 1 kg vazngа 1,75 g glyukoza, lekin 75 g dan oshmasligi kerak.

Glikemiya darajasi 2 soatdan keyin aniqlanadi.

4. Tekshirish vaqtida bemor tinch o'tirishi kerak, chekish va jismoniy zo'riqishlar istisno qilinadi. Hayz kunlarida o'tkazish tavsiya etilmaydi. GPTT (uning ko'rsatkichlari) talqini standartdir.

Glyukozaga peroral tolerantlik testini o'tkazishga ko'rsatmalar:

Ortiqcha vazn (tana vazni).

Ateroskleroz.

Arterial gipertenziya.

Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarning yaqin qarindoshlari.

Homila tushishi, erta tug'ruq, juda yirik yangi tug'ilgan chaqaloqlar yoki rivojlanish nuqsonlari bo'lgan bolalar, o'lik tug'ilgan chaqaloqlar, homiladorlik davrida qandli diabet bo'lgan ayollar.

Metabolik sindrom.

Jigarning surunkali kasalliklari.

Tuxumdonlar polikistozi.

Etiologiyasi noaniq neyropatiyalar.

Diuretiklar, glyukokortikoidlar, sintetik estrogenlarni uzoq vaqt qabul qilish.

Surunkali paradontoz va furunkulyoz.

1-tur qandli diabet asoratlari. Davolanmasa, insulin yetishmovchiligi va glyukoza ortiqchaligi tufayli yuzaga keladigan metabolik buzilishlar faqat kuchayadi: suvsizlanish kuchayadi, qon bosimi pasayadi, gipoksiya va miya po'stlog'ining shishi rivojlanadi. Oqibatda hayot uchun xavfli asorat - diabetik komaga olib kelishi mumkin. Qondagi qand miqdoriga qarab diabetik koma ikki turga bo'linadi: gipoglikemik (qand miqdorining kamayishi bilan bog'liq) va giperglikemik (qonda qand miqdorining ko'payishi natijasida kelib chiqadi). Ketoasidotik, giperosmolyar va laktatsidemik koma alohida ajratiladi. **Giperglikemik koma.** Diabetik giperglikemik koma - qondagi qand miqdorining haddan tashqari yuqori bo'lishi bilan bog'liq qandli diabetning asorati. Bu o'tkir insulin yetishmovchiligi bilan birga keladi, bu kuchli stress yoki tez uglevodlarga boy ovqatga olib kelishi mumkin.

Giperglikemiya belgilari:

- qondirib bo'lmaydigan tashnalik,
- tez-tez siyish,
- zaiflik,
- xira ko'rish,
- og'izdan atseton yoki olma hidi,
- qorin og'rig'i,
- tez-tez yuzaki nafas olish,
- ko'ngil aynishi va qusish,
- issiq va quruq teri,
- past qon bosimi.

Ketoatsidotik koma. Diabetik ketoasidoz yoki diabetik ketoatsidotik koma ham insulinning o'tkir yetishmovchiligi fonida yuzaga keladi. Bunday buzilishda qondagi glyukoza miqdori 15 mmol/l dan oshib ketadi, ya'ni me'yordan uch va undan ortiq marta oshib ketadi (kattalar qonidagi qand miqdori me'yori - 3,5-5,5 mmol/l). Siydikda zaharli birikmalar - keton tanachalari paydo bo'ladi, odam esa holsizlikni his qiladi, kuchli chanqoqni his qiladi, tez-tez siyish istagi paydo bo'ladi. Ishtahasi yo'qoladi, qorni og'riydi, chiqargan nafasida atseton hidi seziladi. Bunday alomatlar shoshilinch kasalxonaga yotqizishga ko'rsatma bo'ladi.

Giperosmolyar koma

Giperosmolyar komada odamda glyukoza darajasi (odatda 33 mmol/l gacha va undan yuqori) va qondagi elektrolitlar konsentrasiyasi (330-500 mosmol/l) sezilarli darajada oshadi, bundan tashqari, uning qoni quyuqlashadi va suyuqlik organizmdan kuchli chiqariladi, suvsizlanish rivojlanadi.

Natijada bosh miyada qonning mikrotsirkulyasiyasi buziladi. Bunda ketoatsidotik komadan farqli o'laroq, ketonlar miqdori me'yordan oshmaydi va qonning pH ko'rsatkichi pasaymaydi.

Giperosmolyar koma belgilari:

- tez-tez siyish istagi,
- og'iz qurishi,
- tez-tez yuzaki nafas olish,
- yurak urishi tezlashishi.

Agar holat to'g'rilanmasa, asab tizimi tomonidan buzilishlar paydo bo'ladi: gallyutsinasiyalar, tutqanoqlar, hushini yo'qotishgacha bo'lgan tormozlanish.

Laktasidemik koma

Laktasidemik koma odatda kamqonlik, is gazidan zaharlanish, turli xil shoklar va epilepsiya kabi yondosh patologiyalar bilan og'rigan bemorlarda paydo bo'ladi. Qonda sut kislotasi (laktat) to'planadi. Bunday asorat, odatda, tez rivojlanadi va mushaklarda og'riq, ich kelishining buzilishi, qorin og'rig'i, holsizlik, bezovtalik, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi va qusish bilan namoyon bo'ladi. Davo qilinmasa, yurak va

tomirlardagi buzilishlar faqat zo'rayib boradi, hansirash paydo bo'ladi, puls tezlashadi. Bunda teri oqaradi va ko'karadi.

1-tur qandli diabetning surunkali asoratlari

1-tur qandli diabetning surunkali asoratlari shikastlangan tomirlarning kalibriga qarab makroangiopatiyalar (arteriyalarga ta'sir qiladi) va mikroangiopatiyalar (kapillyarlar) ga bo'linadi. Diabetik makroangiopatiya deganda ko'pincha ateroskleroz - tomirlar bo'shlig'ida xolesterin pilakchalarining to'planishi tushuniladi. Natijada qon aylanishi buzilib, insult yoki infarkt yuzaga kelishi mumkin. Bundan tashqari, diabetik makroangiopatiyada ko'pincha oyoqlar zararlanib, diabetik tovon deb ataladigan kasallik boshlanadi. Diabetik oyoq - 1-toifa diabetning asorati bo'lib, oyoq kaftining yumshoq to'qimalari yuqori darajadagi shikastlanish va infektsiyaga uchraydi. Mikroangiopatiyalarga diabetik retinopatiya (ko'zning zararlanishi), diabetik nefropatiya (buyrakning zararlanishi), diabetik neyropatiya (asab tizimining zararlanishi) kiradi.

Diabetik retinopatiya ko'z to'r pardasi tomirlarida ko'plab qon quyilishlar bo'lishi bilan ta'riflanadi. Qandli diabetning 1-turida ko'zning shikastlanishi patologiya davomiyligi 20-yildan ortiq bo'lgan bemorlarning 90 foizida yuzaga keladi. Bundan tashqari, mayda tomirlar regenerasiyasi buziladi. Shu sababli tanadagi yaralar yaxshi bitmaydi. Chunonchi, kichkina kesilgan joy ham chuqur yiringlagan yaraga aylanib ketishi mumkin. Bunday asoratlarning oldini olish yoki hech bo'lmaganda kechiktirish uchun qondagi glyukozani muntazam ravishda kuzatib borish va dori-darmonlar bilan davolash imkon beradi.

Qandli diabetni davolash.

Kasallikni davolashda ovqatlanish katta rol o'ynaydi. Qandli diabetning 1-turida bemor shirin, unli, tez uglevodli mahsulotlardan voz kechishi kerak. Ovqatlanish bo'lib-bo'lib va me'yorida bo'lishi kerak. Parhezga ko'proq sabzavot qo'shish tavsiya etiladi. Eng maqbul yechim - muvozanatli taomnomani tuzishga yordam beradigan nutritsiolog shifokor maslahati. Ratsiondagi uglevodlarni hisoblash uchun universal parametr - non birligi (NB) qo'llaniladi, bu taxminan 15 g toza uglevodga yoki 20-25 g oq nonga to'g'ri keladi. Har bir iste'mol qilingan NB

qondagi glyukoza miqdorini o‘rtacha 2,77 mmol/l gacha oshiradi. Bunday miqdordagi glyukozaning o‘zlashtirilishiga 1,4 TB insulin dozasi yordam beradi.

Qandli diabet bilan og‘rigan odamlar iste’mol qilishi mumkin bo‘lgan uglevodlarning aniq miqdori aniqlanmagan. Bu vazn, jismoniy faollik darajasi va boshqa parametrlarga bog‘liq bo‘lgan individual ko‘rsatkichdir.

Dastlab, odam kuniga kerakli uglevodlar miqdorini va ulardan glyukozani o‘zlashtirishga yordam beradigan insulin dozasini hisoblashni diyetolog yoki davolovchi shifokor bilan o‘rganadi. Vaqt o‘tishi bilan u buni o‘zi hisoblay oladi.

Bundan tashqari, qandli diabet bilan og‘rigan odamlarga chekishni tashlash va spirtli ichimliklarni iste’mol qilishni istisno qilish yoki cheklash tavsiya etiladi (ayollar uchun kuniga 1 shartli birlikdan va erkaklar uchun 2 shartli birlikdan oshmasligi kerak).

Insulin preparatlari ta’sir davomiyligi bo‘yicha farqlanadi:

• o‘ta tezkor - taxminan 1-10 daqiqadan keyin ta’sir qila boshlaydi va 3 soatdan 5 soatgacha samarali;

• ultraqisqa - taxminan 5-15 daqiqadan keyin ishlay boshlaydi va 4 soatdan 5 soatgacha samaradorlikni saqlab qoladi;

• qisqa muddatli - o‘rtacha 20-30 daqiqadan so‘ng ta’sir qiladi, 5-6 soat samarali;

• o‘rtacha davomiylik - 2 soatdan keyin ta’sir qiladi va 12 soatdan 16 soatgacha ishlaydi;

• uzoq muddatli - 1-2 soatdan keyin ishlay boshlaydi va 24-36 soat ichida samarali bo‘ladi;

• o‘ta uzoq muddatli - 30-90 daqiqada ta’sir qiladi va 42 soatdan ortiq ishlaydi.

Tegishli preparatni shifokor bemorning anamnezi va sog‘lig‘ini hisobga olgan holda tanlaydi.

Pompali insulin terapiyasi

Zamonaviy tibbiyot 1-tur QD bilan og‘rigan bemorlarga shprislarga muqobil - insulin pompasi o‘rnatishni taklif qiladi. Ixcham apparat tanaga o‘rnatiladi va kateter orqali gormonni avtomatik ravishda dozalaydi.

Bemor faqat bo‘sh insulin ampulalarini yangisiga o‘z vaqtida almashtirishi kerak.

Pompali insulinoterapiya quyidagi holatlarda ko‘rsatiladi:

- qondagi glyukoza miqdori 7% dan yuqori;
- anamnezda og‘ir gipoglikemiyalar mavjudligi;
- yaqqol ifodalangan "tonggi shafaq" fenomeni;
- gormon kichik dozalarda yuborilganda insulinga bo‘lgan ehtiyojning pastligi;
- mikrotomir asoratlarining mavjudligi yoki rivojlanish xavfi.

Nasosni o‘rnatish uchun quyidagi shartlar bajarilishi kerak:

- bemorning qurilma ishini nazorat qilish va boshqarish istagi;
- statsionar sharoitida birlamchi pompa insulinoterapiyasini o‘tkazish;
- bemorga apparatning texnik xususiyatlarini, sozlash va dasturlash usullarini o‘rgatish.

Qandli diabetning 1-turi bo‘yicha bilimlari yetarli bo‘lmagan, glikemiyani o‘z-o‘zini nazorat qilish va shifokor tavsiyalariga rioya qilishda qiyinchiliklarga ega bo‘lgan bemorlarga nasos o‘rnatish tavsiya etilmaydi.

Quyidagi hollarda insulinoterapiyani apparat yordamida o‘tkazish maqsadga muvofiq emas:

- 1-tur qandli diabetning manifestatsiyadan keyin 6 oydan kam muddatda birlamchi aniqlanishi;
- bemorning glyukoza darajasini va nasosning ishlashini nazorat qilish istagi yoki imkoniyati yo‘qligi;
- nasosli insulinoterapiya boshlanganidan keyin 1-yil davomida maqsadli ko‘rsatkichlarga erishilmaganligi yoki glyukoza darajasining sezilarli darajada pasaymaganligi;
- qurilmadagi yozuvlarni o‘qishga imkon bermaydigan ko‘rish o‘tkirligining sezilarli pasayishi;
- bemorning beqaror ruhiy holati;

• surunkali patologiyaning kuchayishi yoki o'tkir somatik kasallik.

Jarrohlik yo'li bilan davolash

Insulinga bog'liq qandli diabetni davolashning yangi usullaridan biri oshqozon osti bezi yoki alohida beta-hujayralarni ko'chirib o'tkazishdir. Transplantat faqat odamniki bo'lishi mumkin. Bemor a'zo ko'chirib o'tkazilgandan so'ng, immunitet tizimini bostiradigan immunosupressiv dorilarni umrbod qabul qilishi kerak.

Bemor quyidagi hollarda donorlik bezini kutish ro'yxatiga kiritiladi:

• glikemiyaning o'ta yuqori o'zgaruvchanligi;

• hayot sifatini pasaytiruvchi qandli diabetning yaqqol asoratlari;

• og'ir avtonom disfunksiya.

1-tur qandli diabet prognozi va profilaktikasi

Bemor qondagi glyukoza miqdorini nazorat qilish orqali kasallik qaytalanishining oldini olishi mumkin. Shu maqsadda glyukometrlardan foydalaniladi. O'z-o'zini nazorat qilish kuniga kamida 4 marta ko'rsatiladi: ovqatlanishdan oldin, ovqatdan 2 soat o'tgach, uyqudan oldin va tunda. Glyukometr jismoniy zo'riqish, avtomobil haydash, murakkab uskunalar bilan ishlash va boshqa mas'uliyatli harakatlar oldidan ishlatiladi. Qand miqdorini o'lchash ham insulin dozasini o'z vaqtida to'g'rilashga yordam beradi.

Bunday tashxis qo'yilgan odamlarga umr bo'yi insulin yuborish va rasiondagi uglevodlar miqdorini nazorat qilish kerak. Davolanmasa, qandli diabetning oqibati yomon: odam yurak-qon tomir tizimining shikastlanishi tufayli vafot etishi mumkin.

Qandli diabet asoratlarining oldini olish usullari:

• muntazam insulin inyeksiyalari;

• shifokor tavsiyasiga ko'ra dori vositalarini qabul qilish;

• yetarli miqdorda kletchatkaga ega bo'lgan xilma-xil ovqatlanish;

• sport bilan muntazam shug'ullanish;

• ratsiondagi non birliklarini hisoblash;

• spirtli ichimliklar va chekishdan voz kechish.

Bundan tashqari, 1-toifa qandli diabet bilan og'rigan barcha bemorlar har yili endokrinolog va oftalmolog tomonidan profilaktik

tekshiruvdan o'tishlari va qon tahlillarini topshirishlari kerak. Oftalmologning rejali qabulida shifokor bemorni ko'zdan kechiradi, ko'rish o'tkirligini o'lchaydi va nuqtali qon quyilishlar, mikroanevrizmalar va tomirlarning o'sishini aniqlash uchun oftalmoskopiya o'tkazadi. Endokrinolog tahlil natijalarini baholaydi va umumiy ko'rikdan o'tkazadi, bunda teri holati va harakat reflekslariga alohida e'tibor qaratadi. 1-tur qandli diabet bilan og'rigan bemorlar uchun har yili o'tkaziladigan skrining quyidagilarni o'z ichiga oladi: koptokchalar filtratsiyasi tezligini hisoblash bilan kreatinin uchun qon tahlili va siydik tahlili (buyrak tomondan asoratlarni aniqlash uchun).

BOLALARDA ORTIQCHA VAZN VA SEMIZLIK. ERTA DIAGNOSTIKA, SKRINING.

Aholi bilan ishlash. Metabolik sindrom.

Ortiqcha vazn va semizlikda bolalar ortiqcha vazngа ega bo'lib, o'z yoshiga nisbatan ortiqcha yog'ga ega bo'ladilar. Semizlik ortiqcha vaznning jiddiyroq shakli hisoblanadi. Ortiqcha vazn va semizlik bolalarning oziq-ovqat va ichimliklar bilan energiya iste'moli kundalik faoliyatga sarflanadigan energiya miqdoridan oshib ketganda yuzaga keladi. Ortiqcha vazn va semizlik bolalar salomatligi uchun jiddiy muammo hisoblanadi.

Bolalar va o'smirlarda semizlik sabablari:

Shifokorlar bolalar semizligining asosiy sababini ovqat bilan ortiqcha kaloriya iste'mol qilish deb atashadi. Ko'pchilikning ishonchi komilki, bolaning do'mboq yonoqlari va qo'l-oyoqlaridagi tortmalar - bu yaxshi salomatlik ko'rsatkichidir, ortiqcha kilogrammlar esa vaqt o'tishi bilan o'sishga ketadi. Kichkintoyni doimo ovqatlantirishga harakat qilishadi: pishiriqlar, konfetlar, non - bularning barchasi asosiy taomlarni to'ldiradi.

Bolalarda ortiqcha vazn paydo bo'lishiga olib keladigan kamroq tarqalgan sabablar quyidagilardir:

- jismoniy faollikning yetishmasligi;
- irsiyat;

• moddalar almashinuvining buzilishi;

• endokrin patologiya (gipotireoz, buyrak usti bezi gormonlarining ortiqchaligi);

• noto'g'ri kun tartibi, kam uyqu;

• ba'zi dorilarni uzoq vaqt qabul qilish (gormonal vositalar, antidepressantlar);

• genetik og'ishlar va h.k.

Xavf guruhidagi bolalar:

• tug'ilganda katta vaznga ega (4 kg dan ortiq);

• ko'krak suti bilan oziqlantirishdan mahrum bo'lganlar - sun'iy ravishda yaratilgan sut aralashmalari bilan oziqlantirilganda doimiy ravishda qayta oziqlantirish xavfi mavjud;

• qo'shimcha ovqatni erta berish, ayniqsa shirin bo'tqalar ko'rinishida;

• oziq-ovqatga majburlash, ovqatga sig'inish, kattalarning ortiqcha ovqatlanishi muhitida o'sayotganlar.

