

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKA OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI**  
**SOG'LIKNI SAQLASH VAZIRLIGI**  
**ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI**  
**BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**  
**PEDIATRIYA KAFEDRASI**

***DAVOLASH VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI***

***4 KURS TALABALARI UCHUN***

***BOLALAR KASALLIKLARI FANIDAN***

***O'QUV USLUBIY MAJMUA***

Ta'lim shifri - 510000 «Sog'liqni saqlash»  
Ta'lim yo'nalishi: 5510100 – Davolash ishi  
5111000 – Kasbiy ta'lim (5510100 – Davolash ishi)

Buxoro – 2019

Fanning o'quv uslubiy majmuasi o'quv ishchi dasturi, o'quv reja va o'quv dasturiga muvofiq ishlab chiqildi

Fanning o'quv uslubiy majmuasi Buxoro Davlat tibbiyot institutida ishlab chiqildi.

**Tuzuvchi:**

**Muxamedova Sh.T** Buxoro Davlat tibbiyot instituti pediatriya va bolalar xirurgiyasi kafedrasida katta o'qituvchi.

Fanning o'quv uslubiy majmuasi Buxoro Davlat tibbiyot instituti Ilmiy-metodik kengashida tavsiya qilingan (2017\_ yil «\_\_» \_\_iyun\_\_ dagi «\_\_» - sonli bayon

## MUNDARIJA

**I. O'quv materiallari :-----**

**II. Nazariy mashg'ulot materiallari :**

2.1. Bolalarda pnevmoniya -----

2.2. Bronxial astma -----

2.3. O'tkir revmatik isitma-----

2.4. Surunkali yuvenil revmatoid artrit. -----

2.5. Bolalarda gastroduodenitlar -----

**III. Amaliy mashg'ulotlar materiallar:**

3.1. Bolalarda o'tkir pnevmoniya -----

3.2-3. Bolalarda bronxial astma -----

3.4. O'tkir revmatik isitma. -----

3.5. Bolalarda norevmatik karditlar -----

3.6. Bolalarda yuvenil revmatoid artrit -----

3.7. Bolalarda surunkali gastrit va gastroduodenit lar. -----

3.8. Bolalarda oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi-----

3.9. Bolalarda surunkali enterokolitlar. -----

3.10. Bolalarda surunkali gepatitlar-----

3.11. Bolalarda jigar cirrozi-----

3.12-13. Bolalarda infeksiyon glomerulonefritlar. -----

**III. Mustaqqil ta'lim mavzular -----**

**IV. Glossariy-----**

**V. Ilovalar :**

5.1. Fan dasturi -----

5.2. Ishchi o'quv dasturi -----

5.3. Tarkatma materiallar -----

5.4. Testlar -----

5.5. Baxolash mezonlari -----

5.6. Foydalaniladigan adabiyotlar -----

## II. Nazariy mashg'ulotlar

### Ma'ruza №1

#### Ma'ruza mashg'ulotlarining ta'lim texnologiyasi.

<b>Mavzu</b>	<b>Erta yoshdagi bolalarda pnevmoniya kasalligi</b>
--------------	---

#### 1.1. Talim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti-2soat	Talabalar soni : 20-60 gacha	
Mashg'ulot shakli	Kirish – axborotli maruza	
Maruza rejasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O'tkir zotiljam to'g'risida tushuncha.</li> <li>2. Zotiljamning zamonaviy tasnifi.</li> <li>3. Zotiljamning klinik diagnostikasi.</li> <li>4. O'tkir zotiljamni davolashning zamonaviy uslublari.</li> <li>5. Zotiljamni davolashning effektivligi kriteriyalari</li> <li>6. O'tkir zotiljam asoratlarini davolash.</li> </ol>	
<p><b>O'quv mashg'ulotning maqsadi :</b> Talabalarga erta yoshdagi bolalarda zotiljam kasalligi to'g'risida tushuncha berish. Turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholash. Tekshirish usullari haqida tasavvurga ega bo'lish. Zotiljam kasalligini tashxislash vadavolashni o'rgatish.</p>		
<b>Pedagogik vazifalar:</b>		<b>O'quv faoliyati natijalari:</b>
Talabalariga nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini o'rgatish. Erta yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholay olishni o'rgatish. Bolalarda pnevmaniya kasalligini aniqlay olishni o'rgatish. Zotiljam kasalligini etiologiyasi, patogenezini, klinikasi va davolashini o'rgatish.		Talabalariga erta yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholay bilishi, nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini o'rganishi kerak. Erta yoshdagi bolalarda zotiljam kasalligini aniqlay olishi kerak. Zotiljam kasalligini etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, tashxisini va davolashini bilishi kerak.
Talim berish usullari	Kurgazmali maruza, suhbat	
Talim berish shakllari	Ommaviy jamoaviy	
Talim berish vositalari	O'quv qo'llanma, proektor	
Talim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya	
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat :savol-javoblar	

#### 1.2. Maruza mashg'ulotining texnologik haritasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu bo'yicha O'quv mazmunini tayyorlash.</li> <li>2. Kirish maruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash.</li> <li>3. Talabalar O'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</li> </ol>	

	4. O'quv fanini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Ma'ruza mashguloti mavzusi, uning maqsadi va vazifalarini tanishtiriladi. 2.Talabalar O'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiriladi (2- ilova). 3.Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadida savollar beradi (3-ilova).	Tinglaydilar
2.Asosiy bosqich (55 daqiqa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.Power Point dasturi yordamida slaydlarni namoyish kilish va izoxlash bilan mavzu bo'yicha asosiy nazariy jixatlarini tushuntirib beradi.</li> <li>• 2 Erta yoshdagi bolalarda zotiljam kasalligini slaydlar yordamida tushuntiradi.</li> <li>• 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish va mustaxkamlash maqsadida quyidagi savollarni beradilar:</li> <li>• Erta yoshdagi bolalarda zotiljam kasalligi haqida tushuncha bering.</li> <li>• Zotiljamni chakiruvchi sabablarni ayting.</li> <li>• Pnevmaniyaning bolalarda kechish xususiyatlari kanday?</li> <li>• Pnevmaniya kasalligini klassifikatsiyasida nimalar yoritilgan?</li> <li>• Pnevmaniya kasalligini etiopatogenetik davolash qanday?</li> <li>• Pnevmaniyaning profilaktikasini olibborishda nimalarga e'tibor berish kerak?</li> </ul>	Tinglaydilar, Yozadilar, javob beradilar
3.Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha talabalarda yuzaga kelgan savollarga javob beradi, yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqili ishlash uchun o'tkir respirator virusli infektsiyalar, pnevmopatiyalar-5 s mavzusini takdim etadi va internet asosida mazkur O'quv materialni o'qib kelish vazifasini beradi.	Savollar beradilar, vazifani yozib oladilar.

## **ERTA YOSHDAGI BOLALARDA PNEVMONIYA KASALLIGI.**

Zotiljam ,pnevmoniya (grekcha pnevmon - O'pka ; sin. O'pka yalliglanishi)-O'pka ning respirator qismlarining yalliglanishi bo'lib,o'zi aloxida yoki biron bir kasallikning asorati bo'lib kelishi mumkin.O'tkir zotiljam- O'pka parenximasining o'tkir infektsion yalliglanishi bulib nafasning buzilishi va fizikal uzgarishlar bilan tashxislanib, rengenogrammada infiltrativ yoki uchokli uzgarishlar bilan kuzatiladi.80-yillargacha o'tkir zotiljam bilan har 1000 ta boladan 100-300 ta bola kasallanishi aniqlangan. Zamonaviy diagnostika va davolash kriteriyalariga asoslanib xozirda har 1000 ta boladan 4,4 dan 17,0 tasi kasallanishi aniklangan.

## **TUGMA ZOTILJAM ETIOLOGIYASI**

ANTENATAL infitsirlanish:	INTRANATAL infitsirlanish:
---------------------------	----------------------------

-toxoplazma gondii, rubella, cytomegalovirus -herpes simplex virus, -treponema pallium, -listeria monocitogenes	-streptokokki gruppò V -C.trachomatis, E.Coli, -Klebsiella spp, -U.urealítica, -M.Hominis
---	---

### Shifoxonadan tashkari zotiljam etiologiyasi

Yoshi	Viruslar	Bakteriyalar
2 xaftadan- 2 oygacha	Rinosintitsialno`y virus, adenovirus, virus paragrip.	S.aureus, gramne-gativno`e enterobakterii, C.trachomatis
2 oydan- 1 yoshgacha	RS-virus, paragrippa, gripp A i V, adenovirus, rinovirus enterovirus, korono-virus kizilcha, kizamik, suvchechak	S.pneumoniae, H. influenzae, M.pneumoniae, C. pneumoniae, S.aureus, S.pyogenes
5-7 yosh	Rinosintitsial virus, paragrippa 3i 1 tipov, gripp A i V, adenovirus	S.pneumoniae, M. pneumoniae, H.influenzae, C. pneumoniae
7 letdan kata	Gripp A i V, paragripp 3 i 1 tipov	M.pneumoniae S.pneumoniae C.pneumoniae

### Shifoxona ichi zotiljam etiologiyasi

Bo`limlar	Patogenlar
Reanimatsiya, ORIT, xirurgiya	Kukyiringli tayokcha, tillo va epidermal stafilokokki, ichak tayokchali, klebsiella, atsinetobakter, kandida
Onkogematologiya	Kukyiringli tayokcha, tilla va epidermal stafilokok, enterobakteriya, aspergillyus
Terapiya	Tilla va epidermal stafilokok, klebsiella
Erta va Kechki zotiljam	Ps.aeroginosaes, S.marsensens, Acinetobak_ terspp., S.aureus, Klebsiella, E.Coli, Candida

### Immunokomprementar kasallarda zotiljam kasalligi

Kasallar guruxi	Patogenlar
Chala to`g`ilgan bolalar	Pneumociysta carinae, Ure Aplazma urealítica
Neytropeniyali bemorlar	Gramnegativlar, enterobakteriyalar, zamburug`lar. Kandidalar
Birlamchi xujayra immuntanqislikka uchrigan bemorlar.	Pneumociysta carinae, zamburug`lar, Kandidalar
Birlamchi gumoral immuntankislikka uchrigan bemorlar.	Pnevmokokk, stafilokokk, enterobakteriyalar
OITS bilan kasallangan bemorlar	Pnevmonsistlar, sitomegalovirus, tuberkulyoz mikobakteriyalari, Kandidalar

### ZOTILJAMNING ZAMONAVIY TASNIFI.

Hozirgidavrdazotiljamquyidagixolatlarigaqarabtasniflanadi.

1. Morfologik formalariga asoslanib.

uchokli, krupozli, o'chokli-birikkan, segmentar, interstitsial. Shunita'kidlashlozimki, o'chokli-birikkanzotiljamko'pinchaekssudativplevrityokiO'pkadestruktsiyasibilanasoratlanadi.

Segmentarzotiljamlaresauzokdavometishgamoyil,

interstitsialzotiljamlaresapnevmonsistlipnevmoniyalardankeyinkelibchikadi.

2.Kasallikning kechishiga qarab

o'tkir va chuzilgan. Agar O'Z 16 kundan 6 oygacha davom etsa chuzilgan deyiladi, ko'pincha segmentar formalari.

3. Kasallikning paydo bo'lish joyiga qarab

shifoxonadagi zotiljam va shifoxonadan tashkarida paydo bo'lgan yoki uydagi zotiljam ajratiladi. Bunga perinatal zotiljamlar ham kiritilgan bulib, antibiotik tanlash uchun muhim ahamiyatga ega.Shifoxonadan tashqarida zotiljamni chaqiruvchilar:

pnevmonokokklar,stafilokokk,Hemofilus influenzae, streptokokk, mikoplazma, Chl.pnevmonia, legionella,viruslar. Shifoxonadan tashqari perinatal zotiljamni Chl.trachom, pnevmotsistlar, ureaplazma, sitomegaloviruslar chaqirishi mumkin. Shifoxona ichidagi zotiljamlarni ko'p hollarda: stafilocokk, Hemof.influenzae, E.coli, Brachomella, Pseudomonas, Serrata, proteylar, viruslar. Immunodefitsit hollarda -bakteriyalar, pnevmotsistlar,zamburug'lar, mikobakteriyalar, sitomegaloviruslar chaqiradi.

Shifoxonadagi infeksiyalar ko'pincha shifoxona ichidagi respirator-virusli infeksiyalar asosida rivojlanib, ko'pincha 1 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi. Shifoxona ichidagi zotiljamlar ko'pincha 2 guruxdagi quzgatuvchilar bilan chakiriladi. Birinchi - shifoxonadagi flora, ko'pincha antibiotiklarga rezistent bo'ladi .Masalan: klebsiellalar, proteylar, psevdomonazlar, ko'k yiringli tayoqchalar.

Ikkinchisi kasalning -burun va ogiz Halqum autoflorasi.Shifoxonadagi flora bilan yuqtirilishi ko'pincha ingalyatsion preparatlar ishlatganda va manipulyatsiyalarda kateterizatsiya, endoskopiyada.

4.Asoratlariqarab asoratlangan va asoratlanmagan pnevmoniyalarga bulinadi. Asoratlanganga: toksikoz,ko'kpnevmoniyali plevrit, metapnevmonik plevrit, DVS-sindrom,infeksion-toksik shok, 2lamchi O'pka shishi,pnevmotoraks.

3.Klinik diaknostikasi.O'RVI bilan difdiagnostikasi va klinik diagnostikasini aniqlash qiyin chunki O'RVIga xos patognomik belgilari aniqlanmaydi. Quyida O'tkir zotiljamni taxmin qiluvchi bir qancha simptomlar berilgan:

1.TEMPERATURA . Tana haroratining febrilgacha kutarilishi 36,5S. Kasallikning birinchi kunlari xuddi O'RVI kabi kuzatiladi.Lekin 38 dan past harorat O'Z da kam uchraydi. 3 sutkadan ko'p febrilitet O'Z uchun xos .O'RVI da bu xolat 20% uchraydi.

2.Hansirash. Nafas chastotasi zotiljamda quyidagilar:

EShI	bir minutda nafas olishi.
To'g'ilgandan - 2 oylikgacha	60 dan ko'p
2-12 oylik	50 dan ko'p
1-5 yoshda	40 dan ko'p

Bu ko'rsatkichlar obstruktiv bronxit va stidorni hisobga olmaganda to'g'ri.Chunki mexanik tusqinliklar nafas olishni tezlashtirishga olib keladi.Hansirash erta yoshli bolalarda O'Z ning o'tkir uchog'li va interstitsial xolatlarida uchraydigan belgilaridir.

3. ko'krak kafasining kengayishi. Bu O'Z ning og'ir formalarida uchraydi.

4.Obstuktiv bronxit Faqat shifoxona ichida zararlenganda sodir bo'ladi .

5.Xirillashlar.Bulinadi : ho'l ,quruq , ko'plab.Ular O'Zning belgilari hisoblanmaydi.

6.Sianoz.Faqatgina og'ir pnevmoniyalarda uchraydi.Nafas etishmovchiligi bilan kechgandagina.

7.TOKSIKOZ.Bu jamlashtirilgan tushuncha bulib kasallik kechishi ogirligidan dalolat beradi.Belgilar:Kuchli qo'zgaluvchanlik,xushini yo'qotish, suyuqlik ichishdan bosh tortish bolani tezda gospitalizatsiyaga olib keladi.

8. QONNING O'ZGARISHI.L-10.G`-6G` : SOE10mm dan katta.leykoformula chapga siljigan:tG`ya 5:2-10 neytrofillar: Bu kursatkichlar kasal bolalarning kasallikning boshlanishida bo'ladi .

3-gurux kasallarni ajratib olish lozim.

Birinchisi-Febril harorat bilan 3 kundan oshiq. ko'krak kafasining

malum joylarini kengayishi. Bu kasallarning 80 foizida rentgenologik o'zgarishlar kuzatiladi. Ikkinchi-1-chi gurux belgilari bo'lmagan bolalar hisoblanadi. Bunda xakim lokal va fizikal belgilardan foydalanadi.

Uchinchi guruxga - bolalarda lokal simptom belgilari bo'lmaydi.

## HOZIRGI ZAMON DAVOLASH USULLARI

### Chaqaloqlar PNEVMONIYASINI ANTIBAKTERIAL TERAPIYASI

Pnevmoniya formasi	Etiologiya	Tanlangan dorilar	Alternativ dorilar
Tug'ma pnevmoniya	Streptakok B S D, ichak tayoqchalari, klepsiella, stafilakok, listeri, mikoplazma.	Amoksatsillin+ aminoglikozid; Ampitsillin+ aminoglikozid	Sefotaksim+ aminoglikozid Seftazidim+ aminoglikozid eritromitsin, azitromitsin, penitsillin, ekzartsillin metronidazol, linkomitsin
IVL bilan Assotsirlangan erta pnevmoniya	O'sha	O'sha	O'sha
IVL Bilan assotsirlangan kechki pnevmoniya	Pseudomonado`, serratsii, klebsiello`, stafilokokki, mikoplazma, xlamidiya	Seftazidim+AG; Sefapirozon+AG; Azlotsillin+AG Piperatsillin+AG	Vankomitsin Karbopenemo` Eritromitsin, azitromitsin, midekamitsin, diflyo`q an, trimetaprim-sulfosalozol, Rifampitsin Tekoplamin

Shifoxona ichidagi pnevmoniyani davolashda birinchi ANTIBIOTIKning tanlanishi

Pnevmoniya boshlanguncha terapiya o'tkazilishi davolanmagan	Tavsiya etiladigan davo
Penitsillin	oksatsillin, linkomitsin, sefalosporin
Sefalosporin 1go pokoleniya gentamitsin, dr aminoglikozid	Penitsillin, ureidopenitsillin
Gentomitsin	Aminoglikozid, Sefalosporin 3-4marta, xinolino`
Kombinirlangan: zamburug'ga qarshi	sefalosporin 3-4 marta, ureidopenitsillin va aminoglikozidlar
ureidopenitsillin, rifampitsin; aminoglikozidlar katta dozalarda	gentomitsin do 15mgG`kgG`sut yoki amikotsin 30-50mgG`kgG`sut

Ma'lum sharoitlarda O'Zni davolash yaxshi natijalar bilan kechadi.

Asoratlangan O'Z toki o'tkir belgilar tugaguncha davom etadi. SOEning oshishi va rentgenologik uzgarishlar uyga javob berishga tuskinlik kilmaydi. Agar bolada O'RK bo'lsa va bu kasalga antibakterial terapiya o'tkazilayotgan bo'lsa O'Z tashxisi aniklanmasa bu terapiya to'htatiladi.

### **DAVOLASH EFFEKTIVLIGI KRITERIYLARI.**

1. Tuliq effekt :Tana haroratining 38 dan tushishi, 24-28 sutka mobaynida asoratlanmagan vaqtda va asoratlanganda 3-4 sutka mobaynida. Ishtaxasining yaxshilanishi va hansirashining kamayishi bunga kiradi.

2. Chala effekt: febril tana harorati saklangan 24-28 sutka mobaynida. Lekin klinikada yaxshilanish kuzatilmokda va rentgenologik o'zgarishlar bo'lmaganda.

3. EFFEKTNING YO'Q LIGI: febrillik saqlangan holda bolaning umumiy axvoli yomonlashadi va O'pkada patologik o'zgarishlar saqlanadi.

Effektning yo'qligi va chala effekt qayta rengenologik tekshirishlar talab qiladi. Ekssudat miqdori ko'payganda- plevral punktsiya qilinadi.

Effekt bo'lmaganda antibiotikni o'zgartirish kerak.

### **O'TKIR ZOTILJAMDA ANTIBAKTERIAL PREPARATLARNI TANLASH.**

#### **ERTA YOSHLI BOLALAR.**

1. Shifoxonadan tashqi pnevmoniya.

1. Go'daklarda 6 oygacha o'choqli va o'choqli-qo'shilgan protsesslarda ampioks tavsiya etiladi. Agar effekt bermasa aminoglikozid bilan sefalosporin 1-3chi avlodi beriladi. M: gentamitsin kefzol bilan.

1.2 6oydan 4 yoshgacha penitsillin. Asoratlanmagan pnevmoniyada ampitsillin, baktrim beriladi. Asoratlanganda penitsillin muskul orasiga.

1.3 4yoshdan katta bolalarda mikoplazmali va xlamidiyli etiologiya ko'p uchraydi. Shuning uchun oral makrolidlari oleandomitsin, eritromitsin, parenteral linkomitsin beriladi.

Og'ir xollarda, chuziluvchan pnevmoniyalarda antibiotiklar bilan birga kortikosteroidlar beriladi.

Bir sutkada antibiotiklarni 2marta yuborish mumkin. Organizmda uning miqdori uzoq saqlanadi

#### **ASORATLANGAN PNEVMONIYANI DVOLASH.**

1. Suv balansining buzilishi. Bunda terining quruq ligi, suvsizlanish, oligouriya xollari kuzatiladi. Shuning uchun oral gidratatsiya kullaniladi. M: Oralit, Regidron kiradi. Umumiy suyo'q lik 2-2,5l dan oshmasligi kerak.

Agar yutish refleksi bulmasa nazogastral zond bilan yuboriladi.

2. Nafas etishmovchiligi. Bu xolda kislorodo terapiya burun kateteri orqali o'tkaziladi.

3. Yurak-tomir etishmovchiligi.

Kardiotoniklar yuboriladi. Korglikon, strofantin, digoksin o'tkaziladi.

4. O'pka shishi. Bu xolda infuzion terapiya darhol tuxtatiladi eki 15-20ml kg ga kamaytirilib kolloidlarning 3dan 1kismi reopoliglyutin yuboriladi.

5. DVS .mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi, og'ir xollarda, oqarish kuzatiladi. Tavsiya etiladi: geparin, reopoliglyo'kin 15-20ml kg v i, 4%li soda, 20mg ga yakin kortikosteroidlar, gordoks 5000ED kg, kon trikal 1000ED kg.

#### **DAVOLASHNING BOSHQA TURLARI.**

1. Ovqatlanish va rejim.

Gudaklarda ko'krak bilan emizish davom ettiriladi. Agar ishtaxasi yaxshi bo'lsa vitaminlar tavsiya etilmaydi. Kasallikning kechishi uzok vakt davom etsa adekvat enteral ovqatlantiriladi. Plazma va albumin yuboriladi.

2. Balg'am chiqaruvchi terapiya. Preparatlardan: termopsis, altey, solodkalar damlama xolda beriladi.

3. Fizioterapevtik muolajalar. ko'krak qafasiga antibiotikoterapiya effektini oshirmaydi va so'rilishiga ham tasir etmaydi. Gorchichnik va bankalar. Ular deyarli spesifik tasir kursatmaydi.

4. Gistaminga qarshi preparatlar. Pnevmoniyaning kechishiga tasir kilmaydi.
5. Kortikosteroid preparatlar. Faqat immunopatologik asoratlarda qo'llaniladi.
6. Nosteroid yalliglanishga qarshi preparatlar. Xuddi shunday immunopatologik asoratlarda qo'llaniladi.
7. Pnevmoniya qo'zgatuvchisi aniq bo'lganda qo'llaniladi... .
8. Gemotrasfuziya. O'tkir qon ketganda qo'llaniladi.
9. Bronxoskopik sanatsiya. O'tkir xollarda anaerob flora tushib qolmasligi maqsadida qilinmaydi.

#### **Oxirgi ma'lumotlar:**

Bolalar o'rtasida kasalxona zotiljami hozirgi davrda muxim muamolardan biri hisoblanadi. Kasalxona zotiljami kasalxona xastaliklari ichida keng tarkalgan xisoblanib, bu kasalliklar ichida o'limga olib keluvchi sabablari bilan birinchi o'rinda turadi.

Kasalxona zotiljami zotiljam sifatida aniqlanib, kasalxonaga tushgandan so'ng 41 soatdan va undan ortik soatdan so'ng bemor bola kasalxonaga tushganda qandaydir yuqumli kasallik inkubatsion davri bulmaganda qayd qilinishi lozim bo'lgan kasalliklar qatoriga kirmaydigan kasallikdir. UBN bilan qonni nurlash natijasida aloxida nafas etishmasligi klinik belgilari yo'qolishi bemorlarda reanimatsiya bo'limida yotgan holda o'z samarasini berdi.

UBN bilan bemor qonini nurlash natijalarini anilash maqsadida 12 bolada katamnestik xolat urganildi va ijobiy natijalar berdi. Bu esa kasalxona zotiljami bilan og'rigan bemor bolalarda uni kengrok qo'llash kerakligini ko'rsatadi.

## MA'RUZA № 2.

### Ma'ruza mashg'ulotlarining ta'lim texnologiyasi.

<b>Mavzu</b>	<b>BOLALARDA BRONXIAL ASTMA</b>
--------------	---------------------------------

#### 2.1. Talim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti-2soat	Talabalar soni : 20-60 gacha	
Mashg'ulot shakli	Kirish – axborotli maruza	
Maruza rejasi	1.Bronxial astma talkini. 2.Astmani chakiruvchi xavfli omillar. 3.Bronxial astma patogenezi. 4.Klinik belgilari va diagnostikasi. 5.Astmani davolashusullari	
<b>O'quv mashg'ulotning maqsadi :</b> Talabalarga bolalarda bronxial astmani kechish xususiyatlari to'g'risida tushuncha berish . Bolalardagi bronxial astma etiopatogenezi o'rgatish va astmani xuruj davrini klinik ko'rinishi va xurujsiz davrini kechishini aniqlay olish. bosqichli davolash tadbirlari. Kelajakdagi natijalarini o'rganish.		
<b>Pedagogik vazifalar:</b>		<b>O'quv faoliyati natijalari:</b>
Talabalariga bolalarda nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini o'rgatish. Turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholay olishni o'rgatish. Bolalarda bronxial astma kasalligini aniqlay olishni o'rgatish. Bronxial astma kasalligini etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni o'rgatish.		Talabalar bolalarda nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini, turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholay bilishi kerak. Bolalarda bronxial astma kasalligini aniqlay olishni, bronxial astma kasalligini etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni bilishi kerak.
Talimberishusullari		Kurgazmalimaruz, suhbat
Talimberishshakllari		Ommaviyjamoaaviy
Talimberishvositalari		O'quvqo'llanma, proektor
Talimberishsharoiti		UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoringvabaholash		Og'zakinazorat :savol-javoblar

#### 2.2. Maruza mashg'ulotining texnologik xaritasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1. Mavzu bo'yicha O'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish maruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Talabalar O'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish . 4. O'quv fanini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .	
1.Mavzuga kirish (15 daqiq)	1 Ma'ruza mashguloti mavzusi, uning maqsadi va vazifalarini tanishtiradi. 2.Talabalar O'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi (2- ilova).	Tinglaydilar

	3.Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadida savollar beradi (3-ilova).	
2.Asosiy bosqich (55 daqiqa)	1.Power Point dasturi yordamida slaydlarni namoyish kilish va izoxlash bilan mavzu bo'yicha asosiy nazariy jixatlarini tushuntirib beradi. 2 Bolalarda bronxial astma kasalligini slaydlar yordamida tushuntiradi. 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish va mustaxkamlash maqsadida quyidagi savollarni beradilar: Bronxial astma to'g'risida tushuncha Bronxial astma chakiruvchi sabablarni ayting Bronxial astma klinikasini aytib Bering. Bronxial astma davosini tushuntiring Bronxial astma xuruji davosini gapiring. Nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini tushuntiring.	Tinglaydilar, Yozadilar, javob beradilar
3.Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1 Mavzu bo'yicha talabalarda yuzaga kelgan savollarga javob beradi, yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ishlash uchun Mustaqil ishi – 5 s mavzusini taqdim etadi va internet asosida mazkur O'quv materialni o'qib kelish vazifasini beradi.	Savollar beradilar, vazifani yozib oladilar.

## **BOLALARDA BRONXIAL ASTMA**

Bronxial astma- bronxlar daraxtining surunkali yallig'lanishi bo'lib, bu jarayon T-limfotsitlar, eozinofillar va semiz hujayralar ishtirokida kechadi.

Dunyo bo'yicha har yili 100 mln.kishi xastalanadi;

Uy allergenlari:

Uychangi;

Hayvonlar yungining changi;

Suvaraklar;

Mog'or zamburug'lari.

Tashqi allergenlar:

O'simliklar changi;

Qo'ziqorinlar;

Aspirin va uning guruhidagi dorilar.

Shartsiz, astmani qo'zg'atuvchi omillar:

Respirator infeksiyalar;

Bolalik davri;

Allergenga boy taomlar;

Havodagi polyutantlar:-ichki va tashqi;

Tamaki chekish:-aktiv va passiv.

Astma kechishini qo'zg'atuvchi omillar:

Allergenlar;

Respirator infeksiyalar;

Jismoniy zo'riqish va giperventilyatsiya;

Iqlim sharoitlari;

Oltinugurt oksidi;

Dorilar, taomlarga ishlatilgan bo'yoqlar va dorivorlar.

### **ASTMA PATOGENEZI:**

Semiz hujayralar ko'plab bronxial daraxt, ichaklar shilliq qavati, so'lak bezlarida bor. Ularning yuza qavatida biologik faol moddalar chiqaruvchi donadorligi (granula) bor.

Semiz hujayralarning membranasi mustaxkam emas, shu uchun parchalanib me'yordan ko'p BFM chiqariladi.

Me'yordan ko'pchiqarilgan BFM bronxlar giperreaktivligiga olib keladi;

Bu jarayonga eozinofillar jalb etiladi, ular katta protein va sitokin yordamida bronxlar shilliq qavatini emiradi;

Astmaning immuno'1 orqali patogenezi:

- 1.epiteliy jarohat lanishi;
- 2.nerv oxirlari stimulyatsiyasi;
- 3.shilliq qavat shishi;
- 4.shilimshiq hosil bo'lishi;
- 5.bronxospazm.

Astma patogenezining noimmun yo'li:

Bronx daraxtini innervatsiyalovchi nervlar ma'lumotga javoban neurotransmitterlar chiqaradi;

Neyrotransmitterlar semiz xujayralarni parchalaydi;

Oqibatda BFM chiqariladi.

### **Astmatiklarda statuslar.**

1.Isteriyasimon xurujlar, xuruj yordamida uziga jalb etadi;

2.Psixosteniklar – kasallik yordamida xayotdagi muammolarni xal etadi;

3.Nevrosteniklar – uzkasalligiga mute bemorlar;

4.Shunt – bog'lovchi, bolalar uchun harakterli.Oilaviy muammolarni xal etish uchun yaxshi maqsadga yunalgan.

### **Diagnostika:**

BA simptomlari:

Spastik balg'amsiz yo'tal, ayniqsa tunda;

Nafas buzilish xolati;

ko'krak soxasida og'irlik xissi;

Savollar:

1.Bemorda nafas olish qiyinchiligi xurujlari bo'lganmi?

2.Bemorda tunda kattik azobli yo'tal bo'ladimi?

3.Jismoniy zuriqishdan keyin yo'tal yoki nafas buzilishi kuzatiladimi?

4.Allergen bilan aloqadan so'ng nafas buzilishi va og'irlik xissi kuzatiladimi?

5.Bemorda shamollash 10 kundan ortik yoki ko'krak kafasiga tushadimi?

6.Bemor astmaga karshi dori vositalari qabul qiladimi?

### **Sinamalar.**

Provakatsion sinamalar tizimi:

Jismoniy zurikish sinamasi;

Sovuq havo sinamasi;

Obzidanli sinama va boshkalar.

Normada barcha odamlarda ertalab soat 5dan 8 gacha bronxlar o'tkazuvchaligi bor.

### **Bronxial astma klassifikatsiyasi.**

*I engil, intermittirlovchi kechishi,*

Nafas qisish klassik xurujlari yo'q , yoki 2-3 xaftada 1 marta, tungi simptomatika oyida 1-2 marta, jismoniy faollik buzilmagan, ijtimoiy adaptatsiyasi normal, xayotsifati saklangan (80% dan ko'p ), tashqi nafas funksiyasi sutkalik farki 20% dan kam.

*II engil kechishi:*

Kunduzgi simptomatika xaftada 1-2 marta;

Kechki simptomatika oyda 2 marta;  
Tashqi nafas funksiyasi sutkalik farki 20% dan kam.

*III o'rta og'ir kechishi:*

Xurujlar xaftada 1-2 marta;  
Kunduzgi faollik va kechki uyquning buzilishi;  
Tungi simptomatika haftada 2 martadan ortiq;  
Tashqi nafas funksiyasi sutkalik farki 20-30% ;  
H-2 agonistlarga muxtojlik har kuni;  
Xayot faolligi 60-80% ni tashkil etadi.

*IV og'ir kechishi.*

Simptomlar uzluksiz – retsidivlovchi kechadi;  
Doimiy tungi simptomatika;  
Xayotsifati 60% dan kam;  
Tashqi nafas funksiyasi sutkalik farki 30% dan kam;  
Xurujlar va remissiyalar almashinib turadi.  
Asoratlari- Nafas etishmovchiligi – I,II,III darajalari.

Qiyosiy diagnostika:

Yurak astmasi;  
Isterik astma;  
Uremik astma bilan;  
Nafas yullari yot jismlari bilan;  
Yolg'on krup bilan;  
Kvinke shishi bilan;  
Ichak gelmintlari bilan.

**Davolash:**

1. Yallig'lanishga qarshi preparatlar;

A) xromoglikat natriy guruxi (intal);

B) nedokor milnatriy (tayled);

V) zaditen, ketotifen;

G) ditek;

D) kortikosteroidlar;

E) ingakort (flyunizolid);

2. Bronxkengay tiruvchi preparatlar- H-agonistlar, metilksantinlar, antixolinergik preparatlar – iperatropium, atovent, berodual.

Davolashga bosqichma- bosqich yondoshish.

Ingil kechishida: qisqa muddatasir kursatuvchi agonistlar ingalyatsiyasi, xaftada 3 martadan ko'p emas. Jismoniy zuriqishdan yoki allergenlar bilan muloqotdan oldin ingalyatsiyasi. Kasallikning kuchayishiga yulqo'ymaydi.

II o'rta og'ir darajada- intal yoki kortikosteroidlar bilan yallig'lanishga qarshi kurash, kortikoidlar dozasi 1 mg kg tanavazniga sutkalik miqdori;  
Effekt bermaganda gormonlar dozasi oshiriladi;  
Tungi simptomatikada 3- bosqichga o'tiladi.

III o'rta og'ir astma- Kortikosteroidlar + teofillin yoki ichish uchun; Antixolinergik preparatlar ingalyatsiyasi ham mumkin

IV bosqich, og'ir astmada:

Kortikosteroidlar ingalyatsiyasi;

Uzoq muddatli teofillin yoki peroral agonistlar;

Beta- 3-agonistlar qisqa muddatli;

Harkunlik yoki alternativ gormonlar ichish uchun.

Pastga qadam fakat 3 oydan sung.

**Davolash davomi:**

Bolalar uchun xromoglikanat natriy 4-6 hafta davomida tavsiya etiladi.

Yo'qoriga qadam: intal yoki nedokromil, kortikosteroidlar qushiladi;

Pastga qadam: dorivositalarini sekin-astamik dorini kamaytirib borish;

Faslga qarab dorini berishni tiklash.

Astma xurujida bajariladigan ishlar rejasi:

Astmadan o'lim va kasallanishning ko'payishiga quyidagilar sabab bo'ladi :

Kasallik xurujini baholayolmaslik;

Xurujning birinchi belgilariga noadekvat ta'sir kursatish;

Xurujlarni noadekvat davolash.

Astmani nazorat qilishda terapevtik muolajalar intensivligi darajasi:

Yashilsoxa –barcha muolajalar qilingan, astma nazorat ostida;

Sariq soha – nogoh xuruj yoki axvolning sekin-asta og'irlashuvi, tez-tez sariq soxaga qaytish nazorat sustligi va yashil soxaga o'tish uchun chora-tadbirlar zarurligini bildiradi;

Kizil soxa – xavf belgisi, shoshilinch qushimcha tibbiy muolajalar talab etiladi.

### Ma'ruza № 3.

#### Ma'ruza mashg'ulotlarining ta'lim texnologiyasi.

<b>Mavzu</b>	<b>Bolalarda revmatizm kasalligi.</b>
--------------	---------------------------------------

#### 3.1. Talim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti-2soat	Talabalar soni : 20-60 gacha	
Mashg'ulot shakli	Kirish – axborotli maruza	
Maruza rejasi	1.Revmatizmningzamonaviy talqinivaetiopatogenezi. 2.Bolalardarevmatizmning klinikxususiyatlari. 3.Diagnostikakriteriyalarivadifferentsialdiagnostikasi. 4.Davolash usullari, profilaktikasi va dispanser nazorat.	
<b>O'quv mashg'ulotning maqsadi :</b> Talabalarga bolalarda bod kasalligini kechish xususiyatlari,diagnostik mezonlari, laborator- instrumental- grafik tekshiruvlari to'g'risida tushuncha berish. Qon aylanish etishmovchilik darajalarini aniqlash. Klinikasi. bosqichli davolash rejasi va oldini olish tadbirlari to'g'risida tushuncha berish. Tekshirish usullari.Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bo'lish.		
<b>Pedagogik vazifalar:</b>		<b>O'quv faoliyati natijalari:</b>
Talabalariga bolalarda bod kasalligi to'g'risida tushuncha berish. Qon aylanish etishmovchiligi darajasini aniqlay olishni o'rgatish. Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bo'lish, turli yoshdagi bolalarda yurak- qon tomir tizimining o'zgarishlarini baholay olishni o'rgatish. Bolalarda bod kasalligini aniqlay olish va revmatizm kasalligini etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni o'rgatish.		Talabalar bolalarda bod kasalligi to'g'risida tushunchaga ega bo'lishi kerak Qon aylanish etishmovchiligi darajasini aniqlay bila olishi kerak. Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bo'lish va turli yoshdagi bolalarda yurak- qon tomir tizimining o'zgarishlarini baholay bilishi kerak. Bolalarda bod kasalligini aniqlay olish va revmatizm kasalligini etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, klassifikatsiyasini, davolash va profilaktikasini bilishi kerak.
Talim berish usullari	Kurgazmali maruza, suhbat	
Talim berish shakllari	Ommaviy jamoaviy	
Talim berish vositalari	O'quv qo'llanma, proyektor	
Talim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya	
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat :savol-javoblar	

#### 3.2. Ma'ruza mashg'ulotining texnologik haritasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo'yicha O'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish maruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3.Talabalar O'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish . 4. O'quv fanini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .	

1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1 Ma'ruza mashguloti mavzusi, uning maqsadi va vazifalarini tanishtiradi. 2.Talabalar O'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi (2- ilova). 3.Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi (3-ilova).	Tinglaydilar
2. Asosiy bosqich (55 daqiqa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.Power Point dasturi yordamida slaydlarni namoyish kilish va izoxlash bilan mavzu bo'yicha asosiy nazariy jixatlarini tushuntirib beradi.</li> <li>• 2 Bolalarda revmatizm kasalligini slaydlar yordamida tushuntiradi.</li> <li>• 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish va mustahkamlash maqsadida quyidagi savollarni beradilar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revmatizm nima degani?</li> <li>• Revmatizmning etiologiyasi kanday?</li> <li>• Revmatizmning rivojlanishiga streptakoklarning ahamiyati va surunkali infektsiya o'choqlarining ahamiyati qanday?</li> <li>• Revmatizmning bolalarda kechish xususiyatlari qanday?</li> <li>• Revmatizm kasalligini klassifikatsiyasida nimalar yoritilgan?</li> <li>• Revmatizm kasalligini etiopatogenetik davolash kanday?</li> <li>• Revmatizmning profilaktikasini olib borishda nimalarga e'tibor berish kerak?</li> <li>•</li> </ul> </li> </ul>	Tinglaydilar, Yozadilar, javob beradilar
3.Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1 Mavzu bo'yicha talabalarda yuzaga kelgan savollarga javob beradi, yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqili ishlash uchun Sistemali qizil yugurdak, sistemali sklerodermiya-6 s mavzusini takdim etadi va internet asosida mazkur O'quv materialni o'qib kelish vazifasini beradi.	Savollar beradilar, vazifani yozib oladilar.

## **BOLALARDA REVMATIZM KASALLIGI..**

Revmatizm- biriktiruvchi to'qimaning yalliglanish har akteridagi tizimli kasallik bulib, yurak-qon tomir tizimining jaroxatlanishi bilan kechadi.

Etiologiyasi B-gemolitik streptokokkning A guruxi bilan bog'liq. Revmatizm asosan (80%) bolalik davrida (7-15) yoshda uchraydi, 30% xollarda oilaviy har akterda kechadi, 1% xolda maktab eshidagi bolalarda uchrasa, 2 eshgacha bo'lgan bolalarda amaliyda uchramaydi. Bolalarda orttirilgan yurak kasalliklarining asosiy sababchisi ham shu-revmatizm kasalligidir. Yashash sharoitlarining yaxshilanib borishi, tizimli ixtisoslashtirilgan yordamning tashkil qilinishi va kompleks ravishda revmatizm profilaktikasini o'tkazish natijalarida, revmatizm bilan kasallanish har 1000 bolalar axolisiga 0,18%gacha kamaydi.

Bolalarda revmatizm muammolarini yechish va bartaraf etishda bir qancha pediatrlar: V.I.Molchanov,A.K.Kisel, M.A.Skvortsov,V.P.Bisyarina, A.V.Dombrovskayalar uz xissalarini qo'shganlar.

Epidemiologiyasi: Kasallikning boshlanishi o'tkazilgan streptokokkli infeksiyalar-surunkali tonzillitning avj olish davri, nazofaringit, sinusit, otitlar bilan bog'lik ekanligi aytib o'tilgan. Aholi zichligi yuqori bo'lgan joylarda, (sha'har, maktab o'quvchilari orasida) infeksiyaning bir boladan ikkinchisiga o'tishi ham katta ahamiyat kasb etadi. Streptokokk tabiatidagi turli kasalliklar (skarlatina, glomerulonefrit, revmatizm, yuqori nafas yullarining qatari) 10-20% xollarda maktab yoshidagi bolalarda ko'p uchraydi. Infeksiya tarqatuvchilar bulib, ular asosan kasal kishilardir, ulardan atrof-muxitga o'tirib qolishi mumkin. Bu atrofdagi infeksiyaning yuqumliligi 24-48 soat davomida saqlanib qoladi. Infeksiya tarqatish davrida "A" guruxdagi streptokokkning virulent shtammlari tashuvchilar ham ahamiyatga egadir. Tashqi muhitda ular chidamli bulib, ma'lum bir sharoitda L-formaga (streptokokkning kobiksiz formasi) ga utadi. Infeksiya yuqtirgan odamlarda kasallik simptomsiz utishi (20-24%) yoki ularda revmatizm kasalligining kelib chiqishi ham mumkin.

ETIOLOGIYA SI: Asosiy etiologik omil bulib, hozirgi vaqtda V-gemolitik streptokokkning A guruhi hisoblanadi. Bu kontseptsiyaning isboti bo'lib, (70%) aktiv revmatizm bilan kasallangan bemorlar qoni zardobida streptokokk antigenlari topiladi, streptokokk toksinlariga antistreptolizin-O (ASL-O), antistreptogialuronidaza (ASG), antistreptokinaza (ASP) va antidezoksiribonukleaza V ga antitelalar titri yuqori bo'ladi.

Anginani yaxshi davolamaslik va uzoq muddat streptokokk tashuvchisi bo'lish kasallanish kelib chiqishi uchun sharoit bulib xizmat qiladi.

PATOGENEZ. Kasallikning kelib chiqishida streptokokkli infeksiyaning massivligi va uzoq vaqt ta'siri, bundan tashqari makroorganizmning reaktiv holatiga bog'liqdir. Kelib chiqish mexanizmidan asosiy rol ni immun reaksiyasining tezlashgan va sekinlashgan turi va immun yalliglanishning shakllanishi muxim ahamiyati bor. Streptokokkning ko'pgina antigenlari (kobikli va sitoplazma membranali) va fermentlari, organizmning to'qima antigenlari bilan bir qismi bog'lanadigan spetsifik antitelolar hosil bo'lishiga olib keladi. Ular tomonidan miokard sarkolemmani va biriktiruvchi to'qima ning aloxida komponentlarining (fibroblastlar, glikoproteidlar, proteoglikanlar) antigen strukturasi buzilishi, antitelolar xosil bo'lishiga olib keladi. Qonda aylanib yurgan antitelolar va tarkibidagi antistreptolizin-O va S4 komponent komplementi saklovchi immun komplekslar mikrotsirkulyator rusloni buzadi, yalliglanish mediatorlarining faollashuviga olib keladi. Yalliglanish patogenezidagi immunpatologik reaksiyalar ishtirok etishini tasdiqlaydigan xolatlar, bu-miokard to'qima sida depozitlarning ya'ni immun komplekslar antigen-antitelo komplemlarining topilishi va yana kardit va xoreyaning kelib chiqishida yuruvchi immun komplekslarning topilishidir.

Immunpatologik jarayonning kelib chiqishi albatta makroorganizmning reaktivligi va kisman streptokokkga karshi giperimmun javobning davomiyliigi organizmdan streptokokkli eliminatsiyasi defektligiga bog'liq.

Hozirgi vaqtda revmatizning kelib chiqishi, genetik o'zgaruvchanlik bilan bog'lanishiga misol qilib, ma'lum bir oilada revmatizm kasalligi uchrashining ko'pligi va bir tuxumdan rivojlangan egizaklar orasida uchrashi mumkinligini kursatish mumkin.

## **KLINIK MANZARASI**

Kasallik asosan angina, skarlatina, nazofaringit bilan kasallangan kishilarda 2-4 xafta utgach, yuzaga chikadi. Biriktiruvchi to'qima ning diffuz shikastlanishi klinik manzaraning polimorfligini kursatadi. Kasallik tipik ko'rinishlaridan - kardit, poliartrit, xoreyadir. Kasallik o'tkir, o'tkir osti eki latent kechishi mumkin, bunday xollarda tashxis kardit va yurak nuqsoniga asoslanib qo'yiladi. Kasallikning birinchi belgisi bolalarda: tana haroratining ko'tarilishi, holsizlik, bo'g'imlarda og'rik. Bunday bemorlarni tekshirib kurilganda, ularda kamqonlik va qondagi bir qancha o'zgarishlar: leykotsitoz, eritrotsitlar chukish tezligi (EChT) ning oshishi aniqlanadi. Ba'zan revmatizm xoreyadan boshlanadi. Revmatizmning faollik darajasiga va kechishiga kura simptomlar turlicha namoyon bo'ladi.

**Birlamchi revmokardit**- bu yurakning xastalanishi bulib, u kasallikning kechish ogiriligini ifodalaydi. Bolalarda erta ko'rinishlaridan biri holsizlik va tana haroratining kutarilishi. Yurak soxasida ogrikka va noxush sezgiga shikoyat uncha bulmaydi. Miokard, endokard, perikard zararlanishiga qarab, ob'ektiv simptomlari namoyon bo'ladi. Bolalarda revmatizmning yurak patologiyasi birdan bir va eng

ko'p uchraydigani-miokardit (100%). Ob'ektiv kurganda taxikardiya yoki bradikardiya, ayrimlarda yurak qisqarishi soni meyorligicha qoladi. 85% bemorlarda yurak chegarasining chapga kengayishi klinik va rentgenologik ko'zga tashlansa, barcha bemorlarda yurak chuqqisida sistolik shovkin eshitaladi. Miokarditda miokard interstitsiyasida diffuz uzgarishli ekssudativ yalliglanish kuzatiladi. Bemorning umumiy axvoli ogir, terisi oqargan, hansirash, sianoz, puls kam, qon bosimi pasaygan, yurak chegaralari kengaygan, yurak tonlari susaygan, yurak etishmovchiligi belgilari kelib chikadi. EKG da ritmning monotop buzilishi, bulmacha-qorincha utkazuvchanligining keskinlashuvi, miokardda bioelektrik jaraenning o'zgarishi (T-tishchaning pasayishi va uzgarishi, ST-segmentning pastga siljishi, elektrik sistolaning chuzilishi) aniklanadi.

FKGda 1 ton amplitudasining pasayishi, uning kengayishi va deformatsiyasi: patologik 3 va 4 tonlarning paydo bo'lishi, muskul harakterda sistolik shovqin qo'shiladi.

ENDOKARDIT-ko'pincha miokardit bilan birgalikda va 50-55% bolalarda uchraydi. Mitral klapan valvuliti shakllanib belgilari kasallikning birinchi kunlaridanoq aniqlanadi.

Asosiy klinik belgisi bu mitral klapan proektsiyasi zonasidagi "esuvchi har akterdagi" sistolik shovqindir. (5 nukta). Shovqin intensivligi vaqt o'tishi bilan yoki chap yon biqiniga yetganda, jismoniy zuriqishda kuchayadi. Shovqin ko'pincha Qo'ltiq osti soxasida yaxshi eshitaladi. FKG da yurak chukkisida bo'lgan o'rta yoki uncha katta bulmagan amplitudali o'rta yoki yuqori chastotali pansistolik yoki protosistolik shovqin yoziladi.

Rentgenogrammada: yurak chap chegarasining kengayishi, yurak mitral qon figuratsiyasi aniklanadi. 10% bemorlarda aortal klapan jaroxatlanadi, ko'krak qafasi to'sh suyagi chap qirradi bo'ylab diastolik bosim bilan bog'lik bo'lgan diastolik shovqin eshitaladi. Bunda FKGda yuqori chastotali protodiastolik shovqin yoziladi.

Exokardiografiya: mitral klapaning kengayishi, tabaqalar uzgarishi natijasida exosignallar "paxmoqligi", mitral va aortal regurgitatsiya belgilari, yurak chap kamerasi dilyatatsiyasi belgilari aniqlanadi.

PERIKARDIT-endo-miokarditlar bilan birga uchraydi, revmatik poliserozitning bir qismi deb karaladi. Klinik tashxis qo'yish 1-1,5% hollarda, rentgenologik 40% hollarda, kompleks instrumental tekshirganda, exokardiografiya bilan birgalikda bu kursatkich foizi ancha yuqori bo'ladi.

Perikardit yallig'lanish har akteriga ko'ra quruq, fibrinoz va ekssudativ bo'ladi. Fibrinozli perikarditda og'rik sindromi bo'lib, ko'krak qafasi chap kirrasi bo'ylab doimiy bulmagan perikardning ishkalanish shovqini eshitaladi (ipak shigirlashi, qorning girchillashiga o'xshash).

Seriyali EKG da -R tishning o'tkirlashuvi, T-tishning QT interval bilan tipik, dinamik o'zgarishi namoyon bo'ladi. Exokardiogrammada esa perikard va epikardning qalinlashuvi va separatsiyasi kurinadi. Seroz-fibrinoz perikardit bemorlarning umumiy axvoliga ta'sir qiladi. Bemorning umumiy axvoli birdaniga emonlashadi, ranglari oqaradi, ekssudat ko'p to'planganda esa bemor yuzlari shishgan, buyin venalari shishib chiqqan, hansirash paydo bo'ladi va to'shakda majburiy xolatda (yarim utirgan) o'tiradi. Ko'ksi orqasida og'riqlar yuzaga kelishi mumkin, gemodinamik buzilish belgilari tez kuchayadi. Bu belgilar bemori gorizontol xolatda bo'lganda kuchayadi. Puls tezlashgan bulib, kam tuliqli, arterial bosim pasaygan

bo'ladi, ayrim xollarda yurak soxasi burtib chiqadi, yurak turtkisi aniqlanmaydi. Yurak chegaralari kengayadi, tonlar pasaygan. EKG da yurakning (miokardning) elektrik aktivligi pasayganligi aniklanadi. Rentgenog-

rammada yurak chegarasining kengayganligi bilan birga, pulsatsiya kichik amplitudada va yurak qon turining tekislanganligi kuzatiladi. Rentgenda yurak soyasi shar yoki trapetsiyasimon shaklda bo'ladi.

Exokardiogrammada esa epikard va perikardni bir-biridan ajratib turadigan exonegativ bushlik yuzaga kelganligi kuzatiladi. Bu bushliqning o'lchami qancha ekanligini yurak xaltasi bushlig'iga yig'ilgan ekssudatning miqdoriga qarab bilish mumkin.

Shunday qilib, yosh bolalarda birlamchi revmokatit, V streptokokkli infektsiyasini utkazgandan keyin yuzaga keladi, ko'p chilik bolalarda juda xam sust va kuchsiz rivojlangan klinik-funksional ko'rinishlar namoen bulib, bu yurakning 3 ta qavati xam zaralanishi bilan har akterlanadi.

**QAYTALANUVCHI REVMOKARDIT.** Patologik jarayon retsivlanishiga imkon yaratadigan sharoitlar yuzaga kelib kasallikning takroriy xuruji boshlanadi, buning natijasida qaytalanuvchi revmokardit yuzaga keladi. O'smirlar va kattalarga nisbatan bu kasallik yosh bolalarda kam uchraydi. qaytalanuvchi revmokardit kuchsiz rivojlangan eksudativ yalliglanish komponenti bilan klapan zaralanishiga utadigan retsivlanadigan miokardit ko'rinishida kechadi. Klinik kartinasida yurak tonlari ovozi o'zgarganligi kuzatiladi, shuningdek yurak etishmovchiligi natijasida yuzaga keladigan yangi shovqinlar paydo bo'ladi, ritm buzilishlari kuzatiladi.

**REVMATIK POLIARTRIT.** Bunda asosan katta bugimlarda o'grik sindromi namoyon bo'lishi bilan, bo'g'im jarayonining asosida o'tkir yoki o'tkir osti sinovit yotadi. Sinovit noturg'un, uchuvchan karakterda bo'lib, yallig'lanish belgilari namoen bo'ladi. Hozirgi vaqtda shish, giperemiya, bo'g'im faoliyatining chegaralanishi bilan yuzaga chiqadigan chin poliartrit kam uchraydi. Bo'g'im sindromi poliartralgiya ko'rinishida namoyon bo'ladi. Uning davomiyligi bir necha kundan 2-3 xaftagacha, retsivlar bo'lishi mumkin.

**XOREYA**(kichik). Bu miyaning asosan striopallidar tizimining revmatik yallig'lanishi bilan namoyon bo'ladi. 11-13% revmatizm bilan kasallangan bolalarda uchraydi. Ayrim xollarda uzi karditdan alohida kechadi. Kasallik asta-sekinlik bilan boshlanadi: uzini yomon his qiladi, uyqu buziladi, maktabda uqishi pasayadi, bola ta'sirchan bo'ladi. 1-2 xaftadan keyin xoreyaning asosiy belgilari rivojlanadi:

1. Giperkinezlar-bunda har -xil mushak guruhlari ixtiyorsiz ortiqcha har akatlar ,emotsional xolatlar, har -xil ta'sirlovchilar ostida kuchayadi, bemor uxlaganda bu harakatlar yo'q oladi.

2. Mushaklar gipotoniyasi.

3. harakat koordinatsiyasi buzilishi.

4. Emotsional sferaning buzilishi.

Bolaning xulqi uzgarib, xusnixati o'zgaradi. G'ayritabiiy ingrash, tirjayishlar kuzatiladi. Ayrim xollarda giperkinezlar soni ko'p bulib, bunda ixtiyorsiz har akatlar ko'pligi tufayli bolaning yurishiga, yotishiga, ovqat yeyishiga xalakit beradi, bola uzini boshqarib bilmaydi. Mushaklarning birdaniga gipotoniya bo'lishi giperkinezlarning cheklanishiga yoki pasayishiga va paralitik akt xoreyaning "yumshoq" formasining rivojlanishiga olib keladi. Buni N.F.Filatov yozgan. Bunda pay va teri reflekslarining

asimmetriyasi, bemorning yengil darajada ozishi kuzatiladi. Gordon simptomining namoyon bo'lishi, ya'ni tizza refleksi kuzatilganda 4 boshli mushakning tonik kiskarishi karakterlidir. Giperkinezlar davri bir necha xaftadan 2-4 oygacha davom etishi mumkin. Hozirgi vaktida kichik xoreya atipik, chuziluvchan og'ir retsiv karakterida kechadi, asosan maktab yoshidagi bolalarda klinik belgilari birdaniga emas asta-sekinlik bilan namoyon bo'lib, astenizatsiya, vegetativ-tomir distoniyasi bilan kechadi.

Asab tizimining og'ir revmatik zaralanishida o'tkir va surunkali meningoentsefalit, araxnoidit, ruxiy buzilishlar, polinevritlar yuzaga keladi. yosh bolalarda, shuningdek revmatizmning yurakdan tashqari boshqa ko'rinishlarida: anulyar toshmalar, revmatik zotiljam, nefrit, gepatit, poliserozit kiradi.

Poliserozitning birdan-bir belgisi abdominal sindrom bo'lib, bunda korinda og'rik, qorin parda zaralanishi belgilari bilan karakterlanadi.

**TASNIFI.** Revmatizm kechishi 2 ta bosqichda boradi: faol va remissiya davri. Faollikning 3 ta darajasi tafovut qilinadi: 1-minimal, 2- o'rta ogir, 3-maksimal, bularning har birida klinik simptomlar, laborator belgilar aniqlanadi.

3-darajali faollikda eksudativ yallig'lanish komponentlari ustun turadi. Temperatura yuqori bulib, revmokardit manzarasi yaqqol ko'rinadi. Poliserozitda bug'im sindromi kuzatiladi. Karditning belgilari rentgen, elektro va fonokardiografiyasida yaqqol ifodalanadi. Laborator ko'rsatkichlar: qon da neytrofil leykotsitoz  $10 \times 10^9$  G'l gacha, EChT 44mmG'sdan yuqori, S-reaktiv oqsilning musbatligi, zardobda globulinlarning darajasi 25% gacha kutariladi

2-daraja faollikda klinik, rentgenologik, elektrofonokardiografik belgilar kam ifodalangan.

1-darajali faollikda ekssudativ yallig'lanish komponentlari bo'lmaydi, klinik va instrumental belgilar past bo'ladi .

Remissiya davrida klinik belgilar va shikoyatlar bo'lmaydi.

Revmatizm kechishiga kura:

1.O'tkir kechishi-kasallik 2,3 daraja faolligida klinik belgilar yo'qolishi 2-3oy davomida, yaxshi davolanganlikdan dalolat beradi.

2.O'tkir osti kechishi-belgilar sekin usuvchi va vakt-vaqti bilan kuzgalib turadi. 3-6 oygacha davom etadi.

3.Chuziluvchan kechishi- kasallik belgilari rivojlanishi 2 darajali faollikda, 6 oygacha rivojlanadi. Antirevmatik terapiya kam foyda beradi.

4.Uzluksiz- qaytalanuvchi kechishi.

5.Yashirin surunkali kechishi.

**TASHXIS.** Tashxis asosiy kriteriylari A.A.Kisel va keyinchalik Djonson va Nesterov ta'riflaganicha belgilanadi:1.kardit,2.poliserozit,3.xoreya, 4.revmatik tuguncha, anulyar toshma, 5.revmatik anamnez, 6.antirevmatik terapiya effektivligi.

Kushimcha diagnostik kriteriylarga kiradi: harorat kutarilishi, artralgiya, leykotsitoz, EChT oshishi, S-reaktiv oqsilning paydo bo'lishi, streptokokk infeksiyasining bo'lishi.

Revmatizmning 3 ta asosiy belgilari: "kardit, poliartrit: xoreya" asosida tashxis tasdiqlanadi.

### **DIFFERENTIAL DIAGNOSTIKA.**

Kasallikning cho'ziluvchan faollikda kechishi, surunkali tonzillogen va sil intoksikatsiyasi bilan taqqoslanadi. Norevmatik kardit, infeksiyon endokardit, tizimli qizil buricha, biriktiruvchi to'qima ning boshqa tarqoq kasalliklari, infeksiyon-allergik va revmatoidli artrit, tireotoksikoz bilan differentsial diagnostika kilinadi.

### **DAVOLASH.**

Revmatizmni davolash 3 ta etapda olib boriladi. Aktiv revmatizm davrida statsionarda, remissiya payti poliklinika sharoitida va sanator-kurort davolash olib boriladi.

Statsionarda davolash: Revmatizmning 1-3 aktivlik darajalarida kattik tushak xolatida, shifoxona rejimiga rioya kilingan xolda olib boriladi. Revmokardit 1-3 darajasida 1-2 xafta davomida kattik tushak tavsiya qilinadi. Bu paytda nafas gimnastikasi, tushakda etgan xolda har xil harakatlar qilish mumkin, xonada yurish, esh bolalar tuvakda xonada fiziologik chiqarishlarni olib borishi lozim. Kasallik kechishining 1-1,5 oylaridan boshlab yarim qattik to'shak xolati tavsiya qilinadi. Bu paytda bolalar yurishi, oshxonaga, taxoratxonaga borishi, davolash gimnastikasi bilan almashtirish, oqsilga boy maxsulotlar berish, kaliy saqlovchi moddalar beriladi, suv va tuz chegaralanadi.

Medikamentoz davolashga streptokokkli infeksiyaga qarshi preparatlar, yallig'lanishga qarshi dori vositalari va immunodepressiv preparatlar tavsiya qilinadi. Penitsillin preparatlari va uning analoglari yoshiga qarab 12-15 kun davomida beriladi. Penitsillin bilan birga yalliglanishga qarshi preparatlar : aspirin, pirazon qatoridagi dori vositalari beriladi. Aspirin 1 yoshli bolaga 0,2g sutkasiga, amidopirin 0,15 g beriladi. Kasallikning og'ir aktivligida yallig'lanishga qarshi kortikosteroid preparatlar beriladi. Prednizolon 0,75-1 mg kg tana vazniga qarab beriladi. Asosan birlamchi revmokarditda va yallig'lanishning ekssudativ jarayonida qo'llaniladi. Bemorning ahvoli yaxshilanib borishiga qarab prednizo-

lonning maksimal sutkasiga qarab berilib, asta-sekinlik bilan kamaytirib boriladi.

Gormonoterapiyaning davolash kursi 30-40 kunni tashkil etadi. Revmatizmning davolanishi dinamikada qon azmoyishlarining dinamikasiga qarab eritrotsitlar chukish tezligi, revmosinamalarning yaxshilanishiga qarab olib boriladi. So'ngi paytlarda yallig'lanishga qarshi preparatlardan voltaren, indometatsin, ipobrufen qullash keng tarqaldi, kasallik kechishi chuzilib ketgan paytda plakvenil, delagil, xinolin qatordagi dorilar 5-10 ml kg beriladi.

Kasallarni rehabilitatsiya qilish va oxirigacha davolash sanator-kurort sharoitida 2-3 oy davomida utqaziladi.

Revmatizmni davolashning 3 etapi poliklinika sharoitida olib boriladi. Revmatolog kasallik aktivlashmasligi uchun ikkilamchi profilaktika olib boradi. Buning uchun yil davomida yiringli

uchoklarni sanatsiya qilish, kuz va baxor oylarida bitsillinterapiya , bir oyda bitsillin-5 1 marta, har kuz va baxorda 3-4 xafta mobaynida aspirin bilan davolash maksadga muvofik. Revmatolog tomonidan qon azmoyishlari, EKG, revmosinamalar dinamikada tekshirib boriladi.

#### PROGNOZ.

Rematizmdan oxirgi yillarda ulim 11-12% dan 0,4-0,1 foizga tushgan. Birlamchi revmokardit 10-15 foiz bolalarda mitral klapan etishmovchiligiga olib kelsa,40 foiz bolalarda qaytalanuchi revmokarditlar shu patologiyaga olib keladi.

## MA'RUZA № 4.

### Ma'ruza mashg'ulotlarining ta'lim texnologiyasi.

<b>Mavzu</b>	<b>Yuvenil revmatoidli artrit</b>
--------------	-----------------------------------

#### 4.1. Talim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti-2soat	Talabalar soni : 20-60 gacha
Mashg'ulot shakli	Kirish – axborotli maruza
Maruza rejasi	1. Yuvenil revmatoidli artrit etiopatogenezi. 2. Tashxislash kriteriyalari va klinik manzarasi. 3. Differentsial diagnostikasi. 4. Davolash usullari va dispanserizatsiyasi.
<b>O'quv mashg'ulotning maqsadi :</b> Talabalarga bolalarda yuvenil revmatoid artirit kasalligini kechish xususiyatlari, diagnostik mezonlari, laborator- instrumental-grafik tekshiruvlari to'g'risida tushuncha berish. Bo'g'imning faoliyati buzilishi darajalarini aniqlashni o'rgatish. Klinikasi. bosqichli davolash rejasi va oldini olish tadbirlari to'g'risida tushuncha berish. Tekshirish usullari.	
<b>Pedagogik vazifalar:</b>	<b>O'quv faoliyati natijalari:</b>
Umumiy amaliyot vrachi tayyorlash fakulteti talabalariga bolalarda revmatoid artirit kasalligi to'g'risida tushuncha berish. YuRA da bo'g'im faoliyatini yetishmovchiligi darajasini aniqlay olishni o'rgatish. Xastalik belgilari haqida tasavvurni berish. Bolalarda YuRA kasalligini tushuntirish. Revmatoidli artirit kasalligini etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashini o'rgatish.	Umumiy amaliyot vrachi tayyorlash fakulteti talabalarini YuRA to'g'risida tushunchaga ega bo'lishi kerak va YuRA da bo'g'im faoliyatini yetishmovchiligi darajasini aniqlay olishi kerak. Revmatoidli artirit kasalligini etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davosini bilishi kerak. YuRA ni boshqa kasalliklar bilan qiyosiy tashxislay bilishi kerak.
Talim berish usullari	Kurgazmali maruza, suhbat
Talim berish shakllari	Ommaviy jamoaviy
Talim berish vositalari	O'quv qo'llanma, proektor
Talim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat :savol-javoblar

#### 4.2. Ma'ruza mashg'ulotining texnologik xaritasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo'yicha O'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish maruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3.Talabalar O'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish . 4. O'quv fanini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .	
1.Mavzuga kirish	1. Ma'ruza mashg'uloti mavzusi, uning maqsadi va	Tinglaydilar

(15 daqiqa)	vazifalarini tanishtiradi. 2.Talabalar O'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi (2- ilova). 3.Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadida savollar beradi (3-ilova).	
2. Asosiy bosqich (55 daqiqa)	1.Power Point dasturi yordamida slaydlarni namoyish qilish va izoxlash bilan mavzu bo'yicha asosiy nazariy jixatlarini tushuntirib beradi. 2. YuRA kasalligini slaydlar yordamida tushuntiradi. 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish va mustaxkamlash maqsadida quyidagi savollarni beradilar: Yuvenil revmatoid artirit nima? Revmatoidli artritning etiologiyasi nima? YuRA ning rivojlanishida surunkali infeksiya uchoqlarining ahamiyati qanday? YuRA klinikasida qanday o'zgarishlar kuzatiladi, harakterli belgilarni ko'rsating. YuRA kasalligini klassifikatsiyasida nimalar yoritilgan? YuRA ning qiyosiy tashxisoti va diagnostik mezonlarini tushuntiring. YuRA kasalligini etiopatogenetik davolash qanday YuRAni ning profilaktikasini olib borishda nimalarga e'tibor berish kerak?	Tinglaydilar Yozadilar,Javob beradilar
3.Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	3.1 Mavzu bo'yicha talabalarda yuzaga kelgan savollarga javob beradi, yakunlovchi xulosa qiladi. 3.2. Mustaqili ishlash uchun reaktiv artritlar-5 s mavzusini taqdim etadi va internet asosida mazkur O'quv materialni o'qib kelish vazifasini beradi.	Savollar beradilar, vazifani yozib oladilar.

## **BOLALARDA YUVENIL REVMATOIDLI ARTRIT.**

Yuvenil revmatoidli artrit (YuRA)- noma'lum etiologiyali, patogenezini murakkab autoimmun jarayonlar bilan asosan bo'g'imlarning surunkali progressiyalanib jaroxatlanishi bilan kechuvchi kasallikdir.

Bolalar va o'smirlarda ko'p uchrashi tufayli "yuvenil-o'smirlar revmatoid artrit" terminini qo'llash qulayroq. Kasallik asosan maktabgacha bo'lgan yoshda boshlanib, uning 50% xolati 5 yoshgacha bolalarda uchraydi.

**ETIOLOGIYA.** YuRA sababi hozirgacha mukammal aniqlanmagan. Kasallik rivojlanishida infeksiyalar: bakterial, strepto-stafilokokkli yoki ularning filtrlanuvchi (L-formalari), shuningdek, viruslar va mikoplazmalarining

roli kattaligi kursatilgan.E.M.Tareev fikricha, YuRAning bolalarda va katta eshdagi odamlarda xam uchrashi asosida bemorlar organizmi reaktivligining o'zgarganligi, ularning tashqi muhit turli omillariga yuqori darajada sezgirligiga bog'liqligi bor.

**PATOGENEZ.** Ko'p gina avtorlar YuRAni bemor yoshi, jinsi va irsiy moyilligiga bog'lik bo'lgan immunpatologik kasalliklar guruxiga kiritadilar. Bu borada organizm gumoral immunitetidagi o'zgarishlar chuqurroq o'rganilgan. Asosiy jaroxatlanuvchi a'zo bu immunkomponet xujayralarga boy bo'lgan bo'g'imlar sinovial qavatidir. Shu erda keyinchalik YuRAning patogenezida murakkab autoimmun mexanizm shakllanishi bilan kechadigan massiv immunyallig'lanish jarayoni boshlanadi. Birlamchi antigen immunkomponet tizim tomonidan autoantigen sifatida qabul qilinadigan o'zgargan (sifatsiz) immunoglobulinlar giperproduksiyasini chaqiradi. Bunga javoban,

Bo'g'im sinovial qavatidagi plazmatik xujayralar antitelalar, ya'ni revmatoid omillar chiqaradi. Sinovial to'qimada komplement ishtirokida kechuvchi autoantigen- autoantitelo jarayoni, trombositlar agregatsiyasi va

serotonin va boshqa biologik faol moddalar (BFM) ishlab chiqarilishi bilan kechadigan immun komplekslar shakllanishiga olib keladi. BFM lar qon tomirlari devorlariga ta'sir o'tqazib, ularni kengaytiradi va o'tqazuvchanligini oshiradi. Faollashgan komplement komponentlari bo'g'im bo'shlig'iga neytrofil leykotsitlar migratsiyasi (xemotaksis)ni kuchaytiradi. Neytrofil leykotsitlar tomonidan immun komplekslarni fagotsitoz qilish jarayoni sinovial suyuqlikda proteolitik fermentlar ajratilib chiqarilishi bilan kechadi. Proteolitik fermentlar esa yallig'lanish mediatorlarini (kinin, prostoglandin va boshq.) faollashtiradi. BU esa o'z navbatida tog'ay xujayra strukturasi jaroxatlanishi va autoantigenlar shakllanishiga sabab bo'lib, YuRAga xos bo'lgan immunitet o'zgarishining zanjirsimon jarayonini qo'llab quvvatlaydi.

Immun komplekslar uzoq vaqtgacha sinovial to'qima da saqlanishi mumkin va bo'g'im jaroxatlanishini davom ettirishi, shuningdek qonda aylanib yurib YuRAning bo'g'imdan tashkari ko'rinishlarini namoyon etishi mumkin. YuRA- ning bo'g'imdan tashqari yoki vistseral ko'rinishi asosida immun yallig'lanish va sezgirlashgan (sensibilizatsiyalangan) limfotsitlar ta'siri yotadi.

Kasallik faol davrida periferik qon da T-xujayralar umumiy soni kamayib, sinovial suyuqlikda ularning soni oshadi. Ayni vaqtda sinovial suyuqlikda V-xujayralar soni kam. Bu holatni V-xujayralarning ko'pgina

qismi yetuk plazmatik xujayralarga aylanishi bilan tushuntirish mumkin, chunki sinovial suyuqlikda plazmatik xujayralar ko'p aniqlangan.

YuRAda autoantitelalar giperproduksiyasini T-supressorlar nuqsonliligi yoki autoagressiv turdagi V-limfotsitlar paydo bo'lishi bilan tushuntirish mumkin.

Kasallikning irsiy nasldan naslga berilishi isbotlanmagan.

## **KLINIKA.**

Kasallik asosiy sindromi-artrit. Avvaliga o'grik va shish birta, ko'pincha tizza bo'g'imida paydo bo'ladi, keyinchalik 1-3 oy davomida bu jarayonga ikkinchi simmetrik bo'g'im jalb etiladi. Ham bolalarda va ham

kattalarda kasallikning asosiy belgilaridan biri bu bo'g'implarning simmetrik jarohatlanishidir. Ammo bolalarda jarayon katta bo'g'implar (tizza, boldir-tovon)dan boshlansa, kattalarda ko'pincha qo'llarning falanga oraliq bo'g'implari va kaft-falanga bo'g'implari, ya'ni kichik bo'g'implardan boshlanadi.

Bo'g'implarda og'riq va shish tufayli harakat chegaralangan, bemor kam og'riq beradigan majburiy holatda bo'ladi. Yallig'lanishning ekssudativ boshlang'ich davridan so'ng, jarayon produktiv davr kechishi xisobidan keyinchalik kuchayib boradi. Jarohatlangan bo'g'implar defiguratsiyasi paydo bo'lib, ular YuRAga xos bo'lgan tendovaginit, bursitlar, periartikulyar to'qima lardagi o'zgarishlar xisobidandir. Bo'g'implar deformatsiyalanib, turli xil shakllarga kirishi mumkin, ya'ni tizzalar- ko'pincha aylanasimon (shar), kichik bo'g'implar- tolasimon shaklga kirishi mumkin. Bo'g'implarda harakat chegaralanishi kuchayib boradi, muskullar atrofiyasi, umumiy distrofiya, anemiya kuzatiladi.

Kasallikning asosiy 2 xil klinik manzarasi tafovut etiladi: bo'g'im turi- 65-70% xolatda, va kam uchraydigan- bo'g'im-vistseral turi.

YuRAning bo'g'im turida bo'g'implar jaroxatlanishi ko'p - poliartrit, va 2-4 ta bo'g'imni qamrab olish bilan chegaralangan oligoartrit ko'rinishida, taxminan 10% bolalarda monoartrit ko'rinishida uchraydi.

Poliartrit xolatda jarayonda qo'l-oyoqlarning barcha bo'g'implari, umurtka pog'onasi bo'yin qismi (ko'pincha bolalarga xos), ko'krak - o'mrov suyagi birikishi, jag'-yuz bo'g'implari ham ishtirok etadi.

Oligoartrit ko'pincha patologik jarayonda katta bo'g'implar- tizza, tos-son bo'g'imi jalb etilishi bilan kechadi, ammo kichik bo'g'implar ham ishtirok etishi mumkin. Monoartikulyar jaroxatlanish ko'pincha tizza bo'g'imidagi o'zgarishlar-gonit ko'rinishida namoyon bo'ladi.

YuRAning poliartikulyar formasi faol davrida bo'g'im sindromidan tashqari biroz tana haroratining ko'tarilishi, periferik limfa tugunlar kengayishi, kuchli vegetativ o'zgarishlar ham kuzatiladi. Klinik simptomlarning yaqqol ko'rinishlaridan biri - progressiyalanuvchi muskullar distrofiyasi, xususan

jaroxatlangan bo'g'im proksimal qismidagi muskullar distrofiyasidir. Oligo va monoartrit holatda kasallik umumiy belgilari kam rivojlangan bo'ladi .

Kasallik faol davrida o'griq sindromi kuchli bo'lib, arralgiya shu darajada yuqoriki, bemor bolada choyshab tekkan holatda og'rik kuchayadi (choyshab sindromi). Bo'g'implarda eksudat so'rilishi harakat vaqtida qor

G'irchillashini eslatuvchi qirsillash bilan kechadi. Bo'g'im atrofidagi to'qimalarda proliferativ va sklerotik o'zgarishlar kontrakturaga olib kelishi mumkin, buning natijasida bo'g'im ma'lum bir holatda fiksatsiyalanib qola-

di. yoziluvchi muskullar bo'shlig'i tufayli ko'pincha bukilgan kontrakturalar uchraydi. Bu davrda bo'g'implar chiqishi yoki chala chiqishi mumkin, natijada boldir suyagi tashqi rotatsiyasi panja va qo'l-oyoqlar deformatsiyasi kuzatiladi. Bemorlarda ertalabki shahtlik (harakatsizlik-skovannost) ko'p diqqat talab qiladi, hattoki bu xolatni 4-5 yoshdan kichik bolalarda kuzatish qiyin bo'lsa ham. Katta yoshdagi bolalar jarohatlangan bo'g'imda ertalabki harakat qiyinlashuviga shikoyat qiladi. Bu sindrom YuRAning tipik ko'rinishlaridan bo'lib, diagnostik kriteriyalardan biridir.

YuRAning bo'g'im-vistseral turi og'irroq kechib, patologik jarayonda ichki a'zolar ishtirok etadi. Klinik xususiyatlari asosida quyidagicha taqsimlanadi: a) Still sindromi; b) allergoseptik variant; v) ayrim vistseritlar bilan kechuvchi varianti.

Still sindromi o'tkir boshlanib, tana harorati ko'tarilishi, terida allergik toshmalar, kuchli bo'g'im sindromi, periferik limfa tugunlar, jigar va taloq kengayishi kuzatiladi. Kichik bo'g'implar va bo'yin umurtqasi

poliartriti harakterli. Kasallik faol davrida bo'g'implarda og'rik, defiguratsiya, nafakat faol balki passiv harakatlar ham chegaralangan. Jarohatlangan bo'g'implarga tegish ham o'griq beradi. Bolalar harakatsiz, majburiy

holatda yon tomonda oyoq va ko'llar bukilgan va tanaga yopishgan holatda yotadi, mustaqil o'tirib bilmaydi va o'zini boshqarib bilmaydi. Tez orada muskullar atrofiyasi, umumiy distrofiya, anemiya boshlanib, ichki a'zolarida

o'zgarish, ko'pincha yurak jarohatlanishi paydo bo'ladi . Natijada miokardit, perikardit yoki mioperikardit va kamdan kam holatda endokardit bo'lishi mumkin. Nafas a'zolari jaroxatlanishi mumkin va plevra, O'pka parenximasi diffuz vaskulitning pnevmonit ko'rinishida namoyon bo'lishi mumkin.

Still sindromi tez progressiyalanib tez-tez retsidivlanib kechadi. Bo'g'im yuzalarida eroziv o'zgarishlar va suyaklar ankilozisi harakterlidir.

YuRAning allergoseptik varianti ham og'ir bo'lib, o'tkir boshlanadi, tana harorati ko'tarilishi qaltirash, sovuq qotish bilan va harorat tushganda ko'p terlash bilan namoyon bo'ladi , harorat kutarilishi 2-3 haftadan

to 2-3 oygacha davom etishi mumkin. Terida barqaror turuvchi polimorf, dog'-papuladan utrikariyalargacha allergik toshmalar ko'p bo'ladi . Kasallik boshlanishidanoq vistseral patologiya ko'pincha mioperikardit va plevropnevmonit ko'rinishida kuzatiladi.

Mioperikarditda bolalar ko'krak ortida og'riqqa shikoyat qiladi, besaranjom, injiqlashib, yurak xaltasida suyuqlik to'planganda majburiy holatda, o'tirishni afzal kuradi. Hansirash, akrotsianozi, yurak tonlari bo'g'iqlashuvi, va chegaralari kengayishi kuzatiladi. Bir vaqtda plevropnevmonitning rivojlanishi bemor ahvolini og'irlashtiradi, hansirash va sianozi kuchayib, avvaliga quruq , keyinchalik ho'l yo'tal paydo bo'ladi . O'pkalarda turli kalibrli nam xirillashlar, plevra ishqalanish shovqini, ko'pincha orqa -yon qismlarda eshitiladi. Still sindromiga qarama-qarshi bu yerda bo'g'implarda patologik jarayon artralgiya bilan cheklanib, ob'yektiv o'zgarishlar bir necha oy, ba'zan yillardan so'ng namoyon bo'ladi .

Ayrim vistseritlar bilan kechuvchi variant kasallikning bo'g'im va bo'g'im-vistseral formasi oralig'idir. Kasallik boshlanishi kamdan kam o'tkir, ko'pincha o'tkir osti yoki birlamchi surunkalidir. Jarohatlangan bo'g'implar soni ko'p emas, ya'ni 4-6tagacha. Bo'g'implarda umuman eksudativ suyuqlik bo'lmasdan erta fibroz o'zgarishlar kuzatilishi harakterlidir. Fibroz perikardit, plevrit, diffuz fibroz-sklerotik o'zgarishlar

O'pkada rivojlanishi mumkin. Nafakat tayanch- har akat apparati, balki ichki a'zolarida to'xtovsiz fibroz progressiyalanishi mumkin.

YuRAning variantlari orasida ko'zning jaroxatlanishi alohida o'rin egallaydi. Asosan ko'zning tomir qavati jarohatlanadi. Iridotsiklit paydo bo'ladi. Simptomlar triadasi: iridotsiklit, katarakta va shox pardaning lentasimon distrofiyasi harakterlidir. Bu kasallik kech tashxislangan holda ko'rish qobiliyatining pasayishi yoki butunlay uni yo'qotish mumkin.

Kasallik kechishiga ko'ra: sekin progressiyalanib kechishi va tez progressiyalanib kechishi xos, bu klinik-laborator ko'rsatkichlar dinamikasida aniqlanadi.

#### **YuRAning DIAGNOSTIK KRITERIYLARI.**

Klinik belgilar:

- 1.3 oy va undan uzoq vaqtda artrit.
- 2.3 oy va undan uzoq vaqtdan so'ng ikkinchi bo'g'im artriti.
3. Kichik bo'g'imlar simmetrik jaroxatlanishi.
4. Kontraktura.
5. Tendosinovit yoki bursit.
6. Muskullar distrofiyasi.
7. Biroz shaxtlik (harakatsizlik).
8. Kuzning revmatoidli jaroxatlanishi.
9. revmatoid tugunchalar.
10. Bo'g'im bo'shlig'ida suyuqlik

Rentgenologik belgilar:

11. Osteoporoz, epifiz suyak strukturasining mayda kistoz tiklanishi.
12. Bo'g'im bo'shlig'i torayishi, suyaklar eroziyasi, bo'g'im ankilozi.
13. Suyak o'sishi buzilishi.
14. Umurtqa buyin qismining jaroxatlanishi.

Laborator belgilar:

15. Musbat revmatoidli omil.
16. Sinovial qavat biopsiyasida musbat ma'lumotlar.

Musbat belgilarning umumiy soni: 3ta-taxminan YuRA;

4 ta-aniq YuRA;

8 ta-klassik YuRA;

Rentgenologik ma'lumotlar: suyak-bo'g'imdagi o'zgarishlar 4 bosqichda:

- 1- bosqich-destruktiv rentgenologik o'zgarishsiz osteoporoz;
- 2- bosqich-tog'ay va suyakning biroz yemirilishi, bo'g'im bo'shlig'ining torayishi, biroz suyak parchalari.
- 3- bosqich-tog'ay va suyakning ko'p yemirilishi, bo'g'im bo'shlig'ining kuchli torayishi, suyaklar chala chiqishining ko'pligi;
- 4- bosqich-3- bosqich belgilari va ankiloz.

**DAVOLASH USULLARI.** YuRAni davolash bosqichma bosqich-statsionar, poliklinika, sanatoriyada. Patogenetik davoda asosiy urinni salitsilat kislota birikmalari, pirazon, indol, xinolin preparatlari, kortikostero- idlar, oltin preparatlari egallaydi.

Kasallikning kechki davrlarida organizm umumiy faoliyati pasayganda davo kompleksida fizioterapiya usullari kiritiladi. Kasallik remissiya davrida kurort davo tavsiya etiladi.

Aspirin 0,2 g yoshiga yoki 0,06-0,07 g/kg 3-4 marta sutkada, ovqatdan so'ng. Indometatsin 1-3 mg/kg sutkada 3-4 marta ovqatdan so'ng. Voltaren 2-3 mg/kg sutkada. Brufen 10-15 mg/kg sutkada, 3-4 marta. Delagil 5 mg/kg, plakvenil 8 mg/kg bir marta kechqurun ovqatdan so'ng, uzoq muddatda.

Oltin preparatlari-immunosupressiv effektli- sanokrezin va krizanol 5-35 mg oltin birta in'ektsiyada. D-penitsilamin (ko'p renil) 150-300 mg sutkada boshlab asta sekin bir necha oy davomida dozasi oshirib boriladi.

**FIZIOTERAPIYA:**ultrafiolet nurlash, induktotermiya, dorilar Bilan elektroforez, yuqori chastotali tok, parafin, balchiq bilan davolash.

Yuraning bo'g'im turida nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilardan effekt kam bo'lsa, ularni birgalikda berish mumkin. Bunday holatda saqlovchi terapiya uchun yuqoridagi preparatlardan birtasi yoki aminoxinolin katoridagidorilardan rezoxin, delagil, plakvenil tavsiya etiladi. Kamdan kam yallig'lanishga qarshi va aminoxinolinlar birgalikda beriladi. Glyukokortikoidlar bo'g'im turida tavsiya etilmaydi, ba'zan boshqa davo choralari foydasizligi va klinik-laborator tahlillar barqaror yuqoriligi uchun tavsiya etish mumkin.

Bo'g'im-vistseral turida yallig'lanishga qarshi terapiya faol tavsiya etilib, 5-7 kun davomida nogarmonal yallig'lanishga qarshi vositalar beriladi, ularning effekti kam bo'lsa, garmonal preparatlardan prednizolon

1-2 mgG`kg sutkada beriladi. Bu holatda ham effekt kam bo'lsa, immundepressiya va immunstimulyatsiyaga kursatma bo'ladi.

Immundepressiya uchun siklofosfan, xlorbutin, oltin preparatlari, -penitsilamin (ko'p renil), immunstimulyatorlar sifatida-levamizol (dekaris) va timalin (timozin) tavsiya etiladi.

YuRAning ko'z jaroxatlanishi bilan kechishi turida davolash boshlanishidanoq garmonal-sitostatik preparatlar tavsiya etiladi.

**DISPANSER NAZORAT** poliklinikada olib boriladi. Bemor pediater va kardiorevmatolog nazoratida, barcha bemorlarga forma № 30 ochiladi. Quruq va nazorat har oyda bir marta va kasallik remissiya davrining tuluq va barqarorligiga bog'lik.

Bu guruh bemorlarda emlash, biologik sinamalar, gamma-globulin, albumin, zardob, qon quyish man etiladi.

Sanatoriyalardan Lipetsk, Evpatoriya, Sochi tavsiya etiladi.

### **Oxirgi ma'lumotlar:**

Yuvenil revmatoid artrit (YuRA) – revmatoid artritning bolalardagi shakli bulib, 16 yoshgacha davrda boshlanadi va kattalardagi revmatoid artritdan ko'pincha o'tkir boshlanib, kasallikni sistemali variantlarini rivojlanishi, isitmalash va bo'g'imdan tashkari ko'rinishlar, ko'p bo'lmagan bo'g'imlarning shikastlanishi, yirik bo'g'imlarni shikastlanishi va umurtqaning bo'yin soxasini jarayonga qo'shilishi, uveitni rivojlanishi, qon zardobida RF kam aniqlanishi, kechishi va oqibatini nisbatan bezararli bilan farqlanadi. «Revmatoid artrit» atamasini 1892 yilda Carrod kiritgan.

YuRA immunopatologik kasallik bo'lib, autoimmun jarayon rivojlanishi bilan harakterlanib, biriktiruvchi to'qimaning tizimli zararlanishi bilan kechib, surunkali, retsidivlovchi, kuchayib borishga moyil bo'ladi.

YuRAning tarqalishi 0,01- 0,001% ni tashkil qiladi, chet el manbalarida YuRA har bir yilda 1000,000 axolida 2 dan 19 tagacha qayd etiladi. Biriktiruvchi to'qima ning diffuz kasalliklari orasida birinchi urinda YuRA, keyin sklerodermiya, tizimli qizil yugurgi, dermatomiozit va sistemali vaskulitlar turadi. Evropada 100000 ta bolaga 5-10 ta, AKShda esa 100000 ta bolaga 100 ta. Keyingi ikki o'n yillikda YuRA bilan kasallangan bolalarning soni 2-3 marta ortdi. O'zbekiston da YuRAning tarkalishi 1000 bolalar axolisiga 0,28 tani tashkil qiladi.

YuRA bilan barcha yoshdagi bolalar kasallanadilar, lekin ko'krak yoshidagi bolalarni kasallanishi kamdan kam uchrab, eng yuqori kasallanish 5 -7 va 12-14 yoshlarga to'g'ri keladi va qizlar o'g'il bolalarga nisbatan 1,5-2 barobar ko'p kasallanadilar.

Etiologiyasi:- YuRAning etiologiyasi noanik. Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, YuRA da biriktiruvchi to'qimaning(asosan bo'g'imlarning) shikastlanishi immunopatologik buzilishlar (autoagressiya) tufayli rivojlanadi. Kasallikning autoimmun tabiatini qator belgilar tasdiqlaydi: RF, turli autoantitelalar, immun komplekslar, biriktiruvchi to'qimalarning komponentlariga sensibillashgan limfotsitlar, o'chokli patogistologik o'zgarishlar bilan immun yallig'lanish ko'rinishlari orasida o'xshashlikni aniqlanishi, infeksiyon agentni aniqlash imqoni yo'qligi, infeksiyaga qarshi davning natijasizligi va immunomodullovchi vositalarning effektivligi. Keyingi yillarda etiologik faktori bulib, streptokokklardan A va V guruxi, ichak infeksiyalari, mikoplazmalar bo'lib xisoblanadi. Viruslar - asosan Epshteyn – Bara

virusi, V- limfotsitlarda lokalizatsiyalanadi va immunoglobulinlar sintezini buzish qobiliyatiga ega bo'ladi.

YuRAni kelib chiqishida irsiy omilning roli aniqlanib, buni bemorning qarindoshlari va monozigotli egizaklar orasida RA ni uchrashining yuqoriligi, shuningdek RA li bemorlarda populyatsiyadagiga nisbatan HLA ning D va DR lokuslarini ko'proq aniqlanishi tasdiqlaydi. Lekin YuRA da populyatsiyadagiga va RA dagiga nisbatan HLA, DW4, DRW4 kam uchraydi. Patologik jarayon rivojlanishiga ko'plab tashqi ta'sirlar ( bakterial va virusli, dori preparatlari, ayniqsa oqsil preparatlar yuborish, fizik faktorning nojo'ya ta'siri natijasida rivojlanishi ehtimoli bor.

Patogenezi:- YuRAning rivojlanishda autoimmun buzilishlar asosiy rol o'ynaydi. Taxmin qilinishicha immunokompleksli sindromi sababi immun javobni boshqaruvning buzilishi bo'lib, T- va V- limfotsitlar funksiyasi disbalansi (xususan T-limfotsit sistemasining immunodefitsiti kuzatilib, bu hol V –limfotsitlar bilan nazoratsiz antiteklalar, xususan IgG sinteziga olib keladi) tufayli sodir bo'ladi. Buning natijasida etiologik omil bo'g'imning sinovial pardasini shikastlaganida, antigen-antitela turida reaksiyaga kirishish kobiliyati, autoreaktiv xususiyatga ega o'zgargan IgG ni paydo bo'lishi bilan mahalliy immun reaksiya paydo bo'ladi.

YuRA ni ravojlanishiga moyillik tug'diruvchi ahamiyatli "xavf omillar"

Onani homiladorlik davrida bo'g'im kasalliklari, toksikozlar yoki nefropatiyalar

I-II –darajali qarindoshlarda revmatik kasalliklar (ayniqsa RA)

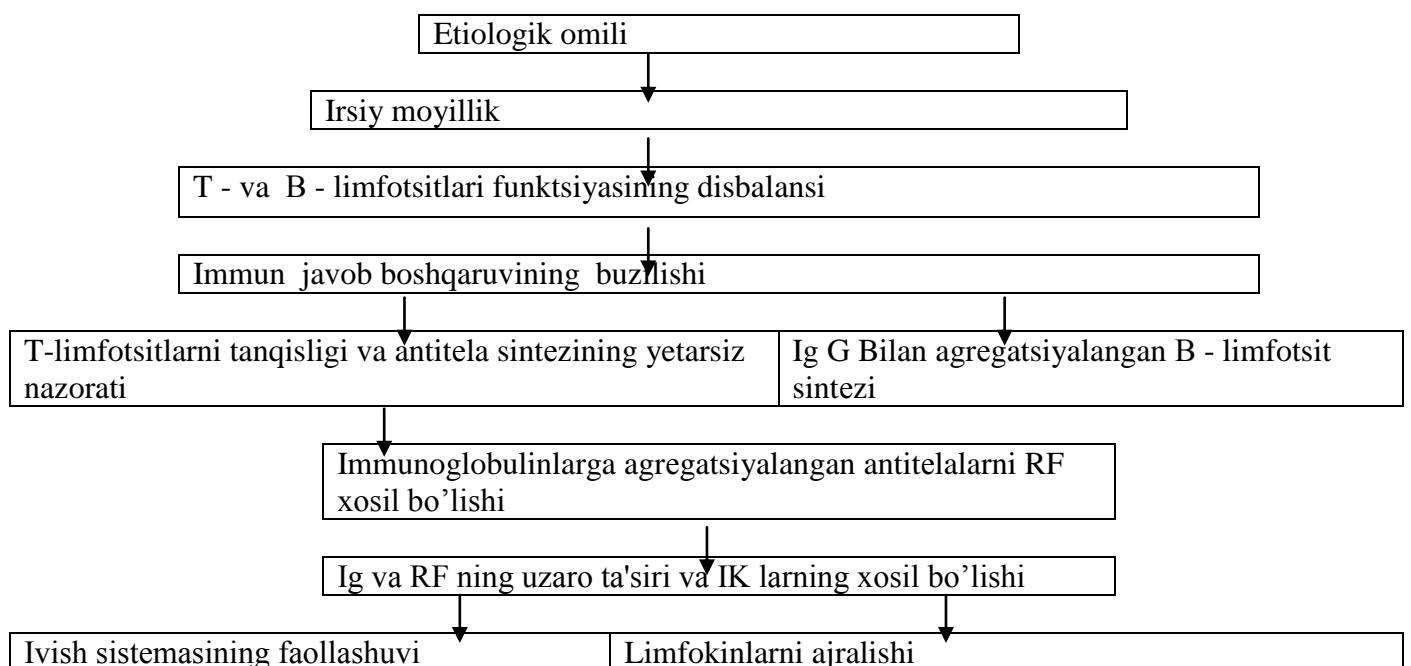
Yashash sharoitining qoniqli bo'lishi. (xonadoni qulayliklarsiz yoki sovuq, zax yoki kichik hajmli).

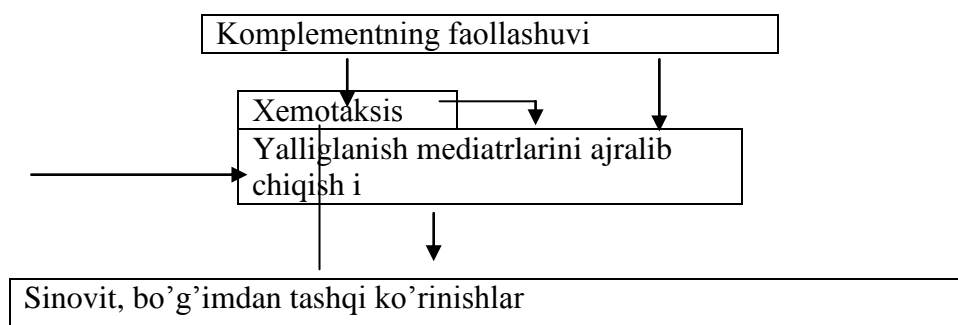
Ota –onasi – ma'lumoti past, ishchi va xrk.

Bolaning 3 va undan ortiq bolalar infeksiyon kasalliklarini o'tkazganligi, tez – tez o'tkir respirator kasalliklar va anginalar, surunkali infeksiya o'choqlari, o'tkir va surunkali pnevmoniya, allergik reaksiyalar, yiringli –septik kasalliklar bilan kasallanishi.

Kasallik sababi bulib immun javob regulyatsiyasining buzilishi xisoblanadi. T va V - limfotsitlar funksiyasining disbalansi, T- limfotsitlarning immunodefitsiti, buning natijasida V- limfotsit antitelalarining forsirlashgan sintezi kelib chiqadi. YuRA ning bo'g'im formasida - etiologik faktor bo'g'imning sinovial pardasini zararlaydi, bunga javoban mahalliy immun reaksiya rivojlanadi, Ig G guruxi o'zgarishi kuzatiladi. IgG immun sistemaga begona antigen bo'lib ko'rinadi, shuning uchun sinovial plazmatik xujayralari, limfa tugunlari va talok shu antigenga qarshi antitelalar ishlab chiqaradi. YuRA ning bo'g'imdan tashkari formalari:- immunokompleksli vaskulitlar to'qima larning sensibilizatsiyalashgan tomonidan zararlanishlari kiradi.

### **RA ning patogenezi**





Patologik anatomiyasi:- qon flikt zararlangan bo'g'imning sinovial pardasida yuzaga keladi. Boshlangich bosqichlarida o'tkir sinovit belgilari, ekssudativ o'zgarishlar. Keyinchalik protseesga, tog'ay, bo'g'im atrofidagi to'qimalar qo'shiladi. Fibrozli - sklerotik o'zgarishlar rivojlanadi, sinovial pardada granulyatsion- biriktiruvchi to'qima o'sadi ( pannus ), bu har doim tog'ayning yo'qolishi, bo'g'imning chiqish lariga, ankilozlar rivojlanishiga va bo'g'imlar biriktiruvchi to'qima larning dezorganizatsiyasi yuz beradi, shuning uchun YuRA ga sistemli kasallik deb qaraladi.

- Patomorfologiyasi. Kasallikda patologik jarayon asosan bo'g'imlarda va bo'g'im atrofi to'qimalarida rivojlanadi. Yallig'lanish jarayoni bo'g'imlarning sinovial pardasida surunkali tavsifda kechib, tog'ayni emirilishi va keyinchalik fibrozli va suyakli ankilozlarni rivojlanishi kuzatiladi.
- Yallig'lanishning erta bosqichlari temir – to'qima o'tkazuvchanligini ortishi, shish, sinovial parda to'qimasining to'laqonligi, mukoid bo'kishi, fibrinni sizib chiqishi va fibrinoid o'choqlarini rivojlanishi kuzatiladi. Tomirlarda vaskulitlar, asosan venulalarni shikastlanishi bilan trombovaskulitlar manzarasi kuzatiladi. Keyingi bosqichida tomirlarga, limfoid va plazmatik hujayralarga boy subintimal qavatda granulyatsion to'qimaning o'sishi aniqlanadi. Sinovial pardaning chetlari tomonidan o'sayotgan granulyatsion to'qima tog'ayga pannus ko'rinishida egallaydi. Tog'ay yemirilib, naqshliklarini, yorilishlarni va sevestrlarni paydo qiladi. Tog'ayni emirilishi subxondrial suyak tomonidan o'sayotgan granulyatsion to'qima hisobiga amalga oshadi. Makroskopik bo'g'im yuzasining quruqligi, tog'ayli yuzaning donadorligi, sarg'ishlik, ba'zan to'liq emirilishi kuzatiladi. Granulyatsion to'qimani yetilishi shikastlangan bo'g'imlar yuzasini fibroz to'qima bilan qoplanishiga, bo'g'im tirqishining torayishiga, fibrozli chatishmalarni, fibroz-suyakli ankilozni paydo bo'lishiga olib keladi.
- Suyaklardagi o'zgarishlar subxondrial plastinkada kuzatilib, u ham granulyatsion to'qimaning rezorbtsiyasiga uchraydi. Suyak epifizlarida revmatoid granulemlar paydo bo'lishi mumkin.
- Kasallikda sinovial pardaning punktsion biopstatini tekshiruvchi revmatoid sinovitni ko'rsatib, uning belgilari proliferativ jarayonlarga (tomirlar, sinoviotsitlar, fibroblastlar proliferatsiyasi), immunomorfologik reaksiyaga (limfotsitlar, plazma hujayrali, makrofagal) va fibrozga xos bo'ladi.
- Yallig'lanishli o'zgarishlar bo'g'im kapsulasida ham aniqlanib, jarayonning oxirida to'qima qattiqlashib, sklerozlashib, bo'g'im deformatsiyasiga va qon trakturalarni paydo bo'lishiga olib keladi.
- Kattalardagi RA dan farqli YuRA dagi sinovitga quyidagilar xos:
  - A) keskin ekssudativ o'zgarishlar;
  - B) yallig'lanishli infiltratda polimorf –yadroli leykotsitlarning doimo mavjudligi;
  - V) subsinovial qavatning fibroelastlarni proliferativ faolligini pastligi;
  - G) limfoid-plazmotsitar infiltratsiyani sust ko'rinishi;
  - D) limfoid follikulalarni shakllanishining kamligi;
  - E) keskin sklerozni bo'lmasligi.

#### • **TASNIFNOMA**

- Yuvenil revmatoid artrit ( YuRA ) yoki yuvenil surunkali artrit (YuSA) – uz ichiga 16 yoshgacha bo'lgan bolalarda har xil guruxdagi idiopatik artritlarni qamrab olgan. Revmatizm bilan kurashish Xalkaro Ligasi 1997 yilda YuRAning quyidagi klasifikatsiyasini tavsiya etadi:
  - Sistemali artrit

- Oligoartrit (persistirlovchi)
- Oligoartrit (tarqalgan)
- Poliartrit (revmatoid omil musbat)
- Poliartrit (revmatoid faktor manfiy)
- Enthesitis artrit ; Psoriatik artrit; Tasniflanmagan artritlar.

*Yuvenil revmatoid artriting tasnifnomasi A.V.Dolgoplov, A.A. Yakovleva, L.A. Isaeva 1980y*

Klinik-anatomik tavsifi	Klinik-immunologik tavsifi	Kasallikning kechishi	Jarayonning aktivlik darajasi	Artriting rentgenologik bosqichi	Bemorning funktsional kobiliyati
<p>YuRAning asosan bo'g'im shakli (ko'zning shikastlanishi bilan yoki beshikast): poliartrit, oligoartrit, monoartrit</p> <p>YuRAning bo'g'im-vistseral shakli: cheklangan vistseritlar bilan (retikuloendotelial sistemani, yurak, tomirlar, buyrak, O'pka, asab tizimlari, seroz qobiqlar, teri, kuzni zararlanishi, ichki a'zolar amloidozi).</p> <p>Still sindromi</p> <p>Allergoseptik sindrom</p> <p>YuRAning revmatizm, BTDK bilan birgalikdagi shakli.</p>	<p>RF ga sinov musbat</p> <p>RF ga sinov manfiy</p>	<p>Tez avj oladigan</p> <p>Sekin avj oladigan</p> <p>Sezilarsiz avj oladigan (bezarar)</p>	<p>yuqori (III)</p> <p>o'rta (II)</p> <p>Past (I)</p> <p>Remissiya</p>	<p>I – bo'g'im oldi osteoporoz; bo'g'im bo'shlig'iga suyuqlik yig'ilganlik alomatlari: periartikulyar to'qimaning qattiqlashishi: zararlangan bo'g'im epifizi o'sishini tezlashishi;</p> <p>II – o'sha o'zgarishlar va bo'g'im oralig'ining torayishi; ayrim suyoqlik naqshlari;</p> <p>III – tarqalgan osteoporoz; suyak – tog'ay destruktiviyasi, chiqiqlar, biroz chiqiqlar, suyak o'sishining sistemali buzilishi;</p> <p>IV – I-III – bosqichlarga xos o'zgarishlar va ankilozlar (umurtqaning bo'yin bo'limi ankiloz jarayoni bosqichini belgilamaydi</p>	<p>Saklangan</p> <p>Tayanch- har akatlantiruvchi apparat xolatiga kura buzilgan;</p> <p>A) uz-uziga xizmat kilish kobiliyati saklangan;</p> <p>B) uz-uziga xizmat kilish kobiliyati kisman yo'q olgan</p> <p>V) uz-uziga xizmatkilish kobiliyati butunlay yo'q olgan</p> <p>3. Kuz yoki ichki a'zolar axvoliga kura buzilgan</p>

Ushbu klasifikatsiyada klinik belgilari va kechishiga qarab bir xil xastaliklarni guruxlarga ajratilgan.

*Klassifikatsiyasi:- 4 asosiy guruxi mavjud:*

I- YuRA ovqat bo'g'imlar zararlanishi bilan kechadi. Poli- oligo- monoartrit.

II - YuRA – bo'g'imlar zararlanishi bilan birga har xil ichki organlar zararlanadi. Psevdoseptik va felti sindromlari kiradi.

III- YuRA boshqa revmatik kasalliklar bilan birga- deformatsiolovchi osteoartroz, revmatizm yoki SKV, sistemali sklerodermiya.

IV- Still kasalligi.

*Yuvenil surunkali artrit (YuSA).*

Bolalarda 3 oydan ortiq davom etuvchi artritlar yuvenil surunkali artrit kuyishga sabab bo'ladi . YuSA bo'lgan bemorlarni kuzatuv davrida yuvenil revmatoid artrit tashxisi qo'yish uchun:

1. kasallikning kuchayib borishi ( bo'g'im sindromining generalizatsiyasi, patologik jarayonga ichki a'zolar jalb etilishi);
- 2.Zararlangan bo'g'implarda emirilish belgilari paydo bo'lishi ( tog'ay to'qima si parchalanishi, epifizlar melkokistoz qayta rivojlanishi, bo'g'im yuzasi uzuratsiyasi, ankiroz xosil bo'lishi);
- 3.Bo'g'imlar funktsiyasi turg'un buzilishi, va ayniqsa buzilishlar zo'rayib borishi yordam beradi.

*Klinikasi.*

Klinik ko'rinishi:- Kasallik boshlanishida har xil kechadi.85% xollarda bo'g'im sindromi yoki urinni egallaydi. 15% i vaskulitlar va organlarni zararlash bilan kechadi. Kasallikka moyillik tugdiruvchi omillarga:-o'tkir respirator infeksiyalar, aqliy ,bo'g'imlar travmasi, zardob yoki dorili kasalliklar, xomiladorlik kiradi. Kasallikning asosiy belgisi- poliartralgiya – bo'g'implarda yalliglanish belgilarisiz og'riqlar bo'ladi . harakatlar hajmi tuliq saqlangan. Oyoq va qul panjalari simmetrik sararlanadi. Kasallik boshlarida- falangalararo bo'g'imlar, bilakuzuk kaft usti- falanga bo'g'imi, tirsak, ba'zan monoartrit ko'rinishida uchraydi. Bo'g'im og'riklari ayniqsa ertalab kuchaygan bo'ladi , tinchlikda pasayadi. Ertalabki shaxtlik kuzatiladi. Ertalab bo'g'imlar harakati qiyinlashgan ( periartikulyar to'qima shishi ) tufayli. Kechga borib harakat ancha yengillashadi.

Bemorlar:-isitmadan,umumiy xolsizlik, ishtaxa pasayishiga shikoyat qiladi.

Ko'rganda:- bo'g'imlar shishgan.

YuRAda- proksimal bo'g'imlar artrit uchraydi. ( falangalarning proksimal bo'g'implari), barmoqlarga duksimon forma beradi. Yakkol ifodalangan artritik uzgarishlar bo'g'imlar deformatsiyasi, ularning chiqishi, (tog'ayning yemirilishidan) yuz beradi. Kaft va falangapararo birikma ulnar tomonga buriladi. (lateral tomonga).

Ankiroz:- bo'g'im harakati to'lik yo'q olgan. Bo'g'imlar deformatsiyasi bilan birga, ulaning og'rikligi, ular harakati chegaralangan. Teri osti tugunlari va polineyropatiyalar ko'p gina bemorlarda kuzatiladi. Revmatoidli tugunchalar 10-20% kasallarda uchraydi. Ko'pincha ular teri osti kletchatkasida kuzatiladi. Palpator tekshirishda- muskullar atrofiyalari, funktsional aktivligining pasayishi, miozitlar aniklanadi.

Revmatoidli tugunchalar tirsak bo'g'imi atrofida kuzatiladi. Tugunchalar odatda harakatchan, og'riksiz o'rtacha qattqlikda, 0,5- 1,5 sm kattalikda. Polineyropatiya- nervni oziqlantiruvchi tomirlar vaskulitidir. Nerv stvolining distal kislmlari zararlanadi., sezuvchanlik buziladi. Uvishishga, oyoklarning uyushib kolishiga shikoyat qiladi. Palpatsiyada zararlangan nerv soxasida og'rik, sezuvchanlikning pasayishi aniklanadi. Ba'zan harakat xam buziladi. YuRA kattalardagi RA singari polimorf boshlanadi va kechadi. Kasallikni boshlanishi o'tkir, isitmalash, poliartrit bilan vistseritlarga moyillik, o'rta o'tkir mono –oligoartrit, vistseritlar bilan yoki usiz (lekin ko'pincha ko'zni shikastlanishi bilan) va shuningdek, isitmalash va vistseropatiya fonida uzoq davom etuvchi artralgiyalar aniqlanadi. YuRA ko'pincha 6 yoshgacha bo'lgan kizlarda rivojlanib, kattalardagi RA dan quyidagilar bilan farklanadi:

ko'pincha yirik bo'g'implarni shikastlanishi bilan mono, oligoartrit turida boshlanadi va kechadi;  
 ko'pincha kuzni shikastlanishi bilan;  
 teri toshmalarining (eritematoz - makulez dermatit) mavjudligi bilan;  
 seronegativlik bilan (qon da RF fakat 3-25% bemorlarda aniklanadi);

### **RA ning aktivlik kursatkichlari**

Kursatgich	Kursatgichlarni ballarda bahosi			
	0	1	2	3
Ertalabki karaxtlik	Yo'q	30 min davomida	Kunduzi soat 12gacha	Kun davomida
Gipertermiya	Yo'q	Biroz	Urtacha	Keskin
Ekssudativ uzgarishlar	Yo'q	Biroz	Urtacha	Keskin
H 2- globulinlar mavjudlining ortishi,%	10 gacha	12 gacha	15 gacha	15 dan ortik
EChT, mmG`s	12 gacha	20 gacha	40 gacha	40 dan ortik
S-reaktivlik	Yo'q	+	++	+ + + ( va ortik)
Oksil				

YuRA da kaft va panjaning mayda bo'g'implarini artriti kamdankam uchraydi. Bo'g'implarni shikastlanishi odatda yiriklaridan (tizza, tupik, bilak) boshlanib, simmetriklik unchalik xos emas. Bo'g'implardagi yalliglanishning ekssudativ va proliferativ uzgarishlari tufayli bo'g'implarda "sharsimon" (tizza va tirsakda), "yostiksimon" (tupik va bilakda), "urchuksimon" (falangalararo bo'g'implarda) defiguratsiya va deformatsiyalar paydo bo'lib, harakatlari cheklanadi, mushaklar atrofiyasi kuzatiladi. Taxminan 1G`3 kism bemorlarda buyin soxasidagi umurtkalar aro (ayniqsa S2 - S3 ) bo'g'implarning ham shikastlanishi aniklanadi. YuRA ni bo'g'im shakli: kasallikning eng tipik shakli bo'lib, 60 -75% xollarda uchraydi. YuRA da bo'g'implarning shikastlanishini asosiy alomatlari RA dagiga o'xshash bo'lib, og'riq, shish, ertalabki karaxtlik aniqlanadi. Bolalarda bo'g'implardagi og'riqning keskinligi kattalardagiga nisbatan kam bo'ladi: ba'zan bo'g'imni shishganligiga qaramay, og'riqqa shikoyat bildirmaydi. Kichik yoshdagi bemorlar kamdan kam ertalabki karaxtlikka shikoyat qiladilar. Bo'g'implarning shikastlanishi monoartrit (1 ta bo'g'imda), oligoartrit (2-4 ta bo'g'imda) va poliartirit (ko'pgina bo'g'implarda) sifatida namoyon bo'ladi. Kattalardagidan ko'p xollarda dumg'aza birikmasi va chakka-jag' bo'g'imining shikastlanishi kuzatiladi. Poliartikulyar shakli aktiv davrida bo'g'im sindromidan tashqari isitmalash, periferik limfa tugunlarini kattalashishi, avj oluvchi mushaklar distrofiyasi, keskin vegetativ buzilishlar kuzatiladi. Bo'g'implarda og'riq, suyuqlik ortib, har aktida krepitatsiya va qirsillash eshitiladi. Kattaroq yoshdagi bolalarda maxalliy yoki umumiy ertalabki karaxtlik aniqlanadi.

**Still sindromi** – 10-15% bemorlarda uchraydi. Sindrom o'tkir boshlanib, yuqori isitmalash, keskin bo'g'im sindromi, limfadenopatiyalar, gepatosplenomegaliya, terilda revmatoid toshmalar, perikardni (ba'zan miokardni) shikastlanishi, plevrit, periferik qonda keskin leykotsitoz xos bo'lib, tez avj oladigan kechish kuzatiladi. Bo'g'im sindromi poliartirit tarzida bo'lib, jarayonga mayda bo'g'implar, umurtqani bo'yin soxasi shikastlanishi qo'shiladi, ekssudativ alomatlar, defiguratsiya, har akatni cheklanishi, keskin og'riq tufayli har akatsizlanish, majburiy xolat, qomatni buzilishi kuzatiladi.

**Allergoseptik sindrom (Vissler – Fanqon i sindromi)** – kasallikning og'ir varianti bo'lib, unga xam o'tkir boshlanish, kuchli isitmalash bilan, qaltirash, har orat pasayganida kuchli

terlash, juda ko'p, turg'un, polimorf, dog'simon – papulez, o'rtikar allergik toshmalar, mioperikardit, plevropnevmonit, keskin artralgiya xos bo'ladi.

