

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ
ҲУЗУРИДАГИ Л.М.ИСАЕВ НОМИДАГИ
МИКРОБИОЛОГИЯ, ВИРУСОЛОГИЯ, ЮҚУМЛИ ВА
ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР ИЛМий ТАДҚИҚОТ
ИНСТИТУТИ**

С.К. РАСУЛОВ

**ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ОВҚАТ
ҲАЗМ ҚИЛИШ АЪЗОЛАРИНИНГ
ФУНКЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАРИ ВА
КАСАЛЛИКЛАРИ**

Ўқув қўлланма

«Педиатрия» – 70910301 йўналиши бўйича

Тошкент – 2026

УДК 616.33/.34-053.2(075.8)

ББК 57.33я73

P24

Расулов С.К.

Эрта ёшдаги болаларда овқат ҳазм қилиш аъзоларининг функционал бузилишлари ва касалликлари. Ўқув қўлланма. С.К. Расулов. – Т.: “Dimal” нашриёти, 2026 й. – 216 б.

Му а л л и ф :

С.К. Расулов – тиббиёт фанлари доктори, Халқаро фан ва санъат академияси мухбир аъзоси, Турон ФА ҳақиқий аъзоси, Халқаро ёзувчилар иттифоқи аъзоси, Фан ва таълимда хизмат кўрсатган ходим, “Болалар гастроэнтерологлари ва нутрициологлари жамоа бирлашмаси” раҳбари.

Та қ р и з ч и л а р :

Бобомуратов – Тошкент тиббиёт академияси болалар касалликлари
Турдикул пропедевтикаси кафедраси мудири, т.ф.д., профессор;
Акрамович

Шарипов Рустам – Самарқанд давлат тиббиёт университети ВМОФ
Хаитович болалар касалликлари кафедраси мудири, т.ф.д.

Мазкур ўқув қўлланма кейинги вақтларда педиатрияда эрта ёшдаги болалар ўртасида ривожланиб бораётган ҳазм қилиш аъзолари функционал бузилишларига бағишланади. Қўлланмада эрта ёшдаги болаларда кўп учрайдиган ҳазм аъзолари функционал бузилишларига – овқат қайтиб келиши, руминация, даврий қусиш синдроми, ичак санчиғи, функционал ич кетиш, дисхезия, қабзият каби бузилишларга аҳамият қаратилган, шу қаторда айрим касалликлар ва гельминтозларнинг эпидемиологияси, этиопатогенези, таснифи, клиникаси, диагностикаси, овқатланиш тартиби ва бошқа даволаш-профилактика усуллари баён қилинган.

Қўлланма тиббиёт олий ўқув юртларининг – педиатрия - 70910301 йўналишида таҳсил олаётган магистрлари учун ёзилган.

ISBN 978-9910-562-67-9

© С.К. Расулов, 2026
© “Dimal” нашриёти, 2026

Қисқартмалар изоҳи

ФБ - функционал бузилишлар

ФИБ - функционал ичак бузилишлари

ОҲҚА - овқат ҳазм қилиш аъзолари

ОИТ - ошқозон ичак тракти

МАТ - марказий асаб тизими

ВАТ - вегетатив асаб тизими

ХКТ-10 - халқаро касалликлар таснифи-10

ГЭР - гастрозофагал рефлюкс

ЦҚС - циклик қусиш синдроми

МУНДАРИЖА

Кириш	5
-------------	---

1-БОБ. БОЛАЛАРДА ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ АЪЗОЛАРИ ФУНКЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАРИ

Functional intestinal disorders in early children (terminology, classification, epidemiology, etiology, pathogenesis).....	10
G.1. Регургитация	25
G.2. Руминация	36
G.3. Циклик қусиш синдроми	43
G.4. Ичак санчиғи	54
G.5. Функционал ич кетиш (диарея).....	70
G.6. Дисхезия	88
G.7. Болаларда функционал қабзият	91
1-боб бўйича тестлар:.....	99

2-БОБ.БОЛАЛАРДА ҲАЗМ ҚИЛИШ АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Эрта ёшдаги болаларда гастроэзофагиал рефлюкс касаллиги .	104
Болаларда биоценоз ва дисбактериоз.....	123
Тестлар	155

3-БОБ. ИЧАК ГЕЛМИНТОЗЛАРИ

Энтеробиоз	163
Гименолепидоз.....	176
Лямблиоз.....	190
Тестлар	195
Адабиётлар	200

КИРИШ

Овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликлари болаларда кўп учрайдиган касалликлар бўлиб нафас системаси касалликларидан кейин иккинчи ўринда туради. Шунга қарамасдан, тиббий ходимларнинг кўпчилиги болаларда функционал ичак бузилишлари ҳақида етарлича билим ва тажрибага эга эмаслар.

Танланган мавзунинг долзарблиги шундаки, кейинги йилларда эрта ёшдаги болалар ўртасида учрайдиган ошқозон-ичак тизими касалликлари ичида функционал гастроинтестинал бузилишлар тобора кенгайиб ва авж олиб бормоқда. Айниқса функционал бузилишлар эрта ёшдаги болаларда кенг тарқалган муаммолардан биридир. Ушбу бузилишларнинг ўзига хос хусусиятлари шундан иборатки, ошқозон ичак тизимида органик бузилишлар (структур аномалиялар, яллигланиш касалликлари, инфекция) ва метаболик чекланишлар бўлмасда касалликнинг клиник белгилари тез юзага чиқмоқда.

Функционал ичак бузилишларининг(ФИБ) болалар ўртасида тарқалганлиги ҳақидаги маълумотлар турлича бўлиб, айрим муаллифлар 5-19% беришса, бошқалари эса 10-20% деб айтишмоқда, сўнгги маълумотлар 30% атрофида эканлиги, кейинги кўрсаткичлар 60-70% ва ҳаттоки 90%гача бир ойгача болаларда бу ҳолатни учраётганлигини қайд этишмоқда.

Болаларда овқат ҳазм қилиш тизимининг функционал бузилишларини диагностика қилиш ва даволаш бўйича клиник кўрсатмалар бир гуруҳ мутахассислар, педиатрия гастроэнтерологияси соҳасидаги этакчи маҳаллий мутахассислар томонидан ишлаб чиқилган ва улар кундалик амалиётда педиатрнинг тактикасини таклиф қиладиган хорижий тавсиялар ва маҳаллий тажриба билан умумлаштирилган (Бельмер С.В. и др., 2020). Тавсияларда овқат ҳазм қилиш тизимининг функционал бузилишлари, уларнинг ривожланиш механизмлари ва терминологияси ҳақидаги замонавий қарашлар муҳокама қилинади. Уларнинг шаклланишининг биопсихосоциал модели кўриб чиқилиб, шунингдек ички қарашлар ва тажрибани ҳисобга олган ҳолда IV-Рим янгиланган таснифи мезонларида белгиланган ёндашувларга асосланган.

Ҳозирги замон илмий маълумотлар функционал ичак бузилишларидан бири - гўдаклар ичак санчиғи фақат овқатланиш ва ошқозон-ичак бузилишлари билан боғлиқ теоретиклар “эскирган” эканлигини айтишмоқдалар, чунки гўдакларда олиб борилган текширишлар натижаси шуни кўрсатадики, уларнинг оналари мигрендан азият чекишганлиги ҳамда олий маълумотга эга аёлларда 2,6 марта уларнинг болаларида ичак санчиғига мойиллик кўплиги аниқланган. Оилада биринчи туғилган болалар ичак санчиғига иккинчи ва учинчи туғилган болаларга нисбатан кўроқ чалинадилар.

Умуман, функционал ичак бузилишлари органик сабаблар билан боғлиқ эмас, бола саломатлигига таъсир қилмайди. ФИБ учрашининг асосий сабаблари она ва бола томондан бўлиши мумкин.

Онаси томондан: анамнездан хомилалик даври токсикози, сурункали касалликларга чалинганлиги, туғрик давридаги асоратлар, туғрик жароҳатлари, сув кетиб қолиши ва ҳ.к.; онанинг руҳий ва эмоционал лабиллиги; онанинг овқатланиш тартиби, сифати ва меъёрининг бузилиши, айниқса сунъий ширинликлар (наввот, шакар, пишириклар) ва ҳайвон ёғларининг кўп истеъмол қилиниши; овқатланиш техникасининг бузилиши: табиий ва сунъий овқатланишда меъёридан кўпроқ овқатлантириш; сутли аралашмаларни нотўғри тайёрлаш; аёлнинг ёмон одатлари (чекиши, наркотикларга мойиллиги).

Бола томондан сабаблар: бола ҳаётининг дастлабки ойларида ошқозон ичак тракти асаб бошқаруви ва мотор функцияларининг анатомик йетишмаслиги; қизилўнгачдаги физиологик сфинктерларнинг йетилмаганлиги, ичаклар дискинезияси; морфофункционал фаолиятидаги ўзгаришлар; ферментларнинг ёшига хос кам ишлаб чиқарилиши (липаза, пепсин, лактаза) ва ҳ.к.

Эрта ёшдаги болаларда функционал ичак бузилишларининг 7та тури ажратилган (IV-Рим мезонлари бўйича): қайт қилиш (регрессия), руминация (ошқозондан оғзига қайтиб келган овқатни чайнаб яна ютиш), даврий қусиш синдроми, ичак санчиғи, функционал диарея, дисхизия ҳамда қабзият. Булардан регрессия, ичак коликаси ва дисхизия фақат бир ёшгача бўлган болаларда учрайди.

Функционал ичак бузилишларидан ташқари эрта ёшдаги болаларда сигир сути оқсилга аллергия оқибатида ҳам ич

кетишлар келиб чиқади. Бунда сигир сути билан бола овқатлантирилганда ёки сигир сутидан тайёрланган сутли аралашмалар берилганида содир бўлади. Сигир сути оксигида алларгияда ҳам болада ич кетишлар, ахлат кўпинча суюқ айрим ҳолларда қон келиши, терида аллергик тошмалар тошиши, қонда эозинофиллар ва IgE миқдорининг ошиши каби ўзгаришлар хос. Бундай ҳолларда болани гипоаллергенли сутли маҳсулотлар ёки антиаллергенли, аминокислотали сутли аралашмалар тавсия этилади.

Ошқозон-ичак функционал бузилишлари органик сабаблар билан боғлиқ эмас, бола саломатлигига таъсир қилмайди. ОИТ функционал бузилишларини турли касалликлардан фарқлаш лозим. Функционал бузилишлар айрим клиник аломатлар билан намоён бўлади, лекин ошқозон-ичак йўлида органик ўзгаришлар (шиллик қаватда анатомик ўзгаришлар ва яллигланиш ўзгаришлари, инфекцион агентлар мавжудлиги ёки ўсмалар) ҳамда модда алмашинуви ва метаболик ўзгаришлар кузатилмайди ҳамда бола умумий аҳволи деярли ўзгармайди. Ошқозон–ичак трактининг функционал бузилишларида овқат ҳазм қилиш, мотор функциялар, нутриентлар ва микронутриентларнинг сўрилиши, ичак микрофлорасининг бузилишлари оқибатида организм иммун системасининг пасайишига олиб келади. Таъкидлаш жоизки, кўпчилик оналар функционал ичак бузилишларини касаллик деб қабул қиладилар ва ташвишга тушадилар, сабабларини аниқламасдан ва бартараф этмасдан ўзларича турли соғломлаштириш чораларини кўришади, бола аҳволида ўзгариш кузатилмагач, кечиккан ҳолда, яъни касалликка чалингандан сўнг тиббий ходимларга мурожаат қилишади.

Кўкрак ёшидаги болаларда айниқса 6 ойгача бўлган болаларда эмган сутнинг қисман қайтиб чиқиши, ичак коликаси ва функционал қабзият кўп учрайди. Яримдан кўп болаларда ҳар хил комбинацияда бир неча функционал ичак бузилишлари учраса, айрим ҳолларда эса, битта чекланган функционал бузилиш аломатлари бўлади.

Ошқозон–ичак трактининг функционал бузилишига олиб келадиган сабаблардан она ва болада бир нечтаси мужассам бўлиши мумкин. Овқат ҳазм қилиш тизимининг функционал бузилишларининг ривожланиш механизмлари айниқса гипоксия билан туғилган болалар, вегето-висцерал бузилишлар, гипер- ёки

гипотоник генезли моторика бузилишлари, ҳазм жараёни бошқарувини таъминловчи пептидларнинг фаолиятини бузилишлари, сфинктерларнинг спазми, ошқозон-ичак тракти моторикасининг бузилиши ва газ ҳосил булишининг ошиши, ичак перисталтикасининг сусайиши (гипотония) ёки ичак спазми билан боғлиқ бўлади. Микронутриентлар сўрилиши бузилиши билан боғлиқ генетик омиллар ва ичак энтероцитлари ферментатив активлигининг ўзгариши ичак микбиомасининг ўзгаришига олиб келади.

Функционал бузилишлар касалликлардан қандай фарқланади? Асосий фарқи – ҳазм қилиш аъзолари томонидан яллиғланиш, инфекция, ривожланиш нуқсонлари каби органик ўзгаришларнинг йўқлиги ҳамда лаборатор ва биокимёвий ўзгаришлар кузатилмаслиги, бола умумий аҳволининг ўзгармасдан қолиши. ФИБ кўпинча онанинг руҳий ҳолати, унинг овқатланиш қайдаларига риоя қилиши, иқтисодий-ижтимоий ҳолати, саломатлиги ва болани қай даражада парваришлашига, овқатлантиришига, яъни соғлом турмуш тарзига риоя қилишига кўп жиҳатдан боғлиқдир. Бу факторлар болада асаб бошқарув ва ҳаракат (мотор), ферментатив функциясининг ўзгариши, айрим ҳолларда овқат ҳазмини ва сўрилишининг пасайишига олиб келади ва функционал бузилишлар чақиради.

Болаларда ФИБ онаси ёки тиббий ходимлар томонидан ўз вақтида аниқлаб уни бартараф этмаслик оқибатида турли хил инфекцион касалликларнинг ривожланишига олиб келиши ёки ички аъзолар хасталикларига, микронутриентлар етишмовчилигига ҳамда бола ўсиш ва ривожланишининг орқада қолишига сабаб бўлиши мумкин.

Эрта ёшдаги болаларда овқатланишнинг функционал бузилишлари овқат ҳажми ва таркибининг боланинг физиологик эҳтиёжига мос келмаслиги натижасида юзага келади ва ошқозон ичак бузилишлари кўринишида намоён бўлади. Тиббиёт оламида эрта ёшдаги болаларда функционал гастроинтестинал бузилишлар мавзуси бўйича бола тарбияси билан шугулланадиган оналар ва тиббий ходимларнинг теоретик ва амалий билимларини ошириш, болалар касалликларини эрта профилактика қилиш ва содир бўладиган функционал бузилишларни ўз вақтида бартараф этишда муҳим долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Ушбу муаммони ечими ўз навбатида соғлиқни сақлашининг бирламчи бўғинида

тиббий ёрдам сифатини ошириш имкониятларини беради. Шу қаторда ушбу мавзунини оналар томонидан ўзлаштирилиши болаларни тўғри овқатлантириш ва тарбиялаш борасида тиббий билимларини оширишни таъминлайди. Эрта ёшли болаларда ФИБ профилактик тадбирларни амалга ошириш яхши натижалар беради, яъни ота-оналарда соғлом турмуш тарзи тамойилларини шакллантириш билан бирга оналар ва болалар саломатлигини асрашда муҳим рол ўйнайди ва «она-бола» тизимида касалликларни камайитириш имконини беради, муҳми, ҳаёт сифати яхшиланади..

Мазкур қўлланма эрта ёшдаги болалар ўртасида ривожланиб бораётган ошқозон-ичак тизимининг функционал гастроинтестинал бузилишларига бағишланган бўлиб, ёшига хос ҳазм аъзоларининг анатомик ва физиологик ўзига хослиги, функционал бузилишларининг она ва бола томонидан келиб чиқиш сабаблари, таснифи, клиник кўриниши, диагностикаси, ва парҳезли овқатланиш, парҳезли ва бошқа даволаш усуллари, ҳамда профилактикаси баён қилинган. Қўлланмада органларнинг функционал бузилишларини ташхислаш мезонлари ва даволаш тамойиллари муҳокама қилинади, ҳаётнинг биринчи ойларидаги болаларда ичак санчиғи, чақалоқ регургитацияси, функционал диарея, циклик қусиш синдроми, инфантил дисхезия ва қабзиятга таъриф берилган. Халқаро касалликлар таснифи-10 (ХКТ-10) кодлари кўрсатилган ҳолда соғлиқни сақлаш тизимининг турли даражаларида текшириш ва даволаш режаси таклиф этилаган, шунингдек, болаларни касалхонага ётқизиш учун алоҳида кўрсатмалар берилган.

Ўқув қўлланма тиббиёт олий ўқув юртларининг – педиатрия йўналишида таҳсил олаётган магистрлари учун ёзилган. Шу қатлорда ушбу китоб умумий амалиёт шифокорларига, педиатрлар, тиббиёт институти студентлари, ординаторлари, магистрлари, ўрта тиббиёт ходимдари, бола тарбияси билан шуғулланувчи мутахассислар, ота-оналарга ҳамда кенг китобхонларга мўлжалланган.

1-БОБ. БОЛАЛАРДА ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ АЪЗОЛАРИ ФУНКЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАРИ

Аннотация

Гўдакларда овқат ҳазм қилиш тизимининг функционал бузилишларини диагностика қилиш бўйича амалий кўрсатмалар бир гуруҳ мутахассислар, педиатрия гастроэнтерологияси соҳасидаги етакчи маҳаллий мутахассислар томонидан ишлаб чиқилган ва улар кундалик амалиётда педиатрнинг тактикасини таклиф қиладиган хорижий тавсиялар ва маҳаллий тажриба билан умумлаштирилди. Тавсияномаларда ФИБ терминологияси, учрашиэтиопатогенези, клиникаси, даволаш ва профилактикаси ҳақидаги замонавий қарашлар муҳокама қилинади шу билан бирга IV-Рим мезонлари ва Россия мутахассислари таснифи баён қилинган.

Аннотация

Практические рекомендации по диагностике функциональных нарушений систем органов пищеварения у младенцев, разработанные ведущими местными специалистами в области педиатрической гастроэнтерологии, обобщены практическими навыками и зарубежными рекомендациями которые используются в повседневной практической педиатрии. В рекомендациях освещены IV-Римские и Российские классификации и критерии, а также обсуждаются современные взгляды о терминологии, эпидемиологии, этиологии и механизмы развития функциональных нарушений органов пищеварения.

FUNCTIONAL INTESTINAL DISORDERS IN EARLY CHILDREN (terminology, classification, epidemiology, etiology, pathogenesis).

Abstract

Practical recommendations for diagnosing functional disorders of the digestive system in infants, developed by leading local specialists in the field of pediatric gastroenterology, are summarized by practical skills and foreign recommendations that are used in everyday practical pediatrics. The recommendations highlight the IV-Roman and Russian classifications and criteria, and also discuss modern views on terminology, epidemiology, etiology and mechanisms of development of functional disorders of the digestive organs.

Таъриф

Овқат ҳазм қилиш тизимининг функционал бузилишлари – бу доимий ёки такрорланадиган комплекс структуравий ёки биокимёвий ўзгаришлар билан изоҳланмаган ёшга хос белгилар.

ФИБ одатда гўдакнинг нормал ривожланишига ва умумий аҳволига таъсир қилмайди унинг келиб чиқишига сабаб ташқи ёки ички таъсирларга бола организми мослашувнинг номутаносиблиги оқибатидир.

Ҳозирги замон илмий маълумотлар функционал ичак бузилишларидан бири - гўдаклар ичак санчиғи фақат овқатланиш ва ошқозон-ичак бузилишлари билан боғлиқ теоретиклар “эскирган” эканлигини айтишмоқдалар, чунки гўдакларда олиб борилган текширишлар натижаси шуни кўрсатадики, уларнинг оналари мигрендан азият чекишганлиги ҳамда олий маълумотга эга аёлларда 2,6 марта уларнинг болаларида ичак санчиғига мойиллик кўплиги аниқланган. Оилада биринчи туғилган болалар ичак санчиғига иккинчи ва учинчи туғилган болаларга нисбатан кўроқ чалинадилар.

Овқат ҳазм қилиш аъзолари функционал бузилишлари таснифи

Ошқозон-ичак йўли касалликлари С.П. Спиранский бўйича 3 гуруҳга бўлинади:

1. Функционал бузилишлар
2. Инфекцион касалликлар
3. Аномалиялар

Бизнинг фикримизча ошқозон-ичак йўли бузилишларини 4 гуруҳга бўлиш мақсадга мувофиқ, яъни юқоридаги 3 гуруҳга физиологик ҳолатларни алоҳида киритиш.

1. Физиологик ҳолатлар
2. Функционал бузилишлар
3. Инфекцион касалликлар
4. Аномалиялар

Болаларда ҳазм қилиш аъзолари функционал бузилишлари (ФБ) шартли равишда иккита катта гуруҳга бўлиш мумкин: ҳаракат функцияси бузилган билан ва оғриқ билан бирга келадиган.

2006 йилда III-Рим мезонлари деб номланган овқат ҳазм қилиш аъзолари ФБ янги таснифи қабул қилинди. Улар 6 та сарлавҳага бўлинган:

- А. Қизилўнгачнинг функционал бузилишлари.
- Б. Функционал гастродуоденал бузилишлари.
- С. Функционал ичак бузилишлари.
- Д. Қорин бўшлиғининг функционал оғриғи синдроми.
- Е. Одди сфинктери ва ўт пуфагининг функционал бузилишлари.
- Ф. Функционал аноректал бузилишлари.
- Г. Янги туғилган чақалоқларда ва гўдакларда функционал бузилишлар.
- Ҳ. Болалар ва ўспиринларда функционал бузилишлар.

Овқат ҳазм қилиш аъзоларининг функционал бузилишлари концепциясининг таърифи янги илмий маълумотларнинг миқдори ва ушбу шартларнинг ривожланиш назарияси мавжуд илмий далилларга қараб бир неча бор ўзгарган. Шундай қилиб, масалан, Д. Дроссман (Drossman D.A., 2006), таъриф беришига қараганда, функционал бузилишлар - бу бола ҳазм аъзолари ўз функциясининг "структуравий ёки биокимёвий ўзгаришлари бўлмаган турли хил аломатлар комбинацияси". Рим- IV мезонларига кўра, бу бузилишлар "ошқозон-ичак фаолиятининг бузилиши" деб қабул қилинган.

IV- Рим мезонлари функционал ичак бузилишларини (ФИБ) "ичак-мия ўзаро таъсирининг бузилиши" сифатида белгилайди. Шу сабабли, замонавий тиббиёт нуқтаи назаридан, ФИБ таърифи қуйидагича кўринади: булар ҳаракатчанликнинг бузилиши, висцерал юқори сезувчанлик, шиллиқ қаватнинг иммун ҳолатини ўзгариши ва яллиғланиш реакцияси билан боғлиқ бўлган ошқозон-ичак симптомларининг барқарор комплекслари, микробиота таркибининг бузилиши ва "ичак-мия ўқи" ни тартибга солишни бошқарувининг ўзгариши натижаси» [Бельмер С.В и др., 2005)

Умуман, функционал ичак бузилишлари органик сабаблар билан боғлиқ эмас, бола саломатлигига таъсир қилмайди.

ФИБ турли хасталиклардан фарқи шуки, ҳазм аъзолари томонидан клиник аломатлар мавжуд, лекинда ҳазм органлари томонидан органик ўзгаришлар (анатомик тузилишида, яллиғланиш белгилари, инфекция омиллари ёки ўсмалар) ва модда алмашинуви бузилишлари ёки метаболик ўзгаришлар кузатилмайди ҳамда бола

умумий аҳволи ўзгармайди . Ошкозон–ичак трактининг функционал бузилишларида овқат ҳазм қилиш, мотор функциялар, нутриентлар ва микронутриентларнинг сўрилиши, ичак микрофлорасининг бузилишлари оқибатида организм иммун системасининг пасайишига олиб келади. Шунинг билан олиш лозимки, кўпчилик оналар болаларида юзага келадиган функционал ичак бузилишларини “касаллик” деб қабул қиладилар ва ваҳимага тушадилар, унинг сабабларини аниқламасдан ва бартараф этмасдан бу соҳада мутахассис бўлмаган турли касбдаги кишиларнинг маслаҳатларига қулоқ соладилар ёки ўзларича турли соғломлаштириш чораларини болада қўллаб кўришади, бола аҳволи ўзгарагач, кечиккан ҳолда, яъни касалликка чалингандан сўнг тиббий ходимларга мурожаат қилишади.

Жаҳон гастроэнтерологлари ташкилотининг (WGO) IV-Рим мезонлари асосида диагностик ва клиник тавсиялар қайта ишлаб чиқилган. Халқаро ишчи гуруҳнинг 2016 йилда тавсия этилган IV-Рим мезонларига асосан, гўдаклар(1-12 ой) ва эрта ёшдаги болаларда (1-3 ёш) ҳамда болалар ва ўсмирларда(3-17 ёш) ҳазм аъзолари функционал бузилишлари қуйидагича таърифланади (Пиманов С.И. ва б., 2016):

G . Эрта ёшдаги болаларда ФИБ. IV-Рим мезонлари (0-3 ёш)	Н. Болалар ва ўсмирларда ФИБ. IV-Рим мезонлари (3-17ёш)
*G 1 Регургитация - чақалокларда эмган сутининг қисман қайтиб келиши (қайт қилиш), *G 2 Руминация - қайт қилиш, чайнаш ва қайта ютиш(кавшаниш), *G 3 Циклик (даврий) қусиш *G 4 Ичак коликаси *G 5 Функционал диарея *G 6 Дисхезия - гўдакларда оғриқли ва қийин дефекация *G 7 Функционал қабзият	Н.1. Кўнгил айланиши ва қусиш билан функционал бузилишлар • Циклик қусиш синдроми • Функционал кўнгил айланиши ва қусиш • – Функционал кўнгил айланиши – Функционал қусиш Н.2. Абдоминал оғриқ билан функционал бузилишлар • Функционал диспепсия • Ичак таъсирланиш синдроми • Абдоминал мигрен • Функционал абдоминал оғриқ Н.3. Дефекациянинг функционал бузилиши • Функционал қабзият • Норетенцион нажас ушлаётмаслик

Россия болалар гастроэнтерологлари, гепаитологлари ва нутрициологлари томонидан IV-Рим мезонлари асосида болаларда функционал ичак бузилишларининг янги таснифини тавсия этдилар(Бельмер С.В., ва б.,2020). Бу тасниф IV-Рим мезонларидан бироз фарқ қилиб, бир ёшгача болаларда алоҳида ФИБ 4 тури адратилган, катта ёшли болаларда абдоминал мигрен ўрнига билиар дисфункция киритилган, норетенцион нажас ушлайолмаслик таснифга киритилмаган ва улар қуйидагича таснифланади:

Болаларда ФИБ бўйича Россия мутахассисларининг тавсиялари

А. Гўдакларда ФИБ (1 ёшгача):	Б. Эрта ёшдаги болаларда ФИБ (1-3 ёш):	В. Болалар ва ўсмирларда ФИБ (3-17ёш):
• Регургитация • Ичак санчиғи • Дисхезия • Функционал қабзият	• Циклик қусиш синдроми • Функционал абдоминал оғриқ • Функционал қабзият	❖ Кўнгил айланиши ва қусиш билан функционал бузилишлар: • Циклик қусиш синдроми • Функционал кўнгил айланиши ва қусиш • – Функционал кўнгил айланиши – Функционал қусиш ❖ Абдоминал оғриқ билан функционал бузилишлар ❖ • Функционал диспепсия ❖ • Ичак таъсирланиш синдроми ❖ • Функционал абдоминал оғриқ • Билиар дисфункция - Дефекациянинг функционал бузилиши •Функционал қабзият

Ушбу таснифларни таҳлил қилиб, шундай хулосага келиш мумкинки, соғлиқни сақлаш амалиётида Россия гастроэнтерологлари ва нутрициологлари томонидан таклиф этилган тавсияларини қўллаш мақсадга мувофиқ деб ўйлаймиз.

Овқат ҳазм аъзолари физиологик ҳолатлари

Физиологик ҳолатлар - болаларда ва катталарда бошқа аъзоларга қараганда ошқозон-ичак йўлида кўпроқ кузатилади. Физиологик ҳолатлар алоҳида симптомлар билан вақтинча пайдо

бўлади, қайта такрорланмайди, бола аҳволига ва саломатлигига таъсир қилмайди, ҳазм аъзолари фаолияти бузилиш аломатлари кузатилмайди, бола онаси томонидан шикоятлар қилинмайди ҳамда врачларга мурожаат қилишмайди. Физиологик ҳолатлар бола тана ҳолатининг ўзгаришига, овқатланиш тартибига ва меъёрига, ёшига хос ҳолда ривожланади.

Болаларда физиологик ҳолатлар қуйидаги белшиллар билан намоён бўлади:

- Гиперсаливация - гўдак ёшидаги болаларда 3 ойдан бошлаб оғиздан сўлакни кўп ажралиши (болада вегетатив нерв бошқаруви номутаносиблигидан симпатик иннервация устунлиги туфайли келиб чиқади, парасимпатик иннервация 3-4 ойдан фаолияти ошиши билан сўлак ажралиши меъёрлашади),

- бола эмизилгандан сўнг, тезда ётқизилганда ёки қорин қисилганда оғиздан овқатнинг 3 мл гача 2-3 марта вақти-вақти билан қайтиб келиши,

- Кекириш(аэрофагия),

- ҳиқичоқ тутиши,

- метеоризм - қорин дамлаши (гиподинамик),

- қорин қулдираши,

- газ чиқариш,

- иштаҳанинг ошиши (жадал ўсиш даврида 5-6 ёш ва балоғат ёшида модда алмашилиш кучайиши туфайли келиб чиқаиши мумкин),

- чақалоқлик даврида нажаснинг кунига 3-5 марта чиқарилиши ва шунга ўхшаш ҳолатлар.

Физиологик ҳолатлар овқат ҳазм қилиш аъзолари функционал бузилишларидан қуйидагилар билан фарқ қилади:

- Физиологик ҳолатлар чақалоқлик давридан бошлаб, катта ёшдаги болалар ва катталарда ҳам учрайди.

- Физиологик ҳолатлар ҳеч қандай сабабсиз пайдо бўлади.

- Онанинг руҳий ҳолатига, овқатланишига, касалликларига боғлиқ эмас.

- Боланинг анатомио физиологик, морфофункционал хусусиятларига боғлиқ эмас.

- Овқат ҳазм қилиш аъзоларининг функционал фаолияти бузилиши кузатилмайди.

- Физиологик ҳолатлар қисқа муддатда пайдо бўлади ва тезда йўқолади.
- Касаллик белгиларига хос эмас.
- Боланинг умумий аҳволига, кайфиятига умуман таъсир қилмайд.
- Ҳазм аъзоларида органик ўзгаришлар содир бўлмайди.
- Лаборатор ва биохимик ўзгаришлар кузатилмайди.
- Физиологик ҳолатлар махсус парҳез даво ва медикаментоз даво талаб қилмайди
- Физиологик ҳолатларни олдини олиш, уни бартараф этиш чораларини кўриш шарт эмас.
- Физиологик ҳолатлар кузатилганда гигиеник тарбия, тўғри рационал овқатланиш, чиниқтириш ва соғлом турмуш тарзига риоя қилиш талаб этилади.

Функционал ошқозон-ичак бузилишларининг тарқалиши, сабаблари, патогенетик механизмлари. Эпидемиологияси

Кейинги вақтларда эрта ёшдаги болалар ўртасида учрайдиган ошқозон-ичак тизими касалликлари орасида функционал гастроинтестинал бузилишлар 70 % ни ташкил этмоқда (Madani S. ва б, 2016).

АҚШда функционал ошқозон-ичак бузилишларини диагностика ва даволаш учун тўғридан-тўғри сарфланадиган маблағлар 1,7 млрддан то 10 млрд долларга тенг, умумий сарфлар хар йили 20 млрддан ортиқ. Шундан кўриниб турибдики, бизнинг давлатимизда ҳам функционал ошқозон-ичак бузилишларини даволашда жуда катта маблағлар сарфланиб келинмоқдаки, бу эса ушбу мавзунинг қанчалик иқтисодий, ижтимоий, тиббий муаммо эканлигини ва долзарблигини кўрсатмоқда.

Олимларнинг кузатувлари асосида туғилган хар 10 чакалок орасида 5та чакалокда функционал гастроинтестинал бузилишлар учрайди. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, бир ёшгача болаларнинг 18% -50%да регургитация қайд қилинмоқда. Кўпинча қайт қилиш биринчи 4-5 ойликда, қисман эса 6-7 ойликда кузатилади, қуюқ бўтқаларнинг овқат рационига кўшилганда (кўшимча овқат махсулотлари) бу ҳолат яъни қайт қилиш йўқолади, бола кўпроқ вертикал ҳолатда бўлганда ёки ўтирганда ҳам бу ҳолат, яъни қайт қилиш деярли йўқолади.

Ҳазм аъзолари функционал бузилишлари (ФБ) эрта ёшдаги болалар ўртасида кўп учрайди, бир ёшгача болалар қарийб 20–30% ва катта болалар 12-20% ФБ чалинган (*Vandenplas Y., et al., 2012*).

Италиялик олимлар (Iacono G, et al.. 2005) берган маълумотларга кўра 6 ойгача бўлган 2879 болаларда (шундан 1422 қизлар, 1457 ўғил болалар) олиб борилган тадқиқотлари шуни кўрсатадики, ҳазм аъзолари функционал бузилишлари – 54,9% болаларда учраган. Шундан, овқат қайтиб келиши - 23.1%, санчиқлар - 20.5%, қабзият - 17.6%, қусиш -6%, диарея - 4.1% ҳолатларда қайд этилган.

Эрта ёшдаги болалар ўртасида функционал ичак бузилишларини тарқалганлик даражасини аниқлаш мақсадида Самарқанд вилоятининг 5 та туманларида 400 она ва 400 болага анкета саволномалар тўлдириш орқали бизлар томондан илмий тадқиқот ишлари олиб борилди.(Расулов С.К. вв б., 2022). Олиб борган тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, эрта ёшдаги болаларда функционал ичак бузилишлари 68% ни ташкил қилди. Бунинг асосий сабаблари оналарнинг бола тарбияси бўйича етарли тиббий билим ва кўникмаларга эга эмаслиги, нораціонал ва нотўғри овқатланиш, иқтисодий етишмовчилик ва б. Айниқса қишлоқ шароитида яшовчи оналарнинг овқатланиш рақioni етарли даражада эмас. 40% дан 60% гача оналар томонидан донли, сутли, гўшти, мевали ва сабзавотли овқатларни кам истеъмол қилишлари аниқланди, айниқса 80% оналар доимий равишда шакар, наввот ва чойни кўп истеъмол қилар экан. Шуни таъкидлаш керакки, оналар орасида нотўғри фикрлар мавжудки, бу ўз навбатида болалар саломатлигига салбий таъсир кўрсатмоқда. Масалан, хомиладор ёки эмизувчи оналарга кўпинча новватни сутни кўпайтиради ва қонни кўпайтиради деган нотўғри фикрларни билдириб уларга тавсия ва кўрсатмалар беришади, бунинг оқибатида болала функционал ичак бузилишлари келиб чиқади. Бизги маълумки, новват таркибида дисахарид сахароза мавжуд бўлиб, она истеъмол қилганида сутида углеводлар миқдори ошади, бола олрганизмида сахараза ферменти активлиги ўта паст даражада бўлганлиги сабабли уни ҳазм қилиа олмайди, натижада бола қорни дамлайди, газ ҳосил бўлади ва ичи кетади ёки ичак санчиғига олиб келади. Демак, бола саломатлигига хавф солинади, буни олдини олиш учун она табиий овқатланиши, яъни табиий ширинликларни истеъмол қилиши талаб этилади.

Этиологияси, патогенези

Овқат ҳазм қилиш тизими патологияси таркибида ФИБ йетакчи ўринлардан бирини егаллайди. Маълумки, ошқозон-ичак тизимининг физиологик функциялари турли хил бўлиб, улар секреция, ҳазм қилиш, сўрилиш, ҳаракатчанлик ва биоценоздир. Ушбу физиологик функциялар бир-бири билан ўзаро боғлиқ, шунинг учун ҳазм аъзоларнинг функционал бузилишлари бошланганда дастлаб битта функция бузилиши мумкин, кейинчалик эса, касаллик ривожланиб бориши билан бошқа функцияларнинг ҳам ўзгаришига олиб келади.

Янги туғилган гўдақликларда ва ёш болаларда ошқозон-ичак трактининг кўплаб ФБ лари ошқозон-ичак трактининг ҳаракатлантирувчи фаолиятини тартибга солувчи механизмларининг йетилмаганлиги билан боғлиқ. Ёши ўсган сари, ушбу механизмлар етуклашганда, ушбу генезнинг функционал бузилишлари изсиз йўқолади.

Функционал бузилишлар шундай ҳолатки, бунда гарчи ҳазм аъзолари фаолияти бузилишнинг клиник аломатлар кузатилсада, морфологик, метаболик ва бошқа ўзгаришларни аниқлаб бўлмайди. Ошқозон-ичак йўли функционал бузилишларининг келиб чиқиш механизмлари турлича бўлиб, нафақат бола организмнинг анатомио- физиологик хусусиятларига, балки вегетатив ва гуморал бошқаруви бузилишига ҳам боғлиқ. Инсоннинг ошқозон-ичак йўли ўзининг асаб ва эндокрин тизими орқали ўз ўзини бошқариш хусусиятига эга. Эрта ёшдаги болалар ошқозон-ичак йўли бошқарувининг ўзига хослиги шундаки, етилиб туғилган чақалоқлар ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг ҳамкорликда қисқариши 31% га тенг бўлса, чала туғилган чақалоқларда эса атиги - 3%, катталарда бу кўсраткич 60% гача (Захарова И.Н., 2017). Бир ёшгача учрайдиган гўдақларда қайт қилиш, санчик ва дисхезия каби ФИБ катта ёшли болаларда учрамайди. Ота-оналар ва ҳаттоки тиббий ходимларнинг кўпчилиги болаларда функционал ичак бузилишлари ҳақида етарлича билим ва тажрибага эга эмаслар.

Функционал бузилишлардан эрта ёшдаги болаларда кўп учрайдиган ичак санчиги сабабчиси - лактаз етишмовчилик чузилувчан диареяларнинг 70% ни ташкил этади. Ошқозон ичак йўли функционал бузилишлари симптомлари – 54,9% учрайди.

Сигир сути оксили - эрта ёшдаги болаларда аллергенлардан бири саналади ва кўпинча функционал ичак бузилишларига сабаб бўлади. ФИБ ривожланишининг асосий механизмларидан бири, бу ҳазм қилиш аъзоларининг ферментатив активлигининг ўзгариши (камайиши, кўпайиши); қисилмалар (сфинктер) тонусининг ўзгариши (пасайиши, ортиши); ичак микрофлораси таркибидаги ўзгаришлар, ошқозон-ичак йўлида ҳазм бўлиш ва сўрилиш жараёнининг бузилиши; овқатга интолерантлик (кўтара олмаслик): углеводлар (моно-, полисахаридлар, лактоза), оксиллар (глютен ва б.), ёғлар, овқат толалари ва б.

Ичак ферментларидан лактаза — лактозани глюкоза ва галактозага парчалайди, бола ҳаётининг дастлабки ойларида онада сут кўплиги сабабли бола ортиқча сутдаги лактозани тўла парчалай олмайди, натижада лактаза ферменти вақтинчалик етишмовчилиги келиб чиқади, бунинг оқибатида ичакларда ҳазм жараёни бузилади, газ ҳосил бўлади, қорин дамлаши, оғриқ туфайли болада йиғлаш хуружи ва ичак санчиғи ёки диарея келиб чиқади.

Сахараза ферменти сахарозани глюкоза ва фруктозага парчалайди, эрта ёшдаги болаларда сахараза ферменти деярли бўлмайди, бола улғайиб бошқа овқатлар қабул қила бошлагандан кейин сахараза ичакларда ишлаб чиқарила бошлайди. Она томондан сахарозага бой шакар, новвот, ва бошқа ширинликлар истеъмол қилинганда сут таркибида сахаоза миқдори ошади, бола бу сутни ҳазм қила олмайди, чунки унинг ичакларида сахараза ферменти йўқ, шу сабабли ичак санчиғи ва ич кетиш келиб чиқади.

Мальтаза ва изомальтаза —полисахаридларни парчалайдиган ферментлар бўлиб, онаси турли хил углеводларга бой овқатлар истеъмол қилганда болада ичак бузилишларига сабаб бўлиши мумкин.

Трегалаза — замбруғлар углеводларини парчалайди, стахеаза, рафиназа ферментлари ҳам болада йўқ.

Ошқозон-ичак трактининг функционал бузилишини келтириб чиқарадиган бола билан боғлиқ сабаблар фуйидагилар:

➤ Ҳазм қилиш аъзолари функционал бузилишларининг келиб чиқишида қизилўнгачнинг ёшига хос анатомик ва морфологик хусусиятлари аҳамияти катта.

➤ Анатомик ва функционал овқат ҳазм қилиш аъзоларининг етилмаганлиги (қорин соҳасидаги қизилўнгачнинг калталиги, сфинктер (қисилмалар) етишмовчилиги, дискинезияси овқат қайтиб

келишига олиб келади, бу регургитация, қизилўнғач дискинезияси, гастрозофагал рефлюкс ёки регургитация деб ҳам номланади.

➤ Қизилўнғачдан нормал ҳолатда овқат қайтиб чиқмаслиги қуйидаги компонентларга боғлиқ: мушак, диафрагма, томир, Губарев клапани, Гис учбурчаги, қизилунғач сфинктеридаги босим (чакалоқларда 20-21 мм. сим. уст.).

➤ Ошқозон ичак йўли асаб бошқарув ва мотор функциясининг етилмаганлиги.

➤ Ичак микробиотасининг шаклланиши.

➤ Уйқу ва сергаклик ритмининг шаклланиши.

➤ Ферментатив етишмовчилик (липаза, пепсин, лактаза)

Функционал ичак бузилишлари ривожланишнинг умумий механизмлари

Функционал бузилишларнинг асосий сабабларидан бири - шикастланмаган органда нерв ва гуморал бошқарувининг ошқозон-ичак трактида бузилишидир.

Гастроинтестинал ҳаракатни тартибга солиш асаб ва гуморал механизмларнинг ўзаро таъсири орқали амалга оширилади. Регуляция тизимлари мураккаб ийерархияга ега (МАТ, ВАТ ва ичак асаб тизимлари). Кўпгина функциялар маҳаллий даражада тартибга солинади. Ичак девори даражасида интрамурал ва қўювчи нейронлар чигалларга бирлаштирилган- субмукозал (Meissner)) ва мускуллараро (Auerbach). Улар ентерал асаб тизимини ифодалайди. Ентерал асаб тизимининг медиаторлари қўйидагилар хисобланади: ацетилхолин, серотонин, норепинефрин, дофамин, азот оксиди, АТФ ва енкефалинлар. Медиаторларнинг ҳаракати кўп йўналишлидир. Шундай қилиб, енкефалинлар учта асосий турдаги (μ (μ), δ (δ), κ (κ)) периферик опиат рецепторлари лиганди вазифасини бажаради. Улар G -оқсил билан боғланган рецепторлари гуруҳига киради. Ушбу рецепторлар ошқозон-ичак тракти бўйлаб жойлашган. Улар силлиқ мушак ҳужайраларида ҳам, ичак асаб тизимида ҳам жойлашган. Силлиқ мушак тўқималарида опиат рецепторлари силлиқ мушакларнинг айлана қатламида бўлади. Ентерик асаб тизимида опиат рецепторлари ингичка ичакнинг мушак ва субмукозал чигалларининг ганглион ҳужайраларида ва интрамурал асаб толаларида жойлашган. Опиат рецепторлари тизимининг бузилиши ошқозон-ичак трактининг турли қисмларининг ишлашига таъсир қилади.

Ошқозон-ичак тракти ҳаракатига опиоид пептидларнинг ва опиат агонистларининг таъсири ингибиторлик ёки қўзғатувчи таъсирларнинг устунлигига боғлиқ. Опиоид пептидлар ёки уларнинг агонистларининг ентерик асаб тизимидаги ҳаракати қўзғалувчан ҳаракатни бошқаришда модуляция қилинади.

Болалардаги ошқозон-ичак трактининг ФБ полиетиологияси шубҳасиздир. Тетиклантирувчи алоқалар ошқозон-ичак тракти ва унинг фаолиятини тартибга солувчи тизимлар ўртасидаги муносабатларга таъсир қилувчи стресс омиллари бўлиши мумкин.

Гастроинтестинал реактивликнинг ошиши ҳам ФИБ келиб чиқишида рол ўйнаши мумкин. Бунга мойиллик кўпинча генетик омилларга боғлиқ. Ташқи муҳитнинг турли хил стрессли таъсирларига нисбатан организм реактивлигининг ошиши перинатал патологиянинг натижаси ҳам бўлиши мумкин. Бунда стресс омилларининг ҳомила ва янги туғилган гўдакнинг марказий асаб тизимига таъсири ичак трубасида маълум реакциялар пайдо бўлишига, консолидациясига ва кейинги ёшдаги даврларида ФИБ юзага келишига олиб келади. Шундай қилиб, янги туғилган гўдакликдаги ҳар қандай стрессли таъсир (нафас олиш бузилиши синдроми, инфекциялар ва бошқалар) вегетатив асаб тизими (ВАТ) фаолиятини ўзгартириши мумкин. Марказий асаб тизими (МАТ) перинатал шикастланишлари бўлган болалар одатдаги кўринишга ега - симпатикотония шаклидаги стресс реакцияси, бу оғир шикастланишларда парасимпатикотония билан алмаштирилади. Мослашувнинг "бузилиши" тезлиги МАТ шикастланишининг оғирлиги билан боғлиқ. МАТ ва ВАТ нинг камайиб бораётган таъсири, шубҳасиз, ичак фаолиятини ўзгартиришга қодир. Ичакнинг эндокрин тизими ҳаётий функцияларнинг ўзгаришига тўғридан-тўғри ва марказий регуляция таъсирида жавоб беришга қодир. Бундан ташқари, болалар катталарнинг хатти-ҳаракатларини нусхалаш орқали шикоят қилишлари мумкин.

Хусусан гўдакларда юзага келадиган ФИБ табиати ҳақидаги замонавий фикрлар, ғоялар, патофизиологик механизмлар ва психосоциал омилларни ўзаро бирлаштирган биопсихосоциал модел (расм ва жалвалга қаранг) шаклида ифодаланиши мумкин.

ФИБ «биопсихосоциал модели» схемаси (по D. Drossman) [3]



Гўдакларда ФИБ патогенетик механизмлари

Патофизиологик механизмлар:	Психосоциал омиллар
--Ошқозон-ичак тракти ҳаракатининг бузилиши овқат ҳазм қилиш аъзоларининг кўпчилик функционал бузилишларига хосдир, лекин доимийлиги билан фарқ қилмайди ва турли беморларда симптомларнинг ўхшашлигига қарамадан жуда ўзгарувчан. Бу ўзгарувчанликни шу билан тушунтириш мумкинки, нафақат моторика бузилиши (асаб ганглионларининг ривожланмаганлиги ёки ошқозон-ичак трактининг силлиқ мушакларининг бузилиши туфайли), балки, бирқанча кўплаб ташқи ва ички омилларга: пархез, микроб метаболитлари ва МНС сигналларига боғлиқ бўлган нейроендокрин бошқарувнинг бузилиши. <i>Висцерал сезувчанликнинг бузилиши</i> муайян турдаги ҳазм қилиш функционал бузилишларига (функционал диспепсия, ичак таъсирланиш синдроми, чакалоқ ичак коликаси) хос. Виссерал юқори сезувчанлик сурункали яллиғланиш ва ошқозон-ичак тракти фаолиятини нейроендокрин бошқаруви бузилиши натижасида юзага келиши мумкин. <i>Озиқ-овқат интолерантлиги:</i> кўплаб беморлар учун турли хил овқат ҳазм қилиш органлари функционал бузилишлари хос индивидуал хусусиятга эга баъзи озиқ-	Овқат ҳазм қилиш тизимининг функционал бузилишларининг белгилари МНС бузилишлари туфайли пайдо бўлиши ёки барқарорланиши мумкин. Ўтказилган стрессли вазиятлар, узоқ муддатли салбий психологик таъсирлар юқори виссерал сезувчанликнинг шаклланишига ва ичак ҳаракатнинг бузилишига олиб келиши мумкин. Мия-ичак кўпригининг бузилиши: ошқозон-ичак тракти марказий ва энтерал нерв тезими ўзаро боғлиқлиги эвазига марказий импульсларга жавоб беради, биринчи навбатда серотонергик тизим орқали. Серотониннинг юқори ишлаб

овқатларга юқори сезувчанлик. Бу баъзи углеводларга (фруктанлар, моносахаридлар, полиоллар, лактоза). клейковина, хун толаси, ёғли ва қовурилган, шунингдек, мўл-кўл озиқ-овқатга нисбатан қабул қила олмаслик бўлиши мумкин. <i>Ичак микробиотасининг бузилиши</i> эрта ва катта ёшдаги кўпгина овқат ҳазм қилиш органлари функционал бузилишларида аниқланди. Маълумки, ичак микробиотаси бир қатор муҳим функцияларни бажаради: метаболик, ҳимоя, иммуноген. Унинг таркиби ўзгарганда микроб метаболитлари ҳам ўзгариши мумкин. Бир қатор тадқиқотларда, хусусан, ичак шиллиқ қаватида яллиғланишга қарши, регенератив таъсир кўрсатадиган қисқа занжирли ёғ кислоталари бутират даражаси пасайганлигини кўрсатди ва аксинча, йўғон ичак рецепторларига таъсир қилувчи ва оғрикни кучайтирадиган потенциал токсик метаболитларнинг миқдори ортади. Агар микроб метаболизми бузилган бўлса, газлар ортиқча ҳосил бўлади: водород, метан, карбонат ангидрид, водород сулфиди. Натижада типик аломатлар пайдо бўлади. Микробиал метаболомнинг бузилишини шу билан тушунтириш мумкинки, овқат ҳазм қилиш тизимининг функционал бузилишларига чалинган беморлар турли хил маҳсулотларни қабул қила олмайдилар – чунки охириги метаболитларнинг спектри, бир томондан, дастлабки маҳсулотга, иккинчи томондан - ичак микробиотаси таркибига боғлиқ. <i>Сурункали яллиғланиш:</i> ошқозон ёки йўғон ичакнинг шиллиқ қаватида аниқ эндоскопик ўзгаришлар йўқлигига қарамасдан кўпчилик функционал диспепсия ёки ичак таъсирланиш синдромида беморларда микроскопик даражадаги бўлган шиллиқ қаватнинг сурункали яллиғланиши аниқланади, шу жумладан семиз хужайралари ва Т-лимфоцитлар сони кўпаяди, шунингдек яллиғланишга қарши цитокинлар даражасининг ошиши: ИЛ-1б, ИЛ-6, ИЛ-8, TNF-а ва ИЛ-10/ИЛ-12 нисбатининг пасайиши. Бунга	чиқарилиши катехоламин фаоллашувига ва энтерокромафин хужайраларининг 5HT3-рецепторларига компенсацион жавобидир. Бунда серотонин ва хужайра ичи калций миқдорини ишлаб чиқаришининг ошиши кузатилади, бу ўз навбатида оғрик синдроми кучайтириб, перисталтикани стимуллади ва висцерал юқори сезувчанликни ривожлантиради. Висцерал юқори сезувчанлик феноменини серотонергик тизим фаоллигини ошиши билан бирга биргаликда узоқ сақланиб қолиши ҳиссий хатти-ҳаракатларнинг ўзгаришига, беморларнинг психологик ҳолатига, уларда депрессив ҳолатларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.
--	--

ичак тўсиғининг ўтказувчанлиги ошиши билан бирга келади, бу ҳам яллиғланиш туфайли бўлиши мумкин. Нейропептид учун рецептор S-1, ичак эпителиясида жойлашган, яллиғланиш вақтида ифодаланади. Ушбу ген рецептори эпителийнинг ўтказувчанлигини тартибга солади. Бу овқат ҳазм қилиш тизимининг функционал бузилишларида паст яллиғланишни ҳазм аъзоларининг функционал бузилишларида ўтказувчанликнинг ошиши ва ҳаракатчанликнинг бузилиши билан боғлиқлигини тушунтириши мумкин. Яллиғланиш ва ҳаракатчанлик ўртасидаги боғлиқлик иммун ва ичакнинг асаб тизимлари ўртасидаги ўзаро таъсир даражасида амалга оширилади, шунингдек, чунончи бу муносабатлар икки томонлама. Лимфоцитлар хусусий пластинкаси бир қатор нейропептид рецепторларига эга (SP, CGRP, VIP, SOM ва бошқалар). Қачонки иммун хужайралар яллиғланиш жараёнида яллиғланиш фаол молекулаларни ва медиаторларни ажратади (простаноидлар, цитокинлар), сўнгра ичак нейронлари бу иммун медиаторлар учун рецепторларни ажратиб чиқаради (цитокинлар, гистамин, PARS ва бошқ.). Эҳтимол, бу овқат ҳазм қилиш тизимининг функционал бузилишларига хос бўлган виссерал сезгирлик ўсиши билан тушунтиради.

Демак, мия-ичак алоқаси икки томонлама содир бўлади. Бир томондан, ошқозон-ичак йўлидан оғриқли ва бошқа импульсларнинг оқими миёга келиб тушиши ўз навбатида қўзғалиш ўчоқлари шаклида жойлашади, бу позитрон эмиссия томографияси маълумотлари билан исботланган.. Иккинчидан, МАТ томонидан ошқозон-ичак йўлига сигналларнинг қарши оқими ичак моторика бузилишини келтириб чиқаради ва ўзига хос "айланма доирада" юқори сезувчанликни оширади. Овқат ҳазм қилиш йўлининг ҳазм қилиш, сўрилиш ва ичаклар мотор функцияси шаклланиши ва биоценози, ичак иммун тизими, шунингдек, марказий ва энтерал асаб тизимининг(ЭАТ) ривожланиши бола ҳаётининг биринчи ойларда шаклланади. Шунингдек, бу даврда овқатланиш бузилиши

билан боғлиқ ҳар қандай ҳолатлар, юқумли, стрессли таъсирлар мослашув бузилиши ўз навбатида мураккаб ўзгаришларга олиб келади. Ушбу механизмларнинг ўзаро таъсири микробиома-ичак-мия кўпригининг ўқи сифатида қаралади. Ошқозон-ичак йўли микробиотаси бузилишлари асносида микробларнинг метаболизм спектри, иммунитет пасайиши, ошқозон-ичакларда яллиғланиш жараёнининг ривожланиши, ичак бар'ер тўсиғининг ўтказувчанлигини ошиши, ошқозон-ичак йўлининг мотор-бошқарув функцияларини бузилишлари ётади ҳамда боланинг асаб тизими кўзгалувчанлигининг ошиши ва сезгирлигининг кучайиши, эрта ёшли болалар учун хос бўлган овқат ҳазм қилиш тизими томонидан функционал бузилиш аломатлари содир бўлади. Эрта ёшдаги болалар овқат ҳазм қилиш тизимининг кўпгина функционал бузилишлари асосий хусусиятлари (чакалоқларда регургитация, санчик, диарея), уларнинг қулай кечишида, боланинг ёшига хос мослашув даврида камайиши ва йўқолиб кетишидир.

G.1. РЕГУРГИТАЦИЯ

Реферат

Мақсад - тиббиёт амалиётидаги шифокорлар эътиборини эрта ёшдаги болаларда кўп учрайдиган қайт қилиш, яъни регургитацияга қаратиш, кенгрок таништириш орқали уларни шу соҳадаги билимларини оширишдан иборат.

ФИБ таркибига киритилган регургитацияга таъриф берилган, тавсия этилган III-IV-Рим мезонлари ва бошқа таклифлар асосида унинг эпидемиологияси, таснифи, этиопатогенези, клиник кўриниши, диагностикаси, дифференциал дагностикаси ёритилган ҳамда парҳезли овқатланиш, шифоли сутли аралашмалардан фойдаланиш ва бошқа даволаш ва профилактик усуллари баён қилинган.

Реферат

Цель –привлечь и ознакомить внимание врачей общей практики на часто встречающие функциональные нарушения органов пищеварения у детей раннего возраста – срыгиванию (регургитация) и повышать их знание в этой области.

В статье описывается срыгивание. Раскрыта эпидемиология, классификация, патогенетические факторы, клиническая картина, дифференциальная диагностика срыгиваний, а также приведены

методы диетической терапии, лечебные молочные смеси и другие методы лечения.

Regurgitation

Abstract

The goal is to focus medical practitioners' attention on regurgitation, which is common in young children, and to increase their knowledge in this area through wider implementation.

The article describes regurgitation, its epidemiology, classification, etiology, pathogenetic factors, clinical picture, diagnosis, differential diagnosis based on Roman criteria and modern recommendations, as well as dietary treatment methods, medicinal milk formulas and other treatment methods.

Таъриф

Бола эмган сутининг оғизга қисман қайтиб келиши (қискача – “қайт қилиш”) ва бошқача - “регургитация”, “қизилўнгач дискинезияси”, номлари билан юритиладиган (ХКТ-10 –ХР 92.1) бола ҳаётининг дастлабки ойларида учрайдиган одатий ҳолатдир (*Бельмер С.В., 2020; Vandenplas Y., 2013*).

Регургитация - бу ютиб юборилган овқатнинг оғзига ёки оғзидан ташқарига беихтиёр қайтиши. Регургитация ҳаётнинг биринчи ойларида соғлом болаларда кенг тарқалган. Регургитация сўнгги IV-Рим мезонлари (2016) асосида эрта ёшдаги болалар функционал бузилишлари гуруҳига киритилган(Пиманов С.И., ва б., 2016).

Қайт қилишни қусишдан ва гатроэзофагал рефлюксдан(ГЭР) фарқлаш лозим, Овқат қайтиб келишининг қусишдан фарқи шуки, қайд қилишда қорин мушаклари иштирок этмайди.

Қусиш – бу марказий асаб тизими томонидан қусиш маркази таъсирланиши билан бошқариладиган рефлекс бўлиб, бунда ошқозон-ичакда бўлган овқат куч билан тана мушаклари ва 12 бармоқ ичак, ошқозон, қизилўнгач, диафрагма юмшоқ мушаклар қисқариши натижасида оғиз орқали чиқарилади. Қусиш пайтида болада кучли безовталиқ, сув ва туз(электролитлар - натрий, хлор, калий) йўқотиш аломатлари кузатилади.

Гастроэзофагал рефлюкс (ГЭР) - бу ошқозон таркибидаги моддаларнинг қизилўнгач ва / ёки оғизга ретроград оқими, бу тўқималарнинг шикастланиши ёки яллиғланишига олиб келади. Езофагитда, обструктив апнеа, нафас олиш йўлларидаги реактив ўзгаришлар, ўпка аспирацияси, овқатлантириш ва ютиш

қийинлашуви, умумий ҳолат ва ривожланиш бузилиши мавжуд бўлганда ГЭР ташҳиси қўйилади.

Эпидемиология

Ҳар кунда овқат қайтиб келиши 3 ойликгача болаларда 86,9% ҳолатда учрайди, йилнинг охирига келиб, 7,6%гача камаяди(*Vandenplas Y., 2013*). Текширувлар натижаси шуни кўрсатдики, 1 ёшгача бўлган болаларнинг 18% дан 50% гача оғиз бўшлиғига овқатнинг қисман қайтиб келиши учрайди. Кўпинча оғиз бўшлиғига овқатнинг қисман қайтиб келиши биринчи 4-5 ойликда -67%, қисман эса 6-7 ойликда -24%, 12 ойга келиб 4% учрайди. Қуюк бўтқаларнинг овқат рационига қўшилганда (қўшимча овқат махсулотлари) бу ҳолат яъни овқатни ошқозондан оғиз бўшлиғига қайтиб келиши ётади, бола кўпроқ вертикал ҳолатда ёки ўтирганда ҳам бу ҳолат деярли йўқолади. Асосан қайд қилиш гўдакларда 12-15 ойга келиб ўз-ўзидан асоратсиз ўтиб кетади(*Бельмер С.В.ва б., 2020*).

Таснифи - ишлаб чиқилмаган.