Tasniflash

Semizlik kelib chiqish sabablariga ko'ra quyidagilarga bo'linadi:

birlamchi va ikkilamchi. Bolalardagi birlamchi semizlik ekzogen-konstitusional (nasliy moyillik bilan bog'liq) va alimentar (ovqatlanishdagi xatoliklar bilan bog'liq) turlarga bo'linadi. Konstitusional semizlikda bolalar ortiqcha vaznning o'zini emas, balki organizmdagi almashinuv jarayonlarining kechish xususiyatlarini meros qilib oladilar. Alimentar semizlik ko'pincha bolalarda rivojlanishning kritik davrlarida: erta bolalik davrida (3 yoshgacha), maktabgacha yoshda (5-7 yosh) va balog'atga yetish davrida (12 yoshdan 16 yoshgacha) paydo bo'ladi.

Bolalardagi ikkilamchi semizlik turli xil tug'ma va orttirilgan kasalliklarning oqibati hisoblanadi. Ikkilamchi semizlikning eng ko'p uchraydigan turi qizlarda tuxumdonlar, bolalarda qalqonsimon bez, buyrak usti bezlari kasalliklari bilan birga keladigan endokrin semizlikdir.

Semizlik darajasi tana vazni indeksi bo'yicha aniqlanadi, u quyidagicha hisoblanadi: vaznni ikkinchi darajaga ko'tarilgan bo'yga bo'lish

TVI= vazn (kg) /bo'y2 (m2)

• I darajali semizlik - bolaning tana vazni me'yordan 15-24% ga ortiq.

• II darajali semizlik - bolaning tana vazni me'yordan 25-49% ga ortiq.

• III darajali semizlik - bolaning tana vazni me'yordan 50-99% ga ortiq.

• IV darajali semizlik - tana vazni ruxsat etilgan yosh me'yoridan 100% dan ortiq.

80% bolalarda I-II darajali birlamchi semizlik aniqlanadi.

XKT 10 Xalqaro kasalliklar tasnifida bolalardagi semizlik E66 shifri bilan kodlangan. Uning ortiqcha ovqatlanish, dori-darmonlar qabul qilish natijasida kelib chiqadigan turlari, shuningdek, bolaning nafas olishiga to'sqinlik qiladigan, o'pkadagi alveolalarning to'liq ochilishiga imkon bermaydigan kasallikning o'ta og'ir darajasi alohida ko'rib chiqiladi.

Bemorlarning tashqi ko'rinishiga qarab, shifokorlar bolalardagi semizlikning bir nechta turlari haqida gapirishadi:

• abdominal - yog' asosan qorinda to'planadi;

• periferik - tana bo'ylab bir tekis taqsimlanadi;

• ginoid - yog' to'planishining maksimumi dumba va sonlarda bo'ladi;

• android - yog' to'qimasi qorin, ko'krak, orqa qismida guruhlanadi.

Bolalarda semizlik belgilari

Bolalar semizligining asosiy belgisi teri osti yog' qavatining ko'payishi hisoblanadi. Uning tarqalishi, shuningdek ikkilamchi belgilari patologiyaning shakliga bog'liq. Bolalarda semizlikning alimentar turi odatda qorin, son, dumba, orqa, ko'krak, yuz va qo'l sohalarida yog'ning ko'pligi bilan namoyon bo'ladi. Patologiya jismoniy zo'riqishga sezuvchanlikning pasayishi, hatto kichik faollik paytida ham nafas qisilishi, qon bosimining ko'tarilishi bilan birga keladi. Davolanmasa, ortiqcha vazn bolalarda insulinga rezistentlik, metabolik sindrom, qandli diabet, arterial gipertenziya, nefropatiya rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Ikkilamchi semizlik belgilari har bir bolada o'ziga xos tarzda namoyon bo'ladi, chunki bu muammoni keltirib chiqargan sababga

bog'liq. Chunonchi, Itsenko-Kushing sindromida yog', asosan, qorin, yuz va bo'yin sohasida to'planib, ortiqcha tuklar paydo bo'lishi bilan birga davom etib boradi. Tuxumdonlar polikistozi sindromida ortiqcha vazn terining haddan tashqari yog'liligi, husnbuzar toshmalari va hayzning tartibsizligi bilan birga keladi. Bu holatda shifokorning vazifasi nafaqat semizlik mavjudligini aniqlash, balki uning sababini, shuningdek, unga bog'liq muammolarni ham aniqlashdir.

Bolalarda semizlik asoratlari

Bola qancha ko'p ortiqcha kilogrammni "tashisa," organizmga shuncha qiyin bo'ladi. Yurak-qon tomir va nafas olish tizimlariga yuklama ortadi, tayanch-harakat tizimi zarar ko'radi. Muntazam ravishda ortiqcha ovqatlanish hazm qilish muammolari, pankreatit va xolesistitning rivojlanishiga yordam beradi.

1-darajali semizlik ko'pincha ahamiyatsiz bo'lib tuyuladi, chunki bola semiz ko'rinmaydi. Shunga qaramay, hatto u quyidagilarga olib kelishi mumkin:

- umurtqa pog'onasining qiyshayishi;
- yuqori qon bosimi;
- bosh og'rig'i;
- gastrit.

Bolalar semizligining 2-darajasi yanada sezilarli oqibatlarga sabab bo'ladi:

- ko'p terlash;
- gormonal buzilishlar;
- husnbuzar va akne (o'smirlik davrida).

Bolalarda semizlikning 3 bosqichi rivojlanishi bilan quyidagilar paydo bo'ladi:

- bo'g'im kasalliklari;
- jinsiy yetilish va reproduktiv funksiyaning buzilishi;
- son va chov churralari;
- qandli diabet va arterial gipertoniya xavfining ortishi.

4-daraja - o'ta xavfli holat. Hatto bolada ham diabet, ateroskleroz, bavosil, stenokardiya, jigar yetishmovchiligi va shunga o'xshash og'ir kasalliklar paydo bo'lishi mumkin. Uyqu paytida nafas olishning buzilishi

xavfi ortadi (tungi apnoe). O'tib ketgan hollarda mustaqil harakat qilish qobiliyati yo'qoladi, chunki umurtqa pog'onasi va bo'g'imlar o'z tanasining og'irligini ko'tara olmaydi. Bolalarda semizlik keltirib chiqaradigan psixologik oqibatlarni unutmaslik kerak. Maktabda bola tahqirlanishi mumkin, tengdoshlari bilan to'liq o'ynay olmaslik esa vaziyatni yanada og'irlashtiradi. O'smirlik davrida bu komplekslarga aylanishi mumkin.

Bolalarda semizlik diagnostikasi

Semizlikni aniqlash va uning darajasini baholash uchun bolaning bo'yi va vaznini o'lchash, so'ngra tana vazni indeksini hisoblash kifoya. Qo'shimcha tekshiruvlar kasallikning mumkin bo'lgan sabablarini aniqlash, davolash taktikasini belgilash imkonini beradi. Shifokorlar ota-onalardan chaqaloqning tug'ilgandagi vazni, o'sish dinamikasi, o'tkazgan va mavjud kasalliklari, irsiyati haqida so'rashadi. Bolalarda semizlikni tashxislashning asosiy usullari ro'yxatiga quyidagilar ham kiradi:

- fizik parametrlarni aniqlash;
- qon bosimini o'lchash;
- bioimpedansometriya (tanadagi yog' to'qimalari miqdorini aniqlash);
- qonning biokimyoviy tahlili;
- qondagi insulin va qalqonsimon bez gormonlari miqdorini aniqlash;
- Qorin bo'shlig'i va qalqonsimon bez ultratovush tekshiruvi;
- EKG;
- endokrinolog, gastroenterolog, genetik, nevrolog ko'rigi.

Bolalar va o'smirlardagi semizlikni uning sababidan qat'i nazar davolash murakkab va uzoq davom etadigan jarayon bo'lib, nafaqat shifokorlar, balki bolaning ota-onasi ham ishtirok etishi kerak. Oilaning har bir a'zosi barcha tayinlangan tadbirlarning ahamiyatini tushunishi, diyetolog va boshqa mutaxassislarning ko'rsatmalariga rioya qilishi muhimdir. Ota-onalar va barcha oila a'zolari to'g'ri namuna ko'rsatib, sog'lom turmush tarziga o'tishlari muhimdir.

Bolalarda 1 va 2 darajali semizlikni davolash bo'yicha zamonaviy klinik tavsiyalar, birinchi navbatda, parhez va jismoniy faollikni o'z

ichiga oladi. Bolaning metabolizmi kattalarnikiga qaraganda ancha intensiv, shuning uchun asosiy ovqatlanish qoidalariga rioya qilish muvaffaqiyat garovidir.

Ortiqcha vaznli bola uchun parhez quyidagi qoidalarga muvofiq tuziladi:

- kam miqdorda shirin va yog'li ovqatlar, tuz;
- toza suvni muntazam ravishda yetarli miqdorda iste'mol qilish;
- kichik porsiyalarda bo'lib-bo'lib ovqatlanish;
- oxirgi ovqatlanish uyqudan 3 soat oldin;
- fastfud, gazlangan ichimliklar, chipslar va boshqalarni istisno qilish.

Semiz bola menyusiga o'rtacha yog'li shakarsiz sut mahsulotlari, yog'siz go'sht, parranda yoki baliqdan tayyorlangan pishirilgan, qaynatilgan yoki bug'da pishirilgan taomlar, o'rtacha miqdorda yormalar va shirin mevalar, cheklovlarsiz sabzavotlar kiradi.

Jismoniy faollik nafaqat vazn yo'qotishni tezlashtiradi, balki terini taranglashtiradi, mushaklarni mustahkamlaydi. Mashqlar majmuasi DJT shifokori ishtirokida tuziladi va bolaning dastlabki tana vazni, uning yoshi va istaklarini hisobga oladi. O'yin sport turlari, musobaqalar, kundalik gimnastika yoki kuch mashqlari - harakat zavq bag'ishlashi kerak.

Semizlikning og'ir shakllarini davolash sport va parhezdan tashqari dori-darmonlar, gormonal va boshqa buzilishlarni tuzatishni o'z ichiga oladi. Oshqozon hajmini kichraytirish va bariatrik jarrohlikning boshqa usullarini o'tkazishga faqat 18 yoshdan ruxsat beriladi.

Semizlik kasalligini davolash bilan diyetolog shug'ullanadi.

Semizlikning oldini olish

Bolalar va o'smirlarda semizlikning oldini olish erta yoshdan boshlab to'g'ri ovqatlanishdan iborat. Bu ota-onalarning 6 oygacha faqat ko'krak suti bilan oziqlantirish, keyin esa sabzavot va don mahsulotlari bilan qo'shimcha ovqatlantirish muhimligini anglashidan boshlanadi. Ko'krak suti bilan oziqlantirish ham keyinchalik to'g'ri metabolizmga yordam beradi. Bolalar va o'smirlarda semizlikning eng yaxshi profilaktikasi butun oila bo'lib sog'lom turmush tarziga rioya qilishdir.

XI BOB. MARKAZIY ASAB TIZIMI ZARARLANISHINING SEMIOTIKASI

Markaziy nerv sistemasining faoliyati ko'p sabablarga ko'ra o'zgarishi mumkin. Bularga meningit, ensefalit, poliomiyelit kabi neyroinfeksiyalar, shuningdek, kelib chiqishi turlicha bo'lgan intoksikatsiyalar, jumladan, virusli va bakterial zaharlanishlar kiradi. Komatoz holatlar diabet-giperglikemik, gipoglikemik yoki giperosmolyar komada paydo bo'lishi mumkin. Shikastlanishlar, shu jumladan tug'ruq, shuningdek buyrak, jigar va buyrak usti bezi yetishmovchiligining turli shakllari ham markaziy asab tizimiga ta'sir ko'rsatishi mumkin. Tug'ruq paytida bo'g'ilish asab tizimining shikastlanishiga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, bolalarda markaziy asab tizimining shikastlanish sabablari zaharli moddalarning to'planishiga olib keladigan tug'ma metabolik kasalliklar bo'lishi mumkin, masalan, galaktozemiya yoki fenilketonuriyada. MNS buzilishlarida xulq-atvor va ongda o'zgarishlar, mushaklar tonusining tebranishi, reflekslarning buzilishi kuzatiladi, spontan, passiv va faol harakatlar hajmi kamayadi.

Tekshiruvda bolalarda noqulaylik va ong buzilishlarining namoyon bo'lishining ma'lum ketma-ketligini hisobga olish muhimdir.

Eyforiya bilan qo'zg'alish holati. Harakat faolligi va o'yin xatti-harakatlarining kuchayishi, o'ziga xos so'zamollik yoki vaysaqilik kuzatiladi. Yaqinlari bilan aloqa yomonlashadi (bola go'yo murojaat, iltimos va buyruqlarni sezmaydi), ishtahasi pasayadi, uxlash va uyg'onish vaqti ortadi.

Negativizm bilan qo'zg'alish holati. Umumiy qo'zg'aluvchanlik holati fonida ijobiy his-tuyg'ular yo'qoladi, bola injiq bo'lib qoladi, arzimagan narsaga yig'laydi va baqiradi, o'yinchoqlarni itaradi, ovqatdan bosh tortadi, nimani xohlayotganini bilmaydi. Qo'llariga ko'tarishlarini talab qiladi, uxlay olmaydi. Teri sezuvchanligi kuchaygan - teginishga keskin reaksiya ko'rsatadi, ko'rpani tashlaydi. Teri va pay reflekslari kuchayishi mumkin.

Uyquchanlik bilan birgalikda qo'zg'alish holati. Faollik davrlari vaqtinchalik tinchlik, lanjlik va uyquchanlik bilan almashinib turadi. Bola boshini qo'yishni boshlaydi. Terining sezuvchanligi yuqoriligicha qoladi, reflekslar kuchaygan yoki normallashgan bo'lishi mumkin.

Somnolentlik. Doimiy bo'shashish va uyquchanlik, qisqa muddatli uyqu bilan namoyon bo'ladi, bu yuzaki bo'lib qoladi. Yig'i va qichqiriq o'rniga ohista ingrash kuzatiladi, onaning tashlab ketishiga bo'lgan reaksiya deyarli sezilmaydi. Ko'zdan kechirish va yo'rgaklashga javob ham sust, teri sezuvchanligi va pay reflekslari pasaygan.

Stupor. Kuchli turtkidan keyin odam zo'rg'a chiqadigan karaxtlik holati. Ko'pincha atetozga o'xshash harakatlar bilan harakat bezovtaligi epizodlari paydo bo'ladi. Reflekslar susaygan.

Og'riq ta'siriga reaksiya aniq, ammo qisqa muddatli bo'ladi.

Sopor. Chuqur uyqu va karaxtlik; bolani uyg'otib bo'lmaydi. Terining sezuvchanligi aniqlanmaydi, pay reflekslari qiyinchilik bilan va doimiy bo'lmagan asosda chaqiriladi. Og'riqqa reaksiya noaniq. Ko'z qorachig'i va shox parda reflekslari saqlanib qoladi. Es-hushi zaiflashgan, yutish saqlangan.

Koma. Reflekslar va sezuvchanlik to'liq yo'qoladi, inyeksiya va boshqa harakatlarga reaksiya bo'lmaydi. Ko'z qorachiqlari kengaygan, yorug'likka reaksiyasi yo'q, shox parda refleksi yo'q.

Markaziy nerv sistemasi faoliyatidagi o'zgarishlar hamisha vegetativ o'zgarishlar bilan birga davom etib boradi. Qo'zg'alish fazasida simpatik bo'limning faollashuvi sodir bo'ladi, bu taxikardiya, taxipnoe va qon bosimining ko'tarilishiga olib keladi. Keyingi fazalarda parasimpatik tizimning ustunligi kuzatiladi. Og'ir patologik holatlarda markaziy asab tizimining shikastlanishi hech qachon faqat ong va reflektor reaksiyalarning buzilishi bilan cheklanmaydi. Stupor, sopor va koma holatida har doim hayotiy muhim funksiyalarning, ayniqsa, miyaning o'zak qismlarida progressiv buzilishlari mavjud. Bu buzilishlar tartibsiz nafas olishni (masalan, Cheyn - Stoks, Grokko yoki Biot turi), shuningdek, nafas olish yoki qon tomirlarini harakatlantiruvchi markazlarning falajini keltirib chiqarishi mumkin.

• Cheyn-Stoks nafas olishi nafas chuqurligining oshishi bilan tavsiflanadi, u taxminan 10 sikldan keyin pasayishni boshlaydi va apnoe bilan tugaydi (bir daqiqagacha), shundan so'ng sikl takrorlanadi. Grokko nafasi (dissotsiatsiyalangan turi) ham chuqurlashish bilan boshlanadi, lekin apnoega o'tmasdan davom etadi. Biot nafasi (nafasning agonirlovchi turi) bir qator odatdagi nafas harakatlari 30 soniyagacha davom etadigan pauzalar bilan to'xtatilishi bilan tavsiflanadi. Nafas olishning barcha anomal turlari miyaning turli tabiatdagi jiddiy shikastlanishidan dalolat beradi.

MAT PERINATAL JAROHATLARI

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi

MNSning perinatal shikastlanishlari homila va yangi tug'ilgan chaqaloq rivojlanishining kritik davrlarida gipoksiya, jarohatlar yoki infeksiyalar natijasida rivojlanadi. Eng ko'p uchraydigan shakli - gipoksik-ishemik ensefalopatiya (GIE).

I darajali GIE (yengil): giperqo'zg'aluvchanlik, tez-tez sababsiz yig'lash, iyak va oyoq-qo'llarning titrashi xos. Chaqaloq ko'krakni yaxshi ema olmaydi, uyqusi buziladi. Nevrologik simptomatika odatda hayotning 7-10 kuniga kelib regressiyaga uchraydi.

II darajali GIE (o'rtacha): Tushkunlik sindromi ustunlik qiladi: bo'shashish, mushaklar gipotoniyasi, zaif qichqiriq. Apnoe, sianoz, oyoq-qo'llarning mayda amplitudali titrashi ko'rinishidagi tutqanoq epizodlari bo'lishi mumkin. Neyrosonografiyada (NSG) miya shishi yoki nuqtali qon quyilishlar aniqlanadi.