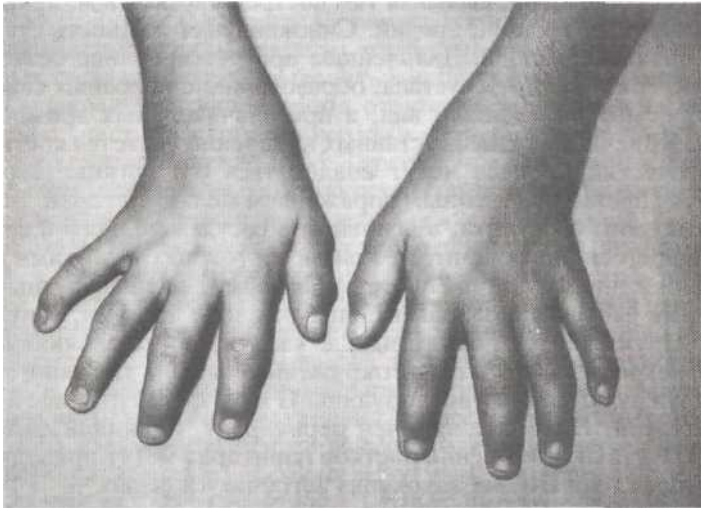
YuRAning revmatizm, biriktiruvchi to'qima diffuz kasalligi (BTDK) bilan birgalikdagi shaklida – har ikkala kasallikka xos bo'lgan klinik manzara kuzatilib, bemorning axvoli anchayin og'ir bo'ladi, bemorni tez majruxlanishi sodir bo'ladi.

YuRA da jismoniy rivojlanishning sekinlashishi, bo'y o'sishidan ortda qolish, suyaklar o'sishining buzilishi kuzatiladi. Shuningdek ko'zning shikastlanishi o'ziga xos triada alomatlar: iridotsiklit, katarakta va shox pardaning lentasimon distrofiyasi paydo bo'ladi. YuRAnin klinik manzarasida kechish xususiyatlari bemorning yoshiga bog'liq bo'lishi mumkin.

### ***YuRA ni yoshga bog'lik xolda kechish xususiyatlari***

Yoshi	Xususiyatlari
3 yoshgacha	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bo'g'im sindromining keng tarkalganligi bilan jarayonga yirik va mayda bo'g'implarni, oyok kaftini jalb kilinishi.</li> <li>- Bo'g'implarni nosimmetrik shikastlanishi.</li> <li>- Maxalliy haroratni kutarilishi, ertalabki karaxtlik bilan birga bo'g'implar deformatsiyasini rivojlanishi, qon trakturalarni paydo bo'lishi va regionar mushak guruxlarini atrofiyasi, suyak- tog'ay destruktivitasining rentgenologik alomatlarni bo'lmasligi aniqlanadi.</li> <li>- Kasallikni birinchi 3 yilida bo'g'im sindromi transformatsiyaga moyil (ko'pincha o'g'il bolalarda) bo'ladi .</li> </ul>
3 dan 7 yoshgacha	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Odatda bo'g'implarning simmetrik shikastlanishi. Tizza bo'g'imida sinovit.</li> <li>- Suyak – tog'ay destruktivitasini yuqori foizda aniqlanib, rentgenologik tasdiqlanadi.</li> <li>- Kasallikning boshqa alomatlari kam ko'rinishli bo'ladi .</li> <li>- Serologik reaksiyalar natijasining manfiylik kuzatiladi. Bolalarda transformatsiyaga aniq moyillik.</li> </ul>
7 yoshdan keyin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bo'g'im sindromi bezarar kechib, odatda tizza va to'pik bo'g'implari shikastlanadi, ko'pincha simmetrik.</li> <li>- Keskin eksudativ o'zgarishlar tavsifli bo'ladi .</li> <li>- Rentgenologik suyak – tog'ay destruktivitasini alomatlari bo'lmaydi.</li> <li>- Serologik reaksiyalarning musbatligi kata foizda aniqlanadi.</li> </ul>

Tashxisoti. Yuvenilrevmatoidartrit tashxisi qo'yish kasallikning erta, boshlang'ich bosqichlarida biroz qiyin. Chunki spitsifik klinik va talilxonatlarining yo'qligi, klinikaning va riabelligi, revmatoid omilning doimiy aniqlanmasligi buborada o'z ta'sirini ko'rsatadi.



Diagnoz qo'yish uchun bemorlarning umumiy qon taxlilida normotsitar gipoxrom anemiya, EChTni ortishi, qon zardobida fibrinogen, S – reaktivlik oqsilning ortishi, 20% bemorlarda revmatoidli omil aniqlanadi. qonda va sinovial suyuqlikda stafilokokkli toksinni va h – antitoksinni mavjudligini aniqlash, 1G`3 qismdan ortiq bemorlarda YuRA ning stafilokokkli infitsirlanish bilan uzviyligi bo'lishini ko'rsatadi.

YuRAni tashxisot mezonlari

Klinik alomatlari:

3 oydan ortiq davom etgan artrit (albatta zarur alomat)

Kasallikni birinchi 3 oyda 3 ta bo'g'imni shikastlanishi

Mayda bo'g'implarning simmetrik shikastlanishi

Umurtqani bo'yin soxasini shikastlanishi

Bo'g'im bo'shligida suyuqlik

Ertalabki karaxtlik

tendosinovit yoki bursit

Ko'zni revmatoid shikastlanishi

Revmatoidli tugunchalar

Rentgenologik alomatlar:

Epifizar osteoporoz

Bo'g'im tirqishini torayishi

Bo'g'im bo'shlig'ida suyuqlik alomatlari

Periartikulyar to'qimani zichlashishi

Laborator alomatlar:

EChT 35 mmG`s dan ortik (Panchenko usulida)

RFning musbatligi

Sinovial qobiq biopsiyasida musbat ma'lumotlar.

1- mezon bilan birga 3 ta mezon aniqlansa, tashxis bo'lishi mumkin, 4 ta mezon bo'lsa tashxis aniq, 8 tada – klassik bo'ladi.

Kiyosiy tashxisoti. YuRAni tashxislashda bo'g'im sindromi va vistseral ko'rinishlar bilan namoyon bo'luvchi ko'pgina kasalliklar bilan qiyoslash zarur. Kasalliklarning klinik manzarasi aniq bo'lgan xollarda va ko'pgina tashxisot mezonlarini aniqlash imkoni mavjud bo'lganida, YuRA ni boshka unga o'xshash kasalliklardan qiyinchiliklarsiz qiyoslash mumkin. Lekin ko'p xollarda qiyosiy tashxislash muammoli bo'ladi : Bexterev kasalligi, Reyter kasalligi, Psoriatik artrit, Shegren sindromi, Infeksion artrit, Sistemali kizil yugurik, Palindrom revmatizm, Virusli artritlar bilan qiyosiy tashxislash lozim bo'ladi.

Davolash: YuRAni davolashning asosiy printsiplari quyidagilardir

Rejim- ko'p harakat qilmaslik, bugimga zo'riqish tushirmaslik.

A) kasallikni murakkab patogenezini turli tomonlariga ta'sir ko'rsatuvchi davo vositalarining kompleksli qo'llanishi:

B) davoning davomiyligi va bosqichligi (statsionarda, poliklinikada, sixatgoxda);

V) kasallikning shakli, kechishi va aktivligiga bog'liq bo'lgan qiyosiy terapiya.

Patogenetik davoda markaziy o'rinni medikamentoz vositalar egallab, ular orasida salitsilatlar, pirozolon, indol, propion va feniluksus kislotasi unumlari, xinolin preparatlari, shuningdek, GKS va kam darajada – oltin tuzlari va D – penitsillamin axamiyatli.

Yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar (YaNP) orasida atsetilsalitsil kislota yaxshisi xisoblanib, 25 kg vazngacha bo'lgan bolalar uchun 80-100 mgG`kg adekvat sutkalik doza bo'ladi. Tana vazni 25 kg va undan ortiq bo'lganida 2,4 -3,6 gG`sut ga 4-6 qabulda tayinlanadi.

Indometatsin preparati 2,5 mgG`kgG` sut dozada bolalarda bo'g'im sindromini va isitmalashni bartaraf qiladi. Uni 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga tavsiya etilmaydi, ko'ngli ayrib qusishi mumkin.

YaKNP.- ibuprofen 20-30 mgG`kg, naproksen 10-15 mgG`kg va tolmetin 15-30 mgG`kg preparatlari deyarli toksik ta'sirga ega bo'lmay, bolalar tomonidan yaxshi qabul qilinadi va uzoq qabul qilishga tavsiya etiladi. Voltaren (diklofenak- natriy) 2-3 mgG`kgG` sut dozada tayinlanganida anik davo tasiri kuzatilib, uni bemor 2 yil mobaynida xam qabul qilishi mumkin. Preparat uzoq vaqt qabul qilinganda effektivligi ortadi. Hozirgi vaqtda yangi zamonaviy dori selebreksni qo'llash tavsiya qilinmoqda, chunki u prolangir ta'sirga ega bo'lib, kuniga 1 kapsuladan (100 mgdan) 2 maxal qabul qilinadi va oshqozon va qon xosil qiluvchi sistemaga salbiy ta'sir qilmaydi. Bola axvoli yaxshilangandan so'ng 1 kapsuladan 1 maxal qabul qilinadi

YuRA bilan bemorlarda kullaniladigan patogenetik tasirdagi asosiy vositalardan biri-xinolin preparatlari bulib, xingamin (xlroxin, rezoxin, delagil)- 4 mgG`kgG`sut, gidroksixloroxin (plakvenil)-5-7 mgG`kgG`sutdozada, uzok vakt, uzluksiz bir necha oylik kursda tayinlanadi. Davoni boshlanishida ushbu preparatlarning dozasi ikki barobar bo'lishi mumkin. Agar usluksiz 6 oy mobaynida kundalik terapiyadan effekt bulmasa, preparat bekor kilinadi.

Bolalarda artritlarda kullaniladigan preparatlar.

Preparatlar	Sutkali dozasi (mgG`kg vaznga)
<b>Yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar</b>	
Salitsilatlar	< 25 kg : 80-100 >25 kg : 2,5 gG`m G` sut
Ibuprofen	20-40
Naproksen	7-15
Indometatsin	0,5-3
Tolmetin	15-30
Sulindak	< 25 kg : 50 mg bir marotaba
Diklofenak	> 25 kg : 2,5 mg bir marotaba 2- 3
<b>Bazisli antirevmatik davo vositalari</b>	
Gidroksixloroxin	5-7
Auranofin	0,515-0,20
Oltin preparatlari (mG`o)*	1 mgG`kg vaznga xaf yoki 5-10
D- Penitsillamin	10
Sulfasalazin	40
Metotreksat*	0,15 – 0,50 mgG` kg vaznga xaf yoki 5-10 mgG`m?G`xaf (maksimum 15-20 mgG` xaf)
<b>Kortikosteroidlar</b>	
Prednizolon	1-2
Metilprednizolon bilan	15
Puls- terapiya	

--	--

\* Oltin preparati (mG`o) va metotreksatni har kuni emas, balki haftada 1 marta yuboriladi. Preparatning dozasi kattalar uchun mumkin bo'lgan maksimal dozadan oshmasligi lozim.

YuRAnin yuqori faolligida, og'ir kechishida, uzoq davom etuvchi yallig'lanishga qarshi nosteroid dorilar effektivsiz bo'lganda, og'ir surunkali iridotsiklitda glyukokortikoid (GKS) preparatlar - prednizolon tayinlanadi (1 – 2 mgG`kg vazniga). Ba'zi xollarda keskin og'riqli sindrom va yuqori faollikdagi YuRA da davoni kompleks gormonal –medikamentoz terapiya bilan boshlanadi.

YuRA bilan bemorlarni davolovchi patogenetik ta'sirdagi preparatlardan Yana biri – xinolin preparatlari bo'lib, xingamin, xloroxin, rezoxin, delagil – 4 mgG`kgG`sut, gidroksixloroxin (plakvenil) – 5-7 mgG`kgG`sut dozada, uzoq vaqt, uzluksiz bir necha oylik kursda tayinlanadi. Davo uzluksiz 6 oy davomida qo'llanilib, kundalik terapiyadan foyda bo'lmasa, preparat bekor qilinadi. Aniq ijobiy samara berganida davo davom ettirilib, kunora olishi mumkin.

Oltin preparatlari – revmatologiyada ko'pdan beri qo'llanilmoqda. Bu preparatlar 4-5 yil davomida remissiya chaqirishi mumkin. Oltin preparatlaridan sanokrizin, miokrizin, salganal –V (aurotioglyo`q oza), krizanol qo'llaniladi. 1 ml 5% krizonol eritmasida 17 mg, 1ml 10% eritmasida esa 34 mg metallik oltin bor. Bemor davo kursida 1-1,5 g metallik oltin, ya'ni mushak orasiga haftasida 11 marta 10, 17, 34 va 50 mg dan olishi zarur. Keyin ushlab turuvchi dozaga o'tilib, 1mgG`kgG` hafta doza, 3 haftada 1 marta mushak orasiga yuboriladi. 4

Oltin preparatlarini parenteral kiritish jarayonida 30-40 % bemorlarda turli toksiko – allergik reaksiyalar, ayniqsa dermatit, stomatit, isitmalash, proteinuriya, gematuriya, kam xollarda ichak, jigar, asab sistemasi faoliyatini buzilishi paydo bo'ladi. Gematologik asoratlar – trombositopeniya, neytropeniya va aplastik anemiya eng xavfli xisoblanadi.

Auranofin preparati enteral yuborilib, boshqa oltin preparatlaridan 5 marta kam toksik ta'sirga ega va yaxshi effektiv dori xisoblanadi. Uning dozasi 0,1 mgG`kgG` sutkada boshlanib, asta-sekin oshirib boriladi 0,2 mgG`kgG`sutkagacha. Preparat har kuni bir necha oy mobaynida qo'llaniladi.

D- Penitsillamin (ko'p rinil) – RA da «bazis» preparat sifatida qo'llanilib, kasallikning turli patogenetik zvenolariga har tomonlama ta'sir ko'rsatadi. Bolalarda YuRA ni davolashda 10-15 mgG`kgG`sut dozada qo'llanilib, keyin ushlab turuvchi dozaga – 5 mgG`kgG`sut o'tiladi. D-Penitsillamin fonida salbiy hodisalar bolalarda kam uchrab, yosh kattalashgan sari ortib boradi.

D- Penitsillamin bilan terapiya YuRA ni progressirlangan shakllari bilan yuqori va o'rta aktivlikda ko'rsatilgan bo'lib, uni kasallikning bo'g'im, bo'g'im –vistseral shakllarida, shuningdek gormon bog'liqlikda uni bartaraf etish maqsadida tayinlash mumkin.

Levamizol – YuRAni davolash uchun tavsiya qilinmaydi, chunki u yuqori toksik ta'sirga ega va bo'g'im –vistseral shaklida to'liq noeffektivdir.

Immunodepressantlar, sitostatik preparatlar – YuRA bilan bemorlarga faqat so'nggi paytlarda – boshqa davolovchi preparatlar noeffektivligida yoki ko'tara olmasligida tayinlanadi. Leykeran (xlorbutin, xlorambutsil) antimetaboliklarga nisbatan kam toksik bo'lib, uzoq qo'llash uchun qulaydir. U 0,05-0,1 mgG`kgG`sutkali dozada ishlatiladi. Siklofosfan YuRA ni davolashda asosan bo'g'im ichiga yuborish uchun qo'llanilib, uning dozasi bemorning yoshiga va bo'g'imning o'lchamiga bog'liq bo'ladi. Uni bolalarda umumiy terapiyada qo'llash tavsiya qilinmaydi, chunki og'ir asoratlar berishi mumkin.

YuRA da geparin bilan davolash uchun ko'rsatmalar: geparin zaxirasining bo'shishi, qondagi giperkoagulyatsiya holati va terminal qon aylanishini buzilishi hisoblanadi. Geparin bundan tashqari yallig'lanishga qarshi va yumshoq immunodepressor ta'sir ko'rsatadi. Geparin teri ostiga (kipndik atrofi sohasiga) va mushak orasiga -200-300 EDG`kgG`sut, tomir ichiga esa -150 EDG`kgG`sut dozada kiritiladi. Sutkalik dozani kun mobaynida 2 kirishga bo'linadi. Davoni davomiyligi – 2 haftadan kam emas, chunki davomli kurslari ko'proq samarali bo'ladi. Mahalliy ta'sir ko'rsatuvchi dori vositalari – DIMETILSULFOKSID (DMSO) - applikatsiyasi 30% li eritma tarzida aloxida yoki analgin (0,5 g), geparin (1 ml eritmada 250 ED),

gidrokortizon (12,5 mg) bilan birgalikda har kuni 30-40 min dan, davo kursiga 10-15 muolaja olinadi. DMSO jigar va buyraklarning xastaliklarida ishlatilmaydi. DMSO ni qo'llashdan oldin teriga sinama o'tkazish lozim, 1 tomchi eritma bilakning ichki yuzasiga tomiziladi. Natija 30 minutdan so'ng va ertasi kuni xisobga olinadi. terida kichish, bosh aylanish va boshqa alomatlar paydo bo'lishida davo bekor kilinadi. 5 yoshgacha bolalarda o'tqazishda extiyot bo'lish lozim, chunki u o'sish jarayoniga ta'sir qiladi.

YuRAni davolashda hozirgi paytda prednizolon, prednizon, triamtsinolon, deksametazon kullanilib, kichik va o'rta dozalarda – 0,8-1 mgG`kgG`sutkada odatda ichishga tavsiya etiladi, kurs davomiyligi 6-8 o'ldan ortmaydi, chunki vakt utishi bilan effekt pasayadi, gormonga bog'liklik va bemor xayotiga xavf soladi.

GKS lar «bazis» preparatlar bilan bir vaqtda tayinlanadi. Kasallikni aktivligi pasayganida, gormonlar dozasi sekin kamaytiriladi va bemor ushlab turuvchi dozada qoladi. Kurs davomiyligi kasallikni kechishiga bog'liq.

Bemorlarda bo'g'im kasalliklarini davolash bosqichlarida o'tkaziladigan asosiy davolovchi, qayta tiklovchi va muxofazalovchi tadbirlar.

YuRA li bemorlarda amiloidozni davolash nixoyatda og'ir bo'lib, aniqlangan amiloidozda GKS ni bekor qilish maqsadga muvofiq bo'ladi. Xinolin preparatlari 2 barobar dozada davomli va uzluksiz qo'llash va boshlang'ich bosqichlarida sitostatiklarni kichik dozalarda qabul qilinadi. Jigar preparatlarini ichish va parenteral yuborish zarur.

Ultrabinafsha nurlashni kasallik bosqichlariga ko'ra statsionarda, poliklinikada va sanatoriyalarda amalga oshiriladi.

Bemorlarda bo'g'im kasalliklarini davolash bosqichlarida o'tkaziladigan asosiy davolovchi, qayta tiklovchi va muhofazalovchi tadbirlar.

bosqich	Utkaziladigan tadbirlar
Statsionar	Anik tashxis qo'yish. Keskin klinik ko'rinish davrida stabilizatsiya. Jarayonigacha davolash. Surunkali infektsiya uchoklarni sanatsiyasi. Poliklinika yoki sixatgoxda davom eunchun tavsiyanoma tayyorlash. Statsionardan chikkandan keyin vaqtidagi qulay harakat tartibini belgilash.
Poliklinika	Bo'g'im kasalliklari Bilan bemorlarni faol aniqlash. Boshlang'ich tashxisni va statsionarda davolash uchun ko'rsatamalarni belgilash. Dispanserizatsiyani amalga oshirish pediatr, kardiorevmatolog, ortoped, okulist, fizioterapevd, va davolovchi jismoniy tarbiya bo'yicha shifokorning ishtirokini talab qiladi. Statsionarda boshlang'ich dorivoriy va boshka davoni tavsiyanoma bo'yicha davom ettirish va vash u davrda muttasil vrach nazoratini amalga oshirish. Surunkali infektsiya o'choklarni aniklash va statsiyalash. Interkurrent kasalliklarni oldini olish va qaytalanishni muxofazalash tadbirlarini utkazish. Bolalar muassasasiga katnovchi bemorlarni kun tartibini belgilash, maktabda jismoniy tarbiya mashgulotidan, imtixonidan ozod kilish, kushimcha dam olish kunini tayinlash. Muxofazolovchi emlash uchun kursatma Karshi kursatmalarni aniklash. qayta statsionarda va sixatgoxda (kurortda) davolashga zaruratni aniklash. O'spirinlarni kasb tanlashda ishtirok kilish.
Sixatgox (kurort)	Oldingi bosqichlarda erishilgan natijalarni mustaxkamlash. Statsionarda va yoki poliklinikada utkazilgan dorivoriy va boshqa davolarni (kursatma bo'yicha) davom ettirish. Surunkali infektsiya o'choqlarini aniklash va sanatsiyalash. Tayanch harakatlantiruvchi va harxil a'zolar faoliyatini me'yorlashtirishga qaratilgan umum tetiklashtiruvchi va qayta tiklovchi tadbirlarni utqazish.

YuRA ni davolash bosqichlarida turli medikamentoz davo komplekslarini kullash sxemasi

xinolinli preparatlar uchun

sitostatiklar tayinlanganda xinolin unumlari va D-peritsillamin bekor kilinadi

Muxofazalash. Birlamchi muxofazalash, yani YuRA ni rivojlanishini oldini olish maqsadida, bu kasallik bo'yicha xavf guruxiga kiruvchi bolalarga etibor kuchaytirilidi. Dispanserizatsiya utqazilganda, ayniqsa RA va BTDK bilan, shuning dek tez-tez kasallanuvchi, allergik reaktzialar beruvchi bemor bo'lgan oilalardagi bolalarga kuchli etibor beriladi. Kasallikning eng erta birinchi alomatlarini aniqlash uchun, bu bolalarga takroriy mukammal tekshiruvlar utqaziladi.

Ikkilamchi muxofazalash usuliga keyinchalik jarayonni avj olishini va qaytalanishini oldini olishga yunaltirilgan muntazam bosqichli davo kiradi. Shuning uchun bemorni dispanser nazoratini kardiorevmatolog tomonidan mukammal tashkillash lozim.

Kasallanganlar orasida og'ir bolalar ko'prok bulib (57,3%), ularning qizlarga nisbati 1,3:1ni tashkil qiladi. Kasallik 1G`2 qismidan ortik bemorlarda 10 eshdan katta va 1G`3 qismidan ortiqlarida 7-15 eshlikda kuzatiladi.

Kasallikning ichak infektsiyasidan so'ng rivojlangan varianti ko'p chilik bemorlarda qayd kilinib, ularda bo'g'im sindromi o'tkir ichak infektsiyasi bilan bevosita bog'liklikda rivojlangan.

Bemor bolalarning davosi anchalik murakkab bulib uziga xos xususiyatga egadir. xususan bo'g'im sindromi keskin bo'lgan hollarda yotok tartibi va shikastlangan bo'g'imning immobilizatsiyasi, xamda jadal davolash tadbirlari amalga oshiriladi. Bunda antibiotikoterapiya trigger omilni inobatga olib 1,5-2 oygacha tayinlanib, zamburukka karshi preparat va antibakterial davo kurslari orasida eubiotiklar qo'llaniladi.

Amalga oshirilgan adekvat davo tadbirlariga karamay 14,7% bemorlarda kasallikning qaytalanishi va 12% xollarda surunkalanishi kuzatildi.

## MA'RUZA № 5

### Ma'ruza mashg'ulotlarining ta'lim texnologiyasi.

<b>Mavzu</b>	<b>Bolalarda gastrit va gastroduodenitlar.</b>
--------------	--

#### 5.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 2 soat	Talabalar soni 20 – 60 tagacha
Mashg'ulot shakli	Kirish – axborotli maruza
Maruza rejasi	1. Bolalarda surunkali gastroduodenit to'g'risida tushuncha 2. Surunkali gastroduodenitni kechishi va klinikasi. 3. Surunkali gastroduodenit AFX ga bog'lik bo'lgan etiologiya va patogenezi. 4. Surunkali gastroduodenit klinik –laborator – instrumental tekshiruv usullari. 5. Surunkali gastroduodenit bosqichli davolash va oldini olish tadbirlari..
<b>O'quv mashg'ulotining maqsadi</b> :Talabalarga bolalarda surunkali gastroduodenitni kechishi va klinikasi to'g'risida tushuncha berish. AFX ga bog'lik bo'lgan etiologiya va patogenezi. Klinik –laborator – instrumental tekshiruv usullari. bosqichli davolash va oldini olish tadbirlari to'g'risida tushuncha berish.	
<b>Pedagogik vazifalar</b>	<b>O'quv faoliyati natijalari</b>
- Talabalarga bolalarda oshqozon va 12 barmoqli ichak a'zolarining anatomo – fiziologik xususiyatlari (AFX) to'g'risida tushuncha berish. - ovqat hazm qilish a'zolarini tekshirish usullarini o'rgatish - Turli yoshdagi bolalarda ovqat hazm qilish tizimining o'zgarishlarini baholay olishni o'rgatish. - o'tkir va surunkali gastroduodenitni aniqlay bilish va davolashni o'rgatish	- Bolalarda oshqozon va 12 barmoqli ichak a'zolarining anatomo – fiziologik xususiyatlari (AFX) to'g'risida aytib berish. - ovqat hazm qilish a'zolarini tekshirish usullarini o'rganish - Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bo'lish. - Turli yoshdagi bolalarda ovqat hazm qilish tizimining o'zgarishlarini baholay olishni o'rganish. - o'tkir va surunkali gastroduodenitni aniqlay bilish va davolashni o'rganish
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, proektor, flomaster, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «chaqaloq - qo'g'irchok», temir preparatlar
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat: savol – javob, mustaqil ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

#### 5.2. Ma'ruza mashg'ulotining texnologik xaritasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1. Mavzu bo'yicha O'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish maruzasi uchun taqdimot	

	<p>slaydlarini tayyorlash.</p> <p>3.Talabalar O'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</p> <p>4. O'quv fanini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</p>	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<p>1. Ma'ruza mashg'uloti mavzusi, uning maqsadi va vazifalarini tanishtiradi.</p> <p>2.Talabalar O'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi (2- ilova).</p> <p>3.Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi (3-ilova).</p>	Tinglaydilar
2. Asosiy bosqich (55 daqiqa)	<p>1.Power Point dasturi yordamida slaydlarni namoyish kilish va izohlash bilan mavzu bo'yicha asosiy nazariy jixatlarini tushuntirib beradi.</p> <p>2. Bolalarda gastrit va gastroduodenit kasalligini slaydlar yordamida tushuntiradi.</p> <p>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish va mustaxkamlash maqsadida quyidagi savollarni beradilar:          Bolalarda gastrit va gastroduodenitlar. nima?          Bolalarda gastrit va gastroduodenitlar. etiologiyasi nima?          Bolalarda gastrit va gastroduodenitlarning rivojlanishi.          Bolalarda gastrit va gastroduodenitlar klinikasida qanday o'zgarishlar kuzatiladi, harakterli belgilarni ko'rsating.          Bolalarda gastrit va gastroduodenitlar kasalligini klassifikatsiyasiyasi.          Bolalarda gastrit va gastroduodenitlar kasalligini etiopatogenetik davolash qanday          Bolalarda gastrit va gastroduodenitlarning profilaktikasini olib borishda nimalarga e'tibor berish kerak?</p>	Tinglaydilar, YOzadilar, javob beradilar
3.Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	<p>3.1 Mavzu bo'yicha talabalarda yuzaga kelgan savollarga javob beradi, yakunlovchi xulosa qiladi.</p> <p>3.2. Mustaqili ishlash uchun reaktiv artritlar-5 s mavzusini taqdim etadi va internet asosida mazkur O'quv materialni o'qib kelish vazifasini beradi.</p>	Savollar beradilar, vazifani yozib oladilar.

### O'TKIR GASTRIT (O'G)

O'tkir gastrit – oshqozon shilliq qavatining o'tkir yallig'lanishi bo'lib hisoblanadi.

#### Etiologiyasi.

Birlamchi (ekzogen)

Ikklamchi (endogen)

Birlamchi sabablari – infeksiyon fontda, ximik ta'sir, ovqat allergiyalari

Ikkilamchi sabablari - organizmda bulayotgan turli o'tkir infeksiyonlar oqibatida rivojlanadi. quyidagi O'G formalari bor:

1 Flegmanoz gastrit

2 Utkir buyrak yetishmovchiligida

3 Xelikobakteri pilori bilan assotsiyalangan

## **Klinik kechishi**

YAlliglanish jarayoni joylashishi va tarqalishiga bog'lik. -----qo'zish davri davomiyligi – bir necha kundan 2-3 haftagacha

-qo'zish davri steriotip klinik kurinish

-simptomlarning ovqat xarakteri va qabul qilishiga bog'liqligi

-qo'zishning mavsumiyligi (bahor, kuz)

Antral gastrit va gastroduodenitda–kasallik yarali tipda kechadi, kuzatiladigan simptomlar-korinda og'riqning bo'lishi, og'rik saharlab ovqat egandan so'ng 1,5-2 soatdan keyin, bazan kechqurun bo'ladi. Ovqat yegandan so'ng kamayadi. Zarda qaynashi, nordon kekirish, bazan yengillik chaqiruvchi qusish buladi.

Tipik:

gastral, piloroduodenal soxa palpatsiyada og'rikliligi, qorin dam bo'lishi, ishtahaning yuqolishi, oshqazon sekretor funksiyasi oshgan yoki normal, endoskopiyada oshkozoning antral va 12 b.i.ning piyozcha qismida yallig'lanish – distrofik zararlanish (antroduodenit), NR ning assotsiatsiyasi xarakterli.

Fundal gastritda og'rik: ovqat yegandan so'ng, ko'pincha qovurilgan, yog'li ovqatdan so'ng, epigastral va kindik soxasida simillovchi harakterda 1-1,5 soatdan keyin uzidan-uzi o'tib ketadi. Epigastriyda og'irlik, tuliqlik hissi, havo bilan kekirish, ko'ngil aynish, kamdan-kam yengillashtiruvchi qusishga chakiruv.

Boshka simptomlardan: ich ketishi, ishtaxaning pasayishi, epigastriy va kindik soxasida palpatsiyada og'riq, oshqazonning sekretor funksiyasi saqlangan yoki pasaygan, endoskopiyada-oshqazon tanasi va fundal qismi zaralanishi, gistologik shilliq qavatda atrofik o'zgarishlar, SGD ning butipi autoimmun hamda assotsiyalashgan NR sifatida uzoq davom etadi.

Deyarli 40% SGD latent kechadi va morfologik o'zgarish darajasi bilan belgilari mos kelmasligi mumkin.

## **Diagnostika**

Bemordan yig'ilgan anamnez, ko'ruv, oshqazonning sekretor va motor funksiyasini tekshirish, endoskopiya, NR infeksiyasi bor yo'qligi va oshqazon shillik qavatining gistologik tekshiruv asosida qo'yiladi.

*Endoskopiya* -SGD da odatda o'chokli yoki diffuz shillik qavat giperiyalangan, shishi, burmalar gipertrofiyasi, limfofolikulyar gipertrofiya yassi yoki ko'tarilgan eroziya, bazan rangparlik, atrofiyaga ega ekanligi aniqlanadi.

*Gistologik tekshiruv*– shillik qavatda yallig'lanish, distrofik va dixregimrator darajali aniqlash imkonini beradi, NR ning vegetativ va konkil shakillanishi aniqlash.

**Differensial diagnoz**- qorinda o'tkir va retsedivlovchi og'rik bilan kechadigan kasalliklardan, funksional dispepsiya.

## **Davolash:**

Kompleks qo'zish davrida jismoniy va psixik tinchlik,davolovchi oziqlantirish, medikamentoz va fizioterapiya.

Ovqat maydalangan, oshqazonni kimyoviy va mexanik davolovchi vositalar.Kislatalik mutadil yoki oshgan vaktida so'rilmaydigan antatsitlar qo'llaniladi: fosfolyugol, megalok, maolaks, protab.

HCL giperproduksiyasida selektiv xolinolitiklar, gastrotsepin, riabol. Boshqa antisekretor vositalar ishlatilishi cheklangan.

Eroziyalarda parda xosil qiluvchi vositalar: (sukralfat, dekal) va prostoglandinlarning sintetik PGE2 (lizaprostol) beriladi.

Xelikobakterioz aniqlanganda infeksiyaga qarshi medikamentoz davo:Kursatma:oshqazon va 12 b.i. shillik qavatining eroziv o'zgarishlarida, nodulyar gastrit yoki bezlar atrofiyasi bilan

kehadigan gastroduodenit, piloroduodenal zonadagi eroziv yaralar va oshkazon rakining borligi, NR ning virulentligi isbotlanganda (qonda G<sub>jg</sub> A va VacA serologik oqsil yoki morfologik shilliq qavat hujayralari vakuolizatsiyasi)

**Fizioterapevtik davoda** –induktoterapiya, elektrofarez, novakain, papaverin bilan ozekiritli yoki parafinli aplikatsiyalar qilish kerak.

**Profilaktika**– ratsional oziqlanish uchun sharoit yaratish, kun rejimi antropizatsiyasi va jismoniy- psixik emotsional zuriqishni kamaytirish, infeksiya va parazitlar o'chog'ini sonatsiya qilish.

#### **Dispanser kuzatuv**

3 yil davomida, remissiya davrida qilishi kerak.

-ximoyalovchi parhez

-fitoterapiya – dalachoy, mingyaprok, chistotel, moychechak damlamasi 2-3xafta davomida (kuz va baxorda)

-fizioterapiya- Ca, Br bilan elektrofarez diodinamik tok, gidroterapiya, balchiq bilan davolash.

-mineral suvlar ( Essentuk, Slovsenovskaya, Smirnovskaya,Borjeomi), qayta kurslari bilan 2-3 xaftadan 3-4 oy

-vitaminlar (A,V,S) qayta kurslar

-sanator-kurort davo remissiya davrida va qo'zishdan 3 oydan so'ng

Yiliga bir marta EGDS va NR erodikatsiyasiga kontrol.

### **SURUNKALI GASTRIT (SG) GASTRODUODENIT (SGD)**

**Surunkali gastroduodenit (SGD)** – oshqozon va 12 barmoqli ichak shilliq qavatining surunkali, ressidivlovchi, kuchayib borishga moyil bo'lgan yallig'lanuvchi – distrofik zararlanishi.

**SGD** bolalar gastroenterologiyasining 30% ni tashkil etadi. 10-15% alohida zararlanadi, qolgan 85-90% oshqozon va 12 barmoqli ichakning birgalikda zararlanishi kuzatiladi. 7-14 yoshdagi bolalar ko'proq kasallanadi, qizlar o'gil bolalarga nisbatan 1,5 baravar ko'proq kasallanadi.

#### **Etiologiyasi:**

-35 -40% kasallikka oilaviy moyillik, ya'ni irsiy – konstitutsional moyillik kuzatiladi;

-Helicobacterpylori – infitsirlanish;

-alimantar faktorlar;

-ximiyaviy, medikamentoz ta'sirlar;

-jismoniy va psixoemotsional zo'riqishlar;

-taomga bo'lgan allergiya;- surunkali infeksiya, parazitozlar va ovqat hazm qilish a'zolarining boshqa kasalliklari

#### **Patogenez**

Surunkali gastroduodenit rivojlanishining 3 tip patogenetik mehanizmi tafovut qilinadi:

1. Endogen – autoimmun, qoplovchi hujayralarga nisbatan antitelalar hosil bulishi (gastrit A) – 1-3% ni tashkil qiladi;
2. Ekzogen –infeksion, xelikobakter assotsirlangan ( gastrit V), 85%
3. Ekzoendogen, oshqozonni medikamentlar yoki duodenogastral reflyuks bilan zararlanishi (gastrit S), 10-12% ni tashkil kiladi.

#### **Ureaza fermenti**

- Mochevinani parchalaydi;
- Karbonat angidrid va ammiak xosil buladi;
- Epiteliyni zararlaydi;
- Epiteliy yuzasidagi rNni oshiradi;

- Membrana potensialini buzadi
- Ion disbalansiga olib keladi
- Membranadagi fermentlar faolligini oshiradi va N +- ionlarining oshqozondan

#### **Autoimmun gastrit.**

- Oshqozon tana qismidagi bosh hujayralarni zararlaydi
- Qoplovchi hujayralarga qarshi autoantitelalar hosil qiladi
- Antitelalar hujayralar bilan bog'lanib, fundal bezlarni jarohatlaydi
- YUqori differentsiyalashgan hujayralarning o'limiga olib keladi
- Agar antitelalar koplovchi hujayralar bilan birga ichki Kasl omilaga ham nisbatan paydo bo'lsa, unda gastrit pernitsioz anemiya bilan kechadi.

#### ***Surunkali gastroduodenit variantlari***

<b>Mezonlari</b>	<b>A(autoimmun)</b>	<b>V(xelikobakter-assotsirlangan)</b>
Lokalizatsiya	Oshqozon tubi, tanasi	Antral bo'limi
YAllig'lanish	Kam	YAqqol, keskin
Atrofiya	Tezpaydobo'lib, asosan oshqozon tanasini zararlaydi	Yillar davomida, asosan antral qismida
Nr	--	+
qoplovchi hujayralarga qarshi antitela	+	-
Oshqozon sekretsiyasi	Pasaygan	Normal yoki ko'tarilgan
Gastrin zardobi	Ko'tarilgan	Normal yoki biroz pasaygan

#### **Klinik manzarasi**

YAllig'lanish jarayonining joylashgan joyiga va tarqalganligiga bog'lik. Funktsional gastritlardan farqli ravishda harakterli belgilar:

- qo'zgalish davrining bir necha kundan 2-3 xaftagacha davom etishi;
- qo'zgalish davrida stereotipik o'zgarishlar bo'lishi;
- simptomlarning ovqat harakteri va qabul qilinishiga bog'likligi;
- qo'zgalishning faslga bog'liqligi (baxor va kuz oylarida kuchayishi)

*YArasimon kechishi antral gastrit va antroduodenitda* klinik ko'rinishi yara kasalligiga o'xshaydi.

- Qorinda og'rik xarakter naxorda yoki ovqat yegandan so'ng 1,5 – 2 soat o'tgach, ba'zida tungi og'riqlar kuzatiladi;
- ovqat yegach og'riqlarning kamayishi;
- ba'zida dispeptik shikoyatlar – jig'ildon qaynashi, kekirish, ba'zida yengillik keltiruvchi qusish kuzatiladi;
- epigastral, piloroduodenal soxada palpatsiyada og'riklar;
- qabziyatga moyillik;

- ishtahasi yaxshi;
  - Oshqozon sekretsiyasi normal yoki ko'tarilgan;
  - endoskopiyada—oshqozon antral soxasida, 12 b.i. piyozcha qismida
  - Nr bilan assotsiatsiyasi xarakterli.
- Yallig'lanish distrofik o'zgarishlar kuzatiladi;
- Fundal gastritda* og'riqlar xarakteri quyidagicha:
- ko'p miqdordagi, yog'li, qovurilgan ovqatdan so'ng paydo bo'lishi;
  - epigastral va kindik atrofida og'riqning joylashuvi;
  - simillovchi xarakterda;
  - 1 -1,5 soatdan so'ng og'riqning kamayishi va yo'qolishi;
  - epigastral soxada og'irlik hissi, xavo bilan kekirish, ko'ngil aynishi, qusish.
  - axlati noregulyar;
  - ishtaxasi pasaygan va tanlangan;
  - oshqozon sekretsiyasi pasaygan yoki saqlangan.
  - endoskopiyasida—oshqozon fundal va tana qismida zararlanish, gistologik shilliq qavatning atrofik o'zgarishlari;
  - autoimmun va yoki Nr assotsirlangan bo'lishi mumkin.

### Surunkali gastroduodenit klassifikatsiyasi

Sidney sistemasi, 1990 yil

<i>Forma</i>	<i>Etiologiya</i>	<i>Lokalizatsiya</i>	<i>Endoskopiya</i>	<i>Gistologiyasi</i>	<i>Sekretsiya</i>	<i>Davri</i>
Utkir Surunkali Aloxida granulematoz Eozinofil-li	Nr(-) Nr(+) Autoimmun Reaktiv Idiopatik	Antral Fundal Pangastrit Duodenit Antroduode- nit Tarqalgan gastroduode- nit	YUzaki Eroziv Atrofik Giperplas-tik	YAlliglanish: sust, o'rtacha, kuchli, Atrofiya: sust, o'rtacha, kuchli, Ichakmetaplazi yasi	Normal Ko'tarilgan Pasaygan	Ko'zg'alish Subremissiya Remissiya

### Diagnostika

Anamnez, klinik tekshiruv usullari, endoskopik tekshiruv, qorin bo'shligi UTT, funksional tekshiruv usullari, rentgenologik tekshirishlar.

Birlamchi tekshiruvlar:

*Laborator:* qon, siydik va axlatni umumiy taxlili, axlatni yashirin qonga tekshirish, umumiy oqsil va oqsil fraksiyalarini tekshirish, Nr ni aniqlashga 2 ta test

*Instrumental:* ezofagogastroduodenofibroskopiya, mo'ljalli biopsiya va bioptatni gistologik va sitologik tekshirish, UTT jigar, ut yo'llari va oshqozon osti bezi. Invaziv (biopsiya qilish lozim):

Gistologik, Bakterioskopik, Bakteriologik, Bioximik (ureaznyy test)

Noinvaziv (biopsiya qilinmaydi) Serologik.

### Davolash

CHora – tadbirlari kompleks olib boriladi.

Parxez taom № 1 giperatsid gastritda, № 2 gipoatsid gastritda tavsiya etiladi.

Medikamentoz preparatlardan:

-antatsid preparatlar –

almagel,

fosfolyugel,  
maaloks,  
megalak,  
vikair,

vikalin ovqatdan 1,5 -2 s keyin va uyqudan oldin 2-3 hafta davomida.;

-antisekretor vositalar:

-selektiv M – xolinolitiklar(gastrotsepin 25 mg ertalab va kechqurun, riabal 1 mg/kg kuniga 3 mahal 2-3 hafta;)

7 – kunlik davo:

-ranitidin 150 mg dan kuniga 2 mahal +

-klaritromitsin 250 mg dan kuniga 2 mahal, yoki

-tetratsiklin 12 yoshdan katta bolalarga 500 mg dan kuniga 2 mahal yoki

-amoksitsillin 1000 mg dan kuniga 2 mahal +

-metronidazol 500 mg dan kuniga 2 mahal

-Omeprazol (omegast) 20 mgdan kuniga 2 mahal +

-klaritromitsin 250 mg dan kuniga 2 mahal, yoki

-tetratsiklin 12 yoshdan katta bolalarga 500 mg dan kuniga 2 mahal yoki

-amoksitsillin 1000 mg dan kuniga 2 mahal +

-metronidazol 500 mg dan kuniga 2 mahal yoki

-furazolidon 0,2 g dan kuniga 2 mahal 7 kun davomida

-famotidin 20 mg dan kuniga 2 mahal yoki

-ranitidin 150 mgdan kuniga 2 mahal+

-vismut kolloid subsitrati 240 mg dan kuniga 2 mahal+

-tetratsiklin 500 mg dan kuniga 2 mahal yoki

-amoksitsillin 1000 mgdan kuniga 2 mahal.

Og'riqlar kuzatilganda papaverin gidroklorid, platifillin, duodenogastral refluyukslarda serukal qo'llaniladi

#### **Eradikatsion terapiyada qo'llaniladigan preparatlar:**

<b>Preparat</b>	<b>Doza</b>
Omeprazol, rabeprazol	0,5-1 mg/kg do 20 mg 2 marta
Amoksitsillin	50 mg/kg do 1 g 2 marta
Klaritromitsin	15 mg/kg do 500 mg 2 marta
Metronidazol	20 mg/kg do 500 mg 2 marta
Tetratsiklin (s 12 let)	50 mg/kg do 1 g 2 marta
Kolloidnyy subsidrat vismuta (De-nol)	120 mg 3-4 mahal
Ranitidin-vismut-sitrat (Pilorid)	400 mg 2 mahal

Dispanser kuzatuv 5 yil davomida, 1 –yil har 3 oyda 1 marta, 2 – yildan boshlab har 6 oyda 1 marta tekshirish va davolash choralarini olishi lozim.

**Fizioterapevtik davoda** – induktotermiya, elektroforez, novokain, papaverin bilan o'zdekritli yoki parafinli aplikatsiyalar qilish kerak.

**Profilaktika**– ratsional oziqlanish uchun sharoit yaratish, kun rejimi avtomatizatsiyasi va jismoniy- psixik emotsional zo'riqishni kamaytirish, infeksiya va parazitlar o'chog'ini sonatsiya qilish.

**Dispanser kuzatuv:**3 yil davomida , remissiya davrida qilishi kerak.

- himoyalovchi parhez
- fitoterapiya – dalachoy, mingyaprok, chistotel, moychechak damlamasi 2-3 hafta davomida (kuz va bahorda)
- fizioterapiya- Ca, Br bilan elektroforez diodinamik tok, gidroterapiya, balchiq bilan davolash.
- mineral suvlar ( Essentuk, Slovsenovskaya, Smirnovskaya,Borjeomi), qayta kurslari bilan 2-3 haftadan 3-4 oy
- vitaminlar (A,B,C) qayta kurslar
- sanator-kurort davolash remissiya davrida va qo'zishdan 3 oydan so'ng

Yiliga bir marta EGDS va NR erodikatsiyasiga kontrol.

## **OSHQOZON YARA KASALLIGI (Ulcer)**

Yara kasalligi (YAK) – oshqozon va yoki 12 barmoqli ichakda mahalliy himoya va agressiv omillarning muvozanati buzilishi natijasida yarali defekt shakllanishi bilan xarakterlanuvchi surunkali retsidivlovchi kasallik hisoblanadi.



## **Tarkalishi**

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi bolalarda kam uchraydigan kasalliklar guruhidan chiqarilgan bo'lib, shahar bolalari ichida 3,4%, qishloq sharoitida yashovchi bolalarda esa 1,9% ni tashkil etmoqda. oxirgi 10 yil ichida yara kasalligi bilan kasallanish 2,5 baravarga oshdi. yara kasalligi strukturasi o'n ikki barmoqli ichak yarasi 81% ni, oshqozon yarasi 13% ni, ham oshqozon, ham 12 barmoqli ichakning birgalikdagi zararlanishi 6% uchraydi.

A.V.Novik malumotlariga asosan gastroduodenal kasalliklar orasida yara kasalligi 1,7 %ni tashkil kiladi. 7-14 yoshda ikkala jinsda ham bir xil kechadi.Voyaga etganda o'g'il bolalarda kasallanish ko'payadi. Qizlarda kam uchrashi oshqozon va 12 b.i. shilliq qavati regeneratsiyasini stimullovchi estrogenlarga bog'liq.

## **Etiologiyasi**

Yara kasalligi – polietiologik kasallik hisoblanadi. xavf omillarning eng ko'p quyidagilar tafovut kilinadi: irsiy moyillik, oilasida yara kasalligi bor bemorlarda 60-80% uchraydi.

Helicobacterpylori bilan infeksiyalanish yara kasalligi bilan kasallangan bolalar oshqozon antral qismi shilliq qavatida 99% aniqlanadi, 12 b. i.shilliq qavatida esa 96%.



Yara kasalligiga olib keluvchi omillarga quyidagilar kiradi:

1. erta davrda suniy ovqatlantirish, G (gastrin ishlab chiqaruvchi) va NCI (gistamin ishlab chiqaruvchi) hujayralar indutsirlanishining oshishi.
2. alimentar buzilishlar
3. bazi dori vositalarini uzoq vaqt istemol qilish (salitsilatlar, glyukokortikoidlar, sitostatiklar)
4. oilada tarbiya, oziqlantirishni tashkil qilish
5. gipodinamiya yoki jismoniy zuriqish
6. surunkali infeksiya o'choqlari

7. ichak parazitozi
8. nerv – psixik zuriqish
9. aktiv va passiv chekish va toksikomaniya
10. ovqatga bo'lgan allergiyasi

### Patogenezi

Yara kasalligining patogenezida SHiayya tarozisi kurinishida tushuntirib berish mumkin. Unga asosan himoya va agressiv faktorlarning muvozanatining buzilishi kuzatiladi.

Ximoya faktorlarga quyidagilar kiradi:

1. Gastroduodenal shillik qavatning rezistentligi:
  - a) shillik qavatning himoya to'sig'i (barer)
  - b) faol regeneratsiya
  - v) yetarli qon bilan ta'minlanishi.
2. Kislotaning antroduodenal tormozlanishi.

3. Agressiv faktorlar:

Xlorid kislotasi va pepsinning giperproduksiyasi (ko'p ishlab chiqarilishi):

- a) fundal shillik qavatining giperplaziyasi;
- b) vagotoniya;
- v) gastrin giperproduksiyasi (ko'p ishlab chiqilishi);
- g) qoplovchi hujayralarning giperreaktivligi.
2. Gastroduodenal shillik qavatning shikastlanishi.
3. Gastroduodenal dismotorika
4. Xelikobakter pilori bilan zararlanish

Patogenetik jarayonda irsiy moyilligi bor bemorlardashillik qavatda gastrin, gistamin shillik chiqaruvchi hujayralar miqdorining oshishi, fundal bezlar giperplaziyasi.

Kislota-peptikagressiyashillik qavatning himoya funksiyasining pasayishi mutsin hosil bulishining kamayishi, bikarbonat sekretsiasining pasayishi.

Oshqozon motor funksiyasining xususiyatlari bunda oshqozondagi NCl kislotasi 12 b.i.ga, 12 b.i.dagi shira antral qismiga o'tadi.

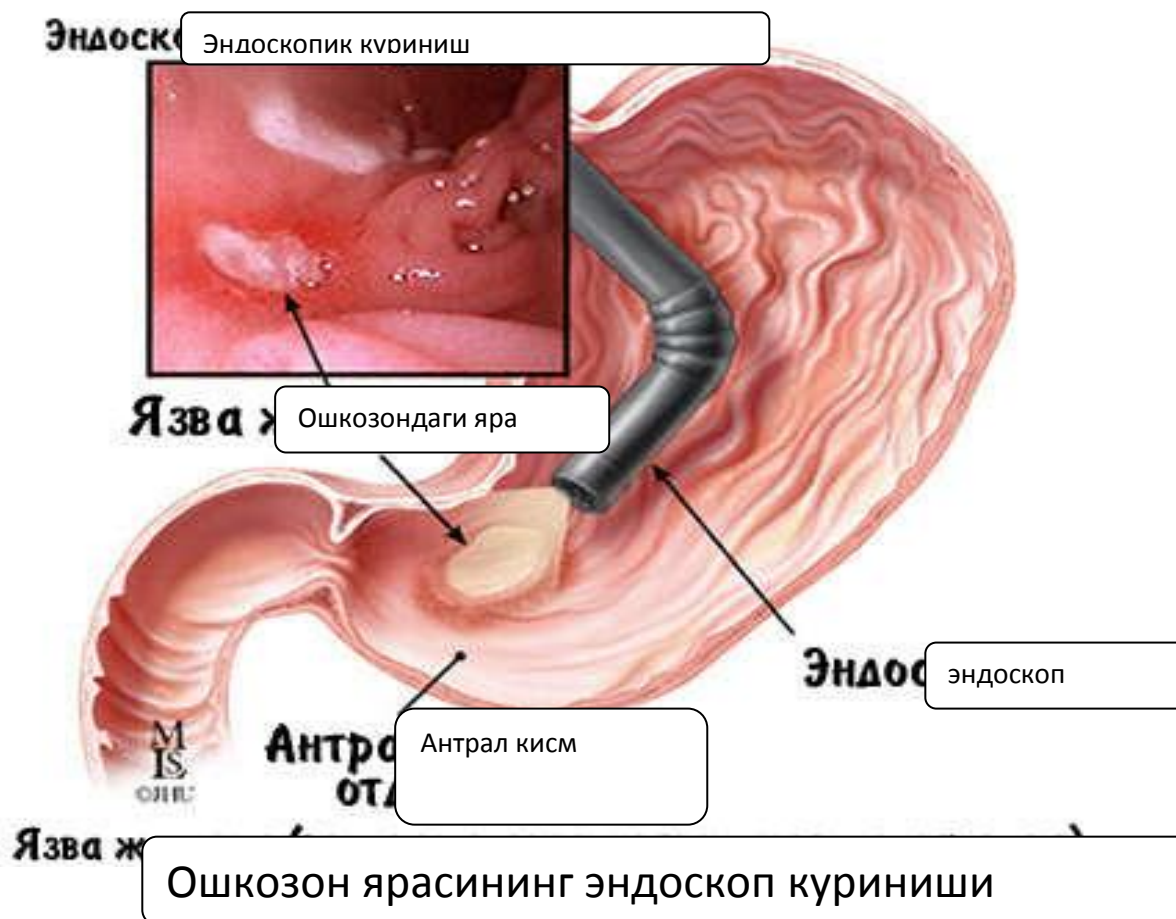
### Klassifikatsiya

Lakalizatsiya	Klinik fazasi va endoskopik stadiya	Kechish og'irligi	Asoratlari
Oshqozon: 1. Mediogastral 2. Piloroantral Ichak : 1. Bulbar 2. Postbulbar Oshqozon va 12 b. i.	Qo'zish I–yangi hosil bo'lgan yara II–yarada epitelizatsiyaning boshlanishi Qo'zishning sekinlashishi III–yaraning bitishi -chandiqsiz -chandiqlik–yarali deformatsiya IV-Remissiya .	Yengil O'rta og'ir Og'ir	Qon ketish Perforatsiya Penetratsiya Stenoz Perivisserit

Tashqi muhit omili – neyrogumoral regulatsiyaga kislota peptik omilga ta'sir qiladi. Antral qism metoplaziyasi ulserogenezda G<sub>1</sub>A va VacA fenotipiga ega bo'lgan NR ning bo'lishi.

### Klinika

YAK klassik surati og'riq sindromi bilan xarakterli, buni birinchi bo'lib XX asrda Moynigan tariflagan.



## Ошкозон ярасининг эндоскоп курилиши

-och xarakterga ega og'riqlar (och qolganda yoki ovqat yegandan keyin 1,5-2 soatdan keyin), bazi hollarda og'rik kechqurun kuzatiladi.

-kuchlixurujsimon, sanchuvchi.

-irradiatsiyasiorqaga, o'ngyelkagavakurakka.

-lokalizatsiyasi o'rta liniya bo'yicha o'ng epigastral soxada.

-og'riq ovqat yegandan keyin, antotsid yoki spazmolitik dori-vositalarini qabul qilgandan keyin to'xtaydi.

mavsumiyliigi (kuz-bahor)

Dispeptik holatlarning harakteri.

hech qanday ko'ngil aynishsiz og'riqlar avj cho'qqisida qayt qilish, zarda qaynashi, kekirish, ishtaxasi saqlangan yoki kuchaygan

ich qotishi

Bazi xolatlarda **vegetativ distoniya** (vagotonik tipda) – holsizlik, ko'pterslash, emotsional labillik, arterial gipotenziya, bradikardiya.

Bemorni ko'zdan kechirganda gipoavitaminoz holati kuzatish mumkin, til qarashlar bilan qoplangan, biroz muskullar tonusining pasayishi, qorinning palpatsiyada ogriqli epigastral va mezogastral sohalarda.

YAK klassik kechishi bolalarda 50% hollarda uchraydi, 15% bolalarda hech qanday shikoyatsiz kechadi, 3% - kasallik og'ir formada (qon ketish, stenoz, perforatsiya) boshlanadi. **Diagnostika** asosiy ahamiyat endoskopik tahlil natijalariga etibor beriladi.

Endoskopik tekshiruvda:

- yaraning stadiyasi
- epitelizatsiya boshlanganligi
- yaraning chandiqlanishi
- yaraning tuliq bitishi

Kechishi bo'yicha kriteriyalari:

1. yengil- yaraning bitishi 1 oy, remissiya 1 yil.
2. O'rtacha og'irlikda- 1 oydan ortiq, remissiya 1 yil.
3. Og'ir- asoratlarning borligi, retsidivlarning ko'p uchrashi (qo'zishlarning 2 martagacha yiliga), qo'shma yoki ko'p sonli yaralarning bo'lishi, yaraning uzoq vaqt bitmasligi.

### **Differensial diagnoz:**

- **o'tkir yaralardan** (shilliq qavatning o'tkir yallig'lanishi, kechishi jixatidan dinamik, bir tomonlama, tez chandiqlanishi, ko'p hollarda og'ir asoratlar chaqiradi).

- Stressoviy yaralar- oshqazon tanasida ko'p hollarda bo'ladi, kuyishlardan keyin, travma, sovqotishdan keyin kuzatiladi.
- Allergik yaralar- ovqatdan keyingi reaksiyalardan rivojlanadi.
- Medikamentoz yaralar- oshqazonning barer funksiyasini buzuvchi dori-vositalarni qabul qilgandan keyin (nosteroidlar, steroid va sitostatiklar)
- Endokrin yaralar- bolalarda kam uchrab, giperparatireozda, qandli deabetda Zollinger-Ellisson sindromida kuzatiladi

### **- Ikkilamchi yaralar**

- gepatogen- gastrin va gistamin inaktivatsiyasining jigarda pasayishi.
- pankreotogen- bikarbonatlar produksiyasining pasayishi va kininlar produksiyasining kuchayishi.
- gipoksik- o'pka-yurak yetishmovchiligida.
- biriktiruvchi to'qimaning diffuz kasalliklarida- mikrotsirkulyasiyaning buzilishi natijasida.
- surunkali buyrak etishmovchiligida- natijada gastrinning buyrakda parchalanishikamayadi, oshqozonning bar'er funksiyasi buziladi.

### **Davolash**

Kompleks holda bo'lib, yotok rejimi (og'riklar davrida), parhez o'tkir va tuzli ovqatlar, shuningdek xolestiringa boy ovqatlar man etiladi. Ovqatlanish kuniga 4-5 marta bulishi kerak.

Yara kasalliklarini davolash uchun quyidagi guruh preparatlar qo'llaniladi:

1. oshqozon shirasi xususiyatlarini pasaytiruvchi vositalar
  - antatsid preparatlar (almagel, fosfolyugel, maaloks, megalak, vikair, vikalin) ovqat yegandan keyin 1,5-2 soatdan so'ng yoki uyqudan oldin 2-3 hafta ichiladi.
  - antisekretor vositalar

-selektiv m-xolinolitiklar (pirensepin, gastrotsepin 25 mgdan ertalab va kechqurun, riabal 1mg/kg 3martadan, 2-3 hafta davomida)

-blokatorlar N2- gistaminoretseptorlar 1-2chi avlodlari (famotidin, gastrosidin 40 mg sutkasiga, nizatidin, aksid 20-40 mg sutkasida, roksatidin 20-40mg sutkada).

-vodorod ionlari transporti blakatorlari (omeprazol, losek, loprал, omez, pantoprazol) cheklangan miqdorda qo'llaniladi, zaharli bo'lgani sababli.

2. Gastroduodenal motorikani regulyasiya qiluvchi vositalar

-spazmolitiklar (papaverin, nosh-pa, galidor)

-dofamin antogonistlari (serukal 2-5mg, motilium 5-15mg) ovqatdan oldin kechqurun, agar reflyuks xolatlari kuzatilsa 10-14 kun.

3. SHilliq qavat himoya xususiyatlarini kuchaytiruvchilar

-shilliq ishlab chiqarilishini kuchaytiruvchilar (karbenoksolon 50-100 mg ovqatdan so'ng kunda 3 mahal 1-2 oy)

-parda xosil qiluvchi vositalar (sukralfat, denol)

-sintetik prostoglandinlar (mizoprostol, reoprostil, arbaprostil)

-noselektiv vositalar, regeneratsiyani yaxshilovchilar.

Antibakterial vositalarni tafsiya etishda uchlik sxema ko'p hollarda ishlatiladi:

-pilorid + amoksitsilin yoki klaritromitsin + furazolidon

-omeprazol + amoksatsilin yoki klaritromitsin + furazolidon  
yoki turtlik sxema asosida davolanadi.

-omeprozol + denol yoki ventriksol + furazolidon + amoksitsillin

-ranitidin + denol + furazolidon + amoksitsillin

Terapiya 7 kundan 3 xaftagacha bajariladi.

### **Profilaktika**

Tashki muhit tasirini bartaraf etish, yara oldi kasalliklarni davolash, ratsional ovqatlantirish, moyillik chaqiruvchi faktorlarni bartaraf etish.

Yara kasalligining rivojlanishidagi nisbiy ko'rsatkichlar:

1. irsiy moyillikning bo'lishi

2. kislotalikning oshishi, asosan bazal sekretsia

3. qonda va siydikda pepsinogen-1 ning oshishi

4. mutsin va bikarbonatlarning 12 b.i.shirasida pasayishi

### **Dispanser nazorati**

Butun hayot davomida olib boriladi, yara kasalligini ko'zishidan keyingi 1 yilda 4 marta, 2 yilda 2martagacha.

### III. Amaliy mashg'ulotlar

#### Amaliy mashg'ulot № 1.

#### Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

<b>Mavzu</b>	<b><i>Bolalarda o'tkir pnevmoniya. Etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.</i></b>
--------------	--

#### 1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustahkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bolalarda pnevmoniya to'g'risida tushuncha</li><li>2. Pnevmoniya etiologiya va patogenezini</li><li>3. Pnevmoniya klinikasi va tasnifi.</li><li>4. Pnevmoniyaning patogenetik davosi va profilaktikasi</li><li>5. Nafas olish a'zolarini tekshirish usullari.</li><li>6. Turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlari</li></ol>
<b><i>O'quv mashg'ulotining maqsadi:</i></b> Talabalarda bolalar pnevmoniyasi to'g'risida tushuncha berish. Pnevmoniyaning etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, tasnifi, patogenetik davosi va profilaktikasini o'rgatish. Tekshirish usullarini va klinik tashxislashni o'rgatish. Turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholash.	
<b><i>Pedagogik vazifalar</i></b>	<b><i>O'quv faoliyati natijalari</i></b>
- Talabalarga bolalarda nafas olish a'zolarining anatomo – fiziologik xususiyatlari to'g'risida tushuncha berish. - nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini o'rgatish - Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega qilish. - Turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholay olishni o'rgatish. - Bolalarda pnevmoniya kasalligini aniqlay olishni tushuntirish - Pnevmoniya kasalligini etiologiyasi, patogenezini, klinikasi va davolashni o'rgatish	- Talabalar bolalarda nafas olish a'zolarining anatomo – fiziologik xususiyatlari to'g'risida tushunchaga ega bo'lishi kerak. - nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini o'rganish va aytib berish - Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bo'lish. - Turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholay olishni o'rganish. - Bolalarda pnevmoniya kasalligini aniqlay olish - Pnevmoniya kasalligini etiologiyasi, patogenezini, klinikasi va davolashni o'rganish
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol – javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyatsion xonajoxozlari» vah.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zakinazorat: savol – javob, mustaqillik, ma'ruza, amaliy vaklinik mashg'ulotdaftari

## 1.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi</li> <li>2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi</li> <li>3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</li> <li>4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</li> <li>5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi.</li> <li>6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi</li> </ol>	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</li> <li>2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</li> <li>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</li> </ol>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi.</li> <li>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</li> <li>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi.</li> <li>4. Guruxlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi.</li> <li>5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi.</li> <li>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi.</li> <li>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</li> <li>8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi.</li> <li>9. Kasallik tarixini tekshiradi</li> </ol>	<p>Tinglaydilar, asosiy jixatlarini yozib oladilar</p> <p>Kichik guruxlarga bo'linadilar.</p> <p>Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar</p> <p>Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar.</p> <p>Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar.</p> <p>Savollarga javob beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar.</p> <p>Bemor kuratsiyasini taxlil qilishda ishtirok etadilar</p>
3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</li> <li>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</li> <li>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan</li> </ol>	<p>Savollar beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

	joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish; o'zlashtirish ishi « Atipik pnevmoniyalar» – 5 s Referat, Krossvord, Internet ma'lumotlaridan tayyorlashni topshiradi	
--	--	--

## **BOLALARDA PNEVMONIYA**

Pnevmoniya - deb (yunoncha pnevmo) o'pka to'qimasining yallig'lanishiga aytiladi.

Pnevmaniya - o'pkaning terminal respirator qismlarining zararlanishi va alveolalarda eksudat yig'ilish bilan kechadigan o'tkir infeksiyon - yallig'lanish xolatidir.

Klinika amaliyotida pnevmoniyani tashkilashda "Oltin standart"dan foydalanish lozim. Pnevmoniya tashxisining "Oltin standarti".

Pnevmoniya - bu o'pkada nafakat nafas yetishlovchiligi sindromi, fizikal simptomlar borligiga qarab, balki rentgenogrammadagi o'choqli va segmentlar infiltrativ o'zgarishlar borligi bilan xarakterlanadigan o'tkir infeksiyon - yallig'lanish kasalligidir.

Pnevmoniya bola organizmida modda va xavo almashinuvining keskin buzilishi bilan kechadigan og'ir kasallikdir. Bu kasallik ayniqsa erta yoshdagi bolalarda uchraydi, xamda aksariyat xollarda xar xil asoratlar bilan kechadi. Bolalarda kuzatiladigan pnevmoniya kechishi va oqibatlari jixatdan bolalikning xar xil davrlarida farq qiladi. Bu jixatdan eng avvalo chaqaloqlarda va go'dak bolalar pnevmoniyalari va katta yoshdagi bolalarda kuzatiladigan pnevmoniyalar va pnevmonopatiyalarni farq qilish joizdir.

Infeksiya tushish sharoitiga qarab pnevmoniya shifoxonadan tashqari ("uy ichi") va kasalxona ichi (gospital, nozokomial) turlariga bo'linadi.

Chaqaloq esa - xomila ichi (tug'ma va postnatal) (orttirilgan) pnevmoniyalarga bo'linadi.

Postnatal pnevmoniyalar esa kasalxona ichi va kasalxonadan tashqari pnevmoniyalarga bo'linadi.

Kasalxonadan tashqari pnevmoniyalar deganda bola odatdagi uy sharoitida bo'lganda yuzaga keladigan pnevmoniyalar tushiniladi.

Kasalxona ichi pnevmoniyalar - bu bola statsionarga tushgandan keyin 48 soatdan keyin yoki kasalxonadan chiqarilgandan keyin 48 soat va undan ko'proq (7 kungacha) vaqt davomida yuzaga keladigan pnevmoniyalardir.

Xomila ichi pnevmoniyalariga bola tug'ilgandan keyin 72 soat davomida yuzaga kelgan pnevmoniyalar kiradi.

Klinik - rentgenogramma belgilar xarakteriga qarab pnevmoniyalar; o'choqli - qo'shilgan; bo'lakli (krupoz), segmentar va iterstitsial.

O'z vaqtida to'g'ri davolanganda asoratlanmagan pnevmoniyalar 2 - 4 xaftada o'tib ketadi, asoratli pnevmoniyalar esa 1 - 2 oy davom etadi. Agar davolash samarasi 1,5 - 6 oy ichida kuzatilmasa pnevmoniyaning cho'zilgan formasi (segmentli shakli) deb tashxis qo'yiladi.

### **Pnevmoniyalarning klassifikatsiyasi**

Infeksiya tushish sharoitiga qarab:

- Shifoxonadan tashqari ("uy ichi", "ambulator") pnevmoniya. Eng ko'p uchraydigan chaqiruvchilari: pnevmokokk, gemofil tayoqchasi, mikoplazma,

moraksella.

- Kasalxona ("gospital") pnevmoniyasi. Eng ko'p uchraydigan chaqiruvchilar: stafilokokk, ichak tayoqchasi, ko'k yiring tayoqchalar, protey, klebsiyella, seratsiya va boshqalar.
- Xomila ichi pnevmoniyalar.

Morfologik o'zgarishlarga qarab:

- Bronxopnevmoniya;
  - o'choqli
  - segmentli
  - o'choqli - qo'shiluvchan
- Krupoz (bo'lakli)
- Interstitsial

Kasallikning kechishiga qarab:

- Asoratlanmagan
  - Asoratlangan.
- O'pkada asoratlar (plevrit, destruksiya, abscess, pnevmotoraks, piopnevmtoraks).
  - O'pkadan tashqari asoratlar (infeksion - toksik shok, DVS sindromi, qon aylanish yetishmovchilik sindromi, respirator - distress sindromi).

### **Etiologiyasi.**

Pnevmoniya rivojlanish asosan (gripp, respirator - sintetsial, adenoviruslar va boshqa), strepto - stafilokokklar, "shartli" patogen tayoqchalar sabab bo'lmoqda. Pnevmoniya bilan og'rigan bolalarda kasallikning sababi viruslar va bakterialardir, xozirgi paytda eng ko'p tarqalgan omillar viruslar bo'lib, ular pnevmoniyani mustaqil ravishda keltirib chiqarishi yoki ularning ta'siri ostida to'qimalarda qarshilik kursatish qobiliyatining maxalliy buzilishi oqibatida ikkilamchi tarzda mikrobl yallig'lanishni keltirib chiqadi. Pnevmoniya kasalligi - organizmning yuqumli omillarga kurashishi qobiliyatini (immunitet)ning tug'ma yetishmasligi bilan tug'ilgan yoki ikkilamchi ravishda shu axvolga tushgan (raxit, gipotrofiya, anemiya, konstitutsiyalar anomaliyasi natijasida) bolalarda osonlik bilan vujudga keladigan va nisbatan og'ir kechadi.

Pnevmoniyaning erta yoshdagi bolalarda ko'proq uchrashi va ularda nafas yetishmasligining nisbatan tezroq rivojlanishiga moyillik tug'diruvchi nafas olish a'zolarining o'ziga xos anatomik va fiziologik xususiyatlari mavjudligi bilan bog'liqdir. Bu xususiyatlarga erta yoshdagi bolalarda qovurg'alarning nisbatan gorizontal joylashganligi yuqori nafas yo'llarining torligi, ulardagi shilliq pardaning qon tomirlarga boyligi, ko'proq nafasi suyaklarning ortiqcha egiluvchanligi, xiqildoq va troxeya tog'aylarining nisbatan yumshoqligi kabilar kiradi.

### **Patogenezi.**

O'pka to'qimasiga yuqumli omillar quyidagi uch yo'l orqali tushish mumkin:

1. Xavo bilan yuqori nafas yo'llari orqali - aerogen (bronxogen) yo'l.
2. Qonga tushgan yuqumli omillarning o'pka to'qimasiga o'tish - gematogen yo'l.
3. Limfa suyuqligi orqali o'pka to'qimasiga tushish - limfogen yo'l b/n.

Yuqumli omillar o'pka to'qimasiga tushgach, yallig'lanish o'choklari paydo bo'ladi, bu esa o'z navbatida o'pka qo'shuvchi to'qimasining burtishiga,

alveolalarda suyuqlik to'planishga olib keladi. Bu xolatda alveolalarda O<sub>2</sub> ning so'rilishi kamayib, natijada uning qondagi miqdori kamayadi (gipoksiya). Shu bilan bir qatorda qondagi karbonat angidrid gazi (SO<sub>2</sub>) chiqarish ozayib, qonda uning miqdori me'yoridan ancha ko'payadi (giperkapniya). Bu esa nafas olish faoliyatining yetishmovchiligi degandir. Organizmda to'plangan SO<sub>2</sub> gazi nafas olish markaziga salbiy ta'sir ko'rsatadi, xansirashga olib keladi.

Gipoksemiya o'pka to'qimasiga infeksiyon agent bo'lib, yallig'lanish o'chog'i paydo bo'lishi natijasida yuzaga keladi. Yallig'lanish o'chog'i alveolalar devoridagi epidermik kuchishi, interstitsial to'qimaning shishi va gaz perfuziyasining buzilishi bilan boradi. Bronxlar obstruksiyasi, mikroatelekazlarning paydo bo'lishi. Gipoksemiya nafas yetishmovchiliga, respirator atsidoz, qonda uglekislotaning ko'payishi (giperkapniya) bilan kechadi. Giperkapniya nafas markazini qo'zgatadi va kompesator reaksiyani - xansirashini chakiradi. Bundan tashqari, gipoksiya va intoksikatsiya to'qima nafas fermentlarining funksional aktivligini susaytiradi va vitaminlar zaxiralarini kamaytiradi. Poligivitaminov yuzaga keladi.

Gipoksiya qonda va parsial bosilining pastki kritik daraja tushishi natijasida yuzaga keladi. Bunda bola organizmi xujayralari O<sub>2</sub> uzlashtirish xususiyatini yo'qotadi va anaerob modda almashinuvi tiklanadi. To'qimalarda sut kislotasi va boshqa oksidlanmagan almashinuv maxsulotlari to'planadi, respirator atsidozga metabolitik atsidoz qo'shiladi. Qonda, venoz qonda xam xujayralar uzlashtirib olalmagan O<sub>2</sub> ko'payadi, SO<sub>2</sub> esa kamayadi (gipokapniya). Gipoksiya tufayli gemodinamikaning buzilishi va mikrotsirkulyaning o'zgarishi markaziy nerv sistemasi va jiggar to'qimalarida patologik o'zgarishlarga sabab bo'ladi modda almashinuvining barcha turlari buziladi, nafas yetishmovchiligi kuchayadi.

Dizerniya - patologik jarayonning eng xavfli boskichi xisoblanadi. Moddalar almashinuvining xujayra darajasidagi chuqur buzilishlari bolaning reaktivligini o'zgarishga olib keladi, xujayra va gumoral immuniteti sezilarni darajada pasayadi.

Shu fonda bola organizmidagi bakterial flora atkivlashadi, ikkilamchi infeksiya qo'shiladi, yiringli o'choqlar paydo bo'ladi keyin esa septikopiyemiya rivojlanadi.

O'pka segmentlaridan tuzilgan bo'lib u asosan 3ta vazifani bajaradi:

1. Nafas olishda ishtirok etish.
2. Immuno-biologik vazifali
3. Drenaj vazifasi, ya'ni nafas yo'llarida to'plangan suyuqlik yoki boshqa yot narsalarni chiqarish vazifasi. Pnevmoniyada shu vazifalarning barchasi buziladi.

#### Klinik xususiyatlari

Kasallikning klinik ko'rinish uning kay shaklida yuzaga kelganligi va uni keltirib chikargan omillarining xususiyatlariga bog'liq bo'lib, juda xilma - xildir.

Mayda qismlarida paydo bo'luvchi (o'choqli) pnevmoniya, odatda tumov - aksirish, quruq yo'tal, unchalik yuqori bo'lmagan isitma, bolaning injiqlanishi, burun bitishi bilan boshlanadi, asosan respirator viruslar

bilan bog'liq bo'ladi. Kasallikning 5-7 kunlarida bolaning rangi oqarib yo'tal kuchayadi, isitmasi oshadi, xansirash paydo bo'ladi.

Nafas olish qo'shimcha mushaklarning (ichkariga) ishtirokida boradi.

Kukrak qafasini tukilatib urib kurganda (perkussiya) agar pnevmoniya mayda o'choqli bo'lsa, o'zgarish sezilmasligi mumkin. O'pkada boshlangich davrida quruq va kichik-katta pufakli xul xirillashlar eshtilsa, bir haftadan so'ng o'choqli simptom - krepitatsiya eshitiladi. Perkussiyada tovushning qisqarishi o'pkaning zararlangan joyi qancha katta bo'lsa, shuncha tez uchraydi, pritupleniye aniqlaydi.

Yurak tonlari bo'g'iqlashgan, pulsi tezlashgan R-o'pkada zararlanmagan qismlarining kompensator kengayishi (emfizema xolati), o'choqli infeksiya, qonda leykotsitoz salgina neytrofilyoz, SOE - 20-40mm/ch, sog'ayish 2-3 hafta.

### Segmentlar pnevmoniya

Yallig'lanish jarayoni bitta yoki bir nechta segmentda joylashadi. Ichki organ va sistemalarda kuchli o'zgarishlar bo'ladi, toksikoz rivojlangan bo'ladi.

O'tkir boshlanadi, isitmasi 38-39oS, katta bolalarda bosh ogrishiga, boshi aylanishiga, ishtaxasi bo'lmaydi, ba'zan bolalarda qorin soxasida og'riq, qusish, ichi ketishi mumkin.

Ba'zi vaktlarda birinchi urinda markaziy nerv sistema tomonidan bo'ladi: talvasa, xushini yo'qotish.

Pnevmoniya kechishi mumkin:

- neyrotoksikoz belgilari bilan,
- kardiovaskulyar sindrom bilan,
- oshqozon - ichak sistemasini o'zgarishi.

Ensefalitik sindrom paydo bo'lishi bakteriya, toksik va toksik moddalarning markaziy va vegetativ nerv sistemasiga ta'sir qilib neyrotoksikoz xolatida kechadi.

Neyrotoksikoz uch fazasi aniklanadi:

1. Gipermiya
2. Gipoksicheskaya ensefalopatiya
3. Terminal

I faza. Gipermik fazasida - isitma baland, bezovta, miodi-namikani buzilishi belgilari: oyoq - qo'llarining muzlashi, taxikardiya, akrotsianoz, xansirash, oligoureya.

II faza. Gipoksicheskaya ensefalopatiya - katta liqildoqni burtishi, nistagm, talvasa klonik - tonik shaklda, kuchli taxikardiya.

III faza. Chuqur koma - paralitik kollaps - taxikardiya, bradikardiya bilan almashinadi, xansirash bradiknoz bo'ladi, keyin cheyn-stoks nafas olishga o'tadi.

Kardiovaskulyator sindrom - bemor sianoz, ba'zan tarqalgan xolda, teri qoplamlari marmarga o'xshagan, bu qon tomirlarda dimlanish bo'ladi.

Taxikardiya 200 bir minutda, yurak tonlari bo'g'iq, A/D pasaygan. O'pkada - o'pka ovozi qisqargan, yallig'langan jarayonida nafas olish susaygan, o'pkada quruq, xul va krepitatsiya xirillashlar aniklanadi.

Rentgenogrammada - gemogen soyalar bir nechta segmentda bo'lib, 2-6 haftagacha saqlanadi. Pnevmoniyaning o'choqli va segmentar shakllarini asorat berishi premorbid xolati bor bolalarda (raxit, ekssudativ diatez, timomegaliya, chala tugilish) kuzatiladi.

Interstitsial zotiljam. Asosan viruslar, pnevmotsistlar, mikoplazma va zamburug'lar tomonidan chaqirilib, ko'pincha chaqaloq bolalarda, ular chala tug'ilgan bo'lsa, yoki gipotrofiya anemiya bilan kasallangan nimjon bolalarda

rivojlanadi. Interstitsiya pnevmoniyada bemorning umumiy axvoli juda tez og'irlashadi, burun kerilib, nafas olishi shovqinli bo'ladi, lab atrofi va yuzida ko'karish kuzatiladi.

Xurujsimon cho'ziluvchan, og'ir yo'tal kuzatiladi. O'pkada perkutor va auskultatsiyada: nafas olish biroz susaygan, onda - sonda nam va dag'al quruq xirillashlar eshitiladi. Sag'ayishi 1-2 haftadan to 1-2 oygacha davom etadi.

Gipotrofiya, raxit va anemiya bilan kasallangan erta yoshdagi bolalarda pnevmoniyaning kechishi bir qator o'ziga xos xususiyatlariga ega. Ularda tana xarorati kam o'zgarishi, yo'talning juda kam bo'lishi. Auskultatsiyada o'pka nafas shovqini biroz susayib, ko'krak qafasining pastki qismi, xamda umurtqa atrofida paydo pufakli nam xirillashlar eshitiladi. Bunday xollarda sust klinik manzara bilan kechadi, xattoki uning asoratlari kelib chiqadi: me'da - ichak, yurak va buyrakning faoliyati susayib, bemorni axvoli tez og'irlashadi, uning tanasida shish paydo bo'ladi.

O'tkir pnevmoniyaning diagnostikasi jadvali

Pnevmoniyaga xos belgilar	Pnevmoniyaga xos bo'lmagan belgilar
38oS dan yuqori isitma	38oS dan yuqori isitma
Isitma 3 kundan ko'p sianoz	3 kundan kam
Ovozli nafas	
Taxikardiya	
Obstruksiya sindromi yo'qligida xansirash	Obstruksiya sindrom
Yo'tal	Yo'talning yo'qligi
Maxalliy belgilari:	
Maxalliy quruq bo'lmagan xirillashlar	Tarqoq quruq va quruq bo'lmagan xirillashlar
Kattik yoki kuchsizlangan bronxial nafas	
Perkutor tovushning qisqarishi	Qonning normal manzarasi
Neytrofil leykotsitoz $10 \times 10^9$ g/l dan yuqori	
SOE - 20 mm/soatdan yuqori	

### **Differensial diagnostika va diagnozi**

O'tkir pnevmoniyaning tashxisi: bolani ovqatlantirish, kechirgan kasalliklari va kechishi, klinik manzarasi: URVI bilan kasallangan, tana xarorashini kutarilishi, yo'tal, xansirash, (bronxitlar) belgilari kuzatiladi. Ko'rikda bolani nafas yetishmovchiligiga xolatiga e'tibor berish kerak. O'pkada perkussiya va auskultatsiya yordamida eshitish. Ko'krak qafasini rentgenogramma qilish, qon analizi va balg'am olib tekshirish. Differensial diagnozi: URVI, bronxitlar va bronxolitlar, nafas yo'llarida utkazuvchanlik o'tishida (yot moddalar, aspiratsiya, laringospazm, bronxospazm) plevrit, tuberkulyoz va boshqa belgilar bilan solishtirish mumkin.

**Davolash.** Kasallikni barvaqt aniklab o'z vaqtida davolash, pnevmoniyaning katta axamiyatga ega. Davolash ishlari uy sharoitiga va shifoxona sharoitiga olib boriladi. Kasallikni aniklanganda antibiotiklar tayinlanadi. Qaysi antibiotikni qo'llash ayni muddao ekanligini bilish uchun, uning antibiotiklarni sezuvchanligini aniklash lozim.

Ayrim antibiotiklar uzining xususiyatlari tufayli extiyotkorlik talab etadi, streptomitsin, kanamitsin, monomitsin eshituv a'zolar va buyrakka zarar yetkazadi.

Antibiotiklar pnevmoniya chaqirgan yuqumli omillar ta'sir qilish bilan bir

qatorida, organizmda odatdagi mikroorganizmlar muvozanatini buzib, zamburug'lar (kandidoz) rivojlanmasligi uchun ayni paytdo nistotin (50-100 ming birlik kuniga 3-4 marta) yoki levorin (80-100 ming) tayinlanadi. Oziqlanish ratsioni bola axvoliga qarab individual tayinlanadi, bunda asosan suyuqlik ichish tartibiga aloxida e'tibor berish kerak, uning tarkibi quyidagicha:

1 litr suvga 3,5g natriy xlorid, 1,5 g kaliy xlorid, 2,5g natriy bikorbanat va 20g glukoza.

Suyuklining bir kunlik umumiy miqdori 700-1000 ml dan kam bo'lmisligi kerak.

Kasallik og'ir, asoratli kelgan xallarda bolaning tana xarorati yuqori bo'lsa, uni yalong'och qilib qo'yishi, badanini 40% li spirt eritmasi bilan ishqalamasdan artish, bo'yin va son soxasidagi yirik qon tomirlarining ustiga yupqa buyumga o'ralgan muz qo'yish foydadir. Bunday paytda amidopirinning 4% eritmasi 0,1 ml/kg, 50% li analgin eritmasidan bolaning xar bir yoshiga 0,1 ml yoki aminazinning 2,5% li eritmasidan (1-2 mg/kg) mushak orasiga yuboriladi.

Pnevmoniyada antibiotiklar bilan davolashda penitsillin, amoksil - KMP- 2 yoshgacha - 20 mg/kg tana massasiga, 2 yoshdan - 5 yoshgacha - 125 mg x 3 marta sutkada 10 yoshdan kattalarga (40 kg ortik) 250-500 mg x 3 marta sutkada.

Makropen - ovqatdan yarim soat oldin ichish uchun.

5 kg (2 oylik) - 3,75 ml x 2 marta

10 kg (1-2 yosh) - 7,5 ml x 2 marta

15 kg (4 yosh) - 10 ml x 2 marta

20 kg (6 yosh) - 15 ml x 2 marta

30 kg (10 yosh) - 22,5 ml x 2 marta

Zotiljamning og'ir shakllarida davolashni sefalosporinlar guruxidagi antibiotiklar va gentamitsin (3-4 mg/kg) boshlash kerak.

Seftriokson v/v, v/o 250/500/1000 mg

50-70 mg/kg x 2 marta

Sefazalin 250/500/1000 mg

25-50 mg/kg 0,25g - 0,5g - 1,0g

Pnevmoniyaning og'ir shaklida, ya'ni segmentar pnevmoniyada megasef antibiotikdan foydalanish mumkin.

Megasef. tabletka 250-500 mg № 10

Kichik bolalarda 20-40 mg/kg/sutkada x 2 marta kattalar va 12 yoshdan katta bolalarga 250-500 mg x 2 marta sutkada.

Inyeksiyasi: v/v, /v/ 0,75-1,5g x 3 marta sutkada xar 8 soatda

3 yoshgacha bo'lgan bolalarga 50-100 mg/kg 6-8 soat yangi tug'ilgan chaqaloqlarda 30-100 mg/kg kuniga 3 marta.

Tayyorlanishi 250 mg - 1 ml inyeksiya suvi

750 mg - 3 ml inyeksiya suvi

Infuzion terapiya quyidagilar kursatma: neyrotoksikoz, yiringli intoksikatsiya. eksikoz - suyuqlik miqdori 30-40 ml/kg dan oshmaslik kerak reopoliglukin 10ml/kg sut dozada:

Plazma yoki albumin 5-10 ml/kg sutkasida

10% glukoza eritmasi 1:2 nisbatda xammasi bo'lib 50-80 ml/kg sutkasida mikdorda.

Yurak yetishmovchiligi bo'lganda tomir ichiga quyidagi yurak glikozidlari yuboriladi (0,1 ml 0,05% eritma) yoshiga qarab strofantin yuboriladi, og'ir xollarda glikokortikoid gormonlar qo'llaniladi - prednizolon 3-5 mg/kg dan v/i sutkada 1-3 kun davomida.

Bemorda balg'am kuchiruvchi va yo'talga qarshi tabletka va sirop berish kerak.

Linkas sirop

bolalarda - 1 choy qoshiq 3-4 marta kuniga kichik yoshdagi bolalarda - 0,5 choy qoshiq - 3-4 marta kuniga

kattalarga - 2 choy qoshiq 3-4 marta kuniga.

Pertussin -

kattalar - 1 osh qoshiq - 3 marta kuniga

bolalarga - 0,5 choy qoshiq - 3 marta kuniga

Ambrobenye -

sirop 0-2 yosh 2,5 ml x 2 marta

2 yosh - 2,5 ml x 2 marta

5-12 yoshgacha - 5 ml x 2 marta

Inyeksiya:

0-2 yosh - 1 ml x 2 marta

2 yoshdan - 1 ml x 3 marta

5-12 yoshgacha - 2ml x 2-3 marta

12 yoshdan - 2 ml - 2-3 marta

### **Dispanserlashtirish (nazoratga olish)**

Pnevmoniya bilan kasallangan 3 yoshgacha xamma bolalarni dispanser nazoratida bo'lishi kerak.

Agar 1 yil davomida retsidiv (qaytalanish bo'lmasa) klinik va rentgenologik o'zgarishlar bo'lmasa, xisobdan chiqariladi.

Dispanserlashtirish effektivligini baxolashda premorbid asos, ya'ni raxit, gipotrofiya, konstitutsiya anomaliyalarini xisobga olish kerak.

O'tkir pnevmoniyaning oldini olish - pnevmoniya infeksiyon kasallik bulganligi tufayli yuqishidan saqlanish kerak. Raxit, gipotrofiya, anemiya, diatezlar va genetik kelib chiqqan immunodefitsit kasalliklarini davolash va profilaktika qilishi zarur.

Kasallikning oldini olishga pnevmoniyadan oldin kechadigan o'tkir va surunkali jarayonlarni yo'k qilish xamda bolalar organizmini erta yoshdan xamma chiniqish chora - tadbirlarini qo'llash bilan chidamligini oshirish kerak.

## Amaliy mashg'ulot № 2

### Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

<b>Mavzu</b>	<b><i>Bolalarda bronxial astma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.</i></b>
--------------	--

#### 2.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 ta gacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bolalarda bronxial astmani (BA) kechish xususiyatlari.</li><li>2. BA etiologiyasi va shakllari.</li><li>3. BA patogenezi.</li><li>4. Bronxial astmani xuruj davrini klinik ko'rinishi va xurujsiz davrini kechishi.</li></ol>
<b><i>O'quv mashg'ulotining maqsadi</i></b> :Talabalarga bolalarda bronxial astmani kechish xususiyatlari to'g'risida tushuncha berish. Etiologiyasi va patogenezi o'rgatish.Bronxial astmani xuruj davrini klinik ko'rinishi va xurujsiz davrini kechishini baxolay olishni o'rgatish.	
<b><i>Pedagogik vazifalar</i></b>	<b><i>O'quv faoliyati natijalari</i></b>
- Talabalarga bolalarda bronxial astma kasalligi to'g'risida tushuncha berish - bronxial astma kasalligini etiologiyasi, patogenezi o'rgatish - klinik tasnifini o'rgatish - klinikasi, ogirlik darajalarini aniklashni o'rgatish - Bronxial astmani xuruj davrini klinik ko'rinishi va xurujsiz davrini kechishini aniqlay olishni o'rgatish.	- Talabalar bolalarda bronxial astma kasalligi to'g'risida tushuncha beraolishi kerak - bronxial astma kasalligini etiologiyasi, patogenezi to'g'risida tushunchaga ega bolishi kerak. - klinik tasnifga tushuncha beraolishi kerak. - klinikasi, ogirlik darajalarini aniklayolisi kerak. - Bronxial astmani xuruj davrini klinik ko'rinishi va xurujsiz davrini kechishini aniqlay olishni kerak.
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkorso'rov, savol – javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasionxonajixozlari»vah.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zakinazorat: savol – javob, mustaqiliish, ma'ruza, amaliymashg'ulotdaftari

#### 2.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

<b>Ish bosqichlari va vaqti</b>	<b>Faoliyat mazmuni</b>	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi</li><li>2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini</li></ol>	

	<p>tayyorlaydi</p> <p>3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</p> <p>4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</p> <p>5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi.</p> <p>6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi</p>	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<p>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</p> <p>2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</p> <p>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</p>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)	<p>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi.</p> <p>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</p> <p>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi.</p> <p>4. Guruxlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan to'lik yoritilishini kuzatadi.</p> <p>5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi.</p> <p>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baxolaydi.</p> <p>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</p> <p>8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi.</p> <p>9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>Tinglaydilar, asosiy jixatlarini yozib oladilar Kichik guruxlarga bo'linadilar.</p> <p>Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</p> <p>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</p> <p>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi</p>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar Uyg'a vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

### **Bolalarda bronxial astma**

Bu bronxospazm, bronxlar shillik kavati shishi va sekret tuplanishi natijasida bronxlar o'tkazuvchanligini buzilishi va takrorlanuvchi bo'g'ilish xurujlari bilan xarakterlanadigan infeksiyon -allergik kasallikdir.

Bronxial astmaning 2 turi farqlanadi: atopik (allergik) va infeksiyon- allergik.

Bolalarda uchraydigan butun allergik genetik kasalliklarning 50-70%i bronxial astmaga to'g'ri keladi. Bu kasallik ko'pincha erta yoshda boshlanib, kattalarga nisbatan og'irroq kechadi.

Etiologiyasi. Bronxial astma etiologiyasida organizmning allergik reaksiyalarga moyilligi katta ahamiyatga ega, bular kasal konstitutsiyasi va nasli moyilligi bilan aniqlanadi. Bronxial astma bilan og'rigan bolalarning qarindoshlarida boshqa allergik kasalliklar, modda almashinuvining buzilishlari, gipertoniya, yara kasalligi xam aniqlangan, bular organizmning konstitutsion xususiyatidan dalolat beradi.

Klinik kuzatuvlar natijasida shu ma'lum bo'ladiki, kasallikning kelib chiqishida konstitutsiya anomaliyalari – ekssudativ diatez roli nixoyatda kattadir. Bronxial astma bilan og'rigan 40-70% bolalarda, anamnezida u teridagi toshmalar, geografik til, boshning sochli kismidagi seboreyalı po'stloqlar xosil bo'lishi va boshqa ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Bronxial astmada turli xil moddalar–oddiy ximik elementlardan tortib to murakkab oqsilli va oqsilsiz xarakterdagi birikmalar allergen bo'lishi mumkin. Ikki xil allergik guruxlar farqlanadi: ekzogenlar va endoallergenlar.

Ekzoallergen allergenlar – bu organizmga tashqi muxitdan kirib va unda allergiya xolatini keltirib chiqarish xususiyatiga ega bo'lgan moddalardir.

Bularga quyidagilar kiradi: oziq-ovqatli, epidermal, chang, dori va boshqa allergenlar.

Endogen allergenlar deb, odam organizmining zardob va to'qima oqsilari bilan birikkandan keyin antigen xususiyatiga ega bo'ladigan moddalarga aytiladi. Ular 2 guruxga bo'linadi: 1. Xaqiqiy yoki birlamchi, xususiyati o'zgarmagan to'qima elementlari (allergen xususiyatiga jigar, buyrak, ko'z gavxari, nerv to'qimasi va bk. ega bo'lishi mumkin); 2. Ikkilamchi yoki orttirilgan endogenlar bular infeksiyon va noinfeksiyon bo'lishi mumkin.

Xayotning birinchi yilida, kasallikning kelib chiqishida asosan oziq-ovqat allergenlarining ahamiyati katta (sigir suti, tuxum oqsili va bk.), 1g`3 ki chik yoshdagi bolalarda dorilarga bo'lgan allergiya uchraydi.

Keyinchalik chang, epidermal, bakterial allergiyalarga bo'lgan sensibilizatsiyaning roli oshib boradi. Allergiyaning bola organizmiga takroran ta'sir etishi natijasida, uning sensibilizatsiyasi va antigenlar ishlab chiqishga olib keladi.

Bronxial astmadagi ko'pgina antitelolar nisbiy spetsifiklikka ega va bir necha allergenlar bilan ta'sir etish xususiyatiga ega. Ulardan eng muximi, immunoglobulin E sinfiga mansub reagenlar (teri-sensibiliza-tsiyalovchi sistema) xisoblanadi. Bronxial astma bilan og'rigan bolalar qon zardobida umumiy va spetsifik JgE miqdori sog'lom bolalarga nisbatan balandroq, ayniqsa kasallikning atopik shaklida uning miqdori yuqori bo'ladi.

**Patogenezi.** Bronxial astma rivojlanish mexanizmi kiyin va faqat-gina allergik reaksiya emas, balki neyrohumoral regulyatsiya buzilishi nuqtai nazardan qaralishi lozim.

Bronxial astma xuruji rivojlanishida allergik jarayonning 3 bosqichi farqlanadi:

1. Immunologik bosqich - spetsifik antigenning antitela yoki sensibilizatsiyalangan T-limfotsit bilan «shakli» organ xujayralari maydonida ta'sir etishi. To'qima va zardob fermentlarining aktivlanishi.
2. Patoximik bosqich – biologik aktiv moddalar-gistamin, bradikinin, geparin, atsetilxolin, sekin ta'sir etuvchi faktor, prostoglandin, neyramin kislota va bk. xujayralardan ajralib, erkin xolatga o'tadi.
3. Patofiziologik bosqich - biologik aktiv moddalarning shikastlovchi ta'siri va organizm sistemalar funksiyalarining buzilishi bilan bog'lik.

Bronxial astmada muxim patofiziologik buzilishlar quyidagi lar xisoblanadi: bronxospazm, vazomotor buzilishlar, bronx devorining shishi va bronxlar bezli apparati gipersekretsiyasi. Bularning natijasida, bronxlar va bronxiolalarda obstruktiv o'zgarishlar, nafas chiqarishda aerodinamik qarshilikning oshishi, o'pka emfizemasi, bronxial o'tkazuvchanlik va tashqi nafas funksiyasining buzilishi kelib chiqadi.

Bronxial astma patogenezida, vegetativ va markaziy nerv sistemasining funksional buzilishlari xam katta ahamiyatga ega. Kasallik jarayonida bosh miyada uzoq saqlanuvchi va doimo xar

xil qo'zg'atuvchilar bilan kuchayib boruvchi dominant qo'zgalish o'chog'i shakllanadi. Dominanta, bronxial astmada xurujlarni qaytalanish uchun shartli refleks mexanizmi manbai bo'lib xisoblanadi. Bunga misol qilib, qog'ozdan yasalgan atirgulni ko'rganda, ma'lum bir vaqtda musiqa eshitganda, astma xurujining kelib chiqishi va gospitalizatsiyada uning yo'qolishi va bk. keltirish mumkin. Dominanta qo'zg'atuvchisi ta'siri to'xtagandan keyin va kuchliroq dominant paydo bo'lganda so'nadi. Bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda, uzoq vaqt davomida parasimpatik nerv sistemasi aktivligining ustun deb xisoblangan. Keyinchalik ularda vagosimpatik distoniya o'rni muximligi isbotlangan. Parasimpatik nerv sistemasi tonusi oshishi bilan birga, simpatiko-adrenal sistema tonusi oshishi kuzatiladi: dofamin biosintezi zanjirida

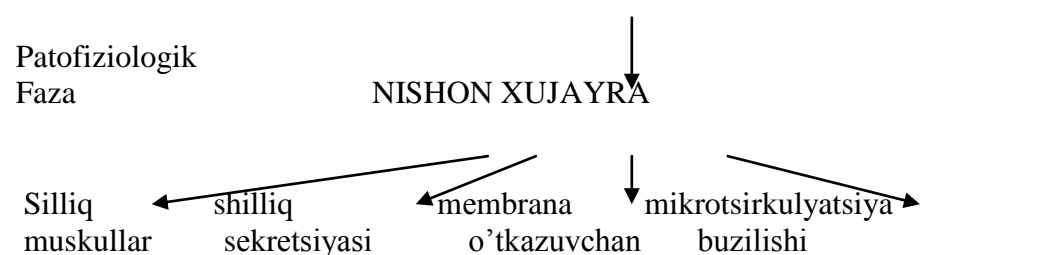
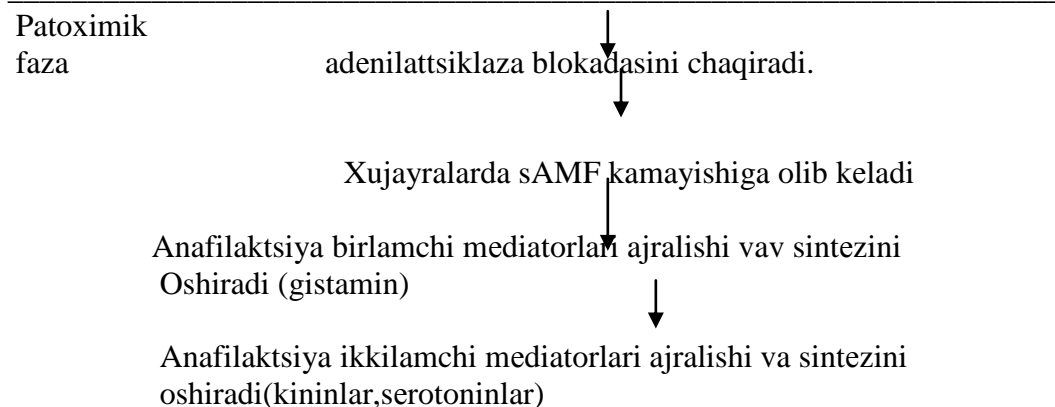
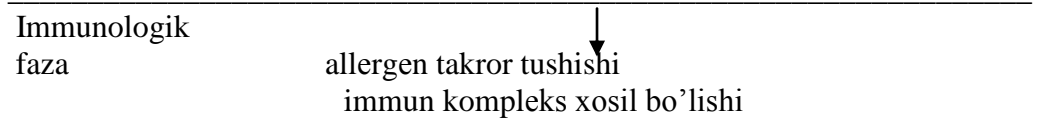
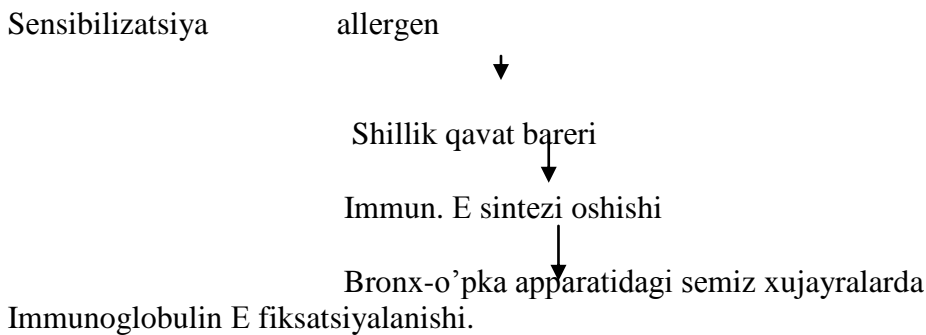
adrenalin, noradrenalin va uning utmishdoshlari va DOFA, kasallarda xurujdan oldingi va xuruj davrida normadan ancha yuqori bo'lishi. Bo'g'ilish xurujlari to'xtagandan keyin va gosimpatik distoniyaning klinik simptomlari anchagina kamayadi yoki umuman yo'qoladi, lekin katexolaminlar konsentratsiyasi normadan xali ancha yuqori bo'ladi.

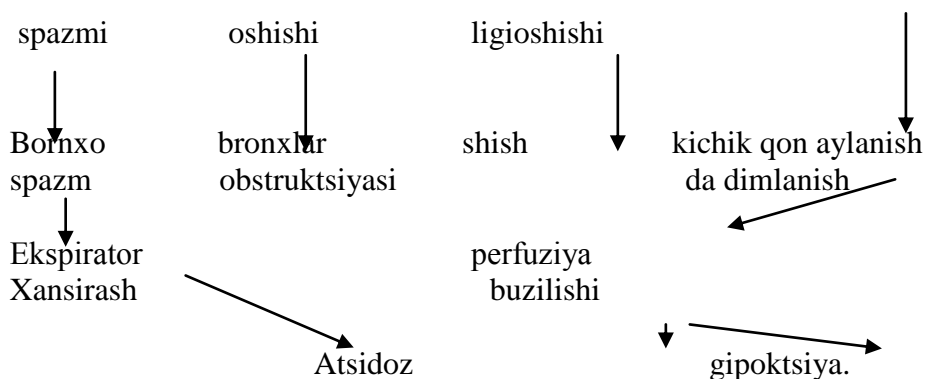
Bronxial astmada biogen aminlar konsentratsiyasining balandligi ularning depodan ko'p ajralishi va ular biosintezi kuchayishi bilan tushuntiriladi. Simpatiko-adrenal sistema aktivligi xatto og'ir uzoq davom etuvchi astmatik statusda yuqori bo'lib qoladi va o'tkazgan davoga bog'lik emas.

Shuni aytib o'tish kerakki, adrenalin va boshqa biogen aminlar yuqori miqdori organizm uchun befarq emas va shu vaktida bo'g'ilish xurujini to'xtata olmaydi. Bu (2 -adrenoretseptorlar blokadasini bilan bog'liq retseptor apparat fiziologik aktivligining pasayishi va retseptorlarning adrenalina sezgirligining kamayishi bilan tushuntiriladi.

Shuning uchun adrenalinni og'ir, uzoq davom etuvchi astmatik xolatlarida ishlatish xar doim qo'l kelmaydi. Bronxial astmaning xurujlararo davrida, o'rtamiyona va gotoniya kuzatiladi. Bronxial astma patogenezi buyrak usti bezi po'stloq qismining funktsional xolati muxim ahamiyatga ega. Ilgari, kasallik tug'ma genezli po'stloq gipofunktsiyasi bilan bog'liq deb xisoblangan. Keyingi oxirgi yillarning tekshiruv natijalariga kura, bronxial astmada buyrak usti bezi po'stloq'ining birlamchi yetishmovchiligi kuzatilmaydi. Stress xolatlaridan keyin kelib chiqadigan bo'g'ilish xurujlari, buyrak usti bezi po'stloqining funktsional aktivligining oshishiga va glyukokortikoidlar ishlab chiqarishini kuchayishiga olib keladi (mobilizatsiya fazasi). Xurujdan keyingi davrda BUB po'stloqining funktsional aktivligi keskin pasayishi kuzatiladi (tormozlanish fazasi). AKTG yuborishga javoban glyukokortikoidlar kontsentratsiyasi ozroq oshadi yoki anchagina kamayadi. Xurujlararo davrda BUB po'stloq'i funktsiyasining asta-sekin mo'tadilashishi kuzatiladi (tiklanish fazasi).

### Bronxial astma patogenezi





Tez-tez va og'ir kechuvchi bo'g'ilish xurujlari va uzoq davom etuvchi astmatik xolatlar BUB putlogi funktsional aktivligining va uning glyukokortikoid aktivligining buzilishiga olib keladi. Ekzogen steroid gormonlar uning disfunktsiyasini yanada chuqurlashtiradi, ularni uzoq vaqt ishlatish BUB po'stloqi funktsiyasining va kortikosteroidlar metabolizmining buzilishiga olib keladi. Shuning uchun bronxial astma bilan og'irgan bolalarga uzoq davom etuvchi gormonoterapiya kurslarini qo'llash maqsadga muvofiq emas.

Klinikasi. Bolalarda bronxial astmaning tipik xuruji 1chi marta, o'tkir infeksiyadan, ovqatlanish kamligidan, profilaktik emlashlar, psixik va jismoniy travmalardan keyin kelib chiqishi mumkin. Ko'pincha uning kelib chiqishida qaytalanuvchi rinofaringitlar, traxeit, bronxit va pnevmoniyalar roli katta.

Yuqori nafas yo'larining respirator allergozlariga xuruj oldi davri deb qarash mumkin. Astma oldi davri bir necha oydan, bir necha yilgacha davom etishi mumkin. Keyingi respirator kasallik vaqtida, astmatik sindrom qo'shilishi mumkin, bu xurujsimon yo'tal va nafas olish qiyinlashishi, auskultatsiyada oz miqdordagi quruq xirillashlar eshitilishi bilan kuzatiladi. Kursatilgan simptomlar dastlab tez yukoladi, keyinchalik yana paydo bo'ladi, va uzoq vaqt saqlanadi va oxirida tipik bo'g'ilish xurujiga olib keladi.

Bronxial astmaning allergik shaklida tipik bo'g'ilish xurujlari tez rivojlanadi, ba'zan nobakterial xarakterdagi allergenga javoban paydo bo'ladi. Bunday bolalarda anamnezidan, ekssudativ diatez, oziq-ovqatlarga va boshqa turdagi allergiyalar aniqlanadi.

Infeksion-allergik shakli asta-sekin shaklanadi. Bunday bolalarda doimo LOR-organlarda surunkali infeksiya uchoqlari, bakterial aller-genlar bilan allergik probalarning musbat bo'lishi aniqlanadi.

Kechishi. Qaytalanish va xurujlararo davrlari farqlanadi. Kasallikning bolalarda o'tkir bo'g'ilish xurujlari, astmatik xolat yoki astmatik bronxit kurinishida kechishi mumkin.

Bronxial astma xurujiga quydagilar kiradi

:

- Xabarchilar davri (xuruj oldi);
- Bo'g'ilish xuruji;
- Xurujdan keyingi davr;

Xabarchilar davri - bir necha soat va xatto kunlar davom etadi va bo'g'ilish xuruji yaqinligini kursatuvchi simptomlar bilan namoyon buladi. Bola uzini tutishi uzgaradi, umumiy xolsizlik, apatiya yoki jizzaki bo'lishi, bosh og'rishi, teri kichishi, tumov, yutal, subfebril temperatura, ekssudativ diatez va neyrodermit kuchayishi kuzatiladi.

Bu davr bronxial astmaning infeksion-allergik turida yaqqol ko'zga tashlanadi.

Bugilish xuruji- o'tkir rivojlanib, bola axvolining keskin og'irlashuviga olib keladi. Bola bezovta, nafas olishining qiyinlashuvi, bosh og'rigi, qiynovchi yutaldan shikoyat qiladi. O'pka-yurak yetishmovchiligi belgilari rivojlanadi, teri qoplamalari oqargan va ko'kargan, yordamchi mushaklar ishtirokidagi ekspirator xansirash, ko'krak qafasi kengayishi kuzatiladi. O'pka ustidan qutichasimon

tovush eshitiladi, bu emfizemadan dalolat beradi. Nafas susaygan o'pkaning xamma qismlarida quruq xushtaksimon va xul xirillashlar eshitiladi

Yurak chegaralari toraygan yoki upkadagi emfizema xisobiga umuman aniklanmaydi, tonlar bo'g'i, ba'zan o'pka arteriyasi 2 tonda eshitiladi, bu kichik qon aylanish doirasidagi gipertenziyadan dalolat beradi. Xuruj 30-40 minutdan to bir necha soat xatto kunlar davom etadi bunga astmatik status deyiladi.

Astmatik statusning uchta bosqichi farqlanadi –

1- Nisbiy kompensatsiya. Sutka davomida ko'p marta takrorlanuvchi ekspirator bo'g'ilish xurujlari, ular orasida bronxial obstruksiya sindromining fizikal belgilari saqlangan bo'ladi. Bronxospazmolitik preparatlar qisqa vaqt davomida effekt berib, bo'g'ilishni yqo'qotadi, lekin sindromning uzini yuqotmaydi. Fizikal tekshiruvlarda o'pkada susaygan nafas fonida xushtaksimon xirillashlar eshitiladi. Yutal noeffektiv.

2 - Dekompensatsiya bosqichi – Bo'g'ilish doimiy bo'lib qoladi, bronxosmazmolitiklarga javob yo'q. Obstruksiyaning chuqurlashishi xisobiga o'pkalarda nafas susaygan, xirillashlar miqdori kamaygan, emfizema keskin rivojlanib boradi. Qon aylanish etishmovchiligi, gipoksiya belgilari paydo bo'ladi.

3- Gipoksik koma bosqichi. Kuchayib boruvchi o'pka–yurak etishmovchiligi fonida, miya gipoksiyasi rivojlanadi, xushi buziladi, keyinchalik yo'qoladi, talvasalar kelib chiqishi mumkin. Bu davrda, dekompenatsiyalangan metabolik atsidoz rivojlanadi.

Asosiy xususiyatlaridan bo'lib, bronxospazmdan bronxlardagi vazosekretor buzilishlarining ustun turishi xisoblanadi. Gipersekreksiya xuruj boshlanishini yo'tal bilan belgilanadi, bunda o'pkada quruq xirillashlar bilan birga xul xil kalibrli xirillashlar eshitiladi, kattalarda esa quyuq, yopishqoq balg'amli yo'tal xuruj tugaganligidan dalolat beradi. Bundan tashkari bronxial astma xuruji kichik yoshdagi bolalarda, yolg'on krup ko'rinishida kechishi mumkin.

Xurujdan keyingi davr-bir necha kundan to bir necha hafta va oy davom etib, kasallikning og'irligiga bog'lik. Bu davrda nafas organlari, yurak- tomir va boshqa organlar sistemasi funktsiyalari normallasadi. Bemorlar axvoli qoniqarli, shikoyatlar bildirmaydilar, yutal, xansirash, o'pkada xirillashlar yo'q. Lekin perkussiyada qutichasimon tovush saqlangan bo'ladi bu emfizemadan dalolat beradi va tashqi nafas funktsiyasini tekshirganda nafas etishmovchiligining turli darajalari aniqlanadi.

Shuni esda tutish kerakki, xurujdan keyingi davrda vagosimpatik distoniya, buyrak usti bezi funktsional xolatining buzilishi saqlangan bo'ladi, bular noqulay sharoit natijasida yangi bo'g'ilish xurujlarini keltirib chiqarishi mumkin. Shuning uchun kasallikning bu davrda aktiv astmaga karshi terapiya davom ettiriladi.

Astmatik xolat - aniq, keskin bo'lmagan nafas olishning qiyinlashuvi bilan xarakterlanadi, bronxial astma og'ir kechganda kuzatiladi. Bir necha hafta va xatto oylar mobaynida, bolalarda umumiy axvoli qoniqarli bo'lganda, o'rtamiyona xansirash, yutal, susaygan nafas va o'pkada quruq xirillashlar saqlanadi. Bunday fonda o'tkir, qiyinchilik bilan bartaraf etiluvchi bo'g'ilish xurujlari kuzatiladi.

Bolalar aktiv bo'lib qolishga qaramay, ularda gipoksemiya va o'pka- yurak etishmovchiligi belgilari kuzatiladi. Shuni aytib o'tish kerakki, astmatik xolatda BUB po'stloqining funktsional etishmovchiligi, vagosimpatik distoniyaning yuqori darajasi va V2-adrenoretseptorlarning blokadasi kuzatiladi.

Ayni shu davr organizmning ximoyasizligi, simpatomimetik vositalar noeffektivligi va asfiksiya rivojlanishi xavfi bilan namoyon bo'ladi.

Asfiksik sindrom-oxirgi yillarning ma'lumotiga ko'ra, bronxial astma bilan og'rigan 6%-8% bolalarda uchraydi. Uning rivojlanishi kichik bronx va bronxiolalarning yopishqoq sekret bilan obstruksiyasi, bundan tashqari buyrak usti bezi etishmovchiligi bilan bog'lik. Bunda bolalar axvoli keskin yomonlashadi, taxipnoe kuchayadi, yo'tal yo'qoladi, emfizema kuchayadi, nafas yuzaki, xirillashlar eshitilmaydi, «gung» o'pka kislari aniqlanadi. Puls tez, kuchsiz to'lalikka. Arterial bosim pasayadi, yurak tonlari bo'g'iqligi kuchayadi, jigar ulchami kattalashadi. Dekompensirlangan atsidoz fonida, gipoksemiya, giperkapniya va buyrak usti bezi yetishmovchiligi kuzatiladi, ba'zan xushning buzilishi, kollaptoid xolat, talvasalar kuzatilishi mumkin.

Astmatik bronxit-ko'pincha kichik yoshdagi bolalarda va kasallikning dastlabki oylarida uchraydi. Astmaning o'tkir xurujidan farq qilib, bronxlardan vazosekretor buzilishlar ustun turadi, spazmatik xolatlar kamroq ifodalangan. Kasallik asta sekin, xabarchi belgilardan «rinit, faringit va boshqa» boshlanadi. Subfebril temperatura, yopishqoq balg'amli yo'tal aralash xarakterdagi xansirash kuzatiladi. O'pkada qutichasimon perkutor tovush va kusiz nafas. Ko'p miqdorda quruq va kichik-o'rta kalibrli xo'l xirillashlar eshitiladi.

Xurujlararo davri - xuruj to'xtatilgandan keyin bir necha xaftadan keyin paydo bo'lib, sub'ektiv va ob'ektiv kasallik simptomlarining bo'lmasligi bilan xarakterlanadi.