Этиология, патогенез

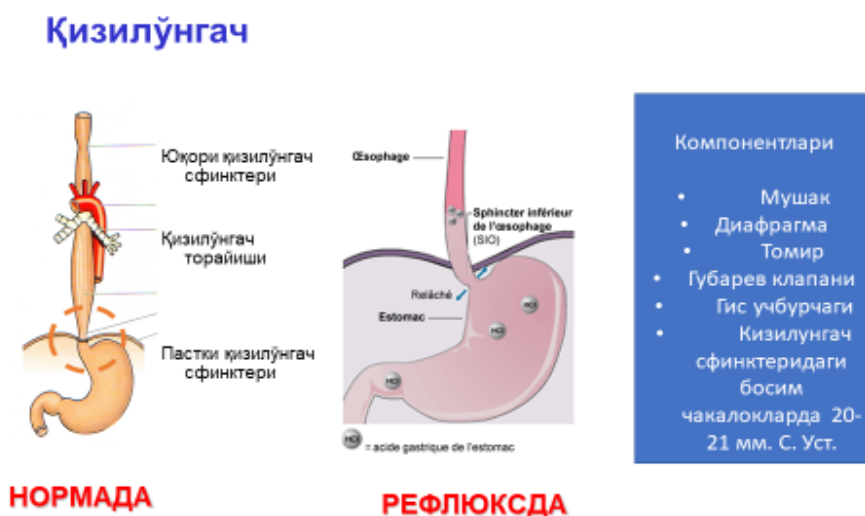
Бир ёшгача болаларда регургитациянинг кўп учраши овқат ҳазм қилиш трактининг юқори қисми тузилиш анатомик хусусиятларига боғлиқ: қизилўнгач кенг, овқат ошқозонга тўғри бурчак ҳосил қилиб ўтади, ошқозон шарсимон формада, диафрагма оёқчалари қизилўнгачни етарлича ушлаб тура олмайди, ошқозон пилорик қисми яхши ривожланган, кардиал қисми суст ривожланган) ва сфинктерлар нейрлогуморал бошқаруви звено ва ошқозон-ичак тракти мотор функцияларнинг етилмаслигига боғлиқ. Овқат қайтиб келиши физиологик характерга эга бўлиб, сўриш рефлекси механизмлари билан боғланган – ошқозондан ортиқча ютилган ҳавони чиқаришини осонлаштиради.

Соғлом болаларда овқатнинг қайтиб келишига қорин бўшлиғида қаттиқ йўргаклаш туфайли босим ошиши, қабзият, газ ҳосил бўлиши, болани узоқ йиғлаши, овқатланиш техникасининг бузилиши, ортиқча овқатлантириш, эмизиш муддати ва тартибини бузилиши каби бир қанча сабаблар олиб келади(*Vandenplas Y., 2013*).

Регургитациянинг бошқа сабабларига ошқозон ичак йўли дискинезияси, мушаклари нерв бошқарув механизмларининг бузилиши, модда алмашилишнинг наслий касалликлари,

қизилўнгачнинг маҳаллий зарарланиши, пилороспазмни киритиш мумкин.

Бола ҳаётининг дастлабки ойларида регургитациянинг асосий сабабларидан бири қизилўнгачнинг морфофункционал етишмовчилигидир. Катта ёшдаги болаларда нормада қизилўнгачнинг учта жойида қисилмалар бўлиб, овқат ошқозондан қизилўнгачга қайтиб келмайди. Қизилўнгачнинг деярли очиқлиги ва боланинг кўпинча горизонтал ҳолатда бўлиши, ошқозонда овқат сиғимининг камлиги истеъмол қилган овқатнинг қайтиб келишига сабаб бўлади. Шу билан бирга қизилўнгач мушаклар тонусининг пасайиши, ошқозон ва диафрагма мушаклар тонусининг ошиши, кардиал сфинктер босими пасайиши ва пилорик сфинктер босими ошиши туфайли ҳам регургитация содир бўлади. Овқатни ошқозондан қизилўнгачга қайтиб чиқмаслиги бир неча тўсиқларга боғлиқ, булар Гисс учбурчаги ва Губарев клапани бўлиб, овқатни орқага кетишига йўл қўймайди, уларнинг суст ривожланганлиги рефлюксни пайдо қилади(1-расм).



1-расм. Болаларда регургитация сабаблари

Бола ёшининг дастлабки ойларида қайд қилишга кўпинча олиб келадиган факторлардан бири қизилўнгач ва ошқозон моторикаси ва иннервациясининг етилмаганлиги. Қизилўнгач ҳаракат активлиги (перисталтикаси) кўкрак сўриши, ютиниши ва нафас олиши ўртасида координация етилиб туғилган болаларнинг 1-2

кунидан шаклланади, чала туғилган болаларда эса, 1,5-2 ойга кечикади.

Анатомик хусусиятлардан ташқари қайт қилишнинг асосий сабаблари хомила ва туғриқнинг ноқулай кечиши ҳисобланади, бу хомила бош мияси гипоксиясига олиб келади, гипоксия эса ўз навбатида ошқозон-ичак йўли моторикасининг бузилишини чақиради. Қайд қилиш асносида гастро-эзофагал рефлюкс(ГЭР) ётади – ошқозон мушакларининг тескари қисқариши - рефлюкси оқибатида ошқозондан овқатни қизилўнгачга қайтиб келиши ёки ўтиши юз беради.

Клиник белгилари

Одатда физиологик қайт қилишда бола аҳволи ўзгармайди. Вазн кўпайиши ёшига мос келади, иштаҳаси яхши. Қайт қилиш тўсатдан сабабсиз бошланади, бирданига овқатланиш пайтида ва ундан сўнг бошланади ва болада безовталиқ чақирмайди. Қайт қилишда овқат ҳажми кўп эмас, сут ёки сутли аралашма ҳиди келади.



Оғиз бўшлиғига овқатнинг қайтиб келиши даражасини аниқлашда беш баллик шкаласи қўлланилади(1-жадвал):

1- жадвал

Регургитацияни интенсивлигини баҳолаш шкаласи

Оғиз бўшлиғига овқатнинг қисман қайтиб келиши интенсивлигини баҳоловчи шкала (Y.Vandenplas et al.,1993)	
0 балл	Оғиз бўшлиғига овқатнинг қисман қайтиб келиши йўқлиги
1 балл	Суткада 5мартадан кўп бўлмаган ва ҳажми 3 мл гача овқатнинг қайтиб келиши
2 балл	Суткада 5мартадан кўп ва ҳажми 3 мл дан кўп овқатнинг қайтиб келиши
3 балл	Суткада 5 мартадан кўп берилган овқатнинг ½ қисми1 маҳал берилган овқатнинг ярми
4 балл	Овқатнинг оғиз бўшлиғидаги қайта келиши ҳам ҳажмда 30 минут давомида,кейин эса ҳар бир овқатлангандан кейин
5 балл	Овқатнинг оғиз бўшлиғига қисман қайтиб келиши эмган овқатининг ½ ва тўлиқ эмганини қайтиб келиши

Агарда регургитация 3-5 балликда баҳоланса - жисмоний ривожланишдан орқада қолиш, тана вазни камайиши мумкин. Кўпинча болаларда безовталиқ, йиғлокилик, учиб тушишлар кузатилади.

Шкалани амалиётда қўллаш болани лозим бўлганда коррекция қилиш ва чуқурроқ текшириш имконини беради. Кам миқдорда ва кўп бўлмаган оғиз бўшлиғига эмган овқатини қайтиб келиши касаллик деб ҳисобланмайди, чунки бу ҳолат боланинг соғлиғига таъсир кўрсатмайди. Болаларда 3 баллдан 5 баллгача овқатнинг оғиз бўшлиғига қайтиб келиши қўйидаги асоратларга олиб келади:

- Эзофагит (клиникаси - дисфагия, иштаханинг пасайиши ва овознинг бўғилиши).

- Жисмоний ривожланишдан орқада қолиши,
- Нафас йўллари аспирацияси, апноэ, аспирацион пневмония,
- Темир етишмовчилиги анемияси,
- ЛОР аъзоларининг касаллиги(отит),
- Қизилўнгач ахалазияси ёки етишмовчилиги
- Синдром Беретта (қизилўнгач калтариши),
- Анемия,
- Патологик гастроэзофагал рефлюкс касаллиги - ГЭРК ,
- Стриктура.

Диагностика

Регургитация – клиник-анамнестик диагноз. Регургитация диагностик мезонларига хос аломатлар - қусишнинг йўқлиги, қусишдаги қон аралашмалари, аспирация, нафас қисилиши, умумий бузилишлар, жисмоний ривожланишдан торқада қолиш, овқатланиш ва ютишдаги қийинчиликлар ёки овқатланиш пайтида ва / ёки ундан кейин нотўғри ҳолат мавжуд эмаслиги(*Drossman D.A., 2.016*)

Болаларда доимий регургитация кузатилганда органик касалликлар ҳақида хабар берувчи “ташвишли симптомлар” ни инкор қилиш учун чуқур анамнез йиғиш ва тўлиқ физикал текширишдан ўтказилади: вазн камайишида, фонтандек қусишда, қусукда қон ёки ўт бўлганда ҳамда респиратор бузилишлардан апноэ ва тўсатдан ўлим синдромида. Текширишлардан муҳим этапларидан бири антропометрик кўрсаткичлар бўлиб, жисмоний ривожланиш сур’атини баҳолаш имконини беради(*Rosen R., 2018*).

Гўдак ёшидаги болаларда физиологик қайт қилишда қўшимча лаборатор инструментал текширишлар талаб этилмайди. Оғир қайт қилишларда, коррекция қилиш мумкин бўлмаган ҳолларда, ҳамда медикаментлар таъсирида келиб чиқадиган қайт қилишда гастроэзофагал рефлюкс ва қизилўнгач кислоталигини аниқлаш учун 24 соатли қизилўнгач ичи рН-метрияси ўтказилади ҳамда кучли қайт қилишларда ҳазм йўлини юқори қисми органик хасталикларини инкор этиш мақсадида фиброэзофагогастроудено-скопия (ФЭГДС) ўтказилади. “Ташвишли симптом” кузатилганда ошқозон-ичак йўлининг юқори қисмида анатомик аномалияларни инкор қилиш мақсадида барий билан рентгеноскопия усулидан фойдаланилади. УТТ анатомик бузилишларни аниқлашда қўлланилади (пилоростеноз, гидронефроз, ўт пуфагитоши, гастропарез, ошқозон моторикаси бузилиши).

Шошилиш ҳолатларда қўшимча текширишлардан хирург, аллерголог, невролог кўриги ўтказилади.

Дифференциал диагноз

Гўдакдарда регургитацияни дифференцияция қилиш лозим бўлган асосий касалликларга ошқозон-ичак тизими юқори қисми анатомик аномалиялари (диафрагманинг қизилўнгач йўли чурраси, ўн икки бармоқ ичак қисилмаси, ахалазия, стриктуралар, Шацкий айланаси, трахеоэзофагеал фистула, орофарингеал дисфагия), гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги, мол сутига аллергия, лактаз етишмовчилик, умуртқа бўйин қисми туғма жароҳати, вегетатив бошқарув бузилиши, муковисцидоз.

Қайт қилишни даволаш

Биринчи навбатда – кун тартиби ва парҳезли даволашдан бошланади. Овқат қайтиб келишни даволаш даставвал оналарни аэрофагияни олдини олиш мақсадида оддий постурал даволаш усуллари ва тўғри овқатлантириш техникасига ўқитишдан бошланади. Ортиқча овқатлантириш овқатни қайт қилишга олиб келиши ҳақида маълумот бериш муҳим.

Табиий овқатлантиришда:

- Эмизувчи онага лактацияни сақлаш, болани овқатланиш тартибини сақлаш, ортиқча овқатлантиришдан ва болани кўкракка тўғри қўйиш учун сокинлик муҳити яратилади, болани тез-тез(10 мартагача) овқатлантириш, вертикал (60°) ҳолатда 1 соат ушлаб

туриш, уқтирилади. Сут суюқ бўлганда ёки кўп бўлганда эмизишдан олдин сут соғиб унга гуруч қайнатмаси қўшиб қуйилтирилади.

• Постурал даволаш (позицион даволаш) - гўдак болаларни 45–60° бурчак ҳосил қилиб эмизиш. Бола эмизилганда бошини баланд тутиш, ўтирган ҳолатда бўлиши лозим, эмизишдан сўнг верттикал ҳолатла 20-30 мин сақлаш ва бола бошини 1-3 баллгача регургитацияда – 30° (10-15 см) боши кўтарилган ҳолатда ва 4-5 балли регургитацияда 60° боши кўтарилган ҳолатда ётқизилса, овқат қайтиб келишини камайтиришга эришиш мумкин (*van Wijk M.P.2010*).

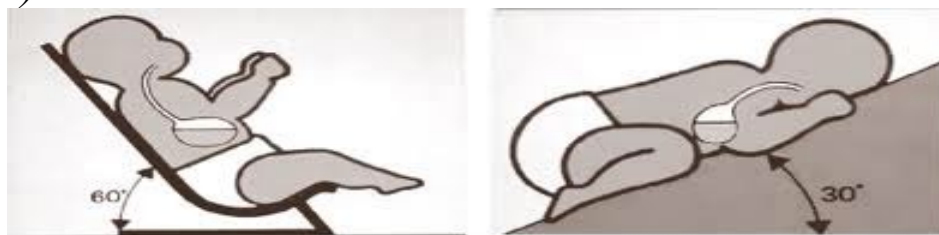


Рисунок 1

• Имкон борича болани дастлабки ойларида бешикка эмас, болалар кроватига ётқизишга ўргатиш мақсадга мувофиқ, бу ўз навбатида регургитацияни камайишини таъминлайди.

• Бола бешик ёки кроватда боши 30° кўтарилган ҳолда ётқизилади;

• Бешикда бола ўтирган ҳолда эмизилади, эмизгандан сўнг корни маҳкам боғланмаслиги ва тебратилмаслиги керак.

• Ухлаш пайтида болани мажбурий ҳолатда сақлаш (кровать бош соҳаси ўта кўтарилиши, қоринда горизонтал ҳолат) тўсатдан бола ўлими синдромига мойиллик сабабли тавсия этилмайди (*Moon R.Y. 2011*).

• 6 ойдан қуйуқ консистенцияли НЕСТЛЕ гуручли кашалари тавсия этилади.

Сунъий овқатлантиришда:

Сунъий овқатлантиришда овқатдан аллергия аломатлари борлигини исботлайдиган гастроинтестинал аломатлар бўлмаганда болани махсус овқат маҳсулотларига ўтказиш – антирефлюкс сутли аралашма, бундай аралашмаларни қуюқлаштирадиган таркиб қўшиш ҳисобига ёпишқоқлиги оширади (*Rosen R., 2018*). Бундай қуюқлаштирувчилар сифатида полисахаридларнинг икки тури қўлланилади – ҳазм бўлмайдиган (церетония дарахти сақичи -

камедь рожкового дерева) ва ҳазм бўладиган(ўзгартирилган крахмаллар)

Антирефлюкс аралашмалар яхши қабул қилиниши ва боланинг асосий барча озиқ моддалар ва энергияга бўлган талабини тўла қорндириш хусусиятига эга.

Антирефлюкс аралашмалар таркибига кирувчи церетония дарахти сақичи бола ошқозонида бўкилади ва суюқликни боғлаб олади, шу билан аралашмани қуюқлаштиради ва регургитацияга тўсқинлик қилади. Антирефлюкс аралашмалар овқат рационига секинлик билан ҳар овқатланганда киритилади Даволовчи аралашма миқдори индивидуал тарзда то регургитация бартараф этилганча белгиланади. Уни стандарт сутли аралашмага қўшиш мумкин, лекин бу аралашмани овқатдан олдин алоҳида қўллаш анча самарали.

Таркибига қуйилтириш учун крахмал сифатида (гуручли, маккажўхорили, ёки картошкали) қўшилган махсус даволовчи аралашмалар бола ошқозонида бўкиш ҳисобига антирефлюкс таъсири кўрсатади, бу овқат қайтиб келишига қаршилик қилади. Уларни қўллаганда таркибида сақичи бор аралашмаларга қараганда узоқ вақтдан сўнг самара беради. Бундай аралашмалар болаларда нормал ич келганда ҳамда ичи бузилишга мойил бўлганда ҳам тавсия қилинади. Крахмал тутувчи аралашмалар аввал олган сутли аралашмаларни тўлиқ алмаштириш учун тавсия қилиш мақсадга мувофиқ.

Антирефлюкс аралашмаларни юқори клиник самара беришига қарамасдан уларни оддий мослаштирилган сутли аралашмаларга алтернатива сифатида назоратсиз қўллаш мумкин эмас. Бу аралашмалар регургитация синдромида даволашнинг маълум этапларида аниқ кўрсатмаларга асосан қўлланилади.

Антирефлюкс аралашмаларни қўллаш муддати индивидуал, айрим ҳолларда етарлича узоқ бўлиши мумин (2-3 ой), ва фақат доимий клиник эффект бўлгандагина, болани мослаштирилган сутли аралашмага ўтказилади. Махсус даволовчи сутли аралашмалардан НУТРИЛОН антирефлюкс, 1-3 балли регургитацияда НУТРИЛОН Премиум тавсия қилиниши мумкин.

Регургитация билан бирга бошқа функционал ичак бузилишларидан ичак санчиғи, қабзият кузатилганда профилактик ва даволаш мақсадида “НУТРИЛОН комфорт”, “НАН тройной комфорт” сутли аралашмалари тавсия қилинади.

Овқат қайтиб келишини даволаш патогенетик жиҳатдан асосланган бўлиши керак. Овқатланиш тартиби овқат ҳазм қилиш вақти билан белгиланиши лозим. Она сути билан озиқланганда 2,5 соат ичида ошқозонда ҳазм бўлади, 2 соатдан кейин сутнинг ошқозондаги қолдиқ миқдори 14% ташкил қилади, мол сутидан истеъмол қилинганда эса, 2 соатдан сўнг ҳам 55% ошқозонда сақланиб қолади. Ошқозоннинг чақалоқларда сиғими 30 мл/кг ни ташкил қилади, бу миқдордан ошиши регургитация чақириши мумкин. Қисман мол сутидан тайёрланадиган сутли мослаштирилган аралашмаларнинг оксили ўртача гидролизланган оксил бўлиб, тез ҳазм бўлади. Мослаштирилган сутли аралашмалардан нордонли (кисломолочный) аралашма ошқозонда 2 соатдан сўнг 25%, зардоб гидролизати эса 14% сақланади, демак, ушбу сутли аралашмалар она сути қатори ҳазм бўлиб, овқат қайтиб келиши олди олинади. Шу билан бирга мослаштирилган сутли аралашмалар таркибига *Lactobacillus reuteri* қўшилган, бу эса ошқозондан сутни эвакуациясини тезлаштириш эвазига тез бўшайди ва шу билан овқат қайтиб келиши олди олинади. Шунинг учун ҳам сутли аралашмаларни танлашда мана шу хусусиятларга аҳамият қаратиш лозим.

Табиий овқатлантиришда бошқа усуллар самарасиз бўлганда, она сути соғилиб, унга сутсиз гуруч қайнатмаси ёки бўтқаси, ёки крахмал аралаштирилиб берилади. Болани ортиқча овқатлантиришдан эътиёт бўлиш керак. Муҳими, агарда кучли овқат қайтиб келганда ҳам болани сунъий ёки аралаш овқатлантиришга ўтказиш учун асос бўла олмайди.

Медикаментоз даво. Парҳезли даво самарасиз бўлганда медикаментоз даво қўлланилади:

1. Кардиал сфинктер тонусини ошириш ва ошқозон бўшашини тезлатиш учун прокинетиклар тавсия қилинади. Прокинетиклар – бу моторикани нормаллаштирадиган дори воситалари. Улар ошқозондан овқат эвакуациясини тезлаштиради ва пастки қизилўнгач сфинктери тонусини ошириш билан регургитацияни бартараф этади.

Овқат қайтиб келишини патогенетик давоси



○ Цизаприд -1,5- 0,5 мг/кг/сут 3 мартага (сератонин рецепторларига таъсир қилувчи)

2. Эзофагитда қизилўнгач шиллиқ қаватини ҳимоя қилиш учун антацидларга ўтилади(Камалова А.А и др., 2013):

○ Топалкан, маалокс, фосфалюгел ½ ч.қ. 5-6 марта эмизишдан кейин

○ Оғир эзофагитларда(эрозив-ярали) – ранитидин, 2мг/кг/сут 2 марта ёки вена ичига (0,25 мг/кг/с), фомотидин, омегаст.

Сўнгги маълумотларга қараганда антисекретор ва прокинетик препаратларни функционал регургитацияда қўллаш кам самарали(Vandenplas Y.,2012; Lightdale J.R., 2013; Moore D.J., 2003).

3. Консерватив даво самарасиз бўлса, иккиламчи апноэ, ларингоспазм, анемия, қизилўнгачдан такрор қон кетганда оператив давога(фундопликация) кўрсатма бор.



Госпитализацияга кўрсатма

- Тузатиб бўлмайдиган регургитация
- Сувсизланиш симптомлари мавжуд бўлганда, тана вазни анчага камайганда
- Регургитация билан бирга келувчи респиратор симптомлар (ларингоспазм, бронхоспазм, афония, йўтал).
- Қайд қилишни қушишга ўтиши, қусукда қон ва ўт бўлиши.

- Бир ёшдан катта болаларда регургитация кузатилганда

Шундай қилиб, эрта ёшдаги болаларда функционал ошқозон-ичак бузилишларидан кўп учрайдиган қайт қилиш, яъни регургитация 3 ойликгача болаларда 86,9% ҳолатда учрасада, амалиёт врачлари томонидан етарлича баҳоланмайди. Ушбу ҳолатни ўз вақтида бартараф этиш бола саломатлигига хавф туғдирадиган ҳолатларни ўз вақтида олдини олишни ҳамда ҳаёт сифатини оширишни таъминлайди.

G.2. РУМИНАЦИЯ

Реферат

Мақсад - тиббиёт амалиётидаги шифокорлар эътиборини эрта ёшдаги болаларда кўп учрайдиган руминация синдромига қаратиш, кенгроқ таништириш орқали уларни шу соҳадаги билимларини оширишдан иборат.

Мақолада руминацияга таъриф берилган, Рим мезонлари ва замонавий тавсиялар асосида унинг эпидемиологияси, таснифи, этиологияси, патогенетик факторлари, клиник кўриниши, диагностикаси, дифференциал дагностикаси очиб берилган ва бошқа даволаш усуллари келтирилган.

Реферат

Цель —привлечь и ознакомить внимание врачей общей практики на часто встречающие функциональные нарушения органов пищеварения у детей раннего возраста — синдрома руминации и повышать их знание в этой области.

В статье описывается руминация, раскрыта эпидемиология, классификация, патогенетические факторы, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, а также приведены методы диетической терапии, и другие методы лечения.

Rumination

Abstract

The goal is to focus medical practitioners' attention on rumination, which is common in young children, and to increase their knowledge in this area through wider implementation.

The article describes rumination, its epidemiology, classification, etiology, pathogenetic factors, clinical picture, diagnosis, differential

diagnosis based on Roman criteria and modern recommendations, medicinal milk formulas and other treatment methods.

Таърифи ва тавсифи.

- Руминация сўзи лотинча “ruminor” сўзидан келиб чиққан бўлиб, такрорий чайнаш деган маънони англатади. Бу болаларда ҳам, катталарда ҳам пайдо бўлиши мумкин бўлган патологик ҳолат.

- Учинчи ва тўртинчи Рим мезонлари қайта кўриб чиқишда, болалар ва ўсмирлардаги руминацияни овқатдан кейин тез орада бошланадиган, кўнгил айланиши билан бирга кечмайдиган ва ухлаш вақтида юзага келмайдиган овқатни чайнаш ёки тупуриш билан такрорий регургитация -деб белгилайди.

- Гўдакларнинг руминация (кавш қайтариш, нурланиш) синдроми - бу камдан-кам учрайдиган функционал бузилишлар бўлиб, қорин, диафрагма ва тил мушакларининг қисқариши билан яқинда ютилган овқатнинг оғизга ихтиёрий одатий такрорланувчи регургитацияси билан тавсифланади. Регургитация қилинган овқат бола томонидан чайналади ва кейин яна ютиб юборилади ёки оғиздан чиқарилади.

- Руминация учун бола ҳаётининг 3-8 ойлигида эрта бошланиши ва овқатланиш характери ва овқатланиш типи ўзгаришига натижа йўқлиги хосдир. Бу ҳолат депривация ёки марказий асаб тизимининг оғир органик зарарланиши симптоми бўлиши мумкин.

- Гўдаклик руминацияси - психо-ижтимоий маҳрумлик натижасида юзага келадиган ҳаёт учун хавфли руҳий касалликдир. Руминация кўнгил айланиш ёки қусиш билан боғлиқ эмас ва ихтиёрий бўлиши мумкин. Қайт қилиш ҳафта давомида бир неча бор, одатда ҳар куни содир бўлади.

Эпидемиологияси

Болаларда ОИТ ФБ борасида регургитация, ичак санчиғи, қабзият каби турларининг эпидемиологияси етарлича адабиётларда ёритилсада, руминация тарқалиш даражаси ҳақидаги маълумлотлар манбалари етарлича эмас. Турли манбаларга кўра, болаларда кавш қайтарилиш частотаси 0,1 дан 4% гача, катталарда - 0,8 дан 8% гача. Кўпинча овқатланиш бузилиши (20% ҳолларда) ва фибромиалгия билан бирлаштирилади [8-10].

Этиопатогенези

Регургитация гўдакларда, болаларда, ўсмирларда ёки катталарда кузатилиши мумкин. Катталарда руминация асаб анорекцияси асосида булимик бузилишлар билан содир бўлади. Регургитация билиб ёки билмасдан содир этилади ва кўпинча врач томонидан аниқланиши мумкин.

Айрим мижозлар тан олишадики, ўзларини бундай ҳолатда бўлишларини ижтимоий хохишсизлик деб билишади, ва уни кўпинча оғизларини қўли билан ёпиб яширишмоқчи бўлишади ёки овқат қабул қилишни чегаралайдилар. Айримлар бошқа кишилар билан бирга иш пайтида ёки жамоа ўртасида овқат истеъмол қилишда ошқора қайт қилиб юбормасликдан тортинадилар.

Муҳим: бола тиниқ нордон таъмга эга бўлмаган оддийгина ҳазм бўлмаган овқатни қайтаради.

Рим мезонлари энди ошқозон-ичак трактининг функционал касалликлари билан шуғулланадиган шифокорлар учун асосий кўрсатма ҳисобланади. Руминация одатда яхши ҳолат ҳисобланади, лекин мактабда болаларни масхара қилишига сабаб бўлиши мумкин ва тишларга ҳам зарарли - ошқозон кислотаси эмалнинг эрозиясига олиб келади. Баъзида руминация масса етишмаслиги билан боғлиқ.

Руминацияни кўпинча шифокорлар ҳам, беморларнинг ўзлари ҳам бошқа гастроэнтерологик касалликлар, одатда гастроэзофагал рефлюкс касаллиги (ГЭРК) билан чалкаштириб юборишади. Бундан ташқари, руминация билан параллел равишда, болаларда қорин оғриғи, кўнгил айниши ва ичак муаммолари бўлиши мумкин - ич қотиши ёки диарея.

Функционал бузилишлар умумий ривожланиш механизмлари ўхшашлиги туфайли врачлар айнан шу болада руминацияни бошқа ФБ билан бирлаштиришади.

Руминация ошқозон-ичак трактининг бошқа функционал касалликлари билан қанчалик тез-тез бирлаштирилади?

- қорин оғриғи билан - 23-38% ҳолларда
- кўнгил айниши билан - 17-30% да
- ич қотиши билан - 21-23% да[4].

Бундай чалкашлик туфайли, болада руминация ташхиси қўйилишидан олдин, улар фиброгастроуденоскопия (ФГДС), ошқозон рентгенограммаси ва қизилўнгачнинг рН тестини ўтказишга вақт сарфлашлари мумкин.

Афсуски, ошқозон ва қизилўнгачнинг функционал синовлари пайтида, кавш қайтарилиш эпизодлари кўпинча тадқиқот натижаларини бузади. Бу баъзида шифокорларни янада чалкаштириб юбориши мумкин.

Шифокорлар руминация билан оғриган болаларни учта асосий гуруҳга бўлишади:

- ҳаётнинг биринчи йилларидаги болалар,
- нейрорпсихологик ривожланиш бузилишлари бўлмаган катта ёшдаги болалар,
- нейрорпсихологик ривожланишида нуқсонлари бўлган катта ёшдаги болалар (одатда бу ерда гастроэнтерологнинг ёрдами керак эмас, улар билан ихтисослашган мутахассислар шуғулланади).

Шифокорлар руминация механизмларини қуйидагича ўрганишади: асосий тадқиқот - қизилўнгачнинг юқори аниқликдаги манометрияси - қизилўнгач тўқималарининг қаршилигини - импеданс билан бир вақтда баҳолаш. Ушбу тадқиқот, шунингдек, клиник кўриниш шифокорга тўлиқ тушунарли бўлмаганда ҳам буюрилади.

Руминациянинг тавсия етилган механизмлари:

- истакка ўхшаш тиклар,
- гастроэзофагиал рефлюкс касаллиги билан иккиламчи руминация,
- ошқозон-ичак трактининг бошқа функционал бузилишларига иккиламчи руминация (масалан, оғриқ ёки ошқозон босимини бартараф етишга уриниш сифатида).

Иккинчи ҳолда, дастлабки функционал бузилиш аллақачон йўқолган бўлиши мумкин, аммо иккиламчи руминация давом этади. Кечиктирилган ошқозон бўшатиш 30-46% болаларда кавш қайтарилиши аниқланган.

Руминация синдроми дискомфорт билан бирга келмайди ва унга олдиндан кўнгил айланиш сезгиси бўлмайди, уйқу пайтида ҳамда боланинг отрофдагилар билан мулоқотда бўлган пайтида кузатилмайди. Ушбу синдромни аниқлаш учун болани яширин кузатиш лозим, чунки бола уни кузатишаётганини сезиб қолса, руминация пайдо бўлмаслиги мумкин.

Руминацияси бор болада озуқа моддаларни етарли тушмаслиги оқибатида алиментар етишмовчилик ривожланиши мумкин, кўпинча сенсор ва эмоционал етишмовчилик юзага келади. Бундай

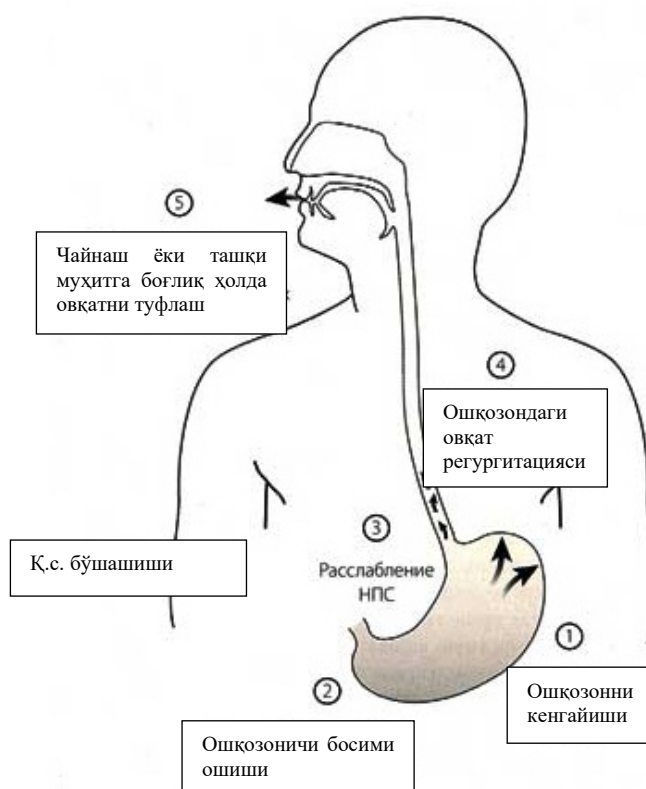
бузилишлар кўпинча госпитализм билан, она билан етарли мулоқотда бўлмаган болаларда содир бўлади.

Эслатиш лозимки, функционал бузилишлар, жумладан, руминация биринчи навбатда, кўприк (мия-ошқозон-ичак тракти) бўйича ўзаро таъсирнинг бузилиши билан боғлиқ.

Руминация қизилўнгачга эмас, балки ошқозон касалликларига таалукли. Руминация эпизодларини объектив аниқлашнинг иккита усули бор [8]:

1). Импедансометрия ва манометрия ёрдамида. Мезонлари – ошқозоничи босимининг тезда 30 мм.с.уст.дан кўпайиши, бунда ошқозондан қизилўнгачга овқатни қайтиши содир бўлади ва уни импедансометрия ёрдамида акниқланади.

2). рН-импедансометрия ёрдамида. Руминация эпизодлари юқори ҳисобланади (пастки қизилўнгач сфинктеридан 17 см юқори), қачонки овқат егандан кейин 1 соат ичида нордон бўлмаган рефлюкслар бўлса.



Руминация синдроми патофизиологияси [9]

Ташхислаш.

Кўпинча ота-оналар мунтазам текширув вақтида педиатрга шикоят қиладилар. Бироқ, баъзи ҳолларда, ёрдам сўрамасдан, ота-оналар болани мустақил равишда даволашни бошлайдилар. Асосан, иккаласи ҳам ичак дисфункцияси барча чақалоқларнинг кўпчилигига ишонишади. Бироқ, бузилишларнинг сабабларини тушуниб, болага ёрдам бериш мумкин ва кўпинча педиатр буни қилиши керак.

Ташхис мезонлари.

Охирги 3 ойдан кам бўлмаган муддатда қуйидаги белгиларнинг барчасининг мавжудлиги:

1. Қорин бўшлиғи мушаклари, диафрагма ва тилнинг такрорий қисқариши.

2. Ошқозондан овқат оғизга олиниб йўтал билан чиқарилади ёки қайта чайнаб ютилади.

3. Қуйидагилардан 3 ёки ундан ортиқ белгиларнинг мавжудлиги:

а). 3 ойдан 8 ойгача бўлган даврда бошланиши,

б). ГЭРК да, антихолинергикларга, қўлда чекловларга, сутли аралашмалар алмашилишига зонд орқали овқатланишига ёки гастростомия қўлланиладиган чораларига наф бўлмаслиги,

с). Кўнгил айланиши ёки безовталиқ билан бирга келмайди,

д). Уйқу пайтида ва атрофдагилар билан алоқада бўлганда учрамайди.

е). Мижозларнинг такрорий овқатни қат қилиш даври ≥ 1 ой.

ж). Овқат истеъмол қилгандан кейин бирдан бошланади.

и). Уйқу пайтида кузатилмайди

4. Камида сўнгги 3 ой давомида қуйидаги барча белгиларнинг мавжудлиги:

- қорин мушаклари, диафрагма, ва тилнинг такрорий қисқариши;

- ошқозон таркибининг оғизга регургитацияси ёки чайналади ва қайта ютилади;

5. Қуйидаги белгиларнинг 3 ва ундан кўпроғининг мавжудлиги (бошланиши 3 ойдан 8 ойгача;

-ГЭРК учун қўлланиладиган чоралар антихолинергик дориларни буюриш,

-найча ёки гастростомия найчаси орқали мажбурий овқатлантииш;

-кўнгил айланиш ёки безовталаниш бўлмайди;

- уйқу пайтида ва бошқалар билан мулоқот қилиш пайтида кузатилмайди.

Кузатиш тактикаси.

Ташхис қўйиш учун руминацияни кузатиш зарур. Бола ва тарбиячилар ўртасидаги муносабатлардаги бузилишларни аниқлаш. Руминация диагностика жараёни билан бирга келадиган таранглик туфайли кучайиши мумкин.

1 ёшдан ошган болалар ва ўспиринларда руминация синдроми.

Эрта ёшда бу кўпинча ўғил болаларда, ўспиринда - қизлар орасида учрайди.

Болалар ва ўспиринларда руминация синдромининг диагностик мезонлари (қуйидагиларнинг ҳаммасини ўз ичига олади):

- овқатнинг такроран оғриқсиз регургитацияси, сўнгра чайнаш ёки овқатдан кейин тез орада пайдо бўладиган тупуриш,

-ухлаш пайтида эпизодлар бўлмаслиги, ГЭРК учун қўлланиладиган чора-тадбирларнинг таъсири йўқ;

-қусиш йўқлиги; яллиғланиш, анатомик, аломатлар мавжудлигини тушунтириши мумкин бўлган метаболик ёки неопластик жараёнлар.

Белгиларни камида 2 ой давомида ҳафтасига камида 1 марта кўриш керак. Регургитация қорин мушакларининг ихтиёрий қисқариши натижасида юзага келади.

Гудаклик руминацияли беморни бошқариш. Ғамхўрлик ва парваришни яхшилаш (тарбиячиларнинг болани таниб олиш ва уларга жавоб бериш қобилияти, жисмоний ва ҳиссий эҳтиёжлар). Бола билан яқин ҳиссий алоқанинг муҳимлиги ҳақида тушунтириш ишини олиб бориш муҳимдир.

Болалар ва ўспиринларда руминация синдроми бўлган беморни бошқариш. Шуни ёдда тутиш керакки, катта ёшдаги болалар ва ўспиринларда руминация масаласини ҳал қилиш қийинроқ. Шундай қилиб, кўпинча руминация синдроми ақлий заиф ва педагогик жиҳатдан эътиборсиз бўлган болаларда учрайди.

Болаларнинг учдан бирида психологик бузилишлар топилади: депрессия, хавотир-обсессив касалликлар ва обсессив бузилишлар. Болаларнинг тахминан ярми вазн йўқотади.

Дифференциал диагностикаси. ГЭРК, қизилўнгач ахалазияси, гастропарез, нерв булимияси, анатомик касалликлардан истисно қилиш керак.

Даволаш.

Аввало, шифокор кераксиз кўрқувни йўқотиш учун оналарга ва болага (агар ёш имкон берса) ушбу ҳолатнинг моҳиятини тушунтириши керак. Дори-дармонсиз усуллар билан даволанишни бошлаш мақсадга мувофиқдир.

Руминация кўпгина ҳолларда психотерапевтик даво талаб этади, бемор томонидан етарли мотивация шароитида 85% ҳолатда самарали. Анча мураккаб ҳолатларда психиатр аралашувига талаб бўлиши мумкин[1].

Ушбу ҳолатни даволаш атрофдагилар ва бола ўртасидаги мулоқотнинг хусусиятларини аниқлаштириш, атроф-муҳитни тўғрилаш, севги ва эътиборнинг тинч муҳитини яратиш ва хулқ-атвор терапиясини ўтказишдан бошланиши керак. Шунингдек, қусиш рефлексини кўзғатмаслик учун қошиқдаги озиқ-овқат ҳажмини камайтириш, озиқ-овқатнинг секинроқ сўрилишини рағбатлантириш, қабул қилинадиган озиқ-овқатнинг умумий ҳажмини камайтириш, ортиқча овқатлантириш ва мажбуран озиқлантиришни бартараф қилиш керак. Озиқлантириш пайтида истеъмол қилинадиган суюқлик миқдорини ҳам камайтириш керак. Руминация учун стандарт антирефлукс дорилар паст самарадорликни кўрсатади.

Афсуски, болаларда руминацияни даволаш бўйича кенг қамровли тадқиқотлар етарли эмас. Когнитив хулқ-атвор терапияси ёки гипноз фойдали бўлиши мумкин.

Баъзида бола бирга келадиган психологик бузилишларни - ташвиш ёки депрессияни тузатиш учун мутахассисга мурожаат қилиши мумкин.

G.3. ЦИКЛИК ҚУСИШ СИНДРОМИ

Реферат

Мақсад - тиббиёт амалиётидаги шифокорлар эътиборини эрта ёшдаги болаларда кўп учрайдиган циклик қусиш синдромига қаратиш, кенгроқ таништириш орқали уларни шу соҳадаги билимларини оширишдан иборат.

Мақолада циклик қусиш синдромига таъриф берилган, Рим мезонлари ва замонавий тавсиялар асосида унинг эпидемиологияси, таснифи, этиологияси, патогенетик факторлари, клиник кўриниши, диагностикаси, дифференциал дагностикаси очиб берилган ҳамда парҳезли даволаш усуллари, шифоли сутли аралашмалар ва бошқа даволаш усуллари келтирилган.

Синдром циклической рвоты

Реферат

Цель –привлечь и ознакомить внимание врачей общей практики на часто встречающиеся функциональные нарушения органов пищеварения у детей раннего возраста – синдрома циклической рвоты и повышать их знание в этой области.

В статье описывается синдром циклической рвоты. Раскрыта эпидемиология, классификация, патогенетические факторы, клиническая картина, дифференциальная диагностика синдрома циклической рвоты, а также приведены методы диетической терапии, лечебные молочные смеси и другие методы лечения.

Cyclic vomiting syndrome.

Abstract

The goal is to focus medical practitioners' attention on cyclic vomiting syndrome, which is common in young children, and to increase their knowledge in this area through wider implementation.

The article describes cyclic vomiting syndrome, its epidemiology, classification, etiology, pathogenetic factors, clinical picture, diagnosis, differential diagnosis based on Roman criteria and modern recommendations, as well as dietary treatment methods, medicinal milk formulas and other treatment methods.

Таъриф.

Кўнгил айниши – бу қусишдан олдин содир бўлувчи ёқимсиз сезги субъектив симптоми, одатда эпигастрал соҳа ёки томоқда сезилади.

Циклик (даврий) қусиш синдроми (ЦҚС) функционал ичак бузилишлари гуруҳига киритилган, Рим-III(2005) ва Рим-IV(2016) мезонлари (G 3) бўйича таснифланади. Функционал ичак бузилишлари (ФИБ) органик сабаблар билан боғлиқ эмас, бола саломатлигига таъсир қилмайди. Циклик қусиш синдромида қусиш сабаби текширишда аниқланмайди, боланинг қусишдан кейин ҳолати соғлом.

Циклик қусиш синдроми (МКБ-X R11) – доимий, интенсив кўнгил айниш ва қусиш эпизодлари бўлиб, бир соатдан бир неча кунгача давом этадиган, бир ҳафтадан бир ойгача интервалда қайталанадиган ҳолатдир (Rome - IV) [19].

Қусиш - бу ошқозон ва ичакдан овқатни оғиз бўшлиғига ва ташқарига кучли ва актив чиқарилиши; бунда қорин ва кўкрак қафаси мушаклари қисқаради (Рим- IV Н1b).

Қусишни регургитация (қайт қилиш) ва руминациядан фарқлаш лозим (Рим- IV). Болаларда функционал бузилишларнинг ушбу тури Рим мезонлари бўйича биринчи бор киритилган.

Циклик қусиш синдроми бир неча соатдан бир неча кунгача давом этадиган кучли кўнгил айланиш ва қайт қилишнинг такрорий, стереотипик эпизодлари билан тавсифланади, бир неча ҳафтадан бир неча ойгача давом этадиган тўлиқ фаровонлик даври. Қусиш эпизодларининг частотаси йилига 1 дан 70 гача, ўртача йилига 12 га тенг. Ҳуружлар орасидаги интерваллар бир хил ва ҳар хил бўлиши мумкин. Одатда ҳуружлар куннинг бир вақтида бошланади (одатда кечаси ёки эрталаб). Эпизодларнинг давомийлиги битта беморда доимий бўлишга интилади. Қусиш ҳуружининг биринчи соатларида энг кучли, кейин қусиш частотаси пасаяди, аммо кўнгил айланиш ҳолати охиригача давом этади. Эпизодлар одатда бошланганда тезда тугайди. Ҳуруж охирида нормал соғлиқ тезда тикланади. Ҳуружнинг клиник хусусиятлари: кўнгил айланиши, қусиш, рангпарлик, заифлик, туприкнинг кўпайиши, қорин оғриғи, шовқинга юқори сезувчанлик, ёруғлик, ҳидлар, бош оғриғи, бўшашган ахлат, иситма, тахикардия, артериал гипертензия, терининг ебруси, лейкоцитоз. 80% ҳолларда ҳуружни қўзғатувчиларни аниқлаш мумкин.

Эпидемиология

Ошқозон ичак йўли функционал бузилишлари симптомлари Лаконо Ж. ва б. (2005) берган маълумотларга кўра 54,9% болаларда учрайди: жами 6 ойгача текширилган болалар сони 2879 тани ташкил қилган, шундан 1422 - қизлар, 1457- ўғил болалар. ФИБ учраши қуйидагича: овқат қайтиб келиши -23.1%; санчиклар - 20.5% (5%-90%); қабзият -17.6%; қусиш -6% ва диарея -4.1%.

Айнан функционал қусиш тўғрисидаги маълумотлар адабиётларда етарлича ёритилмаган. Функционал қусиш ва функционал кўнгил айланиши 8-18 ёшдаги болаларда 0,7% учраши ҳақида айрим маълумотлар келтирилган.

Циклик қусиш синдромининг тарқалиши 0,2–1,0% ташкил этади. Циклик қусиш синдроми бошланишининг ўртача ёши 3,5-7 ёш,

лекин ҳар қандай ёшда ва катталарда ҳам учраши мумкин. Бошланиши 3 ёшда 46% ёки олдин .

Этиологияси

- гипоталамо-гипофизар-буйрак усти тизими (кортикотропин-релизинг фактор секрециясини ошиши) ва(вегетатив бошқарув бузилиши (симпатикотония);

- стресс, токсик, алиментар факторларнинг энергетик метаболизмга таъсири;

- Овқат таркибида углеводлар камайиши, ёғлар ва кетоген аминокислоталар кўпайиши

- Модда алмашинуви бузилишлари;

- метеоризм, корин босими ошиши, санчиклар,

- ЦҚС мигрен билан генетик яқинлиги

- ЦҚС «митохондриал касаллик» каби қаралади (ДНК митохондрия мутацияси билан боғлиқ).

Патофизиологияси

Циклик қусиш синдроми – полиэтиологик касаллик бўлиб, унинг асосида неврологик, метаболик, эндокрин ҳамда ошқозон-ичак йўли қисқаришининг бузилишлари, кўпинча бошқа эпизотик ҳолатлар билан, яъни мигрен, абдоминал мигрен каби ўзгаришлар ётади.

Кўзғатувчи факторларга қуйидагиларни киритиш мумкин: инфекцион касалликлар (шу қаторда синуситлар, отитлар) уйқу бузилиши, жароҳат, эмоционал кўзғалишлар, мактаб, оила ва бошқа келишмовчиликлар билан боғлиқ рухий стресслар, менструация, ҳаяжонланиш, айрим озиқ маҳсулотларни истеъмол қилиш (пишлоқ, шоколад, глутамат натрий, аспартам тутувчи), овқатдан аллергия.

Мигрен ривожланишига генетик мойиллик оилавий ҳодисалар билан исботланади. Циклик қусиш синдроми ривожланиш механизмларига генетик факторларнинг аҳамияти шу билан исботланадики, митохондриал ДНК она томонидан наслга ўтади.

Нейроэндокрин дисфункциялар кортикотропин-релизинг-фактор ажралишини кўпайиши, кейинчалик адренкортикотроп гормон гиперсекрецияси ва гипоталамо-гипофизар-адренал тизим фаоллиги билан боғлиқ.

Автоном вегетатив бошқарувнинг бузилишлари шу билан исботланадики, хуруж фазасида қусишдан ташқари тана ҳароратининг ошиши сўлак ажралиши, диарея, оқариш, ланжлик ҳамда хуруж оралиғи фазасида симпатик тонуснинг юқорилиги ва вегетатив нерв тизими парасимпатик тонусини пастлиги аниқланади.

Каннабиноидларни сурункали истеъмол қилиш (гашиш, марехуана чекиш) кучли қусишга, кўнгил айнишига, қоринда оғриққа сабаб бўлиши мумкин (каннабиноидли гиперметрик синдром), бу балоғат ёшидаги беморлар учун хос(Kaul A., 2015; Kaul A., 2018).

Патогенези

- Қонда кетон таначалари ошиши, ацетон, ацетоуксус ва β -оксимой кислоталар ҳосил бўлиши,

- ЦҚС келиб чиқиши нерв-артритик диатез учун хос, кейинчалик подагра артритлар, интерстициал нефрит, нефрокалциноз, қандли диабет ва семиришга мойиллик ошади.

- ЦҚС манифестацияси пайдо бўлишида ўртача 5,2 ёшни ташкил қилади.

Таснифи (Э.Карцель-Фрониус(1975)

- 1.Бирламчи (сабаби ошқозон-ичак йулида)

2. Иккиламчи, боғланган:

- инфекцион касаллик билан
- Церебрал патология
- Модда алмашинуви бузилиши

Клиникаси

Клиник кўриниши фазали кечиш билан характерланади. Хуруж фазасида стертиотип интенсив қусиш эпизодлари кузатилади (давомийлиги клиник кўриниши ва симптомсиз даври давомийлиги жиҳатдан ҳар бир алоҳида мижозда бир хил), одатда эрталаб бошланади, бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади, кўнгил айниши, қоринда оғриқ, уйқучанлик, мигренсимон симптомлар билан бирга келиши мумкин (бош оғриши, фото- ва фонофобия, бош айланиши) ва тўсатдан ёки секинлик билан (тикланиш фазаси) бир неча соат давомида тўхташи мумкин.

Продром фазасида қусишга кўнгил айниши, оқариш, кайфият ўзгариши, чарчоқ, безовталиқ, бош оғриши ва бош айланиши

қўшилиши мумкин. Хуружлар ўртасидаги фазада симптомлар бўлмайди.

Хуружнинг айрим клиник хусусиятлари: рангпарлик, заифлик, туприкнинг кўпайиши, шовқинга юқори сезувчанлик, ёруғлик, ҳидлар, бўшашган ахлат, иситма, тахикардия, артериал гипертензия, лейкоцитоз. 80% ҳолларда хуружни қўзғатувчиларни аниқлаш мумкин.

Циклик қусиш синдроми учун хос белгилар:

- Кетоз ҳолати учун характерли: кутилмаганда кўнгил айланиш ва қусиш, овқат, дори ва суюқлик қабул қила олмаслик, нафас чиқаришда ацетон ҳиди,

- Қусиш 1 соат ичида 6 мартагача, ўт ва кон аралаш бўлиши мумкин,

- Хуруж пайтида вегетатив бузилишлар,
- Уйқучанлик, ланж,
- Дегидратация белгилари,
- Летаргия, айримлари кома ҳолатига тушиши мумкин.
- Бош оғриғи, фотофобия, бош айланиши.
- Коринда оғриқ, анорексия, диарея, олигурия.
- Тахикардия, тахипное,
- Қонда: лейкоцитоз; нейтрофилез, ЭЧТ ошиши,
- Биохимияда: гематокрит, умумий оқсил, сийдик кислотаси ошиши.

- Сийдикда: кетонурия (+); (+++) - қонда кетон таначалари 400 дан ошган, ++++ - 600 дан ошган.

Диагностика

Циклик қусиш синдроми диагностикаси мезонлари гўдаклар, катта ёшдаги болалар ва ўспиринларда бир хилдир: бир неча соатдан бир неча кунгача давом этадиган кучли кўнгил айланиш ва доимий қусишнинг 2 ёки ундан ортиқ эпизоди; нормал соғлиққа қайтиш, фаровонлик даврлари бир неча ҳафтадан бир неча ойлар ичида юзага келади.

Циклик қусиш синдроми диагностик мезонлари қуйидагилардан иборат(Рим-IV):

1. Икки давр ёки ундан ортиқ кучли кўнгил айланиш ва қусиш хуружлари 6 ой давомида бир неча соатдан кунгача давом этиши.

2. Ҳар бир мижозда эпизодлар стереотипли.

3. Эпизодлар даврларга бўлиниб, ҳафтадан ойгача давом этади ва қусиш эпизодлари орасида соғлом ҳолат тикланади.

4. Тиббий баҳолашдан сўнг симптомларни бошқа ҳолатга киритиб бўлмайди.

5. Болаларда симптомлар эрта бошланиши билан нейрометаболик касалликларни инкор қилиш лозим, буни қусиш хуружи даврида инфузион даво ўтказгунга қадар керакли текширишлар орқали бажарилади (Rome IV).

Чуқурлаштирилган текширишга кўрсатма: қоринда кучли оғриқ билан тўхтовсиз қусиш, қусиш эпизодлари авж олиши, унинг сурункали кечиши, оралик касалликлар қўзғалиши, овқат қабул қилишни чекланиши, неврологик бузилишлар фонида қусиш; лаборатор ўзгаришлар мавжудлиги (гипогликемия, метаболик ацидоз, респиратор алкалоз ёки гипераммониемия) [Li B.U., 2008].

Циклик қусиш синдроми диагностик “иккилик” мезонлари:

- Анамнезда 2 ва ундан ортиқ сабабсиз қайта қусиш,
- Хуруж икки соатдан 2 кунгача.
- Ҳафтада 2 марта қусиш хуружи;
- Иккита хуруж ўрта даври – симптомсиз. метаболик ўзгаришларсиз .

Лаборатор-инструментал текшириш усуллари

Циклик қусиш синдромининг диагностикасида болаларда дастлабки текшириш усулларида қон, сийдик, ахлат умумий тахлили ҳамда қон биохимик анализлари (липаза, амилаза, аланинамин ва аспартатамин трансферазалар, γ-глутамилтранспептидаза, билирубин, глюкоза, электролитлар, кальций, кортизол, қолқонсимон без гормонлари, липаза, амилаза) ўтказилади.

• Биринчи этапда текшириш – қорин бўшлиғи аъзолари, буйракни УТТ.

- Эзофагогастродуоденоскопия усули ошқозон-ичакдан қон кетиш симптоми кузатилганда, кучли қусишда, ошқозон-ичак ёрилиш-геморрагик Маллори–Вейса синдромида гастродуоденал патологияни инкор қилиш учун қўлланилиши мумкин.

• Иккинчи даражада – кўрсатмага кўра бош мия магнит-резонансли томография, электроэнцефалография.

- Митохондриал дисфункция диагностикаси учун лактат, пируват, органик кислоталар, аминокислота, карнитин, ацилкарнитин, кортизол миқдорини аниқлаш талаб этилиши мумкин.

- Бундай текширишни зарурати шу билан исботланадики, циклик қусиш синдромида қонда сийдик кислота, лактат ва органик кислоталар алмашинувининг бузилиши аниқланади, бундай ўзгаришлар митохондриал касалликлар билан касалланган беморларда ҳамда циклик қусиш синдромида декстроза, L-карнитин қўллашнинг самарадорлиги ва очликни олдини олиш билан исботланади.

- Циклик қусиш синдроми РНК ташувчи митохондриал гени 3243AG мутацияси билан боғлиқ бўлиши мумкин, шу боисдан биринчи навбатда айнан шу генни аниқлаш тавсия этилади.

- Аминокислоталар алмашинуви бузилиши, органик кислоталар, ёғ кислоталари β-оксидланиш дефекти бузилиши билан боғлиқ касалликларни инкор қилиш учун аминокислоталар ва ацилкарнитин спектрини тандем масс-спектрометрия усулида таҳлил қилиш. Кўрсатма бўйича мутацияларни аниқлаш учун: ядроли ва митохондриал ДНК молекуляр-генетик текширишлар.

- Бундан ташқари, дифференциал диагностикада сийдикда порфиринларни аниқлашга талаб бўлиши мумкин.

Дифференциал диагноз

Дифференциал диагностика интракраниал босимнинг кўтарилиши, мия поғонаси глиомалари, вестибулит, обструктив уропатиялар, феохромоцитома, гипокортицизм, қандли диабет, орнитин-транскарбамилазалар етишмовчилиги ва дегидрогеназа, пропионик ацидемия, изовалерия ацидемияси, порфирия ва сийдик метаболизмнинг бошқа занжирлари билан кечадиган касалликлар билан амалга оширилади.

Кўрсатма бўлса кенг спектрдаги касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказалади:

- ошқозон-ичак йўли хасталитклари билан, жумладан хирургик: ичак чалкашиши билан малротация, операциядан кейинги стриктура ва спайкалар, ўт йўли касалликлари, умумий ўт йўли кистаси, панкреатит, гепатит, гастрит, дуоденит, меъда деворининг пролапсуси билан қонли қусиш, Маллори-Вайс синдроми бўлган ёки усиз пептик эзофагит;

- буйрак касалликлари (пельвиоуретрал обструкция);

-нерв системаси касалликлари: бош мия ўсмаси, мигрен, Киари малфлормациялари, гидроцефалия, мураккаб парциал эпилепсиялар, Шайтонлашнинг асоратлари: суюқлик ва электролитлар етишмовчилиги, хужайра ичидаги калий ва магний етишмовчилиги, гипертония;

– модда алмашинув касалликлари, метаболик/эндокринли бузилишлар: қандли диабет, Аддисон касаллиги, феохромоцитома, аминокислотопатиялар, органик ацидемиялар, ёғ кислоталари оксидланиши бузилишлари, митохондриал бузилишлар, мочевиная цикли дефектлари, ўткир алмашинувчи порфирия, антидиуретик гормоннинг етарли даражада чиқарилмаслиги.

- ЎРВИ (харорат ошиши)

- ацетонемик синдром.

ЦҚС асоратлари:

✓ Аспирация (асфиксия, аспирацион пневмония)

✓ Дегидратация (гипотоник дегидратация)

✓ Кислоталик ишқорлик муҳит бузилиши

Давоси

Касалликнинг кучайишига олиб келадиган омилларни аниқлаш, уларнинг таъсирини бартараф этишни таъминлаш. Эпизод бошлангандан сўнг, у тугамагунча, беморни тинчлантириш зарур. Уйқу пайтида хуружни тўхтатиш мумкин.

1. Бошланғич ва хуруж фазасида:

-Орал регидратацион суюқлик (ОРС) ўз вақтида қусишгача ичириш

-Регидратационная терапия ҳар 10-15 минутда кам порцияда (10-15 мл) болага газсиз ишқорли минерал сув, совук лимонли чой, компот ичириш

-Бола тинч ҳолатда бўлиши керак, таъсир кўрсатадиган ёруғлик, товуш бартараф этилади, овқат истеъмоли тўхтатилади (2-3 кунгача). Эрта даволашга ўтилади (дастлабки 2-4 соатда) .

-Қусишга қарши препаратлар. Ондансетрон 5НТЗ-рецептордари қўлланилади - 0,3–0,4 мг/кг вена ичига ҳар 4–6 с (20 мг гача). Одатдаги қўлланиладиган қусишга қарши дорилар (метоклопрамид, домперидон) паст ёки самарасиз бўлиши мумкин.

-Суюқлик ва электролитлар венага қуйиш: декстроза D10 + KCl, мумкин бўлмаганда орал йўл билан юбориш 3 кун ва ундан кўп парентерал овқатлантириш

- Қоринда оғриқ бошланса ошқозон кислоталикни камайтирадиган ранитидин, омегаст тавсия қилинади

- Катта болаларда бош оғриғи билан бошланса антимигреноз препаратлардан фойдаланилади.

- Седатив препаратлар: дифенгидрамин (димедрол) 1,0–1,25 мг/кг вена ичига ҳар 6 с; лоразепам 0,05–0,1 мг/кг венага ҳар 6 с; хлорпромазин (аминазин) 0,5–1,0 мг/кг ҳар 6 с.

- Симптоматик дорилар: аналгетиклар (ностероид яллиғланишга қарши препаратлар/наркотик), эпигастрал оғриқда протон помпа ингибиторлари.

- Каннабиоидли қусиш синдромида иссиқ ванна ёки душ вақтинчалик симптомларни камайишини таъминлаши ва енгиллик бериши мумкин.

2. *Хуруж оралиғида:*

- **Хуруж даврида:** сувсизланиш даражасига ва метаболик бузилишларга қараб ва парҳез овқатлантириш,

- 1-дар. сувсизланишда бола ёшига қараб 100-130 мл/кг ОРС,

- 2-дар – ОРС 150-200 мл/кг, инфузион даво электролитлар билан бирга,

- 3-дар.- инфузион даво: 5-10% глюкоза, Рингер–лактат, натрий хлор 0,9%,

- 12 ойгача - 20-30 мл/кг гача кейинчалик - 70 мл / кг гача 5 соат давомида.

- 12 ойдан 5 ёшгача 20-30 мл/кг гача дастлабки 30 мин. Кейин яна 70 мл/кг гача 2,5 соат ичида.

- 6 ёшдан ошган болаларга оғир қусиш хуружларда:

- Цизаприд - 0,5 мг/кг/сут 3 мартага,

- Допамин рецепторлари блокаторларидан домперидон суспензия, таблетка ҳолида қўлланилади. Домперидон(мотилиум) 1-2 мг/кг/сут,

- допамин D2-рецепторлари блокаторларидан метоклопрамид (церукал, реглан) – 0,1 -0,5 мг/кг/сут 3 марта овқатдан 20 мин олдин ёки мушак орасига вена ичига қўлланилади. Бу препарат ножўя таъсирга эга - марказий асаб тизими томонидан жиддий асоратларга олиб келиши мумкин (уйқучанлик, экстрапирамид бузилишлар, безовталиқ, коматоз ҳолатлар);

- допрокин 1 мг/кг 3 марта, 1 ой. ондасетрон, гранисетрон, амитриптилин, фенобарбитал, пропранолол

- ошқозон-ичак тракти периферик δ -, μ - ва к-опиоид рецепторлари антагонистлари - тримебутин таблеткада ёки суспензияда ичишга берилади. Болаларга 3–5 ёшда -25 мг кунига 3 марта, 5–12 ёшда – 50 мг кунига 3 марта, 12 ёшдан болаларга – 100–200 мг кунига 3 марта.