III darajali GIE (og'ir): bola komatoz holatda: og'riqqa reaksiya, so'rish va yutish reflekslari yo'q. Talvasalar tonik-klonik xarakterga ega. MRTda - bazal gangliyalar va talamusning shikastlanishi. Prognoz salbiy: BSF yoki epilepsiya rivojlanish xavfi yuqori.

Chala tug'ilgan chaqaloqlarda intrakranial qon quyilishlar (I-IV darajali QIQQ) hayotning 3-5 kunida holatning keskin yomonlashishi bilan namoyon bo'ladi: apnoe, bradikardiya, liqildoqning bo'rtib chiqishi. Muddatida tug'ilgan chaqaloqlarda subdural gematomalar anizokoriya, o'choqli talvasalar bilan kechadi.

Pediatr taktikasi:

GIEga shubha tug'ilganda - shoshilinch ravishda stasionarga yuborish. Shifoxonadan chiqqandan so'ng - har oyda psixomotor rivojlanishni baholash. Harakat ko'nikmalari kechikkanda (3 oyda boshini ushlab turmaydi, 6 oyda ag'darilmaydi) - uqalash, DJT, nevrolog maslahati.

EPILEPSIYA VA TUTQANOQ SINDROMLARI

Xurujlarning klinik xususiyatlari

Bolalardagi tutqanoq xurujlari murakkab va ko'p qirrali klinik hodisa bo'lib, ularning tabiati va olib borish taktikasini aniqlash uchun chuqur tahlilni talab qiladi. Bolalik davrida tutqanoq kattalarga nisbatan ancha ko'p uchraydi, bu markaziy asab tizimining yetilmaganligi, tutqanoqqa tayyorgarlikning yuqoriligi va qo'zg'atuvchi omillarning keng doirasi bilan bog'liq. Talvasalar miya neyronlarining g'ayritabiiy gipersinxron elektr faolligi natijasida yuzaga keladigan mushak tonusining, harakatlarning yoki xatti-harakatlarning beixtiyor, paroksizmal o'zgarishlari sifatida aniqlanadi. Bolalarda ular turli shakllarda namoyon bo'lishi mumkin - umumiy tonik-klonik xurujlardan tortib, kam seziladigan absanslar yoki mioklonik titroqlargacha, bu ularni aniqlashni qiyinlashtiradi.

Bolalardagi epilepsiya polimorfizm bilan ajralib turadi. Uchastka pediatri xavfsiz shakllarni (febril tutqanoqlar) va hayot uchun xavfli holatlarni (epileptik ensefalopatiyalar) farqlashi kerak.

Erta yoshdagi bolalarda tutqanoqning eng ko'p uchraydigan sabablaridan biri febril tutqanoq bo'lib, u tana haroratining ko'tarilishi fonida (odatda 38°C dan yuqori) markaziy asab tizimining yuqumli shikastlanishi bo'lmaganda yuzaga keladi. Ular 6 oylikdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga xos bo'lib, 80% holatlarda oddiy febril shaytonlashlar ko'rinishida kechadi: qisqa muddatli (15 daqiqadan kam), generalizasiyalangan, hushdan ketish va simmetrik tonik-klonik harakatlar bilan. Xurujdan so'ng bola tezda o'ziga keladi, nevrologik holati esa me'yorida bo'ladi. Biroq, bemorlarning 20 foizida murakkab febril tutqanoqlar kuzatiladi - davomli (15 daqiqadan ortiq), fokal yoki 24

soat davomida takrorlanadigan, bu meningit, ensefalit yoki epilepsiya boshlanishini istisno qilishni talab qiladi.

Bolalarda uchraydigan epileptik xurujlar juda xilma-xil bo'ladi. Infantil spazmlar (Vest sindromi) 4-8 oyligida namoyon bo'ladi va bir qator bosh irg'ash, tanani bukish ("salaam xurujlari") yoki ko'pincha yig'lash bilan birga keladigan yozuvchi harakatlar bilan namoyon bo'ladi. Bu xurujlar psixomotor rivojlanishning kechikishi va EEGda o'ziga xos gipsaritmiya bilan birga keladi. Absans epilepsiya 4-10 yoshli bolalarga xos: xuruj paytida bola to'satdan "qotib qoladi," faoliyati to'xtaydi, nigohi yo'qoladi, qovoqlari yoki lablari yengil titrashi mumkin. Xurujlar 5-20 soniya davom etadi va kuniga o'nlab marta takrorlanishi mumkin, bu ko'pincha e'tiborsizlik deb noto'g'ri qabul qilinadi.

Rolandik epilepsiya (bolalikdagi xavfsiz fokal epilepsiya) bir tomonlama klonik yuz tirishishi, tomoq tovushlari va saqlanib qolgan ong bilan kechadigan tungi xurujlar bilan namoyon bo'ladi. O'smirlarda ko'pincha ertalab qo'llarning massiv mioklonik titrashi bilan tavsiflangan yuvenil mioklonik epilepsiya boshlanadi, bu esa tonik-klonik xurujlarga o'tishi mumkin.

Epilepsiyadan tashqari, bolalardagi talvasalar shoshilinch yordamni talab qiladigan o'tkir holatlarning alomati bo'lishi mumkin. Neyroinfeksiyalarda (meningit, ensefalit) xurujlar isitma, ensa mushaklarining rigidligi, es-hushning pasayishi, o'choqli nevrologik simptomatika bilan birga kechadi.

Metabolik buzilishlar (gipoglikemiya, gipokalsiyemiya, gipomagniyemiya) ko'pincha buyrak, jigar patologiyasi yoki endokrin kasalliklari bo'lgan bolalarda elektrolitlar muvozanati buzilishi fonida umumiy tutqanoqlarni keltirib chiqaradi. Bosh miya jarohatlari, ayniqsa intrakranial gematomalar shakllanishi bilan, darhol yoki kechiktirilgan konvulsiyalarni keltirib chiqarishi mumkin. 6 oygacha bo'lgan chaqaloqlarda gipoksik-ishemik ensefalopatiya, homila ichi infeksiyalari yoki tug'ma miya anomaliyalari bilan bog'liq bo'lgan neonatal tutqanoqlarni istisno qilish kerak.

Diagnostika:

Bolalarda tutqanoq xurujlarini tashxislashda anamnezni to'liq yig'ish (perinatal davr, oilaviy epilepsiya tarixi), xuruj xususiyatlarini tahlil qilish (davomiyligi, fokalligi, qo'zg'atuvchi omillar) va instrumental usullar qo'llaniladi. EEG epileptiform faollikni aniqlash uchun "oltin standart" bo'lib qolmoqda va video EEG monitoringi klinik ko'rinishlarni elektr patternlari bilan taqqoslash imkonini beradi. Bosh miyaning MRT tekshiruvi strukturaviy anomaliyalar (malformatsiyalar, o'smalar, shikastlanish oqibatlari) ga shubha qilinganda ko'rsatiladi va laboratoriya tekshiruvlari (glyukoza, elektrolitlar, toksikologik skrining) metabolik sabablarni aniqlashga yordam beradi.

Davolash:

Tanlov preparatlari - valproatlar (generalizatsiyalangan shakllarida), levetiratsetam (fokal shakllarida). Febril tutqanoqlar odatda uzoq muddatli terapiyani talab qilmaydi, lekin ota-onalarga birinchi yordam ko'rsatish qoidalari tushuntiriladi (yonboshga yotqizish, cho'zilgan xurujda diazepamni rektal yuborish).

NEYROINFEKSIYALAR

Meningitlar va ensefalitlar: klinikasi va asoratlari

5 yoshgacha bo'lgan bolalarda neyroinfeksiyalar tez va ko'pincha atipik kechadi.

• Bakterial meningit:

O'tkir boshlanadi: harorat 40°S gacha, qusish, giperesteziya (bola qo'l tekkizilganda qichqiradi). Ko'krak yoshidagi bolalarda - monoton yig'i, liqildoqning bo'rtib chiqishi, "osilish" simptomi (qo'ltiq ostidan ko'tarilganda oyoqlar qoringa qisilgan bo'ladi). "Legaviy it" holati xarakterli: boshni orqaga tashlash, belni egish.

• Enterovirusli meningit:

Yengilroq kechadi: harorat 38-39°C, bosh og'rig'i, yorug'likdan qo'rqish. Meningeal simptomlar kuchsiz ifodalangan, orqa miya punksiyasida likvor limfotsitar pleotsitoz bilan shaffof.

• **Gerpetik ensefalit:**

Talvasalar, es-hushning chalkashligi, o'choqli simptomlar (nazar parezi, afaziya). MRTda - chakka bo'laklarida nekroz o'choqlari.

Asoratlar:

Bakterial meningitdan keyin gidrosefaliya (bosh aylanasining kattalashishi, choklarning ajralishi), neyrosensor eshitish zaifligi kuzatilishi mumkin. Ensefalitlar ko'pincha kognitiv yetishmovchilik va epilepsiyaga olib keladi.

MATNING IRSIY KASALLIKLARI

Orqa miya mushak atrofiyasi

• **I turdagi OMA (Verdnig-Xoffman):**

Hayotning dastlabki oylarida boshlanadi: yaqqol ifodalangan mushak gipotoniyasi ("qurbaqa holati"), mustaqil nafas olishning yo'qligi, reflekslarning yo'qolishi. Bola boshini ko'tara olmaydi, ag'darila olmaydi.

• **II turdagi OMA:**

Belgilari 6-18 oylikda namoyon bo'ladi: proksimal mushaklarning zaiflashuvi, barmoqlarning titrashi, umurtqa pog'onasining qiyshayishi. Bolalar o'tira oladi, ammo yura olmaydi.

Fenilketonuriya

Fenilketonuriya (FKU) - fenilalanin gidroksilaza fermentining yetishmovchiligi tufayli fenilalanin aminokislotasi (FA) almashinuvining buzilishi bilan bog'liq irsiy metabolik kasallik. Organizmda fenilalanin va uning zaharli metabolitlarining to'planishi, ayniqsa, ilk bolalik davrida markaziy asab tizimining og'ir shikastlanishiga olib keladi. Kasallik autosom-retsessiv tarzda nasldan naslga o'tadi va uning dunyo bo'yicha tarqalishi taxminan 10 000-15 000 yangi tug'ilgan chaqaloqlarga 1 holatni tashkil qiladi. FKU kasallikning klassik namunasi bo'lib, unda erta tashxis qo'yish va o'z vaqtida aralashuv nogironlikning oldini olishga imkon beradi, bu esa neonatal skriningni juda muhim qiladi.

Klinik ko'rinishi

Fenilketonuriya asta-sekin rivojlanadi va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda hayotning birinchi haftalarida simptomlar bo'lmaydi.

Dastlabki belgilar 3-6 oylarda, ya'ni fenilalanin to'planishi kritik darajaga yetganda ko'zga tashlanadi. Erta namoyon bo'lishi bo'lib nospetsifik simptomlar xizmat qiladi: lanjlik, qusish, ta'sirchanlik, terida ekzematoz toshmalar. Fenilsirka kislotasining ajralishi bilan bog'liq bo'lgan siydik va terning "sichqon" hidi o'ziga xos xususiyatdir. Bolalarda gipopigmentatsiya - sariq sochlar, moviy ko'zlar, teri rangining oqarishi kuzatiladi, bu melanin sintezi uchun zarur bo'lgan tirozin yetishmovchiligi bilan bog'liq. Biroq, FKU ning eng og'ir oqibatlari MNT ning shikastlanishi bilan bog'liq: 6-12 oyga kelib, psixomotor rivojlanishning kechikishi aniq bo'ladi. Bola nigohini to'xtatmaydi, ota-onasini tanimaydi, o'tirishga yoki emaklashga urinmaydi.

Turg'un nevrologik buzilishlar shakllanadi: mushaklar gipotoniyasi, tremor, giperrefleksiya, 25-30% holatlarda infantil spazmga o'xshash tutqanoq xurujlari. Davolashsiz 3-4 yoshda chuqur aqliy zaiflik (IQ < 50), xulq-atvor buzilishlari (autoagressiya, giperaktivlik) va miya tuzilishida nerv tolalarining demiyelinizatsiyasi va po'stloq atrofiyasi kabi qaytarilmas o'zgarishlar rivojlanadi.

FKU diagnostikasi ommaviy neonatal skriningga asoslangan bo'lib, u hayotning 3-5 kunida tovondan kapillyar qon olish orqali amalga oshiriladi. Skrining natijasi ijobiy bo'lganda (FA darajasi > 2 mg/dl) tasdiqlovchi tashxis qo'yiladi: tandem mass-spektrometriya yordamida qon plazmasida fenilalanin va tirozin miqdorini aniqlash, shuningdek, PAH genida (12-xromosoma) mutatsiyalarni aniqlash uchun molekulyar genetik tadqiqot o'tkaziladi. Bundan tashqari, bosh miyaning MRT tekshiruvi buyurilishi mumkin, bunda oq moddaning anomaliyalari, ayniqsa ensa va tepa qismlarida aniqlanadi. Differensial diagnostika boshqa giperfenilalaninemiyalar, masalan, tetragidrobiopterin (fenilalaningidroksilaza kofaktori) yetishmovchiligi bilan o'tkaziladi, bu esa davolashga boshqacha yondashuvni talab qiladi.

Davolash

FKU terapiyasining asosini fenilalanin miqdorini keskin cheklangan holda umr bo'yi qo'llaniladigan parhez tashkil etadi. Rasiondan yuqori oqsilli mahsulotlar: go'sht, baliq, tuxum, sut, yong'oq va dukkakli mahsulotlar chiqarib tashlanadi. Ovqatlanishning asosini fenilalanindan

tashqari boshqa aminokislotalar bilan boyitilgan maxsus davolovchi aralashmalar tashkil qiladi (masalan, "Afenilak", "PKU Anamix"). Meva-sabzavotlar hamda kam oqsilli non va makaron o'rnini bosuvchi mahsulotlarni iste'mol qilishga ruxsat beriladi. FKUning yengil shakllari bilan og'rigan bemorlarning 10-20 foizida mutant ferment faolligini rag'batlantiruvchi tetragidrobiopterinning sintetik analogi bo'lgan sapropterin bilan davolash samarali hisoblanadi. Qondagi FA miqdorini nazorat qilish (maqsadli ko'rsatkich - 2-6 mg/dl) chaqaloqlarda har hafta, katta yoshdagi bolalarda esa har oyda o'tkaziladi. Homiladorlikni rejalashtirish paytida FKU bilan og'rigan ayollar homiladorlikdan oldin va homiladorlik davrida "onalik FKU"sining oldini olish uchun parhezga qat'iy rioya qilishlari lozim. Chunki yuqori FA darajasining homilaga teratogen ta'siri bolada mikrotsefaliya, tug'ma yurak nuqsonlari va aqliy zaiflikka olib kelishi mumkin.

Fenilketonuriyaning oqibati bevosita terapiyaning boshlanish vaqtiga bog'liq. Agar davolanish hayotning dastlabki 3 haftasida boshlangan bo'lsa, bola normal rivojlanadi, nevrologik yetishmovchiliklar bo'lmaydi. Biroq, og'ir davrlarda (masalan, hayotning dastlabki 2 yilida) parhezning qisqa muddatli buzilishi ham qaytarib bo'lmaydigan kognitiv buzilishlarga olib kelishi mumkin. Kechki tashxis (6 oydan keyin) og'ir nogironlik bilan bog'liq: bunday bemorlar doimiy parvarishni talab qiladi, o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish va ijtimoiy moslashuvga qodir emas. Gen terapiyasi va ferment o'rnini bosuvchi davolashni o'z ichiga olgan zamonaviy yondashuvlar klinik sinovlar bosqichida, ammo bugungi kunda parhezning qat'iy nazorati va multidissiplinar qo'llab-quvvatlash (nevrolog, diyetolog, psixolog) FKU bilan og'rigan bemorlarning aksariyatiga to'laqonli hayot kechirish, ta'lim olish va oila qurish imkonini beradi. Shunday qilib, fenilketonuriya - bu hukm emas, balki umrbod intizom va tibbiy kuzatuvni talab qiladigan kasallik bo'lib, u ijobiy natijani ta'minlaydi.

Pediatr taktikasi:

Mushaklar gipotoniyasi, harakat ko'nikmalari kechikishida - O'MA (SMN1 geni delesiyasi tahlili) chiqarib tashlanadi. Fenilketonuriyaga shubha qilinganda - fenilalaninga qayta tahlil, genetik maslahat.

BOLALAR MIYA FALAJI

Bolalar serebral falaji - rivojlanishning dastlabki bosqichlarida: homila davrida, tug'ruq paytida yoki hayotning dastlabki oylarida miyaning shikastlanishi natijasida yuzaga keladigan progressiv bo'lmagan harakat buzilishlari guruhi. Bu bolalarda asab tizimining eng keng tarqalgan kasalliklaridan biri bo'lib, 1000 ta yangi tug'ilgan chaqaloqqa 2-3 ta holat to'g'ri keladi. BSFning asosiy sababi miya gipoksiyasi bo'lib, u homila ichi infeksiyalari (sitomegalovirus, toksoplazmoz), erta tug'ilish, tug'ruq jarohatlari (masalan, dumba bilan kelganda yoki akusherlik qisqichlaridan foydalanganda), shuningdek, og'ir sariqlik yoki meningit kabi neonatal asoratlar tufayli yuzaga kelishi mumkin. Patologiya asosida po'stloq, po'stloq osti tuzilmalari yoki o'tkazuvchi yo'llar shakllanishining buzilishi yotadi, bu esa barqaror harakat, koordinatsion va ko'pincha kognitiv buzilishlarga olib keladi.

Klinik ko'rinishi

BSF ning klinik ko'rinishi juda xilma-xil bo'lib, miyaning joylashuvi va shikastlanish darajasiga bog'liq. Eng keng tarqalgan spastik shakli (70-80% hollarda) mushak tonusining oshishi bilan tavsiflanadi, bu o'ziga xos pozalarga olib keladi: qo'llar tirsakdan bukilgan va tanaga bosilgan, oyoqlar chalishtirilgan ("qaychi holati"), oyoqlar uchida turadi. Masalan, gemiplegiya (tanasining bir tomoni zararlanishi) bilan og'rigan bola o'yinchoqni olmoqchi bo'lganida faqat sog'lom qo'lidan foydalanadi, zararlangan qo'li esa bukilgan va tarang holatda bo'ladi. Diskinetik shaklida (10-15%) ixtiyorsiz harakatlar ustunlik qiladi: atetoz (mushaklarning sekin "chuvalchangsimon" qisqarishi), xoreya (keskin silkinishlar) yoki distoniya (tonus o'zgarganda patologik holatlar). Bunday bolalar ko'pincha gavda holatini ushlashda qiynaladilar, harakatlari bir-biriga moslashmagan bo'ladi.