Kechishi. Bronxial astmaning engil, o'rta og'ir va og'ir kechishi farqlanadi. Yengil kechishida, xurujlar kam, yengil o'tadi, o'z-o'zidan o'tib ketadi. Umumiy axvolida uzgarish deyarli yo'q. Xurujlararo davri bir necha oy davom etadi, bu vaqtda bolalar deyarli sog'lom bo'ladi. O'rta og'ir kechishida, xurujlar ko'proq uchraydi, ba'zan xar oyda kuzatiladi, og'ir kechadi va bir necha kunlar davom etish mumkin, astmaga qarshi dorilardan keyingina to'xtaydi.

Uzoq vaqt organ va sistemalarda funktsional o'zgarishlar saqlanadi, bolalar jismoniy rivojlanishdan orqada qolishadi. Og'ir kechganda, bo'g'ilish xurujlari tez-tez, uzoq davom etuvchi, asmatik xolat va asfiksik sindromga o'tadi. Umumiy axvoli keskin buzilgan, ichki organlarda o'zgarishlar, o'pka-yurak etishmovchiligi rivojlanadi, o'pkali yurak shakllanadi ba'zan asoratlar kelib chiqadi. Davo kam effektiv.

Asoratlari. Bronxial astmada eng ko'p uchraydigan asoratlaridan bu o'pka atelektazidir. Atelektazni infetsirlanishi natijasida pnevmoniya rivojlanishi mumkin. Pnevmoniya bilan asoratlanishi, bronxlardagi obstruktiv va vazosekretor buzilishlar bilan xam bog'liq.

Bronxial astmaning og'ir asoratlaridan bo'lib mediastinal va teri osti emfizemasi bo'lib xisoblanadi. Kamroq spontan pnevmotoraks uchraydi. Kasallik og'ir kechganda o'pka-yurak yetishmovchiligi rivojlanadi. Kasallikning uzoq davom etishi natijasida pnevmoskleroz davom etishi mumkin

Diagnoz va differentsial diagnoz. Tipik xolatlarda diagnoz qo'yish kiyin emas. Oilaviy anamnez, kasalda eksudativ diatez, allergik dermatit belgilari, yuqori nafas yo'llari respirator allergozi va boshqa allergiyalar – ozik ovqatlarga, chang, dorilarga va boshqa. Etiologik muxim allergenlarni aniklash uchun, xar xil allergenlar bilan ( skarifikatsion, ingalyatsion ) diagnostik testlar o'tkaziladi. Bronxial astma diagnostikasida qon zardobida IgE va biologik aktiv moddalar miqdorining oshishi muxim axamiyatga ega.

Periferik qonda eozinofiliya, balgamda - Krushman spirali va Sharko – Leyden kristallari. Kasallikning kuchayishi davrda ko'krak kafasi rentgenogrammasida doimo o'pka emfizemasi aniqlanadi. Nafas funktsiyasi tekshirilganda xar xil darajadagi nafas etishmovchiliklar aniqlanadi. Bronxial astmani birinchi navbatda, bronxlardagi yot jism, ko'k yutal, yolg'on krup, tuberkulyozli bronxoadenit, kuks oraligi usmalaridan farklash lozim. bronxlar yot tanasi, yolg'on krup, ko'ks oraligi usmalari uchun ekspirator tipdagi xansirash xarakterli emas.

Ko'k yutalni inkor etish, epidemiologik anamnez yo'qligi, o'ziga xos reprizlar bilan yo'tal va kasallik dinamikasi, yordam beradi.

O'pkadagi spetsifik rentgenologik o'zgarishlarning bo'lmasligi va manfiy tuberkulin sinamalari. tuberkulyoz kasallikni inkor etish uchun asos buladi.

#### Tashxis mezonlari.

1. Kasallik anamnezi: birinchi xuruj xarakteri, qo'zg'alish vaqti va joyi, xurujning davom etish vaqti va tezqtez kaytalanishi, utkazilgan terapiyaning foydasi, kasalning xurujsiz davridagi axvoli.
2. Klinik ko'rsatkichlari: nafas qisilishi xurujning ekspirator xili, xirillashlar, xurujsimon yo'tal, xirillishlarining yeshitilish masofasi, nafas qisilishi vaqtida majburiy xolatni egallashi (bemorning oldinga egilib suyanishi), nafas etishmovchiligi simptomlari: lab-burun burchagi sianozi, akrotsianozi bo'lishi mumkin, yordamchi mushaklarning nafas olishda ishtirok etishi. Kukrak qafasi emfizematozli shishgan, bochkasimon ikki tomondan qisilgan, yuqorisi dung bo'lishi xam mumkin. perkussiyada- kutisimon tovush, o'pka chegaralarining past joylashuvi. Auskultatsiyada- nafas bo'shashgani (nafas olishning qisqarishi, nafas chiqarishning

uzayishi). Nafas chiqarishda kuppina quruq, xushtaksimon xarillashlar, xar-xil kalibrli xul xirillash kichik yoshli bolalarda ayniqsa ko'p uchraydi.

Yurak-tomir tizimidagi uzgarishlar: qonning umumiy tumtoqligi chegaralarining torayishi, taxikardiya, arterial bosimning kutarilishi. Asab tizimining o'zgarishi: tez asabiylashish yoki lanjlik, vegetativ asab tizimining buzilishi.

3. Laboratoriya kursatkichlari: qonning umumiy analizi- eozinofiliya, limfotsitoz. Balgamda epitelial xujayralar, eozinofiliya, makrofaglar, Sharko-Leyden kristallari va Kurshman spirallari kam.
4. Tashxisning asbobdi usullari: rentgenografiya- emfizema (upka shaffofligining kuchayishi, pastki chegaralarining pasayishi).
5. Allergologik tekshiruv: bakterial va nobakterial allergenlar bilan utkazilganda ijobits yuzaga chiquvchi allergenlik namuna.
6. Immunologik kursatkichlar. Bronxial astmaning allergik xilidazardob immunoglobulin E ning kupayishi.

Differentsial diagnostikani o'tkir va surunkali kasalliklar, obstruktiv sindrom bilan, laringospazm, yurak astmasi, kukrak ichi limfatik bezlarining kattalashuvidagi nafas olishning qiyinlashuvi, nevroz va isteriya natijasidagi nevrogen astmabilan o'tkazish lozim. Bronxial astmaning kengaytirilgan tashxisi quyidagilarini o'ziga olishi lozim: astmaning turi, kasallik og'irligi, kechishi va asoratlari.

Namunaviy diagnoz: bronxial astma, allergik shakl, o'rtacha og'irlikda, kuchayish davri, tez-tez kaytalanuvchi.

Davolash. Xurujdan oldingi davrda, birinchi simptomlari xabarchi belgilari paydo bo'lganda, bo'g'ilish xurujini oldini olish uchun xamma chora tadbirlarni o'tkazish lozim. Tinch atrof muxit, toza xavo, gipoallergik dieta katta ahamiyatga ega. Chuntak ingalyatorlari yoki ballonlardagi dozalangan aerozollardan (izadrin, novadrin, euspiro, salutal, berotek) foydalaniladi.

Ingalyatsiyalar kuniga 3-4 martagacha kilinadi. Ularni kup ishlatish mumkin emas, chunki taxikardiya, arterial gipertenziya, shu preparatlar psixologik bog'lanib qolishga olib keladi. Bir vaktida kaltsiy va antigistamin vositalar (dimedrol, suprastin, pipolfen, pernovil, tavegil, diazolin) bilan giposensibilizatsiya o'tkazish lozim. Askorbin kislotasi, rutin, boshqa vitaminlar kompleksini berishga kursatmalar bor.

Kukrak qafasiga bankalar, oyoq vannalari qullaniladi. Statsionar sharoit da adrenalin, novokain, kaltsiy, magniy bilan elektroforez, ultratovush, davolovchi jismoniy tarbiya kompleksidan foydalaniladi. Bola bezovtalanganda seduksen, trioksozan, valeriana preparatlari bilan sedativ terapiya utkaziladi. Uz vaktida boshlangan davro choralari xuruj rivojlanishining oldini oladi.

Bunday xollarda kursatilgan davro 7-10 kun davomida, to umumiy axvolining va qon taxlili normallasganicha, yutal, emfizema va o'pkadagi kataral uzgarishlar yo'qolguncha utkaziladi. O'z vaqtida boshlangan davro choralari, xuruj rivojlanishining oldini oladi.

Xuruj davrida bo'g'ilish simptomlarini bartaraf etish, shoshilinch terapiya bo'lib xisoblanadi. Yuqorida kursatilgan vositalardan tashqari, enteral antigistaminsimon preparatlar bilan birga simptomatik va bronxolitik vositalardan foydalaniladi. Professor S.G.Zvyagentseva bo'g'ilish xurujini tuxtatish uchun juda ta'sirchan bo'lgan bolalarga lyuminal (sedativ tinchlantiruvchi), dimedrol (gistaminga qarshi ta'sir etuvchi va shu boisdan uta sezuvchanligini kamaytiruvchi vosita sifatida), xamda efedrin va eufillin (bronxlarni kengaytiruvchi), omuxta xolda qo'llash usulini taklif etgan. Agar xuruj bartaraf etilmasa, dori vositalarni parenteral yuborish mumkin.

Bugilish xurujini yukotishda qo'llaniladigan dorilarning bemor yoshiga nisbatan bir martalik miqdori S.G.Zvyagentseva bo'yicha»

Bemor yoshi	Fenobarbital	Dimedrol	Efedrin	Eufillin
1 yoshgacha	0,005	0,01	0,006	0,012-0,01
1-2	0,007	0,015	0,008	0,02

3-4	0,01	0,02	0,01	0,03-0,05
5-7	0,012	0,03	0,015	0,05
7-10	0,015	0,05	0,02	0,08
10-15	0,02	0,06-0,07	0,02-0,025	0,1-0,15

Ko'pgina mualliflar bo'g'ilish xurujini bartaraf etish uchun teri ostiga 0,1 % adrenalin va 5 % efedrin eritmaları quydagi dozalarda yuborishni taklif etgan: 1 yoshdan 2 yoshgacha bo'lgan bolalarga –0,3 ml, 3-4 yoshda -0,4, 5-6 yoshda –0,5 ml, 6-12 yoshgacha 0,7 ml, 12 yoshdan kattalarga – 1 ml. gacha. Bu preparatlar V-adrenoretseptorlarni stimullaydi, bronxlar devoridagi shishni kamaytiradi, bronxolitik, nafas markazini qo'zg'atish xususiyatiga ega. Adrenalin ta'siri bir necha minutdan keyin boshlanib 2 soatgacha ta'sir etadi, efedrin-40 min. dan keyin va 4-6 soatgacha davom etadi ammo og'ir bo'g'ilish xurujlarida va astmatik xolatlarda teri ostiga adrenalin va efedrinni yuborish kam effektiv, ba'zan bir qator nojuya ta'sirlarga xam olib kelishi mumkin: bosh og'rig'i, taxikardiya, arterial gipertenziya va bronxospazm kuchayishi.

Ogirbo'g'ilish xurujlaridavacho'zilganastmatikxolatlardeufillinniishlatishmaksadgamuvofiq. Bronxolitikta'siridantashqari, eufillinyurakvabuyraktomirlarinikengaytirish, miokardqisqarishfaoliyatini kuchaytirish va o'pkadagigipertenziyanikamaytirish xususiyatlarigaxamega. Eufillinmushakyokivenaichiga 2,4 % , 12 % , 24% eritmalarko'rinishida quyidagidozalar dayuboriladi: 2 yoshgachabolarlarga –0,1 –0,2 ml, 3-4 yoshda –0,3 ml, 4-7 yoshda –0,5 ml. Ba'zan mushak orasiga yuboriladigan eufillinni, ba'zi antigistamin preparatlar: dimedrol, pipolfen, suprastin bilan birga yuborish mumkin. 2,4 % eufillin eritmasi vena ichiga tomchilab, 1 ml yoshga xisobida, yurak glikozidlari «korglikon, strofantin» va boshqa spazmolitik preparatlar «no-shpa» bilan birga yuboriladi.

Ogir astmatik xolat, uzoq davom etuvchi xansirash, gipoksiya va atsidoz natijasida organizmning ko'p suyuqlik yo'qotishi bilan kuzatiladi. Shuning uchun regidratatsiya kompleks terapiyaning muxim o'rnini egallaydi. Vena ichiga tomchilab 5 % yoki 10% glyukoza eritmasi, natriy xlorid izotonik eritmasi, gemodez, reopolyuglikin yuboriladi.

Atsidozda RK va O nazorati ostida, 4-6 g. gidrokarbonat natriy yoki 20-30% trisamin «TIAM» eritmasi qo'shiladi. Psixoematsional kuzgaluvchanlikni yo'qotish uchun kapelnitsaga sedativ va neyroleptik vositalar qo'shiladi.

O'tkazgan terapiyaning noeffektivligi tufayli, og'ir astmatik xolatlarda, asfiksiya rivojlanishiga xavf tug'ilganda, parenteral glyukokortikoid gormonlar yuboriladi, ayniksa ilgari gormonal preparatlar bilan davolangan bulsa.

Prednizolon sutkasiga o'rta miqdorda 1-2 mg. 1 kg. Tana og'irligiga beriladi. Prednizolon parenteral xar 3-4 soatda yoki tomchilab to kasal astmatik xolatdan chiqqunga qadar yuboriladi. Uni eufillin, korglikon va infuzion terapiya bilan birga qullash mumkin. Gormonlarni bekor qilish, aktiv spazmolitik va giposensibilizatsiyalovchi terapiya fonida o'tkaziladi. Bekor qilish sindromini oldini olish uchun, qo'shimcha bronxlar shilliq qavatiga ta'sir etuvchi gormonal preparatlar yoki buyrak usti bezi funksiyasini stimullovchi vositalar qo'llaniladi (etimizol, glitseral, buyrak usti bezi induktermiyasi).

Etimizol va glitseral bilan davolash 4-5 hafta davomida o'tkaziladi.

Bronxial astma bronxo-o'pka yallig'lanish jarayoni bilan asoratlansa, antibiotiklar va sulfanilamid preparatlari qo'llaniladi.

Bronxial astma bilan og'rigan bolalarni ko'pchiligida surunkali infeksiya o'choqlari (gastroduodenit, surunkali tonzillit, adenoidit, xoletsistoxolangit) bo'lib, ularning sanatsiyasi, xurujlararo davrdagi kompleks terapiyaning o'rni muxim xisoblanadi. Bundan tashkari organizm regulyator mexanizmini mustaxkamlashiga qaratilgan chora-tadbirlar o'tkaziladi. Ular o'z ichiga davolovchi jismoniy tarbiya, chiniqtiruvchi muolajalar, refleksoterapiya, sanator kurort davolashni oladi.

Oxirgisi – Qrim janubiy qirg'oqlarida, Kavkaz, Pribaltika, Ukrainada joylashgan maxsus maxalliy sanatoriyalarda o'tkaziladi.

Bronxial astma bilan og'riqan bemorlar dispanser nazoratida bo'lishi va kasallik 4 yil davomida xurujlar shaklida takrorlanmasa bemor sog'aygan deb xisoblanib, nazoratdan chiqarishi lozim.

Profilaktikasi. Bronxial astmaning oldini olish maqsadida nafas yo'llarining xar qanday kasalliklari oldini olish, ularni oxiriga etkazib davolash, kaytalanishga yo'l qo'ymaslik nixoyatda muxim. Allergik kasalliklarga irsiy moyilligi bo'lgan oilalarning bolalarini ovqatlantirish, kiyintirish va uy sharoitida allergen xususiyatli omillardan narida bo'lishiga intilish muxim axamiyat kasb etadi, chunki bunday bemorlar bronxial astma borasida «xavf» guruxiga kiradi. Bunday bolalarga kuchli allergik xususiyatiga ega bo'lgan oziq-ovqatlar (shokolad, tuxum, kofe, qulupnay) berilmasligi, yuqumli kasalliklarga qarshi emlash maxsus tayyorlangandan so'ng o'tkazish lozim.

Oqibati. Bronxial astmaning og'irligi va davomiyligi, davoning effektivligi bilan aniqlanadi. Bronxial astmaning og'ir va uzoq davom etishi natijasida, ko'krak qafasi deformatsiyasi, jismoniy rivojlanishdan orqada qolishi, pnevmoskleroz, o'pka emfizemasi, surunkali o'pkali yurak va o'pka-yurak etishmovchiligi shakllanishi mumkin. O'lim xolati, astmatik xolat chuqqisida, gipoksik koma xolati rivojlanishi natijasida kelib chiqadi. O'z vaqtida tashxis qo'yish va kompleks terapiya o'tkazish kasallikning yomon oqibatlaridan saqlaydi.

### Amaliy mashg'ulot № 3

#### Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

<b>Mavzu</b>	<b><i>Bolalarda bronxial astma diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi</i></b>
--------------	--

#### 3.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha	
Mashg'ulot Shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustahkamlash yuzasidan seminar	
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Bolalarda bronxial astmaning (BA)diagnostikasi.</li> <li>6. Bronxial astmani qiyosiy tashhisi.</li> <li>7. Bolalarda bronxial astmani (BA) bosqichli davolash.</li> <li>8. Bolalarda bronxial astmaning (BA) oldini olish tadbirlari. Kelajakdagi natijalari.</li> </ol>	
<b><i>O'quvmashg'ulotining maqsadi</i></b>		
:Talabalarga bolalarda bronxial astmaning diagnostikasini, qiyosiy tashhisini, bosqichli davolash usullarini, kasallikning oldini olish tadbirlarini o'rganish.		
<b><i>Pedagogik vazifalar</i></b>		<b><i>O'quv faoliyati natijalari</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Talabalarga bolalarda bronxial astma klinik tashxini o'rgatish</li> <li>- Bronxial astmani xuruj davrini klinik ko'rinishi va xurujsiz davrini kechishini aniqlay olishni o'rgatish.</li> <li>- Bronxial astmani qiyosiy tashxisini o'rgatish</li> <li>- bronxial astmaning bosqichli davolash.</li> <li>Oldini olish tadbirlarini o'rgatish</li> <li>- Kelajakdagi natijalarini o'rgatish.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Talabalar bolalarda bronxial astma klinik tashxislashni mustaqil bajaraolishi kerak,</li> <li>- Bronxial astmani xuruj davrini klinik ko'rinishi va xurujsiz davrini kechishini aniqlay olishi kerak.</li> <li>- Bronxial astmani qiyosiy tashxislayolishi kerak.</li> <li>- bronxial astmaning bosqichli davolashni mustaqil bajaraolishi kerak.</li> <li>- Oldini olish tadbirlarini o'rgatish bilishi kerak.</li> <li>- Kelajakdagi natijalarini bilishi kerak.</li> </ul>
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol - javob	
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash	
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasion xonajixozlari» vah.k.	
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya	
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat: savol – javob, mustaqil ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari	

#### 3.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi</li> <li>2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi</li> </ol>	

	<p>3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</p> <p>4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</p> <p>5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi.</p> <p>6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi</p>	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<p>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</p> <p>2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</p> <p>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</p>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)	<p>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi.</p> <p>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruhga bo'ladi va guruhlarda hamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir guruh mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</p> <p>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayyorlangan varaqalarni tarqatadi.</p> <p>4. Guruhlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantiqan to'liq yoritilishini kuzatadi.</p> <p>5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruhlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , guruh sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muhokamasini jamoaga havola etadi.</p> <p>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baxolaydi.</p> <p>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</p> <p>8. Bemor kuratsiyasini tahlil qiladi.</p> <p>9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>Tinglaydilar, asosiy jixatlarini yozib oladilar Kichik guruxlarga bo'linadilar.</p> <p>Topshiriqlar bo'yicha ishlaydilar Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruhdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida hamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini taxlil qilishda ishtirok etadilar</p>
3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</p> <p>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</p> <p>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish; o'zlashtirish ishi «Atipik pnevmoniyalar» – 5 s Referat, Krossvord, Internet ma'lumotlaridan tayyorlashni topshiradi</p>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

### Bronxial astma.

Bronxial astma- bronxlar daraxtining surunkali yallig'lanishi bulib, bu jarayon T-limfotsitlar, eozinofillar va semiz xujayralar ishtirokida kechadi.

Dunyo bo'yicha har yili 100 mln.kishi xastalanadi.

Uy allergenlari:

Uy changi

Hayvonlar yungining changi

Suvaraklar

Mog'or zamburug'lari.

Tashqi allergenlar

O'simliklar changi

Qo'ziqorinlar

Aspirin va uning guruhidagi dorilar.

Shartsiz, astmani qo'zg'atuvchi omillar:

Respirator infeksiyalar

Bolalik davri

Allergenga boy taomlar

havodagi polyutantlar:- ichki va tashqi

Tamaki chekish:-aktiv va passiv.

Astma kechishini qo'zg'atuvchi omillar:

Allergenlar

Respirator infeksiyalar

Jismoniy zo'riqish va giperventilyatsiya

Iqlim sharoitlari

Oltinugurt oksidi

Dorilar, taomlarga ishlatilgan bo'yoqlar va dorivorlar.

ASTMA PATOGENEZI:

Semiz hujayralar ko'plab bronxial daraxt, ichaklar shilliq qavati,so'lak bezlaridabor. Ularning yuza qavatida biologik faol moddalar chiqaruvchi donadorligi (granula) bor.

Semiz hujayralarning membranasi mustahkam emas, shu uchun parchalanib me'yordan ko'p BFM chiqariladi.

Me'yordan ko'p chiqarilgan BFM bronxlar giperreaktivligiga olib keladi

Bu jarayonga eozinofillar jalb etiladi, ular katta protein va sitokin yordamida bronxlar shilliq qavatini yemiradi

Astmaning immun yo'l orqali patogenezi:

1.epiteliy jarohatlanishi

2.nerv oxirlari stimulyatsiyasi

3.shilliq qavat shishi

4.shilimshiq qosil bo'lishi

5.bronxospazm.

Astma patogenezining noimmun yo'li:

Bronx daraxtini innervatsiyalovchi nervlar ma'lumotga javoban neyrotransmitterlar chikaradi

Neyrotransmitterlar semiz xujayralarni parchalaydi

Oqibatda BFM chiqariladi.

Astmatiklarda statuslar.

1.Isteriyasimon xurujlar, xuruj yordamida uziga jalb etadi

2.Psixosteniklar – kasallik yordamida xayotdagi muammolarni hal etadi

3.Nevrosteniklar – uz kasalligiga mute bemorlar

4.Shunt – bog'lovchi, bolalar uchun harakterli.Oilaviy muammolarni hal etish uchun yahshi maqsadga yunalgan.

Diagnostika:

BA simptomlari:

Spastik balg'amsiz yo'tal ,ayniqsa tunda

Nafas buzilish xolati

Ko'krak soxasida og'irlik xissi

Savollar:

1. Bemorda nafas olish qiyinchiligi xurujlari bo'lganmi?
2. Bemorda tunda qattik azobli yo'tal bo'ladimi?
3. Jismoniy zuriqishdan keyin yo'tal yoki nafas buzilishi kuzatiladimi?
4. Allergen bilan aloqadan so'ng nafas buzilishi va og'irlik hissi kuzatiladimi?
5. Bemorda shamollash 10 kundan ortiq yoki ko'krak qafasiga tushadimi?
6. Bemor astmaga qarshi dori vositalari qabul qiladimi?

Provakatsion sinamalar tizimi:

Jismoniy zuriqish sinamasi

Sovuq havo sinamasi

Obzidanli sinama va boshqalar.

Normada barcha odamlarda ertalab soat 5dan 8 gacha bronxlar o'tkazuvchaligi bor.

Bronxial astma klassifikatsiyasi.

1 – yengil, intermitterlovchi kechishi,

nafas qisish klassik xurujlari yo'q, yoki 2-3 haftada 1 marta, tungi simptomatika oyida 1-2 marta, jismoniy faollik buzilmagan, ijtimoiy adaptatsiyasi normal, hayot sifati saqlangan (80% dan ko'p), tashqi nafas funksiyasi sutkalik farki 20% dan kam.

2- yengil kechishi:

Kunduzgi simptomatika haftada 1-2 marta

Kechki simptomatika oyda 2 marta

tashqi nafas funksiyasi sutkalik farqi 20% dan kam.

3- o'rta og'ir kechishi:

xurujlar haftada 1-2 marta

Kunduzgi faollik va kechki uyquning buzilishi

Tungi simptomatika haftada 2 martadan ortiq

tashqi nafas funksiyasi sutkalik farqi 20-30%

-2 agonistlarga muxtojlik har kuni

Xayot faolligi 60-80% ni tashkil etadi.

4-og'ir kechishi.

Simptomlar uzluksiz – retsidivlovchi kechadi

Doimiy tungi simptomatika

Xayot sifati 60% dan kam

Tashqi nafas funksiyasi sutkalik farqi 30% dan kam

Xurujlar va remissiyalar almashinib turadi.

Asoratlari- Nafas yetishmovchiligi – I,II,III darajalari.

Kiyosiy diagnostika:

Yurak astmasi

Isterik astma

Uremik astma bilan

Nafas yo'llari yot jismlari bilan

Yolg'on krup bilan

Kvinke shishi bilan

Ichak gelmintlari bilan.

Davolash:

1. Yallig'lanishga qarshi preparatlar

A) xromoglikat natriy guruxi (intal)

B) nedokormil natriy (tayled)

V) zaditen, ketotifen

G) ditek

D) kortikosteroidlar

E) ingakort (flyunizolid)

2. Bronxkengaytiruvchi preparatlar- -agonistlar, metilksantinlar, antixolinergik preparatlar – iperatropium, atovent, berodual.

Davolashga bosqichma- bosqich yondoshish.

1– yengil kechishida: qisqa muddat ta'sir kursatuvchi agonistlar ingalyatsiyasi, xaftada 3 martadan ko'p emas. Jismoniy zuriqishdan yoki allergenlar bilan muloqotdan oldin intal ingalyatsiyasi. Kasallikning kuchayishiga yo'l qo'ymaydi.

2– o'rta og'ir darajada - intal yoki kortikosteroidlar bilan yallig'lanishga qarshi kurash, kortikoidlar dozasi 1 mgG`kg tana vazniga sutkalik miqdori

Effekt bermaganda gormonlar dozasi oshiriladi

tungi simptomatikada 3- bosqichga o'tiladi.

3– o'rta og'ir astma- Kortikosteroidlar+ teofillin tG` yoki ichish uchunAntixolinergik preparatlar ingalyatsiyasi ham mumkin

4- bosqich, og'ir astmada:

Kortikosteroidlar ingalyatsiyasi

Uzoq muddatli teofillin yoki peroral agonistlar

Beta- 3-agonistlar qisqa muddatli

har kunlik yoki alternativ gormonlar ichish uchun.

Pastga qadam fakat 3 oydan so'ng.

Davolash davomi:

Bolalar uchun xromoglikat natriy 4-6 xafta davomida tavsiya etiladi.

Yuqoriga qadam: intal yoki nedokromil, kortikosteroidlar qo'shiladi

Pastga qadam: dori vositalarini sekin-asta miqdorini kamaytirib borish

Faslga qarab dorini berishni tiklash.

Astma xurujida bajariladigan ishlar rejasi:

Astmadan o'lim va kasallanishning ko'payishiga quyidagilar sabab bo'ladi :

Kasallik xurujini baholay olmaslik

Xurujning birinchi belgilariga noadekvat ta'sir ko'rsatish

Xurujlarni noadekvat davolash.

Astmani nazorat qilishda terapevtik muolajalar intensivligi darajasi:

Yashil soxa –barcha muolajalar qilingan, astma nazorat ostida

Sarik soxa – nogoh xuruj yoki axvolning sekin-asta og'irlashuvi, tez-tez sariq soxaga qaytish nazorat sustligi va yashil sohaga o'tish uchun chora-tadbirlar zarurligini bildiradi

Qizil soxa – xavf belgisi, shoshilinch qo'shimcha tibbiy muolajalar talab etiladi.

## Bronxial astma tasnifi

### BRONXIAL ASTMANING OG'IRLIGI DARAJASI BO'YICHA TASNIFI

1998 йил

<b>OG'IRLIK DARAJASI</b>	<b>DAVOLANISHDAN OLDINGI KLINIK MANZARASI</b>
Yengil	Belgilar haftada 1 marta yoki ko'proq kuzatiladi. Kasallik xuruji harakat faolligi va uyqu buzilishiga sabab bo'lishi mumkin. Tungi astma belgilari 1 oyda 2 martadan ko'p yuz beradi. Nafas chiqarishdagi eng katta havo oqimi bo'lishi kerak bo'lgan havo oqimidan 80% ko'proq.
O'rta og'ir	Belgilar har kuni kuzatiladi. Astmaning tungi belgilari bir haftada ta'sir ko'rsatadigan B2 agonistlar har kuni qabul qilishadi. Nafas chiqarishdagi eng katta havo oqimi bo'lishi kerak bo'lgan havo oqimidan 60% dan 80% bo'ladi. Nafas chiqarishdagi havo oqimida o'zgarishlar 30% ko'p.
Og'ir	Belgilar doimiy ravishda saqlanib qoladi. Xurujlar tez-tez qaytalanadi. Tungi belgilar tez-tez qaytalanadi. Jismoniy faollik bronxial astma ko'rinishlari bilan cheklanadi. Nafas chiqarishdagi havo oqimi bo'lishi kerak bo'lganidan 60% kam o'zgarishlar 30 % ko'p.

## Bolalarda bronxial astma (internet ma'lumotlari)

Bronxial astma – bronxlarni surunkali allergik yallig'lanishi bo'lib, ularning giperreaktivligi va tarqalgan Bronxial obstruksiya natijasida davriy paydo bo'ladi gan xurujlar bilan kechadigan bronxlar qon striktsiyasi, gipersekretsiyasi va devorchalarning shishi bilan kechadigan kasallikdir.

Bronxlar obstruksiyasi spontan yoki davolash natijasida tuzaladi.

- Bronxial astmaga moyillik yaratuvchi omillar:
- 
- Atopiya (sezuvchanlikni o'zgarishi)
- Nasl (ota-onadan o'tadi.70% onadan, 30% o'tadan)
- Bronxlar giperreaktivligi (multifaktorial poligen turi)

### **Sababchi(sensibillovchi) omillar:**

Uy allergenlari

Xayvonlarning epidermal allergenlari

Chang allergenlari

Ovqat allergenlari

Virus va vaktsinalar

### **Sababchi omillarning ta'sirini oshirib, BA chakiruvchi omillar:**

Virusli respirator infeksiyalar

Xomiladorlikni patologiyalar bilan kechishi

Muddatidan ilgari tug'ilish

Noratsional ovqatlanish

Atopik dermatit

Turli polyutantlar

Tamaki tutuni

### **Triggerlar BA o'tkirlanishini chaqiruvchi omillar:**

Allergenlar

Virusli respirator infeksiyalar

Ruxiy va jismoniy yuklamalar

Atrof muxitni o'zgarishi

Ekologik ta'sirlari

Salbiy ta'sir etuvchi oziqalar, dori-darmonlar, vaktsinalar

### **Bronxial astma patogenezi**

**1-davr – immunologik** – allergenni organizimga tushishi, HLA mansub bo'ladi , kasallikni chaqiruvchi antigenlar soni protektor antigenlardan ko'p bo'ladi

**2-davr- patoximik-** semiz xujayralar va bazofillarni degranulyatsiyasi (shikastlanishi) BAM ajralishi bilan, eozinofillarni faollashuvi

**3- davr- patofiziologik-** 2 davrni klinik ko'rinishlari- bronxospazm, shish, bronxlar devorchalarini yallig'lanishi xujayralar yig'ilishi shilimshiqalar gipersekretsiyasi

### **Klassifikatsiya**

#### **Shakli**

immunologik  
atopik  
immunkompleks  
aralash

### **Etiologik faktor**

infektsion sensibilizatsiya  
noinfektsion sensibilizatsiya

### **Og'irlik darajasi**

yengil  
o'rta og'ir  
og'ir

### **Davrlari**

Xurujoldi  
xuruj  
astmatik xolat: I, II, III bosqichi  
xurujdan keyingi  
remissiya

### **Bronxial astma klinikasi**

#### **Xuruj oldi holati**

Bolalarda tez - tez URYo'q , bronxitlar va pnevmoniyalar bilan kasallanish olib keladi  
nafas yo'llari kasalliklari bo'ladi bronxial o'tkazuvchilikni o'zgarishi va sentsibilizatsiyani  
rivojlanishi bilan kechadigan  
obstruktiv bronxit, retsidivli bronxit, allergik rinosinuslar

#### **Xuruj oldi davri**

bolaning umumiy ahvoli uzgarish bilan boshlanadi  
nafas olish organlarini funktsiyasi buzilishi bilan ifodalanadi  
Bola qaysar  
tez jahli chiqadi  
yig'laydi  
ishtahasi yo'qoladi  
aksirish bo'ladi  
burundan seroz ajraladi  
yo'tal ayniqsa kechalari

#### **Xuruj davri**

o'tkir bronx obstruksiyasi bilan ifodalanadi  
Eksperator turdagi nafas siqishi -hushtakli nafas  
shovqinli nafas masofada eshtiladi  
Xurujni baland cho'qqisida quyuuq shilimshiqli va chuziluvchan balg'amli yo'tal paydo bo'ladi

### **Go'dak yoshdagi bolalarda (bronxlari tor, qon va limfa tomirlari yaxshi rivojlangan)**

Xuruj davrida bronxlarning shillik qavatini shishi bo'ladi  
bronxlar ichiga ko'p hajmli suyuq sekret ajralib chiqadi  
Ekksudativ komponent bilan kechadi

### **Katta yoshdagi bolalarda**

- Siliq muskullar spazmi bilan kechadi
- bronxlarning yallig'lanishi va shilimshiqni bronxlar ichiga ajralib chiqishi o'rtacha bo'ladi
- 
- Bronxial astmaning yengil kechuvchi xuruji belgilari umumiy ahvoli buzilmaganda nafas olish qiyinlashishi kuzatiladi
- Bronxial astmaning o'rtacha xurujiga astmatik nafas siqishi yaqqol bo'ladi va bemorning umumiy ahvoli o'zgaradi.
- Og'ir kechadigan xuruji astmatik nafas siqishi fonida nafas etishmovchiligi belgilari bilan kechadi

**Astmatik status** bemorni axvolini baholash astmatik statusni erta davrida diagnostika qilishga imkoniyat beradi

Astmatik statusga quyidagi kriteriyalar xos :

- 1 Xuruj bronxial astmada 6 soatdan ko'p davom etishi
- 2 Bronxlarni drenaj funksiyasini buzilishi
- 3 Gipoksimiya  $rdO_2 < 60$  mm rt .st. ( 8 kPa) va giperkapniya (  $RdCO_2 > 60$  mm rt .st.)

### **Astmatik statusni 3 ta stadiyasi bor:**

**Birinchi stadiya** – nisbatan kompensatsiya stadiyasi bronxial astmaning cho'zilib ketgan xurujini ko'rsatadi. Bu stadiya bronxlar o'tkazuvchanligini buzilishi va simpatomimetik preparatlarga rezistentligi bilan ifodalanadi

**Ikkinchi stadiyasi** nafas yetishmovchiligi rivojlanib ko'payish davri bronxlarni quyuk yopishqoq sekret bilan total obsruktsiyasi va shilimshiq qavatini shishi va bronxlarning silliq mushaklarini spazmi natijasida

**Uchinchi stadiyasi** - gipoksik koma - chuqur nafas yetishmovchiligi " sukunat " sindromi bilan butun O'pka ustida adinamiya va shundan keyin xushdan ketish va talvasalar bilan kechadi

### **Xuruju orasidagi davr**

bronxospazmni vizual aniqlanadigan belgilari kuzatilmaydi

bronxlar o'tkazuvchanligi butunlay normal bo'lmaydi

Bronxospazm borligini efedrin sinamasi ko'rsatadi

bolalarda har xil organ va sistemalarda funktsional o'zgarishlar bo'ladi

### **Xurujdan keyingi davr**

ekspirator nafas siqishi kuzatilmaydi

2-4 kun ichida tarqalgan quruq va nam o'rta pufakli xirillash eshitiladi

Yo'tal bu davrda nam oq va shilimshik balg'am bilan tamomlanadi

### **Diagnostika**

Nafas olishni qiyinlashishi

Nafas chiqarishing qiyinlashuvi

Quruq va xushtakli quruq xirillashlar

perkussiyada O'pkada qutichasimon tovush

qaytalama xurujlar kasallikni aktivlanishi ekzogen faktorlar bilan bog'liqligi bronxospazmatiklarni effektivligi tashhisga Aniqlik kiritadi  
agar anamnezda allergiyaga moyillik bo'lsa bronxlar kasallanishi allergik genezida ko'rsatadi

### **Differentsial tashxis**

Bronxial astmani obstruktiv bronxit bilan tashxis qilish zarur

Soxta krup

B.A.ni ayrim vaktlarda hiqildok allergik shishi

Mukovistsidoz bronxlar va bronxiolalar obstruktsiyasi

Interstitsial O'pka ning fibrozi ( Xammen - Rich kasalligi )

Traxeo bronxial diskineziyalar

Bronxlar o'tkazuvchanligini buzilishi

### **Maxsus tashxis**

Anamnez asosida va ingalyatsion provokatsion testlar natijalari asosida allergen va allergenlar spektrini aniqlashga qaratilgan usul

Terida sinamalar o'tqazish - terida allergik antitelalar borligi aniqlanadi. Bu metod bronxial astmada xurujlar aro davrda o'tkaziladi, surunkali infektsiya o'choqlarini sanatsiyasidan so'ng

### **Bolalarda bronxial astmani davolashni asosiy maqsadlari:**

- klinik belgilarni bartaraf etish yoki yumshatish
- zo'rayishini oldini olish
- hayotga xavf tug'diradigan holatlarni kelib chiqishini va o'lim bilan tugash hollarini oldini olish
- tashki nafas olish funksiyalarini normallashtirish va yaxshilash
- hayot faolligi tiklash va saqlab turish, o'ziga mos jismoniy harakatlarni aniqlash
- bronxolitik davolashni bekor qilish yoki unga bo'lgan talabni kamaytirish
- nogironlik oldini olish

### **Bronxial astmani davolashda uch xil etap ajratiladi:**

#### **1 B. A. ni o'tkir davrda davolash**

yengil Xurujni efedrin va eufillin qoldiradi. Efedrin 6 - 1 g- 0, 002-0,03 salbutamol nafas ingalyatori 1 soatda 3 marta

#### **2. Remissiyaga erishish uchun o'tkaziladigan terapiya**

Adrenalin 10-15 dan 1 soatga

Alupent teri ostiga yoki mushakka yuborish mumkin

Intal 1-2 dozadan 2 oy davomida

#### **3. Maxsus giposensibilizatsiya**

Zaditen 0,05mgG`kg 1 oy

Beklazon-Eko, axvoli yaxshilansa N2 agonistlarlar teodur

Salbutamol tabletkasi 1mg x 3m 1-5 yoshda

#### **Astmatik statusni davolash**

**1 stadiyasi** terapiyasi V2 adrenoretseptorlarini blokadasini to'xtatish maqsadida eufillin 2,4% li 4-6mgG`kg prednizolon 2mgG`kg

**2 stadiyasida** intensiv davolash bronxlar o'tkazuvchanligini tiklashga qaratiladi prednizolon miqdori 3-5mgG`kg ko'p aytiladi 1,5-2mgG`kg har 3-6 soatda

**3 stadiyasi** - adekvat ventilyatsiyani, gipoksimiyani xavfli darajasini yo'q otishga qaratilgan. Yurak glikozidlari beriladi.

### **Bosqichli davolash usuli**

**Yashil zona** -nafas chiqarish hajmi (REF) individual normadan 80 %ni tashkil etadi. Demak bemorni ahvoli stabil, bronxial astma nazorat ostida. Bazavoy davolash bemorni ahvoriga mos keladi va uzoq klinik remissiya kuzatiladi.

Yashil zona - yahshi ahvol holati

**Sarik zona** - “dikkat” signali - Pikfloumetriya ko'rsatkichlari individual normani 60-80%ni tashkil etadi va bronxial astmani o'tkirlanishini xabarini beradi. Bu holda ahvolni yomonlashuvini sababini aniqlash lozim va davolashni kuchaytirishni qo'llash kerak, demak vrachga murojaat qilish lozim.

**Kizil zona** - “hayajon” signali Pikfloumetriya kursatkichlari individual normadan 60%dan past. Bemorga tezkor yordam berish lozim. Ota - onalar oldindan tuzilgan reja bo'yicha davolashni boshlab vrachga murojaat qiladilar va bemorni shifoxonaga yotqizish kerak.

BA - nafas yo'llarining surunkali yallig'lanishidir. Moyillik bo'lganda bu yallig'lanish natijasida xurujli yo'tal ish takrorlanib turadi, xirillashlar paydo bo'ladi, ko'krakda siqilish va nafasning qiyinlashishi tarzida bo'ladi. Yallig'lanish natijasida respirator traktning allergenlar, kimyoviy ta'sirotlar, tamaki tutuni, sovuq havoga yoki jismoniy zo'riqishlarga ta'sirchanligi keskin oshadi. Ular ta'sir qilganda nafas yo'llari shishib, spazm yuzaga keladi, ko'p miqdorda shilliq ishlab chiqarilib, nafas yo'llarining tashqi ta'sirlarga giperreaktivligi ortadi. Natijada yuzaga keladigan bronxial obstruktsiya spontan holda yoki dorilar yordamida o'tishi mumkin. Afsuski ba'zi hollarda to'liq ketmasligi ham mumkin.

BAGA asosan nafas yo'llaridagi yallig'lanish deb yangicha yondoshish atopik BAning mohiyatini ochib bera olmaydi. Tygmaveta-retseptorlarining funktsional yetishmasligi amada veta-stimulyatorlyarining har doim ham ijobiy samara bermasligi bilan, hamda veta-retseptorlarining tug'ma nuqsonliligini isbotlay olinmagani sababli ham atopik BAning ustivor sababi deb tan olinishiga to'sqinlik qiladi.

Muammoning ikkinchi tarafi esa, BA kasalligi bilan surunkali bronxitning bir hastalikning 2 turdagi klinik ko'rinishidek manzarani yoki tasavvurni yuzaga keltiradi.

Shunday qilib, BAning yangicha ifodalanishi progressiv bo'libgina qolmay, munozarali hamdir.

#### 2-savol. BA sog'liqni saqlashdagi jidiy muammomi

xa, bu dunyo bo'yicha tan olinmoqda. Chunki, dunyo aholisining 100 milliondan ziyodrog'i BA hastaligiga muhtalo bo'lgan va buning natijasida davolashga sarflanadigan mablag'lar, shunidek mehnatga layoqatligini yo'qotish va oilaviy muammolar keskin ortib bormoqda. BA bolalar orasida ko'payib ketmoqda, ayniqsa urbanizatsiya yuqori bo'lgan xududlarda. Bu esa yashash joyining yahshi ventilyatsiya qilinmasligi, turar joydagi allergenlar (yumshoq jihozlar —

gilam, mebel, o'rin-ko'rpada bo'ladigan uy kanasi, uy hayvonlari, ayniqsa mushuk juni), tamaki tutuni, viruslar, aeropollyutantlar va kimyoviy ta'sirotlar, dorilar va oziq-ovqatlarning allergenlik xususiyatiga bog'liqdir. Irsiy faktorning roli to'g'risidagi muammo esa hanuzgacha aniq o'z yechimiga ega bo'lmay qolmoqda.

3-savol. BA muammosini yechilishga yondoshishlarda o'zgarishlar bormi?

Hozirgi kunda kasallikning kelib chiqishi sabablari to'g'risidagi tushunchalar, shuningdek nafas qisishi xurujuni oldini olish borasida ishlab chiqilgan uslublar va uzoq muddatga mo'ljallangan davolash dasturining tuzilishi kasallikka qarshi kurashishga yangicha yondoshishini shakllantiradi.

4-savol. BA bilan og'riqan bemorlarda nimalar kuzatiladi?

Bunday bemorlarda nafas yullarida surunkali yallig'lanish yo'tal , xirillash hurujlariga sabab bo'lib, ko'krakda qisilish hissi paydo bo'ladi va nafas olish, va ayniqsa, nafas chiqarish qiyinlashadi. Kasallik simptomlari bir necha daqiqadan bir necha kungacha davom etishi mumkin. Nafas siqilishi xurujlari yengil, og'ir, ba'zida esa fetal bo'lishi mumkin. Og'ir xurujlarda tibbiy yordamning to'g'ri va barvaqt ko'rsatilishi muhimdir.

5-savol. Kimmler BA bilan kasallanadi?

BA aksariyat holda oilaviy harakterga ega. U har qanday yoshda kuzatilishi mumkin. U yuqmaydi. BA — tibbiyot muammosi, bemor o'z kasalligidan uyalmasligi lozim. Ko'p olimpiada chempionlari, davlat arboblari va mashxur siymolarda BA hastaligi borligi siremas. BA bilan xastalangan bemor to'laqonli, maxsuldor hayot kechirishi mumkin.

6-savol. Nimalar astmani keltirib chiqaradi?

Xozirga qadar bunga aniq javob yo'q . Ma'lumki, kishilar, va ayniqsa bolalar allergik anamnezida moyillik bo'lsa va ular tamaki tutuni va turmushdagi allergenlar (uy kanasi, mushuk juni va x.k.) ta'siriga yuqori beriluvchan bo'ladi va ularda BA yuzaga kelishi xavfi bo'ladi . Ba'zilarida ish joylaridagi kimyoviy ta'sirlar BAGA sabab bo'ladi . Shuningdek, ekologik muhit salbiy ta'sirini BAni keltirib chiqaruvchi omillardan biri ekanligi nazarda tutiladi.

BAni rivojlanishiga olib keluvchi sabablarga tez-tez O'RVI, bronxit, ko'k yo'tal natijasida bronxlar shilliq qavati kipikli epiteliysining jaroxatlanishi natijasida shilliq qavatining allergen va toksik moddalarga nisbatan o'tkazuvchanligi ortishi olib kelishi mumkin.

7-savol. BA patofiziologiyasiga zamonaviy yondoshish qanday?

Nafas yo'llaridagi yallig'lanish bronxial obstruksiyani 4 xil yo'l bilan keltirib chiqaradi: 1) o'tkir bronxokon striktsiya-silliq mushak spazmi natijasida 2) o'tkir osti bronxoqon striktsiya — havo yo'llari shilliq qavatining shishishi tufayli; 3) surunkali – yopishqoq quyo'q bronxial shillikning bronxlar va ayniqsa terminal bronxlar obstruksiyasi tufayli va nihoyat, 4) sklerotik bronxoqon striktsiya – bronx devorlarining sklerotik deformatsiyasi tufaylidir.

Astmatik statusda nobud bo'lgan patsientlarning patologoanatomik tekshirish natijalari nafas yo'llarida kuchli rivojlangan yallig'lanish bo'lishidan dalolat beradi. Bunda ustki epitelial qoplarning yo'qolishi, bazal membranada kollagen tolalarining haddan ziyod to'planishi, bronxlar

qon tomirlarining kengayishi va shilliq qavatining shishishi kuzatiladi. Bronxlar shilliq qavatida va ularning toraytiruvchi shilimshiq tiqinlarda ko'p miqdorda yallig'lanish hujayra elementlari topiladi.

Bronxoalveolyar lavaj usuli, biopsiya usulini qo'llash natijasida, BAning nafas yo'llarining surunkali persistirlanuvchi yallig'lanish kasalligi ekanligi va hatto uning simptomsiz davrida ham yallig'lanish belgilari saqlanishi aniqlangan.

BA patofiziologiyasi qator hujayraviy mexanizmlardan iborat bo'lib, yallig'lanish hujayraviy elementlari makrofaglar, yumoloq-semiz hujayralar stimulyatsiyasini o'z ichiga oladi.

Bu reaksiyalar erda va kechki turlarga bulinadi. Erta yoki darhol yuzaga keladigan reaksiyaga bronxospazm va qator yallig'lanish mediatorlari — gistamin, triptaza, prostoglandin D2 va leykotrinlarning ajralishi yumoloq-semiz hujayralar ta'sirlanishidan dalolat beradi. Brondilyatorlar va nedokromil natriy shu bosqichda bronxospazmga ta'sir qila oladi, glyo'q osteroidlar (GKS) esa yo'q.

Kechki reaksiyalar bronxlar o'tkazuvchanligini kamayishi, ular reaktivligining ortishi bilan karakterlanadi. Bu reaksiyalar nedokromil natriy va kortikosteroidlarga buysinadi, r-2 — adrenergik bronxodilyatorlar esa korrektsiya qila olmaydi. Bu bosqichda nafas yo'llariga eozinofillar chiqish i, sitokinlarning ajralishi, endotelial xujayralar yuzasiga adgeziyalanuvchi mole kulalarining ekspressiyasi kuzatiladi. Bularga qayd etilgan dorilarning ta'siri hali o'rganilmagan.

Yallig'lanish yuzaga kelishida O'pka struktura elementlaridan fibroblastlar, epitelial va endotelial hujayralari ishtirok etadi. Ular makrofag va semiz hujayralar va T-limfotsitlar bilan qator sitokinlarning ishlab chiqilishiga olib keladi va bronxlarda surunkali yallig'lanish yuzaga kelishi va rivojlanishida rol o'ynaydi.

Bu jarayonlar nedokromil natriy (intal), kortikosteroidlar ta'sirida ijobiy tomonga siljishi mumkin. Ularni barvaqt qo'llanmasligi esa yalliglanishning kuchayishi natijasida bronxlar devori shilliq qavatining sezuvchanligi o'zgarishi natijasida giperreaktivlik xolati va bronxlar obstruktsiyasini progressivlanishiga olib keladi.

#### 8. Astmaoldi holati nima?

Astmaoldi holati quyidagi belgilarni o'z ichiga oladi:

1) O'pka va bronxlarning o'tkir retsidivlanuvchi yoki surunkali obstuktiv sindromi bilan kechuvchi kasalliklari;

2) O'pka dan tashkari allergik xolatlar — allergik rinit, eshakemi, kvinke shishi, migren, dorilar allergiyasi;

3) qon va balg'amda eozinofiliya;

4) nasliy allergik kasalliklarga moyillik.

Astmaoldi xolatini aniqlashda 1-gruh belgilarining boshqa guruhlardan bir yoki bir nechtasi birga kelishi muhim. Bronxlar obstruktsiyasi sindromi klinikada trigger omillar ta'sirida hurujsimon yo'tal va hansirash bilan kechadi. Trigger (qo'zgatuvchi) omillarga turli xidlar, sovuq havodan

nafas olish, jismoniy zuriqish va boshqalar kirishi mumkin. Bu ikkala simptom ko'pincha uzicha o'tib ketadi.

Obstruktiv sindrom patogenezida bronxospastik komponentning ustunligi yotishini bronxolitiklar (salbutamol, berotek, astmopent) bilan ingalyatsiyali sinamalarning ijobiy natijalari ko'rsatadi. Bunda bronxlar o'tkazuvchanligi dastlabki ko'rsatkichlari 20% ga ortishi mumkin.

Ob'ektiv tekshiruv natijasida astmaoldi xolatida kasallikning asosiy belgilari ko'zga tashlanadi: O'pka ning pastki qismlarida qutisimon tovush, vezikulyar nafasning susayganligi, quruq g'ijillovchi va xushtaksimon xirillashlar. Shuning bilan birga qonda va balg'amda eozinofillar miqdori ortadi.

So'nggi yillarda dunyo olimlari astmaoldi holatini ajratmay, balki unga BA deb yondasha boshladilar. Chunki BAni yoshlarda tiklanuvchi obstruktsiya yoki BAning «yo'tal li» varianti sifatida kechishi mumkinligi qayd etilmoqda.

Bunday yondoshish munozaraviy bo'lsada barvaqt davolashni tashkil qilishda va bronxlarning tiklanmas (aytmas) obstruktsiyasini oldini olishga yordam beradi.

#### 9. BAning o'ziga xos klinik simptomlari bormi?

BAning asosiy klinik belgisi: nafas qisishi huruji va uning ekvivalent belgilari (xurujsimon tungi yo'tal , to'sh ortida qisilish hissi).

Nafas qisishi xurujining rivojlanish 3 davrdan iborat:

1-davr — xuruj darakchilari davri: bu turli bemorlarda turlicha bo'lishi mumkin: tomog'da qichishish va yo'tal , teri, ko'z, quloqning kichishi, ko'p siyish va boshqalar. Shu davrda xurujni qaytarish osonroq bo'ladi .

2-davr — ekspirator nafas qisilish xurujining avj olishi. Bemor bunda ko'krak da qisilish his etadi, nafasni tuliq chiqara olmaydi. Nafas chiqarilishi masofada eshitaladigan — distantsiyali xushtaksimon xirillashlar bilan kechadi. Bemor o'tirgan holda qullariga tiralib, majburiy xolatda bo'ladi . Yuzlari kerikib, diffuz ko'karish-tsianoz kuzatiladi. Nafas olganda burun kataklari puflanadi. Nafasda hamma yordamchi mushaklar ishtirok etadi, umrov usti chuqurchasi, qovurg'alar oraligi nafas olinganda ichga tortiladi. Buyin venalari bo'rtadi. Vaqti-vaqti bilan kam balg'amli quruq , yo'tal kuzatiladi. Balg'am yopishqoq, quyuuq , ba'zida esa ko'pikli bo'ladi . Perkussiyada O'pka ustida timpanik tovush eshilib, O'pka ning quyi chegaralari pastga siljiydi; auskultatsiyada — ko'p miqdorda quruq xushtaksimon, g'ijillovchi xirillashlar nafas chiqarish fazasida nisbatan ancha kuchlirok eshitaladi, nafas chiqarilishi olishga nisbatan ancha cho'zilgan bo'ladi . Yurak chegaralarini O'pka ning juda kengayganligi tufayli aniqlab bo'lmaydi. Yurak tonlari bug'ik bulib, O'pka arteriyasida II ton aktsentli bo'ladi . Puls tezlashadi, tarangligi susaygan bo'ladi . Xuruj uzoq davom etganda yurakning o'ng qorinchasi yetishmasligi alomatlari: jigarning kattalashuvi, oyoqlarda shish kuzatiladi. Balgamda tipik o'zgarishlar — eozinofillar, kam xollarda Sharko-Leyden kristallari va Kurshman spirallari topilishi mumkin.

Xurujlar og'ir bo'lib, uzoqqa cho'zilsa, EKGda o'zgarishlar bo'lishi mumkin (yurak elektr o'qining unga siljishi, S tishining I da chuqur, Rtishining III, avF da baland bo'lishi mumkin. Shuningdek S-T segmentining III, avF da inversiyasi kuzatiladi; R tishi II, Sh standart uzatmalarda baland, o'tkir uchli VI da manfiy bo'lishi, hamda ba'zida 2 fazali R tishi VI, V2 da, S-T

segmentining inversiyasi o'ng ko'krak uzatmalarida bo'ladi ; Gis tutami o'ng oyoqchasi blokadasini uchrashi mumkin. Rentgenologik tekshiruv O'pka to'qima si yorug'lanishini ortganligini, diafragmaning sust harakatini qayd etadi.

3-davr — xurujning pasayishi. Bemorda balg'amli yo'tal bo'lib, ko'p miqdorda balg'am chiqqanidan so'ng, bemorning ahvoli yengillashadi. Huruj regressiyasi turli bemorlarda turlicha bo'lishi mumkin — ba'zilar tez o'tsa, boshqalarda xurujning o'tishi qiyin bo'lib, bemorni holdan toydiradi.

Keyingi vaqtlarda BAning klassik ko'rinishidagi xurujlari kamayib bormoqda. Ba'zi xollarda BA bronxlardagi yallig'lanish bilan kechadigan surunkali bronxit fonida shakllanadi. Bundan tashqari so'nggi yillar mobaynida BAning kam simptomli klinik kechishi va uning qaytmas obstruksiyalarga sabab bo'lish xollari ko'paygani qayd etilmoqda.

#### 10. BAning patogenetik variantlarining o'ziga xos xususiyatlari qanday?

Atopik variant. Ko'p roq yoshlarda uchraydi. Tipik belgisi bo'lib, astma xurujlarining allergiya faktorlari (chang, usimlik changlari, ovqat, dorilar va x.,k.) bilan bog'liqligi xisoblanadi. Allergening eliminatsiyasi yaqqol ijobiy samara beradi. Xuruj tezkor rivojlab, aniq klinikaga ega. Xuruj yo'tal va yopishqoq balg'am kuchishi bilan tugallanadi.

Kasallikning qo'zishi, odatda infektsiya o'chog'ida qo'zish bilan boshlanadi. Kasallik chuzilib ketadi, xurujlarni yengish qiyin bo'ladi . Asoratlar juda erta boshlanadi; astmatik xolat yuzaga keladi; bronxit alomatlari bilan birga kechadi. Qon da ko'p rok yallig'lanish belgilari bo'ladi , balg'amda ko'p miqdorda leykotsitlar bo'ladi .

Autoimmun variant — og'ir va uzluksiz retsivli kechadi. Kasallik yoshlikdan boshlanadi. Bunda autolimfotsitlar bilan teri sinamasi musbat bo'ladi , qon zardobida fosfataza aniqlanadi.

Disgormonal variantning o'ziga xos belgisi glyukortikoid terapiyaga bog'liq bo'lishidir. Gormonal dorilar miqdorining kamaytirilishi bemor ahvolining og'irlashuviga sabab bo'ladi . Bemorlarda tuxumdon faoliyatining buzilishi kuzatilib, bu ayniqsa ayollarda klimaks davrida zo'rayadi.

Nerv-ruxiy varianti diagnostikasi bemor shaxsi ruxiy xususiyatlariga bog'liq bo'ladi , bunda aksariyat xolda ruxiy travma, qon flikt xolatlar, dientsefal zona buzilishlari, seksual sferada buzilishlar aloxida urin tutadi.

Disadrenergik variant — bunda BAli bemorlarda H-2 retseptorlar blokadasini va H -1 retseptorlari sezuvchanligi keskin ortganligi qayd etiladi. Bronxlarning simpatomimetik bronx kengaytiruvchi dozalangan ingalyatorlarga ta'sirchanligi kamayadi, adrenalina, efedringa teskari — paradoksal reaksiya kuzatiladi. Bu variant tug'ma biologik defektlar bo'lganda, yoki H -2 retseptorlar blokadasini simpatomimetiklarni xaddan ziyod ko'p qo'llanilishi tufayli ham bo'lishi mumkin. Shuningdek bu holatga viruslar agressiyasi, gipoksimiya; atsidoz ham sabab bo'lishi mumkin. Qonda glyukoza miqdorining paradoksal kamayishi adrealin yuborilishidan keyin yuzaga kelishi bu variantni tasdiqlaydi.

Xolinergik variant — adashgan nerv — n. vagus ning haddan ziyod yuqori faolligi tufayli yuzaga keladi. Bemorlarning asosiy shikoyati — tungi xurujlarga bo'ladi va u juda ko'p miqdorda

so'lak ajralishi, burundan shiliq oqishi bilan harakterlanadi. Bemorlarda qizil dermografizm kuzatiladi.

Jismoniy zuriqish astmasi va aspirin astmasi — bu variantlar asosida bronxlar reaktivligining birlamchi o'zgarishi yotadi. Klinikada bu variant jismoniy zo'riqish, sovuq havodan, kuchli hidlar, tamaki tutuni tufayli sodir bo'ladi. Ekspirator hansirashli xuruqlar atsetil kislotasi va shu rypyh ta'siriga yaqin dorilar (metindol, analgin, baralgin va boshkalar) ga nisbatan kuzatilib, u retsivlanuvchi polipoz rinosinusopatiya bilan kechadi. BAning bu varianti nisbatan ko'p roq uchraydi.

Jismoniy zuriqish astmasi jismoniy harakatdan sung 10- 15 minut (ba'zan 1 soat) dan keyin boshlanib, spontan o'tib ketishi mumkin, yoki h -adrenostimulyatorlar yaxshi yordam beradi.

Aspirin astmasi yoki astmatik uchlik (triada) ga aspirin yoki boshqa nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar guruxiga nisbatan xuruqlar bo'lishi va polipoz rinosinusit kiradi. Astmatik uchlik BAli bemorlarning 8% da uchraydi.

BAning kliniko-patogenetik variantlarini nazarda tutish davolashni samaradorligini oshiribgina qolmasdan, BAning ikkilamchi profilaktikasida ham muhim o'rin tutadi.

#### 11. BAning tasnifi qanday?

Evropa respirator jamiyati BAni O'pka ning surunkali obstruktiv kasalligiga kiritadi, bunda surunkali obstruktiv bronxit, O'pka emfizemasi ham shu guruhga kiritiladi, ya'ni BAning asosiy klinik simptomlari bronxlar obstruksiyasi — torayishi tufayli ekanligiga urg'u beriladi.

Bizda uzoq davr A.D. Ado va P.K. Bulatov (1969) tasnifi qo'llanilib keldi; bu tasnifga asosan BAning infeksiyon-allergik, atopik va aralash klinik turlari farqlanadi. Keyingi davrda G.B. Fedoseev (1982) tulating BA tasnifi qo'llanildi, bunda BAning klinik va patogenetik turlari farqlanadi.

Endilikda BAning tasnifi mustaqili nozologiya sifatida — ya'ni surunkali allergik kasallik deb, uni ogirlik darajalariga qarab, tasnif qilish amaliy va strategik jixatdan muxim deb qaralayapti.

BA bo'yicha global initsiativ guruhi BA og'irlik darajalarini quydagi kursatkichlarga asosan aniklashni tavsiya etadi:

1. haftada tungi simptomlar miqdori.
2. Haftada kunduzgi simptomlar miqdori.
3. Qisqa ta'sirli H -2 agonistlar qo'llashga ehtiyoj.
4. Jismoniy faollik va uyquning buzilish darajasi.
5. Nafas chikarishning maksimal ko'rsatkichlari, uning lozim bo'lgan va optimal ko'rsatkichlarga nisbatan foizli nisbati.
6. Nafas chikarishning maksimal ko'rsatkichlarining o'zgarishlari.

Bu tasnif quyidagicha tahlil etiladi:

Yengil persistirlanuvchi astma. Bu forma bemorda kasallik xurujlari simptomining haftada 1 marta yoki undan ko'p roq, ammo kuniga 1 martadan oshmasligi bilan harakterlanadi, bu esa bemor uyqusi va jismoniy faolligiga ta'sir etadi. Tungi astma simptomlari oyiga 2 martadan ko'p bo'ladi . Bemorlarda maksimal nafas chiqarilishi hajmi (MNChX) yoki 1 sekundli kuchli nafas chiqarish hajmi (KNChX1) lozim bo'lgan kattaliklarning 80% ga teng, sutka davomida uning o'zgarishi 20-30% atrofida bo'ladi .

o'rta og'irlikdagi persistirlanuvchi astma uzoq vaqt mobaynida kunda kasallik simptomlarining kuzatilishi bilan kechadi; tungi astma simptomlari haftada 1 martadan ziyodroq bo'ladi , bemor har kuni H -2 agonistlarini ishlatishga ehtiyoj sezadi. Ularda MNChX va KNChX1 kursatkichlari lozim kursatkichlarining 60-80% ni tashkil etadi. Ularnin sutkalik uzgarishi 30% dan ortiq bo'ladi .

Og'ir persistirlanuvchi astma — bemorda kasallik

simptomlari uzluksiz uzoq vaqt mobaynida kuzatiladi, tez-tez tungi xurujlar bo'ladi , jismoniy faollik chegaralanadi, dorilar qabul qilinishiga qaramasdan, og'ir bo'g'ilish - astmatik xurujlar davom etadi. MNChX va KNChX1 davolashga qadar normativ ko'rsatkichlarning 60% ni tashkil etadi, uning o'zgarishi sutka davomida 30% dan yuqori bo'ladi .

Klinikada BAning o'ta og'ir variantini ajratish maqsadga muvofiqdir. Bunda barcha kasallik mezonlari keskin ifodalangan bulib, ularning steroid terapiyaga sezuvchanligi pasayadi. qayta-qayta astmatik statuslar kuzatiladi, ular intensiv yoki reanimatsiya yordamiga muxtoj bo'ladilar.

Shuningdek BA asoratlari kuzatiladi: O'pka yuragi (o'tkir, o'tkir osti, surunkali), O'pka emfizemasi, pnevmoskleroz, O'pka atelektazi, interstitsial, mediastenal emfizema, spontan pnevmotoraks, nevrologik va endokrin asoratlari.

Kasallik kechishida qo'zish va remissiya davrlari tafovut etiladi.

Ushbu tasnifning muammoli tomoni shundan iboratki, BAning og'irlik darajalarining muhimligi doimiy bo'lmay, ba'zan prognozlash mayin xolatlar yuzaga kelishi, salbiy oqibatlarini yuzaga kelishi mumkinligidir. Shuning uchun BAni tasniflashda kengroq yondoshish maqsadga har tarafdan muvofikroqdir deb uylaymiz.

12. BA diagnostikasi, differentsial diagnostikasi.

BA diagnostikasi kasallik simptomlari tahlili va yaxshilab yig'ilgan anamnez asosida qo'yiladi. BAg quyidagi simptomlar xos: epizodik hansirash, xushtaksimon xirillashlar, tunda va erta tongda kuchayuvchi ko'krak kafasida qisilish va yo'tal . Bemor simptomlarning takrorlanib turishini va ularning allergenlar, jismoniy zuriqish, uchoqli infeksiyaning quzishi, virus infeksiyasi, irritantlar ko'zg'ashini qayd etadi. Anamnezida mavsumiy xurujlar, allergik reaksiyalarga moyillik, irsiy moyillik qayd etiladi.

BA diagnostikasida tashki nafas faoliyatini (TNF) tekshirish obstruktiv sindrom diagnostikasi uchun muhimdir. TNF tekshirish bronxlar utkazuvchanligini ayniqsa, bu kursatkichlarning o'zgarishi bronxlarning giperreaktivligi haqida ma'lumot beradi. Bu maqsadda 2 usul e'tiborga moyillikdir: 1 sekunddagi kuch bilan nafas chiqarish hajmi (KNChX1), maksimal

nafas chiqarishning hajmi (MNChX) ni aniqlash. KNChX1 — spirometrdagi, MNChXni piklflumetrdagi o'rganadi. Bronxodilyatatsion test bronxial giperreaktivlikni aniqlashda yordam beradi.

Respirator traktdagi yallig'anishni balg'amda eozinofillar va metaxromatik hujayralarni va qondagi o'zgarishlar orqali aniqlanadi.

BA quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy tashhis qilinadi:

1) Surunkali obstruktiv bronxit bilan — bunda hansirash va nafasning qiyinlashuvi xurujsimon emas, balki doimo bo'ladi, va u yo'tal va jismoniy harakatdan keyin zurayadi. Balg'amning ko'chishi bemorga yengillik tug'dirmaydi; bronxial obstruktsiyasi remissiya davrida ham qaytmas bo'ladi; eozinofiliya holati bo'lmaydi; allergenlar bilan teri sinamalari manfiy bo'ladi.

2) Yurak astmasi differentsiatsiya qilish mushkul vazifa, chunki BALi keksa kasallarda ko'pchilik xollarda yurak xastaligi bo'ladi. Yurak astmasida hansirash aralash tipda-ekspirator va inspirator turda bo'ladi, bunda nafas qaynayotgan suv tovushini eslatuvchi xirillash bilan va ko'pkli pushti rang balg'amli bo'ladi. O'pkada usti satxida har ikki tarafdin jarangsiz nam xirillashlar eshitiladi. Yurak chap korinchasi etishmasligi shu xolatga sabab bo'lgan yurak xastaligining qator boshqa simptomlari bilan kechadi.

3) Isterik astma – ko'pincha yosh ayollarda uchraydi va stressli xolatlardan so'ng hansirash xuruji bo'lishi mumkin. Lekin bunda nafas chastotasi 40-50 martagacha bulib, yuzaki bo'ladi — u "kuchuk hansirash" ni eslatadi. Auskultatsiyada O'pkada uzgarish bo'lmaydi.

### 13. BAni davolash printsiplari.

Hozirgi davrda BAni davolashdagi yangi yondoshishlardan biri — bu uning negizli — yoki bazis terapiyasining ishlab chiqilishidir. Negizli davoning BAda asosan yallig'lanishga ta'sir etishi asos qilinib olingan.

Shunday qilib, BAning negizli davosi asosini yallig'lanishga qarshi terapiya tashkil etib, unga quyidagilar kiradi:

- xromglikat natriy (intal, natriy-kromolin);
- nedokromil natriy (tayled);
- ingalyatsion va sistemali kortikosteroidlar;
- spetsifik (maxsus) immunoterapiya.

BAning yengil va o'rtacha og'ir bosqichlarida davolash yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar — intal (xromglikat natriy) yoki tayled (nedokromil natriy) bilan, ogir kechishda esa ingalyatsion kortikosteroidlar bilan olib boriladi.

Intal va tayled preparatlari allergik reaksiyalarining dastlabki bosqichlaridayoq ingibitsiya qilishi va surunkali yallig'lanishning keyingi bosqichlariga ham, demakki, bronxial giperreaktivligini kamaytirish olish xususiyatiga ega.

Intal plyus (xromglikat natriyQsalbutamol) – kombinirlangan dorivor preparat bulib, salbutamol - selektiv h-2 simpatolitik — bronxlarni kengaytiruvchi ta'sirga, intal esa bronxospazmni oldini oladi, semiz xujayralardan gistamin ajralishini to'xtatadi. Intal-plyus BA xurujlarini to'xtatish uchun yordam bermasada, sistematik davo uchun qo'llanilishi maqsadga muvofiqdir.

Tayled — allergiya mediatorlari ajralishini tormozlaydi, u ko'p roq astmani davolashda spetsifik xususiyatga ega. 2 oy mobaynida kuniga 2 ingalyatsiyadan 2 mahal olinishi remissiyaga olib keladi.

Kortikosteroidlar BAni davolashdagi eng effektiv dorilardir. Ular parenteral, peroral yoki aerezol shaklida qo'llaniladi.

Ingalyatsion kortikosteroidlar effektiv va havfsiz hisoblanadi. Kortikosteroidlarni sistemali qo'llash asosan boshqa usullar, jumladan ingalyatsion kortikosteroidlar, samarasiz bo'lganda qo'llaniladi.

Ingalyatsion kortikosteroidlarga Beklatiazon dipropionat (beklamed, bronxokort, bekotid), Beklokort, Ingokort (flunizolid) — prolangirlangan ta'sirga ega, Azmakort (triamtsinolon atsetonid) lar kiradi. Aytish lozimki, Azmakort salbiy ta'sirga ega bumaganligi bilan ajralib turadi.

Mahsus giposensibilizatsiya — immunoterapiya allergik mahsus shifoxonalarda olib boriladi. Uni faqat BA va infeksiya o'choqlari simptomlari remissiyasi davrida olib boriladi.

Bronxodilatatorlar — bu guruh preparatlari bevosita BA xurujini yengish uchun qo'llaniladi, ammo ular ko'p roq simptomatik mohiyatga ega bo'lganligi uchun monoterapiya shaklida ishlatilishi maqsadga muvofiqemas. Bronx kengaytiruvchi dorilar xuruj davrida darhol yengillik tug'diradi, aksariyat xolda vaqtincha samaraga ega. Shuning uchun ularni faqat lozim bo'lgandagina ishlatish kerak. Bu preparatlar 3 rypyxga bo'linadi: 1) adrenergik retseptorlar stimulyatorlari - simpatomimetiklar; 2) antixolinergik moddalar — xolinolitiklar; 3) metilksantinlar — miolitiklar.

1. Simpatomimetiklar — adrenergik retseptorlarga monand bo'lishi tufayli o'z navbatida 3 guruxga bo'linadi: a) a- va b-adrenoretseptorlarni qo'zg'atuvchilar; b) b-1 va b-2 retseptorlarni qo'zgatuvchilar; v) selektiv b-2 adrenostimulyatorlar. b-2 adrenostimulyatorlarning salbiy ta'siri kam bo'lgani tufayli, BAda ko'p roq ishlatiladi.

Ingalyatsion simpatomimetiklar — xuruj oldidan ishlatilsa, uni oldini oladi, lekin kasallikning umumiy kechishga ta'sir eta olmaydi. Ular b-2 retseptorlarni stimullab, bronxlarni kuchli kengayishiga olib keladi.

Preparatlar: qisqa ta'sirli b-2 agonistlar - salbutamol

(ventolin); fenaterol (berotek); terbutalin (brikanil);

chuziq ta'sirli (prolongirlangan), b-2 agonistlar - salmeterol (serevent, salmeter); fermoterol (farodil).

2. Antixolinergik dorilar - parasimpatolitik yoki xolinolitiklar - muskarin retseptorlarni qamal qiladi va adashgan nerv n.vagus ni ta'sirlanishini kamaytirish hisobiga bronxlarni

kengayishiga olib keladi. Ingalyatsiyali turi simpatomimetiklarni bemorlarga qo'llash qiyin bo'lganda ishlatiladi.

Preparatlar: atrovent - dozatorli aerosol, berodual, troventol.

3. Metilksantinlar — miolitiklar (teofillin preparatari) — bronxlar devoriga spazmolitik ta'sir ko'rsatuvchi, inotrop ta'sirli, nafas mushaklarini toliqishini kamaytiradi. Ko'pincha cho'ziq ta'sirli preparatlar qo'llaniladi.

Preparatlar: teofillin, eufillin, aminofillin retard, teospireks, teodur, teopek, eufillin retard.

Boshqa dorivor moddalar

Zaditin (ketotfen) — allergiya mediatorlarining sintezi va ekskretsiyasini tormozlaydi, nafas yo'llarida allergik yallig'lanish va giperreaktivlikni rivojlanishiga to'sqinlik qiladi.

Allergiyaga qarshi immunoglobulin, gistoglobulin. BAni qo'zishini kamaytiradi, kasallikning kechishini engillashtiradi, klinik remissiyaga olib kelishi ham kuzatiladi.

Imnostimulyatorlar — interkurrent o'tkir respirator kasalliklarni oldini oladi, o'choqli infeksiyaning qo'zishini kamaytiradi.

Antibiotiklar — yiringli balg'am va leykotsitlarning soni balg'am va qonda ko'payganda va ya'ni bakterial infeksiya bo'lganda harorat kutarilganda qo'llaniladi.

Kasallikning remissiya davrida naturoterapiya (dorilarsiz davolash) qo'llanilishi maqsadga muvofiq. Naturoterapiyaga eliminatsiyalovchi davo; mashqlar bilan davolash; fitoterapiya va kombinatsiyali davolar kiradi.

Eliminatsiyalovchi davoga: engillashtirilgan parhezli davo (ochlik bilan davolash), gemosorbtsiya, plazmaferez, sitaferez, postural drenaj kiradi.

Mashqlar bilan davolashga - nafas gimnastikalarining barcha turlari, gipo- va giperbaroterapiya, ko'p untura, Su-jok terapiya, spetsifik giposensibilizatsiya, psixoterapiya kiradi.

Fitoterapiyani o'simlik changlariga allergiyasi bor bemorlarga ayniqsa sababchi allergenni aniqlash qiyin bo'lgan hollarda o'tqazish mumkin emas.

BAni og'ir xurujida tez yordam kursatishda qisqa va tez ta'sir etuvchi bronxolitiklar qo'llaniladi. Bularga qisqa ta'sirli b-2 agonistlar - adrenergik preparatlar, b-2 stimulyatorlar, simpatomimetiklar kiradi va ular bronxlarning silliq mushaklarini bo'shashtiradi, mukotsiliar klirensni kuchaytirib, tomirlar o'tqazuvchanligini tezlikda kamaytiradi (albuterol, fenoterol, salbutamol, terbutalin). Boshqa shoshilinch yordam usullariga ingalyatsion antixolinergik dorilar (iprotropium bromid, oksitropium bromid) kiradi. Ular vagus ta'sirini kamaytiradi; ularning ta'siri b-2 agonistlariga nisbatan biroz kechroq boshlanadi. Shuningdek qisqa ta'sirli teofillin (eufillin, teofillin, aminofillin), astmatik status, asfiksiya sindromida ishlatiladi. Astma xurujlarini davolashda adrenalinni nazorat ostida ishlatilishi muhimdir.

Kortikosteroidlarni astmatik statusning dastlabki bosqichida qo'llaniladi, va bunda dastavval tomir ichiga shprintsda 1G`4-1G`5 dozasini, keyin qolganini tomchilab yuboriladi.

BAni bosqichma- bosqich davolash nima?

BAni bosqichma- bosqich yoki «zinapoyasimon» davolash kasallikning og'irlik darajasi ortib borishiga qarab dorilarning miqdorini va qabul qilish sonini orttirib borishni nazarda tutadi. Bu usulning asosiy maqsadi - kam miqdorda dorilarni qo'llab yaxshi natijaga erishishdir. Bunda vrach davolash usulini tanlay bila olishi, ya'ni kasallikning boshidayok maksimal dozada dorilar, jumladan, kortikosteroidli dorilarni qisqa kurs sifatida qo'llab, keyin stabilizatsiya xolatidan keyin pasaytirishi, yoki kasallikning boshlangich davridan og'irlik darajasiga qarab, dorilarning minimal miqdoridan boshlab qo'llashini hal qilishi zarur. har ikki xolda xam maksad astmani nazoratlay, ya'ni boshqara olishdir, va bu maqsadga 3 oy davomida erishishga muvaffaq bo'linganda terapiyani kamaytirishni yaxshilab tahlil qilish va «zinopoyadan» bir pog'ona — bir qadam pastga tushish mumkin; bordiyu aksi bo'lsa, unda bir pog'ona yuqori kutariladi; eng muhimi har bir konkret bemor va konkret xolat uchun davolash usuli tanlanadi.

BAni butunlay tuzatish hozircha mumkin emas. Ammo to'g'ri davolash natijasida kasallikning simptomlari va xurujining oldini olsa bo'ladi. BAni profilaktikasida shuningdek atrof muxitdagi allergenlar va boshka trigger-qo'zg'atuvchi ta'sirotlarni yo'qotish, ulardan chetlanish

## Amaliy mashg'ulot № 4

### Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

<b>Mavzu</b>	<b><i>O'tkir revmatik isitma. Etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.</i></b>
--------------	---

#### 4.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu buyicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bolalarda o'tkir revmatik isitmakasalligini tushuncha.</li> <li>2. Bolalarda o'tkir revmatik isitmakasalligini kechish xususiyatlari</li> <li>3. O'tkir revmatik isitma kasalligining diagnostik mezonlari;</li> <li>4. O'tkir revmatik isitma laborator – instrumental- grafik tekshiruvlari.</li> <li>5. Qon aylanish etishmovchilik darajalarini aniqlash.</li> <li>6. Qon aylanish etishmovchilik klinikasi.</li> <li>7. Boskichli davolash rejasi va oldini olish ( birlamchi, ikkilamchi va joriy) tadbirlari.</li> </ol>
<p><b><i>O'quv mashg'ulotining maksadi:</i></b> Talabalarga bolalarda o'tkir revmatik isitmakasalligini kechish xususiyatlari, diagnostik mezonlari, laborator – instrumental- grafik tekshiruvlari tugrisida tushuncha berish. Qon aylanish etishmovchilik darajalarini aniqlash. Klinikasi. Boskichli davolash rejasi va oldini olish ( birlamchi, ikkilamchi va joriy) tadbirlari tugrisida tushuncha berish. Tekshirish usullari. Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bulish.</p>	
<b><i>Pedagogik vazifalar</i></b>	<b><i>O'quv faoliyati natijalari</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Talabalarga bolalarda o'tkir revmatik isitmakasalligini tushuncha berish.</li> <li>- Bolalarda o'tkir revmatik isitmakasalligini etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, tasnifi, davosi va profilaktikasini o'rgatish.</li> <li>- Qon aylanish etishmovchiligi darajasini aniqlay olishni o'rgatish</li> <li>- Turli yoshdagi bolalarda yurak – qon tomir tizimining uzgarishlarini baxolay olishni o'rgatish.</li> <li>- Bolalarda o'tkir revmatik isitmakasalligining tekshirish usullarini o'rgatish.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Talabalar bolalarda o'tkir revmatik isitmakasalligini tushuncha ega bo'lish kerak.</li> <li>- Bolalarda o'tkir revmatik isitmakasalligini etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, tasnifi, davosi va profilaktikasini o'rganib bemorga tashxis qo'ya olishi kerak.</li> <li>- Qon aylanish etishmovchiligi darajasini aniqlay olishni kerak</li> <li>- Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bo'lish kerak.</li> <li>- Turli yoshdagi bolalarda yurak – qon tomir tizimining o'zgarishlarini baxolay olishni o'rganish.</li> <li>- Bolalarda o'tkir revmatik isitmakasalligining tekshirish usullarini o'rganishi va taxlil qilishi kerak.</li> </ul>
Ta'lim berish usullari	Munozara, suxbat, tezkor surov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruhlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyatsion xonajoxlari» va h.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baxolash	Og'zaki nazorat: savol – javob, mustakil ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

#### 4.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi</li> <li>2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi</li> <li>3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</li> <li>4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</li> <li>5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi.</li> <li>6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi</li> </ol>	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</li> <li>2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</li> <li>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</li> </ol>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi.</li> <li>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</li> <li>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi.</li> <li>4. Guruxlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi.</li> <li>5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi.</li> <li>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi.</li> <li>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</li> <li>8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi.</li> <li>9. Kasallik tarixini tekshiradi</li> </ol>	<p>Tinglaydilar, asosiy jixatlarini yozib oladilar</p> <p>Kichik guruxlarga bo'linadilar.</p> <p>Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar</p> <p>Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar.</p> <p>Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar.</p> <p>Savollarga javob beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar.</p> <p>Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</li> <li>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</li> <li>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar</li> </ol>	<p>Savollar beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib</p>

	faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish; o'zlashtirish ishi «Reaktiv artritlar - 5 s, Dermatomiozitlar » – 5 s Referat, Krossvord, Internet ma'lumotlaridan tayyorlashni topshiradi	oladilar
--	---	----------

### **O'tkir revmatik isitma.**

**O'tkir revmatik isitma (Revmatizm)** (Sokolskiy-Buyo kasalligi, o'tkir revmatik lixoradka) surunkali infeksiyon-allergik kasallik bo'lib, ko'pincha bolalik chog'ida boshlanadi va asosan yurak qon -tomir sistemasini jaroxatlaydi. Erta yoshdagi bolalarda revmatizm kamdan-kam uchrab, ko'proq maktab yoshidagi, ayniqsa 7-15 yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Maktab o'kuvchilari orasida revmatizm bilan kasallanish 1- 3 % xollarda uchraydi.

Etiologiyasi. Kasallikning rivojlanishida streptokokklar muxim rol o'ynaydi. Revmatizm odatda angina, o'tkir respirator virusli kasalliklardan keyin boshlanadi. Revmatizm bilan og'rigan kasallarda surunkali tonzillit, tishlar kariesi aniqlanadi. Revmatizmning birlamchi ko'rinishlari xam, kaytalannb turishi xam, ko'pchilik tadqiqotchilarning fikriga qaraganda A guruxga mansub V-gemolitik streptokokkga bog'liqdir.

#### **Sharoit tugdiruvchi faktorlar:**

- Immunologik reaktivlikning xususiyatlari;
- Organizm umumiy reaktivligining xususiyatlari;
- Genetik moyillik.

#### **Patogenez.**

Patogenezi asosida quyidagi rivojlanish mexanizmlari yotib ular qushilgan xolda toksiko-immunologik kontseptsiyani tashkil qiladi:

1. toksik mexanizm
2. kesishgan reaksiyalar mexanizmi
3. immunokompleks mexanizmi
4. autoimmun mexanizm.

Xalqaro Sog'liqni Saklash Tashkiloti ekspertlari revmatizm patogenezining zamonaviy ko'rinishini toksiko-immunologik nazariya asosida tuzganlar.

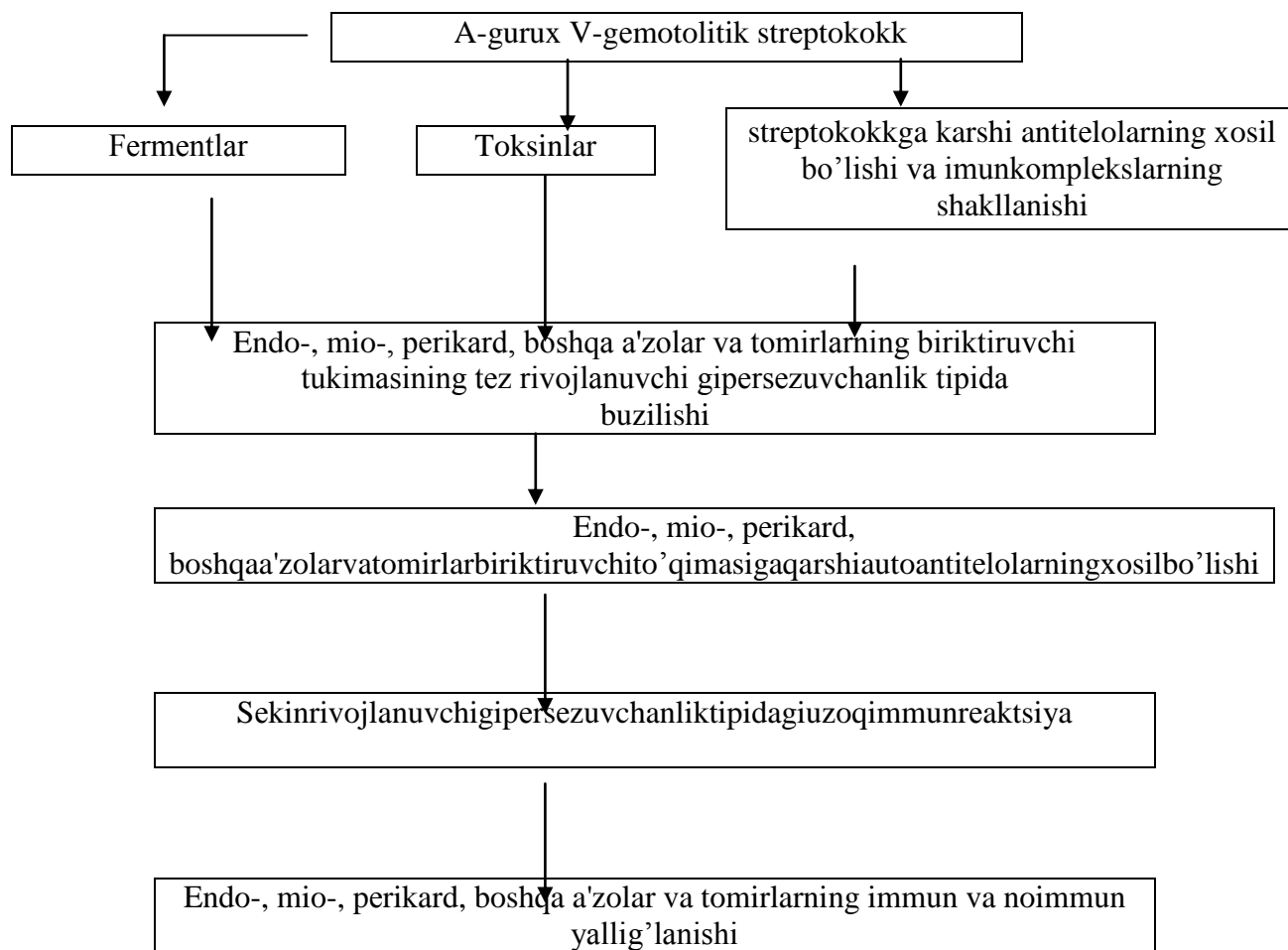
Yurak zararlanish patogenezi 2 ta asosiy omil bilan aniqlanadi:

-kardiotoksik xususiyatga ega streptokokkning toksik fermentlarn ta'siri (streptolizin 0, 5, fibrinolnaza) va -streptokokkning ba'zi shtammlarida yurak to'qimasi substantsiyalari bilan umumiy antigenlari ko'pligi asosiy rolni o'ynaydi.

Antigen tarkibining o'zaro ya'inligi organizmda streptokokkning uzoq vaqt aylanib yurishiga imkoniyag yaratadi, natijada «qisman immunologik tolerantlik» yuzaga keladi. Streptokokk antigenining kardiotrop ta'sirining kuchliligi aitelolarning nafaqat streptokokk antigeniga, balki yurakka ta'sir etishiga olib keladi.

Streptokokk antigeniga qarshi antitelo reaksiyasi fakatgina yurak to'qimasida avvaldan o'zgarish bo'lgan xolatlarda yuz beradi (streptokokkning toksinlari bu rolni bajaradi). Yurakning revmatik zararlanish patogenezida autoimmun reaksiyalar muxim rol o'ynaydi, biroq, kasallikning ba'zi formalarida ularning axamiyati bor (uzluksiz retsidivlovchi formasi).

### **REVMATIZM PATOGENEZINING SXEMASI**



Revmatizm uchun biriktiruvchi to'qima, asosan yurak va tomirlar biriktiruvchi to'qimasining sistemali ravishda zararlanib borishi xarakterlidir. Bu kasallikning paydo bo'lishida makroorganizmning xolati xam katta ahamiyatga ega.

Teriga toshma toshishi, artritlar bo'lishi, tomirlar o'tkazuvchanligining kuchayishi xam revmatizmni allergik kasallik deb ta'riflaydi. Kasallik qo'zgatuvchisi biriktiruvchi to'qimaga ta'sir qilib, asosiy moddani va kollageni parchalaydi.

Biriktiruvchi to'qima tuzilishining buzilishi va ferment sistemalari (gialuronidaza — gialuronat kislota) ning izdan chikishi natijasida tomirlar devorining o'tkazuvchanligi kuchayadi.

Shu munosabat bilan qon zardobida mukoproteidlar, geksozaminlar miqdori ko'payib, defnialamin ko'rsatkichi ko'tariladi, gialuronidaza faolligi kuchayadi, disproteinemiya paydo bo'ladi. Organizmda allergiya bilan bir vaqtda autoimmun o'zgarishlar yuzaga keladi.

Biriktiruvchi tukimaning destruktiv o'zgarishlari o'ziga xos patomorfologik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Biriktiruvchi to'qimada morfologik o'zgarishlar yuzaga kelishida 4 ta faza tafvut etiladi (A. I. Струков фикрига мувофик);

- Mukoid bo'kish;
- fibrinoid o'zgarish (aynish, fibrinoid);
- granulematoz;
- skleroz va gialinoz.

Bolalarda bu fazalarning birinchi ikkitasida nospetsifik ekssudativ komponent, keyingilarida esa

endokard, perikard, tomir devorlari, biriktiruvchi to'qimalarda joylashgan Ashof-Talalaev spetsifik granulyomalari topiladi.

### Revmatizm klassifikatsiyasi.

Xozirgi vaqtda foydalaniladigan revmatizm klassifikatsiyasida (A.I.Nesterov, 1964) kasallikning fazasi asos qilib olinadi. Ikki fazasi tafovut qilinadi: faol va faolsiz; ayni vaqtda jarayon faolligining uchta darajasi ajratiladi. Bu klassifikatsiyada shikastlar, yurakdagi va yurakdan tashqaridagi o'zgarishlarning klinik-anatomik xarakteristikasi, kasallikning o'tish xarakteri va qon aylanishining funktsional ta'rifi berilgan (jadval).

Revmatizm klassifikatsiyasi (A.I.Nesterov, 1964)

Kasallik fazasi	Zararlanishning kliniko-anatomik xarakteristikasi		Kechishi	qon aylanish dagi etishmovchilik
	Yurakda	Boshqa tizimlar va a'zolarida		
Faol (I, II, III darajali faollik)	a) Birlamchi revmokardit b) kaytalanuvchi revmokardit (клапанлар нуқсонисиз, клапанлар нуқсоні билан - кaysilari) v) yurakdagi yaqqol uzagirishsiz revmatizm	Poliartrit, serozit, (plevrit, peritonit, abdominal sindrom, xoreya, entsefalit, meningoenfalelit, tserebral vaskulit, nefritlar, gepatit, pnevmoniya, teri zaralanishlari, irit, iridotsiklit, tireoidit.	O'tkir kechishi, o'tkir osti, sust, uzluksiz kaytalanuvchi, yashrin.	E0-kon aylanishidagi etishmovchilik yuk. E1-qon aylanishining I darajali. E2-qon aylanishining II darajali yetishmovchilik. E3-qon aylanishining III darajali yetishmovchilik.
Faolmas fazasi	a) yurak nuksoni (kaysilari); b) revmatik mio-kardioskleroz	Yurakdan tashqaridagi zararlanishlar okibati va koldik uzgarishlar		

### Klinik manzarasi.

Revmatizm kasalligining klinik ko'rishniishlari turli-tuman va polimorf bo'lishi mumkin.

Revmatizmning birinchi atakasi uchun o'tkir yoki o'tkir osti kechishi xos. Aksariyat bolalarning anamnezida 2-3 hafta oldin yukori nafas yullari kasallanishi topiladi. Atakaning urtacha davomiyligi 6-12 hafta, maksimal vaqti – 6 oy. Kasallikning boshlanishi o'tkir, yarim o'gkir va lateit bo'lishi mumkin. Kasallik o'tkir boshlanganida tana xarorati ko'tarilib, umumiy lanjlik, bo'shshish paydo bo'ladi, katta yoshdagi bolalarda yurak soxasida, ba'zilarida esa bo'gim soxasida og'riq buladi.

O'tkir revmatik poliartrit 85-90% revmatizm bemorlarida uchraydi. Bunda kuyidagi belgilar kuzatiladi: 1) yaqqol og'riq sindromi va bugim funktsiyasining buzilishi; 2) og'riqlarning «uchuvchan» xarakteri; 3) asosan o'rta va katta tomirlarning ketma-ket zararlanishi; 4) yallig'lanishga qarshi terapiya fonida ijobiy dinamika. Bitta aloxida bo'g'im 1 xaftadan kamyallig'lanib turadi, butun bugimlar simptomatikasi esa 4 hafta davomida saqlanib turadi.

Revmatik poliartritlar so'nggi yillarda bolalarda kamroq kuzatilmoqda, bo'g'imlarning og'rib turishi (artralgiya) ko'proq qayd qilinadi.

O'tkir revmatik kardit. Revmatizmning asosiy ko'rinishlaridan biri yurak-tomirlar sistemasining shikastlanishiga oid belgilardir. Bolalardagi revmatizmning xarakterli xususiyati shundaki, jarayon yurak va tomirlarining ikki, ko'pincha esa uchta kavatining xammasiga bir yo'la o'tib ketadi.

1)miokardit(80-85%) –taxikardiya, yurak dilatatsiyasi, yurak o'tkazuvchanligi va ritmining buzilishi, yurak etishmovchiligi belgilari bilan kechadi.

2)endokardit(50%)- quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi:

a) mitral klapan zararlanishi (puflovchi sistolik shovqinning kelib chiqishi)

b) aortal klapan zararlanishi(«akkilovchi») diastolik shovqinning kelib chiqishi)

3)perikardit (ko'pincha fibrinoz)- kam xollarda aniqlanadi.

Bolaning axvoli ancha yomonlashib, hansirash, sianoz. yurak soxasidagi og'riqlar kuchayadi, bola majburan o'tirib olishga yoki yonboshlab o'tirishga xarakat qiladi. Tekshirib ko'rilganida yurak uchining zarbi bilinmaydi, yurak tonlari ancha bo'g'iq eshitiladigan bo'ladi, fibrnoz perikarditda perikardning shikalanish shovqini eshitilib turadi. Rentgenologik va elektrokardiografik tekshirish yo'li bilan tashxis tasdiklanadi.

Yurakning qattiq shikastlanishi ko'pincha kasallik tez-tez takrorlangan vaqtlarda kuzatiladi. Bolaning ozib ketishi, jismonan zaif, kamqon bo'lib qolishi ham kuzatiladi.

Revmatizm bolalarda yurak nuqsonlari paydo bo'lishiga olib boradigan asosiy sabablarnng biridir. Jarayon ko'pincha chap bo'lma-korincha klapanini (ikki tavakali klapani) zararlaydi va buning natijasida shu klapaning etishmovchiligi kelib chiqadi, yurak uchida sistolik shovqin paydo bo'ladi, o'pka arteriyasida II ton aktsenti epitiladi.

Revmatik xoreya (Sidenxem xoreyasi)- bolalardagi revmatizm ko'rinishining bir formasi bulib, nerv sistemasi zararlanishi tufayli paydo bo'ladi (revmatik entsefalit). Bosh miya bazal yadrolarining zararlanishi va xoreik giperkinezlar, mushaklar gipotoniyasi, reflekslarning uzgarishi, emotsional buzilishlar bilan xarakterlanadi. Kichik xoreya maktab yoshidagi bolalarda uchraydi, qizlarda o'g'il bolalarga nisbatan 2—3 baravar ko'proq kuzatiladi.

Kasallik asta-sekin avj olib boradi. Bemorda besaranjomlik paydo bo'lib, u tinch o'tira olmaydi, xarakatlari kelishmagan.

Bolaning xulk - atvori o'zgaradi, u yig'loqi, serzarda, tajang bo'lib koladi, ko'pincha xati xam o'zgaradi. So'ngra ayrim muskullar guruxi va tana qismlarining ixtiyordan tashqari galati xarakatlari paydo bo'ladi, tashki taassurotlar tufayli ular kuchayadi. Bola ovkatini o'zi eya olmaydi, doim qo'l-oyoklarini xar yonga tashlab, tartibsiz xarakatlar qiladi, yura olmaydi, o'tira olmaydi. Gapirganida quldiraydigan bo'lib qoladi. Uykusida xarakatlari susayadi.Xoreya bilan kasallanganlarning taxminan 50 foizida yurak zararlanadi. Kasallik 2 oydan to 3 oygacha davom etadi, ko'pincha qaytalanadigan bo'lib, uzoq vaqt davom etadi.

Anulyar eritema.Bolalarda revmatizm ko'pincha teriga xar xil toshmalar toshib turishi bilan birga davom etib boradi.Annulyar eritema yoki eshakemga o'xshab ketadigan toshma spetsifik deb xisoblanadi. Kukrak qafasi va korinning yon qismlari, yelka va sonning ichki qismlari, bo'yin va orka tomonlarda pushti-qizg'ish xalkasimon toshmalar kuzatiladi.

Ayrim xollarda revmatizm og'ir o'tgan mahalda bo'g'imlar soxasida qattiq tizilmalar kattaligi tariq donidan to no'xatgacha keladigan revmatik granulemalar (revmatik tugunchalar) aniqlanadi.

Revmatizmning qayta atakasi birinchi atakadan 10-12 oy utgandan keyin kelib chiqadi.Qayta atakadan keyin yurakning surunkali revmatik kasalliklari kelib chiqish xavfini oshiradi.Xar bir yangi atakadan keyin ekstrakardial belgilar kamayib, yurak zararlanishi belgilari kuchayib boradi – yurakning revmatik nuksonlari shallanadi.Agarda nuksonlar birinchi atakadan keyin 14-18% bolalarda kuzatilsa, keyingi atakalardan keyin 100% bolalarda uchraydi.Quyidagi nuksonlar kelib chiqadi:

- mitral klapan etishmovchiligi
- mitral klapan stenozi

- aortal klapan etishmovchiligi
- aorta teshigi stenozisi.

### Revmatizmning kechish variantlari:

*O'tkir kechishi:*

*Yarim o'tkir kechishi:*

- 1) Klinik simptomlarning sekinlik bilan rivojlanishi
- 2) Polisindromlik kamroq uchraydi
- 3) Yallig'lanish jarayonining urtacha faolligi
- 4) Kasallik faol fazasining uzoq 3-6 oy kechishi
- 5) Antirevmatik terapiya effekti pastrok
- 6) Yurak poroklari kuprok shakllanadi

*Latent kechishi:*

- 1) Revmatik anamnez yo'q
- 2) Yallig'lanish jarayonining past faolligi
- 3) Orttirilgan nuqson darrov aniqlanadi

Tashxisi.

Revmatizm tashxisi anamnez ma'lumotlariga asoslanadi (bemor oldin streptokokk etiologiyali kasalliklar, angina va boshqalarni boshidan kechirganligi). Bemorlarla yurak chegaralarining o'zgarganligi, bo'gimlar zararlanganligi, xoreya, revmatik granulemlar va xal'asimon toshma borligi aniqlanganda revmatizm tashxisi ancha anik bo'lib koladi. Kasallikning umumiy kurinishlari: tana haroratinnpg ko'tarilnb turishi, bemorning tez charchab qolishi, terisining oqarib turishi xam xisobga olinadi.

### Bolalarda revmatizmning faollik mezonlari (A.I.Nesterov 1964 y)

Kursatgichlar	Aktivlik darajasi		
	I	II	III
Leykotsitlar 109G`l	8 dan kam	8-10	10 dan ortik
EChT mmG`s	20 dan kam	20-30	30 ortik
SRP shartli birl	0 yoki+	+ yoki++	+++ yoki++++
ДФА синамаси, бирл	0,250 past	0.250-0.300	0.300 dan ortik
SK birl	0.180-0.200	0.200-0.250	0.250 dan ortik
Seromukoid birl	0.3 dan kam	0.3-0.6	0.6 dan ortik
ASL-O titro`, Todda birl	Norma yoki 330 dan kam	330 – 660	660 dan ortik

Izox: SRP – S reaktiv protein

DFA - difenilamin

SK – sial kislotasi

Revmatik jarayonning faolligi klinik simptomlarning kanchalik ifodalangani, ularning dinamikasiga qarab anikdanadi. Shu maqsadlar uchun laboratoriyada tekshirish usullari: qon umumiy analizi (neytrofilez, SOE kuchaygan buladi), biokimeviy kursatkichlarni—sial kislotalar miqdori, difenilamin reaksiyasi, qonning oqsil fraktsiyalari, S-reaktiv oqsilni aniqlash usullaridan ham foydalaniladi. Immunologik kursatkichlar: antistreptolizin-0, antistreptogialuronidaza va antistreptokinaza titrlarining ham axamiyati bor. Revmatizm faol fazasi faolmas faza bilan almashinadi.

Revmatizmning nofaol fazasi bolalarda xar xil tarzda namoyon bo'ladi. Ba'zi bolalarda u belgilersiz utadi. Lekin goxida ularda tana harorati subfebril darajagacha kutarilib, charchoqliq va

yurak soxsida ogriq bilan namoyon buladi. SOE ko'pincha tezlashmaydi. o'rtacha gipoxrom anemiya borligi ma'lum bo'ladi. Amaliyotda Kisel-Djons tomonidan tuzilgan va A.I.Nesterov tomonidan to'ldirilgan asosiy va qo'shimcha diagnostik kriteriyalar qo'llaniladi.

**Asosiyarlari:**

kardit, poliartrit, xoreya, xalkasimon eritema, revmatik teri osti tugunchalari.

**Qo'shimchalari:**

A. Klinik: yurakning revmatik zararlanishi yoki bo'lib o'tgan revmatik ataka, antirevmatik terapiya effektivligi, artralgiya, isitma, qorinda og'riq, tez charchash, burundan qon ketish va boshqalar.

B. Laborator: o'tkir fazali reaksiyalar (SOE, S-reaktiv oqsil oshishi, leykotsitoz, sial kislotalar miqdorini oshishi) kapilyarlar o'tkazuvchanligini oshishi, EKG da RQ intervalini uzayishi.

Revmatizm tashxisi 2 ta asosiy yoki 1 ta asosiy va 2 ta qo'shimcha mezon bo'lganda aniq ko'yiladi. Oxirgi yillarda Xalqaro Sog'liqni Saqlash Tashkiloti (XSST) revmatizm tashxisini ko'yishda streptokokk infeksiyasi bo'lishi shart deb xisoblaydi. Laborator ko'rsatkichlar yordamchi axamiyatga ega. Klinikada laborator ko'rsatkichlar patologik jarayon faolligini aniklashda va terapiya effektivligini kuzatishda qo'llaniladi.

**Djonsning kayta kurilgan mezonlari (4-kayta kurik 1992 y)**

Katta mezonlari	Kichik mezonlari	Streptokokkli infeksiya belgilari
1. Kardit 2. Poliartrit 3. Xoreya 4. Anulyar eritema 5. Teri osti tugunchalari	1. Artralgiyalar 2. Lixoradka 3. Anamnezida revmatik ataka yoki yurakning revmatik nuksoni 4. SOE oshishi, sial kislotalari, S – reaktiv oksilning oshishi, leykotsitoz 5. P-Q intervalining uzayishi 6. Boshka belgalar: burundan qon ketish, korinda ogriq, revmatik pnevmoniya va x.k.	1. Yaqinda utkazilgan streptokokkli infeksiya 2. Tomok surtmasida A gurux streptokokklarining topilishi 3. ASL-O titrining oshishi yoki b.k. antistreptokokk antitelolarining oshishi

**Tashxis etaloni:**

*Revmatizm I, faol fazasi (III darajadagi faollikda), birlamchi revmokardit miokardning zararlanishi bilan, poliartrit, o'tkirkechishi, E2A..*

**Differentsialdiagnostika**

Yukoridagi tashxis mezonlaridan kurinib turibdiki revmatizmning klassik formalari deyarli anik tashxislanadi. Shunga karamasdan ravmatizm 26 xil kasalliklarga uxshab ketadi.

No	Belgilari	Funksional kardiopatiya	Norevmatik kardit	Revmakardit
	1	2	3	4

1	Infektsion kasalliklar bilan bogliqligi	Yuk	Virusli kasalliklar, ORVI, kam xollarda angina	Angina, skarlatina yoki surunkali tonzillitning avj olishi
2	Kasallikning boshlanishi	Sekinlik bilan	Infektsion kasalliklar fonida yoki birinchi 3-5 kun davomida	Streptokokkli infeksiyadan 2-4 haftadan keyin
3	Umumiy shikoyatlar	Umumiy (kasallik simptomlarining sub'ektiv motivirovkasi)	Yuk yoki aloxida belgilar	Yuk
4	Vegetativ-tomir distoniyasi sindromi (terimramorsimon, gipergidroz, nam va sovuk oyokullar)	Yaqqol rivojlangan	Yuk yoki kuchsiz namoyon bulgan	
5	Yurak sohasida ogriq	Ko'p uchraydi. Psixo-emotsional zurikish bilan bogliq	Ko'p uchraydi. Yakkol.	Yuk yoki kuchsiz.
6	Yurak urishining kuchayishi	Xayajon bilan bogliq, sub'ektiv	Jismoniy zurikishdan keyin, yurak ritmining tezlashuvi bilan	
7	Yurakning tuxtab yana ishlashi	Ko'p uchraydi	Ko'p uchraydi	Kam uchraydi
8	Xansirash	Nafas tezlashmagan, xavo etishmasligining sub'ektiv xis etish	Jismoniy zuriqishdan keyin (chin)	
9	Puls	Labil, normal tuliklikda	Tezlashgan, kam xollarda sekinlashgan, kam	Tezlashgan, kichik to'liqlikda

			to'liqlikda, ba'zan aritmik	
10	Arterial bosim	Noturgun, gipertenziyaga moyillik	Normal yoki gipotenziyaga moyillik	Kuprok gipotenziya yoki normal
11	Yurak chegaralari	Normal, kam xollarda kichraygan (tomchili yurak)	Normal, kam xolda kengaygan	Ko'p xollarda kengaygan
12	Yurak tonlari: I ton chuqqi ustida II ton o'pka arteriyasi ustida III ton	O'zgurmagan yoki ozroq pasaygan  Bo'lingan, kuchaygan. Past amplitudali(норма)	Bo'g'iqlashgan, pasaygan, ba'zan ikkilangan O'zgarmagan Yukori amplitudali	Bugiklashgan, pasaygan, strukturasi uzgargan (bulingan) Yuqori amplitudali
13	Sistolik shovqin: Lokalizatsiyasi  Tembr Utkazuvchanligi Davomiyligi Shakli I ton bilan bog'liqligi Sistolik indeks	Ikkinchi-turtinchi kovurga oraligi Turli intensivlikda Perikardial soxasi Sistolaning 1g`3 yoki 1g`2 Rombsimon Yo`q 0.25 va past	Chukki, turtinchi kovurga oraligi  Yumshok, bo'g'iqrok Lokal  Sistolaning 1g`3 – 2g`3 Noanik  Ko'p xolda yo`q 0.25 va past	Xushtaksimon, turli intensivlikda Qo'ltiq osti soxasi Sistolaning 2g`3 – 3g`4 Kichrayib boruvchi Doimiy emas  Kupincha 0.4-0.5
14	Diastolik shovkin	Yo`k	Kam xollarda kiska, mezodiastolik	Proto-, mezodiastolik
15	EKG	Yo`k yoki noanik, avtomatizm, o'tkazuvchanlik	Xar xil, diffuz, oshib boruvchi, kiyin kushilgan	Kam namoyon buladi, kup xolda o'tkazuvchanltk, qisqarishlar sonining uzgarashi

		kuzgaluvchanlik funksiyalarining buzilishi		
16	Rentgenologik belgilar	Norma yoki tomchisimon, mitral konfiguratsiyali	Chap qorinchaning kengayishi, kam xollarda ikki tomonlama, pulsatsiyalar kuchsiz, amplitudasi pasaygan	Chap qorincha kengayishi, pulsatsiya amplitudasining pasayishi
17	Ekstrakardial belgilar	-	Kupincha allergik toshma	Poliartrit, kichik xoreya, anulyar eritema, revmatik tugunchalar
18	Qon taxlili	O'zgarmagan	Normal yoki leykopeniya, eozinofiliya, limfotsitoz, monotsitoz, SOE oshishi (20-22 mmg`soatgacha)	Leykotsitoz neytrofilyoz bilan, SOE oshishi (faollik darajasiga qarab)
19	«O'tkir fazali» kursatkichlar (SRB, glikoproteidlar, seromukoid va x.k.)	O'zgarmagan	Aloxida kursatkichlar ozrok oshgan	Jarayon faolligiga qarab oshgan
20	Streptokokkga karshi antitelolar (ASL-O, ASG, ASK)	O'zgarmagan	Bazan ozroq oshgan	1.5-4 marta oshgan
21	Kechish xarakteri	Oshmaydi	Ko'p xollarda – bir necha hafta yoki oydan keyin orkaga rivojlanishi	Yuraknuksonlarining kelib chiqishi yoki sekinlik bilan orqaga qaytishi

**Revmatizm va yuvenil revmatoid artriting differentsial-diagnostik belgilari.**

<i>Belgilari</i>	<i>Revmatizm</i>	<i>YuRA</i>
Bugimlar zararlanishi	O'rta va katta bo'g'imlar	Oyoq, qo'lpanjalarining kichik bo'g'imlari, umurtqapogonasi

Bugimda og'riq sindromi	Noturgun	Turgun
Ogriklar xarakteri	Doimiy emas, kuchib yuruvchi	Doimiy
Ertalabki xarakatlarning chegaralanganligi	Yo'k	Yaqqol
Bugimlar deformatsiyasi	Yo'k	Yaqqol
Mushaklar atrofiyasi	Yo'k	Bor
Yurakdagi o'zgarishlar	Bor	Yo'q

### Davosi.

#### Yunalishlari:

1. Umumiy tadbirlar
2. Streptokokkli infeksiyani yukotish
3. Yurak,  
bugim, boshqa organ va sistemalarda ekssudativ yallig'lanish komponentini yo'qotish
4. Simptomatik terapiya

Revmatizm qaytalanib turuvchi, surunkali kasallik bo'lgani uchun bemor bolalarni uzoq muddat davomida, kasallikning xamma fazalariga ta'sir qiladigan vositalar bilan davolab borish kerak bo'ladi. Kasallarni boskichli tarzda uzluksiz kuzatuv olib borilishni ta'minlash davo nuqtai nazaridan juda muximdir.

Revmatizm xastaligiga chalingan bemorlar faqat statsionar sharoitda davolanadilar.

Rejim. Revmatizm atakasi davrida bola kasallikning eng boshidan boshlab o'rnidan turmay yotishga muxtoj bo'ladi. Keyinchalik (2—4 haftadan keyin) unga xojat va yuvinish uchun o'rnidan turishga ruxsat beriladi (3-4 hafta), shundan keyingina kasalni palata rejimi bilan umumiy rejimga o'tkaziladi (I —2 hafta). Urnidan turmay yotish muddati tana xaroratiga, yurak-tomirlar sistemasidagi o'zgarishlar va bolaning axvoliga bogliq bo'ladi. Laboratoriya tekshirishlarining natijalari xisobga olinadi.

Kasallikning aktivlik darajasi tez pasayganda va yurakning bilinar-bilinmas zararlanishida yoto? rejimi 1 oygacha davom etadi. Yurak tomonidan jiddiy o'zgarishlar bo'lganda va klapan apparati zararlanishida qon aylanish etilmovchiliginin II va III darajasida yotok, rejimi 6 hafta bazam undan xam ko'pga cho'ziladi. Rejim asta-sekin funksional sinamalar nazorati ostida kengaytiriladi. 2-3-haftadan so'ng bemorlarga davolash jismoniy tarbiyasi buyuriladi.

Parhez. Gipoallergen dieta tayinlanadi:

- Bushashtiruvchi kunlar
- E2B va E3 da stol №7
- E2 da stol №5
- E1 va E0 da stol №10

Kasal bolani o'z vaqtida ovqatlantirib turish muxim. Ovqatni bekamu kust va vitaminlari etarli miqdorda bo'ladigan qilib berish davoning yaxshi naf berishi uchun shartdir. Kasallikning o'tkir davrida iste'mol qilinadigan tuzni 5—6 g gacha kamaytirish va suyuqlikni 1 l atrofida cheklab quyish kerak. Tarkibida kaliy tuzlari bo'ladigan maxsulotlar (tvorog, kartoshka, olma, karam, kora olxo'ri va boshqalar). vitaminlarga boy meva va sabzavotlar foydalidir. Bolaning xavodan baxramand bulishiga qarab borish, axvoli yaxshilanib borgan sayin uning ochiq xavoda bo'lishini tashkil etish zarur. Yurak etishmovchiligi xodisalari bulsa, o'rinda yotgan bola gavdasiniig yuqori qismini ko'tarib qo'yish lozim. Davolashda shifobaxsh fizkultura kompleksidan albatta foyladanilay; bunda kasallikning fazazi va dinamikasi xisobga olinadi.

Gormonal terapiya buyurilganda ratsion tarkibida ko'p miqdorda kaliy bo'lgan maxsulotlari istemol

(kartoshka, karam, mevalar, grechka, tvorog) kiritiladi.