- Лозим бўлганда тозаловчи ҳукна (1% гидрокарбонат натрий 100-150 мл хар ёшига) .

- Антисекретор препаратлар, H₂-гистамин рецепторлари антагонистлари (омегаст ёки ранитидин).

- Қўзғатувчи факторларни аниқлаш ва уларни таъсирини камайтириш: стресслар, зўриқишлар, эмоционал қўзғалишлар, овқат маҳсулотлари ва дорилар қабул қилиш (пишлоқ, шоколад, аллергенлар, аспартам, натрий глутамат, кофеин), уйқу бузилиши, очлик.

3. Хуруж орализиди: кун тартиби ва парҳезга амал қилиш. Гепатопротекторлар, липотроп препаратлар, ферментлар, фитотерапия, витаминотерапия. Энтеросорбентлар 4 -авлоди (диоксин кремний).

4. Тикланиш даврида:

- сув-туз алмашинувини тиклаш, аста секин овқатлантиришни ошириш,

- Диетотерапия - кўкрак сутини сақлаб қолиш, овқат ҳажмини камайтириш – 9-10 марта эмизиш,

- Сунъий овқатланишда шифоли антирефлюксли (НУТРИЛОН комфорт, НУТРИЛОН антирефлюкс, ва НУТРИЛОН премиум сутли аралашмалардан фойдаланиш,

- Болани полувертикал ҳолатда (60° бурчакда) эмизиш,

Профилактик даво. 5 ёшгача болаларда – ципрогептадин 0,25–0,50 мг/кг/сут, 2–3 мартага (ҳозир Ўзбекистонда йўқ); пропранолол 0,25–1,00 мг/кг/сут, кўпинча 10 мг кунига 2–3 марта. Беш ёшдан катта болаларга невролог консултацияси билан амитриптилин: бошланғич дозаси 0,25–0,50 мг/кг, ҳар куни 5–10 мгдан кўпайтриб борилади, то 1,0–1,5 мг/кг гача, электрокардиограмма мониторинги (интервал Q–T) бошланишдан олдин ва 10 кун давомида катта дозада(юқоридаги доза).

Қўшимча даво: : коэнзим Q10, L-карнитин.

Акупунктура ёки психотерапевтик даво.

Госпитализацияга кўрсатма:

-чўзилувчан, такрорланувчи қусиш,

- эксикоз, метаболик бузилиш аломатлари бўлганда,
- амбулатор-поликлиник шароитда даволаш самарасиз бўлганда,
- амбулатор-поликлиник шароитда текшириш мумкин бўлмаганда.

G.4. ИЧАК САНЧИҒИ

Реферат

Мақсад - тиббиёт амалиётидаги шифокорлар эътиборини эрта ёшдаги болаларда кўп учрайдиган ичак санчиғига қаратиш, кенгрок таништириш орқали уларни шу соҳадаги билимларини оширишдан иборат.

Мақолада ичак санчиғига таъриф берилган, Рим мезонлари ва замонавий тавсиялар асосида унинг эпидемиологияси, таснифи, этиологияси, патогенетик факторлари, клиник кўриниши, диагностикаси, дифференциал дагностикаси очиб берилган ҳамда парҳезли даволаш усуллари, шифоли сутли аралашмалар ва бошқа даволаш усуллари келтирилган.

Реферат

Цель –привлечь и ознакомить внимание врачей общей практики на часто встречающие функциональные нарушения органов пищеварения у детей раннего возраста – кишечные колики и повышать их знание в этой области.

В статье описывается кишечные колики. Раскрыта эпидемиология, классификация, патогенетические факторы, клиническая картина, дифференциальная диагностика кишечных колик, а также приведены методы диетической терапии, лечебные молочные смеси и другие методы лечения.

Intestinal colic.

Abstract

The goal is to focus medical practitioners' attention on intestinal colic, which is common in young children, and to increase their knowledge in this area through wider implementation.

The article describes intestinal colic, its epidemiology, classification, etiology, pathogenetic factors, clinical picture, diagnosis, differential diagnosis based on Roman criteria and modern recommendations, as well as dietary treatment methods, medicinal milk formulas and other treatment methods.

Болаларда кўп учрайдиган кейинги ошқозон-ичак тизимининг бузилиши бу ичак санчиғи (коликаси) бўлиб, бу 1 ҳафтада 3 мартадан кам бўлмаган кунига 3 соат давом этадиган боланинг безовталаниша, оғриқдан йиғлаши билан кузатиладиган ҳолат ҳисобланади. Бу ҳолатнинг бошланиши бола ҳаётининг 2-3 ҳафталигида ва кульминацияга етиши иккинчи ойликда, секинлик билан 3-4 ойликда кетади.

Ичак коликасининг типик вақти кечки пайт ҳисобланади. Коликанинг бошланиши ва тугаши тўсатдан бўлади, ҳеч қандай сабабларсиз. Ичак коликасининг учраши 20%-70% гача. Ичак коликаларининг узоқ муддат ўрганилишига қарамадан этиологик сабаблари номаълумлигича қолмоқда. Ичак коликалари учун оғриқдан йиғлаш, юзнинг қизариши, боланинг мажбурий ҳолатни эгаллаши, оёқларини қорнига букиши, газ ва ахлатнинг қийноқли чиқиши хос ҳисобланади. Дефекациядан кейин енгиллик кузатилади. Бола иштахаси яхши, жисмоний ривожланиши ёшига мос бўлса ҳам ота-оналарда ичак коликалари хавотирни уйғотади. Бола табиий ёки сунъий овқатланишда бўлса ҳам бир хилда кузатилади. Кузатишлар шуни кўрсатдики, боланинг тана массаси ва гестацион ёши қанча кичик бўлса ичак коликалари шунча кўп кузатилади.

Сўнгги йилларда “колика” юзага келишида ичак микрофлораси катта роль ўйнайди. Шундай қилиб, болалардаги бу функционал бузилишда ичакда микробиотлар таркибининг ўзгариши, шартли-патоген микроорганизмлар кўпайиши ва химоя флораси - бифидобактерия ва айниқса лактобактерияларнинг камайиши билан характерланади. Протеолитик анаэроб микрофлора микдорининг кўпайиши цитотоксин газлар ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Болаларда кучайган ичак коликасида яллиғланиш оқсили – кальпротектин микдори тез-тез ошиб туради.

Қорин соҳасида оғриқ бўлганида бола қичқириб куннинг аниқ бир вақтида ва кечқурун узоқ муддат йиғлайди, қўлларини қисган ҳолда, оёқларини қорнига букади, бунда газ тўпланиши, ич қотиши натижасида қоринда оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Унинг юзлари безовталиқ кўринишида бўлиб, қоринда дам кузатилади. Оғриқдан сўнг газ ва нажас келиши мумкин. Қоринда оғриқ бўлишининг ўзига хос кўпгина сабаблари бўлиб, ҳамма вақт ҳам аниқлаш имконини бермайди. Унинг келиб чиқиши турлича тушунтирилади: асаб тизимининг юқори сезгирлиги, ошқозоничак тизимининг

етилмаганлиги, овқатдан аллергия, овқатлантириш усули ва меъёрининг бузилиши ва бошқалар.

Ичак санчиғи келиб чиқиш сабаблари болани овқатлантириш характерига боғлиқлиги илмий исботланган бўлиб, она сути билан овқатлантирилганда ичак санчиқлари 17%, сунъий овқатлантирилганда эса 41% ни ташкил қилган.

Эпидемиологияси

Гўдакларда ичак санчиғи ўртача 20% учрайди(2). Бир ёшгача болаларнинг 20–30% атрофида ва 12–20% катта ёшдаги болаларда учрайди [3] . Гўдакларда ичак санчиғи табиий ва сунъий овқатланишда бўлган ўғил ва қиз болаларда бир хил - 50-70% қайд этилган[6]. Эрта ёшдаги болаларда ичак санчиғи сабабчиси - лактаз етишмовчилик чузилувчан диареяларнинг 70% ни ташкил этади. Бизнинг маълумотларимизга кўра, ичак коликаси ва бошқа ФИБ гўдакларнинг 33-39% ҳолатларда аниқланди(2021).

Ичак санчиғи сабаблари

Ичак санчиқлари келиб чиқишининг асосий сабаблари қуйидагилар:

- *Гастроинтестинал бузилишлар*
- *Психомотор ривожланиш*
- *Психосоциал бузилишлар*
- *Гўдаклардаги санчиқ – мигреннинг эрта формаси*
- *Генетик мойиллик*

Ичак санчиқларининг келиб чиқиш сабаблари кўпинча онага ва болага боғлиқ бўлиши мумкин.

1. Она томондан:

• акушерлик анамнези (хомила даврида токсикоз, сурункали касалликлар мавжудлиги, туғруқ асоратлари, жароҳатлар, сув кетиб қолиши, оилада биринчи фарзанд, ёлғиз аёл, 35 ёшдан ошган аёллар ва ҳ.к.).

• оилавий муносабатлар: оилада нотинчлик, хомиладор аёлнинг ижтимоий ҳимоясизлиги, атрофдаги кишиларнинг психоэмоционал ҳолати, стресс вазиятларда онанинг эмоционал лабиллиги ва б.

• эмизикли онанинг овқатланиши бузилиши, айниқса ширинликлар (новвот, шакар) ва ҳайвон ёғлари кўп истеъмол қилиши.

- овқатланиш техникасининг бузилиши: болани тез эмизиш, табиий ва сунъий овқатланишда меъеридан кўпроқ овқатлантириш, сутли аралашмаларни нотўғри тайёрлаш.

- аёлнинг ёмон одатлари (чекиши, наркотиклар қабул қилиши).

- Онанинг касалликлари (метаболик синдром, мигрень, қандли диабет, сурункали касалликлар, инфекцион ва б. касалликлар).

- Парваришlash қоидалари бузилиши (ҳаво ютиш, қўшимча овқатларни эрта ёки кеч киритиш, ўта иситиб юбориш ва б.) 2. *Бола томондан:*

- Ошқозон ичак йўли асаб бошқарув ва мотор функцияси етилмаганлиги.

- Қизилўнгач, ингичка ва йўғон ичак дискинезияси

- ОИТ морфофункционал етишмовчилик.

- Ферментатив етилмаслик (транзитор, нисбий лактаз етишмовчилик, сахараза йўқлиги, оксил, ёғ кийин хазим булади)

- Бола томонидан мойиллик факторлар: дастлабки 3-4 ойда ичаклар ўтказувчанлигини ошиши; ичак микробиомаси бузилиши фойдали бактериялар ва олигосахаридлар камлиги, *Escherichia coli* миқдори ошиши; метеоризм; ҳаракат активлиги пасайиши; мелатонин етишмаслиги ва серотонин ошиши; қонда мотилин ва грелин миқдори кўплиги .

- Мол сути окселига сенсibiliзация.

- Кесер кесиш билан туғриқлар.

Болаларда ичак санчиғи келиб чиқиш сабабларига кўра бирламчи ва иккиламчи турларга бўлинади:

Бирламчи (функционал) ичак санчиғи сабаблари

- Чала туғилиш ва боланинг морфофункционал етилмаганлиги, боланинг тез эмиши

- Болада дисбактериоз, метеоризм, қабзият, диарея

- Она руҳиятининг бола ичак санчиғи билан боғлиқлиги

- Онада прогестерон етишмаслиги (McOmber ME, Shulman RJ Curr Opin Pediatr., 2007)

- Онани нотўғри овқатланиши, газ ҳосил бўлишига олиб келадиган маҳсулотлар (шакар, новвот ва б.).

Иккиламчи ичак санчиғи сабаблари

- Лактаз етишмовчилик, целиакия,

- Муковисцидоз

- Мол сутига аллергия

•Ичак инфекциялари, энтероколитлар

Ичак санчиги патогенези

Ичакда кўплаб майда газ пуфакчалари ичак деворида шиллиқ билан бирга кўпик ҳосил қилади, бунда газ чиқиб кетиши ва сўрилиши барча ичак тизимида бузилади ва ичак девори кенгайиши оқибатида оғриқ ҳосил бўлади. Ичак санчигини ривожланишида бир қанча теориялар тавсия қилинган:

- *Гастроинтестинал бузилишлар т.*
- *Психомотор ривожланиш т.*
- *Психосоциал бузилиш т.*
- *Ичак санчиги- мигрен эрта формаси*
- *Генетик мойиллик т.*

Ичакда кўплаб майда газ пуфакчалари ичак деворида шиллиқ билан бирга кўпик ҳосил қилади, бунда газ чиқиб кетиши ва сўрилиши барча ичак тизимида бузилади ва ичак девори кенгайиши оқибатида оғриқ ҳосил бўлади.

Ҳамма гап ичакларда газ пуфакчалари тўпланишида!



Ичакларда газ ҳосил бўлиши натижасида ичак микробомаси (инсон саломатлигини сақлашда организм билан ичак нормал микрофлорасининг бир хил меъёрида сақланиши) бузилиши оқибатида дисбактериоз, овқат моддалар, микронутриентлар сўрилишининг бузилиши, витамин синтези ва иммун механизмларнинг издан чиқиши каби ўзгаришлар содир бўлади.

Клиник кўриниши

Оғриқни баҳолашда бмр қатор шкалалар тавсия этилган:

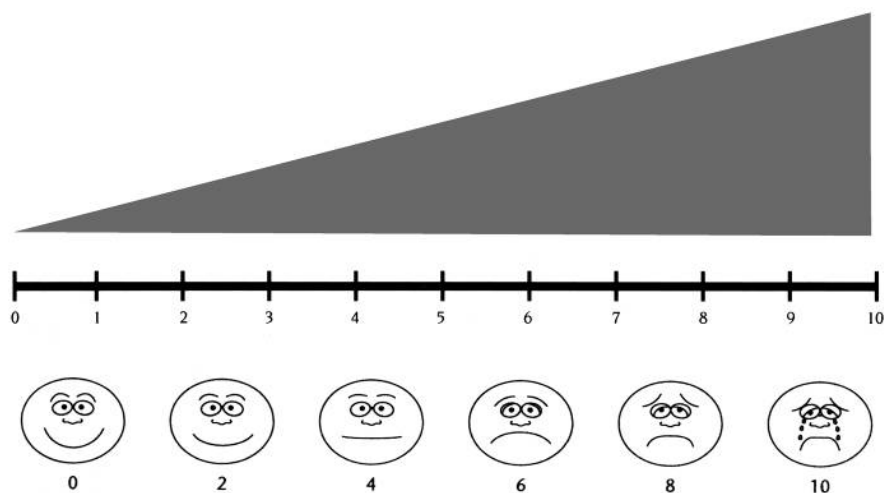
1. 5 ёшдан кичик болаларда оғриқни баҳолаш шкаласи (Children's and Infants' Postoperative Pain Scale (CHIPPS)) (Buttner W., Finke W., 2000).

2.

Йиғлаш балларда	йўқ	0
	Ўртача йиғлаш	1
	Кучли йиғлаш	2
Юз тузилиши	Тинч/ ёки кулиш	0
	Лабда қисқариш	1
	Лаб ва кўз хиралашиши	2
Тана ҳолати	Сокин	0
	Мажбурий	1
	Таранглашган	2
Оёқлар ҳолати	Нейтрал	0
	Оёқлари тиришади	1
	Таранглашган	2
Ҳаракат активлиги	Оддий	0
	Ўртача безовталиқ	1
	Кучли безовталиқ	2

Баллар йиғиндисини баҳолаш : 0 – оғриқ йўқ, 3-5 балл – ўртача оғриқ, 6-10 балл – интенсив оғриқ

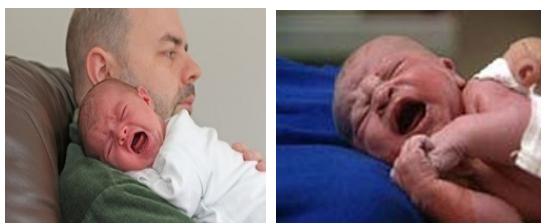
3. Гўдакларда ичак санчиғи мезонлари (Wessel, Cobb, Jackson, Harris, & Detwiler (1954).



Уонг-Бейкер вербал шкаласи оғриқ: -кучсиз , – ўртача ,– кучли
– тоқат қилиб бўлмайдиган

Ичак санчиғи - бола ҳаётининг 2-3 ҳафтасидан бошланади, 6 ҳафталигида чўққига чиқади, 8 ҳафтадан сўнг пасая боради, 2-16 ҳафтадан кейин йўқолади.

Ичак санчиғи – бу асабийлашган йиғлаш хуружидир.



Бола оғриқдан йиғлаши “Учлик қоидаси” мавжуд:

- Бола кунига 3 соатдан ортиқ йиғлайди.
- Ҳафтада 3 кундан ортиқ йиғлайди.
- Ойига 3 ҳафтадан кўп йиғлайди.

Эрта ёшли болаларда ичак санчиғининг клиник белгилари турлича бўлиб, улар қуйидагилар:

➤ 4 ойгача бўлган болаларда, айниқса 3-4 ҳафталигида оғриқ кузатилади.

➤ Инграш.

➤ Тез-тез қорин дам бўлиши.

➤ Мажбурий ҳолат – юз қизариши, оёқлари қоринга эгилган ҳолатда қичқириш.

➤ Гўдак йиғиси асосан кечки пайт тўсатдан бошланади ва уч соатдан ортиқ давом этади.

➤ Қорин дам бўлган ва таранг, оёқлари қоринга қисилган, оёқлари жуда совқотган.

➤ Ичи ўтгандан кейин енгиллик сезилади.

➤ Оғриқ ҳуружи овқатланганда ва ундан кейин содир бўлади.

➤ Одатда ичак санчиклари 3-4 ойдан кейин ўтиб кетади, баъзан кўп давом этиши ҳам мумкин.

Чақалоқлик даврида ичак санчиғини бола юзида ўзига хос аломатларга қараб аниқлаш мумкин. Болада ичак санчиғи кузатилганда у кўзини бир неча кун очмасдан йиғлаши, бунда оғзи доимий очиқ ва тўрт бурчаксимон шаклда бўлиши, қошлари бир-бирига яқинлашиши, бурун қанотларини кенгайиши каби белгилар хос (чақалоқнинг оғриққа бўлган реакцияси расмига қаранг).

Чақалоқнинг оғриққа бўлган реакцияси қуйидаги расмда келтирилган. Қошлари пасайган, бир-бирига яқинлашган; қошлар ораси кўтарилган, ажинли; кўзлар ёпилган; бурун қанотлари кенгайган; бурун-оғиз бурчаги чуқурлашган; оғиз очиқ, бурчаклар ўткирлашган; кафтларининг терлаши, кўз қорачиқларининг кенгайиши.



Чақалоқнинг оғриққа бўлган реакцияси

Текширилганда болада патологик ўзгаришларни аниқлаб бўлмайди [1].

Гўдакнинг ичак санчиғида оғриққа бўлган реакцияси қуйидаги белгилар билан ифодаланади:

- * тахикардия, тахипноэ
- * қон босими кўтарилиши
- * **мия ичи босимининг ортиши**
- мия қоринчаларига қон қуюлиши**
- * мушак тонусининг ошиши
- * юзаки нафас
- * қизариб кетиши ёки оқариб кетиши
- * кафтларининг терлаши
- * куз қорачикларининг кенгайиши

Шунга ота-оналар ва бола тарбияси билан шуғулланувчи мутахассислар эътиборларини қаратишни истардикки, бола узок муддат йиғлаганда табиий равишда мия ичи босими ортиши кузатилади.

Сўнгги йилларда тиббий диагностикада айрим аппаратларнинг пайдо бўлиши (масалан, эхоэнцефалограмма, нейросонограмма) гипердиагностика ҳолатларига олиб келмоқдаки, бу ўз навбатида бир қатор муамоларни келтириб чиқармоқда. Невропатологлар томонидан амалга ошириладиган ушбу текшириш усули йиғлаш билан мурожаат қилган болаларнинг 90%дан ортиғида мия ичи босими ошиши борлигини кўрсатади ва турли хил дори воситалари билан даволаш олиб борилмоқда. Ҳақиқий мия ичи босимининг ортиши туғруқдан кейинги жароҳатларда, гидроцефалияда, мия

пардаси ўткир яллиғланиши (менингит) каби санокли касалликларда кузатилади холос. Демак, биз бола йиғисининг сабабини “миядан” эмас, балки “ичак” дан излашимиз мақсадга мувофиқдир, чунки, ичак санчиғида мия босими ҳам ортади. Ичак санчиғини чақирувчи сабабни ўз вақтида аниқлаш ва бартараф этиш кифоя, тинчлантирувчи ва мия фаолиятини яхшиловчи дориларнинг умуман фойдаси йўқ ва ҳаттоки зарарли бўлишини унутмаслик керак.

Ичак санчиғи диагностикаси

Боланинг онаси «Йиғлаш кундалиги»да бола йиғлашини давомийлигини, овқатга ва бошқа сабабларга боғлиқлигини ёзиб боради.

Ичак санчиғи диагностикаси қуйидаги клиник аломатларга асосланади:

- Одатда санчиқлари гўдакнинг дастлабки ҳафталарида пайдо бўлиб, 2-3 ойлигида кучаяди, 5 ойлигида йўқолади.

- Кечкурун санчиқ ҳосил бўладиган вақт.
- Санчиқнинг асосий белгиси – кучли ва давомий йиғлаш.
- Инграш
- Тез-тез қорин дам бўлиши
- Мажбурий ҳолат – юз кизариши, оёқлари қоринга эгилган ҳолатда кичкириш

- Гўдак йиғиси асосан кечки пайт тўсатдан бошланади ва уч соатдан ортиқ давом этади

- Қорин таранг, оёқлари қоринга қисилган, оёқлари яхлаган
- Ичи ўтгандан кейин енгиллик сезилади
- Оғриқ хуружи овқатланганда ва ундан кейин содир бўлади.

Лаборатор-инструментал текширишга кўрсатмалар

- Лаборатор текширишлар: - капрограмма, лактаз етишмовчиликни аниқлаш ва қўшимча текширишлар ўтказилади.

- Қон ва сийдик клиник талили,
- Ахлатни яширин қонга текшириш,
- Ахлатни кальпротектинга текшириш,
- Қон биокимёвий тахлили (жигар трансaminaзалари, ишқорли фосфатаза, γ- глутамилтранспептидаза, амилаза, С-реактив оқсил),
- УТТ текширишлар (эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия),

- Нафас водородли тестлар лактоза билан

Инфантил спазмларни аниқлаш учун невропатолог маслахати

Онада стафилококк инфекциясини аниқлаш

Функционал ичак санчиқларни қорин бўшлиғи ўткир касалликлари симптомларидан фарқлаш. Қорин бўшлиғи аъзолари ўткир касалликлари учун хос белгилар:

- қусишни қайталаниб туриши, қон билан қусиш
- ахлатда қон бўлиши
- қориннинг дам бўлишини кучайиши,
- қорин оғриғини кучайиши,
- кучли холсизлик, апатия, оқаринқираш,
- вазн йўқотиш ва ўсишдан орқада қолиш
- совуқ терга ботиш,
- артериал гипотония,
- титроқ аритмия ёки тахикардия,
- иситма,
- Щеткин-Блюмберг симптоми,
- қорин олдинги девори мушакларини таранглашуви,
- дефекация пайтида хушдан кетиб қолиш (қориндан ички қон кетиш белгиси), дизурия, ва олигуриялар.

Дифференциал диагностика

Қорин бўшлиғи аъзолари ўткир касалликлари учун хос белгилар:

- қусишнинг қайталаниб туриши,
- қориннинг дам бўлишининг кучайиши,
- қорин оғриғининг кучайиши,
- кучли холсизлик, апатия, оқаринқираш,
- совуқ терга ботиш,
- артериал гипотония,
- титроқ аритмия ёки тахикардия,
- иситма,
- Щеткин-Блюмберг симптоми,
- қорин олдинги девори мушакларининг таранглашуви,
- дефекация пайтида хушдан кетиб қолиш (қориндан ички қон кетиш белгиси), дизурия, ва олигуриялар.

Гўдакдаги қуйидаги касалликлардан фарқлаш керак:

- Овқатдан аллергия, гастроинтестинал формаси,

- Лактаз етишмовчилик,
- МНС касалликлари (бош мия босими ошини).
- Ичак инфекциялари
- Евстахеит, отит

• «Фавқулодда симптомларда» ўткир хирургик касалликлардан фарқлаш (ичак инвагинацияси, қисилган чурра, ичак тутилиши, ривожланиш аномалиялари)

Гўдакларда ичак санчиғини даволаш.

Ичак санчиқларини даволаш кўп муддатга чўзилиши ҳам мумкин, функционал ичак санчиқларни қорин бўшлиғи ўткир касалликларидан (ичак инвагинацияси, ичак инфекцияси, евстахеит, отит) фарқлаш лозим бўлади.

Даволаш принциплари қуйидашилар:

- онасига тушунтириш ва рухий қўллаб-қувватлаш;
- диетотерапия;
- Номедикаментоз даво:
 - Даволовчи массаж,
 - Сув муолажалари,
 - -мусиқатерапия,
 - -ароматерапия,
 - - аэроионотерапия.
- Дорилар билан даво (патогенетик ва синдромал);

Ичак санчиғида нима қилиш керак?

Ичак санчиғини бартараф этишда вақт, сабр-тоқат, қатъиятли бўлишдан бошқа кафолатли даво усуллари мавжуд эмас.

• Табiiй овқатланишда болани онасига гипоаллергенли парҳез овқатлар тавсия этилади, сигир сути чекланади.

- Асосий касалликни даволаш.
- Она психоэмоционал ҳолатини нормаллаштириш.
- Онасига сигир сути ва сут маҳсулотлари бериш чекланади.
- Анальгетиклар тавсия этилмайди.
- Оғриқни камайтириш учун: 20-40% глюкоза 0,3-1 мл ичириш.
- **аги:** Эмизишни вақтинча тўхтатиш, болани вертикал ушлаб туриш ва қорнини силаб уқалаш, сув муолажалари, қоринни иситиш, овқат тартибига риоя қилиш.

• Сунъий овқатлантирилганда мослаштирилган гипоаллергенли махсус сутли аралашмалар (масалан, «НУТРИЛОН Пепти Гастро»,

«НУТРИЛОН безлактозный, «НУТРИЛОН комфорт»)) врач кўрсатмасига кўра тавсия қилинади.

Оғриқ туфайли бола йиғлаши гумон қилинганда болани тинчлантириш учун барча усуллардан фойдаланиш, алла айтиш, тебратиш, секин гапириш ва шунга ўхшаш тадбирдан кейин ҳам болани тинчлантириб бўлмайди.

Россия мутахассисларининг қорин оғришида тавсиялари қуйидагича: бола қорни оғриганда унинг қорнига, онасининг эса елкасига кафтингиз билан уриб, «Ҳеч безовта бўлманг, бу ўтиб кетади» - деган сўзлар билан тинчлантириш керак. Бунда болани безовталанишига эмас, балки онасини тинчлантиришга аҳамият қаратиш лозим. Дастлаб оғриқ бола организмида, ёки қорнида аниқлаш керак, даволашда бутун организмни ва айниқса қоринни бўшаштиришга қаратиш лозим.

Қорин тарангланишини бўшаштирадиган бир неча усуллар мавжуд:

- турли хил ёқимли қорин ва бел мушакларини ҳаракатга келтирувчи ўйинлар таклиф этиш;
- болани бўйинда кўтариш. Уни эркин ва қаттиқ ушлаб туриш.
- болани ўзингизга яқин қисган ҳолда қучоқлаб туриш, бунда бола сизни териси билан сезиб турсин.

- *Тўғри юриш*. Бунда уч хил йўналиш билан алмашиб юқори-пастга товон ва панжа учида юрилади, бу болани тинчлантиради.

- Болага қарайдиган кишини алмаштириш. Айниқса отаси қорни оғриган болани кўлида кўтариб юрса бола тез тинчланади.

-«*Футбол ҳолати*». Бунда қорни оғриган болани орқасидан қорнини қучоқлаган ҳолда тирсагингиз билан танангизга қисиб, бошини олдинга эгсангиз бола қорин мушаклари тонуси пасаяди ва оғриқ сусаяди.

- Бола 10-15 минут йиғлаш ҳолига қўйилади. Шундан сўнг болани ўраб ётқизинг, бола бундан кейин ҳам тинчланмаса врачпедиатрга мурожаат қилинг.

- Болани, айниқса гўдак болани орқаси ва бўйин соҳасидан ушлаб ритмик равишда минутига 60-70 марта юқоридан пастга ташлаб юбориш билан ҳаракатлантириш ҳам наф беради;

- Бола оёғининг болдиридан ушлаб оёқларини қорнига буккан ҳолда «велосипед» ҳаракатидек оёқларини навбатма-навбат ҳаракатлантириш;

- Бола тана ва қорин мушакларини таранглигини камайтиришнинг яна бир усули - ўтирган ҳолда болани танангизга яқин қилиб орқасидан қисиб олсангиз тана ва қорин мушаклари бўшашади ва оғриқ пасаяди.

- Ҳаво билан шишириладиган катта чўмиладиган тўпга болани қорни билан ётқизиб, уни олдига ва орқага айланма ҳаракатлантирасиз. Бунда болани қўлингиз билан ушлаб турасиз.



- *Оғриқни босиш*. Ёстикқа бола қорни билан ётқизилади, бунда бола оёқлари осилиб туриши керак; қоринга босим берилиши болани тинчлантиради. Иккинчи усулда қорин остига илиқ (иссиқ эмас) сув солинган грелка ёки сочикқа ўралган бутилка қўйиб ётқизиш ичаклардаги ортиқча газни чиқаришни тезлаштиради ва бола яхши ухлайди.

- «*Ота кафти*». Боланинг отаси қўл кафтини боланинг қорнига қўйиб, панжалари билан қоринни майин силайди. Иссиқ қўллар бола қорнидаги тарангликни камайтиради;

- *Уқалаш*. Йўғон ичак бўшаши ва газларни ҳайдаш учун лотинча «U» ҳарфининг тескариси кўринишида уқалашни мўлжалланг.

Қўлингизга иссиқ ёғ суртинг ва қоринни айланма ҳолатда уқаланг. Уқалашни қориннинг чап томонидан «I» ҳарфига ўхшаш юқоридан пастга томон уқаланг - бу газларни пастга кетишини таъминлайди. Сўнгра, уқалашни айланма «L» ҳарфига ўхшаш қилиб давом эттиринг, натижада газлар йўғон ичакдан чиқишга ҳаракатланади.

Сўнгги этапда бутун қорин йўналиши бўйича лотинча «U» ҳарфининг тескариси кўринишида уқаланг. Уқалашни бола сизнинг

тиззангизга ўтирган ва оёқлари билан танангизга қисилган ҳолда давом эттирсангиз натижа яхши бўлади;

- *Иссиқ ванналар.* Болаларда пайдо бўладиган қориндаги санчиқларини камайитиришда қорин мушаклари таранглигини пасайитиришда иссиқ умумий ва оёқларга маҳаллий ванналардан фойдаланиш яхши самара беради.

- Болани иситилган чойшабда ётқизиш, қорин соҳасини уқалаш.

- Болани вертикал ҳолатда ушлаб туриш.

- Бола оёқларини ҳаракатлантириш орқали газларни чиқаришга эришиш.

- Онанинг қўли бир-бирига ишқалаб иситилган ҳолда болани қорин соҳасига 20 минут давомида ушлаб туриш. Бу усул энг самарали усул бўлиб 90% болаларни тинчлантириш имконини беради.

Юқоридаги усуллар самара бермаганида врач билан маслаҳатлашган ҳолда ичак санчиғида қуйидаги медикаментоз даво ўтказилади.

Ичак санчиғида она учун парҳез овқатлар:

Мумкин: органик кислотаси бор овқатлар (қатик, шарбатлар, қора нон, ўсимлик ёғи, сабзавот, донли, кепакли, дуккакли маҳсулотлар, пайли гўшт.

Чекланади:

- Новвот, шакар, ширинликлар, пишириклар.
- Танин тутувчи овқатлар (чай, кофе, какао).
- Анор, хурмо, нок, шолғом, пиёз, саримсоқ.
- Ўтқалар: манний, гуручли.
- Кисель

Табиий овқатланишда

•Онаси овқатидан ичакда газ ҳосил қилувчи маҳсулотлар чекланади:

- Шакар ва кондитер маҳсулотлари,
- Сутли ширин чай, ширин творогли паста ва пишлоқ,
- Ширин ичимликлар,
- Экстрактив моддаларга бой овқатлар:
- Гўшти ва балиқ шўрва,
- пиёз, чеснок,
- консервалар, салатлар,

- колбаса маҳсулотлари.

• Мол сутини қатик ва бошқа нордон сут аралашмаларга алмаштириш:

- кефир, йогурт, творог, сыр, сарийёғ ва б..

• болани тўйиб овқатланишдан асраш керак.

Сунъий ва аралаш овқатлантиришда:

- болага замонавий юқори мослаштирилган сутли аралашмалар (НУТРИЛОН премиум) тавсия этилади.

• Кўпинча бола овқатига мослаштирилган сутли аралашмалар киритилади (НУТРИЛОН Пепти Гастро).

• Самара бермаганда ичак санчиғи бўлган болаларга таркибида оқили қисман гидролизланган, лактозаси камайтирилган ва пребиотикларга бойитилган сутли аралашмалар берилади (НУТРИЛОН комфорт)



Санчикда эмизикли она учун пархез даво.



Лактаз етишмовчилик-ичак санчигида диетотерапия.

Табиий овқатлантиришда:

• Кўпол услубий хато – кўкрак сутини ман қилиш

• Кўкрак сутини максимал даражада сақлаб қолиш

• Соғилган кўкрак сутини лактаза препаратлари билан аралаштириш

• “ Ўта сути кўп она” олдингги сутини соғиб ташлаб кейин эмизиш

- Кўкрак сути камроқ бўлса, бир қисми камайтирилиб лактозасиз(НУТРИЛОН безлактозный) аралашмага алмаштириш

- Аралашма 2-3 кун мобайнида киритилади.

Сунъий овкатлантиришда

- Агар лактаза етишмаслиги натижасида бузилиш келиб чиқса, болага аста-секинлик билан лактазасиз аралашма буюрилади. Лактозасиз аралашмалар (НУТРИЛОН безлактозный) қўлланилади.

- Каша ва сабзавот бўтқалари сутсиз аралашмалар билан қўшилган ҳолда тайёрланади

Ичак санчиғида медикаментоз даво

Лактаз етишмовчиликда: Лактаза ферменти (Easy Col) - 3000 Ед, 750 Ед (1 /4 капсулы) 100 мл сутга . Ҳар эмишда камроқ соғиб олинган сутга ёки сутли аралашмага аралаштирилади (10-15 мл) ,5-10 минутга ферментация учун сақланади ва болага овқатидан олдин берилади.

Метеоризмда: симетикон (Эспумизан, Клозим, Коликовел) тавсия қилинади; адсорбент сифатида: смекта, холестирамин; кучли метеоризмда: прозерин 0,04-0,08 мг/кг, суткада 2-3 марта м/о; пробиотиклар; фиточой: шивит суви, мойчечак дамламаси, зира, ялпиз, фенхел меваси, эфир ёғи.

Оғриқ хуружидида - газ чиқарувчи трубка қўйилади, глицеринли шамчалар ёки шифоли хуқна қилинади.

Она сутида стафилококк аниқланганда нима қилиш керак?

Онада стафилококк инфекцияси бўлиши онани ўзида ва боласи организмида сенсibiliзация чақиради, бунинг оқибатида «кичик» стафилококк инфекциялар ва ичак санчиғи келиб чиқади.

Биринчи этапда

- онани цефалоспорин гуруҳидаги антибиотиклар билан санация ўтказилади, 2 кундан сўнг она сути стерилликка такрор текширилади.

- антистафилококк иммуноглобулин қилинади.

Иккинчи этапда

- онани даволашда синбиотиклар қўлланилади – бактериал препаратлар (ацидофилус, бифиформ).

- иммуномодуляторлар.

- стафилококкли анатоксин схема бўйича ўтказилади.

Бола учун:

•Болада тилларанг стафилококк аниқланганда, агар сунъий овқатлантирилганда мослаштирилган сутли аралашмалар тавсия этилади (НУТРИЛОН комфорт).

• Онани даволаш билан бирга болага стафилококкли бактериофаг. берилади.

•Бактериофаг билан даволангандан кейин пробиотиклар тавсия қилинади.

Амалиётдан мисол:

Уктамова М. 19 кунлик. Ургут туманидан. Курилди 7.08.2021 й. Туг. Вазни 4300 г. №3 Тугрикхонада 1 –кундан онада сут кам булгани учун ва сутли аралашма берган, кандай сутли аралашма? онаси номини билмайди. 12-чи кундан болада безовталик, йиглаш кузатилган ва болага наввот ва печенье беришган. 1 хафта бола тинчимасдан йиглаган, иситма, корин дамлаши кузатилган.

Ахволи ўрта оғир, $t - 37,5$, акса уради, кузи юмилган, йиглаши 6 кундан давом этган, корин дамлаган бола мажбурий ҳолатда, оёқ ва қўллари букилган оғзи очмқ, қорин дамлаган, пайпаслашда таранг, оғриқли, ичи келгандан кейин бола тинчийди, овқатлантирилганда безовталик ошади, териси мармарсимон рангда, оёқлари бироз совиган(оқ гипертермияга ухшаи), ичи кўпиксимон, суюқ, сийдик ажратиши тезлашган..Такихис: УРВИ. Функционал ичак бузилиши, ичак коликаси.

Муолажа: болани қорнига онаси қўлини 20 мин ушлаб турди., бола газ чиқарди ва тинчланди.

Тавсия: онасига маслахатлар, болани фақат она сути билан эмизиш. эспумизан, парацетамол, виферон.

G.5. ФУНКЦИОНАЛ ИЧ КЕТИШ (ДИАРЕЯ)

Аннотация.

Эрта ёшдаги болаларда кўп учрамйдиган функционал ичак бузилишларига ҳақида қисқача маълумотлар, таснифи берилган. Шу функционал бузилишлардан функционал ич кетиш сабаблари, клиник аломатлари, диагностикаси, овқатланиши, медикаментоз ҳамда ноананавий усулларда даволаш усуллари келтирилган. Шу билан бирга муаллифлар ишланмалари асосида айрим илмий ишланмалардан чой билан иситма тушириш ва узум гўроби билан даволаш бўйича тавсиялари ҳам берилган.

Реферат

Даны краткие сведения и классификация функциональных нарушений кишечника у детей раннего возраста. Среди этих функциональных нарушений приведены причины функциональной диареи, клинические симптомы, диагностика, питание, медикаментозное лечение и нетрадиционные методы лечения. Вместе с тем, на основе исследований автор также даны рекомендации по снижению температуры с помощью чая и лечению виноградными выжимками (гуроб).

Essay

Brief information and classification of functional intestinal disorders in young children are given. Among these functional disorders are the causes of functional diarrhea, clinical symptoms, diagnosis, nutrition, drug treatment and alternative treatments. At the same time, based on research, the author also made recommendations for reducing fever with tea and treatment with grape marc (gurob).

Мавзунинг долзарблиги шундаки, ҳазм аъзолари функционал бузилишлари (ФБ) эрта ёшдаги болалар ўртасида кўп учрайди, бир ёшгача болалар қарийб 20–30% ва катта болалар 12-20% ФБ чалинган (*Vandenplas Y., et al., 2012*). Жаҳон гастроэнтерологлари ташкилотининг (WGO) Рим IV (2016 й) мезонлари асосида диагностик ва клиник тавсиялар қайта ишлаб чиқилган. Ота-оналар ва ҳаттоки тиббий ходимларнинг кўпчилиги болаларда функционал ичак бузилишлари ҳақида етарлича билим ва тажрибага эга эмаслар. Функционал бузилишлардан эрта ёшдаги болаларда кўп учрайдиган функционал ич кетишларнинг сабабчиси - лактаз етишмовчилик чузилувчан диареяларнинг 70% ни ташкил этади. Ошқозон ичак йўли функционал бузилишлари симптомлари – 54,9% учрайди Сигир сути оқсили - эрта ёшдаги болалар учун аллергенлардан бири саналади ва функционал ичак бузилишларига ва ич кетишларга сабаб бўлади. Функционал ичак бузилишлари органик сабаблар билан боғлиқ эмас, бола саломатлигига таъсир қилмайди. Функционал бузилишларни ўз вақтида бартараф этмаслик турли хил юқумли касалликларнинг ривожланишига ёки ички аъзолар касалликларига, витамин ва микроэлементлар етишмовчилигига, ҳамда бола ўсиш ва ривожланишининг бузилишига олиб келиши мумкин. Функционал ичак бузилишларидан ушбу мақолада функционал ичак диареяси ҳақида сўз боради.

Ҳозирги вақтда ич кетиш – ичбуруғ, диарея, диспепсия, ичаклар таъсирланиш синдроми номи билан юритилади. Айниқса ёз фаслида ич кетишлар кичик ёшдаги болалар ўртасида кенг тарқалган касалликларга киради. Ич кетишлар функционал ва инфекцион сабабларга кўра келиб чиқади.

Функционал ич бузилишлар, яъни диареяларни инфекцион диареялардан фарқлаш лозим. Функционал диареялар эрта ёшдаги болаларда кўп кузатилади, катта ёшдаги болаларда ичак таъсирланиш синдроми кўринишида кечади. Функционал ичак бузилишлари ичак фаолиятининг вақтинчалик ўзгариши турли сабабларга кўра содир бўлиб, боланинг умумий аҳволига унчалик таъсир кўрсатмайди, ич кетишлар фақат нажаснинг суюқлашиши ва сонини ошиши, рангининг ўзгариши (зангори рангда бўлиши), қорин дамлаши, ичак санчиғи ҳамда боланинг йиғлаши билан намоён бўлади. Функционал бузилишларда бошқа касаллик аломатлари кузатилмайди ҳамда лаборатор, биокимёвий ўзгаришлар аниқланмайди. Функционал келиб чиқишдаги ич кетишлар айниқса гўдак ёшидаги болаларда кўп учрайдиган ҳолат бўлиб махсус парвариш ва овқатланиш тартиб қоидаларига риоя қилишни талаб қилади.

Ич кетиш этиологияси

Функционал ич кетишларнинг келиб чиқиши бир қанча сабабларга боғлиқ. Гўдак ёшида ич кетишлар бола онасининг болани қай даражада парваришлаш, овқатлантириш, санитария гигиеник қоидаларга риоя қилиши, болани чиниқтириши, атроф муҳит, иқлим, экологик факторлар, наслий мойиллик, миллий урф одатлар, ижтимоий иқтисодий ва бир қанча факторлар билан бирга онасининг саломатлик ҳолати ва соғлом турмуш тарзи, тиббий маданияти, овқатланиши, бола парваришлашни билиш даражаси, ижтимоий келиб чиқиши, оила ижтимоий иқтисодий ҳолати ва шунга ўхшаш кўплаб факторларга боғлиқ эканлигини эътиборга олиш лозим. Функционал бузилишларни ўз вақтида бартараф этмаслик турли хил юқумли касалликларнинг ривожланишига ёки ички аъзолар касалликларига, витамин ва микроэлементлар етишмовчилигига, ҳамда бола ўсиш ва ривожланишининг бузилишига олиб келиши мумкин.

Эрта ёшдаги болаларда овқатланишнинг ўткир функционал бузилишлари овқат ҳажми ва таркибининг боланинг физиологик

эхтиёжига мос келмаслиги натижасида юзага келади ва ошқозон ичак бузилишлари кўринишида намоён бўлади.

Клиник кўриниши

Функционал ёки алиментар диарея клиник таъхиси онасининг шикоятлари, клиник белгилари ва ахлат умумий ва бактериологик текширишлари асосида қўйилади.

Сўраб суриштириш натижасида овқатланиш бузилиши, оқсил, углеводлар ва ёғли овқатларни ёшига мос келмаган ҳолда ортиқча овқатлантириш ҳолатлари аниқланади. Функционал ич кетишларнинг келиб чиқиши бир қанча сабабларга боғлиқ. Эрта ёшида ич кетишлар бола онасининг болани қай даражада парваришлаш, овқатлантириш, санитария гигиеник қоидаларга риоя қилиши, болани чиниқтириши, атроф муҳит, иқлим, экологик факторлар, наслий мойиллик, миллий урф одатлар, ижтимоий иқтисодий ва бир қанча факторлар билан бирга онасининг саломатлик ҳолати ва соғлом турмуш тарзи, тиббий маданияти, овқатланиши, бола парваришлашни билиш даражаси, ижтимоий келиб чиқиши, оила ижтимоий иқтисодий ҳолати ва шунга ўхшаш кўплаб факторларга боғлиқ эканлигини эътиборга олиш лозим. Кўздан кечирганда болада озғинлик, қориннинг катталашуви, бола вазнининг ёшига мос келмаслиги хос. Ич кетиш 5- 8 марта бўлиб, суюқ, оқ донали ёки ялтироқ, кўпиксимон сарғиш ёки кўкиш рангда.

Диареяда онасининг асосий шикоятлари: овқат қайтиб келиши, ич кетиш, нажаснинг ўзгариши, бола вазнининг суст ўсиши, боланинг безовталиги, қорин дамлаши, кўп газ ажратиш ва шу кабилар. Асосий шикоятлар: овқат қайтиб келиши, ич кетиш, бола вазнининг суст ўсиши.

Кўздан кечирганда болада озғинлик, қориннинг катталашуви, бола вазнининг ёшига мос келмаслиги хос. Ич кетиш 5- 8 марта бўлиб, суюқ, оқ донали ёки ялтироқ, кўпиксимон сарғиш рангда. Функционал ёки алиментар диспепсия таъхиси ахлат умумий ва бактериологик текширишлари асосида қўйилади. Бола аҳволи оғирлик даражасига қараб стационарга ётқизиш талаб этилади.

Функционал ич кетиш узок давом этиши, яъни 14 кундан ортиқ муддатга давом этиши “чўзилувчан диарея” номи билан юритилади, бу ҳолат кўпинча транзитор лактаз етишмовчиликда учрайди. Туғилгандан кейинги гўдакнинг дастлабки ойларида она кўкраги етилиб сутга ўта бой бўлади, шу билан бирга она сутининг

олдинги қисми углеводларга, айниқса лактозага бой бўлиб умумий углеводларнинг 85% ташкил қилади, охирги сутда оксил ва ёғлар миқдори кўп бўлади. Гўдак ҳаётининг дастлабки ойларида она сутига тез тўйиб қолади, чунки у 30-50 мл сут эмади, она сути кўплиги боис бола кўпроқ эмиши мумкин (60-80 мл), демак боланинг меъёрдан ортиқ эмиши, ва бошқа томондан олдинги она сутида лактозани кўплигидан она сутини углеводларини, яъни лактозани парчалайдиган фермент лактаза етишмовчилиги келиб чиқади. Бунинг оқибатида она сутидаги углеводлар ҳазм бўлиши бузилади, рнатижада ичакларда бижғиш жараёни ҳосил бўлади, ва болани ичи кета бошлайди, Болада ич кетиш онаси ширинликлар истеъмол қилганда ёки сутли маҳсулотлар истеъмол қилганда узоқ давом этиши ҳам мумкин, бола ичи кетиш билан бирга ичак санчиғи сабабли кўп йиғлай бошлайди. Бола йиғиси онада бола тўймапти деган тахминга олиб келади ва она болани янада тез-тез эмиза бошлайди, болада эса овқат ҳазми қийинлашганидан янада безовталиқ орта боради, бу ҳолатда болани тинчлантириш учун яна бошқа сутли маҳсулотлар ёки вақтидан лолдин қўшимча овқатлар бера бошлашади. Буларнинг барчаси болада функционал функционал ич кетиш ва ичак санчиғи билан кўп вақт ва узоқ йиғлаш хуружи билан давом этади. Боланинг узоқ вақтгача йиғлаши турли текширишларга сабаб бўлади, кўпинча болада бош мия ичи босими ошиши ташҳиси қўйилади ва ортиқча даволаш муолажаларига ўтилади. Ушбу ҳолатнинг оддий давоси қуйидагича: биринчидан онаси ширинликлар (новвот, шакар мевалар, сутли маҳсулотлар) истеъмолини чегаралаши керак, иккинчидан она сути кўп шунинг учун эмишидан олдин сутни бироз соғиб ташлаб кейин болани эмизилса охирги сутдан оксил ва ёғни етарлича олиб бола ичагида углеводлар ҳазми меъёрлашади ва ичак санчиғи, иш кетишлар тўхтайдди, врач томонидан эса углеводларни парчалайдиган фермент – лактаза тавсия этилиши ҳам бу муаммони ечимидир. Сўнгги йилларда болалар “черепное” термини кўплаб қўлланилмоқда ва ойлаб болалар невропатолог кўригида бўлиб турлича тинчлантирувчи ва бошқа турдаги дориларни қўллашга сабаб бўлмоқда, унинг сабаби эса оддийгина бўлиб она сути вақтинчалик кўплиги оқибатида лактаз етишмовчилик билан боғлаш мумкин. Демак, болани нервини эмас, ичакда ҳосил бўладиган жараённи даволаш ва меъёрлаштириш

лозим. Шу ўринда ўз тажрибаларимиўдан бир мисол келтиришимиз мумкин.

Бола М. 19 кунлик. Кўрилди 7.08.2021 й. Тугилгандаги вазни 4300 г. №3 Тугрикхонада 1 –кундан онада сут кам деб ўйлашган ва болага она сути билан бирга сутли аралашма берган, қандай сутли аралашма? онаси номини билмайди. Онасидан сўралганда бола эмганда иккинчи кўкракдан сути оқиб кетади, дамак она сути кўплик қилган. 12-чи кундан болада безовталик, йиғлаш кўпайган ва болага наввот ва печенье беришган. 1 хафта бола тинчимасдан йиғлаган, иситма, корин дамлаши, ич кетиши кузатилган. Кўрикла бола ахволи ўрта оғир, $t - 37,5$, акса уради, кузи юмилган, йиғлаши 6 кундан давом этган, корин дамлаган бола мажбурий ҳолатда, оёқ ва қўллари букилган оғзи очиқ, қорин дамлаган, пайпаслашда таранг, оғриқли, ичи суюқ, тез-тез, ич келгандан кейин бола тинчийди, овқатлантирилганда безовталик ошади, териси мармарсимон рангда, оёқлари бироз совиган(оқ гипертермияга ухшаши), ичи кўпиксимон, суюқ, зангори рангда, сийдик ажратиши тезлашган. Таъхис: ЎРВИ. Функционал ичак бузилиши, функционал диарея, ичак коликаси. Муолажа: болани қорнига онаси қўлини 20 мин ушлаб турди., бола газ чиқарди ва тинчланди. Тавсия: онасига маслахатлар: болани фақат она сути билан эмизиши, озроқ сутни соғиб ташлаб кейин эмизиши, лактаза ферменти 5 томчи, сут билан ҳар эмизганда бериши. Сутли маҳсулотлар ва эспумизан, иситмаси 38°C дан ошганда парацетамол, виферон свечаси. 5 кундан кейинги такрорий курикда бола аҳволи энгиллашган, йиғлаш тўхтаган, ич кетиши меъерлашган.

Функционал диарея диагностикаси

✓ Клиник-анамнестик диагноз. Клиник белгилар етарли жадаллик даражасида ривожланиб, бола ҳолатига таъсир кўрсатиши, яъни “безовталиikka сабабчи” бўлиши.

✓ Тўлиқ текширишдан сўнг, симптомлар бошқа патологик ҳолат билан боғлиқлигини аниқлаш лозим.

✓ Ҳатоки болада қуйидаги ҳаяжонли симптомлардан бири бўлса ҳам чуқурроқ диагностик текширишни талаб этади: оилавий анамнездан ичак яллиғланиши, целиакия, яра касаллигига чалинганлик; дисфагия, одинофагия; қайталанувчи қусиш; ошқозон-ичакдан қон кетиш белгилари; тана вазни номаълум камайиши; бўй ўсишининг секинлашуви; балоғат ёши орқада қолиши; номаълум ҳарорат ошиши; қонда яллиғланиш аломатлари

(лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши); “функционал бузилишларни” 2 ҳафта давомида даволашнинг самарасизлиги;

Лаборатор-инструментал текшириш усуллари

➤ Функционал диареяларда ўтказиш шарт бўлган текшириш усулларига киради: қон, сийдик, ахлат умумий тахлили, ҳазм аъзоларини ультратовушли текшириш (УТТ) (жигар, ўт йўли ва ошқозон ости беги хирургик касалликларини инкор қилиш учун).

➤ Иккинчи навбатда биокимёвий текширишларни ўз ичига олади (С-реактив оқсил, зардобда темир, оқсил) ахлатда яширин қон кетишни ва гижжаларни аниқлаш, ахлатда ПЗР усулида гижжа ДНК, антигенларини, ИФА усулида қонда антитаначаларни аниқлаш.

➤ Кўрсатма асосида эзофагогастродуоденоскопия.

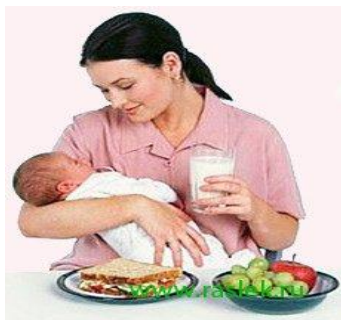
Дифференциал диагноз

Функционал диареяни қуйидаги касалликлар билан фарқлаш лозим: эрта ёшдаги болаларда - гастрозофагеал рефлюкс, ичак санчиғи, лактаз етишмовчилик, сигир сутига аллергия; 1 ёшдан катта болаларда- гастрозофагеал рефлюкс касаллиғи, эозинофилли эзофагит, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиғи, Крон касаллиғи, сийдик йўли инфекциялари, қоринда оғриқ билан кечадиган бошқа функционал бузилишлар билан.

Функционал ич кетишда болани овқатланиши бўйича тавсиялар

Табиий овқатланишда бўлган функционал ич кетишда болаларни овқатлантириш: қоринда оғриқни камайитириш учун она сунининг оптимал таркибини таъминлаш керак; онанинг овқатланишини рационализациялаш - таркибида крахмал ва лактоза (сут, сутли маҳсулотлар), сахароза (шакар, новват ва б.) бўлган маҳсулотларни тақиқлаш ва уларни нордон сутли аралашмалар билан алмаштириш; Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (2017) маълумотларига кўра бир ёшгача болалар овқатига туз ва шакар қўшиш тавсия этилмайди; қўшимча овқат таркибига ва саноат миқёсида тайёрланадиган қўшимча овқатларга туз ва шакар қўшиш тақиқланади; эффе́кт бўлмаганда болани қўшимча текшириш лозим (капрологик текшириш, ахлатда углеводлар миқдорини аниқлаш, ичак микробиоценозини текшириш, она ва бола аллергологик анамнезини аниқлаш).

Сунъий овқатланишда бўлган функционал ич кетиш болаларни овқатлантириш:



•Текшириш бошлангунга қадар, боланинг овқатланишини рационализациялаш лозим замонавий мослаштирилган нордон ва камайтирилган лактозали аралашмаларни танлаш (нордон НУТРИЛОН, Лактозасиз НУТРИЛОН, ва б.) болани ортиқча овқатланишига йўл қўймаслик керак.

•Сигир сутининг оқсилларини қабул қила олмаслик оқибатида келиб чиқадиган овқатдан аллергиянинг гастроинтестинал турида эчки сути ёки оқили қисман ёки тўла гидролизланган аминокислотали сутли аралашмалар тавсия этилади.

•Қўшимча овқат сифатида НЕСТЛЕ бўтқаларидан Помогайка, гуручли-маккажўхорили BL бифидобактерияли бўтқалар диареяни даволашда яхши самара беради.

Бир ёшдан ошган болаларда функционал ич кетишлар кузатилганда боланги овқатлантириш бўйича тавсиялар:

- Ичак перистальтикасини камайтирувчи, пектин моддаси ва таннинга бой маҳсулотлар (шилликли шўрволар, юмшоқ бўтқалар, кисель, аччиқ чой, черника);

- Таркибида кам бириктирувчи тўқима бўлган қўшимча овқат маҳсулотлари – бузоқ, қуён ва товук гўшти;

- Қуритилган нон, талқон, янги тайёрланган оддий пишлок (творог), уч кунлик қатик;

Функционал диарея давоси

Врач томонидан тавсия этилади:

- Спазмолитиклар (мебеверин, гиосцина бутилбромид),
- Смектит, метронидазол, лоперамид (лоперамид препаратининг асоратлари кўп, эҳтиётлик талаб этилади!);

- Юқоридаги препаратлар наф бермаганда антибактериал препаратлар тавсия этилади: интетрикс, ёки нифуроксазид пробиотиклар билан бирга;

- Микроэлементлар (рух, кальций, магний, калий ва бошқа препаратлар);

- Витамин-минерал комплекслар ёшига қараб.

•Функционал ич кетишларни давоси ўз ичига овқатланиш тартибини ўзгартиришни, ҳаёт тарзини нормаллаштиришни талаб этади ҳамда дорилар билан даволаш айрим ҳолларда психотерапевтик даволаш усуллари қўлланилади.

•Овқатланиши тўйимли, витамин ва минералларга бой бўлиши, бунда кофеин ўткир, аччиқ, ёғли маҳсулотлар ман этилади(катта ёшдаги болалар ва эмизикли оналар учун).

•Таъкидлаш лозимки, ностероид яллиғланишга қарши препаратлар қабул қилиш диареяни кучайиши ва сақланиб қолишига олиб келиши мумкин.

•Функционал диареяда ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак мотор функциясини бузилишида прокинетик ва спазмолитиклар қўллаш учун асос бўлади.

•Прокинетик перепаратлардан домперидон периферик дофамин рецепторлари блокадасини чақиради, бу ўз навбатида нормал ҳолатда ошқозон ва ичак юқори қисми силлиқ мушаклари бўшашини бартараф этади. Шу қаторда қизилўнгач, ошқозон ва юқори ичак қисми сфинктери тонусини ва бўшаш жараёнини холинергик таъсири кучайиши ҳисобига оширади.

•Тримебутин – периферик ва δ -, μ - ва κ -опиоид рецепторлар агонистлари бутун ошқозон-ичак йўлига таъсир кўрсатади ва абдоминал оғриқ синдромида висцерал сезгирликни камайтириш ҳисобига аналгетик ҳамда спазмолитик ёки прокинетик таъсир кўрсатади. Тримебутин препаратини функционал диареяда қўллаш шу билан асосланадики, пастки қизилўнгач сфинктери босимини оширади, ошқозон бўшаши тезлигини нормаллаштиради, миграцион мотор комплекси III фазасини бошқаради. Тримебутин таблеткада ёки суспензияда қабул қилинади. Болаларга 3–5 ёшда 25 мг 3 марта кунига, 5-12 ёшда 50 мг 3 марта кунига, 12 ёшдан кейин 100-200 мг кунига 3 марта ёки. 300 мг тримебутин 1 табл кунига 2 марта, даволаш курси 4 ҳафта.

•Функционал диареяни абдоминал эпигастрал оғриқ синдромида даволашда протон помпа ингибиторлари қўллашнинг ижобий самараси юқори аниқликда исботланган. Бу препаратлар функционал диареяда қўллаш бўйича тавсиялар йўқ бўлсада, функционал диарея гастроэзофагал рефлюкс касаллиги билан бирга келганда тавсия этиш мумкин.

•Антацид препаратларнир қўллаш тавсия қилинади (масалан, таркибида магалдрат ва симетикон бўлган дори препаратлари), бу препаратлар кислотани нейтраллаш ва мукоцитопротектор хусусияти ҳисобига периферик гиперсезгирликни камайтиради. Лекин антацидларни монотерапия ҳолида қўллаш самараси исботланмаган.

•Ушбу препаратлар давоси наф бермаганда трициклик антидепрессантлар (амитриптилин ва имипрамин) тавсия қилиниши мумкин. Хавфсиз седатив препарат сифатида ўсимликдан олинган дорилар қўллаш мақсадга мувофиқ (валериана ва она ўти).

•Антихеликобактер давони функционал диареяда қўллаш гумонли, шу қаторда айрим беморларда қўлланилганда симптомларни йўқолишига олиб келади.