Ataksik shakli (5-10%) muvozanat va koordinatsiyaning buzilishi bilan namoyon bo'ladi: chayqalib yurish, aniq harakatlarni bajarishda qiyinchiliklar (masalan, tugmalarni taqish), intension tremor (maqsadli harakatlarda qo'llarning titrashi). Harakat buzilishlaridan tashqari, BSF bilan og'rigan 30-50% bolalarda hamroh holatlar: epilepsiya, psixik-

nutqiy rivojlanishning kechikishi, ko'rish (g'ilaylik, nistagm) yoki eshitishning buzilishi, disfagiya (yutish bilan bog'liq muammolar), shuningdek, xulq-atvorning buzilishi kuzatiladi.

Erta diagnostika:

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda: holat asimmetriyasi, boshni ushlab turishning kechikishi, o'yinchoqlarga qiziqishning yo'qligi. 6 oyligida - predmetlarga qo'lini cho'zmaydi, 9 oyligida - o'tirmaydi. BSF diagnostikasi anamnezni sinchkovlik bilan tahlil qilish, nevrologik holatni baholash va progressiv kasalliklarni istisno qilishga asoslanadi. Dastlabki belgilar hayotning birinchi oylaridayoq ko'zga tashlanishi mumkin: boshni ushlab turishning kechikishi, harakatlarning assimetriyasi, o'yinchoqlarga qiziqishning yo'qligi, gipertonus yoki aksincha, mushaklarning "sustligi." 6 oyligida BSF bilan og'rigan bolada ko'pincha ag'darilish qobiliyati bo'lmaydi, 9-12 oyligida esa emaklash yoki tayanchsiz o'tirish qobiliyati yo'qoladi. Tashxisni tasdiqlash uchun neyrovizualizatsiya usullari qo'llaniladi: bosh miya MRTda kistalar, periventrikulyar leykomalyasiya (chala tug'ilgan chaqaloqlarda), porensefaliya yoki po'stloq anomaliyalari aniqlanadi. Liqildoq orqali ultratovush tekshiruvi chaqaloqlarda qorincha ichi qon quyilishlarini skrining qilish uchun qo'llaniladi. Irsiy kasalliklar (masalan, spinoserebe) bilan qiyosiy tashxis o'tkazish muhim ahamiyatga ega.

Davolash

BSFni davolash bolaning maksimal moslashuviga qaratilgan umrbod multidissiplinar yondashuvni talab qiladi. Reabilitatsiyaning asosini fizioterapiya va kinezioterapiya tashkil etadi: Voyt, Bobat yoki ekzarta usullari harakat funksiyalarini yaxshilashga, kontrakturalar va skoliozning oldini olishga yordam beradi. Spastiklikni kamaytirish uchun botulinoterapiya (mushaklarga botulotoksin yuborish), peroral miorelaksantlar (baklofen) yoki nasos orqali intratekal yuborish qo'llaniladi. Ortopedik tuzatish bo'g'imlarning yaqqol deformatsiyalarida tutorlar taqish, gipslash yoki jarrohlik amaliyotlarini (axillotomiya, paylarni uzaytirish) o'z ichiga oladi. Dizartriya yoki nutq kechikishi bo'lgan bolalar uchun logopedik ishlar va muqobil muloqot usullari (imo-ishoralar, PECS kartochkalari) muhim ahamiyatga ega.

Yondosh epilepsiyada tutqanoqqa qarshi dorilar tanlanadi, kognitiv buzilishlarni bartaraf etish uchun esa nootroplar va neyropsixolog bilan mashg'ulotlar o'tkaziladi. Ekzoskeletlar yoki robotlashtirilgan mashq qurilmalari kabi zamonaviy texnologiyalar reabilitatsiya imkoniyatlarini kengaytirib, bolalarga yurish va o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish ko'nikmalarini o'zlashtirishga yordam beradi.

Oqibati

BSFning prognozi kasallik shaklidan, davolashni o'z vaqtida boshlashdan va yondosh patologiyalarning mavjudligidan bog'liq. Yengil shakllar (masalan, spastik diplegiya) erta reabilitatsiya bilan bolalarga yurishni o'rganish va oddiy maktablarda ta'lim olish imkonini beradi. Og'ir holatlar, ayniqsa, sezilarli aqliy qoloqlik yoki epileptik holat bilan, doimiy parvarish va maxsus ta'limni talab qiladi. BSFda miya shikastlanishi rivojlanmasa-da, yosh o'tishi bilan ikkilamchi asoratlar: kontrakturalar, suyak siyrakligi, surunkali og'riq sindromi kuchayishi mumkin. Biroq, tibbiyotdagi yutuqlar tufayli bugungi kunda BSF bilan og'rigan ko'plab bemorlar katta yoshga yetib, faol ijtimoiy hayot kechirmoqda va kasbiy ko'nikmalarini amalga oshirmoqda. Muvaffaqiyatning asosiy omili oilani har tomonlama qo'llab-quvvatlash bo'lib qolmoqda. Bu ota-onalarni o'qitish, psixologik yordam ko'rsatish va bolani qabul qilish hamda teng imkoniyatlar muhitida rivojlana oladigan jamoalarga qo'shilishni o'z ichiga oladi.

Reabilitatsiya:

Dizartriyada spastiklikni kamaytirish uchun botulinoterapiya, ortezlash, logoped bilan mashg'ulotlar.

BOLALARDAGI BOSH OG'RIQLARI

Migren

Bolalardagi migren keng tarqalgan nevrologik kasallik bo'lib, u kattalarnikiga o'xshash bo'lsa-da, klinik ko'rinishi, tashxislash va davolashda o'ziga xos xususiyatlarga ega. Pediatrik populyasiyada kasallikning tarqalishi 3-10% ga yetadi, balog'at yoshiga yetguncha o'g'il bolalar ko'proq aziyat chekadi va o'smirlik davrida nisbat qizlar foydasiga o'zgaradi. Migrenning boshlanishi erta bolalik davrida bo'lishi

mumkin: bemorlarning 20 foizida birinchi xurujlar 5 yoshgacha, yarmida esa 12 yoshgacha qayd etiladi. Patogenezda irsiyat asosiy rol o'ynaydi: migren bilan kasallangan bolalarning taxminan 70 foizi xuddi shunday tashxisli yaqin qarindoshlariga ega.

Bolalardagi migrenning klinik ko'rinishi sezilarli polimorfizm bilan ajralib turadi. Kichik yoshdagi bemorlarda (7-10 yoshgacha) kasallik ko'pincha boshqa holatlar bilan niqoblanadi, bu esa o'z vaqtida tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi. Masalan, abdominal migren qorinda 2 soatdan 72 soatgacha davom etadigan kuchli og'riq epizodlarining takrorlanishi, ko'ngil aynishi, terining oqarishi va ovqatdan bosh tortish bilan namoyon bo'ladi. Boshqa atipik shakli siklik qusish sindromi bo'lib, bunda bolada stereotipik ko'p martalik qusish xurujlari (soatiga 4-5 martagacha) paydo bo'ladi, bu ko'pincha stress, haddan tashqari charchoq yoki transportda sayohat qilish natijasida yuzaga keladi. Maktabgacha yoshdagi bolalarda xavfsiz paroksizmal bosh aylanishi ham uchraydi - qisqa muddatli muvozanatni yo'qotish epizodlari nistagm, terlash va qo'rquv bilan birga keladi, ular bir necha daqiqadan keyin o'z-o'zidan yo'qoladi.

Maktab o'quvchilari va o'smirlarda migren belgilari "kattalar" mezonlariga yaqinlashadi, ammo o'ziga xos xususiyatlar saqlanib qoladi. Bosh og'rig'i ko'pincha pulsasiyalanuvchi xarakterga ega, ammo kattalardan farqli o'laroq, 10 yoshgacha bo'lgan bolalarda u ko'pincha ikki tomonlama bo'lib, peshona yoki chakka sohalarida joylashadi. Og'riqning intensivligi o'rtacha va chidab bo'lmas darajada bo'lib, jismoniy faollik paytida kuchayadi, bu esa bolani o'yinlarni yoki o'qishni to'xtatishga majbur qiladi. Bolalarda xurujlar odatda kattalarga qaraganda qisqaroq - 2 soatdan, ammo og'ir holatlarda 72 soatgacha davom etishi mumkin. Ko'ngil aynishi, qusish (ba'zan yengillik keltiradi), yorug'lik va tovushdan qo'rqish, bunda bolalar qorong'i va tinch xonada yolg'iz qolishga intiladilar. Taxminan 15-30% bemorlarda aura - bosh og'rig'idan oldin kechuvchi nevrologik buzilishlar kuzatiladi. Eng tipik ko'rish aurasi yaltiraydigan hayvonlar ("ko'r dog'lar"), yorug'lik chaqnashlari yoki buyumlar konturlarining buzilishi ko'rinishida bo'ladi. Sensor (yuz, qo'l-oyoqlarning uvishishi) kamroq uchraydi.

Zo‘riqish bosh og‘rig‘i

Bosh atrofida "halqa" shaklidagi bosuvchi og‘riq. Stress, uzoq muddatli zo‘riqishdan keyin paydo bo‘ladi (darslar, gadjetlar). Ko‘ngil aynishi yo‘q, kechga tomon kuchayadi.

Xavfli alomatlar ("qizil bayroqlar"):

- Ertalab och qoringa qusish.
- Uyqudan uyg‘otuvchi og‘riq.
- Yo‘talganda yoki bosh egilganda kuchayib boruvchi intensivlik (o‘smaga shubha).

Diagnostika:

Hajmiy hosilaga shubha qilinganda - bosh miya MRT tekshiruvi. Tez-tez uchraydigan migrenlarda - dissirkulyator buzilishlarni istisno qilish uchun bo‘yin tomirlarining ultratovush tekshiruvi.

AUTISTIK SPEKTR BUZILISHLARI

Klinik ko‘rinishlari

Autistik spektr buzilishlari (ASB) neyrorivojlanayotgan buzilishlar guruhi bo‘lib, ularning asosiy belgilari ijtimoiy o‘zaro ta’sirning doimiy tanqisligi, cheklangan qiziqishlar va takrorlanuvchi xatti-harakatlardir. QASning tarqalishi, CDC ma’lumotlariga ko‘ra, 2023-yilda 54 nafar bolaga 1 ta holat to‘g‘ri keladi, bunda o‘g‘il bolalar qizlarga qaraganda 4 baravar ko‘proq aziyat chekadi. Kasallik etiologiyasi murakkab va ko‘p omilli bo‘lib qolmoqda: genetik mutatsiyalar (masalan, SHANK3, NLGN4 genlarida), shuningdek, prenatal omillar - gipoksiya, homila ichi infeksiyalari yoki toksinlar ta’siri asosiy rol o‘ynaydi.

Autizmning dastlabki belgilari hayotning birinchi yilidayoq namoyon bo‘lishi mumkin. Dastlabki ogohlantiruvchi signallardan biri ko‘z aloqasining yo‘qligi bo‘ladi: chaqaloq ota-onasining ko‘ziga qaramaydi, ularga javoban tabassum qilmaydi, o‘z ismiga javob bermaydi. 12 oyga kelib ASB bilan og‘rigan bolalarda ko‘pincha ko‘rsatish ishorasi bo‘lmaydi, 16 oyga kelib esa nutq shakllanmaydi - bola "ona" yoki "ber" kabi oddiy so‘zlarni talaffuz qilmaydi. Ma’noli muloqot o‘rniga exolaliya - eshitilgan iboralarni ularning ma’nosini tushunmasdan mexanik takrorlash kuzatilishi mumkin. Stereotip harakatlar ham

xarakterlidir: qo'llarni silkitish, gavdani tebratish, oyoq uchida yurish. Masalan, 18 oylik bola soatlab o'yinchoq mashina g'ildiragini aylantirishi mumkin, ota-onasining uni birgalikdagi o'yinga jalb qilishga urinishlariga e'tibor bermaydi.

Yosh o'tgan sayin kasallikning klinik manzarasi murakkablashib boradi. Maktabgacha davrda (3-6 yosh) ijtimoiy izolyatsiya birinchi o'ringa chiqadi: bolalar tengdoshlaridan qochadilar, guruh o'yinlarida qatnashmaydilar, his-tuyg'ularini baham ko'rmaydilar. Ularning ko'pchiligida sensor anomaliyalar kuzatiladi - ba'zilari baland tovushlar yoki yorqin yorug'likka og'riqli munosabatda bo'ladi, boshqalari esa, aksincha, kuchli his-tuyg'ularni izlaydi, masalan, ko'zlarini bosadi yoki joyida aylanadi. Fikrlashning rigidligi har qanday o'zgarishlarga qarshilik ko'rsatishda namoyon bo'ladi: sayr marshrutini o'zgartirish yoki mebellarni almashtirish jazavaga sabab bo'lishi mumkin. Maktab yoshiga (7-12 yosh) ijtimoiy me'yorlarni tushunishdagi qiyinchiliklar qo'shiladi: ASD bilan og'rigan bolalar kinoya, metafora yoki hazilni tan olmaydilar, hamma narsani to'g'ridan-to'g'ri qabul qiladilar. Ularning qiziqishlari ko'pincha tor mavzular bilan cheklangan - masalan, ular poyezdlar jadvalini yoki dinozavrlar hayotidagi tafsilotlarni eslab qolishlari mumkin, ammo boshqa bilim sohalarini e'tiborsiz qoldirishlari mumkin. O'smirlik davrida (13-18 yosh) tengdoshlaridan farqlarini anglash fonida ko'pincha xavotirli buzilishlar yoki depressiya, shuningdek, impulsivlik va rejalashtirish bilan bog'liq muammolarni kuchaytiradigan komorbid DEGS rivojlanadi.

ASBda hamroh holatlar hayot sifatiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Bolalarning taxminan 30 foizi intellektual yetishmovchilikka ega (IQ 70 dan past), 20-30 foizida, ayniqsa Landau-Kleffner sindromida epilepsiya tashxisi qo'yilgan. Tez-tez uchraydigan oshqozon-ichak buzilishlari - surunkali qabziyat yoki sezgi xususiyatlari bilan bog'liq ovqat tanlovi. Ko'pgina bolalar uyqusizlikdan aziyat chekishadi, ko'pincha tunda uyg'onib ketishadi. Shu bilan birga, bemorlarning 10 foizida umumiy rivojlanish darajasiga qarama-qarshi bo'lgan "savant" ko'nikmalar - ajoyib xotira, mutlaq eshitish qobiliyati yoki matematika qobiliyatlari mavjud.

Diagnostika:

ASB skriningi ota-onalar uchun 20 ta savolni o'z ichiga olgan M-CHAT-R/F so'rovnomasi bilan boshlanadi, masalan: "Bola qiziqarli narsalarni ko'rsatadimi?" yoki "U kattalarning harakatlariga taqlid qiladimi?." Tashxisni tasdiqlash uchun o'ziga xos xulq-atvor namunalarini aniqlaydigan ADOS-2 - o'yin va muloqotni kuzatish usuli qo'llaniladi. EEG kabi instrumental tekshiruvlar epilepsiyaga shubha qilinganda buyuriladi va genetik tahlil autizm bilan bog'liq sindromlarni (masalan, Rett sindromi yoki Fragil X xromosomasi) istisno qilishga yordam beradi.

ASB differensial diagnostikasi boshqa buzilishlarni istisno qilishni talab qiladi. Masalan, nutq rivojlanishining kechikishida bola imo-ishoralar bilan muloqot qilishga intiladi va ijtimoiy aloqalarga qiziqishini saqlab qoladi, autizmda esa muloqot bo'lmaydi. Ijtimoiy kommunikativ buzilish, ASBdan farqli o'laroq, stereotiplar bilan birga kelmaydi va DEGS da diqqatning buzilishi ijtimoiy o'zaro ta'sirning sezilarli yetishmovchiligi bilan birlashtirilmaydi. Xavotirli buzilishlar ham autizmga taqlid qilishi mumkin, ammo bu holda muloqotdan qochish unga ehtiyoj yo'qligi bilan emas, balki qo'rquv bilan bog'liq.

Pediatr taktikasi:

ASB bilan og'rigan bolalarni davolashda pediatrning roli juda muhim. U bolani nevropatolog, psixiatr va defektologga o'z vaqtida yo'naltirishi, multidissiplinar yordamni muvofiqlashtirishi kerak. Korreksiyaning asosiy usullari rag'batlantirish tizimi orqali ijtimoiy ko'nikmalarni rivojlantiradigan AVA terapiyasi va gipersezuvchanlikni kamaytirishga qaratilgan sensor integratsiyani o'z ichiga oladi. Ota-onalarga PECS tizimi kabi muqobil muloqot usullari o'rgatiladi, bu yerda bola rasmli kartochkalar bilan almashadi. Dori-darmonlar bilan davolash cheklangan miqdorda qo'llaniladi - masalan, tajovuzkorlikni kamaytirish uchun risperidon yoki uyqu buzilganda melatonin.

ASBning prognozi ko'p jihatdan erta tashxis qo'yish va tuzatishni boshlashga bog'liq. 3 yoshgacha ASB bilan davolanishni boshlagan bolalar yaxshiroq moslashuvchanlikni ko'rsatadilar: ular o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish ko'nikmalarini egallaydilar, ehtiyojlarini muqobil aloqa

usullari orqali ifodalashni o'rganadilar va inklyuziv maktablarga muvaffaqiyatli qo'shiladilar. Asosiy omil individual yondashuv bo'lib qolmoqda: hatto nutq bo'lmasa ham, ko'plab bemorlar ijodkorlik, texnologiyalar yoki tor doiradagi qiziqishlar orqali ijtimoiylashuvga yo'l topadilar. Shunday qilib, ASBning davolab bo'lmasligiga qaramay, oilaning sifatli yordami va malakali reabilitasiya bolaning hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilash va uning salohiyatini ochish imkonini beradi.

Xulosa

Bolalarda markaziy asab tizimi kasalliklari pediatrdan nevrologiyani chuqur bilishni, tafsilotlarga e'tiborli bo'lishni va fanlararo hamkorlikka tayyor bo'lishni talab qiladi. Hatto o'ziga xos bo'lmagan alomatlarni (masalan, motor rivojlanishining kechikishi yoki atipik xatti-harakatlar) erta aniqlash terapiyani o'z vaqtida boshlash va og'ir oqibatlarning oldini olish imkonini beradi.