### **Etiotrop terapiya.**

Medikamentoz terapiya infeksiyon agentni va allergik reaksiyani bartaraf etish maqsadida ko'llaniladi.

Statsionarga bemor yotqizilgan vaqtda penitsillin sutkasiga 600000 - 2 mln TBg`sutka(100000TBg`kg) muskul orasiga 2 hafta davomida buyuriladi. 30 kg dan kam bo'lgan bolalarga 600000TB, 30 kg dan ortik bulganda 1200000TB tayinlanadi. Davo kursi tugallangach bitsillin-5 yoki bitsillin-1 xar 3 haftada maktab yoshigacha bo'lgan bolalarga (birinchisi 750000 TB, ikkinchisi 600000 TB) maktab yoshidagilarga esa 2 marta ko'p buyuriladi.

Penitsillin katoridagi preparatlarni kutara olmaslik xollarida eritromitsin tavsiya kilinadi. 25kg dan kam ogirlikdagi bolalarga 40mgg`kg sutkada(1g dan kup emas) 2-4 marta, 25kg dan yukori bulganda 250mg dan sutkasida 4 marta.

### **Nosteroid yalliglanishga karshi dori vositalari.**

- 1) Atsetilsalitsilat kislotasi 60-100 mgG`kg sutkasiga buyuriladi. (2g sutkadan kup emas), 4 marta ovkatdan keyin sut bilan ichish. Tulik dozasi 3-4 haftaga buyuriladi, keyin dozasi yarmiga kamaytirilib, yana 6 hafta davom ettiriladi.
- 2) Indometatsin (metindol) yalliglanishga karshi kuchli ta'sir ko'rsatadi; uni 35—45 kun davomida bolalarga sutkasiga 50—75 mg dan berib turish buyuriladi.
- 3) Nosteroid preparat— diklofenak-natriy (voltaren) sezilarli xolida, 50 mg dan shamchalar ko'rnishiida chikariladi. Katta eshdagi odamlar va o'smirlarga diklofenak-natriy zarur bo'lsa parenteral yul bilan darajada yalliglanishga qarshi av og'riq qoldiruvchi ta'sir ko'rsatadi. Unday bolalarga 6 yasharlik vaqtidan boshlab kuniga 2—3 mgG`kg xisobidan buyuriladi. Bu preparat 25 yoki 50 mg dan, diklofenak-natriy forte tabletkalari yuboriladi (kuniga 75 mg miqdoridagi 1 ampulasi muskullar orasiga in'ektsiya kilinadi). Bu preparatni uzoq, ishlatganda qon manzarasini nazorat qilib borish tavsiya etiladi.
- 4) Ibuprofen (brufen) og'riqni qoldiradi va yalliglanishga karshi ta'sir kursatadi. Bugimlar kasallanishida bu preparat ayniqsa o'rinnidir. Sutkalik dozasi 600 mg ni tashkil etadi. Ta'siri jixatdan brufening atsetilsalitsilat kislotadan orkada turishi aniqlangan, lekin u nojuya reaksiyalarga sabab bo'lmaydi.

### **Yalliglanishga karshi steroid preparatlar.**

Yurakning zararlanishida va kasallikning aktiv kechishida (kardiomegaliya, klapan nuqsonlari) allergik reaksiyaga tasir qilish uchun glyukokortikoidlar ko'llaniladi. Prednizolon va atsetilsalitsilat kislotasini birgalikda ko'llash yaxshi samara beradi. Prednizolon dozasi kasallikning aktivlik darajasiga bog'liq, o'rgacha aktivlikda 0,5 mgg`kg, yuqori aktivlikda 1-2 mgg`kg sutkasiga beriladi. Gormonal terapiya musbat samara berganda (klinik va laborator aktivlik pasayishi) prednizolon dozasi xar 10 kunda 5 mg ga kamaytiriladi. Boshka glyukokortikoid preparatlarning (deksametazon, trkamtsinolon va boshkdlar) prednizolondan afzallik tomonlari yo'q.

Glyukokartikoidlarning ta'sir mexanizmi xujayra membranasiining stabilizatsiyasi, kollagen depolimerizatsiyasini tormozlash, fibroblastlar aktivligini pasaytirish, antigen-antitelo reaksiyasini tormozlashdan iborat.

Gormonlar (prednizolon) desensibillovchi va yalliglanishga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Gormonal preparatlarning dozasi va ishlatib borish muddati jarayonning faolligi va kasallikning o'tish xarakteriga qarab belgilanadi (4 haftadan 6 haftagacha). Gormonal preparatlar uzoq ishlatilganida nojuya ta'sirlar bo'lishi mumkinligini hisobga olish kerak. Gormonlar berish to'xtatilganidan keyin bu xodisalar yukolib ketadi.

Yurakning bilinar-bilinmas zararlanishida va kasallikning o'rtacha aktivligida gormonal terapiya buyurilmaydi. Bunda yalliglanishga qarshi dori vositalarining dozasi ko'paytiriladi. Yalliglanishga qarshi dori vositalari, shuningdek gormonal vositalar kasallikning sust kechishida past aktivligida

yaxshi samara bermaydi. Bu xolda uzoq, vaqt xinolin qatori dori vositalari (rezoxin, delagil, plakvinil) sutkasiga 5-10 mgG`kg mikdorda buyuriladi.

Asosiy terapiya bilan birga vitaminlar (askorbin kislotasi, V gramma vitaminlari) beriladi. Gormonal preparatlarning yuqori dozasi buyurilganda kaliy preparatlari, qon aylanish etishmovchiligida esa yurak vositalari ko`llaniladi.

Yuqoridagi muolaja vaktida dorilarning ta'siri kam kuzatiladi. Yara paydo bo`lishi va me`da-ichak traktidan qon ketish eng xavfli asorat xisoblanadi. Bemorlarning ortiqcha vazni gormonal vositalarning dozasi kamaytirilgandan so`ng yo`qoladi.

Statsionarlarda bemor 1.5-2 oyga yaqin yotib davolanadi. Sungra 2-3 oyga maxalliy sanatoriyaga davolanish uchun yuboriladi.

Dori-darmonlar bilan davolash revmatizm bilan og`rigan bemor organizmini desensibilizatsiya qilishga (allergiya xolatini bartaraf etishga) karatilgandir.

Xoreya bilan og`rigan bolalar albatta kasalxonada davolanishlari kerak. Revmatizmga qarshi to`la davolash kursi buyuriladi. Avaylaydigan rejim yaratishga, butunlay tinchlikni ta'minlashga aloxida ahamiyat beriladi. Bola xadeb harakatga tushib bezovtalanaverganida uni aloxida palataga yotqizish yoki shirma to`sib, boshqa bolalardan ajratib qo`yish kerak. Bolani o`ringa yotqizib ko`yish, unga fenobarbital yoki aminazin (0,01—0,02 g dan kuniga 2 maxal), bromidlar buyurish yaxshi natija beradi. Albatga V gramma vitaminlari – tiamin (2.5% li eritmasi muskullar orasiga) va piridoksin buyuriladi (5% li eritmasini muskullar orasiga 15-20 marta kuniga beriladi). Bola axvoli yaxshilanib qolganidan keyin prozerin, dibazol urinlidir.

Xurujlardan tashqari davrlarda davolash organizmining yanada mustaxkamlashga karatilgan bo`ladi. Bolaning tegishli kun tartibi shunga yordam beradi. U etarlicha vaqtini ochiq xavoda o`tkazishi, mashgulotlarni davolash bilan albatta navbatlashtirib borishi kerak. Maktabda bola maktab vrachining aloxida xisobida turadi, bu vrach unga aloxida o`quv rejimini tayinlaydi, mexnat yuklamasi, fizkultura bilan shug`ullanishini kuzatib boradi. Bolaning axvoliga qarab, unga qo`shimcha bo`sh kun ajratish mumkin.

Bu davrda ogiz bushligi va burun-xalkumni doim sanatsiya qilib turish kerak.

Bolalarda revmatizm oqibati albatta jiddiy. Lekin reja asosida profilaktik choralar-tadbirlari amalga oshirilayotgani va davolash usullari takomillashib borayotgani munosabati bilan kasallikning oqibati so`nggi yillarda ancha yaxshilandi. Klapan nuqsonlari bolalarda kamroq uchramoqda.

### **Profilaktikasi.**

Birlamchi, ikkilamchi va joriy profilaktik tadbirlar utkaziladi.

Revmatizmning birlamchi profilaktikasi reja asosida utkazib boriladi. Moddiy-maishiy sharoitlarni yaxshilash, maktablarda tegishli rejimni, to`g`ri ovqatlanishni tashkil etish katta ahamiyatga ega. Profilaktik choralar-tadbirlarni amalga oshirib borishda bolalar poliklinikasi asosiy rol o`ynaydi. Bolalar poliklinikasining vrachi revmatizmni barvaqt aniklab olishi zarur, xavf grurrasiga kiradigan bolalarni aniklab, kasallanib qolgan bolalarni kasalxonaga yuborishni va keyin ularni bosqichma-bosqich davolab borishni tashkil etishi kerak. Organizmni chiniktirish, sport va gimnastika bilan muntazam shug`ullanib borish revmatizm profilaktikasi uchun muximdir. Og`iz bo`shligi va burun-xalkumidagi streptokokk infeksiyasining oldini olish, surunkali tonzillitlarga davolash qilib borish zarur. Bolalar orasida revmatizmning oldini olish yuzasidan amalga oshiriladigan ana shu choralar-tadbirlar revmatizmning birlamchi profilaktikasini tashkil etadi.

Ikkilamchi profilaktikasi esa revmatik jarayonining kaytalanishi va zurayib borishining oldini olishdir. Bemorlar bolalar poliklinikasining dispanser xisobiga olinadi.

Revmatologiya kabinetlarining vrachlari revmatizm atakasini boshdan kechirgan xamma bolalarda dori-darmonlar bilan muntazam davolashda profilaktika ishini olib borishadi. Revmatizm profilaktikasi uchun so`ngi yillarda yil bo`yi bitsillin - 5 yuborib turish usuli ko`llaniladi: maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalarga 2 haftada I marta 750 000 TB miqdorida. 7 yashardan katta bolalarga - 4 haftada 1 marta 1200000 - 1500000 TB dan bitsillin infeksiya qilib turishi buyuriladi.

Baxor va kuzda 1G`2 oy davomida sutkasiga bolaning xar bir yoshiga 0,15 g xisobidan, ko`pi bilan 1.5 g miqdorida atsetilsalitsilat kislotasi berib turish buyuriladi. Bitsillin-5 nn 2—3 yil davomida uzluksiz yuborib turish tavsiya egiladi.

Bundan tashqari, bolalar poliklinikalarining revmatologiya kabinetlari uchastka pediatrlari bilan birgalikda bolalardagi revmatizmga qarshi kurash yuzasidan keng sanitariya maorifi ishlarini olib boradilar. Revmatizm profilaktikasiga doir muntazam ravishda amalga oshirilayotgan chora-tadbirlar sistemasi, boskichma-bosqich davolash printsiplari, kasallar ustidan dispanser kuzatuvini o`rnatilishi oxirgi yillarda bolalarning revmatizm bilan kasallanishini ancha kamaytirishga imkon berdi.

Joriy profilaktik tadbirlarga revmatizm bilan og`rigan bemorlardagi interkurrent kasalliklarni davolash va qon kursatkichlarini normallashtirish kiradi. Bunda albatta penitsillin katori yoki boshqa antibiotiklar tayinlanadi. Xamma stomatologik manipulyatsiyalar profilaktik muolajalarni talab qiladi.

### **Dispanser kuzatuvini.**

Revmatizm xastaligiga chalingan bemorlar statsionar va sanator davodan sung poliklinikaning pediatr va kardiorevmatolog kuzatuvini ostida bo`ladilar. Barcha bemorlarga dispanser kuzatuvini nazorat kartasi to`ldiriladi (forma N30). Klapan nuqsonlarisiz birlamchi revmatizmni o`tkazgan yoki yurakdagi yaqqol uzgarishlarsiz xoreyasi mavjud, o`tkir va o`tkir osti kechishi bo`lgan, surunkali infeksiya o`choklari bartaraf etilgan barcha bemorlar 3 yil davomida xar yili profilaktik ravishda bitsilinoterapiya olishlari zarur.

Klapan nuqsonlari bilan birlamchi revmokatit, sust cho`ziluvchan xoreya va uzluksiz qaytalanuvchi kechishi bo`lgan, shuningdek yurak nuqsoni bilan yoki yurak nuksonisiz qaytalanuvchan revmokatiti bo`lgan barcha bemorlar shu bilan birga surunkali infeksiya o`chog`i bo`lgan xollarda profilaktika 5 yil mobaynida o`tkaziladi.

Revmatizm bilan kasallangan bemorlarga surunkali tonzillit ko`zg`alishi, faringit, sinusit, ORVI kasalliklariga chalingan davrida profilaktik davodan tashqari joriy profilaktik davo tavsiya etiladi. Bunda 10 kun davomida antibiotikoterapiya va yallig`lanishga karshi dori vositalari birgalikda buyuriladi.

Penitsillin preparatlariga nisbatan individual sezuvchanlik bo`lsa bu bitsilinoterapiyaga absolyut qarshi ko`rsatma xisoblanadi. Bunday bemorlarga boshqa antibiotik buyuriladi. Kasallik profilaktikasida surunkali infeksiya o`choqlarini bartaraf etish muxim ahamiyat kasb etadi.

Bundan tashqari sanatoriyada davolanish, iklimiyl omillar, chiniqtirish vitaminlarga boy oziq maxsulotlarini iste'mol qilish kasallikni oldini olishda muxim rol o`ynaydi

### **Revmatizm bo`lgan bolalarni dispanser kuzatuvini va reabilitatsiyasi.**

Muttaxasislar ko`rigi	Atakadan keyin: 1 oyda 1marta- 3 oy, 3 oyda 1 marta -9 oy, keyin 6 oyda 1 marta- pediatr, kardiorevmatolog. Xoreya va MNS buzilishida –nevrolatolog. Stomatolog va LOR –yilda 2 marta. Xinolin bilan davolanganda okulist – 3-6 oyda 1 marta. B.k. mattaxasislar ko`rsatmalar bo`yicha.
Kurik paytida kuyidagilarga e'tibor karatiladi:	Angina, ORVI uchrashi, tez charchash, xarorat, xansirash, shishinkirash, jigar kattalashuvi, yurak urishi, bugimlardagi ogrik, puls, Ag`B, yurak chegaralari, tonlar, ritm buzilishi, yurak shovkinlari, bola kayfiyati, mushaklar tonusi, giperkinezlar, burundan qon ketishlar, abdominal sindrom.
Qo`shimcha tekshiruvlar	1. Umumiy qon taxlili birinchi yilda 3 oyda 1 marta

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Keyinchalik yilda 2 marta: 1)qon umumiy taxlili, 2)qonda SRB, sial kislotalar, formol va timol sinamalar, ASL-O, ASG titri, 3)siydik umumiy taxlili, 4)EKG, FKG</li> <li>3. xar bir ko'rikda Shalkov buyicha funktsional sinamalar</li> <li>4. tavsiyalarga kura: yurak rentgenogrammasi 3 proektsiyada, EXOKG va boshqa instrumental va laborator tekshirishlar</li> <li>5. interkurrent kasalliklardan keyin qon va siydik taxlilini nazorat kilish</li> </ol>
Sog'lomlashtirishning asosiy yo'nalishlari	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surunkali infektsiya uchoqlari sanatsiyasi</li> <li>2. Interkurrent kasalliklarni nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar va askorbin kislota bilan 10 kun davolash</li> <li>3. yil bo'yi bitsillinoprofilaktika – 5 yil.</li> <li>4. metabolik jarayonlarni yaxshilaydigan vositalar yilda 1-2 marta.</li> <li>5. yurak glikozidlari – tavsiyaga kura E2-3 10</li> <li>6. sedativ prepa</li> <li>7. ratlar, trankvilizatorlar – kursatmaga kura xoreya bilan bemorlarga.</li> <li>8. sutkaga 3-4 soat toza xavoda bulish va boshqa chiniqtiruvchi muolajalar.</li> <li>9. sanator-kurort davolash.</li> </ol>
Kuzatuv davomiyligi	5 yildan kam emas, xuruj davrida va nukson kelib chikkanda kattalar terapevtiga utguncha
Jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish	Atakadan keyin : 1-yil LFK, jismoniy tarbiyadan maxsus gurux, 2-yil noaktiv fazada tayyorlov guruxi, 3-yil asosiy gurux musobakalardan ozod etish bilan, 4-yil asosiy gurux, 5-yil sport to'garaklari.
Profilaktik emlashlar	1-yil mumkin emas, keyinchalik individual ravishda.

### **Amaliy mashg'ulot № 5**

#### **Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi**

<b>Mavzu</b>	<i>Bolalarda norevmatik karditlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi.</i>
--------------	--

### 5.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bolalarda norevmatik kardit to'g'risida tushuncha.</li> <li>2. Bolalarda norevmatik kardit kechish xususiyatlari</li> <li>3. Norevmatik kardit kasalligining diagnostikasi.</li> <li>4. Bolalarda norevmatik karditda laborator – instrumental- grafik tekshiruvlari.</li> <li>5. Kardiorakal indeks to'g'risida tushuncha.</li> <li>6. Kardiomegaliya darajalari.</li> <li>7. Qon aylanish yetishmovchilik darajalarini aniqlash.</li> <li>8. Qon aylanishy etishmovchilik klinikasi.</li> <li>9. Davolash rejasi va oldini olish tadbirlari.</li> </ol>
<p><b>O'quv mashg'ulotining maqsadi:</b> Talabalarga bolalarda norevmatik kardit kasalligini kechish xususiyatlari, diagnostikasi, laborator – instrumental- grafik tekshiruvlari to'g'risida tushuncha berish. Kardiorakal indeks va kardiomegaliya darajalari to'g'risida tushuncha. Qon aylanish yetishmovchilik darajalarini aniqlash. Davolash rejasi va oldini olish tadbirlari to'g'risida tushuncha berish. Tekshirish usullari. Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bo'lish.</p>	
<b>Pedagogik vazifalar</b>	<b>O'quv faoliyati natijalari</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Talabalarga bolalarda norevmatik kardit kasalligi to'grisida tushuncha berish.</li> <li>- Talabalarga bolalarda norevmatik kardit kechish xususiyatlari; etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni o'rgatish</li> <li>-Norevmatik kardit kasalligining diagnostikasini tushuntirish.</li> <li>-Bolalarda norevmatik karditda laborator – instrumental- grafik tekshiruvlarini interpretatsiyasini o'rgatish.</li> <li>-Kardiorakal indeks to'g'risida ma'lumot berish.</li> <li>-Kardiomegaliya darajalarini tushuntirish</li> <li>-Kon aylanish yetishmovchilik darajalarini aniqlay olishni o'rgatish</li> <li>-Davolash rejasi va oldini olish tadbirlarini o'rgatish.</li> <li>- Turli yoshdagi bolalarda yurak – qon tomir tizimining o'zgarishlarini baholay olishni o'rgatish.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Talabalar bolalarda norevmatik kardit kasalligi to'g'risida tushunchaga ega bo'lishi kerak.</li> <li>- Talabalarga bolalarda norevmatik kardit kechish xususiyatlari; etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni erkin bayon etaolishi kerak.</li> <li>-Norevmatik kardit kasalligining diagnostikasini tushuntira bilishi kerak.</li> <li>-Bolalarda norevmatik karditda laborator – instrumental- grafik tekshiruvlarini interpretatsiyasini tushuntira bilishi kerak</li> <li>-Kardiorakal indeksni amalda bajaraolishi kerak.</li> <li>-Kardiomegaliya darajalarini amaliyotda qo'ya olishi kerak</li> <li>-Qon aylanish yetishmovchilik darajalarini aniqlay olishi kerak</li> <li>-Davolash rejasi va oldini olish tadbirlarini bajara bilishi kerak.</li> <li>- Turli yoshdagi bolalarda yurak – qon tomir tizimining o'zgarishlarini baholay bilishi kerak.</li> </ul>
Ta'lim berish usullari	Munozara, suxbat, tezkor so'rov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter,

	proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, boʻr, «simulyasionxonajixozlari» vah.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Ogʻzaki nazorat: savol – javob, mustaqil ish, ma'ruza, amaliy mashgʻulot daftari

## 5.2. Amaliy mashgʻulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu boʻyicha oʻquv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi</li> <li>2. Amaliy mashgʻulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi</li> <li>3. Talabalar oʻquv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</li> <li>4. Oʻquv kursini oʻrganishda foydalaniladigan adabiyotlar roʻyxatini ishlab chiqish .</li> <li>5. Mavzuga oid yoʻriqnomalarni tuzadi.</li> <li>6. Oʻquv topshiriqlarni tayyorlaydi</li> </ol>	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mashgʻulot mavzusi, uning maqsadi va oʻquv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</li> <li>2. Talabalar oʻquv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</li> <li>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</li> </ol>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzuga oid tayanch soʻz va iboralarni izoxlab beradi.</li> <li>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruhga boʻladi va guruhlarda hamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</li> <li>3. Oʻquv kursi mavzulari asosida tayorlangan varaqalarni tarqatadi.</li> <li>4. Guruxlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantiqan toʻliq yoritilishini kuzatadi.</li> <li>5. Taqdimot boshlanishini eʼlon qiladi. Guruhlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim boʻlsa , guruh sardorini toʻxtatadi, savollar beradi, muhokamasini jamoaga havola etadi.</li> <li>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragʻbatlantiradi va umumiy baholaydi.</li> <li>7 Mavzuga oid bemorlarni koʻrsatadi.</li> <li>8. Bemor kuratsiyasini tahlil qiladi.</li> <li>9. Kasallik tarihini tekshiradi</li> </ol>	<p>Tinglaydilar, asosiy jixatlarini yozib oladilar Kichik guruxlarga boʻlinadilar.</p> <p>Topshiriqlar boʻyicha ishlaydilar Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida hamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni koʻradilar.</p>

		Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar
3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi. 2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi. 3. Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini tahlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish; o'zlashtirish ishi «Mitral klapan prolapsi.» –5 s Referat, Krossvord, Internet ma'lumotlaridan tayyorlashni topshiradi	Savollar beradilar. tinglaydilar Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar

### NOREVMATIK KARDITLAR.

Yurak qavatlaridagi o'zgarishlar umumiy so'z bilan miokardit deb ifodalanadi, lekin ohirgi yillar bu termin kardit deb almashtirildi. Kardit bolalar orasida ko'proq uchraydi, asosan og'ir formalari. hozirgi paytlarda norevmatik karditlarning klinikasi va diagnostikasiga qiziqish juda kuchaydi. Norevmatik karditlar revmatik karditlarga nisbatan ko'proq uchray boshladi.

**Etiologiyasi.** Barcha infeksiyon kasalliklar chaqiruvchisi qancha bo'lishidan qat'iy nazar kardit asoratini chaqirish mumkin. boshqa infeksiyon kasalliklarga nisbatan tekshirishlarga asosan odamlar virus infeksiyasi bilan ko'proq kasallanishadi.

Bolalar o'rtasida respiratorli virusli kasalliklar ham ko'p uchraydi: (gripp, paragripp, adenovirus).

Koksaki virusi bilan adenovirus kasallikni surunkaliga o'tishiga olib keladi. Miokardit boshqa virusli kasalliklardan keyin ham kelib chiqishi mumkin, masalan: suvchechak, qizamiq, virusli gepatit, epidemik tepki, sitomegaliyalardan so'ng, miokarditni rivojlanishiga keltirib chiqaruvchi omillarning ahamiyati katta, ya'ni organizmda viruslar uzoq vaqt davomida o'zini ta'sirini ko'rsata olmay turadi, lekin organizmni reaktivligining pasayishi bilanoq patologik xususiyatini ko'rsata boshlaydi.

Organizmni chidamligi quyidagi faktorlardan keyin pasayishi mumkin: gipoksiya, fizik zo'riqishlarni oshib ketishi, bundan tashqari ba'zi bir dori moddalaridan keyin, masalan rezepin istemol qilganidan so'ng. Rezerpin yurak muskullarida Koksaki virusini toksik ta'sir ko'rsatishini oshiradi.

Norevmatik miokarditni rivojlanishida bakterial faktorlarni roli juda kata hisoblanadi. Bularga kiradigan streptokokk infeksiyasi va stafilakokk barcha miokarditlar ichida aloxida ahamiyatga ega.

Norematik kardit quyidagi kasalliklardan keyin ham kelib chiqishi mumkin: pnevmoniya, sepsidan keyin, plevrit, stafilakokkli destruksiyadan keyin, siydik yo'llaridagi infeksiya, glomerulonefrit, gepatit, xolestik va boshqa kasalliklar.

Allergik karditlar rivojlanadi: posvaktinal reaksiyadan so'ng, bronxial astma, surunkali ekzema, resperator allergozlaridan keyin. Ba'zi bolalarda quyidagi dorilarni qabul qilganda: penitsillin, streptomitsin, tetratsiklin, siulfanilamid preperati, furadonin kabi dorilar qabul qilganidan so'ng allegik kardit rivojlanishi mumkin. Shunday qilib norevmatik karditlar polietologik kasallik hisoblanib, etiologisiyada ko'pincha viruslar asosiy o'rinni egallaydi.

Patogenezi. hozirgi vaqtda olimlar o'z tekshirishlari natijasida norevmatik karditlarni immunopatologik holat deb tushuntirishmoqda.

Virus yurak muskul hujayrasiga kirib, ularni zararlaydi va chuqur metabolik va morfologik o'zgarishlarga olib keladi.

Limfatsitlar bilan bog'langan holda virus va bakteriyalarni toksinlarga limfatsitlar bilan ustida yoki yuzasiga antitela hosil bo'ladi.. Bu esa o'z navbatida immun kompleksini hosil bo'lishiga va ularni qonga o'tib aylanib yurishiga olib keladi.

Antitelalar to'qimadagi bazofillarni, leykotsitlarni, trombositlarni zaralaydi, xujayrada modda almashinuvini o'zgartiradi, mukolitik va proteolitik fermentlarni aktivlantiradi.

Biologik aktiv modda gistamin, serotonin, bradikinin va prostoglandinga o'hshagan aktiv moddalar to'g'ridan-to'g'ri yurakni o'tkazuvchi sistemasiga ta'sir qiladi, yurakni qisqartiruvchi aparatiga o'z ta'sirini k'rsatadi.

Ko'p miqdorda gistamin ishlab chiqarilishi qon tomir devorini o'tkazuvchanligini oshiradi globulinlarni, allergenlarni antitelalarni t'y'ima bo'shlig'iga o'tishini va yurak muskullarini ishini va oziqlanishini buzilishiga olib keladi.

Gistaminsimon moddalarni ko'proq hosil bo'lishi kichik arteriya va kapillyarlarni kengayishiga va o'tkazuvchanligini oshishiga, kichik arteriya va venachalarda staz hosil bolishiga olib keladi.

qon oqishining sekinlashishi natijasida, eritrotsitlarni plazmadan ajralishi mikrotromblarni hosil bo'lishida, yurak muskulida gipoksiya rivojlanishiga olib keladi.

Mikrotsirkulyatsiyani buzilishi, xujayrolararo to'qimalarda shish bo'lishi. Xujayrada yallig'lanish infiltratsiyasi, qonda gistaminni oshib ketishi yurak o'tkazuvchanligini va ritmini buzilishiga olib keladi va og'riq sindromini kelib chiqishiga olib keladi.

Norevmatik karditni kelib chiqishida bemorning yoshi irsiy omilini axamiyati katta.

Kichik yoshdagi bolalarda miokardit og'iro'tadi, suruhkali kechishga moyil. Norevmatik karditni oilaviy kechishi immunetetning irsiy to'liqsizligidan dalolat beradi. Bir oilani barcha a'zolarida bir xil immunologik reaktivlik bo'lishi mumkin bu esa timusni xolatiga uning kompleks reaksiyasiga bogliq.

### **Tasnifi:**

N.A. Belokon o'zining k'yp yillik ilmiy tadqiqot tekshirishlari natijasiga asoslanib 1984 yilda NK ning tasnifini ishlab chiqdi va ushbu tasnif Kardiologlar anjumanida qabul qilindi.

1.Kasallikning kelib chiqish davriga qarab:

- Tug'ma: erta, kechki
- Orttirilgan

2.Etiologik omillari bo'yicha:

- Virusli
- Bakteriyali
- Virus-bakteriyali
- Parazitli
- Zambrug'li
- Iersiniozli
- Allergik
- Idiopatik

3.Shakli bo'yicha (jarayonning qayerda joylashishiga qarab):

- Kardit
- Yurak o'tkazuvchi tizimining zararlanishi

4. Kechishiga ko'ra

- O'tkir – 3 oygacha
- Cho'zilgan – 18 oygacha

- Surunkali – 18 oydan ko'p (retsdivlanuvchi, birlamchi surunkali: dimlangan, gipertrofik, destriktiv variantlari.)

5. Og'irligi bo'yicha:

- Engil
- o'rta og'ir
- Og'ir

6. Yurak etishmovchiligining shakli va darajasi:

- Chap qorincha etishmovchiligi I, II A, II B, III darajalar
- o'ng qorincha etishmovchiligi I, II A, II B, III darajalar
- Total etishmovchilik

7. Oqibati va asorati:

- Kardioskleroz
- Miokard gipertrofiyasi
- Yurak ritmi va o'tkazuvchanligining buzilishi
- O'pka gipertenziyasi
- Klapan apparatining zararlanishi
- Konstriktiv mioperikardit
- Tromboembolik sindrom

har qanday kasallikning tasnifida ko'rsatilgandek NK ning tasnifida uning kechishi aniq ko'rsatilgan.

NK ning o'tkir kechishi kasallikning avj olishi bilan boshlanishi, yurak-qon tomirlar etishmovchiligi va nisbatan o'tkazilgan muolajalarning tezda effekt-foyda berishi bilan ifodalanadi. NK cho'ziluvchan kechishi ayrim holatda kasallikning tez boshlanishi, ammo sog'ayishning 18 oygacha cho'zilishi, boshqa holatda kasallik ancha yumshoq boshlanib va sekin-asta rivojlanish yoki birlamchi cho'ziluvchan kechishi bilan o'tadi.

NK ning surunkali kechishi o'tkir yoki cho'ziluvchan karditda o'tkazilgan davo muolajalarining foyda bermaganligidan, yurak mushaklarining refrakterligi kuchliligidan o'tkir yoki cho'ziluvchan karditning surunkali karditga o'tishi yoki o'tkir va cho'ziluvchan karditlar belgilari bo'lmay birlamchi surunkali karditning paydo bo'lishi ham kuzatiladi.

**Klinika.** Chaqaloqlarni, kichik yoshdagi bolalarni va katta yoshdagi bolalarni miokarditni klinik kechishini o'ziga xos belgilari bor.

Miokardit bola homila paytida rivojlanishi mumkin E.N. Amosova (2002) uni aniqlashda akusher anamnezini ahamiyati katta. homilador paytida onasini o'tkir infeksiyon kasallik bilan kasallanganligi (gripp pnevmoniya, va boshqalar).

Norevmatik karditni klinik belgisi tug'ilgan kundan yoki sal kechroq paydo bo'ladi. Yurak - qon tomir sistemasidagi o'zgarishlar miokardni zararlanish darajasiga bog'liq.

Yurak chegarasi perkutsida va rentgenda kengaygan. Bolaning aktivligi pasaygan, bezovta bo'lganda ko'karish paydo bo'ladi. Auskultatsiyada yurak tonlari susaygan ba'zilar yurak ritmi buzilgan. EKG da yurak qorinchalar mushaklarining gipertrofiyasi, yurakni o'tkazuvchanligi buzilgan. Bolalarning ko'pida tug'ilgandan gepatomegaliya.

Bu bolalar fizik rivojlanishdan orqada qolishadi, ko'krak qafasida yurak bukrisi hosil bo'ladi.

Chaqaloqlarda orttirilgan miokardit, ORVI, pnemoniya yoki biron xil infeksiyadan keyin 1-2 haftadan so'ng paydo bo'ladi.

Karditni rivojlanishida bolani organizmi oldindan sensibilizatsiya bo'lgan bo'lishi kerak, ya'ni qaytadan infeksiyon kasalliklar bilan kasallangan, yoki allergik moyilligi eksudativ – kataral diatezi, giperergik reaksiyagi moyilligi bo'lishi kerak. Shuning uchun ORVI o'tkazgan bolalarda karditga o'xshash belgi paydo bo'lsa, emlashdan oldin EKG qilish kerak.

Bolalar ORVI dan keyin xolsiz, sust injiq bo'lib qoladi. Tezda charchab qolishi uyquchan, ishtaxasi yo'qoladi, terisining rangi oqarib qoladi.

Kasallikning asosiy belgisi birdan xansirash, ko'karish yo'tal xurujini paydo bo'lishi, bu kasallikni davom etayotganidan dalolat beradi. Yurak uchi turtkisi susaygan. Yurak chegarasi kengaygan, ko'pincha chapga.

Yurak tonlari kuchli, kam hollarda bo'g'iq, II ton o'pka arteriyasida kuchaygan. O'tkir osti kechishda yurak soxasida sistolik shovqin eshitiladi, mitral klapanini etishmovchiligi bo'lishi mumkin. hamma bemorlarda taxikardiya aniqlanadi.

EKG da sinus taxikardiyasi va qorinchalarda ekstrasistoliyasi aniqlanadi.

Rentgenda yurak o'lchamlarini kengayganligi aniqlanadi.

Miokardni klinik belgilariga perikard shovqini eshitiladi, yurak tonlari susaygan, jigar ancha kattalashgan bo'ladi. Oyoqlarda shish erta hosil bo'ladi, xansirash va o'pkada dimlanish belgilariga nisbatan yurak chegarasi kengaygan.

Maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda infeksiyon – allergik miokarditni rivojlanishida virusli infeksiyalardan keyin miokardit birdan (erta) yoki bir necha xaftadan keyin (kechki) erta belgilariga quyidagilar kiradi: xansirash, umumiy holsizlik, yurak soxasida og'riq, qorin mushaklarida og'riq borligiga shikoyat qiladi, ishtaxani yo'qligi, yurak urishiga.

Katta yoshdagi bolalarning shikoyati - yurak soxasida og'irlik, sanchib og'rish, yurak soxasida og'rig' tinch xolatda paydo bo'lishi, fizik zuriqishdan keyin kuchayishi va butun yurak soxasida tarkaladi. Bu og'riq bir necha kundan bir necha xafta va bir necha oygacha davom etishi mumkin, bu kasallikni kechishiga bog'liq. qon tomirning kengaytiradigan dorilardan so'ng kamayadi. Bemorning ahvoli yallig'lanishga qarshi, desensibilizatsiya qiladigan preparatlardan keyin, yurak glyukozydli, kaliy tuzlari, vitaminlarni bergandan keyin ancha yaxshilanadi.

Ba'zi bir bolalar hech qanday shikoyat qilishmaydi. Klinik va instrumental tekshirishlardan keyin tashxis-norevmatik kardit deb qo'yiladi.

Katta yoshdagi bolalarda uchraydigan miokarditning erta kuzatiladigan klinik belgisiga taxikardiya, ba'zan bradikardiya yoki nafas aritmiyasi kiradi.

Katta yoshdagi bolalarda yurakdagi o'zgarishlar o'tkir boshlanmaydi. Ekstrakardial belgilarga kiradi: rangini oqarganligi, holsizlik ba'zi bolalarda shish paydo bo'ladi.

Miokarditning asosiy belgilaridan biri yurak chegarasini kengayishidir. Yurak chegarasi ko'pincha chapga kengaygan, ba'zan chapga va unga ba'zilaridan yuqoriga ham kengaygan.

Rentgenografiya qilganda yurak konfiguratsiyasi o'zgargan, konturlari silliqlashgan, amplitudasi pasaygan, pulsatsiyasi aritmik yurak chegarasi kengaygan.

Eng ko'p erta paydo bo'ladigan belgilaridan ( 92%), bu yurak avtomatizmini buzilishi, 60% hollarda qo'zg'alish funksiyasini ya'ni har xil ekstrasistoliyalardir.

**Diagnoz:** qo'yishda aritmiyani bo'lishi katta ahamiyatga ega, chunki ba'zan miokardni zararlanishi asosiy belgilaridan biri bo'lishi mumkin.

FKG da xamma bolalarda sistolik shovqinni yozishi, ko'pincha yurak uchida yoki IY qovurg'a oralig'ida chap to'sh suyagining qirrasida.

Norevmatik kardit bilan kasallangan bemorlarni laborator tekshirish o'tkazganda quyidagilarni aniqlash mumkin.

Gemogrammada – anemiya, leykotsitoz, ba'zan leykopeniya kuchli bo'lmagan SOE, bular hammasi kasallikning o'tkir davrining 2-3 haftasida kuzatiladi. qondagi o'zgarishlar miokarditga xos patogenetik o'zgarishlarga kirmaydi, faqat klinik instrumental o'zgarishlar bilan birgalikdagini diagnostikaga yordam berishi mumkin.

Bioximik tekshirish o'tkazilganda DFA – ozgina ko'paygan (202 – 216 ED), sialovaya kislota (0,228-0,243 ED), seromukoid albuminlar kamayadi, alfa 2 va gamma globulinlar ko'payadi, asparagin va alanin transaminaza ishqoriy fosfatazalar oshadi.

qon zardobida immunoglobulinlarni tekshirganda norevmatik kardit bilan kasallangan bemorlarda kasallikning o'tkir davrida immunoglobulin A ni miqdori kamaygan, M va J ni miqdori oshgan bo'ladi. Protsess pasaygandan sung immunoglobulin M va J ni konsentratsiyasi pasayadi.

Ba'zan bolalarda miokardit belgilari tibbiy ko'rikda, sport maktabiga olishda tekshirish natijasida aniqlanadi. Yurak chegarasini kattalashishi, yurak tonlarini o'zgarganligi, sistolik shovqin aniqlanadi, lekin bemorning shikoyati bo'lmaydi.

Surunkali kechadigan miokarditni klinik ko'rinishi tez charchab qolishi, xolsizlik, sustlik, ko'p terlaydi, hansirash yurak soxasida og'riq, yurak urishi tezlashgan, ba'zan yopishqoq yutal, ayniqsa bemor yotgan paytida yo'tal boshlanadi.

Yurak tonlari susaygan, taxikardiya.o'pkasida qattiq nafas, quruq va ho'l har hil kalibirli xirillashlar eshitiladi.

Rentgenogrammada yurak soyasini kengayganligi, chap bo'lagi hisobida, kardiomegaliya.

EKG da ritmni buzilganligini aniqlanadi. Surunkali miokarditda aritmiya doimiy belgilardan biri hisoblanadi.

Surunkali kardit bo'lishi mumkin: chap qorincha bo'shliqining kengayishi bilan va chap qorincha bo'shlig'ini kengayishi yoki normada bo'lishi bilan.

Surunkali kardit chap qorincha bo'shlig'ini kengayishi bilan-shikoyati ishtahani yo'qligi, massasining kamayishi. Tipik belgilari taxipnoe, yurak uchi turtkisining susayganligi, yurak bukrisi, ba'zan yurak chegarasini kengayishi, sistolik shovqin, mitral klapanini yetishmovchiligi, yurak ritmini o'zgarganligi, jigarni kattalashishi. EKG da T tishchasini siljigani, 5-6 chetlanishda t tishchasini yo'qligi. Ba'zan tashxis operatsiya paytida qo'yiladi.

Miokarditni ba'zan Ebshteyn anomaliyasining sianoz bo'lmagan shaklida o'xshatiladi.

Rentgenda kardiomegaliya, yurak sharsimon, auskultatsiyada – yurak tonlari bo'g'iq, yurakni ritmi va o'tkazuvchanligi buzilgan. qiyosiy tashhida quyidagi belgilarga ahamiyat beriladi: ya'ni ORVI yoki boshqa infeksiyalar bilan bog'liq bo'lmaganligi, o'ng qorincha yetishmovchiligi kuzatiladi, o'pka gipertenziyasi kuzatilmaydi. Ebshteyn anomaliyasida EKG da o'ng bo'lmacha gipertrofiyasi Gisa tutamining o'ng oyoqchasi to'liq bo'lmagan blokada kuzatiladi.

Eyzenmenger sindromi – bu tug'ma paroklarga kiradi DMJP, ochiq arterial tug'ma nuqsonida kuzatiladi. Ko'pincha surunkali kardit bilan bemorlar shu diagnoz bilan tushadi. Bu ikki kasallikni quyidagi belgilar bir biriga yaqinlashtiradi: yuz teri qoplamalarini ko'karishi, barmoq uchlarini ko'karishi, qattiq yurak tonlari, o'pka arteriyasi ustida II-ton aktsenti, o'ng qorincha etishmovchiligi belgilari va gipertrofiya yurakning o'ng bo'lagini EKG da.

Surunkali karditga xos belgilar-kasallik belgisi 4-6 yoshdan keyin paydo bulishi, rentgenogrammada yurakdagi o'zgarish noxosdan aniqlanadi. Tug'ma porokda esa tug'ilgan kunidan, o'ng qorincha etishmovchiligi II-III darajasi kuzatiladi.

Eyzenmenger sindromiga sistolik shovqin xos emas, uch tabaqali klapan yetishmovchiligi xos.

Kardiopatiya yoki miokardit kasalligida ko'pincha koarktatsiya aorta va fibroelastoz kasalligi degan tashhis bilan tushadi. Umumiy belgilari –kardiomegaliya, o'ng qorincha etishmovchiligi, yurak tonlarini bo'g'iqligi, shovqinni yo'qligi. Lekin oyoqlarida pulsni judayam sustligi, qo'llariga nisbatan, qo'llarida A G`D oshganligi, oyoqlarida pasaygani qiska dag'al sistolik shovqin kurak ostida chapdan shularga asoslanib to'g'ri diagnoz qo'yish mumkin.

Bolalarda norevmatik kardit bilan qon aylanishni buzilishi darajasiga va kasallikni kechish protsessiga qarab har xil bo'ladi.

qon aylanishning etishmovchiligini aniqlash uchun Belokon taklif qilgan tasnif G`1979G` ishlatiladi.

### **Norevmatik karditda qon aylanishini yetishmovchiligi belgisi.**

Darajasi    chap qorincha yetishmovchiligi                      o'ng qorincha yetishmovchiligi

I daraja    qon aylanishi yetishmovchiligi                      jigir me'yorda  
belgilari tinch holatda yo'q,                      Jigar 2-3 sm qovurg'a  
nagruzkadan so'ng taxikardiya

yoki xansirash paydo byladi.

II daraja    Yurakni qisqarishi va nafas

Aolishi bir minutda 15-30 %  
va 30-50 % ga ko'payadi normaga nisbatan.

II daraja Bir minutda 30-50 % va 50-70%  
B ga ko'payadi normaga nisbatan, yo'tal  
Ho'l xirillashlar o'pkada, akrotsinoz.

III daraja Yurakni qisqarishi va nafas olishi Jigar kattalashgan,  
bir minutda 50-60 va 70-100 % ga astsit gidrotoraks  
ko'payadi normaga nisbatan, shishadi.

Differentsial diagnostikasi.

- Norevmatik kardit uchun xarakterli:
  - Virusli infeksiya bilan doimiy-xronologik kontaktda bo'lish.
  - Kasallik latent davrining qisqaligi (5-7 kun) yoki bo'lmasligi.
  - Kasallikning sekin-asta rivojlanishi.
  - Artralgiya va artritning bo'lmasligi.
  - Kardial shikoyatlarning faolligi va xilma-xilligi.
  - Miokarditning klinik va EKG belgilarining mos kelishi.
  - Valvulit (klapan zararlanishi) yo'qligi.
  - Perikarditning juda kam kuzatilishi.
  - Kasallik debyutida astenizatsiya belgilarining bo'lishi va termoregulyatsiyaning buzilishi.
- Klinik belgilar bilan laborator tahlillarning mos kelmasligi  
Yallig'lanishga qarshi davo muolajalardan ijobiy dinamikaning sekin bo'lishi.

Kichik yoshli bolalarda NK ni TYuNlari, ya'ni atrioventrikulyar kommunikatsiyalarning to'liq bo'lmagan turlari, Ebshteyn anomaliyasi va magistral tomirlar transpozitsiyasi, operativ davolangandan keyingi holati bilan qiyoslash ancha murakkab jarayondir.

Atrioventrikulyar kommunikatsiya uchun xarakterli:

- Tembri va lokalizatsiyasi har xil bo'lgan sistolik shovqinning bo'lishi.
- O'ng qorincha va o'ng bo'lmachaning gipertrofiyasi.
- EKG da Giss tutami o'ng oyoqchasining noto'liq blokada bo'lishi.
- Rentgenoskopiyada o'pka rasmining qalinlashishi va chap qorincha pulsatsiyasining kuchayishi kuzatiladi.

Ebshteyn anomaliyasi uchun xarakterli

- Kasallik paydo bo'lishi bilan o'tqazilgan O'RVI ning aloqador emasligi.
- O'pka gipertenziviyasi kuzatilmagan holda o'ng qorincha etishmovchiligi belgilarining ustunligi.
- O'ng bo'lmachaning kattalashuvi.
- EKG da chap qorinchaning gipertrofiyasi va uning gipoksiyasi bo'lmasligi kuzatiladi.

Magistral tomirlar transpozitsiyasini korrektsiyasidan keyingi holati uchun xarakterli:

- EKG da YuEO'ning chapga oqishi
- Q tishchening chap ko'krak uzatgichlarida bo'lmasligi, ayni paytda o'ng ko'krak uzatgichlarida borligi ko'riladi.

Katta yoshdagi bolalarda surunkali NK ni revmokardit bilan dif diagnostika qilish zarur bo'ladi.

Revmokardit uchun xarakterli:

- Kasallikning A-streptokokkli infeksiya bilan doimiy-xronologik bog'liqligi.

- Kasallik latent davrining 2-4 hafta bo'lishi.
- Kasalning yosh bo'lishi
- Kasallikning o'tkir yoki o'tkir osti boshlanishi.
- Kasallik debyutida artralgiya va artritning bo'lishi.
- Kardial shikoyatlarning "passiv" ligi.
- Valvulit yoki perikarditning miokardit bilan qo'shilib kelishi.
- Kardit belgilarini tez avj olishi.
- Kasallikning faol davrida klinik belgilarning laborator o'zgarishlar bilan mos kelishi kuzatiladi.

### **Davosi.**

Ikki etapda olib boriladi:

1. shifoxonada – kasallikni o'tkir davrida yoki qo'zg'algan davrida.

2. poliklenika yoki sanatoriyada – davolashni davom ettirish.

Bemor o'tkir kardit bilan shifoxonaga tushgandan, davolash uchun quyidagilarni o'ziga asos qilib olish kerak.

1. Etiologik davolash.

2. Bemorni immunologik reaktivligiga ta'sir qilish.

3. Yurak qon tomir yetishmovchiligini oldini olish.

Kasallikni o'tkir davrida birinchi navbatda to'shak rejimini 2-4 haftaga joriy qilish.

Parhezi to'liq, yetarli darajada oqsil va vitaminlar, yetarli miqdorda kaliy tuzlari parhezda bo'lishi kerak. Kaliy tuzlari ko'proq qora mayizda, turshakda, anjirda bo'ladi, ayniqsa bemor gormon olayotganda berish kerak.

Sutkalik suvning miqdori, chiqariladigan siydik miqdori bilan aniqlanadi (200-300 ml ga kam), o'rtacha suvning sutkalik miqdori 400-600 ml bo'lishi kerak.

Antibakterial terapiya 2-3 haftada davomida beriladi, chunki kasallikni sababi virus-bakterial infektsiya bo'lishi mumkin va kichik yoshdagi bolalarda asoratni oldini olish uchun beriladi.

Virusli karditlarni interval bilan davolash kerak, ayniqsa ORVI va gerpetik infektsiyada juda effekt beradi. Karditga yallig'lanishga qarshi va immunodepressiv xususiyatga ega gormonlarini berish ahamiyatga ega.

Bemorlarga miokarditni og'ir shaklida va qon aylanishini buzilishida kichik qon aylanish doirasida dimlanish belgilari bo'lsa kislarod terapiyasini berish ahamiyatga ega.

Virusli karditda kasallikni boshida interferon berish kerak 2 tomchidan burun yo'liga har 2 soatda do 3 mlG` sutkasida. Grippga qarshi gamma globulin 1-2 dozada G`0,2-0,3 mlG` kg 3 kun davomida .

Bakterial karditlarda-penitsillin, ampitsillin, oksatsilin bolaning yoshiga qarab 10-14 kun davomida.

Surunkali karditda infeksiyon – allergik bo'lsa bitstsillin 2-3 oy va undan ko'proq vaqtda qilish kerak.

Yallig'lanishga qarshi preparatlar infeksiyon-allergik kelib chiqishiga qarab beriladi.

Nosteroid preparatlar beriladi: aspirin 0,2 g yoshiga qarab, voltaren 3 mgG` kg massasiga, brufen 8-10 mgG`kg massasiga sutkasiga, indometatsin 3 mgG`kg sutkasiga. Preparat ichishga kuniga 3-4 marta beriladi.

O'tkir miokarditni davolash kursi 4-6 hafta, o'tkir osti va surunkali retsivli miokarditda 6-8 hafta va undan ham ko'proq, sekinlik bilan dozasi miqdorini kamaytirilib boriladi, tutib turuvchi dozagacha.

Allergik miokarditda steroid gormonlarini berish tavsiya qilinadi. Steroid gormonlaridan-prednizolon 1-1,5 mgG`kg massasiga. Davolash kursi har bir bemorga individual hisoblanib ko'pincha 4-6 hafta davomida beriladi. Miokarditni og'ir shaklida qon aylanishning buzilishi 2-3 darajasida steroid garmoni berish tavsiya etiladi. 1-2 mgG`kg massasiga. Kursi 3-4 hafta davomida beriladi.

Giperkoagulyatsiya belgilari bo'lsa – DVS da geparin beriladi 100-150 EDG`kg massasiga.

Trombotsitlarni adgeziya va agregatsiyasini kamaytiradigan preparat kurantil 3-5mgG`kg kuniga yoki koantinol nikotinat vena ichiga yuboriladi.

Surunkali miokarditni qo'zgalish davrida-steroid va nosteroid preparatlari beriladi, shu bilan birgalikda o'tkir davri pasayishi bilan xinolin qatorida kirgan preparatlar-delagil, plakvenil 5-10 mgG`kg kuniga 1-2 marta 3-6 oy davomida va kerak bo'lganda undan ham ko'proq.

Kasallikni o'tkir davri pasaygandan keyin stimullovchi va tonusini oshiruvchi preparatlar beriladi: apilak shamcha (svecha), ko'krak yoshidagi bolalarga 0,005 g 3 marta 7 kun davomida katta yoshdagi bolalarga 0,01 g til ostiga 3marta kuniga, eleuterokokk nastoykasi 5-15 tomchi 3 marta kuniga.

Statsionarda davolash 4-5 qaftadan bir necha oygacha.

Statsionarda davolab chiqqandan keyin 8-12 oydan so'ng, sanator – kurortda davolash kerak.

Bunda gidrosulfat vannalari, dengiz suvi vannalari, dengiz suvi bilan ingalyatsiya qilishlar kiradi.

hamma bemorlar miokardit bilan dispanser kuzatuvda bo'lishi kerak. Ularni 3 oy davomida har oyda tekshirib, kuzatib boriladi, keyin 3oyda bir marta, 6 oyda, EKG da yozilib boriladi.

Kardioskleroz belgilari bo'lmasa dispanser hisobidan 5 yildan keyin chiqariladi.

**Profilaktika.** Miokarditni profilaktikasida asosiy o'rinni egallaydi: kichik yoshidan organizmni chiniqtirish, ratsional oziqlantirish, fizkultura va sport bilan shug'ullanish.

**Oqibati** – yaxshi tugashi mumkin to'liq sog'ayish, miokardioskleroz o'choqli va tarqalgan, zararlanish gipertrofiyasi oqibati yomon bo'lishi mumkin yomon kechuvchi miokardit, kardioskleroz yurak bo'shlig'ini dilyatatsiyasi bilan, konstriktiv perikardit.

Miokardit engil kechsa oqibati yahshi bo'ladi va to'liq sog'ayishi bilan yoki kardiosklerozni qoldiq ko'rinishi kuzatiladi. Miokarditda skleroz rivojlanishiga qaramasdan bolalar shikoyat qilmaydi, yurak chegarasi normada yoki salgina kengaygan. EKG da ozgina o'zgarish bo'ladi.

Oqibati yomon bo'lishi mumkin agar, o'pka gipertenziyasi va uzoq vaqt davomida chap qorincha etishmovchiligi bo'lsa.

### **Bolalarda norevmatik karditlar**

Kardit –bu yurakning turli etiologiyali yallig'lanishi bo'lib,1 yoshgacha bolalarda ko'p uchraydi. Ko'pincha o'g'il bolalar kasallanadi (2G`3)

Karditning turli xil yuqumli kasalliklarning qo'zg'atuvchisiga bog'liq bo'lmagan asorati ham bo'lishi mumkin. Ko'pgina avtorlar karditning ko'p tarqalgan sababi virus deb hisoblaydi.

Etiologiyasi Enterovirus Koksaki A va V, ESNO (poliomelit virusi), Sitomegalovirus, Oddiy herpes, Suv chechak virusi, Gripp, adenovirus, qizilcha virusi, Streptokokk, stafilokokk, proteya, Salmonella, Toksoplazma, Zamburug'lar

Iersiniyalar, Dorilar, zardob, vaktinalar, Fizik, ximik, biologik, termik agentlar, Enterovirus Koksaki A va V, ESNO (poliomelit virusi), Sitomegalovirus, Oddiy herpes, Suv chechak virusi, Gripp, adenovirus, qizilcha virusi, streptokokk, stafilokokk, proteya, Salmonella, Toksoplazma, Zamburug'lar, Iersiniyalar

Dorilar, zardob, vaktinalar, Fizik, ximik, biologik, termik agentlar

Ko'pincha aralash infektsiya: virus-bakterial, va virus-virusli kuzatiladi

Infektsion karditlardan tashqari, allergik , toksik (bo'g'ma), toksik-allergik, progressiyalanuvchi mushak-lar distrofiyasida, kolla-genozlardagi kardit, fizik, ximik, biologik agentlar ta'sirida miokard jarohat-lanishi oqibatidagi kardit-lar va idiopatik karditlar mavjud

Irsiyat ham diqqatni talab etadi, ko'pincha yurak xastaligi xavfi og'ir irsiyati bo'lgan oilalarda uchraydi

Bu genetik almashinuvning buzilishi oqibatida, banal infektsiyaga patologik reaksiya uchun sharoit yaratadi

Kardit asosida virusga qarshi immunitetning genetik determinatsiyalangan nuqsoni bulishi mumkin.

Patogenezi quyidagi omillarga bog'liq:

Virusning moyilligi (tropnost), Bemor yoshi, Immun reaksiyalarning genetik xarakteri

O'tkir va surunkali karditning patogenezi xar xil

O'tkir kardit patogenezi

Infeksion omilning ta'siri (puskovoy mexanizm), yallig'lanish mediatorlarining chiqarilishi (bradikinin, gistamin, serotonin, prostoglandin va boshq.), gipersezgirlikning tez turidagi reaksiyasi (immun komplekslar ta'sirida o'tkir immun yallig'lanish) tomirlar o'tkazuvchanligining oshishi va hujayra infiltratsiyasi bilan, ko'pincha tomirlar devori jaroxati bilan (Artyus fenomeni) kuzatiladi.

Autoallergiya asosiy mexanizm bo'lmaydi, fakat bir komponent bo'lishi mumkin.

Immun komplekslarning tuzilishi turlichaligi, ularning hajmi, to'plangan joyi va reparativ reaksiya xarakteriga ko'ra o'tkir kardit oqibati yahshi yoki xavfli bo'lishi mumkin.

Surunkali kardit kechishida ko'zg'atuvchi hal etuvchi o'rin egallamaydi, chunki kasallik asosida autoimmun mexanizm yotadi.

Bolalarda barcha karditlar 2 ta katta guruhga : tug'ma va orttirilgan karditga bo'linadi:

Tug'ma kardit diagnozi «aniq» xisoblanadi: agar yurak patologiyasi simptomlari homila ichi davrida yoki tug'ruqhonada aniqlansa;

«Extimoli bor» deb- agar belgilar bola hayotining 1-oylarida, ilgarigi interkurrent hastaliklarning yo'qligi va G'yoki homiladorlik davrida onaning kasalliklari anamnestik ma'lumotlar borligi bilan aniqlanganda,- hisoblanadi.

Orttirilgan karditlar: Erta yoshdagi va 5 yoshdan katta bolalar orasida ko'p uchraydi.

O'g'il va qiz bolalarda xususiyati yo'q. Kardit miokardning diffuz yallig'lanishi bilan kechishi mumkin. Kardit asosan yurak o'tkazuvchanlik tizimi jaroxatlanishi bilan uchraydi.

Orttirilgan kardit klinikasi:

O'RVI asosida yoki O'RVIDan 1-2 hafta o'tgach paydo bo'ladi.

O'RVI bilan bir vaqtda stafilokokk yoki streptokokk infeksiyasi aniqlanadi.

O'tkir kardit klinikasi:

Polimorfizm bilan farqlanadi.

Asosan O'RVI belgilari va ekstakardial belgilar kuzatiladi.

Dastavval o'tkir kardit chap qorincha yetishmovchiligi belgilari bilan namoyon bo'ladi:- hansirash,shovqinli nafas, yurak ritmining buzilishi, taxikardiya, bradi yoki taxiaritmiya, diurez kamayadi, to'qimalarda shish paydo bo'ladi, jigar kengayadi, o'pkada turli kalibrli ho'l va quruq xushtaksimom hirillashlar eshitiladi. Yurak sohasi o'zgaragan.Yurak bo'rtig'i bo'lmasligi kasallikning o'tkir tabiatidan darak beradi.Puls past yoki qoniqarli to'liqlikda.

Arterial bosim me'yorda yoki gipotoniya moyilligi bor. Chuqqi turtkisi sust rezistentlikda yoki umuman aniqlanmaydi.

Yurak tonlari bo'g'ik, yurak hajmi qancha kattalashgan bo'lsa, cho'qqida 1-ton shuncha bo'g'iqlashadi,o'pka arteriyasida 2-ton biroz kuchaygan, bu o'tkir boshlangan passiv gipertenziya tufayli:

O'tkir diffuz karditning og'irlik kriteriyalari EKG bo'yicha:

QRS kompleks voltajining pasayishi,ST segment va T tishchanning o'zgarishi, xavfli taxiaritmiya borligi,davo asosida aniqlangan o'zgarishlarning barqarorligi

O'tkir kardit oqibati: 42,1% bemorda sog'ayish kuzatiladi. Yarmida o'tkir ostiga , so'ng surunkaliga o'tadi. Letal xolat-2,2%.

O'tkir osti karditlar:

O'tkir karditga ko'ra kam uchraydi va 2 yoshdan 5 yoshgacha bolalarda uchraydi

Klinikasi: O'RVIDan bir necha oydan so'ng bolalarda behollik, injiqlik, tez charchash, uyquchanlik, sababsiz rangining oqarishi, ishtahaning keskin pasayishi kuzatiladi

Bu simptomlar sekin, ammo progressiv kuchayib boradi.

Birinchi belgilaridan biri-gipotrofiya bo'lishi mumkin:

Tusatdan hansirash xurujlari, yo'tal, sianoz, ba'zan qisqa muddatli xushdan ketish, sovuk ter, keskin okarish va bradikardiya-kasallikning birinchi ekstrakardial belgilari bo'lishi mumkin.

Haroratli reaksiya bu davrda kuzatilmaydi.

«Qaytalanuvchi pnevmoniya» ko'rinishida ko'pincha chap qorincha yetishmovchiligining ko'zg'alishi kechadi. Kardial belgilar asta-sekin rivojlanadi, ba'zan to'satdan reinfeksiya yoki prof.emlashlardan so'ng o'tkir yurak etishmovchiligi paydo bo'ladi.

Manifestatsiya davrida o'tkir osti karditning asosiy va doimiy simptomi-hansirashdir: o'tkir osti kardit o'tkir karditning oqibati sifatida o'tkazilgan davo choralariga qaramay, 6-18 oy va undan uzoq vaqtgacha davom etadi.

EKGda-taxikardiya, atrioventrikulyar o'tkazuvchanlik sekinlashgan, PR-interval qisqarishi yoki WPW-sindromi bo'ladi:

O'tkir karditdan farqli o'tkir osti karditda EKGda bo'lmachalar zo'riqishi belgilari bo'ladi;

Surunkali karditlar:

Asosan katta yoshdagi bolalarda uchraydi va kechishiga ko'ra:

Birlamchi surunkali kardit-klinik symptomsiz boshlang'ich faza bilan sekin rivojlanuvchi jarayon; o'tkir yoki o'tkir osti karditdan davolanishiga qaramay rivojlangan surunkali kardit bo'ladi.

SK gemodinamikasiga ko'ra 2 ta varianti farqlanadi:

SK chap qorincha katta bo'shlig'i va miokardda sklerotik jarayonning ustunligi bilan;

Uning asosida miokardning qisqarishi faoliyati buzilishi yotadi

SK chap qorincha bo'shlig'ining torayishi yoki normal bo'shliq bilan –shunga kura gipertrofik va restriktiv variant-lari, gipertrofik va sklerotik jarayonlar-ning turli hil nisbati Bilan. Uning asosida miokardning diastolik (relaksatsion) faoliyati buzilishi yotadi

SK klinikasi: Ikkala variantda ham uzoq vaqt symptomsiz jarayon kuzatiladi va ekstrakardial belgilar ustunlik qiladi: Jismoniy o'sishdan orqada qolish, tez charchash, behollik, qaytalanuvchi pnevmoniyalar, qusish, ko'ngil aynishi, qorinda og'rik va x.k.

Bemorlarning qismida boshqa simptomlar bilan birga MAS ning jaroxati belgilari paydo bo'ladi: Ya'ni to'satdan rangining oqarishi, bezovtalik, hushdan ketish, tutqanoq, ba'zan to'xtovsiz qusish, sovuq ter, taxikardiya minimal hansirash bilan, ba'zan gemiparez rivojlanadi

SK oqibati: Letal holat-26,3%, keyinchalik -100%

Yashayotgan SK li bemorlarda oqibati kardioskleroz, miokard gipertrofiyasi, o'pka gipertenziyasi va boshqa, doimiy yurak yetishmovchiligi rivojlanishi va kuchayishi hafi bor bo'ladi.

Kiyosiy tashxisoti: Tug'ma yurak nuksonlari, koronar tomirlar kasalliklari va nuqsonlari, tug'ma absalyut atrioventrikulyar blokada, revmatizm, aritmiyalar,

mitral klapan prolapsi, progressiyalanuvchi mushaklar distrofiyasi,

almashinuvning buzilishidagi yurak hastaliklari, konstruktiv perikardit,

QTsindrom uzayishi, kardiomiopatiyalar, qorinchalar erta repolyarizatsiyasi sindromi, yurak o'smasi, ko'ks oralig'i onkoxastaliklari bilan o'tkaziladi.

O'tkir va o'tkir osti karditlar davosi:

2-4 haftaga harakat faoliyatini cheklash, Ratsional ovqatlanish-tuzni cheklash

Antibakterial terapiya-2-3 hafta davomida, Gerpes infeksiyada-interferon

Toksoplazmada-xloridin va sulfanilamidlar beriladi.

Prednizolonga kursatmalar:

Diffuz jarayon yurak yetishmovchiligi bilan;

O'tkir osti boshlanishi surunkaliga o'tish darakchisidek;

O'tkazuvchanlikning buzilishi bilan kardit

Prednizolon - peroral 1-1,5 mgG`kg 1 oy davomida, 3 yoshgacha bolalarda har 3-4 kunda 1G`3-1G`4 tabletkadan, katta yoshdagi bolalarda har 3-4 kunda 1 tab-kadan asta-sekin kamaytirish, yana 1-1,5 oy davomida. Samarasizlikda saqllovchi doza-0,5 mgG`kgG`sut bir necha oy davomida beriladi.

O'tkir osti yoki surunkaliga o'tsa-delagil, plakvenil indometatsin yoki voltaren bilan birga beriladi. Salitsilatlar 0,15-0,2 gG`yoshiga hisobidan 1 oy davomida, so'ng shu dozaning 1G`3 kismini yana 1,5-2 oy beriladi. Yarim yotiq holatda, kislorodoterapiya;

Yurak glikozidlari; Siydik haydovchi vositalar; Suyuqlik hajmi diurez nazoratida: 1-kunda 40-50 mlG`kg gacha, keyinchalik 70 mlG`kg gacha, o'pka shishi, oligouriyada-20-30 mlG`kg.

Kokarboksilaza, vit V6, vit V12, vit V5. Anabolik steroidlar kasallik boshlanishidan 1,5-2 oydan so'ng tavsiya etiladi. Ritm buzilganda-izoptin vG`i 0,1-0,3 mgG`kg yoki peros -1 tab-1 marta, aymalin, novokainamid 10%-0,2-0,3 mlG`kg samaralidir.

Surunkali kardit davosi:

3-4 xaftaga yotoq rejim, ovqatlanish 5 marta oz-ozdan.

Agar ilgari garmonoterapiya o'tqazilmagan bo'lsa, prednizolon 1,5-2 mgG`kg (40-60 mg) sutkada 1 oy, keyinsaqllovchi dozada (0,3-0,5mgG`kg) uzoq vaqt beriladi

Digoksin

Obzidan 0,5-0,7 mgG`kg sutkada peroral digoksin va prednizolon (10-15 mgG`sut) uzoq vaqt beriladi

Tromboemboliyada-geparin 10000 edG`kg 1 marta sutkada tomchilab vG`i yoki 5000 ed 2-3 marta sutkada mG`o 2-3 xafta davomida beriladi

Profilaktikasi:

Organizm himoya kuchini oshirish (chiniqtirish, sovuq vanna oyoqqa, ho'l artinish va x.k)

Surunkali infeksiya o'choqlarini davolash

Jismoniy harakatni cheklash, jismoniy tarbiya mashg'ulotlarida mahsus guruhda va yurish mumkin. Sedativ terapiya.

Nisbatan tez-tez uchrab turadigan tug'ma yurak kasalliklaridan biri, o'pka arteriyasining torayishidir. Uning asosiy alomatlari: yurak chegarasi o'ng tomonga qarab kengayadi, o'ng qorincha hajmi ortiqcha kattalashib ketadi, to'sh suyagining chap tomonidan, II va III qovurg'alar oralig'ida sistolik to'qillagan tovush eshitiladi,

Taqqil laydigan tovushlar	Tug'ma taqqillaydigan tovushlar	Ortirilgan taqqillagan tovushlar
YoSh	Odatda bola hayotinnng birinchi kunidayoq aniqla adi	3—4 yilgacha nisbatan juda kam
Anamnez	Bolaning ko'karishi — yig'lashda, baqirishda, ovqatlantirishda	Revmatizm, xoreya skarlatina, кайталанувчангина
Boshqa alo-matlar	Umum rivojlanishdan orqada qolish, boshqa tugma nuqson lar va mayib-мажрухликлар	

Miokardit. Yurak mushagi yallig'langanda, yurak ken-gayganda ko'pincha yuzaki, ustki tomonida va pastda turtki seziladi. Yurak tovushi sekin, ba'zan mitral qopqoq. mushagining yetishmasligi natijasida to'qilla-gan sistolik tovush eshitiladi, susaygan tomir tez-tez, ba'zan noto'g'ri urib turadi. Bo'g'mada, bodda va boshqa kasalliklarda «galopa» ritmi, embriokardiya pasayi-shi, ichki organlarda turg'unlik, jigarning kengayishi va og'ruvchanlik yuz beradi. EKG — repolyarizatsiya o'zgarishi, T — voltaji pasayishi, 5—T intervali ka-mayishi, ba'zi vakt ekstrasistoliya, sinoaurikulyar, vertikulyar blokadası kuzatiladi.

Perikardit. Ekssudativ perikarditda teng yonli uch-burchak ko'rinishidagi to'mtoqlik aniqlanadi, yurak-ji-gar burchagi tekislangan, yurak turtkisi ko'zga tashlan-maydi, tovush sekinlashgan, tomir urishi yumshoq., sekin-lashgan bo'ladi.

Perikarditning boshlang'ich davri va shuningdek, eks-sudatning surilishida perikarditning ishqalanish tovushi paydo buladi, yurak o'ziga xos sanchib og'rimaydi, quruq. Yo'tal, nafas siqilishi yuz berib, bemor suyanib o'tirish vaziyatini qabul qiladi.

Endokardit. Endokarditda yurak turtkisi kuchli, yoyilgan bulib, yurak soxasini qo'l bilan

ushlaganda ba'zan «mushuk xirillashi» kabi xirillash eshitaladi, key-in tegishli zararlangan joydan ko'pincha sistolik, ba'zan diastolik to'qillagan tovush yurak tepasida eshitaladi. Tomir urishi tezlashib, tana xarorati ko'tarili-shi mumkin.

### **TUG'MA YuRAK KASALLIKLARINING KELIB CHIQISHI VA PATOGENEZI**

Bu masala to'g'risida hozircha aniq bir fikr yo'q. Ba'zilar tug'ma yurak kasalligi bola ona qornidagi vaqtida endokarditni boshidan kechirish sababli paydo bo'ladi, deb xisoblaydilar. Boshqalar esa ona qornida turli ziyonli omillar, chunonchi zaharlanish, infektsiya, onaning xomiladorlik vaqtida noto'g'ri ovqatlanishi va boshqalar natijasi deb tahmin qiladilar.

Xozirgi vaqtda uning rivojlanishi homiladorlikning birinchi 3 oyligida onaning qizilcha kasalligi bilan og'rishiga bog'liq ekanligi aniqlangan. Shuningdek, onaning homiladorlik davrida virus infektsiyasi bu kasallik rivojlanishi uchun qulay sharoit yaratadi deb o'ylashga asos bor. Tug'ma mayib majruhlik kabi, tug'ma yurak xastaligi ham onaning birinchi 3 oylik homiladorlik davrida nur ta'siridan zararlanishida rivojlanishi mumkin.

qon aylanishining yetishmasligi. Qon aylanishining yetishmasligiga ikki omil sabab bo'lishi mumkin — yurak mushaklarining sustligi va vazomotor buzilishi, bunda qonning qaytadan taqsimlanishi kelib chiqadi, ya'ni ichki a'zolar tomirlari qon bilan liq to'lib, teri, qo'l-oyoq va markaziy nerv sistemasi tomirlarida esa qon miqdori etarlicha bo'lmaydi. Bu hol bexushlikda shokda, kollapsda kuzatiladi. Tomir va yurak yetishmovchiligining ko'rinishlari quyidagicha farq qiladi.

Yurak yetishmovchiligida bemor o'zini suyanib o'tirgan holda yahshi sezadi, tomir yetishmovchiligida esa boshini tushirib, oyoqlarini esa ko'tarib yotish yengillik yaratadi.

Yurak etishmovchiligida teri, bo'yin va qo'l-oyoq venalari qon bilan liq to'la, tomir etishmovchiligida esa yetarlicha bo'lmaydi. Yurak yetishmovchiligida vena bosimi ko'tariladi, tomir etishmovchiligida pasayadi.

Yurak etishmovchiligida — nafas tezlashadi, tomir yetishmovchiligida yuzaki, sust nafas olinadi.

Kollapsda yurak kengaymaydi.

Kollapsda qon bosimi har vakt pasaygan, yurak yetishmovchiligida ko'pincha ko'tarilgan bo'ladi.

Kollapsda — oqarish, yurak yetishmovchiligida ko'karish buladi.

Shuni esda tutish kerakki, bu buzilishlar aloxida kurinishiga nisbatan ko'pincha ko'shilgan holda uchraydi.

Bolalarda norevmatik karditlar

Kardit —bu yurakning turli etiologiyali yallig'lanishi bo'lib, 1 yoshgacha bolalarda ko'p uchraydi.

Ko'pincha o'g'il bolalar kasallanadi (2G'3)

Karditning turli xil yuqumli kasalliklarning qo'zg'atuvchisiga bog'liq bo'lmagan asorati ham bo'lishi mumkin.

Ko'pgina avtorlar karditning ko'p tarqalgan sababi virus deb hisoblaydi.

Etiologiyasi

Enterovirus Koksaki A va V, ESNO (poliomielit virusi)

Tsitomegalovirus, Oddiy gerpes, Suv chechak virusi, Gripp, adenovirus, kizilcha virusi

Streptokokk, stafilokokk, proteya, Salmonella, Toksoplazma, Zamburug'lar

Iersiniyalar, Dorilar, zardob, vaksinalar

Fizik, ximik, biologik, termik agentlar, Enterovirus Koksaki A va V, ESNO (poliomielit virusi), Sitomegalovirus, Oddiy gerpes, Suv chechak virusi Gripp, adenovirus, qizilcha virusi, Streptokokk, stafilokokk, proteya

Salmonella, Toksoplazma, Zamburug'lar, Iersiniyalar

Dorilar, zardob, vaksinalar

Fizik, ximik, biologik, termik agentlar

Ko'pincha aralash infektsiya: virus-bakterial, va virus-virusli kuzatiladi

Infektsion karditlardan tashqari, allergik, toksik (bo'g'ma), toksik-allergik, progressiyalanuvchi mushak-lar distrofiyasida, kolla-genozlardagi kardit, fizik, ximik, biologik agentlar ta'sirida miokard jarohat-lanishi oqibatidagi kardit-lar va idiopatik karditlar mavjud

Irsiyat ham diqqatni talab etadi, ko'pincha yurak xastaligi xavfi ogir irsiyati bo'lgan oilalarda uchraydi

Bu genetik almashinuvning buzilishi oqibatida, banal infektsiyaga patologik reaksiya uchun sharoit yaratadi

Kardit asosida virusga qarshi immunitetning genetik determinatsiyalangan nuqson i bo'lishi mumkin

Patogenezi

Patogenez kuyidagi omillarga bog'lik:

Virusning moyilligi (tropnost)

Bemor yoshi

Immun reaksiyalarning genetik xarakteri

O'tkir va surunkali karditning patogenezi xar xil

O'tkir kardit patogenezi

Infektsion omilning ta'siri (puskovoy mexanizm), yallig'lanish mediatorlarining chiqarilishi (bradikinin, gistamin, serotonin, prostoglandin va boshq.), gipersezgirlikning tez turidagi reaksiyasi (immun komplekslar ta'sirida o'tkir immun yallig'lanish) tomirlar o'tkazuvchanligining oshishi va hujayra infiltratsiyasi bilan, ko'pincha tomirlar devori jaroxati bilan (Artyus fenomeni) kuzatiladi.

Autoallergiya asosiy mexanizm bo'lmaydi, faqat bir komponent bo'lishi mumkin.

Tug'ma karditlar:

Yoki antenatal karditlar- xomiladorlik davrining turli muddatida infektsion omillarning jarohatlantiruvchi ta'siri natijasidir;

Ular erta va kechki bo'lishi mumkin.

Erta tug'ma karditli bemorlar guruxiga, asosiy morfologik substrat endomiokardning fibroelastozi ( elastik to'qima ustunlik qiladi) yoki elastofibrozi (fibroz to'qima ko'p) bo'lgan bemorlar kiradi, kechki kardit guruxiga-kursatilgan belgilar bo'lmagan bemorlar kiradi.

Erta fetal davrda (erta fetopatiya-4-7 oy) homila to'qimasi jarohatlantiruvchi agentlar (virus, bakteriyalar) ta'siriga yallig'lanishning ketma-ket bosqichi bilan javob bera olmaydi. Bu esa fibroz yoki elastik to'qima shakllanishi bilan namoyon bo'ladi.

Kechki karditda (kechki fetopatiya-7-oy va undan keyin) odatdagi yallig'lanish jarayoni boshlanadi. Endomiokard elastofibrozi fibroelastozdan farqli, odatda, yurakda yallig'lanish belgilari bilan birgalikda kuzatiladi va erta va kechki karditning oralig'ida bo'ladi, bu infektsion omilning persistlanuvchi ta'siriga bog'lik bo'lishi mumkin.

Erta tug'ma karditning boshlangich davrida ekstrakardial belgilar, avj olish davrida kardial belgilar namoyon buladi.

Kardial belgilar:

Tsianoz;

Yurak bo'rtig'i (gorb);

Nisbiy chegarasi kengayishi;

Cho'qqi turtkisi aniqlanmaydi yoki pasaygan;

Tonlar bo'g'iq;

Shovqin bo'lmaydi;

Ekstrakardial belgilar:

Tana vaznining kamligi;

Rangining oqarishi;

Bexollik;

Ko'p terlash;

Emishdan bosh tortish yoki charchab qolish;

Tsianoz;

Injiqlik;

Afoniya;

Ritmning buzilishi xarakterli emas;

Doimiy belgi-yurak-tomir yetishmovchiligi(total, chap qorincha yetishmovchiligi ustunlig bilan);

Tovushning afoniyasi yurak chap kamerasining dilyatatsiyasi bilan boglik (qaytar ner bosiladi);

Kardiomegaliya (tusatdan rentgenda aniqlanadi).

Ritmning buzilishi bu kechki tug'ma karditga xos:

Barcha bemorlarda yurak yetishmovchiligi total xarakterda bo'ladi.

EKGdagi belgilar EFDagi o'zgarishlarni eslatadi.

Tug'ma karditlar oqibati:

Erta tugma karditlar oqibati yomon: ko'pgina bolalar xayotining birinchi yilida o'ladi (intensiv davoga qaramay).

Tugma FEda o'rtacha hayot kuni 1yosh 4oy, postmiokarditli EFda-3yosh3oy (ba'zan 10-12 yosh).

Bola xayotining birinchi oylarida davolanmaganlari o'ladi.

qolgan hollarda kardit surunkaliga o'tib klinik simptomlar stabillashadi,tuliq sog'ayish ham mumkin.

Orttirilgan karditlar:

Erta yoshdagi va 5 yoshdan katta bolalar orasida ko'p uchraydi.

O'g'il va qiz bolalarda xususiyati yo'k.

Kardit miokardning diffuz yallig'lanishi bilan.

Kardit asosan yurak o'tkazuvchanlik tizimi jaroxatlanishi bilan uchraydi.

Orttirilgan kardit klinikasi:

O'RVI asosida yoki O'RVIDan 1-2 hafta o'tgach paydo bo'ladi.

O'RVI bilan bir vaqtda stafilokokk yoki streptokokk infeksiyasi aniqlanadi.

O'tkir kardit klinikasi:

Polimorfizm bilan farqlanadi.

Asosan O'RVI belgilari va ekstakardial belgilar kuzatiladi.

Dastavval o'tkir kardit chap qorincha yetishmovchiligi belgilari bilan namoyon bo'ladi:-hansirash,shovqinli nafas, yurak ritmining buzilishi, taxikardiya, bradi yoki taxiaritmiya, diurez kamayadi, to'qimalarda shish paydo bo'ladi, jigar kengayadi, o'pkada turli kalibrli ho'l va quruq hushtaksimon xirillashlar eshitiladi.

Yurak sohasi o'zgarmagan.

Yurak bo'rtig'i bo'lmasligi kasallikning o'tkir tabiatidan darak beradi.

Puls past yoki konikarli tuliqlikda.

Arterial bosim me'yorda yoki gipotoniya moyilligi bor.

Chuqqi turtkisi sust rezistentlikda yoki umuman aniqlanmaydi.

Yurak tonlari bug'ik, yurak xajmi qancha kattalashgan bo'lsa, cho'qqida 1-ton shuncha bo'g'iqlashadi, o'pka arteriyasida 2-ton biroz kuchaygan, bu o'tkir boshlangan passiv gipertenziya tufayli:

O'tkir diffuz karditning og'irlik kriteriyalari EKG bo'yicha:

QRS kompleks voltajining pasayishi, ST segment va T tishchaning o'zgarishi, xavfli taxiaritmiya borligi, davo asosida aniqlangan o'zgarishlarning barqarorligi

O'tkir kardit oqibati:

42,1% bemorda sog'ayish kuzatiladi.

Yarmida o'tkir ostiga, so'ng surunkaliga o'tadi.

Letal xolat-2,2%.

O'tkir osti karditlar:

O'tkir karditga ko'ra kam uchraydi va 2 yoshdan 5 yoshgacha bolalarda uchraydi

Klinikasi:

O'RVIdan bir necha oydan so'ng bolalarda behollik, injiqlik, tez charchash, uyquchanlik, sababsiz rangining oqarishi, ishtahaning keskin pasayishi kuzatiladi Bu simptomlar sekin, ammo progressiv kuchayib boradi.

Birinchi belgilaridan biri-gipotrofiya bo'lishi mumkin:

To'satdan hansirash xurujlari, yo'tal, sianoz, ba'zan qisqa muddatli hushdan ketish, sovuq ter, keskin oqarish va bradikardiya-kasallikning birinchi ekstrakardial belgilari bo'lishi mumkin.

Xaroratli reaksiya bu davrda kuzatilmaydi.

«Kaytalanuvchi pnevmoniya» ko'rinishida ko'pincha chap qorincha etishmovchiligining ko'zg'alishi kechadi.

Kardial belgilar asta-sekin rivojlanadi, ba'zan tusatdan reinfeksiya yoki prof.emlamlardan so'ng o'tkir yurak etishmovchiligi paydo buladi.

Manifestatsiya davrida o'tkir osti karditning asosiy va doimiy simptomi-xansirashdir:

O'tkir osti kardit o'tkir karditning oqibati sifatida o'tkazilgan davo choralariga qaramay, 6-18 oy va undan uzoq vaqtgacha davom etadi.

EKGda-taxikardiya, atrioventrikulyar o'tkazuvchanlik sekinlashgan, PR-interval qisqarishi yoki WPW-sindromi bo'ladi:

O'tkir karditdan farkli o'tkir osti karditda EKGda bo'lmachalar zuriqishi belgilari bo'ladi;

Surunkali karditlar:

Asosan katta yoshdagi bolalarda uchraydi va kechishiga ko'ra:

Birlamchi surunkali kardit-klinik simptomisiz boshlang'ich faza bilan sekin rivojlanuvchi jarayon;

O'tkir yoki o'tkir osti karditdan davolanishiga qaramay rivojlangan surunkali kardit bo'ladi.

SK gemodinamikasiga kura 2 ta varianti farqlanadi:

SK chap qorincha katta bo'shlig'i va miokarda sklerotik jarayonning ustunligi bilan; Uning asosida miokardning qisqarishi faoliyati buzilishi yotadi

SK chap qorincha bo'shlig'ining torayishi yoki normal bo'shliq bilan –shunga ko'ra gipertrofik va restriktiv variant-lari, gipertrofik va sklerotik jarayonlar-ning turli xil nisbati bilan

Uning asosida miokardning diastolik (relaksatsion) faoliyati buzilishi yotadi

SK klinikasi:

Ikkala variantda ham uzoq vaqt simptomsiz jarayon kuzatiladi va ekstrakardial belgilar ustunlik qiladi:

Jismoniy oʻsishdan orqada qolish, tez charchash, behollik, qaytalanuvchi pnevmoniyalar, kusish, koʻngil aynishi, qorinda ogʻrik va x.k.

Bemrlarning qismida boshqa simptomlar bilan birga MAS ning jaroxati belgilari paydo boʻladi:

Ya'ni toʻsatdan rangining oqarishi, bezovtalik, xushdan ketish, tutqanoq, ba'zan toʻxtovsiz qusish, sovuq ter, taxikardiya minimal hansirash bilan

Ba'zan gemiparez rivojlanadi

SK oqibati:

Letal holat-26,3%, keyinchalik -100%

Yashayotgan SKli bemorlarda oqibati kardioskleroz, miokard gipertrofiyasi, oʻpka gipertenziyasi va boshqa, doimiy yurak yetishmovchiligi rivojlanishi va kuchayishi xafi bor boʻladi.

Qiyosiy tashhisoti:

Tugʻma yurak nuqson lari,  
koronar tomirlar kasalliklari va nuqson lari,  
tugʻma absalyut atrioventrikulyar blokada,  
revmatizm,  
aritmialar,  
mitral klapan prolapsi,  
progressiyalanuvchi mushaklar distrofiyasi,  
almashinuvning buzilishidagi yurak xastaliklari,  
konstriktiv perikardit,  
QTsindrom uzayishi,  
kardiomiopatiyalar,  
qorinchalar erta repolyarizatsiyasi sindromi,  
yurak oʻsmasi,  
koʻks oraligʻi onkoxastaliklari bilan utqaziladi.

Oʻtkir va oʻtkir osti karditlar davosi:

2-4 xaftaga harakat faoliyatini cheklash

Ratsional ovqatlanish-tuzni cheklash

Antibakterial terapiya-2-3 xafta davomida

Gerpes infektsiyada-interferon

Toksoplazmada-xloridin va sulfanilamidlar beriladi.

Prednizolonga kursatmalar:

Diffuz jarayon yurak yetishmovchiligi bilan;

Oʻtkir osti boshlanishi surunkaliga oʻtish darakchisidek;

Oʻtkazuvchanlikning buzilishi bilan kardit

Prednizolon-peroral 1-1,5 mgG`kg 1 oy davomida, 3 yoshgacha bolalarda har 3-4 kunda 1G`3-1G`4 tabletkadan, katta yoshdagi bolalarda xar 3-4 kunda 1 tab-kadan asta-sekin kamaytirish, yana 1-1,5 oy davomida.Samarasizlikda saqllovchi doza-0,5 mgG`kgG`sut bir necha oy davomida beriladi.

Oʻtkir osti yoki surunkaliga oʻtsa-delagil, plakvenil indometatsin yoki voltaren bilan birga beriladi.

Salitsilatlar 0,15-0,2 gG`yoshiga hisobidan 1 oy davomida, soʻng shu dozaning 1G`3 qismini yana 1,5-2 oy beriladi

Yarim yotik holatda, kislorodoterapiya;

Yurak glikozidlari;

Siydik haydovchi vositalar;

Suyuqlik hajmi diurez nazoratida: 1-kunda 40-50 mlG`kg gacha, keyinchalik 70 mlG`kg gacha, o`pka shishi, oligouriyada-20-30 mlG`kg.

Kokarboksilaza, vit V6, vitV12.vit V5

Anabolik steroidlar kasallik boshlanishidan 1,5-2 oydan so`ng tavsiya etiladi.

Ritm buzilganda-izoptin vG`i 0,1-0,3 mgG`kg yoki peros 1 tab-1 marta, aymalin, novokainamid10%-0,2-0,3 mlG`kg samaralidir.

Surunkali kardit davosi:

3-4 haftaga yotoq rejim, ovqatlanish 5 martag oz-ozdan.

Agar ilgari garmonoterapiya o`tzazilmagan bo`lsa, prednizolon 1,5-2 mgG`kg (40-60 mg)so`tkada 1 oy, keyinsaqllovchi dozada (0,3-0,5mgG`kg) uzoq vakt beriladi

Digoksin

Obzidan 0,5-0,7 mgG`kg sutkada peroral digoksin va prednizolon (10-15 mgG`sut) uzoq vaqt beriladi

Tromboemboliyada-geparin 10000 edG`kg 1 marta sutkada tomchilab vG`i yoki 5000 ed 2-3 marta sutkada mG`o 2-3 hafta davomida beriladi

Profilaktikasi:

Organizm himoya kuchini oshirish (chiniqtirish, sovuq vanna oyoqqa, ho`l artinish va x.k)

Surunkali infektsiya o`choqlarini davolash

Jismoniy xarakatni cheklash, jismoniy tarbiya mashg`ulotlarida maxsus guruhda va yurish mumkin

Sedativ terapiya.

---

## Amaliy mashg`ulot № 6

### Amaliy mashg`ulot o`qitish texnologiyasi

<b>Mavzu</b>	<i>Bolalarda yuvenil revmatoid artrit Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi</i>
--------------	--

## 6.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 5 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bolalardayuvnilrevmatoidartritkasalligito'g'risidatushuncha</li> <li>2. YuRAning kechish xususiyatlari, tasnifi, diagnostik mezonlari,</li> <li>3. YuRAni laborator – instrumental- grafik tekshiruvlari</li> <li>4. Bugimning faoliyati buzilishi darajalarini aniklash</li> <li>5. YuRA klinikasi. bosqichli davolash rejasi va oldini olish ( birlamchi, ikkilamchi va joriy) tadbirlari.</li> </ol>
<p><b>O'quv mashg'ulotining maqsadi :</b>Talabalargabolalarda yuvenil revmatoid artrit kasalligini kechish xususiyatlari, diagnostik mezonlari, laborator – instrumental- grafik tekshiruvlari to'g'risida tushuncha berish. Bugimning faoliyati buzilishi darajalarini aniklashni o'rgatish. Klinikasi. bosqichli davolash rejasi va oldini olish ( birlamchi, ikkilamchi va joriy) tadbirlari to'g'risida tushuncha berish. Tekshirish usullari. Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bo'lish</p>	
<b>Pedagogik vazifalar</b>	<b>O'quv faoliyati natijalari</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Talabalargabolalarda revmatoid artrit kasalligi to'g'risida tushuncha berish.</li> <li>- yuvenil revmatoidli artritda bugim faoliyatini etishmovchiligi darajasini aniqlay olishni o'rgatish</li> <li>- Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega kilish.</li> <li>- bolalarda YuRA kasalligini aniqlay olishni o'rgatish</li> <li>- revmatoidli artrit kasalligini etiologiyasi, patogenezini, klinikasi va davolashni o'rgatish</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bolalarda revmatoid artrit kasalligi to'g'risida tushuncha berish.</li> <li>- yuvenil revmatoidli artritda bugim faoliyatini etishmovchiligi darajasini aniqlay olishni o'rganish</li> <li>- Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bo'lish.</li> <li>- bolalarda YuRA kasalligini aniqlay olish</li> <li>- revmatoidli artrit kasalligini etiologiyasi, patogenezini, klinikasi va davolashni o'rganish</li> </ul>
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasionxonajixozlari» vah.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zakinazorat: savol – javob, mustaqiliish, ma'ruza, amaliymashg'ulotdaftari

## 6.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi	

	<p>2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi</p> <p>3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</p> <p>4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</p> <p>5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi.</p> <p>6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi</p>	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<p>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</p> <p>2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</p> <p>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</p>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)	<p>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi.</p> <p>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</p> <p>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi.</p> <p>4. Guruxlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi.</p> <p>5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Anqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi.</p> <p>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi.</p> <p>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</p> <p>8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi.</p> <p>9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>Tinglaydilar, asosiy jixatlarini yozib oladilar</p> <p>Kichik guruxlarga bo'linadilar.</p> <p>Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar</p> <p>Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar.</p> <p>Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar.</p> <p>Savollarga javob beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar.</p> <p>Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</p> <p>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</p> <p>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi</p> <p>Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish; o'zlashtirish ishi « Tizimli qizilcha- 5s, Tizimli sklerodermiya » – 5 s</p> <p>Referat, Krossvord, Internet ma'lumotlaridan</p>	<p>Savollar beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

### **Yuvenil revmatoid artrit (YuRA) mavzusi.**

Yuvenil revmatoid artrit (YuRA) – revmatoid artritning bolalardagi shakli bo'lib, 16 yoshgacha davrda boshlanadi va kattalardagi revmatoid artritdan ko'pincha o'tkir boshlanib, kasallikni sistemali variantlarini rivojlanishi, isitmalash va bo'g'imdan tashqari ko'rinishlar, ko'p bo'lmagan bo'g'implarning shikastlanishi, yirik bo'g'implarni shikastlanishi va umurtqaning bo'yin soxasini jarayonga qo'shilishi, uveitni rivojlanishi, qon zardobida RF kam aniqlanishi, kechishi va oqibatini nisbatan bezararli bilan farqlanadi. «Revmatoid artrit» atamasini 1892 yilda Carrod kiritgan. YuRA immunopatologik kasallik bo'lib, autoimmun jarayon rivojlanishi bilan har akterlanib, biriktiruvchi to'qimaning tizimli zararlanishi bilan kechib, surunkali, retsidivlovchi, kuchayib borishga moyil bo'ladi.

YuRAning tarqalishi 0,01-0,001% ni tashkil qiladi, chet el manbalarida YuRA har bir yilda 1000,000 axolida 2 dan 19 tagacha kayd etiladi. Biriktiruvchi to'qima ning diffuz kasalliklari orasida birinchi urinda YuRA, keyin sklerodermiya, tizimli qizil yugurgi, dermatomiozit va sistemali vaskulitlar turadi.

Evropada 100000 ta bolaga 5ta 10 ta, AKShda esa 100000 ta bolaga 100 ta. Keyingi ikki o'n yillikda YuRA bilan kasallangan bolalarning soni 2-3 marta ortdi. O'zbekiston da YuRAning tarkalishi 1000 bolalar axolisiga 0,28 tani tashkil qiladi.

YuRA bilan barcha yoshdagi bolalar kasallanadilar, lekin ko'krak yoshidagi bolalarni kasallanishi kamdan kam uchrab, eng yuqori kasallanish 5 -7 va 12-14 yoshlarga to'g'ri keladi va qizlar o'g'il bolalarga nisbatan 1,5-2 barobar ko'p kasallanadilar.

Etiologiyasi:- YuRAning etiologiyasi noanik. Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, YuRA da biriktiruvchi to'kimaning(asosan bo'gimlarning) shikastlanishi immunopatologik buzilishlar (autoagressiya) tufayli rivojlanadi.kasallikning autoimmun tabiatini qator belgilar tasdiklaydi: RF, turli autoantitelalar, immun komplekslar, biriktiruvchi to'qimalarning komponentlariga sensibillashgan limfotsitlar, o'chokli patogistologik o'zgarishlar bilan immun yallig'lanish ko'rinishlari orasida o'xshashlikni aniqlanishi, infeksiyon agentni aniqlash imkoni yo'qligi, infeksiyaga qarshi davrning natijasizligi va immunomodullovchi vositalarning effektivligi. Keyingi yillarda etiologik faktori bo'lib, streptokokklardan A va V guruxi, ichak infeksiyalari, mikoplazmalar bulib xisoblanadi. Viruslar- asosan Epshteyn – Bara virusi, V- limfotsitlarda lokalizatsiyalanadi va immunoglobulinlar sintezini buzish qobiliyatiga ega bo'ladi.

YuRAni kelib chiqishida irsiy omilning roli aniqlanib, buni bemorning qarindoshlari va monozigotli egizaklar orasida RA ni uchrashining yuqoriligi, shuningdek RA li bemorlarda populyatsiyadagiga nisbatan HLA ning D va DR lokuslarini ko'proq aniqlanishi tasdiqlaydi. Lekin YuRA da populyatsiyadagiga va RA dagiga nisbatan HLA, DW4, DRW4 kam uchraydi. Patologik jarayon rivojlanishiga ko'p lab tashki ta'sirlar ( bakterial va virusli, dori preparatlari, ayniqsa oksil preparatlar yuborish, fizik faktorning nojo'ya ta'siri natijasida rivojlanishi extimoli bor.

Patogenezi:- YuRAning rivojlanishda autoimmun buzilishlar asosiy rol o'ynaydi. Taxmin qilinishicha immunokompleksli sindromi sababi immun javobni boshqaruvning buzilishi bo'lib, T- va B- limfotsitlar funktsiyasi disbalansi (xususan T-limfotsit sistemasining immunodefitsiti kuzatilib, bu ?ol V –limfotsitlar bilan nazoratsiz antitekllalar, xususan IgG sinteziga olib keladi) tufayli sodir bo'ladi. Buning natijasida etiologik omil bo'g'imning sinovial pardasini shikastlaganida, antigen-antitela turida reaksiyaga kirishish qobilyati, autoreaktiv xususiyatga ega o'zgargan IgG ni paydo bo'lishi bilan mahalliy immun reaksiya paydo bo'ladi.

YuRA ni ravojlanishiga moyillik tug'diruvchi ahamiyatli “xavf omillar”

Onani ?omiladorlik davrida bo'g'im kasalliklari, toksikozlar yoki nefropatiyalar I-II –darajali qarindoshlarda revmatik kasalliklar (ayniqsa RA)

Yashash sharoitining qoniqarli bo'lishi. (xonadoni qulayliklarsiz yoki sovuq, zax yoki kichik

hajmli).

Ota –onasi – ma'lumoti past, ishchi va xk.

Bolaning 3 va undan ortiq bolalar infeksiyon kasalliklarini o'tkazganligi, tez – tez o'tkir respirator kasalliklar va anginalar, surunkali infeksiya o'choqlari, o'tkir va surunkali pnevmoniya, allergik reaksiyalar, yiringli –septik kasalliklar bilan kasallanishi.

Kasallik sababi bo'lib immun javob regulyatsiyasining buzilishi xisoblanadi. T va B - limfotsitlar funksiyasining disbalansi, T- limfotsitlarning immunodefitsiti, buning natijasida V- limfotsit antitelalarining forsirlashgan sintezi kelib chiqadi. YuRA ning bo'g'im formasida - etiologik faktor bo'g'imning sinovial pardasini zararlaydi, bunga javoban maxalliy immun reaksiya rivojlanadi, Ig G guruxi o'zgarishi kuzatiladi. IgG immun sistemaga begona antigen bo'lib ko'rinadi, shuning uchun sinovial plazmatik xujayralari, limfa tugunlari va taloq shu antigenga karshi antitelalar ishlab chiqaradi.

YuRA ning bo'g'imdan tashqari formalari:- immunokompleksli vaskulitlar to'qima larning sensibilizatsiyalashgan tomonidan zararlanishlari kiradi.

RA ning patogenezi

Etiologik omili

Irsiy omillik

T- va B- limfotsitlari funksiyasining disbalansi

Immun javob boshqaruvining buzilishi

T-limfotsitlarni tanqisligi va antitela sintezining etarsiz nazorati

Ig G bilan agregatsiyalangan B- limfotsit sintezi

Immunoglobulinlarga agregatsiyalangan antitelalarni RF xosil bo'lishi

Ig va RF ning o'zaro ta'siri va IK larning xosil bo'lishi

Ivish sistemasining faollashuvi

Limfokinlarni ajralishi

Komplementning faollashuvi

Xemotaksis

Xujayralarni shikastlanishi

Yallig'lanish mediatrlarini ajralib chiqishi

Sinovit, bug'imdan tashqi ko'rinishlar

Patologik anatomiyasi:- konflikt zararlangan bo'g'imning sinovial pardasida yuzaga keladi.

Boshlang'ich bosqichlarida o'tkir sinovit belgilari, ekssudativ o'zgarishlar. Keyinchalik protsessga, tog'ay, bo'g'im atrofida to'qimalar qo'shiladi. Fibrozli- sklerotik uzgarishlar rivojlanadi, sinovial pardada granulyatsion- biriktiruvchi to'qima o'sadi ( pannus ), bu har doim tog'ayning yo'qolishi, bo'g'imning chiqishlariga, ankilozlar rivojlanishiga va bo'g'imlar biriktiruvchi to'qimalarning dezorganizatsiyasi yuz beradi, shuning uchun YuRA ga sistemli kasallik deb qaraladi.

Patomorfologiyasi. Kasallikda patologik jarayon asosan bo'g'implarda va bo'g'im atrofi to'qimalarida rivojlanadi. Yallig'lanish jarayoni bo'g'implarning sinovial pardasida surunkali tavsifda kechib, tog'ayni emirilishi va keyinchalik fibrozli va suyakli ankilozlarni rivojlanishi kuzatiladi.

Yallig'lanishning erta bosqichlari temir – to'qima o'tkazuvchanligini ortishi, shish, sinovial parda to'qimasining tulaqonligi, mukoid bo'kishi, fibrinni sizib chiqishi va fibrinoid o'choqlarini rivojlanishi kuzatiladi. Tomirlarda vaskulitlar, asosan venulalarni shikastlanishi bilan trombovaskulitlar manzarasi kuzatiladi. Keyingi bosqichida tomirlarga, limfoid va plazmatik hujayralarga boy subintimal qavatda granulyatsion to'qimaning o'sishi aniqlanadi. Sinovial pardaning chetlari tomonidan o'sayotgan granulyatsion to'qima tog'ayga pannus ko'rinishida egallaydi. Tog'ay emirilib, naqshliklarini, yorilishlarni va sekvestrlarni paydo qiladi. Tog'ayni emirilishi subxondrial suyak tomonidan o'sayotgan granulyatsion to'qima hisobiga amalga oshadi. Makroskopik bo'g'im yuzasining chuqurligi, tog'ayli yuzaning donadorligi, sarg'ishlik, ba'zan to'liq emirilishi kuzatiladi. Granulyatsion to'qimani etilishi shikastlangan bo'g'imlar yuzasini fibroz to'qima bilan to'planishiga, bo'g'im tirqishining torayishiga, fibrozli chatishmalarni, fibroz-suyakli ankilozni paydo bo'lishiga olib keladi. Suyaklardagi o'zgarishlar subxondrial plastinkada kuzatilib, u ham granulyatsion to'qimaning rezorbtsiyasiga uchraydi. Suyak epifizlarida revmatoid granulemlar paydo bo'lishi mumkin. Kasallikda sinovial pardaning punktsion bioplatini tekshiruvchi revmatoid sinovitni ko'rsatib, uning belgilari proliferativ jarayonlarga (tomirlar, sinoviotsitlar, fibroblastlar proliferatsiyasi), immunomorfologik reaksiyaga (limfotsitar, plazmohujayrali, makrofagal) va fibrozga xos bo'ladi.

Yallig'lanishli o'zgarishlar bo'g'im kapsulasida ham aniqlanib, jarayonning oxirida to'qima qattiqlashib, sklerozlashib, bo'g'im deformatsiyasiga va kon trakturalarni paydo bo'lishiga olib keladi.

Kattalardagi RA dan farqli YuRA dagi sinovitga quyidagilar xos:

- A) keskin ekssudativ o'zgarishlar;
- B) yallig'lanishli infiltratda polimorf –yadroli leykotsitlarning doimo mavjudligi;
- V) subsinovial kavatning fibroblastlarni proliferativ faolligini pastligi;
- G) limfoid-plazmotsitar infiltratsiyani sust ko'rinishi;
- D) limfoid follikulalarni shakllanishining kamligi;
- E) keskin sklerozni bo'lmasligi.

#### TASNIFNOMA

Yuvenil revmatoid artrit ( YuRA ) yoki yuvenil surunkali artrit (YuSA) – o'z ichiga 16 yoshgacha bo'lgan bolalarda har xil guruxdagi idiopatik artritlarni qamrab olgan.

Revmatizm bilan kurashish Xalkaro Ligasi 1997 yilda YuRAning quyidagi klasifikatsiyasini tavsiya etadi:

Sistemali artrit

Oligoartrit (persistirlovchi)

Oligoartrit (tarqalgan)

Poliartrit (revmatoid omil musbat)

Poliartrit (revmatoid faktor manfiy)

Enthesitis artrit ; Psoriatik artrit; Tasniflanmagan artritlar.

Ushbu klassifikatsiyada klinik belgilari va kechishiga qarab bir xil xastaliklarni guruxlarga ajratilgan.

Klassifikatsiyasi:- 4 asosiy guruxi mavjud:

I- YuRA ovqat bo'g'imlar zararlanishi bilan kechadi. Poli- oligo- monoartrit.

II - YuRA – bo'g'imlar zararlanishi bilan birga har xil ichki organlar zararlanadi.

Psevdoseptik va felti sindromlari kiradi.

III- YuRA boshqa revmatik kasalliklar bilan birga- deformatsiyalovchi osteoartroz, revmatizm yoki SKV, sistemali sklerodermiya.

IV- Still kasalligi.

Yuvenil surunkali artrit (YuSA).

Bolalarda 3 oydan ortik davom etuvchi artritlar yuvenil surunkali artrit kuyishga sabab bo'ladi.

. YuSA bo'lgan bemorlarni kuzatuv davrida yuvenil revmatoid artrit tashxisi qo'yish uchun:

1. kasallikning kuchayib borishi ( bo'g'im sindromining generalizatsiyasi, patologik jarayoniga ichki a'zolar jalb etilishi);

2.Zararlangan bo'g'implarda emirilish belgilari paydo bo'lishi ( tog'ay to'qima si parchalanishi, epifizlar melkokistoz qayta rivojlanishi, bo'g'im yuzasi uzuratsiyasi, ankiloz xosil bo'lishi);

3.Bo'g'imlar funktsiyasi turg'un buzilishi, va ayniqsa buzilishlar zo'rayib borishi yordam beradi.

Klinikasi.Klinik ko'rinishi:- Kasallik boshlanishida har xil kechadi.85% xollarda bo'g'im sindromi yoki o'rinni egallaydi. 15% i vaskulitlar va organlarni zararlash bilan kechadi.

Kasallikka moyillik tug'diruvchi omillarga:-o'tkir respirator infeksiyalar, aqliy zo'riqishlar,bo'g'imlar travmasi, zardob yoki dorili kasalliklar, xomiladorlik kiradi.

Kasallikning asosiy belgisi- poliartralgia – bo'g'implarda yallig'lanish belgilarisiz og'riqlar bo'ladi . harakatlar hajmi to'liq saqlangan. Oyoq va qo'l panjalari simmetrik zararlanadi.

Kasallik boshlarida- falangalararo bo'g'imlar, bilakuzuk kaft usti- falanga bo'g'imi, tirsak, ba'zan monoartrit ko'rinishida uchraydi. Bo'g'im og'riqlari ayniqsa ertalab kuchaygan bo'ladi , tinchlikda pasayadi. Ertalabki shaxtlik kuzatiladi. Ertalab bo'g'imlar harakati qiyinlashgan ( periartikulyar to'qima shishi) tufayli. Kechga borib har akat ancha yengillashadi. Chunki kechkurun endogen ilyo'q ookrtikoidlar miqdori oshadi.

Yuvenil revmatoid artritning tasnifnomasi A.V.Dolgoplov, A.A. Yakovleva, L.A. Isaeva 1980y

Klinik-anatomik tavsifi	Klinik-immunologik tavsifi	Kasallikning kechishi	Jarayonning aktivlik darajasi	Artritning rentgenologik bosqichi	Bemorning funksional qobiliyati
<p>YuRAning asosan bo'g'im shakli (ko'zning shikastlanishi bilan yoki beshikast): poliartrit, oligoartrit, monoartrit</p> <p>YuRAning bo'g'im-vistseral shakli: cheklangan vistseritlar bilan (retikuloendotelial sistemani, yurak, tomirlar, buyrak, O'pka, asab tizimlari, seroz qobiklar, teri, ko'zni zararlanishi, ichki a'zolar amiloidozi).</p> <p>Still sindromi</p> <p>Allergoseptik sindrom</p> <p>YuRAning revmatizm, BTDK bilan birgalikdagi shakli.</p>	<p>RF ga sinov musbat</p> <p>RF ga sinov manfiy</p>	<p>Tez avj oladigan</p> <p>Sekin avj oladigan</p> <p>Sezilarsiz avj oladigan (bezarar)</p>	<p>yuqori (III)</p> <p>o'rta (II)</p> <p>Past (I)</p> <p>Remissiya</p>	<p>I – bo'g'im oldi osteoporozi; bo'g'im bo'shlig'iga suyuqlik yig'ilganlik alomatlari: periartikulyar to'qimaning qattiqlashishi: zararlangan bo'g'im epifizi o'sishini tezlashishi;</p> <p>II – o'sha o'zgarishlar va bo'g'im oralig'ining torayishi; ayrim suyuqlik naqshlari;</p> <p>III – tarqalgan osteoporoz; suyak – tog'ay destruktiviyasi, chiqiqlar, biroz chiqiqlar, suyak o'sishining sistem buzilishi;</p> <p>IV – I-III – bosqichlarga xos o'zgarishlar va ankilozlar (umurtqaning bo'yin yo'lini ankilozi jarayoni bosqichini belgilamaydi)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saqlangan</li> <li>2. Tayanch- harakatlantiruvchi apparat xolatiga ko'ra buzilgan;             <ul style="list-style-type: none"> <li>A) o'z-o'ziga xizmat qilish qobiliyati saqlangan;</li> <li>B) o'z-o'ziga xizmat qilish qobiliyati kisman yo'qolgan</li> <li>Д) o'z-o'ziga xizmat qilish qobiliyati butunlay yo'qolgan</li> </ul> </li> <li>3. Ko'z yoki ichki a'zolar axvoliga ko'ra buzilgan</li> </ol>

Bemorlar:-isitmadan,umumiy xolsizlik, ishtaxa pasayishiga shikoyat qiladi.

Kurganda:- bo'g'imlar shishgan. YuRA-da- proksimal bo'g'imlar artriti uchraydi. ( falangalarning proksimal bo'g'imlari), barmoqlarga duksimon forma beradi. Yaqqol ifodalangan artritik o'zgarishlar bo'g'imlar deformatsiyasi, ularning chiqishi, (tog'ayning yemirilishidan) yuz beradi. Kaft va falangapararo birikma ulnar tomonga buriladi. (lateral tomonga).

Ankiloz:- bo'g'im harakati to'liq yo'qolgan. Bo'g'imlar deformatsiyasi bilan birga, ulaning ogrikligi, ular har akati chegaralangan. Teri osti tutunlari va polineyropatiyalar ko'pgina bemorlarda kuzatiladi. Revmatoidli tugunchalar 10-20% kasallarda uchraydi. Ko'pincha ular teri osti kletchatkasida kuzatiladi. Palpator tekshirishda- muskullar atrofiyalari, funktsional aktivligining pasayishi, miozitlar aniklanadi.

Revmatoidli tugunchalar tirsak bo'gimi atrofida kuzatiladi. Tugunchalar odatda harakatchan, og'riksiz o'rtacha qattiklikda, 0,5- 1,5 sm kattalikda. Polineyropatiya- nervni oziqlantiruvchi tomirlar vaskulitidir. Nerv stvolining distal qismlari zararlanadi., sezuvchanlik buziladi. Uvishishga, oyoqlarning uyushib qolishiga shikoyat qiladi. Palpatsiyada zararlangan nerv soxasida ogriq, sezuvchanlikning pasayishi aniklanadi. Ba'zan harakat xam buziladi. YuRA kattalardagi RA singari polimorf boshlanadi va kechadi. Kasallikni boshlanishi o'tkir, isitmalash, poliartrit bilan vistseritlarga moyillik, o'rta o'tkir mono –oligoartrit, vistseritlar bilan yoki usiz (lekin ko'pincha ko'zni shikastlanishi bilan) va shuningdek, isitmalash va vistseropatiya fonida uzoq davom etuvchi artralgiyalar aniqlanadi. YuRA ko'pincha 6 yoshgacha bo'lgan qizlarda rivojlanib, kattalardagi RA dan quyidagilar bilan farqlanadi: ko'pincha yirik bug'imlarni shikastlanishi bilan mono, oligoartrit turida boshlanadi va kechadi; ko'pincha ko'zni shikastlanishi bilan; teri toshmalarining (eritematoz - makulez dermatit) mavjudligi bilan; seronegativlik bilan (qon da RF faqat 3-25% bemorlarda aniqlanadi); oqibatini anchayin qutluqligi.

#### RA ning aktivlik kursatkichlari

Курсатгич	Курсатгичларни балларда бахоси			
	0	1	2	3
Ertalabki karaxtlik	Yo'q	30 min davomida	Kunduzi soat 12gacha	Kun davomida
Gipertermiya	Yo'q	Biroz	O'rtacha	Keskin
Ekssudativ O'zgarishlar	Yo'q	Biroz	O'rtacha	Keskin
γ 2- globulinlar mavjudlining ortishi,%	10 gacha	12 gacha	15 gacha	15 dan ortiq
EChT, mmG`s	12 gacha	20 gacha	40 gacha	40 dan ortiq
S-reaktivlik	Yo'q	Q	Q Q	Q Q Q ( va ortiq)
Oqsil				

YuRA da kaft va panjaning mayda bo'g'imlarini artriti kamdan kam uchraydi. Bo'g'imlarni shikastlanishi odatda yiriklaridan (tizza, to'pik, bilak) boshlanib, simmetriklik unchalik xos emas. Bo'g'imlardagi yallig'lanishning ekssudativ va proliferativ o'zgarishlari tufayli bo'g'imlarda “sharsimon” (tizza va tirsakda), “yostiqsimon” (tupik va bilakda), “urchuqsimon” (falangalararo bo'g'imlarda) defiguratsiya va deformatsiyalar paydo bulib, harakatlari cheklanadi, mushaklar atrofiyasi kuzatiladi. Taxminan 1G`3 qism bemorlarda bo'yin soxasidagi umurtqalar aro (ayniqsa S2 - S3 ) bo'g'imlarining ham shikastlanishi

аникланади.

YuRA ni bo'g'im shakli: kasallikning eng tipik shakli bo'lib, 60 -75% xollarda uchraydi. YuRA da bo'g'implarning shikastlanishini asosiy alomatlari RA dagiga o'xshash bo'lib, og'riq, shish, ertalabki karaxtlik aniqlanadi. Bolalarda bo'g'implardagi og'riqning keskinligi kattalardagiga nisbatan kam bo'ladi: ba'zan bo'g'imni shishganligiga qaramay, og'riqqa shikoyat bildirmaydi. Kichik yoshdagi bemorlar kamdan kam ertalabki karaxtlikka shikoyat qiladilar. Bo'g'implarning shikastlanishi monoartrit (1 ta bo'g'imda), oligoartrit (2-4 ta bo'g'imda) va poliartrit (ko'pgina bo'g'implarda) sifatida namoyon bo'ladi. Kattalardagidan ko'p xollarda dumg'aza birikmasi va chakka bo'g'imining shikastlanishi kuzatiladi. Poliartikulyar shakli aktiv davrida bo'g'im sindromidan tashqari isitmalash, periferik limfa tugunlarini kattalashishi, avj oluvchi mushaklar distrofiyasi, keskin vegetativ buzilishlar kuzatiladi. Bo'g'implarda og'riq, suyuqlik ortib, har aktida krepitatsiya va hirsillash eshitiladi. Kattaroq yoshdagi bolalarda maxalliy yoki umumiy ertalabki karaxtlik aniqlanadi.