•Асосий давога қўшимча тарзда физик усуллар актив қўлланилмоқда: гидрокарбонат-хлоридли, паст ва ўрта минераллаштирилган натрий-кальцийли сувлар; интерференц-терапия, электросон, Шербак бўйича елка соҳасига гальванизация, амплипульс-терапия.

•Асосий давонинг давомийлиги ўртача 4 ҳафта давом этиши керак.

•Гастроэнтерологик даво ўтказилиши баробарида диспептик аломатларни сақланиб қолиши такрорий текшириш ўтказишни ёки бошқа мутахассислар кўригини талаб этади.

•Госпитализацияга кўрсатма “ташвишли ҳолатларда”.

Диареяда тавсия этилмайди:

•Аллергия чақирувчи 8 турдаги овқат маҳсулотлари чагараланади, булар расмда келтирилган:



• Ичак перисталтикасини кучайтирувчи препаратлар ва овқат маҳсулотлари: шакарли моддалар (шакар, наввот, мураббо, асал, шарбатлар);

- Нордон мевалар ва уларнинг шарбатлари, нордон сутли ичимликлар;
- Ёғлар тоза ҳолда;
- Сут, тухум;
- Ўсимлик клетчаткасига бой маҳсулотлар (хом сабзавот ва мевалар, қуруқ мевалар, кепак, ёнғок);
- Бириктирувчи тўқимага бой маҳсулотлар (семиз мол гўшти, тоғайли гўшт, қуш, балиқ териси).

Ич кетишни даволашда кўпдан кўп даволаш усуллари тавсия этилган бўлиб, булар парҳезли овқатлантириш, медикаментоз даво, фитотерапия ва бошқа усуллардир. Болада ҳар қандай усулни қўллашда онада парваришlash ва овқатлантириш бўйича етарлича билим ва кўникма бўлишининг аҳамияти катта. Болани ичи кетганда кўпдан кўп даволаш усуллари тавсия этилган бўлиб уларни ҳаммаси ҳақида тўхталиб ўтиш мушкул. Улардан айримларини, айниқса уй шароитида қўллаш мумкин бўлган халқ табобати усулларига кўпроқ эътибор берилди.

Қадимда қўлланиб келинган халқ табобати усуллари қуйидагилар:

- Дастлаб болага ярим чой қошиқда кастор ёғи берилади ёки гўдак болалар сўрғичи кастор ёғи билан ёғланиб сўришга берилади.

- Қоринчаси иссиқ нарса билан ўралади. Чанқоқ бўлса, қайноқ сув илитиб ичирилади. Кунига тўрт марта гуруч қайнатмаси ичирилади.

- Уй шароитида яна қўллаш мумкин: бир неча соат эмизилмайди, оқсилли сувни шакар билан бирга ширин қилиб берилади. Хом оқсил яхши аралаштирилиб (уч стакан сувда) озгина шакар ва бир неча томчи коньяк қўшилиб ичириш олдидан аралаштирилади. Қошиқ билан кам-кам ичирилади.

- Кичик болаларга яхлатилган ҳолда ичимликлар берилмайди, бундан уларда ич кетиш кучайиши мумкин. Уларга фақат овқат ёки суюқликни иссиқ ҳолда бериш керак. Ҳамма бериладиган суюқлик бўтқа ва ичимликлар сут ҳароратига яқин бўлиши керак.

- Агар ахлати кўкиш рангда бўлса, тоза сувда бўрни аралаштириб, тиндирилади ва шу тоза сувга ўхшаш дамламани кунига уч марта чой қошиқда она сути билан аралаштириб (1:1) ичирилади. Умуман тоза бўр жуда фойдали, айниқса кучсиз болаларга, чунки унда оҳак ва олтингугурт бор.

●Ахлатда қон бўлиши дизентерия борлигини кўрсатади. Бундай ҳолларда врач маслаҳати керак бўлади. Овқатдан аллергияни аниқлаш учун анализлар топширилади.

Халқ усули. Ҳар қандай ич кетиш эшак сути билан болани овқатлантирилганда тўхтайди. Айрим ҳолларда кучли ич кетишлар агар қон билан бўлмаса, аччиқ чой билан озроқ клизма (ҳукна) қилинганда қолади.

Симпатик усул. Қон билан ич кетганда бола танасига нарцис пиёзини боғлаб қўйилади. Агар бола сунъий овқатланишда бўлиб касал бўлса, сигир сутини бир неча кун тўхтатиб турилади, фақат хом тухумни сувга аралаштириб ва коньяк билан, гуруч ёки арпа қайнатмасини қўшиб берилади.

Ичак инфекцияларини олдини олиш учун ёз пайтларда ҳечам она сутидан болани ажратмаслик лозим (Степанюк Д.С., 1992).

Болаларни ич кетишини даволашда ҳар бир болани алоҳида олиб, унинг мижозини, куч кувватини, ёшини аниқлаб туриб, унга мос дори дармонларни табиб белгилайди.

Табобат тарихида Абу Бакр Ар-Розий (865-926) боланинг ичи кетса, талқон қайнатилган сувни, анор сувини, шунингдек, зирк қайнатмасини, майиз беришни тавсия қилади.

Абу Али Ибн Сино (980 – 1037) таъкидлашича, ичи кетган болани қорнига қизил гул уруғи, ё петрушка уруғи, ёки Рум арпабодиёни уруғи, ё зира қиздириб боғланади. Бошқа дорилардан: сиркада ивитилган зира, қизилгул ёки сиркада қайнатилган тарик қорнига боғланади.

А.Саиднуриддиновнинг “Ўзбек халқ табобатидан” (2000) китобида ёзишича, ич кетиш касали айниқса 2-3 яшар болаларда кўп учрайдиган касаллик бўлиб, болаларнинг ички аъзоларидан ошқозон-ичаклари касалланганда, шамоллаганда юз беради. Ич кетиш касалининг турлари кўп. Касалликнинг келиб чиқишига бир қанча сабаблар бор:

- энг аввало тозаликка риоя қилмасликдан, нотўғри овқатланиш орқасида ич қотиб қолишидан, мижозда совуқликнинг ошиб кетишидан ва ҳакозо;

-икки ойликдан то етти ойлик чақалоқлардаги ич кетиш она сути қуюқ ёки суюқлиги, тиш чиқиши билан боғлиқ бўлади;

-шунингдек, чақалоқни ортиқча иссиқ ўраб ухлатиш ҳам ич кетишга сабаб бўлади;

Бир яшардан то ўн икки яшаргача бўлган болаларда кўпроқ ичбуруғ - ич кетиш касаллиги учрайди. Ич кетганда болаларнинг ошқозони ёки йўғон ичаги оғрийди, шилимшиқ, баъзан йиринг аралаш ҳолда таҳорат чиқади.

Ич кетиш касали ёз фаслида болаларни офтоб уриши туфайли ҳам бўлиши мумкин. Ич кетиш касаллигини келиб чиқмаслиги учун гигиена қоидаларига риоя қилиш, айниқса ёз кунларида қайнамаган сувни ичиришларига йўл қўймасликлари лозим. Иложи борица болаларга иссиқ чой ичириш, қатик ва қатик зардоб ичириш керак. Музқаймоқ истеъмол қилгандан сўнг ёки мева, сабзавот истеъмол қилгандан сўнг иссиқ чой ичириш керак. Кун иссиқ пайтларда болаларг қовурилган, ёғли овқатлар, қаз, кабоб, сут бермаслик керак, уларга суюқ овқатлар, мева ва сабзавотлар тавсия этилади. Бола ухлайдиган уйда пашшалар бўлмаслигини таъминлаш зарур. Шунингдек болаларни, оқар сувларда ва фаввора сувларда чўмилишига йўл қўймаслик керак.

Болаларда ич кетиш касали пайдо бўлганда халқ табobati қуйидаги чораларни, дори-дармонларни тавсия қилади: 1. Иссиқ окшоқ хўрда ичириш. 2. Нон талқон, тут талқон едириш. 3. Қоринни енгил ўраб қўйиш. 4. Янтоқдан чой дамлаб ичириш. 5. Узоқ қайнатилган сувда пишган саримсоқ пиёз едириш ва сувини ичириш. 6. 40 дона хандон писта истеъмол қилиш. 7. Эски қатик ичириш.

В.Востоков (1994) “Секреты целителей Востока» китобида ич кетишни даволашда қуйидагича тавсиялар беради:

- Гўдак болалар кўп эмизилганда 1-2 марта эмизиш камайтирилиб ўрнига қайноқ сув билан алмаштирилади, физиологик эритма 150 мл ҳар кг вазнига ичишга берилади;

- Оғрикни камайтириш учун қорнига грелка қўйилади;

- Ромашка (мойчечак) ёки ялпизли чойдан 1 қошиқдан ичирилади;

- Липа гули сут билан тенг миқдорда олиб истеъмол қилинади;

- 1 стакан гуручни 6-7 стакан сувга солинади, паст оловда секин қайнатилади. Олинган қайнатмани марли ёки сеткадан сиздирилади, иссиқ ҳолда 1/3 стакан болага ҳар 1 соатда ичирилади;

- ¼ ёки 1/3 стакан калий перманганат эритмасини оқ қизғиш рангда тайёрлаб эрталаб ва кечқурун ичирилади.

Эслатма: калий перманганатни эритганда кристаллари чўкма ҳосил қилмаслиги ва тўла эриб кетиши керак, кристаллар оғиз ва қизилўнгач шиллиқ қаватини куйдириши мумкин.

Ич кетиш касаллигини фитотерапия ва халқ табobati усулида даволаш

Овқатдан олдин кам-камдан ярим стакан лимон суви ёки нордон олма шарбати истеъмол қилинади - улар иштаҳани кўзғайди. Кофе ичмаслик керак, овқатдан кейин кўп суюқлик ичмаслик лозим.

Шарбат: олма-карам тенг миқдорда. “Лимонли”- яримта олма, кичик лимон, ярим стакан сув. “Киви”- 1 кўк олма, 1та узум навдаси, 1 киви. “Инбирли нектар” - яримта олма, 4 сабзи, 1 см имбир томири, ярим стакан газли сув. Иложи борица кўпроқ суюқлик ичирилади, айниқса гуруч қайнатмаси шарбати. Кофе ичилмайди, совуқ овқат ейилмайди, сутли маҳсулотлар истеъмол қилишдан асраниш керак.

Бряч шарбати - бананли + гуруч қайнатмаси + олма + мевали чой. Олмали-карамли шарбат(нордон карамдан).

Ич кетиш касаллигида узум ғўроби қўллаш бўйича тавсиялар

Узум, олма ва бошқа сиркалар ҳаммага маълум бўлган маҳсулотлар. Лекин ғўроб ҳақида кўпчилик билмаслиги мумкин. Ғўроб ҳам бошқа ток маҳсулотлари қаторига кирувчи ичимлик ҳисобланади. Айниқса ғўробни Самарқанд шаҳри атрофидаги аҳоли томонидан ва бошқа ток ўстириладиган (Ургут, Қўшрабат, Булунғур) туманларда тайёрланади ва истеъмол қилинади. У ҳозирга вақтда бозорларда ҳам сотилади. Бизлар адабиётларда ғўроб ҳақида маълумотлар топа олмадик. Уни тайёрлаш усуллари, хусусиятлари шифоли таъсири, фойда ва ножўя таъсири ҳамда ишлатилиши ҳақида умуман ёзилмаган.

Ток маҳсулотларидан узум, ток барги, вино, шинни, ток новдаси қайнатмаси, узум сиркаси каби маҳсулотлар қаторида ғўроб ҳам шифоли бўлиши табиий.

Ғўроб сўзи форс тилидан олинган бўлиб “ғўр” - хом, етилмаган маъносини берса, “об” яъни суви маъносида келади. Шундан келиб чиқиб ғўроб – хом узумнинг сувидан тайёрланадиган ичимликдир. Одатда ғўробни халқимиз томондан овқатлар билан бирга салатлар тайёрлашда истеъмол қилиб келинади. Боғдорчилик билан кўп

йиллар шуғулланиб келишим боис шахсан ўзим ғўробни ҳар йили тайёрлаб келаман. Бу борада ғўробни фақат овқатланишда ишлатилиши билан кифояланмасдан, балки айрим касалликларда қўллаш борасида тажриба орттирганман ва бунинг исботи учун унинг кимёвий таркибини ҳам ўрганиб чиқишга тўғри келди. Ғўроб бироз узум сиркасига ҳам ўхшаб кетадиган ичимлик, чунки уни тайёрлашда иссиқда(офтобда) бижғиш жараёни ҳосил қилиниб табиий усулда тайёрланадиган ичимлик. Лекин бунда ғўроб пишган узум ва винодан эмас, балки пишиб етилмаган хом узумнинг шарбатидан тайёрланади.

Истеъмол қилиш учун очилган ғўроб идишда узоқ муддат сақланмагани маъқул, акс ҳолда замбуруғлар суюқлик устида қалин парда ҳосил бўлишига олиб келади. Аслида замбуруғлар ўсиши хавф туғдирмаса-да уни очик ҳолда узоқ муддат қолдириш кўнгилсизликлар чақириши мумкин. Шу сабабли очилган ғўробни бир ёки икки кун ичида истеъмол қилган маъқул. Агарда очилган ғўробни бир неча кун сақлаш лозим бўлганда салқин ва қуруқ подвалларда сақлаш мақсадга мувофиқ. Самарқанд шаҳар санитария эпидемиологик лабораториясида узум ғўробини амалиётда қўллаш бўйича бир қатор текширишлар ўтказилди ва уларнинг хулосаси қуйидагича:

Узум ғўробини таркибида радионуклид моддалар СанПиН № 0366-19 №3п.44 бандлари талабларига тўла жавоб беради, санитария бактериологик текширувида касаллик кўзгатувчи патоген флора ш.ж. салмонелла ва замбуруғлар топилмади, токсик элементлар, пестицидлар миқдори СанПиН 0366-19 талабига мос келади (Баённома № 0211-12/03 1-2 2020 йил 15 январ).

Демак, узум ғўробини истеъмол учун яроқли ва уни инсон саломатлигини сақлашда ва овқат ҳазмини яхшилаш учун истеъмол қилиш тавсия этилади. Бизлар томондан бошқа озиқ-овқат маҳсулотлари қатори ток маҳсулотларидан бири - ғўробнинг кимёвий таркибида 28 кимёвий элемент миқдори аниқланди. Текширишлар натижаси шуни кўрсатдики, ғўробнинг кимёвий таркиби макро – ва микроэлементларга ўта бой. Макроэлементлардан калий (662370 мг/кг) ва магний (152570 мг/кг) ўта юқори концентрацияда, натрий, кальций ва хлор ўртача миқдорда аниқланди. Калийга бўлган эҳтиёжни қоплаш учун кунига 20-30 мл ғўроб ичиш кифоя, магнийга бўлган эҳтиёжни қоплаш учун эса, 200- 300 мл истеъмол қилиш керак бўлади.

Кальций, натрий ва хлор танқислигида ҳам ғўробни фойдали ичимликлар қаторига киритиш мумкин. Айниқса ич кетишларда ғўроб ичимлиги жуда фойдали эканлиги унинг таркибида бўлган натрий ва хлор элементларга бойлигидан. Шу билан бирга ёзнинг иссиқ кунлари кичик ёшдаги болалар ошқозон шираси камайишига олиб келади. Катта ёшдаги болаларга нисбатан гўдак болаларда ошқозон ичак шираси таркибида ферментлар етишмаслигини ҳисобга оладиган бўлсак, ёзнинг иссиқ кунларида ошқозон ичак ферментатив фаолияти янада пасайиши турли хил ич кетиш касалликларининг кўпайишининг асосий сабабларидан биридир. Ғўробнинг кислотали хусусиятини юқори эканлигини ҳисобга оладиган бўлсак, унинг ёзнинг иссиқ кунларида истеъмол қилиниши бир томондан ич кетишнинг функционал бузилишлари ва инфекция турдаги ич кетишларни олдини олиш билан бирга бундай ҳолатларни даволашда ҳам самаралидир.

Ҳаёт учун муҳим бўлган микроэлементлардан айниқса темир миқдори ўта юқори концентрацияда мавжуд бўлиб, 3566 мг/кг га тенг, темир бирорта бошқа маҳсулотда бунчалик кўп эмас. Марганец ғўроб таркибида энг юқори миқдорда 1210 мг/кг га тенг. Бу иккала микроэлемент гемопоезда иштирок этувчи актив элементлардан бўлиб, темир танқислик камқонликларида самарали бўлиши мумкин. Камқонликларни даволашда асосан темир препаратлари қўлланилади, лекин ич кетишларда уларни қўллаб бўлмайди, бундай ҳолларда ғўробдан фойдаланиш бир томондан ич кетишни даволашда фойда берса, иккинчи томондан камқонликни даволашда қўл келади. Маҳаллий уй шароитида тайёрланган ғўроб таркибидаги кислоталикни ўрганиш бўйича олиб борилган тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, ғўроб таркибидаги кислота миқдори 24% дан 29% гача (ўртача 27%)га тенг. Ғўробни кўпинча тўғридан-тўғри қошиқ ёки пиёладан ичиш орқали истеъмол қилинади, лекин ундаги кислота миқдори тавсия этиладиган меъёридан бироз юқори - яъни Канадада сирка кислотасининг меъёрий миқдори 4,1% ва 12,3% қилиб белгиланган. Шу боис ғўробни 2-3 баробар нисбатда сувга эритиб ёки салатлар билан истеъмол қилиш мақсадга мувофиқ. Рух миқдори ҳам талайгина 517мг/кг, айниқса кобальт миқдори жуда кўп – 21,6 мг/кг ва бошқа ток маҳсулотлари кобальтга бунчалик бой эмас. Ғўробда рух элементи кўплиги уни ич кетиш касаллигида, ўсиш ва ривожланишдан орқада қолишларда тавсия этиш мумкин. Рух ва

кобальтнинг кўплигини ҳисобга олиб ғўробни турли хил камқонликларда қўллаш учун тавсия этиш мумкин. Эсенциал микроэлементлардан никель, хром ва йод ғўроб таркибида, етарлича. Кам ўрганилган элементлардан стронций, барий, молибден, рубидий элементлари ҳам етарли миқдорда.

Демак, ғўроб таркибида макро – ва микроэлементлар юқори бўлиши билан бирга юқори кислоталик хусусиятга ҳам эга эканлиги биринчидан, микроэлементлар танқислигида қўллаш лозимлигини кўсатса, иккинчи томондан ошқозон–ичак касалликларида кислоталик кам бўлган ва ич кетиш билан кечадиган ҳолатларда жуда фойдалидир. Бизлар томондан олиб борилган тадқиқотлар шуни кўсатадики, ғўробни ич кетиш (энтерит) касаллигида қўллаш юқори эффектив усуллардан бири бўлиб чиқди. Ғўроб катталарга 1-2 қошиқдан овқатдан ярим соат олдин соф ҳолда ёки 1:1 нисбатда қайнатиб илитилган сув билан аралаштирилган ҳолда ишлатиш тавсия этилади. Ғўроб таркибида кислота миқдорининг юқорилиги ва рух миқдори юқори эканлиги уни ич кетиш касаллигида қўллаш учун асос бўлади, чунки ҳозирги ЖССТ(ВОЗ) тавсияларига кўра болаларда диарея касаллигини даволашда рух препарати тавсия этилади. Уй шароитида инфекцион диареяда иситма тушириш усули

Инфекцион ич кетишлар кўпинча иситма кўтарилиши билан бирга кузатилади. Айниқса ёзнинг иссиқ кунларида ич кетиш, қусиш, сув йўқотиш ва иситма оқибатида сувсизланиш юз беради, бу эса ўз навбатида боланинг оғирлашувига олиб келади. Юқорида баён қилинган ич кетишни бартараф этиш усуллари билан бирга иситмани ўз вақтида тушириш жуда муҳим омиллардан бири саналади. Қуйида бизлар томондан тавсия этилган ёз мавсумида ич кетиш ва иситма туширишга қаратилган оддий ва самарали усуллардан бири чой билан даволаш ҳақида сўз боради.

Уй шароитида иситма туширишда қуйидагилар амалга оширилади:

- иситма кўтарилишининг дастлабки соатларида ваража тутиб бола совқотади ва иситма кўтарила бошлайди, бундай ҳолларда бола иссиқ тўшакка ўралиши ва иссиқ суюқликлар берилиши керак (иссиқ чой, қатик суви, шўротоп сув, регидрон, глюкосолан ва бошқа суюқликлар).

- иситма юқори даражага ушлаб турилганда болани тўлиқ ечинтириш фақат юқори ҳарорат ошишида тавсия этилади ва уй хавоси тозаланади.

- «Қизил иситмада» бола ечинтирилиши лозим. Кўп миқдорда суюқлик қабул қилиш яхши самара беради, чунки боланинг териси ва нафас йўллари орқали кўп суюқлик йўқотилади.

- ёзнинг иссиқ кунларида, айниқса ҳарорат ўта ошиб кетиши, қусиш ва ич кетиш аломатлари билан бирга кечса, биз таклиф қилган «чой билан даволаш» усули жуда яхши самара беради. Бунинг учун иссиқ хона ҳарорати 28-30°C бўлиши керак ва уйнинг эшик ва деразалари ёпилади. Ёзнинг иссиқ кунларида уй ҳароратини иситиш шарт эмас. Бола яланғоч қилиб ечинтирилади, чой дамламаси (кўк чой) иссиқ ҳолда бўлиши керак, яъни пиёлага чой қуйилади ва қўл куймайдиган даражада (39-40⁰) чой тайёрланади. Илик чой унчалик фойда бермайди. Иссиқ чой қўл кафтига қуйилади ва болани дастлаб қўл-оёқлари, сўнгра бадани, қўлтиқ ва чов соҳалари, бўйни, ҳамда бош ва юз соҳалари иссиқ чой билан ювилади, чой билан ювиш такрорланади. Бола иситмаси бўлгани учун тери тез қурийди, шунинг учун сочиқ билан фақат боши қуритилса kifоя, териси қуригандан сўнг болани енгил кийинтирса бўлади, бу вақтда болага чой илиқ ҳолда ичишга берилади.

Шундай қилиб, болаларда ич кетиш, яъни диарея кўп учрайдиган ҳолатлардан бири бўлиб, кўпинча функционал характерда учрайди, айрим ҳолларда эса, инфекциянва бошқа сабабларга кўра келиб чиқади. Шу боис функционал диареяларни инфекциян диареялардан авваламбор фарқлаш лозим, функционал диареяларни сабабларини аниқлаш билан уни бартараф этиш мумкин ва бу билан асоратлар ҳам олди олинади, шу қаторда диареяларни даволаш борасида бир қатор маслаҳатлар берилди. Ушбу кўрсатмалар болалар тарбияси билан шуғулланадиган оналар, тарбиячилар ҳамда тиббий ходимлар учун амалий тавсия сифатида қабул қилиниши мумкин.

G.6. ДИСХЕЗИЯ

Аннотация.

Функционал ичак бузилишлардан функционал дисхезия сабаблари, эпидемиологияси, клиник аломатлари, диагностикаси, пациентларни олиб бориш усуллари келтирилган.

Аннотация.

Среди функциональных расстройств кишечника представлены причины, эпидемиология, клиническая симптоматика, диагностика и методы ведения пациентов с функциональной дисхезией.

Annotation.

Among functional intestinal disorders, the causes, epidemiology, clinical symptoms, diagnosis and methods of managing patients with functional dyschezia are presented.

Таърифи

Болалар дисхезияси (дишезия) дефекация бузилиши бўлиб, қорин ичи босими билан чанок туби мушаклар тонуси ўртасидаги муносабатларни мувофиқлаштира олмаслик [Benninga S., , 2016; Human P.E., 2005]. Дисхезия сабаби чанок туби мушаклари ва анал сфинктер ўртасида координацион фаолиятининг бузилишидан келиб чиқади.

Дишезия - бу таранглик, юзнинг қизариши ва кўринадиган ҳаракатлар билан йиғлаш, юмшоқ ёки суюқ нажасни чиқаришдан олдин бир мунча вақт (10-20 дақиқа) давом этади. Нажас ҳар куни, баъзан кунига бир неча марта бўлади. Белгилар ҳаётнинг биринчи ҳафталаридан бошлаб пайдо бўлиши мумкин ва бир неча ҳафтадан сўнг ўз-ўзидан йўқолади.

Дисхезия ташхисини тасдиқлаш учун аноректал функцияни баҳолаш ўтказилади.

Эпидемиология

Нидерландияда ўтказилган популяция тадқиқотлар шуни кўрсатдики, 1 ва 3 ойлик ёшда дишезия янги туғилган чақалоқларда мос равишда 3,9% ва 0,9% кузатилган. 1447 оналарда ўтказилган анкета маълумотларига кўра, бир ёшгача болаларда дисхезиянинг тарқалиши 2,4% ни ташкил этди [van Tilburg M.A., Ну, 2014].

Классификация ишлаб чиқилмаган.

Этиология ва патогенез

Дишезиянинг асосий сабаблари қорин ичи босими билан чанок туби мушаклар тонуси ўртасидаги муносабатларни мувофиқлаштира олмаслик [Benninga S., , 2016; Hyman P.E., 2005].

Нормал дефекацияда ректал босим ошиши билан ташқи анал сфинктер бўшашиши содир бўлади. Мос келмаслик сабаби аниқланмаган турли дисфункцияларда кузатилади (масалан, тўғри ичак қисқаришининг бузилишида, қорин девори ортиқча қисқаришида, анус парадоксал қисқаришида, ануснинг бушаши бузилишида). Бундан фарқли равишда Гиршпрунг касаллигида ингибиторли ректоанал рефлекс бўлмайди, амалда доимо гўдаклик ёки болалик даврида манифестацияланади.

Ичак таъсирланиш синдромига чалинган болаларда дефекация бузилиши ичак таъсирланиш синдромига ассоцирланган бўлиши мумкин, бу эса дисхезияга олиб келади.

Эпидемиология

Нидерландияда ўтказилган популяция тадқиқотлари шуни кўрсатдики, 1 ва 3 ойлик ёшда дишезия тегишли равишда 3,9% ва 0,9% янги туғилган чақалоқларда кузатилган. Анкета маълумотларига кўра, 1447 она, дисхезиянинг тарқалиши биринчи йилда 2,4% ни ташкил этди болаларнинг яшаш йили [van Tilburg M.A., 2014].

Таснифи ишлаб чиқилмаган.

Диагностика

Дишезия - клиник-анамнестик ташхис.

Болалар учун дисхезиянинг диагностик мезонлари 9-ойдан кичик ёшдаги болалар учун қуйидагиларни ўз ичига олади:

- 1) Муваффақиятсиз ёки муваффақиятли дефекациядан 10 минут олдин боланинг безовталиги, йиғлаши ва кучаниши.
- 2) бошқа патология йўқлиги.
- 3) 6 ойгача бўлган гўдакликларда иккала белгининг мавжудлиги.

Дисхезия диагностикасида аноректал манометрия ва ректал шарикчани олиб ташлаш қўлланилади.

Тўғри ичак ва чанок органларини текширишда чанок туби мушаклари ва анал сфинктер гипертонуси аниқланиши мумкин.

Кучанганда кутиладиган анус ва оралиқ сфинктери сусайиши аниқланмаслиги мумкин.

Зўриқиб кучанганда анус бўшашиши бузилганда тўғри ичак олдинги девори пролапси кузатилади, бачадонда одатда бирламчи эмас, балки иккилачи ректоцеле ҳосил бўлади .

Узоқ муддатли дисхезия ва тез-тез кучланиш зарурати ёлғиз ректал яранинг шаклланиши, турли даражадаги шиллиқ қаватнинг пролапси, перинеум ва энтероцелнинг ҳаддан ташқари пролапси билан бирга бўлиши мумкин.

Ташхисни тасдиқлаш учун аноректал манометрия ва тўғри ичакдан балон чиқариш тести ўтказилади, баъзи ҳолларда магнит-резонанс дефекография билан тўлдирилади.

Клиник кўриниши

Дисхезия дефекация олдида боланинг кичқириши ва йиғлаши билан намоён бўлади. Бунда юзининг кескин қизариши куёатилади. Симптомлар одатла 10-20 мин давомида сақланиб туради, дефекация кунда бир неча бор бўлиши мумкин, лекин нажас юмшоқ ўзгаришсиз. Дисхезии учун хос бўлган томони шуки дефекациядан сўнг бола бирдан тинчланади. Кўпгина болаларда дисхезия симптомлари дастлабки 2-3 ойдан бошланади ва 9 ойда ўз-ўзидан йўқолади.

Шифокор боланинг диетасини баҳолайди, физикал текшириш ўтказади, шу жумладан, ректал, аноректал аномалияларни инкор этиш учун ҳамда боланинг жисмоний ривожланиш параметрларини таҳлил қилади [Benninga S., 2016].

Тўғри ичакни нажас билан тўлдириш ҳисси давом этиши ёки йўқ бўлиши мумкин. Узоқ муддатли зўриқишларга қарамай, эвакуация қилиш қийин ёки имконсиздир, бу ҳатто юмшоқ ахлатнинг мустаҳкамлиги ва ҳўқна билан ҳам кузатилади. Болалар йўғон ичакдаги обструкция ҳиссини тасвирлайдилар, баъзида ахлатни қўлда олиб ташлаш ёки ичак ҳаракатини енгиллаштириш учун перинеум ёки вагинал деворга босиш орқали мурожаат қилишади. Ичак ҳаракатининг частотаси нормал ёки камайиши мумкин.

Лаборатория-инструментал текшириш усуллари талаб этилмайди.

Фавқулудда ҳолатларда қўшимча текширувлар ўтказилади (нажасда қон бўлса, номаълум иситма, вазн йўқўтиш ёки тана массаси ошмаганда, бўй ўсиши орқада қолганда). Қўшимча текширувга мутахассислар – болалар проктологи, неврологнинг маслаҳатлашуви киритилиши мумкин.

Дифференциал ташхис

Дифференциал диагноз аноректал ривожланиш аномалиялари билан ўтказилади.

Гўдаклик дисхезияси бўлган болани бошқариш.

Ота-оналарга болани тос суяги мушакларини бўшаштиришни ўрганиши кераклигини айтиш керак ҳамда болада доволаш чоралари талаб қиладиган патологик жараённинг мавжуд эмаслиги тўғрисида хабар бериш зарур.

Боланинг "кейинги ректум стимуляциясини кутиши" шаклланишига ҳисса қўшадиган ҳар қандай ректум стимуляциясига мурожаат қилиш мумкин эмас. Дори воситалари, шу жумладан лаксатифлар кўрсатилмаган.

Тўғри ичакни стимуляция қилишга рухсат этилмайди, келгусида дефекациядан олдин стимуляция рағбатлантиришини кутиши мумкин. Перианал зонани даврий рағбатлантириш мумкин. Дисхезия пайтида заифлаштирувчи воситалар тайинланмайди (Benninga S., 2016).

Касалхонага ётқизилишга кўрсатмалар аниқланмаган.

Биологик қайта боғланиш

Даволанишга чидамли ич қотиши билан оғриган беморларда аноректал функцияни баҳолаш муҳимдир, чунки лаксатифлардан фойдаланиш керакли таъсирни келтириб чиқармайди. Биологик қайта боғланиш терапияси қорин девори мушакларининг мувофиқлаштирилган қисқаришига ва ичак ҳаракати пайтида тос бўшлиғининг бўшашишига ва ич қотиш белгиларининг регрессиясига ёрдам беради. Бироқ, тос бўшлиғини тайёрлаш барча марказларда мавжуд бўлмаган жуда ихтисослашган даволаш усулидир. Пациентларни мутахассислар командаси иштирокида олиб бориш лозим (физиотерапевт, диетолог, гатроэнтеролог, невропатолог).

G.7. БОЛАЛАРДА ФУНКЦИОНАЛ ҚАБЗИЯТ

Аннотация.

Функционал қабзият сабаблари, клиник аломатлари, диагностикаси, овқатланиши, медикаментоз ҳамда ноананавий усулларда даволаш усуллари келтирилган.

Аннотация

Представлены причины функционального запора, клиническая симптоматика, диагностика, питание, медикаментозные и нетрадиционные методы лечения.

Annotation

The causes of functional constipation, clinical symptoms, diagnosis, nutrition, medications and alternative treatment methods are presented.

Функционал қабзият

Турли маълумотларга кўра, эрта ёшдаги болаларнинг дастлабки ҳафталарида 50% дан кўп ҳолларда у ёки бошқа функционал ичак бузилишлари қайд этилади [4]. Бу ҳолатларнинг диагностикаси IV Рим мезонларига асослаган (2016 г.) [3]. Ошқозон-ичак йўлининг функционал бузилишларидан 0 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларда асосан регургитация, ичак санчиғи, функционал диарея ёки қабзият, дисхезия ҳамда циклик қусиш синдроми кўпроқ учрайди [1].

Бугунги кунга келиб ошқозон-ичак йўлининг функционал бузилишларининг асосий сабабчилари биопсихосоциал модели билан тушунтирилади, бунда патофизиологик механизмлар (ҳазм аъзолари моторикаси, висцерал сезувчанлик, сурункали яллиғланиш, айрим овқат маҳсулотларига юқори сезувчанлик бузилиши) ва психосоциал факторлар “мия-ичак” микробиотаси кўпригига таъсири натижасида келиб чиқади[1].

Болалар гастроэнтерологик амалиётида функционал бузилишлардан айниқса кўкрак ва эрта ёшдаги болаларда устунлик қиладигани бу функционал қабзиятдир (айрим манбаларда “констипация” - деб ҳам юритилади.). Хорижий ва маҳаллий адабиётларнинг кўрсатишича, гўдакларда функционал қабзият 10%дан 17,6% гача учрайди, 1 ёшдан ошган болаларда 40%гача[10,11,14].

Функционал қабзият болалар ҳаётининг биринчи йилида 20-35 % ҳолларда учрайди ва ўтказилган ичак функциясининг бузилишлар сонига боғлиқ бўлади.

Кўкрак ёшидаги болаларда қабзият келиб чиқиш механизмида асосий бўлиб, йўғон ичак дисхезияси ҳисобланади. Бир ёшгача бўлган болаларда ич қотишнинг асосий сабаби алиментар бузилишлардир. Функционал бузилиш ва патологик ҳолат орасида аниқ бир чегара йўқлиги сабабли чуқур диагностик текширувлар олиб бориш керак бўлади. Қабзият дейилганда - дефекация акти

оралиғидаги интервалнинг физиологик нормадан 36 соатдан ортикча ёки ичакнинг мунтазам нотўлиқ эвакуацияси тушунилади.

Нормада болаларда дефекация сони: 0-4 ойлик болаларда суткада 1 тадан 7 тагача, 4 ойдан 2 ёшгача 1дан 3 мартагача ичаклар эвакуацияси бўлиши керак. Гўдакларда дефекация бузилиши дисхезия - оғриқли дефекация, яъни кичик чанок бўшлиғида мушаклар дискинезияси ва ахлатнинг функционал тўхташига тушунилади. Бу ҳолатда ахлатнинг ҳажми катта, консистенцияси юмшоқ, дефекация акти оралиғи узок бўлади.

Функционал қабзият сабаблари

Эрта ёшдаги болаларда қабзият сабаблари:

Бир ёшгача болаларда қабзиятга олиб келадиган триггерлар бирқанча, лекин улар асосан овқатланиш ўзгаришига боғлиқ: табиий овқатланишдан сунъийга ўтиш, мослаштирилган сутли аралашмаларни алмаштириш, қўшимча овқат киритиш, ичак инфекциялари ва анал соҳа ёрилишлари [11]. Сугир сути оксидан иборат мослаштирилган сутли аралашмаларни эрта киритиш ҳам унга сезгирликни оширади, бу ўз навбатида бола нажасига таъсир қилади[13]. Яна бир қабзиятга олиб келадиган муҳим факторлардан бири – болани тувакка ўргатишдир. Шахсий гигиена қоидаларига болани нотўғри ўргатишда бола ахлатни ушлаб туришга ҳаракат қилади, бу оғриқли дефекацияга олиб келади, ва кейинчалик кўрқиш пайдо қилади, бу ҳам дефекацияни кўпроқ ушланиб туришига мажбур бўлади [1,10].

Гўдакларда қабзиятга олиб келадиган факторлар: ичаклар мотор ва эвакуатор функцияларини бузилиши; ичаклар морфофункционал етишмовчилиги; ичак эубиозининг бузилиши; қўшимча овқатни кеч киритиш; сунъий овқатлантириш; метаболик бузилишлар (гипокалиемия, гипокалциемия).

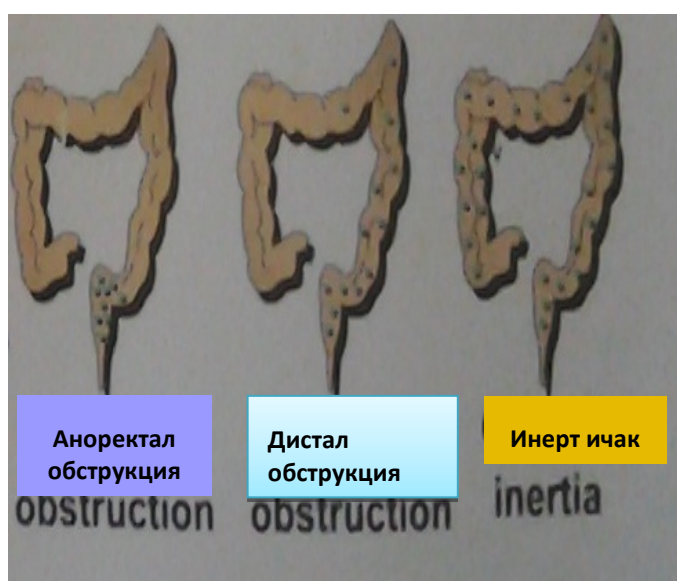
Болаларда қабзиятнинг ривожланишидаги про- ва пребиотиклар ҳамда микроэлементларнинг роли бутун дунёда фаол ўрганилмоқда, чунки бу тадқиқотлар натижалари ушбу ёш гуруҳидаги педиатрик амалиётда беморларда ич қотишни тузатишга ёрдам беради, улардан пробиотикларнинг роли кўпроқ ўрганилган. Бу ва бошқалар. 4 ҳафта давомида ич қотиши бўлган 45 болада *Lactobacillus casei rhamnosus* LCR35, магний оксиди ва плацебо таъсирини солиштирди. Пробиотик ва магний оксидини олган беморларда плацебо гуруҳига қараганда тез-тез ич келиши, қаттиқ ахлат сонини камайи кузатилган [15]. Болалардаги

функционал қабзиятни тузатишда пребиотикларнинг роли бўйича тадқиқотлар кўп эмас. Улардан бир нечтаси томонидан пребиотикларнинг суний овқатланишда бўлган соғлом болаларнинг ичак фаолиятига таъсирини ўрганиб чиқилган[6]. Маълум бўлишича, галакто- ва фрукто-олигосаккаридлар билан пребиотик аралашмаларни олганларнинг нажаслари юмшоқроқ бўлган.

Болаларда функционал қабзият этиопатогенетик таснифи (А.В. Фролькис бўйича):

- 1) Алиментар;
- 2) Невроген (дискинетик, рефлексор, МНС органик касалликлари),
- 3) Гиподинамик;
- 4) Ҳазм аъзолари касалликлари асоратлари;
- 5) Проктоген;
- 6) Тўғри ичак аномалияси;
- 7) Токсик;
- 8) Медикаментоз;
- 9) Сув-туз алмашинуви бузилиши.

Қабзиятнинг аноректал, дистал обструкция ва инерт ичак турлари фарқланади. Аноректал турида нажас тўғри ичак соҳасила тўпланса, дистал турида – йўғон ичакнинг дистал қисмида тўпланади. Йўғон ичак перисталтикасининг сусайиши (гипотония) оқибатида келиб чиқадиган қабзият инерт ичак номи билан юритилади (1-расм).



1-расм. Боланинг ёшига қараб қабзиятни сабаблари (Michigan State University College of Human Medicine маълумотлари бўйича).

Эрта ва катта ёшдаги болаларда учрайдиган қабзиятларнинг 95% функционал келиб чиқишда бўлиб, қолган 5% турли хил касалликлар ва ривожланиш аномалиялари оқибатида юзага келади (1-жадвал).

1-жадвал

Турли ёшдаги болаларда қабзият келиб чиқиш сабаблари

Бир ёшгача бўлган болалар	Бир ёшдан катта болалар
<u>Функционал қабзият(95% гача)</u> Гиршпрунг касаллиги Долихосигма Ривожланиш пороклари Неврологик касалликлар Энцефалопатия Орқа мия патологтяси Муковисцидоз Модда алмашинуви бузилиши: гипотиреоз, гипер-, гипокалиемия, қандсиз диабет Оғир металллар билан заҳарланиш, дорилар ножўя таъсири	<u>Функционал қабзият(95% гача)</u> Гиршпрунг касаллиги Модда алмашинуви бузилиши: гипотиреоз, гипер-, гипокалиемия, қандсиз диабет Оғир металллар билан заҳарланиш, дорилар ножўя таъсири Муковисцидоз Глютенли энтеропатия Орқа мия жароҳати ёки ривожланиш пороклари Нейрофиброматоз Оғир металллар билан заҳарланиш, Дорилар ножўя таъсири Ривожланишдан орқада қолиш Сексуал зўрланиш

Ота-оналарни диққат билан сўроқ қилиш билан ич қотиши ташхиси одатда қийин ээас. Бироқ, "қизил байроқлар" га (ташвиш белгилари) эътибор бериш керак, улар орасида: 1 ойликдан олдин қабзиятнинг эрта бошланиши; меконюмнинг кечикиши (48 соатдан ортик); яқин қариндошларда Гиршпрунг касаллигининг мавжудлиги; жисмоний ривожланишнинг кечикиши; иситма; сафро билан қусиш; лента шаклидаги нажас; ахлатда қон; қалқонсимон

без касалликлари; перианал соҳадаги ўзгаришлар (оқма, ануснинг анормал ҳолати, чандиқлар); анал ёки кремастерик рефлекснинг йўқлиги; ич қотишининг даволашга чидамлилиги [8,9].

Агар ташвиш берувчи аломатлар мавжуд бўлса, болани қўшимча текшириш керак (ошқозон-ичак тракти орқали барий ўтиши, жарроҳ билан маслаҳатлашиш, тўғри ичак шиллик қаватининг биопсияси, йўғон ичак манометрияси) [7].

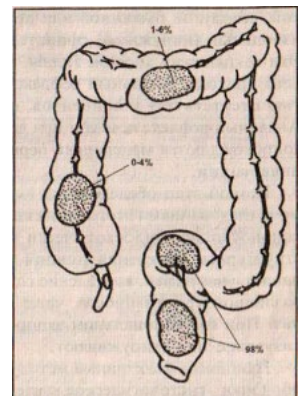
Диагностик мезонлар: ҳафтада икки ёки ундан кам марта ичак ҳаракатлари; ҳафтада камида 1 марта ичакни бўшатиш; доимий позиция ёки нажасни ортиқча ирода билан ушлаб туриш; оғриқли ёки қаттиқ нажас; ректумда кўп сонли нажас массаларининг мавжудлиги; ичак ҳаракатига халақит бериши мумкин бўлган катта диаметрли нажас.

Диагноз қўйилади, қачонки 4 ёшгача болаларда 1 ой давомида қуйидаги белгилардан камида 2 таси бўлганда:

- Ҳафтада ичак икки ва ундан кам бўшаганда
- Дефекацияни узок ушлаб қолиш эпизодлари
- Оғриқли ичак бўшаши ёки қаттиқ нажас бўлиши
- Тўғри ичакда катта миқдорда фекалия бўлиши
- Иштаха пасайиши, эрта тўйиш ҳисси пайдо бўлади ва дефекациядан сўнг йўқолади.
- Эндокрин ва метаболик бузилишлар йўқлиги.
- «Нажас тошлари» ҳосил бўлиши

Нажас тошлари жойлашуви (Jones. E. Godding).

Диагностик этаплари: I этапда: анамнез, клиник текшириш; ичакни рентгенологик текшириш; II этапда: колоноскопия, ичак шиллик қавати гистологик ва гистохимик текширишлар; III этапда: махсус текширишлар (йўғон ичак мотор эвакуатор функцияси, микроб спектри, эндокрин система, ВНС); функционал ич қотиши бўлган болалар ва ўспиринларни бошқариш.



Режим характеридаги тадбирлар муҳим аҳамиятга эга: дефекация учун қулай шарт-шароитлар яратиш, мунтазам ичак ҳаракатларини назорат қилиш (1-2 кун ичида камида 1 марта), боланинг қорин мушакларини кучайтиришга қаратилган

ҳаракатлар, 1-марта қабул қилиш орқали дефекация қилишга ундаш, эрталаб ҳожатхонага боришдан олдин бир стакан шарбат ёки салқин сув ичиш.

Функционал қабзият даволаш принциплари

• Онани рухий кувватлаш, тушунтириш ишлари олиб бориш, психотерапия

• Она ва болани ўргатиш

• Диетотерапия

• Тўғри ичакни нажасдан тозалаш

• Медикаментоз даво(патогенетик ва синдромли)

Функционал ич қотиши билан тартибсиз ичак бўшаши сурункали интоксикацияга ва тананинг сенсibiliзациясига олиб келиши мумкинлигини ҳисобга олсак, ушбу ҳолатларни ўз вақтида тузатиш жуда муҳимдир. V. Loening-Bauske [19] фикрича, агар даволаш 2 ёшга тўлмасдан бошланган бўлса, ёш болаларда ич қотишини даволаш самарадорлиги ва қулай прогнози ортади.

Номедикаментоз даво усулларида - шифоли массаж, сув машклари, мусикатерапия, ароматерапия, аэроионотерапия тавсия қилинади..

Кабзиятда пархез

Оналар учун - ҳайвон ёғлари ўрнига ўсимлик ёғи истеъмол қилинади. Эмизикли она овқатига таркибида овқат толалари кўп бўлган (сабзаёт, мева, ёрма, кепакли нон) маҳсулотлар қўшилади

Болалар учун:

• Табиий ёки сунъий овқатлантириш оралиғида сув ичириш

• Қўшимча овқатга шарбатлар: - олмали, ўрикли, олхўрили, равочли компот

• Сабзаётли бўтқалар - сабзи, кади, помидор, лавлаги, анжир, 9-10 ойдан асал, ўсимлик ёғи билан сабзаётли салатлар

• Пробиотиклар, пребиотиклар

• Сунъий овқатланишда: махсус юқори мослаштирилган сутли аралашмалар - (НУТРИЛОН Пети Гастро, Нутрилон Премиум, Нутрилон комфорт), қўшимча овқат сифатида про- ва пребиотикли кашалар тавсия этилади.

Медикаментоз давоси

Функционал констипация учун индивидуал дори терапияси у боланинг ёшини ва унинг кўтара олишини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилади. Лактулоза, полиетилен гликол-3350, нефт жели,

магнезия, пиколакс ҳамда глицеринли шамга асосланган препаратлар лаксатиф сифатида ишлатилиши мумкин.

Лактулоза препаратлари 70% эритма шаклида 1-3 мл/кг/кун миқдорида индивидуал танланган дозаларда, кўтара олишига қараб, 1-3 ой мобайнида буюрилади. Лактулозага асосланган маҳсулотларни бола ҳаётининг биринчи йилидан бошлаб буюриш мумкин. Полиэтилен гликол-3350 (макрогол 4000) препаратлари ёш чекловларига эга: улар гўдакликлар ва ёш болаларга буюрилмайди. Одатда улар қуйидагича дозаланади: терапиянинг дастлабки 3 кунда 1 дозада кунига 1-1,5 г/кг, сўнгра терапияси учун- 1-2 ой ичида кунига 1 г/кг. Бундай препарат мисолида "Форлах" хизмат қилиши мумкин, 1 ёшдан ошган болаларга вазелинли суртма ҳам буюрилиши мумкин. У кунига 15-30 мл/кун, лекин кунига 240 мл дан кўп бўлмаган миқдорда буюрилади. Даволаш терапияси учун вазелин мойи кунига 1-3 мл/кг миқдорида дозаланади, терапия давомийлиги 1 ойдан 2 ойгача. Фавқулодда вазият сифатида глицеринли шамлардан фойдаланиш мумкин. 2 ёшдан ошган болаларда бисакодил ёки итшумурт (облепиха) ёғи билан шамлардан фойдаланиш мумкин, кўрсатма бўлса, ёғли ҳуқналар буюрилади.

Пробиотиклардан фойдаланиш: бифидум бактерин, лактобактерин 5 доз 2-3 м. 1 ой, бификол 2-3 м., 1,5-2 ой; пребиотиклар - лактулоза, лифолак 0,5-1 мг/кг 1 марта, эрталаб, хилак форте 15-45 томчидан 3 марта, 2-4 ҳафта тавсия этилади. 3 ёшдан ошган болаларга прокинетиклар: домперидон (мотилиум) 0,3 мг/кг 3 м. овқатдан олдин, 3 ҳафтагача; цизаприд 0, 5 мг/кг 2 марта 5-7 кун қўлланилади. Қоринда оғриқ билан кечадиган қабзиятларда спазмолитиклар: гипертоник дискинезияда - папаверин, но-шпа, бускопан буюрилади,

Физиотерапевтик муолажалардан қуйидагилар тавсия қилинади: парафин, озокерит, электрофорез - магний сульфат, папаверин билан. СМТ, ЛФК, рефлексотерапия, ванна, сув муолажалари.

Гипотоник дискинезияда: электрофорез (кальций хлорид, прозерин, магний, қорин соҳасига анод билан гальванизация), СМТ, чиниқтириш, сув муолажалари, ЛФК, рефлексотерапия, массаж яхши самара бериши мумкин.

Фитотерапия усулида: анис, жостер, қоқи(гули), қизилмия, отқулоқ, (уруғи), зубтурум (уруғи), дамлама ва қайнатма ҳолида

қўллаш самарали. Оғриқ даврида — календула, ромашка, бўймадарон.

Шундай қилиб, қабзият эрта ёшдаги болаларда кўп учрайдиган функционал ичак бузилишлари бўлиб, 95% ҳолатларда функционал характерга эга. Функционал қабзият келиб чиқишига кўра полиэтиологик омиллар билан кўпгина сабабларга боғлиқ ҳолда онасининг овқатланиши характерига, касалликларига, боланининг парваришига бир томондан боғлиқ бўлса, бошқа томондан боланинг анатомио-физиологик хусусиятларига, овқатланиш турига, наслий мойиллигига, касаллигига ва бошқа кўплаб сабаблар оқибатида келиб чиқиши мумкин. Она ва бола овқатланишини тартибга олиш, табиий усуллардан оқилона фойдаланиш функционал қабзиятни ўз вақтида бартараф этиш бола яшаш сифатини ошириш билан бирга, келгусида салбий оқибатларни олдини олишга хизмат қилади.

1-боб бўйича тестлар:

1. Эрта ёшдаги болаларда озиқланишнинг функционал бузилишига киради:

- А. Регургитация +
- Б. Пилоростеноз
- В. Муковисцидоз
- Г. Экси́коз
- Д. Гастрит

2. Эрта ёшдаги болаларда озиқланишнинг функционал бузилишига киради:

- А. Циклик қусиш синдроми +
- Б. Пилоростеноз
- В. Муковисцидоз
- Г. Экси́коз
- Д. Гастрит

3. Эрта ёшдаги болаларда озиқланишнинг функционал бузилишига киради:

- А. Руминация +
- Б. Пилоростеноз
- В. Муковисцидоз
- Г. Экси́коз

Д.Гастрит

4.Эрта ёшдаги болаларда озиқланишнинг функционал ўткир бузилишига киради:

- А.Функционал диарея+
- Б.Тургун ич котиш
- В.Энтероколит
- Г.Муковисцидоз
- Д.Колит

5.Эрта ёшдаги болаларда озиқланишнинг функционал бузилишига киради:

- А. Пилоростеноз
- Б.Тургун ич котиши
- В.Энтероколит
- Г. Дисхезия +
- Д.Колит

6. Эрта ёшдаги болаларда озиқланишнинг функционал бузилишига киради:

- А.Функционал ич котиш+
- Б.Тургун ич котиш
- В.Долихосигма
- Г.Муковисцидоз
- Д.Колит

7.Эрта ёшдаги болаларда овқатнинг оғиз бўшлиғига қайтиб келиши (регургитация) 5 баллик баҳолашда неча марта учрайди:

- А.1 суткада 5 мартадан кўп, сут тўлик қайтиб келади +
- Б. 1 суткада 3 марта овқат қисман қайтиб келади
- В. 1 суткада 1-2 марта, 5 млдан кўп
- Г. 1 суткада 2-3 марта, овқатнинг ярми қайтиб келади
- Д. Бир маротаба ҳам эмас

8.Овқатнинг функционал ошқозондан оғиз бўшлиғига қисман қайтиб келиши характерланади:

- А.Массанинг қўшилмаслиги+
- Б. Физиологик массанинг қўшилиши
- В.Массанинг камайиши

- Г.Эксикоз пайдо булиши
- Д.Токсикоз пайдо булиши

9.Функционал қусиш характерланади:

- А.Боланинг умумий аҳволига таъсир қилмайди+
- Б.Массанинг қўшилмаслиги
- В.Эксикоз ривожланиши
- Г.Токсикоз ривожланиш

10.Функционал қусиш характерланади:

- А. Кунида 1-2 марта ва хар хафтада қусиш такрорланиб туради+
- Б.Массанинг қўшилмаслиги
- В.Катта миқдорда қайт қилиш
- Г. Оз миқдорда оғиз бўшлиғига овқатнинг қайтиб келиши
- Д.Токсикоз ривожланиши

11.Регургитация ривожланиш факторлари бўлиши мумкин:

- А. Меъёрдан кўп овқатлантириш +
- Б. Кам овқатлантириш
- В.Ошқозонинг аномалиялари
- Г. Овқатлантириш вақтида аэрофагия
- Д.Барчаси тўғри

12.Функционал регургитация кўпроқ қайси ёшда учрайди:

- А.1-6 ойликда+
- Б.6-12 ойликда
- В.биринчи марта кўкрак билан озиқлантирилганда
- Г.12-18 ойликда
- Д.1 ёшдан кейин

13.Функционал регургитацияга хос:

- А. Нормал жисмоний ривожланиш+
- Б. Эксикоз ривожланиши
- В.Токсикоз ривожланиш
- Г.Барчаси тўғри
- Д.Апноэ

14.Функционал регургитация учун хос эмас:

- А.Эксикоз ривожланиши+
- Б. Вазн йўқотилмайди
- В. Умумий аҳволи ўзгармайди
- Г.Нормал физиологик ривожланиш
- Д.Барчаси тўғри

15.Функционал регургитация учун хос эмас:

- А. Токсикоз ривожланиши
- Б. Безовталик кузатилмайди
- В.Иштахасизлик бўлмаслиги
- Г.Чанкоклик бўлмаслиги
- Д.Тана массасининг йўқотилмаслиги

16.Функционал регургитация учун характерли:

- А. Бола умумий ҳолати ўзгармайди+
- Б.Токсикоз ривожланиши
- В.Иштахасизлик
- Г.Чанкоклик бўлиши
- Д.Барчаси тўғри

17. Функционал регургитация учун характерли:

- А. Тез-тез овқат оғзига қайтиб келиши+
- Б.Токсикоз ривожланиши
- В.Иштахасизлик
- Г.Чанкоклик
- Д.Барчаси нотўғри

18. Функционал регургитация учун характерли:

- А. Қайт килишда қорин мушаклари иштирок этмаслиги+
- Б.Токсикоз ривожланиши
- В.Иштахасизлик
- Г.Чанкоклик
- Д.Барчаси тугри

19. Дисхезия бу-

- А. Кучаниб ва оғриқли ич келиши +
- Б.Кизилунгачнинг спазми
- В.12-бармокли ичакнинг пиёзча кисми спазми
- Г.Ошкозон кардиал кисми спазми

Д. Қабзият

20. Дисхезияда тавсия этилади:

А. Бола парвариши бўйича маслаҳатлар берилади+

Б. Спазмолитиклар берилади

В. Хуқна қилинади

Г. Сурги дорилар берилади.

Г. Шамчалар куйилади

II-БОБ.БОЛАЛАРДА ҲАЗМ ҚИЛИШ АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Эрта ёшдаги болаларда гастроэзофагиал рефлюкс касаллиги

Аннотация

Мақсад - тиббиёт амалиётидаги шифокорлар эътиборини эрта ёшдаги болаларда кўп учрайдиган гастроезофагиал рефлюкс касаллигига (ГЭРК) қаратиш, кенгроқ таништириш орқали уларни шу соҳадаги билимларини оширишдан иборат.

Мақолада ГЭРК таъриф берилган, замонавий тавсиялар асосида унинг эпидемиологияси, таснифи, этиологияси, патогенетик факторлари, клиник кўриниши, диагностикаси, дифференциал дагностикаси очиб берилган ҳамда парҳезли даволаш усуллари, шифоли сутли аралашмалар ва бошқа даволаш усуллари келтирилган.

Аннотация

Цель – привлечь внимание практикующих врачей к гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у детей раннего возраста и расширить их знания о ней посредством широкого внедрения.

В статье определена ГЭРБ, раскрыты ее эпидемиология, классификация, этиология, патогенетические факторы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика на основе современных рекомендаций, а также представлены методы диетической терапии, лечебные молочные смеси и другие методы лечения.

Abstract

The goal is to draw the attention of doctors in medical practice to gastroesophageal reflux disease (GERD), which is common in early childhood, and to increase their knowledge in this area by introducing it more widely.

In the article, GERD is defined, its epidemiology, classification, etiology, pathogenetic factors, clinical appearance, diagnosis, differential diagnostics are disclosed based on modern recommendations, and dietary treatment methods, medicinal milk mixtures and other treatment methods are presented.

Таъриф.

Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги (ГЭРК) - сурункали такрорий касаллик, қизилўнгач ва ошқозон ёки ошқозон-ичак трактининг ретроград рефлюкси туфайли қизилўнгачнинг экстрофагеал шиллиқ қаватидаги турли морфологик ва клиник кўринишдаги ўзгаришлардир. Зарда кайнаш ва регургитация касалликнинг асосий белгилари ҳисобланади, аммо у турли хил атипик, қизилўнгачдан ташқари кўринишларда пайдо бўлиши мумкин, бу эса нотўғри ташхис қўйишга ва ҳаёт сифатини пасайишига олиб келади.

Одатда гатроэзофагеал рефлюкс(ГЭР) эрта ёшдаги болалар учун функционал регургитациянинг бир кўриниши сифатида намоён бўлади, агарда бу ҳолат ўз вақтида бартараф этилмаса, кейинчалик нохуш ва жиддий асоратларга олиб келади, яъни гатроэзофагеал рефлюкс касаллиги бошланади. Гастроэзофагеал рефлюкс - бу ошқозон таркибидаги моддаларнинг қизилўнгач ва/ёки оғизга ретроград оқими, бу тўқималарнинг шикастланиши ёки яллиғланишига олиб келади. Езофагитда, обструктив апнеа, нафас олиш йўлларидаги реактив ўзгаришлар, ўпка аспирацияси, овқатлантириш ва ютиш қийинлашуви, умумий ҳолат ва ривожланиш бузилиши мавжуд бўлганда ГЭРК ташхиси қўйилади.

Эпидемиологияси

Гастроезофагеал рефлюкс касаллиги (ГЭРК) гастроэнтерология соҳасидаги хасталикдир. Бирламчи тиббий ёрдам шифокорлари амалиётида ушбу касалликка кўпроқ дуч келишади,

Гастроэзофагеал рефлюкс(ГЭР) 1 ёшгача болаларда кўп учрайдиган функционал ичак бузилиши - регургитациянинг бир кўриниши. ***ГЭР ҳар кунда овқат қайтиб келиши 3 ойликгача болаларда 86,9% ҳолатда учрайди, йилнинг охирига келиб, 7,6%гача камаяди..*** Текширувлар натижаси шуни кўрсатдики, 1 ёшгача бўлган болаларнинг 18% дан 50% гача оғиз бўшлиғига овқатнинг қисман қайтиб келиши учрайди. Кўпинча оғиз бўшлиғига овқатнинг қисман қайтиб келиши биринчи 4-5 ойликда - 67%, қисман эса 6-7 ойликда -24%, 12 ойга келиб 4% учрайди. Қуюк бўтқаларнинг овқат рационига қўшилганда (қўшимча овқат махсулотлари) бола кўпроқ вертикал ҳолатда ёки ўтирганда ҳам бу ҳолат деярли йўқолади. Асосан қайд қилиш гўдакларда 12-15 ойга келиб ўз-ўзидан асоратсиз ўтиб кетади.

Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги (ГЭРК) катталар ва болалар ўртасида кенг тарқалган касаллик. Касалликнинг тарқалиш

даражаси 8 дан 33%гача етади, кейинги вақтда касаллик даражасининг ошиши кутилмоқда. ГЭРК дунёнинг деярли барча мамлакатларида сезиларли даражада 20%гача ўсиши кузатилмоқда. Сўнгги 20 йил ичида унинг асосий асорати - қизилўнгач аденокарциномаси бир неча марта ошганлиги қайд этилган. Ғарбий Европа, Шимолий ва Жанубий Америкада ГЭРК тарқалиши аҳоли ўртасида 10-20% ни ташкил қилади. Осиё мамлакатларида ГЭРК камроқ тарқалган: Хитойда унинг частотаси 2,5%, Жанубий Кореяда - 3,5% [5]. Охирги мета-таҳлилларга кўра, 2018 йилда нашр этилган маълумотларда ГЭРКнинг глобал тарқалиши 13,3% ни ташкил қилади. ГЭРК юқори тарқалиш кўрсаткичларига қарамадан касаллик диагностикаси ва даволаш бўйича клиник кўрсатмалар етарли эмас. Кўпгина уюшмалар ва жамиятлар томонидан ушбу хасталикнинг диагностикаси, таснифи, даволаш бўйича тавсиялари ҳанузгача янгиланмаган.

Этиология, патогенез

Бир ёшгача болаларда ГЭР овқат ҳазм қилиш трактининг юқори қисми тузилиш анатомик хусусиятларига боғлиқ: қизилўнгач кенг, овқат ошқозонга тўғри бурчак ҳосил қилиб ўтади, ошқозон шарсимон формада, диафрагма оёқчалари қизилўнгачни етарлича ушлаб тура олмайди, ошқозон пилорик қисми яхши ривожланган, кардиал қисми суст ривожланган) ва сфинктерлар нейрлогуморал бошқаруви звено ва ошқозон-ичак тракти мотор функцияларнинг етилмаслигига боғлиқ. Овқат қайтиб келиши физиологик характерга эга бўлиб, сўриш рефлeksi механизмлари билан боғланган — ошқозондан ортиқча ютилган ҳавони чиқаришини осонлаштиради. Соғлом болаларда овқатнинг қайтиб келишига қорин бўшлиғида қаттиқ йўргаклаш туфайли босим ошиши, қабзият, газ ҳосил бўлиши, болани узоқ йиғлаши, овқатланиш техникасининг бузилиши, ортиқча овқатлантириш, эмизиш муддати ва тартибини бузилиши каби бир қанча сабаблар олиб келади.

ГЭРК бошқа сабабларига ошқозон ичак йўли дискинезияси, мушаклари нерв бошқарув механизмларининг бузилиши, модда алмашилишининг наслий касалликлари, қизилўнгачнинг маҳаллий зарарланиши, пилороспазмни киритиш мумкин.

Бола ҳаётининг дастлабки ойларида регургитациянинг асосий сабабларидан бири қизилўнгачнинг морфофункционал етишмовчилигидир. Катта ёшдаги болаларда нормада

қизилўнгачнинг учта жойида қисилмалар бўлиб, овқат ошқозондан қизилўнгачга қайтиб келмайди. Қизилўнгачнинг деярли очиклиги ва боланинг кўпинча горизонтал ҳолатда бўлиши, ошқозонда овқат сиғимининг камлиги истеъмол қилган овқатнинг қайтиб келишига сабаб бўлади. Шу билан бирга қизилўнгач мушаклар тонусининг пасайиши, ошқозон ва диафрагма мушаклар тонусининг ошиши, кардиал сфинктер босими пасайиши ва пилорик сфинктер босими ошиши туфайли ҳам регургитация содир бўлади. Овқатни ошқозондан қизилўнгачга қайтиб чиқмаслиги бир неча тўсиқларга боғлиқ, булар Гисс учбурчаги ва Губарев клапани бўлиб, овқатни орқага кетишига йўл қўймайди, уларнинг суст ривожланганлиги рефлюксни пайдо қилади.

Бола ёшининг дастлабки ойларида қайд қилишга кўпинча олиб келадиган факторлардан бири қизилўнгач ва ошқозон моторикаси ва иннервациясининг етилмаганлиги. Қизилўнгач ҳаракат активлиги (перисталтикаси), она кўкрагини сўриши, ютиниши ва нафас олиши ўртасида координация етилиб туғилган болаларнинг 1-2 кунидан шаклланади, чала туғилган болаларда эса, 1,5-2 ойга кечикади. Анатомик хусусиятлардан ташқари қайт қилишнинг асосий сабаблари хомила ва туғриқнинг ноқулай кечиши ҳисобланади, бу хомила бош мияси гипоксиясига олиб келади, гипоксия эса ўз навбатида ошқозон-ичак йўли моторикасининг бузилишини чақиради. Гўдакларда ГЭР 12-14 ойликгача сақланади, кўпчилик соғлом болаларда ўз-ўзидан ўтиб кетади. Давомий қайд қилиш асносида гастро-эзофагал рефлюкс касаллиги ётади – ошқозон мушакларининг тескари қисқариши - рефлюкси оқибатида ошқозондан овқатни қизилўнгачга қайтиб келиши ёки ўтиши юз беради. Зарда кайнаш ва регургитация касаллигининг асосий белгилари ҳисобланади, аммо у турли хил атипик, қизилўнгачдан ташқари кўринишларда пайдо бўлиши мумкин, бу эса нотўғри ташхис қўйишга олиб келади

ГЭРК руминациянинг ҳам бир кўринишида намоён бўлиши ҳам мумкин. Руминация яқинда ютилган овқатнинг оғзига регургитацияни (қийинчиликсиз), сўнгра чайнаш ва қайтадан ютишни ўз ичига олади.

ГЭРК ривожланишига ҳисса қўшадиган омилларга қуйидагилар киради: қизилўнгач пастки сфинктерининг етишмовчилиги, қизилўнгач клиренси бузилганлиги, гастродуоденал ҳаракатнинг бузилиши, овқатланиш режими ва сифати бузилганлиги, қорин ичи

босимининг кўтарилиши (ич қотиши, етарли бўлмаган жисмоний машқлар, қийшайган танаси, семириш ва бошқалар), чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, дори-дармонларни қабул қилиш (антихолинергиклар, седативлар, б-блокерлар, нитратлар, теofilлинлар ва бошқалар). ГЭРК ривожланишига болаларнинг айрим тоифалари ҳам мойил: асаб тизими патологияси, семириш, баъзи генетик синдромлар, қизилўнгач атрезияси, сурункали ўпка касалликлари (кучли / узок муддатли йўтал, қорин бўшлиғи босимининг ошиши).

Таснифи.

Умумий қабул қилинган ГЭРК таснифи мавжуд эмас. Эндоскопик жиҳатдан салбий (эзофагитсиз рефлюкс) ва ижобий ГЭРК (эзофагитли рефлюкс) ажратилади. Халқаро касалликлар таснифи (ХКТ) (МКБ)-10-да ушбу концепция К 21 бўлимига тўғри келади. ГЭРК (К 21.0. - эзофагит билан, К 21.9. - эзофагитсиз).

В.Ф. Привороцкий ва Н.Е Луппова (2006) томонидан таклиф этган ГЭРК ишчи таснифи қўйидагича:

- 1) эндоскопия бўйича: эзофагитсиз, эзофагит билан,
- 2) флуороскопия бўйича рефлюксиянинг оғирлиги (I-II) даражалар,
- 3) клиник кўринишларнинг оғирлиги (енгил, ўртача, оғир);
- 4) ГЭРКнинг қизилўнгачдан ташқари кўринишлари (бронхопулмонар, оториноларингологик, кардиологик, стоматологик);
- 5) ГЭРК асоратлари (Барретта синдроми, қизилўнгач қисилиши, постгеморрагик анемия).

Клиникаси

ГЭРК қизилўнгач (эзофагал) ва қизилўнгачдан ташқари (экстраэзофагал) симптомлар билан кечади.

Эзофагал ГЭРК намоён бўлишига қуйидагилар киради: ошқозон ёниши, регургитация, қичишиш (ҳаво, нордон, аччиқ), такрорий кўкрак оғриғи, озиқ-овқат ўтаётганда оғриқ ёки қизилўнгачда ноқулайлик, дисфагия. Симптомлар кўпинча овқатланишдан, ётишдан, эгилгандан ва машқ қилгандан кейин кучаяди.

Экстраэзофагиал симптомларга қуйидагилар киради:

- Кардиологик (аритмиялар, кардиалгия);
- бронхопулмонар (такрорий аспирацион бронхит ва пневмония, доимий йўтал, тунги бронхоспазм, апное);

- оториноларингологик (хириллаш, ларингит, фарингит, синусит, ёқимсиз таъм билан томоқдаги ёниш ҳисси ва шилимшиқ шаклланиш, томоқда оғриқни ҳис қилиш, қулоқ ва жағнинг оғриғи, такрорий отит);

- стоматологик (тиш эмалининг шикастланиши, глоссалгия, кариес).

Эрта ёшдаги болаларда ГЭРК регургитация билан намоён бўлиши, тана вазнининг пасайиши билан биргаликда, қон ва ўт аралашмаси билан "фонтан" ҳолатида қусиш, нафас олиш бузилиши (апное ва тўсатдан ўлим синдромига қадар) каби аломатлар кузатилиши мумкин. Тана вазнининг етишмаслиги (фагофобия, қайталанувчи қусиш туфайли), Сандифер синдроми (рефлюксия ва эзофагит эпизодлари туфайли ёш болаларда бош ва бўйиннинг ғайриоддий конвулсив ҳаракатлари) аниқланиши мумкин.

ГЭРК учун клиник аломатлар ва белгилар мавжудлиги юйидагича баҳоланади:

- Симптомлар - қусиш билан/қайт қилмасдан такрорланадиган регургитация; озиш ёки кам вазн ортиши; Гўдакликларда асабийлашиш; руминатив хатти-ҳаракатлар; юрак ёниши ёки кўкрак қафасидаги оғриқлар; гематемез; дисфагия, одинофагия; хириллаш (хуштакли); стридор; йўтал; хириллаш);

- Белгилар - эзофагит; қизилўнгачнинг торайиши; Барреттнинг қизилўнгач ҳолати; фаренкс яллиғланиш; такрорий пневмония; анемия; тиш эмалининг эрозияси; овқатланишдан бош тортиш; бўйиннинг дистоник ҳолати (Сандифер синдроми); апное хуружлари; ҳаёт учун хавфли бўлган аниқ ҳолатлар.

Шуни таъкидлаш керакки, функционал ГЭР билан ГЭРК ўртасида катта фарқ мавжуд бўлиб, уни ўз вақтида фарқдаш муҳимдир. ГЭР асоратлар мавжуд эмаслиги билан бирга, ГЭРКдан фарқли ўлароқ, ташқи кўринишидан соғлом болада оғриқсиз, кучсиз, регургитация билан нормал ўсиш суръатлари ва вазн ортиши билан ажралиб туради. Баъзида қусиш эпизодлари бўлиши мумкин, ҳатто "Фонтан кўринишида" қусиш ҳам бўлиши мумкин.

Ютинишда тирналиш хусусияти регургитация ва қайт қилиш билан ҳам кечиши мумкин, аммо "хавотир аломатлари" бўлмаганда, бу интенсив диагностик қидирувни талаб қилмайди.

ГЭРК диагностикаси.

Ташхис кўпинча доимий клиник аломатлар ва белгилар аниқланганда клиник равишда амалга оширилиши мумкин. Бироқ,

8-12 ёшгача бўлган болаларда бу ёндашув шикоятларини объектив тавсифлай олмаслиги сабабли ишончли эмас, бундан ташқари, ушбу аломатларнинг аксарияти ўзига мос келмайди. Мутахассисларнинг фикрига кўра, ГЭРК диагностикасида катталарникига ўхшаш юрак уриши билан намоён бўлиши ўспиринларда ҳам кузатилиши мумкин, аммо бу ёндашувни гапиришга қодир бўлмаган ёш болалар ва ўспиринларда (масалан, неврологик патологияда) қўллаб бўлмайди.

Мураккаб бўлмаган физиологик ГЭР ва ГЭРКни, айниқса, гўдакликларда фарқлаш жуда муҳимдир, чунки бу текширув ва аралашувнинг мақсадга мувофиқлиги ва ҳажмига бевосита таъсир қилади. Анамнезни йиғишда ва ГЭРК билан касалланганликда гумон қилинаётган болани текширишда қуйидаги белгилар комбинациясига эътибор бериш керак:

- овқатланиш ва овқатланиш тартиби (овқатланиш ҳажми ва частотаси

(ортиқча овқатланиш); аралашмани тўғри тайёрлаш; сўнгги турдаги ўзгаришлар ёки овқатланиш техникаси; овқатланиш пайтида гўдакнинг ҳолати; қичишиш мавжудлиги; овқатланиш пайтида ўзини тутиши (бола эгилганда қусиш, безовталиқ, овқатдан бош тортиш истаги пайдо бўлиши);

- қусиш характери (ҳажми / частотаси, оғриқ, қусиш "Фонтан кўринишида", қон ёки ўт борлиги, иситма билан, сустлик, диарея);

- касаллик тарихи (эрта туғилиш, ўсиш ва ривожланиши, жарроҳлик амалиёти, касалхонага ётқизиш, неонатал даврда текширув натижалари, такрорий касалликлар, айниқса - круп, пневмония, астма, овознинг баландлиги, ҳиқичоқ, апное, вазн ва бўй ўзгариши, бошқа сурункали ҳолатлар);

- дори-дармонларни қабул қилиш (яқин ўтмишда, ҳозир, тайинланган ҳолда, тайинланмасдан);

- оиланинг психологик тарихи (стресс манбалари, онанинг, отанинг медикамент моддаларни истеъмол қилиши, туғруқдан кейинги депрессиянинг мавжудлиги);

- оилавий тиббиёт тарихи (муҳим касалликлар, ошқозон-ичак патологиясининг оилавий тарихи, атопиянинг оилавий тарихи);

- бўй узунлиги, тана вазни, бош айланаси кўрсаткичларини таҳлил қилиш;

- "ташвишли аломатлар" нинг мавжудлиги.

"Anksiyete simptomlari" deb ataladigan guroxlarda alohida guroxlarga b'linadi, chunki ularni regurgitatsiya va qusiш bilan og'riган болаларда аниқлаш тегишли текширувни талаб қилади. Ушбу аломатларга қуйидагилар киради: ўт қушиши, ошқозон-ичакдан қон кетиш белгилари (гематемез, гематокезия), узок муддатли қушиш "Фонтан кўринишида", ҳаётнинг 6 ойлигидан кейин қушишнинг намоён бўлиши, ривожланишнинг сустлашиши, ич кетиши, ич қотиши, иситма, бефарқлик, гепатоспленомегалия, макро/микросефалия, тутқаноқ, сезувчанлик ошиши, генетик/метаболик патологиянинг мавжудлиги.

ГЭРК диагностикаси учун кўплаб усуллар таклиф қилинган, улар патологик ГЭР ёки унинг асоратларини аниқлаш, рефлюксия ва симптомлар ўртасидаги сабабий боғлиқликни ўрнатиш, даво самарадорлигини баҳолаш ва бошқа патологияларни истисно қилиш учун зарурдир. Бироқ, мавжуд бўлган усулларнинг ҳеч бири бу саволларнинг барчасига жавоб бера олмайди; ҳар бирининг фойдаланиши учун айрим чекловлари мавжуд.

"Болалардаги ГЭРК диагностикаси бўйича Россия Ишчи Баённомаси (2013) таклиф этилган, бунга мувофиқ, болаларда ГЭРК шубҳа бўлганда мажбурий тадқиқот усуллари қуйидагилардир:

- қизилўнгач ва ошқозоннинг кундалик рН кўрсаткичи,
- эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) гистологик текширув, биопсия

билан,

- юқори ошқозон-ичак трактининг контрастли флюороскопияси.

Қўшимча тадқиқот усуллари қуйидагилар бўлиши мумкин:

- интраэзофагиал импедансометрия;
- қизилўнгачнинг ултратовуш текшируви;
- нафас олиш йўллариининг импульс осслометрияси;
- қизилўнгачни радиоизотоп усули билан ўрганиш;
- қизилўнгач манометрияси;
- юқори босимли функцияни ўрганиш;
- ЭКГ (Холтер мониторинги билан бирга).

Кардиолог, пулмонолог, терапевт, стоматолог, ортопед мутахассислари маслаҳатлари.

Эндоскопик текширув қизилўнгач шиллиқ қаватининг ҳолатини, пастки қизилўнгач сфинктеридаги ҳаракат бузилишларининг оғирлигини баҳолашга имкон беради,

салбий/ижобий ГЭРКни ажратади, касалликнинг баъзи сабабларини, асоратларнинг мавжудлигини аниқлайди ва биопсияни таъминлайди. Эзофагит бўлмаганида эндоскопия билан дистал қизилўнгач шиллиқ қавати силлиқ, ялтироқ, хира пушти рангда, ГЭРК билан боғлиқ бўлган макроскопик хусусиятларга қуйидагилар киради: эзофагит, эрозия, экссудация, хиатал чурра, ошқозон яраси, констриктура, қизилўнгач метаплазиясининг ўчоқлари ва полиплар.

Эзофагитнинг оғирлигини ва даволашга бўлган муносабатини баҳолаш учун турли хил эндоскопик таснифлардан фойдаланиш керак. Болалардаги бир қатор тадқиқотларда Готзел-Дент таснифи қўлланилади. Бундан ташқари, катталарда ишлатиладиган Лос-Анжелес таснифи (1994) педиатрия амалиётида ҳам қўлланилиши мумкин. Унга мувофиқ Рефлюкс-эзофагитнинг (А-С) 4 босқичи ажратилади; қон кетиш, ошқозон пуфаги ва Барреттнинг қизилўнгач кўриниши касалликнинг асоратлари деб ҳисобланади.

Эндоскопик ГЭРК мезонлари:

- морфологик ўзгаришлари (0 - даража - қизилўнгачнинг шиллиқ қавати ўзгармаган; 1- даража - қорин бўшлиғи шиллиқ қаватининг мўътадил аниқланган фокал эритемаси ва / ёки бўшашиши; 2- даража - фокал фибриноз бляшка билан қорин бўшлиғи қизилўнгачининг умумий гиперемияси; 3-даража - яллиғланишнинг кўкрак қафаси қизилўнгачигача тарқалиши, кўп сонли (бирлашувчи) эрозия; 4-даража - қизилўнгач яраси, Барретт синдроми, қизилўнгачнинг стенози);

- ҳаракат бузилиши (А- пастки қизилўнгач сфинктери минтақасида ўртача ҳаракатли бузилишлар, қисқа муддатли қўзғатувчи субтотал 1-2 см баландликгача пролапс; Б - кардия етишмовчилигининг аниқ эндоскопик белгилари, умумий ёки субтотал қўзғатадиган пролапснинг баландлиги Интраэзофагиал рН-метрия (кунлик рН мониторинги) усули антисекретор терапия самарадорлигини баҳолаш учун қўлланиладиган усул.

Қизилўнгач манометрияси пастки қизилўнгач сфинктерининг чегараларини, унинг ютиш пайтида бўшашиш қобилятини текширишга имкон беради, ГЭРК ривожланиш механизмларини аниқлаш учун фойдалидир.

Интраэзофагиал импедансометрия рН-метр маълумотларини тўлдирган ҳолда, томография рефлюкснинг барча эпизодларини аниқлашга имкон беради(кислотали, нейтрал, ишқорли). Бирлашган

кўп каналли интраэзофагиал рН импедансини ўлчаш, айниқса симптомларни видео полисомнография ёки манометрия билан синхрон рўйхатдан ўтказиш билан биргаликда, рефлюксия эпизодлари билан апнеа, йўтал, бошқа нафас олиш аломатлари ва беморнинг хатти-ҳаракатларидаги ўзгаришлар ўртасидаги муносабатни баҳолашга имкон беради.

Контрастли рентген текшируви ГЭРК ва унга мойил бўлган ошқозон-ичак трактининг тузилиш касалликларини аниқлаш учун имкон беради. Жойида рентген текшируви ошқозондан қизилўнгачга контрастли агентнинг "тик турган" рефлюкси одатда аниқланмайди. Рефлюкс горизонтал ҳолатда ёки Тренделенбург ҳолатида фронтал ва латерал проекцияларда, қорин бўшлиғини озгина сиқиб чиқарганда ёки кучли олдинга эгилувчан ҳолда тик турган ҳолатда текширилганда аниқланади.

ГЭРКни мунтазам равишда ташхислаш учун ултратовуш текшируви тавсия этилмайди. Гастроезофагиал бирикманинг ултратовуш текшируви суюқлик ҳаракатини аниқлаш, ҳиатус чурра, пастки қизилўнгач сфинктерининг диафрагма билан боғлиқлиги ва ҳолатини, унинг ошқозон-қизилўнгач бурчаги катталигини аниқлашда тавсия этилади. Ултратовуш текширувида болаларда қизилўнгачнинг нормал диаметри 7-10 мм. Қизилўнгачнинг пастки учдан бир қисмининг диаметри 11 мм дан ошса кардиянинг аниқ етишмовчилигини ва диафрагманинг очилиши қизилўнгач чурраси пайдо бўлишини кўрсатиши мумкин; диаметри 13 мм дан ортиқ (томоқ билан - 15 мм ва ундан кўп), бу ҳақда хулоса амалда ишончли бўлади.

Қизилўнгачнинг интракавитар ултратовуш текшируви қўлланилиши ҳам мумкин; катталарда ишлатилганда, бу қизилўнгач деворининг қалинлиги ва мушакларнинг қисқаришини - яллиғланиш, чандиқ ва хавфли касалликлар билан ўзгариб турадиган параметрларни баҳолашга имкон беради.

Радиоизотоп синтиграфияси⁹⁹Tc қизилўнгачнинг бўшатилишини ва ошқозондан эвакуацияни баҳолашга имкон беради (қизилўнгач изотопи 10 дақиқадан кўпроқ кечикиши қизилўнгач клиренсининг секинлашишини билдиради), рефлуктацияли аспирация ва овқатдан кейин қайтарилишни аниқлашга имкон беради, аммо қайта рўйхатдан ўтиш ва узок муддатли фиксация зарурати боланинг ўрганилишини

мураккаблаштиради, ГЭРК диагностикасида мунтазам фойдаланиш учун тавсия этилмайди.

"ESPGHAN/NASPGHAN клиник қўлланма" га мувофиқ (2009) болалардаги ГЭР ва ГЭРК учун қуйидаги диагностик ёндашувлар аниқланади ва далилларга асосланган ҳолда баҳоланади:

1) Гўдакликларда ГЭРКни ишончли текширадиган ёки даволанишга жавобни тахмин қиладиган аломат ёки аломатлар гуруҳи мавжуд эмас. Каттароқ болалар ва ўспиринларда анамнез ва физик текширув маълумотлари одатда ГЭРКни ишончли текшириш ва даволанишни бошлаш учун етарли.

2) Қизилўнгач ичидаги рН текшируви фақат қизилўнгачдаги кислота таъсирини ўлчаш учун тасдиқланган ва ишончли усулдир. ГЭР билан боғлиқ симптомлар мажмуасини баҳолаш учун фақатгина рН ўлчовидан кўра эстродиол мултичаннел интраэзофагеал импедансе-рН метри афзалдир.

3) Қизилўнгачнинг рефлюксиз шикастланиши даражасини қизилўнгач шиллиқ қаватининг кўзга кўринадиган қисмини эндоскопик усулда аниқланади. Эндоскопия биопсияси эзофагитга сабаб бўлганлигини аниқлай олмайди. Эндоскопияни ўтказишда Барретнинг қизилўнгач ва бошқа эзофагит сабабларини аниқлаш учун қизилўнгачнинг биопсияси тавсия этилади.

4) Қизилўнгачнинг барий контрастли флороскопияси ГЭРК диагностикаси учун етарли эмас, аммо ГЭРКга ўхшаш аломатларни келтириб чиқариши мумкин бўлган юқори ичак трактининг анатомик аномалликларини аниқлаш учун тавсия этилади.

5) Радиоизотоп синтиграфиясининг муҳим роли - сурункали доимий нафас олиш аломатлари бўлган, аммо бошқа, потенциал ГЭР билан боғлиқ симптомлари бўлган беморларда тавсия этилмаган беморларда аспирацияни аниқлаш.

6) Бронхоалвеоляр лаваж таркибида пепсин мавжудлиги ГЭР билан боғлиқ бўлган интилиш кўрсаткичидир, аммо бунинг клиник аҳамияти қўшимча тушунтиришни талаб қилади.

7) ГЭРК аломатлари борлигини кўрсатиши мумкин бўлган ёш болаларда эмпирик фармакологик даволаш синовини ўтказишни қўллаб-қувватловчи далиллар етарли емас. Ошқозонда зарда қайнаши ва кўкрак қафаси оғриғи бўлган катта ёшдаги болалар ва ўспиринларда, симптомларнинг ГЭР борлиги билан боғлиқлигини аниқлашда антиацид терапиясининг вақт билан чекланган синовини фойдали бўлиши мумкин.

ГЭРК даволаш

Номедикаментоз даво. Дори-дармонсиз давонинг муҳим роли шундаки, ГЭРК билан оғриган беморлар барча халқаро кўрсатмалар ва клиникаларда таъкидланган далилларга асосланган. Улардан ба'зилари барча ҳолларда турмуш тарзини ўзгартириш, семириб кетган / ортиқча вазнли беморларга вазн йўқотиш тавсия этилади. Вазн йўқотиш қизилўнгачнинг кислотага таъсир қилиш вақтининг камайиши билан бирга келади (5,6% дан 3,7% гача ва 8,0% дан 5,5% гача, мос равишда). Рефлюкс белгилари бўлган беморлар учун горизонтал ҳолатда бошни кўтариш тавсия этилади. Овқатлардан помидор, ялпиз, цитрус меваларини истеъмол қилмаслик, қорин бўшлиғи босимини оширишдан сақланиш (тор кийим ва тор камар кийиш, чуқур эгилишлар, эгилган ҳолатда узоқ вақт қолиш ("боғбоннинг позаси"), 5-10 кг дан ортиқ оғирликларни кўтариш, қорин мушакларнинг кучланишини чақирадиган жисмоний машқлар).

Ўздакликларда турмуш тарзини ўзгартириш: ота-оналарга овқатланиш бўйича тавсиялар, позицион терапия, атирефлюкс аралашмалари шишадан озиқланадиган ўздакликларнинг овқатланишида қўлланилади. Каттароқ болалар ва ўспиринларда турмуш тарзини ўзгартириш қуйидагиларни ўз ичига олади: диетани ўзгартириш ва позицион терапия, вазн йўқотиш ва чекишни ташлаш, ортиқча овқатланишга йўл қўймаслик, овқатланиш сонини кўпайтириш, овқатнинг бир марталик миқдорини камайтириш, ётишдан олдин 1,5-2 соатдан кам овқат истеъмол қилиш, овқатлангандан кейин эгилмаслик ва ётмаслик. Овқатланиш Певзнер бўйича №5 жадвал доирасида, тирнаш хусусияти берувчи маҳсулотларни (газланган ичимликлар, кофе, кучли чой, шоколад, нордон, шўр, ёғли, дудланган, тузланган, аччиқ, қовурилган овқатлар) чеклаш.

ГЭРК диагностикаси ва даволаш бўйича Россия мутахассислари тавсиялари: рефлюкс белгиларини келтириб чиқарадиган кўзғатувчилардан чекланиш зарурати (кофеин, чекиш, алкоголь, шоколад, аччиқ овқат). Ҳолбуки, Осиё-Тинч океани консенсусига, шунингдек, Европа протоколларига кўра, ГЭРК тетиклантирувчи омилларни йўқ қилиш сақланиб қолмоқда.

Медикаментоз даво.

ГЭРК даволашда ишлатиладиган дориларнинг асосий гуруҳларига қуйидагилар киради - гистамин блокерлари, ППИ, антацидлар, прокинетика, репарантлар.

H2-гистамин блокаторлари ошқозон париетал хужайраларидаги тегишли рецепторларни ингибир қилиш орқали кислота ҳосил бўлишини камайтиради. ГЭРК симптомларини юмшатиш ва эзофагитни даволашда улар ППИга қараганда самарасиз. Уларнинг ҳаракатларининг давомийлиги тахминан 6 соатни ташкил қилади ва шунинг учун уларни кунига 2-3 марта буюриш керак. Улар узок муддат фойдаланиш билан тахифилактикани келтириб чиқариши мумкин (даволаш бошлангандан бошлаб 6 ҳафта ичида). Улар аста-секин бекор қилишни талаб қилади, чунки кескин бекор қилиш билан кислота ишлаб чиқаришнинг "қайта тикланиши" мумкин. Ёш болаларда қўлланганда, асабийлашиш, бош оғриғи ва уйқучанлик каби ножўя таъсирлар тавсифланади.

ГЭРК, рефлюкс эзофагит (РЭ) ҳам эрозив бўлмаган рефлюкс касаллиги (ЭБРК), ҳаёт сифатининг сезиларли даражада ёмонлашиши билан боғлиқ. ГЭРК учун дори терапиясининг мақсади юрак оғриғини бартараф этиш, гастроезофагиал зонанинг шиллиқ қаватига зарар етказишни даволаш ва ҳаёт сифатини яхшилаш. Қуйидаги 1-5-жадвалларда бир неча давлатлар гастроэнтерологлари жамияти томонидан тавсия этилган даволаш усуллари келтирилди.

1-жадвал

Протон помпа ингибиторлари

AGA 2022	Протон помпа ингибиторлари(ППИ): рабепразол, эсомепразол, пантопразол, лансопразол, декслансопразол. 8-12 ҳафта давомида буюриш тавсия этилади. Самарадорликни баҳолаш 4 ҳафталик даволанишдан кейин амалга оширилади. ГЭРКда симптомларни бартараф этиш 50-60% ҳолларда эришилади. Агар даволаниш самарасиз бўлса (шикоятлар давом этса), уни дозасини кўпайтириш мумкин, дозаларни икки баравар ошириш ва (ёки) бошқа ППИ га ўтиш. ГЭРК асоратлари бўлган беморларга ППИ парваришlash терапияси буюрилиши керак, шу жумладан, оғир эрозив эзофагит (ЕЕ) (Лос-Анжелес С ёки Д синфи). таснифи) ва Барретт қизилўнгач [14]. Оғир эзофагит - чексиз узок муддат ППИ терапияси учун
----------	---

	кўрсатма.
JSG 2022	ГЭРК учун ППИ 4 ҳафта давомида дастлабки ва асосий биринчи даражали терапия ҳисобланади. Рефлюкс эзофагитининг ўртача оғирлиги учун ҳар қандай ППИ дан 20 мг тавсия этилади. Жиддий ГЭРК учун ППИ тавсия этилмайди. ППИга чидамли рефлюкс эзофагит учун икки мартали дозага ўтиш тавсия этилади ППИ нинг паст дозалари узоқ муддатли парваришлаш даволаш сифатида ишлатилади [16].
KSNM 2019	ППИ препаратлари биринчи даражали терапия ҳисобланади. Кореяда омепразолнинг натрий бикарбонат билан комбинациясига устунлик берилади, натрий бикарбонат ва декслансопразол билан омепразол [17].
ISG 201	ГЭРК учун ППИ нинг стандарт дозалари 4 ҳафта давомида буюрилади. Эрозив эзофагит (ЕЕ) учун - 8 ҳафта. Оғир рефлюкс эзофагит (РЭ) учун ППИ нинг кичик дозаларини узоқ муддатли қўллаш. Қизилўнгачнинг стриктураси мавжуд бўлганда, узоқ муддатли кундалик ППИ парваришлаш терапияси тавсия этилади [8].
РГА 2020	ППИ ўртача тайинлаш муддати 4 ой. Таъминот терапияси 6-12 ой давомида амалга оширилади. Кейин улар талабга кўра терапияга ўтадилар Агар семптомлар 12 ойдан кейин давом этса, ППИ терапияси чексиз муддатга узоқ вақт давомида қолдирилади [2].
FBG 2019	Қуйидаги дорилардан бири билан камида 4 ҳафта терапия: деклансопразол 60 мг, эсомепразол 20/40 мг, лансопразол 30 мг, омепразол 20 мг, пантопразол 40 мг, Рабепразол 20 мг [19].
AsiaPacific consensus 2021	ППИ (омепразол 20 мг) доимий бўлган беморларни даволашнинг асосий усули ҳисобланади. ГЭРК беморлар 50-60% ҳолларда ППИ даволашга жавоб беради. Хизмат терапиясида ишлатиладиган ППИ сонини камайтириш стратегиялари ГЭРК билан оғриган беморларга талаб бўйича даволаниш ёки муқобил кундузи даволаш киради [15].
EAES 2014	Омепразол, лансопразол, пантопразол, эсомепразол ва рабепразолнинг стандарт дозалари самарали, хавфсиз ва ГЭРК билан касалланган барча беморларда қўлланилади. ЭЭ билан оғриган беморларда ишончли ремиссияга олиб келади. Овқатдан 30-60 дақиқа олдин қабул қилиш тавсия этилади. Агар бир марталик қўллаш самарасиз бўлса, биз уни эрталаб ва

	кечга ўтказиш мумкин Кечкурун ГЭРКнинг атипик белгилари бўлган беморларга кунига икки марта дозалаш кўрсатилади.
--	--

Эслатма: AGA - Америка Гастроентерология Ассоциацияси, JSG – Япон Гастроентерология жамияти, KSNM - Корея нейрогастроентерология ва ҳаракатчанлик ошқозон-ичак тракти жамияти, ISG - Ҳиндистон гастроентерологлар жамияти, PGA- Россия гастроентерологлари Ассоциацияси, FBG - Бразилия гастроентерологлар федерацияси, EAES - Европа эндоскопик жарроҳлар жамияти.

2-жадвал

Н2-гистамин блокаторлари

AGA 2022	ГЭРКнинг тунги белгилари бўлган беморларда фойдаланиш мумкин, аммо фойдаланинг тахифилаксия хавфи туфайли чекланган [13].
JSG,2022	Такдим этилмаган
KSNM 2019	1. ГЭРКнинг вақти-вақти билан белгилари учун тавсия этилади. 2. Н2-гистамин блокаторларидан юқори дозада фойдаланишда тахифилаксия бўлиши мумкин, шунинг учун уларни узок вақт давомида ишлатиш чекланган. 3. Ушбу дорилар гуруҳини тунги кислоталиги ошган беморларда қўллаш тавсия этилади ППИларга қўшимча терапия сифатида қўллаш мумкин [17].
ISG 201	1. Гастроезофагеал рефлюкснинг эпизодик белгилари учун тавсия этилади 2. Агар аломатлар кейинроқ такрорланса, ППИ ўрнини босувчи восита сифатида фойдаланиш мумкин Аниқ бўлмаган ГЭРКни дастлабки даволаш (паст даражалар самарали дозаси). 3. Тунги рефлюкс белгилари бўлган беморларда кўриб чиқинг ППИ терапиясини оптималлаштириш ёки тунда Н2-гистамин блокаторларини қўшиш вақти [8].
PGA 2020	ППИларга нисбатан мурасасизлик бўлганда беморларда терапиянинг асосий йўналиши сифатида ишлатилади [2].
FBG 2019	Кечки симптомларини камайтириш учун ППИ билан биргаликда фойдали бўлиши мумкин [19].
AsiaPacific consensus 2021	Такдим этилмаган [15].

EAES 2014	ГЭРК нинг камроқ оғир шакллари бўлган баъзи беморларда самарали бўлиши мумкин. H2 блокаторларидан сурункали фойдаланиш толерантликнинг ривожланиши билан боғлиқ қўшимча муддатли фойдаланиш ва самарадорлигини чеклайди [20].
-----------	--

3-жадвал

Прокинетиклар

AGA 2022	Улар ГЭРК учун самарали эканлиги кўрсатилмаган, аммо улар бирга келадиган гастропарезли беморларда фойдали бўлиши мумкин [13].
JSG 2022	Олдини олиш учун калий-рақобатбардош протон насос блокаторлари билан комбинацияланган терапияда қўшимча сифатида асоратларни ривожланиши олдини олишда фойдаланиш мумкин. [16].
KSNM 2019	Такдим этилмаган [17].
ISG 201	Уларнинг ГЭРКни мунтазам даволашда исботланган роли йўқ [18]
PGA 2020	ППИларга қўшимча сифатида прокинетиклардан фойдаланиш ошқозон таркибининг қизилўнгачга регургитацияси бартараф этишга ёрдам беради. ГЭРК билан беморлар учун антисекретор дорилар билан бир вақтда 6-8 ҳафтагача буюрилади [2]
FBG 2019	Неврологик хавфлар, юрак-қон томир хавфи туфайли метоклопрамид ва домперидон юқори дозаларда узок муддатли фойдаланиш тавсия этилмайди [19].
AsiaPacific consensus 2021	Такдим этилмаган [15].
EAES 2014	Прокинетик воситалардан (метоклопрамид, бетанкол ва домперидон) моно- ёки қўшимча даволаш сифатида танланган беморларда фойдаланиш мумкин, бироқ, тез-тез учрайдиган ножўя таъсирлар туфайли ушбу дориларни қўллаш чекланади [21].

Антацидлар/алгинатлар

AGA 2022	Антацидлар овқатдан кейин кислота таъсиридан зарарсизлантиришда фойдалидир ва айниқса, тунги симптомлари бўлган беморлар учун фойдали бўлиши мумкин. Антацидлар ҳомиладор аёлларда асосий даволаш сифатида ишлатилиши мумкин [13]
JSG 2022	ГЭРК симптомларини вақтинча бартараф этиш учун тавсия этилади[17].
KSNM 2019	Антацидларни даволашнинг биринчи қатори сифатида кўриб чиқишнинг ҳолати йўқ. ГЭРКнинг вақтинчалик аломатларини йўқотиш учун доимий равишда қўллаш чекланган. Антацидларни қўллаш фойдаланиш имконияти бўлмаган беморларга ППИ ёки гистамин 2 рецепторлари блокаторлари буюриш мумкин[17].
ISG 201	ГЭРКнинг эпизодик аломатларини йўқотиш учун ишлатилиши мумкин [18].
РГА 2020	Агар симптомлар даволанишнинг биринчи ҳафтасида давом этса, шунингдек қизилўнгачнинг қўшилган эрозиялари ва яралари бўлса, 6-8 ҳафта давомида алюминий-магний ўз ичига олган антацидлар қўлланилади. Ушбу дорилар қўшимча таъсир кўрсатади - кислотани нейтраллаш ва эзофагогастроцитопротектив таъсири [2] .
FBG 2019	Улар ГЭРКни даволашда қисқа муддатлилиги сабабли иккинчи даражали аҳамиятга эга таъсир қилади, аммо ГЭРКнинг эпизодик белгилари учун ишлатилиши мумкин [15] .
AsiaPacific consensus 2021	Алгинатлар ўпка касаллиги билан беморларни эмпирик даволаш учун кислотали рефлюксиянинг енгил белгиларида кўриб чиқилиши керак. Алгинат бирикмалари қизилўнгачдан ташқари ГЭРКда рефлюкс билан боғлиқ ларингофарингитда қўшимча терапия сифатида фойдаланиш тавсия этилади [19].
EAES 2014	Антацидлар енгил рефлюксли беморларда кислота регургитациясини яхши муҳофаза қилинади, хавфсиз ва юрак уришини камайтиришда самаралидир. Оғир ЭЭда улар "талаб бўйича" ишлатилиши мумкин [22].

5-жадвал

Калий-конкурент протон помпа блокаторлари (ККППБ)

AGA 2022	Тавсия тақдим этилмаган [13].
JSG 2022	1. Дастлабки терапия сифатида стандарт дозалар (вонопрозан 20 мг 4 ҳафта давомида). тавсия этилади 2. Вонопрозан 10 мг парваришлаш терапияси сифатида тавсия этилади. 3. Дастлабки даволанишга жавоб бермаган ҳолларда, қабул қилишни давом эттиришингиз мумкин Вонопрозан 20 мг дан 8 ҳафтагача ёки ППИ билан комбинацияланган терапияни бошланг [16].
KSNM 2019	ГЭРК билан оғриган беморларда вонопрозан ёки тегопрозан самаралироқ бўлиши мумкин, аммо уларнинг самарадорлиги ва хавфсизлиги тўғрисида ҳали ҳам маълумотлар етарли эмас [17]
ISG 201	Кайд этилмаган [8]
PGA 2020	Кайд этилмаган [2].
FBG 2019	ППИ га кўра, бу антисекретор таъсир муддатининг ошишига олиб келади. Ҳозирда Бразилияда ККППБ ларнинг ҳеч бири мавжуд эмас [19].
AsiaPacific consensus 2021	ККППБ Эрозив рефлюкс эзофагитнинг оғир шаклларини даволашда самарали, аммо хавфсизлик ва самарадорлик ҳақидаги маълумотлар етарли эмас [19].
EAES 2014	Кайд этилмаган [9].

6-жадвал

ГЕРК учун ишлатиладиган дориларни болаларда дозалаш

Дори	Дозалаш	Ёши
Cimetidin	30-40 мг/кг/кун	> 16 ёш
Ranitidin	Кунига 5-10 мг/кг, 2-3 дозада	1 ой-16 йил
Famotidin	Кунига 1 мг/кг, 2 босқичда	1-16 ёш
Nizatidin	Кунига 10 мг/кг, 2 босқичда	> 12 ёш
Omeprazol	0,7-3,3 мг/кг/кун	2-16 ёш
Lvatoprazol	0,7-3,3 мг/кг/кун	1-17 ёш
Esomeprazol	0,7-3,3 мг/кг/кун	1-17 ёш
Rabeprazol 20	Мг/кун	12-17 ёш

Dexlratoprazol	Кунига 30-60 мг	Болаларда кўрсатилмаган
Pantoprazol	Кунига 40 мг (катталар дозаси)	Болаларда кўрсатилмаган

Рефлюкс эзофагитини даволашда антацидлар ошқозон таркибига тўғридан-тўғри тампонловчи таъсир кўрсатади, бунинг натижасида улар куйишни камайтиришга ва эзофагит ҳодисаларини даволашга ёрдам беради. Алюминийтаркибидаги антацидлардан узоқ муддат фойдаланиш болалар қонида алюминий концентрациясининг сезиларли даражада ошишига олиб келади. ГЭРК билан оғриган беморларда антацидларни узоқ муддат қўллаш тавсия этилмайди, гўдакликларда қўлланганда жуда эҳтиёт бўлиш керак.

Кўпчилик сиртни ҳимоя қилувчи воситалар (репаратлар, цитопротекторлар) таркибида алгинат ёки сукралфат мавжуд. Алгинатлар - алгин кислотасининг эримайдиган тузлари. Сукралфат сукроз, сульфат ва алюминийдан иборат бўлиб, кислотали муҳитда пептик эрозия жойларида шикастланган шиллик қаватни қоплайдиган гелни ҳосил қилади. Болаларда, айниқса, гўдакликларда ГЭРКни даволашда сукралфатнинг хавфсизлиги ва самарадорлигини аниқлаш учун мавжуд маълумотлар етарли эмас, унинг узоқ муддатли ишлатилиши алюминий заҳарлилиги хавфи билан боғлиқ бўлиши мумкин. Ҳозирги вақтда сирт фаол моддаларининг ҳеч бири эрозив эзофагитнинг оғир аломатлари учун монотерапия сифатида тавсия этилмайди.

ГЭРКни жарроҳлик даволаш. Ҳаёт сифати доимий равишда пасайган беморларга, доимий нохуш аломатлар ва/ёки касалликнинг авж олишида рефлюксга қарши лапароскопик жарроҳлик (Ниссен фундопликацияси) амалиёти олиб борилади.

Жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар: рефрактер ГЭРК, қизилўнгачдан ташқари белгиларнинг мавжудлиги, Барретт қизилўнгачи, пептик стриктура, шунингдек, беморларнинг дориларни қабул қила олмаслиги / истамаслиги[23].

Ёрдамчи даволаш. Қизилўнгачнинг юқори сезувчанлиги ролини инобатга олиб, қўзғалувчанликнинг кучайиши, хулқ-атворнинг бузилиши, шу жумладан руминация ва бошқа психосоциал омиллар каби асосий механизмларни ҳал қилишга қаратилган хатти-ҳаракатларга тобора кўпроқ фойдаланилмоқда.

Модулятор сифатида қизилўнғачнинг функционал бузилишлари оғриқ синдромида антидепрессантлар тавсия этилади.

БОЛАЛАРДА БИОЦЕНОЗ ВА ДИСБАКТЕРИОЗ

1. Биоценоз (микробиома), табиий микрофлора

Нормал микрофлора – бу: одам саломатлигини сақлашда зарур бўлган турли орган ва тизимларда мавжуд микроорганизмларнинг сон ва сифат жиҳатдан, биохимик, метаболик ва иммун муносабатларнинг бир хил мувозанатда булиши. Инсон танасидаги микроблар барча ҳаётий жараёнларни, шунингдек, ички муҳитнинг барқарорлигини назорат қилади.

Ичак микробиотаси инсон организмидаги гомеостазнинг физиологияси ва таъминланишида асосий рол ўйнайди. Молекуляр генетик тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатадики, ичак микробиотасини шакллантириш жараёни бачадонда бошланади ва бола ҳомиладорлик, туғиш ва эмизиш даврида онанинг микрофлорасини олади.

Ичакда микрофлора қандай пайдо бўлади?

- Биринчи фаза: туғриқ пайтида
- Иккинчи фаза: болани биринчи кўкракка қўйганида
- Учинчи фаза— она сути нормал микрофлорани стимуляция қилади, патоген микрофлора ўсишини пасайтиради
- Тўртинчи фаза: — *биринчи қўшимча овқат киритиш даври*
- Бешинчи фаза: «Умумий овқатланиш столи»га ўтиш

Болани она ва атроф-муҳит микроорганизмлари томонидан микробиал колонизация қилишнинг энг интенсив жараёни туғилиш ва туғруқдан кейинги даврда содир бўлади. Интраутерин ва неонатал даврлар боланинг микробиомасини шакллантиришнинг муҳим босқичларини англатади, яъни ҳаёти давомида унинг соғлиғи ҳолатига кўп жиҳатдан боғлиқ.

Болаларда соғлом ичак микрофлораси танани барча керакли витаминлар ва микроэлементлар билан таъминлайдиган мукаммал иммунитет тизимининг калитидир. Айнан у ичакларнинг тўғри ишлаши учун жавобгардир ва патоген ва оппортунистик микрофлорага қарши курашади.

Ривожланаётган микробиотанинг таркиби боланинг ҳомиладорлик ёшига, туғилиш усулига, озиқлантириш турига, антибактериал терапияга, атроф-муҳитнинг санитария-гигиеник

шароитларига, географик шароитларга ва бошқаларга боғлиқ. Ичак микрофлорасини шакллантириш жараёнларини чуқурроқ тушуниш бизга болада микроекологик касалликларнинг олдини олиш ва тузатишнинг самарали усуллари ишлаб чиқиш имконини беради.

Ичакларнинг фойдали флора билан колонизацияси чақалоқ туғилгандан сўнг дарҳол бошланади - бундан олдин боланинг ошқозон-ичак тракти стерилдир. Шунинг учун онанинг чақалоқни ҳаётнинг биринчи кунлари ва ойларида қандай ва қандай овқатлантириши соғлом ўсиши ва ривожланиши учун жуда муҳимдир. Боланинг иммунитети оғиз сутининг биринчи томчилари - она сути пайдо бўлишидан олдинги суюқлик билан бирга ривожланади, деб бежиз ишонишмайди.

Болаларнинг ичак микрофлорасининг ҳолати ва таркиби кўплаб омилларга таъсир қилади. Ошқозон-ичак микрофлорасининг шаклланишидаги асосий роллардан бири овқатланиш тури, яъни янги туғилган чақалоқ нима истеъмол қилиши: онанинг кўкрак сути ёки сунъий сутли аралашмалар формуласи.

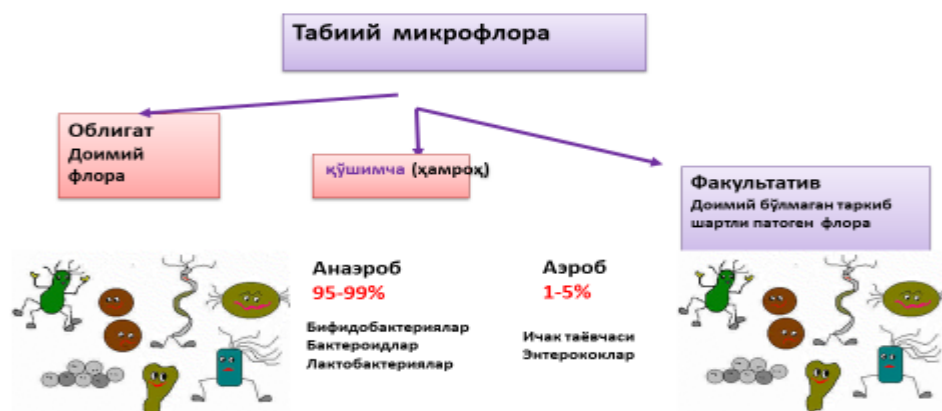
Кўкрак сути кўплаб ҳаётий моддалар, шу жумладан пребиётиклар манбаи - улар ичакдаги фойдали микроорганизмларнинг ўсиши ва метаболизмини рағбатлантиради. Пребиётиклардан ташқари, она сутида пробиётиклар (бифидобактериялар ва лактобактериялар) мавжуд. Улар чақалоқнинг танасида патоген микроорганизмларнинг ривожланишини бостирадиган органик кислоталарнинг шаклланишида иштирок этадилар.

Ҳомиладорлик даврида она ичагининг микробиомаси ҳомиланинг ривожланишига таъсир кўрсатади ва боланинг туғилгандан кейинги микробиомасининг шаклланиши учун зарур шарт-шароитларни яратади. Ҳозирги вақтда ташқи омилларнинг она микробиомасига ҳамда чақалоқ микробиомасининг шаклланишига таъсири кенг миқёсда ўрганилмоқда. Чақалоқнинг ичак микробиомасига онанинг ёши, онанинг ортиқча вазни, акушерлик тарихи, ҳомиладорлик даври, туғилиш усули, ҳомиладорлик пайтида бажарилган иш, яшаш жойи, ҳомиладорлик ва лактация давридаги овқатланиш, касаллик ва антибиотиклардан фойдаланиш ўз таъсирини ўтказади. Бу омилларнинг барчаси онанинг микробиомасининг ҳолатига ҳам таъсир ўтказиб, эмизиш орқали боланинг микробиомасини бошқаради. Янги туғилган чақалоқнинг ичак микрофлораси кўп жиҳатдан онанинг умумий

микробиомасининг ҳолатига, хусусан кўп жиҳатдан она сути орқали ўтадиган микробиомага боғлиқ.

Инсон микробиотаси - бу тананинг очик бўшлиқларида яшайдиган ва саломатликни сақлаш учун зарур бўлган биокимёвий, метаболик ва иммунологик мувозанатни сақлайдиган турли хил микроорганизмларнинг эволюцион ривожланган экологик тизими. Энг кўп микроб популяцияси ошқозон-ичак трактида, кўпроқ йўғон ичакда яшайди, у тахминан 10^{14} бактерия ҳужайраларини ўз ичига олади, бу танадаги ҳужайралар умумий сонидан ўнлаб баравар кўпдир. Олимларнинг ҳисоб-китобларига кўра, бу экологик уяда 400 дан 1500 гача микроблар яшайди ва ошқозон-ичак бактерияларининг умумий геномида 3 миллионга яқин ген мавжуд бўлиб, бу инсон геномидан 150 баравар катта. Метагеномик тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатдики, ичак микробларининг кўпчилиги *Actinobacteria* (*Bifidobacterium* ва *Colinsella* жинси), *Bacteroidetes* (*Bacteroides* ва *Prevotella* авлоди), *Firmicutes* (*Lactobacillus*, *Clostridium*, *Eubacterium* ва *Ruminococcus*) *Proteobacteria* (*Enterobacter* spp) турларининг вакиллари дир. Инсон танасида 100 триллион бактериялар бўлиб, улар тана вазнининг қарийб 2 кг ни ташкил қилади.

Ичак табиий микрофлораси 95-99% доимий (облигат) ёки анаэроб, ҳамда 1-5% аэроб - ҳамроҳ ва шартли патоген (факультатив) микрофлорадан ташкил топган.



Ошқозон-ичак бактериал колонияларининг умумий миқдори қуйидагича:

Ошқозон – $0-10^3$

Ингичка ичак - $0-10^5$

Ёнбош ичак - 10^3-10^7

Йўғон ичак - 10^{10} - 10^{13}

Умуман олганда, мезбон организмда у ёки бу экологик жойни эгаллайдиган микробиоценозлар мураккаб иераргик тузилиш, турли хил турлараро муносабатлар ва кўп босқичли метаболик жараёнлар билан ажралиб туради ва ошқозон-ичак трактидан ташқарига чиқиб кетадиган кўплаб функцияларни бажаради.

Нормал микрофлора функциялари қуйидагича:

- Токсинларни чиқариш,
- Витаминлар синтези –В1,В2, В3, В5,В6, В9, В12, К.\
- Ёғлар ва ёғ кислоталари алмашинуви,
- Билирубин ва ўт кислоталари алмашинуви,
- Сув-туз алмашинуви,
- Иссиқлик алмашинуви,
- Айрим алмашинмайдиган аминокислоталар синтезида иштирок этиш,
- Ичак шиллик қавати ҳолати,
- Кальций сўрилишида иштироки,
- Ичак юришини стимуллаш,
- Иммунитетни бошқариш (хужайра, гуморал)

1. Ҳимоя функцияси. Унинг моҳияти колонизация қаршилигини амалга оширишда, яъни ошқозон-ичак трактининг оппортунистик ва патоген микроорганизмлар томонидан колонизациясини олдини олишда. Бу патоген микроорганизмларнинг кўпайишига тўсқинлик қиладиган озуқа моддалари ва ёпишқоқлик рецепторлари, бактериоцидлар, қисқа занжирли ёғ кислоталари, лизозимлар учун рақобатга асосланган.

2. Овқат ҳазм қилиш функцияси. Йўғон ичакнинг нормал микрофлораси таъсирида ингичка ичакда парчаланмаган оқсиллар, ёғлар, углеводлар ферментатив парчаланишга учрайди. Шундай қилиб, лактобактериялар турли хил углеводларни энергия ва пластик мақсадларда ишлатадилар, аммо улар оқсил ва ёғларни ёмон парчалайди. Шу муносабат билан улар аминокислоталар, ёғ кислоталари ва витаминларни ташқаридан етказиб берилишига муҳтож. Шу билан бирга, энтеробактериялар углеводларни парчалаб, карбонат ангидрид, водород ва органик кислоталарни ҳосил қилади. Улар оқсил ва ёғларни ишлатиши мумкин, шунинг учун деярли аминокислоталар, ёғ кислоталари ва кўпгина

витаминовнинг ташқи таъминотига эҳтиёж қолмайди. Бактерияларни истеъмол қилиш зарур озиқ моддалар макроорганизмнинг рационал озиқланиши ва ичак трубаси бўйлаб овқат ҳазм қилиш жараёнларининг нормал ўтиши билан тўлиқ таъминланади. Фақатгина сакаролитик микрофлора целлюлозанинг парчаланишини инсон танасида тегишли ферментлар ишлаб чиқарилмаслиги сабабли таъминлайди. Йўғон ичак микрофлораси оксилларнинг охирги гидролизини, ёғларнинг совунланишини, ингичка ичакка сингиб кетмаган юқори молекуляр оғирликдаги углеводларни ферментациясини ҳам таъминлайди. Ичакдаги нормал микрофлоранинг ферментлари таъсирида ўт кислоталари ажралади ва жигарда синтезланган бирламчи сафро кислоталари иккиламчи сафро кислоталарига айланади. Уларнинг тахминан 90% қайта сўрилади ва овқат ҳазм қилишда иштирок этади, қолган сафро кислоталари нажас билан ажралиб чиқади - уларнинг йўғон ичак таркибида мавжудлиги сувнинг сингишини ингибиция қилади ва нажасни ҳаддан ташқари сувсизланишига йўл қўймайди. Шундай қилиб, микрофлоранинг ферментатив фаоллиги нажаснинг нормал шаклланишига ёрдам беради.

3. Ҳаракат функцияси. Микрофлора азот оксиди синтез таъсирида аргининдан азот оксиди синтези туфайли ичак ҳаракат фаолиятини тартибга солишга ёрдам беради. Азот оксиди мушак қаватига кириб, гуанилатциклазани фаоллаштиради, бу эса гуанозин монофосфатнинг кўпайишига ва мушакларнинг бўшашишига олиб келади. Яқин ичакда қисқа занжирли ёғ кислоталари эндокрин рецепторларини рағбатлантиради. Дистал йўғон ичакда қисқа занжирли ёғ кислоталарининг таъсири тескари. Улар энтерокромаффин рецепторларини рағбатлантиради. Гистамин ишлаб чиқарадиган ЭС ҳужайралари, вагус асабининг афферент толаларининг 5-НТ4 рецепторларига таъсир қилади ва восита маҳоратининг рефлексли ўсишига олиб келади.

4. Абсорбция функцияси. Микрофлора ассимиляция функциясига ҳисса қўшади, масалан, билвосита $\text{Na}^+ / \text{H}^+ -$ ва $\text{Cl}^- / \text{HCO}_3^-$ - алмашинувчилар ҳолатига таъсир қилиб, сувнинг сингишини яхшилайдди.

5. Детоксификация қилувчи ва антикарциноген функциялар. Оддий микрофлора кўплаб токсик субстратлар ва метаболитларни зарарсизлантиришга қодир (нитратлар, ксенобиотиклар, гистамин, мутаген стероидлар). Микрофлора катта миқдордаги сорбент

вазифасини бажаради, у ичак таркибидаги токсик маҳсулотларни танадан чиқариб ташлайди, шунингдек, уларни ўз эҳтиёжлари учун метаболик реакцияларда ишлатади. Бактериялар томонидан ишлаб чиқарилган баъзи моддалар антиоксидант хусусиятларга эга ва йўғон ичак саратони хавфини камайтиришга ёрдам беради.

6. Синтетик функция. Ичак микрофлораси кўплаб ҳаётий моддаларнинг синтезини таъминлайди: В витаминлари (В1, В2, В6, В12), С, К витаминлари, фолий, ниацин. Шундай қилиб, фақат *Escherichia coli* 10 га яқин витаминни синтез қилади. Микробиал хужайралар йўғон ичакка копростанонга кирадиган холестеролни метаболизм қилади. Ферментация натижасида ҳосил бўлган ацетат ва пропионат қонга сингиб, жигарга етиб бориши холестерин синтезига таъсир қилиши мумкин: ацетат унинг синтезини рағбатлантиради, пропионат эса уни ингибиция қилади. Йўғон ичакдаги микроблар алмашинуви натижасида сут кислотаси, қисқа занжирли ёғ кислоталари, карбонат ангидрид, водород ва сув ҳосил бўлади. Углерод диоксиди асосан ацетатга айланади, водород сўрилади ва ўпка орқали чиқарилади ва органик кислоталардан макроорганизм фойдаланади. Сут, сирка, суксин, формик кислоталар каби сут кислотаси бактериялари ва бактероидларининг метаболик маҳсулотлари, ичак таркибидаги рН қиймати 4.0 да сақланишини таъминлаш. Бунинг ёрдамида патоген ва чириган микроорганизмларнинг кўпайиши ва кўпайиши тўхтатилади.

7. Иммуномодуляцион функция. Ичак микрофлораси маҳаллий ва умумий иммунитетни шакллантиришда иштирок этади. Шиллиқ қават орқали микроорганизмлар билан алоқа қилиш орқали оз миқдордаги бактериялар, уларнинг антигенлари ва метаболизм маҳсулотларининг қонга доимий кириб бориши, туғма ва адаптив иммунитет тизимининг зарурий кучланиши сақланиб қолади.

Ичак микрофлораси таркибининг барқарорлигини таъминловчи омиллар:

1. Кўчиб юрувчи мотор комплексининг III босқичи иши туфайли таъминланган ингичка ичакнинг нормал перисталтикаси.

2. Рол ўйнайдиган эпителия қатламининг зичлиги эпителия хужайралари ўртасида зич алоқалар мавжудлиги сабабли ичакнинг таркиби ва тананинг ички муҳити ўртасида тўсик бўлиб, ичакка энг кичик молекулаларнинг кириб боришини олдини олади. Қаттиқ контактлар панжара ёки тармоқ ҳосил қилувчи трансмембран

оксиллари клаудинлар ва оклузинлар туфайли қўшни хужайралар мембраналарининг нуқта билан боғланиши билан ҳосил бўлади.

3. Плазма хужайралари томонидан IgA ҳосил бўлишига асосланган шиллиқ қават(ШҚ) иммунитетни - барча секрецияларда устун бўлган маҳаллий иммунитетнинг асосий омили ва ошқозон-ичак ШҚ ламина проприяси. Ичакдаги ШҚда бошқа синфларнинг иммуноглобулинларини ишлаб чиқарадиган плазма хужайралари ҳам мавжуд, аммо уларнинг ишлаб чиқаришдаги нисбати IgA, IgM, IgG мос равишда 20: 3: 1 га тенг.