XII BOB. BEMORLARNI POLIKLINIKADA REABILITATSIYA QILISH VA SANATOR-KURORTDA DAVOLASH.

Reabilitasiya - shikastlangan a'zoning yoki organizm tizimining buzilgan funksiyalarini to'liq yoki qisman tiklashga va (yoki) yo'qolgan funksiyalarini kompensasiya qilishga, shuningdek hayot sifatini yaxshilashga, bemorning mehnat qobiliyatini saqlab qolishga va uning jamiyatga ijtimoiy moslashuviga qaratilgan tibbiy hamda psixologik xususiyatga ega tadbirlar majmui.

Reabilitatsiya atamasi insonda tana funksiyalarining qisman yoki to'liq yo'qolishiga olib kelgan jarohat yoki kasallik bo'lgan taqdirda qo'llaniladi, reabilitasiya ularni tiklashga qaratilgan.

Tibbiy reabilitasiya:

- ambulatoriya sharoitida (kecha-kunduz tibbiy kuzatuv va davolashni nazarda tutmaydigan sharoitlarda);
- kunduzgi stasionarda (kunduzgi vaqtda tibbiy kuzatuv va davolashni nazarda tutadigan, lekin kecha-kunduz tibbiy kuzatuv va davolashni talab qilmaydigan sharoitlarda);
- stasionar (kecha-kunduz tibbiy kuzatuv va davolashni ta'minlaydigan sharoitlarda).

Tibbiy reabilitasiya kasallikning muddatidan qat'i nazar, bemorning klinik holati barqaror bo'lgan va funksiyalarning tiklanish istiqboli (reabilitatsiya potensiali) mavjud bo'lgan taqdirda, asoratlar rivojlanish xavfi funksiyalarning tiklanish istiqbolidan (reabilitatsiya potensialidan) oshmagan taqdirda, belgilangan reabilitasiya tashxisi asosida tibbiy reabilitatiyaning ayrim usullarini o'tkazishga qarshi ko'rsatmalar bo'lmagan taqdirda amalga oshiriladi.

Tibbiy reabiliatsiya o'tkazishda quyidagilar amalga oshiriladi:

a) bemorlarning klinik holatini baholash; reabilitasiya tadbirlarini o'tkazishning xavf omillari; reabilitasiya tadbirlarini o'tkazishni cheklovchi omillar; morfologik ko'rsatkichlar; organizmning funksional zaxiralari; oliy ruhiy funksiyalar va emosional soha holati; maishiy va

kasbiy ko‘nikmalarning buzilishi; bemor uchun muhim bo‘lgan shaxsiy va ijtimoiy hayotdagi voqealarda faollik va ishtirok etishning cheklanishi; reabilitasiya jarayoni natijasiga ta’sir ko‘rsatuvchi atrof-muhit omillari;

b) reabilitasiya tadbirlarini o‘tkazish maqsadini shakllantirish, reabilitasiya dasturini shakllantirish, medikamentoz va nomedikamentoz (fizioterapiya, davolovchi jismoniy tarbiya, massaj, davolash va profilaktik ovqatlanish, manual terapiya, psixoterapiya, refleksoterapiya va tabiiy davolash omillarini qo‘llagan holda usullar) terapiyani, shuningdek, atrof-muhitni bemorning funksional imkoniyatlariga va bemorning funksional imkoniyatlarini atrof-muhitga moslashtiruvchi vositalarni, shu jumladan, harakatlanish vositalaridan foydalanish orqali kompleks qo‘llash;

v) reabilitatsiya tadbirlari samaradorligini baholash va bashorat qilish.

Tibbiy reabilitasiya uch bosqichda amalga oshiriladi:

a) tibbiy reabilitasiyaning birinchi bosqichi asosiy kasallik yo‘nalishi bo‘yicha tibbiyot tashkilotlarining reanimasiya va intensiv terapiya bo‘limlarida kasallik yoki shikastlanishning o‘tkir davrida, tekshiruv natijalari bilan tasdiqlangan funksiyalarning tiklanish istiqbollari mavjud bo‘lganda va reabilitasiya usullariga qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lmaganda amalga oshiriladi;

b) tibbiy reabilitasiyaning ikkinchi bosqichi kasallik yoki jarohat kechishining erta tiklanish davrida, kechki reabilitasiya davrida, kasallik kechishining qoldiq belgilari davrida, kasallik zo‘rayishdan tashqari surunkali kechganda tibbiyot tashkilotlarining (reabilitatsiya markazlari, reabilitatsiya bo‘limlari) statsionar sharoitlarida amalga oshiriladi;

v) tibbiy reabilitasiyaning uchinchi bosqichi erta va kechki reabilitasiya davrlarida, kasallik kechishining qoldiq belgilari davrida, kasallik xurujidan tashqari surunkali kechganda reabilitasiya, fizioterapiya, davolash jismoniy tarbiyasi, refleksoterapiya, manual terapiya, psixoterapiya, tibbiy psixologiya bo‘limlarida (kabinetlarida), logoped (defektolog-o‘qituvchi), ambulatoriya sharoitida tibbiy yordam ko‘rsatuvchi tibbiyot tashkilotlarining ko‘rsatilayotgan yordam ixtisosligi bo‘yicha mutaxassislari kabinetlarida, shuningdek, uyda ko‘chma

brigadalar tomonidan amalga oshiriladi (uchinchi bosqichdagi tibbiy reabilitatsiya kundalik hayotda mustaqil bo'lgan, o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish, muloqot va mustaqil harakatlanishni amalga oshiradigan (yoki qo'shimcha tayanch vositalari bilan) bemorlarda, tekshiruv natijalari bilan tasdiqlangan funksiyalarni tiklash istiqbollari (reabilitasiya salohiyati) mavjud bo'lganda amalga oshiriladi).

Sanatoriya va kurortda davolash. Sanatoriya va kurortda davolanishni tashkil etishning eng muhim tamoyillari quyidagilardir: davolanishning qulayligi, yo'naltirilganligi, sog'liq holatini kuzatishning yagona tizimi va sanatoriyda bo'lishdan oldin, davolanish paytida va undan keyin o'tkaziladigan davolanishning samaradorligi. Sanatoriya va kurortda davolashning muhim prinsipi uning kompleksliligi hamdir, ya'ni xilma-xil tabiiy shifobaxsh omillarni parhez, fizioterapiya, DJT, medikamentoz terapiya va boshqa usullar bilan birgalikda qo'llashdir. Asosiy tabiiy shifobaxsh omil iqlimdir. Iqlim bilan bir qatorda mineral suvlar va shifobaxsh balchiqlardan ham foydalaniladi.

Sanatoriyalarning quyidagi turlari mavjud:

1.Revmatizm bilan kasallangan bemorlar uchun

2. Sil bo'lmagan etiologiyali nafas olish a'zolari kasalliklari bo'lgan bolalar uchun.

3.Buyrak, siydik yo'llari va moddalar almashinuvi kasalliklari bilan.

4. Teri kasalliklari bilan.

5. Tayanch-harakat tizimi bemorlari uchun.

6. Psixonevrologik kasalliklar bilan.

7. Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklari bilan.

8. Osteomiyelit bilan og'rigan bemor bolalar uchun.

9.Ko'p tarmoqli sanatoriylar.

Tabiiy kurort omillari - iqlim, mineral suvlar va shifobaxsh balchiqlar - hamma joyda va kurortlardan tashqarida: mahalliy sanatoriylarda, sanatoriy-profilaktoriylarda, dam olish uylarida, kasalxonalarda va boshqalarda qo'llaniladi.

Sanatoriy-kurortda davolanishning samaradorligi uchun umumiy kurort, sanatoriy va individual rejimlar alohida ahamiyatga ega.

Umumiy kurort rejimi kurortning butun hududiga tatbiq etiladi va mazkur kurortdagi tartib-qoidalar bilan tartibga solinadi. U umumkurort diagnostika, davolash va madaniy-maishiy muassasalarning reglamentlangan ishini, shovqinga qarshi kurashni o'z ichiga oladi.

Sanatoriya rejimi - bu sanatoriyada yashash tartibi va ritmi bo'lib, bemorga ta'sir ko'rsatishning ma'lum davriyligini belgilaydi. Sanatoriy rejimida barcha bemorlar uchun umumiy qoidalar ham, davolovchi shifokorning bemorning kun tartibi, davolash ko'rsatmalarini bajarishga oid individual ko'rsatmalari va tavsiyalari ham nazarda tutilgan.

Individual rejim har bir bemor uchun individual tuziladi va shifokor bilan birinchi suhbatdan so'ng belgilanadi, bu bemorning kurortda bo'lishining birinchi kunida o'tkaziladi. U kasallikning tabiati va bemorning ahvoliga bog'liq bo'lib, muolajalarning kuchaytirilgan ta'siri qo'llanilganda mashqlantiruvchi va qo'llaniladigan davolash ta'sirining miqdori va intensivligini cheklash bilan buyuriladigan avaylovchi bo'lishi mumkin.

Sanatoriyda dam olishni 3 bosqichga bo'lish mumkin:

• Yumshoq rejim qo'llaniladigan va hali to'liq hajmda davolash muolajalari tayinlanmaydigan boshlang'ich davr (moslashuv). Bu davr bemorni qo'shimcha tekshirishga to'g'ri keladi va odatda 2-3 kundan oshmaydi.

• Davolash majmuasi to'liq amalga oshiriladigan asosiy davolash davri (o'rtacha 20 kun).

• Yakunlovchi davr (2-3 kun), bunda yana avaylovchi rejim kiritiladi va bemorlar davolash sikli tugagandan so'ng dam oladilar.

Bolalar sanatoriyalarida uchta asosiy kun tartibi mavjud:

- himoyalovchi (5-10 kun);
- tetiklashtiruvchi,
-o'rgatuvchi.

Bolalar sanatoriylarida ovqatlanish me'yorlari va barcha oziq moddalar kaloriyasi bo'yicha yoshga oid fiziologik me'yorlarga nisbatan 10-15% ga oshadi.

Sanatoriylarda kompleks davolash ishlari olib borilmoqda. Bolalar sanatoriylarida davolashning asosiy elementlari tashqi muhitning ijobiy

ta'siri, to'g'ri ovqatlanish va kun tartibi, gigiyenik gimnastika va pedagogik muolajalar hisoblanadi.

Kurortlarda davolanish uchun ishlatiladigan omillar orasida quyidagilarni ajratib ko'rsatish mumkin:

Iqlim bilan davolash - bu organizmning turli funksiyalarini normallashtirish uchun ob-havo omillarining dozalangan ta'siri va maxsus muolajalardan foydalangan holda davolash usullari majmuasidir. Bemorlarga ijobiy ta'sirning bir qismi quyoshli kunlarning juda ko'pligi, barqaror atmosfera bosimi, o'rtacha namlik hisoblanadi.

Ko'rsatmalar

- teri kasalliklari;
- asab tizimi;
- nafas yo'llari va nafas olish a'zolari;
- tayanch-harakat apparati;
- yurak-qon tomir tizimi;
- pasaygan immunitet;
- depressiya;
- hissiy toliqish.

Qarshi ko'rsatmalar

Kasallik va buzilishlarning kuchayish bosqichida, ob-havoga yuqori sezuvchanlik va yangi iqlim sharoitlariga zaif moslashuvda iqlim terapiyasi tavsiya etilmaydi.**Sanatoriyda iqlim bilan davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi:**

Talassoterapiya dengiz suvi, tuzlar, suv o'tlari, balchiq bilan davolaydi. Bunga dengiz vannalari, suv gimnastikasi, gidromassaj, o'rash, aromaterapiya kiradi.

Speleoterapiya-karst, tuzli g'orlarning mikroiqlimi bilan davolaydi.

Aeroterapiya - havo vannalari, ochiq havoda sayr qilish. Sanatoriyda bunday iqlim bilan davolash muolajasining shifobaxsh ta'siri manfiy ionlar, dengiz suvi bug'lari yoki fitonsidlar (o'simliklarning hayot faoliyati mahsuloti) bo'lgan toza tabiiy havo bilan erishiladi.

Gelioterapiya yoki quyosh terapiyasi shifokorlarning qat'iy nazorati ostida ultrabinafsha nurlari bilan davolanadi, chunki noto'g'ri dozalangan quyosh vannalari xavfli bo'lishi mumkin. Gelioterapiya teri kasalliklarida, uyqusizlikda, depressiyalarda, moddalar almashinuvi buzilganda buyuriladi.

Kurortlardagi asosiy davolash omillarining tavsifi

Har qanday kurortning ixtisoslashuvini kurort omillari - kurortlarda profilaktika, terapiya va bemorlarni tibbiy reabilitatsiya qilish maqsadida qo'llaniladigan tabiiy-davolash omillari belgilaydi. Asosiy kurort omillari:

1) mineral suvlar;
2) shifobaxsh balchiqlar;
3) iqlim sharoiti;
4) kurort landshaftlari.

Balneologik kurort - asosiy davolash omili sifatida tabiiy mineral suvlardan foydalaniladigan kurort. Suv sirtga (vannalar, basseynlar va boshqalar), ichimlik bilan davolash, ingalyatsiya va boshqa muolajalar uchun ishlatilishi mumkin. Balneologik kurortlarning bir nechta turlari mavjud bo'lib, ularda balneologik omillar asosida turli xil davolash usullari birlashtirilgan. Balneologik kurortning asosiy davolash omili mineral buloqlar suvidir:

- karbonat angidridli suvlar bilan;
- sulfidli (vodorod sulfidli) suvlar;
- radonli suvlar;
- azotli kuchsiz minerallashgan kremniyli termalar (issiq va iliq suvlar).

Mineral suvlar harorat, kimyoviy tarkibi, gidrostatik bosimi tufayli organizmga ta'sir ko'rsatadi. Bundan tashqari, nerv retseptorlari teri, shilliq pardalar va nafas yo'llari orqali qonga o'tadigan gazlar (CO_2, H_2S, NO_2) va radioaktiv moddalar (radon) ta'siriga uchraydi. Balneoterapiyada mineral suvlar yurak-qon tomir tizimi va boshqa ichki a'zolar, asab tizimi, harakat va tayanch a'zolari, teri kasalliklarida vanna shaklida qo'llaniladi.

Shifobaxsh balchiqlar

Shifobaxsh balchiqlar (peloidlar) - turli suv havzalarining cho'kindilari, botqoqliklarning torfli yotqiziqlari, balchiqli vulqonlarning otilishi va boshqa tabiiy hosilalar bo'lib, ular suv, mineral va organik moddalardan tashkil topgan va bir xil yupqa dispersli plastik massa bo'lib, balchiq bilan davolash uchun isitilgan holatda qo'llaniladi.

Tarkibidagi organik moddalar miqdoriga ko'ra shifobaxsh balchiqlar organik (10% dan ortiq quruq modda) balchiqlarga bo'linadi, ularga torfli balchiqlar va sapropellar, noorganik (10% dan kam quruq modda) - sulfidli balchiqli va sopkali balchiqlar kiradi.

Shifobaxsh balchiqlar kelib chiqishiga ko'ra bir nechta asosiy turlarga bo'linadi:

· torfli;

· sapropellar;

· sulfidli balchiqli;

· sopkali.

Torfli balchiqlar botqoqlangan joylarda ortiqcha namlik va kislorod yetishmasligi sharoitida o'simliklarning to'liq parchalanmasligi natijasida hosil bo'ladi.

Sapropellar - asosan organik tarkibli (10% dan ortiq) loyqa cho'kindilar bo'lib, ular chuchuk yoki kam minerallashgan, asosan quruqlik ko'llarida (mineral moddalarning kirishi cheklangan va biologik muhit rivojlangan joylar) suv o'tlari va boshqa o'simlik hamda hayvon qoldiqlarining mikrobiologik parchalanishi natijasida paydo bo'ladi.

Sulfidli balchiq - asosan mineral (tuzli) dengiz bo'yi va quruqlik ko'llarining loyqa yotqiziqlari bo'lib, ularga ko'p miqdorda erigan mineral moddalar (ayniqsa sulfat ionlari) va qattiq zarrachalar (shu jumladan tarkibida temir bo'lgan gil zarrachalari) tushadi.

Sopka balchiqlari - yosh burma hosil qilgan hududlarda, gil qatlamlaridan tashkil topgan tektonik buzilish zonalarida joylashgan balchiqli vulqonlar, sopkalar va boshqa hosilalar faoliyatining mahsulidir.

Balchiq bilan davolash (peloidoterapiya) - turli kelib chiqishga ega bo'lgan peloidlar, ya'ni shifobaxsh balchiqlardan foydalanib davolash usuli bo'lib, kurortlarda va kurortdan tashqari sharoitlarda qo'llaniladi.

Balchiq bilan davolash harakat va tayanch a'zolari kasalliklarida, uzoq vaqt bitmaydigan trofik yaralar va jarohatlarda, markaziy va periferik asab tizimi kasalliklari hamda jarohat oqibatlarida, ginekologik kasalliklarda, oshqozon-ichak, teri kasalliklarida, ayrim qon tomir kasalliklarida tavsiya etiladi. U umumiy va mahalliy muolajalar tarzida o'tkaziladi (kurortlarda - asosan balchiq bilan davolash shifoxonalari va sanatoriylarning balchiq bilan davolash bo'limlarida). Umumiy muolajalarga balchiq vannalari va umumiy balchiq applikatsiyalari kirsa, mahalliy muolajalarga mahalliy applikatsiyalar va balchiq kompresslari kiradi.

Iqlim omili

Iqlim terapiyasi iqlim omillaridan davolash-sog'lomlashtirish maqsadlarida foydalanishni o'rganadi. Tibbiy iqlimshunoslikning barcha bo'limlari orasida u eng katta amaliy qiziqish uyg'otadi, chunki uning imkoniyatlari dam olish joyini tanlash, u yoki bu kurortning shifobaxsh xususiyatlaridan foydalanish va boshqalarga bog'liq. Iqlim bilan davolash organizmning tashqi muhit bilan birligi buzilganda pasayadigan moslashish qobiliyatlarini tiklashga yordam beradi. Bunda organizmga bemor doimiy yashaydigan hudud yoki boshqa (kontrast) tabiat zonasi (davolash-sog'lomlashtirish hududi) ning iqlim-havo qo'zg'atuvchilari kompleksi ta'sir ko'rsatadi.