Vistseritlar bo'lmaydi, lekin ko'zni shikastlanishi (irit, iridotsiklit, episklerit) xos bo'lib, 60-75% xollarda uchraydi. Surunkali uveit eng jiddiy ko'rinishi bo'lib (RA da deyarli uchramaydi), qator xollarda ko'rlikka olib keladi. Uveit ko'pincha mono- yoki oligoartritli qizlarda qon zardobida antinuklear faktor bo'lganida rivojlanadi. Ko'zni shikastlanishi ko'pincha aniq klinik simptomlarsiz kechib, kasallikning bo'g'imli ko'rinishlarining keskinligi bilan paralellik bo'lmaydi.

YuRAni bo'g'im-vistseral yoki sistemali shaklining kechishi anchayin og'ir bo'lib, bu uning variantlariga va ichki a'zolardagi patologik jarayonni ortishiga bog'liq bo'ladi va 20-25% bolalarda uchraydi.

Uning cheklangan vistseritlar bilan varianti – ko'pincha o'rta o'tkir boshlanib, shikastlangan bo'g'implar soni ko'p bo'lmaydi va bo'g'im, xamda a'zolarda fibrozli o'zgarishlar (fibrozli perikardit, plevrit, o'pkaning diffuz fibrozli – sklerotik o'zgarishlari) rivojlanadi.

Still sindromi – 10-15% bemorlarda uchraydi. Sindrom o'tkir boshlanib, yuqori isitmalash, keskin bo'g'im sindromi, limfadenopatiyalar, gepatosplenomegaliya, terilda revmatoid toshmalar, perikardni (ba'zan miokardni) shikastlanishi, plevrit, periferik qonda keskin leykotsitoz xos bo'lib, tez avj oladigan kechish kuzatiladi. Bo'g'im sindromi poliartrit tarzida bo'lib, jarayonga mayda bo'g'implar, umurtqani bo'yin soxasi shikastlanishi qo'shiladi, ekssudativ alomatlar, defiguratsiya, harakatni cheklanishi, keskin og'riq tufayli harakatsizlanish, majburiy xolat, qomatni buzilishi kuzatiladi.

Periferik - sklerotik jarayon ortib borib, ankilozlar xosil bo'ladi. YuRAning boshqa variantlaridan farqli bunda ko'zning shikastlanishi kam uchraydi. Kasallik qaytalanishlar va remissiyalar bilan kechib, yuqori aktivlik 5 yilgacha saqlanadi. Ba'zi xollarda kasallik to'xtovsiz – qaytalanuvchi kechishga o'tib, bemor keskin ozadi va bola rivojlanishdan ortda qoladi.

Allergoseptik sindrom (Vissler – Fanqon i sindromi) – kasallikning og'ir varianti bo'lib, unga xam o'tkir boshlanish, kuchli isitmalash bilan, qaltirash, har orat pasayganida kuchli terlash, juda ko'p, turg'un, polimorf, dog'simon – papulez, urtikar allergik toshmalar, mioperikardit, plevropnevmonit, keskin artralgiya xos bo'ladi.

YuRAning revmatizm, biriktiruvchi to'qima diffuz kasalligi (BTDK) bilan birgalikdagi shaklida – har ikkala kasallikka xos bo'lgan klinik manzara kuzatilib, bemorning axvoli anchayin og'ir bo'ladi, bemorni tez majruxlanishi sodir bo'ladi.

YuRA da jismoniy rivojlanishning sekinlashishi, bo'y o'sishidan ortda qolish, suyaklar o'sishining buzilishi kuzatiladi. Shuningdek ko'zning shikastlanishi o'ziga xos triada alomatlar: iridotsiklit, katarakta va shox pardaning lentasimon distrofiyasi paydo bo'ladi. YuRAnin klinik manzarasida kechish xususiyatlari bemorning yoshiga bog'liq bo'lishi mumkin.

### **YuRA ni yoshga boglik xolda kechish xususiyatlari**

Yoshi	Xususiyatlari
-------	---------------

3 yoshgacha	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bo'g'im sindromining keng tarkalganligi bilan jarayonga yirik va mayda bo'g'implarni, oyoq kaftini jalb qilinishi.</li> <li>- Bo'g'implarni nosimmetrik shikastlanishi.</li> <li>- Maxalliy haroratni kutarilishi, ertalabki karaxtlik bilan birga bo'g'implar deformatsiyasini rivojlanishi, kontrakturalarni paydo bo'lishi va regionar mushak guruxlarini atrofiyasi, suyak- togay destruksiyasining rentgenologik alomatlarni bo'lmasligi aniqlanadi.</li> <li>- Kasallikni birinchi 3 yilida bo'g'im sindromi transformatsiyaga moyil (ko'pincha o'g'il bolalarda) bo'ladi .</li> </ul>
3 dan 7 yoshgacha	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Odatda bugimlarning simmetrik shikastlanishi. Tizza bo'g'imida sinovit.</li> <li>- Suyak – tog'ay destruksiyasi yuqori foizda aniqlanib, rentgenologik tasdiqlanadi.</li> <li>- Kasallikning boshqa alomatlari kam ko'rinishli bo'ladi .</li> <li>- Serologik reaksiyalar natijasining manfiyligi kuzatiladi. Bolalarda transformatsiyaga aniq moyillik.</li> </ul>
7 yoshdan keyin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bo'g'im sindromi bezarar kechib, odatda tizza va to'pik bo'g'implari shikastlanadi, ko'pincha simmetrik.</li> <li>- Keskin essudativ o'zgarishlar tavsifli bo'ladi .</li> <li>- Rentgenologik suyak – tog'ay destruksiyasi alomatlari bo'lmaydi.</li> <li>- Serologik reaksiyalarning musbatligi katta foizda aniqlanadi.</li> </ul>

1. **Tashxisoti.** Yuvenil revmatoid artrit tashxisi qo'yish kasallikning erta, boshlang'ich bosqichlarida biroz qiyin. Chunki spitsifik klinik va talilxona testlarining yo'qligi, klinikaning variabelligi, revmatoid omilning doimiy aniqlanmasligi bu borada o'z ta'sirini ko'rsatadi.
2. Diaqnoz qo'yish uchun bemorlarning umumiy qon taxlilida normotsitar gipoxrom anemiya, EChTni ortishi, qon zardobida fibrinogen, S – reaktivlik oqsilning ortishi, 20% bemorlarda revmatoidli omil aniqlanadi. qonda va sinovial suyuqlikda stafilokokkli toksinni va q – antitoksinni mavjudligini aniqlash, 1G`3 qismdan ortiq bemorlarda YuRA ning stafilokokkli infitsirlanish bilan uzviyligi bo'lishini ko'rsatadi.
3. YuRAni tashxisot mezonlari
4. Klinik alomatlari:
  - 3 oydan ortiq davom etgan artrit (albatta zarur alomat)
  - Kasallikni birinchi 3 oyda 3 ta bo'g'imni shikastlanishi
  - Mayda bo'g'implarning simmetrik shikastlanishi
  - Umurtqani bo'yin soxasini shikastlanishi
  - Bo'g'im bo'shlig'ida suyuqlik
  - Ertalabki karaxtlik
  - tendosinovit yoki bursit
  - Ko'zni revmatoid shikastlanishi
  - Revmatoidli tugunchalar
  - Rentgenologik alomatlar:
    - Epifizar osteoporoz
    - Bo'g'im tirqishini torayishi
    - Bo'g'im bo'shlig'ida suyuqlik alomatlari
    - Periartikulyar to'qimani zichlashishi
  - Laborator alomatlar:
    - EChT 35 mmG`s dan ortik (Panchenko usulida)
    - RFning musbatligi
    - Sinovial qobiq biopsiyasida musbat ma'lumotlar.
- 1- mezon bilan birga 3 ta mezon aniqlansa, tashxis bo'lishi mumkin, 4 ta mezon bo'lsa tashxis aniq, 8 tada – klassik bo'ladi.
- Kiyosiy tashxisoti. YuRAni tashxislashda bo'g'im sindrom va vistseral ko'rinishlar bilan namoyon bo'luvchi ko'p gina kasalliklar bilan qiyoslash zarur. Kasalliklarning klinik manzarasi

anik bo'lgan xollarda va ko'pgina tashxisot mezonlarini aniqlash imkoni mavjud bo'lganida, YuRA ni boshqa unga uxshash kasalliklardan kiyinchiliklarsiz qiyoslash mumkin. Lekin ko'p xollarda qiyosiy tashxislash muammoli bo'ladi :Bexterev kasalligi, Reyter kasalligi, Psoriatik artrit, Shegren sindromi, Infektsion artrit, Sistemali qizil yugurik, Palindrom revmatizm, Virusli artritlar bilan qiyosiy tashxislash lozim bo'ladi.

Bo'g'im sindromi uxshash ba'zi kasalliklarning asosiy farqli alomatlarini

Kasallikni nomi	Farqli alomatlar
1	2
YuRA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ertalabkikaraxtlik 30 mindanortiq</li> <li>2. Turg'un, simmetrikartrit- 2-3 panja-falanga, proksimalfalangalararovanpanjabo'g'implardajoylashgan</li> <li>3. Rentgenogrammadaepifizarosteoporozvabo'g'imtirqishi nitorayishibilanerozivartrit</li> <li>4. Bo'gimdashkariko'rinishningbo'lishimumkinligi (revmatoidtugunchalar, limfadenopatiya, vistseritlar)</li> <li>5. Qondagi «Yallig'lanishli» o'zgarishlar</li> <li>6. RFga reaksiyaning musbatligi</li> </ol>
Infektsion artrit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asimmetrik mono-oligoartrit</li> <li>2. Jarayonni aniq infektsiya bilan bog'likligi</li> <li>3. Suyak destruksiya va ankilozlarni tez rivojlanishi</li> <li>4. Serologik reaksiya va teri sinamalarni musbatligi</li> <li>5. Antibakterial terapiyaning effektivligi</li> </ol>
Bexterev kasalligi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mono-oligoartrit (asosan oyoq bo'g'mlari)</li> <li>2. biroz progressirlanuvchi artrit</li> <li>3. erta ikkitomonlama sakroileit</li> <li>4. chanoq va tovon suyaklari ekzostozlari</li> <li>5. NLA – V 27</li> </ol>
Sistemali qizil yugurik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terini («kapalak», buyrak va boshqa vistseral a'zolarni shikastlanishi</li> <li>2. Reyno sindromi</li> <li>3. Bo'g'implarning deformatsiyasiz artrit</li> <li>4. harakterli immunologik va morfologik alomatlar: yugurik hujayrasi, DNK ga antitela, antinuklear omil, sinovial qobig'da morfologik yadroviy patologiya.</li> </ol>
Virusli artritlar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mayda bo'g'implarda poliartrit</li> <li>2. Periartritlar (tendosinovitlar, karpal kanali sindrom iva boshq.)</li> <li>3. Asimmetrik, uchuvchan artrit</li> <li>4. 1-6 oydan so'ng artritning to'liq qaytalanuvchanligi</li> <li>5. Virusli infektsiya bilan bog'liqlik.</li> </ol>
Sistemali sklerodermiya	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. reyno sindromi</li> <li>2. Yuz va kullar barmoklari turisining sklerodermik shikaslarishi. qattiq shish , «kiset» simptomi</li> <li>3. Mushak-bo'g'im sindromi : ekssudativ-proliferativ turdagi poliartit, periartrit qon traktura rivojlanishi bilan, miozit</li> <li>4. Rentgenogrammada tirnok falangasining osteomasi</li> </ol>

	<p>5. Yumshoq to'qima kaltsinozi</p> <p>6. Vistseritlar</p> <p>7. Teri bioplatida to'qima va tomirlarning fibzor o'zgarishi</p>
Palindrom revmatizm	<p>1. Ko'lbo'g'implarining monoartrit vaperiartriti</p> <p>2. Artritning to'satdan rivojlanishi vujudatez-tez qaytalanib turishi</p> <p>3. Terining ko'kimtirliги bilan periartikulyar to'qimaning qattiqshishi</p> <p>4. 2-3 kundan so'ng bo'g'im o'zgarishlarining to'liq qaytuvchanligi</p> <p>5. Xurujlararo davrlarning barobar bo'lmasligi.</p>
Reyter kasalligi	<p>1. Urogen infeksiya bilan xronologik bog'liqlik</p> <p>2. Oyoklardagi asimmet oligoartrit</p> <p>3. Artritni «zinasimon» lokalizatsiyasi va qaytuvchanligi</p> <p>4. Tovon soxasini periartrit va periostitlari</p> <p>5. Bir tomnlama sakroileit rivojlanishi mumkinligi</p> <p>6. Keratodermiya</p> <p>7. HLA-V27 mavjudligi</p> <p>8. Uretradan xlamidiyani aniqlanishi</p>
Psoriatik artrit	<p>1. Asimmetrik mono-oligoartrit</p> <p>2. Barmoq bo'g'implarining malina rangli urchuksimon shishi</p> <p>3. Umurtqani shikastlanishi (sakroileit, spodiloartrit)</p> <p>4. Tirnoqlarni shikastlanishi</p> <p>5. Rentgenogrammada RA ga nisbatdan keskin bo'lgan suyak destruktiviyasi</p> <p>6. NLA-V27 ni mavjudligi</p> <p>7. Terida psoriatik pilakcha</p>

Davolash: YuRAni davolashning asosiy printsiplari quyidagilardir

Rejim- ko'p harakat qilmaslik, bo'g'imga zo'riqish tushirmaslik.

A) kasallikni murakkab patogenezini turli tomonlariga ta'sir ko'rsatuvchi davo vositalarining kompleksli qo'llanishi:

B) davoning davomiyligi va bosqichligi (stasionarda, poliklinikada, sixatgoxda);

V) kasallikning shakli, kechishi va aktivligiga bog'liq bo'lgan qiyosiy terapiya.

Patogenetik davoda markaziy o'rinni medikamentoz vositalar egallab, ular orasida salitsilatlar, pirozolon, indol, propion va feniluksus kislotasi unumlari, xinolin preparatlari, shuningdek, GKS va kam darajada – oltin tuzlari va D – penitsillamin axamiyatli.

Yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar (YaQNP) orasida atsetilsalitsil kislota yaxshisi xisoblanib, 25 kg vazngacha bo'lgan bolalar uchun 80-100 mgG`kg adekvat sutkalik doza bo'ladi. Tana vazni 25 kg va undan ortiq bo'lganida 2,4 -3,6 gG`sut ga 4-6 qabulda tayinlanadi.

Indometatsin preparati 2,5 mgG`kgG` sut dozada bolalarda bo'g'im sindromini va isitmalashni bartaraf qiladi. Uni 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga tavsiya etilmaydi, ko'ngli aynib qusishi mumkin.

YaKNP.- ibuprofen 20-30 mgG`kg, naproksen 10-15 mgG`kg va tolmetin 15-30 mgG`kg preparatlari deyarli toksik ta'sirga ega bo'lmay, bolalar tomonidan yaxshi qabul qilinadi va uzoq qabul qilishga tavsiya etiladi. Voltaren (diklofenak- natriy) 2-3 mgG`kgG` sut dozada tayinlanganida aniq davo tasiri kuzatilib, uni bemor 2 yil mobaynida xam qabul qilishi mumkin. Preparat uzoq vaqt qabul qilinganda effektivligi ortadi. Hozirgi vaqtda yangi zamonaviy dori

selebreksni qo'llash tavsiya qilinmoqda, chunki u prolangir ta'sirga ega bo'lib, kuniga 1 kapsuladan (100 mgdan) 2 maxal qabul qilinadi va oshqozon va qon xosil qiluvchi sistemaga salbiy ta'sir qilmaydi. Bola axvoli yaxshilangandan so'ng 1 kapsuladan 1 maxal qabul qilinadi

YuRA bilan bemorlarda qo'llaniladigan patogenetik tasirdagi asosiy vositalardan biri-xinolin preparatlari bo'lib, xingamin (xloroxin, rezoxin, delagil)- 4 mgG`kgG` sut, gidroksixloroxin (plakvenil)-5-7 mgG`kgG` sutdozada, uzoq vaqt, uzluksiz bir necha oylik kursda tayinlanadi. Davoni boshlanishida ushbu preparatlarning dozasi ikki barobar bo'lishi mumkin. Agar usluksiz 6 oy mobaynida kundalik terapiyadan effekt bo'lmasa, preparat bekor kilinadi.

### Bolalarda artritlarda kulaniladigan preparatlar.

Preparatlar	Sutkali dozasi (mgG`kg vaznga)
<b>Yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar</b>	
<b>Salitsilatlar</b>	<25 kg : 80-100 >25 kg : 2,5 gG`m ?G` sut
Ibuprofen	20-40
Naproksen	7-15
Indometatsin	0,5-3
Tolmetin	15-30
Sulindak	<25 kg : 50 mg bir marotaba
Diklofenak	>25 kg : 2,5 mg bir marotaba 2- 3
<b>Bazisli antirevmatik davo vositalari</b>	
Gidroksixloroxin	5-7
Auranofin	0,515-0,20
Oltin preparatlari (mG`o)*	1 mgG`kg vaznga xaf yoki 5-10
D- Penitsillamin	10
Sulfasalazin	40
Metotreksat*	0,15 – 0,50 mgG` kg vaznga xaf yoki 5-10 mgG`m?G`xaf (maksimum 15-20 mgG` xaf)
<b>Kortikosteroidlar</b>	
Prednizolon	1-2
Metilprednizolon bilan	15
Puls- terapiya	

\* Oltin preparati (mG`o) va metotreksatni har kuni emas, balki xaftada 1 marta yuboriladi. Preparatning dozasi kattalar uchun mumkin bo'lgan maksimal dozadan oshmasligi lozim.

YuRAning yuqori faolligida, og'ir kechishida, uzoq davom etuvchi yallig'lanishga qarshi nosteroid dorilar effektivsiz bo'lganda, og'ir surunkali iridotsiklitda glyo'q okortikoid (GKS) preparatlar - prednizolon tayinlanadi (1 – 2 mgG`kg vazniga). Ba'zi xollarda keskin og'riqli sindrom va yuqori faollikdagi YuRA da davoni kompleks gormonal –medikamentoz terapiya bilan boshlanadi.

YuRA bilan bemorlarni davolovchi patogenetik ta'sirdagi preparatlardan Yana biri – xinolin preparatlari bo'lib, xingamin, xloroxin, rezoxin, delagil – 4 mgG`kgG` sut, gidroksixloroxin (plakvenil) – 5-7 mgG`kgG` sut dozada, uzoq vaqt, uzluksiz bir necha oylik kursda tayinlanadi. Davo uzluksiz 6 oy davomida qo'llanilib, kundalik terapiyadan foyda bo'lmasa, preparat bekor qilinadi. Aniqijobiy samara berganida davo davom ettirilib, kunora olishi mumkin.

Oltin preparatlari – revmatologiyada ko'pdan beri qo'llanilmoqda. Bu preparatlar 4-5 yil davomida remissiya chaqirishi mumkin. Oltin preparatlaridan sanokrizin, miokrizin, salganal –V

(aurotioglyo'q oza), krizanol qo'llaniladi. 1 ml 5% krizonol eritmasida 17 mg, 1ml 10% eritmasida esa 34 mg metallik oltin bor. Bemor davu kursida 1-1,5 g metallik oltin, ya'ni mushak orasiga xaftasida 11 marta 10, 17, 34 va 50 mg dan olishi zarur. Keyin ushlab turuvchi dozaga o'tilib, 1mgG`kgG` xafta doza, 3 xaftada 1 marta mushak orasiga yuboriladi. Davo samarasi 2-4 oydan keyin namoyon bo'ladi, shuning uchun krizoterapiyani ijobiy siljishlar bo'lgunigacha YaqNP bilan birgalikda qo'llash tavsiya etiladi.

Oltin preparatlarini parenteral kiritish jarayonida 30-40 % bemorlarda turli toksiko – allergik reaksiyalar, ayniqsa dermatit, stomatit, isitmalash, proteinuriya, gematuriya, kam xollarda ichak, jigar, asab sistemasi faoliyatini buzilishi paydo bo'ladi. Gematologik asoratlar – trombotsitopeniya, neytropeniya va aplastik anemiya eng xavfli xisoblanadi.

Auranofin preparati enteral yuborilib, boshqa oltin preparatlaridan 5 marta kam toksik ta'sirga ega va yaxshi effektiv dori xisoblanadi. Uning dozasi 0,1 mgG`kgG` sutkada boshlanib, asta-sekin oshirib boriladi 0,2 mgG`kgG`sutkagacha. Preparat har kuni bir necha oy mobaynida qo'llaniladi.

D- Penitsillamin (ko'p rinil) – RA da «bazis» preparat sifatida qo'llanilib, kasallikning turli patogenetik zvenolariga har tomonlama ta'sir ko'rsatadi. Bolalarda YuRA ni davolashda 10-15 mgG`kgG`sut dozada qo'llanilib, keyin ushlab turuvchi dozaga – 5 mgG`kgG`sut o'tiladi. D- Penitsillamin fonida salbiy hodisalar bolalarda kam uchrab, yosh kattalashgan sari ortib boradi.

D- Penitsillamin bilan terapiya YuRA ni progressirlangan shakllari bilan yuqori va o'rta aktivlikda ko'rsatilgan bo'lib, uni kasallikning bo'g'im, bo'g'im –vistseral shakllarida, shuningdek gormonbog'liqlikda uni bartaraf etish maqsadida tayinlash mumkin.

Levamisol – YuRAni davolash uchun tavsiya qilinmaydi, chunki u yuqori toksik ta'sirga ega va bo'g'im –vistseral shaklida to'liq noeffektivdir.

Immunodepressantlar, sitostatik preparatlar – YuRA bilan bemorlarga faqat so'nggi hollarda – boshqa davu choralari noeffektivligida yoki ko'tara olmasligida tayinlanadi. Leykeran (xlorbutin, xlorambutsil) antimetaboliklarga nisbatan kam toksik bo'lib, uzoq qo'llash uchun qulaydir. U 0,05-0,1 mgG`kgG` sutkali dozada ishlatiladi. Siklofosfan YuRA ni davolashda asosan bo'g'im ichiga yuborish uchun qo'llanilib, uning dozasi bemorning yoshiga va bo'g'imning o'lchamiga bog'liq bo'ladi. Uni bolalarda umumiy terapiyada qo'llash tavsiya qilinmaydi, chunki og'ir asoratlar berishi mumkin.

YuRA da geparin bilan davolash uchun ko'rsatmalar: geparin zaxirasining bo'shishi, qondagi giperkoagulyatsiya holati va terminal qon aylanishini buzilishi hisoblanadi. Geparin bundan tashqari yallig'lanishga qarshi va yumshoq immunodepressor ta'sir ko'rsatadi. Geparin teri ostiga (kindik atrofi sohasiga) va mushak orasiga -200-300 EDG`kgG` sut, tomir ichiga esa -150 EDG`kgG`sut dozada kiritiladi. Sutkalik dozani kun mobaynida 2 kirishga bo'linadi. Davoni davomiyligi – 2 ?aftadan kam emas, chunki davomli kurslari ko'proq samarali bo'ladi. Mahalliy ta'sir ko'rsatuvchi dori vositalari – DIMETILSULFOKSID (DMSO) - applikasiyasi 30% li eritma tarzida aloxida yoki analgin (0,5 g), geparin (1 ml eritmada 250 ED), gidrokortizon (12,5 mg) bilan birgalikda har kuni 30-40 min dan, davu kursiga 10-15 muolaja olinadi. DMSO jigar va buyraklarning xastaliklarida ishlatilmaydi..DMSO ni kullashdan oldin teriga sinama o'tkazish lozim, 1 tomchi eritma bilakning ichki yuzasiga tomiziladi. Natija 30 minutdan so'ng va ertasi kuni xisobga olinadi..terida qichish, bosh aylanish va boshqa alomatlar paydo bo'lishida davu bekor qilinadi. 5 yoshgacha bolalarda o'tkazishda extiyot bo'lish lozim, chunki u o'sish jarayoniga ta'sir qiladi.

YuRAni davolashda hozirgi paytda prednizolon, prednizon, triamtsinolon, deksametazon qullanilib, kichik va o'rta dozalarda – 0,8-1 mgG`kgG`sutkada odatda ichishga tavsiya etiladi, kurs davomiyligi 6-8 o'lydan ortmaydi, chunki vaqt o'tishi bilan effekt pasayadi, gormonga bog'liqlik va bemor xayotiga xavf soladi.

GKS lar «bazis» preparatlar bilan bir vaqtda tayinlanadi. Kasallikni aktivligi pasayganida, gormonlar dozasi sekin kamaytiriladi va bemor ushlab turuvchi dozada qoladi. Kurs davomiyligi kasallikni kechishiga bog'liq.

GKS ni qo'llash uchun qarshi ko'rsatmalar: yara kasalligi, diabet, ruhiy kasalliklar, gipertoniya

kasalligining 2-3 bosqichi, tromboemboliyalar, qon aylanishi etishmovchiligining 2 va 3 darajasi, aktiv tuberkulez, semirish, keskin osteoporoz, stenokardiya, miokard infarkti, tromboflebit xisoblanadi.

YuRA da antibiotiklar interkurrent kasalliklarni davolash, surunkali infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish, GKS va sitostatiklar bilan davo o'tkazilayotgan yiringli asoratlarni muhofazalash uchun qo'llaniladi. Kasallikning etiologiyasida kokkli infeksiyaning rolini inobatga olib, kasallikning bo'g'im – vistseral shakli bilan bemorlarga o'tkir namoyon bo'lish davrida, yuqori isitmalashda va sepsis alomatlarida antibiotiklarni qo'llash tavsiya etiladi. Boshlanishida polusintetik penitsillinlarni mushak orasiga (maksimal sutkali dozada) 3-4 hafta mobaynida qo'llanilib, keyin keng spektrdagi antibiotiklar ichishga tayinlanadi. Bemorlarda bo'g'im kasalliklarini davolash bosqichlarida o'tkaziladigan asosiy davolovchi, qayta tiklovchi va muxofazalovchi tadbirlar.

YuRA li bemorlarda amiloidozni davolash nixoyatda og'ir bo'lib, aniqlangan amiloidozda GKS ni bekor qilish maqsadga muvofiq bo'ladi. Xinolin preparatlari 2 barobar dozada davomli va uzluksiz qo'llash va boshlang'ich bosqichlarida sitostatiklarni kichik dozalarda qabul qilinadi. Jigar preparatlarini ichish va parenteral yuborish zarur.

Shuningdek, unitiol parenteral va ichishga kurslar bilan qo'llaniladi, 5% li 1ml unitiol sutkasiga 10 kg tana vazniga kiritiladi.

Revmatoid uveitni davolash uchun okulist ishtirokida va nazoratida o'tkaziladi.

YuRA da fizik omillar davo va rehabilitatsion maqsadda qo'llaniladi. Kasallikning aktiv davrida bo'g'im soxasiga Minin lampasi nurlantirilib, quruq issiq qo'llaniladi. Uning kichik dozasi og'riqsizlanturuvchi ta'sir ko'rsatib, to'qima shishini kamayishiga yordam beradi.

Ultrabinafsha nurlashni kasallik bosqichlariga ko'ra statsionarda, poliklinikada va sanatoriylarda amalga oshiriladi.

Bemorlarda bo'g'im kasalliklarini davolash bosqichlarida o'tkaziladigan asosiy davolovchi, qayta tiklovchi va muhofazalovchi tadbirlar.

<b>bosqich</b>	<b>Utkaziladigan tadbirlar</b>
Statsionar	Aniq tashxis quyish. Keskin klinik ko'rinish davrida stabilizatsiya. Jarayonigacha davolash. Surunkali infeksiya uchoqlarni sanatsiyasi. Poliklinika yoki sixatgoxda davom uchun tavsiyanoma tayyorlash. Statsionardan chiqqandan keyin vaqtidagi qulay harakat tartibini belgilash.
Poliklinika	Bo'g'im kasalliklari Bilan bemorlarni faol aniqlash. Boshlang'ich tashxisni va statsionarda davolash uchun kursatamalarni belgilash. Dispanserizatsiyani amalga oshirish pediatr, kardiorevmatolog, ortoped, okulist, fizioterapevd, va davolovchi jismoniy tarbiya bo'yicha shifokorning ishtirokini talab qiladi. Statsionarda boshlang'ich dorivoriy va boshqa davoni tavsiyanoma bo'yicha davom ettirish va va shu davrda muttasil vrach nazoratini amalga oshirish. Surunkali infeksiya o'choqlarni aniqlash va statsiyalash. Interkurrent kasalliklarni oldini olish va qaytalanishni muxofazalash tadbirlarini o'tkazish. Bolalar muassasasiga qatnovchi bemorlarni kun tartibini belgilash, maktabda jismoniy tarbiya mashgulotidan, imtixonidan ozod qilish, qo'shimcha dam olish kunini tayinlash. Muxofazolovchi emlash uchun kursatma qarshi ko'rsatmalarni aniqlash. qayta statsionarda va sixatgoxda (kurortda) davolashga zaruratni aniqlash. O'spirinlarni kasb tanlashda ishtirok qilish.
Sixatgox (kurort)	Oldingi bosqichlarda erishilgan natijalarni mustaxkamlash. Statsionarda va yoki poliklinikada o'tkazilgan dorivoriy va boshqa davolarni (kursatma bo'yicha) davom ettirish. Surunkali infeksiya o'choqlarini aniqlash va sanatsiyalash. Tayanch harakatlantiruvchi va har xil a'zolar faoliyatini me'yorlashtirishga qaratilgan umum tetiklashtiruvchi va qayta tiklovchi tadbirlarni o'tkazi.

## YuRA ni davolash bosqichlarida turli medikamentoz davo komplekslarini qullash sxemasi

Shakli	Aktivlik darajasi	Davo kompleksi	Preparatning dozasi	Uzluksiz medikamentoz davoning o'rtacha davomiyligi, oy	Asosiy davo bosqich
Barcha shakllari	Remissiya davri I	Medikamentoz davo o'tkazilmaydi Xinolin preparatlari va YaKNP	O'rta	3-4	Poliklinika Sanatoriya Statsionar
Bo'g'im shakli	II va III	Xinolin preparatlari yoki D-penitsillamin Bo'g'im ichiga in'etsiyalar Kursatma bo'yicha	O'rta	4-5	Sanatoriya (aktivligi II-darajada yuqori bulmaganida)
Bo'g'im-vistseral	II va III	YaKNP Xinolin preparatlari yoki D-penitsillamin, yoki sitostatiklar (kursatma, bo'yicha) Bo'g'in ichiga in'etsiyalar Antibiotiklar Prednizolon YaKNP	O'rtadan ko'p Kurs boshida o'rtadan ko'p * o'rta yoki katta o'rta Prednizo	6-8	Sanatoriya
		Xinolin preparatlari yoki Xinolin preparatlari yoki D-penitsillamin, yoki sitostatiklar** (ko'rsatma, bo'yicha) Bugim ichiga in'etsiyalar Antibiotiklar Kaliy preparatlari	lonni bekor qilinganda o'rtadan ko'p Kurs boshida o'rtadan ko'p Katta o'rta		(aktivligi II-darajadan yuqori bulmaganida)

\* xinolinli preparatlar uchun

\*\* sitostatiklar tayinlanganda xinolin unumlari va D-peritsillamin bekor qilinadi

Muxofazalash. Birlamchi muxofazalash, yani YuRA ni rivojlanishini oldini olish maqsadi da, bu kasallik bo'yicha xavf guruxiga kiruvchi bolalarga etibor kuchaytirilidi. Dispanserizatsiya o'tkazilganda, ayniqsa RA va BTDK bilan, shuningdek tez-tez kasallanuvchi, allergik reaksiyalar beruvchi bemor bo'lgan oilalardagi bolalarga kuchli etibor beriladi. Kasallikning eng erta birinchi alomatlarini aniqlash uchun, bu bolalarga takroriy mukammal tekshiruvlar o'tkaziladi.

Ikkilamchi muxofazalash usuliga keyinchalik jarayonni avj olishini va qaytalanishini oldini olishga yo'naltirilgan muntazam bosqichli davo kiradi. Shuning uchun bemorni dispanser nazoratini kardiorevmatolog tomonidan mukammal tashkillashtirish lozim.

### Amaliy mashg'ulot № 7

#### Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

<b>Mavzu</b>	<b><i>Bolalarda surunkali gastrit va gastroduodenitlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi</i></b>
--------------	--

### 7.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzubo'yichabilimlarnikengaytirishvamustahkamlashyuzasidanseminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bolalardasurunkaligastroduodenitto'g'risidatushuncha</li> <li>2. Surunkaligastroduodenitnikechishivaklinikasi.</li> <li>3. Surunkali gastroduodenit etiologiya va patogenezi.</li> <li>4. Surunkali gastroduodenit klinik –laborator – instrumental tekshiruv usullari.</li> <li>5. Surunkali gastroduodenit bosqichli davolash va oldini olish tadbirlari..</li> </ol>
O'quv mashg'ulotining maqsadi :Talabalarda bolalarda surunkali gastroduodenitni kechishi va klinikasi to'g'risida tushuncha berish. Etiologiya va patogenezi. Klinik –laborator – instrumental tekshiruv usullari. bosqichli davolash va oldini olish tadbirlari to'g'risida tushuncha berish.	
<b><i>Pedagogik vazifalar</i></b>	<b><i>O'quv faoliyati natijalari</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Talabalarabolalarda surunkali gastroduodenitni kechishi va klinikasi to'g'risida tushuncha berish.</li> <li>- Surunkali gastroduodenitning etiologiya va patogenezinutushuntirish.</li> <li>- ovqat hazm qilish a'zolarini tekshirish usullarini o'rgatish</li> <li>- Turli yoshdagi bolalarda ovqat hazm qilish tizimining o'zgarishlarini baholay olishni o'rgatish.</li> <li>- o'tkir va surunkali gastroduodenitni aniqlay bilish va davolashni o'rgatish</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Talabalarbolalarda surunkali gastroduodenitni kechishi va klinikasi to'g'risida tushunchaga ega bo'lishi kerak.</li> <li>-Surunkali gastroduodenitning etiologiya va patogenezini haqida aniq ma'lumotga ega bo'lishi kerak.</li> <li>- ovqat hazm qilish a'zolarini tekshirish usullarini o'rgangan bo'lishi kerak .</li> <li>- Turli yoshdagi bolalarda ovkat xazm qilish tizimining o'zgarishlarini baholay olishni kerak</li> <li>- O'tkir va surunkali gastroduodenitni aniqlay bilish va davolashni o'rgangan bo'lishi kerak .</li> </ul>
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruhlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasionxonajixozlari» vah.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat: savol – javob, mustaqil ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

### 7.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

<b>Ish bosqichlari va vaqti</b>	<b>Faoliyat mazmuni</b>	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi	

	<p>2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi</p> <p>3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</p> <p>4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</p> <p>5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi.</p> <p>6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi</p>	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<p>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</p> <p>2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</p> <p>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</p>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)	<p>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi.</p> <p>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruhga bo'ladi va guruhlarda hamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</p> <p>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayyorlangan varaqalarni tarqatadi.</p> <p>4. Guruhlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantiqan to'liq yoritilishini kuzatadi.</p> <p>5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruhlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , guruh sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muhokamasini jamoaga havola etadi.</p> <p>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.</p> <p>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</p> <p>8. Bemor kuratsiyasini tahlil qiladi.</p> <p>9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>Tinglaydilar, asosiy jihatlarini yozib oladilar Kichik guruhlarga bo'linadilar.</p> <p>Topshiriqlar bo'yicha ishlaydilar Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruhdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida hamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini tahlil qilishda ishtirok etadilar</p>
3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</p> <p>2. O'quv faoliyati yuzasidan hulosa bildiradi.</p> <p>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini tahlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish; o'zlashtirish ishi « Gastroezofagal reflyuks»-5 s Referat, Krossvord, Internet ma'lumotlaridan tayyorlashni topshiradi</p>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

## O'tkir gastrit (O'G)

O'tkir gastrit – oshqozon shilliq qavatining o'tkir yallig'lanishi bulib hisoblanadi.

Etiologiyasi.

Birlamchi (ekzogen)

Ikkilamchi (endogen)

Birlamchi sabablari – infeksiyon fontda, ximik ta'sir, ovqat allergiyalari

Ikkilamchi sabablari - organizmda bo'layotgan turli o'tkir infeksiyon jarayonlar oqibatida rivojlanadi.

Quyidagi O'G formalari bor:

1 Flegmanoz gastrit

2 O'tkir buyrak yetishmovchiligida

3 Helikobakteri pilori bilan assotsiyalangan

Klinik kechishi: Yallig'lanish jarayoni joylashishi va tarqalishiga bog'lik.

Qo'zish davri davomiyligi – bir necha kundan 2-3 haftagacha

Qo'zish davri steriotip klinik ko'rinish

simptomlarning ovqat harakteri va qabul qilishiga bog'likligi

qo'zishning mavsumiyligi (bahor, kuz)

Antral gastrit va gastroduodenitda – kasallik yarali tipda kechadi, kuzatiladigan simptomlar - qorinda og'riqning bo'lishi, o'griq saharlab ovqat yegandan so'ng 1,5-2 soatdan keyin, bazan kechqurun bo'ladi .

ovqat yegandan so'ng kamayadi

zarda qaynashi, nordon kekirish, bazan yengillik chaqiruvchi qusish bo'ladi .

Tipik:

gastral, piloroduodenal soxa palpatsiyada og'riqliligi

qorin dam bo'lishi

ishtahaning yo'qolishi

oshqozon sekretor funktsiyasi oshgan yoki normal

endoskopiyada oshqozonning antral va 12 b.i.ning piyozcha qismida yallig'lanish – distrofik zararlanish (antroduodenit)

NR ning assotsiatsiyasi harakterli

Fundal gastritda og'riq:

ovqat yegandan so'ng, ko'pincha qovurilgan, yog'li ovqatdan so'ng

epigastral va kindik soxasida

simillovchi harakterda

1-1,5 soatdan keyin o'zidan-uzi o'tib ketadi

epigastriyda og'irlik, to'liqlik hissi, havo bilan kekirish, ko'ngil aynish, kamdan-kam

yengillashtiruvchi qusishga chaqiruv

Boshqa simptomlardan:

ich ketishi

ishtahaning pasayishi

epigastriy va kindik soxasida palpatsiyada og'riq

oshkazonning sekretor funktsiyasi saklangan yoki pasaygan

endoskopiyada- oshqozon tanasi va fundal qismi zararlanishi, gistologik shilliq qavatda atrofik o'zgarishlar

SGD ning bu tipi autoimmun hamda assotsiyalashgan NR sifatida uzoq davom etadi. Deyarli 40% SGD latent kechadi va morfologik o'zgarish darajasi bilan belgilari mos kelmasligi mumkin.

Diagnostika: Bemordan yig'ilgan anamnez, ko'ruv, oshqazoning sekretor va motor funksiyasini tekshirish, endoskopiya, NR infeksiyasi bor yo'qligi va oshqazon shilliq qavatining gistologik tekshiruv asosida qo'yiladi.

Endoskopiya- SGD da odatda uchokli eki diffuz shilliq qavat giperiyalangan, shishi, burmalar gipertrofiyasi, limfolitikulyar gipertrofiya yassi yoki ko'tarilgan eroziya, bazan rangparlik, atrofiyaga ega ekanligi aniqlanadi.

Gistologik tekshiruv– shilliq qavatda yallig'lanish, distrofik va dixregimrator darajali aniqlash imkonini beradi.

Differentsial diagnoz- qorinda o'tkir va retsedivlovchi o'griq bilan kechadigan kasalliklardan, funksional dispepsiya.

Davolash: Kompleks qo'zish davrida jismoniy va psixik tinchlik, davolovchi oziqlantirish, medikamentoz va fizioterapiya. Ovqat maydalangan, oshqazonni kimyoviy va mexanik davolovchi vositalar. Kislotalik mutadil yoki oshgan vaqtda so'rilmaydigan antatsitlar qullaniladi: fosfoliyugol, megalok, maolaks, protab. HCL giperproduktiviyasida selektiv xolinolitiklar, gastrotsepin, riabol. Boshqa antisekretor vositalar ishlatilishi cheklangan. Eroziyalarda parda hosil qiluvchi vositalar: (sukralfat, dekal) va prostoglandinlarning sintetik PGE2 (lizaprostol) beriladi.

hilikobakterioz aniqlanganda infeksiyaga qarshi medikamentoz davo:

Ko'rsatma:

oshqozon va 12 b.i. shilliq qavatining eroziv o'zgarishlarida nodulyar gastrit yoki bezlar atrofiyasi bilan kechadigan gastroduodenit piloroduodenal zonadagi eroziv yaralar va oshqazon rakining borligi

NR ning virulentligi isbotlanganda (qon da GJg A va VacA serologik oqsil yoki morfologik shilliq qavat hujayralari vakuolizatsiyasi)

Fizioterapevtik davoda – induktotermiya, elektrofarez, novakain, papaverin bilan yoki parafinli aplikatsiyalar qilish kerak.

Profilaktika – ratsional oziqlanish uchun sharoit yaratish, kun rejimi antropizatsiyasi va jismoniy- psixik emotsional zo'riqishni kamaytirish, infeksiya va parazitlar o'chog'ini sonatsiya qilish.

Dispanser kuzatuv: 3 yil davomida, remissiya davrida kilishi kerak.

himoyalovchi parhez

fitoterapiya – dalachoy, mingyaprok, chistotel, moychechak damlamasi 2-3 hafta davomida (kuz va bahorda)

fizioterapiya- Ca, Br bilan elektrofarez diodinamik tok, gidroterapiya, balchiq bilan davolash. mineral suvlar (Essentuk, Slovsenovskaya, Smirnovskaya, Borjeomi), qayta kurslari bilan 2-3 haftadan 3-4 oy

vitaminlar (A, V, S) kurslar

sanator-kurort davo remissiya davrida va qo'zishdan 3 oydan so'ng

Yiliga bir marta EGDS va NR erodikatsiyasiga kontrol.

### **Surunkali gastrit. Gastroduodenit (SG, SGD)**

Surunkali gastroduodenit (SGD) – oshqozon va 12 barmoqli ichak shilliq qavatining surunkali, retsedivlovchi, kuchayib borishga moyil bo'lgan yallig'lanuvchi – distrofik zararlanishi.

SGD bolalar gastroenterologiyasining 30% ni tashkil etadi. 10-15% aloxida zararlanadi, qolgan 85-90% oshqozon va 12 barmoqli ichakning birgalikda zararlanishi kuzatiladi. 7-14 yoshdagi bolalar ko'proq kasallanadi, qizlar o'g'il bolalarga nisbatan 1,5 baravar ko'proq kasallanadi.

Etiologiyasi:

- 35 -40% kasallikka oilaviy moyillik, ya'ni irsiy – konstitutsional moyillik kuzatiladi;
- Helicobacter pylori – infitsirlanish;
- alimentar faktorlar;
- ximiyaviy, medikamentoz ta'sirlar;
- jismoniy va psixoemotsional zuriqishlar;

- taomga bo'lgan allergiya;- surunkali infeksiya, parazitozlar va ovqat hazm qilish a'zolarining boshqa kasalliklari

## СГД Этиологияси :

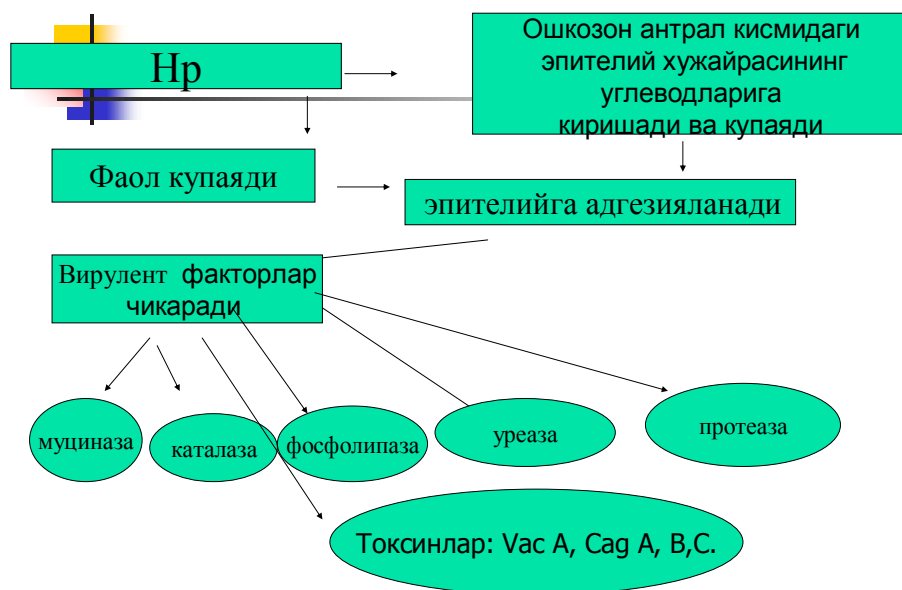


## Эндоген сабаблар:



Patogenez. Surunkaligastroduodenitriyojlanishining 3 tippatogenetik mexanizmitafovutqilinadi: Endogen – autoimmun, qoplovchi hujayralarga nisbatan antitelalar hosil bo'lishi (gastrit A) – 1-3% ni tashkil qiladi; Ekzogen –infeksion, helikobakter assotsirlangan ( gastrit V), 85% Ekzoendogen, oshqozonni medikamentlar yoki duodenogastral reflyuks bilan zararlanishi (gastrit S), 10-12% ni tashkil qiladi.

## Патогенез:



- Oshqozon tana kismidagi bosh hujayralarni zararlaydi
- qoplovchi hujayralarga qarshi autoantitelalar hosil qiladi
- Antitelalar hujayralar bilan bog'lanib, fundal bezlarni jarohatlaydi
- yuqori differentsiatsiyalashgan hujayralarning o'limiga olib keladi
- Agar antitelalar qoplovchi hujayralar bilan birga ichki Kasl omilaga ham nisbatan paydo bo'lsa, unda gastrit pernitsioz anemiya bilan kechadi.

### Surunkali gastroduodenit variantlari

Mezonlari	A(autoimmun)	V(helikobakter-assotsirlangan)
Lokalizatsiya	Oshqozon tubi, tanasi	Antral bo'limi
Yallig'lanish	Kam	Yaqqol, keskin
Atrofiya	Tezpaydobo'lib, asosan oshqozon tanasini zararlaydi	Yillar davomida, asosan antral qismida
Hp	--	+
qoplovchi hujayralarga qarshi antitela	+	-
Oshqozon sekretsiyasi	Pasaygan	Normal yoki ko'tarilgan
Gastrin zardobi	Ko'tarilgan	Normal yoki biroz pasaygan

Юза гастрит



Юза дуоденит



## Гипертрофический гастрит



- Klassifikatsiyasi tab № 1 da ko'rsatilgan. 1990yil avgustda IX halqaro gastroenterologlar kongressida, Avstraliyada qabul qilingan, gastritlarning klassifikatsiyasi «Sidneyskaya sistema» deb nomlanadi.

**Klinik manzarasi** yallig'lanish jarayonining joylashgan joyiga vatarqalganligi bog'lik.

Funksional gastritlardan farqliravishdaha karakterli belgilar:

- ko'zg'alish davrining bir nechta kundan 2-3 haftagacha davometishi;
- qo'zgalish davrida stereotipik o'zgarishlar bo'lishi;
- simptomlarning ovqat harakteri va qabul qilinishiga bog'liqligi;
- qo'zgalishning faslga bog'liqligi (baxor va kuz oylarida kuchayishi)

Yarasimon kechishi antral gastrit va antroduodenitda klinik ko'rinishi yara kasalligiga o'hshaydi.

-qorinda o'griq harakteri nahorda yoki ovqat yegandan so'ng 1,5 – 2 soat o'tgach, ba'zida tungi og'riklar kuzatiladi;

- ovqat yegach og'riklarning kamayishi;

- ba'zida dispeptik shikoyatlar – jig'ildon qaynashi, kekirish, ba'zida yengillik keltiruvchi qusish kuzatiladi;

- epigastral, piloroduodenal sohada palpatsiyada og'riqlar;

- qabziyatga moyillik;

- ishtahasi yahshi;

- Oshqozon sekretsiyasi normal yoki ko'tarilgan;

- endoskopiyada – oshqozon antral soxasida, 12 b.i. piyozcha qismida yallig'lanish distrofik

o'zgarishlar kuzatiladi;

- Nr bilan assotsiatsiyasi harakterli.

Fundal gastritda ogriqlar harakteri quyidagicha:

- ko'p miqdordagi, yog'li, qovurilgan ovqatdan so'ng paydo bo'lishi;

- epigastriy va kindik atrofida og'riqning joylashuvi;

- simillovchi harakterda;

- 1 -1,5 soatdan so'ng ogriqning kamayishi va yo'qolishi;

- epigastral sohada og'irlik hissi, havo bilan kekirish, ko'ngil aynishi, qusish.

- axlati noregulyar;
- ishtahasi pasaygan va tanlangan;
- oshqozon sekretsiyasi pasaygan yoki saqlangan.
- endoskopiyasida – oshqozon fundal va tana qismida zararlanish, gistologik shilliq qavatning atrofik o'zgarishlari;
- autoimmun va yoki Nr assotsirlangan bo'lishi mumkin.

#### Diagnostika

anamnez, klinik tekshiruv usullari, endoskopik tekshiruv, qorin bo'shlig'i UTT, funktsional tekshiruv usullari, rentgenologik tekshirishlar.

#### Birlamchi tekshiruvlar:

Laborator: qon , siydik va ahlatni umumiy tahlili, axlatni yashirin qon ga tekshirish, umumiy oqsil va oqsil fraktsiyalarini tekshirish, Nr ni aniqlashga 2 ta test

Instrumental: ezofagogastroduodenofibroskopiya, mo'ljalli biopsiya va bioptatni gistologik va sitologik tekshirish, UTT jigar, o't yo'llari va oshqozon osti bezi.

Invaziv ( biopsiya qilish lozim):

Gistologik, Bakterioskopik, Bakteriologik, Bioximik (ureazno`y test)

Noinvaziv ( biopsiya qilinmaydi)

Serologik.

**Davolash** chora – tadbirlari kompleks olib boriladi.

Parhez taom № 1 giperatsid gastritda, № 2 gipoatsid gastritda tavsiya etiladi.

#### Medikamentoz preparatlardan:

- antatsid preparatlar – almagel, fosfoliyugel, maaloks, megalak, vikair, vikalın ovqatdan 1,5 -2 s keyin va uyqudan oldin 2-3 hafta davomida.;

- antisekretor vositalar:

- selektiv M – xolinolitiklar(gastrotsepin 25 mg ertalab va kechqurun, riabal 1 mgG`kg kuniga 3 maxal 2-3 hafta;)

7 – kunlik davo: Ranitidin 150 mg dan kuniga 2 maxal Q klaritromitsin 250 mg dan kuniga 2 maxal, yoki tetratsiklin 12 yoshdan katta bolalarga 500 mg dan kuniga 2 mahal yoki amoksitsillin 1000 mg dan kuniga 2 mahal Q metronidazol 500 mg dan kuniga 2 mahal

Omeprazol (omegast) 20 mgdan kuniga 2 mahal Q klaritromitsin 250 mg dan kuniga 2 mahal, yoki tetratsiklin 12 yoshdan katta bolalarga 500 mg dan kuniga 2 mahal yoki amoksitsillin 1000 mg dan kuniga 2 mahal Q metronidazol 500 mg dan kuniga 2 maxal yoki furazolidon 0,2 g dan kuniga 2 mahal 7 kun davomida

Famotidin 20 mg dan kuniga 2 mahal yoki ranitidin 150 mgdan kuniga 2 mahalQ vismut kolloid subtsitrati 240 mg dan kuniga 2 maxal+ tetratsiklin 500 mg dan kuniga 2 mahal yoki amoksitsillin 1000 mgdan kuniga 2 mahal.

Og'riqlar kuzatilganda papaverin gidroxlorid, platifillin, duodenogastral reflyo'q slarda serukal qo'llaniladi

Eradikatsion terapiyada qo'llaniladigan preparatlar:

Preparat	Doza
Omeprazol, rabeprozol	0,5-1 mg/kg do 20 mg 2 marta
Amoksitsillin	50 mgG`kg do 1 g 2 marta
Klaritromitsin	15 mgG`kg do 500 mg 2 marta
Metronidazol	20 mgG`kg do 500 mg 2 marta

Tetratsiklin (s 12 let)	50 mgG`kg do 1 g 2 marta
Kolloidno`y subtsitrat vismuta (De-nol)	120 mg 3-4 maxal
Ranitidin-vismut-tsitrat (Pilorid)	400 mg 2 maxal

Dispanser kuzatuv 5 yil davomida, 1 –yil har 3 oyda 1 marta, 2 – yildan boshlab har 6 oyda 1 marta tekshirish va davo choralari olishi lozim.

**Fizioterapevtik davoda** – induktotermiya, elektrofarez, novakain, papaverin yoki parafinli aplikatsiyalar qilish kerak.

**Profilaktika** – ratsional oziqlanish uchun sharoit yaratish, kun rejimi antomizatsiyasi va jismoniy- psixik emotsional zo'riqlanishni kamaytirish, infeksiya va parazitlar o'chog'ini sonatsiya qilish.

**Dispanserkuzatuv:** 3 yildavomida , remissiyadavridaqilishikerak.

- himoyalovchi parxez
- fitoterapiya – dalachoy, mingyaprok, chistotel, moychechak damlamasi 2-3 hafta davomida (kuz va baxorda)
- fizioterapiya- Ca, Br bilan elektrofarez diodinamik tok, gidroterapiya, balchiq bilan davolash.
- mineral suvlar ( Essentuk, Slovsenovskaya, Smirnovskaya,Borjeomi), qayta kurslari bilan 2-3 xaftadan 3-4 oy
- vitaminlar (A,V,S) kyta kurslar
- sanator-kurort davo remissiya davrida va qo'zishdan 3 oydan so'ng

Yiliga bir marta EGDS va NR erodikatsiyasiga kontrol.

**Surunkali gastroduodenit klassifikatsiyasi Sidney sistemasi, 1990 yil tab. № 1**

<b>Forma</b>	<b>Etiologiya</b>	<b>Lokalizatsiya</b>	<b>Endoskopiya</b>	<b>Gistologiyasi</b>
<b>O'tkir Surunkali Alohida granulematoz, eozinofilli</b>	<b>Hp(-) Hp(+) Autoimmun Reaktiv Idiopatik</b>	<b>Antral Fundal Pangastrit Duodenit Antroduidenit Tarqalgan gastroduode-nit</b>	<b>Yuzaki Eroziv Atrofik Giperplastik</b>	<b>Yallig'lanish: sust o'rtacha kuchli Atrofiya Sust O'rtacha Kuchli Ichak metaplaziyasi</b>

## Amaliy mashg'ulot № 8

### Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

<b>Mavzu</b>	<i>Bolalarda oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligi. Etiologiya va patogenezi, klinik kechishi. Tashxisot usullari. Davolash va oldini olish tadbirlari.</i>
--------------	--

#### 8.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bolalarda oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligini tushuncha berish.</li> <li>2. Oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligini kechishi va klinikasi.</li> <li>3. Oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligining etiologiya va patogenezi.</li> <li>4. Oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligi klinik – laborator – instrumental tekshiruv usullari.</li> <li>5. Oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligining bosqichli davolash va oldini olish tadbirlari..</li> </ol>
<b>O'quv mashg'ulotining maqsadi :</b> Talabalarda bolalarda oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligi to'g'risida tushuncha berish. Etiologiya va patogenezi, klinik kechishi. Tashxisot usullari bilan tanishtirish. Davolash va oldini olish tadbirlarini o'rgatish.	
<b>Pedagogik vazifalar</b>	<b>O'quv faoliyati natijalari</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Talabalarda bolalarda oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligini to'g'risida tushuncha berish.</li> <li>- Bolalarda oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligining etiologiya va patogenezi, klinik kechishi haqida to'liq ma'lumot berish.</li> <li>- ovkat xazm kilish a'zolarini tekshirish usullarini o'rgatish</li> <li>- oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligini aniqlay bilish va davolashni o'rgatish</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Talabalar bolalarda oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligi to'g'risida tushuncha ega bo'lishi kerak.</li> <li>- Bolalarda oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligining etiologiya va patogenezi, klinik kechishi haqida to'liq ma'lumotga ega bo'lishi kerak.</li> <li>- ovkat xazm kilish a'zolarini tekshirish usullarini o'rganib, tahlil qila olishi kerak.</li> <li>- oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligini tashxislab, davo rejasini tuzishi kerak.</li> </ul>
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasion xonajoxlari» vah.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zakinazorat: savol – javob, mustaqillish,

## 8.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi</li> <li>2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi</li> <li>3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</li> <li>4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</li> <li>5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi.</li> <li>6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi</li> </ol>	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</li> <li>2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</li> <li>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</li> </ol>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi.</li> <li>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</li> <li>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi.</li> <li>4. Guruxlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi.</li> <li>5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi.</li> <li>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi.</li> <li>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</li> <li>8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi.</li> <li>9. Kasallik tarixini tekshiradi</li> </ol>	<p>Tinglaydilar, asosiy jixatlarini yozib oladilar Kichik guruxlarga bo'linadilar.</p> <p>Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</li> <li>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</li> </ol>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar Uyg'a vazifani va mustaqil</p>

	3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi	ish mavzusini yozib oladilar
--	--	------------------------------

## YARA KASALLIGINING ETIOLOGIYA VA PATOGENEZI.

Har bir kasallikni davolashda muvaffaqiyatga erishish uchun avvalo uning etiologiya va patogeneziga alohida e'tibor qaratish talab qilinadi.

Klinik, bioximiyaviy va endoskopik, gistologik va instrumental tekshiruv natijalari yordamida yara kasalligining etiopatogenezini, uning klinik jixatdan turli tumanligini aniqlash mumkin.

Oshqozon hamda 12 barmoqli ichak yara kasalligi –bu polietiotologik kasallik hisoblanadi. Yara kasalligi kelib chiqish sabablari turlicha bo'lib ular:

1. Oshqozon va 12 barmoqli ichak shilliq qavatida struktur o'zgarishlar
2. Irsiy moyillik
3. Immunologik buzilishlar (hujayra va gumoral)
4. Asab ruhiy zo'riqish
5. Kislota va peptid omilining agressiv ta'siri ostida
6. Ovqat hazm qilishning mahalliy buzilishi va shilliq qavat tabiiy rezistentligining pasayishi
7. Oshqozon va 12 barmoqli ichak shilliq qavatining birlamchi morfologik o'zgarishi
8. Helicobacter pylori teoriyasi
9. Dori-darmonlarning patologik ta'siri
10. Ovqatlanish ritmining buzilishi
11. Alkogolizm va kashandalik
12. Gipoksik faktor

Ultserogenez rivojlanishining oxirgi zvenosi bu oshqozon va 12 barmoqli ichak shilliqqavatida «himoya» va «agressiya» omillarining nomutanosibligidir. Bu « Shiyya tarozi»si sifatida illyustratsiya qilinadi.

Agressiya omillari quyidagilardir: vodorod xlorid kislotasi va pepsin, pankreatik fermentlar, o't kislotalari, nordan massalarining 12 barmoqli ichak piyozchasiga tez evakuatsiya qilinishi, ya'ni « kislota zarbasi» sifatida ta'sir qilinishi, alkogol, nikotin, va dori moddalar (yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar, glyukokortikoidlar ) kiradi. Yara kasalligining patogenezini o'rganishda Helicobacter pylory ning ochilishi katta yangilik hisoblanadi. Chunki u yara kasalligi rivojlanishida kislota peptid va boshqa agressiya omillari patogenetik ta'sirini kuchaytiradi. Helicobacter pylori shartli patogen bakteriyalar turiga mansub bo'lib, u ovqat hazm qilish traktining agressiv faktorlariga nisbatan yuqori chidamlilik xususiyatiga ega.

Agar tashqi muhitda qulay sharoit tug'iladigan bo'lsa, u patogenlik xususiyatini namoyon qila boshlaydi. Helicobacter pylori kolonizatsiyasida asosiy rolni ulardagi bo'lgan jgutchalar o'ynaydi ular bakteriyalar harakatlanishiga yordam berishadi. Bakteriyalar o'zini agressiv omillardan himoya qilish uchun ureaza fermentini hosil qiladi, u bakteriyaning sitoplazmasi va yuzasida hosil bo'lib, mochevinani parchalab ammiak hisobiga N-ionlarini neytrallaydi. Ureaza oshqozon shilliq qavati uchun kuchli toksinlik xususiyatiga ega hisoblanadi, u monotsitlar va neytrofillar funksiyasini aktivlashtirib yallig'lanish reaksiyasini kuchaytiradi. Natijada sitokinlar sekretiysasi kuchayib erkin azot oksidlari hosil bo'ladi. Buning natijasida qon aylanishi birdan susayib qon tomirlar spazmi kelib chiqadi va oshqozon hamda 12 barmoqli ichak hujayralari apaptozi ya'ni o'limi kelib chiqadi

Oxirgi yillar mobaynida ko'plab tadqiqotlar oshqozon va 12 barmoqli ichak himoya faktorlarini o'rganishga bag'ishlanmoqda, bular orasida bikarbonat barerining borligi katta rol o'ynaydi. Shuni ta'kidlab o'tish joizki sog'lom odamlarda himoya omillari agressiya omillariga qaraganda hamma vaqt

ustun turadi, va bu narsa endogen hamda ekzogen omillar ta'siriga qaramay oshqozon shilliq qavati strukturaviy tuzilishini butunligi saqlashda beqiyos o`rin egallaydi. Agar pH muHiti 1,5 kamaysa shilliq qavati o`zining barerlik xususiyatini yo`qotadi. Ovqat hazm qilish traktining himoyachilari bu shilliq, epitelial hujayralar membranasi va qon tomirlar mikrotsirkulyatsiyasidir. Qon aylanishi natijasida hujayralar suv kislorod, oziq moddalar, bufer sistema mahsulotlari bilan ta'minlanadi. Bu omillar ularning sekretsiyasini ushlab turadi.

Umumiy qilib aytganda yara kasalligi hujayralar regeneratsiyasini so`ndirib, ular oziqlanishini buzadi, nuklein kislotalar disbalansi hamda oksidlanish qaytarilish reaksiyalarini buzib, oqsil almashinuvi buzilishiga olib keladi.

### **EPIDEMIOLOGIYA.**

Yara kasalligi tarqalishi bo`yicha statistik ma'lumotlar turli tumandir. Bu kasallikning regionalligi va etnikligi bilan bog`liqdir. Lukyanova E.M. ma'lumotlariga ko`ra Ukrainada bu kasallik tarqalishi 0,4% ni tashkil qiladi. Belousov Y.V. ma'lumotiga ko`ra ukrainalik bolalarning mingtadan bittasida yara kasalligi uchraydi. Shabalov fikricha rossiyaliklar orasida bu kasallik shaharliklar orasida 3,4% qishlok aholisi o`rtasida 2,0% ni tashkil qiladi.

Yara kasalligi o`g`il va qiz bolalar orasida bir xil chastotada uchraydi. Bolalar o`rtasida 12 barmoqli ichak yara kasalligi ko`proq uchraydi u 85 – 88 % ni tashkil qiladi. Oshqozon yara kasalligi 11-13% ni tashkil qiladi.

Shuni ham ta'kidlash kerakki, yara kasalligi oxirgi yillar ichida yosharayotgan kasalliklar safiga kirib bormoqda

### **KLASSIFIKATSIYA**

Bolalar amaliyotida eng keng qo`llaniladigan klassifikatsiya bu Mazurin A.V. tomonidan 1984 yilda yozilgan tasnifdir.

- I. Klinik endoskopik stadiyasi bo`yicha:
  1. Yangi yara.
  2. Epitelizatsiya boshlanishi.
  3. Yara nuqsonining bitishi.
  4. Klinik endoskopik remissiya.
- II. Kasallikning fazasi bo`yicha:
  1. Qo`zgalish.
  2. Noto`liq klinik remissiya
  3. To`liq klinik remissiya
- III. Formasi:
  1. asoratlanmagan
  2. asoratlangan:
    - qon ketish
    - perforatsiya
    - perivistserit
    - privratnik stenozi
    - malignizatsiya
- IV. Lokalizatsiyasi bo`yicha:
  1. oshqozon
  2. 12 barmoqli ichakda
    - piyozchasida
    - postbulbar
3. ikkala joyda lokalizatsiyasi
- V. Kislotalik holati bo`yicha:
  1. kislotalik oshgan

2. kislotalik normal
  3. kislotalik pasaygan
- VI. Etiologik tavsifnomasi bo'yicha:
1. assotsirlangan *Helicobacter pylori*
  2. assotsirlanmagan *Helicobacter pylori*

### **YARA KASALLIGINING KLINIK MANZARASI.**

Yara kasalligining klinik ko'rinishi bolaning yoshiga qarab, yara lokalizatsiyasiga qarab va kasallikning davriga qarab turli tuman bo'ladi. Yarakasalligining klinikasibolaqanchayoshbo'lsashunchalikatipikko'rinishimumkin. Kasallikning simptomlariturlitumandir. Belousov Y.V. barcha simptomlarni sindromlar ostida birlashtirgan. Ular:

1. Og'riq sindromi. Yara kasalligining asosiy sub'ektiv belgisi bu – og'riqdir. Og'riqning joylashuvi, xarakteri, intensivligi, irradiatsiyasiga qarab yara kasalligining turini aniqlash mumkin.

Masalan, ertalabki og'riq oshqozon yara kasalligi uchun xos, kechki og'riq esa 12 barmoqli ichak yara kasalligiga xosdir. Og'riq turlicha bo'lishi mumkin: xurujsimon yoki simillovchi va x.k.

Ovqat hazm qilish traktining shilliq qavati sezuvchi innervatsiyaga ega emas. Shuning uchun ham patologik protsesslar (yallig'lanish, yara, eroziya) agar sekretor motor buzilish bo'lmasa, og'riq sindromini chaqirmaydi. Oshqozon va 12 barmoqli ichakning serroz va mushak qavatlari simpatik nerv chigali tolalari bilan innervatsiyalangan. Shuning uchun organ ichida bosim oshishi va organ serroz pardasining cho'zilishi kuchli og'rik keltirib chiqaradi.

Yara joylashuviga qarab og'riq xarakteri va vaqti ham turli tuman bo'ladi. Masalan yara oshqozon pilorik qismi va 12 barmoqli ichak piyozchasida joylashgan bo'lsa, og'riq ovqat yegandan keyin 2 soat ichida paydo bo'lib, kechasi och og'riqlar kelib chiqadi. Agar yara oshqozon kardial qismi yoki tanasida joylashgan bo'lsa, og'riq darrov ya'ni 20-30 munda paydo bo'lib, oshqozon bo'shagandan keyin yo'qoladi.

Umuman olganda mashhur bo'lgan klassik Moyningancha ritm: och qolish-og'riq-ovqat-yengillik- och qolish- og'riq... bu ko'pincha katta yoshdagi bolalar uchun xos hisoblanadi. Yara kasalligi mavjud bo'lganda qorinni yuzaki palpatsiya qilinsa, mushaklarning lokal taranglashishi, perkussiyada lokal og'riq seziladi. Mendel simptomi musbat bo'ladi.

2. Dispepsik sindrom. O'z ichiga kekirish, achishish, qusishni oladi. Bu sindromga giperatsidlik sababli kelib chiqadigan qabziyatni ham qo'shish mumkin. Kekirish oshqozon ichida bosimning oshishi va kardial sfinkter etishmovchiligi oqibatida kelib chiqadi.

Og'izdan yomon hid kelishi va qusish ovqat evakuatsiyasining buzilishi natijasida, ovqatning uzoq vaqt ushlanib qolishi natijasida kelib chiqadi. Qusgandan keyin kasal o'zida engillik sezadi, xoletsistitdan farqli o'laroq.

Qabziyat esa ichaklarning spastik diskineziyasi natijasida kelib chiqadi.

Ko'pincha yara kasalligi bor bemorlarning ishtahasi so'ngan bo'ladi, ayrim hollarda esa, og'riqli och qolish hissi paydo bo'ladi

3. Astenovegetativ sindrom. Bemor umumiy ahvoli qo'zg'alish davrida yomonlashadi. umumiy holsizlik, kuchsizlik, ko'p terlash, ish faoliyatining pasayishi, qo'zg'aluvchanlik kelib chiqadi. Ayrim hollarda kasallarda kuchli oriqlab ketish kuzatiladi.

Kasallik epitelizatsiya davri boshlangach ushbu klinik belgilar asta sekin so'na boshlab, kasal umumiy ahvoli yaxshilana boshlaydi

### **KASALLIKNING ASORATLARI.**

Yara kasalligi uzidan keyin hayot uchun xavfli asoratlar qoldirishi bilan e'tiborga molikdir. Agar asoratlanishlar oldi olinmasa odam bir umrga nog'iron bo'lishi yoki ish qobiliyatini yo'qotishi mumkin.

Yara kasalligi ko'pincha 10 -15 % holatlarda asoratlanadi

### 1. Qon ketish.

Engko`puchraydiganasoratbo`lib, ko`pincha 12 barmoqliichakarakasalligidauchraydi.Qonketishiko`pinchayarakasalligiqo`zgalgandavrdakelibchiqadi .Yashirinya`niokkultqonketishinihammavaqthamdiagnostikaqilibbo`lmaydi.Klinikadako`phollardaprof uzqonketishlardiaagnostikaqilinadi.Bukofe quyqasimonqusish, axlatdamelenabo`lishikuzatiladi.

Klinikayo`qotilganqonmiqdorivayo`qotishtempigabog`liqdir.

Agarqonkammiqdordaketayotganbo`lsaklinikbelgilarbilinarbilinmasbo`ladi.Undaqo`shimchatekshirish laro`tkazishtalabqilinadi.

Agarqonkamkammiqdordalekindoimiyyo`qotilibturilsabemordakuchlianemiyabelgilari, umumiyholsizlikvaayniqsabolalardajismoniyrivojlanishdanorqadaqolishkuzatiladi.

Agarbirdanprofuzqonyo`qotilsashokvakollapsklinikasikelibchiqadi.

Diagnostika.Ob'ektivko`rik. Perifirikqonda: trombotsit, eritrotsit, gemoglobinvagematokritko`rsatkichlariningpasayishivaretikulotsitozbo`lishi. Davolashvadiagnostikamaqsadidaendoskopiyaqilinadi

### 2. Perforatsiya.

Xavfli asorat hisoblanadi. Bu ko`p holda yara qo`zg`alish davrida ya'ni kuz va bahorda uchrab sababi: og`ir jismoniy mehnat, kuchli ruxiy zo`rikish, va oshqozon ichida bosimning oshishi bo`lishi mumkin.

Klinikada qorinda birdan «xanjarsimon» og`riq, qorin doskasimon, Hotkin- Blyumberg simptomi musbat, jigar tumtokligi yo`qolishi kuzatiladi. Bir qancha vaqtdan keyin peritonit rivojlanadi.

Diagnostika: rentgendaqorinbo`shlig`idaerkingazo`roqsimonsoyaningbo`lishi. Davolash shoshilinch operatsiya

### 3. Penetratsiya.

Bu yaraning oshqozon va 12 barmoqli ichak devoridan tashqariga tarqalishidir. Ya'ni yara devori nekrozga uchragandan keyin u qo`shni organ devoriga fibroz to`qima bilan o`sib kirib, o`sha organni zararlaydi.

12 barmoqli ichak yarasi o.o.b boshchasiga, o`t yo`llariga, jigarga, duodenal boylamga penetratsiyalanadi. Oshqozon yarasi esa o.o.b. tanasi va kichik charviga penetratsiyalanadi. Penetratsiya kuzatilganda fibroz bitishmalar paydo bo`ladi. Kuchli og`riq antatsidlar qabul qilgandan keyin qoladi. Perifirik qonda: leykotsitoz va SOE oshishi kuzatiladi. Diagnostika rentgenda va endoskopiya aniqlanadi.

### 4. Stenoz va deformatsiya.

Yara kasalligining remissiya davrida chandiqli deformatsiyalanish kuzatilib ,evakuator buzilishlar va kuchli og`riqqa sabab bo`ladi. Sabab: periultseroz yallig`lanish infiltrati va spastik qisqarishlar. Stenoz ikki xil bo`ladi:

1. Yallig`lanish spastik

2. chandiqli stenoz.

Diagnozqontrastbariylirentgenodiagnostikada.Bariymoddasiningoshqozondaturibqolishi. Davolashoperativ.

## DIAGNOSTIKA

Oshqozonva 12 barmoqliichakarakasalligidiagnozianamnez, klinikmanzara, tekshirishnatijalari, laboratorvainstrumentaltekkshirishlarnatijalarigaqarabqo`yiladi.

Bemordananamnezobdonyig`ibolinadi.Undaalohidae'tiborirsiyatiga, genealogikshajarasiga, hayotanamneziga, yashashsharoiti, asabruhiyholati, yomonodatlari (ichishchekish) gaberishtalabqilinadi. Shikoyatlaryaxshilabsurishtirilgach, og`riqharakteriritmigaaloxidae'tiborberiladi.

Bemorni ob'ektiv tekshirish davrida qorin palpatsiyasida og'riq sezilishi, mushaklarning lokaltarangligi, Mendel simptomim usbatligi ko'zgatashlanadi.

Yarakasalligini diagnoz qilishda muhim o'rinni axlatni yashirin qon ketish gatekshirish egallaydi. Gergersen reaksiyasining musbat bo'lishi buyarakasalligining qayta aktivlashganligidanda dalolat berishi mumkin.

Yarakasalligini tashxislashda muhim o'rinni bemorning shikoyatlariegallaydi. Ular orasida og'riqqa bo'lgan shikoyataloxida ahamiyat kasbetadi. Og'riqning yarakasalligiga xos bo'lishi, uning paydobo'lish vaqtlaridagi nozqo'yish dayengillik yaratishi mumkin. Agarkasallik og'irkechib, yaralokalizatsiyasinoan'anaviy joydabo'lsayoki davolanishlar foydaber masa, uholdashifokorboshqakasalliklartog'risidamushohadaolibborishkerak.

Shifokor yarakasalligidegantashxisni qo'yish uchun klinik tekshirishlar rejasini qo'llashkerak. Demak bu o'zichiga umumiy qontahlili, umumiy axlattahlili, oshqozon nizondlash, bariy moddasi bilan rentgentekshirishni o'tkazish va albatta endoskopik tekshiruvlarni o'tkazish ilozim.

Umumiy qontahlilibizganemiyanianiqlashda (qonketish oqibatida), agar leykotsit va SOE oshgan bo'lsa, yallig'lanish jarayoni mavjudligini bildiradi.

Oshqozon nizondlash – o'tkazish faqatgina diagnostika hamiyatga egabo'lib qolmay, kasallik genezini aniqlash va davolashtaktikasini tanlash dayordamberishi mumkin.

Oshqozon sekretsiyasining asosiy ko'rsatkichlari:

- oshqozon sekretsiyasining miqdori;
- uning kislotalik tarkibi;
- HCL kislotasi va pepsin debitini aniqlashim qoniniberadi.

Rentgenologik tekshirish o'tkazish.

Bemorga bariy sulfat bo'tkasini ichirish yordamida amalga oshiriladi. Bu usul xavfsiz, obektiv, ommaviy va organning nafakat morfologik balki funktsional o'zgarishlarini aniqlash dayordamberadi.

Rentgentekshirish dayarakasalligi uchun xos bo'lgan «aniq» va «nisbiy» bo'lgan belgilarni tafovut qilindi.

Aniq belgilar:

1. «Tokcha» simptomi – rentgen kontrast modda bilan to'lgan yara nuqsonining tasviri. Bariy modda deposi.
2. Yallig'lanish vali.
3. oshqozon qonturlarining chandiqli deformatsiyasi
4. shilliq qavat burmalarining tokchaga qaragan radial qonvergensiyasi.

Nisbiy belgilar:

1. oshqozon tonusining o'zgarishi
2. 12 barmoqli ichakda qontrast moddaning ushlanib qolinishi
3. shilliq qavat relefining o'zgarishi
4. pilorospazm.

Endoskopik tekshirish. Diagnostika va davolash maqsadida ishlatiladi. Endoskop optik sistemadan iborat bo'lib uning yumshoq naychasi og'izdan kiritiladi. Endoskop yordamida atipik joylashgan yaralarni topish, oshqozon orqa devorida joylashgan yaralarni aniqlash mumkin. Bu tekshirish usuli yuqori informativlikka ega sanaladi. Endoskop davolash maqsadida ham ishlatiladi. Masalan uning yordamida yaradan biopstat olish yoki yaradan qon ketayotgan bo'lsa uni to'xtatish mumkin. Endoskopik tekshiruv yordamida diagnoz qo'yish yoki uni inkor qilish, yaraning lokalizatsiyasi, formasi, chuqurligi, xajmi, uning qirg'oqlari holatini aniqlash mumkin. Hamda oshqozon va 12 barmoqli ichak motorikasi buzilganligi, shuningdek kasallikni dinamikada kuzatish imqoniyatini yaratib beradi.

**Yara kasalligi qo'zgalgan davrda endoskopik ko'rinishi:**

- I. O`tkir yara. Oshqozon va 12 barmoqli ichak shilliq qavatlarida kuchli yallig`lanish reaksiya belgilari. Nuqson atrofi yallig`lanish belbog`i bilan chegaralangan. Shilliq parda shishi va nuqson tubi fibrin moddasi bilan qoplangan.
- II. Epitelizatsiya boshlanish davri. Yallig`lanish belgilari susayadi. Shish va giperemiya yo`qoladi. Nuqson chegaralari noaniq, fibrin moddasi kamayib, shilliq parda burmalari yara tomoniga qonvergensiyalanadi. Noto`liq remissiya fazasi.
- III. Yaraning bitishi. Nuqson o`rnida chandiqlarning paydo bo`lishi. Granulyatsion to`qimaning o`sib kirishi. Chandiqlar har xil formalarda bo`lib deformatsiyalar bo`lishi mumkin.
- IV. Remissiya. Yara nuqsonining to`lik epitelizatsiyasi. «tinch nuqson» simptomi. Gastroduodenit simptomlari ko`rinmaydi.

### **DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKA.**

Yara kasalligi aniqlangandan keyin uni birinchi navbatda simptomatik ya'ni o`tkir yaralardan differentsiatsiya qilish kerak. Simptomatik yaralar qonkret bo`lgan noxush ta'sirga nisbatan paydo bo`lib, surunkali tipga o`tish yoki retsidivlanishga moyil bo`lmaydi. Ularning quyidagi turlari bor:

- I. Stress genezli. Bular jismoniy yoki ruxiy jaroxatlar, kuyishlar endokrin kasalliklar oqibatida kelib chiqadi. Bular ko`pincha oshqozonda joylashib, qonga ko`p miqdorda katexolaminlar otilishi tufayli shilliq parda ishemiyasi natijasida kelib chiqadi. Bu yaralarning klinik kartinasi kuchli emas. Og`riqlar kuchli emas, harakterli emas va ularni birinchi belgisi o`tkir rivojlanuvchi qon ketish yoki perforatsiya hisoblanadi.
- II. Medikamentoz yaralar. Ular yallig`lanishga qarshi nosteroid preparatlarning ta'siri ostida (aspirin, kortikosteroidlar, sitostatiklar) ostida kelib chiqadi. Ularning kelib chiqishi prostoglandinlar va shilliq ishlab chiqarishning buzilishi hamda regeneratsiyaning susayishi bilan bog`liqdir. Odatda bu yaralar simptomsiz kechib birdan qon ketish bilan namoyon bo`ladi .
- III. Gepatogen yaralar. Jigar sirrozi va surunkali gepatiti bor bo`lgan bolalarda uchrab ko`proq oshqozonda joylashadi. Buning asosida darvoza venasida qon aylanish buzilishi, jigarda gistamin inaktivatsiyasi buzilishi, umumiy trofik va mikrotsirkulyator buzilishlar bilan bog`liqdir. Klinikasi yashirin va atipik. Davolash ko`pincha foyda keltirmaydi.
- IV. Pankreatogen yaralar. Ular 12 barmoqli ichakda hosil bo`ladi. Genezi asosida kinin va gastrin ko`p ajralayotgan bir paytda ichakka bikarbonatlar kelishining buzilishi oqibatida kelib chiqadi. Bu turga ovqat hazm qilish bilan bog`liq bo`lgan kuchli og`riq sindromi xosdir.
- V. Endokrin genezli yaralar. Diabetik angiopatiyalar oqibatida kelib chiqib oshqozonda joylashgan bo`ladi. Klinikasi kam simptomli. Giperparatireozda giperkaltsiemiya natijasida oshqozon kislotaliligining oshishi oqibatida kelib chiqadi.
- VI. Zollinger – Ellison sindromi. Gastrin ishlab chiqaruchi o`sma gastrinoma. 16% yomon sifatli. Gastrin sekretsiasining doimiy yuqori bo`lishi oqibatida oshqozon normal sutkalik ritmining buzilishi kelib chiqadi. Klinikasida

oshqozon va 12 barmoqli ichakda juda ko'plab yaralar paydo bo'lishi va ulardan qon ketishi va perforatsiyaga moyilligi xos hisoblanadi. Tashxis qo'yish uchun qonda gastrin miqdori aniqlanadi. Normada 100 pmolG<sup>l</sup>. Bunda 2 – 3 marta yuqori. O'sma lokalizatsiyasini aniqlash uchun UZI, KT, MRT, qilinadi.

Undan tashqari yara kasalligi surunkali xoletsistit va pankreatit bilan taqqoslanadi. O'tkir xoletsistit – og'riq ko'pincha ovqat turi bilan bog'liq bo'ladi ya'ni qovurilgan sho'r va x.k. ularning aniq davriy vaqti yuk va antatsidlar qabul qilingandan so'ng bemor yengillik sezmaydi. Qusgandan keyin ham yengillik hissi paydo bo'lmaydi.

Surunkali pankreatit- og'riq ko'pincha o'ng yoki chap qovurg'a ostida joylashib yarim oysimon shaklida bo'ladi. Og'riq belbog'simon bo'lib ichaklar faoliyatining buzilishi bilan kechadi. Axlata steatoreya kuzatiladi. Bu kasalliklarda mavsumiylik hech qanday rol o'ynamaydi.

### **YARA KASALLIGINI DAVOLASH.**

Yara kasalligini davolash kompleks tarzda olib borilib, davolash shakli yaraning joylashuvi, kasallikning fazasi, asoratlanishiga qarab turli tuman bo'ladi. Davolashning asosiy maqsadi oshqozon va 12 barmoqli ichak shilliq qavatini tiklash, chandiqlar oldini olish va retsidivlanishga yo'l bermaslikdan iborat. Davolash muvaffaqiyatli bo'lishi uchun bemor ultserogen preparatlarni qabul qilmasligi va asab ruhiy zo'riqishlardan forig' bo'lmog'i kerak.

Yara kasalligini davolash uchun quyidagilar maqsad qilinadi:

1. yara bitishini tezlashtirish
2. og'riq va dispepsiyani chetlashtirish
3. *Helicobacter pylori* ga ta'sir qilish
4. MNS funksiyasini normallashtirish
5. yara nuqsoniga bevosita mahalliy ta'sir ko'rsatish

1. kasallik o'tkir davrida yotoq rejimi.

2. Dieta. Stol №1. mexanik, termik, ximik dieta. Ratsiondan qattiq, sho'r, achchiq narsalarni olib tashlash. Ko'proq mevalar, sabzavotlar iste'mol qilish. Sutkasiga o'rtacha 5 -6 marta ovqatlanish. Ko'proq sut mahsulotlarini yeyish talab etiladi. Agar yara kasalligi qon ketish bilan asoratlangan bo'lsa Meylengraxt dietasi buyuriladi. Fakat suyuq bo'tqasimon ovqat buyuriladi. U oqsil, mineral va tuzlarga boy hisoblanadi.

Yara kasalligining farmakoterapiyasi. Mastrixtk qonsessusi – 2 (2000), MZ RF 1998 tavsiyalariga asosan hozirgi kun talablariga binoan yara kasalligini Nr eradikatsiyasi yo'li bilan davolash qabul qilingan. ya'ni bu kombinatsiyalashgan terapiya bo'lib birinchi va ikkinchi liniyalar hamroxlikda olib boriladi.

Birinchi liniya diagnoz qo'yilgan chog'danoq boshlab qo'llaniladi kasallikning qaysi davri bo'lishidan qat'iy nazar olib boriladi.

Eradikatsion terapiya effektini nazorat qilish uchun 1 oydan keyin qontrol o'tkaziladi. Bu noinvaziv metodlarda o'tkaziladi. Masalan Xelik testi, yoki axlat tarkibida Hp ni aniklash.

Agar test javoblari manfiy chiqadigan bo'lsa, davolash to'xtatiladi agar musbat chiqsa davolash ikkinchi liniyaga o'tkaziladi.

Ko'plab gastroduodenal yaralar asosida atsidopepsin ta'sirining oshganligi yotganligi bois, 7 kunlik eradikatsiya kursi tugagandan keyin antisekretor terapiya o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

Antisekretor terapiya quyidagicha utkaziladi

*-proton nasos ingibitorlari (IPN): Omeprazol 10 – 20 mg, Lansoprazol 30 mg, Pantoprazol 40 mg, Rabeprazol 25mg, kunda 1 mahal davolanish kursi 7 kun;*

*-N2 gistamin blokatorlari:*

Ranitidin ( zantak ranisan), 8-10 mg/kg kuniga 2 mahal, Famotidin (kvamatel gastrosidin) 2 mg/kg kuniga 2 mahal 7kun. Keyin ushbu dozaning yarmi yana 7 kun.

Ushbu davolash kursi tugagandan keyin disbioz oldini olish maqsadida probiotiklar (Lineks, bifiform) berish maqsadga muvofiqdir. Kuniga 1-2 kapsuladan 10-12 kun mobaynida beriladi.

sitoproteksiya maqsadida beriladi:

I.plenka hosil qiluvchilar: ular yallig'langan shilliq parda ustida yupqa himoya qobig'ini hosil qiladi, va shu bilan vodorod ionlari qayta diffuziyasiga yo'l qo'ymaydi.

1.vismutning kolloid subtsitrati. De -nol, Ventrisol.Prostoglandinlar ishlab chiqarilishini kuchaytirib, pepsinni adsorbtsiya qiladi.Asosiy ta'siri antixelikobakterlikdir. 1 tabletkadan 2-3 marta ovqatdani 30 min oldin, 3-4 hafta mobaynida.

2.sukralfat. Alyuminiy va sulfatlangan polisaharidning birikmasi, nordon muhitda yelimsimon holatga kelib, yara yuzasida xelat hosil qilib, mexanik himoya hosil qiladi. Kuniga 1 tabletkadan ovqatdani 30 min oldin 4-6 haftai mobaynida.Zararli tomonlari kuzatilmaydi.

qobiq hosil qiluvchi preparatlar bazis terapiya preparatlari bo'lib hisoblanadi

II.Prostoglandinlar:bikarbonat va shilliq ishlab chiqarishini kuchaytirib, mikrotsirkulyatsiya yaxshilaydi.arboprostil 200 mkg dan ovqatgacha kuniga 3 mahal davolanish kursi 4 oy. Sekretor diareya tarzida nojo'ya ta'sir kuzatiladi.Bu vosita medikamentoz yaralarni davolashda tanlov preparat sanaladi.

Motor buzilishlar bo'lganda dofa-retseptorlar blokatorlari beriladi. Serukal, Motilium. 1 mg/kg 3 mahal ovqatdan 30 min oldin beriladi.

Spazmolitik preparatlar No -shpa, Papaverin, Platifillin kuchli va spazmatik og'riqlar kuzatilganda beriladi.

Helicobacter pylori eradikatsiyasida qo'llaniladigan asosiy preparatlar.

1. vismut preparati. De -nol 1 kg tana vazniga 4 mg kuniga 2 mahal , yoki 120 mgdan 2 mahal (7 yoshchaga), 240mg (7 yoshdan keyin).

2. Antibiotikoterapiya. Amoksitsillin 25 mg na 1kg massaga. 7 yoshgacha 500mg 2 mahal , 7 yoshdan keyin 1000mg 2 mahal .

Klaritromitsin 7,5 mg 1 kg tana vazniga sutkasiga 2 mahal .

Metronidazol 250 (7 yoshgacha) 500mg (7 yoshdan keyin) kuniga 2 mahal 20-40 mg 1 kg tana vazniga beriladi

3. N2 gistamin retseptorlar blokatorlari. Fomotidin yoki ranitidin sutkasiga 20-40 mg sutkasiga beriladi.

4. proton nasos ingibitorlari Omeprazol 0,5 mg/kg kuniga 1-2 mahal .

### **HELICOBACTERPYLORIGA QARSHI TERAPIYA**

Helikobakter pilorining ochilishi yara kasalligini davolash tarixida haqiqiy qo'zg'olon bo'ldi desak mubolag'a bo'lmaydi. Chunki bu narsa davolash to'g'risidagi barcha streotiplarni o'zgartirib yubordi.

1983 yilda Marshal va Varren tomonidan surunkali gastrit bilan og'rigan bemor oshqozonida egilgan bakteriyalarni topishadi, ular adashib uni

Kampilobakteriyalar oilasiga kiritadilar, lekin keyinchalik bu bakteriyalarga Helikobakter pilori deb nom beriladi.

Helikobakterli infeksiyaning topilishi yara kasalligini davolash va profilaktikasiga bo'lgan yondashishni tubdan o'zgartirib yubordi. Bu bakteriyalarni noinvaziv metodlar orqali aniqlay olinishi juda qulay bo'lib hatto gistologik tekshirishlar ham ularni aniqlay olish imqoniyatini beradi.

Helicobacter pylorini aniqlashning noinvaziv metodlariga serologik va nafas testlari kiradi. Shuni e'tiborga molikki bu tekshirishlar kasallikning ham o'tkir davrida ham remissiya davrida o'tkazilish imqoniyati mavjud. Oxirgi 10 yil ichida yara kasalligini davolash printsiplari tubdan o'zgarib ketdi.

Epidemiologik ma'lumotlarga qaraganda 100% yara kasalligining 80% ni etiologiyasi Helicobacter pylori bo'lib sanaladi. Dunening ko'plab etakchi gastroenterologlari tomonidan yara kasalligini davolash uchun ilmiy tadqiqotlar olib borilmoqda va ularning aksariyat qismi Helicobacter

pylori ni o'rganishga bag'ishlangan. Ma'lum qilinishicha Helicobacter pylori ga qarshi terapiya olib borilgandan so'ng agar u to'liq va kompleks ravishda davolansa kasallikda umuman retsidivlanish kuzatilmaydi.

«uchlik» usuli ya'ni uchta preparatning kombinatsiyalashgan shakli: de –nol, amoksitsillin, metronidazol, bu usulning qo'llanishi keng targ'ibot qilingan. Lekin uning no'juya ta'sirlari ko'pligi ham e'tiborlidir

#### Birinchi liniya terapiyasi (troynaya)

D o r i v o s i t a s i	D o z a	k u r s
Omeprazol (losek, gastrozol)	10-20 mg 2 mahal har 12 soatda	7 k u n
Lansoprazol(lansofed, lanzal)	30 mg kuniga 2 mahal har12soatda	
P a n t o p r a z o l	40mg kuniga 2 mahal har 12soatda	
R a b e p r a z o l	2 0 m g 1 m a h a l	
Pilolid(ranitidin vismut)	200mg 2mahal ovqatdani 30 min oldin	
		7 k u n
K l a r i t r o m i t s i n	15 mg/kg ovqatdani keyin	
A m o k s i t s i l l i n	50 mg/kg ovqatdani keyin	7 k u n
M e t r o n i d a z o l	20 mg/kg ovqatdani keyin	

#### Ikkinchi liniya terapiyasi (kvadro)

D o r i v o s i t a s i	D o z a	k u r s
Omeprazol (losek, gastrozol)	10-20 mg 2 mahal har 12 soatda	7 k u n
Lansoprazol(lansofed, lanzal)	30 mg kuniga 2 mahal har12soatda	
P a n t o p r a z o l	40mg kuniga 2 mahal har 12soatda	
R a b e p r a z o l	2 0 m g 1 m a h a l	
S u b t s i t r a t v i s m u t a	1 2 0 m g 4 m a h a l	7 k u n
K l a r i t r o m i t s i n	15 mg/kg ovqatdani keyin	
A m o k s i t s i l l i n	50 mg/kg ovqatdani keyin	7 k u n
M e t r o n i d a z o l	20 mg/kg ovqatdani keyin	
		7 k u n
T i n i d a z o l	20 mg/kg ovqatdani keyin	
F u r a z a l i d o n	15 mg/kg ovqatdani keyin	

#### YARA KASALLIGIDA QO'LLANILADIGAN PREPARATLAR FARMAKOLOGIYASI.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligini davolashning asosiy tamoyili bu medikamentoz terapiyadir. Shuning uchun dori vositalarining farmakodinamika va farmakokinetikasini bilish vrachlar uchun katta yutuq sanaladi. Quyida yara kasalligini davolashda ishlatiladigan asosiy preparatlarga qisqacha tavsifnomani keltirib o'tamiz.

### **H2-gistamin retseptorlar blokatori.**

Ular oshqozon va 12 barmoqli ichakda kislotaga hosil bo'lishini asosan kechki paytda pasaytiradi. Ya'ni ular buzilgan neyroqumoral reaksiyalarga ta'sir qiladi. Ushbu guruhning birinchi vakillaridan biri bu simetidin u sutkasiga 15-20 mg/kg dozada beriladi. Lekin uning nojo'ya ta'sirlari ko'pligi sababli bolalar amaliyotida deyarli qo'llanilmaydi.

Uning o'rniga 2 va 3 avlod preparatlari ranitidin, famotidin qo'llaniladi. Ranitidin 6mg/kg kuniga 2 mahal, famotidin 3mg/kg kuniga ikki mahal.

### **Proton pompa ingibitorlari.**

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligini davolashda proton pompa ingibitorlari yuqori effektivlikka ega. Ular Na va K ATPazani bloklaydi. Bu preparatlardan pediatriyada keng qo'llaniladigan vakil Omeprazoldir. Dozasi 0,5-1,5 mg/kg davolanish kursi 2 hafta. Undan tashqari hozirgi zamonaviy preparatlarga lasoprazol, pantoprazol, rabeprazol ham mavjud lekin ular bolalar amaliyotiga keng targ'ib qilinmagan.

### **Antatsid preparatlar.**

Oshqozonida kislotaligi yuqori bo'lgan bemorlarga kislotaga va peptid faktorini blokirovka qilish uchun antatsidlar buyuriladi. Bolalarda OIT dan surilmaydigan preparatlar beriladi.

Almagel. Bu gidrooksi alyuminiy va gidrooksi magniyning kombinatsiyalashgan preparati. Undan tashqari Almagel A bor uning tarkibiga anestetik preparat kiritilgan. Ovqat qabul qilingandan 1,5 – 2 soat ichgach buyuriladi.

Fosfalyugel. U kislotaga peptid faktorini blokada qilib, oshqozon shilliq qavatini himoya faktorini mustahkamlaydi. Bu preparat tarkibidagi alyuminiyning fosfatli kolloidi uchlamchi ta'sir ko'rsatadi. Ya'ni uning ta'siri antatsid, qobiq hosil qiluvchi va adsorbirlovchi ta'sir mexanizmlardan iborat. Kuniga 3-4 tomchidan 3 – 4 marta beriladi.

Gastal. Oshqozon kislotaligini pasaytiruvchi preparat hisoblanadi. Alyuminiyning gidrooksidi pepsinni adsorbtsiyalab, pretsipitatsiya qiladi. Bolalar 1,5 tabletkadan ichadi 4-6 marta kuniga va ko'pincha kechasi beriladi.

Bu preparatlarning effektivligi sitoprotektorlar bilan birga qabul qilganda oshadi.

### **Sitoprotektorlar.**

Sukralfat. U oshqozon va 12 barmoqli ichak shilliq qavatini himoya qilib, pepsin aktivligini pasaytiradi. Shilliq qavatni agressiv faktorlardan himoya qiladi. U prostoglandin, shilliq va bikarbonatlar ishlab, chiqarilishi kuchaytiradi. U ovqat va uyqudan oldin 1 qoshiq miqdorda kam miqdordagi suv bilan ichiladi.

Ayrim sun'iy prostoglandinlar sitoprotektorlik xususiyatiga ega. (saytotek, sitotek). Ular shilliq ishlab, chiqarilishini kuchaytirib, mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydi. Bu vosita prostoglandin E2 ishlab chiqarilishini kuchaytiradi bu esa o'z navbatida shilliq ishlab chiqarilishini stimullaydi. 1 tabletkadan kuniga 3 mahal uyqudan oldin beriladi.

### **Perifirik M – xolinoblokatorlar.**

Metatsin. U m – xolinoretseptorlarga ta'sir qilib, ularning atsetilxolin bilan birikishiga yo'l qo'ymaydi. Oshqozon va 12 barmoqli ichak spazmini oldini olib, motorikasini yaxshilaydi. Undan tashqari ularning antatsid va antisekretor xususiyatiga ega. Berilishi dozirovkaga asosan yoshiga qarab.

Pirenzepin; Oshqozon sekretsiyasining spetsifik ingibitori, M1 retseptorining selektiv blokatori. U vodorod xlorid kislotasi va pepsin ishlab chiqarilishini so'ndiradi.

Yara sohasida reparativ tiklanish protsesslarini kuchaytirish maqsadida beriladi: Solkoseril. 0,5 – 2ml mG'o 2-3 hafta mobaynida beriladi. U reparantlik xususiyatiga ega. oblepixa barglari va mevalaridan tayyorlangan sirop 1 choy qoshiqdan sutkasiga 3 mahal beriladi.

Undan tashqari fizioterapevtik chora tadbirlar qo'llaniladi

### **Fizioterapiya.**

Yara kasalligida fizioterapiyani qo'llanishi patogenetik jixatdan asoslangan. Fizioterapiya ta'siri:

1. reflektor va qumoral yo'l bilan organning regulyatsiya va trofikasiga ta'sir qiladi.

2. qon aylanishini yaxshilaydi
3. limfa aylanishini yaxshilaydi.
4. sekretor funktsiyani yaxshilaydi
5. regeneratsiya jarayonini stimullaydi
6. yallig'lanishga qarshi va ogriksizlantiruvchi ta'sir kursatadi.

Yara kasalligining asoratlari bo'lganda va malignizatsiyaga shubha qilinganda fizioterapevtik davolashga qo'llashga mo'nelik qiladi.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligida quyidagi fizioterapevtik usullar qo'llaniladi:

1. mahalliy isituvchi muolajalar
2. sinusoidal modullashgan tok (SMT)
3. diadinamoterapiya
4. ultratovush tekshirish
5. mikrotulkin terapiya
6. magnitoterapiya
7. UVCh terapiya
8. elektrouyqu
9. elektoroforez
10. giperbariy oksigenatsiya

### **Dispanser kuzatuv**

Oshqozon va 12 barmok ichak kasalligiga chalingan bemorlar gastroenterolog kuzatuv ostida bo'ladilar. Kasallikning to'liq remissiya davrida og'ir jismoniy mehnat qilmaslik kerak. Bemorlarga og'ir narsalarni ko'tarish, tez harakatlar qilish mumkin emas. Agar yara kasalligi tez – tez retsidivlanib turadigan qilish, davolanish kursi 3-4 haftagacha davom etadi.

Agar bemorda Hp topilgan bo'lsa uning yaqinlarini ham tekshirish talab etiladi va bemorning yaqin atrof muhitini sanatsiya qilish talab qilinadi.

Yara kasalligi retsidivi oldini olish uchun bemorga kattik rejimdagi dieta qilish hamda antatsidlar qabul qilish, N2 retseptorlar blokatorlari qabul qilish talab etiladi.

Dispanserizatsiya umrining oxirigacha. Kasallik o'tkirlashganda yiliga 4 marta, keyingi yiliga boshlab esa yiliga 2 marta.

Endoskopik tekshiruvlar yilga 2 marta.

Sog'lomlik kriteriyalari- 5 yil ichida to'liq klinik – endoskopik remissiya kuzatilsa shundan keyin bolalar dispanser hisobdan olinadi.

### **YARA KASALLIGINING REABILITATSIYASI.**

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligining rehabilitatsiyasi medikamentoz va sanator kurortlarda olib boriladi.

Yara kasalligi bor bolalarni xirurgik davolagandan keyin o'tkaziladigan rehabilitatsion chora tadbirlarning maqsadlari

1. operatsiyadan keyin kelib chiqadigan buzilishlar oldini olish. OXKS funksiyasini tiklash. Immunologik protsesslarni yaxshilash.
2. ishga layokatlikni tezroq tiklash.
3. yara kasalligidan keyin kelib chiqishi mumkin bo'lgan nogironlik oldini olish.
4. psixologik rehabilitatsiya

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligini rehabilitatsiyasi qilish maqsadida sanator kurort va dam olish maskanlarida sog'likni tiklash ishlari keng targ'ibot qilinmoqda. Sanator kurortlarda davolanish kasallikning klinik remissiya davrlarida maqsadga muvofiqdir. Sanatoriylargaborishga qarshilik bu kasallikning o'tkirdavri, asoratlangan yara, malignizatsiyaga gumon bo'lganda qarshiko'rsatma hisoblanadi.

Mineral suvlar. Ular gastroduodenal sistemaning regulyatsiyasiga mahalliy va neyrogumoral ta'sir qiladi. Ular Oshqozon sokining agressivligini pasaytirib, shilliq parda reparativ xususiyatlarini yaxshilaydi. Masalan ayrim suvlarning davolovchi ta'siri to'g'risida:

1. Essentuki – gidrokarbonat xlorid va natriyli
2. Jelesnovodska – tarkibi gidrokarbonat, sulfatli, natriyli, kaltsiyli.
3. Borjomi – tarkibi uglekisli gidrokarbonat natriyli;
4. Truskavets – gidrokarbonat kaltsiy magniy.

Mineralvannalar. Ularning asosidan nerv reflektorta'sir mexanizmi yotadi. Yarakasalligida kuchli sedativ ta'sir kursatadigan moddalardan vannakubul qilinadi. Bular kislorod, azot, minerallar, xvoyya. Ular 36 -37 Cissiklikda 10 -15 mindavomida qabul qilinadi.

Peloidoterapiya.

Uning ta'siri: MNS funksiyasini normallashtirish, b.u.b. pustlogi funksiyasini pasaytirish, adashgan nerv tonusini pasaytirish, gipofizar – adrenal sistemani funksiyasini normallashtirish natijasida kislotapeptidagressiv ta'sirini pasayadi. Bu mashg'ulot yaraning remissiya davridagina qo'llaniladi.

Yarakasalligini davolashga moslashtirilgan turli tuman kurortlar bor.

Reabilitatsiya jarayonida alohida e'tibor dietoterapiyaga qaratiladi. Bemorlar butun umr davomida parhezga rioya qilishlari shart.

## **Oshqozon YARA KASALLIGI (Ulcer)**

Yarakasalligi (YaK) – oshqozon va yoki 12 barmoqli ichakda mahalliy himoya va agressiv omillarning muvozanati buzilishi natijasida yarali defekt shakllanishi bilan harakterlanuvchi surunkali retsidivlovchi kasallik hisoblanadi.



### **Tarqalishi**

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarakasalligi bolalarda kam uchraydigan kasalliklar guruhidan chiqarilgan bo'lib, shahar bolalari ichida 3,4%, qishloq sharoitida yashovchi bolalarda esa 1,9% ni tashkil etmoqda. Oxirgi 10 yil ichida yarakasalligi bilan kasallanish 2,5 baravarga oshdi. Yarakasalligi

strukturasida o'n ikki barmoqli ichak yarasi 81% ni, oshqozon yarasi 13% ni, ham oshqozon, ham 12 barmoqli ichakning birgalikdagi zararlanishi 6% uchraydi.

A.V.Novik malumotlariga asosan gastroduodenal kasalliklar orasida yara kasalligi 1,7 %ni tashkil qiladi. 7-14 yoshda ikkala jinsda ham bir xil kechadi. Voyaga etganda o'g'il bolalarda kasallanish ko'p uchraydi. Qizlarda kam uchraydi oshqozon va 12 b.i. shilliq qavatni regeneratsiyasini stimullovchi estrogenlarga bogliq.

### **Etiologiyasi**

Yara kasalligi – polietiologik kasallik hisoblanadi. Havf omillarning eng ko'p quyidagilar tafavut qilinadi: irsiy moyillik, oilasida yara kasalligi bor bemorlarda 60-80% uchraydi. *Helicobacter pylori* bilan infeksiyalanish yara kasalligi bilan kasallangan bolalar oshqozon antral qismi shilliq qavatida 99% aniqlanadi, 12 b. i. Shilliq qavatida esa 96%.



### **Yara kasalligiga olib keluvchi omillarga quyidagilar kiradi:**

1. erta davrda suniiy ovqatlanirish, G (gastrin ishlab chiqaruvchi) va NCI (gistamin ishlab chiqaruvchi) hujayralar indutsirlanishining oshishi.
2. alimantar buzilishlar
3. ba'zi dori vositalarini uzoq vaqt iste'mol qilish (salitsilatlar, glyo'q okortikoidlar, sitostatiklar)
4. oilada tarbiya, oziqlantirishni tashkil qilish
5. gipodinamiya yoki jismoniy zo'riqish
6. surunkali infeksiya uchoqlari
7. ichak parazitosi
8. nerv – psixik zo'riqish
9. aktiv va passiv chekish va toksikomaniya
10. ovqatga bo'lgan allergiyasi

### **Patogenezi**

Yara kasalligining patogenezi Shiyaya tarozisi ko'rinishida tushintirib berish mumkin. Unga asosan himoya va chapda agressiv faktorlarning muvozanatining buzilishi kuzatiladi.

Himoya faktorlarga quyidagilar kiradi:

1. Gastroduodenal shilliq qavatning rezistentligi:
  - a) shilliq qavatning himoya tusigi (barer)

- b) faol regeneratsiya
- v) yetarli qon bilan ta'minlanishi.
- 2. Kislolaning antroduodenal tormozlanishi.
- 3. Agressiv faktorlar:
  - Xlorid kislotasi va pepsinning giperproduksiyasi (ko'p ishlab chiqarilishi):
    - a) fundal shilliq qavatining giperplaziyasi;
    - b) vagotoniya;
    - v) gastrin giperproduksiyasi (ko'p ishlab chiqarilishi);
    - g) koplovchi hujayralarning giperreaktivligi.
  - 2. Gastroduodenal shilliq qavatning shikastlanishi.
  - 3. Gastroduodenal dismotorika

4. Xelikobakter pilori bilan zararlanish

Patogenetik jarayonda irsiy moyilligi bor bemorlarda shilliq qavatda gastrin, gistamin shilliq chiqaruvchi hujayralar miqdorining oshishi, fundal bezlar giperplaziyasi.

Kislota-peptikagressiya shilliq qavatning himoya funksiyasining pasayishi mutsin hosil bo'lishining kamayishi, bikarbonat sekretsiasining pasayishi.

Oshqozon motor fo'ntsiyasining xususiyatlari-yopish refleksining pasayishi va bunda oshqozondagi HCL kislotasi 12 b.i.ga, 12 b.i.dagi shira antral qismiga o'tadi.

**Klassifikatsiya**

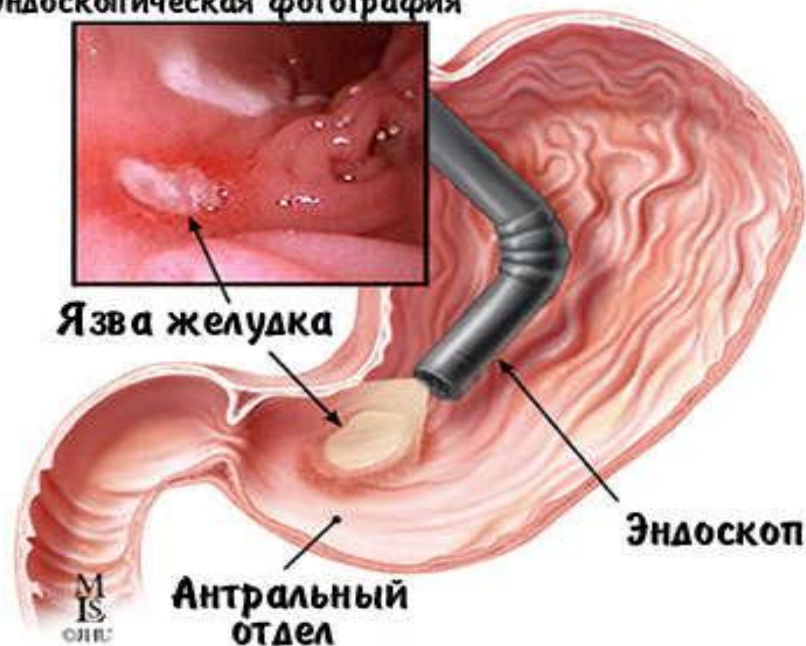
<b>L a k a l i z a t s i y a</b>	<b>Klinik faza va endoskopik ko'rinish</b>	<b>Kechish og'irligi</b>	<b>A s o r a t l a r i</b>
<b>O s h q o z o n :</b>	<b>Q o ` z i s h</b>	<b>y e n g i l</b>	<b>Q o n k e t i s h</b>
1. Mediogastral	I–yangi hosil bo'lgan yara	o'rtas og'ir	Perforatsiya
2. Pilorantral	II–yarada epitelizatsiyaning boshl	Og'ir	Penetratsiya
<b>Ichak :</b>	<b>Kuzishning sekinlashishi</b>		<b>Stenoz</b>
1. Bulbar	III–yaraning bitishi		Perivistserit
2. Postbulbar	-chandiqsiz		
Oshqozon va 12 b. i.	-chandiq–yarali deformatsiya		
	IV-Remissiya .		

Tashqi muhit omili – neyrogumoral regulyatsiyaga kislotasi peptik omilga ta'sir qiladi. Antral qism metoplaziyasi ultserogenezda G<sub>jg</sub> A va VacA fenotipiga ega bo'lgan HPning bo'lishi.

**Klinika**

Yara klassik surati o'griq sindromi bilan harakterli, buni birinchi bo'lib XX asrda Moynigan ta'riflagan.

### Эндоскопическая фотография



### Язва желудка (рисунок и эндоскопическая фотография)

-och har akterga ega og`riqlar (och kolganda eki ovqat yokiundan keyin 1,5-2 soatdan keyin), ba`zi hollarda og`riq kechurun kuzatiladi.

-kuchli xurujsimon, sanchuvchi.

-irradiatsiyasi orqa ga, o`ng yelkaga va kurakka.

-lokalizatsiyasi o`rta liniya bo`yicha o`ng epigastral soxada.

-o`grik ovqat yegandan keyin, antotsid eki spazmolitik dori-vositalarini qabul qilgandan keyin to`xtaydi.

mavsumiyligi (kuz-baxor)

Dispeptik holatlarning har akteri.

xech kandy kungil aynishsiz og`riqlar avj chukkisida kayt qilish, zarda kaynashi, kekirish, ishtaxasi saqlangan yoki kuchaygan

ich kotishi

Bazi holatlarda vegetativ distoniya (vagotonik tipda) – xolsizlik, ko`p terlash, emotsional labillik, arterial gipotenziya, bradikardiya.

Bemorni ko`zdan kechirganda gipoavitaminoz holati kuzatish mumkin, til karashlar bilan koplangan, biroz muskullar tonusining pasayishi, korinning palpatsiyada ogrikli epigastral va mezogastral soxalarda.

YaK klassik kechishi bolalarda 50% xollarda uchraydi, 15% bolalarda xech kandy shikoyatsiz kechadi, 3% - kasallik og`ir formada (qon ketish, stenoz, perforatsiya)boshlanadi.Diagnostikaasosiy a?amiyat endoskopik tahlil natijalariga etibor beriladi.

Endoskopik tekshiruvda:

- yaraning stadiyasi

- epitelizatsiya boshlanganligi

- yaraning chandiklanishi

- yaraning to`liq bitishi

Kechishi bo`yicha kriteriyarlari:

1. engil- yaraning bitishi 1 oy, remissiya 1 yil.

2. urtacha og`irlikda- 1 oydan ortiq, remissiya 1 yil.

3. og`ir- asoratlarning borligi, retsidivlarningko`p uchrashi (kuzishlarning 2 martagacha yiliga),kushma eki ko`p sonli yaralarning bo`lishi, yaraning uzoq vaqt bitmasligi.

### Differentsial diaqnoz:

- O'tkir yaralardan (shilliq qavatning o'tkir yalliglanishi, kechishi jixatidan dinamik, bir tomonlama, tez chandiklanishi, ko'p xollarda og'ir asoratlar chakiradi).

- Stressoviy yaralar- oshqazon tanasida ko'p xollarda bo'ladi, kuyishlardan keyin, travma, sovgotishdan keyin kuzatiladi.
- Allergik yaralar- ovqatdan keyingi reaksiyalardan rivojlanadi.
- Medikamentoz yaralar- oshqazonning barer funksiyasini buzuvchi dori-vositalarni qabul qilgandan keyin (nosteroidlar, steroid va sitostatiklar)
- Endokrin yaralar- bolalarda kam uchraydi, giperparatireozda, qandli deabetda Zollinger-Ellisson sindromida kuzatiladi

#### - Ikkilamchi yaralar

- gepatogen- gastrin va gistamin inaktivatsiyasining jigarda pasayishi.
- pankreatogen- bikarbonatlarproduksiyasining pasayishi va kininlar produktsiyasining kuchayishi.
- gipoksik- O'pka -yuraketishmovchiligida.
- biriktiruvchito'qimaningdiffuzkasalliklarida- mikrotsirkulyatsiyaningbuzilishinatijasida.
- surunkalibuyrak etishmovchiligida- natijadagastrinningbuyrakdaparchalanishikamayadi, oshqozonning barer funksiyasibuziladi.

#### Davolash

Kompleks xolda bo'lib, etok rejimi (og'riqlar davrida), parhez o'tkirva tuzli ovqatlar, shuningdek xolestiringa boy ovqatlar man etiladi. Ovqatlanish kuniga 4-5 marta bo'lishi kerak.

Yara kasalliklarini davolash uchun quyidagi guruh preparatlar kulaniladi:

1. oshqozon shirasi xususiyatlarini pasaytiruvchi vositalar

a) antatsid preparatlar (almagel, fosfolyugel, maaloks, vikair, vikalin) ovqat yegandan keyin 1,5-2 soatdan so'ng yoki uyqudan oldin 2-3 hafta ichiladi.

b) antisekretor vositalar

-selektiv m-xolinolitiklar (pirentsepin, gastrotsepin 25 mgdan ertalab va kechkuro'n, riabal 1mg/kg 3marta, 2-3 haftai davomida)

-blokatorlar N2- gistaminoretseptorlar 1-2chi avlodlari (famotidin, gastroidin 40 mg sutkasiga, nizatidin, aksid 20-40 mg sutkasida, roksatidin 20-40mg sutkada).