4. Овқат ҳазм қилиш суяқликлари секрецияси: хлорид кислота секрецияси юқори ошқозон-ичак трактининг патоген микроблар томонидан колонизацияланишидан химоя қилувчи асосий омил ҳисобланади. Кўпгина микроорганизмлар учун паст рН қиймати қабул қилиниши мумкин эмас, шунинг учун ахлорхидрия билан патоген микроблар томонидан юқадиган юктириш хавфи ортади.

5. Илеоцекал қопқоқнинг сақланиб қолган функцияси: Баугиния қопқоғи етишмовчилигида, ичакнинг колонизацияси содир бўлади, йўғон ичакдан микроорганизмлар, бу бактерияларнинг кўпайиши синдромини (БКС) ривожланишига ёрдам беради.

Вояга етган кишининг ҳосил бўлган биоценози ўзини ўзи бошқарадиган экотизим бўлиб, у мезбон организм билан доимий алоқада ишлайди ва аслида микроблар ва макроорганизмларнинг симбиозининг аксидир. Ичак микробиотасида барқарор ўзгаришларни келтириб чиқариш учун баъзи муҳим ва узок муддатли таъсир этувчи омиллар зарур.

Биоценоздаги ўзгаришларнинг ўзига хос сурункали касалликлар ривожланишига сабаб бўлиши мумкинлигини ҳеч ким исботлай олмаганлиги сабабли, улар асосий патология фонида иккинчи даражали ҳисобланади. Шуниси аниқки, ичак дисбиози – бу умумий ва маҳаллий иммунитетни бузиш натижасида ривожланадиган иккиламчи синдром; овқат ҳазм қилиш тизимининг ферментатив фаоллиги; ичак ҳаракатланиши; ошқозон-ичак трактининг яхлитлиги.

Ҳаётнинг биринчи йилидаги болаларда ичак микробиоценози, овқат ҳазм қилиш функциялари ва ичак иммунитет тизимининг параллел шаклланиши кузатилади. Бу жараёнларнинг барчаси бири-бири билан чамбарчас боғлиқдир. Иммуно тизимиянги туғилган чақалоқлар физиологик депрессия ҳолатида бўлиб, ичак

микробиота билан ўзаро таъсири, у томонидан узоқ вақт давомида стимуляция қилиниши ва тегишли шароитга мослашиши натижасида етуклашади. Хомиланинг ичакларида ҳомиладорликнинг сўнгги ҳафталаридаги интраутерин онанинг ичак флораси штаммларига ўхшаш оз миқдордаги микробларни ўз ичига олади. Одатда улар онанинг ичакларидан келиб чиқиши қабул қилинади. Массив жойлашиш туғруқ пайтида юз беради. Онанинг ичак микрофлораси таъсирида унинг туғилиш каналининг биоценози ҳосил бўлади, кўкрак сут безлари атрофидаги ареоласи терисида лактобактерияларнинг айрим келиб чиқиши штаммлари топилади. Туғилгунга қадар сўнгги ҳафталарда ҳомиладор аёлнинг туғилиш канали бироз ўзгаради, ўзига хос микробиологик ландшафт, унда ичакларга хос турлар устунлик қила бошлайди: лактобактериялар, бифидобактериялар, сут кислотаси стрептококклари. Янги туғилган чақалоқнинг ошқозон-ичак трактининг асосий колонизацияси онанинг ичак микрофлораси таъсирида содир бўлади. Келажакда биоценознинг ривожланиши асосан боланинг овқатланиш хусусияти билан белгиланади. Кўкрак сути билан озиқланадиган болаларда бир неча кундан кейин микробиал ландшафтда бифидобактериялар устунлик қилади; сунъий равишда озиқланадиган болаларда флоранинг аралаш табиати узоқ вақт сақланиб қолади: у хилма-хил, аероб ва анаероб шартли патогенлар кўпроқ кўпинча кузатилади. Бифидобактерияларнинг спектри ҳам фарқ қилади: эмизикли болаларда - *B. bifidum*, *B. longum*, сунъийларда - *B. breve*, *B. infantis* устунлик қилади. Сўнгги йилларда олиб борилган тадқиқотлар ишончли тарзда инсон сути нормал ичак микробларининг табиий манбаи эканлиги исботланди. Оналар сути нормал микрофлорани ўз ичига олади. Сутда, шунингдек, онанинг терисидаги нипел ареоласи ҳудудида лактобактериялар топилади (асосан *L. acidophilus*, *L. rhamnosus*), уларнинг хусусиятларига кўра, улар онанинг ичак микрофлорасига тўғри келади. Бифидобактериялар спектри асосан *B. bifidum* ва *B. longum* билан ифодаланади.

Кейинги бифидофлорадаги доминант ривожланиш она сутида пребиотикалар (галактоолигосахаридлар) мавжудлиги билан изоҳланади. Қўшимча озиқ-овқат маҳсулотларини киритгандан сўнг, флора таркиби ўзгаради, у янада хилма-хил хусусиятга эга, турлар ичидаги таркиби ўзгаради, бифидобактериялар, лактобактериялар сони кўпаяди, қаттиқ анаероблар сони кўпаяди,

микробиоценоз катталар турига хос хусусиятларга эга бўлади. Ичак биоценозининг якуний шаклланиши фақат 2 ёшга тўғри келади. Бу ёшда ичак микрофлорасининг табиати бироз ўзгаради: бифидобактериялар сони камаяди, бифидобактериялар штаммларининг спектри ҳам ўзгаради: *B.adolescentis* ва *B.Longum*, лактобактериялар, бактероидлар ва анаэроб флоранинг бошқа вакиллари кўпаяди.

Ичак дисбактериози

Ичак дисбактериози- клиник лаборатория синдром, ХКТ-10 бир қатор касалликлар ва клиник ҳолатларда юзага келадиган ва баъзи беморларда ичак шикастланишининг клиник белгилари билан келадиган микробиота, метаболик ва бошқа бузилишларнинг сифат ва / ёки миқдорий таркибининг ўзгариши билан тавсифланади. Ушбу атама моҳиятан "дисбиоз" тушунчасига яқин.

«Дисбактериоз» термини 1916 й. Немис врач А.Ниссле томонидан фанга киритилган.

Дисбактериоз –бу:

Ичак микрофлорасининг сифат ва миқдорий ўзгариши.

Ичак зарарланиш симптомлари

Турли хилдаги аэроб, патоген микрофлорани ўсиши ва транслокацияси

Агрессив ва инвазив хусусиятларини ошиши

"Ичак дисбиози" тушунчаси маҳаллий тиббиёт амалиётида мустаҳкам ўрнашган. ХКТ-10да одатдаги "дисбиоз" атамаси ташхис сифатида ишлатилмайди. Шу билан бирга, "тезлаштирилган ўсиш синдроми" атамаси қўлланилади, бу нафақат йўғон ичакнинг ичак микрофлорасининг сифат ва миқдорий таркибининг ўзгариши, балки яшаш муҳитининг кенгайиши, яъни колонизация билан тавсифланади.

Эпидемиология.

Дисбактериоз - ХХІ асрнинг ижтимоий касаллиги саналади, у ҳар 10 оғир касалликнинг 9 тасида мавжуд, катталарнинг 90% ва болаларнинг 25% дисбактериоз кузатилади. Гастроэнтерологик хасталикларнинг 65-90%, овқатдан ва бошқа аллергия касалликларнинг 93-98% учрайди.

Соғлом ва бемор болаларда дисбактериоз

Соғлом болаларда дисбактериоз:

- ёшига хос
- мавсумий
- нутритив
- касбий

Медикаментозли дисбактериоз узоқ муддат қўллашдан кейин:

- антибиотиклар
- сулфаниламидлар
- гистаминоблокаторлар
- туберкулостатиклар
- иммунодепрессантлар
- антацидлар
- Сурғи воситалар
- Стрессли дисбактериоз
- Турли касалликларда
- инфекцияларда
- паразитларда (лямблиоз, трихомоноз)
- гельминтлар (энтеробиоз аскаридоз ва б.)
- аллергиялар
- иммунтанқислик
- гиповитаминоз
- интоксикация
- гипоксия
- радионуклидлар таъсири

Ошқозон ичак йўли касалликларида дисбактериоз:

- Кислоталиги пасайган ошқозон касадликлари
- Ошқозон ости беzi касалликлари
- Жигар ва ўт йўли касалликлари
- Ичак касалликлари
- Малабсорбция синдроми

Этиологияси, патогенези.

Маълумки, ингичка ва йўғон ичак шиллиқ қаватининг микробиял манзараси ҳосил бўлади 15-20та доминант анаэроб, факультатив равишда анаэроб ва аэроб бактериялар ассоциацияси, шу жумладан: Bacteroides, Bifidobacterium, Eubacterium, Fusobacterium, Clostridium, Laktobasillus, Peptostreptokokk, Esherichia, Velionella, Streptokokk, Enterokok, Mikrokok, Stafilokokk ва бошқалар. Шиллиқ ва люминал микрофлора бир-биридан

ажралиб туради. Шиллиқ микрофлораси люминал микрофлорага нисбатан ўнлаб ва юзлаб марта салбий омилларга чидамли бўлиб, эпителия хужайралари мембранасига ёпишиши туфайли барқарор бўлади. Шиллиқ парданинг микрофлораси, аввало, мажбурий анаэроблар - бифидобактериялар ва бактероидлар билан, сўнгра факультатив анаэроблар - сонли лактобактериялар, сўнгра аэроблар билан ифодаланади. Юқорида санаб ўтилган микроорганизмлар экзополисахарид-муцин матрицаси ичига олинган ва ичакнинг шиллиқ қаватини қоплайдиган биофилм ҳосил қилади. Инсон микроорганизмларининг симбиозини бошқарадиган тизим мавжуд. Унинг иккита қуйи тизими мавжуд. Биринчиси, бактерияларнинг интрапопуляцияси, интерстраин ва турлараро муносабатларини бошқарувчи Quorum sensing. Иккинчиси - микроб хужайралари ва мезбон хужайралар ўртасида маълумот алмашиш учун масъул бўлган Cross-talk.

1 ёшгача бўлган болаларда дисбактериоз келиб чиқиш сабаблари



Шундай қилиб, боланинг ичак нормал биоценози ҳаётнинг дастлабки 2 йилида аста-секин пайдо бўлган. Функционал ва иммунологик камолот бир вақтнинг ўзида содир бўлади. Баъзи болалар учун бу осонроқ, бошқалари учун бу қийинроқ. Ҳаётнинг биринчи ойларидаги ҳар қандай бола вақтинчалик дисбиоз давридан ўтади. Шу сабабли, ушбу ёшдаги болаларнинг нажасида фақат шартли патогенларни аниқлаш патологик ичак аломатлари пайдо бўлиши билан бирга, уларнинг ҳаддан ташқари ўсиши бундан мустасно, патология белгиси сифатида қаралмаслиги керак. Бундай ҳолда, концепция "Дисбиоз" қўлланилиши мумкин, бу аслида вақтинчалик дисбиоз бўлиб, у ёш боланинг ички

экотизимининг беқарорлигини акс эттиради ва ичакнинг функционал бузилишларига ҳамроҳ бўлади. Боланинг ошқозон-ичак трактининг функционал етилмаганлиги сабабли, у ҳар қандай ташқи ва ички сабаблар таъсирида ниҳоятда осон бузилиб кетади. Ошқозон-ичак трактининг функционал бузилишлари деб аталадиган ҳолатлар мавжуд, уларнинг энг кенг тарқалгани регургитация, ичак коликаси, функционал диарея, функционал констипация. Ушбу функционал бузилишларнинг ҳар бири халқаро Рим III мезонларига мувофиқ ўзига хос диагностика мезонларига эга. Шундай қилиб, дисбиоз - бу ёш болаларда ошқозон-ичак трактининг функционал бузилишларини кузатадиган ва кучайтирадиган синдром. Озиқ-овқат аллергиялари билан боғлиқ ошқозон-ичак трактининг аломатлари бўлган деярли барча болаларда ичак дисбиози ривожланади. Дисбиоз озиқ-овқат аллергиясининг ошқозон-ичак тракти кўринишидаги ичаклари иккиламчи ҳисобланади, аммо бу овқат ҳазм қилиш тизиминингд дисфункциясини кучайтириши мумкин. Оддий флоранинг биологик мувозанатини экзоген ва эндоген табиат омиллари осонликча бузади:

1. Янги туғилган чақалоқларда: онада бактериал вагиноз ва мастит; кўкракка кеч бериш; ичак мотор функциясининг физиологик етилмаганлиги; кичик йирингли инфекциялар мавжудлиги; малабсорбция синдроми; асосий иммунитет танқислиги.

2. Кўкрак ва эрта ёш: эрта сунъий озиқлантириш; тез-тез ўткир респиратор вирусли инфекциялар; рахит; анемия; оксил-энергия танқислиги; атопик дерматит.

3. Мактабгача ва мактаб ёши: ёпиқ гуруҳларда бўлиш; тез-тез ўткир респиратор вирусли инфекциялар; аллергия касалликлар.

4. Ўсмирлик: тез-тез ўткир респиратор вирусли инфекциялар; аллергия касалликлар; медикамент.

5. Ёшидан қатъи назар: сурункали стресс; норационал вқатланиш; антибиотиклар қабул қилиш; узоқ муддатли гормон терапияси, ностероидлар билан даволаш, овқат ҳазм қилиш тизимининг сурункали ва функционал касалликлари.

Каттароқ болалар ва катталарда ичак дисбиози деярли ҳар доим турли хил этиологиялар (ЯК, СД) сурункали ичак касалликлари билан кечади.

Таснифи.

Ичак дисбиозининг бир неча таснифи мавжуд. Қуйидагилар кўпинча ажратилади:

1) доминант патоген тури бўйича: стафилококк, протеус, замбруҒга боғлиқ;

2) микробиологик устунлик бўйича (жадвал);

3) компенсация босқичи ва клиник шакли бўйича:

-компенсация қилинган босқичи (яширин шакл),

-субкомпенсацияланган босқич (маҳаллий шакл),

-декомпенсацияланган босқич (умумий шакл)- ҳимоя механизмларининг декомпенсациясини, юқумли жараённи умумлаштиришни, сепсис ва септикопиемия билан тизимли реакцияларни аниқлайди;

4) асоратларнинг мавжудлиги бўйича: асоратланмаган, мураккаб (анемия, перитонит, ичак тешилиши, септицемия, сепсис, терининг, юракнинг юқумли ва аллергия шикастланиши).

Болалар дисбиозидида микробиологик касалликларнинг оғирлик даражаси

Ёши	Ўзгаришларнинг табиати
Микробиологик бузилишларнинг 1-даражаси	
1 ёшгача бўлган болала р	Бифидобактериялар таркибидаги пасайиш 10^9 - 10^8 CFU/г гача, лактобактериялар - 10^5 - 10^4 CFU/г гача, одатда эшерихиялар - 10^6 - 10^5 CFU/г гача, одатдаги эшерихиянинг кўпайиши (еҳтимол) - 10^9 - 10^{10} CFU/г гача.
1 ёшдан ошган болала р	Бифидобактериялар таркибида 10^8 CFU/г ва ундан пастроқ, лактобактериялар - 10^6 - 10^5 CFU/г гача, одатда эшерихия - 10^6 - 10^5 CFU/г гача, одатдаги эшерихиянинг кўпайиши (еҳтимол) - 10^9 - 10^{10} CFU/г гача.
Микробиологик бузилишларнинг 2-даражаси	
1 ёшгача бўлган болала р	Бифидобактериялар таркибида 10^8 CFU/г ва ундан паст, лактобактериялар - 10^4 CFU/г ва ундан пастроқ, гемолитик эшерихия ёки бошқа оппортунистик бактериялар таркибидаги ўсиш - 10^5 - 10^7 CFU/г гача ёки 10^4 - 10^5 CFU/г гача бўлган концентрациядаги оппортунистик микроорганизмларнинг бирлашишини аниқлаш.
	Бифидобактериялар таркибида 10^7 CFU/г ва ундан паст,

1 ёшдан ошган болала р	лактобактериялар - 10^4 CFU/г ва ундан пастроқ, гемолитик эшерихия ёки бошқа оппортунистик бактериялар таркибидаги ўсиш - 10^5 - 10^7 CFU/г гача ёки 10^4 - 10^5 CFU/г гача бўлган концентрациядаги оппортунистик микроорганизмларнинг бирлашишини аниқлаш.
Микробиологик бузилишларнинг 3-даражаси	
1 ёшгача бўлган болала р	Бифидобактериялар таркибида 10^8 CFU/г ва ундан паст, лактобактериялар - 10^4 CFU/г ва ундан пастроқ, 10^6 - 10^7 CFU/г гача бўлган концентрациядаги оппортунистик микроорганизмларнинг бирлашишини аниқлаш.
1 ёшдан ошган болала р	Бифидобактериялар таркибида 10^7 CFU/г ва ундан паст, лактобактериялар - 10^4 CFU/г ва ундан пастроқ, 10^8 - 10^7 CFU/г гача бўлган концентрациядаги оппортунистик микроорганизмларнинг бирлашишини аниқлаш.

Дисбактериоз лакал ва тизимли асоратлари:

- нутриентлар етишмаслиги,
- эндоген интоксикация,
- маҳаллий яллиғланиш,
- микроорганизмлар траслокацияси,

Ҳар бир ҳолат алоҳида даволаш усуллари талаб этади.

Дисбактериоз даражалари:

I даража - латент

бифидобактерия ва лактобактериялар миқдори нормал;

аэроб микроорганизмлар кўпайган;

Ичак дисфункцияси йўқ.

II дар - субкомпенсация

бифидобактерия ва лактобактериялар норманинг паст чегарасида;

аэроб микроорганизмлар кўпайган.

III даража – микроб ассоциацияси аггрессия фазаси

Бифидо- и лактобактериилар топилмайди;

аэроб микроорганизмлар кўпайган.

шартли -патоген микроблар микдорио 10^5 гача кўпайган.
патоген микрофлора 2 - 3 тури 10^{5-6} гача кўп (стафилококк + протей, стафилококк + гемолитик стрептококк)

ичак дисфункцияси симптомлари.

IV даража – қўшилган дисбактериоз

Аэроблар ↑

шартли-патоген микрофлора кўп

Хазм аъзолари оғир зарарланиши, бактериемия, сепсис.

Бир ёшгача болаларда дисбактериоз кечиш хусусиятлари

Диарея

Атопик дерматит , тери бичилиши

Безовталик

Ичак функционал бузилишлари (ичак коликаси, метеоризм, регургитация, кабзият)

Оғиз шиллиқ қаватида оқариши

Иштаҳа пасайиши

Дисбактериоз диагностикаси

Диагностик усуллар:

бактериологик анализ

биохимик экспресс-метод (нажас ферментатив активлиги);

Қоғозда юқориволтли электрофорез (бета-аспартилглицин, бета-аспартиллизин, бета-аланин, 5-аминовалериан ва гамма-аминомой кислоталарни аниқлаш учун)

ионли хроматография;

газсуюқлик хроматография;

ичак биоптати микрофлорасини текшириш.

Кимларни нажаси дисбактериозга олинади?

— иштаҳаси паст, вазн камайиши бўлган болаларда;

— узоқ ва тез касалланувчи болаларда;

—аллергик дерматити бор болаларда;

— сурункали ичак касалликларида;

Текшириш натижаларини интерпретацияси

Биринчи вариант патоген микроорганизмлар аниқланганда:

Антибиотик ёки бактериофаг билан ичак санацияси

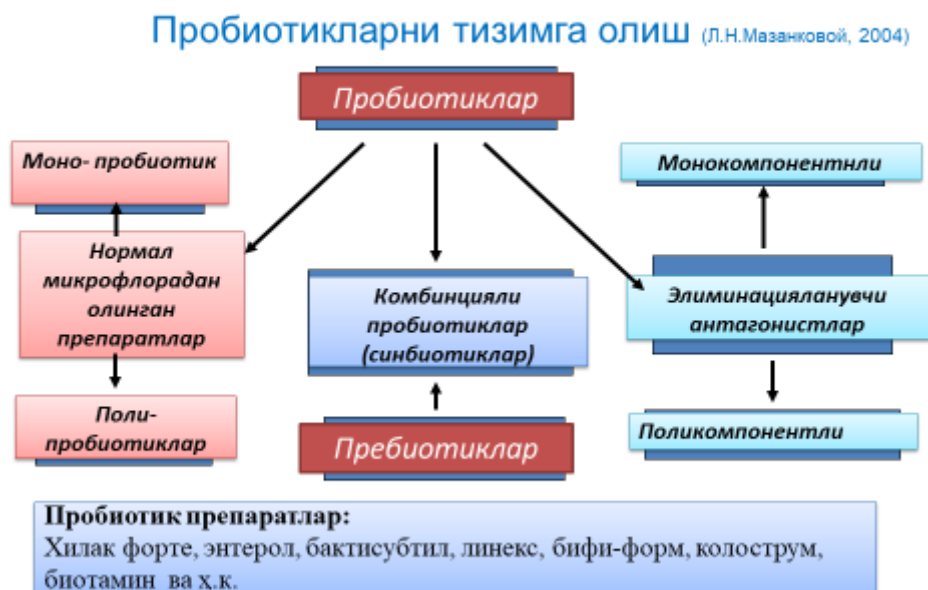
фермент, пребиотик ва и пробиотиклар

Иккинчи вариант:

патоген флора аниқланмади, лекин нормал микрофлора микдори камайган.

Медикаментоз даво ўтказилмайди

Диетотерапия –нормал микрофлорага бой овқатлар.
 Ичак дисбактериозини даволаш
 Сабабларини бартараф этиш, деконтаминацияга кўрсатма
 (дисбиоз 3-4 дар.)
 ингичка ичакда ортикча бактерияларнинг ўсиши;
 ичак бактерияларининг транслокация белгилари (сепсис,
 полиорган етишмовчилик)
 шартли–патоген микрофлора аникланиши;
 кучли интоксикация синдроми;
 доимий диарея синдроми.
 Ичак антисептиклари
 Нифуроксазид (эрсефурил), метронидазол, рифаксимин (ЎзР
ССВ № 225 буйруги 10.07.2013 й).
 Лямблиоз –метронидазол 22,5/кг суткада 7 кун



Она сутида стафилоккок аникланганда
Биринчи этапда:
 онани цефалоспорин гурухидаги антибиотиклар билан санация
 утказилади, 2 кундан сунг онаси сутни стерилликка такрор
 текширади
 антистафилококкок иммуноглобулин килинади
Иккинчи этапда:
 онани даволашда синбиотиклар қўлланилади – бактериал
 препаратлар (ацидофилус, бифиформ)

иммуномодуляторлар

стафилоккоккли анатоксин схема буйича утказилади

- Болада тилларанг стафилоккок аникланганда мослаштирилган сутли аралашмалар (НАН км) тавсия этилади.

онани даволаш билан бирга болага стафилококкли бактериофаг. берилади.

- Бактериофаг билан даволангандан кейин пробиотиклар тавсия қилинади.

Ичак дисбактериозини коррекция қилиш (Солдатов Г.С. и др. 2000, 2007, Бредихина Н.П. и др. 1998, Пальцев А.И., 2002)

Принциплари:

Пульс-терапия (ойнинг ҳар 10 кунда, 6 ойдан ортиқ),

Эубиотиклар қисқа курси -5-10 кун.

Витамин-минерал комплекс;

Долривор ўтли дамламалар

Овқат толалари

1.Ичак санацияси: антибактериал препаратлар – 5-7 кун (Интетрикс, Энтероседив, по 1 таб. 3 р/день; Бактисубтил 2 капс.2 марта (диареяда).

2. Ичак сўрилишини яхшилаш, микрофлорани ўстириш: пробиотиклар, пребиотиклар, лактулоза, нордон сутли аралашмалар.

3. Иммуностимулловчи терапия (милайф, пентоксил, циклоферон, натрия нуклеинат, левамизол, КИПферон ва б.

4. Ўсимлик адаптогенлари: узум гўроби, заманихи, левзеи, радиола, элеутерококка, дамламалари ва б., курс давosi - 2-3 ҳафта).

5.Энтеросорбция (смекта, энтеродез, полифепам, карболонг, актив кўмир, даво курси - 7-10 кун.

Нордон сутли аралашмалар

Одам овқатланишида кордон сутли аралашмалар қадимдан қўлланилиб келинган.

Илья Мечников нордон сутли аралашмалар ажойиб хусусияти уни узоқ муддат қўллаш инсон умрини узайтиришида деб ёзган.

Ибн Синодан “Сиз бизларга нимани мерос қилиб қолдирасиз деб сўрашганида, қатик истеъмол қилинганлар” деб жавоб берган экан.

Ҳозирги кунда мослаштирилган нордон сутли аралашмалар эрта ёшдаги болаларнинг асосий озуқаларидан бири бўлиб,

функционал ичак бузилишларини ва дисбактериозларни даволашда асосий шифоли маҳсулот саналади.

Мослаштирилмаган нордон сутли аралашмалар:

Нордон сутли бактериялар билан ферментация қилинган

Унинг таркибида мол сути оксили бўлиб, болаларда аллергия ҳолатлар ва функционал бузилишлар чақиради

Қўшимча овқатга 6-9 ойдан киритилади.

Ижобий томони: антибактериал, иммунологик, патоген микроорганизмларни ўсишини тўхтатади, ўсмага қарши, гипохолестеринемик, пробиотик, ногем ҳолдаги темир, кальций, фосфор, магний сўрилишини таъминлайди, ичак секрецияси, перистальтикасини кучақтиради, микрофлора ўсишини стимуллади.

Нордон бижғитилган сутли маҳсулотлар тавсия қилинади: қатик, зардоб, чакка, курут, творог, йогурт, пишлоқ, сметана, простокваша, ряженка, ацидофилин.

Аралаш, бижғитилган, спиртли маҳсулотлар: *наринэ, биолакт, биокефир, мевали қатик, ацидодифил-хамиртурушли сут, қимис, мацони, айрон, курунга, шубат.*

Эрта ёшдаги болаларнинг суткалик рационига сут ва сут маҳсулотларининг тавсия қилинадиган миқдори

Маҳсулотлар	Ёши, йилларда			
	1-3	4-6	7-11	12-17
Сут	300	400	300	250
Суюқ нордон сутли маҳсулотлар	150	200	200	250
Творог	50-60	60	60	70
Пишлоқ	6	10	12	12

Микронутриентлар танқислигида макро-ва микроэлементларга бой бўлган сутли маҳсулотлари тавсия қилинади.

Сут маҳсулотларида микроэлементлар миқдори (Расулов С.К. 2019)

№	маҳсулот	темир	руҳ	коба лт	марга нец	мис	Калци й	калий	натрий	магни й
1	Мол сути (мг/л)	10	2,8	0,01	0,58	1	750	2488	100	-
2	Чакка (п-9) (мг/кг)	0,1- 2,7	2,3-6,8	-	1,65	0,4	390	-	630	140
3	Она сути (мг/л)	32,8± 1,81	2,8±0, 2	-	1±0,00 1	0,64±0 ,05	151±4, 54	348,2± 21,13	357,7± 15,3	31,7±1 ,72

Ичак дисбиозини даволаш.

Дисбиозни даволашнинг мақсади нормал ичак микрофлорасини тиклашдир. Ичак дисбиозини даволашнинг асосий тамойиллари:

- асосий касалликни даволаш (этиологик даволаш);
- ичак микрофлорасининг нормал таркибини тиклаш;
- ичак шиллиқ тўсиғини тиклаш;
- бактерияларни ичакдан ташқарига кўчиришда патологик жараёнга жалб қилинган органларда таркибий ва функционал бузилишларни нормаллаштириш;
- симптоматик даволаш (қорин оғриғи синдроми, метеоризм, малабсорбция, полигиповитаминоз ва бошқалар).

Пробиотиклар ва пребиётиклар дисбиозни даволашда катта аҳамиятга эга.

Пробиотикалар - бу тирик микроорганизмлар, улар етарли миқдорда ишлатилса, уй эгасининг соғлиғини яхшилайдди. Пребиотикалар - бу озиқ-овқат моддалари, асосан крахмал бўлмаган полисаккаридлар ва олигосахаридлардан иборат бўлиб, улар овқат ҳазм қилиш ферментлари томонидан гидролизланмайди ва маълум миқдордаги ичак микроорганизмлари ўсишини рағбатлантиради. Пребиотикага олигофруктоза, инулин, галактоолигосахаридлар, лактулоза ва она сути олигосаккаридлари киради.

Пробиотикларнинг бир неча гуруҳлари ёки авлодлари мавжуд, уларнинг танлови дисбиёзнинг табиати ва даражаси, беморнинг ёши билан белгиланади:

1. Монокомпонент препаратлар (одатдаги ичак аҳолиси бўлган битта ўзига хос микроорганизмдан иборат).

2. Рақобатдош дорилар (келажақда ичакларни колонизация қилмайдиган оппортунистик ва патоген микробларни алмаштириш).

3. Кўпкомпонентли дорилар ёки симбиотикалар (бир неча турдаги бактериялар ёки бир неча турдаги бактериялардан иборат).

4. Комбинацияланган препаратлар ёки синбиотиклар (бактериялар ва махсус ингредиентлардан иборат, уларнинг ўсишини ва / ёки кўпайишини ва / ёки метаболик фаоллигини таъминлаш).

5. Кўпкомпонентли комбинацияланган маҳсулотлар.

Дисбиозни тузатиш босқичлари:

I босқич- касаллик сабабини йўқ қилиш ва кераксиз микроорганизмларни мақсадли танлаб йўқ қилиш;

II босқич—энтеросорбентлардан фойдаланиш;

III босқич —нормал флорани жойлаштириш учун шароит яратиш—пребиотиклардан фойдаланиш;

IV босқич—ичакдаги нормал флоранинг колонизацияси.

Ичак микрофлорасини тузатиш бўйича чора-тадбирлар тўплами:

1. Функционал озиқ-овқат маҳсулотлари ва фермент препаратлари ёрдамида овқатланишни тўғрилаш.

2. Ичак моторикаси фаолиятини нормаллаштириш (антиспазмоликлар, эвкинетика).

3. Ичакнинг агрессивлигини камайтириш таркиби (сорбентлар, сорбция таъсирига эга антацидлар).

4. Пребиотикадан ва / ёки пробиотикадан фойдаланиш.

5. Антибиотик терапияси курсларини ўтказиш (кўрсатмаларга мувофиқ). Ичак дисбиозини тузатишнинг тахминий схемалари қуйида келтирилган. Дисбактериоз даражаси I (компенсация қилинган):

1-2 ҳафта:

1. Пребиотик (пребиотик дозада лактулоза препарати).

2. Фермент ("Креон" 10 000 ЭД, "Панзинорм" 10.000). Дозани липаз бўйича ҳисоблаш ва кичкинтойдан бошлаш мақсадга мувофиқ (кунлик вазнига 1000 ХБ липаза).

3. Адсорбент ("Смекта").

4. В гуруҳи витаминлари: B1, B2, B6, PP).

5. Агар керак бўлса, эвкинетиклар буюрилади (тримебутин, мебеверин).

2-4-ҳафта:

1. Пребиотик (4 ҳафтагача давом этадиган қабул).

2. Пребиотик (3-4 ҳафта ичида).

3. Кўрсатмаларга кўра, ферментлар ва ичак ҳаракатининг регуляторлари комплекс терапияга киритилган.

Дисбактериоз I I даража (компенсацияланган):

1-2 ҳафта:

1. Пребиёттик (пребиёттик дозада лактулоза препарати).

2. Бактериофаг (маълум бир бактериал патоген маълум бўлганида) 5-7 кун ичида.

3. Бактериофаглар бўлмаса, спора ҳосил қилувчи пробиотикни буюриш мумкин. Курс 7 кундан 10 кунгача. Стафилококк дисбиози билан хлорофиллипт ичкарида ставка бўйича буюрилади. Тана вазнига (битта дозада) кунига 3 марта 1 томчи суюлтирилмаган 1% спиртли эритмаси овқатдан 30-40 дақиқа олдин (15-20 мл сувда суюлтирилади) ёки ректал равишда (1 мл препаратни 50 мл да суюлтирилади) сув).

4. Имунокоректор (интерферон препаратлари). У ҳаётнинг биринчи ойидан бошлаб болаларга буюрилади, кунига 1-2 марта бир дозадан, овқатдан 30 дақиқа олдин, даволаш курси 5 кун.

Дисбактериоз I I даража (субкомпенсацияланган):

1-2 ҳафта:

1. Пребиотик (пребиотик дозада лактулоза препарати).

2. Бактериофаг (маълум бир бактериал патоген маълум бўлганида) 5-7 кун ичида.

3. Бактериофаглар бўлмаса, спора ҳосил қилувчи пробиотикни буюриш мумкин. Курс 7 кундан 10 кунгача.

Стафилококк дисбиёзи билан хлорофиллипт ичкарида ставка бўйича буюрилади. Тана вазнига (битта дозада) кунига 3 марта 1 томчи суюлтирилмаган 1% спиртли эритмаси овқатдан 30-40 дақиқа олдин (15-20 мл сувда суюлтирилади) ёки ректал равишда (1 мл препаратни 50 мл да суюлтирилади) сув).

4. Имунокоректор (интерферон препаратлари). У ҳаётнинг биринчи ойидан бошлаб болаларга буюрилади, кунига 1-2 марта бир дозадан, овқатдан 30 дақиқа олдин, даволаш курси 5 кун.

Дисбактериоз III даража (декомпенсацияланган):

1-2 ҳафта:

1. Бактериофаг ва / ёки антибиотик 5-7 кун. Агар керак бўлса, антибиотик терапиясининг иккинчи курси 5-7 кун давомида буюрилади.

2. Пребиёттик (пребиотик дозада лактулоза препарати).

3. Сорбентлар, ферментлар, витаминлар, агар керак бўлса - эвкинетика.

4. Иммунокоректор (интерферон препаратлари).

3-4-ҳафта:

1. 4 ҳафтагача пребиотик (лактолоза препарати) қабул қилишни давом эттириш.

2. Пробиотик (антибактериал дорилар билан даволаш курсидан кейин). Энг мақбул пробиотик - бу бирлаштирилган бактериал препаратлар.

3. Агар керак бўлса - ферментлар, ичак ҳаракатининг регуляторлари. Пребиотиклар курслари сони 2-6 (курсларнинг давомийлиги 2 дан 4 ҳафтагача). Даволашнинг клиник самарадорлиги терапия тугаганидан 10 кун ўтгач, микробиологик - бир ой ичида баҳоланади.

Билиар трактнинг функционал бузилишлари, ўт тош касаллиги

Нозология таърифи, этиологияси, патогенези, таснифи.

Сафро йўллариининг дисфункцияси - ўт пуфаги, ўт йўллари ва уларнинг сфинктерлари мотор-тоник дисфункциясидан келиб чиққан ҳолда, сўнгги 12 ой ичида 12 ҳафтадан кўпроқ давом етган клиник симптом мажмуаси.

Билиар трактнинг дисфункцияси (БТД) 2 турга бўлинади: ўт пуфаги дисфункцияси (ХКТ-10- К82.8). Ўт пуфаги дискинезиаси) ва Одди сфинктерининг дисфункцияси (К83.4)

Ўт йўллари дискинезияси – ўт йўллари деворининг тонуси ва қисқариш функциясининг бузилиши бўлиб, умумий ўт йўлидан ва ўт қопидан ўт суюқлигини 12 бармокли ичакка чиқарилиши бузилади.

Этиология. Дискинезиянинг асосида ўт йўлларидаги сфинктер бўшашиши ва ўз навбатида қисқариш функциясининг бузилиши ётади. Ўт чиқариш йўллари дискинезияси этиологиясига кўра бирламчи ва иккиламчи бўлади. Бирламчи - бу ўт йўллариининг функционал касаллиги бўлиб, нейрогуморал механизмнинг бузилишларга асосланган. Дискинезия кўпроқ конституционал ваготомия ва симпатикотомия ўтказган одамларда, овқатланишдаги хатоликлар (сифатсиз овқатлар, ёғли овқатлар ва уларнинг нерегуляр қабул қилиши), гиподинамия ва семизликда куп учрайди.

Иккиламчи - Ўт йўллариининг рефлектор ва гуморал бошқарилиши билан боғлиқ бўлган бошқа касалликлардан кейин келиб чиқади ва ошқозон-ичак трактининг бошқа сурункали касалликларида виссеро-виссерал рефлекслар тури бўйича учрайди (Умумий неврозларда, эндокрин бузилишлар - калқонсимон без, буйрак усти бези, тухумдон касалликлари, ошқозон ва 12 бармоқли ичак, жигар, ўт йўллари касалликлари, қорин бўшлиғи ва кичик чанок бўшлиғи аъзоларининг сурункали касалликлари, сурункали аппендицит, сурункали сальпингофарит)

Ишчи таснифда БТД учун қуйидаги вариантлар ажратилган:

1. маҳаллийлаштириш бўйича (ўт пуфагининг дисфункцияси, Одди сфинктерининг дисфункцияси);
2. этиология бўйича (асосий, иккинчи даражали);
3. функционал ҳолат бўйича - гипокинетик (гипомотор), гиперкинетик (гипермотор).

Ўт йўли дисфункцияси турлари:

Гипертоник – ўт пуфаги ва ўт йўллари сфинктерларининг тонусининг баландлиги билан кечувчи.

Гипотоник – ўт йўллари тонусининг ҳаракат активлигини пастлиги билан кечувчи тури.

Алоҳида-алоҳида, Одди сфинктерининг дистони ажралиб туради, бу иккита тадқиқот шаклида қўшимча тадқиқот усуллари ёрдамида аниқланади: спазм, гипотензия.

Ўт йўли дисфункцияси клиник кўриниш

Ўт йўллари дискинезиясининг гипертоник – гиперкинетик тури ўнг қовурға ёйи остида ва қориннинг ўнг ярмида даврий хуружсимон оғриқнинг пайдо бўлиши билан характерланади. Ёғли, совук, аччиқ овқатлар истеъмол қилгандан ва психоэмоционал зуриқишдан кейин ўт қоғида бирданига босимнинг ошиши хисобига оғриқ пайдо бўлади. Овқатдан 1 соат кейин оғриқ кучаяди. Оғриқ елкага ва куракка узатилади. Баъзан хуружлар кўнгил айланиш, қусиш, ичак функциясининг бузилиши – қабзият билан кушилиб келади. Баъзи беморларда вазомотор (гипотензия, юрак уриб кетиши, юракда оғриқ) ва нейровегетатив (йиғлоқилик, уйқунинг бузилиши, кўп терлаш, бош оғриғи) синдромлар кузатилади. Обьектив текширганда ўт қоғи проекциясида оғриқ бўлади. Тошсиз холецистит учун характерли симптомлар яққол эмас ёки умуман бўлмаслиги мумкин. Шу билан бир каторда тана хароратининг кўтарилиши, лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши

кузатилмайди. Даврий хуружлар орасида ўнг қовурға ёйи остида оғирлик хисси сақланиб туради. Ўт қопи соҳаси пальпациясида даврий хуружлар орасида оғрик сақланиб туради.

Гипертоник типдаги дискинезияси оғрик:

- хуружсимон
- ўткир характер
- киска муддатли
- Кўпинча эмоционал ва жисмоний зўриқиш
- ёғли овқат истеъмол қилиши билан боғлиқ.

Ўт йўллари дискинезиясининг гипотоник – гипокинетик турига ўнг қовурға ёйи остида доимий тўмтоқ ва эзувчи оғрик, оғриқнинг узатилиши аниқ чегарага эга эмаслиги хос бўлади. Кучли эмоция ва овқат истеъмол қилгандан кейин ўнг қовурға соҳасида оғрик хиссининг кучайиши ва симмилловчи характерга эга бўлган оғрик пайдо бўлади. Аксарият беморлар иштаханинг пасайиши, хаво билан кекириш, кўнгил айланиш, оғизда аччиқ таъм, кориннинг дам бўлиши, қабзиятга шикоят қилади. Пальпацияда ўт қопи проекциясида кучсиз оғрик аниқланади.

Гипотоник типдаги дискенизиясида оғрик:

- ўткир эмас
- доимий характерга эга бўлади
- ва кўнгил айланиши, иштаха камлиги, кекириш билан кечади.

Ўт йўли дисфункцияси клиник кўриниш шакли билан белгиланади (1-жадвал).

1-жадвал

**Ўт пуфаги дисфункцияси шакллариининг клиник хусусиятлари
(Килдиярова Р.Р., Лобанов Ю.Ф., 2014)**

Белгиси	Гиперкинетик шакли	Гипокинетик шакли
Этиологияси	Бирламчи	Иккиламчи
ВНС	Парасимпатик асаб тизими тонусининг устунлиги	Симпатик асаб тизими тонусининг устунлиги
Ўғриқнинг табиати	Қисқа муддатли пароксизмал оғрик киндик ва ўнг гипокондилиумда	Оғриқли, зерикарли, кўпинча доимий ўнгдаги гипохондрумда
Оғриқнинг кучайиши	Жисмоний ва ҳиссий стрессдан кейин	Рациондаги ноаниқликлардан сўнг (қовурилган, ёғли

		таомларни и стеъмол қилиш)
Диспептик синдром	Енгил ёки ўртача	Ифода этилган (иштаҳа пасайиши, кўнгил айниши, оғизда аччиқланиш, қорин дамлаши, ич қотиш)
Пайпаслаш да	Ўт пуфагининг ижобий белгилари, жигара катталашмаган	Ўт пуфагининг ижобий аломатлари, холестаз.

БТД диагностикаси

Ўт чиқариш йўллари моторикасининг бузилишида асосий диагностик метод – УТТ хисобланади. Ўт чиқариш йўллари ва ўт қопини УТТ си овқат егандан 12 соатдан кам бўлмаган вақтда ўтказилиши керак. Ўт қопини функционал ҳолатини аниқлаш учун ўт чиқарилишгача ва ундан кейинги ҳажми аниқланади. Нормада ўт чиқарилгандан кейин ўт қопининг ҳажми 40% га камаяди, ўт қопи гипокинетик дискинезияда меъёрда бўлиши мумкин ёки ўлчами бир мунча ошади. Ўт қопи деворларида ўзгаришлар ва холецистит белгилари булмайди. Ўт қопининг бўшашиши секинлашган (30 минутдан кўп) ва етарли эмас (40% дан кам). Ўт қопининг гиперкинетик дискинезияда ўт қопи юмалок шаклда-ноксимон, тонуси ошган бўлади. Ўт қопи бўшашиши тезлашади. Рентгенологик холецистография ва холангиография методларидан фойдаланилади. Бу усуллар ўт чиқариш йўлларини функционал ҳолатини баҳолашга ёрдам беради. Холецистографияда оғиз орқали йод сақловчи контраст моддалар (холевид, йодпагност, билитраст) юборилиб, ўт чиқарилиши стимулланади. Ўт чиқишидан олдин ва кейин ўт қопи текширилади, холангиография ўтказиш учун контраст модда (билигност) вена ичига юборилади, 15, 30, 45 минутдан кейин назорат сурати олинади. Фракцион дуоденал зондлашда ўт чиқариш йўллари гипокинетик дискинезиясида стимулятор юборгандан кейин ўнг қовурға ёйи ости соҳасида оғриқ синдроми камайиши аниқланади. Қопли рефлекс сустлашган: ўт суюқлигини ажралиши оралиқлар қисқаради. Ўт қопада ўтнинг миқдори ошган (В-порция, 100-150мл га етиши мумкин, нормада 30-70мл), А ва С порцияларда ўзгариш бўлмайди. Гиперкинетик

дискинезияда таъсирловчи юборилгандан кейин ўнг қовурға ёйи ости соҳасида оғриқ пайдо бўлиши ёки кучайиши мумкин.

Динамик гепатобилиарсцинтиграфия - гепатобилиар тизимининг функционал ҳолатини баҳолашга имкон беради: Луткинс, Мириззи ва Одди сфинктерлари фаолияти.

Даволаш

Ўт йўддари дискинезиялари асосан амбулатор даволанади, ёндош патологиялар мавжудлиги шифохонага ётқизишга кўрсатма бўлади.

Кун тартибида дам олиш режимини нормаллаштириш ва ухлаш тавсия этилади.

Пархез. Пархезли овқатлар, кунига 5-6 марта овқатланиш принципи қўлланилади (Певзнер бўйича). Сафро йўллари сфинктерлари спазминини келтириб чиқарадиган совуқ овқатларни истеъмол қилиш тавсия етилмайди. Пархезда тана вазни камайишида энергетик қувватни ошириш керак (боланинг ёшига қараб 1000-2000ккал/сут дан кўп), овқатланиш кунига 4-5 марта тез-тез, кам-кам бўлиши керак. Аччиқ, қовурилган, дудланган овқатлар тавсия қилинмайди.

Гипертоник дискинезияда ёғли, гўшти, ўсимлик ёғи, хамирдан тайёрланган ёғли маҳсулотлар, пиво ва газланган ичимликлар чекланади, чунки бу маҳсулотлар ўт қопини қисқаришига олиб келади.

Гипокинетик дискинезияда ўт қопини қисқаришинини стимуляция қиладиган озиқовқатлар, мевалар, сабзавотлар (карам, сабзи, помидор), ўсимлик ва хайвон ёғлари(сарийёғ, тухум), магний тузларига бой бўлган маҳсулотлар, дағал ўсимлик клечаткалари (кепак, олма, наматак қайнатмаси) тавсия қилинади.

Гиперкинетик шакл билан сафро секрециясини рағбатлантирадиган маҳсулотлар чекланган: ёғли гўшт ва балиқ, парранда гўшти, ўсимлик мойи, зираворлар, тухум.

Иккала вариантда ҳам чиқариб ташланади: қовурилган, қўзиқорин, дудланган гўшт, шоколад, какао, кофе, кучли булон, газланган ичимликлар.

Медикаментоз даво:

Гипертоник дискинезия. Спазмолитиклар - ўт чиқариш йўллари спазминини бартараф этади, шу билан бирга ўт оқинини яхшилайти ва оғриқ синдроми барҳам топади. Баъзи бир ҳолатларда хуружларда спазмолитиклар эпизодик равишда қўлланилиши мумкин. Агар

оғриқ синдроми узоқ давом этса шу гурух преператларини 2-4 хафтага буюриш мумкин.

Миотроп спазмолитиклар: ношпа 2мл м\о ёки 0,04гр 2-3 маҳал кунига оғиз орқали қабул қилинади, мебеверин (дюспаталин) 200мг кунига 2 маҳал 1-2 ой давомида буюрилади.

Антисекретор моддалар: протон помпа блокаторлари, H₂-блокаторлар. Гиперхлоргидрияда - Антацидлар.

Холиноблокаторлар: платифиллин 1мл 0,25гр эритма м\о 2 маҳал кунига, пирензепин 0,025г 2 маҳал кунига оғиз орқали, метацин 0,004-0,006г оғиз орқали кунига 2-3 маҳал, атропин 0,1% 1мл п\к ёки м\о 1-2 маҳал кунига. Холеретиклар - ўт хосил бўлишини кучайтиради, ўт оқими ҳаракатини яхшилайти. Холеретиклар бир вақтнинг узида ўт қопи тонусини пасайтиради ва унинг қисқариш ритминини камаййтиришда қўлланилади. Бу гурухга қуйидаги дорилар киради. Таркибида ўт кислота сақловчилар: аллохол 1 таб 3 маҳал овқатдан кейин кунига, холензим кунига 1 таб 3 маҳал овқатдан олдин, лиобил 0,2г 1 таб 3 маҳал кунига, холлагон 0,2г 1 таб 3 маҳал кунига.

Седатив таъсирга эга нейротропик воситалар қўлланилади (валериан, "Персен" ва бошқалар).

Синтетик дорилар: никодин 0,5г 1 таб 3 маҳал кунига овқатдан кейин. Ўт ҳайдовчилардан ташқари замбуруғга қарши ва яллиғланишга қарши таъсир этадиган дорилар буюрилади, оксафенамид 0,5г 1 таб 3 маҳал кунига овқатдан кейин. Ўсимлик табиатли дорилар: бессмертник гулидан қайнатма тайёрлаб 6-12 мл ни 200мл сувга қайнатиб 0,5 ст 2-3 маҳал кунига овқатдан 15 мин олдин. Фламин 0,05г (бессмертник гулининг курук концентрати) 1 таб 3 маҳал кунига овқатдан 30 мин олдин, маккажўхори попуғи қайнатмаси 10 грамни 200 мл сувга қайнатиб, 0,5 ст 3-4 маҳал кунига овқатдан 30 мин олдин, наъматак қайнатмаси 0,5 ст 2-3 маҳал кунига овқатдан 15 мин олдин буюрилади.

Гипотоник дискинезия

Ўт қопининг қисқариш функциясини ошириш учун ва Льюткенс, Одди сфинктерларининг бўшаштирадиган дорилар қўлланилади. Ўт қопининг қисқариш ва тонусини кучайтирадиган дорилар: сульпирид 0,05г 1 таб 2-3 маҳал кунига овқатдан 15 мин олдин ёки 2 мл 5% ли эритмани м\орасига, лимонник настойкаси 20-25 томчидан 2-3 маҳал кунига овқатдан 30 мин олдин, пантокрин 30 томчидан 2-3 маҳал кунига овқатдан олдин, дофамин

рецепторлари марказий ва периферик блокаторлари (метоклопрамид, домперидон) 10мг 3 маҳал кунига овқатдан 30 мин олдин.

Холекинетикилар – ўт хайдовчи дорилар бўлиб, улар ўт қопини қисқаришига ва Одди, Льюткенс сфинктерларини бўшашишига таъсир этади: ксилит ёки сорбит 10% 50-100 мл эритмани 2-3 маҳал кунига овқатдан 30 мин олдин 1-3 ой давомида, магний сульфат 20-25% эритмани 1 ош\қошиқдан 1 маҳал оч коринга 10 кун давомида, карловар тузи 1 чой\қошиқдан 2-3 маҳал кунига овқатдан 30 мин олдин, писта, зайтун, чаканда (облепиха) ёғи 1 ч/к 3 маҳал овқатдан олдин., домперидон, церукал, холецистокинин.

Нейротропик стимуляторлар (гинсенг, элеутерокок, пантокрин препаратлари), ўт пуфаги моторикасини кучайтирувчи препаратлар: холеретик: аллохол УДКХ, холензим ва б.

Фермент препаратлар: фестал, Креон-10000.

Фитодорилар – артишок барглари экстракти (цинарикс, хофитол), наъматак экстрактидан фойдаланилади.

Минарал сувлар гипертоник дискинезияда тавсия этилади: Арзни, Нафтуса, Смирновская Эссендуки №4, № 20 минераллари – 40-45С да 0,5 ст 3-4 марта кунига овқатдан олдин қўланилади.

Гипотоник дискинезияда тавсия этилади: Арзни, Эссендуки №17 юқори минераллари, 3-4 марта кунига қўланилади.

Дискинезиянинг гипертоник турида тюбаж қарши кўрсатма ҳисобланади. Гипотоник турида тюбаж ксилит ва сорбит, магний сульфат билан қўлланилади.

Ўт тош касаллиги

Ўт тош касаллиги (ЎТК) – гепатобилиар тизимнинг алмашинув касаллиги бўлиб, холестерин ва билирубин алмашинувининг бузилиши натижада ўт қопида (холецистолитиаз), умумий ўт йўлида (холедохолитиаз) ёки жигар ўт йўллари (жигар ичи холелитиаз)да ўт тошларининг ҳосил бўлиши, умумий ўт йўлларидаги тошларнинг ўтиб кетувчи обструкцияси ва силлиқ мушаклар спазми ва ўт йўли ичи босимнинг ошишига жавоб берувчи ўт санчиғи симптомлари билан характерланувчи касалликдир. ЎТК асримизда сони нисбатан ортган касалликдир. Бутун дунёда ҳар куни холелитиаз билан 1млн гача бемор аниқланади. 60-70 ёшдагиларнинг ҳар 10 тадан бири ЎТК билан оғрийди. ЎТК 5-10% ни ташкил этади.

Этиология ва патогенез. Ўт қопида тошлар гормонлар таъсири остида ривожланади. Холецистокинин, гастрин, глюкагон, секретин ва вазофаол интестинал гормонлар ўт ҳосил бўлишини стимуллайди. Ўтнинг ажралиши ва тормозланиши соматостатин, панкреатик полипептидлар, вазофаол интестинал пептидларга боғлиқ. Ўт суюқлиги ўзида коллоид эритмани ҳосил қилади, эритма мицелла кўринишида бўлиб унинг таркибига фаол моддалар киради. Асосий модда: холестерин, фосфолипидлар, лецитин ва ўт кислоталари тузидан иборат. Холатохолестерин коэффиценти 1,3:1 ни ташкил этади. Агар компонент таркибида ўт кислоталари камайиб кетса, холестерин миқдори ошиб, дискриния ривожланади, натижада тош ҳосил бўлади.

Литогенез тузилмаси:

1. Организмда холестерин кўпайса, ўт суюқлигининг ҳам холестеринга тўйиниши ошади.

2. Инициацияловчи омил – овқат дисбаланси туфайли, ўт пуфаги деворида яллиғланиш ривожланиши натижасида гликопротеидли шиллиқ ажралиши кучаяди ва шиллиқли тиқин ҳосил бўлиши билан унга холестерин чўкади.

3. Ўт суюқлиги таркибининг ўзгариши яъни лецитин ва ўт кислотаси ўртасидаги муофиқликнинг бузилиши холестеринли чўкмалар пайдо бўлишига олиб келади.

Қанчалик холестерин миқдори кўп бўлса, шунчалик тез чўкма ҳосил бўлади. Таркиби бўйича 3 хил тошлар тафовутланади: холестеринли, пегментли ва аралаш. Тоза холестеринли тошлар рентгенда ноконтраст бўлади.

ЎТК 3 босқичга бўлинади.

1-босқич. Ўтнинг физико-кимёвий ўзгариши.

2-босқич. Тошни ташувчи босқич.

3-босқич. Тошли холецистит.

ЎТКда хавф омиллари: кўпроқ семиз одамлар, кам ҳаракатлилик, 40-ёшдан ошган, сариқ-сочли тоифа одамлар, наслий мойилликнинг бўлиши, дискинезия, гормонал дорилар айниқса эстроген сақловчилар қабул қилгандан кейин ривожланади.

ЎТК нинг клиник классификацияси.

Клиник кечишига қараб

1. Ўт пуфагидаги конкрементнинг симптомсиз кечиши.

2. Асоратсиз симптоматик кечиши.

3. Асоратли кечиши.

Кимёвий таркибига қараб.

1. Холестеринли тошлар - тоза ва аралаш.
2. Билирубинли тошлар – қора ва жигар ранг.

Кальций тузларини туйинишига қараб.

1. Кальцификацияланган (оҳакланган)
2. Нокальцификацияланган (оҳакланмаган)

Физик структурасига қараб: Микрокристалл холестеринли тошлар

Локализацияга қараб: тошларнинг ўт пуфагининг танасида ва тубида жойлашиши.

Ўлчамига қараб: майда-3смгача, йирик 3смдан катта.

Сонига қараб: ягона 1-2та, куплаб 3тадан куп.

Клиник кўринишига қараб:

1. Сурункали оғриқли шакли.
2. Сурункали диспептик шакли.
3. Жигар санчиғи
4. Латент шакли.

-Стенокардик.

-Артралгик.

-Диспептик

Сеймта учлиги: ЎТК + хиаталь чурра + йўғон ичак дивертикулёзи

Клиника. Тошларининг сонига, уларнинг ўлчамига, жойлашишига, яллиғланиш жараёнининг фаоллиги ўт чиқариш тизимининг функционал ҳолатига ва қўшни аъзолар патологиясига қараб асосий клиника юзага келади. Агар тошлар ўт пуфаги танасида ёки тубида жойлашса, улар кўр зона дейилади. Клиникаси бўлмайди. Улар тош ташувчилар ҳисобланади. Агар тош ўт йўлида бўлса хуружсимон жигар санчиғи бўлади. Инфекция билан қўшилиб келиши мумкин. Шунини айтиб ўтиш керакки, ҳаракатдаги тошнинг туриб қолиш жойига қараб симптомлар келиб чиқади. Жигардан ташкари ўт йўллари шикастланишида асосий белгилари: оғриқли синдром, диспептик синдром, сарғайиш ва ўт санчиғи билан намоён бўлади.

Ўт санчиғи хуружини ривожланишига ёғли, аччиқ овқатлар, ширинликлар, дудланган озуқалар, физик ва эмоционал зўриқишлар, инфекция ва ишда энгашган ҳолатлар туртки бўлади. Унга ўнг қовурға ёйи остида оғриқнинг тўсатдан пайдо бўлиши ўнг елкага ва курак ости соҳасига тарқалиши хосдир. Атипик оғриқлар

бел ва юрак соҳасида бўлиши ҳам мумкин. Оғриқ интенсивлиги турлича: кучсиз эзувчидан то кучли кесувчигача бўлиши мумкин. Ўт пуфаги ичи босими ошиши ва сфинктернинг спастик қисқариши ҳисобига ўт пуфаги деворининг тортилиши билан оғриқ синдроми пайдо бўлади, ўт пуфаги ва ўт йўли шиллиқ қаватини тошлар шикастлайди. Ўт санчиғи диспептик синдром билан қўшилиб келади.

Диспептик синдром. Аччиқ таъмли кекириш ва доимий оғизда аччиқ таъмнинг бўлиши билан кечади. Кўпчилик беморлар ошқозон тўлиб кетиш ҳиссига шикоят қилади. Қориннинг юқори қисмининг шиши, нажас келишининг бузилиши, кам холларда кўнгил айнаши, аччиқ таъмли қайд қилиш кузатилади. Ўт пуфаги гипо ва атонияси бирга келган холларда қусиш, ўнг қовурға остидаги оғриқ ва оғирлик ҳисси каби шикоятлар камаяди. Гипертоник дискинезияда эса оғриқлар кучли бўлади. Қусуқда ўт суюқлиги аниқланади.

Яллиғланишли интоксикацион синдром. Холецистит ва ўт тош касаллиги авж олиш даврига тана ҳароратининг кўтарилиши хос. Ҳарорат кўпинча субфебрил бўлади, кам холларда фебрилгача кўтарилади. Холециститнинг деструктив шакллари ёки асоратлари гектик ҳарорат, кўп терлаш, кучли қалтираш билан кечади. Иситмалаш ҳар доим йирингли яллиғланиш билан (ўт пуфаги эмпиемаси, жигар абцесси) билан боғлиқ. Холсизланган беморда йирингли холециститда ҳам ҳарорат субфебрил бўлиши мумкин. Баъзан эса реактивликнинг пасайиши натижасида тана ҳарорати меъёрида бўлади.

Объектив кўрганда қорин шишганлигини, қорин олд девори таранглашганлиги, ўт пуфаги соҳасида оғриқ, ўт пуфаги оғрикли, қўзғалиш белгиларининг мусбат бўлиши аниқланади.

Таххислаш. Қон биокимёвий тахлилида холестаза белгилари, ишқорий фосфотазанинг ортиши, гамма-глутаминтранспептидаза, лецинаминопептидаза, альфа₂ ва гаммаглабулин фракцияларининг ортиши, узок муддатли сариқликда албумин миқдорининг камайиши, АЛТ ва АСТ биров кўтарилиши хос.

Холецистография ва ўт пуфаги УТТ тошлар тасвирларини беради.

Рентген: Ўт пуфагининг ўзига хос функционал хусусиятлари аниқланади: тошлар, битишмалар, конкрементлар ва бошқалар. Рентгенограмма ёрдамида тошлар аниқланади.

Холангиография: вана ичига контраст модда юбориб ўт чиқарувчи йўллар патологияси аниқланади.

КТ, МРТ, Ретроградпанкреатохолангиография.

Таққослама ташхис: ўт тош касаллигининг қуйидагилар билан таққосланади.

- Сурункали тошсиз холецистит
- Ўткир гангреноз холецистит-эмпиема. Бунда ўткир яллиғланишга хос реакциялар, кучли оғриқлар харорат кузатилади.
- Ўнг томонлама буйрак санчиғи-бунда оғриқ човга, сонга яъни пастга иррадиация беради.
- Яра касаликлари билан ўн икки бармоқли ичак пиёзчасида жойлашганда.
- Ўткир панкреатит билан орқага иррадиация беради. Белбоғсимон оғриқлар хос.
- Ўткир аппендицит билан агар ўнг ёнбош сохада оғриқлар камайса бу ўсиқ деструкцияси натижасида юзага келади.
- Ўт йўллари ва ўт пуфаги раки бошланиши аста секин сариқлик ривожланади.