Iqlim terapiyasida quyidagilar qo'llaniladi:

- iqlim o'zgarishining ta'siri Iqlim mintaqalarining o'zgarishi rag'batlantiruvchi ta'sir ko'rsatishi, organizmning qarshiligini oshirishi, kasallik davomida, ayniqsa sust kechayotgan patologik jarayonlarda sinishni keltirib chiqarishi mumkin;
- bemor uchun odatiy bo'lgan iqlimdagi meteorologik sharoitlar. Mahalliy shifoxonalarda (mahalliy sanatoriylar, sanatoriy-profilaktoriylar) davolanish, birinchi navbatda, moslashuvi buzilgan va ob-havoga sezgirligi yuqori bo'lgan bemorlarga tavsiya etiladi;
- maxsus iqlim ta'sirlari (gipoksikatorlar, galokameralar va boshqalar).

Kurort landshaftlari

Landshaftlarni rekreatsiyaviy baholash landshaftning har bir tarkibiy qismini (relyef, suv obyektlari va tuproq-o'simlik qoplamini) omilli baholash asosida amalga oshiriladi. Landshaft omillarining o'zi yaqqol ifodalangan bevosita davolash ta'siriga ega emas, biroq ular *boshqa tabiiy resurslarning samarali* ta'siri uchun qulay fon yaratadi. Bundan tashqari, landshaftning ma'lum tarkibiy qismlarining mavjudligi davolash-sog'lomlashtirish texnologiyalarini amalga oshirishning sharti hisoblanadi.

O'zbekistonda joylashgan kurortlar

"Chinobod" Toshkent viloyatida joylashgan. "Chinobod" sanatoriysi balneologik kurort hisoblanadi. Iqlimi yuqori kontinental. Ushbu muassasaning asosiy shifobaxsh omillari mahalliy artezian havzasining termal natriyli suvlari, shuningdek, Baliqli suv havzasidan olib kelinadigan balchiqdir. Oshqozon-ichak trakti zararlangan bemorlar, ginekologik bemorlar, tayanch-harakat tizimi kasalliklari bilan og'rigan bemorlar davolanadi.

"Toshgo'sht" sanatoriy-profilaktoriysi. Iqlimi kontinental. Asosiy shifobaxsh omil kam minerallashgan xlorid-natriy xloridli suv hisoblanadi. Sanatoriy-profilaktoriya buyrak va oshqozon-ichak trakti zararlangan bemorlar uchun mo'ljallangan.

"Botanika" (Toshkent shahri). Iqlimi kontinental. Asosiy shifobaxsh omil tarkibida radon bo'lgan kam minerallashgan ishqorli suvdir. Suv harorati 370 C gacha ko'tariladi. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari, oshqozon-ichak trakti zararlanishi, ginekologik bemorlar, buyrak tayanch-harakat tizimi kasalliklari bilan og'rigan bemorlar davolanadi.

"Tashminvodы" (g.Tashkent). Iqlimi o'rtacha kontinental. Asosiy shifobaxsh omil - kam minerallashgan ishqorli suv. Suv harorati 450 C. Asab tizimi va oshqozon-ichak trakti bemorlarini davolash ko'rsatilgan.

"Chimyon" (Farg'ona sh.). Iqlimi yuqori kontinental. Davolovchi omil - vodorod sulfidli-xlorsulfitli mineral suv. Tayanch-harakat apparati,

yurak-qon tomir tizimi, ginekologik kasalliklar va buyrak kasalliklarida ko'rsatilgan.

"Chortoq" (Namangan shahri). Asosiy davolash omili:

A) azot-yodbromli va yodli suv, suv harorati -45-500 C. Barcha kasalliklarda ko'rsatilgan.

B) azot-sulfat-xlorid-natriyli suv, suv harorati 300 C. Oshqozon-ichak kasalliklarida ichish uchun ko'rsatilgan.

"Qiziltepa" (Farg'ona shahri). asosiy shifobaxsh omili - kam minerallashgan xlorid-gidrokarbonat-sulfatli suv. Suv harorati 300 C. Asab tizimi, tayanch-harakat tizimi va oshqozon-ichak trakti bemorlarini davolash ko'rsatilgan.

O'ZBEKISTONNING IQLIMIY KURORTLARI:

"Oqtosh" (Go'zalkent). Iqlimi o'rtacha kontinental. Nafas olish tizimi bemorlarini davolash ko'rsatilgan.

"Chorvoq" kurort zonasi (Toshkent viloyati). Yanvarda havo harorati +30 C; iyulda +240 C. Buyrak kasalliklari bilan og'rigan bemorlar uchun ko'rsatilgan.

"Ogalik" (Samarqand viloyati). Dengiz sathidan 750 metr balandlikda joylashgan. Nafas olish tizimi kasalliklari bo'lgan bemorlarga ko'rsatilgan.

"Shohimardon" (Farg'ona viloyati). Nafas olish tizimi bemorlari uchun mo'ljallangan.

O'ZBEKISTONNING BALNEOLOGIK KURORTLARI:

"Lunacharskiy" (Toshkent viloyati). Asosiy shifobaxsh omil xlorid-gidrokarbonat-natriyli suvdir. Suv harorati 500 C. Yurak-qon tomir va asab tizimi bemorlarini davolash ko'rsatilgan.

"Sitorai Mohixosa" (Buxoro viloyati). Iqlimi kontinental. Yozda issiq va quruq ob-havo. Oktyabrdan maygacha tayanch-harakat apparati va nerv sistemasi kasallari davolanadi.

"Nihol" (Namangan viloyati). Davolashning asosiy usuli shifobaxsh vannalardir. Suv harorati 300 C. Asab tizimi, tayanch-harakat tizimi va oshqozon-ichak trakti bemorlari davolandi.

"Balliqli." Iqlimi kontinental. Ginekologik bemorlarni davolash ko'rsatilgan

ILOVA:

1. ANTROPOMETRIK O'LCHASHLARNI BAHOLASH

№	O'tkazish bosqichlari	max.ball
1	**Maqsadi;** jismoniy rivojlanishni baholash.	
2	**Kerakli jihozlar:** Santimetrli lenta, spirt, doka salfetka.	





2	**O'sishni o'lchash** - bosh kiyim va poyabzalni yechib, tekis yuzaga yotqizib, santimetr tasmasi bilan boshning uch qismidan oyoq panjalarigacha o'lchanadi.	30



3	**Og'irlikni o'lchash** - tarozini to'g'rilash; - bolani o'tqazish yoki taroziga yotqizish; - barcha ma'lumotlar kasallik tarixida qayd etiladi, so'ngra tarozilar 1% li xloramin eritmasi bilan tozalanadi;	20



4	**Bosh aylanasini o'lchash** - bosh kiyim yechiladi; - santimetrli lenta yordamida ensa do'mbog'idan boshlab va qosh usti yoylari bo'ylab bosh aylanasi o'lchanadi, - barcha ma'lumotlar kasallik tarixida qayd etiladi;	25



- santimetrli lentaga ishlov beriladi.

5	**Ko'krak aylanasini o'lchash** - bemor yechintiriladi - perimetri bo'ylab santimetrli lenta bilan kuraklarning pastki burchagi - so'rg'ich oldi doirachalarining pastki chekkasi yoki balog'at yoshidagi qizlarda - sut bezlari ostidagi 4-qovurg'aning yuqori chekkasi o'lchanadi; - barcha ma'lumotlar kasallik tarixida qayd etiladi; santimetrli tasma qayta ishlanadi.	25
Jami		100



2. BOLANING JISMONIY RIVOJLANISHINI BAHOLASH

№	O‘tkazish bosqichlari	Maks.bal l
1	**Kerakli jihozlar:** tarozi, bo‘y o‘lchagich, santimetrli lenta.   	15
2	Tarozini tekis yuzaga o‘rnatmoq 	10
3	bolaning boshini tarozining keng tomoniga qo‘yib, natijalarini yozib torting.  	10
4	Bo‘y o‘lchagichni shkalasi o‘zingizga qaragan holda tekis yuzaga o‘rnating. Bolani yotqizib, oyoqlarini to‘g‘rilang va tizzalariga biroz bosim bering. Tana uzunligini aniqlangandan so‘ng, natijalarni yozib qo‘ying.  	10

5	Bosh aylanasini santimetrli lenta bilan o'lchang: orqadan ensa do'mbog'idan va oldindan qosh usti yoylari bo'ylab. Natijalarni yozib qo'ying. Natijalarni yozish	15
6	barcha o'lchovlar standart diagrammada bo'y, tana vazni va bosh aylanasi nuqtalar ko'rinishida belgilanadi va jismoniy rivojlanish egri chiziqlari tuziladi.	10

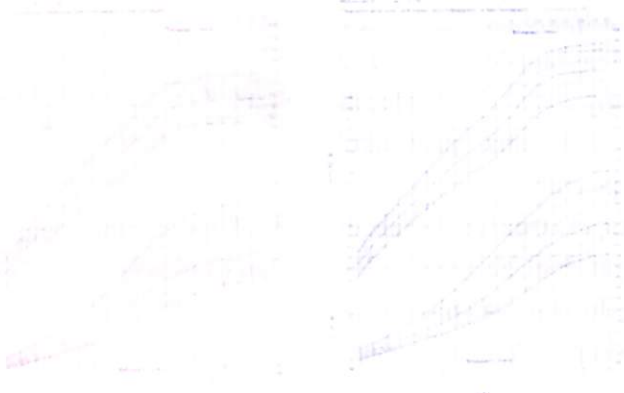


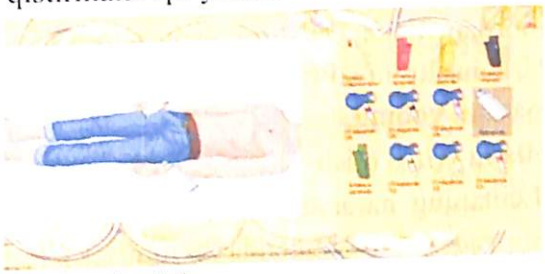
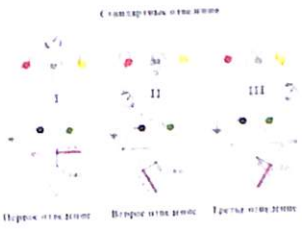
Рис. 17. Шкалы перцентилей роста и массы тела девочек (а) и мальчиков (б) от 2 до 20 лет

7	Grafikda 5 ta egri chiziq tasvirlangan bo'lib, ularning eng muhimlari mediana (0 chizig'i), hamda -2 va +2 standart chetlanish (SCh) egri chiziqlaridir.	10
8	-2CO va +2C jismoniy rivojlanish ko'rsatkichlari me'yorda bo'lgan bolalar sifatida qaraladi.	5
9	Agar ko'rsatkichlar -2 CO dan past va -3 CO egri chizig'igacha oraliqda joylashgan bo'lsa, bunday bolalar past ko'rsatkichli hisoblanadi.	5
10	Agar kattaliklar +2CO dan yuqori +3CO egri chizig'igacha joylashgan bo'lsa, bu yuqori ko'rsatkichlar, ya'ni semizlik deb hisoblanadi.	10
Jami		**100**

3 O'PKA AUSKULTATSIYASI METODIKASI

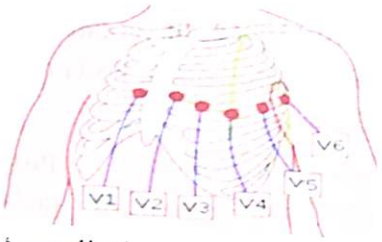
	O'tkazish bosqichlari	Maks.bal
1	**UASH maqsadlari:** - bronxlar, o'pka to'qimasi va plevra holatini baholash; - patologik shovqinlarning turi va xususiyatini aniqlash	20
2	**Ko'rsatmalar:** Yo'tal, nafas qisilishi, ko'krakda og'riq mavjud bo'lganda, nafas olish va qon aylanish tizimi kasalliklariga shubha tug'ilganda hamda profilaktik ko'riklar paytida. 	30
3	**Qarshi ko'rsatmalar**: bemorda ko'krak qafasining keng ko'lamli jarohati bo'lgan hollar bundan mustasno.	20
	Kerakli jihozlar va sharoitlar: Fonendoskop. Yaxshi yoritilgan xona, bemorga muolajaning mohiyatini tushuntiring va unga beligacha yechinishni taklif qiling.	50
	 	
	Jami	**100**

4. EKG o'tkazish texnikasi

№	O'tkazish bosqichlari	Maks. ball
1	**Jihozlar:** EKG apparati, kushetka, steril salfetkalar, doka prokladkalar, steril natriy xlorid eritmasi 10%, 70 gradusli etil spirti, sovunli eritma, EKG uchun blankalar. 	10
2	Elektrokardiografiya profilaktika maqsadida, kasalliklarga birlamchi tashxis qo'yish va yurak patologiyalari aniqlangan bemorlarda holat dinamikasini kuzatish uchun o'tkaziladi.	10
3	1. Bemorni kushetkaga yotqizish. 2. Terida sezilarli darajada tuklar paydo bo'lganda, elektrodlar qo'yilgan joylar sovun eritmasi bilan namlanadi. 3. Elektrodlar tagiga natriy xlorid eritmasi bilan ho'llangan doka qistirmalar qo'yiladi. 	10
4	Plastinkali elektrodlarni doka elektrodlar ustiga mahkamlash rezina tasmalar yordamida quyidagi tartibda qistirmalar qo'yiladi: • qizil - o'ng bilak, • sariq - chap bilak, 	20

• yashil - chap boldir,
• qora - o'ng boldir.

5 Ko'krakka ikki yoki oltita (ko'p kanalli yozuvda) ko'krak elektrodlari o'rnatiladi, bunda rezina so'rg'ichdan foydalaniladi (yoki elektrodlar rezina lenta bilan mahkamlanadi) va quyidagi tartibda amalga oshiriladi: 20



V1 - to'sh suyagidan o'ngda to'rtinchi qovurg'a oralig'i,
V2- to'sh suyagining chap tomonidagi to'rtinchi qovurg'a oralig'i,
V3 - V2 va V4 o'rtasida
V4 - beshinchi qovurg'a oralig'i chap o'rta o'mrov chizig'idan 1,5 sm ichkarida,
V5 - chap old qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab beshinchi qovurg'a oralig'i,
V6 - chap o'rta qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab beshinchi qovurg'a oralig'i,

6 Bemordan bo'shashishini, xotirjam nafas olishini va qimirlamasligini so'rang. 10
Apparatni yoqing.

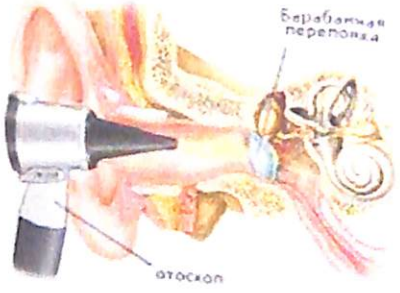
7 Voltajni yozib olish. 10
1. Lentaning harakat tezligini 50 mm/sek ga o'rnating (uzoq vaqt yozib olinganda 25 mm/sek).
2. Barcha standart va ko'krak tarmoqlarida EKGni ketma-ket yozib olish (uchinchi tarmoqni nafas olishda yozib olish).
3. Apparatni o'chirish.
4. Bemordan elektrodlarni ajratish, dokali qistirmalarni yechish.
5. Bemordan hol-ahvol so'rash.

6. Qo'llarni odatdagi usulda yuvish.



8	**Manipulyatsiyani yakunlash:** plyonkaga belgi qo'yish (sana, vaqt, F.I.Sh., palata raqami, yosh va tashxisni yozish), so'ngra plyonkani EKG olish ketma-ketligiga rioya qilgan holda maxsus blankaga yopishtirish	10
Jami		100

5 OTOSKOPIYA O‘TKAZISH TEXNIKASI

№	O‘tkazish bosqichlari	Maks.ball
1	*Otoskopiya* - tashqi eshituv yo‘li, nog‘ora parda, nog‘ora bo‘shlig‘ini maxsus asboblar yordamida ko‘zdan kechirish. Otoskopiya jarayonida quloq tualeti, paratsentez, timpanopunksiya, yot jismlar, poliplar, granulyatsiyalarni olib tashlash amalga oshiriladi. 	10
2	*Otoskopiya uskunasi:* • peshona reflektori (yoki uning o‘rnini bosuvchi asbob) • quloq voronkalari to‘plami • yorug‘lik manbai. 	10
3	Otoskopiyada yorug‘lik manbai bemorning o‘ng quloq‘i sathida uning yonida bo‘lib, bemorning boshi tekshirilayotgan quloqqa qarama-qarshi tomonga taxminan 90° ga burilgan bo‘ladi.	10
4	Yorug‘likni reflektordan yo‘naltirib, tashqi eshituv yo‘lining kirish qismi va uning boshlang‘ich qismi ko‘zdan kechiriladi. To‘siqlar, masalan, furunkul yo‘qligiga ishonch hosil qilingach, tashqi eshituv yo‘liga quloq voronkasi kiritiladi. 	20

5	Bir qo'lning I va II barmoqlari bilan quloq voronkasi mahkamlanadi, ikkinchi qo'lning I va II barmoqlari bilan quloq suprasi orqaga va yuqoriga tortiladi. Ko'krak yoshidagi bolalarda chakka suyagi va tashqi eshituv yo'li tuzilishining anatomik xususiyatlari tufayli quloq suprasini quloq yumshog'idan pastga tortish kerak. 	30
6	Nog'ora pardaning harakatchanligini ko'zdan kechirish va aniqlash pnevmatik Zigle voronkasi yordamida amalga oshiriladi;  chuqur tekshirish uchun operatsion mikroskopdan foydalaniladi.	20
Jami		100

6. OLDINGI RINOSKOPIYANI BAJARISH TEXNIKASI

№	O‘tkazish bosqichlari	Maks.bal l
1	kerakli asboblar: peshona reflektori, burun kengaytirgichlari (ko‘zgular)  	10
2	Shifokor bemorning boshini fiksatsiya qiladi 	10
3	Burun dahlizini ko‘zdan kechirish uchun o‘ng qo‘lning I barmog‘i bilan uning uchi ko‘tariladi.	10
4	• Navbatma-navbat burunning ikkala yarmi oldingi rinoskopiyasi o‘tkaziladi. 	10
5	Chap qo‘lning ochilgan kaftiga burun kengaytirgich tumshug‘i pastga qaratib qo‘yiladi - chap qo‘lning I barmog‘i yuqoridan burun kengaytirgich vintiga, II va III barmoqlar tashqaridan branshga qo‘yiladi.	10
6	IV va V barmoqlar burun kengaytirgich tarmoqlari orasida bo‘lishi kerak. Barmoqlarning bunday joylashuvi	10

burun kengaytirgichni ochish va yopish imkonini beradi.