-vodorod ionlari transporti blakatorlari (omeprazol, losek, loprall, omez, pantoprazol) cheklangan miqdorda kulaniladi, za har li bo'lgani sababli.

2. Gastroduodenal motorikani regulyatsiya qiluvchi vositalar

-spazmolitiklar (papaverin, nosh-pa, galidor)

-dofamin antogonistlari (tserukal 2-5mg, motilium 5-15mg) ovqatdan oldin kechqurun, agar refluks holatlari kuzatilsa 10-14kun.

3. Shilliq qavat himoya xususiyatlarini kuchaytiruvchilar

-shilliq ishlab chiqarilishini kuchaytiruvchilar (karbenoksolon 50-100 mg ovqatdan so'ng kunda 3 mahal 1-2 oy)

-parda hosil qiluvchi vositalar (sukralfat, denol)

-sintetik prostoglandinlar (mizoprostol, reoprostil, arbaprostil)

-noselektiv vositalar, regeneratsiyani yaxshilovchilar.

Antibakterial vositalarni tavsiya etishda uchlik sxema ko'p xollarda ishlatiladi:

-pilorid + amoksitsilin ekiklaritromitsin Q furazolidon

-omeprazol + amoksatsilin eki klaritromitsin Q furazolidon

eki turtlik sxema asosida davolanadi.

-omeprozol +denol eki ventriksol + furazolidon + amoksitsillin

-ranitidin + denol + furazolidon + amoksitsillin

Terapiya 7 kundan 3 haftaigacha bajariladi.

### **Profilaktika**

Tashki muxit tasirini bartaraf etish, yara oldi kasalliklarni davolash, ratsional ovqatlanirish, moyillik chakiruvchi faktorlarni bartaraf etish.

Yara kasalligining rivojlanishidagi nisbiy kursatkichlar:

- 1.irsiy moyillikning bo'lishi
- 2.kislotalikning oshishi, asosan bazal sekretiya
- 3.qon da va siydikda pepsinogen-1 ning oshishi
- 4.mutsin va bikarbonatlarning 12 b.i.shirasida pasayishi

Dispanser nazorati

Butun xaet davomida olib boriladi, yara kasalligini qo`zishidan keyingi 1 yilda 4 marta, 2 yilda 2martagacha.

Mashg`ulotda qo'llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi  
«Rotatsiya usuli» yordamida fikrni bayon etish.

Bu usul mavzuni kichik guruhlar bilan aloxida va butun guruhlar bilan tahlil etishiga asoslangan. har bir kichik guruh 30 minut davomida 3 ta topshiriqni tahlil etadi, keyingi 15 minutda hamma birgalikda tahlil qiladi. Auditoriyaga bir necha nashrlangan topshiriqlar osib chi

qiladi. har bir kichik guruh (2-3 kishi) 10 minut davomida muxokama qilib o`z variantlarining javobini yozib oladilar, keyin boshqa topshiriqqa o`tdilar va shu tarika davom etadilar. har bir guruh o`zining rangli flomasterini oladi. 1-guruh – ko`k, 2- guruh – qora, 3- guruh –yashil. har bir qog`oz uchchala flomaster bilan belgilangan bo'lishi kerak. 10 minutdan keyin topshiriqlar almashtirilib, 1 guruh- 2 topshiriqni, 2 guruh -3, 3 guruh- 1 topshiriqni bajaradi. Guruh o`zidan oldingi guruh bergan javoblarni o`qib, qo`shimcha kiritadi. Bunda takroriy javoblar bo`lmasligi kerak. Yana 10 minutdan keyin keyingi topshiriqqa o`tdilar va o`qiydilar, o`zlarining javoblari bilan to`ldiradilar. 15 minutdan keyin tahlil qilinadi. Optimal javob topilib, daftarga yoziladi. Bu usul mavzuni jamoa bilan tahlil etishga qaratilgan.

Har xil rangli flomasterdan foydalanish, har bir guruh bergan javobni baholashda qulay hisoblanadi. Javoblar oldindan nomerlab qo`yilib, tug`ri javoblarni sanashda qulay hisoblanadi. Eng ko`p javoblarni bergan kichik guruhlar maksimal ballarni olishadi.

## Amaliy mashg'ulot № 9.

### Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

<b>Mavzu</b>	<b><i>Bolalarda surunkali enterokolitlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi</i></b>
--------------	--

#### 9.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejası	1.Bolalarda surunkali enterokolit kasalligi to'g'risida tushuncha 2.Surunkali enterokolit kasalligini kechishi va klinikasi. 3.Surunkali enterokolit kasalligining etiologiya va patogenezi. 4.Surunkali enterokolit kasalligi klinik –laborator – instrumental tekshiruv usullari. 5. Surunkali enterokolit kasalligining bosqichli davolash va oldini olish tadbirlari..
<b><i>O'quv mashhulotining maqsadi:</i></b> Talabalarga bolalarda surunkali enterokolit kasalligi to'g'risida tushuncha berish. Kasalligining etiologiyasi, patogenezi, klinik kechishi va tashxisot usullari bilan tanishtirish, hamda davolash va uning oldini olish chora- tadbirlarini o'rgatish.	
<b><i>Pedagogik vazifalar</i></b>	<b><i>O'quv faoliyati natijalari</i></b>
Talabalarga bolalarda surunkali enterokolit kasalligi to'g'risida tushuncha berish. - Bolalarda surunkali enterokolit kasalligining etiologiya va patogenezi o'rgatish. - Bolalarda surunkali enterokolit kasalligini kechishi va klinikasi haqida tushuncha berish. - Surunkali enterokolit kasalligining klinik –laborator – instrumental tekshiruv usullarini baholay olishni o'rgatish. - Bolalarda surunkali enterokolit kasalligining bosqichli davolash va oldini olish tadbirlarini o'rgatish.	- Talabalar bolalarda surunkali enterokolit kasalligi to'g'risida to'liq ma'lumotga ega bo'lishi kerak. - Bolalarda surunkali enterokolit kasalligining etiologiya va patogenezi haqida chuqur bilimga ega bo'lishi kerak. - Bolalarda surunkali enterokolit kasalligining kechishi va klinikasini to'liq o'zlashtirgan bo'lishi kerak. -Surunkali enterokolit kasalligining klinik –laborator – instrumental tekshiruv usullarini baholay olishi kerak. - Bolalarda surunkali enterokolit kasalligining bosqichli davolash va oldini olish tadbirlari haqida chuqur bilimga ega bo'lishi kerak.
Ta'lim berish usullari	Munozara, suxbat, tezkor so'rov, savol – javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruhlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasionxonajixozlari» vah.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat: savol – javob, mustaqil ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

#### 9.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

<b>Ish bosqichlari</b>	<b>Faoliyat mazmuni</b>
------------------------	-------------------------

va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi</li> <li>2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi</li> <li>3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</li> <li>4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</li> <li>5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi.</li> <li>6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi</li> </ol>	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</li> <li>2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</li> <li>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</li> </ol>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi.</li> <li>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</li> <li>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varaqalarni tarqatadi.</li> <li>4. Guruxlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantiqan to'liq yoritilishini kuzatadi.</li> <li>5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga xavola etadi.</li> <li>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baxolaydi.</li> <li>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</li> <li>8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi.</li> <li>9. Kasallik tarixini tekshiradi</li> </ol>	
3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</li> <li>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</li> <li>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi</li> </ol>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar</p> <p>Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

### **SURUNKALI ENTERIT**

Ingichka ichak shilliq qavatining yallig'lanishli distrofik zararlanishi bo'lib, ichakning xazm qilish va so'rish jarayoni buziladi.

#### **Etiologiya**

1. Polietiologik kasallik, genezida asosan ekzogen omillar etakchi rol o'ynaydi.

2. O'tkir ichak infeksiyalari; (O'.I.I.) – salmanelyoz, nersineoz, esherixioz xamda shartli patogen flora – stafilokokk , protey klebsiella , kamdan – kam viruslar rotoviruslar, adenoviruslar, enteroviruslar. 70 – 80 % Surunkali Enteritga olib keladi.
3. Parazitar invaziyalar: Iyamblioz, askaridoz, strongloidoz, difillo-botrioz, tenioz, teniarinxoz– 41% Surunkali Enteritga olib keladi
4. Ovqatdan allergiya – 18 % surunkali enteritga olib keladi.
5. Alimentaromillarog'iroqsil etishmovchiliginatijasidako'prokkuzatiladi.
6. Korin bo'shlig'i a'zolarida bajarilgan operatsiyalardan so'ng asorat sifatida.
7. Toksik va nur ta'siri – ionlovchi radiatsiya epiteliy regeneratsiya jarayonini va immunologik ximoyani buzadi. Toksik moddalar (mishyak, fosfor) ba'zi dori vositalari (salitsilatlar indametitsin, kartikosteroidlar, immunodepresantlar)
8. Surunkali Enteritni shakllanishi immunodefetsit xollat fonida xam buzilishi mumkin

### **Patogenez**

Surunkali enterit gumoral va xujayra immuniteti buzilishi bilan namoyon buladi. Kasallikning boshlangich fazalaridan boshlab, T–limfotsitlarning proliferativ va migratsiya faolliyi pasayadi.

Immunoglobulinlar (A.M.G) sistemasida yaqqol disbalans kuzatiladi. Ichak devori T- limfotsitlar bilan infiltratsiyalanadi. Bu bilan parallel ravishda ichakning funktsional buzilish darajasi oshib boradi. Bunda ingichka ichakda sekinlashgan tipdagi gipersezgirlik reaksiya kechadi. Sekretlarda IGA etishmovchiligi va lizotsin konsentratsiyasi pasayganligini ko'rish mumkin.

Ichak disbakteriozi SURUNKALI ENTERIT kelib chiqishi uchun kolitik patogenetik sindrom xisoblanadi. Normada ingichka ichak ximusida mikroognazimlar miqdori 102 – 103 KOEG`ml dan oshmaydi. SE da esa uning miqdori 105-107 KOEG`ml bo'ladi. Ichakda bakterial bijg'ish bo'ladi.

Xolbuki, ingichka ichakda ishqoriy muxit kislotalikga o'tib ketadi va ishqoriy muxitga faol bo'lgan fermentlar ishi buziladi yog' kislota tuzlari kristallari to'planadi. Ichakda osmolyar bosim oshadi. O'z navbatida ichak sekretsiyasi kuchayib peristaltikasi xam oshadi, disbakterioz ingichka ichak devori epiteliysi zararlanishini chuqurlashtiradi. Surunkalanishi mexanizmini o'rnatadi.

Natijada ingichka ichakning asosiy funktsiyalari: xazm kilish, so'rish, xarakatlanish funktsiyalari buziladi. SE da – 90% bolalarda fermentativ faollikning pasayishi kuzatiladi. 80 % SE bilan bemorlarda disaxarid etishmovchilik asosan laktoza etishmovchiligi kuzatiladi.

SE da xazm bo'lishi va so'rilish buzilishi kompensatsiya va supkompensatsiya xarakterida bo'ladi. Moddalar almashinuvining to'lik og'ir buzilishiga olib kelmaydi, adekvat davoda o'tib ketadi. SE ga maldegistiya – xazmning buzilishi va malabsortsiya so'rilishning buzilishi kabi simptomlar xos. SE yaxshi sifatli va orqaga kaytuvchi kasallikdir.

### **Patomorfologiya**

Etiologiyasidan qattiy nazar SE ingichka ichakning yallig'lanishi va disregenerator o'zgarishlari bilan xarakterlanadi. Jaraen rivojlanishi bilan atrofiya rivojlanadi. Yallig'lanish jarayoni shish, tomirlar kengayishi aralash xarakteridagi xujayra infiltratsiyasi limfoplazmotsitar qo'zish davrida granulotsitlar paydo bo'ladi.

Atrofiyada vorsinkalarning kaltalanishi va deformatsiyalanishi kriptalarning buzilishi, biriktiruvchi to'qimaning o'sishi kuzatiladi. SE da uchoqli o'zgarishlar eyunit parsial atrofiya deyiladi.

### **Klassifikatsiyasi**

V.L.Paykovo`a tomonidan 1983 yilda taklif qilingan.

1. Kelib chiqishiga qarab:

Birlamchi va Ikklamchi

2. Og'irlik darajasiga qarab:

Engil, O'rta Og'ir

3. Davriga qarab:

Qo'zish, Subremisiya va Remmisiya

4. Kechishiga qarab:

Monoton, Retsedivlovchi, To'xtovsiz retsedivlovchi va Latent

5. Morfologik o'zgarishlar xarakteriga qarab:

Yallig'lanishli va Atrofiya (1,2,3daraja)

## **Klinika**

SE ning 2 ta asosiy sindromi bor.

1. Maxalliy enteral – xazmning buzilishi
2. Umumiy enteral – soʻrilishning buzilishi.

Maxalliy enteral sindrom – ogʻriqning dispeptik oʻzgarishlar bilan birga kelishi. Surunkali enteritda ogʻriq ichakning motorikasining buzilishi bilan bogʻliq, ular koʻpincha kindik atrofida yoki aniq lokalizatsiyasiz boʻladi.

Ogʻriqlar intensiv xurujsimon(ichak sanchigʻi) yoki monoton simmillovchi (meteorizm xisobidan choʻzilganda) ogʻriqlar doimiy bir xil ovqat (baʼzi dieta katta miqdorda klechatka va yogʻ saqlovchi sut,shirinliklar) dan soʻng paydo boʻladi.

Spastik ogʻriqlar spazmolitiklar bilan ezuvchi ogʻriklar difekatsiya, klizma, gaz chiqarilgandan keyin engillashadi.Baʼzan appendikulyar ogʻriqlar yoki appenditsit xam boʻlishi mumkin. Ob'ektiv tekshirilganda palpatsiyada qorin dam, mezogastral soxada bir oz ogʻriqli, Obratsov simptomi musbat – oʻng yonbosh soxada ogʻriq va quldirash ning boʻlishi va bunda mushak qarshiligining boʻlmasligi.

Surunkali enteritda dispeptik oʻzgarishlar yetakchi simptom xisoblanadi. Kechga qarab oshuvchi metiorizm, fiatulentsiya (gazning chiqishi) va diareya bilan xarakterlanadi Difikatsiyaga xoxish ovqatdan soʻng 15 – 20 mindan soʻng boʻlib qattiq quldirash va qorinda ogʻriq bilan kechadi. Ich ketish chastotasi kasallik davri va ogʻrishiga bogʻliq. Odatda kuniga 2 marta 5 – 6 martagacha. Intoksikatsiya va dehidratatsiya simptomlari surunkali enteritga xos Surunkali enteritmas.

Diareyaning boʻlishi ichakdagi yalligʻlanish jarayoni tufayli gipersekretsiya osmotik bosimning oshishi ichak pasattining tezlashuvi bilan bogʻliq.

Umumiy enteral sindrom – trofik buzilishlar moddalar almashinuvining buzilishi poligipovitaminoz bilan kechadi.

Diareya barcha bolalarda teri va uning ortigʻining trofik buzilishlari aniqlanadi: terining yupqa boʻlib tomirlarining koʻrinib qolishi tirnoqlarning sinishi baʼzan allapetsiya

-gipovitaminoz A da koʻz oʻtkirligining buzilishi giperkeratoz terining qipiklanishi

-gipovitaminoz V1 da parasteziya muchalarda ogʻriqning boʻlishi uyquning buzilishi,

-B2 xeylit, angulyar stomatit,

-B3 (PP) glassit, teri ochiq soxalarining pigmentatsiyasi dermatit,

S–milklarning qonashi,

B<sub>12</sub>–va folli kislotasi giperfolli megoloplastik angina,

Д–suyaklarda ogʻriq, muchalar tez charchashi, osteoparoz.

Surunkali enteritda gipo va disprotenemiya qonda siydikda aminokislatalarning oʻzgarishi boʻladi.

Surunkali enterit ogʻir formasida ichki aʼzolarning shishi,distrofik oʻzgarishlar boʻladi.

Surunkali enteritning ogʻir formasi uchun gipoxrom anemiya (Fe soʻrilishining buzilishi xisobidan) xos. Ogir surunkali buzilishlar va interetsiya gormon ishlab chiqarilishi buzilishi xisobidan ikkilamchi endokrin disfunktsiya jinsiy rivojlanishdan orqada qolish, disiminatsiya , demping sindromlari xos.

Surunkali enterit yengil formasi – maxalliy enteral sindromi bilan kechadi, massa defetsitisiz, uncha rivojlanmagan poligipovitaminoz simptomlari xarakterli.

Oʻrta ogʻir formasi – umumiy enteral sindromi; tana massasining 15 % ga kamayishi,poligipovitaminoz,anemiya maxalliy enteral koʻrinishlar fonida.

Ogʻir formasi – maxalliy umumiy simptomlari birga keladi,tana massasi 15 % ga kamayadi.Oqsil va minerallar almashinuvi buziladi.

Monoton kechishi – qoʻzish va remissiya davrida simptomlarning kuchsiz rivojlanishi, progressiyalanish jaraenisiz kechishi bilan xarakterlanadi. Retsidivlovchi kechishi remissiya va qoʻzish davrlarining almashinishi bilan kechadi, oxirida ingichka ichak funktsiyasi deyarli toʻliq yoʻqoladi. Toʻxtovsiz retsidivlovchi kechishi – ogʻirlik darajasini kechishi , kasallikning tez progressiyalanishi bilan kechadi.

Latent kechishi - toʻliq kompensatsiyalangan jarayon boʻlib tashxis faqat qoʻshimcha tekshirish usullari asosidagina qoʻyiladi.

## Diagnoz

Surunkali enterit tashxisi diagnostikaning morfologik va funksional usullari klinik ma'lumotlarga asosan qo'yiladi.

### Morfologik usullar

1. Endoskopik–eyunoskopiya– shilliqqavat giperemiyasi ko'proq uchoqli,limfoid follikulalar giperplaziyasi limfostaz belgisi – mani ermasi simptomi
2. Gistologik - eyunit distrofik o'zgarishlar va atrofiya bilan. Odatda partzial xarakterga ega bo'lib kripta soxasida aniq rivojlangan bo'ladi.Xususiy plastinkaning xujayra infiltratsiyasi aralash xarakterli.
3. Rentgenologik usul – Surunkali enterit diagnostikasi uchun muhim xisoblanadi, sil Kron kasalligi ,ingichka ichak o'smalari bilan dif diagnostika qilinadi.

### Funksional usullar: gidrolizni baxolash va so'rilishi.

#### Uglevodlar:

1. D – ksiloza bilan sinama ; 0.3 gG`kg dan D – ksilozaning iste'molidan keyin 5 soat davomida siydik yig'iladi.Ajralgan D – ksiloza % i baxolanadi. Normada 15 % dan kam emas.Bu ko'rsatgich pasayishi so'rilishning buzilishidan dalolat beradi.
2. Qand egriligi disaxorid zo'riqish bilan (laktoza,saxaroza,maltoza bilan)
3. Siydikdagi kandning mayin qavatli xromotografiyasi mileturiyaning sifatli xarakterini aniqlashga imkon beradi.

#### Yog'lar:

1. Axlal bilan sutkalik yog' ekskretsiyasi Va – de – Kalar bo'yicha (sutkada 80 – 100 g yog' iste'mol qilinadi). Normada 3 g dan oshmaydi.
2. Radioizotop usul kal bilan ajraladigan yog'ni baxolaydi.
3. Yodolipol sinama - yodolipol ichilib sutka davomida yig'ilgan siydikda yod miqdori aniqlanadi u normada 19 % dan oshmaydi.

#### Oqsil.

1. Enterokinoza faolligi ingichka ichak maxsulotida normada 130 – 150 tbG`ml dan oshmaydi, ishlab chiqarilishi buzilganda ferment ko'rsatgichi pasayadi.
2. Radioizotop usul – albumin, nishonlangan J 131 ning axlat bilan ekskretsiyasini baxolaydi normada ekskretsiya 5 % dan oshmaydi, so'rilish buzilganda ko'rsatgich oshadi.

Koprogramma – surunkali enteritda spetsifikligi bilan farqqilmaydi va kasallikning og'irligi, davri, bemorning ovqatlanishi xarakteriga bog'lik.Surunkali enteritning qo'zish davrida steatorey ichak tipida (yog' kislotalari,yog' kislota sovuni) lekin qandaydir miqdorda neytral yog'lar xam bo'lishi mumkin.Aminoreya jarayonida yodofil flora bo'lishi mumkin.

Bakteriologikparazitologikqonniteksirishshart.Infektsionyokiparazitarjarayonniinkorqilishuchun 3 martalikbajariladi.

Axlalnidisbakteriozgaekish – darajasinidisbiotikchekinishlarningxarakterinibaxolashgaimkonberadi.

Surunkalienteritbifido,

laktobakteriyalarichaktayoqchalarningkamayibketishishartlipatogenprotey,klepsilla,tsitrobakter, enterokokk,streptokokk,staffilokokklarningoshibketganligianiqlanadi.

Segmentar

eyunaperfuziya

maxsuszondbilanbajariladi.Segmentaringichkaichakdaso'rilishnibaxolashdaishtiroketadi.

## Differentsial diagnoz

Belgisi	Surunkali Enterit	Tseliakiya
Etiologiyasi	Infektsiyalar,parazitlar,allergiyalar, toksikozlar	Glyuten
Irsiy moyillik	Xarakterli emas	Xarakterli
Yoshga bog'liqligi	2 yoshdan kattalarda	Yoshning 1 – 2 yillarining oxirida

Kechishi O'sishdan orqada qolish Ingichka ichak funksiyasi buzili-shining ustunligi Stul	Odatda tulqinsimon Xos emas  Moldegistiya	Diaetasiz to'xtovsiz Xos  Malobsortsiya
Axlat RN Endoskopiya	Tuxtovsiz polifekaliya ko'proq yashilsimon	Polifekaliya gomogen,ochiq rangli,kuriksimon,yaltiroq ko'proq ishkoriy Ko'proq ishqoriy
Gistologiya	Kuprok kislatoli Ingichka ichakda shillik qavat giperemiyasi	Rangpar,ingichka ichakning ko'ndalang burmaligi Anik atrofiya, vorsinka- larning qaytalanishi yallig'lanishning faol ishorasiz limfotsitar infiltratsiya mitotik faollik oshgan Yaqqol
Funksional sinamalarning buzilish darajasi Eksudativ enteropatiya belgilari Qonda antigliatli antitelalar Terapiyadan effekt	Eyunit atrofiya bilan kripta soxalarida infiltratsiya aralash.  Kuchsiz  Yo'q  Yo'q  Kompleks : parxez fermentlar 5 – ASK	Bo'lishi mumkin  Bor  Aglyutinli parxez

### Davolash

Eng muxim aspekti parxez, klechatkali, yog'li, qovurilgan, o'tkir, sutdan cheklash.

Stol № 4 buyuriladi – kamdan – kam sutkasiga 5 – 6 marta. Ratsionda oqsil miqdorini 10 – 15 % ga oshirish.

Qo'shimcha yog'siz qaynatilgan yoki parda pishirilgan go'sht,ok sugori.

### Medikamentoz davo

1. Ichak dissbakteriozi korrektsiya
2. Ichakda xazmni yaxshilash
3. Shilliq qavatda moddalarda almashinuvini yaxshilash
4. ichakning motor funksiyasining yaxshilash
5. umumiy moddalar almashinuvini korrektsiya qilish

D) 2 – bosqichda oshib boradi.

1–bosqichda – oksixinalin preparatlari (intetriks ektero – sediv xlor xinoldan)

Neytrofuron – ichakda surilmaydiganlardan (ertsefuriya,pentofuriya)

Bakteriofaglar – (stafilokokkli koni proteyin,intesteron va b.)

Konkurintli ontoganistlar – (baktisuptin,flonivin – VS,enteral)

Xamda adsorbentlar;smekta, polifenop,xolesteroamin,enterodez,vatslen

1 –bosqich davomiyligi 5 – 7 kun

2– bosqich bifidumbakterin laktobakterin bifikal, lineks, travis, nutrolin – V, prishadofimus, ximak – forte, peroral – mezotsin.

Bosqich davomiyligi 1 oy, odatda kurs qaytariladi, preparatlar almashtiriladi

II) Pankreatik fermentlar o't saqlovchi preparatlar buyuriladi. Digestal festal enzistal lizim polibitsim esktseli faza. Fermentlar 1 drojedan 3 maxal ovqat paytida ichishga buyuriladi. Davo kursi 3 – 4 hafta maldegistatsiya simptomli to'liq yo'qolganicha davom ettiriladi.

III) Vitaminlar B1, B2, B3, B6, B5, B12, C, A, E, D mikroelementli polivitaimnlar kompliment omigovit sentrum supradin yunikor beriladi. Dozalari profilaktik dozadan 3 – 4 martadan oshmasligi kerak. Essentsial forte kornitin xlorid meledronat riboksin betain sitrati bofur xolida stimulatorlar – metimuratsil, Na nuklinat, mumie beriladi.

Davo kursi 3 – 4 hafta

IV) Xarakteriga qarab ichni surilishini oshiruvchi yoki kamaytiruvchi preparatlar beriladi.

1. Bijg'ituvchi toksal, tonalbin, kaomen, smekta, xolesteramin, polifenop xamda dub ildizi olkovne shishki anor puchog'i pernika va cheremuxa quruq livomari damlamalari beriladi.

2. Meteorizimni kamaytiruvchi preparatlar silistikon, meteosparinlar espumizan. Ukrop (fenxel), t min ishlatish mumkin.

3. Enkefalin retseptorlarga ta'sir etuvchi preparatlar – alverin – 1 kapdan kuniga 1 – 2 marta imodium faqat 2 yoshdan kata bo'lgan bolalarga beriladi.

Vanilin alevihin levamin, intralipid glyukoza tuzli eirtmalari anemiyada temir preparatlari mushak orasiga ferrum lek vitamin V6, V12 osteoparozda va gipokaltsiemiya vitamin D va kaltsiy preparatlari beriladi.

Dispanser kuzatuv 5 yil. 1 yilda xar 3 oyda qolgan bemorda 6 oyda 1 marta kaprologik, axlatni dizbakteriozga analizi bilan.

### **Prognoz.**

Davotug'rio'zvaqtida olibborilsa, to'liqsog'ayishbo'lishim mumkin. Surunkali enterokolit – polietologik distrofik yallig'lanish bilan kechadigan kasallik bo'lib, bunda ingichkavayog'onichak birvaqtda azarlanadi

### **SURUNKALI ENTEROKALIT.**

- bu – zamonaviy meditsinaning aktual muammolaridan biridir. Kasallikning katta va kichik yoshdagi bolalar o'rtasida ko'p uchrashi, davolash, profilaktik, maxsus muolaja usullarining yetishmasligi, etiologiya va patogenezida bir qancha yechilmagan muammolarning mavjudligi olimlarimiz e'tiborini o'ziga jalb qilmoqda.
- Kuzatishlar shuni kursatdiki surunkali enterokolit bilan 10-15 yil og'rigan be'morlarning 20-30 % da kasallikning boshlanishi bolalik yillariga tug'ri keladi. Shuni xisobga olib surunkali enterokolit bilan og'rigan be'morlarni o'z vaqtida tashxis qo'yish va davolash katta klinik ahamiyatga egadir.
- Butun jaxon statistik ma'lumotlariga ko'ra bolalar o'rtasida bu kasallik 15-20 % ni tashkil etadi. VOZ ma'lumoti bo'yicha bu kasallik 3-7 yoshli bolalar orasida ko'p uchraydi. Kasallikning ko'payishiga sabab bolalar orasida erta sun'iy ovqatlantirish, gijja, allergik va boshqa kasalliklarni noto'liq va noto'g'ri davolashdir.
- 1895 yil V.P.Obraztsov va A.A.Ostroumov surunkali enterokolitni (SE) mustaqil nozologik birlikka ajratgan.
- O'sha yillar Ostroumov birinchi bo'lib “Klinik ma'ruzasida” SEga xos organizmning umumiy xolatini o'zgarishi to'g'risida aytgan.
- Y.A.Beyul va P.I.Ekisenin ma'lumoti bo'yicha SElar va kolitlar – bu polietologik atrofik – distrofik o'zgarishlar bo'lib ko'zg'alish davrida ichaklarda yallig'lanish elementlari bilan namoyon bo'ladi.

- SEning etiologiyasida muxim rolni dizenteriya infeksiyasi o'ynaydi, uning ta'sirida ichak florasiining tarkibi bilinarli darajada o'zgaradi.

F.K.Menshikov va B.R.Rustamov quyidagi sxemani taklif qilgan: dizenteriya – antibiotik – disbakterioz – enzimopatiya – intolerantlik – enterokolit, enterokolit – o'tkir infeksiya rivojlanishi – antibiotiklar – disbakterioz – enzimopatiya – enterokolit – intolerantlik – allergiya – autoimmunoagressiya. Lekin hozirgi vaqtlarda aniqlanganki yuqoridagi bog'liqlik kam uchraydi. Surunkali enterokolit-ingichka va yog'on ichakning shilliq qavatini yallig'lanishi, distrofik o'zgarishlari bilan xarakterlanadigan patologik jarayondir. Surunkali enterokolit(ek) o'tkir gastroenterit, o'tkir enterokolitdan so'ng rivojlanadi.

Surunkali enterokolitning rivojlanishida ekzogen va endogen faktorlar mavjud.

### **Etiologiyasi.**

**Ekzogen faktorlarga** infeksiyalar, alimantar faktorlar va boshqalar.

**Endogen faktorlarga** enzimopatiya, laktoza etishmovchiligi va boshqalar.

Surunkali enterokolit rivojlanishida ichak shilliq qavatining barer funksiyasining va transport funksiyasining buzilishi muhim rol o'ynaydi.

Infektsion:

- spetsifik (ichak infeksiyalari qo'zg'atuvchilari ta'siri natijasida – shigellez, salmonellez)
- nospetsifik (yoki postinfektsion) ;
- Parazitar (amyobioz, trixomanadali, lyambliozli) ;
- Toksik (dori preparatlarivaboshqaximiyaviymoddaintoksikatsiyasi) ;
- Alimantar (ovqatlanish rejimining uzoq muddat buzilishi, bir xil va noratsional ovqatlanish natijasida)
- Mexanik (uzoq ich qotish natijasida) ;
- Ikkilamchi enterokolit – oshkozon ichak traktining boshqa kasalliklari natijasida.

Infektsion alimantar va ikkilamchi SElar nisbatan ko'proq uchraydi.

### **Patogenez.**

- Infektsion agentlar ovqat xazm qilish trakti xujayralari butunligining buzilishini chaqirib, ularning destruksiyasi va metaplaziyasiga olib keladi. Buning natijasida organizmga genetik yot bo'lgan va autoimmun reaksiya rivojlanishiga olib keladigan antigenlar xosil bo'ladi.
- Ovqat xazm qilish trakti autologik to'qimalarining antigen strukturasi qarshi qaratilgan sitotoksik limfotsitlar kloni va antitelo maxsulotlari to'planishi bo'lib o'tadi.
- Bakteriyalar va allergenlarning invaziyasiga yo'l qo'ymaydigan sekretor IgA etishmovchiligi axamiyatga ega. Ichak normal mikroflorasining o'zgarishi SEning shakllanishiga olib keladi, ikkilamchi – ichak shilliq qavatini mikroblil allergenlar uchun o'tkazuvchanligini oshiradi. SE boshka ovqat xazm qilish organlari kasalliklarida ikkilamchi bo'lishi mumkin.

Surunkali enterokolit patogenezining sxemasi. Moyillik va etiologik faktorlari: o'tkazgan ichak infeksiyalari; gijjalar, lyambliya, amyobalar chakirgan parazitar kasalliklar; dori preparatlarinig toksik ta'siri, oziqlanishning miqdori va sifatining buzilishi; oshkozon, o'n ikki barmokli ichak, o't chiqaruvchi yo'llar, oshkozon osti bezi, nerv sistemasi kasalliklari; oqsil, yog', uglevodlarni parchalovchi fermentlar etishmovchiligi; immun buzilishlar; ichak anomaliyalari, ichakdagi operatsiyalar.

Ichak shilliq pardasining zararlanishi, ichak va boshqa organlar devorida nerv – vegetativ xosilalarning bo'lishi.

Autoimmun mexanizmlarning qatnashishi

## Yallig'lanish – distrofik jarayon.

Ichak ajratish funktsiyasining buzilishi, surunkali intoksikatsiya, oziq moddalarning parchalanishi va xazm bo'lishining buzilishi.

Disbakterioz: Surunkali enterokolit:

### **Klassifikatsiyasi**

#### **(Frolkis buyicha)**

- I. Etiologik belgilariga ko'ra :
  1. Infektsion (postinfektsion) : spetsifik, nospetsifik ;
  2. Parazitar;
  3. Toksik;
  4. Medikamentoqli;
  5. Allergik;
  6. Nurli;
  7. Mexanik;
  8. Tug'ma enzimopatiya natijasida;
  9. Ikkilamchi;
  10. Noma'lum etiologiyali (uipka kasalligi, tropik spru va boshqalar).
- II. Anatomo – fiziologik belgilariga ko'ra:
  1. Lokalizatsiyasi bo'yicha:
    - a) ingichka ichak zararlanishi ustunligi bilan;
    - b) yo'g'on ichak zararlanishi ustunligi bilan (proksimal yoki distal qismlari);
  2. ingichka ichakdagi morfologik o'zgarishlarining xarakteriga ko'ra:
    - a) eyunit atrofiyasiz;
    - b) eyunit partsiyal vorsinkali atrofiyaning sustligi bilan;
    - c) eyunit partsiyal vorsinkali atrofiyaning kuchli rivojlanganligi bilan;
    - d) eyunit subtotal vorsinkali artofiya bilan;
  3. yog'on ichakdagi morfologik o'zgarishlarning xarakteriga ko'ra:
    - a) yuzaki yallig'lanish;
    - b) diffuz yallig'lanish;
- c) shilliqqavat atrofiyasi.
  - III. Klinik kechishi bo'yicha :
    1. yengil, o'rtaog'ir, og'irkechishi;
    2. remissiya yoki ko'zg'alish fazasi.
  - IV. Ichakdagi funktsional buzilishlarning xarakteriga ko'ra:
    1. ichakning xazm qilish va so'rilishning etishmovchiligi sindromining ustunligi bilan;
    2. ekssudativ enteropatiya sindromi ustunligi bilan;
    3. diskinetik ichak sindromining ustunligi bilan

### **Klassifikatsiyasi. (Abasov, Nagalev)**

Etiologiyasiga ko'ra;

infeksiyalar,  
intoksikatsiya,  
alimantar Faktorlar

Jarayonning joylashuviga ko'ra;

total kolit(pankolit),  
segmentar kolit.

Morfologik o'zgarishlarga ko'ra;

kataral,  
erroziyali,  
yarali,

atrofik kolit.

Kechish og'irligiga ko'ra;  
yengil,  
o'rta og'ir,  
og'ir.

Kasallik kechishiga ko'ra;  
retsidivlovchi,  
monoton,  
intermitrlovchi,  
malneinoz.

Kechish fazasiga ko'ra;  
qo'zish davri,  
remissiya.

Funksional buzilishlarga ko'ra;

1) motor funktsiyasining buzilishi:

gipermator,  
gipomator,  
normal.

2) ichak dispepsiyasining buzilishi.

Bijg'ish dispepsiyasi  
Chiruvchi dispepsiya  
Aralash.

## **KLINIKA.**

Surunkali enterokolit klinikasida 2 xil simptomlar bor.

1.ichakka bog'liq simptomlar.

2.ichakka bog'liq bo'lmagan simptomlar.

Ichakka bog'lik simptomlarga kiradi;

Diskinetik sindrom:

ichakning motor funksiyasini buzilishi bilan xarakterlanadi, ichaklarda og'riq,ich o'tishi va ich qotishining almashinib turishi,qorni dam bo'lishi,metiorizim,qorin quldirashi.

Dispepsik sindrom;

-bijg'uvchi dispepsiya:bemorning qorin sohasida kuchli xurujsimon og'riq, ichni suyuq, ko'pikli, shilimshiq(5-6 marta) o'tishi, qorin quldirashi,umumiy holsizlik, bezovtalik kuzatiladi.

-chiruvchi dispepsiya: ichak diskomforti, ichaklarda doimiy og'riq, kuchli xurujli ich o'tish va qotishi almashinib turadi,oqsilli mahsulotlarda ahvoli og'irlashadi.

Malabsorbsiya sindiromi;

Soch to'kilishi, terida toshmalar, angulyar stomatit,paradantoz, tishlar emirilgan,qonda oqsil kam(gipoalbuminemiya,gipoproteinemiya) oqsilsiz shishlar,gipokalemiya kuzatiladi.

Malabsorbtsiyaning uchta darajasi aniqlangan.

I darajasida bemor 5-10kg ga ozadi.

II darajasida bemor 10-20kg ga ozadi.

III darajasida bemor 20kgdan kyp ozadi.

Surunkali enterokolitda tungi og'riqlar, akt defikatsiyasidan oldin yolg'on chaqiruvlar bo'ladi (simptom budilnika), kolit chapda bo'lsa, ich qotish kuzatiladi. Palpatsiyada ichaklar proektsiyasida og'riq.

Surunkali enterokolit klinikasi to'lqinsimon kechadi: qo'zg'alish davri va remissiya davri bilan almashinib turadi.

Qo'zg'alish davrida asosiy klinik simptomlar qorindagi og'riq va ich ketishining buzilishi.

Har xil xarakterli og'riqlar kuzatiladi. Bolalar ko'pincha kindik atrofida,qorning pastgi soxasidagi o'ng va chapda joylashgan og'riqlardan shikoyat qiladi. Og'riqlar sutkaning xoxlagan vaqtlarida

kuzatilishi mumkin, lekin ko'pincha og'riq kunning ikkinchi yarmida, ba'zan ovqatdan ikki soat keyin, ich ketishidan oldin, yugurganda, va boshqalarda kuzatiladi.

**Diagnostikasi.**

Surunkali enterokolit tashxisi anamnez, kasallikning klinik ko'rinishi, laborator ma'lumotlar (anemiya, gipo- va disproteinemiya, gipoalbuminemiya, xolesterin konsentratsiyasining kamayishi, umumiy lipidlar, v-lipoproteinlar, kaltsiy, kaliy, natriy va qon zardobi, axlatida shilimshiq(yal?i), leykotsitlar, steatorei, kreatorei, amilorei), instrumental tekshirishlar (rektoromanoskopiya, kolonofibroskopiya, rentgen va morfologik tekshirish) asosida qo'yiladi.

Surunkali enterokolit cho'ziluvchan dizenteriya, tug'ma enzimopatiya (mukovistsidoz, tseliakiya, disaxaridoz etishmovchilik, sindrom ekssudativ enteropatiya) va boshqalar bilan qiyosiy tashxis qilinadi.

**Davosi.**

Surunkali enterit va enterokolitning davosi; buzilgan ichaklar funksiyasini qayta tiklash va kasallikning qaytalanishini oldini olishga qaratiladi.

Davoli ovqatlanish: stol №4 Pevzner bo'yicha, polivitaminlar (tsentrum, vitrum), fermentli preparatlar (pankreatin), pre-va probiotiklar (bifidobakteriyali

bifidum+aktivlangankymir (probifor), lineks, atsidofilli laktobakteriya+ kefirli zamburuq (atsipol), enterol, xilak

forte), enterosorbent? (diosmektit (smekta), prokinetiki (trimebutin (debridat), loperamid, mebeverin (dyuspatalin) va boshqalar.

Antibakterial davo, fitoterapiya, simptomatik davo, fizioterapiya, LFK, sanator-kurot davo.

Yugon ichakni yalliglanish kasalliklarining (kolit) tasnifi  
(B.G.Apostolov, N.I.Aleksandrova, A.I.Kliorin).

Etiologiya	Jarayon lokalizatsiyasiga ko'ra	Morfologik o'zgarishlar	Kechishi	Kasallik davri	Asorati
<ul style="list-style-type: none"> <li>- infeksiyon</li> <li>- parazitar:</li> <li>Protozoyli</li> <li>- alimentar</li> <li>- allergik</li> <li>- ikkilamchi</li> <li>- aralash</li> <li>- nospetsifik yarali kolit</li> <li>- granule- matoz kolit</li> <li>- toksik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- total zararlanish</li> <li>- yo'g'on ichak distal qismining zararlanishi:</li> <li>- sigmoidit</li> <li>- proktit</li> <li>- proktosigmoidit</li> <li>- anorektal soxa kasalliklari (papillit, sfinkterit, kriptit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kataral</li> <li>Folikulyar</li> <li>Infiltrativ</li> <li>Yiringli</li> <li>Yarali Gangrenoz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O'tkir chuziluvchan</li> <li>Retsidiv-lanuvchi</li> <li>surunka-li</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O'tkir (kuzga-lish)</li> <li>Noto'lik remissiya</li> <li>Remissiya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gemorroy orqa chiqaru</li> <li>teshigi-ning yorilishi</li> <li>Paraprok-tit</li> <li>Oqmalar</li> <li>Qon ketishi</li> <li>Perfora-tsiya</li> </ul>

## Klinika

- SE belgilari xar xil bo'lib kasallikning fazasiga, organizmning immun xolatiga, nerv sistemasiga, disbakteriozning darajasiga bog'lik.
- Ko'pincha bemorlar ichakni bushash funksiyasi buzilishiga shikoyat qiladi, bu esa ich ketish yoki ich qotish yoki ich ketish va ich qotishning almashinishi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Tez-tez defekatsiya xolatlari axlatning kichik portsiyasi va xar xil konsistentsiyasi bilan ustunlik qiladi (sutkasiga 5-7 marta, suyuq, xazm bo'lmagan ovqat, shilliq maxsulotlari bilan, kulrang, yaltiroq, ko'piksimon, yomon xidli). Ko'pincha «kuy» axlati yoki lentasimon axlat fonida bo'ladi. Kattiq axlat maxsulotlarinig chiqishi natijasida orqa teshikning yorilishi kuzatiladi. Bunday xolatlarda axlat ustida ko'p bo'lmagan qizil qon bo'ladi. SEning doimiy simptomlaridan biri qorin dam bo'lishi va burishishi, ichak bo'ylab quldirash, gaz chiqishining oshishi xarakterli.
- Ich ketish (diareya) – ichakning tez-tez ajratishi va shakllanmagan axlat massalarini ajralishi bilan xarakterlanadi. Ko'p xollarda ich ketishning sababi ichak peristaltikasining kuchayishi bo'lib buning natijasida yo'g'on ichakda suv so'rilishga ulgurmaydi. Nisbatan kam sabablari – ichakda sekretsianing kuchayishidan axlat massalarining ikkilamchi suyulishi, bu esa yo'g'on ichakda axlat massalarining uzoq muddat turib kolishi natijasida kelib chiqadi. Ko'proq ingichka ichak zararlangan (enterit) bo'lsa axlat kuniga 3-4 marta, ko'p mikdorda, defekatsiya esa ogriqsiz bo'ladi. Defekatsiyaga yolg'on chaqiriqlar ovqat qabul qilgandan keyin 20-30 min o'tib kelib chiqadi va kuchli g'uldirash, qorinda quyilish kuzatiladi. Yog'on ichak zararlanganda og'riq qorinning pastki yoki yon soxalarida (ko'pincha chapda) xurujsimon xarakterda bo'lib, ko'pincha yengil bijg'ituvchi uglevodli (qora non, karam, sut) ovqatni qabul qilgandan keyin kuchayadi va ichak bo'shaganda yoki gaz chiqqandan keyin so'nadi. Og'rik ekvivalentlari – ovqatlangandan keyin axlat ajralishining susayishi yoki erta yoshdagi bolalarda ovqatlanishdan bosh tortish va ta'm tanlash.
- Ichak dispepsiyasi sindromi xam xarakterli bo'lib, bunda ichakda xazm qilish jarayonining buzilishi kuzatiladi.
- U yoki bu maxsulotlarni ko'tara olmasligi va belgilariga ko'ra achituvchi, bijg'ituvchi va aralash ichak dispepsiyasiga bo'linadi. Ularni farqlovchi belgilar quyidagi jadvalda ko'rsatilgan:

## Ichak dispepsiyasi tiplari

Belgilari	Bijg'ituvchi dispepsiya	Chirituvchi dispepsiya
Axvolini yomonlashishiga olib keladigan maxsu-lotlar	Engil bijg'ituvchi ugle-vodlar (qora non, karam, sut)	Ko'p miqdorda oqsilli ovqatlar
“Ichakli diskomfort”	Nisbatan kuchlirok rivojlangan: qorinda dam, g'uldirash, quyilish	Kam rivojlangan
Og'riklar	Xurujsimon, gaz yoki axlat ajralgandan keyin susayadi	Doimiy, kam xamda kolikasim
Axlat	Kuniga 2-5 marta ich ketish	Ich ketish qabziyat bilan almashinuvchi

### ShAKLLARI

- Surunkali infeksiyon enterokolit - ichak kasalliklarining nisbatan keng tarqalgan shakllaridan biri.
- Surunkali spetsifik infeksiyon enterokolit ichakka og'rik chaqiruvchi bakteriyalar tushganida kelib chikadi.
- Kasallik boshlanishi o'tkir: qorinda og'rik, ich ketishi, tana xaroratining ko'tarilishi kuzatiladi.
- Surunkali nospetsifik enterokolit - Dizenteriya yoki salmonellez o'tkazgandan keyin kelib chikadi.

Surunkali parazitlar enterokolitning o'ziga xosligi, turg'un va uzoq kechishi, antiparazitlar moddalarni qabul qilmasdan davolashning oddiy metodlari qo'llanilganda effekt bo'lmasligi xisoblanadi. Infeksiyon kolitdan farqli o'laroq kasallikning ich ketishi bilan boshlansa xam axlatda shilliq va qon bo'lmaydi, bundan tashqari intoksikatsiya belgilari va qorinda ogriq bo'lmaydi.

Alimentar enterokolitlar noto'g'ri ovqatlanish natijasida rivojlanadi. Buning sabablari ko'pincha quyidagilar bulishi mumkin:

1. Ko'p miqdorda ovqat qabul qilish, ayniqsa yog'li ovqatlarni
2. Xaddan ziyod o'tkir ziravorlar, spirtli ichimliklarni qabul qilish

3. Uzoq muddat butun oqsillardan xoli bo'lgan ovqatlarni qabul qilish
4. Maxsulotlarda vitaminlarning etishmovchiligi
5. Shoshilib ovqatlanish
6. Yurganda ovqatlanish
7. quruq ovqatlanish
8. Yomon tishlar yoki chaynamasdan yutish odati natijasida

#### Diagnostik kriteriyalar

- I. Anamnestik: O'tkir ichak infeksiyalarini o'tkazgandan keyin kasallik belgilarining paydo bo'lishi disbakterioz, parazitar kasalliklar, oziq-ovqat allergiyasi, alimentar buzilishlar...
- II. Klinik:
  1. Og'riq sindromi: kindik atrofida og'riq, xurujsimon bo'lib defekatsiya va gaz ajralgandan keyin kamayadi, sut, sabzavotlar, mevalar, sovuq ichimliklar ichganda kuchayadi.
  2. Dispepsik sindromi: ich ketish ko'pincha kechasi qabziyat yoki ularning almashinishi ichakning to'lik bo'shamaganligi xissi, meteorizm g'o'ldirash, kekirish, zarda qaynash va boshqa surunkali gastroduodenal patologiya belgilari.
  3. Umumiy enteral simptomlar: bo'yi va vaznining rivojlanishidan orqada qolishi; teri quruqligi, tirnoqlari sinuvchan, soch to'kilishi, poligipovitaminoz belgilari, anemiya, osteoporoz, elektrolitlarning asosan oqsil va minerallar almashinuvining buzilishi.
- III. Paraklinik:
  1. Umumiy qon taxlili: gemoglobin, leykotsitlar pasayishi, SOE tezlashishi;
  2. Koprogramma: axlat konsistentsiyasining o'zgarishi, yallig'lanish elementlarining, yodofil floraning topilishi, ovqat maxsulotlari xazm bo'lishining buzilishi;
  3. Axlat ekmasi: disbakterioz aniqlanishi;
  4. Rekto va kolonoskopiyada – shilliq pardada o'zgarish; polip, yara, eroziya, chandik va boshqalarning aniqlanishi;
  5. Rentgenologik tekshiruv (irrigoskopiya) – ichak xarakatining buzilishi anomalionalari va boshqa organik o'zgarishlar;
  6. Maxsus tekshiruvlar:
    - Ichakning xazm qilish funktsiyasi - enterokinaza, ichak shirasida ishqoriy fosfataza, axlat RNi, sut kislota, laktoza, saxaroza, maltoza, fruktoza, glyukoza miqdorining o'zgarishi va axlat massasining o'zgarishi;
    - Shakarvakraxmalgatolerantliknianiqlashsinamasi, d - ksilozabilansinama, oqsilvayog' so'rilishiningbuzilishinianiqlashsinamasi;
    - Ichakning xarakatlanish funktsiyasi - ichak ichi bosimining o'zgarishi.

Differentsial diagnostika Surunkali enterit va surunkali pankreatit qiyosiy tashxisi.  
(A.V. Fralkis 1992)

Belgilar	Surunkali enterit (ental etishmovchilik)	Surunkali pankreatit (pankreatik etishmovchilik)

Qorindagi kuchli ogrik	Xarakterli emas	Tez-tez uchraydi
Qusish	Xarakterli emas	Tez-tez uchraydi
Meteorizm	Xarakterli	Xarakterli
Ich ketish	Xarakterli	Xarakterli
Suyakda og'rik uchraydi	Uchraydi	Tez-tez uchraydi
Umumiy xolsizlik	Tez-tez uchraydi	Kam uchraydi
Vazn etishmovchiligi	Tez-tez uchraydi	50% bemorlarda
Tetaniya	Uchraydi	Xarakterli emas
Anemiya	+	Kam uchraydi
Sariklik –	+	+
Ichakdanqonketish	-	+
Kandli diabet	-	+
Poliserozit	-	+
Surunkali arteriopatya	-	+
Glossit, stomatit	+	-

Belgilar	Surunkali enterit (enteral etishmovchilik)	Surunkali pankreatit (pankreatik etishmovchilik)
So'lak bezi sekretsiasining pasayishi	-	+
Gipoproteinemiya	+	Kam uchraydi
Gipotrombinemiya	+	-
Axlatda yog' miqdori-ning oshishi	+	+
Axlatda yog' kislotalari miqdorining oshishi	+	-
Ingichka ichak shilliq qavatida enzimlar aktivligi	Pasaygan	Oshgan bo'lishi mumkin
Oshkozon osti bezi tashqi sekretsiasini	Dispankreatizm	Pankreatik etishmovchilikda pasaygan
Rentgenologik tekshirishda ingichka ichak kalibrining kattalashishi	+	
Oshkozon osti bezi kaltsifikatsiasining rentgenologik belgisi	-	-
		+

Surunkali kolit, surunkali enterit va yog'on ichak diskineziyasi belgilarining qiyosiy tashxisi.

Simptom-lari	Kolit	Enterit	Yo'g'on ichak diskineziyasi
Umumiyaxvoliningbuzilishi	Kamnamoyonbo'ladi	Yaqqol	—
Qorindaog'rik	Xurujsimon	Yuk yoki sust	Xurujsimon
Axlatdagiog'zgarishlar	Ichqotishyokiichketishbilanalmashinishi,	rivojlangan,monotonli,	Ich qotish
Meteorizm	ko'pinchaichaknito'likbo'shamasligisindromi	kindik atrofida	ustunlik
Porgesnuktasidagiog'rik	Sust rivojlangan	Ich ketish ustunlik	qiladi
Obraztsovbelgisi	—	qiladi	—
	—	Kindik atrofiga	—
		lokalizatsiasini bilan	—
		Tipik	
		Yaqqol	

Simptomlari	Kolit	Enterit	Yo'g'on ichak diskinez
Yo'g'onichakpalpatsiyasi Axltdashilliq Yo'g'onichakdasurilish Rektaromanos-kopiya Rentgenologiktekshiruv Gistologiktekshiruv	Yo'g'onichakbo'ylabog'rik + Buzilmagan Proktit, proktosigmoi-dit Irrigografiyavairrigokopiyadakolitbelgilari Surunkali kolitning morfologik belgilari	Og'riq yo'q - I-II-III darajali suri-lishning buzilishi Kataral proktosigmoi-dit bo'lishi mumkin Bariy bilan tekshir-ganda enterit belgilari Och ichak biopsiyasida surunkali enteritning morfologik belgilari	Yog'on ichak bo'ylab og'rik, toraygan va kengaygan soxalar bo'lishi mumkin Bo'lishi mumkin Buzilmagan Shilliq parda o'zgarmas irrigoskopiya da yog'on ichakning tonusi va xarakatining buzilishi belgilari -

### Davolash

Terapevtik faoliyat yo'nalishi:

- ichakda yallig'lanish jarayonini kamaytirish;
- ichak motorikasini normallashtirish;
- ovqat xazm bo'lishi va surilish jarayonini yaxshilash;
- disbakteriozni bartaraf etish;
- qon plazmasidagi suv – elektrolit tarkibi buzilishini tiklash;
- oqsil va vitaminlar etishmovchiligini bartaraf etish;
- mikroelementlar etishmovchiligini bartaraf etish.

Kompleksli terapiya

1. yarim yotok rejimi;
2. parxez: № 4.
3. Ichak dispepsiyasi tiplarini, ichak motorikasi va ingichka ichak yoki yog'on ichak zararlanishi ustunligini xisobga olib parxezga rioya qilish.
4. Ichakdagi bijg'ituvchi jarayonlarni kamaytirish uchun quyidagilar ko'rsatilgan:
  1. uglevodlarni cheklash;
  2. sutni, qora non va karamni cheklash.

Chirish jarayonini kamaytirish uchun

- qiynxazmbuladiganoqsillarni (qovurilgango'sht) vaqupolkletchatkanicheklash;
- nordon sut maxsulotlarini qabul qilish.
- Ichakni ajratish funksiyasi etishmovchiligida uzida peristaltikani stimullovchi maxsulotlarni saqlagan parxez tavsiya etiladi (lavlagi, sabzi, karam).

Ingichka ichak zararlanishi ustunlik qilganda:

- oqsil va vitaminlarga boy parxez;
- kaltsiy tuzlari saqlovchi maxsulotlar (tvorog, pishloq);
- ichakka ximik va mexanik ta'sir ko'rsatuvchi maxsulotlarni olib tashlash.

1. Antibakterial terapiya:

- a. Sulfanilamidlar;
- b. sulgin, ftalazol (tabl. 0,5 g) – 3 yoshgacha 0,2 g/kg. dan sutkasiga, kuniga 4 marta;

- c. biseptol, baktrim – 8-10 mgG`kgG`sut.ga 2 marta, 7-10 kun davomida
  - d. Nalidiksin kislova:
  - e. Nitrofurani:
    - a. furadonin, furazolidon (tabl. 0,05g) 4-5mgG`kgG`sut.ga 3-4 marta ovkatdan keyin.  - f. Nitroimidazol:
    - a. metronidazol, trixopol 2-5 yoshli bolalarga kuniga 0,25 g. dan, 5-10 yoshda 0,375g. dan 2-3 maxal ovkatdan keyin.
2. Maxalliy dovo:
- a. mikroklizmalar- oblepixa, kungabokar., na'matak yogi Bilan (35-40 °S gacha isitiladi, 1 klizma uchun 25-30 ml) № 8-10;
  - b. mikroklizmalar- kollargol, protargol, propolis Bilan (10-15 ml.dan);
  - c. romashka kaynatmasi bilan klizma (150-200 ml)
3. Ichak peristaltikasini kamaytiruvchi moddalar (antidiareya):
- a. adsorbentlar va burishtiruvchi moddalar (axlat normallashtirish uchun):
    - 1. aktivlashtirilgan ko'mir 2-3 tabl.dan kuniga 3 marta;
    - 2. smekta 0,5 – 1 paketchadan kuniga;
    - 3. xolestiramin 4-8 gG`sut. 2-7 kun davomida.
  - b. Fitoterapiya – enterokolitda buzilgan ichakning barcha funksiyalarini tiklashga qaratilgan.
    - 1. Kuyidagi o'simliklar qo'llaniladi: zirkli guda, eman po'stlogi, otkulok, zemlyanika, shumurt mevasi, oddiy zira, chernika mevasi va bargi, romashka, krovoxbekka (2 choy qoshigini 1 stakan qaynatilgan suvga) 1 osh qoshiqdan ichishga kuniga 3-4 marta 1 oy davomida.
  - c. Ichakning silliq mushaklarini bushashtiruvchi moddalar:
    - 1. no-shpa 0,5-1 tabl.dan kuniga 3 marta;
    - 2. papaverin 0,02 g.dan kuniga 3 marta;
    - 3. tserukal 0,5-1 mgG`kgG`sut.ga 2-3 marta ovqatdan oldin.
- 2.Surgi dorilar (qabziyatda)
- a. tuzli surgilar- natriy sulfat, magniy sulfat 1gG`yoshiga;
  - b. kontakt surgilar- bisakodil 1 drajedan yoki 0,5-1 shamchadan uyqudan oldin yoki nonushtagacha 1 marta.
- 3.Fermentativ preparatlar:
- a). oshqozon fermenti- 2-3 hafta davomida
  - a. oshqozon soki 0.5-1 choy qoshikdan ovqatlanish vaqtida;
  - b. atsedin- pepsin, beratsid- 0,25-0,5 tabl.dan kuniga 3-4 marta ovqatlanish vaqtida;
  - b). oshqozon osti bezi preparatlari: pankreatin (tabl 0,25g) 0,1-0,15g.dan kuniga 3-6 marta ovqatdan oldin;
  - c). kombinerlangan preparatlar: panzinorm, festal 1-2 drajedan kuniga 3-4 marta ovqatlanish vaqtida
- 1.Ichak florasini normallashtirish uchun: laktobakterin, bifidumbakterin (5 dozadan kuniga 1-2 marta 20-30 kun mobaynida).
2. Infuzion terapiya:
- b. glyukoza 5-10 % li, standart tuzli eritmalar (trisol, atsesol, fiziologik eritmalar);
  - c. kolloid eritmalar, plazma urnini bosuvchilar (reopoliglyukin, poliglyukin, gemodez) v/i.ga tomchilab, eksikoz darajasiga bogliq xolda, elektrolitlar balansini nazorat kilib, 5-10 ml/kg/xisobida beriladi.
4. Aminokislota aralashmalari:
- a. gidrolizin, aminazol, albumin, plazma 200-500 ml/sut.ga v/i.ga 20-30 tomchi/min. Tezlikda.
5. Vitaminlar:
- a. vit.A 15-18 ming ED/sut.ga;
  - b. vit.B1 0,005 g.dan kuniga 3 maxal;
  - c. vit.C 0,1 g.dan 3 maxal;
  - d. polivitaminlar- pikovit, aevit, oligovit 1 tabl.dan kuniga 1 marta 1 oy davomida.
6. Temir preparatlari (davolash davomiyligini individual va qon zardobidagi temir miqdorini nazorat qilgan xolda belgilanadi):

- a. ferropleks 17 drajedan kuniga 3 marta ovqatdan keyin;
- b. tardiferon 1-2 tabl.dan kuniga 2 marta;
- c. ferrum- lek (1 amp 2 ml) 1-2 ml.dan m/o.ga xar kuni

Dispanser kuzatuv

Мутахассис-ларнинг кuzатув сони	Tekshirish metodlari	Jismoniy tarbiya bo'yicha guruxlar	Profilak-tik emlashlar	xisobdan chiqarish kriteriyalari
<p>Pediatr- 1 yil davomida 3 oyda 1 marta;            Keyin 2 yil davomida yiliga 2 marta;            Yiliga 1 marta; og'ir shakllarida xar oy kuzatish.            Lor- vrach va stomatolog- yiliga 2 marta;            Nevropatolog va xirurg- ko'rsatmaga ko'ra;            Gastroentero-log- yiliga 1-2 marta.</p>	<p>1.Koprogramma- 1 chi yil 3 oyda 1 marta, keyin 6 oyda 1 marta;            2. Yashirin qonni aniqlash uchun ax-lat taxlili yarali kolitda- 3 oyda 1 marta, qolgan xollarda ko'rsatmaga ko'ra;            3. Disbakterioz gijjalar lyambliyani aniqlash uchun axlat taxlili- 6 oyda 1 marta;            4. Maxsus tekshiruvlar- ko'rsatmaga ko'ra.</p>	<p>1 chi yil- maxsus, keyin tayyorlovchi, 2-3 yildan keyin aso-siy (yarali kolit va kron kasal-ligi bo'lgan bemorlardan tashqari).</p>	<p>To'lik remissiya bosqichida ko'zg'alishdan keyin 2-3 oydan keyin.</p>	<p>3-4 yildankeyinkasall klinik-laboratorbelgilari 'zg'alish davridankeyin. Yarali kolit va kron kasalligi bo'lgan bemorlar uchyotdan chiqmaydi.</p>

Poliklinika etapida sog'lomlashtirishning asosiy yo'llari

1. Parhez - oziq maxsulotlarni individual ko'tara olishi va ichak xarakatini xisobga olib.
2. Ovqatni xazm qilish buzilganda - fermentativ preparatlar yiliga 2-3 marta, 2-3 hafta davomida.
3. Biopreparatlar - 1-2 oy davomida davolash kursi yiliga 2 marta.
4. Maxsus ovqat maxsulotlari - doimiy, qo'shimcha ovqat ko'rinishida 0,5 – 1 yil davomida.
5. Fitoterapiya - 1 yil davomida xar oyda 2 hafta.
6. Fizioterapiya :
7. - Vermel № 10 bo'yicha elektrofarez – vitamin V1 va askorbin kislota bilan yiliga 1-2 marta;
8. - 20-30 minut qorin soxasiga parafin yoki ozokerit applikatsiyasini ko'yish yiliga 1 marta;
9. - Kaltsiy elektrofarezi – qorin soxasiga kunora yiliga 1 marta.
10. LFK - ichak motorikasini xisobga olib.
11. Yo'ldosh kasallanishi.
12. Sanator- kurort davolash.

## Amaliy mashg'ulot № 10

### Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

<b>Mavzu</b>	<i>Bolalarda surunkali gepatit. Etiologiya va patogenezi, tasnifi. Turli shakllarining kechish xususiyatlari. Laborator – instrumental tashhisi. bosqichli davolash va oldini olish tadbirlari.</i>
--------------	---

#### 10.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustahkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	1. Bolalarda surunkali gepatit kasalligi to'g'risida tushuncha 2. Surunkali gepatit kasalligining kechishivaklinikasi. 3. Surunkali gepatit kasalligining etiologiya va patogenezi. 4. Surunkali gepatit kasalligining klinik –laborator – instrumental tekshiruv usullari. 5. Surunkali gepatit kasalligining bosqichli davolash va oldini olish.
<b>O'quv mashg'ulotining maqsadi :</b> Talabalarga bolalarda surunkali gepatit kasalligi to'g'risida tushuncha berish. Surunkali gepatit kasalligining etiologiyasi, patogenezi, klinik kechishi va tashxisot usullari bilan tanishtirish. Kasallikning davolash va oldini olish tadbirlarini o'rgatish.	
<b>Pedagogik vazifalar</b>	<b>O'quv faoliyati natijalari</b>
- Talabalarga bolalarda surunkali gepatit kasalligi to'g'risida tushuncha berish. - Bolalarda surunkali gepatit kasalligining etiologiya va patogenezi o'rgatish. - Bolalarda surunkali gepatit kasalligini kechishi va klinikasi haqida tushuncha berish. - Surunkali gepatit kasalligining klinik –laborator – instrumental tekshiruv usullarini baholay olishni o'rgatish. - Bolalarda surunkali gepatit kasalligining bosqichli davolash va oldini olish tadbirlarini o'rgatish.	- Talabalar bolalarda surunkali gepatit kasalligi to'g'risida to'liq ma'lumotga ega bo'lishi kerak. - Bolalarda surunkali gepatit kasalligining etiologiya va patogenezi haqida chuqur bilimga ega bo'lishi kerak. - Bolalarda surunkali gepatit kasalligining kechishi va klinikasini to'liq o'zlashtirgan bo'lishi kerak. - Surunkali gepatit kasalligining klinik –laborator – instrumental tekshiruv usullarini baholay olishi kerak. - Bolalarda surunkali gepatit kasalligining bosqichli davolash va oldini olish tadbirlari haqida chuqur bilimga ega bo'lishi kerak. .
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasionxonajixozlari» vah.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zakinazorat: savol – javob, mustaqiliish, ma'ruza, amaliymashg'ulotdaftari

#### 10.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

<b>Ish bosqichlari</b>	<b>Faoliyat mazmuni</b>
------------------------	-------------------------

va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi</li> <li>2. Amaliy mashg'ulotning taqdimot slaydlarini tayyorlaydi</li> <li>3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</li> <li>4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</li> <li>5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi.</li> <li>6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi</li> </ol>	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</li> <li>2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</li> <li>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</li> </ol>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izohlab beradi.</li> <li>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruhga bo'ladi va guruhlarda hamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir guruh mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</li> <li>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varaqalarni tarqatadi.</li> <li>4. Guruhlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantiqan to'liq yoritilishini kuzatadi.</li> <li>5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruhlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , guruh sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muhokamasini jamoaga havola etadi.</li> <li>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va hulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.</li> <li>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</li> <li>8. Bemor kuratsiyasini tahlil qiladi.</li> <li>9. Kasallik tarixini tekshiradi</li> </ol>	<p>Tinglaydilar, asosiy jihatlarini yozib oladilar Kichik guruhlarga bo'linadilar.</p> <p>Topshiriqlar bo'yicha ishlaydilar Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruhdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida hamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini tahlil qilishda ishtirok etadilar</p>
3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</li> <li>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</li> <li>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini tahlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish; o'zlashtirish ishi « Surunkali gepatitlar » – 2 s Referat, Krossvord, Internet ma'lumotlaridan</li> </ol>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar Uyg'a vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

## **SURUNKALI JIGAR KASALLIKLARI**

Ohirgi 10 yilda jigar gepotologiyasida ko'plab yangiliklar qilindi. Surunkali jigar kasalliklaridan ayniqsa eng ko'p uchraydigani surunkali gepatit.

Surunkali gepatit moxiyatini ochib beruchi yangi kontseptsiyalarni yaratishda ahamiyatli bo'lgan yangi faktlar tasavvur va tushunchalar paydo bo'ldi. Hozirgi kunda surunkali gepatitga alohida kasallik deb emas, balki turli sabablar bilan chaqiriluvchi gepatotsellyumer nekroz va yallig'lanish bilan har akterlanuvchi klinik-morfologik sindrom sifatida qaralmoqda. Nekroz va yallig'lanish jarayonlari parenximada o'choqli zonalar, bo'lakchalarning qo'shib ketadigan nekrozi bilan birvaqtda ko'priksimon nekrozning bor yoki yo'q ligi, hamda periportal yoki periseptal nekrozlarining rivojlanishi bilan har akterlanadi. Yallig'lanish hujayralari asosan limfotsitlardan tashkil topgan.

Surunkali gepatit bo'lganda yarim yil va undan ortiq davrda jigarning yallig'lanishi bilan kechuvchi sirrozza olib keluvchi jigar kasalliklari tushuniladi.

### **Etiologiya va patogenez**

Bolalarda surunkali gepotit rivojlanishining asosiy sababi o'tkir virusli gepatitdir. Hozirgi kunda turli strukturaga, biologik va epidimiologik har akteristikaga ega bo'lgan 9 xil (A, B, C, D, E, F, G, TTV, SEN-V) o'tkir gepotitni ko'g'atuvchi viruslar aniqlangan. O'z navbatida S virusi har biri bir nechta kichik guruhlariga ega bo'lgan 6 ta genotipga; G virusi A, B, C variantlarga SEN-V virusi esa SENV-D va SENV-H variantlariga ega. Yuqoridagi 9 virusdan 6 tasida organizmda persistentsiyalanish xususiyati borligi tufayli surunkali gepatitni rivojlantiradi (B, C, D, G TTV SEN-V). Shulardan ham eng ko'proq kuzgatadigani B, C. va D hisoblanadi. A va E gepatit viruslari oral-fekal yo'l bilan yuqadi, organizmda persistlanmaydi va amalda surunkali gepatitga o'tmaydi.

Kasallikning surunkaliligiga o'tishi virusning gepototsitlarga sekin kirishi virusni eliminatsiya qilish xususiyatiga ega bo'lgan limfosit va makrofaglarni kam xolatlarda sensibilizatsiya va mobilizatsiyaga uchratishi tufayli bo'ladi. Buning natijasida u organizmda uzoq vaqt persistlanadi, oqibatda jigar xujayralarining antigen xususiyatlari o'zgarishga uchraydi. Gepototsitlar oraliq antigenlarga ega bo'ladi. Komplement ishtirokida jigarni jarohatlovchi selimo'n komplekslar hosil bo'ladi. Autoimmun buzilishlari patogenezida asosiy rol ni bemorda B-limfoid sistema ustidan T-sistemaning nazorat qilish funksiyasining tug'ma yetishmovchiligi o'ynaydi. Buning natijasida organizmda noadekvat immun javob hosil bo'ladi.

Keyingi etiologik omillariga dori-darmonlar, toksinlar gepototoksik har akterga ega bo'lgan kiradi. har qanday dori preparatining uzoq vaqt qo'llanilishi jigarga nojuy ta'sir etishi mumkin.

Ayniqsa bu tubazir, paratsetamol, sulfanilanidlar, metatreksat, atsetilsatsinil kislotasi, ftoroton, tetratsiklinga tegishli chunki bular surunkali aktiv gepatitni davomli qo'llaganda esa, jigar sirrozini keltirib chiqaradi.

Surunkali gepatit jigarning quyidagi moddalar bilan toksik jarohatlanishi natijasida ham kelib chiqadi:

Xlorli uglevodorod (metil xlorid), xloroform, dixlorethan, xlorli naftalin va difenil, benzol va uning hosillari (nitrobenzol, anilin), metallar (simob, marganets, fosfor). Boshqa etiologik omillar kam o'rganilgan. Bemorlarning katta guruhida kasallik sababini aniqlab bo'lmaydi.

**Klassifikatsiya:**

Surunkali gepotitlar zamonaviy tasnifi klinik, gistologik, serologik mezonlar asosida tuzilgan.

Kuyida Los-Anjelosda (1994) jaxon gastroenterologlari taklif etganklassifikatsiya keltirilgan:

Surunkali gepatitning 1994 yil qabul qilingan klassifikatsiyasi -autoimmun gepatit.

- surunkali virusli gepatit (B,C,D)
- doridan kelib chiquvchi gepatit.
- alkogolli gepatit. (pediatrriyada uchramaydi)
- kriptogen gepatit.

#### **Faollik darajasiga qarab;**

- minimal
- past
- o'рта (sezilarli)
- yuqori (og'ir)

#### **Bosqichiga qarab**

#### **(fibrozlanish darajasiga va sirrozning o'sishiga asoslanib)**

0-fibroz yo'q .

1-kam rivojlangan fibroz (sust namoyon bo'lgan fibroz).

11- o'рта fibroz (sezilarli fibroz).

111- yuqori darajada rivojlangan fibroz (og'ir fibroz).

1V-sirroz.

#### **Virus o'sishining fazasiga qarab;**

- replikatsiya
- integratsiya

Surunkali virusli gepatit kechishi xususiyatlari

1. Klinik belgilarsiz uzoq vaqt davomida kechishi

2. Ohirgi bosqichlarda kasallik manifestatsiyasi, asoratlari bilan.

3. har xil jigardan tashqari o'zgarishlar rivojlanishi holatlari, jumladan o't yo'llari va oshqozon osti bezi, ichak disbiozlari

#### **Autoimmun gepatit**

Odatda, giper albinemiya va to'qima autoantitelalar bilan karakterlanuvchi immuno depressantterapiyaga beriluvchan periportal gepatitdir. Autoimmun jarayonni chaqiruvchi omillar to'liq aniqlanmagan. Kasallik asosan ayollarda uchraydi. Gipergammaglubuminamiya zardob antitelalari (SLA, LP, LM, SVA) bo'lishi va boshqa autoimmun sindromlari (tirsoidit, yarali kolit) bilan birga kelishi kasallikka hosdir.

Autoimmun gepatitda gepatitning serologik markerlari V,C,D,G,NNV,SEN-V) aniqlanmaydi. A-gepatit diagnostikasining asosiy mezoni kortikosteroidlarga va immunosupresant terapiyasiga ijobiy reaksiya hisoblanadi.

#### **Surunkali gepatit B**

B- virusi tomonidan chaqiriladigan jigarning yallig'lanishidir. Uning asosida 6 oydan uzoq davom etuvchi genetik DNK yotadi. Gepatit B virusining rivojlanish fazalari yaxshi o'rganilgan. Infektsiyaning erta fazalarida qonga tushgan Deyn qismlari gepatotsit membranasi orqali kiradi, HBV ning DNK si gepatotsit yadrosiga ko'chadi, bu yerda virusning DNK-polimerazasi ishtirokida HBV ning DNK si ishlab chiqariladi, hamda virus supkomponentlari (HBcAg, HbeAg, HbsAg) sintezlanadi.

#### **Surunkali gepatit**

C virusi tomonidan chaqiriladigan jigarning yallig'lanishidir. Uning asosida 6 oydan uzoq davom etuvchi genetik RNK yotadi va jigar sirroziga olib keladi. Infektsiyaning qon va uning mahsulotlari qo'yilganda yuqadi. Keyingi o'rinlarda jinsiy aloka, maishiy va kasbiy alokalar orqali yuqishi turadi. Er yuzi aholisining 500 mln, ya'ni, 10% i gepatit C virusi bilan zararlangan. Taxmin kilinishicha kelajakda gepatit C bilan infektsiyalanganlar soni 10 barobarga oshadi.

Erishilgan yutuqlarga qaramasdan HCVsirlil ya'ni, jumboqli virusligicha qolmoqda, shuning uchun buni, bu "laskovo'y ubiytsa" deb ataladi. Gepatit C ni o'rganishnig qiyinchiligi uning haddan tashqari geterogenligidadir.

Gepatit C diagnostikasida immo'noferment analiz yordamida qonda HCVga qarshi antitelolar yoki jigar to'qimasida HBcAg topilishi ahamiyatga ega. O'tkir gepatit S bilan

kasallangan bemorlarning 75% i surunkali shakliga o'tib ketadi.

Keyingi 10 yillarda shularning deyarli 50% ida jigar sirrozi rivojlanadi.

### **Surunkali gepatit D**

(delta gepatit) jigarning ikki gepatogen viruslar-HBV va HDV tomonidan infeksiyalanishidan kelib chiqadi. HDV replikasiyasi va patogenligini namoyon qilishi uchun HBsAg bo'lishi kerak, ya'ni gepatit B HDV uchun helperlik vazifasini bajaradi. Kasallanish yo'li qon orqali.

Delta infeksiya rivojlanishi asosan HBsAg tashuvchilarida kuzatiladi. Infeksiya jinsiy aloqa va vertikal-onadan bolaga ham yuqadi. Bir vaqtda B va D viruslarning yuqishida koinfeksiya rivojlanadi, o'tkir va surunkali gepatitning turli bosqichida D virusining yuqishi-superinfeksiya.

Tashhisning qon zardobida HDV-antigeni va HDV ga qarshi antitelolar (anti HDV, IgM, IgG) ning HBsAg bilan birga topilishi. Bundan tashqari immo'noflyuorestsentsiya usulida jigar bioptatida HDV-antigen topiladi. Kasallik odatda og'ir kechadi va jigar sirroziga o'tadi.

### **Surunkali gepatit G**

Kuzgatuvchisi GB- gurux viruslari.

Bu gepatit turi hozirgi kunda sirli bo'lib qolmoqda. harakteristikasiga ko'ra HCV virusi.

GDV-C virusi bilan mutanosib keladi. Infeksiyaning yuqishi gemotransfuziyada, organlar ko'chirib o'tkazilganda, gemodializ bo'limlarida kuzatiladi. Narkotik moddalarni tomir ichiga yuborilganda shprints orqali yuqishi muxim ahamiyatga ega.

Klinik belgilariga ko'ra gepatit C ga yaqindir.

Surunkali gepatit F yetarlicha urganilmagan. Bu gepatitga nafakat enteral, balki parenteral yul bilan ham yuqadigan kasallik deb hisoblanmoqda.

Surunkali virusli gepatit noaniq yoki identifikatsiyalanmaydigan virus tomonidan chaqiriladigan, yarim yil davom etadigan jigarning yallig'lanishi bilan harakterlanuvchi kasallikdir.

Virusli gepatit sifatida klassifikatsiyalanmaydigan yoki autoimmun gepatit- yarim yildan uzoq davom etuvchi jigarning yallig'lanishi bilan kechuvchi, virusli yoki autoimmun gepatit belgilarini mujassamlashtiruvchi gepatit turi (kriptogen gepatit)

Surunkali doridan kelib chiquvchi gepatit - 6 oydan uzoq davom etuvchi, dori preparatlarining nojo'ya ta'sirlaridan kelib chiquvchi kasallikdir. Uning asosida preparat yoki uning metabolitlarining bevosita toksik ta'siri, preparatlarga nisbatan idiosinkraziya reaksiyasining kelib chiqish i yotadi. Idiosinkraziya reaksiyasi metabolik buzilishlar yoki immo'noallergik javob sifatida namoyon bo'ladi .

Surunkali gepatit va jigar sirrozi turli hil kasalliklar hisoblanmaydi, balki bitta jarayonning bosqichlari sifatida namoyon bo'ladi , lekin klinik belgilari va morfologik o'zgarishlari bilan farqlanadi.

Shunday qilib surunkali gepatit sindromining asosiy etiologik omillari gepatit V, S, D viruslari, autoimmun reaksiyalar hamda dori moddalari va ularning toksinlari hisoblanadi. Surunkali gepatitning etiologik tashhisida zardobdagi testlar (HBsAg, HBeAg) da HBV, HCV, HDV viruslarning topilishi ahamiyatga ega.

Virusli, autoimmun yoki toksik genezli gepatitlarda jigar to'qima sida yallig'lanish infiltratsiyasi, gepatotsellyulyar degeneratsiya va nekrozning turli formalari rivojlanadi, xujayralarda turli o'zgarishlar kuzatiladi, sitoplazmatik burma xosil bo'ladi, organellalar shishadi, xromatin piknozlashadi, xujayra organellalari yadro atrofiga markazlashadi, sitoplazmatik qobik lizisga uchraydi, hujayra organellalari (mitoxondriya, lizasoma) halok bo'ladi . Halok bo'lgan hujayralar atrofida yallig'lanish yuzaga keladi, bu yallig'lanish o'choqlari keyinchalik fibroz o'zgarishlar bilan almashinadi.

Gepatotsellyulyar nekroz fokal (ayrim hujayralar yoki hujayralar guruhini o'z ichiga oluvchi) yoki tarqoq (ko'p miqdorli gepatotsitlarning halok bo'lishiga olib keluvchi) bo'lishi mumkin. Tarkok nekrozga tomir strukturalarining tushishi natijasida ko'priksimon nekroz

yuzaga keladi.

hujayralarning apoptik ("apoptoz"-uz-uzini boshqaradigan hujayraviy o'lim) halok bo'lish jarayoni limfokinlar tomonidan boshqariladi. Limfokinlar ta'siri ostida xromatik yadro atrofiga joylashadi.

Yadro fragmentlarga bo'linadi, organellalar sitoplazmatik membrana burmalariga joylashadi. Keyinchalik hujayralar apoptik tanachalar hosil bo'lishi bilan fragmentlashadi va ular uzoq muddat xayotiylik xususiyatini saqlab qoladi. Odatda bunday fragmentlashgan hujayra qismlari atrofida yallig'lanish jarayonlari kuzatilmaydi.

Pediatriya amaliyotida surunkali gepatitning alkogolli etiologiyasi uchramaydi, shu sababli pediatriya klassifikatsiyasidan bu formasi chiqarilgan

#### **Misol uchun tashhis;**

Surunkali virusli gepatit V, sezilarli aktivligi, virusning replikasiya fazasi Surunkali virusli gepatitda viruslarning rivojlanish fazalarini aniqlash muhim ahamiyatga ega.

Replikativ faollikning mavjudligi og'ir jarayonning tez rivojlanayotganini va kasallikning og'ir pragnozini, hamda virusga qarshi terapiyaga ko'rsatma borligini bildiradi.

Hozirgi kunda gepatit V virusining rivojlanish fazalari yaxshi o'rganilgan. Infektsiyaning erta fazalarida qonga tushgan Deyn qismlari gepatotsit membranasini orqali kiradi, HBV ning DNK si gepatotsit yadrosiga ko'chadi, bu yerda virusning DNK-polimerazasi ishtirokida HBV ning DNK si ishlab chiqariladi, hamda virus supkomponentlari (HBcAg, HbeAg, HbsAg) sintezlanadi.

Qon zardobida replikativ fazada HBsAg, HBcAg, HBcAv, IgM, DNK HBV-polimerazalar (HBV replikasiyasining tan olingan zardob markerlari), sirkulyatsiyalanadi. Jigar to'qimasida HBV DNK si va HBVcAg aniqlanadi. Bu fazada HBV eliminatsiyasi kuzatiladi (spontan va ximioterapevtik virusga qarshi vositalar hamda interferon ta'sirida kelib chiquvchi).

Replikativ fazaning intyogrativ fazaga o'tishi haqida HbeAg ning HBeAv ga seroqon versiyasi, qon zardobida HBV DNK ning yo'q olishi jigar to'qimasida DNK-polimeraza va NvsAg ning topilmasligiga dalolat beradi.

HBV genomining gepatotsit genomiga intyokrasiyasi klinik va gistologik remissiya (xatto simptomlarsiz tashuvchilikka) bilan birga kechadi. Lekin, virus DNK si nafakat jigar to'qima sig'a, balki, me'da osti bezi, sulak bezlari, teri va buyraklarga ham intratsiyalanishi mumkin. Bunday bemorlarda HBsAg tashuvchiligini yo'qatib bo'lmaydi.

Surunkali gepatit bosqichlari uning rivojlanish dinamikasini belgilaydi (bu davolash taktikasini va kasallik oqibatini oldindan bilishda muhim ahamiyatga ega.)

Jigar sirrozi gepatitning orqaga qaytmas bosqichidir. U fibroz to'siqlar bilan chegaralangan parenximatoz tugunchalar bo'lishi bilan harakterlanadi. Bu jarayon jigar arxitektonikasining buzilishi va portal bosimning oshishi qon aylanishining buzilishiga olib keladi.

Hozirgi kunda jigar sirrozining yangi tasnifi taklif etilgan, bu tasnif yuqorida aytib o'tilgan.

#### **Klinika**

Surunkali gepatitning klinik kechishi har xil bo'ladi - to'liq simptomlarsiz to yaqqol jigar kasalligiga ta'luqli bo'lmagan belgilargacha. Ko'p bemor bolalarda klinik belgilar noaniq, latent kechadi, shu sababli tashhis qo'yish qiyin kechadi, asosan boshlang'ich etaplarda.

Surunkali gepatit klinikasining kechishi harxil bo'lishiga qaramasdan, surunkali gepatit klinikasida 3 ta asosiy sindromlarni kuzatish mumkin;

- o'g'riq
- dispeptik
- asteno-vegetativ

Eng ko'p uchraydigani asteno-vegetativ sindrom bo'lib, bu umumiy holsizlik, tez charchash, emotsional labillik, apatiya, bosh og'rig'i, bosh aylanishi bilan

harakterlanadi.

### **Og'riqlar**

O'ng qovurg'a ostida intensiv bo'lmagan, to'mtoq doimiy kuzatiladi. Bu o'griq dagal ovqat iste'molidan va jismoniy zo'riqishdan keyin kuchayadi. Ba'zan bolalar o'ng qovurg'a ostida og'irlik, diskomfort his etadi (nimadir bosib turishi, halaqit berishi).

Dispeptik Sindrom og'izda achchiq ta'm, qusish, ishtaha pasayishi bilan karakterlanadi.

Ko'zdan kechirganda surunkali gepatit bilan kasallangan bemor bolalarda ozg'inlik, og'ir hollarda jismoniy va jinsiy rivojlanishidan orqaga qolish kuzatiladi.

Bu bemorlarda asosan teri qoplamlari va shilliq qavatlarida ham asosiy e'tiborni qaratish kerak. Bo'nda jigarning parenximatoz jaroxatlanishi natijasida, teri qoplami va shilliq qavatlarda o't pigmentlari to'planishidan kelib chiqadigan, sariqlik namoyon bo'ladi. Kunduzgi yorug'lik natijasida ko'z sklerasida va yumshoq tanglayda seziladigan sezilarsiz sariqlik diagnostikada katta yordam beradi. Teri qoplamida sariqlik sabzi va apelsin sharbatini ko'p miqdorda iste'mol qilganda ham namoyon bo'lishi mumkin-bu soxta sariqlik.

Surunkali gepatitda kuzatiladigan teri qoplamidagi sariqlik bilan soxta sariqlikni farqlash mumkin. Soxta sariqlikda ko'z sklerasida sariqlik kuzatilmaydi va qonda biluribin oshmaydi.

Surunkali gepatitda teri qoplaminin ba'zi soxalarida giperpigmentatsiya yoki depigmentatsiya, tiralgan izlar va har xil gemorragik ko'rinishlar kuzatiladi. Og'iz burchagida yoriqlar («angulit», «angulyarno'y stomatit») namoyon bo'ladi. Bo'yin, yuz, ensa, elka, ko'krak, orqa soxasi terisida «tomiryulduzchalari»-teleangiektaziya yoki Epiger yulduzchalari paydo bo'ladi.

Bu yulduzchalar kapilyarlarning o'rgimchaksimon kengayishi bo'lib, esterogen garmonlarining modda almashinuvi buzilishi bilan bog'liq.

«Yulduzcha» o'rtasida qizil arteriola bo'lib, undan har tomonga ingichka kapilyarlar tarqalgan, bu o'rgimchak oyog'larini eslatadi. Barmoq bilan bosilganda arteriola bo'shaydi, qaytib olganda, yana qon bilan ta'minlanadi.

«Jigar kaftlari» (kaft Eritemasi) va «malina» til shu mexanizm bilan bog'liq. Jigar parenximasining uzoq zararlanishi natijasida barmoqlarda «nogora tayokcha» simptomlari ham kuzatilishi mumkin.

Jigarning kattalashishi, zichlashishi kuzatilib, gepatomegaliya stepeni 2-3sm dan to 8-10sm gacha o'zgarib turadi. Og'ir hollarda jigar yuzasi notekis bo'ladi va 50% xollarda jigar bilan birgalikda talok ham kattalashadi.

Surunkali gepatitning og'ir fibroz va sirroz bosqichida teri qichishi, og'izdan «jigar» hidi kelishi, portal gipertenziya sindromi, entsefalopatiya, qizilo'ngach varikoz venalaridan qon ketish karakterlidir.

Portal gipertenziya sindromi 3 ta asosiy simptomlar bilan karakterlanadi:

- splenomegaliya darvoza venasida qon dimlanishi bilan bog'liq.

Gipersplenizm anemiya, leykopeniya, trombotsitopeniya bilan birga kechadi.

-astsit ya'ni, qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'plangan joy, perkussiyasida to'mtoqlik aniqlanadi. Astsitning kelib chiqishida quyidagi omillar rol o'ynaydi; portal sistemada bosimning oshishi, kasal jigar antidiuretik garmonni inaktivirlash qobilyatiga ega emas, albuminlar sintezining buzilishi, ikkilamchi giperaldosteronizm natijasida natriy va suvning organizmga saqlanishi va boshqalar.

-kollateral qon aylanishining paydo bo'lishi.

### **Shikoyati:**

- 1.umumiy holsizlik
- 2.charchash va lanjlik
- 3.qorning dam bo'lishi
- 4.to'yish hissi

- 5.ishtahasizlik
- 6.ko'ngil aynishi
- 7.o'ng qovurg'a ostida og'riq
- 8.teri qichishi
- 9.ta'sirchandiqlik

**Bemorni ko'zdan kechirganda teridagi o'zgarishlar.**

- 1.sariqlik
- 2.kaftdagi eritema
- 3.laklangan til
- 4.teleangioektaziya
- 5.laklangan lablar
- 6.oq tirnoqlar
- 7.terida tirnoq izlari
- 8.gemorragiyalar
- 9.xvosteka ko'rinishi
- 10.ksantoma va ksantalazma



Bola terisi sariq rangda



qo'llarda teleangioektaziyalar



qo'l venalarining bo'rtishi



## “Caput Meduza”

Yulduzsimon tomir

- Terini subikterikligi
- Palmar eritema
- Teleangioektaziya
- Jigarni kattalashishi va qattiqlashishi
- Taloqning kattalashishi

Klinik simptomlari 9 muhim klinik simptomlari

1. Jigar palpatsiyasi
2. Peshobni to'qlashishi
3. Axolik najas
4. qon ketish
5. Jigar hidi
6. moyaklarning atrofiyasi
7. taloq palpatsiyasidagi
8. Shishlar, astsit
9. "qo'lyozma" testi (shaxsiy imzo)

### Diagnostika

1. Anamnez ma'lumotlari.
2. obektiv va subektiv tekshirish natijalari
3. laborator tekshirish natijalari
4. instrumental tekshirish natijalari

### Etiologik diagnostikasi

Immunokimyoviy va molekulyar-biologik usullarni qo'llashga asoslangan diagnostika

Asosiy immo'nokimyoviy usul– IFA

Asosiy molekulyar-biologik usul - PZR

### CBG faolligi darajasini aniqlash

Jigar funktsional sinamalariga asoslanib

Gistologik tekshiruvlarga asoslanib

Jigar funktsional sinamalariga asoslangan holda

faollik darajasini aniqlash.(Uchaykin V.F.)

ALT va AST faolligi ortishi darajasi	Gepatit faolligi darajalari
1,5-2 marta	Minimal
2-5 marta	Past
5-10 marta	O'rta
10martadan ortishi	Yuqori

### Davolash

Surunkali hepatitlarning etiotrop davolash printsiplari

Surunkali virusli hepatit B, D va C davolashda rekombinant

interferon (Roferon, Pyogintron, Pyogasis va b.) bilan davolashda alternativa yo'q.

Rekombinantinterferonlar (Roferon, Pyogintron, Pyogasis va b.) shubhasiz HBV va HCV replikatsiyasi kamaytiradi, hamda jigardagi patologik jarayon faolligini pasaytiradi.

### **Standart virusga qarshi davo samaradorligi**

-Interferon bilan davolash virusli gepatit bilan kasallangan 40-60% bemorlarda samarali

-Tsiroz rivojlanganda – faqat 20% hollarda.

-GepatitC bilan kasallangan 50-60% bemorlarda interferon bilan standart davolash yoki natija bermaydi yoki (ayniqsa bolalarda) nojo'ya ta'sirlarning yuqori rivojlanish xavfi tufayli mumkin emas.

-GepatitBni davolashda interferon bilan davolashning ijobiy samarasi faqat 33% bemorlarda kuzatilgan, ularning 13%ida davolash tugagandan keyin virusning qayta reaktivatsiyasi kuzatilgan

### **Bazis, patogenetik, simptomatik terapiya**

- Dieta (Pevzner bo'yicha 5-stol)

- Spazmolitik dori vositalari (no-shpa, dyuspatalin va b.)

- Gepatoprotektorlar (ursodezoksixol kislota hosilalari – Ursosan, Ursofalk va b.)

- O't haydovchi dori vositalari.

- Og'ir holatlarda -gormonal terapiya (GKS), plazmotransfuzii, albumin, oqsil preparatlari, gemostatiklar va b.

### **Dieta:**

Mumkin emas:

Yog'li go'sht mahsulotlari, qaynatilgan go'shtli sho'rvalar.

Taqiqlanadi :

Yangi non, kremli tortlar, dudlangan mahsulotlar,dukkaklilar, shokolad, kofe, sho'r maxsulotlar

Bolalardagi SVG B da virusga qarshi davo preparatlari

1. Interferon preparatlari:

2. - Viferon

3. - Roferon-A

4. - Intron-A

5. - Realdiron

Viferon – 1 ta shamchadan rektal har 12 soatda (sutkada 2 marta) – birinchi 10 kunda. Keyin –1 ta shamchadan rektal har 12 soatda (sutkada 2 marta) kun ora

FOSFOGLIV –virusga qarshi faollikka ega yagona gepatoprotektor

Tarkibi:

-Fosfoditilxolin

-Glitsirrizin kislota

VIFERON + FOSFOGLIV (1-2 kapsuladan 3 marta per os).

Essentials forte N

Davolash davomiyligi:

SVGB va SVGC da 24 oy (HCV birinchi genotip emas),

48 oy – gepatita C virusi birinchi genotipida

### **Gepatomegaliya sindromi**

Gepatomegaliya sabablari:

-Gepatozlarda gepatotsitlar distrofiyasi

-O'tkir va surunkali gepatitlarda limfomakrofagal infiltratsiya

-sirrozda fibroz va regenerator tug'yo'nlar rivojlanishi

-Yurak yetishmovchiligi va konstruktiv perikarditda qon dimlanishi

-O't oqib ketishini buzilishiga olib keladigan kasalliklardan jigar ichi va jigardan tashqari xolestaz

### **Katta eshli bolalarda hepatomegaliya chakiruvchi kasalliklar**

1) O'tkir va surunkali gepatitlar, jigar sirrozi va o't yo'li yallig'lanish kasalliklari.

2) Gemolitik anemiyalar

3) Vena dimlanishlari (qon striktiv perikardit, qon tomir kasalliklari)

4) Zaxira va moda almashuvi kasalliklari.

- 5) O't yo'llari mexanik obstruktsiya
- 6) Birikturuvchi to'qima sistemali kasalliklari
- 7) Emon sifatli kasalliklar
- 8) Ovqatlanish buzilishlari
- 9) Va boshqalar ( sarkaidoz, jigar jaroxati, Rey sindromi va boshkalar)

### **Ikkilamchi SJK**

1. Portal gipertenziya
2. Almashuv jigar kasalliklar:
  - Vilson-Qonovaloa kasalligi
  - galaktozemiya, mukopolisa haridozo`
  - glikogenozlar 1-4 tiplari
  - steatorozlar
  - fruktozemiya va x.k.
3. Jigar dimlanish yurak kasalliklarida
4. Gepatomegaliya sindromi qon tomir kasalliklarida
5. Immo'nopatologik kasalliklarida

### **Bolalarda hepatomegaliya differentsial tashxisi**

<b>Tekshirish usullari</b>	<b>Tekshirish maqsadi</b>
Umumiy qon taxlili	Qon kasalliklari va sepsis tashxisi
Oftalmolog qon sultatsiyasi	Vilso-Qonovalovkasalligida Kayzer-Fleysher xalqalarini aniqlash
Qon bioximik tahlili	AlAT, AsAt, LDG va uning izofermentlarni aniqlash
Qon ,oqsillari elektroforezi, Cho'kmali sinamali, immo'nologik tekshiruvlar, spetsifik markerlarni aniqlash	Plazmada albuminlar, globulinlar va Sr, T va B –limfotsitlar, timol va sulema probalari, A,B,C gepatit virusi markerlari.
Nur usullari jigar rengenografiyasi	Jigar o'lchami, kista va abstsiesni aniqlash
Jigar angiografiyasi	Portal gipertenziyani aniqlash va operativ davo qilish, splenoportal uzan xolatini aniqlash
Peroal va vena ichi xoletsistografiya, retrograd xolangiografiya	Jigardan tashqari o't yo'llari holatini va ularning o'tkazuvchanligini aniqlash
Kompyuter tomografiya	O'choqli jigarining zararlanishlari tashhisi
Jigar exografiyasi	Jigarning o'lchamlari, zichligi va strukturasi ni aniqlash, o'choqli xosilalarni aniqlash
Reogepatografiya	Jigar ichi qon aylanishi holatini baholash
Laparoskopiya va jigar biopsiyasi	Jigar xolatini ( o'lchami, rangi, yuzasi, qirrasi, konsistentsiyasi) vizual baholash. Tashhisni morfologik verifikatsiya.

## Amaliy mashg'ulot № 10

### Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

<b>Mavzu</b>	<i>Bolalarda surunkali gepatit. Etiologiya va patogenezini, tasnifi. Turli shakllarining kechish xususiyatlari. Laborator – instrumental tashhisi. bosqichli davolash va oldini olish tadbirlari.</i>
--------------	---

#### 10.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustahkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	1. Bolalarda surunkali gepatit kasalligi to'g'risida tushuncha 2. Surunkali gepatit kasalligining kechishivaklinikasi. 3. Surunkali gepatit kasalligining etiologiya va patogenezini. 4. Surunkali gepatit kasalligining klinik –laborator – instrumental tekshiruv usullari. 5. Surunkali gepatit kasalligining bosqichli davolash va oldini olish.
<b>O'quv mashg'ulotining maqsadi :</b> Talabalarga bolalarda surunkali gepatit kasalligi to'g'risida tushuncha berish. Surunkali gepatit kasalligining etiologiyasi, patogenezini, klinik kechishi va tashxisot usullari bilan tanishtirish. Kasallikning davolash va oldini olish tadbirlarini o'rgatish.	
<b>Pedagogik vazifalar</b>	<b>O'quv faoliyati natijalari</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Talabalarga bolalarda surunkali gepatit kasalligi to'g'risida tushuncha berish.</li> <li>- Bolalarda surunkali gepatit kasalligining etiologiya va patogenezini o'rgatish.</li> <li>- Bolalarda surunkali gepatit kasalligini kechishi va klinikasi haqida tushuncha berish.</li> <li>- Surunkali gepatit kasalligining klinik –laborator – instrumental tekshiruv usullarini baholay olishni o'rgatish.</li> <li>- Bolalarda surunkali gepatit kasalligining bosqichli davolash va oldini olish tadbirlarini o'rgatish.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Talabalar bolalarda surunkali gepatit kasalligi to'g'risida to'liq ma'lumotga ega bo'lishi kerak.</li> <li>- Bolalarda surunkali gepatit kasalligining etiologiya va patogenezini haqida chuqur bilimga ega bo'lishi kerak.</li> <li>- Bolalarda surunkali gepatit kasalligining kechishi va klinikasini to'liq o'zlashtirgan bo'lishi kerak.</li> <li>- Surunkali gepatit kasalligining klinik –laborator – instrumental tekshiruv usullarini baholay olishi kerak.</li> <li>- Bolalarda surunkali gepatit kasalligining bosqichli davolash va oldini olish tadbirlari haqida chuqur bilimga ega bo'lishi kerak.</li> </ul>
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasionxonajixozlari» vah.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zakinazorat: savol – javob, mustaqiliish, ma'ruza, amaliymashg'ulotdaftari

#### 10.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi</li> <li>2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi</li> <li>3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</li> <li>4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</li> <li>5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi.</li> <li>6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi</li> </ol>	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</li> <li>2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</li> <li>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</li> </ol>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izohlab beradi.</li> <li>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruhga bo'ladi va guruhlarda hamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir guruh mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</li> <li>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varaqalarni tarqatadi.</li> <li>4. Guruhlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantiqan to'liq yoritilishini kuzatadi.</li> <li>5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruhlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , guruh sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muhokamasini jamoaga havola etadi.</li> <li>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va hulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.</li> <li>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</li> <li>8. Bemor kuratsiyasini tahlil qiladi.</li> <li>9. Kasallik tarixini tekshiradi</li> </ol>	<p>Tinglaydilar, asosiy jihatlarini yozib oladilar Kichik guruhlarga bo'linadilar.</p> <p>Topshiriqlar bo'yicha ishlaydilar Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruhdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida hamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini tahlil qilishda ishtirok etadilar</p>
3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</li> <li>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</li> <li>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini tahlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish; o'zlashtirish ishi « Surunkali gepatitlar » – 2 s</li> </ol>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

## **SURUNKALI JIGAR KASALLIKLARI**

Ohirgi 10 yilda jigar gepotologiyasida ko'plab yangiliklar qilindi. Surunkali jigar kasalliklaridan ayniqsa eng ko'p uchraydigani surunkali gepatit.

Surunkali gepatit moxiyatini ochib beruchi yangi kontseptsiyalarni yaratishda ahamiyatli bo'lgan yangi faktlar tasavvur va tushunchalar paydo bo'ldi. Hozirgi kunda surunkali gepatitga alohida kasallik deb emas, balki turli sabablar bilan chaqiriluvchi gepatotsellyumer nekroz va yallig'lanish bilan harakterlanuvchi klinik-morfologik sindrom sifatida qaralmoqda. Nekroz va yallig'lanish jarayonlari parenximada o'choqli zonalar, bo'lakchalarning qo'shilib ketadigan nekrozi bilan birvaqtda ko'priksimon nekrozning bor yoki yo'q ligi, hamda periportal yoki periseptal nekrozlarining rivojlanishi bilan harakterlanadi. Yallig'lanish hujayralari asosan limfotsitlardan tashkil topgan.

Surunkali gepatit bo'lganda yarim yil va undan ortiq davrda jigarning yallig'lanishi bilan kechuvchi sirrozga olib keluvchi jigar kasalliklari tushuniladi.

### **Etiologiya va patogenez**

Bolalarda surunkali gepotit rivojlanishining asosiy sababi o'tkir virusli gepatitdir. Hozirgi kunda turli strukturaga, biologik va epidimiologik harakteristikaga ega bo'lgan 9 xil (A, B, C, D, E, F, G, TTV, SEN-V) o'tkir gepotitni ko'g'atuvchi viruslar aniqlangan. O'z navbatida S virusi har biri bir nechta kichik guruhlariga ega bo'lgan 6 ta genotipga; G virusi A, B, C variantlarga SEN-V virusi esa SENV-D va SENV-H variantlariga ega. Yuqoridagi 9 virusdan 6 tasida organizmda persistentsiyalanish xususiyati borligi tufayli surunkali gepatitni rivojlantiradi (B, C, D, G TTV SEN-V). Shulardan ham eng ko'proq kuzgatadigani B, C. va D hisoblanadi. A va E gepatit viruslari oral-fekal yo'l bilan yuqadi, organizmda persistlanmaydi va amalda surunkali gepatitga o'tmaydi.

Kasallikning surunkaliligiga o'tishi virusning gepototsitlarga sekin kirishi virusni eliminatsiya qilish xususiyatiga ega bo'lgan limfotsit va makrofaglarni kam xolatlarda sensibilizatsiya va mobilizatsiyaga uchratishi tufayli bo'ladi. Buning natijasida u organizmda uzoq vaqt persistlanadi, oqibatda jigar xujayralarining antigen xususiyatlari o'zgarishga uchraydi. Gepototsitlar oraliq antigenlarga ega bo'ladi. Komplement ishtirokida jigarni jarohatlovchi selimo'n komplekslar hosil bo'ladi. Autoimmun buzilishlari patogenezida asosiy rol ni bemorda B-limfoid sistema ustidan T-sistemaning nazorat qilish funksiyasining tug'ma yetishmovchiligi o'ynaydi. Buning natijasida organizmda noadekvat immun javob hosil bo'ladi.

Keyingi etiologik omillariga dori-darmonlar, toksinlar gepototoksik harakterga ega bo'lgan kiradi. har qanday dori preparatining uzoq vaqt qo'llanilishi jigarga nojuya ta'sir etishi mumkin.

Ayniqsa bu tubazir, paratsetomol, sulfanilanidlar, metatreksat, atsetilsatsinil kislotasi, floro-ton, tetratsiklinga tegishli chunki bular surunkali aktiv gepatitni davomli qo'llaganda esa, jigar sirrozini keltirib chiqaradi.

Surunkali gepatit jigarning quyidagi moddalar bilan toksik jarohatlanishi natijasida ham kelib chiqadi:

Xlorli uglevodorod (metil xlorid), xloroform, dixloretan), xlorli naftalin va difenil, benzol va uning hosillari (nitrobenzol, anilin), metallar (simob, marganets, fosfor). Boshqa etilogik omillar kam o'rganilgan. Bemorlarning katta guruhida kasallik sababini aniqlab bo'lmaydi.

**Klassifikatsiya:**

Surunkali gepotitlar zamonaviy tasnifi klinik, gistologik, serologik mezonlar asosida tuzilgan.

Kuyida Los-Anjelosda (1994) jaxon gastroenterologlari taklif etganklassifikatsiya keltirilgan:

Surunkali gepatitning 1994 yil qabul qilingan klassifikatsiyasi

-autoimmun gepatit.

-surunkali virusli gepatit (B,C,D)

-doridan kelib chiquvchi gepatit.

-alkogolli gepatit. (pediatriyada uchramaydi)

-kriptogen gepatit.

**Faollik darajasiga qarab;**

-minimal

-past

- o'рта (sezilarli)

- yuqori (og'ir)

**Bosqichiga qarab**

**(fibrozlanish darajasiga va sirrozning o'sishiga asoslanib)**

0-fibroz yo'q .

1-kam rivojlangan fibroz (sust namoyon bo'lgan fibroz).

11- o'рта fibroz (sezilarli fibroz).

111- yuqori darajada rivojlangan fibroz (og'ir fibroz).

1V-sirroz.

**Virus o'sishining fazasiga qarab;**

-replikatsiya

- integratsiya

Surunkali virusli gepatit kechishi xususiyatlari

1. Klinik belgilsiz uzoq vaqt davomida kechishi

2. Ohirgi bosqichlarda kasallik manifestatsiyasi, asoratlari bilan.

3. har xil jigardan tashqari o'zgarishlar rivojlanishi holatlari, jumladan o't yo'llari va oshqozon osti bezi, ichak disbiozlari

**Autoimmun gepatit**

Odatda, giper albinemiya va to'qima autoantitelalar bilan harakterlanuvchi immuno depressantterapiyaga beriluvchan periportal gepatitdir. Autoimmun jarayonni chaqiruvchi omillar to'liq aniqlanmagan. Kasallik asosan ayollarda uchraydi. Gipergammaglubuminamiya zardob antitelalari (SLA, LP, LM, SVA) bo'lishi va boshqa autoimmun sindromlari (tirsoidit,yarali kolit) bilan birga kelishi kasallikka hosdir.

Autoimmun gepatitda gepatitning serologik markerlari V,C,D,G,NNV,SEN-V) aniqlanmaydi. A-gepatit diagnostikasining asosiy mezoni kortikosteroidlarga va immunosupresant terapiyasiga ijobiy reaksiya hisoblanadi.

**Surunkali gepatit B**

B- virusi tomonidan chaqiriladigan jigarning yallig'lanishidir. Uning asosida 6 oydan uzoq davom etuvchi genetik DNK yotadi. Gepatit B virusining rivojlanish fazalari yaxshi o'rganilgan. Infektsiyaning erta fazalarida qonga tushgan Deyn qismlari gepatotsit membranasi orqali kiradi, HBV ning DNK si gepatotsit yadrosiga ko'chadi, bu yerda virusning DNK-polimerazasi ishtirokida HBV ning DNK si ishlab chiqariladi, hamda virus supkomponentlari (HBcAg, HbeAg, HbsAg) sintezlanadi.

**Surunkali gepatit**

C virusi tomonidan chaqiriladigan jigarning yallig'lanishidir.Uning asosida 6 oydan uzoq davom etuvchi genetik RNK yotadi va jigar sirroziga olib keladi. Infektsiyalanish qon va uning mahsulotlari qo'yilganda yuqadi. Keyingi o'rinlarda jinsiy aloka, maishiy va kasbiy alokalar orqali yuqishi turadi. Er yuzi aholisining 500 mln, ya'ni, 10% i gepatit C virusi bilan zararlangan. Taxmin kilinishicha kelajakda gepatit C bilan infektsiyalanganlar soni 10 barobarga oshadi.

Erishilgan yutuqlarga qaramasdan HCVsirlil y'a'ni, jumboqli virusligicha qolmoqda, shuning uchun buni, bu "laskovo`y ubiytsa" deb ataladi. Gepatit C ni o'rganishnig qiyinchiligi uning

haddan tashqari geterogenligidadir.

Gepatit C diagnostikasida immo'noferment analiz yordamida qonda HCVga qarshi antitelolar yoki jigar to'qimasida HBcAg topilishi ahamiyatga ega. O'tkir hepatit S bilan kasallangan bemorlarning 75% i surunkali shakliga o'tib ketadi.

Keyingi 10 yillarda shularning deyarli 50% ida jigar sirrozi rivojlanadi.

#### **Surunkali hepatit D**

(delta hepatit) jigarning ikki hepatogen viruslar-HBV va HDV tomonidan infeksiyalanishidan kelib chiqadi. HDV replikasiyasi va patogenligini namoyon qilishi uchun HBsAg bo'lishi kerak, ya'ni hepatit B HDV uchun helperlik vazifasini bajaradi. Kasallanish yo'li qon orqali.

Delta infeksiya rivojlanishi asosan HBsAg tashuvchilarida kuzatiladi. Infeksiya jinsiy aloqa va vertikal-onadan bolaga ham yuqadi. Bir vaqtda B va D viruslarning yuqishida koinfeksiya rivojlanadi, o'tkir va surunkali hepatitning turli bosqichida D virusining yuqishi-superinfeksiya.

Tashhisning qon zardobida HDV-antigeni va HDV ga qarshi antitelolar (anti HDV, IgM, IgG) ning HBsAg bilan birga topilishi. Bundan tashqari immo'noflyuorestsentsiya usulida jigar bioptatida HDV-antigen topiladi. Kasallik odatda og'ir kechadi va jigar sirroziga o'tadi.

#### **Surunkali hepatit G**

Kuzgatuvchisi GB- gurux viruslari.

Bu hepatit turi hozirgi kunda sirli bo'lib qolmoqda. harakteristikasiga ko'ra HCV virusi.

GDV-C virusi bilan mutanosib keladi. Infeksiyaning yuqishi gemotransfuziyada, organlar ko'chirib o'tkazilganda, gemodializ bo'limlarida kuzatiladi. Narkotik moddalarni tomir ichiga yuborilganda shprints orqali yuqishi muxim ahamiyatga ega.

Klinik belgilariga ko'ra hepatit C ga yaqindir.

Surunkali hepatit F yetarlicha urganilmagan. Bu hepatitga nafakat enteral, balki parenteral yul bilan ham yuqadigan kasallik deb hisoblanmoqda.

Surunkali virusli hepatit noaniq yoki identifikatsiyalanmaydigan virus tomonidan chaqiriladigan, yarim yil davom etadigan jigarning yallig'lanishi bilan harakterlanuvchi kasallikdir.

Virusli hepatit sifatida klassifikatsiyalanmaydigan yoki autoimmun hepatit- yarim yildan uzoq davom etuvchi jigarning yallig'lanishi bilan kechuvchi, virusli yoki autoimmun hepatit belgilarini mujassamlashtiruvchi hepatit turi (kriptogen hepatit)

Surunkali doridan kelib chiquvchi hepatit - 6 oydan uzoq davom etuvchi, dori preparatlarining nojo'ya ta'sirlaridan kelib chiquvchi kasallikdir. Uning asosida preparat yoki uning metabolitlarining bevosita toksik ta'siri, preparatlarga nisbatan idiosinkraziya reaksiyasining kelib chiqish i yotadi. Idiosinkraziya reaksiyasi metabolik buzilishlar yoki immo'noallergik javob sifatida namoyon bo'ladi .

Surunkali hepatit va jigar sirrozi turli hil kasalliklar hisoblanmaydi, balki bitta jarayonning bosqichlari sifatida namoyon bo'ladi , lekin klinik belgilari va morfologik o'zgarishlari bilan farqlanadi.

Shunday qilib surunkali hepatit sindromining asosiy etiologik omillari hepatit V, S, D viruslari, autoimmun reaksiyalar hamda dori moddalari va ularning toksinlari hisoblanadi. Surunkali hepatitning etiologik tashhisida zardobdagi testlar (HBsAg, HBeAg) da HBV, HCV, HDV viruslarning topilishi ahamiyatga ega.

Virusli, autoimmun yoki toksik genezli hepatitlarda jigar to'qima sida yallig'lanish infiltratsiyasi, hepatotsellyulyar degeneratsiya va nekrozning turli formalari rivojlanadi, xujayralarda turli o'zgarishlar kuzatiladi, sitoplazmatik burma xosil bo'ladi, organellalar shishadi, xromatin piknozlashadi, xujayra organellalari yadro atrofiga markazlashadi, sitoplazmatik qobik lizasga uchraydi, hujayra organellalari (mitoxondriya, lizasoma) halok bo'ladi . Halok bo'lgan hujayralar atrofida yallig'lanish yuzaga keladi, bu yallig'lanish o'choqlari keyinchalik fibroz o'zgarishlar bilan almashinadi.

Gepatotsellyulyar nekroz fokal (ayrim hujayralar yoki hujayralar guruhini o'z ichiga oluvchi) yoki tarqoq (ko'p miqdorli hepatotsitlarning halok bo'lishiga olib keluvchi) bo'lishi mumkin. Tarkok nekrozga tomir strukturalarining tushishi natijasida ko'priksimon nekroz yuzaga keladi.

hujayralarning apoptik ("apoptoz"-uz-uzini boshqaradigan hujayraviy o'lim) halok bo'lish jarayoni limfokinlar tomonidan boshqariladi. Limfokinlar ta'siri ostida xromatik yadro atrofiga joylashadi.

Yadro fragmentlarga bo'linadi, organellalar sitoplazmatik membrana burmalariga joylashadi. Keyinchalik hujayralar apoptik tanachalar hosil bo'lishi bilan fragmentlashadi va ular uzoq muddat xayotiylik xususiyatini saqlab qoladi. Odatda bunday fragmentlashgan hujayra qismlari atrofiga yallig'lanish jarayonlari kuzatilmaydi.

Pediatriya amaliyotida surunkali hepatitning alkogolli etiologiyasi uchramaydi, shu sababli pediatriya klassifikatsiyasidan bu formasi chiqarilgan

#### **Misol uchun tashhis;**

Surunkali virusli hepatit V, sezilarli aktivligi, virusning replikasiya fazasi Surunkali virusli hepatitda viruslarning rivojlanish fazalarini aniqlash muhim ahamiyatga ega.