Ўт тош касаллигининг асоратлари:

- 1.Истисқо
- 2.Эмпиема
- 3.Перфорация
- 4.Перитонит
- 5.Холедохнинг қисман ва тўлиқ тикилиши.

Юқорига кўтарилувчи инфекция холангитга хос. Агар даволаш тўғри олиб борилса холангит ривожланмайди. Бундан ташқари холедоҳда тош бўлса у ўт чиқиб кетишига тўсқинлик қилади. 80% субкапилляр тутам вирсунг оқими ва холедоҳ орасида бўлиб панкреатит ривожланишига олиб келади.

ДАВОЛАШ: Асосий вазифа касалликнинг белгиларини бартараф қилиш ва тошларнинг ҳосил бўлишини дискриния босқичида олдини олишга қаратилган. Юқори калорияли, холестеринга бой овқатлардан ташқари 4-6 марта овқатланиш тавсия етилади. Пархез кўп қисми сут, мева ва сабзавот маҳсулотларидан иборат бўлиши шарт. Ёғли овқатларни чеклаш. Дискринияда нахорга 100-150 гр янги мевалар ёки сабзавотлар-сабзи нордон қарам буюриш фойдали. Холангит кўшилиб келганда кенг таъсирга эга бўлган антибиотиклар қўлланилади. Тетрациклин

0,2гр 3мах. Гентамицин 80мг 2мах. Цефаперазон 1гр 2мах м/о. Ципрофлоксацин 500мг 2мах/сут. Тошларни эритиш мақсадида литолитик воситалар, хенодезоксихол ва хеноурсодезоксихол кислоталариурсасан, хемодиол, урсофальк, хемофальк 15мг/кг/сут хисобида қўлланилади. Фақат холестерин тошлар эришини назарда тутиш керак. Оддий сфинктернинг меъёрий ўтказувчанлигини тиклаш мақсадида мебеверин (дюспаталин) 200мг 2мах/сут овқ 20 дақ олдин. Пробиотик мақсадида дюфалак 15-30мл 2-3 мах 1кунда. Хилак-форте 60 томчидан 2-3 мах. Симптоматик даво мақсадида омепразол 20мг 2 махал кунига фермент воситалар ўт кислоталари тутмайдиган мини микросфералар креон 10000 1 капс овқат вақтида.

Жарроҳлик даво қилинади: холецистэктомия, ультратовуш ёрдамида тошларни майдаланади.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар:

1. Ўткир холецистит
2. Тез –тез харорат билан қўзиш
3. Обтурацион сариклик
4. Бир неча кун давомида даво самара бўлмаган жигар санчиғи.

Операцияга кўрсатма 50 ёшгача бўлган беморлар, ЎТК латент даври.

Агар оғриқ кучли бўлса, обтурацион сариклик бўлса консерватив терапиядан сўнг операция қилиниши керак.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. GadaevA. Ichkikasalliklar, T.: —TuronZaminZiyo, 2019.
2. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. Перевод с английского. М.: Практика, 2005.
3. Нобель Дж. Общая врачебная практика. М.: Практика, 2005.

ТЕСТЛАР

1. Қусиш характериға кўра (ҳажми / частотаси, оғриқ, қусиш, “фонтан кўринишида”, қон ёки ўт борлиғи, иситма билан, сустлик, диарея) қайси касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?:

- А. Гастроэзофагал рефлюкс касаллиғи +
- Б. Гастроэзофагал рефлюкс
- В. Циклик қусиш синдроми
- Г. Ўт йўли дискинезияси

2. Эндоскопик ГЭРК 1-даражали морфологик ўзгаришлари хос :

- А. Қизилўнгачнинг шиллиқ қавати ўзгармаган;
- Б. Қорин бўшлиғи шиллиқ қаватининг мўътадил аниқланган фокал эритемаси ва / ёки бўшашиши+
- В. Фокал фибриноз бляшка билан қорин бўшлиғи қизилўнгачининг умумий гиперемияси;
- Г. Яллиғланишнинг кўкрак қафаси қизилўнгачигача тарқалиши, кўп сонли (бирлашувчи) эрозия;

3. Эндоскопик ГЭРК 2-даражали морфологик ўзгаришлари хос :

- А. Қизилўнгачнинг шиллиқ қавати ўзгармаган;
- Б. Қорин бўшлиғи шиллиқ қаватининг мўътадил аниқланган фокал эритемаси ва / ёки бўшашиши;
- В. Фокал фибриноз бляшка билан қорин бўшлиғи қизилўнгачининг умумий гиперемияси+
- Г. Яллиғланишнинг кўкрак қафаси қизилўнгачигача тарқалиши, кўп сонли (бирлашувчи) эрозия; 4-даража - қизилўнгач яраси, Барретт синдроми, қизилўнгачнинг стенози);

4. Эндоскопик ГЭРК 3-даражали морфологик ўзгаришлари хос :

- А. Қизилўнгачнинг шиллиқ қавати ўзгармаган;
- Б. Қорин бўшлиғи шиллиқ қаватининг мўътадил аниқланган фокал эритемаси ва / ёки бўшашиши;
- В. Яллиғланишнинг кўкрак қафаси қизилўнгачигача тарқалиши, кўп сонли (бирлашувчи) эрозия+
- Г. Қизилўнгач яраси, Барретт синдроми, қизилўнгачнинг стенози);

5. Эндоскопик ГЭРК 4-даражали морфологик ўзгаришлари хос :

- А. Қизилўнгач яраси, Барретт синдроми, қизилўнгачнинг стенози+
- Б. Қорин бўшлиғи шиллиқ қаватининг мўътадил аниқланган фокал эритемаси ва / ёки бўшашиши;
- В. Яллиғланишнинг кўкрак қафаси қизилўнгачигача тарқалиши, кўп сонли (бирлашувчи) эрозия;
- Г. Қизилўнгачнинг шиллиқ қавати ўзгармаган;

Расмли тестлар

1. Куйидаги расмда берилган тана массасининг йукотилиши қайси касалликнинг асорати сифатида ривожланади?

- A. Ўткир ичак инфекцияси
- B. Функционал диспепсия
- C. Регургитацияда
- D. Муковисцидозда
- E. Барча жавоблар тўғри



2. Ушбу расмда қайси симптом курсатилган?

- A. Юмшоқ тўқималар тургорлигининг камайиши
- B. Тери эластиклигининг камайиши
- C. Гипостатура
- D. Паратрофия
- E. Нормал эластик тери



3. Куйидаги расмда берилган болада тери тургорининг камайиши нимага асосланган :

- A. Дегидратацияга
- B. Гипотрофияга
- C. Пилороспазмга
- D. Оқсил етишмовчилиги анемиясига
- E. Юмшоқ тўқималар эластиклигининг пасайиш



4. Ушбу расмда курсатидган препарат қайси гуруҳга киради:

- A. Энтеросорбентлар
- B. Орал регидратация учун кулланилади
- C. Пробиотиклар
- D. Парентерал регидратация учун қўлланилади
- E. Ферментатив препаратлар



5. Диарея бўлган болада ушбу препаратнинг дозасини кўрсатинг:

- A. 100 мг/кг/суткада 3 марта
- B. 1000 мг/кг/суткада 3 марта
- C. 500 мг/кг/суткада 3 марта
- D. 10 мг/кг/суткада 3 марта
- E. 5 мг/кг/суткада 3 марта



6. Ушбу расмда курсатидган препарат қайси гуруҳга киради:

- A. Орал регидратация учун кулланилади
- B. Энтеросорбентлар
- C. Пробиотиклар
- D. Парентерал регидратация учун қўлланилади
- E. Ферментатив препаратлар



7. Кўрсатилган препарат билан регидратациянинг биринчи этапини даволаш давомийлигини айтинг:

- A. 4-6 соат
- B. 6-8 соат
- C. 12 соат
- D. 14-18 соат
- E. 20-24 соат



8. Ушбу кўрсатилган порошокдан эритма тайёрлаш учун қанча қайнатиб совутилган сув ишлатилади?

- A. 1000 мл
- B. 100 мл
- C. 200 мл
- D. 400 мл
- E. 250 мл



9. Ушбу расмда кўрсатилган препарат қайси гуруҳга киради:

A. Энтеросорбентга

B. Орал регидратация учун кулланилади

C. Пробиотиклар

D. Парентерал регидратация учун

қўлланилади

E. Ферментатив препаратлар



10. Ушбу препаратнинг тайёрланган канча микдори орал регидратациянинг иккинчи даражасини даволаш учун ишлатилади?

A. 50 мл/кг боланинг тана массасига

B. 100 мл/кг боланинг тана массасига

C. 150 мл/кг боланинг тана массасига

D. 200 мл/кг боланинг тана массасига

E. 230 мл/кг боланинг тана массасига



11. Диарея бўлган болада ушбу препаратнинг қабул қилиш давомийлигини кўрсатинг:

A. 5-7 кун

B. 1-2 ҳафта

C. 1-2 кун

D. 10-14 кун

E. 1 ойдан кам эмас



12. Мазкур кўрсатилган препарат қайси гуруҳга киришини кўрсатинг:

A. Пробиотиклар

B. Энтеросорбентлар

C. Орал регидратацияда қўлланиладиган препарат

D. Парентерал регидратацияда қўлланилади

E. Ферментлар гуруҳи



13. Функционал диарея бўлган болаларда ушбу препаратнинг қабул қилиш давомийлигини кўрсатинг:

- A. 14 кундан кам эмас
- B. 5-7 кун
- C. 1-2 ҳафта
- D. 3-4 кун
- E. 1 ойдан кам эмас



14. Функционал диарея бўлган болаларда ушбу препаратнинг қабул қилиш давомийлигини кўрсатинг:

- A. 10 кундан кўп
- B. 1 ҳафта
- C. 3-4 кун
- D. 1-2 кун
- E. 1 ойдан кам эмас



15. Кўрсатилган препарат қайси гуруҳга киришини белгиланг:

- A. Пробиотиклар
- B. Энтеросорбентлар
- C. Орал регидратацияда қўлланиладиган препарат
- D. Парентерал регидратацияда қўлланиладиган препарат
- E. Ферментлар гуруҳи



16. Ушбу расмда кўрсатилган аралашма қўлланилади:

- A. Лактоза етишмовчилиги бўлган кўкрак ёшидаги болаларга
- B. Чала туғилган болаларга
- C. Кўкрак ёшидаги тана массаси кам бўлган болаларга
- D. Соғлом кўкрак ёшидаги болаларга туғилгандан
- E. Соғлом кўкрак ёшидаги болаларга 3 ойликдан



17. Ушбу аралашма кўкрак ёшидаги болаларга қўлланилади:

- A. Чўзилувчан диареяси бўлса
- B. Ич котиш кузатилса
- C. Сигир сутини хазм қила олмасликда
- D. Озиқ-овқат аллергиясида
- E. Соғломларда



18. Ушбу расмда кўрсатилган:

- A. Бола гипотрофиянинг иккинчи даражаси билан
- B. Бола паратрофиянинг иккинчи даражаси билан
- C. Бола гипотрофиянинг учинчи даражаси билан
- D. Соғлом бола
- E. Бола кахексия билан



Вазиятли масалалар:

1. 6 ойлик бола юкумли касалликлар шифохонасига диарея белгилари билан ётқизилди. Кўрик вақтида шифокор болада тери бурмаси текисланишининг секинлашганини аниқлади. Пастда кўрсатилган қайси ҳолатларда тери эластиклигининг пасайиши кузатилади?

- A. Склерема.
- B. Тарқалган шиш.
- C. 1-даражали гипотрофия
- D. Рахит 1-босқич
- E. Тез сувсизланиш

2. Бола туғилганда 3600 гр оғирликда, 52 см узунликда. Хозир бола 6 ойлик массаси 8800 гр, узунлиги 67,5. Жисмоний ривожланишга баҳо беринг.

- A. Гипостатура
- B. Нормал жисмоний ривожланиш
- C. Гипотрофия 1-босқич
- D. Гипотрофия 2-босқич
- E. Паратрофия

3. Бола 3 ойлик участка педиатри гипотрофия III даражасини аниқлади.Мазкур вазиятда қайси тактика тўғри булади?

- A. Соматик бўлимга госпитализация қилиш
- B. Яшаш жойида стационар ташкил қилиш
- C. Эндокринологни консультацияга таклиф қилиш
- D. Амбулатор даволаш ва текшириш
- E. Реанимацияга йўлланма бериш

4. Бола 5 ойлик. Факат кўкрак сути билан озиклантирилмокда.Кўрик вақтида шифокор гипотрофия I даражасини аниқлади.Мазкур болага қайси биринчи қўшимча овқат буюрилади?

- A. Сабзавотли бўтқа
- B. 5% манний бўтқаси
- C. 10% манний бўтқаси
- D. Гречками бўтқа
- E. Сули ёрмаси

5. Бола 5 ойлик, 3500 гр оғирликда туғилган. Хозирда 4000 гр оғирликда.Кейинги кунларда кўзгалувчан, тез-тез уйғоняпти.Кўрикда тери қопламалари оч пушти,тоза.80 мл гача сут эмаяпти. Врач гипогалактия борлигини аниқлади, қандай тўйдирувчи овқат тавсия этилади?

- A. «НАН 1»
- B. Сок
- C. "Малютка"
- D. Гуручли бутқа
- E. Творог

Расмли тест ва вазиятла масалалар жавоблари:

Тестлар				Вазиятли масала	
1	Б	11	Д	1	Е
2	А	12	А	2	В
3	А	13	Д	3	А
4	А	14	А	4	А
5	Г	15	А	5	А
6	А	16	А		
7	А	17	А		
8	А	18	А		
9	А				
10	Д				

III-БОБ. ИЧАК ГЕЛМИНТОЗЛАРИ

Энтеробиоз

ХКТ-10: B80

ХКТ-11. 1F65

Энтеробиоз - бу *Enterobius vermicularis* кичик нематодидан чақириладиган ичак гелминтози, бу ўзига хос клиник йўналиш билан тавсифланади, кўпинча инвазиянинг намоён бўладиган клиник белгиси бу жинсий урғочилар тухум қўйиш вақтида перианал атрофида юзага келадиган қичишишдир.

Юқиш йўллари

Касалликнинг манбаи – энтеробиоз билан зарарланган одамдир.

Гелминтоз фекал-орал, контактли-уй шароитида юқади, айрим ҳолларда ҳаво-чанг йўли орқали ҳам зарарланиши мумкин. Асосий юқиш омили гелминт тухумлари билан ифлосланган қўллардир. Юқтириш омиллари орасида ифлос ички кийим ва кўрпа-тўшаклар, ифлос поллар, парваришlash буюмлари, ўйинчоқлар, идиш-товоқлар ва бошқалар мавжуд. Инвазия ва реинвазия инвазив гелминт тухумларини ютганда содир бўлади. Перианал минтақада острица тухумлари вояга етгандан кейин ретроинвазия бўлса, личинкалар ичга қайтиб кириб, янги авлод гелминтларини ривожлантиради.

Острица- бу кичик оқ нематодалар, хивчин шаклида, улар Nematelmintes типига, Nematoda синфига, Oxyurida туркумига, Oxyurida оиласига, Enterobius турига киради. Урғочисининг узунлиги 9-13 мм ва кенглиги 0,5 мм, эркак острицалар 3-4 барабар кичик - 2-5 мм. Эркакнинг дум учи вентрал томонга спирал равишда эгилган, урғоча дум учи учли ва тўғри. Острица тухумлари шаффоф, икки қаватли пўстлоғига эга, ассиметрик, ўлчами 0,05-0,06 × 0,02-0,03 мм бўлган тартибсиз овал шаклига эга. Тухум ташқи муҳитда барқарор бўлиб, 2-4 ҳафта давомида инвазив бўлиб қолади, дезинфекцияловчи моддалар таъсирига жуда чидамли.

Ҳаёт цикли

Одам инвазив тухумни ютиб юқтиради, ундан ўн икки бармоқли ичакда личинкалар пайдо бўлиб, 14-15 кунлик инфекциядан сўнг ингичка ичакнинг пастки қисмида вояга этади. Эркак острицалар одатда урғочилар уруғлантирилгандан сўнг

вафот этадилар ва камдан-кам ҳолларда паразитологик тадқиқотларда топилади. Вояга этган урғочи бачадонида 20 мингтагача тухум пишади, шундан сўнг ичак шиллик қаватида туrolмайди, ректум девори бўйлаб фаол ҳаракатланади ва анусдан чиқиб кетади. Кечкурун ва тунда анал сфинктерлар бўшашганда тез-тез чиқиб туришади. Урғочи перианал бурмаларда терининг ва шиллик қаватнинг чегарасига тухум қўяди, шундан кейин у nobуд бўлади. Ҳаётий цикли қон оқими бўйлаб миграция босқичисиз амалга оширилади. Гелминтларнинг асосий қисми йўғон ичакда жойлашган (95% гача) бўлади. Урғочининг умри 111 кунга этади. Инвазионнинг давомийлиги реинвазия туфайли анча узоқроқ бўлиши мумкин.

Патогенези

Патогенез босқичлари	Патогенез
Инвазия	Кириш йўли (ошқозон-ичак тракти) орқали этук тухумлари ошқозон-ичак трактига киради, улардан личинкалар чиқади, улар 12-14 кундан кейин жинсий этукликка эришадилар. Копуляциядан кейин эркаклар nobуд бўлади ва урғочилар тухум қўя бошлайди
Вояга этган гижжалар ичакда	Вояга этган гижжалар тахминан бир ой яшайди, дистал ингичка ичакда, кўричакда, проксимал йўғон ичакда паразитлик қилади ва ичакда озикланади. Патогенез геминларнинг механик, токсик-аллергик ва психоген таъсирига асосланган.жа
Гижжаларни ичак шиллик каватига таъсири	Гижжаларнинг механик ва кимёвий (уларнинг секретсияси туфайли) таъсири туфайли ичак шиллик қаватига зарар етказади, бу эса майда эрозия ва пунктат қон кетиш шаклланиши билан яллиғланиш жараёни билан бирга келади. Личинкаларнинг мушак деворига ичак деворига чуқур кириб бориши билан эпителий, улкан ҳужайралар ва эозинофиллардан ташкил топган грануломалар ҳосил бўлиши мумкин. Гельминт томонидан ичак шиллик қаватининг

	шикастланиши ва фиксацияси пайтида бир вақтнинг ўзида оппортунистик микроб флорани экиш диспептик касалликлар ва қорин оғриғи синдромининг ривожланишига, ичак микробиоценозининг бузилишига олиб келади.
Вояга этган гижжалар ичакдан миграция	Тухумларнинг пишиб етилиши учун кисрород зарурдир, шунинг учун урғочилар тўғри ичакка тушиб, анусдан чиқиб, тухумни перианал бурмаларга қўядилар, шундан кейин улар нобуд бўлади. Гельминтлар перианал минтақага кириб, инфекциядан 10-12 кун ўтгач, тухум қўяди. Тухум қўйгандан 4-6 соат ўтгач инвазив ҳолатга келади.
Асоратлар шаклланиши	Миграцияси пайтида вулвовагинит, энтеробиотик эндометрит ривожланиши мумкин. Бактериал инфекция қўшилиши йирингли табиатнинг асоратларини ривожланишига ёрдам беради (аппендицит, тифлит, тос суяги, қорин пардаси яллиғланиши, сфинктерит, парапроктит, пиодермия). Перианал терининг гельминт секрецияси билан механик ва кимёвий тирнаш хусусияти ёриқлар, экзематоз патламалар, нейродерматитларни келтириб чиқаради. Энтеробиознинг узок муддатли давомийлиги астено-невротик синдром ҳосил қилади.
Иммунитет хусусиятлари	Энтеробиоз билан умумий ва маҳаллий иммунитет бузилади, вирусли ва бактериал инфекцияларга мойиллик кучаяди, қонда интерферон даражаси пасаяди ва сўлак таркибида лизоцим фаолияти пасаяди.

Клиник белгилари

Касалликнинг **инкубация даври** 3-6 ҳафта. Клиник кўринишларнинг даражаси макроорганизмнинг реактивлигига ва инфекциянинг интенсивлигига боғлиқ. Кўпинча касаллик асимптоматикдир.

Перианал минтақада қичишишнинг юзага келиши энг дастлабки аломати яъни касалликнинг патогномик аломатидир. Кечаси анусдан гижжалар чиқиши ва уларнинг перианал минтақанинг терисига тирнаш хусусияти туфайли тез-тез учрайди. Қичишиш вақти-вақти билан пайдо бўлади, 3-4 кун давом этади, кейин йуқолади ва 2-3 ҳафтадан сўнг қайтарилади, бу эса янги авлодларнинг урғочи пинвормасининг қайта тикланиши туфайли ҳосил бўлиши билан боғлиқ. Энтеробиозга чалинган беморлар перианал минтақада қичишиш, ҳақида шикоят қиладилар. Бола кечкурун безовта бўлиб, жуда кўп ҳаракат юзага келади, тунда ухлаб қололмайди, у тез-тез уйғонади, уйқусида қичқиради, йиғлайди, ётоғида айланади. Қайта такрорланадиган перианал қичишиш астено-невротик синдромнинг пайдо бўлишига олиб келади, бу асабийлашиш, уйқусизлик, иш қобилятининг пасайиши, бош оғриғи, ҳушидан кетиш, чарчоқ, тунги энурез, конвулсив синдром билан намоён бўлади. Хотира ва эътиборнинг пасайиши ҳолатлари юзага келади.

Беморларнинг перианал атрофидаги жойларда, ёриқлар, пиодермия, экзематоз яллиғланиш шаклланиши ҳолатлари қайд этилган. Қизларда вулвит ёки вулвовагинит ривожланади.

Ошқозон-ичак трактидан қорин оғриғи ва диспептик синдромлар ривожланади. Беморлар параумбиликал ва эпигастрал минтақаларда локализация қилинган қорин бўшлиғи оғриғидан, метеоризмдан, нажаснинг кўпайишини, унинг ўзгаришини (ярим шаклли, шилимшиқ), нажасдаги ўзгаришлардан ва баъзида кўнгил айланишидан шикоят қиладилар. "Янги инфекция" билан қонни клиник таҳлил қилишда эозинофилия қайд этилади. Касалликнинг асимптоматик шакли тез-тез кузатилади.

Асоратлар: Урғочилар миграцияси пайтида вулвит, вулвовагинит, энтеробиотик эндометрит ривожланиши мумкин. Бактериал инфекциянинг кўшилиши йирингли асоратларни ривожланишига ёрдам беради (аппендицит, тифлит, тос суяги қорин пардаси яллиғланиши, сфинктерит, парапроктит). Перианал терининг механик ва кимёвий тирналишидан (пинворм секретсияси) ёриқлар, экзематик тошмалар, нейродерматит юзага келади. Энтеробиоз билан узоқ муддатли касалланиш астеноневротик синдромни ҳосил қилади.

Башорат: Энтеробиознинг асоратсиз кечиши ҳаёт ва соғлиққа таъсири прогноз билан тавсифланади.

Энтеробиозни клиник мезонлари

Аломат	Таъриф	УДД
Перианал кичишиши синдроми	Перианал минтақада, айниқса кечкурун ва тунда кичишиш вақти-вақти билан пайдо бўлиб, 3-4 кун давом этади ва 2-3 кунлик интервал билан такрорланади. Юқори даражали энтеробиозга чалиниш кичишиш ва тананинг қизиши доимий ва оғриқли бўлади (энг дастлабки патогномик симптом).	А
Перианал атрофининг шикастланиши	Перианал атрофининг тирналишидан шилинган жойлар, ёриқлар, пиодерма, экзематик яллиғланиш жараёни шаклланиши кузатилади.	А
Абдоминал оғрик синдром	Киндик атрофидаги оғриқ, эпигастрал минтақада оғриқ, иштаҳани йўқотиши, уйқусизлик, уйқудаги тишларни гижирлатиш ҳолатлари юзага келади..	В
Диспептик синдроми	Кўнгил айланиши, метеоризм, нажаснинг кўпайиши, баъзида қусиш, оғриқ ва қориндаги ғулдираш.	В
Астено-невротик синдроми	Бош оғриғи, бош айланиши, чарчоқ, уйқунинг бузилиши, ҳушидан кетиш, асабийлашиш, тунги энурез. Конвулсив синдром, ўсишнинг сустлашуви.	В
Эозинофилия синдроми	Периферик қондаги эозинофиллар сонининг мутлоқ ва нисбий кўпайиши	А

Аломат	Таъриф		
	Енгил даража	Ўрта даража	Оғир даража
Перианал қичима даражаси	Йўқ ёки қисқача вақт юзага келади	Кечаси ва кундузи вақтларда қисқача кузатилади	Доимий қичима
Перианал минтакни шикастланишини характерли томонлари	Йўқ ёки шилинган жойлар	Шилинган жойлар, ёриқлар, экзематик яллиғланиш жараёни	Пиодермия, экзематик ифодали яллиғланиш жараёни

Адоминал оғрик синдроми даражаси	Йўқ ёки қисқа муддатли	Киндик атрофида, гипогастрияда даврий ва такрорий оғрик	Киндик атрофида, гипогастрияда Интенсив ҳолат, ошқозондаги кучли ва ғижимловчи оғришию
Диспептик синдроми даражаси	Йўқ ёки қисқача кузатилади	Вақти-вақти билан кузатиладиган кўнгил айланиш, кичирилиш, метеоризм, нажасда шиллик пайдо бўлиши.	Меъда-ичак йўллари ифодали диспептик бузилиши
Астено невротик синдроми	Йўқ ёки кузатилмайди	Бош оғриғи, чарчоқ уйқу бузилиши, хушдан кечилиш, асабийлашилиш, конвулсив синдром. Хотира ва эътиборнинг пасайиши.	Бош оғриғи, чарчоқ уйқу бузилиши, хушдан кечилиш, асабийлашилиш, конвулсив синдром. Хотира ва эътиборнинг пасайиши, тунги энурез, циссининг сустилиги.
Эозинофилларнинг ифодаланиши	Эозинофиллар миқдори кам даражада Кўтарилиши.	Эозинофиллар миқдори ўртача кўтарилиш	Эозинофиллар миқдори маълум даражада кўтарилиш
Асоратлар	Йўқ	Йўқ ёки вульвит, вульвовагинит, сфинктерит, энтеробиозли эндометрит	Парапроктит, аппендицит, тос корин пардасининг яллиғланиши

Энтеробиозни ташхислаш усуллари

Тадкикот усуллари	Натижаларнинг диагностик аҳамияти мезонлари	УДД
Перианал бурмалардан суртма олиш Боланинг тирнок остидан суртма олиш Паразитологик: • суртма олиш усули; • Грехем усули (шаффоф ёпишчок пленкадан фойдаланган ҳолда); • Торгушин усули (глицерин билан намланган пахта тампон); • Кеворкова усули (шпательли пахта тампони билан). Тайёрланган намуналар микроскопда (10x10 (8) катташтирилиб кўрилади.	Ушбу усул энтеробиозни ташхислаш учун қимматли стандарт усул ҳисобланади. Юқоридаги усуллардан бири ёрдамида перианал тешикнинг атрофидан олинган суртмадан ёки субунгуал бўшлиқлардан пинворм тухумларини аниқланди. Биринчи текширувдан манфий натижа олинса, 2-3 кунлик интервал билан 3 марталик текширувни ўтказиш тавсия этилади.	А
Беморни объектив текшириш	Перианал минтақанинг зарарланиши. Чизиш фонида шилинишлар, ёриқлар, пиодерма, экзематоз яллиғланиш жараёни шаклланади. Ушбу ўзгаришлар дастлабки ташхис учун асосдир. Перианал минтақани визуал текширишда пинвормларни топиш ташхиснинг якуний тасдиғидир.	В
Копрологик усули	Тухумни нажас билан излаш одатда муваффақиятсиз бўлади, чунки урғочи пинвормлар уларни ичак орқали чиқармайди. Ота-оналарнинг ўзлари боланинг нажаслари юзасида "майда майда чувалчанглар" оқ гижжаларни топадилар (ташхис тасдиқланган).	В
Умумий қон таҳлили	Эозинофилларни аниқлаш, лейкоцитоз, ЭЧТнинг кўпайиши, аллергия ўзгаришларнинг мавжудлигини кўрсатади, аммо бу маълумотлар ўзига	С

	хос эмас.	
Молекуляр генетик усули (нажасни ПЗР)	Нажасни ПЗР килиш орқали текшириш	A
Гистоморфологик	Гистоморфологик гиёҳванд моддаларни таъсирида ичак шиллик қавати, биопсия олингандан сўнг, эпителиядан личинкалари ва грануломалари, гигант ҳужайралар ва эозинофиллар топилади.	D
Инструментал тадқиқот усули (Қорин бўшлиғи аъзоларининг ултратовуш текшируви)	Тоилмалар аниқ эмас, улар эпидемиологик анамнез ва лаборатория натижалари билан биргаликда фойдаланилади.	B

Инструментал ташхислаш усуллари

Аломат	Мезонлари	УДД
Қорин бўшлиғи ултратовуш текшируви	Энтеробиознинг клиник белгилари бўлган беморлар касалликнинг асоратлари аниқлаш учун (аппеницит, тифлит, тос бўшлиғи қорин пардаси яллиғланиши)	C
Эндоскопик тешириш	Ошқозон-ичак йулларида клиник белгилари булган беморлар асоратларни аниқлаш ва нозологияни аниқлаш учун	B
Лапароскопия	Энтеробиознинг клиник белгилари бўлган беморларда асоратларни аниқлаш	C
Вульвоскопия	Энтеробиоз вульвитини аниқлаш учун	B
Вагиноскопия	Энтеробиоз вагинитини аниқлаш учун	B
Гистероскопия	Энтеробиоз эндометритини аниқлаш учун	B

Махсус диагностика

Бизлар томондан энтеробиозни диагностикасида соғлиқни сақлашнинг биринчи бўғинида ичак энтеробиозга мойилликни аниқлаш ва кейинги этапларда энтеробиоз ва унинг асоратларини аниқлаш ва даволашнинг алгоритми ишлаб чиқилди. Ушбу алгоритм 3 этапдан иборат бўлиб, 1-этапда савол-жавоб варақасини

тўлдириш, 2-этапда қўшимча махсус диагностик усуллар ёрдамида лямблиознинг

асоратлари (микронутриент етишмовчилиги) аниқланади. 3-этапда ичак лямблиозини даволаш стандарти ва микронутриент етишмовчилигини коррекцияси кўрсатилган. Қуйидаги иловада лямблиознинг диагностик ва даволаш алгоритми келтирилган:

Болаларда энтеробиозга мойилликни ва унинг асоратларини (микронутриент танқислиги) аниқлаш ва даволаш алгоритми:

1-этап.

Савол-жавоб варакасини тулдириш:

- 8-10 балл — касалликка юқори мойиллик;
- 4-7 балл — уртача мойиллик;

Антигелминт даво:

Микронутриентлар

Си

2-этап.

Махсус текширишлар:

- Гижжа тухумларини перианал бурмалардан суртма олиб микроскопияда аниқлаш.
- Гижжа тухумларини тирнок остидан суртма олиб микроскоп остидан аниқлаш. Биринчи текширувнинг манфий натижаси бўлса, 2-3 кунлик интервал билан 3 марталик текширувни ўтказиш тавсия этилади.
- ПЗР усули билан гижжа ДНК нажасда аниқлаш
- Периферик қонда клиник таҳлилда эозинофилияни аниқлаш
- Қорин бўшлиғи ултратовуш текшируви
- Эндоскопик текшириш
- Конда билирубин, АлАТ, АсАТ кўрсаткичларининг оғиши
- Конда енгил даражали нормохром ёки гипохром анемия
- Конда витамин В12, Д камайиши
- Конда калций, фосфор, натрий, хлор, магний камайиши
- конда темир, рух, селен, мис, молибден камайиши

3-этап. Даволаш:

- антигелминт препаратлар
- микронутриентлар

Болаларда ичак паразитозларига (энтеробиоз) мойилликни аниқлаш варақаси

Ф.И. _____ ёши(туғ.вақти) _____,

Жинси _____

Манзили: _____, болалар боғчасига
қатнаши.....

Антропометрик кўрсаткичлар

Ҳозирги вазн		Ҳозирги бўйи/тана узунлиги		Вазн/бўй коэфф.	Вазн/бўй индекси						

Онаси ёки тарбиячи шикоятлари

Жисмоний

ривожланиши _____

Психо-мотор ривожланиши _____

Овқатланиши (уйда, уй ва боғчада) _____

Тел:

№ _____

Ташхис: _____ Саломатлик

гурухи _____

Анкета саволлари

	1-этап, савол-жавоб варақасини тулдириш	✓ Ха (1 б) - йук	2-чи текширув
1.	Орқа(перианал) қичиши, қашиши, оғриши	✓	
2	Перианал соҳанинг шикастланиши (шилиниши, ёрилиши, яллигланиши)	✓	
3	Иштаха йўқолиши, уйқусизлик, уйқуда тиш ғижирлатиш	✓	
4	Кўнгил айнаиши, қусиш, қорин дамлаши ва ғулдираши, нажаснинг кўпайиши, ич қотиш	✓	
5	Бош оғриғи, бош айланиши, чарчоқ, ҳушидан кетиш, асабийлашиш, тунги энурез. Конвулсив синдром, ўсишнинг сустлашуви.	✓	
6	Ўқув машғулотларини ўзлаштириш пасайиши, хотира ва диққатнинг пасайиши, ақлий ривожланишдан орқада қолиш	✓	
7	Вазн камайиши, ўсишан орқада қолиш	✓	
8	Бола ахлатида майда чувалчанглар, оқ гижжалар борлиги	✓	

9	Оилада бошқа болаларда гижжа аникланганлиги	✓	
10	Аллергик реакциялар мавжудлиги: тери қуриши, сабабсиз тумов,узоқ йўтал	✓	
	Жами баллари:	+ мусбат(1 балл) манфий	
	2-этап	-	
11	Периферик қондаги эозинофиллар сонининг мутлоқ ва нисбий кўпайиши		
12	Нажасда Enterobius vermicularis аниқлаш	.	
13	Перианал (суртмада) бурмалари материаллардаги гижжа тухумлари ++		
14	Нажасда Enterobius vermicularis ДНК		
15	Қорин бўшлиғи ултратовуш текшируви		
16	Эндоскопик тешириш, Лапароскопия		
17	Конда калций, фосфор,натрий, хлор,, магний камайиши		
18	конда темир, рух, селен, мис, молибден камайиши		
19	Вульвоскопия, вагиноскопия, гистероскопия		
20	Конда витамин В12, Д аниқлаш		

Эслатма: *1-этапда* ҳар бир саволга 1 балл берилади: 8-10 балл – касалликка юкори мойиллик; 4-7 балл – уртача мойиллик; 1-3 балл – паст мойиллик (соғлом).

2-этапда: олтин стандарт (2балли) билан бирга жами 5-10 балл – лямблиоз асоратли кечиши, 2-4 бал- лямблиоз аоратсиз (субклиник) кечиши.

Қўшимча маълумотлар
Хулоса:

Энтеробиозни даволаш

Энтеробиозни даволаш амбулатория шароитида ва шифохона шароитида амалга оширилади.

Амбулатория шароитида энтеробиознинг асоратланмаган шакли бўлган болалар даволанади. Муваффақиятсиз даволаниш ёки амбулатория шароитида имконсиз бўлса, улар касалхонага ётқизиш масаласини кўриб чиқади.

Юқумли касалликлар бўлимларига ётқизиш касалликни асоратлари бўлган болаларга, шунингдек эпидемик кўрсаткичларга боғлиқ.

Энтеробиозни даволаш мураккаб жараён бўлиб, қуйидагиларни ўз ичига олади:

- биноларни ва беморнинг хонасини мажбурий нам тозалаш билан санитария-гигиена тадбирлари;
- шахсий гигиена;
- барча оила аъзоларини бир вақтнинг ўзида даволаш;
- Патогенетик терапия ва симптоматик терапия.
- Санитария-гигиена тадбирлари:
- Чойшабни қайнатиш;
- Ички кийимни икки томондан яхшилаб дазмоллаш;
- Дизел асбоблари билан ҳар куни нам тозалаш ва эшик тутқичларини эҳтиёткорлик билан қайта ишлаш;
- ҳожатхона ва ҳаммомни тўлиқ дезинфекция қилиш;
- барча ўйинчоқларни зарарсизлантириш.

Этиотроп терапия:

А) Касалликнинг енгил турларида антивируснинг олдини олиш ҳисобига антигелминт препаратларсиз даволаниш мумкин: 3 кун ичида биноларни нам тозалаш + шахсий гигиенага риоя қилиш + катталар учун кечки клизмалар 4-5 стакандан ҳар бир стакан учун бир чой қошиқ натрий гидрокарбонат (пишириш сода) қўшилган сув (1-3 стакан болалар).

Б) Махсус терапия:

Мебендазол - 3-5 ёшдагилар учун - кунига 2,5-5 мг / кг, 6 ёш ва ундан катталар - кунига 100 мг, катталар кунига 100-200 мг (максимал доз 200 мг), 1-2 кун давомида ичилади.

- Кардобендацим - 3-5 ёшдаги кунига 8-10 мг / кг, 6 ёш ва ундан катта 10 мг / 1 / суткада 3 дозада 3 кун давомида, катталар учун кунига 10 мг / кг дан 3 дозада 3 кун давомида.

- Албендазол - 3-5 ёшда кунига 5 мг / кг, 6 ёш ва ундан катта кунига 400 мг, катталар учун 1-2 кун давомида бир мартадан 400 мг.

- Пирантел - катталар ва болалар учун кунига 12,5 мг / 1 (10 кг вазн учун 1 таблетка) 1-2 кун давомида бир марта.

Барча антигелминтик дорилар паразит билан зарарланиш даражасига қараб 2 ҳафтадан кейин яна олинади. Оғир ҳолатларда, худди шу дозаларда яна 2 ҳафта ўтгач, учинчи қабул амалга оширилади. Муваффақиятли дегелминтизатсия қилиш учун бир

вақтнинг ўзида барча оила аъзоларини ва болалар жамоасини даволаш керак.

Патогенетик ва симптоматик даволаш:

Кўрсатмаларга кўра, уларга қуйидагилар буюрилади:

- антигистаминлар;
- иммуномодуляторлар;
- 5% анестезин таркибидаги малҳам билан перианал соҳани мойлаш;
- Энтеробиотик проктосигмоидит ва сфинктеритни даволаш учун ванилин билан клизмалар қўлланилади (Шостаковский балзам);
- Фитотерапия.

Тухумларини лаборатория текшируви билан сурункали курсда даволаш бирламчи инвазия ҳолатида бўлгани каби амалга оширилади.

Энтеробиоз билан оғриган беморларни даволаш тамойиллари бир вақтнинг ўзида бир нечта муаммоларнинг ҳал қилинишини таъминлайди:

- касаллик туфайли келиб чиқадиган патологик жараённинг кейинги ривожланишининг олдини олиш;
- асоратларнинг патологик жараёнларини ривожланишини олдини олиш;
- қолдиқ эффектлар шаклланишининг олдини олиш, такрорий ва сурункали курс.

Даволаш тактикасини танлашга қуйидаги омиллар таъсир қилади.

- касаллик даври;
- касалликнинг оғирлик даражаси;
- беморнинг ёши;
- асоратларнинг мавжудлиги ва характери;
- керакли тиббий ёрдам турига мувофиқ даволанишни амалга ошириш имконияти.

Реабилитация

Реабилитациянинг асосий тамойиллари:

- реабилитация тadbирлари авж олган даврда ёки эрта реконструкция даврида бошланиши керак;

- реабилитациянинг турли босқичларида узлуксизликни таъминлаш бўйича кўрилган чоралар кетма-кетлиги ва узлуксизлигини кузатиш зарур;

- турли мутахассислар иштирокида ва турли таъсир усуллари қўллаган ҳолда реабилитация тадбирларининг мураккаб характери;

- реабилитация ва тикланиш чораларининг етарлилиги ва реконвалентнинг адаптив ва захира имкониятларига таъсири. Шу билан бирга, жисмоний ва руҳий стрессни босқичма-босқич даволаш, шунингдек турли хил таъсир усулларида фойдаланишда муҳим аҳамиятга эга;

- амалга оширилаётган тадбирлар самарадорлигини доимий назорат қилиш. Шу билан бирга, функционал ҳолатни тиклаш тезлиги ва даражаси тикланганлиги касбий аҳамиятга эга функциялари (билвосита ва тўғридан-тўғри усуллар билан) ҳисобга олинади.

Қайта тиклаш мезонлари:

- қаттиқ астенизация белгиларининг этишмаслиги;
- перианал минтақанинг шикастланиш даражасининг йўқолиши ёки сезиларли даражада пасайиши.

- аллергия намоёнларнинг йўқолиши ёки сезиларли даражада пасайиши;

- диспептик аломатлар ва қорин оғриғи йўқолиши;

- қоннинг клиник таҳлил қилиш кўрсаткичларини нормаллашганлиги;

- зараркунандадан тозалаш жараёнидан 14 кун ва 28 кун ўтгач, пинworm тухумларига перианал минтақадан олинган материални (ёпишқоқ лента ёрдамида) уч марта микроскопик текширувларининг манфий кўрсаткич натижаларининг ҳосил бўлиши (агар таъсир бўлмаса, даволаниш жараёни такрорланади).

Гименолепидоз

Таъриф: Гименолепидоз - одамнинг юқумли антропоик ичак гелминтози (*Hymenolepis nana* билан касалланганда) ошқозон-ичак тракти шикастланиши, умумий токсик, аллергия реакциялар ва диспептик касалликлар билан содир бўлади.

Кўзгатувчиси Hymenolepis nana – пакана гижжа, митти лента қуртидир.

Гименолепидознинг қўзғатувчиси - цестода (лентасимон чувалчанг) *Hymenolepis nana* (Siebold, 1852) биринчи марта Билгарц (Bilharz) томонидан Мисрда 1851 йилда энцефалитдан вафот этган боланинг жасадида топилган. Иккинчи марта бу паразит 36 йил ўтиб Италияда топилган бўлиб (Грасси, Grassi), у қисқа вақт ичида Сицилияда 20 дан ортиқ гименолепидоз билан касалланган беморларда тасдиқланди. Миср ва Италиядаги биринчи топилмалар ва дунёнинг бошқа минтақаларида ушбу касалликнинг тарқалиши тўғрисида узоқ вақт давомида маълумот йўқлиги асосида гименолепидознинг қўзғатувчиси узоқ вақтдан бери илиқ мамлакатларнинг паразити сифатида қабул қилинган. Кейинчалик, ушбу касалликнинг жуда кенг тарқалган эндемик тарқалиши нафақат илиқ, балки мўътадил, баъзан жуда каттиқ иқлими бўлган ҳудудларда ўрнатилди. Ҳозирги вақтда инвазия дунёнинг турли минтақаларидаги кўплаб мамлакатларда тасвирланган. Гименолепидоз дунёдаги энг кенг тарқалган гелминтозлардан бири бўлиб, у ҳамма жойда, ноқулай ижтимоий-иқтисодий шароитларга эга ва ҳаёт даражаси паст бўлган жойларда учрайди. Болалар катталарга қараганда 4-5 марта тез-тез касал бўлиб қолишади. Энг катта частотали гименолепидоз бошланғич ва ўрта мактаб ёшидаги болаларда қайд этилади. Гименолепидоз ўчоқлари мактабгача тарбия муассасаларида ва ёпиқ болалар муассасаларида: болалар уйлари, мактаб-интернатларда ва бошқаларда пайдо бўлиши мумкин. Болалар *Hymenolepis nana* билан катталарга қараганда осонроқ зарарланади ва ундан қутулиш анча қийин.

Гименолепидоз билан касалланиш йил давомида қайд этилади ва касалликнинг кўпайиши ёз ва кузда қайд этилади. Гименолепидоз билан касалланишнинг юқори даражаси Россияда - Шимолий Кавказда, қўшни мамлакатларда - Туркменистон, Ўзбекистон, Қозоғистон, Қирғизистон ва Молдова Республикасида, Ўрта ер денгизи мамлакатларида, Ҳиндистон ярим оролида, Жанубий Америкада қайд этилган.

МКБ-10: V71.0

ХКТ-11: 1F74 - гименолепидоз

Эпидемиология

Гименолепидоз билан юқтиришнинг манбаи одамдир. Гелминтозни юқтириш механизми нажасли-оғиз орқали, юқиш йуллари контакт-маиший ва озиқ-овқат ҳисобланади. Пакана гижжа юқтириш омиллари: қўллар, шахсий гигиена воситалари, эшик

тутқичлари, гельминт тухумлари билан ифлосланган озиқ-овқат маҳсулотлари, шунингдек, гельминт *Hymenolepis nana* тухумлари 24 соат давомида яшаш қобилиятини сақланади. *Hymenolepis nana* тухумлари куриб, юқори ҳароратга сезгир. Улар инсон қўлида 2 соат сақланади; хона ҳароратида шиша ойналарда куритилганда, улар 60-70 соатдан кейин nobуд бўлади; ёзда дарё сувида улар тахминан 1 ой давомида яшашга қодир. Гименолепидоз билан касалланган катталар орасидаги беморларда болалар билан яқин алоқада бўлади (болалар муассасаларида хизматчилар, касал болаларнинг оналари), шунинг учун касаллик оилавий маналар билан тавсифланади.

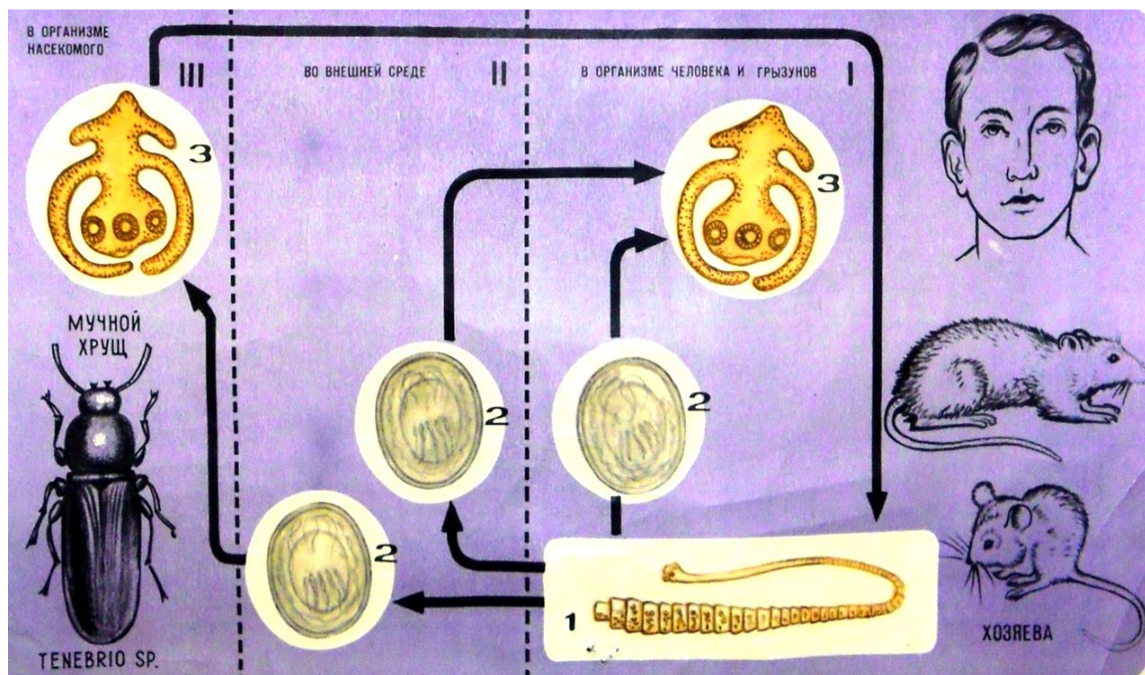
Этиология .

Гименолепидознинг кўзғатувчиси - лентасимон қурти *Hymenolepis nana* *Platthelminthes* турига, *Cestoidea* синфига, *Cyclophyllidea* буйруғига, *Hymenolepididae* оиласига тегишли. *Hymenolepis nana* - узунлиги 15-45 мм, эни 0,5-0,7 мм, кичкина боши, тўртта сўрғич ва қисқа пробози бўлган кичик цестода, унинг устида 20-24 та кичкина хитинли илгаклар жойлашган. Тасма қуртининг танаси ингичка бўйин ва кўп сонли сегментлардан иборат (тахминан 200-300). Ўрта сегментларда гермафродитик жинсий тизим мавжуд. Етилган орқа сегментларда бачадон ривожланишнинг турли босқичларида тухум билан тўлдирилган ҳолда жойлашган. Ажратиб турадиган сегментлар ичакда бузилади. Чиқарилган тухумлар ҳажми 40×53 микрон бўлган сферик ёки эллиптик шаклга эга; уларнинг чиғаноқлари рангсиз, икки контурли. Тухумнинг таркибида 6 та илгаги бўлган личинка (онкосфера) мавжуд. Тухумлар гельминтлар авлодларининг ўзгаришига қараб цикл билан чиқарилади.

Ҳаёт цикли.

Hymenolepis nana нинг инвазив тухумлари одам томонидан ютилиб, ингичка ичакнинг проксимал қисмларига кириб, онкосфералар тухумдан ажралиб, ичак килчалар ичига кириб, ларвоцистлар-цистицеркоидларга айланади (бу гельминт ривожланиш жараёни тахминан 5-7 кун). Цистицеркоидлар ичакга чиқиб, ингичка ичакка дистал қисмига кириб, у ерда 2-2,5 ой ичида вояга этган зотларга айланади. *Hymenolepis nana* ривожланишининг тўлиқ цикли тахминан 1 ой давом этади. *Hymenolepis nana* одам учун ҳам оралик, ҳам асосий хужайиндир (деградацияланган

биогелминтоз), чунки инсон танасида гелминтлар личинкадан ҳам, вояга етган ривожланиш босқичидан ҳам ўтиб кетади. Муддатининг умри 2 ойдан ошмайди.



Пакана гижжанинг ривожланиш цикли.

- I - ташқи муҳитга чиқиш имконисиз; II - ташқи муҳитга чиқиш билан;
 III - ихтиёрий оралиқ хужайин иштирокида.
 1. Вояга етган зот. 2. Тухумлар. 3. Цистицеркооидла

Гелминт тухумларида мавжуд бўлган онкосфералар ингичка ичакнинг шиллиқ қаватига кириб бориши мумкин, натижада ичак ичидаги автосуперинвазия ривожланади. Инвазияланган одамнинг танасида ушбу ҳодиса натижасида қурт чексиз миқдордаги цикллардан ўтиши мумкин, шу билан бирга паразитлар сони, айниқса иммунитетни бостириш билан сезиларли даражада кўпаяди. Автосуперинвазия жараёнлари ёрқин аллергияк намоишлар билан бирга келади.

Hymenolepis nana ташқари *Hymenolepis fraterna (murina)* ва *Hymenolepis diminuta* (сичқонлар ва каламушларнинг паразитлари) одамларда паразитлик қилиши мумкин.

Фавкулудда ҳолларда *Hymenolepis nana* ривожланиш цикли хужайинлар ўзгариши билан содир бўлади. Оралиқ хужайин хашаротларнинг личинкалари ёки имолари (ун кўнғизлари, бургалар) бўлади. Оралиқ хужайиннинг танасида *Hymenolepis nana*

личинкалари цистицеркоид босқичигача ривожланиб боради ва одам тасодифан инвазияланган ҳашаротларни ютиб зарарланади.

Патогенези.

Гименолепидоз патогенезида личинкалар ва вояга етган гельминтлар томонидан ингичка ичак шиллиқ қаватининг механик шикастланиши етакчи фактор ҳисобланади. Ингичка ичак килчалар макроскопик ўзгаришлар шиш туфайли кўпайиши билан тавсифланади. Микроскопик ўзгаришлар килчалар деформацияси, устун эпителийсининг текисланиши, килчалар ва субмукозал қатлам стромасининг шишиши ва лимфогистиоцитик инфильтрацияси, дегенератив жараёнлар ва некрозларнинг мавжудлиги билан тавсифланади. Ларвоцистлар ичак деворидан ташқарига кира олади, кейин улар гиперпластик ичак лимфоид фолликулаларида учрайди. Вояга етган қуртлари сўргичлар ва илгаклар билан ичак шиллиқ қаватига зарар етказди, уларнинг бириктириладиган жойларида гельминт чиқарадиган протеолитик ферментлар таъсирида чуқур яра ва некротик ўзгаришлар ривожланади. Гименолепидоз билан ингичка ичак шиллиқ қаватида патологик ўзгаришлар ривожланишида макроорганизмни гельминт антигенлари билан сезгирлиги муҳим аҳамиятга эга. Гименолепидоз билан ингичка ичак шиллиқ қаватида кенг ва чуқур яллиғланиш жараёни натижасида кўплаб ўзаро боғлиқ патологик ўзгаришлар кузатилади: умумий яллиғланиш реакцияси; озуқа моддаларининг овқат ҳазм қилиш (овқат ҳазм қилиш бузилиши) ва эмишни бузилиши (мальабсорбция), оксил-калория етишмовчилигига полидефицит ҳолатларининг пайдо бўлишига ёрдам беради; диспептик касалликлар, қорин оғриғи синдроми, ичак дисбактериоз ривожланиб, бу болаларнинг ўсиши ва ривожланишига салбий таъсир кўрсатмоқда. Гименолепидознинг аниқ шакллари билан кўпинча асаб касалликлари қайд этилади. Бундан ташқари, *Hymenolepis nana* инсон танасининг иммун реакцияларини пасайтиради, бу шароит паразитнинг узоқ муддатли паразитланиши мумкинлигини тушунтиради.

Гименолепидознинг оғирлигини даражасини клиник белгилар бўйича баҳолаш мезонлари

Аломат	Таъриф		
	Енгил даража	Ўрта даража	Оғир даража
Контингент ва беморларнинг ёши	Болалар ва катталар	Болалар ва катталар	Болалар ва катталар
Касалликнинг бошланиши	Субакут	Ўткир	Ўткир
Иситмани жиддийлиги ва давомийлиги	Йўқ	Енгил, 1-5 кун	Зўравонлик, 6 кундан ортиқ
Интоксикация жиддийлиги ва давомийлиги	Йўқ ёки иштаҳанинг қисқа муддатли ва ўртача пасайиши кўринишида	Ўртача аниқланган заифлик аломатлари, ишлашнинг пасайиши, бош оғриғи, иштаҳани йуқотиш.	Зуравонлик аниқланган заифлик аломатлари, ишлашнинг пасайиши, бош оғриғи, иштаҳани йуқотиш.
Аллергик намоёнларни жиддийлиги ва давомийлиги	Йўқ ёки қисқа муддатли терига тошма чиқиши намоён бўлади	Танаси ва оёқ-қўлларида қисқа муддатли тошмалар, ринит	Доимий узок муддатли уртикар тошмалари, Квинке шишиши учун жавоб беради
Лимфоаденопатия синдроми жиддийлиги ва давомийлиги	Йўқ ёки мезентериал лимфа тугунлари унча куп булмаган катталашиши	Мезентериал лимфа тугунларининг мўътадил катталашиши	Мезентериал лимфа тугунларининг аник катталашиши
Абдоминал оғриғи синдроми жиддийлиги ва давомийлиги	Сезиларли булмаган даражада ифода этилган, қисқа муддатли	Сезиларли даражада ифода этилган, оғриқнинг локализацияси асосан эпигастриумда ва ўнг ковурағалар остида. Кўринишларнинг давомийлиги 2-3 ҳафтагача.	Сезиларли даражада ифода этилган. Эпигастриумда, ўнг ковурағалар остида билан тавсифланган Муддати намоёнлар - 3 ҳафтадан ортиқ.

Диспептик бузилишларинисиндромини жиддийлиги ва давомийлиги	Сезиларли булмаган даражада ифода этилган, қисқа муддатли	Сезиларли даражада ифода этилган. Кўнгил айланиш. Кусиш. Нажас тезлашади. Кўринишлар давомийлиги - 2-3 ҳафтагача	Сезиларли даражада ифода этилган. Қайта қусиш. Нажас частотаси оширилади, сувсизланиш белгилари пайдо бўлади Кўринишлар давомийлиги - 3 ҳафтадан ортиқ
Гепатомегалия синдромини жиддийлиги ва давомийлиги	Жигарнинг 1-1,5 см гача катталашиши. 2 ҳафта.	Жигарнинг 2-4 см гача катталашиши. 2-4 ҳафта.	Жигарнинг 3-4 см гача катталашиши. 4 ҳафтадан ортиқ.
Трофологик етишмаслиги синдромини жиддийлиги ва давомийлиги	Йўқ	Сезиларли булмаган еки ўртача даражада ифода этилган	Сезиларли бўлган еки ўртача даражада ифода этилган
Гемограммада яллиғланиш ўзгаришлари	Йўқ	Сезиларли булмаган лейкоцитоз, ўртача ЭЧТ ошиши	Лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши
Эозинофилия синдроми	Йўқ	Ўрта даражада эозинофилия	Сезиларли булган даражада ифода этилган эозинофилия
Анемия синдроми	Йўқ	Енгил даражада анемия	Енгил ёки ўрта даражада анемия
Асоратлар	Йўқ	Бўлиши мумкин	Бор

Тахлилий умумий ёндашувлар

Гименолепидознинг диагностикаси анамнезни йиғиш, клиник текшириш, лаборатория ва махсус текшириш усуллари билан амалга оширилади ва нозология ва клиник шаклни, ҳолатнинг оғирлигини аниқлашга, даволаш учун асоратларни ва кўрсатмаларни аниқлашга, шунингдек омиллар тарихида аниқлашга қаратилган. даволашнинг дарҳол бошланишига тўсқинлик қиладиган ёки қўшма касалликларга қараб даволанишни тузатишни талаб қиладиган.

Бундай омиллар қуйидагилар бўлиши мумкин:

- даволашнинг ушбу босқичида ишлатиладиган дорилар ва материалларга нисбатан муросасизлик мавжудлиги;
- даволанишдан олдин беморнинг психоемотсионал ҳолати етарли эмас;
- ҳаётга таҳдид соладиган ўткир ҳолат / касаллик ёки сурункали касалликнинг кучайиши, бу профилга мутахассисни жалб қилишни талаб қилади;
- даволаниши рад қилиш.

Диагностика усуллари

Усули	Кўрсаткичлар
Микроскопик текшириш: А. пакана гижжани тухумларни чиқарилган нажасни текшириш (3-маротаба 2- 3 хафта оралик билан) Б. перианал бурмалардан суртма.	Гименолепидозни ташхислаш учун ошқозон-ичак тракти шикастланиш клиник аломатлари ва аллергик намоёнлари билан бўлган беморлар.
Гематологик усули (эозинофилияни аниқлаш) Копрологик усули	Гименолепидозни ташхислаш учун ошқозон-ичак тракти шикастланиш клиник аломатлари ва аллергик намоёнлари билан бўлган беморлар. Гименолепидознинг клиник белгилари бўлган беморлар нозологияни тасдиқлаш ва овқат ҳазм қилиш бузилишларини (овқат ҳазм қилиш ва озуқа моддаларининг сингиши) аниқлаш
Молекуляр-генетик усули (нажасни ПЗР)	Гименолепидознинг клиник белгилари бўлган беморлар нозологияни тасдиқлаш учун

Кўрсаткичлар бўйича махсус диагностика усуллари.

- Юқори овқат ҳазм қилиш трактининг эндоскопик текшируви (эзофагогастродуоденоскопия)
- Йуғон ичакни эндоскопик текшириш (колоноскопия)
- Аллергенни аниқлаш бўйича тадқиқотлар тўплами
- Биопсия натижасида олинган ингичка ичак шиллиқ қавати препаратларини ҳистоморфологик текшириш (пакана гижжа

личинкалари ва шиллиқ қаватдаги яллиғланиш ўзгаришларини аниқлаш)

- Ичак шиллиқ қаватидаги яллиғланиш ўзгаришларини аниқлаш учун кальпротектин нажаси

- Крон касаллиги билан дифференциал диагностика қилиш учун меъда ости бези IgG/IgA синфининг GP2 антигенига антижисмлар

- Ичакнинг яллиғланиш хужайралари билан дифференциал диагностика қилиш учун ичакнинг қадаҳ хужайраларига антижисмлар

- Носпецифик яраф колит билан дифференциал диагностика қилиш учун нейтрофиллар (АНЦА) синфининг ситоплазмасига антителлар

- ПСР ёрдамида лактаза етишмовчилигини аниқлаш

- Онкомаркерлари учун молекуляр биологик қон текшируви.