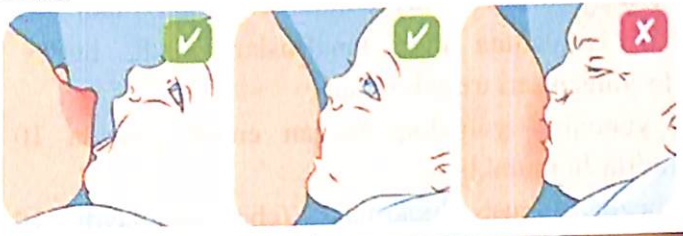


7	Chap qo'l tirsagi pastga tushiriladi, burun kengaytirgichli qo'l panjasi harakatchan bo'lishi kerak; o'ng qo'l kafti tekshiriluvchining boshiga qo'yiladi, shunda bosh rinoskopiya o'tkazish uchun zarur bo'lgan holatni egallaydi.	10
8	Bosh to'g'ri turganda burunning o'ng yarmi ko'zdan kechiriladi va xarakterlanadi: shilliq pardasining rangi pushti, yuzasi silliq; burun to'sig'i o'rta chiziq bo'ylab joylashgan, burun chig'anoqlari kattalashmagan, umumiy burun yo'li erkin. So'ngra burun bo'shlig'ining chap yarmi ko'zdan kechiriladi.	10
9	Normada burun shilliq pardasi pushti rang va nam, burun yo'llari esa erkin bo'ladi, yallig'lanish jarayonida burun yo'llarida yiringli ajralma aniqlanishi mumkin.	10
10	Burun kengaytirgichni olib tashlash quyidagi tartibda amalga oshiriladi: IV va V barmoqlar bilan burun kengaytirgichning o'ng dastasi shunday surib qo'yiladiki, uning ishchi qismi tarmoqlari to'liq yopilmay qoladi va burun kengaytirgich burundan chiqariladi.	10
Jami		**100**

7 YURAK URISHI VA NAFAS CHASTOTASINI ANIQLASH

№	O‘tkazish bosqichlari	Maks.bal l
1	**Kerakli jihozlar:** sekund strelkasi bor soat. 2,3,4 barmoqlarni bilak-kaft arteriyasiga qo‘yib, ikkinchi qo‘l bilan soatni ushlash;   	30
2	Agar ritm aritmik bo‘lsa, pulsni bir daqiqa ichida o‘lchash kerak.	20
3	Agar puls to‘g‘ri bo‘lsa, 15 soniya davomida o‘lchaymiz va 4 yoki 20 soniyaga ko‘paytiramiz, 3 ga ko‘paytiramiz.	25
4	Pulsni o‘lchayotganda ikkinchi qo‘limizni bemorning ko‘kragiga qo‘yamiz va 1 daqiqa davomida nafas olish tezligini o‘lchaymiz.  	25
	Jami	**100**

8. BOLANING KO‘KRAKKA TO‘G‘RI QO‘YILISHINI BAHOLASH

№	O‘tkazish bosqichlari	Maks.ball
1	Ona va bola uchun qulay holatda: Ona bo‘shashgan, unga qulay va og‘riqli emas. Bolaning tanasi onaning tanasiga yaqin joylashgan	10
2	• Bola ko‘kragiga qarab turadi va u boshini burishi shart emas. 	10
3	• Chaqaloq ko‘krak oldida shunday joylashadiki, ko‘krak uchi uning burniga yo‘naltiriladi va u boshini biroz orqaga tashlashi kerak bo‘ladi. • Bola erkin nafas oladi • Kichkintoy tinch 	20
4	• bolaning og‘zi keng ochilgan, pastki labi tashqariga qayrilgan. 	20

5	• chaqaloqning iyagi ko‘kragiga bosiladi. 	5
6	• ba’zan bolaning tilini pastki lab ustida ko‘rishingiz mumkin.	5
7	• emishda kichkintoy avval qisqa tez harakatlar qiladi, keyin ritmni o‘zgartirib, doimiy chuqur emishga o‘tadi. Ovqatlantirish jarayonida bola tanaffuslar qiladi, bu tanaffuslar to‘yingan sari uzayib boradi.	10
8	• bolaning yonoqlari yumaloq, ba’zan emish paytida quloqlari qimirlashi mumkin.	10
9	• chaqaloq begona tovush chiqarmaydi (cho‘lpillamaydi, cho‘lpillamaydi - faqat nafas oladi va yutadi).	10
Jami		100

9 OVOZ TEBRANISHINI ANIQLASH.

№	O'tkazish bosqichlari	Maks.ball
1	Asosiy maqsad - ko'krak qafasi devoriga bronxial daraxt bo'ylab ovoz tebranishlari kuchini aniqlash.	15
2	Buning uchun yuqoridan pastga qarab qo'l kaftlarini ko'krak qafasining simmetrik joylariga navbatma-navbat qo'ying.	20



3	Bemordan "R" harfini o'z ichiga olgan so'zlarni aytishini so'rang (traktor va boshqalar). Bemorning ovozi past bo'lishi kerak. Bunda shifokor barmoqlarning tovush kuchini (titrashini) kaft yuzasida va qo'l kaftlarida sezadi.	20
4	Shifokor kaftlarini qo'yish joylari: oldindan: o'mrov usti sohasi, kuraklararo soha, kurak osti sohasi.	15



5	Ko'krak qafasining yon qismlari, bunda bemordan qo'llarini boshining orqasiga qo'yish so'raladi. Orqa: kurak usti sohasi, kuraklararo soha, kurak osti sohasi	10



6	me'yorda ovoz titrashi ko'krak qafasining simmetrik joylarida bir xil bo'lishi kerak. Normada tovush titrashi ko'krak qafasining yuqori qismida kuchliroq, pastki qismida kuchsizroq bo'ladi. **Ovoz titrashining kuchayishi kuzatiladi:** - o'pkaning shikastlanishi natijasida, uning bir qismi yoki butun bo'lagi havosiz, bir xil yoki zichlashgan bo'ladi. - o'pka to'qimasida bronxlar bilan tutashgan havo bilan to'lgan bo'shliqning mavjudligi. **Ovoz titrashining susayishi quyidagi holatlarda kuzatiladi:** - plevra bo'shlig'ida suyuqlik yoki havoning to'planishi - bronxlar bo'shlig'ining o'sma bilan to'liq berkilib qolishi - semizlikda	20
Jami		**100**

10. BRONXOFONIYANI ANIQLASH

№	O'tkazish bosqichlari	Maks. ball
1	Auskultatsiya paytida bemordan "sh" va "ch" ("shona, choynak") harflaridagi so'zlarni shivirlab aytishni so'rash kerak.	30
2	Auskultatsiya ko'krak qafasining simmetrik qismlarida o'tkaziladi.	20

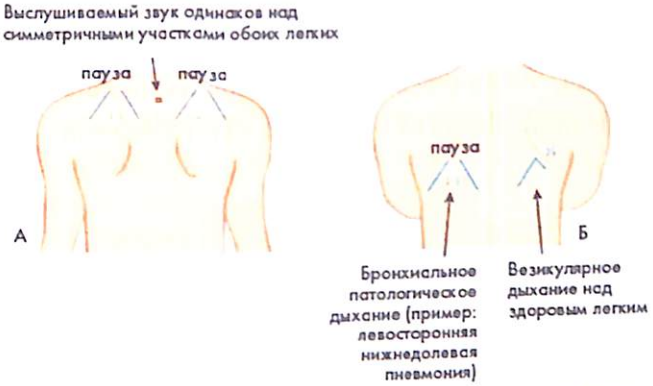


Рис. 3. Схематическое изображение бронхиального дыхания. А – бронхиальное физиологическое дыхание (трахеальное); Б – патологическое бронхиальное дыхание.

3	Yuqoridan pastga qarab boshlash mumkin. 1. Odatda me'yorda ko'krak qafasi yuzasiga o'tkazilgan ovoz juda kuchsiz eshitiladi yoki umuman eshitilmaydi. 2. Odatda, "e-e" harfini talaffuz qilganda cho'zilgan bo'g'iq "ey" tovushi eshitiladi. 3. Kuchaygan bronxofoniyada- bo'g'iq cho'zilgan "ey" tovushi o'rniga "e" eshitiladi)	30
4	Kuchaygan bronxofoniya, egofoniya: - o'pkaning shikastlanishi tufayli, o'pkaning bir qismi yoki butun bo'lagi havosiz yoki qattiq bo'lib qoladi	20



Jami		**100**

11. NEBULAYZER INGALYATORI BILAN INGALYATSIYA O'TKAZISH QOIDALARI

№	O'tkazish bosqichlari	Maks.ball
1	**Maqsad:** bronxial obstruksiya, laringotraxeitni davolash, astmaning bazis terapiyasini o'tkazish.	20
2	**Kerakli jihozlar:** nebulayzer apparati, NaCl ning izotonik eritmasi, nebutamol, nebuflyuzon, membrana stabilizatorlari- intal, shpris (2,0-5,0 ml), 1% li xloramin eritmasi.	30







3	**Bajarish algoritmlari:** • bolaga va ota-onaga maqsadni tushuntiring va amalga oshirish usulini o'rgating; • ingalyatorni ishga tayyorlash; • nebulayzer kamerasi qopqog'i va otboynikni olib qo'ying; • rezervuarni belgigacha dori moddalari bilan to'ldiring. • rezervuarga nebulayzer kamerasi nasadkasi va qopqog'ini kiydiring; • havo naychasini bir uchi bilan kompressorga, ikkinchi uchi bilan esa dori rezervuarining pastki qismidagi ulagichga ulang;	50



• steril niqobni olib biriktiramiz;

• og'iz va burunni yopishi uchun niqobni bolaning yuziga qo'yamiz va undan ingalyatorga sekin va chuqur nafas olish va chiqarishni so'raymiz;



• ingalyatsiya tugagandan so'ng rezervuar va otboynikni oqar suv ostida yuvish, steril salfetka bilan quritish, niqobni 1% xloramin eritmasi bo'lgan idishga joylashtirish kerak.

Jami **100**

12. QON BOSIMINI O‘LCHASH

№	O‘tkazish bosqichlari	Maks.ball
1	Qo‘l tirsak bo‘g‘imida yozilgan, bemorning kaftlari yuqoriga qaratilgan	10
2	Tonometr manjetasi tirsakdan 2-3 sm yuqoriga o‘rnatiladi;	20
3	Manjetka bir barmoq sig‘adigan qilib mahkamlanadi.	5



4	Tonometr strelkasi shkala bo‘yicha nol raqamiga o‘rnatiladi.	5



5	Tirsak arteriyasi pulsatsiyasini toping va unga fonendoskop qo‘ying;	10

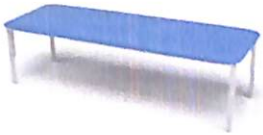


6	Manjet arteriya pulsatsiyasi yo‘qolguncha puflanadi;	5
7	Vintni ochib, havoni asta-sekin chiqarib yuboring;	10
8	Birinchi zarba - sistolik bosim;	15
9	Oxirgi zarba - diastolik bosim	10
10	Havo chiqariladi va manjet yig‘iladi	10
Jami		100

13. YURAK AUSKULTATSIYASI

№	O‘tkazish bosqichlari	Maks.ball
1	**Kerakli jihozlar:** fonendoskop, kushetka,	30





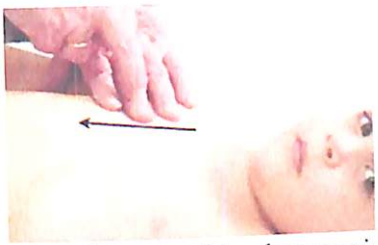
2	**Bajarish algoritmlari:** • Bemorning nafasini ushlab turish paytida - chuqur nafas olish va nafas chiqargandan so‘ng uni tinglash; • avval yurak tonlarini, ularning turli nuqtalardagi nisbatini baholaymiz; • shovqin yo‘qligiga e’tibor qaratamiz; • birinchi ton - bu uyqu arteriyasidagi puls zarbi; • birinchi va ikkinchi ton o‘rtasidagi pauza ikkinchi va birinchi ton o‘rtasidagiga qaraganda qisqaroq bo‘ladi; • shovqinni eshitishda uning tembrini, kuchini, yurak faoliyatining qaysi fazasida (sistolik yoki diastolik) eshitilayotganini, uning yurak tonlari bilan bog‘liqligini, tana holatini o‘zgartirganda yoki jismoniy zo‘riqishda o‘zgarishini qayd etish zarur; • barcha tovush hodisalarini grafik tasvirlash maqsadga muvofiq.	70
Jami		**100**

14. PASTERNATSKIY SIMPTOMINI ANIQLASH

№	O‘tkazish bosqichlari	Maks.ball
1	***1-bosqich.*** Bemor yorug‘lik manbaiga qarab turgan yoki o‘tirgan holatda bo‘ladi.	20
2	***2-bosqich.*** Shifokor bemorning chap tomonida joylashadi	20
3	***3-bosqich.*** Chap qo‘lni bel sohasiga qo‘ying (o‘ng, keyin chap)	25
4	***4-bosqich.*** O‘ng qo‘l kaftining cheti bilan chap qo‘lning tashqi yuzasiga qisqa va yengil zarba beriladi. 	25
5	***5-bosqich.*** Bu bemorda og‘riq hissi bilan birga keladimi yoki yo‘qligini aniqlash. Agar shunday bo‘lsa, og‘riq qaysi tomondan va qayerda paydo bo‘layotganini aniqlang.	10
Jami		100

15. BOLALARDA JIGAR O‘LCHAMLARINI ANIQLASH USLUBI

№	O‘tkazish bosqichlari	Maks. ball
1	Bolani chalqancha yotqizing	10
2	Tekshiruvchi shifokor bolaning o‘ng tomonida joylashadi.	10
3	Jigarning yuqori chegarasi o‘rta o‘mrov chizig‘i bo‘ylab pastga perkussiya qilinadi, bu chiziq normada V qovurg‘a yoki V qovurg‘a oralig‘i sathida joylashgan. Jigarning vertikal o‘lchami - o‘rta-o‘mrov chizig‘i bo‘ylab aniqlanadi, bu - 1 yoshgacha-5-6 sm - 2-3 yosh - 6,5 - 7 sm - 4-5 yosh - 7,5 - 8 sm - 12 yosh-9 sm	30





4	Jigarning pastki chegarasi paypaslaganda 3 ta chiziq bo‘yicha aniqlanadi (o‘ng qo‘ltiq osti chizig‘i, o‘ng o‘rta-o‘mrov va o‘ng parasternal chiziq).	25



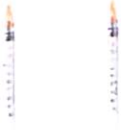


5	Paypaslab ko‘rilganda jigarning qovurg‘a ostidan chiqib turgan qismi aniqlanadi: 2 yoshgacha bo‘lgan bolalarda jigar qovurg‘a yoyi ostidan 2 sm chiqib turishi mumkin.	25
Jami		**100**

16. ANAFILAKTIK SHOKDA SHOSHILINCH YORDAM

№	O'tkazish bosqichlari	Maks.ball
1	Allergen kirishini iloji boricha tezroq to'xtatish.	15
2	Bemor tekis joyga yotqiziladi, boshi yon tomonga egiladi, oyoqlari yuqoriga ko'tariladi.	10
3	Allergen yuborilgan joyga sovuq narsa qo'yiladi, allergen yuborilgan joy ustiga jgut qo'yiladi.	10
4	Siqilgan kiyimni yechish	15
5	Toza havo kirishini ta'minlash	10
6	Prednizolon 3-5 mg/kg m/o yoki v/i yuboriladi;	10
7	Adrenalin 0,1% 0,1 ml/yoshiga;	10
8	1 yoshdan katta bolalar uchun eufillin 1,0 ml/yil; kalsiy glyukonat 10% 1,0 ml/kg	10
9	Oksigenoterapiya	10
Jami		**100**

17. EMLASH TEXNIKASI

№	O'tkazish bosqichlari	Maks.bal
1	**Maqsad:** profilaktika	20
2	**Kerakli jihozlar:** emlash preparatlari, erituvchilar, 1-2 ml hajmdagi bir martalik shprislar, inyeksiya uchun ignalar, tuberkulin shprislari, dezinfeksiyalovchi eritmadagi pinset, niqob, tibbiy qo'lqoplar, pinset, dezinfeksiyalovchi eritmalar solingan idishlar, qadoqdagi steril material, muzlatgich, BSJ vaksinasi uchun yorug'likdan himoyalovchi konus, instrumental stolcha, ishlatilgan materiallar uchun lotok.  	30
3	**Amallar algoritmi:** - toza qo'llarga qo'lqop kiyish; - lotok, asboblar stoli, fartukni dezinfeksiyalovchi eritma bilan ishlov berish; - asboblar stolining yuqori tokchasiga dezinfeksiyalovchi eritmali lotokka pinset, spirt, shprislar va ignalar qo'yiladi - asboblar stolining pastki tokchasiga dezinfeksiyalovchi eritma solingan idish, ignalarni olib tashlash uchun pinset, ishlatilgan material uchun lotok qo'yiladi; - sovuq elementni muzlatgichdan olib, dezinfeksiyalovchi eritma bilan dezinfeksiya qiling va lotokka qo'ying; - sovuq elementni ikki-uch qavat doka salfetka bilan yopish;	50

- emlash uchun yozma ruxsatnomani va uning muddatlariga muvofiqligini tekshirish;	
- tegishli vaksinani sovutgichdan olish, yorliqning mavjudligi, yaroqlilik muddati, ampulaning butunligi, tashqi ko'rinishini tekshirish;	
- vaksinani yacheykaga o'rnatish;	
- tirik vaksina solingan ampulalar (flakonlar) ni yorug'likdan himoyalovchi konus bilan yopish;	
- tirik vaksinalar bilan ishlaganda niqob taqish.	
Jami	**100**

18. QIZAMIQ, PAROTIT, QIZILCHAGA QARSHI EMLASH TEXNIKASI

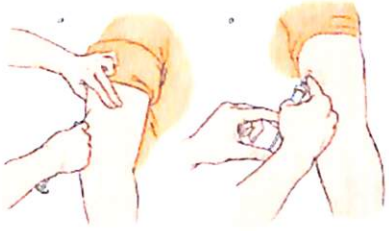
№	O‘tkazish bosqichlari	Maks.bal
1	**Maqsad:** profilaktika	20
2	**Kerakli jihozlar:** emlash uchun vaksina solingan ampula, steril lotok, steril paxta sharchalar, doka salfetkalar, pinset, menzurka, shpris, igna, 70% li spirt.	30
3	**Bajarish algoritmi:** - sovutgichdan vaksinani olish, yorliqning mavjudligi, yaroqlilik muddati, ampulaning butunligini tekshirish; - yorug‘likdan himoyalovchi konus bilan yopish; - sterjenni pinset yordamida chiqarib oling va erituvchili shprisni mahkam yopadigan bir martalik silindrsimon sterjenni burang; - pinset bilan porshen sterjenini chiqarib oling va uni erituvchi shprisni yopadigan porshenning bir martalik silindriga burab kiriting; - ignadan qalpoqchani olib va preparatning rezina tiqinidan himoya plastinkasini olib, erituvchi yuboring - vaksina to‘liq erib ketguncha ignani chiqarmasdan flakonni silkitish; - vaksinani shprisga olish, flakonni ignadan olmasdan havoni chiqarish; - shprisli vaksina solingan flakon sovuqlik elementi yacheykasiga joylashtiriladi va yorug‘likdan himoyalovchi konus bilan yopiladi;	50



- qo'llarga spirt bilan ishlov bering;
-bolaning terisiga ikki bo'lak spirtli tampon bilan ishlov berilgandan so'ng, dumba yuqori tashqi kvadrantiga yoki teri ostiga mushak orasiga 0,5 ml vaksina yuboriladi;
- inyeksiya joyidagi teriga spirtli sharcha bilan ishlov berish;
- ishlatilgan shpris va ignani birinchi dezinfeksiyalovchi eritma solingan idishda yuvish va ignani pinset bilan olib tashlab, xuddi shunday eritma solingan tegishli idishlarda qismlarga ajratish;
- ishlatilgan ampulani ishlatilgan material uchun lotokka tashlash;
- qo'lqoplarni yechmasdan qo'llarni yuvish va antiseptik eritma bilan ishlov berish, qo'lqoplarni yechish, qo'llarni yuvish;
- vaksinatsiyani tegishli hujjatlarda ro'yxatdan o'tkazish.