Replikativ faollikning mavjudligi og'ir jarayonning tez rivojlanayotganini va kasallikning og'ir pragnozini, hamda virusga qarshi terapiyaga ko'rsatma borligini bildiradi.

Hozirgi kunda hepatit V virusining rivojlanish fazalari yaxshi o'rganilgan. Infeksiyaning erta fazalarida qonga tushgan Deyn qismlari hepatotsit membranasi orqali kiradi, HBV ning DNK si hepatotsit yadrosiga ko'chadi, bu yerda virusning DNK-polimerazasi ishtirokida HBV ning DNK si ishlab chiqariladi, hamda virus supkomponentlari (HBcAg, HbeAg, HbsAg) sintezlanadi.

Qon zardobida replikativ fazada HBsAg, HBcAg, HBcAv, IgM, DNK HBV-polimerazalar (HBV replikasiyasining tan olingan zardob markerlari), sirkulyatsiyalanadi. Jigar to'qimasida HBV DNK si va HBVcAg aniqlanadi. Bu fazada HBV eliminatsiyasi kuzatiladi (spontan va ximioterapevtik virusga qarshi vositalar hamda interferon ta'sirida kelib chiquvchi).

Replikativ fazaning intyogrativ fazaga o'tishi haqida HbeAg ning HBeAv ga seroqon versiyasi, qon zardobida HBV DNK ning yo'q olishi jigar to'qimasida DNK-polimeraza va NvsAg ning topilmasligiga dalolat beradi.

HBV genomining hepatotsit genomiga intyokrasiyasi klinik va gistologik remissiya (xatto simtomlarsiz tashuvchilikka) bilan birga kechadi. Lekin, virus DNK si nafakat jigar to'qima siga, balki, me'da osti bezi, sulak bezlari, teri va buyraklarga ham intratsiyalanishi mumkin. Bunday bemorlarda HBsAg tashuvchiligini yo'qatib bo'lmaydi.

Surunkali hepatit bosqichlari uning rivojlanish dinamikasini belgilaydi (bu davolash taktikasini va kasallik oqibatini oldindan bilishda muhim ahamiyatga ega.)

Jigar sirrozi hepatitning orqaga qaytmas bosqichidir. U fibroz to'siqlar bilan chegaralangan parenximatuz tugunchalar bo'lishi bilan har akterlanadi. Bu jarayon jigar arxitektonikasining buzilishi va portal bosimning oshishi qon aylanishining buzilishiga olib keladi.

Hozirgi kunda jigar sirrozining yangi tasnifi taklif etilgan, bu tasnif yuqorida aytib o'tilgan.

#### **Klinika**

Surunkali hepatitning klinik kechishi har xil bo'ladi - to'liq simptomlarsiz to yaqqol jigar kasalligiga ta'luqli bo'lmagan belgilargacha. Ko'p bemor bolalarda klinik belgilar noaniq, latent kechadi, shu sababli tashhis qo'yish qiyin kechadi, asosan boshlang'ich etaplarda.

Surunkali hepatit klinikasining kechishi harxil bo'lishiga qaramasdan, surunkali hepatit klinikasida 3 ta asosiy sindromlarni kuzatish mumkin;

- o'g'riq
- dispeptik

-asteno-vegetativ

Eng ko'p uchraydigani asteno-vegetativ sindrom bo'lib, bu umumiy holsizlik, tez charchash, emotsional labillik, apatiya, bosh og'rig'i, bosh aylanishi bilan harakterlanadi.

### **Og'riqlar**

O'ng qovurg'a ostida intensiv bo'lmagan, to'mtoq doimiy kuzatiladi. Bu o'ngriq dagal ovqat iste'molidan va jismoniy zo'riqishdan keyin kuchayadi. Ba'zan bolalar o'ng qovurg'a ostida og'irlik, diskomfort his etadi (nimadir bosib turishi, halaqit berishi).

Dispeptik Sindrom og'izda achchiq ta'm, qusish, ishtaha pasayishi bilan harakterlanadi.

Ko'zdan kechirganda surunkali gepatit bilan kasallangan bemor bolalarda ozg'inlik, og'ir hollarda jismoniy va jinsiy rivojlanishidan orqaga qolish kuzatiladi.

Bu bemorlarda asosan teri qoplamlari va shilliq qavatlarida ham asosiy e'tiborni qaratish kerak. Bo'nda jigarning parenximatoz jaroxatlanishi natijasida, teri qoplami va shilliq qavatlarida o't pigmentlari to'planishidan kelib chiqadigan, sariqlik namoyon bo'ladi. Kunduzgi yorug'lik natijasida ko'z sklerasida va yumshoq tanglayda seziladigan sezilarsiz sariqlik diagnostikada katta yordam beradi. Teri qoplamida sariqlik sabzi va apelsin sharbatini ko'p miqdorda iste'mol qilganda ham namoyon bo'lishi mumkin-bu soxta sariqlik.

Surunkali gepatitda kuzatiladigan teri qoplamidagi sariqlik bilan soxta sariqlikni farqlash mumkin. Soxta sariqlikda ko'z sklerasida sariqlik kuzatilmaydi va qonda bilirubin oshmaydi.

Surunkali gepatitda teri qoplamining ba'zi soxalarida giperpigmentatsiya yoki depigmentatsiya, tinalgan izlar va har xil gemorragik ko'rinishlar kuzatiladi. Og'iz burchagida yoriqlar («angulit», «angulyarno'y stomatit») namoyon bo'ladi. Bo'yin, yuz, ensa, elka, ko'krak, orqa soxasi terisida «tomiryulduzchalari»-teleangiektaziya yoki Epiger yulduzchalari paydo bo'ladi.

Bu yulduzchalar kapilyarlarning o'rgimchaksimon kengayishi bo'lib, esterogen garmonlarining modda almashinuvi buzilishi bilan bog'liq.

«Yulduzcha» o'rtasida qizil arteriola bo'lib, undan har tomonga ingichka kapilyarlar tarqalgan, bu o'rgimchak oyog'larini eslatadi. Barmoq bilan bosilganda arteriola bo'shaydi, qaytib olganda, yana qon bilan ta'minlanadi.

«Jigar kaftlari» (kaft Eritemasi) va «malina» til shu mexanizm bilan bog'liq. Jigar parenximasining uzoq zararlanishi natijasida barmoqlarda «nogora tayokcha» simptomlari ham kuzatilishi mumkin.

Jigarning kattalashishi, zichlashishi kuzatilib, gepatomegaliya stepeni 2-3sm dan to 8-10sm gacha o'zgarib turadi. Og'ir hollarda jigar yuzasi notekis bo'ladi va 50% xollarda jigar bilan birgalikda talok ham kattalashadi.

Surunkali gepatitning og'ir fibroz va sirroz bosqichida teri qichishi, og'izdan «jigar» hidi kelishi, portal gipertenziya sindromi, entsefalopatiya, qizilo'ngach varikoz venalaridan qon ketish harakterlidir.

Portal gipertenziya sindromi 3 ta asosiy simptomlar bilan harakterlanadi:

- splenomegaliya darvoza venasida qon dimlanishi bilan bog'lik.

Gipersplenizm anemiya, leykopeniya, trombositopeniya bilan birga kechadi.

-astsit ya'ni, qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'plangan joy, perkussiyasida to'mtoqlik aniqlanadi. Astsitning kelib chiqishida quyidagi omillar rol o'ynaydi; portal sistemada bosimning oshishi, kasal jigar antidiuretik garmonni inaktivirlash qobilyatiga ega emas, albuminlar sintezining buzilishi, ikkilamchi giperaldosteronizm natijasida natriy va suvning organizmga saqlanishi va boshqalar.

-kollateral qon aylanishining paydo bo'lishi.

### **Shikoyati:**

1.umumiy holsizlik

- 2.charchash va lanjlik
- 3.qornining dam bo'lishi
- 4.to'yish hissi
- 5.ishtahasizlik
- 6.ko'ngil aynishi
- 7.o'ng qovurg'a ostida og'riq
- 8.teri qichishi
- 9.ta'sirchandiqlik

**Bemorni ko'zdan kechirganda teridagi o'zgarishlar.**

- 1.sariqlik
- 2.kaftdagi eritema
- 3.laklangan til
- 4.teleangioektaziya
- 5.laklangan lablar
- 6.oq tirnoqlar
- 7.terida tirnoq izlari
- 8.gemorragiyalar
- 9.xvosteka ko'rinishi
- 10.ksantoma va ksantalazma



Bola terisi sariq rangda



qo'llarda teleangioektaziyalar



qo'l venalarining bo'rtishi



## “Caput Meduza”

Yulduzsimon tomir

- Terini subikterikligi
- Palmar eritema
- Teleangioektaziya
- Jigarni kattalashishi va qattiqlashishi
- Taloqning kattalashishi

Klinik simptomlari 9 muhim klinik simptomlari

1. Jigar palpatsiyasi
2. Peshobni to'qlashishi
3. Axolik najas
4. qon ketish
5. Jigar hidi
6. moyaklarning atrofiyasi
7. taloq palpatsiyasidagi
8. Shishlar, astsit
9. "qo'lyozma" testi (shaxsiy imzo)

### Diagnostika

1. Anamnez ma'lumotlari.
2. obektiv va subektiv tekshirish natijalari
3. laborator tekshirish natijalari
4. instrumental tekshirish natijalari

### Etiologik diagnostikasi

Immunokimyoviy va molekulyar-biologik usullarni qo'llashga asoslangan diagnostika

Asosiy immo'nokimyoviy usul– IFA

Asosiy molekulyar-biologik usul - PZR

### CBG faolligi darajasini aniqlash

Jigar funktsional sinamalariga asoslanib

Gistologik tekshiruvlarga asoslanib

Jigar funktsional sinamalariga asoslangan holda

faollik darajasini aniqlash.(Uchaykin V.F.)

ALT va AST faolligi ortishi darajasi	Gepatit faolligi darajalari
1,5-2 marta	Minimal
2-5 marta	Past
5-10 marta	O'rta
10martadan ortishi	Yuqori

### Davolash

Surunkali hepatitlarning etiotrop davolash printsiplari

Surunkali virusli hepatit B, D va C davolashda rekombinant

interferon (Roferon, Pyogintron, Pyogasis va b.) bilan davolashda alternativa yo'q.

Rekombinantinterferonlar (Roferon, Pyogintron, Pyogasis va b.) shubhasiz HBV va HCV replikasiyasi kamaytiradi, hamda jigardagi patologik jarayon faolligini pasaytiradi.

### **Standart virusga qarshi davo samaradorligi**

- Interferon bilan davolash virusli gepatit bilan kasallangan 40-60% bemorlarda samarali
- Tsiroz rivojlanganda – faqat 20% hollarda.
- GepatitC bilan kasallangan 50-60% bemorlarda interferon bilan standart davolash yoki natija bermaydi yoki (ayniqsa bolalarda) nojo'ya ta'sirlarning yuqori rivojlanish xavfi tufayli mumkin emas.
- GepatitBni davolashda interferon bilan davolashning ijobiy samarasi faqat 33% bemorlarda kuzatilgan, ularning 13%ida davolash tugagandan keyin virusning qayta reaktivatsiyasi kuzatilgan

### **Bazis, patogenetik, simptomatik terapiya**

- Dieta (Pevzner bo'yicha 5-stol)
- Spazmolitik dori vositalari (no-shpa, dyuspatalin va b.)
- Gepatoprotektorlar (ursodezoksixol kislota hosilalari – Ursosan, Ursofalk va b.)
- O't haydovchi dori vositalari.
- Og'ir holatlarda -gormonal terapiya (GKS), plazmotransfuzii, albumin, oqsil preparatlari, gemostatiklar va b.

### **Dieta:**

Mumkin emas:

Yog'li go'sht mahsulotlari, qaynatilgan go'shtli sho'rvalar.

Taqiqlanadi :

Yangi non, kremli tortlar, dudlangan mahsulotlar, dukkaklilar, shokolad, kofe, sho'r mahsulotlar

Bolalardagi SVG B da virusga qarshi davo preparatlari

6. Interferon preparatlari:
7. - Viferon
8. - Roferon-A
9. - Intron-A
10. - Realdiron

Viferon – 1 ta shamchadan rektal har 12 soatda (sutkada 2 marta) – birinchi 10 kunda. Keyin –1 ta shamchadan rektal har 12 soatda (sutkada 2 marta) kun ora

FOSFOGLIV –virusga qarshi faollikka ega yagona gepatoprotektor

Tarkibi:

-Fosfoditilxolin

-Glitsirizin kislota

VIFERON + FOSFOGLIV (1-2 kapsuladan 3 marta per os).

Essentials forte N

Davolash davomiyligi:

SVGB va SVGC da 24 oy (HCV birinchi genotip emas),

48 oy – gepatita C virusi birinchi genotipida

### **Gepatomegaliya sindromi**

Gepatomegaliya sabablari:

-Gepatozlarda gepatotsitlar distrofiyasi

-O'tkir va surunkali gepatitlarda limfomakrofagal infiltratsiya

-sirrozda fibroz va regenerator tug'yo'nlar rivojlanishi

-Yurak yetishmovchiligi va konstruktiv perikarditda qon dimlanishi

-O't oqib ketishini buzilishiga olib keladigan kasalliklardan jigar ichi va jigardan tashqari xolestaz

### **Katta eshli bolalarda hepatomegaliya chakiruvchi kasalliklar**

- 1) O'tkir va surunkali gepatitlar, jigar sirrozi va o't yo'li yallig'lanish kasalliklari.
- 2) Gemolitik anemiyalar

- 3) Vena dimlanishlari (qon striktiv perikardit, qon tomir kasalliklari)
- 4) Zaxira va moda almashinuvi kasalliklari.
- 5) O't yo'llari mexanik obstruktsiya
- 6) Birikturuvchi to'qima sistemali kasalliklari
- 7) Emon sifatli kasalliklar
- 8) Ovqatlanish buzilishlari
- 9) Va boshqalar ( sarkaidoz, jigar jaroxati, Rey sindromi va boshkalar)

#### **Ikkilamchi SJK**

1. Portal gipertenziya
2. Almashuv jigar kasalliklar:
  - Vilson-Qonvaloa kasalligi
  - galaktozemiya, mukopolisa haridozo`
  - glikogenozlar 1-4 tiplari
  - steatorozlar
  - fruktozemiya va x.k.
3. Jigar dimlanish yurak kasalliklarida
4. Gepatomegaliya sindromi qon tomir kasalliklarida
5. Immo'nopatologik kasalliklarida

#### **Bolalarda hepatomegaliya differentsial tashxisi**

<b>Tekshirish usullari</b>	<b>Tekshirish maqsadi</b>
Umumiy qon taxlili	Qon kasalliklari va sepsis tashxisi
Oftalmolog qon sultatsiyasi	Vilso-Qonvalovkasalligida Kayzer-Fleysher xalqalarini aniqlash
Qon bioximik tahlili	AlAT, AsAt, LDG va uning izofermentlarni aniqlash
Qon oqsillari elektroforezi, Cho'kmali sinamali, immo'nologik tekshiruvlar, spetsifik markerlarni aniqlash	Plazmada albuminlar, globulinlar va Sr, T va B –limfotsitlar, timol va sulema probalari, A,B,C gepatit virusi markerlari.
Nur usullari jigar rengenografiyasi	Jigar o'lchami, kista va abstsiesni aniqlash
Jigar angiografiyasi	Portal gipertenziyani aniqlash va operativ davo qilish, splenoportal uzan xolatini aniqlash
Peroal va vena ichi xoletsistografiya, retrograd xolangiografiya	Jigardan tashqari o't yo'llari holatini va ularning o'tkazuvchanligini aniqlash
Kompyuter tomografiya	O'choqli jigarining zararlanishlari tashhisi
Jigar exografiyasi	Jigarning o'lchamlari, zichligi va strukturasi ni aniqlash, o'choqlixosilalarni aniqlash
Reogepatografiya	Jigar ichi qon aylanishi holatini baholash
Laparoskopiya va jigar biopsiyasi	Jigar xolatini ( o'lchami, rangi, yuzasi, qirrasi, konsistentsiyasi) vizual baholash. Tashhisni morfologik verifikatsiya.

## Amaliy mashg'ulot № 11.

### Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

<b>Mavzu</b>	<b><i>Bolalarda jigar sirrozi. Etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.</i></b>
--------------	--

#### 11.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustahkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bolalarda jigar sirrozi kasalligi to'g'risida tushuncha</li> <li>2. Bolalarda jigar sirrozi kasalligining etiologiya va patogenezini</li> <li>3. Bolalarda jigar sirrozi kasalligini kechishi va klinikasi.</li> <li>4. Bolalarda jigar sirrozi kasalligi klinik –laborator – instrumental tekshiruv usullari.</li> <li>5. Bolalarda jigar sirrozi kasalligining bosqichli davolash va oldini olish tadbirlari..</li> </ol>
<b>Uquv mashg'ulotining maqsadi:</b> Talabalarga Bolalarda jigar sirrozi kasalligi to'g'risida tushuncha berish. Etiologiya va patogenezini, klinik kechishi va tashhisot usullari bilan tanishtirish. Davolash va oldini olish tadbirlarini o'rgatish.	
<b>Pedagogik vazifalar</b>	<b>Uquv faoliyati natijalari</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Talabalarga bolalarda jigar sirrozi kasalligi to'g'risida tushuncha berish.</li> <li>- Bolalarda jigar sirrozi kasalligining etiologiya va patogenezini o'rgatish.</li> <li>- Bolalarda jigar sirrozi kasalligini kechishi va klinikasi haqida tushuncha berish.</li> <li>- Jigar sirrozi kasalligining klinik –laborator – instrumental tekshiruv usullarini baholay olishni o'rgatish.</li> <li>- Bolalarda jigar sirrozi kasalligining bosqichli davolash va oldini olish tadbirlarini o'rgatish.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Talabalar bolalarda jigar sirrozi kasalligi to'g'risida to'liq ma'lumotga ega bo'lishi kerak.</li> <li>- Bolalarda jigar sirrozi kasalligining etiologiya va patogenezini haqida chuqur bilimga ega bo'lishi kerak.</li> <li>- Bolalarda jigar sirrozi kasalligining kechishi va klinikasini to'liq o'zlashtirgan bo'lishi kerak.</li> <li>- Jigar sirrozi kasalligining klinik –laborator – instrumental tekshiruv usullarini baholay olishi kerak.</li> <li>- Bolalarda jigar sirrozi kasalligining bosqichli davolash va oldini olish tadbirlari haqida chuqur bilimga ega bo'lishi kerak.</li> </ul>
Ta'lim berish usullari	Munozara, suxbat, tezkor so'rov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruhlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasionxonajixozlari» vah.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat: savol – javob, mustaqil ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

#### 11.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

<b>Ish bosqichlari va vaqti</b>	<b>Faoliyat mazmuni</b>	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi</li> <li>2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi</li> <li>3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</li> <li>4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</li> <li>5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi.</li> <li>6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi</li> </ol>	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</li> <li>2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</li> <li>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</li> </ol>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izohlab beradi.</li> <li>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruhga bo'ladi va guruhlarda hamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir guruh mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</li> <li>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varaqalarni tarqatadi.</li> <li>4. Guruxlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantiqan to'liq yoritilishini kuzatadi.</li> <li>5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruhlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , guruh sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muhokamasini jamoaga havola etadi.</li> <li>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va hulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.</li> <li>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</li> <li>8. Bemor kuratsiyasini tahlil qiladi.</li> <li>9. Kasallik tarixini tekshiradi</li> </ol>	<p>Tinglaydilar, asosiy jixatlarini yozib oladilar Kichik guruhlarga bo'linadilar.</p> <p>Topshiriqlar bo'yicha ishlaydilar Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruhdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida hamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini taxlil qilishda ishtirok etadilar</p>
3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</li> <li>2. O'quv faoliyati yuzasidan hulosa bildiradi.</li> <li>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini tahlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish; o'zlashtirish ishi « Atipik pnevmoniyalar» – 5 s</li> </ol>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

### **Jigar sirrozi.**

**Jigar sirrozi** XXI asrda Sog'liqni Saqlash Vazirligining eng muhim muammolaridan biridir. Hozirda jigar sirrozi surunkala virusli infektsiya oqibati deb ko'riladi.

Jigar sirrozi hozirda bolalar paatroenteroglari va infektsionistlari amaliy tilda uchraydi. Bizning mamlakatimizda virusli gepatit "V" bilan 2 mlrd. odam kasallangan bo'lib, shulardan 1 mln. kishi yiliga jigar sirrozidan vafot etgan. Pediatriya amaliyotida jigar sirrozi dolzarb muammolardan biri bo'lib, bolalar nogironligining faktoridan biri bo'lib hisoblanadi.

Sirrozi jigar kasalliklaridan biri bo'lib turli xil sabablar oqibatida kelib chiqib, turli darajali gepatostelyulyar nekroz va yallig'lanish bilan harakterlanadi. Nekrotik o'zgarishlar jigar parenxemasining o'choqli nekrozi periportal va perisogital pag'onelinekroz keng, lobulyarnevrozi bilan namoyon bo'ladi. Shunday qilib, jigar sirrozi termini ostida jigarni diffuz yallig'lanishidistrofik o'zgarishlari tushuniladi.

Bu muammoning yechimining asosiy masalasi kasalliklarning diagnostikasini yaxshilash va profilaktikasi bo'lib hisoblanadi.

Yangi diagnostik va davolash metodlari (laborator metodlar, UZI, KT, MRT, jigarni skanerlash va boshqalar)ni qo'llash. Ushbu patologiyalarning diagnostikasi va davosini yaxshilash maqsadida foydalaniladi.

### **JIGAR SIRROZI**

Jigar sirrozi termini grekcha kirros so'zidan olingan bo'lib, malla degan ma'noni anglatadi. Uni 1819 yilda R.Laennoxom tomonidan patalogoanatomik tekshirish natijasida aniqlangan.

Jigar sirrozi termini ostida turli xil jigardagi surunkali yallig'lanish jarayoni tushunilib qaysi sini jigar parenximalarining tugunli proleferastiyasi va o'limi hamda biriktiruvchi to'qimaning reaktiv o'sib ketishi tushuniladi.

Natijada jigarda bo'lak tomirli arxitektonik dezorganizastiyasi portal gipertenziya belgilari bilan namoyon bo'ladi.

## Etiologiya

Virusli hepatit (B, C va D)

Metabolik o'zgarishlar:

-gemoxromatoz

- Vilsona kasalligi

-alfa-antitripsina etishmovchiligi

-glikogenoz IV tip

-galaktozemiya

-tirozinemiya

Xolestaz (biliar)

jigarda venoz oqimining buzilishi:

-sindrom Badda-Kiari

-yurak yetishmovchiligi.

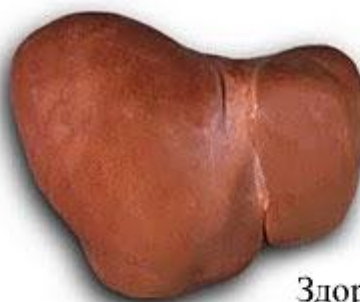
Immun buzilishlar («lyupoid» hepatit) intoksikatsiya va dorilarning toksik ta'siri (masalan, metotreksat, amiodaron) bolalar jigar sirrozi.

Kriptogen sirroz.

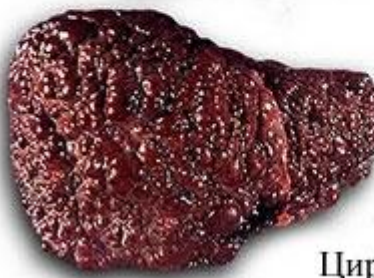
Alimentar sabablar (Vit V1, Vit V6, folat kislota yetishmovchiligi).

Modda almashinuvining buzilishlari.

Endokrin omillar (teriotoksikoz, qandli diabet)



Здоровая печень



Цирроз печени

## Klassifikatsiya

(N.P.Shabalov 2003y):

Jigar sirrozini quyidagi tiplari ajratiladi

### A) Morfologik belgilariga qarab:

1. Makromodulyar (katta tugunli, posnekrotik)
2. Mikromodulyar (portal, septal)
3. Aralash
4. Biliar

### B. Etiologiyasiga qarab:

1. Infektsion (o'tkir hepatit V, S, V+D, G, XG, NG, keyin kam hollarda tug'ma va sifilisdan keyin, sepsis, generalizastiyalashgan stitomegaliya)

2. Almashinuv buzilishlari (nasliy fermentopatiya, gepatolentikulyar degenerastiya, galaktozemiya, glekogen kasallik III, IV tiplari, fruktozani ko'tara olmaslik, lipidoz, tirozinemiya)

3. O't yo'llarining obstruksiyasi natijasida (jigardan tashqari o't yo'llari atreziyasi, xoledox kistasi, A.Loijillya sindromi a-antitripsin defistiti, Bayler kasalligi, monovisstidoz)

4. Dimlanishli yurak, qon tomir patologiyasi natijasida (yopishqoq perikardit, o'pka gipertenziyasi, Bodda-kiyari kasalligi, vena oklyuzion kasalligi va boshqa jigardan tashqari portal qon aylanish blokadalari)

5. Ideopatik, klassifikastiyalanma (dorili-metotrensat va boshqalar, kvashiorkor, gemosideroz, yarali kolit)

#### **V) Kliniko funkstional belgilariga qarab bosqichlari:**

1. Boshlang'ich
2. Shakllangan
3. Distrofik

#### **Fazalari:**

1. Faol
2. Nofaol

#### **Kechishi:**

1. Progressiv
2. Stabil
3. Regressiv

#### **Jigar funkstiyasining buzilishi:**

1. Buzilmagan
2. Yengil
3. Og'ir

#### **Portal gipertenziya:**

1. Yo'q
2. Nisbiy
3. Yaqqol

### **Gipersplenizm:**

1. Bor
2. Yo'q

### **Patogenezi.**

Jigar sirrozi patogenezida jigar va portal sistemadagi qon aylanishining buzilishi yotadi. Surunkali gepatit va jigar sirrozi boshlanishi boshlang'ich etapida jigar arteriyasining spazmi va vegetativ asab tomonidan boshqarilishi buzilishidan jigarda qon aylanishi pasayadi, natijada sinusidlardan qon oqib ketishi qiyinlashadi, jigarda portokoval shuntlar paydo bo'ladi, portal qon aylanish arterializastiyasi kelib chiqadi, jigardan tashqi portkovalshuntlar ham paydo bo'lib, yurak o'ng qorinchasida zo'riqishni keltirib chiqaradi.

Jigar sirrozini kelib chiqishini boshqacha tushuntirishlar ham bor. Jigar sirrozi birinchi patogenetik faktorlar:

1. Qo'zg'atuvchi persistenstiyasi
2. Autoimmun zararlanish

Shuning uchunjarayon progressivlanishini quyidagichi talqin qilinadi:

Nekroz – tugunli regenerastiya – qon tomirlar zararlanishi – parenxema ishemiyasi – nekroz.

Jigar sirrozga uchragan bemorlarga jigarning glyukuronilqonyugastion funkstiyasi pasayishidan garmonlar almashinuvi buziladi va giperaldosteronizm kelib chiqadi. Qonda esterogen adregenlar miqdori oshadi (bunda gipogonadizm, gimekomastiya, qon tomirlar “Yulduzcha”lar paydo bo'ladi). Asta sekinlik bilan buyrak usti bezi pankreas funkstiyalari buziladi. Assit rivojlanishiga olib keladi, giperaldosteronizm hisobida natriyni ushlanib qolishi, qon onkotik bosimining pasayishi, albumin sintezi kamayishi, limfaning qorin bo'shlig'iga o'tishi portal gipertenziyadir.

Jigar sirrozida – portal gipertenziya jigar tomirlari torayishi sinusoidlar qon o'tishi qiyinlashishi natijasida yuzaga keladi. Buning oqibatida yangi arteriya venoz anastamozlar hosil bo'ladi bu esa gidravlik dimlanishga olib keladi. Assit rivojlanishiga sabab: zararlangan nepatositlar aldesteron chiqarishi va konyugatsiyasi kamayishi natijasida ushlanib qoladi, qon oqsillarini onkotik bosimi pasayadi, limfa ishlab chiqarilishi oshadi va jigarda limfostaz yuzaga keladi, bu esa limfaning qorin bo'shlig'iga o'tadi, qorin parda orqali izotonik suyuqlik filtrizatsiyasi kelib chiqib portal gipertenziya kelib chiqadi.

## **Klinika:**

Jigar sirrozi klinikasi kasallikning morfologik variantiga bog'liq, lekin umumiy simptomlari quyidagilar:

**Gepatomegaliya**-jigar qattiq, yuzasi notekis, pastki qirrası o'tkir.

**Splenomegaliya**-sirrozning asosiy belgilaridan biri, lekin namoyon bo'lishi o'zgarib turishi mumkin, ba'zi belgilarda taloqning pastki chegarasi kindikgacha bo'lishi mumkin va hatto yonbosh suyagining qirrasigacha.

**Terining o'zgarishi**-quruq, repigmentatsiyalashgan, oqimtir dog'chalar, jigar kafti, baraban tayoqchalari, oq emalsimon tirnoqlar, tomir yulduzchalari, o'rgimchaklari va boshqalar gemengioektaziyalar, qichishish, toshmalar, sariqlik (ko'proq yashilsimon), gemoragiya, striyalar, shishlar, sochlari quruq, kam sinuvchan, oqimtir, gepoganadizm O'g'illarda genikomastiya, tili malina simon, so'rg'ichlari silliqdashgan, sklera tomirlari inekstiyalashgan.

**Portal gipertenziya**-qorin splenomegaliya natijasida kattalashgan, oldingi qorin pardasi shishgan, ko'krak va qorinda teri osti venalarining kengayishi, oshqozon-qizilo'ngach va bo'run kam hollarda rektal qon ketishlar.

**Dispeptik o'zgarishlar**-ishtahaning pasayishi, davriy ko'ngil aynishi va qo'sish, og'izdan o'ziga hos hidning kelishi, metiorizm, ba'zi xollada rangsiz stul, o'ng qovurg'a ostida tipik davriy yoki doimiy og'riq.

**Umumiy distrofik simptomlar**-holsizlik, tez charchash, mushaklar gipotoniya va massasining pasayishi, tana massasining defitsiti, terlash, ba'zida subfibrilitet, artralgiya.

Agar sariqlik dispeptik o'zgarishlar intoksikastiya belgilari bilan postnekrotik sirrozda erta boshlansa portal gipertenziya belgilari septal sirroz bilan kasallangan bemorlarda ancha oldin boshlanadi.

Biliar sirroz klinik jihatdan turg'un sariqlik bilan azob beruvchi terining qichishi bilan ahlatning oqimtir rangdaligi, siydikning to'q qizil rangda bo'lishi bilan umumiy ahvoli progressiv og'irlashuvi, intoksikastiya belgilarining o'sishi, splenomegaliya, ba'zi terida ksantomalarning payda bo'lishi, suyak tizimining zararlanishi, suyaklarda dekalstinastiya natijasida sinuvchanlikning oshishi, kam hollarda sariqlik intermitirlangan.

## Differensial diagnostika

Jigar sirrozi xronik gepatit, o'tkir epidemik, zardobli gepetit, jigar fibrozi, jigar o'smasi va parazitlar kasalliklari, qon sistemasining reaktiv va spetsifik gepatomegaliyalari, gemolitik anemiyalari va boshqalar bilan differensial diagnostika qilinadi.

**Gemoxromatoz (pigmentli sirroz)** – bu kasallik temir almashinuvi natijasida organ va to'qimalarga to'lanishidir. Birlamchi va ikkilamchi gemoxromatoz ajratiladi.

Qaytalanuvchi gemolitik va megaloblastik anemiyalar, ko'p marta qon qusish, temir preparatlari bilan noto'g'ri davolanish natijasida kelib chiqadi.

Jigar va teri biopsiyasida melanin va temir tutuvchi pigmentlar cho'kmasi ko'rinadi.

Obyektiv ko'rikda bemorning terisi to'q jigarrang, quruq, ochiq joylarda pigmentastiyalangan. Gipogonadizmning boshqa belgilari ham ko'rinadi. Jigar kattalashgan, qattiq, taloq kattalashishi harakterli emas.

**Gepatosterebral distrofiya (Wilson-konavalov kasalligi)** – nasliy kasallik, autosom restessiv tipida beriladi. Gen 13-xromosomaga identifikatsiyalangan. Jigarning zararlanishi, jigar sirrozi surunkali gepatitga hos, klinikasida gepatomegaliya xos. Tipik hollarda gemolitik anemiya, trombositopeniya, leykopeniya, nerv sistemasining buzilishi buyrak tubulyar astidoz-glyukozouriyasi, aminoastiduriya, fosfaturiya, uraturiya, proteinuriya.

Diagnostika uchun ko'zni ko'rish steruloplazmin miqdorini aniqlash, sutkalik siydikda miss miqdorini aniqlash.

Davolashda D-penitsilamin (20mg/kg/sutkasiga) yoki Unitiol (5-10mg/kg/sutkasiga), Rux preparatlari (1,5mg/sutkasiga), parhez asal chegaralanadi (1mg/sutkasiga), shokolad, yong'oq, quruq mevalar, jigar, bug'doy berilmaydi. Penitsilamin, V6 vitamin tanqisligiga olib keladi, shuning uchun davolash vaqtida va piridoksin beriladi.

**Tug'ma jigar fibrozi** – autosom restessiv kasallik bo'lib, bemor displaziya natijasida jigar bo'lakchasida katta fibroz zonalar rivojlanadi. Jigar funktsiyasi normal faqatgina presipiesual jigar ichi bloki natijasida portal gipertenziya rivojlanadi.

**Badda – Kiari sindromi** – surunkali kasallik ko'p oylar, yillar davomida gepatomegaliya, asstit va qorindagi og'riq va boshqa portal gipertenziya simptomi bilan keladi, oyoqlarida shish ba'zan sariqlik.

**Venooklyuzion kasalligi** – sababi mayda yoki oʻrta jigar venalarining berkilib qolishi, etiologiyasi noaniq, lekin asosiy rol infektsiya, yetarli ovqatlanmaslik yotadi.

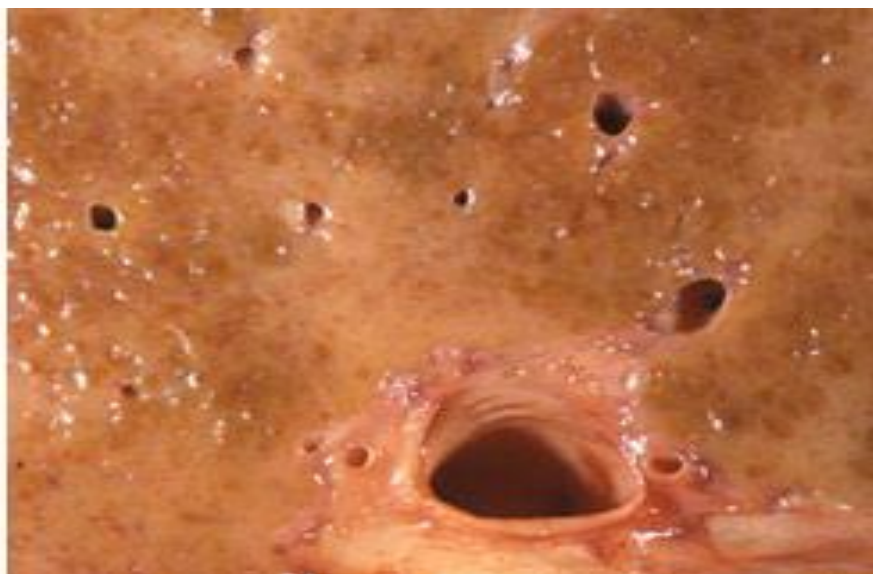
Klinikasi – toʻsatdan qorinda oʻtkir ogʻriq, jigar kattalashishi va assit.

**Portal gipertenziya** – splenomegaliya, qiziloʻngach va oshqozondan qon ketish, qorin oldingi venalarining kengayishi, assit, baʼzida enstefalopatiya. Qon ketishning asorati jigar komasiga olib keladi, holsizlik, uyquning buzilishi, oriqlab ketish, dispeptik oʻzgarishlar, gepatomegaliya, oyoqlardagi shish.

### **Oqibat**

Odatda jigar sirrozi qaytmas jarayon boʻlib hisoblanadi, lekin gemaxramatoz va Vilson kasalligi bilan kasallangan bemorlar kuzatuv natijasida fibrozni davolagach jarayonning qaytishiga olib kelishi mumkin. Demak jigar sirrozi qaytmas jarayon degan fikr isbotlanmagan.

Jigar sirrozi har doim ham progressiv kechmaydi, shuning uchun davolash uning keyingi rivojlanishini toʻxtatishi mumkin. Jigar sirrozining oqibati kompensator darajasi bilan aniqlanadi, dekompensastiyalangan jigar sirrozining oqibati yomon



Koʻpchilik terapevtlar virusli jigar sirrozini davolab boʻlmaydi deb hisoblaydilar. Ulardan farqli ravishda pediatriklar boshlangʻich stadiyada boʻlgan sirrozdan sogʻaygan bolalarni uchratganlar, lekin shunga qaramasdan bolalarda bu kasallikda oqibati nisbatan yomon hisoblaydilar. Jigar sirrozi bilan kasallanganlarda letal oqibat jigar yetishmovchiligi, jigar

komasi, qaychi oid qon ketishlardan gepatoselullyar karstinoma yuzaga keladi. Jigarni ko'chirib o'tkazish yaxshi oqibatlariga olib keladi.

### **Davolash**

1. Yotoq rejimi – bu jigarga tushadigan zo'riqishni kamaytirib qon aylanishini yaxshilaydi.

Bemor fizik zo'riqishlardan, sport mashg'ulotlaridan ozod etiladi, kunduzgi uyqu bilan ta'minlanib, davolovchi fizikultura va toza havoga sayr qilish buyuriladi.

2. Dietoterapiya – kasallik davriva jigar yetishmovchiligi darajasiga qarab belgilanadi. Odatda bemorga parhez Pevzner bo'yicha 5-stol buyuriladi. Sutkasiga 3-4 gr. umumiy kalloriya biroz normadan yuqori sutkalik rasiondan yog' miqdori kamaytirilib, parhezda mexAniq va ximik qo'zg'atuvchilarni chegaralaydi. Sabzavotlar qirg'ichdan o'tkazilib beriladi, go'sht frikadellar va bug'li kokletlar ko'rinishida beriladi. Ratsionga to'yinmagan yog' kislotalar tutuvchi o'simliklar kiritiladi. Ovqat yetarli vitamanga boy bo'lishi va lipotrop moddalar tutuvchi mahsulotlar tutishi kerak, ayniqsa sutli mahsulotlar.

3. Jigar sirrozida interferon preparatlarini ishlatish yahshi natija beradi. Viferon 3 mln.x/b mg sutkalik dozada buyuriladi, bu klinika bioximik ko'rsatgichlarni yaxshilaydi HBs Ag titrini pasaytiradi. Interferiniginizni oshiradi.

4. Shish asstit bo'lsa aldosteron antagonistlari aldonton, virashpriron (5 mg/kg sutkasiga 2-4 hafta),gipotiazid (1-2mg/kg sutkasiga 2-4 kun) orasi 3-4 kunlik interval bilan umumiy doza 3-4 qabulga bo'linadi.

5. Teri qichishida xolestiramin yoki miskleron, ursodezoksixolevaya kislota buyuriladi.

6. Bunda turli xil xirurgik davolashlar olib boriladi.

7. Qizilo'ngach va oshqozondan qon ketganda 1-2 kunga yotoq rejimi, og'iz orqali ovqat va suyuqlik ichish ta'qiqlanadi. Oqsil chegaralanadi, ovqatlar qirg'ichdan o'tkazilib, kam porstiyalarda beriladi (kartoshka pyuresi, 5% li mAniq kashasi, mevali soklar)

Gemostaz maqsadida yangi plazmadan trombosit massasi+aminokapron kislotasi+vitamin K v/i quyiladi. Qon ivuvchanligiga K-faktorlari defistitligi bo'lsa PPSB (v/i 15 ml 3-4 maxal 1-2 kun). Oshqozon va qizilo'ngachdan qon ketganda pituitrin v/i, 20-30 minut ichida 1 mahal kuniga yoki Vazopressin bo'run orqali (1-dezaminoarginin –vazopressin 2.5mkg – 0.025 – ml ichida. Portal bosimni tushirish maqsadida.

Ichaklardan qonni chiqarish maqsadida tozalovchi huqna qilinadi. Kuniga 2 mahal yoki har 2 soatda 0.5 g/kg laktuleza yuboriladi to 2 karra ahlat kelgunicha va keyin shu dozada 2-3 mahal kuniga gipoksiyani kamaytirish maqsadida oksigenoterapiya, yurak preparatlari beriladi. O'tkazilgan chora tadbirlar effekt bermasa Blekmor zondi qo'yiladi, keyinchalik turli hil xirurgik metodlar qilinadi.

### **Dispanserizastiya**

Jigar sirrozi bilan kasallangan bolalar to kattalar poliklinika-siga o'tguncha pediatr nazoratida bo'ladilar. Bunday kasallarning kun tartibida 10-11 soatlik uyqu bu 5-9 yoshli bolalarda, 9-10 soatlik uyqu, 10-14 yoshli bolalarda bo'lishi shart. bola albatta ertalabki gigienik gimnastikalarni qilishi kerak. Maktabda jismoniy tarbiya darsiga qatnashishi mumkin lekin, asosiy guruhga emas, davolovchi jismoniy guruhga. Stasionardan chiqqanida 2-3 oy o'tgach ohirgi qo'zg'alishdan keyin. Kuniga 2-3 mahal toza havoga sayr qilishi kerak. Ovqatlanishi regulyar bo'lishi kerak, kuniga 4 mahal har kunlik menyuga tvorog, sutli mahsulotlar bo'lishi shart. Parhezda kofe, qovurilgan ovqatlar, kolbasa, konservalar chiqariladi.

Stasionardan chiqqandan keyin birinchi 2 yil ichida har 3 oyda 1 mahal, keyinchalik yiliga 2 mahal bioximik tahlil qilinadi (qon, siydik, ahlat). Otorinolaringolog, stomatolog ko'rigida yuboriladi.

Stasionardan chiqqandan keyin birinchi 2 yil ichida har 4 oyda 1 mahal, keyinchalik yiliga 2 mahal oylik davolovchi kurslar qilinadi. Ko'p zondlash dorivor o'simliklari ichish bilan birgalikda haftasiga 2 mahal va laktobakterin yoki Bifinol, ikki haftalik vitaminoterapiya bilan almashinib qilinadi. Stimullovchi terapiya.

### **Sanator-kurort davolanish**

Jelezno-Vodsk, Esentuki, Truskovest, Petigorsk, Shira, Isti-su, Mirgorode va boshqalar.

Qarshi ko'rsatma jigarda destruktiv nekrotik jarayonlar yoki og'ir jigar yetishmovchiligi  
Tashmyaso, Botonika, Toshminvod.

## Amaliy mashg'ulot № 12

### Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

<b>Mavzu</b>	<b><i>Bolalarda infeksiyon glomerulonefritlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.</i></b>
--------------	---

#### 12.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 7 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustahkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bolalarda infeksiyon glomerulonefritlar .</li> <li>2. O'tkir va surunkali glomerulonefrit to'g'risidatushuncha.</li> <li>3. Bolalarda glomerulonefritlar etiologiyasi. Kasallikni rivojlanish sabablari</li> <li>4. Bolalarda glomerulonefritlar patogenezi, .</li> <li>5. Bolalarda glomerulonefritlarklinikasi –laborator tashhisi</li> </ol>
<b><i>O'quv mashg'ulotining maqsadi:</i></b> Talabalarga bolalarda o'tkir va surunkali glomerulonefrit to'g'risida tushunchaberish. Glomerulonefritlar etiologiyasi, kasallikni rivojlanishdagi sabablari, patogenezi va klinikasi to'g'risida ma'lumot berish.	
<b><i>Pedagogik vazifalar</i></b>	<b><i>O'quv faoliyati natijalari</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Talabalar bolalardainfeksiyon glomerulonefritlar to'g'risida tushuncha berish kerak.</li> <li>-o'tkir va surunkali glomerulonefritetiologiyasi va kasallikni rivojlanish sabablari haqida chuqur ma'lumot berish kerak.</li> <li>-Bolalarda glomerulonefritlar patogenezi to'g'risida chuqur ma'lumotga berish kerak.</li> <li>- Glomerulonefritlar klinikasi tushuntirish kerak.</li> <li>- Klinik –laborator tashxis o'rgatish kerak.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Talabalar bolalardainfeksiyon glomerulonefritlar to'g'risida tushuncha ega bo'lishi kerak.</li> <li>-o'tkir va surunkali glomerulonefritetiologiyasi va kasallikni rivojlanish sabablari haqida chuqur ma'lumot bilishi kerak.</li> <li>-Bolalarda glomerulonefritlar patogenezi to'g'risida chuqur ma'lumotga ega bo'lishi kerak.</li> <li>- Glomerulonefritlar klinikasi haqida bilimga ega bo'lishi kerak.</li> <li>- Klinik –laborator tashhis mustaqil qo'ya olishi kerak.</li> </ul>
Ta'lim berish usullari	Munozara, suxbat, tezkor so'rov, savol – javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruhlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasionxonajixozlari» vah.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Ogzaki nazorat: savol – javob, mustaqil ish, ma'ruza, amaliy mashgulot daftari

#### 12.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va	

bosqichi	<p>kutilayotgan natijalarini shakllantiradi</p> <p>2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi</p> <p>3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</p> <p>4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</p> <p>5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi.</p> <p>6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi</p>	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<p>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</p> <p>2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</p> <p>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</p>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)	<p>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izohlab beradi.</p> <p>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruhga bo'ladi va guruhlarda hamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir guruh mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</p> <p>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varaqalarni tarqatadi.</p> <p>4. Guruhlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantiqan to'liq yoritilishini kuzatadi.</p> <p>5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruhlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , guruh sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muhokamasini jamoaga havola etadi.</p> <p>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va hulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.</p> <p>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</p> <p>8. Bemor kuratsiyasini tahlil qiladi.</p> <p>9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>Tinglaydilar, asosiy jixatlarini yozib oladilar Kichik guruhlarga bo'linadilar.</p> <p>Topshiriqlar bo'yicha ishlaydilar Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruhdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida hamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini tahlil qilishda ishtirok etadilar</p>
3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</p> <p>2. O'quv faoliyati yuzasidan hulosa bildiradi.</p> <p>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini tahlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish; o'zlashtirish ishi « Alport sindromi» – 5 s Referat, Krossvord, Internet ma'lumotlaridan tayyorlashni topshiradi</p>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

## **BOLALARDA GLOMERULONEFRIT.**

GLOMERULONEFRIT - Buyraklar immunkompleks kasalligi bo'lib, asosan ko'ptokcha tomirlari jarohatlanadi.

Asosan bolalar kichik maktab va maktabgacha yoshda kasallanadi.

O'g'il bolalar qizlarga nisbatan 2 marta ko'p kasallanadi(1 yilda 6-20 ta 10000 ta bolaga).

**ETIOLOGIYA:**

1. Infeksiyalar: bakterial-(V-gemolitik streptokokk, sepsis, pnevmoniya, tif, meningokoktsemiya) va virusli(gepatit V, mononukleoz);

2. Biriktiruvchi to'qima tizimli kasalliklari: tizimli qizil yugurgi, gemorragik vaskulit, tugunchali periarteriit;

3. Zardob kasalligi: zardob va dorilarga sezgirlik;

4. Birlamchi glomerulyar kasalliklar: anatomik va funktsional nuqsonlar, almashinuvning buzilishi;

**PATOGENEZ:**

Buyrakda yoki qon da nefritogen streptokokkga qarshi immun kompleks shakllanadi: streptokokk- antigen- antitela- komplement.

QON da antitelalar titri oshadi:

O-streptolizin- O-antistreptolizin

Nikotinamidadeninnukleotidaza- antiNaDaza

Dezoksiribonukleaza- antiDNaza B

**KLINIKA**



**Renal**

**Ekstrarenal**

Bolalarda ekstrarenal belgilar ustunlik qiladi:

-behollik;

-ishtahasizlik;

-ko'ngil aynishi;

-gipo-adinamiya;

-rangining oqarishi;

-ertalab ko'zida , tunda boldirda shish;

-subfebril harorat;

-gepatomegaliya;

-gipertoniya;

-taxikardiya;(ayrim bemorlarda kasallik boshida bradikardiya);

-facies nefritika;

**RENAL BELGILAR:**

-oligouriya;

-gematuriya;

-azotemiya;

-siydik rangining o'zgarishi;

-noanik lokalizatsiyali qorinda og'riq;

**SIYDIK SINDROMI:**

Oligouriya-diurezning 50-80% ga yoki 300 mlG`mG`sutkadan kamayishi gipervolemiya giperaldosteronizm

natriyuriya ADG siydik zichligi baland <1030

Proteinuriya-sutkada 1gG`l gacha bo'ladi ,2 haftagacha kuzatiladi, albuminlar;

GEMATURIYA-ko'ptokcha kapillyari devor o'tkazuvchanligi oshib, strukturasi buziladi, shu uchun eritrotsitlar Per diapozum yoki tomirlar parchalanishi oqiba-tida ko'ptokchani o'rab

turuvchi kapsulaga tushadi, so'ng siydikda tushadi. Makrogematuriya-70-80%, mikrogematuriya 20-30% uchraydi.

LEYKOTSITURIYA-50% bemorda bak.ekma steril holda ham uchraydi.

Interstitsial to'qima jarohati tufayli;

Tsilindruriya-siydikning nordon muhitida oqsil kanalchalarda bog'lanadi va silindrga o'hshaydi; Oqsilli silindrlarga eritrotsit, leykotsit, epiteliy yopishishi mumkin, u holda gialinli silindrdan tashqari donador silindrlar paydo bo'ladi .

ShISh sindromi sabablari:

1. Hidrodinamik bosim oshishi:

-a)aylanadigan qon hajmi oshadi;

-b)gipertoniya uchun;

2.Qondagi kolloid-osmotik bosim tushishi:-a)gipervolemiyada gidremiya kuzatiladi;

-b)disproteinemiya

-v)diselektrolitemiya tufayli;

3.Kapillyar o'tkazuvchanlik oshadi:

-a)qonda gialuronidaz faollik oshadi; b)diffuz kapillyarit tufayli;4.Suv reabsorbtsiyasi oshadi:

-a)natriy ekskretsiyasi pasayadi;

-b)ADG-vazopressin sintezi oshadi;

Yurak-tomir tizimida:-sistolik shovqin, tonlar bug'ik, bradikar-diya kuzatiladi.

Qon bosimi oshganda karotid sinus baroretseptorlari ko'zg'alishi tufayli bradikardiya kuzatiladi.Jigar shishuvi va o'grik uning venoz to'yinishi va shishi tufayli.

Glomerulonefrit kechishiga ko'ra: -o'tkir; -o'tkir osti; -surunkali kechadi.

BUYRAK FAOLIYATIGA KO'RA;kompensatsiya davri; subkompensatsiya; dekompensatsiya davri;

Diagnostika:

Umumiy qon , siydik, najas tahlili

Siydikni Nechiporenko , Zimnitskiy usulida tekshirish.

Qon da protrombin, fibrinogen, mochevina, kreatininni aniqlash

Qon ivish vaqtini aniqlash

UTT tekshirish.

Asorati:anuriya (UBE), eklampsiya, yurak etishmovchiligi:

Oqibati:-90-95%-sog'ayish,

-1-2% o'tkir osti kechuvchi GN ga o'tadi;

-3-5% maktabgacha yoshda surunkali GN ga o'tadi;

-12-15% katta yoshdagi bolalarda surunkali GN ga o'tadi.

DISPANSERIZATSIYA- 5 yil o'tkir GNda.

Glomerulonefrit davosi:

GIK-terapiya:-geparin-20000 edG`sut mG`o

Indometatsin-1-3 mgG`kg ichishga

Kurantil- 5-8 mgG`kg ichishga

Nefrotik sindromda-prednizolon 1-3 mgG`kg;

O'tkir osti kechishida-delagil 5mgG`kg

Davo samarasizligida-immunodepressantlar qo'llanilaqi.

### Amaliy mashg'ulot № 13

#### Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

<b>Mavzu</b>	<i>Bolalarda infeksiyon glomerulonefritlar. Diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davosi va profilaktikasi..</i>
--------------	---

### 13.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustahkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<p>6. Bolalar infeksiyon glomerulonefritlarto'g'risidatushuncha.</p> <p>7. Bolalarda infeksiyon glomerulonefritlardiaagnostikasi.</p> <p>8. Bolalarda infeksiyon glomerulonefritlarqiyosiy tashxisi</p> <p>9. Glomerulonefritlarda klinik –laboratortashhis.</p> <p><b>10.</b> Bolalarda infeksiyon glomerulonefritlardavosi va profilaktikasi.</p>
<b>O'quv mashg'ulotining maqsadi:</b> Talabalarga bolalar infeksiyon glomerulonefritlari to'g'risida tushuncha berish. Glomerulonefritlar diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, klinik –laborator tashhis, davosi va profilaktikasi to'g'risida tushuncha berish.	
<b>Pedagogik vazifalar</b>	<b>O'quv faoliyati natijalari</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Talabalarga bolalarda infeksiyon glomerulonefritlar to'g'risida tushuncha berish.</li> <li>- O'tkir va surunkali glomerulonefritlar diagnostikasi haqida to'liq ma'lumotberish.</li> <li>- Bolalarda infeksiyon glomerulonefritlar qiyosiy tashxisini tushuntirish va o'rgatish.</li> <li>- Glomerulonefritlarda klinik –laborator tashxis qo'yishni o'rgatish</li> <li>- Glomerulonefritlarni davolash va oldini olish tadbirlari to'g'risida tushuncha berish.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Talabalar bolalarda infeksiyon glomerulonefritlar to'g'risida to'liq tushunchaga ega bo'lishi kerak.</li> <li>- O'tkir va surunkali glomerulonefritlar diagnostikasini to'liq bilishi va amaliyotda tahlil qilaolishi kerak.</li> <li>- Bolalarda infeksiyon glomerulonefritlar qiyosiy tashxisini bilishi kerak.</li> <li>- Glomerulonefritlarda klinik –laborator tashxis qo'ya olishi kerak.</li> <li>- Glomerulonefritlarni davolash va oldini olish tadbirlari to'g'risida tushunchaga ega bo'lishi kerak.</li> </ul>
Ta'lim berish usullari	Munozara, suxbat, tezkor so'rov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruhlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasionxonajixozlari» vah.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Ogzaki nazorat: savol – javob, mustaqil ish, ma'ruza, amaliy mashgulot daftari

### 13.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<p>1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi</p> <p>2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi</p> <p>3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</p>	

	<p>4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</p> <p>5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi.</p> <p>6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi</p>	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<p>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</p> <p>2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</p> <p>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</p>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)	<p>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi.</p> <p>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruhga bo'ladi va guruhlarda hamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir guruh mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</p> <p>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayyorlangan varakalarni tarqatadi.</p> <p>4. Guruhlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan to'liq yoritilishini ko'zatadi.</p> <p>5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruhlarda sardorlar taqdimotini tashqillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , guruh sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi.</p> <p>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtiroq etgan talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.</p> <p>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</p> <p>8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi.</p> <p>9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>Tinglaydilar, asosiy jixatlarini yozib oladilar Kichik guruhlarga bo'linadilar.</p> <p>Topshiriqlar bo'yicha ishlaydilar Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruhdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida hamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini taxlil qilishda ishtiroq etadilar</p>
3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</p> <p>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</p> <p>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi</p>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

## **BOLALARDA GLOMERULONEFRIT.**

**Glomerulonefrit (GN)**- bu infeksiyon allergik, noma'lum tabiatli kasallik bo'lib, uning asosida buyrak koptokcha apparatining diffuz yoki o'choqli yiringsiz yallig'lanishi yotadi, hamda buyrak va buyrakdan tashqari simptomlari bilan xarakterlanadi.

Glomerulonefrit, yoki immun glomerulopatiyalar, getogen kasalliklar guruhi bo'lib, unga yallig'lanish ning immunologik klinik-morfologik belgilari xos. Bunda birinchi navbatda ko'ptokcha apparati shikastlanadi.

Ko'p hollarda «nefrit» termini GN ekvivalenti sifatida qo'llaniladi. Aslida, nefronning turli kismida yallig'lanish i bo'lganda nefrit haqida gapiriladi.

Diffuz glomerulonefrit- bu klinik termin, asosan glomerulalarning jarayonga birlamchi tartibi b-n kechuvchi, buyrak to'qimasining ikki tomonlama yallig'lanish i bilan ifodalanadi. U ko'ptokchalarning segmentar va faqat Birlamchi GN termini, Gning biriktiruvchi to'qima sistemali kasalliklarni yoki surunkali infeksiyalar bilan bog'liq bo'lmagan xolda aloxida rivojlanishini anglatadi. Diffuz va birlamchi GNlar sinonimlar xisoblanadi. O'tkir GN-streptokokkli kasalliklardan so'ng rivojlanadi va siklik kechadi. Surunkali GN-to'lqinsimon cho'zilgan latent kechuvchi GNning ekvivalent xisoblanadi. Bunda jarayonning zo'rayish xarakteriga ega ekanligi va buyrak to'qimasida distrofik va sklerotik o'zgarishlar bo'lishi ko'zda tutiladi.

«Tez rivojlanuvchi» GN-kasallikning salbiy kechuvchi shakli bo'lib, o'tkir boshlandi va xavfli kechadi va Ko'pincha bir necha oy ichida Surunkali buyrak yetishmovchiligiga olib keladi. GNning gematuriq shakli klinik ko'rsatkichi buyicha siydik sindromida va eritrotsitlarning bo'lishi ko'rsatib utadi. Bu patologik guruhga Ig A-nefropatiya (Berje kasalligi) kiradi. GN gematuriq shakli «niqobi» ostida xar xil glomerulopatik , tubulointerstinal to'qimalar va buyrak tomirlari kasalliklari yotadi.

GNning aralash shakli- morfologik asosi ko'ptokchalarning sklerozlanishi bo'lgan progradient xarakterli, yaqqol bo'lgan renal va ekstarenal ko'rinishlarda kechuvchi og'ir kasallikdir. «Surunkali GN biroz yoki aloxida siydik sindromi bilan» tashxisda biopsiya natijalari bilan tasdiqlanishi shart. Tashxisda morfologik o'zgarishlar tipi, kechish varianti, jarayon aktivligi darajasi va buyraklar disfunksiyasi xakteri ko'rsatilishi kerak.

Diffuz glomerulonefrit buyrakning ikki tomonlama abakterial yallig'lanishidir. Birlamchi GN – bu biriktiruvchi to'qimaning sistemali kasalliklarisiz rivojlanishi tushuniladi. Birlamchi va diffuz GN – bu sinonim xisoblanadi.

O'tkir - GN – bu streptokokk infeksiyasidan so'ng rivojlanuvchi, siklik kechishi bilan xarakterlanadi.

Surunkali - GN bu to'lqinsimon, cho'ziluvchan latent kechishi bilan xarakterlanadi. Bunda jarayon progressiv kechib, buyrak to'qimasida skleratik va distrofik o'zgarishlar rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Tez progressivlanuvchi GN – eng yomon sifatli kechib, bir necha oydan so'ng XPN gacha olib keladi

## **O'TKIR GLOMERULONEFRIT EPIDEMIOLOGIYASI**

«O'tkir GN» ning ba'zi simptomlarini taxlil qilgan Gnatyo'q (1980) ning ta'kidlashicha, oxirgi 20 yil ichida kasallik ko'rsatkichi sekin asta, sezilarli darajada oshdi, (1953-1963 yillar 3,5 ; 1970-1975 yillarga kelib 20.8 foizga oshgan). Kasallikning shishlarsiz, gipertenziyasiz kechuvchi monosimptomli xili 3 marta oshgan. Albatta bu bolalarga nisbatan jamlashtiruvchi «Nefrit» terminidan foydalanish mumkin, biroq ularning bir qismida nefritga o'hshash kasallik bo'lishi mumkin deb uylash mumkin.

GN manifestatsiyasi va xatto rivojlanishning Ko'p darajasi shu regionda ustunlik qilayotgan u yoki bu infeksiyaga bog'liq. Xususan malyariyadan so'ng rivojlanuvchi nefrit Afrika kogninentining Ko'p mamlakatlariga xos, poststreptokokkli nefrit-Malayziya uchun xosdir. Shuni esda tutish kerakki, poststreptokokkli nefrit antibakterial ta'sirlarga chidamli mikroblar shakllari kelib chiqqanligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin

## **ETIOLOGIYASI**

O'tkir glomerulonefrit (UGN) etiologiyasida quyidagilar farqlanadi.

1. Streptokokkli infeksiyaga (Ko'pincha bu beta –gemolitik streptokokkning A guruhi 1:2:4 tiplari). Angina, streptokokkli impetigo va boshqa kasalliklarni o'tkazgandan so'ng.
2. Stafilokokk
3. Pnevmonokokk
4. Viruslar: Sitomegaloviruslar, -viruslar (Yapon puletsiyasi yosh bolalarda UGN chaqiradi).
5. Malyariya plazmodiyalari, zaxm qo'zg'atuvchisi.
6. Shuningdek UGN boshqa sabablar natijasida rivojlanish mumkin.

1. Emlashdar, dori vositalari.
2. Ilon va ari chakishlari.
3. Organizmni sovukda qolishi.

UGN nasliy tabiatli bo'lishi ham mumkin. Bu Alport sindromi va Gudpascher sindromi.

KBM—bu kalinligi 300nm li 3 kavatli matriqs glikoproteidlardan iborat, uz ichiga fibropeptin, laminin, 4-tip qollagen, manfiy zararlangan geparansulfat proteoglikanlarni oladi.

4-tip qollagenning turli variantli zanjirlari bor, ular uz navbatida g6 gacha 4 tip qollagen deb belgilanadi. Xar bir zanjirni o'z geni kodlaydi. Bu genlar juft xolda 3 ta turli xromosomalarda joylashadi. 4 tip qollagenining 2 ta zanjiri bilan eng muxim klinik sindromlar bog'liq: Alport, Gudpascher

#### PATOGENEZI (ZAMONAVIY QONTSEPTSIYALAR)

Xozirda UGN patogenezi KBN shikastlanishi haqida avvalgi fikrlar yo'q. Bmga depozitlar o'tirishini tushuntiruvchi Ko'plab nazariyalar mavjud, ammo biz ko'ptokchalar shikastlanishini etarli tushuntiruvchi ikkitasida tuxtab utamiz. Buyrak ko'ptokchalarida yallig'lanish reaksiyasi (epitelial va mezenximal hujayralar proliferatsiyasi, ekssudativ o'zgarishlar) immun xosilalar ta'sirida rivojlanadi, bunda ikkilamchi patogenetik omillar sifatida ivituvchi sistema, komplement sistemasi ishtiroq etadi.

Nefritogen streptokokklar patogenlik xususiyatini namoyon qiluvchi ma'lum ANG tutadi. Bu ANG geparansulfatproteoglikanlar xisobiga manfiy zaryadga ega bo'lgan kapillyar bazal membranasi bilan bog'lanadi. Natijada strukturalar bir-biri bilan birikadi. Bu jarayon davomida biriktiruvchi to'qima dezorganizatsiyasi ruyberadi. Fiksatsiyalangan ANG ga mos immunoglobulin G ishlab chiqaradi, lekin ba'zan immunoglobulin M, A ishlabchikarishi mumkin. 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda KBM tartibiga neonatal tipdagi PNG kiradi, kaysi KBM ning neoqollagen strukturasi bilan boglangan. Bu ANG ga ANT xosil bo'lmaydi yoki juda sekin xosil bo'ladi. Gudpascher sindromini 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchramasligini shu bilan tushuntirish mumkin.

Ikkinchi mexanizm. Bola organizmiga infeksiya tushadi. Tushgan ANGga nisbatan mos ravishda IgG2, IgG3, IgA xosil bo'ladi. Qonda aylanib yuruvchi IXlar xosil bo'ladi. Lekin IgG makrofaglar ( vazifasi IXlar eliminatsiyasi) retseptori bilan kam o'hshashlikka ega, shuning uchun IX lar Qonda uzok aylanadi. IXlarni KMBga fiksatsiyasi ham zaryad xisobiga amalga oshishi mumkin. Ya'ni musbat zaryadlangan. IX KMBga yopishadi. Natijada uta sezuvchanlikning sekin turida KMBda immun yallig'lanish rivojlanadi. Bu mexanizm o'tkir va o'tkir osti GN uchun xarakterli. Agar biriktiruvchi to'qima (shuningdek uning noqollagen strukturasi ) ANG sifatida yuzaga chiqsa autoimmun yallig'lanish rivojlanadi, ya'ni KBM autologik IXlarni tutadi. Bunda uta sezuvchanlikning sekin turinamoyon bo'ladi. U GNning mezangial shakli bilan ifodalanadi. Xususan immunokompleks mexanizmiga korinda Ko'proq uchraydi.

KBM shikastlanishiga gumaral reaksiyalar javobgar- katta rol komplement sistemasiga qaratilgan. Buyrak koptokchalarining eng o'g'ir shikastlanishi immunologik reaksiyalarining ikkinchi turida bo'ladi.

Komplement aktivatsiyasi- ketma-ket komplementning ma'lum 11ta komponenti xosil bo'ladigan murakkab jarayon AG, AT va komplementdan iborat kompleks ta'sirida membranadan kationlar transporti keskin uzgaradi, kaliy hujayradan tashqariga chiqadi va osmotik lizis ko'zatiladi. Jarayonga buyrak to'qimasini kushilishida asosiy urin komplementining SZ reaksiyasiga qaratilgan.

Komplement aktivatsiyasining ikkita yo'li mavjud: to'g'ri (mumtoz) va aylanma (alternativ) to'g'ri yo'lda IgG va IgM sinfiga kiruvchi AT bilan AG uzaro munosabatda bo'ladi va S1-S3 orkali S9 tomonga kaskad reaksiyalar ketadi. Aylana yo'l bilan aktivatsiyalanganda to'gridan-to'g'ri AG, AT reaksiyasi ko'zatilmaydi. Bu xolda limfotsitlar, polisaxaridlar, membranoliz maxsulotlari, plazma oqsillari(properdin) bilan ta'sirlashadi va S3, qolgan zanjirlar to'gridan-to'g'ri aktivlanadi. Komplementning aylanma yo'l bilan aktivlangan GV, Berje kasalliklari rivojlanishda katta rol o'ynashi hozirda isbotlangan. Qonda sirkulyatsiyalanadigan va kapillyarlar BM ga fiksatsiyalanadigan birinchi navbatda koptokchalar Bmga ,IX lar «to'qimani shikastlashdan saqlash»ga qaratilgan sistemada ketma-ket o'zgarishlar chaqiradi. Bular ichida muxim urin gemostaz sistemasiga qaratilgan. Bu sistema aktivlanishi lokal giperkoagulyatsiya ko'rinishida bo'ladi.

Koptokchalarga fiksatsiyalangan IX lar ta'sirida kapillyarlar endoteliysi shikastlanadi, trombositlar va boshqa shaklli elementlar agregatsiyalanadi, kapillyar stazi ko'zatiladi: Progressiyalanuvchi GNda fibrinoliz depressiyasi, parakoagulyatsiya ko'zatiladi va koptokcha kapsulasi bo'shlig'i yonida fibrin tuplanishiga sharoit yaratadi, bu esa sklerotik shakllari rivojlanishiga sharoit yaratiladi, bu esa sklerotik shakllari rivojlanishiga asos bo'ladi.Shunga bog'liq xolda GN turli shakllarida turli xarakter va darajadagi DVS-sindrom rivojlanadi. GN da uchrovchi DVS sindrom ko'rinishi bo'lib xisoblanadi: koptokchada fibrin topilishi, plazmada, Qonda va siydikda PDF va fibrinogen topilishi. Gemostaz buzilishida prostaglandin , kalikrein-kinin sistemasi ishtiroq etadi. Bunda rivojlanuvchi sirkulyator va neyroendokrin siljishla–GN ning klinik ko'rinishlarni tasdiqlovchi turli xil sindromlarga olib keladi.

#### PATOLOGIK ANATOMIYA SI

Topografiyasiga kura intra va ekstrakapillyar xillari farqlanadi, yallig'lanish xarakteriga kura- eksudativ, proliferativ va aralash turlari mavjud, kechishiga kura:

- 1) o'tkir;
- 2) o'tkir osti;

3) surunkali yallig'lanish jarayoni tarqalganligiga kura:

a) diffuz; b) o'choqli.

O'tkir GN-dastlabki kunlari ko'ptokchalar giperemiyasi ustunlik qiladi, keyinchalik endoteliy va ayniqsa mezenximal hujayralar leykotsitar infiltratsiyasi kushiladi. Shuning uchun quyidagi fazalar farqlanadi:

1. Ekssudativ
2. Ekssudativ-proliferativ
3. Proliferativ

Ba'zan o'tkir nekrotik GN ko'rinishida uchrashi mumkin. Buyrak kattalashgan va shishgan. Piramidalar qoramtir va qizil rangda, pustlok kulrangsimon kungir rangda, kesma yuzasida mayda qizil toshmalar kurinadi. Bu o'zgarishlar kaytar bo'lishi yoki bir yilgacha saqlanishi va surunkali GN ga utib kyetishi ham mumkin.

O'tkir osti GN- bu tez rivojlanuvchi, xavfli GN.Unga nefroteliy va podotsitlardagi ekstrakapillyar produktiv o'zgarishlar xos bo'lib, yarimoysimon xosilalar xosil qiladi. Buyrak qizil ko'rinishida bo'ladi.

Surunkali GN-ikkita shaklda uchraydi:

- 1) mezangioproliferativ-nisbatan xavfsiz kechadi.
- 2) 2)mezangiokapillyar glomerulonefrit-tez rivojlanadi va buyrak yetishmovchiligiga olib keladi.

Buyrak ko'rinishi: qattiq, rangpar, putlokda sariq doglar bilan.

Fibroplastik – sideroz va gialinoz jarayonlari ustunlik qiladi. Bu jarayon diffuz yoki o'choqli bo'lishi mumkin.

Odatda buyraklar kichik, qittiqlashgan, yuzasi mayda donador.

### BIRLAMChI GN TASNIFI

<b>Glomerulonefrit shakli</b>	<b>Buyrakdagi jarayon aktivligi</b>	<b>Buyraklar funktsiyasi</b>
<b>O'tkir GN</b> - Nefrotik sindrom bilan -Nefritik sindrom bilan -Aloxida siydik sindromi bilan -Nefrotik sindrom- gemat- uriya va gipertoniya bilan	-Boshlang'ich ko'rinishlar davri -Ortga rivojlanish davri -Klinik-laborator remissiya	- Buyraklar funktsiyasi buzilmagan - Buyrak funktsiyasini buzi lishi bilan - O'tkir buyrak yetish- movchiligi

<b>SurunkaliGN</b> -Nefrotikshakli -Gematuriqshakli -Aralash shakli	-Avj olish davri -Kisman remissiya davri -Butunlay klinik laborator remissiya davri	- Buyrak funksiyasi buzilishisiz - Buyrak funksiyasini buzilishi bilan - Surunkali buyrak yetishmovchiligi
<b>O'tkir osti (xavfli) GN</b>		- Buyrak funksiyasini buzilishi bilan. - SBE.

## GLOMERULONEFRITNING KLINIK TASNIFI

(N.A.Korovini va x.m.1990)

Shakli	- Gematuriq - Nefrotik - Aralash
Kechishi	- O'tkir - Surunkali - Jadal o'g'irlashuvchi
Davrlari	Faol davri:    - Avj olish - Qaytish - Klinik remissiya Nofool davri: - Klinik taxlil remissiya
Buyrak faoliyati	- Buyrakfunksiyasisaqlangan - Buyrakfunksiyasibuzilgan - UBE - SBE

### KLINIKASI

O'tkir GNning klinik kechishi, ko'rinishlari va laborator ko'rsatkichlarini qisqacha xarakterlash mumkin emas.

O'tkir GN, A guruhga kiruvchi betagemolitik streptokokk chaqirgan, o'tkazilgan faringitdan 7-14 kundan so'ng yoki o'tkazilgan piodermiyadan 14-21 kundan so'ng rivojlanadi, shuningdek o'tkir Gn o'tkazilgan virusli infeksiyadan keyin ham rivojlanadi, ya'ni gripptan keyingi davrdir. Barchabemorlarda (85-95%) UGNsiklikeytishiniifodalovchi 3tadavrdaniborat.

1. Boshlang'ich davr.

2. Simptomlarni ortga rivojlanish davri.

3. To'liq klinik- laborator remissiya davri.

10-15% hollarda UGN siklik kechmaydi (salbiy) va rivojlanish davomida surunkali shakliga transformatsiyalanishi mumkin. (SGN)

Shuningdek asorati tufayli letal xolatga olib kelishi ham mumkin. Masalan UBE asorati tufayli aksariyat bemorlarda 4-6 hafta mobaynida yuzini shishganligi, teri koplamlari rang- parligini va diurez 200-300 mlG`sutkasiga kamayganligi aniklanadi. Siydik rangi xira, ba'zan gusht yuvundisi rangida. AB biroz kutarilgan ( 130-180-150-190 mm.sim.ust.), ba'zan korin va bel soxasida noma'lum ogriqlar, bosh ogriqi va kusish ko'zatiladi.

Keyingi 5-9 kun maboynida ko'z tubi o'zgarmagan xolda gipertenziya oshishi mumkin. Bu davrda gematuriya makrogematuriyaga yetishi mumkin. Proteinuriya 0,5-3,5gG`kun etadi, ba'zi bemorlarda unchalik katta bo'lmagan, kiska muddatli (3-5 kun) leykotsituriya (10-20 ml sutkasiga) shuningdek eritrotsitar silindruriya ko'zatiladi. Ko'pincha anemiya, leykotsitoz, eozinofiliya bo'ladi. Buyraklar funktsiyasi buzilmagan yoki biroz buzilgan Renal funktsiyalarni sezirali buzilganligini ifodalovchi UBE dagi oliguriyadan farqli o'laroq, bu oliguriyada siydik nisbiy zichligi yo'qori bo'ladi (1013 gacha).

Koptokchalar kamroq pasaygan (50-60 mlG`min endogen kreatinin klirensi buyicha). Qontsentratsiyalash va NQionlari ekskretsiya-qilish cheklanishi mumkin, S6n1206 Maksimal reabsorbtsiyalanadi. Zardobda mochevina mikdori oshib (« o'tkir davr» giperazotemiyasi), 3-5 kun mobaynida saqlanadi.

Kasallik siklik kechganda 2-3 hafta oxiridan boshlab simptomlar orkaga kayta boshlaydi, gipertenziya va shish, gematuriya, proteinuriya asta sekin kamayadi va yo'qoladi. Aloxida simptomlar 6 oydan Ko'p vakt saqlansa surunkali shakli haqida gapirish mumkin.

UGN boshlang'ich davrida ko'zatiladi:

- 1) o'tkir nefrotik sindrom-shishlar, gipertenziya, gematuriya, proteinuriya – 2 g/kun va undan Ko'p.
- 2) Aloxida siydik sindromi- gematuriya, shish va gipertenziasiz, proteinuriya
- 3) Nefrotik sindrom- shishlar, proteinuriya 2,5gG`kundan Ko'p, giperlipidemiya.

Boshlang'ich davrida gipertenziya fonida va o'tkir buyrak yetishmovchiligi ko'zatilishi mumkin, shuningdek UBE kabi kichik asoratlar ruy berishi mumkin.

Akademik Shanin ta'riflashicha nefrotik sindrom- bu organizm patologik xolati bo'lib, siydik bilan urta molekularli oqsillarni yo'qotish va uning Qon plazmasida Qonsentratsiyasi kamayishiga qaratilgan gomeostaz sistemasining reaksiyasi xisoblanadi.

Proteinuriya jarayonida organizm kichik va urta ulchamli (5.5 nm gacha) oqsillar, eritropoetin, transport oqsillari. Bunga javoban jigarda lipoprotein ishlab chikarish funksiyasi oshadi. Jigar massasi kattalashgan. Bu erda albumin va transferrin bilan bir katorda ultravioletga tushmagan yirik oqsillar-apolipoprotein V, E fibrinogen xosil bo'ladi.

Ularning Qon zardobidagi miqdori oshadi. Qon plazmasi tarqibi butunlay uzgargan. ONKO – va OSMO tik bosim tushadi. Bu plazmani tomirdan tashqariga- interstitsiyaga chiqishini ta'minlaydi. Shish xosil bo'ladi. Hujayralararo suyoqlik xajmi oshadi bu buyrakning nartiy uritik gormonga nisbatan areaktivligini, shuningdek parenximasidagi patologik o'zgarishlar natijasida bo'ladi. Laborator tekshirishlar natijasiga kura jigarda oqsil xosil bo'lishi 4 marta oshadi. Shunga qaramasdan oqsil miqdori normaga nisbatan 25% ga tushib ketadi. (xususan albumin). Ba'zi oqsillarni yo'qotish jigardaur sintezining intensivligini oshirish bilan tuldrib bo'lmaganidek , nefrotik sindrom eritropoetin yetishmovchiligini, transferrin yo'qotishidan anemiya bilan kechadi. IGL yo'qotilishi natijasida ortirilgan immunodifitsit xolati yuzaga keladi. Shuningdek gormonlar tashuvchilari yetishmovchiligidan endokrinopatiyalar vujudga keladi. Albumin bilan boglangan estrogen va androgenlarni yo'qotilish natijasida klinik jixatdan sezilarsiz gipogonadizm rivojlanishi mumkin. Yana vitaminlar tashuvchi oqsillar ham yo'qotiladi- raxit rivojlanadi (vitamin D yetishmovchiligi), siydik bilan kichikroq oqsillar (Ivish ingibitlari- antitrombin 111, S va S oqsillar) yo'qotiladi- giperkoagulyatsiya rivojlanadi. Buyrak venalari trombozi yuzaga kelishi mumkin. Jigarda lipoproteinlar Ko'p ishlab chikarilishiga javoban Qonda xolesterin miqdori oshadi.

UGNni surunkali shaklga (5-15% hollarda) utishi-surunkali GN deyiladi. SGN kuyidagi kasalliklarda rivojlanadi.

- 1) Membranoproliferativ GN
- 2) Membranoz nefropatiya
- 3) Alport sindromi
- 4) Sistemali qizil yugurdak (SKYu)
- 5) Diffuz glomeruloskleroz
- 6) Gemorrag'ik vaskulit
- 7) Tez avj oluvchi GN
- 8) Berje kasalligi.

SGN ning 3-ta shakli farqlanadi.

1.Nefropatik shakli - maktab bolalarda kaytalanuvchi kechishga ega. Klinik jixatdan turli darajadagi shishlar, 2,5 gG`kundan oshgan proteinuriya, disproteinemiya, giperlipidemiya bilan ifodalanadi. Morfologik koptokchalarda minimal o'zgarishlar. Kam hollarda mezangioproliferativ va boshqa o'zgarishlar. Buyrak funksiyasi saqlangan. Kortikosteroid va sitostatik preparatlardan foydalanish ijobiy natija beradi. Gematuriya va gipertenziya ko'z atilmaydi.

2.Aralash shakli - asosan maktab yoshdagi bolalarda uchraydi. Klinik nefrotik va gematuriq sindromlarni kushilishi bilan xarakterlanadi. Shuningdek ularga gipertenziya kushilishi ham mumkin. (Prognoz salbiy). Koptokchalar filtratsiyasi va buyrakning Qontsentratsiya funksiyasi barvakt buziladi buyrak bioplatida ko'z atiladi.

SBE bu shaklini avj olishi tanlangan davolash muddati va usullariga bog'liq.

3.Gematuriq shakli – gematuriya shaklida faqat siydiksindromi bilan nomoyon bo'ladi. Mikro- va makrogematuriyaga birozgina proteinuriya (1gG`kungacha) kushilishi mumkin. Buyraklar funksiyasi saqlangan, AB normal. Buyrak bioplatida uchr hollarida diffuz MPGI, kanalchalar epiteliysi distrofik o'zgarishlari, interstitsial to'qima o'choqli sklerozi aniklanadi. Lyuministsent mikroskopda Ig G, M, komplement fibrinning oshishi ko'z atiladi. 40-50%hollarda immunoglobulin A ning oldida yoki total ogishi ko'z atiladi.Ig G normal darajada bo'lganda zardobda immunoglobulinlar oshadi. Bunday variantli GN, uni birinchi bo'lib tariflagan avtor nomi bilan Berje kesalligi deyiladi (yoki IgF-GN). Glyutenning antigen stimulyatsiyasi IgA giperproduksiyasini inkor etmagan xolda, kasallik rivojlanishi persisterlovchi virus infeksiyasi bilan bog'liq deb taxlil qilinadi.

### **DIAGNOSTIKASI**

UGN ni tashxisi yo'qorida aytilgan infeksiyon (Ko'pincha streptokokkli) va neoinfeksiyon faktorlar ta'sir etgandan so'ng tusatdan boshlanishi, shuningdek asosiy simptomlarni kushilib kelishi (shishlar, gipertenziyalar, siydik sindromi) ga kura kuyiladi.

Instrumental va laborator-bioximik tekshiruvlardan: siydikning umumiy taxlili, Zimnitskiy sinamasi, Nechiporenko, Amburje sinamalari, Addison-Kakovskiy sinamasi, siydikni ekmaga olish, sutkalik diurez mi'dorini aniklash, bioximik taxlili, siydik rN ni aniklash. Instrumental tekshiruvlardan: venografiya, uroografiya, UZI, arterial Qon bosimini tekshirish, EKG, ko'z tubini kurish qo'llaniladi.

### **QIYOSIY TASHXISOTI**

UGNni SGN farqlash lozim. SGN 1 yildan ortik davom etadi, gipomerulitning turli morfologik turlarida ekssudativ komponentlari sust rivojlangan ikkilamchi GNdan,buyraklar tugma displaziyasi natijasida rivojlangan Gndan, pielonefritdan farqlash lozim. Aloxiada siydik sindromi (gematuriya, uncha katta bo'lmagan proteinuriya) buyraklar funksiyasining

saqlanganligi, Ig A va Ig A saqlovchi SIK asosidagi Berje kasalligi glomerulyar chukmalar, aynan Ig A SGN ning gematuriy shakliga tashxis kuyishda asos bo'ladi. GNning ushbu shaklini gematuriya va proteinuriya, kanallar funktsiyasining cheklanishi bilan namoyon bo'lishi, almashinuv va boshqa tabiatli interstitsial nefritdan farqlash lozim.

GNga shubxa qilinganda kandy laborator tekshiruvlar qilinadi

- Siydik taxlili
- Zardobda komponentni aniklash(S3 va S4)
- Zardobda streptokokkga qarshi antitelolarni aniklash
- Antinuklear omilni topish
- Gepatit V markyorlarini topish
- Antinuklear sitoplazmatik antitelolar titrini aniklash

O'tkir diffuz GNnibuyrakni toksik shikastlanishidan, o'tkir pielonefritdan, DVS-sindromi yoki u bilan bog'liq patologik xolat,-gemolitiko-uremik sindromdan, trombotik,trombotsitopenik purpuradan, SGN zo'rayishlaridan, irnsiy nefritdan differentsiyalash lozim. Bolalarda buyrakni toksik shikastlanishlari, o'tkir infeksiyon kasalliklarda mikroorganizmning buyraklar tomir sistemasiga toksikosklerotik ta'siri ostida rivojlanadi. Buyrakning toksik shikastlanishi kam ifodalangan siydik sindromi bilan namoyon bo'ladi (siydik oqsili, mikrogematuriy, siydik chukmasida yakka silindr va buyrak epiteliylari) kaysiki infeksiyon kasalliklar avjida topiladi, keyin yo'qolib ketadi

UGNni birlamchi o'tkir pielonefritdan farqlash keyin. Lekin oxirgisiga yaqqol umumiy intoksikatsiya, anoreksiya, kungil aynash, kusish, tana vaznini,yo'qotish, chankash,yaqqol namoyon bo'lgan dizo'riya, neytrofiluriya, bakteruriya xos. UGN uchun xarakterli: shish sindromi, arterial gipertenziya, gematuriya,oliguriya buyrakning Qontsentratsiyalash funktsiyasining buzulishi.

Gemolitik-uremik sindromlari, oshkozon- ichak o'tkir kasalliklari, bir kancha dorilar ichish natijasida kelib chiqadi. Kasallik erta yoshda boshlanadi (2-3 yoshgacha). Gemolitik- uremik sindrom uchun o'tkir rivojlanuvchi gemolitik anemiya, gemolitik sindrom bilan birga keluvchi trombotsitopeniya xarakterli. UBE kelib chiqishi mumkin. O'tkir GN cho'zilgan formasini surunkali GN-ning o'tkirlashish davri bilan farqlash kerak. Bunda anamnezi chukur tekshiriladi. Bundan oldin bemor buyrak kasalliklari bilan ogriganligi, surunkali o'choqlar bor yoki yo'qligi aniklanadi.

Shuni aytib kerakki surunkali GN o'tkirlashishi biror infeksiya 2-4 kun utgandan so'ng boshlanadi. O'tkir GNda boshlanish davri uzokror (14-12 kun), agar o'tkir GN anamnezida umumiy intoksikatsiyabelgilari borligi, arterial gipertenziya, anemiya, disprotein- va

gipoproteinuriya, buyrak kanali funksiyasi buzilishi, buyrakda ketayotgan jarayonlar bir yildan ortik davom etayotgan bulsa- bu surunkali GN ekanligidan dalolat beradi.

#### DAVOLASH

- 1.1 Rejim va elektrolit balansini saqlash
- 1.2 Antibakterial terapiya
- 1.3 Vitaminoterapiya
- 1.4 Gipotenziv terapiya
- 1.5 Diuretik moddalar
- 1.6 Patogenetik terapiya
- 1.7 Glyo'qokortikoidlar
- 1.8 Immunodepressiv moddalar

#### **1. Rejim va elektrolit balansini aniklash.**

O'tkir GN da kasallik boshlanishidan 1,5 oy ichida yotok rejim belgilanadi. Yarim yotok rejimga-verandalarga chikkanda ruxsat beriladi. Erkin kasalxona rejimida-bola sayr qilishi kerak, massaj va parhez belgilanadi.

Buyrakka bog'liq bo'lmagan davri ekanligidan kat'iy nazar bunday bemorlarga allergiya chaqiruvchi mevalar, Ko'p tuz eyishi, ekstraktli moddalar kat'iyan man qilinadi.

Bunday bemorlarga meva va sabzavot maxsulotlarini, steroid terapiya o'tkazish davrida esa kuritilgan mevalar (KQtutuvchi) tavsiya etiladi. GN o'tkir fazasi 2-3 aktiv darajasida kasallik o'tkirlashganda xayvon oqsili, cheklangan tuzsiz ovkatlar beriladi. Shuni yoddaturish kerakki, tuzsiz arxezdagi ozik –ovkat tarqibida Na tutganligi (20 mmol Na) sababli

Овкат номи	Микдори	K+(мг)
Майиз	2/3	751
Пиширилган картошка	1 дона	503
Какао		
Апельсин соки	1 ст	480
Банан	1 ст	474
Ковурилган картошка	1 дона	451
Сабзи (курук)	3/5 чашка	364
	1 дона	341

giponatriemiya kelib chikmaydi.

**Kaliya boy maxsulotlar** Gipokaliemiya klinik va fiziologik okibatlarini kanday? Ion muvozanat buzilishi-gipokaliemiya, bu mushak kuchsizlanishi, parezi, ichak o'tkazuvchanligi buzilishi, zaporlar, ritm buzilishi, fibrilyatsiyaga olib keladi.

Kaliy eritmalarini yuborishning maksimal tezligi va Qontsentratsiyasi KQni korrektsiya qilish uchun yuboriladi. Bunda K<sup>+</sup> eritmada 40 mekvG<sup>-1</sup> (agar periferiq venaga yuborilsa) mikdorda bo'lishi kerak. Infuziya tezligi bunda 0.3mekvG<sup>-kgG<sup>-s</sup></sup> bo'lishi kerak. Agar tez yuborilsa paresteziya va flebitga, yurak faoliyati tuxtashiga olib kelishi mumkin. Agar bolaning xayoti xavf ostida bulsa (ritm buzilishi, fibrilyatsiya) unda 1 mekvG<sup>-kgG<sup>-s</sup></sup> gacha infuziya tezligini oshirish mumkin.

Giponatriemiya klinik simptomlari? Korrektsiya?

Natriyning kamayishi giponatriemiya deyiladi. Agarkliniksimptomlariboshlansakorrektsiyaqilinadi. Uturlichabo'lishimumkin: oshkozon-ichakbuzilishidantortib, toruxiystatusbuzilishi, talvasavakomagachabo'lishimumkin. Bubemorlarga 3% gipertonikeritmayuboriladi. 1 mleritmayuborgandaNaQontsentratsiyasi 1 mekvG<sup>-lga</sup> oshadi.

## **2. Antibakterial terapiya.**

PoststreptokokkG-

ndaaktivantibakterialterapiyapenitsillinva shukatorgakiruvchipolusintetikpreparatlarbilankasallik boshlanishidan 1.5 oyichida o'tkaziladi. Kasallikmanifestatsiyasiboshlanishdan 1.5-2 oyinfeksiyao'choqlaripaydobulsa, surunkalitonzillitdaoperativsanatsiyao'tkaziladi. Uzokmuddatsteroidterapiyao'tkazilishiantimikrobximoyaishlatishgasababbo'ladi.

Ammobuasoratlarichidadisbakterioz 1chiurindaturadi. Bundaichakmikroflorasinitanlashuchunqolibakteriya, laktobakteriya, bifidumbakteriya, bifiqolkabipreparatlarichiriladi.

AntibakterialpreparatlarichidaGNnidavolashuchunnefrotikta'sirgaegalari (monomitsin, kanamitsin) qo'llanilmaydi. Boladatonzilloektomiyaoperatsiyasinito'gribajarishuchunoperatsiyauzvaktidabelgilanishiva 10 kundavomida( operatsiyadanso'ng) antibiotikvaantigistaminpreparatlarikullanishikerak.

**3. Vitaminoterapiya** Angioprotektiv ta'sur uchun vitamin S kam dozada beriladi. Vitamin A ( retinal) biriktiruvchi to'qima dezorganizatsiyasiga qarshilik qiladi. Vitamin D antiraxitga effekt beradi. V gramma vitaminlari ham qo'llaniladi.

**4. Gipotenziv terapiya.** Gipotenziv moddalar 4 guruhga bulinadi. 1-guruhga MNSni tinchlantiruvchi preparatlar: valeriana, pusto`rnik kiradi. Ular giperkortitsizm belgilari paydo bo'lganda qo'llaniladi. 2-guruhga antiadrenergik moddalar: rauvolfin, klofelin, ganglioblokatorlar kiradi. 3-gshuruxga nitroprussid va apressin kiradi. Bu moddalar Gnni davolashda xozirdan

kullanmaydi. Gnni davolashda asosan 4-guruh preparalari diuretiklar Ko'proq qo'llaniladi.Xozirda gipotenziv moddalar: nifedipin, kaltsiy kanallari blokatorlari: kaptopril qo'llanilmokda.

Usmirlarda arterial gipertenziyada kanday tekshirishlar o'tkaziladi? Bunda buyrakning yashirin patologiyasini, xirurgik korrektsiyaga olib keluvchi buzilishlarni aniklash uchun tekshiruv olib beriladi. Agar oilaviy anamnezida essentsial gipertenziya bulsa tekshiruvlar natijasiz xisoblanadi.

Tekshiruv: siydik taxlili, kreatin, mochevinani aniklash, buyraklar KZIsi, agar bolada diastolik bosim 120 mm.sim ust bo'lgan gipertenziya bulsa- angiografiya o'tkaziladi.

**5.Diuretiklar** Nefrotik xarakterdagi shishlarda gipotenziv moddalar, tuzsiz dieta, yotok rejimi qo'llaniladi. Nefrotik va aralash genezli shishlarda diuretiklar qo'llaniladi.Diuretiklar ta'sir mexanizmiga kura 3 turga bulinadi.

1-guruhga saluretik moddalar ( dixlotiazid, furosemid, uregit, brinaldeks) kiradi. Dixlotiazid Gnda shish bo'lganda qo'llaniladi. Furosemid- yaqqol yoki unchalik yaqqol bo'lmagan nefrosklerotik o'zgarishlarda qo'llaniladi. Diuretik effekt 4 soat ichida 1-5 mgG`kg bola o'g'irligi dozasida ko'zatiladi. Gipotiaziddan farqli ravishda furosemid kam mikdorda KQuretik ta'sir ko'rsatdi. Buyraklar funktsiyasi birdaniga pasayishi- sklerotik jarayonlarda aloxida transport sistemalar buziladi va diuretik moddalarga nisbatan sezgirlik oshadi.

2 guruhga organizmda KQtutib turuvchi moddalar kiradi (aldakton va veroshpiron)

3 guruhga tomirda osmotik bosimni uzgartiruvchi moddalar kiradi. Ularga mannit, reopoliglyo'qin kiradi. Osmotik diuretiklarga yana albumin, tuzsiz protein kiradi. Ular tomirga Ko'p mikdorda yuboriladi.

Tiazid guruhi diuretiklari furosemiddan nimasi bilan farq qiladi?

Dixlotiazid distal kanallarda va Genli kovuzlogiga nisbatan Ko'p xolda Na, Cl reabsorbtsiyasini ingibiraydi. Ta'sir yuborilgandan so'ng 1-2 soat ichida yuzaga siqib eng yo'qori ta'siri 4-6 soat ichida yuzaga keladi. Ta'siri furosemidga nisbatan uzokroq davom etadi. Tiazidlar shishlarda kamroq, lekin gipertenziyada effektivroq, giperkaltsiuriyada proqsimal buyrak kanalchalariga bog'liq atsidoz korrektsiyada yaxshi naf beradi. Gipovolemiya va gipokaliemiyaning chaqiradi.

Furosemidning diuretik ta'siri nimaga asoslangan?

Furosemid Genli kovuzlogining kutariluvchi oyokchasiga ta'sir

ko'rsatadi. Bu bilan Na, K, Cl ni bloklaydi. Bu bilan Ca<sup>2+</sup> va Mn<sup>2+</sup>

resorbtsiyasini susaytiradi. VG'i yuborilganda 5 min dan so'ng va eng yo'qori ta'siri 2 soatdan so'ng boshlanadi.

**6. Patogenetik terapiya.**

Asosiy rolni immunomodulyatsiya o'ynaydi. Bunda ortikcha antitelo xosil bo'lishidir, birlamchi gipoimmun xolat fonida paydo bo'ladi. Bu bilan birga yallig'lanish mediatori tormozlanishi, komplement, Qonda proteazlar aktivligi, trombositlar, kinin, limfokin, gistomin, prostoglandinlar tormozlanishi ham bo'ladi.

6.1 glyo'qokortikoidlar-mezenximial hujayralarga katabolik ta'siri tufayli Gn ni davolashga keng qo'llaniladi. Bu proliferativ-sklerotik jarayonlar tormozlanishiga olib keladi. Bu asosan prednizoloni antikoagulyantlar va antiagregantlar bilan birga kullanganda Ko'proq namoyon bo'ladi.

6.2 ta'sir mexanizmiga kura immunodepressiv moddalar bir necha guruhga bulinadi.

1-guruh antimitotik moddalar (tsiklofosfan, xlorbutil)

2-guruh antimetabolitlar (6-merkaptopurin, azatioprin)

3-guruh fermentlar (L- asparag'inaza).

4-guruh alkaloidlar (vinblastin, vinrkistin, qolxitsin).

5-guruh antibiotiklar (xloramfeniqol, mitotsin S, aktinomitsinS, D).

Nefritlarni davolashda patogenetik zamonaviy mollalar ichida Antiagregant-dipiridamol (kurantil) roli katta. Bu modda trombositlar agregatsiyasini tormozlaydi, mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydi, mayda tomirlar spazmini kamaytiradi. Prednizoloni xlorbutil va geparin bilan kushib kullash Gn da tez diuretik ta'sir kerak bo'lganda va buyrak to'qimasini fibroblastik o'zgarishlari bo'lganda yaxshi yordam beradi. Shu maqsadda terapevtik moddalar kompleksiga 4 komponentlar-kurantil ham kushiladi. Bu 4 komponentli terapiya Ko'p tarqalgan membranoproliferativ GN ni davolashda yaxshi naf beradi. Sitostatik urinda bu hollarda Ko'pincha xlorbutin urniga azatioprin 2-3 mgG`kg 1 kunda dozada qo'llaniladi. Geparin 150-200 edG`kg kun parenteral, kurantil 3-5mgG`kg kun dozada qo'llaniladi. Prednizolon dozasi 1 mlG`kg kundan oshmaydi. Terapiya davomiyligi 6oy.

Glyo'qokortikosteroidlar GN da qarshi ko'rsatma xisoblanadi. Bundan tashqari buyrak displaziyasini, GN ning sklerotik variantlarida, gormonorezistentligi paydo bo'lganda, gormonal terapiya asoratlarida (kaltirash, katarakta, steroid diabet, osteoporoz, OIS yara kasalligida, arterial, miya ichi gipertenziyalarida) infeksiyalarda qo'llanilmaydi.

GN ni davolashda indometatsin ham ishlatiladi. Bu preparat GN ning aktivligi oshganda, buyrak dizembriogenez belgilari yo'qolganda aloxida yoki boshqa preparatlar bilan birga qo'llaniladi.

### **ASORATI**

Azotemiya-asosiy asoratlaridan biri. Bu buyrak yetishmovchiligi tufayli kelib chikkan Qonda azot va mochevina mikdori oshishi bilan xarakterlanadi. Mochevina ajratish tezligi istemol qilingan oqsil mikdoriga bog'liq. Buyrak o'g'ir patologiyasida mochevina ekskretsiyasi

buzilib reabsorbtsiyasi kuchayadi. Bu uz navbatida Qonda mochevina Ko'payishiga olib keladi. Lekin boshqa patologik hollarda ham mochevina miqdori oshishi mumkin. Shuning uchun buyrakka bog'liq azotemiya ekanligini aniklash uchun buyrakda kreatinin balansini aniklash lozim. Kreatinin mushaklarda arginin va metionindan xosil bo'ladi. Kreatin ma'lum miqdorda kreatiniga aylanadi va mushukdan siydikka utadi.

Qonda kislotatash muvozanati uzgaradi. Elektrolit balans buziladi. Anemiya yuzaga keladi. Bu sindrom bo'lgan bola fizik rivojlanishdan orkada qoladi. Shish va gipertenziv sindrom kuchayadi.

### **PROFILAKTIKASI**

**O'tkir GN ni** oldini olish chora-tadbirlariga GN bilan kasallangan bemorlarni sogaytirish, dispanser ko'zatuvinini olib borishdan iborat. Kasallikni bartaraf etish uchun organizmdagi surunkali infektsiya o'choqlarini: antiga, karioz tishlar, xalkum bo'shlig'i infektsiyasini erta aniklab infektsiyani oldini olish va mavjud infektsiyalarni oldini olish choralarini kullashdan iborat.

### **DISPANSER NAZORATI**

Kasallikning davriga qarab, faollik, klinik jixatdan forixlanish davrlarini ko'zda tutgan xolda olib boriladi. Glomerulonefritning kaytalanib, surunkali kechishiga moyilligi uzok muddatli ,boskichli dispanser nazorati olib borishni takozo etadi. Glomerulonefrit bilan kasallangan barcha bemorlar dispanser nazoratiga muxtoj bo'ladi. Bemor shifoxonadan chikkandan so'ng bir xafta ichida maxalliy vrach tomonidan kurulishi, Qon bosimi ulchanishi va dispanser nazorati xisobiga olinib ,maxsus xujjatlar yuritilishi lozim.

Shifoxonadan to'liq (klinik-bioximik jixatdan) tuzalib chikkan bemorlar kelgusida bir yil mobaynida xar 3 oyda bir marta tekshirilib turiladi. Agar shu vakt mobaynida kasallik kaytalanmasa bemorni 6 oyda bir marta kuriqdan o'tkazib turish etarli xisoblanadi. Xar oyda siydikning, Qonning umumiy taxlili o'tkazib turilishi shart. Klinik va bioximik jixatdan kasallikdan forix bo'lgan bemorlar siydikdagi qoldik o'zgarishlar saqlangan takdirda xar oyda bir marta kuriqdan o'tkazilib , xar 2 oyda Qonning umumiy taxlili kurib boriladi. Agar sogayish to'liq bo'lmagan bulsa bemor xar oyda, glyo'qokortikoidlar kabul qilish davom etgan xolda xar xaftada kuriqdan o'tkazilishi, xar xaftada siydik va Qonning umumiy taxlilini o'tkazish takozo etiladi.

Dispanser nazorati davomida vrach bemorning axvoliga qarab , kun tartibi va yo'l kuyish mumkin bo'lgan jismoniy kuchlanish darajasini belgilab beradi. Ko'zatuvi davomida kasallik kaytadan rivojlansa bemor kaytadan faol muolaja olish uchun shifoxonaga yotqiziladi. Nazorat davomida ko'zatuvdagi bemorlarda biror utkinchi kasallik rivojlansa (URVI, tumov, zotiljam) bolaga chegarlangan kun tartibi tavsiya etilib, 10-14 kun davomida antibiotiklar,

desensebilizatsiyalovchi dorilar (dimedrol, suprastin) tayinlanadi, gormonlar miqdori biroz oshirib kuyiladi. Bu kasallikning pirovardida albatta siydikning taxlilini o'tkazish shart. Kasallikdan tuzalgandan keyin organizmdagi surunkali yallig'lanish o'choqlari yo'qotiladi. Profilaktik emlashlar kasallikdan to'liq tuzalgandan so'ng 1 yildan so'ng o'tkaziladi.

Dispanser nazorati glomerulonefritning gematuriy shaklida beor kasallikdan to'liq tuzalgandan keyin 2 yil davom ettiriladi, nefrotik shaklida esa kasallikning oxirgi xurujidan so'ng 5 yil davomida ko'zatish tavsiya etiladi, ammo doimiy ko'zatuvi davom ettirilib bola 15 yoshga tulganda terapevt ko'zatuvi o'tkazilishi Ko'proq maqsadga muvofikdir.

### **Bolalarda surunkali glomerulonefrit kasalligi.**

Glomerulonefrit- (glomerulo-koptokcha) nefrit s'zi nefron degan s'zdan olingan bo'lib «it (lot)» nefronni yalli?lanishi degan ma'noni bildiradi. Bu o'ir kasallik xisoblanib, hamma yoshdagi bolalarda uchraydi, ayniqsa 5 yoshdan 20 yoshgacha, yrtacha 7 yoshdan 12 yoshgacha k'proq uchrab turadi. Surunkali glomerulonefritda nafaqat buyrak balki buyrakdan tashqari boshqa a'zolar ham zararlanadi. Surunkali glomerulonefrit infeksiyon-allergik kasallik xisoblanib buyrak koptokchalarini zararlanishi bilan xarakterlanadi. Ignatov.A.I ta'biricha glomerulonefrit infeksiyon-allergik kasallik bo'lib, asosida autoimmun jarayon yotadi.

Etiologiyasi: Chaqiruvchisi stafilokokk, streptokokk, 80% hollarda gemolitik streptokokk «A». Streptokokkni 40 ta tipi bo'lib, nefrotik tipi 12,4,18,25 xisoblanib, Ko'pincha 12 tipi bolalarda nefrotogen xususiyatga ega. Ignatov A.I. k'rsatmasi buyicha infeksiyon kasalliklar: URVI, gripp, skarlatina, kizamik, -paratif, kukyutaldan keyin ham kasallik rivojlanishi mumkin. Viruslar streptokokkni aktivlashtirib, kasallik rivojlanishiga sababchi bo'ladi.

Kasallikni keltirib chikaruvchi omillar bo'lib xisoblanadi:

1. Sovukda ?olish- bola uzok vakt sovuqda ?olganda buyrak tomirlari ?iskarib, koptokchalarda Qon aylanish jarayoni buziladi. Qon aylanishi sekinlashishi esa stazga olib keladi. Shuning uchun kasallik ?ish va bahor oylarida ko'zatilib, yozda va ko'z oylarida kamayadi.

Buyrak morfologiyasi: Buyrak bu murakkab naysimon bez xisoblanib, unda ikki mln nefron bo'lib, nefronni tuzilishi-nefron Qon tomirlardan tuzilgan koptokchadan iborat. U olib keluvchi vaza afferens va olib ketuvchi vaza efferensdan iborat. Keltiruvchi tomirni devorida muskul tolasi bo'lib, buyrak kanalchalarini boshqarib turadi, yo'qsta glomerulyar hujayralar renin ishlab chiqaradi u esa AG`B ni boshqaradi. Olib ketuvchi tomirlar egri bugri kanalchalarni xosil qiladi bu erda organik moddalar - azot qoldigi, mochevina kreatinin, birlamchi siydikG`180-200IG`, natriy xlor, oqsil-aldosteron tasiri ostida va oxirgi siydik xosil bo'ladi (1500-2000ml).

**Ytkir glomerulonefritni surunkali shakliga utishiga olib kelishini k'rsatuvchi me'zonlar.**

1. Kasallik boshlanishidan boshlab 6 oy davomida kliniko-laborator remissiya bulmasligi.
2. O'tkir glomerulonefrit manifestatsiya xolatida 2 va undan ortik jarayonlar xuruji bo'lishi.

### **Patogenezi.**

Streptokokk va uni toksinlari Qonga utib, buyrakga borib buyrak hujayralaridagi oqsillarni sifatini uzgartiradi, natijada bu oqsillar denaturatsiyaga uchrab autoantigenga aylanadi. Buyrak autoantigeni Qonga utib RES da unga qarshi antitela ishlab chikariladi-nefrotoksinlar, autoantitelalar. Reaksiya antigen-antitela kompleksi ta'siri ostida buyrak koptokchalarida bo'ladi va diffuzli glomerulonefrit rivojlanishiga olib keladi. Oksidlanish-kaytarilish reaksiyasi buzilib, organizmda gistaminga o'hshash moddalar xosil bo'ladi va kaytadan buyrakni zararlaydi bu esa jarayonni surunkali kechishiga olib keladi.

**Qon bosimini oshish mexanizmi.** Infektsiya va uning toksini organizmda gistaminga o'hshash moddalar serotogistamin va boshqalar xosil bo'lib buyrak tomirlarini kiskartiradi buyrakni ishemiyaga olib keladi. Natijada Ko'p mikdorda renin ishlab chikariladi va u Qonga utadi. Reninni uzi noaktiv xolatda bo'lib, lekin Qonda alfa -globulin bilan kushilib yangi moda xosil bo'ladi, u angiotenzin yoki gipertenzin I deyiladi. U aminokislotalardan iborat. Gipertenzin I plazmadagi enzim tasirida gipertenzin II ga aylanadi. Gipertenzin II tomir devoridagi sillik muskullarni kiskartirib, aldosteron chiqishini Ko'paytiradi va bosimni oshishiga olib keladi. Buyrakda, eritrotsitda va boshqa to'qimalarda gipertenzinaza fermenti bo'lib gipertenzin II ni parchalaydi, shuning uchun bosimni normallashtirib turadi. Bulmasa bosim hamma vakt baland bo'ladi.

### **Shishni xosil bo'lish mexanizmi:**

1. Kapillyarlarni o'tkazuvchanligini oshishi natijasida oqsillar chiqishi Ko'payadi. Albuminlar xisobiga Qonda oqsil mikdori to'qimaga nisbatan kamayadi, natijada onkotik bosim kamayadi, suyoqlik tomirlardan to'qimaga uta boshlaydi.

2. Plazma xajmini kamayishi aldosteron ishlab chikarishni va gipofizni antidiuretik gormonni Ko'payishiga olib keladi. Aldosteron buyrak kanalchalarida natriy tuzini surilishini reabsorbtsiya bo'lishini kuchaytiradi. Qonda natriy Ko'payadi. Bu esa uz navbatida antiduretik garmonlarni chiqishini kuchaytiradi, natijada suvni surilishi va organizmda yigilishiga olib keladi.

### **Siydikda paydo bo'lgan patologik elementlarni mexanizmi:**

Bosimning oshishi natijasida va biologik aktiv moddalarni gistamin, glyo'quron kislota va boshqalarni buyrak tomirlariga tasiri natijasida koptokchalar kaplyarlarini bazal membranasini butunligi buzilib, undan Qon elementlari siydik bilan chika boshlaydi.

**Bolalarda birlamchi glomerulonefritning tasnifi (Vinnitsa  
1976 y.)**

**Shakli: O'tkir glomerulonefrit**

1. Nefritik sindrom
2. Nefrotik sindrom
3. Aloxida siydik sindromi
4. Nefrotik sindrom gematuriya va gipertenziya bilan.

**Yallig'lanish jarayoniga qarab:**

1. Boshlang'ich davri
2. Qaytish davri
3. Surunkali glomerulonefritga utish davri.

**Buyrak faoliyatiga qarab:**

1. Buzilmagan
2. Buzilgan
3. UBE

**Surunkali glomerulonefrit:**

1. Nefrotik shakli
2. Gematuriq shakli
3. Aralash shakli.

**Kechishiga qarab:**

1. Ko'zgalish
2. Noto'liq remissiya
3. To'liq kliniko - laborotor remissiya.

**Buyrak faoliyatiga qarab:**

1. Buzilmagan
2. Buzilgan
3. SBE

**O'tkir osti yomon sifatli glomerulonefrit:**

1. Buzilmagan
2. Buzilgan
3. SBE

**Nefritik variantiga** xos o'zgarishlar: kuchli rivojlanmagan shish, arterial gipertenziya, Qonda azot shlaklarini oshishi.

**Nefrotik variantiga** - kuchli rivojlanuvchi shish, anasarka, oliguriya, protenuriya, gipoproteneziya, giperxolesterineziya, Qon bosimi normada, azot shlaklari normada. Aloxida siydik sindromida-o'zgarish faqat siydik chukmasida bo'ladi.



### **Klinikmanzarasi:**

Ugилbolalarda 1,5-2 martaKo'proqkizlarga nisbatan uchraydi. Shikoyatiboshogri, kungilaynish, kusish, tanaxarorat kutarilishi, xolsizlik. Bolalardaxarxilitishimumkin, proteinuriyadan uremiyagachabo'lishimumkin.

Bolalargaxostomoni:

1. Ko'pincha abdominal sindrom ko'zatiladi. Kungilaynish, kusish, korinogri, jarroxlarkuligautishimumkin.
2. Bazivaktlardan nefrit boshlanishida eklampsiya bo'lishimumkin: nevrologik kasallikde buylash mumkin.
3. Klinikasi kam namoyon bo'lganda - pielit, pielonefrit deb noto'gri diagnoz kuyish mumkin.

### **Boshlang'ich belgilari.**

1. Intoksikatsiya-zaxarlanish belgilari: boshogri, xolsizlik, isitma, ishtaxanipasayishi, ranginiokarishi.

2. Keyinshishlar paydobo'ladi. Oldinkovogishshadi, yuzishshinkirag'an, keyinoyoklarida, belidashishbo'ladi.
3. Ba'zibolalardakasallikni 1-chikunidanboshlabboshogrigi, ko'zini xiralashishi, burunQonashiko'zatiladi. BularnihammasiQonbosiminioshishibilanbog'liq. Qonbosiminioshishiutuvchi, ya'nitransitorxususiyatgaega.
4. Yurak urishini suslashishi, ogriq paydo bo'lishi, xansirash, birinchi ton bugiklashishi, sistolik shovkin eshitaladi. Ekgda r-tishchasi pasaygan ikki fazali.
5. Doimiy belgilardan biri-siydik tomonidan bo'ladigan o'zgarishlar oliguriya, anuriya, ko'ptokchalarda filtratsiyani kamayishi natijasida bo'ladi, solishtirma o'g'irligi 1018-1030. Pasternatskiy simptomi aniklanadi. Siydik rangi gusht yuvindisiga uxshaydi, leykotsitlar, oqsil 3-9%. Siydik qoldigida gialinli, donachalar, epitelial silindrlar aniklanadi. Silindrlar oqsilini ivib qolgan moddadan xosil bo'ladi. Surunkali glomerulonefritning asosiy asoratlari:

### **Surunkali glomerulonefrit tashxisi.**

Surunkali glomerulonefritni aniklash uchun tashxisiy me'zonlar.

#### Minimal:

1. Genetik anamnez yigish.
2. Siydik Qon klinik taxlili.
3. Leykotsituriya tipini aniklash maqsadida siydik chukindisini morfologik o'zgarishlari.
4. Nechiporenko buyicha mikdoriy testi.
5. Zimnitskiy sinamasi.

Maksimal:

1. Qon biokimyoviy taxlili (oqsil va uning fraktsiyalari, mochevina, kreatinin, xolesterin, r-lipoproteidlar, transaminaza, elektrolitlar)
2. Koagulogramma
3. Reberg - Tareev sinamasi (filtratsiya va reabsorbtsiya darajasini aniklash).
4. Qondagi fermentlar spektri (gaptoglobulin, seruloplazmin, transferin, malatdegidrogenaza, antistreptolizin-0, komplement fraktsiyalari).
5. Qonni buyrakka qarshi antitelalar, rematoid faktorga, LE hujayralariga tekshirish.
6. Radioizotop tekshirish (renogramma, skanirlash).
7. Buyrak angiografiyasi.
8. Ko'z tubini aniklash
9. siydikning oqsil spektri
10. rentgenologik tekshirish (jarayon orkada Qaytish davrida)
11. Buyrak biopsiyasi.

### **Laborotor tekshiruvlari.**

1. Qonning umumiy analizida-EChTni tezlashuvi, leykotsitoz, leyko formulani chapga siljishi, qizil Qon tanachalarini kamayishi, eozinofiliya ko'zatiladi.

2. Bioximik taxlillarda: a) gipoproteinemiya 35-40gG<sup>l</sup>, siydik bilan kunda 20-30mg cha ajraladi.

б)disproteinemiya-alfa va beta globulinlar miqdori oshadi, albumin esa kamayadi.

3. Azot chikarish funksiyasini aniklash: mochevina 2,5-8,3 mmolG<sup>l</sup>, kreatinin 90-110 mkmolG<sup>l</sup>, siydik kislotasi 149mkmolG<sup>l</sup>, qoldik azot 14-28 mmolG<sup>l</sup>.