Ташхисни асослаш ва шакллантириш

Диагностикани фақат нажасни микроскопияси ва перианал бурмалардан кириб ташлаш пайтида пакана гижжа тухумларини аниқлаш асосида амалга ошириш мумкин. Пакана гижжа, бошқа лента қуртлари сингари, ёпиқ бачадонга эга, аммо юмшоқ лента проглотитлари ичкарида ҳам осон ҳазм қилинади. ва ичакда тухумлари чиқарилади. Шунинг учун, интенсив инвазиялар билан, деярли ҳар доим нажасда пакана гижжа тухумларини аниқлаш мумкин. Тухумининг цикли сифатида ажратилганлиги сабабли, салбий натижалар бўлган тақдирда, тахлилларни такрорлаш керак. Гименолепидознинг лаборатор диагностикаси учун Като ва Миури, Фюллеборн, Калантарян, Лернер-Гогол ва бошқалар бўйича натив суртма, целлофан билан қалин суртма усулларидадан фойдаланилади.

Гименолепидлар ташхисини тузишда касалликнинг клиник кечишининг ўзига хос хусусиятлари, касалликнинг оғирлиги ҳисобга олинади ва унинг асосланиши келтирилади.

Асоратлар ва биргаликда касалликлар мавжуд бўлганда, кириш алоҳида сатрда амалга оширилади:

- асорат:

- қўшма касаллик:

Дифференциал диагностика:

Бошқа гельминтозлар билан, ошқозон-ичак трактининг шикастланиш билан (дифилоботриаз, тениаз ва бошқалар).

Симптомларнинг полиморфизми туфайли гименолепидознинг клиник диагностикаси жуда қийин.

Ичак касалликлари ва токсик-аллергик намоёишлар билан оғриган беморда гименолепидоз, айниқса, 14 ёшгача бўлган болаларда, бошқалар орасида ушбу касаллик ҳолатлари мавжуд бўлганда шубҳа қилиш мумкин.

Гименолепидозни даволашнинг умумий ёндашувлари.

Гименолепидозни даволаш амбулатория шароитида ва касалхонада амалга оширилади.

Амбулатор шароитларда гименолепидознинг асоратланмаган шакли бўлган болаларни даволаш амалга оширилади. Муваффақиятсиз даволаниш ёки уни амбулаторияда амалга ошириш мумкин бўлмаган тақдирда, касалхонага ётқизиш масаласи кўриб чиқилади.

Юқумли касалликларга чалинган болаларга тиббий ёрдам кўрсатадиган тиббиёт ташкилотларининг юқумли касалликлар бўлимларида касалхонага ётқизилиши асоратлари бор касалликдан азият чекаётган болаларга, шунингдек, эпидемик кўрсаткичларга боғлиқ.

Тиббий ёрдам кўрсатиш учун сиз фақат белгиланган тартибда фойдаланиш учун тасдиқланган усуллар, тиббий буюмлар, материаллар ва дори воситаларидан фойдаланишингиз мумкин.

Гименолепидоз билан касалланган беморларни даволаш тамойиллари бир вақтнинг ўзида бир нечта муаммоларни ҳал қилишни таъминлайди:

- касаллик туфайли келиб чиқадиган патологик жараённинг кейинги ривожланишининг олдини олиш;

- патологик асоратларни ривожланишини олдини олиш ва олдини олиш;

- қолдиқ эффе́ктлар шаклланишининг олдини олиш, қайталанувчи ва сурункали курс.

- Даволаш тактикасини танлашга қуйидаги омиллар таъсир қилади:

- касаллик даври;

- касалликнинг оғирлиги;

- беморнинг ёши;

- асоратларнинг мавжудлиги ва характери;

Керакли тиббий ёрдам турига мувофиқ даволанишни мавжудлиги ва имконияти.

Даволаш усуллари

Гименолепидоз - бу инсоннинг кийин даволайдиган гельминтозларидан бири. Бу Н. папа нинг ривожланиш циклининг ўзига хос хусусиятлари билан ҳам, беморнинг бостириб киришга реакциясининг ўзига хос хусусияти билан ҳам боғлиқдир.

Санитария-гигиена тадбирлари, шахсий гигиена. 4-сонли парҳез столи

Гименолепидозни даволашда қуйидаги асосий фикрларни ҳисобга олиш керак:

1. Даволаш ташхис қўйилгандан сўнг дарҳол бошланади, яхшиси касалхонада ёки кундузги гельминтологик касалхонада.

2 Даволаш даврийдир.

Гиёҳванд моддаларни даволаш усуллари:

- этиотроп терапия воситалари;
- симптоматик терапияни даволаш воситалари;
- ичак микробиоценозини нормаллаштириш учун воситалар;
- витаминли терапия

Гиёҳванд бўлмаган даволаш усуллари:

- ҳароратни пасайтиришнинг физик усуллари;
- даволашнинг физиотерапия усуллари;
- гигиена чоралари.

Этиотроп терапия

- Празиквантел 25 мг/кг бир маротаба ва заруриятга қараб – 10 кундан кейин.

- Никлозамид: Никлозамидни даволашнинг бир неча схемалари мавжуд:

- Схема 1: (Лернер П.М.) - беш кунликдан етти кунгача бўлган икки кунлик цикллар ва уларнинг орасидаги 5 кунлик интерваллар. Даволашнинг барча кунларида никлозамид ёшга хос дозаларда буюрилади: 1-2 ёшдаги болалар - 0,3 г, 3-4 ёш - 0,5 г, 5-6 ёш - 1,0 г; 7-10 ёш - 1,0 г, 11 ёшдан катта ва катталар - 2 г.

- Схема 2: (Гриненко Н.В., Береславич Т.Н.) - никлозамидни қабул қилишнинг касрий усули 4 кунлик интервал билан 2 тўрт кунлик циклдан иборат. Кундалик доз 4 дозага бўлинади, улар 2 соатлик интервал билан олинади (масалан: 6.00-8.00-10.00-12.00 соат). Гименолепидознинг доимий ҳолатларида бундай 3 цикл тавсия этилади. Никлозамиднинг бир марталик дозаси: 2 ёшгача - 0,15 г, суткалик доза - 0,6 г, 3-5 ёш - 0,25 г, суткалик доза - 1 г; 6-12

ёш - 0,4 г, суткалик доза - 1,6 г; 13 ёш ва ундан катта - 0,5 г, суткалик доза - 2 г.

- Схема 3: (Аракчеева С.Г., Исаева Ҳ.Б., Зубицкая М.А., Магдиева С.Р.) - никлозамид билан олти кунлик даволаш усули. Никлозамид бир хил ёшдаги дозаларда олти кун давомида буюрилади: 2-7 ёш - 2 г, 8 ёш ва ундан катта, шунингдек катталар учун - 2,5 г.

- Барча схемалар билан никлозамидни қабул қилишдан 10-15 дақиқа олдин 0,5-1 чой қошиқ натрий гидрокарбонат (чой сода) буюрилади. Никлозамид 1: 1 нисбатда шакар билан яхшилаб тритурланади ва озгина сув билан ичилади.

- Нитазоксанид: кунига икки марта 500 мг. 11 ойлик - 3ёш болалар - кунига 2 марта 100 мг, 4-11 ёш, 200мг кунига 2 марта

Куллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар;

- препаратга юқори сезувчанлик;
- 1 триместрда ҳомиладорлик.

- Патогенетик терапия

- Десенсибилизация қилувчи терапия.
- Дисбиознинг олдини олиш учун пробиотиклар.
- Дегелминтизация қилишдан олдин мультивитаминлар ва антигистаминлар, ножўя таъсирларни олдини олиш ва эндоген инфекция хавфини камайтириш мақсадида.

- Имуномодуляторлар
- ўсимлик дори

Реконвалесцентларнинг диспансеризация.

- Нажасни назорат остида текширув даволашдан 3 ҳафта ўтгач, 3 марта ўтказилади. 6 ой давомида диспансер кузатуви, чоракда бир марта назорат таҳлили билан.

Реабилитация

Реабилитациянинг асосий тамойиллари:

1. реабилитация чоралари энг юқори даврда ёки эрта соғломлаштириш даврида бошланиши керак;
2. реабилитация ва тиббий кўрикдан ўтишнинг турли босқичларида узлуксизликни таъминлаш бўйича кўрилган чоралар кетма-кетлиги ва узлуксизлигини кузатиш зарур;

3. турли мутахассислар иштирокида ва турли хил таъсир ўтказиш усулларида фойдаланган ҳолда реабилитация тадбирларининг мураккаб хусусияти;

4. реабилитация ва тикланиш чораларининг этарлилиги ва реконвалентнинг адаптив ва захира имкониятларига таъсири. Шу билан бирга, дозаланган жисмоний ва руҳий стрессни босқичма-босқич ошириб бориш, шунингдек, таъсирнинг турли усуллари табақалаштириш муҳим аҳамиятга эга;

5. амалга оширилаётган тадбирлар самарадорлигини доимий назорат қилиш. Шу билан бирга, функционал ҳолатни тиклаш тезлиги ва даражаси ва тикланганларнинг касбий аҳамиятга эга функциялари (билвосита ва тўғридан-тўғри усуллар билан) ҳисобга олинади

Қайта тиклаш мезонлари:

- қаттиқ астенизация белгиларининг йуклиги;
- аллергик намоёнларнинг йуклиги ёки сезиларли даражада пасайиши;
- диспептик аломатлар ва қорин оғриғи йуклиги;
- қонни клиник таҳлил қилиш кўрсаткичларини нормаллаштириш;

Дегелминтизация жараёнидан 14 кун ўтгач пакана гижжа тухумидаги нажасни микроскопик тадқиқ қилишнинг салбий уч карра натижалари (агар таъсир бўлмаса, даволаш курси 2 ҳафтадан сўнг такрорланади).

Диспансер кузатуви

Камида 6 ой давомида гименолепидз билан касалланган болаларни тиббий кузатув амалга оширилади. (педиатр, оилавий шифокор, юқумли касалликлар бўйича мутахассис, паразитолог). Пакана гижжа тухумлари учун нажасни назорат микроскопик текшируви биринчи 2 ойда 2 ҳафта ичида 1 марта, кейин ҳар ойда ўтказилади. Гименолепидознинг реконвалесентларни пакана гижжа тухумлари учун олтига салбий тест натижаларини олгандан кейин диспансердан олиб чиқарилади.

Олдини олиш.

Гименолепидознинг олдини олиш аҳоли ўртасида гигиена кўникмаларини жорий этиш, турар жойлар ва болалар муассасаларини тўлиқ санитаризация қилиш, шунингдек беморларни аниқлаш ва даволаш орқали амалга оширилиши керак.

Аниқланган бемор тўлиқ клиник тикланишигача (ўртача 1-2 ҳафта давомида) уйда ёки касалхонада алоҳида қутида ёки шу каби нозологияга эга болалар билан изоляция қилинади.

Беморга шахсий гигиенани сақлаш тавсия этилади: ҳар сафар ҳожатхонага ташриф буюрганингиздан сўнг қўлингизни яхшилаб ювиб ташланг, тирноқларингизни қисқартиринг, зиғир матоларни тез-тез алмаштиринг, чойшабни иссиқ сувда ювинг ва барча нарсаларни иссиқ темир билан дазмолланг. Гименолепидоз билан касалланган бемор жойлашган хонада дезинфекцияловчи воситалар ёрдамида ҳар куни нам тозалаш амалга оширилади. Беморни алоҳида идишлар, парваришlash буюмлари билан таъминлаш керак.

Пакана гижжа билан зарарланган болалар даволаниш даврига мактабгача таълим муассасаларига қабул қилинмаслиги ва у тугагандан сўнг кейинги текширувдан ўтказилиши тавсия этилади.

Соғайганларни даволаш ва диспансер кузатуви.

Алоқа учун карантин ва изоляция чоралари ташкил этилмаган. Гименолепидознинг учокларда беморларни аниқлаш ва даволаш зарур; гименолепидозни текшириши керак: болалар жамоалари ва хизмат кўрсатувчи ходимлар, бошланғич синф ўқувчилари, озиқ-овқат, сув таъминоти, савдо ишчилари контингенти. Болалар жамоаларида янги қабул қилинган болаларни гименолепидозга текшириш, шунингдек бутун жамоани йилига бир марта текшириш керак. Аниқланган беморларни дегелминтизация қилиш керак. Юқтирилган болалар билан соғлом болалар билан алоқани даволагунча чекланг.

Гименолепидоз билан курашда турар жойлар ва ҳожатхоналарни эҳтиёткорлик билан санитаризатсия қилиш катта рол ўйнайди. Бемор томонидан ишлатиладиган хоналарни, қозонларни, ҳожатхонадаги ўриндиқларни, полни, эшик тутқичларини мунтазам равишда дезинфекция қилиш. Ахлат идишлари қайноқ сув, 5% лизол ёки креолин эритмаси билан зарарсизлантириш керак. Идишларни ҳар фойдаланишдан кейин тозалаш керак, ва ҳожатхоналар кунига бир неча марта. Санитария-тиббий тадбирлар комплексини пухта амалга ошириш болалар муассасаларида гименолепидозни йуқ қилишни таъминлаши мумкин. Санитария ва тарбиявий ишлар.

ЛЯМБЛИОЗ

Таъриф

Ингичка ичакка зарар етказиб, астенизация ва малабсорбция аломатлари билан намоён бўлган паразитар касаллик деб ҳисобланади.

Қўзғатувчи— *Lamblia intestinalis*, *Giardia lamblia*.

ХКТ – 10: А 07.1

ХКТ-11. 1А31 -Лямблиоз

Таснифи

1. Манзарасиз кечаётган лямблиоз (латент);

2. Манзарали лямблиоз (манифестли)

А. Ичак шакли (ичак фаолиятининг бузилиши, дудеонит, энтерит, гастродуоденал рефлюкс, гастроэнтерит)

Б. Билиар-панкреатик шакли (ўт чиқариш йўллариинг дискинезияси, реактивли панкреатит, холецистит).

В. Ичакка мансуб бўлмаган шакли (нейро-циркулятор дисфункция, астеноневротик синдроми, аллергия аломатлар)

Г. Қоришма шакли.

Оғирлик даражасини баҳолаш мезонлари

- Ичакдаги малабсорбция синдромининг ифодаланиши.

- Организмнинг аллергиязация даражаси.

Ташхисот мезонлари

Ташхис қўйишда ошқозон-ичак тракти аъзоларининг касалланиши аҳамиятли ҳисобланади.

- Клиник-эпидемиологик белгилар.

- Паразитологик: суюқ ва шаклланган нажаснатив суртмасини Турдыев консервантида ишловланган ёки физиологик, Люгольритмаси ва кўк метилен билан рангланган копроскопияси. Ярим соат ичида олинган иссиқ нажасда ва дуоденал таркибида лямблияни вегетатив шакли (трофозоитлар) ҳамда турган шаклланган ахлат натив суртмасида цисталар-ни топилгани касалликни якуний ташхиси деб ҳисобланади.

- Серологик текшириш усуллари: ИФТ (иммунно-ферменттаҳлили), ИФР (иммуннофлуоресценцияреакцияси). Бунда жуфтли зардобларда IgM (М синфига мансуб иммуноглобулинлар) антимоддалар титрининг ўсиши кузатилиши керак. Лекин бу таҳлил ёрдамчи деб ҳисобланади. Якуний ташхис қўйиш учун паразитологик тестлари қўйилиши шарт.

Дифференциал ташхисоти

Лямблиозни вирусли ва бактериал гастроэнтеритлар, бактериал ва амёбали ичбуруғилари билан фарқлашади. Лямблиоз ташхисини ичакд агиаломатларининг полимор физми ҳамда бошқа ичак инфекциялари ва инвазиялари билан бирга кечиши мураккаблаштиради. Якуний ташхис фақат нажасвадуоденал таркибида трофозоитлар ҳамда ахлатда цисталар мавжудлигини тасдиқловчи паразитологик текшириш натижаларига асосланади.

Лямблиозни ташхислашда клиник мезонлар

Белги	Характеристика
Касаллик бошланиши	Аста секин
Интоксикация синдроми	Субфебрил иситма, бош оғриғи, бош айланиши, холсизлик, тез чарчаш, таъсирчанлик
Аллергик белгилар синдроми	Тери қичишиши, эшак ем, ринит; қоннинг клиник тахлилида ўртача эозинофилия
Диспептик бузилишлар синдроми	Кўнгил айланиши, зарда бўлиш, иштаҳанинг бузилиши, қусиш, нотурғун ахлат, метеоризм
Абдоминал оғриқ синдроми	Оқватланиш билан боғлиқ бўлмаган оғриқнинг эпигастрал ва ўнг қовурға остида жойлашиши (симилловчи ва хуружсимон)
Гепатомегалия синдроми ва жигар функциясининг бузилиши	Жигарнинг катталашиши, АлАТ, АсАТ кўрсаткичларининг оғиши
Ичак дисбактериози синдроми	Ахлатнинг чиқишининг бузилиши, метеоризм, ахлатда шиллиқнинг пайдо бўлиши; ичак эндоген микрофлораси микдорининг камайиши ва шартли-патоген микроорганизмлар микдорининг ошиши
Неврологик бузилишлар синдроми	Уйқучанлик, апатия, мушакларнинг талвасали титраши, эпилепсия симон хуружлар, хушдан кетиш, уйқусизлик
Трофологик бузилишлар синдроми ва етишмовчилик ҳолати (анемия ҳам)	Оқсилли –калория етишмовчилик, енгил даражали нормохром ёки гипохроманемии
Иммуносупрессия синдроми	Ўўлдош касалликларнинг ёмон кечиши

ИЗОХ: *-рейтинг схемасига мос равишда тавсиялар кучини баҳолаш

Касалликнинг кечишини, ўтказилганда уни самарадорлигини аниқлаш учун ўтказиладиган текширувлар

- Клиник мониторинг
- Копрологик текшириш (умумий ва паразитологик)
- Қон умумий таҳлили
- Сийдик умумий таҳлили
- Қонда умумий билирубин ва унинг фракциялари, АлАТ, АсАТактивлиги, тимол синамаси (кўрсатмаларга кўра)
- Серологик ташхисот (ИФТ)
- Жигар ва ўт айириш йўллари УТТси
- Дуоденал таркибини текшириш (зондлаш)

Шифохонага ётқизиш

Шифохонага яққол клиник аломатлари билан ифодаланган сурункали персистент кечиши билан касалланган беморлар ётқизилади.

Базис даво

5 сонли пархезли таомлар, санитария ва гигиена тадбирлари, шахсий гигиена.

Этиотроп даво

- **Фуразолидон.** 1-3 ёшли болаларга – 0,025 г дан кунига 2 маҳал; 4 ёш – 0,025 г дан кунига 3 маҳал; 5-6 – 0,05 г дан кунига 3 маҳал; 7-10 – 0,1 г дан кунига 3 маҳал; 12 ёшдан юқори ва катталарга – 0,1 г дан кунига 4 маҳал. Даволаш курси 5-7 кунлик икки даврада 5-6 кунлик танаффуслари билан ўтказилади. Препаратни овқатдан кейин истеъмол қилгани яхшироқдир.

- **Метронидазол.** 250 мг икки ёшгача бўлган болаларга тавсия этилмайди. 2 ёшдан 4 ёшгача чорак таблеткадан кунига 2 маҳал; 5-6 ёш – ярим таблеткадан кунига 2 маҳал; 8-12 ёш – $\frac{3}{4}$ таблеткадан кунига 2 маҳал; 12 ёшдан юқори ва катталарга – 1 таблеткадан кунига 2 маҳал белгиланади. Даволаш курси 5-7 кунлик икки даврада 5 кунлик танаффуси билан ўтказилади. Препаратни овқатдан 15 дақиқадан кейин истеъмол қилгани яхшироқдир.

- **Тинидазол** катталарга кунлик миқдори 2000 мг, болаларга эса кунлик миқдори 40-50 мг/кг дан, бир маротаба, бир кун белгиланади.

- **Макмирор** катталарга кунлик миқдори 800-1200 мг 2-3 маҳалга бўлиб, 5-10 кун давомида берилади.

- **Орнидазол** катталарга кунлик миқдори 1500 мг, бир маротаба, бир кун белгиланади.

- **Албендазол** 2 ёшгача болаларга 10 мг/кг дан кунига, 3-6 ёш - 15 мг/кг дан кунига 5-7 кун давомида; 6 ёш ва ундан юқори ҳамда катталарга – кунига 400 мг дан 5 кун давомида.

- **Секнидазол** 12 ёшгача – суткасига 30 мг/кг (макс. 2 г) бир ичишдауч кун давомида; 12 ёшдан кейин – бир ичишда 2 г уч кун давомида

Патогенетик ва симптоматик даво

- Гепатопротекторлар (легалон, силимарин, урсосан, эссенциале).

- Симптоматик терапия (кўрсатмалар бўйича): антианемик препаратлар, ёғда эрувчан гуруҳига мансуб витаминлар, эу- ва пребиотиклар, ўтҳайдовчи воситалар, антигистамин препаратлари ва диетотерапия.

Профилактика

Профилактика асосини қуйидагилар ташкилэ тади:

- шахсий гигиена қоидаларига қатъий риоя қилиш;
- санитария маданиятини юқорисавияда тутиш;
- лямблиоз билан дардланган беморларни ва паразит ташувчиларни даволаш.

Олдини олиш тадбирлари биринчи ўринда инфекция манбаини аниқлашига қаратилган. Лямблиоз билан дардланган беморлар ва паразит ташувчилар аниқлангандан кейин уларда специфик даволаш ўтказилади. Лямблиозга қарши профилактиканинг специфик ва медикаментли усуллар ҳозиргача мавжуд эмас. Шунинг учун керакки, лямблиоз – бу кир қўллардарди (Ота-оналар ва болалар муассасалари ходимлари болаларга санитария билим даражасини юқори даражага кўтариш лозим).

Болалар муассасаларида ўтказилаётган санитария-гигиеник тадбирлар одатда 2 ойдан 1 йилгача лямблия билан зарарланиш даражасини кескин камайтиришига олиб келади. Мазкур тадбирларга хоналарни рационал жойланиши, жорий дезинфекцияни синчиқлаб ўтказилиши киради. Лямблия цисталарни хлор воситаларга бардошлигини ҳисобга олган ҳолда дезинфекцияни 3-5% ли лизол ёки фенол эритмаси, 2-3% ли натрий метасиликат сув эритмаси билан ўтказилиши ҳамда айрим нарсаларни қайнатилиши тавсия этилади. Махсус эътибор болалар ва ходимлар қўлларининг тозаллигига қаратилиши шарт.

Лямблиозни тарқалишига қарши профилактика тадбирларининг энг самаралиси бу самарали фильтр яратилиши, тозалашнинг ҳамма босқичларини ўтказилиши, айниқса чўктириш ва тиндириш жараёнларини, деб ҳисобланади. Марказлашган сув таъминоти бўлмаган жойларда сувни қайнатилиши, фильтрлаш ускуналарни ишлатилиши тавсия этилади. Ҳар қанақа тақдирда фақат сувни хлорланиши камлик қилади. Табiiй сув қанақа тоза бўлмасин, у дастлабки ишловланишсиз истеъмол қилинмаслиги шарт.

Реконвалесцентлар диспансеризацияси

Ахлатни қайта назорати даволашдан 2 ҳафта ва бир ой ўтгандан кейин ўтказилади. Диспансер кузатуви 12 ой давомида (орада ҳар уч ойда бир маротабали назорат текшируви билан).

ТЕСТЛАР

1.Кайси гижжа касаллиги билан бевосита бемордан зарарланиш мумкин?

аскаридоз
стронгилоидоз
тениаринхоз
трихоцефалёз
энтеробиоз +

2.Лямблиоз билан кандай зарарланади?

корамол гушти билан
сув билан +
сут билан
балик билан
куй гушти билан

3.Лямблияларнинг жойлашиш жойи.

жигар
упка
ингичка ичак +
югон ичак
ошкозон

4.Лямблияларнинг одам организмидан ажралиб чиқиш йуллари.

сийдик
нажас +
кон
ажралиб чикмайди
балгам

5.Кайси материалда лямблияларни ва уларнинг цисталарини аниклаш мумкин?

сийдик
кон
нажас +
балгам
ажралиб чикмайди

6.Острицанинг узунлиги.

- 1 см +
- 0,5 см
- 3 см
- 4 см
- 5 см

7.Килбош гижжанинг узунлиги.

- 50 см
- 2 см +
- 3,5 см
- 5,5 см
- 1,5 см +

8.Пакана гижжанинг узунлиги.

- 0,5 см +
- 1,5 см
- 2 см
- 10 см
- 1 м

9.Одам организмида килбош гижжанинг яшаш даври.

- 1 ой
- 3 ой
- 6 ой
- 5 йил +
- 10 йил

10.Одам организмида острицанинг яшаш даври.

- 1 ой +
- 2 ой
- 3 ой
- 4 ой
- 5 ой

11.Энтеробиоз билан кандай зарарланади?

сут билан
гушт билан
тупрок билан
уйинчоклар билан +
сабзавотлар билан

12.Килбош гижжанинг охирги хужайини.

одам +
корамола
балик
куйлар
итлар

13.Энтеробиознинг асосий белгиси.

корин атрофида огрик
перианальной атрофида кичиш +
бош огрик
кунгил айнаш
кайд килиш

14.Пакана гижжанинг охирги хужайини.

корамола
куйлар
балик
одам +
итлар

15.Гименолепидоз билан кандай зарарланди?

сув билан
гушт билан
уйинчоклар билан +
сут билан
балик билан

16.Энтеробиозни даволаш учун кайси препаратлар кўлланилади?

Феносал
Пиполфен
албендазол +

кади тухумлари
празиквантел

17.Гименолепидозни даволаш учун қайси препаратлар кулланилади?

фенасал +
трихлорофен
мебендазол
бильтрицид +
альбендазол

18.Острицанинг охирги хужайини.

одам +
корамол
балик
куйлар
итлар

19.Қайси гижжа касаллиги аппендицитга ухшаш клиник белгида бўлади?

гименолепидоз
аскаридоз
энтеробиоз +
трихоцефалёз
тениаринхоз

20.Лямблияларнинг жойлашиш жойи.

жигар
упка
ингичка ичак +
югон ичак
ошқозон

21.Қайси материалда лямблияларни ва уларнинг цисталарини аниклаш мумкин?

сийдик
кон
нажас +
балгам

ажралиб чикмайди

22.Лямблияларнинг одам организмидан ажралиб чиқиш йуллари.

сийдик

нажас +

каон

ажралиб чикмайди

балгам

23.Лямблиоз билан қандай зарарланади?

қорамол гушти билан

сув билан +

сут билан

балиқ билан

қуй гушти билан

24.Қайси гижжа касаллиги билан бевосита бемордан зарарланиш мумкин?

аскаридоз

стронгилоидоз

тениаринхоз

трихоцефалёз

энтеробиоз +

Адабиётлар:

1. Абдулпатахова С.Б. Формирование очагов энтеробиоза в детских образовательных учреждениях города Махачкалы. Автореферат диссертации на соискание ученой степени к.м.н. Москва 2007. 24 с.

2. Абдиев Т.А., Саидахмедова Д.Б., Сувонкулов У.Т., Ахмедова М.Д., Саипов Ф.С., Махмудова Л.Б. и другие. Паразитарные болезни человека в Узбекистане (методическое руководство), Ташкент – 2018г.

3. Т.А. Абдиев, О.А. Эгамбердиев, Ф.Т. Абдиев, Д.Б. Саидахмедова, М.М. Абдусаттаров, Т.А. Вахобов, Д.А. Коваленко, Л.Б. Махмудова – Клиническое руководство по гельминтозам. Ташкент – 2013

4. Ачилова О.Д., Сувонкулов У.Т., Муратов Т.И., Садиков З.Ю., Саттарова Х.Г. Актуальность кишечных инвазий у детей в современном мире. //Doktor axborotnomasi № 2—2018. 117-121 б.

5. Алексашина Д.С., Аракельян Р.С., Богданьянц М.В., Окунская Е.И., Коннова О.В., Сергеева Н.А., Досмухамбетов Р.А., Лунова С.А. Паразитарные поражения желудочно-кишечного тракта у детей школьного возраста по результатам клинического и ультразвукового исследований. //Педиатрия. Том 20, № 3 (2021). С.29-32.

6. Ахатова Г.Х., Назарова У.Х., Турсунова Х.Н. Совершенствование эффективности применения профилактических мероприятий у детей по снижению заболеваемости гельминтозами. //Молодой ученый. - 2017. - №16. С.25-27.

7. Безрукова Д.А., Джумагазиев А.А., Богданьянц М.В. Клинический случай аскаридоза у младенца. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2019; 4(72): 123–5. [Bezrukova D.A.,

8. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Хавкин А.И., Эйберман А.С. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. — М.; 2005. — 36 с. [Bel'mer SV, Gasilina TV, Khavkin AI, Eiberman AS. Funktsional'nye narusheniya organov pishchevareniya u detei. Moscow; 2005. 36 p. (In Russ).]

9. Бельмер С.В., Волынец Г.В., Горелов А.В., Гурова М.М., Звягин А.А., Корниенко Е.А., Новикова В.П., Печкуров Д.В., Приворотский В.Ф., Тяжева А.А., Файзуллина Р.А., Хавкин А.И.,

Эрдес С.И. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Рекомендации Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. Часть 1. Рос вестн перинатол и педиатр 2020; 65:(4): 150–161. DOI: 10.21508/1027–4065–2020–65–4–150–161

10. Боулс Р. Эффективность комбинированной терапии с применением коэнзима Q10, L-карнитина и амитриптилина в лечении синдрома циклической рвоты и сопутствующих функциональных расстройств. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2012; 4(2):105–

11. Белоусова Е.Д. Циклическая рвота. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2011; 6: 63–65. [Belousova E.D. Cyclic Vomiting. Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii. (Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics) 2011; 6: 63–65. (in Russ.)]

12. Волков И. Н. и др.; под ред. В. Н. Ярыгина. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2015. – URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.

13. Владимир Давидянц, Евгения Черникова, Вера Лунгу. Контроль и профилактика геогельминтозов в странах европейского региона ВОЗ. Сборник справочно-методических материалов. ВОЗ. 2017.

1. Гельминтные инфекции, передаваемые через почву. Информационный бюллетень № 366. ВОЗ. Май. 2014 г.

2. Ершова И.Б., Мочалова А.А., Лохматова И.А., Монашова М.Г., Петренко О.В. Неспецифические проявления гельминтозов у детей// Здоровье ребенка. - 2015. - №8 (68). - С.45-50.

3. Ежов М.Н., Давидянц В.А. Состояние борьбы и профилактики геогельминтозов в странах Европейского региона ВОЗ. Технический рапорт. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2013.

4. Исаков Т.Б., Раимкулов К.М., Тойгомбаева В.С., Эпидемиологическая ситуация по инвазированности гельминтозами южного региона Киргизской Республики. //Журнал Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2021. №1. С.47-53.

5. Карпенко С.Ф., Галимзянов Х.М. Гиперчувствительность замедленного типа, диагностическое и прогностическое значение показателей миграционной активности лейкоцитов. Астраханский медицинский журнал. 2013; 8(3): 20–5. [Karpenko S.F., Galimzyanov H.M. The slow type of hypersensitivity, the diagnostic and prognostic

value of indicators of leukocyte migration activity. Astrakhan Medical Journal. 2013; 8(3): 20–5. (in Russian)].

6. Климкина Т.Н., Серёгина Н.П. Лямблиоз — проблема и пути решения. Современные наукоемкие технологии. 2004; 6: 91–2. [Klimkina T.N., Seregina N.P. Lambliosis: problems and solutions. Modern High Technologies. 2004; 6: 91–2. (in Russian)].

7. Краткий атлас протозойных болезней, гельминтозов и микозов человека: монография / Ермилов В. В., Снигур Г. Л., Смирнов А. В. и др.— Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2015. — 249 с.

8. Марушко Ю.В., Грачева М.Г. Современное состояние проблемы гельминтозов у детей. Вопросы диагностики и лечения.//Современная педиатрия. - Киев, 2012. - №3(43). - С.1-5.

9. Лохматова И.А. Особенности элементного профиля у детей школьного возраста с аскаридозом.//Медицинский альманах. № 3 (54). 2018. С.97-102.

10. Лысенко А.Я., Владимирова М.Г., Кондрашин А.В., Майори Дж., «Клиническая паразитология» Женева 2002г.

11. Мукашева М.А., Нурлыбаева К.А., Тыкежанова Г.М., Мукашева Г.Ж., Бодеева Р.Т. Анализ эпидемиологической ситуации по биогельминтозам в Карагандинской области.//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2016. — № 11-5. — С. 926-930; URL: <http://www.applied-research.ru/ru/article/view?id=10562>.

12. Методы диагностики паразитарных болезней. Ситуационные задачи по медицинской паразитологии: учеб. пособие / Никитин С. А., Щербакова Т. Н. и др.; под ред. М. В. Черникова. — Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2010. — 135 с.

13. Мухитдинов Ш.Т., Жураева Ф.Р. Проблемы гельминтозов среди детей до 14 лет и организационные методы борьбы с ними в первичном звене здравоохранения // Міжнародний науковий журнал «Інтернаука». - 2017. - №6 (28). - С.30-32.

14. Медицинская паразитология и паразитарные болезни. Протозоозы и гельминтозы. Учебное пособие. Под ред профессора А.Б. Ходжаян, профессора С.С. Козлова, профессора М.В. Голубевой. Москва, Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 446 С.

15. Норкулова Г.С. Гельминтозы у детей: частота и причины.//European research: Innovation in science, education and technology XXVIII International scientific and practical conference //

London. United Kingdom. - 2017. - P.73-74. European research. - 2017. - N5 (28).

16. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы). Под редакцией В.П. Сергиева, Ю.В. Лобзина, С.С. Козлова. Издание 3-е, исправленное и дополненное. - СПб: Фолиант, 2016. - 639 с.

17. Пехов А. П. Биология: медицинская биология, генетика и паразитология [Электронный ресурс]: учебник для вузов / А. П. Пехов. – 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 656 с. – URL: <http://www.studentlibrary.ru/5>. Медицинская паразитология: Учебное пособие / Под ред. Н. В. Чебышева. – 2012. – 304 с.: ил.

18. Расулов С.К. Тиббий паразитология. Ўқув қўлланма. Умумий қисм. Тошкент. 2024 й. “DIMAL” нашриёти. - 96 б.

19. Справочник по инфекционным болезням у детей / под ред. Ю.В. Лобзина. – СПб.: СпецЛит, 2013.

14. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Трухманов А. С., Лапина Т. Л., Сторонова О. А., Зайратьянц О. В., Дронова О. Б., Кучерявый Ю. А., Пирогов С. С., Сайфутдинов Р. Г., Успенский Ю. П., Шептулин А. А., Андреев Д. Н., Румянцева Д. Е. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020. Т. 30. №4. С. 70–97. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97>

15. Камалова А.А., Шакирова А.Р. Синдром циклической рвоты. Вопросы детской диетологии 2013; 11(6): 69–71. [Kamalova A.A., Shakirova A.R. Cyclic Vomiting Syndrome. Voprosy detskoj dietologii 2013; 11(6): 69–71. (in Russ.)]

16. Кубалова С.С., Корниенко Е.А. Роль лактазной недостаточности и кишечной микрофлоры в развитии функциональных расстройств желудочнокишечного тракта у детей первого полугодия жизни. Вопросы современной педиатрии. 2013;12(4):159-165.

17. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Союз педиатров России. М.: 2010. С. 39–42 [Nacional'naja programma optimizacii vskarmlivanija detej pervogo goda zhizni v Rossijskoj Federacii. Sojuz pediatrov Rossii. M.: 2010. S. 39–42 (in Russian)].

18. Кешишян Е.С., Бердникова Е.К., Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей

раннего возраста // Практика педиатра. 2012. №9. С. 12–16 [Keshishjan E.S., Berdnikova E.K., Havkin A.I. Funkcional'nye narusheniya zheludочно-kishechnogo trakta u detej rannego vozrasta // Praktika pediatria. 2012. №9. S. 12–16 (in Russian)].

19. Камалова А.А., Шакирова А.Р. Синдром циклической рвоты. Вопросы детской диетологии 2013; 11(6): 69–71. -[Kamalova A.A., Shakirova A.R. Cyclic Vomiting Syndrome. Voprosy detskoj dietologii 2013; 11(6): 69–71. (in Russ.)]

20. Макарова Е.Г., Украинцев С.Е. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей: отдаленные последствия и современные возможности предупреждения и коррекции. Педиатрическая фармакология. 2017; 14 (5): 392–399. doi: 10.15690/pf.v14i5.1788)

21. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римские IV рекомендации по диагностике и лечению функциональных гастроэнтерологических расстройств: Пособие для врачей. М.: Практическая медицина, 2016; 136–137. [Pimanov S.I., Silivonchik N.N. Rome IV recommendations for the diagnosis and treatment of functional gastroenterological disorders: A manual for doctors. Moscow: Prakticheskaya meditsina 2016; 136–137. (in Russ.).

22. Расулов С.К. Болалар саломатлиги йулида (болалар оилавий шифокори маслахатлари). Инновацион ривожланиш нашриёти матбаа уйи. 2020. 270 б.

23. Расулов С.К., Исламова Д.С., Ибрагимова Ю.Б.. Функциональные расстройства кишечника у детей раннего возраста – терминология, классификация, эпидемиология, этиология, патогенез. International Bulletin of Applied Science and Technology Volume III, Issue 10 october. X. 2023. UIF=8.2|SJIF=5.955. P.360-374

24. Расулов С.К., Бобомуратов Т.А., Лдураева З.А. Медико-социальная охрана материнства и детства с учетом дефицита микронутриентов: нутриционная поддержка и профилактика. Lamdert 204 етаболи Publishing 2022. Republic of Moldova Turope. Монография 198 с. <https://morebooks.de/shop-ui/shop/search>.

25. Скворцова В.А., Яцык Г.В., Звонкова Н.Г. и др. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей грудного возраста: роль диетотерапии // Лечащий врач. 2011. №6. С. 66 [Skvorcova V.A., Jacyk G.V., Zvonkova N.G. i dr. Funkcional'nye narusheniya zheludочно-kishechnogo trakta u detej grudnogo vozrasta: rol' dietoterapii // Lechashhij vrach. 2011. №6. S. 66 (in Russian)].

26. Старостина Л.С., Яблокова Е.А. Особенности функционирования пищеварительной системы у детей раннего возраста: коррекция наиболее частых расстройств. РМЖ. 2017;19:1335-1340.

27. Усенко Д.В., Конаныхина С.Ю. Современные аспекты диагностики и лечения лямблиоза.//Вопросы современной педиатрии. - 2015. - №14(1). С.108-113.

28. Файзуллина Р.А., Самороднова Е.А., Доброквашина В.М. Гельминтозы в детском возрасте.//Практическая медицина. - 2010. - №3. - С.31-36.

29. Халафли Х.Н. Социально-эпидемиологический анализ распространения гельминтозов среди детей.// Фундаментальные исследования. – 2010. – №3.–С.138-143;URL: <http://www.fundamental research. ru/ru/article/view? id=6666>.

30. З.Г. Хасанов, З. Дж. Фатихова, О.Х. Саидова, Ф.И. Одинаев, Ш.Ф. Одинаев. Распространенность аскаридоза, энтеробиоза и лямблиоза среди населения Республики Таджикистан в современных социально-экономических условиях. Здравоохранение Таджикистана, №3, 2020. С.57-63.

31. Bu L. N., Chang M. H., Ni Y. H., et al. *Lactobacillus casei rhamnosus Lcr 35* in children with chronic constipation // *Pediatr. Int.* 2007; 49: 485-490.

32. Bisceglia M., Indrio F., Riezzo G., et al. *The effect of prebiotics in the management of neonatal hyperbilirubinaemia* // *Acta Paediatr.* 2009; 98: 1579-1581.

33. Geppe N. A., Meleshkina A. V., Yablokova E. A., Chebysheva S. N. // *Lechaschi Vrach.* 2020; 3: 43-49. DOI: 10.26295/OS.2020.72.94.007.J.

34. Dent J., El-Serag H. B., Wallander M., Johansson S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review // *Gut.* 2005. V. 54. №5. P. 710. <https://doi.org/10.1136/gut.2004.051821>.

35. Walter A. W., Hovenkamp A., Devanarayana N. M., et al. *Functional constipation in infancy and early childhood: epidemiology, risk factors, and healthcare consultation* // *BMC Pediatr.* 2019; 19: 285. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1652-y>

36. Vandenplas Y, Gutierrez-Castrellon P, Velasco-Benitez C, Palacios J, Jaen D, Ribeiro H, et al. Practical algorithms for managing

common gastrointestinal symptoms in infants. *Nutrition*. 2013 Jan;29(1):184-94. DOI: 10.1016/j.nut.2012.08.008

37. Vandenplas Y., Gutierrez-Castrellon P., Velasco-Benitez C., Palacios J., Jaen D., Ribeiro H. et al. Practical algorithms for managing common gastrointestinal symptoms in infants. *Nutrition* 2013; 29: 184–194. DOI: org/10.1016/j.nut.2012.08.008.

38. Kaul A., Kaul K. Cyclic vomiting syndrome: a functional disorder. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr* 2015; 18(4): 224– 229. DOI: 10.5223/pghn.2015.18.4.224

39. Romano C., Dipasquale V., Rybak A., Comito D., Borrelli O. An overview of the clinical management of cyclic vomiting syndrome in childhood. *Curr Med Res Opin* 2018; 34(10): 1785– 1791. DOI: 10.1080/03007995.2018.1445983

40. Pakhomovskaya N. L., Tatianina O. F., Lazareva T. Yu. *Functional constipation in children // Meditsinskiy Sovet*. 2022; 16 (1): 106–113. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-1-106-113>].

41. Loening-Baucke V. Constipation in early childhood: patient characteristics, treatment, and longterm follow up. *Gut*. 1993;34(10):1400– 1404. doi: 10.1136/gut.34.10.1400.

42. Romanello S, Spiri D, Marcuzzi E, Zanin A, Boizeau P, Riviere S, et al. Association between childhood migraine and history of infantile colic. *JAMA*. 2013 Apr 17; 309 (15):1607-12. DOI: 10.1001/jama.2013.747

43. Rosen R., Vandenplas Y., Singendonk M., Cabana M., DiLorenzo C., Gottrand F. et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2018; 66(3): 516–554. DOI: 10. 1097 /MPG. 0000000000001889.

44. Rasulov S.K., Maxmudova L.B., Mamedov A.N., Saidova F.S., Anvarov J.A. Bolalarda lyambliozni tashhislash va davolash. O'quv-uslubiy qo'llanma. Samarqand-2022. 2,5 b.t. 43 b. "MCHJ Navruz poligraf" matbaa bo'limi.

45. Rasulov S.K., Mamedov A.N., Saidova F.S. Bolalarda enterobiozni tashhislash va davolash. O'quv-uslubiy qo'llanma. Samarqand-2022. 30 b. 2 b.t. "MCHJ Navruz poligraf" matbaa bo'limi.

46. Yarmuhamedova M.K., Schilova M.M., Karamatullaeva E.E. Parazitar kasalliklar. Yoshkent. 2021. 121 b.

47. World Health Organization, UNICEF. Prevention and control of schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis. Joint statement. Geneva, 2004.

48. Baldursson S., Karanis P. Waterborne transmission of protozoan parasites: review of worldwide outbreaks - an update 2004-2010 // Water Res. - 2011. - Vol.15. - N45 (20). - P.6603-6614.

49. Lamberton H.L., Jourdan P.M. Human Ascariasis: Diagnostics Update. Curr. Trop. Med. Rep. 2015; N 2. P. 189 - 200.

50. Lynser D., Handique A., Daniala C. et al. Sonographic images of hepato-pancreatico-biliary and intestinal ascariasis: A pictorial review. InsightImaging. 2015; N 6. P. 641 - 646.

51. Li HM, Zhou CH, Li ZS, et al.: Risk factors for Enterobius vermicularis infection in children in Gaozhou, Guangdong, China. Infect Dis Poverty 2015; 4: 28.

52. Powell G, Sarmah P, Sethi B, Ganesan R: Enterobius vermicularis infection of the ovary. BMJ Case Rep 2013; doi: 10.1136/bcr-2013-201146.

53. Rasulov S.K., Maxmudova L.B., Mamedov A.N., Saidova F.S., Anvarov J.A. Bolalarda lyambliozni tashxislash va davolash. Ukuv-uslubiy kullanma. Samarkand-2022 y. 43 b. «MCHJ Navruz poligraf» matbaa bulimi.

54. Rasulov S.K., Mamedov A.N., Saidova F.S. Bolalarda enterobiozni tashxislash va davolash. Ukuv uslubiy kullanma. Samarkand. 2022. 30 b. 2,0.b.t. «MCHJ Navruz poligraf» matbaa bulimi.

55. Rasulov S.Q., Yarmuxamedova M.K. Tibbiy parazitologiya. O'quv qo'llanma Umumiy qism. Toshkent. "DIMAL" nashriyoti, 2024-y. – 100 b.

56. Reinhard KJ, Araújo A, Morrow JJ: Temporal and spatial distribution of Enterobius vermicularis (Nematoda: Oxyuridae) in the prehistoric Americas. Korean J Parasitol 2016; 54: 591–603.

57. Rostami A, Riahi SM, Holland CV, Taghipour A, Khalili-Fomeshi M, Fakhri Y, et al. Seroprevalence estimates for toxocariasis in people worldwide: A systematic review and meta-analysis. PLoS Negl Trop Dis 2019; 13(12):e0007809. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007809>

58. Sebastian W, Henning T, Stefan S, et. al.: The Diagnosis and Treatment of Pinworm Infection. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 213–9. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0213.

59. Centers for Disease Control and Prevention: Enterobiasis. www.cdc.gov/parasites/pinworm/ Friesen J, Bergmann C, Neuber R, et al.: Detection of *Enterobius vermicularis* in greater Berlin, 2007–2017: seasonality and increased frequency of detection. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2019. doi: 10.1007/s10096-019-03495-1 (Epub ahead of print).

60. Cranston I, Potgieter N, Mathebula S, Ensink JHJ: Transmission of *Enterobius vermicularis* eggs through hands of school children in rural South Africa. *Acta Trop* 2015; 150: 94–6.

61. Soil-transmitted helminthiasis; eliminating soil-transmitted helminthiasis as a public health problem in children: progress report 2001–2010 and strategic plan 2011–2020. Geneva: World Health Organization. 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/4804/1/9789241503129_eng.pdf, accessed 23 January 2017).

62. Kubiak K, Dzika E, Paukszto L: Enterobiasis epidemiology and molecular characterization of *Enterobius vermicularis* in healthy children in north-eastern Poland. *Helminthologia* 2017; 54:284–91.

63. Tsai CY, Junod R, Jacot-Guillarmod M, Beniere C, Ziadi S, Bongiovanni M: Vaginal *Enterobius vermicularis* diagnosed on liquid-based cytology during Papanicolaou test cervical cancer screening: a report of two cases and a review of the literature. *Diagn Cytopathol* 2018; 46:179–86.

64. Chen KY, Yen CM, Hwang KP, Wang LC: *Enterobius vermicularis* infection and its risk factors among pre-school children in Taipei, Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect* 2018; 51: 559–64.

65. Gelfand AA. Infant colic – a baby’s migraine? *Cephalalgia*. 2015 Dec;35(14): 1243-5. DOI: 10.1177/0333102415576224

66. Kramer E.A., den Hertog-Kuijl J.H., van den Broek L.M., van Leengoed E., Bulk A.M., Kneepkens C.M., Benninga M.A. Defecation patterns in infants: a prospective cohort study. *Arch Dis Child* 2015; 100: 533–536. DOI: [org/10.1136/archdischild-2014-307448](https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307448)

67. Kovacic K., Miranda A., Chelimsky G., Williams S., Simpson P., Li B. Chronic idiopathic nausea of childhood. *J Pediatr* 2014; 164(5): 1104–1109. DOI: 10.1016/j.jpeds.2014.01.046.

68. Turco R., Miele E., Russo M., et al. Early-life factors associated with pediatric functional constipation // *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014; 58 (3): 307-312.

69. Trivić I., Hojsak I. Initial Diagnosis of Functional Gastrointestinal Disorders in Children Increases a Chance for Resolution of Symptoms. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr* 2018; 21(4): 264–270. DOI: 10.5223/pghn.2018.21.4.264

70. Sillanpää M, Saarinen M. Infantile colic associated with childhood migraine: A prospective cohort study. *Cephalalgia*. 2015 Dec;35(14):1246-51. DOI: 10.1177 /0333102415576225

71. GRAS Determination for *Lactobacillus reuteri* Strain DSM 17938, 2008.

72. Federal Register, Part III, Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, 21 CFR Parts 20, 25, 170, et al., Substances Generally Recognized as Safe; Final Rule, 2016.

73. Drossman DA, Dumitrascu DL. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders. *J Gastrointest Liver Dis*. 2006;15(3):237–241.

74. Drossman D.A. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterol* 2016;150:1262–1279. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.032

75. Madani S., Cortes O., Thomas R. Cyproheptadine Use in Children With Functional Gastrointestinal Disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016; 62(3): 409–413. DOI: 10.1097/MPG.0000000000000964.

76. Макарова Е.Г., Украинцев С.Е. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей: отдаленные последствия и современные возможности предупреждения и коррекции. *Педиатрическая фармакология*. 2017; 14 (5): 392–399. doi: 10.15690/pf.v14i5.1788)

77. Eusebi L. H., Cirota G. G., Zagari R. M., Ford A. C. Global prevalence of Barrett's oesophagus and oesophageal cancer in individuals with gastro-oesophageal reflux: a systematic review and meta-analysis // *Gut*. 2020. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-321365/>

78. Fass R., Boeckxstaens G. E., El-Serag H., Rosen R., Sifrim D., Vaezi M. F. Gastrooesophageal reflux disease // *Nature reviews Disease primers*. 2021. V. 7. №1. P. 55. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00287-w>

79. van Wijk M.P., Benninga M.A., Davidson G.P., Haslam R., Omari T.I. Small volumes of feed can trigger transient lower esophageal sphincter relaxation and gastroesophageal reflux in the right lateral position in infants. *J Pediatr* 2010; 156: 744–748, 748 e1. DOI: 10.1016/j.jpeds.2009.11.006

80. van Tilburg M.A., Hyman P.E., Walker L., Rouster A., Palsson O.S., Kim S.M., Whitehead W.E. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers. *J Pediatr* 2015; 166: 684–689. DOI: org/ 10.1016/j.jpeds.2014.11.039.

81. Madani S., Cortes O., Thomas R. Cyproheptadine Use in Children With Functional Gastrointestinal Disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016; 62(3): 409–413. DOI: 10.1097/MPG.0000000000000964.

82. Moon R.Y. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2011; 128:1030–1039. DOI: 10.1542/peds.2011-2285

83. Moore D.J., Tao B.S., Lines D.R., Hirte C. Double-blind placebo-controlled trial of omeprazole in irritable infants with gastroesophageal reflux. *J Pediatr* 2003; 143(2): 219–223. DOI: 10.1067/S0022-3476(03)00207-5

84. Miceli Sopo S., Arena R., Greco M., Bergamini M., Monaco S. *Constipation and cow's milk allergy: a review of the literature // Int Arch Allergy Immunol.* 2014; 164 (1): 40-45.

85. Krutikhina S. B., Geppe N. A., Yablokova E. A., Kudryashova M. A. Functional constipation in infants and toddler: modern possibilities of using pro- and prebiotics // *Lechaschi Vrach.* 2023; 1 (26): 11-14. DOI: 10.51793/OS.2023.26.1.002.

86. Horvath A., Dziechciarz P., Szajewska H. The effect of thickened-feed interventions on gastroesophageal reflux in infants: systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials. *Pediatrics* 2008; 122: e1268–e1277. DOI:10.1542/peds.2008-1900.

87. Gold B.D. Is gastroesophageal reflux disease really a life-long disease: do babies who regurgitate grow up to be adults with GERD complications? // *Am J Gastroenterol.* 2006, Mar. Vol. 101(3). P. 641–644.

88. Vik T., Grote V., Escribano J., Socha J., Verduci E., Fritsch M. *et al.* European Childhood Obesity Trial Study Group. Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression *Acta Paediatr* 2009; 98(8): 1344–1348. DOI: 10.1111/j.1651 2227.2009.01317.x.

89. Szajewska H., Gyrczuk E., Horvath A. Lactobacillus reuteri DSM 17938 for the management of infantile colic in breastfed infants: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Pediatr 2013; 162: 257–262. DOI: 10.1016/j.jpeds.2012.08.004

90. Savino F., Cordisco L., Tarasco V., Palumeri E., Calabrese R., Oggero R. et al. Lactobacillus reuteri DSM 17938 in infantile colic: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Pediatrics 2010; 126: e526–e533. DOI: 10.1542/peds.2010-0433

91. Sawada A, Guzman M, Nikaki K, Sonmez S, Yazaki E, Aziz Q, Woodland P, Rogers B, Gyawali CP, Sifrim D. Identification of Different Phenotypes of Esophageal Reflux Hypersensitivity and Implications for Treatment. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2020.

92. Shergill-Bonner R. Infantile colic: practicalities of management, including dietary aspects. J Fam Health Care 2010; 20: 206–209.

93. James-Roberts I.S., Alvarez M., Hovish K. Emergence of a developmental explanation for prolonged crying in 1- to 4-month-old infants: review of the evidence. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2013; 57(Suppl 1):S30–S36. DOI: 10.1097/01.mpg.0000441932.07469.1b

94. Heather J. Chial, Michael Camilleri. Постпрандиальная регургитация желудочного содержимого и похудение у 21-летней студентки // Клиническая гастроэнтерология и гепатология. Русское издание. –2008.–том 1.–№ 6.–с. 436–39.

95. Nikaki K., Rybak A., Nakagawa K., Rawat D., Woodland P., Borrelli O., Sifrim D. Diagnosis of rumination syndrome in children with ambulatory impedance-pH monitoring. P1382. UEG Journal, 2019, V.7(8S) iv. Abstract issue, p. 749.

96. Lightdale J.R., Gremse D.A. Gastroesophageal reflux: management guidance for the pediatrician. Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Pediatrics 2013; 131(5):e1684–e1695. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0421>.

97. Li B.U., Lefevre F., Chelimsky G.G. Boles R.B., Nelson S.P., Lewis D.W. et al. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Consensus Statement on the Diagnosis and Management of Cyclic Vomiting Syndrome. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 47(3): 379–393. DOI: 10.1097/MPG.0b013e318173ed39

98. Benninga S., Nurko M.A., Faure C., Hyman P.E., James-Roberts I.S., Schechter N.L. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders:

Neonate/Toddler. *Gastroenterol* 2016; 150(6): 1443–1455. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.016.

99. James-Roberts I.S., Alvarez M., Hovish K. Emergence of a developmental explanation for prolonged crying in 1- to 4-month-old infants: review of the evidence. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2013; 57(Suppl 1):S30–S36. DOI: 10.1097/01.mpg.0000441932.07469.1b.

100. Madani S., Cortes O., Thomas R. Cyproheptadine Use in Children With Functional Gastrointestinal Disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016; 62(3): 409–413. DOI: 10.1097/MPG.0000000000000964.

101. Hyman P.E., Milla P.J., Benninga M.A., Davidson G.P., Fleisher D.F., Taminiau J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterol* 2006; 130 DOI: 10.1053/j.gastro.2005.11.065.

102. Hyams J.S., Di Lorenzo S., Saps M., Shulman R.J., Staiano A., van Tilburg M. Functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterol* 2016; 150: 1456–1468. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.015

103. Bhatia S. J., Makharia G. K., Abraham P., Bhat N., Kumar A., Reddy D. N., Wadhwa R. T. Indian consensus on gastroesophageal reflux disease in adults: A position statement of the Indian Society of Gastroenterology // *Indian Journal of Gastroenterology*. 2019. V. 38. P. 411-440. <https://doi.org/10.1007/s12664-019-00979-y>

104. Fuchs K. H., Babic B., Breithaupt W., Dallemagne B., Fingerhut A., Furnee E., Zaninotto G. EAES recommendations for the management of gastroesophageal reflux disease // *Surgical endoscopy*. 2014. V. 28. P. 1753-1773. <https://doi.org/10.1007/s00464-014-3431-z>.

105. Mathus-Vliegen E. M. H., Tytgat G. N. J. Gastro-oesophageal reflux in obese subjects: influence of overweight, weight loss and chronic gastric balloon distension // *Scandinavian journal of gastroenterology*. 2002. V. 37. №11. P. 1246-1252. <https://doi.org/10.1080/003655202761020498>.

106. Becher A., El-Serag H. Systematic review: the association between symptomatic response to proton pump inhibitors and health-related quality of life in patients with gastro-oesophageal reflux disease // *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2011. V. 34. №6. P. 618-627. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2011.04774.x>.

107. Robinson M., Sahba B., Avner D., Jhala N., Greski-Rose P. A., Jennings D. E. A comparison of lansoprazole and ranitidine in the

treatment of erosive oesophagitis // *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 1995. V. 9. №1. P. 25-31. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.1995.tb00347.x>.

108. Savarino V., Marabotto E., Zentilin P., Furnari M., Bodini G., De Maria C., Savarino E. Pathophysiology, diagnosis, and pharmacological treatment of gastro-esophageal reflux disease // *Expert review of clinical pharmacology*. 2020. V. 13. №4. P. 437-449. <https://doi.org/10.1080/17512433.2020.1752664>

109. Goh K. L., Lee Y. Y., Leelakusolvong S., Makmun D., Maneerattanaporn M., Quach D. T., Wong R. K. M. Consensus statements and recommendations on the management of mild-to-moderate gastroesophageal reflux disease in the Southeast Asian region // *JGH Open*. 2021. V. 5. №8. P. 855-863. <https://doi.org/10.1002/jgh3.12602>.

110. Iwakiri K., Fujiwara Y., Manabe N., Ihara E., Kuribayashi S., Akiyama J., Koike K. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2021 // *Journal of gastroenterology*. 2022. V. 57. №4. P. 267-285. <https://doi.org/10.1007/s00535-022-01861-z>.

111. 박찬혁, 이상길. 위식도역류질환 // *The Korean journal of gastroenterology= Taehan Sohwagi Hakhoe chi*. 2019. V. 73. №2. <https://doi.org/10.4166/kjg.2019.73.2.70>

112. Bhatia S. J., Makharia G. K., Abraham P., Bhat N., Kumar A., Reddy D. N., Wadhwa R. T. Indian consensus on gastroesophageal reflux disease in adults: A position statement of the Indian Society of Gastroenterology // *Indian Journal of Gastroenterology*. 2019. V. 38. P. 411-440. <https://doi.org/10.1007/s12664-019-00979-y>.

113. Zaterka S., Marion S. B., Roveda F., Perrotti M. A., Chinzon D. Historical perspective of gastroesophageal reflux disease clinical treatment // *Arquivos de gastroenterologia*. 2019. V. 56. P.202-208. <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.201900000-41>.

114. Qvigstad G., Arnestad J. S., Brenna E., Waldum H. L. Treatment with proton pump inhibitors induces tolerance to histamine-2 receptor antagonists in *Helicobacter pylori*-negative patients // *Scandinavian journal of gastroenterology*. 1998. V. 33. №12. P. 1244-1248. <https://doi.org/10.1080/00365529850172313>.

115. Ganzini L., Casey D. E., Hoffman W. F., McCall A. L. The prevalence of metoclopramide-induced tardive dyskinesia and acute

extrapyramidal movement disorders // Archives of internal medicine. 1993. V. 153. №12. P. 1469-1475.[https://doi.org/ 10. 1001/ archinte. 1993.00410120051007](https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410120051007).

116. Kwiatek M. A., Roman S., Fareeduddin A., Pandolfino J. E., Kahrilas P. J. An alginate- antacid formulation (Gaviscon Double Action Liquid) can eliminate or displace the postprandial 'acid pocket' in symptomatic GERD patients // Alimentary pharmacology & therapeutics. 2011. V. 34. №1. P. 59-66. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2011.04678.x>

117. Moore M., Afaneh C., Benhuri D., Antonacci C., Abelson J., Zarnegar R. Gastroesophageal reflux disease: a review of surgical decision making // World journal of gastrointestinal surgery. 2016. V. 8. №1. P. 77. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v8.i1.77>

С.К. РАСУЛОВ

**ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА
ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ АЪЗОЛАРИНИНГ
ФУНКЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАРИ ВА
КАСАЛЛИКЛАРИ**

Ўқув қўлланма

Мухаррир: М.Талипова

Мусахҳиҳ: Н.Ниязова

Компютерда тайёрловчи: Б.Хайдаров

Босишга рухсат этилди: 23.05.2026 йил
Бичими 60x84 1/16. «Times New Roman»
гарнитурада рақамли босма усулда чоп этилди.
Шартли босма табағи 13,5. Нашр.б.т. 9,2
Адади 100. Буюртма № 23-05

“Dimal” МЧЖ нашриёти, 100071,
Тошкент, Ҳувайдо кўч 2А-25.

«IMPRESS MEDIA» МЧЖ босмахонасида чоп этилди.
Тошкент шаҳри, Қушбеги кўчаси, 6-уй.