Jami **100**

19. TERI OSTI INYEKSIYALARINI BAJARISH TEXNIKASI

№	O'tkazish bosqichlari	Maks.bal l
1	**Kerakli jihozlar:** shpris, ignalar, dori vositalari, steril salfetkalar, spirt	**20**
2	**Inyeksiya joylari:** - yelka yoki sonning tashqi qismi - kurak osti sohasi - qorinning oldingi tashqi qismi	**30**
3	- inyeksiya joyiga 2 marta 70% li spirt bilan ishlov beriladi - chap qo'l bilan teri va teri osti yog' kletchatkasini uchburchak shaklida burmaga olib, ignaning 2/3 qismini burchak ostida tezda kiriting; - ukol qilingan joy paxta bilan bosiladi, igna chiqarib olinadi va sanchilgan joy paxtali spirtli tampon bilan  artiladi.	**50**
Всего		**100**

20. TERI ICHIGA INYEKSIYA QILISH

№	O‘tkazish bosqichlari	Maks.bal
1	**Kerakli jihozlar:** shprislar, dori preparati, steril sharchalar, spirt.	20
2	dori vositasini shprisga solmoq	20
3	spirt bilan 2 marta inyeksiya joyiga ishlov beriladi, chap qo‘l bilan teri tortiladi, igna teriga kiritiladi va biroz ko‘tariladi. 	30
4	to‘g‘ri yuborilganda, preparat yuborilgandan so‘ng diametri 4-5 mm bo‘lgan papula hosil bo‘ladi, inyeksiya joyiga ishlov beriladi.	30
Jami		**100**

21. MUSHAK ICHIGA INYEKSIYA QILISH TEXNIKASI

№	O'tkazish bosqichlari	Maks. ball
1	**Inyeksiya qilinadigan joylar:** yelkaning 1/3 qismi, sonning oldingi qismi, dumba mushagining yuqori tashqi kvadranti	20
2	**Kerakli jihozlar:** 5-10 ml li shpris, dori vositasi, tamponlar, 70% li spirt.	30
3	- shprisga preparat olinadi - sanchilgan joyga 2 marta ishlov beriladi - 90° burchak ostida igna kiritiladi - mufta ostida taxminan 11 mm qolishi kerak - dori asta-sekin yuboriladi - sanchilgan joy paxta tampon bilan bosiladi, igna olib tashlanadi. - ukol qilingan joy aylanma harakatlar bilan massaj qilinadi	50
	Всего	100

22. YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQ HOLATINI APGAR SHKALASI BO‘YICHA BAHOLASH

№	O‘tkazish bosqichlari	Maks. ball
1	**Maqsad:** baholash.	20
2	**Bajarish algoritmi;** - Angar shkalasi bo‘yicha baholash tug‘ilgandan keyin 1-chi va 5-chi daqiqalarda aniqlanishi kerak. A (appearance) - teri rangi; P (puls) - puls; G (grimace) - aftini burishtirish; A (activity) - harakat faolligi, mushaklar tonusi; R (respiration) - nafas harakatlari, reflektor qo‘zg‘aluvchanlik.	50
3	**Natijalarni baholash** 7-10 balldan - sog‘lom, asfiksiya belgilari yo‘q; 6-7 balldan - yengil asfiksiya; 4-5-o‘rtacha og‘irlikdagi asfiksiya; 0-3-og‘ir asfiksiya.	30
Jami		**100**



23. CHAQALOQNING BIRLAMCHI PARVARISHI

№	O'tkazish bosqichlari	Maks. ball
1	**Maqsad:** yangi tug'ilgan chaqaloqning birlamchi parvarishi	20
2	**Kerakli jihozlar:** Issiq steril yo'rgaklar, adyol, qalpoqcha, paypoqchalar, steril anatomik qisqich, steril qaychi, termometr, 1% li tetratsiklin ko'z surtmasi, santimetrli lenta, chaqaloq uchun issiq ichki kiyim.	30
3	**Bajarish algoritmi:** -bolani issiq yo'rgaklarga olib, quritish; - bolani onaning qorniga yotqizish: teri bilan teri kontakti; - qalpoqcha kiymoq, ustidan yopmoq; - bolani onasidan ajratish: - kindikni kesmoq - blenoreyaning oldini olish uchun qovoqlar quruq steril paxta bilan har bir ko'z uchun alohida ko'zning tashqi burchagidan ichki burchagiga qarab artiladi. So'ngra pastki qovoqni biroz tortib, 1 tomchi 30% li sulfatsil natriy eritmasi tomiziladi; - qizlarga vulvaga 2 tomchi 30% sulfatsil-natriy eritmasi tomiziladi; - bolani ko'zdan kechirib, antropometriya o'tkazish; - birinchisiga yangi tug'ilgan chaqaloqning qo'lini, ikkinchisiga karavotchasini to'ldirish	50
	Jami	100



ADABIYOTLAR RO`YXATI

1. Cohen, B. A. (2021). *Pediatric Dermatology E-Book: Pediatric Dermatology E-Book*. Elsevier Health Sciences.

2. Coté, C. J., Lerman, J., & Anderson, B. (Eds.). (2024). A Practice of Anesthesia for Infants and Children, E-Book.

3. Piña-Garza, J. E., & James, K. C. (2024). *Fenichel's Clinical Pediatric Neurology E-Book*. Elsevier Health Sciences.

4. Sheldon, S. H., Kryger, M. H., Gozal, D., Oyegbile-Chidi, T. O., & Canapari, C. (Eds.). (2024). *Principles and practice of pediatric sleep medicine e-book*. Elsevier Health Sciences.

5. Амбулаторно-поликлиническая помощь детскому населению: организационные и нормативно-правовые основы : учеб. пособие для студ. педиатрического и стоматологического факультетов, ординаторов, врачей общей практики и организаторов здравоохранения / Н. А. Федько, В. Н. Шайтанова, О. Е. Рубачева [и др.]. - Ставрополь : Изд – во СтГМУ, 2019. - 260 с. - Режим доступа: http://213.222.234.76/cgiopac/opacg/opac.exe

6. *Ардатская М.Д.* Клиническое применение пищевых волокон: метод. пособие / М.Д. Ардатская. - М.: 4ТЕ Арт, 2010. - 48 с.

7. Бржеский, В. В., Иванов, Д. О., Коникова, О. А., Садовникова, Н. Н., Ефимова, Е. Л., Зайцев, Н. А., ... & Струпенева, У. А. (2022). Руководство по педиатрии.

8. Вакцинопрофилактика у детей: организационноправовые и медицинские аспекты: учеб. пособие для студ. и ординаторов / Н.

А. Федько, Е. В. Попова, О. Е. Рубачёва [и др.]. – – 2-е изд., перераб. и доп. - Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2023. – 119 с. - Режим доступа: http://213.222.234.76/cgiopac/opacg/opac.exe

9. Вакцинопрофилактика у детей: организационноправовые и медицинские аспекты: учеб. пособие для студ. и ординаторов / Н. А. Федько, Е. В. Попова, О. Е. Рубачёва [и др.]. – – 2-е изд., перераб. и доп. - Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2023. – 119 с. - Режим доступа: http://213.222.234.76/cgiopac/opacg/opac.exe

10. Вскармливание здоровых детей первого года жизни / В.Ф. Жерносек, Т.П. Дюбкова. – Мн.: Зорны верасень, 2008. – 48 с.

11. *Горланов И.А.* Болезни кожи новорожденных и грудных детей: краткое руководство для врачей / И.А. Горланов. - СПб.: Фолиант, 2016. - 208 с.

12. *Гутхайль Х.* ЭКГ детей и подростков / Х. Гутхайль, А. Линдингер. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2015. - 256 с.

13. Дедов И.И. Детская эндокринология. Атлас [электронный ресурс] / под ред. И.И.Дедова, В.А.Петерковой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.- Режим доступа: htt://www.studmedlib.ru/book

14. *Дементьев А.С.* Амбулаторно-поликлиническая педиатрия. Стандарты медицинской помощи / А.С. Дементьев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 480 с.

15. Детская гастроэнтерология: руководство для врачей / под ред. проф. Н.П. Шабалова. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 760 с.

16. Детские болезни : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой. - 2-е изд., перераб. - Москва : ГЭОТАРМедиа, 2021. - 800 с. - Текст :

электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459645.html

17. Детские болезни: учебное пособие: Пер. с англ. Под. ред. Н.А. Геппе./ Т. Лиссойер, Г. Клэйден. – М.: Рид Элсивер, 2010. – 592 с.

18. Диарейные заболевания у детей : учеб. пособие для студ., обучающихся по специальности 040200 – педиатрия / О. И. Галимома, О. Е. Рубачева, Е. Н. Воронкина [и др.]; под ред. Н. А. Федько. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2021.

19. Диарейные заболевания у детей : учеб. пособие для студ., обучающихся по специальности 040200 – педиатрия / О. И. Галимома, О. Е. Рубачева, Е. Н. Воронкина [и др.]; под ред. Н. А. Федько. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2021. итоговой аттестации выпускников высших мед. учебных заведений по специальности 31.05.02 – «Педиатрия» : – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2016. – 288 с. 6. Учайкин, В. Ф. Инфекционные болезни у детей: учеб. для студ. вузов / В. Ф. Учайкин, О. В. Шамшева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 800 с.

20. Запруднов А.М. Детские болезни В 2 т. [Электронный ресурс] / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев, Л.А. Харитонова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

21. Иванов, Д. О., Гречаный, С. В., Гузева, В. И., Гузева, О. В., Гузева, В. В., Еремкина, Ю. А., ... & Шумилина, М. В. (2021). Руководство по педиатрии.

22. *Капитан Т.В.* Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми / Т.В. Капитан. - 5-е изд., перераб. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 624 с.

23. *Климов Л.Я.* Современные аспекты вскармливания детей раннего возраста: учебно-методическое пособие / Л.Я. Климов, О.К. Кулешова, А.С. Калмыкова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Ставрополь, 2014. - 144 с.

24. Комплексная оценка здоровья детей и подростков: Методическое руководство – Екатеринбург: УГМА, 2010. – 128 с.

25. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста / Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ с особым акцентом на республики бывшего Советского Союза. – Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 87. – Дания, 2003. – 368 с.

26. Кормление ребенка грудью: Рекомендации ведущих российских специалистов / В.В. Фадеева. – М.: Оникс, 2009. - 160 с.

27. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков [электронный ресурс]: учебник/ В.Р.Кучма.-2-е изд., испр. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

28. Латышева, В. Я., Козловский, А. А., & Козловский, Д. А. (2021). Медицинская реабилитация в педиатрии.

29. Лихорадка у детей: тактика педиатра : учеб. пособие для студентов педиатрического, лечебного и стоматологического факультетов, ординаторов / Е. В. Попова, О. Е. Рубачёва, А. С. Джанибекова [и др.]; под ред. Н. А. Федько. – Ставрополь : Изд-во

СтГМУ, 2021. – 104 с. - Режим доступа: http://213.222.234.76/cgiopac/opacg/opac.exe

30. Наблюдение за здоровым ребенком в условиях поликлиники : учеб. пособие / Н. А. Федько, Е. В. Попова, Е. В. Иваницкая [и др.]. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2020. – 176 с. - Режим доступа: http://213.222.234.76/cgiopac/opacg/opac.exe

31. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. – М., 2009. – 69 с.

32. Неотложная амбулаторно-поликлиническая помощь детям : учеб. пособие / Н. А. Федько, В. А. Бондаренко, О. И. Галимова [и др.]. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2020. – 132 с. - Режим доступа: http://213.222.234.76/cgiopac/opacg/opac.exe Педиатрия: учеб. для мед.вузов / [В.Г. Арсентьев [и др.] ; под ред. Н.П.Шабалова.-6-е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2015.- 959 с.

33. Основы формирования здоровья детей : учеб. / под ред. А. С. Калмыковой – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 384 с.

34. Ответы на ситуационные задачи для гос. итоговой аттестации выпускников высших мед. учеб. заведений по специальности 31.05.02 – «Педиатрия : – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2016. – 342 с. 3. Пропедевтика детских болезней [Текст] : / под ред. А. С. Калмыковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 768 с.

35. Педиатрия [Электронный ресурс] / под ред. А. А. Баранова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427873.html

36. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2013. – 768 с.

37. Педиатрия: учебник для мед. вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб.:СпецЛит, 2010. – 935.

38. Питание больного и здорового ребенка / Р.Р. Кильдиярова. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 128 с.

39. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учебник / под ред. А. С. Калмыковой. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 864 с. . - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457917.html

40. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учебник / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html

41. Поликлиническая и неотложная педиатрия: учеб. / А. С. Калмыкова, Н. А. Федько, Н. В. Зарытовская, [и др.] ; под ред. А. С. Калмыковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 864 с.

42. Практика вскармливания детей первого года жизни / В.В. Юрьев, Е.И. Алешина. – СПб.: Питер, 2009. – 176 с.

43. Пропедевтика детских болезней / Под ред. И. М. Воронцова, А. В. Мазурина. - 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Фолиант, 2009. – 1008 с.

44. Пропедевтика детских болезней [Текст] : / под ред. А. С. Калмыковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 768 с.

45. Ревнова, М. О., Гайдук, И. М., Колтунцева, И. В., Баирова, С. В., Мишкина, Т. В., Сахно, Л. В., ... & Федорова, М. Ю. (2021). Поликлиническая педиатрия.

46. Руководство по практическим умениям педиатра / Л. Ю. Барычева, В. О. Быков, Э. В. Водовозова [и др.]; под ред. В. О. Быкова. – Ростов н/Д : Феникс, 2020. – 558 с.

47. Руководство по практическим умениям педиатра / Л. Ю. Барычева, В. О. Быков, Э. В. Водовозова [и др.]; под ред. В. О. Быкова. – Ростов н/Д : Феникс, 2020. – 558 с.

48. Руководство участкового педиатра / под ред. Т. Г. Авдеевой. - 3-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАРМедиа, 2019. - 656 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970451656.html

49. Ситуационные задачи для гос. 1. Амбулаторно-поликлиническая помощь детскому населению: организационные и нормативно-правовые основы : учеб. пособие для студ. педиатрического и стоматологического факультетов, ординаторов, врачей общей практики и организаторов здравоохранения / Н. А. Федько, В. Н. Шайтанова, О. Е. Рубачева [и др.]. - Ставрополь : Изд – во СтГМУ, 2019. - 260 с. - Режим доступа: http://213.222.234.76/cgiopac/opacg/opac.exe

50. Скорая и неотложная медицинская помощь детям : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 416 с. - Текст : электронный //

ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441169.html

51. Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни: Методические указания Минздрава РФ, НИИ питания РАМН №225 / Медицинский научный и учебно-методический журнал.– 2001. – № 2,№3,№4.

52. Современные принципы питания детей раннего возраста: Методические рекомендации / Н.Е. Санникова, Т.В. Бородулина, Е.Ю. Тиунова, Л.В. Левчук, О.В. Стенникова. – Екатеринбург: УГМА; Уральское изд-во, 2013. – 69 с.

Professor N.M. SHAVAZI tahriri ostida

UMUMIY AMALIYOT SHIFOKORLARI UCHUN POLIKLINIK PEDIATRIYA

DARSLIK

"ARTEX NASHR"

Mas'ul muharrir — Madina Mirzakarimova

Musahhih — Madina Mirzakarimova

Texnik muharrir — Raxmonov Shohimardon

Dizayner va sahifalovchi — Raxmonov Shahzod

"ARTEX NASHR" bosmaxonasida chop etildi.

Alisher Navoiy ko'chasi 186 - uy

Bosishga 25.06.2025 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami 11

Bichimi 60x841/16. "Times New Roman" garniturasi. 6.57 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 97 / 15.09.2025

Tel:(97) 897-80-00


9 789910 815737