Ayniqsa kreatinin miqdorini aniklash Qonda va siydikda ahamiyatlidir, chunki kreatinin ekstrarenal faktorlarga bog'liq emas. Qonda miqdori oshadi, siydikda kamayadi. Qonda lipidlar miqdorini aniklash. O'tkir glomerulonefrit nefrotik sindromda lipidlarning umumiy miqdori oshadi. Xolestirinni oshishi nefrotik sindromni asosiy belgilaridan biri normada 3,64-6,7 mmolG<sup>l</sup>.

4. pH-nianiklashatsidozniuchdarajasibo'ladi.a) engilpH-7,33-7,31 b) urtao'g'irpH-7,30-7,21 v) o'g'irpH-7,2 vaundanpast.

5.Siydikni umumiy taxlili: proteinuriya 0,3%-16-18% birkunda, 3,0-14,0 vaundanKo'poqsilchiqadi.

Proteinuriyabo'ladi kachon kiko'ptokchamembranasio'tkazuvchanligi oshib, molekulyaro'g'irligipastoqsilalbuminsiydikbilanchiqsa.

Buglomerulonefritning nefrotikvanefritikshakligaxos.

Molekulyaro'g'irligiyo'qorivapastbo'lganoqsilsiydikbilanchiqsanosektivproteinuriya - deyiladi.

Buo'tkir buyraketishmovchiligining aralash formasigako'zatiladi.

Gematuriya: makrovamikrogematuriyabo'lishi mumkin. Neytrofilligranulotsit-pielonefritgaxos. Monoyushearleykotsituriya, silindruriya - gialinli, donachali, mumsimon, epiteLaal-glomerulonefritgaxarakterli.

Eritrotsitarsilindrlarniuchrashibuyrakkoptokchalarinizararlanganidandalolatberadi.

#### **Siydikdashakllmelementlarnisoniniani niklash.**

Addisso-Kakovskiy metodi buyicha erit 1mln, leykotsitlar 2mln, silindr 20 ming.

Amburje va Nechiporenko metodi kichik bolalarga qo'llaniladi.

Klirens metodi endogen kreatinin buyicha normada 80-150mlG<sup>min</sup>. Uzoq vakt davomida klirensni pasayishi bOmlG<sup>min</sup> surunkali buyraketishmovchiligidan dalolat beradi.

6. UTT, Ekskretor urografiya

#### **Surunkali glomerulonefritning asosiy asoratlari:**

1.Nefrotik sindrom uziga xos buzilishlari bilan «nefrotik kriz» asoratini keltirib chiqaradi (peritonitga xos simptomlar - tana xaroratini kutarilishi, rojistoe vospalenie, flegmonoz selyu lit, buyrak venalarining trombozi).

2.Miya apopleksiyasi, ko'z turpadasining otsloykasi Bilan tez rivojlanishi bilan kechishi.

3.Miokardodistrofiya, yurak ishemik kasalligi va Qon aylanishining buzilishi

### Сурункали гломерулонефритнинг турли хил шаклларини кийсий ташхиси

Клиник, лаборатор, анамнестик белгилар	Гематурик шакли	Нефротик шакли	Аралаш шакли
Анамнездан инфекцион касаллик билан огриган, зардоп профилактик эмлаш олган, сарамас яллигланиши, стрептодермия, отит, токсик воситалар билан кантактда булган	Характерли (купинча стрептодермия, сарамасдан кейин)	Барча нокулай омиллар х арактерли.	Нефротик шаклдаги хавф омиллари мос келади.
Оилавий аллергияга мойиллик	Катнашади	Катнашади	Доимо катнашади
Астено- вегетатив симтомлар (бош огриши, тез чарчаш, иштахасизлик, хаво етишмаслиги.	Яккол	Яккол	Яккол
Тана темпратурасининг кутарилиши.	Йук ёки субфебрил	Мумкин	Мумкин
Сийдик рангининг узгариши (гушт ювиндиси)	Хос	Йук	Баъзан булиши мумкин. Касаллик стадиясига боглик
Дизурик белгилар	Йук	Доимо ва тургун	Турли хил даражадаги
Шиш синдроми	Йук ёки юзида	Массив шиш	

## Сурункали гломерулонефритни сурункали пиелонефритдан фарк қилувчи белгилари

Симптомлар	Сурункали пиелонефрит	Сурункали гломерулонефрит
Иситма	Купинча фибрилл	Кам холларда субфебрил
Лейкоцитоз СОЭ	Юкори лейкоцитоз	Кам холларда лейкоцитоз
Белда огрик	Купинча	Кам холатда
Шиш	Йук еки кам	Купинча
Дизурик белгилар	1/3 - 1/4 холатда	Йук

**Kasallik okibati:** kasallikning klinik shakliga bog'liq bo'lib, Ko'p xolatda surunkali glomerulonefritning tuxtovsiz asta sekinlik bilan kuchayib borishi, buyrak to'qimasining chandiklanishiga olib keladi.

### Glomerulonefritning davolash programmasi:

1. Buyraklar strukturasi mikrobl-yallig'lanish jarayonining bartaraf etish.
2. Immunopatologik jarayonning pasaytirish yoki bosish.
3. Mikrotsirkulyatsiya va koagulyatsiya sistemasidagi buzilishlarning korrektsiyasi.
4. Buyrakning funktsional xolatini va diurezni tiklash.
5. Gipotenziv vositalar (arterial gipertenziyani bartaraf etish).
6. Membranno protektsiya yoki antioksidant ximoya.
7. Koptokchalar bazal membranasida sklerotik jarayonni tuxtatish.
8. Organizmning umumiy rezistentligini oshirish.
9. Boshqa organ va a'zoldagi buzilishlarni korrektsiyalash.

### Medikamentoz davolash.

1.Parxez № 7. Dietoterapiya-tuz va suvni kamaytirish, oliguriya paytida gipertoniya 4-5 hafta, keyin sutkada 0,5 g tuz beriladi. 8-chi haftadan 1,5 g tuz beriladi. Oqsil 1-1,5g/kg ovkat uglevod va vitaminlarga boy bo'lishi kerak. Shakar 12-15g/kg. 2-chi haftadan boshlab, oqsilga boy ovkatlar beriladi.

2.Tushak rejimi 3-4 hafta kasal yotganda teri tomirlari va reflektor buyrak tomirlari kengayadi, Qon aylanishi yaxshilanadi. Buyrakdagi tomirlar spazmi yo'qoladi. Bu esa bosimni pasaytiradi, modda almashinuvi yaxshilanib azot qoldigi xosil bo'lishi kamayadi.

3.Antibiotiklardan-penitsilin, ampioks, ampitsilin, eritromitsin va boshqalar.

4.Desensibilzatsiyalovchi dorilar: suprastin, diazolin, dimedrol, tavegil 1-1,5 oy davomida.

5. Antikoagulyantlar-Geparin 200-300 edG`kg` sut 2 marta teri ostiga davolash muddati 3-4 hafta asta sekin dozasini kamaytiramiz, Qon ivish muddatini nazorat qilgan xolda.

6. Kurantil-2-5mgG`kg uch marta.

7. Glyo`qokortikoidlardan. Prednizolon 1- 2-2,5mgG`kg 2-4 hafta.

8. Diuretik preparatlar beriladi shish va gipertoniya bulsa:furosemid, laziks 2mgG`kg, gipotiazid 5-YumgG`kg, eufillin 2-4mgG`kg, uregit 1,5-2,5mgG`kg, veroshpiron 5-10mgG`kg.

9. Gipotenziv preparatlar dan: rezerpin 0,07mgG`kg; dopegit 5-15mgG`kg, apressin 0,2-0,6mgG`kg, dibazol 2%-2ml, magneziya sulfat 25%-0,2mlG`kg.

10. Kaliy preparatlari-asparkam, panangin, kaliy atsetat gipokaliemiyada beriladi , bemor gormon olganda.

11. Tsitostatik preparatlardan 6-merkaptopurin 2-2,5mgG`kg, azotiopurin 2-3 mgG`kg, leykeran-xlorbutan 0,15-0,25mgG` sut, siklofosfamed 2-ZmgG`kg.

12. Indol birikmalari metindol, indometatsin. Metindol 2-ZmgG`kg.

13. Aminoxinolin katoridagi preparatlar (delagil, plakvenil, rezorxin, xloroxin) delagil 5mgG`kg, plakvenil 8mgG`kg.

Statsionardan keyin bemor sanatoriyaga yoki poliklinikaga dispanser nazoratiga utadi.

14. Immunitetni korrektsiya qiluvchi terapiya: - leykotsitar interferon ( amp.2 ml.)

- lizotsim (fl.50D 00,150 mg- 2 mgG`kgG` sut).

- glitseram 1 tabl. 2 maxal;

- eleuteroqokk, pantokrin 1 tomchi yoshiga.

**Гломерулонефрит билан булган болаларнинг поликлиникада диспансер кузатиш схемаси.**

<b>Мутахасислар куриги</b>	Махаллий педиатр тулик клинико-лаборатор ремиссия даврида 3-6 ойда 1 марта; қисман ремиссия даврида – 1-3 ойда 1 марта, ЛОР, стоматолог 1 йилда 2 марта; куз зарарланганда ва даволашда аминохинолон препаратлари қулланилганда – окулист 1 ойда 1 марта. Бошқа мутахасислар курсатмага биноан.
<b>Куригда эътиборга олиш керак.</b>	Умумий ҳолатни, шиш, А/Б, сурункали инфекция учоғ ҳолати.
<b>Қушимча текширувлар.</b>	1. Умумий сийдик таҳлили 2-4 ҳафтада 1 марта 2. Нечипоренко буйича сийдик таҳлили 1 ойда 1 марта 3. Умумий қон таҳлили 2-6 ойда 1 марта 4. Қоннинг биохимик таҳлили (мочевина, креатинин, холестерин, кальций, калий, протеинограмма 6-12 ойда 1 марта). 5. Эндоген креатинин клиренси 1 йилда 1 марта 6. Зимницкий синамаси 3-6 ойда 1 марта.
<b>Асосий соғломлаштириш йуллари</b>	1. Сурункали инфекция учоғини бартараф этиш 2. Интеркуррент касалликларни даволаш 3. касалхонадан чиқган беморларни тулик даволаш: - преднизолон 1-3 мг/кг 3 кун. - цитостатик препаратлар (хлобутил, циклофосфамид) даволаш дозанинг ½ қисми. - курантил 5-10 мг/кг 4. Гормонотерапия узок ушлаб турувчи дозада қуллаб даволаш. 5. Симптоматик даво (фитотерапия, витаминлар комплекс ива х.) 6. Жараён фаоллигига қараб физиотерапевтик муолажалар. 7. Санатор-курорт даволаш.

<b>Кузатиш давомийлиги</b>	5 йилдан кам эмас. Кузгалишлар кузатилганда катталар поликлиникасигача терапевт кузатуви.
<b>Жисмоний тарбия билан шугулланиш.</b>	Махсус гуруҳ ёки даволаш гимнастикалари А/Б ва пульсни назорати остида. Сийдик таҳлили утқизиш. Очик сув хавзаларида чумилиш мумкин эмас.
<b>Профилактик эмлашлар</b>	Таквим асосида ремиссия даврида.

Сурункали гломерулонефрит болани то катталар поликлиникасига утгунча кузатилади. Врач томонидан атрериал қон босими ва сийдик таҳлили қуйдаги тартибда

Хуруждан сунг биринчи 12 ойда	Ҳар ойда бир марта
Кейинчалик хуруж булмаса	Қваргалда бир марта
Зимницкий синамаси	2-3 ойда бир марта
Стоматолог ЛОР куриги ва ЭКГ	Ҳар 6 ойда бир марта

## DISPANSER KO'ZATUV

Kattalar poliklinikasiga utguncha davom etib, ko'zatuvi uchastka pediatri tomonidan har oy oxirida 1 marta AB ulchanadi. Siydikanalizi 2-3 oyda 1 marta Zimnitskiy sinamasi, yiliga 2 marta EKG, stomatolog va LOR tekshiruvini o'tkaziladi.

Dori terapiyasini kerakligiga qarab beriladi. Tibbiy emlash, jismoniy mashklar asosiy guruhda bo'ladi.

Bunda juda muhim :

- 1) Bolalarda surunkali o'choq infeksiyalarni davolash, olib keluvchi kasallik, gamma globulin va Qon preparat ayniqsa renoton kiritmaslik kerak
- 2) Bolada dieta, davolash o'tkazish
- 3) Bola sovqotish va boshqa tashqi muxit tasirdan saqlash.

**DAVOLASH VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 4 KURS TALABALARI  
UCHUN MO'LJALLANGAN "BOLALAR KASALLIKLARI" FANIDAN MUSTAQIL  
ISHLAR KALENDAR –TEMATIK REJASI.**

№	TMI mavzusi	Ajratilgan soat
1	Alport sindromi	5
2	Atipik pnevmoniyalar	5
3	Reaktiv artritlar	5
4	Tizimli qizilcha	5
5	Dermatomiozitlar	5
6	Tizimli sklerodermiya	5
7	Gastroezofagal refleks.	5
8	Mitral klapan prolapsi.	5
9	Surunkali hepatitlar	2
	Jami :	42

## Glossariy.

**PEDIATRIYA** (yunoncha pais,paidos-bola,iatria-davolash)-bolalarning rivojlanishi, ularda uchraydigan kasalliklarning sababi va rivojlanishi, ularni aniklash usullari,davolash va oldini olish tugrisidagi fandır.

Intranatal davr - Ona kornidagi davr

Postnatal davr - ona kornidan tashkaridagi yoki tugilgandan keyingi davr.

Ona kornidagi davr jinsiy xujayralarning otalanishidan boshlab to tugilishigacha bulgan davr. Bu 9 oygacha (270 kun) davom etadi. Fanda bu davrni 2 boskichga ajratib urganish kabul kilingan: embrionlar rivojlanishi( birinchi 3 oygacha) va platsentar(yuldosh) rivojlanish boskichlari (3 oydan 9 oygacha).

Gormonal yoki xomila davri - tuxum uruglanishidan boshlab blastotsid ona bachadonining shillik pardasida etilishigacha davom etadi (bir xaftagacha).

Etilish (implantatsiya) davri - 40 soatgacha yoki 2 kungacha davom etadi.

Embrion davri - 5-6 xafta davom etadi.

Teratogen omillar – xomilaga salbiy ta'sir etuvchi omillar

Embriopatiya – embrionlik davrida pushtning zararlanishi natijasida xomilada displastik buzilishlar paydo bulishi

Fetopatiya – fetal davrda xomilaning zararlanishi, gipoplaziya yoki displaziya yuzaga keladi Neofetal yoki embriofetal davr. - Ikki xafta davom etadi. Platsenta vujudga keladi, kupincha organlar shakllanadi (asab va endokrin sistemalaridan tashkari).

Fetal davri - 9 xaftadan boshlab tugruk paytigacha davom etadi. Bu davrda xomilaning etilishi gemotrofik yul bilan ta'minlanadi.

Erta fetal davrda - 9-xaftaning boshidan 28-xaftaning oxirigacha xomila organlarining tukimalari kiyosiy lashtirishga va tez usishi bilan ta'minlanadi.

Gipoplaziya – xomila a'zolarining rivojlanishdan orkada kolishi.

Displaziya – xomila a'zolarida nuksonlar bulishi.

Reabilitatsiya- - organ va tukimalarnin yukolgan funksiyalarini tiklash

Abilitatsiya –organ va tukimalarning umuman bulmagan funksiyalarini paydo kilish

Septik shok – bu utkir kompleksli patofizio logik sirkulyator disfunktsiya bulib, bunda kislorod ,ozik moddalarning t-malarga etkazilishi va toksik metabolitlarning chikarilishi buziladi. ;

Gipotenziya – bu kon bosimi sistemasining normaga nisbatan 2 standart kursatkichlarining pasayishidir

anotalmiya- kuzning yukligi

anentsefaliya- miya yarim sharlarini yukligi Q yuzini kurbakasimon bulishi.

Anotik-astatik sindromi – umumiy muskullar gipotoniyasi Q oligofreniya Q statik va xarakat rivojlanishdan orkada kolish Q bugimlar bushligi.

Bernard Xorner sindromi- ekzoftalm Qmnoz Qkovok ptozi.

Vardenburg sindromi- kuzlarning keng joylashuvi Q birikkan koshlar Q shox parda geteroxromiyasi Q tugma karlik.

Vediman-Bekvit sindromi - neyrologik uzgarishlar Q vmstseromegaliya Qomfalotsele Q makroglossiya.

Giyena- Barre sindromi - muskullar gipotonusi Q reflekslar yukolishi Q giperesteziya Qsimmetrik paralichlar Q nafas muskullarining falaji.

Gidrotsefaliya - bosh aylanasining kattalashuvi Qkuyosh botishi simptomiQ kusishQ muskullar parez va paralichlari Q akliy rivojlanishdan orkada kolish.

Gippel – Lindo sindromi – kuz turini angiomasIQteri angiomasIQ nevrologik uzgarishlar.

Glaukoma – kuzning ichki bosimining oshishi.

Gorner sindromi – kuz korachigining kichrayishi Q kovoklarni yopilishi Q ekzoftalm.

Greffe simptomi – pastga karaganda kamalaksimon parda ustida ok yoyning paydo bulishi.

Dakriotsistit – kuz yoshi bezlarini yalliglanishi.

Debillik – akliy usish koeffitsenti 0,50-0,70 ga teng, xarakat va nutk usishini kechikib rivojlanishi, nazorat ostida engil ishlarni bajarishi.

Idiotiya – akliy rivojlanish koeffitsenti 0,20, dan past, ukiy olmaydi, birovni yordami va kattik nazoratida bulishi kerak.

Imbitsillik – akliy usish koeffitsenti 0,20-0,50 ga teng, maxsus engil vazifalarni bajaradi, mustakil xayot kechira olmaydi.

Imprinting- laxzali chukur taassurot (manfiy va musbat)

Shabkurlik (kurinaya slepota) - kechki korongida kurmaslik.

Maslov simptomi – teriga engil igna sanchilganida-nafas olish chukkisida nafas olishni tuxtatishi.

«maymun kafti» simptomi - kul kaftida kundalang chizikning tulik kesib utishi.

Mikrotsefaliya- bosh miyaning tugma usmasligi Q kata likildok va cuyak choklarni vaktidan oldin bitishi Q kushsimon bosh tuzilishi Q peshonani pachaklanishi Q ruxiy rivojlanishdan orkada kolish Q spastik paralichlar.

Mendi sindromi – mongoloid turdagi yuz tuzilishi Q albinizm Q karlik.

Moshkovich sindromi- neyrologik uzgarishlar Q gemalitik anemiya Q trombotsitopenik purpura.

Mutizm- kattik salbiy ta'sir natijasida gapirmasdan kolish.

Oligofreniya- akliy va xulk-atvorni urtacha usishidan orkada kolishi.

Oksitsefaliya – peshona va kursatgich choklarining erta yopilishi Q kalla utkir uzunchok shaklini egallashi.

Preder-Viya sindromi - kriptorxizm Q nanizm Q semizlik Q oligofreniya Q muskullar gipotoniyasi.

Ptoz - kuz kovoklarining yopilishi.

Rozenbax simptomi - yumilgan kovokning kaltirashi.

Rud sindromi- idiotiya Q tugma ixtioz.

Ruminatsiya simptomi - barmoklarni ogziga solib majburiy kusish.

Svayer sindromi – ikkilamchi jinsiy belgilarning bulmasligi Q jinsiy xujayralarni diskineziyasi.

Skafotsefaliya - kursatgich choklarni erta bitishi Q kalla suyaklarini pachaklanishi.

Somnambulizm - uyku urtasida, kechasi turib yurish.

«Spina bifida» - umurtka pogonasining tugma bulinishi.

«Tizza upish» simptomi - utirgan xolda iyagini tizzasiga etkiza olmasligi.

Tik - ba'zi gurux muskullarini tusatdan kiskarishlari.

Nistagm- kuz olmalarini vertikal yo gorizontal, yo aylanma ritmik tremori.

Tirnok tishlash- passiv agressiv xolatni bildiradi.

Trixotillomaniya- uz boshidagi, koshlardagi, mijja sochlarini yulib yoyish

Trusso simptomi- elastik bogich bilan 3 min. davomida kisilganda, barmok muskullarini kiskarishi.

Turritsefaliya - kala suyaklarini minorasimon uzunlashuvi.

Tugma ogrik sezmaslik sindromi- suyaklarni sinishi Q til va lablarni tishlash Q talvasa Q taxikardiya Q gipertoniya.

«uch oyok» simptomi – bola utirganida orkasida tiralgan ikkala kuliga suyanishi.

Fotofobiya - yoruglikdan kurkish.

Xvosteka simptomi - kulok oldi soxasiga urib kurilganda, yuz muskullarining kiskarishi.

Iregeneratsiya — organizmning a'zo yo'olgan ?ismining, to'ima ?ujayralarining tiklanish ?obilyati.

2 degeneratsiya — ?ujayra va to'imalarning sifat ji'atidan o'zgarishi, aynishi.

Antli – Biksler sindromi - kraniostenoz Q braxitsefaliya Q xoanalar atreziyasi Q elka suyagi sinostozi Q suyaklar kiyshayishi Q yurak bulmachalari ora nukson Q endokard fibroelastozi.

Aper sindromi - makrotsefaliya Q gipertelorizm Q ekzoftalm Q antimongolid kuz kiyigi Q sindaktilya Q yirtik lab Q Fallo tetradasi.

Barre - Masson sindromi - tomirlar sistemasida gemangioma Q dermada joylashgan bezchalar Q shillik pardalarda, mushaklarda, suyaklarda, ichki organlarda joylashgan glomusli bezchalar Q kon bosimining oshishi Q taxikardiya Q bugilish Q psixoebotsional buzilishlar.

Blox - Shultsberger sindromi - tanada va oyok - kullarda chutir boglar Q teri atrofiyasi Q allopetsiya Q kuz gavxari va kovoklarning xiralashuvi Q tishlarning uzgarishi.

Vatson sindromi - upka arteriyasining torayishi Q oligofreniya Q terida kofe rangidagi doglar.

Volfa - Girshorn sindromi - ozginlik Q mikrotsefaliya Q gipertelorizm Q kichkina past joylashgan kulok, suprasi Q talvasa Q kuyon lab Q yirtik, tanglay Q tugma yurak nuksoni.

volf-parkinson-uayt sindromi krrinchalarning vakdidan oldin kuzgalishi Q r-k oraligining kiskarishi Q qrs kompleksining kengayishi Q ikkilamchi s-t uzgarish Q paroksizmal taxikardiya Q ekst-rasistoliya Q tusatdan ulib krlish.

vilms-boyren sindromi - aorta klapanlarini torayishi Q " elfa yuz " Q idiopatik bolalar giperkaltsiemiya.

goldenxar sindromi - ( okula-aurikulo- vertebral displaziya ) koloboma Q mikroftalm Q katarakta

shternberg simptomi - trapetsiyasimon va katta kukrak muskullarida yukori sezuvchanligi.

akrotsiano - barmoklarning kukarishi.

anasarka - umumiy shish

ano-ressle sindromi - intermitirlovchi sargayish, terining kichishi.

belskiy-filatov bilan kopluka simptomi - lunjning ichki shillik pardasida kizil chizik chegaralangan ok karashini paydo bulishi.

uoterxauz- frideriksen sindromi - yukori xaroratQ kusish Qkon tallashlarQ kukarishQ komaQ Cheyn-Stoks turida nafas ritmiQ gipotoniya.q Buyrak usti bezi utkir etishmovchiligi

«bronz sindromi» - Terida tuk sarik rang doglarQ gipotoniyaQ anemiyaQozginlikQgipoglikemiya.

visler-fankoni sindromi - Eritematoz toshmalarQ yukori xaroratQ bugimlarning shikastlanishi.

vitiligo - Terida ok yoki kora doglarning paydo bulishi (pes)

gallerman-shtref-frankioz sindromi - Gipertrixoz Q teri atrofiyasi Q tishlar anomaliyasi Q distefaliyaQkatarakta.

gipertrixoz - Teri yuzasidagi kup mikdordagi tuklar

grotta simptomi - Kindikdan chapda teri osti katlamini yupkalanishi

kaposha-yuliu skberga sindromi - Xaroratni kutarilishiQ intoksikatsiya

QakrotsianoQtaxikardiyaQxansirashQ gepatosplenomegaliyaQlimfoadinit.

kaffi-silvermana sindromi - Kattik shish Q yuz va pastki jag ustida shish Q isitma

kvashiorkor-plyurikarentsial infantil sindromi - Shishlar Q atrofiya Q gipertermiyaQ dermatozlar

kvinke shishi - Tusatdan lablarda shish, badanda allergik toshmalar paydo bulishi.

knamp –komrover sindromi - Triptofanpirrolaz fermenti aktivligining oshishi Q ekzema Q bronxial astma Q psixonevrologik buzilishlar Q talvasa Q yurish turishning uzgarishi

konchalovskiy rumpel-leed simptomi - Bogich pasti soxasidagi terida petexial toshmalarni paydo bulishi

krosti-janitti sindromi - Xaroratning kutarilishi Q kizil rangli papul toshmalar Q limfa bezlarni kattalashuvi Q splenomegaliya.

ksantamatoz - Teri yuzasida sarik doglarni paydo bulishi

layella sindromi - Isitma Q Tomokda, bel bugimlarida ogrik Q butun badanda eritematoz doglar va pufakchalar Q terini plastinkasimon ajralishi Q toksikoz Q miokardit Qnefrit Q gepatit

Lui-bar sindrom i limfagiektaziya - Teri teleangiektaziya Q ataksiya limfa tomirlarning kattalashuvi

koylonixiya - Tirnok ichida ok nuktalar va chiziklarni paydo bulishi

leyner sindromi - Oshkoz on osti fibrozi Q enterit Q atrofiya Q shishlar Q gipoproinemiya.

«meduza boshi» simptomi - Korin soxasidagi vena tomirlarini kengayishi

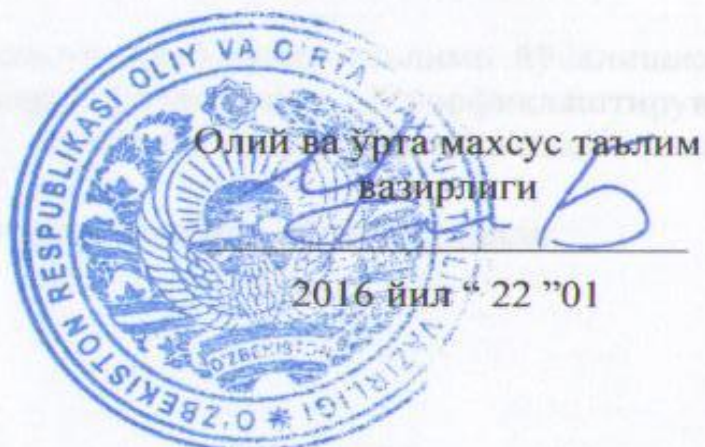
moniliaz - Ogiz bushligidagi shillik pardada ok karashni paydo bulishi

paronixiya – tirnoklarda mayda nuktali toshmalar

reyter sindromi - Kon'yunktivit Q artrit Q uretrit.  
reyno sindromi - Teri okarishi Qakrotsianoz Q barmoklar paresteziyasi  
roben sindromi - Til ptozi Q mikrognatiya Q yukori tanglayni bitmaganligi  
sklerodema - Teri osti yog katlamini kotishi va shishishi  
sklerema - Teri osti yog katlamini kotishi  
stivens-jonson sindromi - Dermatit Q gipertermiya Q shillik pardalarda Q ekssudativ eritema.  
sterdja-vebera sindromi - Bir yoki ikki tomonlama yuz soxasida katta xajmdagi kizil rangli  
tugma nor.  
stria - Jinsiy etilish davrida korinning pastki, son va kukrak osti soxalarida ok chiziklarni paydo  
bulishi  
tirnoklar tugma ektoderma displaziyasi - Tugma tirnoklar bulmasligi  
teleangiektaziya - Teri tomirlarining kattalashuvi  
yaorister sindravi - Umumiy muskullar gipotoniyasi Q asteniya Q gipertermiya  
xeylit - Ogiz bushligidagi shillik pardani kuriklashuvi Q buralishi Q yorilishi, lablar kizarishi  
tsianoz - Teri rangini kukarishi  
chimchilash simptomi - Chimdilashdan sung terida kontalashni paydo bulishi  
ekssudativ enteropatiya - Ichaklar allergezi Q ichaklar kapillyarlarini yukori utkazuvchanligi Q  
ekssudativ enteropatiya Q steatoreya Q oksil kamchiligi Q shishlar Q gipirxolesterinemiya  
Qanemiya  
ekximoz - Katta xajmdagi kizil toshmalar

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди:  
№ БД – 5111000 – 3.22  
2016 йил “09 ” 01



**БОЛАЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ**

**ФАН ДАСТУРИ**

Билим соҳаси:	100000	- Гуманитар соҳа
	500000	-Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	110000	- Педагогика
	510000	-Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5111000	- Касбий таълим (5510100-даволаш иши)
	5510100	-Даволаш иши

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2016 йил “22 ” 01 даги “26 ”-сонли буйруғининг 2 -илоvasи билан фан дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Олий ва ўрта махсус, касб-ҳунар таълими йўналишлари бўйича Ўқув-услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашининг 2016 йил “09 ” 01 даги 1 - сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

**Тузувчилар:**

**Халматова Б.Т.** – ТТА Болалар касалликлари кафедраси мудири, т.ф.д., профессор

**Миррахимова М.Х.** - ТТА Болалар касалликлари кафедраси доценти, т.ф.н.

**Такризчилар:**

Шомансурова Э.А. - ТошПТИ Амбулатор медицина кафедраси мудири, т.ф.д., профессор

- ТТА УАШ- педиатрия кафедраси мудири, т.ф.д., профессор

Каримжонов И.А.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академияси Кенгашида кўриб чиқилган ва тавсия қилинган (2015 йил “ 23” 12 даги “5 ”-сонли баённома).

## КИРИШ

Ушбу дастурда “Педиатрия” фанининг мазмуни, предмети ва методи, моҳияти, унинг мақсади ва вазифалари, Ўзбекистон Республикасида умумий амалиёт шифокори фаолиятини ташкил қилишнинг ҳуқуқий ва ташкилий асослари, малакавий ва ахлоқий талаблар ўз аксини топган. Дастур Педиатрия фанининг асосий бўлимларини ўз ичига олади.

### Фаннинг мақсад ва вазифалари

“Педиатрия” фанининг асосий мақсади – талабаларда турли ёшдаги соғлом ва бемор болалар ва уларнинг ота-онаси билан мулоқат қилиш, болаларни текшириш, жисмоний ривожланиш мониторингини ўтказиш, болалик ёшида учровчи касалликларни эрта ташхислаш, даволаш, профилактика ва реабилитация қилиш чораларини белгилаш бўйича кўникмаларни шакллантиришдан иборат.

Фаннинг вазифаси – уни ўрганувчиларга:

- соғлом ва бемор болалар ва уларнинг ота-онаси билан мулоқат қилиш;
- болаларда учрайдиган касалликларнинг этиологияси, патогенези, таснифи, клиник кўринишлари, асоратлари, даволаш тамойилларини;
- текшириш усуллари режасини тузиш ва даволаш тактикасини белгилаш;
- клиник ташхисни қўйиш ва қиёсий таққослаш ўтказиш;
- бемор болаларни реабилитация қилиш бўйича билимни шакллантиришни ўргатишдан иборат.

### Фан бўйича талабаларнинг тасаввур, билим, кўникма ва малакаларига қўйиладиган талаблар

“Педиатрия” фанини ўзлаштириш жараёнида бакалавр:

- болалардаги аъзо ва системаларнинг анатомик-физиологик хусусиятлари;
- турли ёшдаги болаларнинг жисмоний ва психомотор ривожланиш кўрсаткичлари;
- бир ёшгача бўлган болаларни овқатлантириш тамойиллари;
- бир ёшдан катта болаларни овқатлантириш мезонлари;
- болалик даврида кўп учрайдиган касалликларнинг этиологияси, патогенези, клиникаси ва дифференциал ташхисоти *ҳақида тасаввурга эга бўлиши;*
- болалик даврлари касалликларини даволаш принципларини;
- болалик даврларида кўп учрайдиган касалликларнинг профилактикасини;
- тез-тез касалланувчи болаларни соғломлаштириш йўллари *билиши ва улардан фойдалана олиши;*
- жисмоний ривожланиш мониторингини ўтказиш;
- соғлом болаларни нерв-психик ҳолатини баҳолаш;
- касаллик анамнезини йиғиш;
- беморларни клиник текшириш *кўникмаларига эга бўлиши керак;*
- касалликларнинг асосий клиник, лаборатор ва инструментал мезонларини аниқлаш;
- болалар овқатланиш рационини тузиш;
- профилактик тадбирлар режасини ишлаб чиқиш *малакаларига эга бўлиши керак.*

### Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги

“Педиатрия” фани умумқасбий фан ҳисобланади. Мазкур дастурни амалга ошириш учун талаба ўқув режасида режалаштирилган “Одам анатомияси”, “Нормал ва патологик физиология”, “Биокимё”, “Микробиология”, “Клиник фармакология”, “Акушерлик ва гинекология”, “Ички касалликлар пропедевтикаси”, “Терапия” фанларидан билим ва кўникмаларга эга бўлиши талаб этилади.

### Фаннинг илм-фан ва ишлаб чиқаришдаги ўрни

“Педиатрия” фани умумий амалиёт шифокорида болалар организмнинг ўзига хос хусусиятлари, уларда кечувчи касалликлар тўғрисида билимлар асосини шакллантиришда муҳим аҳамиятга эга. Республикамиз аҳолисининг 45%дан ортигини болалар ташкил қилгани учун педиатрия фанининг соғлиқни сақлаш тизимидаги ўрни катта.

### Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг Педиатрия фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги информацион ва педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, технологиялар мажмуаси, компьютер дастурлари, электрон материаллар, видеотизимлардан фойдаланилади. Маъруза, амалий дарсларда мос равишдаги педагогик ва ахборот технологияларидан фойдаланилади.

## АСОСИЙ ҚИСМ

### 3 курс

#### Болалар саломатлиги

Болалар касалхонасининг структураси, хужжатларнинг юритилиш тартиби. Педиатрия фанининг ривожланиш тарихи. Педиатрия фани ривожланишига хисса қўшган олимлар. Педиатрияда этика ва деонтология. Болалик даврлари хақида тушунча. Болаларнинг жисмоний ривожланиши мониторинги. Психомотор ривожланиш кўрсаткичлари.

#### Кўкрак сути билан боқиш

Кўкрак сути билан озиклантириш (ЖССТ дастури). Кўкрак сути афзалликлари. Кўкрак сути билан боқишнинг тамойиллари. ИБДОР. Кўкрак сути билан боқишга антенатал тайёргарлик. Кўкрак беги анатомияси. Лактация жараёни хусусиятлари. Гипогалактия ва уни олдини олиш чоралари. Кўкрак сути билан боқишга катъий ва нисбий кўрсатмалар. Кўкрак сутининг таркиби. Кўкракка тутишнинг қоидалари. Кўкрак сути беришнинг қоидалари. Аралаш ва сунъий овқатлантириш. Онага маслаҳат бериш. Қўшимча овқатлантириш. Бир ёшдан катта болаларни овқатлантириш.

#### Асаб тизими ва сезги аъзоларининг анатомик-физиологик хусусиятлари

Болалардаги асаб тизими ва сезиш аъзоларининг АФХ. Текшириш усуллари. Ўзгаришлар семиотикаси. Тери ости ёғ қавати ва лимфатик тугунларнинг АФХ. Ўзгаришлар семиотикаси. Болаларда конституция аномалиялари, диатезлар (экссудатив-катарал, лимфатико-гипопластик, нерв-артритик). Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, дифференциал ташхиси, давоси. Профилактик чоралар.

#### Суяк-мушак тизимининг анатомик-физиологик хусусиятлари ва касалликлари

Болаларнинг суяк ва мушак системасининг анатомик-физиологик хусусиятлари. Текшириш усуллари. Ўзгаришлар семиотикаси. Рахит. Этиологияси, патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, қиёсий ташхиси, давоси. Профилактикаси. Спазмифилия. Этиологияси, патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, қиёсий ташхиси, давоси. Профилактикаси.

#### Нафас олиш тизимининг анатомик-физиологик хусусиятлари ва касалликлари

Нафас олиш тизимининг АФХ. Текшириш усуллари. Ўзгаришлар семиотикаси. Бронхитлар. Этиологияси, патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, қиёсий ташхиси, давоси. Профилактикаси.

#### Қон айланиш тизимининг анатомик-физиологик хусусиятлари

Юрак ва катта қон томирларининг АФХ. Хомила ичи қон айланиши. Туғруқдан сўнг бўладиган ўзгаришлар. Юрак қон-томир системасини текшириш усуллари. Ўзгаришлар семиотикаси. Туғма юрак нуқсонларида гемодинамик ўзгаришлар.

#### Қон ҳосил қилиш тизимининг анатомик-физиологик хусусиятлари

Қон яратиш тизимининг АФХ. Қонда ёшга оид ўзгаришлар. Қон яратиш тизими ўзгаришлари семиотикаси. Танқислик анемиялари (темир етишмовчилиги, окси етишмовчилиги, витаминлар етишмовчилиги). Этиологияси, патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, қиёсий ташхиси, давоси. Профилактикаси.

#### Овқат ҳазм қилиш тизимининг анатомик-физиологик хусусиятлари ва касалликлари

Ошқозон-ичак тизимининг АФХ. Текшириш усуллари. Ўзгаришлар семиотикаси. Функционал ўзгаришлар. Оксил-энергетик етишмовчилик. Этиологияси, патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, қиёсий ташхиси, давоси. Профилактикаси.

#### Сийдик ҳосил қилиш ва сийдик чиқариш тизимининг анатомик-физиологик хусусиятлари

Сийдик ҳосил қилиш ва чиқариш тизимининг АФХ. Текшириш усуллари. Ўзгаришлар семиотикаси. Сийдик йўллари инфекцияси. Пиелонефритлар. Этиологияси, патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, қиёсий ташхиси, давоси. Профилактикаси.

#### 4 курс

##### Бронх-ўпка системаси касалликлари

Пневмониялар. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиник белгилари, диагностикаси, қиёсий ташҳиси, давоси. Профилактикаси.

Бронхиал астма. Этиологияси, патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, қиёсий ташҳиси, давоси. Профилактикаси.

##### Юрак-қон томир системаси касалликлари

Ўткир ревматик иситма. Этиологияси, патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, қиёсий ташҳиси, давоси. Профилактикаси.

Сурункали ювенил ревматоид артрит. Этиологияси, патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, қиёсий ташҳиси, давоси. Профилактикаси.

##### Ошқозон-ичак системаси касалликлари

Сурункали гастрит ва гастродуоденитлар. Этиологияси, патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, қиёсий ташҳиси, давоси. Профилактикаси. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги. Этиологияси, патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, қиёсий ташҳиси, давоси. Профилактикаси.

##### Гепатобилиар тизим касалликлари

Сурункали гепатитлар. Этиологияси, патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, қиёсий ташҳиси, давоси. Профилактикаси.

##### Буйрак касалликлари

Инфекцион гломерулонефритлар. Этиологияси, патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, қиёсий ташҳиси, давоси. Профилактикаси. Ўткир ва сурункали буйрак етишмовчилиги.

#### Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

##### Амалий машғулотларнинг тахминий рўйхати

#### 3 курс учун

1. Педиатриядә этика масалалари. Болалик даврлари. Соғлом болаларнинг жисмоний ривожланиши мониторинги. Болани клиник текшириш хусусиятлари.
2. Жисмоний ривожланишдан ортда қолиш. Асаб ва сезги тизимининг АФХ. Зарарланиш семиотикаси
3. Соғлом болани овқатлантириш. 1 ёшгача болани табиий овқатлантириш. 1 ёшгача бўлган болаларни сунъий ва аралаш овқатлантириш. Қўшимча овқатлантириш коидалари. Турли ёшдаги болаларни овқатлантириш.
4. Суяк тўқимасининг тузилиши, ўсиши ва гормонал назорати. Ўзгаришлар семиотикаси. Суяк метаболизмининг ўзгариши (Рахит ва спазмофилия). Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, қиёсий ташҳиси, давоси ва профилактикаси.
5. Нафас тизими АФХ. Текшириш усуллари. Ўзгаришлар семиотикаси.
6. Бронхитлар. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, қиёсий ташҳиси, давоси ва профилактикаси.
7. Қон айланиш тизимининг АФХ. Ҳомила ичи қон айланиши. Текшириш усуллари. Зарарланиш семиотикаси.
8. Юрак туғма нуқсонлари. ЮТН гемодинамик ўзгаришлар.
9. Қон ҳосил қилиш тизимининг АФХ. Турли ёшдаги болалар периферик қонининг нормативлари. Ўзгаришлар семиотикаси.
10. Танқислик анемиялари. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, қиёсий ташҳиси, давоси ва профилактикаси.

11. Нормада ошқозон-ичак тизими. Ўзгаришлар семиотикаси. Ошқозон-ичак тизимининг функционал бузилишлари.
12. Оксил-энергетик танқислик. Овқат етишмовчилиги ва семизлик.
13. Сийдик ҳосил қилиш ва чиқариш тизимининг АФХ. Текшириш усуллари. Ўзгаришлар семиотикаси.
14. Сийдик чиқариш йўллари инфекцияси. Пиелонефритлар. Этиологияси, Патогенези, клиникаси, қиёсий ташҳиси, давоси ва профилактикаси

#### **4 курс учун**

1. Болаларда ўткир пневмония. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, қиёсий ташҳиси, давоси ва профилактикаси.
2. Болаларда бронхиал астма. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, қиёсий ташҳиси, давоси ва профилактикаси.
3. Ўткир ревматик иситма. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, қиёсий ташҳиси, давоси ва профилактикаси.
4. Болаларда сурункали гастрит ва гастродуоденитлар. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, қиёсий ташҳиси, даволаш ва профилактикаси.
5. Болаларда инфекцион гломерулонефритлар. Этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси, қиёсий ташҳиси, давоси ва профилактикаси.

#### **Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича тавсиялар**

Амалий машғулотларини ташкил этиш юзасидан кафедра томонидан кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади. Унда талабалар асосий маъруза мавзулари бўйича олган билим ва кўникмаларини амалий масалалар, кейслар орқали янада бойитадилар. Шунингдек, дарслик ва ўқув қўлланмалар асосида талабалар билимларини мустақамлашга эришиш, тарқатма материаллардан фойдаланиш, илмий мақолалар ва тезисларни чоп этиш орқали талабалар билимини ошириш, масалалар ечиш, мавзулар бўйича тақдимотлар ва кўргазмали қуроллар тайёрлаш, норматив-ҳуқуқий ҳужжатлардан фойдаланиш ва бошқалар тавсия этилади.

#### **Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар**

Фан бўйича лаборатория ишлари ўқув режада кўзда тутилмаган.

#### **Курс ишини ташкил этиш бўйича услубий кўрсатмалар**

4 курс талабалари беморнинг касаллик тарихини химоя қилади. Талаба фанга келганда мавзу бўйича унга бемор тақсимланади. Фан якунида талаба белгиланган схема бўйича беморга касаллик тарихини тўлдиради ва уни химоя қилади.

#### **Мустақил таълимни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни**

Талаба мустақил ишининг асосий мақсади – ўқитувчининг раҳбарлиги ва назорати остида муайян ўқув ишларини мустақил равишда бажариш учун билим ва кўникмаларни шакллантириш ва ривожлантириш.

Талаба мустақил ишини ташкил этишда қуйидаги шакллардан фойдаланилади:

- айрим назарий мавзуларни ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- берилган мавзулар бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;
- назарий билимларни амалиётда қўллаш;
- автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи тизимлар билан ишлаш;
- илмий мақола, анжуманга маъруза тайёрлаш ва ҳ.к.

#### **Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг мавзулари**

1. Соғлом ва тез-тез касалланувчи болаларни чиниктириш усуллари
2. Тез-тез касалланувчи болалар

3. Болаларда дисбактериоз кечиш хусусиятлари.
4. Конституция аномалиялари (диатезлар)
5. Болаларда сурункали инфекция ўчоқлари
6. Рахитсимон касалликлар
7. Дисметаболик нефроратиялар
8. Гижжа инвазияси
9. Функционал қабзият
10. Алпорт синдроми
11. Атипикпневмониялар
12. Реактив артритлар
13. Тизимли қизилча
14. Дерматомиозитлар
15. Тизимли склеродермия
16. Гастроэзофагал рефлекс.
17. Митрал клапан пролапси.
18. Сурункали гепатитлар

#### **Дастурнинг информацион-услубий таъминоти**

Мазкур фанни ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий илғор интерфаол усулларидан, педагогик ва ахборот-коммуникация технологияларининг презентация (такдимот), мультимедиа ва электрон-дидактик технологиялардан фойдаланилади. Амалий машғулотларда аклий хужум, қора қути, ўргимчак ини, кластер, муаммоли ўқитиш, лойихалаштириш, блиц-сўров, гуруҳ билан ишлаш, инсерт, такдимот каби усул ва техникалардан кенг фойдаланилади.

#### **Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати**

##### **Асосий адабиётлар:**

1. Болалар касалликлари – дарслик Т.О.Даминов, Б.Т. Халматова, Ў.Р.Бобоева, 2013
2. Детские болезни - учебник Т.О.Даминов, Б.Т.Халматова, У.Р.Бобоева, 2013
3. Детские болезни – Шабалов Н.П. таҳрири остида, 2007, 2010
4. Детские болезни – Баранов А.А. таҳрири остида, 2009

##### **Қўшимча адабиётлар:**

1. Анемии у детей, В.И.Калиничева, 2000,
2. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. М. 1987
3. Белозеров Ю.М. Детская кардиология. М. 2004.
4. «Болезни детей раннего возраста», - руководство для врачей под редакцией А.А.Баранова, -Москва-Иванова, 1998.
5. Болезни органов пищеварения у детей, В.А.Мазурин, 1994
6. Бронхиальная астма у детей и ее классификация. В кн.: Под ред. С.Ю. Коганова. М: Медицина 1999;
7. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра. М., 2001.
8. Клиническая медицина. Справочник практического врача. М., 1997, Т.1
9. Клиническая иммунология детского возраста, Д.В.Стефани, Ю.Е.Вельтищев, 1996
10. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Кашель у детей. Пособие для врачей. – М.: 2000.
11. Коганов С.Ю. Бронхиальная астма у детей. Москва: Медицина 2002;
12. Ласица О.И., Ласица Т.С. Бронхиальная астма в практике семейного врача. — Киев: ЗАО «Атлант УМС». — 2001.
13. Мошнич П.С., В.М.Сидельникова, Д.Ю.Кривченя. «Кардиология детского возраста». Москва, 2004
14. Назиров Ф.Г., Денисов И.Н., Улумбекова Э.Г.. Справочник практического врача. 2000
15. Острые пневмонии у детей, под редакцией В.К.Таточенко, 1994
16. Педиатрия - руководство для врачей под редакцией Р.Е.Бермана, В.К.Вогана. -М, 1989
17. Патология детей старшего возраста - под редакцией А.А.Баранова, М, -1998
18. Пайков В.Л., Хацкель С.Б., Эрман Л.В. Гастроэнтерология детского возраста в схемах и таблицах: Справочное руководство. СПб., 1998.
19. Парийская Т.В.. Справочник педиатра. ЭКСМО, Москва 2004 г.
20. Руководство по детской нефрологии, М.С.Игнатова, Ю.Е.Вельтищев, 1995
21. Руководство по детской артрологии. Под ред.акад. АМН СССР М.Я. Студеникина и порф. А.А.Яковлевой. – Л. 1987. – С . 162- 170.
22. Справочник врача общей практики. Под редакцией акад. РАМН. Н.Р.Палеева. ЭКСМО 2002
23. Справочник педиатра. Санкт-Петербург, Москва, 2004
24. «Справочник семейного врача» (Педиатрия), - Минск, 2000

25. Болалар касалликларини интеграцион усулда олиб бориш. Ўқув қўлланма. УзРССВ/ЮНИСЕФ,2003
26. Кўкрак сути билан боқиш. Ўқув қўлланма. ЎзРССВ/ЮНИСЕФ, 2013.
27. Болаларга стационар ёрдам курсатиш. Методик қўлланма.(УзССВ №225 буйруғи, 2013)
28. Хронические вирусные гепатиты у детей. Ф.И.Иноятова. Т.1997.
29. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2016.
30. The five Minute child Health Advisor/ - M. William Schwartz, MD., - 1998, USA
31. A therapist's guide to pediatric assessment, - Linda King-Thomas, Bonnie J. Hacker, 1987, USA
32. Pediatrics, - Margaret C. Heagarty., William J. Moss, -1997, USA

**Интернет сайтлар:**

1. [www.tma.uz](http://www.tma.uz)
2. [www.zyonet.uz](http://www.zyonet.uz)
3. [www.info@minzdrav.uz](mailto:info@minzdrav.uz)
4. [www.info@tma.uz](mailto:www.info@tma.uz)

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIV VAO'RTA MAXSUS TA'LIM  
VAZIRLIGI**

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

**ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT  
TIBBIYOTINSTITUTI**

**PEDIATRIYA VA BOLALAR XIRURGIYASI KAFEDRASI**

**O'quv bo'limi**

**tomonidan ro'yxatga**

**olindi № \_\_\_\_\_**

**« \_\_\_\_\_ »**

**\_\_\_\_\_ 2017 y.**

**“Tasdiqlayman”**

**O'quv ishlari bo'yicha prorektor**

**t.f.n. Olimov S.SH**

**« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 y**

**DAVOLASH VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 4 KURS  
TALABALARI UCHUN “BOLALAR KASALLIKLARI” FANIDAN**

**2017-2018 O'QUV YILI UCHUN**

**ISHCHI DASTUR**

**Ta'lim shifri - 510000 «Sog'liqni saqlash»**

**Ta'lim yo'nalishi: 5510100 – Davolash ishi**

**5111000 – Kasbiy ta'lim (5510100 – Davolash ishi)**

Fakultet-	davolash,	tibbiy pedagogika
Kurs	4	
Semester	7	
Ma'ruza	10	
Amaliy mashg'ulot	28	
Klinik mashg'ulot	38	
Mustaqil ishlar	42	
Jami	76	
UMUMIY SOAT:	118	

**BUXORO-2017y**

Fanning ishchi o'quv dasturi o'quv, ishchi o'quvreja va o'quvdasturiga muvofiq ishlab chiqildi.

**Tuzuvchilar:**

**Yuldasheva Gulnoz Giozovna** -Bolalar kasalliklari, neonatologiya va bolalar xirurgiyasi kasalliklari kafedrasida o'qituvchisi

**Sharipova L.X.** - Bolalar kasalliklari, neonatologiya va bolalar xirurgiyasi kasalliklari kafedrasida katta o'qituvchi

**Retsenzentlar:**

**1. Nurboev F.E.**-Sharq tabobati va YUNESKO kafedrasining mudiri, dotenti, t.f.n.

**2.Orziev Z.M.**-Ichki kasalliklar propedevtikasi, klinik farmakologiya va oliy hamshiralik ishi kafedrasida mudiri t.f.d. dotsent

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510100 -Davolash ishi

5111000- Kasb ta'limi (5510100 -davolash ishi)

5510200-Pediatriya ishi

yo'nalishi bo'yicha tuzilgan va kafedra yig'ilishida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № \_\_\_\_\_ “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2017 y.

**Kafedra mudiri: t.f.n. Shamsutdinov A.S.** \_\_\_\_\_

**FUK rahbari : Oblokulov A.R.** Yuqumli kasalliklar, epidemiologiya, teri-tanosil kasalliklari kafedrasida mudiri, t.f.d., dotsent \_\_\_\_\_

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510100 -Davolash ishi

5111000- Kasb ta'limi (5510100 -davolash ishi)5510200-Pediatriya ishi yo'nalishi

bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № \_\_\_\_\_ “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2017 y.

Uslubchi: Jumaeva Sh .B. \_\_\_\_\_

(imzo)

## Kirish

### 1.O'quv fanining dolzarbligi va oliy kasbiy ta'limdagi o'rni

#### Davolash va tibbiy pedagogika fakulteti 4kurs talabalari uchun "Bolalar kasalliklari" fanini o'tish maqsadi va vazifalari

**Fanning maqsadi-** Fanni o'qitishning asosiy maqsadi talabalarni har hil yoshdagi bola organizmining anatomo-fiziologik xususiyatlarini, bolalarda uchraydigan xastaliklarni o'rgatish, xastaliklarning oldini olish, barvaqt aniqlash, davolash va dispanstrizasiyasini o'rgatish. Shu bilan birgalikda talabalarga pediatriya fanidan tibbiy kollej va o'rta maxsus o'quv yurtlarida o'qituvchilari tayyorlash, hamda umumiy amaliyot vrachlari tayyorlashga yo'naltirilgan. UAV vrachlari amaliy mashg'ulot va ma'ruruzalar davomida bolalarga uy, poliklinika, QVP, shifoxona va ambulatoriya sharoitida bolalarga birinchi va tez tibbiy yordamni ko'rsatishni o'rgatadi.

**Fanning vazifasi-** talaba bilishi va bajarishi shart bo'lgan amaliy va nazariy ko'nikmalarni o'rgatish:

- Sog'lom va bemor bola bilan, uning ota-onasi bilan muloqotga kira olishi, etika-deontologiyaga rioya qilish;
- Ob'ektiv ko'rsatkichlar va fizikal tekshiruvlar natijalarini interpretasiya qilgan holda yoshiga mosligini bila olishi;
- Erta yoshdagi bolalarda ko'p uchraydigan xastaliklarni aniqlay olish, tashxis qo'yish, hayoti xavf ostida bo'lgan bemorlarga o'z vaqtida yordam ko'rsata bilish;
- Diagnostika va davolash rejasini tuza olish;
- Chala va to'liq tug'ilgan bolalarni parvarish qilish;
- Bolalar kasalliklarini profilaktikasi va dispanserizasiyasini bajara olishi;
- Ko'krak yoshidagi bolalarni ovqatlantirish usullarini bilish, varaqasini tuzish.
- Har xil guruhdagi bolalar orasida – har xil yoshdagi soglom bolalarni jismoniy va ruhiy rivojlanish ko'rsatkichlari;
- Bolalar orasida keng tarqalgan kasalliklarning etiologiyasi, patogenezini, klinik va solishtirma tashhislarini bilish; bolalar kasalliklarini davolash prinsiplar;
- Bolalarda a'zo va tizimlarning anatomik va fiziologik xususiyatlari;
- Bir yoshgacha bo'lgan bolalarni ovqatlantirish prinsiplar;

#### Talaba bajara olish kerak:

- bemor bolalar va ularning ota-onalaridan anamnez yig'ish;
- bolalar sog'ligini aniqlay olish;
- kasallikni kelib chiqish sabablarini aniqlash;
- klinik, laborator-instrumental tekshiruvlar rejasini tuzish;
- klinik tashhisni asoslash;
- kasallikni farmakoterapiya rejasini tuzish;
- reabilitasiya rejalarini tuza bilish;
- bolalarni dispanserizasiya nazoratida kuzatish;
- sog'lom va bemor bolalarga ovqat miqdorini aniqlay olish ( f . 0.003/y);

#### Talaba quyidagi amaliy ko'nikmalarga ega bo'lishi kerak:

- bolani jismoniy holatini somatometrik baholash;
- bolani nerv-ruhiy holatini baholash;
- kasallik anamnezini yig'ish;
- bemorlarni tizimlar bo'yicha klinik tekshirish;
- asosiy klinik va laborator-istrumental tekshirish usullarini aniqlash;
- ovqatlantirish rejasini tuzish;

#### Talabalar pediatriya fanini o'rganish uchun zarur bo'lgan fanlar ro'xati:

- normal va topografik anatomiya;
- fiziologiya va patologiya fiziologiya;
- patologiya antomiya;
- mikrobiologiya va immunologiya
- biokimyo va klinik biokimyo
- farmakologiya va klinik farmalogiya
- sotsial gigiyena
- neonatologiya
- bolalar yaqimli kasalliklari
- bolalar xirurgiyasi
- terapiya
- akusherlik va ginekologiya

Amaliy auditor mashgulotlar turlar bo'yicha bajariladigan topshiriqlar soniga majburiy minimal talablar:

- I. Bemor bolalardan va ularning ota – onalaridan anamnez yig'ish.
- II. Bemorlarning kuratsiyasi.
- III. Ovqatlanish ratsionini tuzish.
- IV. Bolalarda antropometrik tekshiruv o'tkazish.
- V. Laborator ko'rsatkichlarning natijalarini interpretatsiyasi.
  1. Umumiy qon, siydik, najas taxlili.
  2. Qonning biokimyoviy ko'rsatkichlari.
  3. Qoni, siydikni va najasni bakteriologik ekish.
  4. Revmatologik sinama.
- VI. Instrumental – tekshiruv usullari natijalarining interpretatsiyasi.
  1. Rentgenogramma
  2. EKG.
  3. Buyrak, jigar, o't pufak UZI si.
  4. Endoskopik tekshiruv usullari.
- VII. Nozologik tashxis va bolalarning yoshiga qarab dori vositalarining miqdorini hisoblash.
- VIII. Retsept yozish.
- IX. Xolatiy masalalarni echish.

**DAVOLASH VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 4 KURS TALABALARI UCHUN “BOLALAR KASALLIKLARI” FANIDAN O'QUV YUKLAMASI**

<b>№</b>	<b>Jami</b>	<b>Jami soat</b>	<b>ma'ruza</b>	<b>Amaliy mashg'ulot</b>	<b>Klinik amaliyot</b>	<b>Mustaqil ish soati</b>
<b>4 kurs</b>	<b>118</b>	<b>76</b>	<b>10</b>	<b>28</b>	<b>38</b>	<b>42</b>
<b>Jami</b>	<b>118</b>	<b>76</b>	<b>10</b>	<b>28</b>	<b>38</b>	<b>42</b>

**Mashg'ulotlarni o'tishda qo'llaniladigan interaktiv usullar**

**Dumaloq stol usuli**

Stol ustiga vaziyatli masala yozilgan qog'oz tashlanadi. Har bir talaba o'zining javob variantini yozib, boshqa talabaga uzatiladi. Hamma o'z javobini yozib bo'lgandan keyin tahlil qilinadi. Noto'g'ri javoblar o'chirilib, to'g'ri javoblar muhokama qilinadi. Talabalarning bilim darajasi aniqlanib, baholanadi. Bu usulni nafaqat yozma, balki og'zaki holda ham olib borish mumkin.

Masalan:

Bolalarda tug'ma ichak tutilishini izohlang.

Bolalarda tug'ma ichak tutilishini rentgenologik belgilarini ayting

Bolalarda tug'ma yuqori va pastki ichak tutilishini rentgenologik belgilarini farqini ayting

Savol to'g'ri va aniq berilishi, shu savolda javobning bir qismi yotishi lozim.

**STOL O'RTASIDA RUCHKA**

Bu usulda guruxga topshiriq beriladi (masalan, 3-yoshgacha bolalarda o'tkir appenditsit belgilarini aytib bering, dagnostikasi taktikasi o'ziga xosligi nimadan iborat?, talaba yozib, qo'shnisiga uzatadi, o'zining ruchkasini stol o'rtasiga qo'yadi.

Masalan: guruxga o'qituvchi bergan mavzu: -“bolalarda o'tkir appenditsit”. 10-15 daqiqa ichida gurux o'z javoblarini yozib berishlari kerak. Javobni yozgan talaba ruchkasini qo'yadi, qog'ozni keyingi talabaga beradi. Javobni bilmaydigan talaba

qog'ozni keyingi talabaga uzatadi, lekin ruchkani qo'lida ushlab qoladi. Bir variantni ikki marta takror yozish mumkin emas. Topshiriq bajarilgandan keyin javoblarni o'qituvchi o'qib beradi.

anatomo-fiziologik jaqatdan chuvalchangsimon o'simta etuk emasligi

vrachlarga nisbatan "negativizm"

"qo'lni itarish" simptomi

Psixologik kontakt va x.k.

O'qib berayotgan vaqtda har bir variant tahlil qilib boriladi.

Bu usulning ijobiy tomonlari:

o'qituvchi kim darsga tayyorligini ko'radi,

darsga tayyor bo'lmagan talaba og'zaki tahlillar davomida maksimal zarur bilimlarni mavzu borasida bilib oladi;

bu guruxli, ma'suliyatli ish talabalarni tartibga solib, har bitta talabaga ketgan vaqtni tejaydi;

talabalar o'z javoblarini ikki marta tahlil etadilar – oqzaki va yozma. Bu ularning bilimlarini yanada mustahkamlaydi.

### **ROTATSIYA USULI** yordamida fikrni bayon etish

Bu usul mavzuni kichik guruxlar bilan alohida va butun guruxlar bilan tahlil etishga asoslangan. har bir kichik gurux 30 minut davomida 3 ta topshiriqni tahlil etadi, keyingi 15 minutda hamma birgalikda tahlil qiladi. Auditoriyada bir necha nashrlangan topshiriqlar osib chiqiladi. Har bir kichik gurux (2-3 kishi) 10 minut davomida muxokama qilib, o'z variantlarining javoblarini yozib oladilar, keyin boshqa topshiriqqa o'tadilar va shu tariqa davom etadilar. Har bir gurux o'zining rangli flomasterini oladi (ko'k, qizil, qora). Har bir qog'oz uchala rangda belgilangan bo'lishi kerak. Har 10 minutda variantlar almashtirilib turiladi. Kichik gurux o'zidan oldingi gurux javoblarini o'qib, qo'shimcha kiritadi, javoblar takrorlanmasligi kerak. 15 minutdan keyin tahlil qilinadi. Optimal javob topilib, daftarga yoziladi. Bu usul mavzuni jamoa bilan taxlil etishga haratilgan.

Har xil rangli flomasterdan foydalanish, har bir gurux bergan javobni baxolashda qulay xisoblanadi. Javoblar oldindan nomerlab qo'yilib, sanash uchun qulay qisoblanadi. Eng ko'p javob bergan kichik guruxlar maksimal ballarni olishadi.

### **Intsident usuli**

Talabalarni ekstremal xolatda o'qitish maqsadida, klinik kafedralarda intsident usuli qo'llaniladi. Talabalarga turli xil vaziyatli masalalar borasidagi muammolar xaqida qisqa malumot beriladi. Bu masalani tezda 0,5-1,5 daqiqa ichida taxlil qilish kerak. Bu usul talabalarining fikrlash qobiliyatini oshirib, vaziyatli xolatlarga tayorlaydi. Intsident usuli tez yordam maskanida shoshilinch yordam berishda kata axamiyatga ega. Xatosiz bu xarakatni bajarish 1,0 koeffitsientga teng. Muximi masalaning to'liqligi emas, balki uning tezligi. Bu usul talimning turli bosqichlarida qullaniladi, ayniqsa yangi materialni o'zlashtirib, mustaxkamlashga qaratilgan.

### **«Klinik vaziyatni xal etish» texnikasi**

Talabalar bir nechta kichik guruxlarga bo'linadilar. Xar bir kichik guruxga klinik vaziyat beriladi. 15 minut ichida talabalar klinik xolatni bajaradilar. Vazifani bajargandan so'ng, gurux ichida o'qiladi va umumiy muxokama qilinadi. Xar bir vaziyat muxokama qilingandan so'ng talabalar bilimi baxolanadi.

Bu usulning afzalligi talabalar aniq bir maqsadga erishadilar va amalda qo'llay olishlarini isbot qilishga harakat qiladilar.

### **Tur**

Talabalar aylana bo'lib joylashib, taklif etilgan savollarni navbat bilan izoxlaydilar. Xar bir kishida fikrini bayon etish xuquqi bo'lib, u qo'shimcha bir yangi fikrni aytishi kerak, shunday qilib hamma qatnashchilarning fikrini bilish zarur. Talaba o'z navbatini xoxlasa o'tkazib yuborish xuquqiga ega. Bazan tibbiy asbob bir chetdan berib yuboriladi va talaba uni olgandan keyin javob berishi mumkin. Bu turda xamma teng bulib, bir-birining yuzini ko'ra oladi va diqqat bilan tinglaydi.

Raundlar xar xil maqsadlarda ishlatilishi mumkin: baxolash, muammoni echish, rejalashtirish, turni utkazishda qo'llaniladi. Turni omadli o'tkazish maqsadida aylana joy tayorlash kerak, chunki talabalar va olib boruvchi bir-birlarini ko'rib turishi kerak. Oxirida xammaga qatnashganliklari uchun tashakkur bildiradilar. Guruh bilan ishlaganda talabalarga tur qoidalari eslatib turiladi. o'qituvchi guruh bilan ishlaganda talabaga nima qilishini tushuntirishi kerak.

Turlarni darsning oxirida yoki boshida qo'llash mumkin. Masalan « men bilishni istayman», « bu darsda men o'rganaman».

### **Miya shturmi usuli.**

Uslubning asosiy qoidalari

G'oya hosil qilishga xalaqit beruvchi hech qanday tanbex va tanqidiy fikr bildirmaslik.

Eng ko'p miqdorda takliflar olish

G'oyalar kombinatsisi va ularni rivojlantirish

Keng bayon qilmay qisqacha fikr bildirish

Guruxni g'oya ishlab chiqaruvchilarga va ularga ishlov beruvchilarga ajratish.

Bu uslub xar qanday sharoitda optimal qaror qabul qilishga, opponentlarni qabul qilinayotgan yo'ning to'g'riligiga ishonch hosil qilishga o'rgatadi. Bu uslub asosiy mavzuni muhokama qilishda oldindan yaxshigina tayyorgarlikdir.

Uslubning maqsadi:

Qisqa vaqt ichida guruxdan ko'p miqdorda variantlar olish, talabalar bilimni aniqlash. Bunda muammolarni xal qilishga qodir g'oyalar taklif kilinishi mumkin, talabalar tajriba yuzasidan bir – biriga istaklar bildirishi mumkin. Vaziyatning mohiyati shundaki guruxga savol yoki tugallanmagan muxokama beriladi. Bir necha daqiqa ichida gurux a'zolari shu mavzuda gapiradilar. Miyaga nimalarni saqlash kerakligi talabalar tomonidan aytib o'tiladi. Ma'nosi va mazmunidan qat'iy nazar hamma aytilgan gaplar doskaga birma – bir yoziladi. Hamma uz fikrini aytadi, maqsad ko'p miqdorda turli – tuman takliflarni olish, bu vaqtda hech narsa tanqid qilinmaydi, xech qanday baxo qo'yilmaydi, muxokama qilinmaydi. Ishirokchilarga taklif qilingan barcha g'oyalarni muxokama qilish uchun imkoniyat beriladi. Agar guruxda faollik sust bo'lsa, o'qituvchi o'zining bir necha fikrini yozishni taklif qiladi. Uslubning mohiyati shundaki, u guruxni birlashtiradi

### “Akademik polemika” usuli

Gurux 2 komandaga bo'linadi. Ularning xar biriga vaziyatli masala beriladi, masalan, vrach – bemor. Xar bir komandada bir – ikkita talaba konsultatsiyaning ijobiy tomonlarini taxlil qilib (advokatlar), boshqalar konsultatsiyaning salbiy tomonlarini taxlil etadilar (prokurorlar).

“Advokatlar” va “Prokurorlar” natijalari o'qib beriladi va butun gurux oldida taxlil qilinadi.

Bu usul talabalardan chuqur bilimlarni talab etadi. o'qituvchi « sud ishini » rivojlanishini nazorat qilib, vaziyatda himoya va qarshi kuchlarni ko'rib chiqadi.

Masalan. Bemor N. 22 yoshda. 34 haftalik xomiladorlik, birinchi bolasi. Bosh og'rig'i, o'ng qovurg'a ostida og'riq. AD-145g'100 mm. sim. ust. Qon bosimi birinchi ko'ruvda 110ga 70 mm. sim. ust. Siydikda proteinuriya. Onasining aytishicha, bola juda kam qimirlaydi. Xomila yurak urishi – 140 ta. Vrach qo'shimcha ravishda siydik analizini topshirishni tavsiya etdi (sutkalik oqsilni aniqlash uchun) va 250 mg sutkasida ikki martadan metildopa ichishini taklif etdi. Takroriy qabul – ikkinchi kunda. Kechqurun ayolning axvoli og'irlashdi, qorindagi og'rik kuchaydi, og'riqlar ko'ngil aynishi va qusish bilan birga yuzida shish bor. Ayolning eri vrachni uyga chaqirgan, magniy sulfat vena ichiga tomchilab quyiladi. Shundan keyin ayolni «tez yordam» bilan kasalxonaga jo'natishdi, shu davrda ayolda talvasa rivojlandi. Ayolga 0,5 ml diazepam vena ichiga yuborildi, magniy sulfat yuborishni davom ettirishdi. Tug'ruq bo'limiga keltirishgandan so'ng, tug'ruqni olib borishga kelishildi. Bu davrda ayolda qon ketish kuzatildi.

Taxlil.

«Prokuror» 1chi marta ayol vrach ko'rigida bo'lganda og'ir preeklampsiya tashxisi ko'yilmagan va u kasalxonaga yuborilmagan, shu uchun unda eklampsiya rivojlanib, tug'ruqni olib borishga majbur bo'ldi.

«Advokat» - vrach proteinuriyaning og'irlik darajasini aniqlashda sutkalik siydikdan oqsil miqdorini aniqlash. Vrach metildopani tavsiya qilgan. Talvasa rivojlangandan keyin to'g'ri davo olib borib, uni kasalxonaga jo'natgan.

«Prokuror» magniy sulfat bergandan so'ng, vrach shu preparat peredozirovkasi simptomlarini nazorat qilishi kerak, nafas chastotasining kamayishi, tizza refleksining pasayishi, siydik miqdorining kamayishi va boshqalar.

Shu tariqa, taxlil vaqtida polemiklar yordamida talabalar shu mavzuga oid bilimlarini namoyon etadilar. Bu nafaqat bilimni, balki vaziyatni taxlil qilib bilishidir. Bu esa kelajakdagi ish faoliyatlarida axamiyatga ega.

## MA'RUZA MASHG'ULOTLAR MAVZUSI

### DAVOLASH VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 4 KURS TALABALARI UCHUN "BOLALAR KASALLIKLARI" FANINIDAN MA'RUZALAR UCHUN ISHCHI DASTUR

№	Ma'ruzalar mavzusi	Ajratilgan soat
1	Bolalarda pnevmoniya	2
2	Bronxial astma	2
3	O'tkir revmatik isitma	2
4	Surunkali yuvenil revmatoid artrit. Etiologiyasi, patogenezi, klinik belgilari, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davosi. Profilaktikasi.	2
5	Bolalarda gastroduodenitlar	2
Jami		10

#### Ma'ruzaning mavzusi

#### Qisqa annotatsiya

##### **1.Pnevmoniya, Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi**

Talabalarga nafas olish tizimi xastaliklaridan eng ko'p uchraydigan Pnevmoniya, Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi haqida ma'lumot berish, funktsional tekshirish usullarini ko'rsatish

Interaktiv usul: Multimedia

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3

Qo'shimcha: 2, 4,5,8

##### **2. Bronxial astma. Talabalarga Bronxial astma sabablari, klinik ko'rinishi, tasnifi, funktsional tekshirish usullarini tushuntirish, bosqichma-bosqich davolash**

Interaktiv usul: Multimedia

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3

Qo'shimcha: 2, 4,5,8

##### **3.O'tkir revmatik isitma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi**

Bod-revmatizm sabablari, klinik ko'rinishi, tasnifi bilan talabalarni tanishtirish, Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi haqida ma'lumot berish, funktsional tekshirish usullarini ko'rsatish, dispanserizatsiyasini o'rgatish

Interaktiv usul: Multimedia

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3

Qo'shimcha: 2, 4,5,8

**4.Surunkali yuvenil revmatoid artrit. Etiologiyasi, patogenezi, klinik belgilari, diagnostikasi.** Talabalarga Yuvenil revmatoidli artrit sabablari, klinik ko'rinishi, tasnifi bilan talabalarni tanishtirish, Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi haqida ma'lumot berish, funktsional tekshirish usullarini ko'rsatish, dispanserizatsiyasini tushuntirish

Interaktiv usul: Multimedia

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3

Qo'shimcha: 2, 4,5,8

**5. Bolalarda yara kasalligi.** Talabalarga yara kasalligi sabablari, klinik ko'rinishi, tasnifi bilan talabalarni tanishtirish, Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi haqida ma'lumot berish, funktsional tekshirish usullarini ko'rsatish, dispanserizatsiyasini

Interaktiv usul: Multimedia

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3

## AMALIY VA KLINIK MASHG'ULOTLARNING TEMATIK REJALARI

## DAVOLASH VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 4 KURS TALABALARI UCHUN MO'LJALLANGAN "BOLALAR KASALLIKLARI" FANIDAN AMALIY MASHG'ULOTLAR ISH REJASI

№	Mashg'ulot mavzusi	Amaliy mashg'ulot	klirik mashg'ulotlar	hammasi
1	Bolalarda o'tkir pnevmoniya Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.	2	2	4
2	Bolalarda bronxial astma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi..	2	2	4
3	Bolalarda bronxial astmaning diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi	2	2	4
4	O'tkirrevmatikisitma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.	2	2	4
5	Bolalarda norevmatik karditlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davolash va profilaktikasi	2	2	4
6	Bolalarda yuvenil revmatoid artrit Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davolash va profilaktikasi	2	3	5
7	Bolalarda surunkali gastrit va gastroduodenitlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davolash va profilaktikasi	2	3	5
8	Bolalarda oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davolash va profilaktikasi	2	4	6
9	Bolalarda surunkali enterokolitlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davolash va profilaktikasi	2	4	6
10	Bolalarda surunkali hepatitlar Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davolash va profilaktikasi	2	4	6
11	Bolalarda jigar cirrozi Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davolash va profilaktikasi	2	4	6
12	Bolalarda infeksiyon glomerulonefritlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	3	3	6
13	Bolalarda infeksiyon glomerulonefritlar. diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.	3	3	6
	JAMI:66	28	38	66

## DAVOLASH VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 4 KURS TALABALARI UCHUN MO'LJALLANGAN "BOLALAR KASALLIKLARI" FANIDAN AMALIY MASHG'ULOTLAR QISQA ANNOTACIYASI

№	Amaliy mashg'ulotlar nomlari va ularning yangi pedagogik texnologiyalarni qo'llagan holda qisqacha mazmuni	Adabiyotlar
1	Bolalarda o'tkir pnevmoniya. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi. O'tkir pnevmoniyaning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi haqida ma'lumot berish Interaktiv usul: "Birgalikda o'qiyamiz"	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3, 4
2	Bolalarda bronxial astma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi. Talabalarga bolalarda bronxial astmaning kechish xususiyatlarini tushuntirish. Etiologiyasi, rivojlanish mexanizmi, klinik belgilari, diagnostik mezonlari tugrisida tushuncha berish. Astmatik statusda yordam kursatishni urgatish Interaktiv usul: "Miya shturmi"	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3, 4
3	Bolalarda bronxial astma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi. Talabalarga bolalarda bronxial astmaning kechish xususiyatlarini tushuntirish. Etiologiyasi, rivojlanish mexanizmi, klinik belgilari, diagnostik mezonlari tugrisida tushuncha berish. Astmatik statusda yordam kursatishni urgatish Interaktiv usul: "Miya shturmi"	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3, 4
4	O'tkir revmatik isitma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasini talabalarga o'rgatish. Interaktiv usul: "Miya shturmi"	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3, 4
5	Bolalarda norevmatik karditlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi,	Adabiyotlar: 1. (asosiy

	qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi. Interaktiv usul: "Akademik polemika" usuli	adabiyotlar)-1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3, 20
6	Bolalarda yuvenil revmatoid artrit. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi haida talabalarga malumot berish va bemor bola oldida klinik belgilarni aniqlash. Interaktiv usul: "Klinik vaziyatni hal etish"	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3, 14
7	Bolalarda surunkali gastrit va gastroduodenitlar. Talabalarga yetiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi haqida tushuncha berish, olgan bilimlarini amalda tekshirish Interaktiv usul: "Klinik vaziyatni hal etish"	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3,11
8	Bolalarda oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi. Talabalarga ishqozon va 12 barmoli ichak yara kasalligining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi haqida tushuncha berish va bemor bola oldida mavzuga oid belgilarni aniqlash. Interaktiv usul: "Klinik vaziyatni hal etish"	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3, 4
9	Bolalarda surunkali enterokolitlar. Talabalarga Kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi haqida tushuncha berish va olgan bilimlarini mustaxkamlash maqsadida bemor bolani kuratsiya qilish Interaktiv usul: "Klinik vaziyatni hal etish"	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3,1 4
10	Bolalarda surunkali hepatitlar. Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi haqida tushuncha berish va olgan bilimlarini amalda sinab ko'rish uchun bemor kuratsiya qilish Interaktiv usul: "Klinik vaziyatni hal etish"	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3,1 4
11	Bolalarda jigar cirrozi. Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi haqida tushuncha berish va olgan bilimlarini amalda sinab ko'rish uchun bemor kuratsiya qilish Interaktiv usul: "Klinik vaziyatni hal etish"	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3, 15
12	Bolalarda infeksiyon glomerulonefritlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi. Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi haqida tushuncha berish va olgan bilimlarini amalda sinab ko'rish uchun bemor kuratsiya qilish Interaktiv usul: "Akademik polemika" usuli	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3, 17
13	Bolalarda infeksiyon glomerulonefritlar. diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi. Talabalarga kasallikning diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi haqida tushuncha berish va olgan bilimlarini amalda sinab ko'rish uchun bemor kuratsiya qilish Interaktiv usul: "Akademik polemika" usuli	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3, 18

#### O'QUV KLINIK AMALIYOTI

MAVZUVIY REJA BO'YICHA VILOYAT BOLALAR KO'P TARMOQLI TIBBIYOT MARKAZI BO'LIMLARIDA, AMALIY KO'NIKMALARNI EGALLASH LABORATORIYASIDA, QVP MODULIDA O'TKAZILADI

#### KLINIKMASHG'ULOTLAR MAZMUNI

№	Mashg'ulot mavzusi
1	<b>Bolalarda o'tkir pnevmoniya. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.</b> Bemorlar kuratsiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. pnevmoniyaning klinik belgilarini aniqlash, nafas sonini sanash, auskultativ shovqinlarini farqlab berish. Instrumental, fizik tekshirishlarni bajarib izoxlab berish. Даво варақасини тузиш
2	<b>Bolalarda bronxial astma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.</b> Bemorlar kuratsiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Bronxial astmaning klinik belgilarini aniqlash, nafas sonini sanash, auskultativ shovqinlarini farqlab berish.
3	<b>Bolalarda bronxial astma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.</b> Instrumental (pikfloumetriya, spirometriya.), fizik tekshirishlarni bajarib izoxlab berish.

	Salbutamol ingalyatsiyasini, nebulayzer terapiyani amalda bajarish. Xuruju darida birinchi yordam kursatish. Даво varaқасини тузиш
<b>4</b>	<b>O'tkir revmatik isitma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.</b> Bemorlar kuratsiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. O'tkir revmatik isitmaning klinik belgilarini aniqlash, laborator taxlillar natijalarini (remo sinama, umumiy qon tahlili, EKG) interpretatsiya qilish, isitmada birinchi yordam ko'satish, dori vositalarining dozasini hisoblash, davo va profilaktiksi choralari tuzish
<b>5</b>	Bolalarda norevmatik karditlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi.
<b>6</b>	Bolalarda yuvenil revmatoid artrit Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi
<b>7</b>	<b>Bolalarda surunkali gastrit va gastroduodenitlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi.</b> Bemorlar kuratsiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar klinik belgilarini aniqlash. Qorin sohasini obektiv kuzdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya qilish. Qorin devorini sohalarga bo'lib, gastroduodenitlarga xos og'riq lokalizatsiyasini aniqlash. Instrumental tekshirish usullarida (FGS, rentgenografiya duodenal zondlash va hok) ishtirok etib xulosa qilish va davo choralari tuzish. Axladni yashirin qonga tekshirish
<b>8</b>	<b>Bolalarda oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi.</b> Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi. Bemorlar kuratsiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligiga xos og'riqlarni aniqlab berish, epigastral soxani palpatsiya qilib berish, FGSda ishtirok etish. asoratlar kuzatilganda birinchi yordam ko'rsatish. Laborator taxlillarni interpretatsiya qilish (qon, siydik, axlat). Davo varaқasini tuzish
<b>9</b>	<b>Bolalarda surunkali enterokolitlar.</b> Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi Bemorlar kuratsiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Qorin sohasini yuzaki va chuqur palpatsiya qilish, koprogrammani tahlil qilish. Davo varaқasini tuzish
<b>10</b>	<b>Bolalarda surunkali gepatitlar</b> Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi Bemorlar kuratsiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Jigarni Kurlov bo'yicha chegaralarini aniqlash, jigar xastaligiga xos klinik belgilarini aniqlash. Qonning bioximiyoviy taxlillarini, UTT va boshqa instrumental tekshirish natijalarini izoxlash. Davo varaқasini tuzish
<b>11</b>	<b>Bolalarda jigar cirrozi</b> Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi Bemorlar kuratsiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Jigarni Kurlov bo'yicha

	chegaralarini aniqlash, jigar xastaligiga xos klinik belgilarini aniqlash. Qonning bioximiyoviy taxlillarini, UTT va boshqa instrumental tekshirish natijalarini izoxlash. Davo varaqasini tuzish
<b>12</b>	<b>Bolalarda infeksiyon glomerulonefritlar.</b> Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi. Bemorlar kuratsiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Kasallikka xos klinik belgilarni topish, Pasternatskiy simptomini tekshirish. Zimnitskiy, Nicheparenko, Amburje, Adissa-Kakovskiy usullarida siydik yig'ish va natijalarini taxlil qilish
<b>13</b>	<b>Bolalarda infeksiyon glomerulonefritlar. Diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.</b> Bemorlar kuratsiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Davo varaqasini tuzish va profilaktik choralarini taminlash.

#### Mustaqil ta'limni tashkil etishning shakli va mazmuni

Talaba mustaqil ishining asosiy maqsadi - o'qituvchining rahbarligi va nazorati ostida muayyan o'quv ishlarini mustaqil ravishda bajarish uchun bilim va ko'nikmalarni shakllantirish va rivojlantirish.

Talaba mustaqil ishini tashkil etishda quyidagi shakllardan foydalaniladi:

- ayrim nazariy mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish;
- berilgan mavzular bo'yicha axborot (referat) tayyorlash;
- nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash;
- avtomatlashtirilgan o'rgatuvchi va nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash;
- ilmiy maqola, anjumanga ma'ruza tayyorlash va h.k.

Tavsiya etilayotgan mustaqil ishlarning mavzulari

#### DAVOLASH VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 4 KURS TALABALARI UCHUN MO'LJALLANGAN "BOLALAR KASALLIKLARI" FANIDAN MUSTAQIL ISHLAR KALENDAR –TEMATIK REJASI.

№	TMI mavzusi	Ajratilgan soat
1	Alport sindromi	5
2	Atipik pnevmoniyalar	5
3	Reaktiv artritlar	5
4	Tizimli qizilcha	5
5	Dermatomiozidler	5
6	Tizimli sklerodermiya	5
7	Gastrozofagal refleksi.	5
8	Mitral klapan prolapsi.	5
9	Surunkali hepatitlar	2
	Jami :	42

#### Darsliklar va qo'llanmalar ro'yxati Asosiy Adabiyotlar

Bolalar kasalliklari - darslik T.O.Daminov, B.T. Xalmatova, O'R.Boboeva, 2013  
 Detskie bolezni - uchebnik T.O.Daminov, B.T.Xalmatova, U.R.Boboeva, 2013  
 Detskie bolezni - Shabalov N.P. taxriri ostida, 2007, 2010  
 Detskie bolezni - Baranov A.A. taxriri ostida, 2009

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Anemii u detey, V.I.Kalinicheva, 2000,
2. Belokon N.A., Kuberger M.B. Bolezni serdsa i sosudov u detey. M. 1987

3. Belozеров YU.M. Detskaya kardiologiya. M. 2004.
4. «Bolezni detey rannego vozrasta», - rukovodstvo dlya vrachey pod redaksiyey A.A.Baranova, - Moskva-Ivanova, 1998.
5. Bolezni organov pishhevareniya u detey, V.A.Mazurin, 1994
6. Bronxialnaya astma u detey i yee klassifikatsiya. V kn.: Pod red. S.YU. Koganova. M: Meditsina 1999;
7. Denisov M.YU. Prakticheskaya gastroenterologiya dlya pediatri. M., 2001.
8. Klinicheskaya meditsina. Spravochnik prakticheskogo vracha. M., 1997, T.1
9. Klinicheskaya immunologiya detskogo vozrasta, D.V.Stefani, YU.YE.Veltishev, 1996
10. Korovina N.A., Zaplatnikov A.L., Zaxarova I.N. Kashi u detey. Posobie dlya vrachey. - M.: 2000.
11. Koganov S.YU. Bronxialnaya astma u detey. Moskva: Meditsina 2002;
12. Lasitsa O.I., Lasitsa T.S. Bronxialnaya astma v praktike semeynogo vracha. - Kiev: ZAO «Atlant UMS». - 2001.
13. Moshich P.S., V.M.Sidelnikova, D.YU.Krivchenya. «Kardiologiya detskogo vozrasta». Moskva, 2004
14. Nazirov F.G., Denisov I.N., Ulumbekova E.G.. Spravochnik prakticheskogo vracha. 2000
15. Ostrie pnevmonii u detey, pod redaksiyey V.K.Tatochenko, 1994
16. Pediatriya - rukovodstvo dlya vrachey pod redaksiyey R.YE.Bermana, V.K.Vogana. -M, 1989
17. Patologiya detey starshego vozrasta - pod redaksiyey A.A.Baranova, M, -1998
18. Paykov V.L., Xatskel S.B., Erman L.V. Gastroenterologiya detskogo vozrasta v sxemax i tablitsax: Spravochnoe rukovodstvo. SPb., 1998.
19. Pariyskaya T.V.. Spravochnik pediatri. EKSMO, Moskva 2004 g.
20. Rukovodstvo po detskoj nefrologii, M.S.Ignatova, YU.YE.Veltishev, 1995
21. Rukovodstvo po detskoj artrologii. Pod red. akad. AMN SSSR M.YA. Studenikina i porf. A.A.Yakovlevoy. - L. 1987. - S . 162- 170.
22. Spravochnik vracha obshey praktiki. Pod redaksiyey akad. RAMN. N.R.Paleeva. EKSMO 2002
23. Spravochnik pediatri. Sankt-Peterburg, Moskva, 2004
24. «Spravochnik semeynogo vracha» (Pediatriya), - Minsk, 2000
25. Bolalar kasalliklarini integratsion usulda olib borish. O'quv qo'llanma. UzRSSV/YUNISEF,2003
26. Ko'krak suti bilan boqish. O'quv qo'llanma. O'zRSSV/YUNISEF, 2013.
27. Bolalarga statsionar yordam kursatish. Metodik kullanma.(UzSSV №225 buyrug'i, 2013)
28. Хронические вирусные гепатиты у детей. Ф.И.Иноятова. Т.1997.
29. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2016.
30. The five Minute child Health Advisor/ - M. William Schwartz, MD., - 1998, USA
31. A therapist's guide to pediatric assessment, - Linda King-Thomas, Bonnie J. Hacker, 1987, USA
32. Pediatrics, - Margaret C. Heagarty., William J. Moss, -1997, USA

#### **Интернет сайтлар:**

5. [www.tma.uz](http://www.tma.uz)
6. [www.zyonet.uz](http://www.zyonet.uz)
7. [www.info@minzdrav.uz](mailto:www.info@minzdrav.uz)
8. [www.info@tma.uz](http://www.info@tma.uz)

## **Tarqatma materiallar.**

### 1. Mavzu.

#### **МАСАЛА № 1.**

Бола 3 ойлик. Тугилишидан бошлаб доимий тана хароратининг 38-39°C кутарилиши кузатилмоқда. Озгин. Хозирдаги вазни – 2200 г. Тугилгандаги вазни – 2800 г. Тери катламлари кулранг-ер рангида. Барча периферик лимфа тугунлар пайпасланмоқда. Юрак оханглари бугик, тахикардия. Упкада нафас пасайган. Корни шишган, жигар + 4 см, талок + 2,5 см. Нажас сарик-яшил рангда, суяк, хазм булмаган овкат булаклари, шилликлар бор. Умумий кон тахлили: Нв-58 г/л, ЭР.- $2,4 \times 10^{12}$ /л, рк.-06, Л-7,0 $\times 10^9$ /л, с/я-32%, лимфоцит-28%, м- 6 % ЭЧТ-25 мм/с.

Умумий сийдик тахлили: с/с, тиник, оксил- йук, ут пигмент – отр., глюкоза – abs, ясси эп. – единич, Л – 2-3 куриш майдонида.

Ахлатни бак. Текшируви – Staf. Aureus.

Сизнинг ташхисингиз?

Болага текшириш ва даволаш режасини тузинг.

#### **Мавзу бўйича талабалар ўзлаштириш савиясини аниқлаш учун бериладиган саволлар:**

- 1) нафас олиш аъзоларининг хомиладаги шаклланиши
- 2) болаларда нафас олиш тизимининг АФХ сини тушунтиринг
- 3) нафас аъзоларини текшириш усуллари ва узгаришларини айтинг?
- 4) юкори ва пастки нафас йулларининг хасталик белгиларини тушунтиринг
- 5) пневмония тугрисида тушунча
- б) пневмония чакирувчи сабабларни айтинг
- 7) пневмониянинг патогенетик манзараси
- 8) пневмониянинг паталогоанатомик куриниши кандай?
- 9) пневмониянинг болаларда кечиш хусусиятлари кандай?
- 10) пневмониянинг клиникасида кандай узгаришлар кузатилади, характерли белгиларни курсатинг.
- 11) пневмония касаллигини классификациясида нималар ёритилган?
- 12) зотилжам касаллигини этиопатогенетик даволаш кандай?
- 13) пневмониянинг профилактикасини олиб боришда нималарга эътибор бериш керак?

#### **Машғулотда қўлланадиган интерактив усуллар технологияси «Мия штурми» усули.**

Услугбининг асосий коидалари

- Гоя хосил килишга халакит берувчи хеч кандай танбех ва танкидий фикр билдирмаслик.
- Энг куп микдорда таклифлар олиш
- Гоялар комбинациси ва уларни ривожлантириш
- Кенг баён килмай кискача фикр билдириш
- Гурухни гоя ишлаб чиқарувчиларга ва уларга ишлов берувчиларга ажратиш.

Бу услуб хар кандай шароитда оптимал карор кабул килишга, оппонентларни кабул килинаётган йулнинг тугрилигига ишонч хосил килишга ургатади. Бу услуб асосий мавзуни муҳокама килишда олдиндан яхшигина тайёргарликдир.

Услубнинг мақсади: Киска вақт ичида гуруҳдан куп микдорда вариантлар олиш, талабалар билимини аниқлаш. Бунда муаммоларни хал килишга кодир гоёлар таклиф килиниши мумкин, талабалар тажриба юзасидан бир – бирига истаклар билдириши мумкин. Вазиятнинг моҳияти шундаки гуруҳга савол ёки тугалланмаган муҳокама берилади. Бир неча дақиқа ичида гуруҳ аъзолари шу мавзуда гапирадилар.. мияга нималарни саклаш кераклиги талабалар томонидан айтиб утилади. Маъноси ва мазмунидан катъий назар хама айтилган гаплар доскага Бирма – бир ёзилади. Хама уз фикрини айтади, мақсад куп микдорда турли – туман таклифларни олиш, бу вақтда хеч нарса танқид килинмайди, хеч кандай баҳо куйилмайди, муҳокама килинмайди. Иштирокчиларга таклиф килинган барча гоёларни муҳокама килиш учун имконият берилади. Агар гуруҳда фаоллик суст булса, уқитувчи узининг бир неча фикрини ёзишни таклиф килади. Усулнинг ахамияти шундаки, у гуруҳни бирлаштиради.

### Саволлар

1. Пневмониянинг чакирувчиларини айтинг.
2. Пневмония ривожланиш босқичларини курсатинг.
3. Пневмонияни диагностик мезонларини санаг.
4. Пневмонияни даволаш стандартларини курсатинг.

### Клиник масалалар Вазиятли масала № 1

**Расул, 4 ёшда.** Боланинг онаси поликлиникага мурожаат килиб келди. Расул 1 хафтадан бери касал, касаллиги тумов билан бошланди. Кейин иситма килди, онаси уйда парацетамол бериб, боланинг иситмасини туширди, ахволи яхшиланди. Кечадан бошлаб бола каттик инжиклик қияпти, иситмаси  $38,5^{\circ}\text{C}$  гача кутарилиб кетди. Онаси парацетамол шамчаси юборди, бироқ кечкурун боланинг ахволи огирлашиб, хансирай бошлади. Онаси боласини улиб қолади деб қурқяпти. Курик пайтида бола ахволи огир, лекин иситмаси  $37,4^{\circ}\text{C}$  га тушган. Йутали курук, огрикли. Кукрак кафаси кучли тортилган, нафас частотаси 1 минутда 44 та. Аускультацияда упканинг пастки қисмларида нафас утиши сусайган, перкутор уша сохаларда перкутор товуш кискарган. Врач болани дархол шифохонага ётқизишни таклиф килди. Лекин онаси болани ётқизишдан бош тортмоқда.

1. Боланинг ахволини кандай баҳолаган булар эдингиз?
2. Боланинг диагнозини аниқлаш учун кандай текшириш усулини таклиф қилар эдингиз?
3. Амбулатория шароитида кандай ёрдам курсата оласиз?
4. Стационарда кандай даволашга ҳаракат қилар эдингиз?

### Клиник масалалар Вазиятли масала № 2

**Азиза , 4 ёшда.** Боланинг онаси поликлиникага мурожаат килиб келди. Расул 2 хафтадан бери касал, касаллиги тумов билан бошланди. Кейин иситма килди, онаси уйда парацетамол бериб, боланинг иситмасини туширди, ахволи яхшиланди. Кечадан бошлаб бола каттик инжиклик қияпти, иситмаси 36, 5 ° С , бироқ кечкурун боланинг ахволи огирлашиб, хансирай бошлади. Онаси боласини улиб қолади деб қурқяпти. Курик пайтида бола ахволи огир, лекин иситмаси 36, 4 ° С, йутали курук, огрикли. Кукрак кафаси кучли тортилган, нафас частотаси 1 минутда 44 та. Аускультацияда упканинг барча қисмида куплаб хуштаксимон ва визилловчи хириллашлар. Хириллашлар масофада ҳам эшитилади, перкутор товуш қучайган. Врач болани дархол шифохонага ётқишишни таклиф қилди. Лекин онаси болани ётқишишдан бош тортмоқда. Савол: 1. Боланинг ахволини қандай баҳолаган булар эдингиз?

1. Боланинг диагнозини аниқлаш учун қандай текшириш усулини таклиф қилар эдингиз?
2. Амбулатория шароитида қандай ёрдам курсата оласиз?
3. Стационарда қандай даволашга ҳаракат қилар эдингиз?

### **Talabalar egallashi zarur бўлган амалий кўникмалар**

- Soglom va kasal bola va uning ota – onasi bilan mulokotga kirish
- kasallik tarixi yozish
- antibiotik va balgam kuchiruvchi preparatlarga retsept yozish
- kon va siydik taxlilini baxolay olish
- spirometriya va pnevmotaxometriya kila bilish
- pulsni va arterial bosimni ulchay olish
- balgam taxlilini bakterial tekshiruvga olish

### **2-3. Мавзу.**

#### **Мураккаб вазиятли масала № 1**

Талаба учун вазифа: муаммоли масалани ечиш  
масала саволларига талабанинг жавобини баҳоланг

Масала: Бемор 8 ёш, шифохонага огир ахволда олиб келинди. Анамнезда турли хил хидларга сезгирлиги бор. Териси тоза, хансираш экспиратор, упкада кутича товуши, курук хуштаксимон хириллашлар масофада эшитилади.

Беморга қуйилган ташхис: Бронхиал астма.

Беморга қуйилган ташхис асосида унинг шикоятлари, касаллик ва хаёт тарихини ёритинг, лаборатор ва инструментал текшириш режасини тузиб, ундаги узгаришларни тахлил қилинг ва ташхисни тулик аниқланг ва даволанг.

#### **Бемор шикоятлари:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Касаллик ва хаёт тарихи:**

6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_

**Объектив курувда:**

15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_
21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_

**Текшириш режаси:**

24. \_\_\_\_\_
25. \_\_\_\_\_
26. \_\_\_\_\_

**Лаборатор ва инструментал тахлиллардаги узгаришлар:**

27. \_\_\_\_\_
28. \_\_\_\_\_
29. \_\_\_\_\_

**Тулик ташхис:**

30. \_\_\_\_\_

**УАШ даражасида сизнинг тактикангиз.**

31. \_\_\_\_\_
32. \_\_\_\_\_
33. \_\_\_\_\_
34. \_\_\_\_\_
35. \_\_\_\_\_

**Мураккаб вазиятли масала № 2**

Бемор 8 йил давомида бронхиал астмани енгил шакли билан касалланган. Касалланиш уткирлашиши камдан-кам, купинча ОРВИ фониди, баъзи холатларда сабабсиз чакирилади. Сенсбилизацияни спектрини ва бронхлари реактивлигини бузилиш даражасини аниклаш учун скарификация ва жисмоний йукламалар утказилган.

13 хил усимлик, 12 хил озик-овкат, 10 хил эпидермал ва уй чанги аллергенларга сууст ва шубхали аллергик реакциялар аникланди.

Базис терапия (задитен, интал, эуфиллин) самарасини курсатмади.

Базис терапияни препаратларини дозасини кутаришдан ва Н-антогонистлар куллашдан беморни ота-онаси бош тортди. Керакли даволаш тактикасини кулланг. Беморга куйилган ташхис: Бронхиал астма касаллиги  
Беморга куйилган ташхис асосида унинг шикоятлари, касаллик ва хаёт тарихини ёритинг, лаборатор ва инструментал текшириш режасини тузиб, ундаги узгаришларни тахлил килинг ва ташхисни тулик аникланг ва даволанг.

**Бемор шикоятлари:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**Касаллик ва хаёт тарихи:**

7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_

**Объектив курувда:**

13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_

**Текшириш режаси:**

21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_

**Лаборатор ва инструментал тахлиллардаги узгаришлар:**

24. \_\_\_\_\_
1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Тулик ташхис:**

25. \_\_\_\_\_
26. \_\_\_\_\_

**УАШ даражасида сизнинг тактикангиз.**

27. \_\_\_\_\_
28. \_\_\_\_\_
29. \_\_\_\_\_
30. \_\_\_\_\_

12 ёшли кизда шоколад ва ёнгок егандан сунг (2 соатдан кейин) кичишиш, ялпи уртикар тошмалар, ковок ва пастки лабини ва кул кафтларида шиш пайдо булди.

Бола вактида, асфиксиясиз тугилган. 2 ойдан бошлаб, бола сунъий озикланади. Кукрак ёшида аллергик диатез аникланган. Усиш ва жисмоний ривожланиши ёшига мос. Шамоллаш ходисалар камдан-кам булган. Кейинчалик аллергик дерматоз холатлари кузатилмаган.

Беморнинг отасида бронхиал астма. Бемор стационарга ёткизилди.

**Беморга куйилган ташхис:** Таомга бо'лган аллергия, О'ткир эшакэми

Беморга куйилган ташхис асосида унинг шикоятлари, касаллик ва хаёт тарихини ёритинг, лаборатор ва инструментал текшириш режасини тузиб, ундаги узгаришларни тахлил килинг ва ташхисни тулик аникланг ва даволанг.

**Бемор шикоятлари:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**Касаллик ва хаёт тарихи:**

7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_

**Объектив курувда:**

13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_

**Текшириш режаси:**

21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_

**Лаборатор ва инструментал тахлиллардаги узгаришлар:**

24. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

**Тулик ташхис:**

25. \_\_\_\_\_
26. \_\_\_\_\_

**УАШ даражасида сизнинг тактикангиз.**

27. \_\_\_\_\_
28. \_\_\_\_\_
29. \_\_\_\_\_
30. \_\_\_\_\_

#### **Мураккаб вазиятли масала № 4**

10 ёшли кизча доимий бурун битишига, эрталаб ва кечкурун холатининг ёмонлашувига, курук хуружсимон йуталга ва нафас чикаришни кийинлашувига шикоят килмокда. 1 ойда 1-2 марта тез ёрдам шифокорини ёрдамига мухтож булган огир бугилиш хуружлари кузатилмокда. Киш ва бахор фаслларида нам ва сосук хавода ахволи ёмонлашуви кузатилмокда. Ота-онаси бола холатини огирлашганини шамоллаш касалига хаво узгаришига, физик толикишга, йиглашга, ит ва мушук билан контактда булишига, туйиб овкатланишга, уткир хидга, цирк ва зоопаркга боришга боғлайди. Астмопеит, сальбутамол ва эуфиллин холатини енгиллаштиради.

1-хомиладорликдан, хомиладорликнинг 1-чи ярми токсикоз билан утган. Асоратсиз вақтида тугилган. Нормал огирликда, йиглаб тугилган. 3-ойгача она сути билан бокилган. «Малыш» смесини бергандан сунг курук экзема пайдо булган. 10 ойлигидан яслига борган, интоксикация ва тана харорати кутарилмасдан тез-тезда шамоллаб турган. 1,5 ёшлигида балик егандан сунг Квинке шиши кузатилиб, шифохонада даволанган. 5-ёшлигида харакатли уйин уйнаш вақтида огир бугилиш хуружи кузатилган, тез ёрдам шифокори ёлгон крупп деб бахолаган. Шифохонада эуфиллин вена ичига юборилганда бугилиш йуқолган. Кейинчалик бугилиш хуружи хар ойда такрорланиб турган. 8 ёшидан буён тез-тезда такрорланяпти.

**Беморга куйилган ташхис:** Бронхиал астма

Беморга куйилган ташхис асосида унинг шикоятлари, касаллик ва хаёт тарихини ёритинг, лаборатор ва инструментал текшириш режасини тузиб, ундаги узгаришларни тахлил килинг ва ташхисни тулик аникланг ва даволанг.

**Бемор шикоятлари:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**Касаллик ва хаёт тарихи:**

7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_

**Объектив курувда:**

13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_

19. \_\_\_\_\_

20. \_\_\_\_\_

**Текшириш режаси:**

21. \_\_\_\_\_

22. \_\_\_\_\_

23. \_\_\_\_\_

**Лаборатор ва инструментал тахлиллардаги узгаришлар:**

24. \_\_\_\_\_

25. \_\_\_\_\_

26. \_\_\_\_\_

27. \_\_\_\_\_

28. \_\_\_\_\_

29. \_\_\_\_\_

**Тулик ташхис:**

30. \_\_\_\_\_

31. \_\_\_\_\_

**УАШ даражасида сизнинг тактикангиз.**

32. \_\_\_\_\_

33. \_\_\_\_\_

34. \_\_\_\_\_

35. \_\_\_\_\_

**Вазиятли масала № 2**

Масала: Бемор 8 ёш, шифохонага огир ахволда олиб келинди. Анамнезда турли хил хидларга сезгирлиги бор. Териси тоза, хансираш экспиратор, упкада кутича товуши, курук хуштаксимон хириллашлар масофада эшитилади.

Савол: 1) сизнинг тактикангиз

2) тахминий ва киёсий ташхисингиз?

**Мавзу бўйича талабалар ўзлаштириш савиясини аниқлаш учун бериладиган саволлар:**

1. бронхиал астма тугрисида тушунча беринг
2. бронхиал астма чакирувчи сабабларни айтинг
3. бронхиал астмапатогенетик манзараси
4. бронхиал астманинг болаларда кечиш хусусиятлари кандай?
5. бронхиал астмаклиникасида кандай узгаришлар кузатилади, характерли белгиларни курсатинг.
6. бронхиал астмакасалигини классификациясида нималар ёритилган?
7. бронхиал астма касалигини этиопатогенетик даволаш кандай?
8. бронхиал астмапрофилактикасини олиб боришда нималарга эътибор бериш керак?

**Машғулотда қўлланадиган интерактив усуллар технологияси  
«Клиник вазиятни хал этиш» техникаси**

Талабалар бир нечта кичик гурухларга булинадилар. Хар бир кичик гурухга клиник вазият берилади. 15 минут ичида талабалар клиник холатни бажарадилар. Вазифани бажаргандан сунг, гурух ичида укилади ва умумий мухокама килинади. Хар бир вазият мухокама килингандан сунг талабалар билими бахоланади.

Бу усулнинг афзаллиги талабалар аник бир мақсадга эришадилар ва амалда куллай олишларини исбот килишга харакат киладилар.

### **Клиник холат № 1.**

#### **Касаллик тарихи.**

Кристина В, 14 ёшда вилоят куп тармокли болалар тиббий марказига куйидаги шикоятлар билан келди: доимий бурни битиши, тез – тез тумов булиб, бурни окиши, айникса бахор фаслида (апрел, июнь).

#### **Хаёт анамнезидан:**

Кизча 2 хомила, 2 тугрукдан, онасининг хомиладорлиги яхши утган, вактида 3 кг вазнда тугилиб, дархол йиглади, Апгар шкаласи билан 9 балл олган.

6 ойликдан 2 ёшигача рецидивловчи стафилококкли инфекция кайд этилган.

10 ва 12 яшар пайти стационарнинг ЛОР булимида гайморит ташхиси билан ётиб даволанган. Госпитализация даврида гаймор бушлиги пункция килинган, ажралма аникланмаган. Иккала холатда хам касаллик хуружи узок муддатли тумовдан сунг шифохонага ёткизилган.

6 яшарлик давридан бошлаб клубника, цитрус мевалар егандан сунг боланинг терисида биланинг ички юзаларида, буйин сохасида, тизза бугимннинг остки кисмида тошмалар, кичиш кузатилади. Тошмалар куёшда куп юрган пайтида хам пайдо булади.

#### **Оила анамнези.**

Онаси узини соглом хисоблайди.

Отасида – поллиноз, сурункали бронхит.

Она томонидан бувисида – обструктив бронхит бор.

Онаси – ашаддий кашанда.

#### **Касаллик анамнезидан.**

Узини 2004 йил май ойидан бери касал деб хисоблайди. Май ойида УРВИ касал булиб, огир тумов, риноконъюнктивит ва кузларида кичиш кузатилди. Касалликнинг 3 хафтасидан йутал кузатилиб, 10 кун давомида зиртек билан даволанди.

Бурнига томчилар – називин (10 кун), кузига левомецитинли томчилар гидрокортизон билан куйилди.

Риноконъюнктивит белгилари факат август ойида йуколди.

Йутал даврий равишда кайталаниб турди.

Сентябрь ойида яна УРВИ касаллик юкори тана хароратининг кутарилиши, тумов, томокда огрик ва каттик йутал кузатилди. Вилоят куп тармокли болалар тиббий марказига 8.09.2009 йил йирингли гайморит, бронхит ташхиси куйилди.

Саволлар:

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Ташхисни аниклаш учун яна кандай диагностик усуллардан фойдаланасиз?
3. Даволаш режаси?
4. Хозирги пайтда кайси дори воситаларини тавсия этасиз?

## **Клиник ҳолат №2.**

### **Касаллик тарихи.**

Бемор, Махмудов Алишер, 6 ёш шифохонада даволанишга келган.

Шикоят: Онасининг ёзишча тана хароратининг кутарилиши, йутал, йутал пайтида кукрак кафасининг унг томон пастки кисмида огрик, инжиклик, иштаха пасайиши, хансираш.

### **Хаёт анамнезидан:**

Бемор биринчи хомила ва биринчи тугрукдан хомиладорлиги яхши кечган.

Тугилгандаги вазни 4200 г, дарров йиглаган, 2 ойлигидан сунъий овкатланишга утган, 3 ойлигидан ЭҚД билан даволаниб келган. 3 ёшгача куп касалланган.(ОРВИ, диарея, ларинготрахеит)

### **Оила анамнези**

Ота- онаси соглом.

Холаси ари чакканидан вафот этган.

### **Касаллик анамнезидан.**

Бемор 1 хафтвдвн бери касал. Касаллигини чумилиш билан боғлайди. Касаллик аксириш, бурун битиш, бурундан сув окиш ва йутал билан бошланган. 2 кундан бери тана хароратининг кутарилиши ва йуталганда кукрак кафасининг унг томон пастки кисмида огрик кузатилади. Уйда парацетамол ва ампициллен таблеткаси 2- кун ичган, фойдаси кам ва шифохонага келган.

**КУЗДАН КЕЧИРГАНДА:** бемор рангпар, инжик, перорал цианох сезиларли. Нафас олишдв ёрдамчи мускуллар катнашиши кузатилади.

**ПЕРКУТОР:** товуш унг томон кукрак кафасининг пастки сохасида кискарган .

Аускультатив уша сохада нафас сусайган, майда пуфакчали хириллаш ва крепитацияли хириллашлар эштилади. Упкада таркалган турли пуфакчали хириллашлар эштилади.

Саволлар:

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Ташхисни аниклаш учун яна кандай диагностик усуллардан фойдаланасиз?
3. Даволаш режаси?

## **Talabalar egallashi zarur бўлган амалий кўникмалар**

- Soglom va kasal bola va uning ota – onasi bilan mulokotga kirish
- kas llik tarixi yozish
- antibiotik va balgam kuchiruvchi preparatlarga retsept yozish
- kon va siydik taxlilini baxolay olish
- spirometriya va pnevmotaxometriya kila bilish
- pulsni va arterial bosimni ulchay olish
- balgam taxlilini bakterial tekshiruvga olish

## **4..Mavzu**

### **Масала № 1**

5 ёшли кизчада лакунар ангина. Эритромицин, аспирин, махаллий даволар олмоқда. Касалликнинг 5 кунда юрак соҳасида сезилувчан характерга эга киска муддатли огрик пайдо булди. Бу огрик жисмоний зурикишдан кейин юзага келмоқда. Тана харорати 37,6°C. Иштаҳаси анча сушлашган. Уйкуси бузилмаган. Puls-90 та 1 минутда., нафас олиш сони 23 та 1 минутда.

Упкада везикуляр нафас. Юрак чуққиси турткиси бироз кучайган. Майдони 1,5 м2. Юрак чап чегарси урта умров чизигидан 1,5 см. ташкарида, 1-тон бугиклашган. Енгил систолик шовкин. Жигар катталашмаган. Ич келиши ва сийиши равон.

ЭКГ: Юрак уриш тезлиги 1 минутда 86 та, 1-даражали АҮ-канал, реполяризация жараёнининг бузилиши.

1. Сизнинг ташхисингиз.
2. Касалликнинг этиологияси.

### **МАСАЛА № 2.**

3. 6 ёшли болада тугма юрак нуксони (умумий артериал ствол) аникланди. Бу бола жисмоний ривожланишдан оркади колган. УРВИ, пневмония билан тез-тез оргийди. Ахволи огир, вазни 17 кг. Тана харорати субфебрил. Бола буш, кам харакат. Териси окиш-кулранг, акроцианоз. Бармоклари барабан таёкчалари, тирноги “соат ойнаси” куринишида. Тиш кариес. Юракнинг барча эшитиш нукталарида дагал систолик шовкин эшитилади. . Юрак уриш тезлиги 88 та 1 минутига . Жигар ковурга ёйидан +5 см чикиб турибди. Талок +4 см. Кон тахлилида- Лейкоцитлар-9,8x10<sup>9</sup>/л, эозинофил-8%, СОЭ-25 мм/с

4. 1.Сизнинг ташхисингиз ?
2. Даволаш принципи?

### **МАСАЛА № 5.**

Бемор 5 ёшда. Булимга тизза бугими жарохатланиши билан шикоят килиб келди. Унг тизза бугимида огрик ва харакат чекланиши, велосипеддан йикилгандан сунг, 2 соат утгач, пайдо булган.

Анамнезидан: 1 ёшидан бери жарохат олгандан сунг гематомалар, бурундан кон кетиши кузатилади. 3-4 ёшлигида жарохатдан сунг болдир-товон ва билак бугимларида шиш, огрик, харакат чекланиши кузатилган. Юкоридаги шикоятлар билан стационарда даволанган.

Келганда боланинг ахволи огир. Тизза бугимидаги огрикка шикоят килмоқда, оёгини боса олмайди, териси окиш, оёкларида, пешонасида йирик экстравазатлар бор. Унг тизза бугими катталашган, ушлаб курилганда илик, огрикли, харакат чекланган. Чап тирсак бугимида 4 ёшида олган жарохати туфайли бир оз шиш, харакат чекланиши бор.

Дьюке буйича кон окиш вакти -2 мин.90 сек. Ли-Уайт буйича кон ивиш вакти 15 мин дан ортик.

- 1.Ташхис куйинг. 2. Тахлилларни изохланг.

5.

**Мавзу бўйича талабалар ўзлаштириш савиясини аниқлаш учун бериладиган саволлар:**

- 1) болаларда юрак – кон томир тизимининг шаклланиш боскичларини айтинг
- 2) юрак – кон томир тизимининг АФХсини тушунтиринг
- 3) юрак – кон томир тизимини текшириш усулларини санаб утинг

- 4) ревматизм нима дегани?
- 5) ревматизмнинг этиологияси қандай?
- 6) ревматизм ривожланишида стрептококкларнинг ахамияти ва сурункали инфекция учокларининг ахамияти қандай?
- 7) бод касаллиги патогенетик манзараси
- 8) ревматизмнинг паталогоанатомик қуриниши қандай?
- 9) ревматизмнинг болаларда кечиш хусусиятлари қандай?
- 10) ревматизмнинг клиникасида қандай узгаришлар кузатилади, характерли белгиларни курсатинг.
- 11) ревматизм касаллигини классификациясида нималар ёритилган?
- 12) бод касаллигини этиопатогенетик даволаш қандай?
- 13) ревматизмнинг профилактикасини олиб боришда нималарга эътибор бериш керак?

**Машғулотда қўлланадиган интерактив усуллар технологияси**

**«Ротация усули» ёрдамида фикрни баён этиш.**

Бу усул мавзуни кичик гуруҳлар билан алоҳида ва бутун гуруҳлар билан таҳлил этишига асосланган. Хар бир кичик гуруҳ 30 минут давомида 3 та топширикни таҳлил этади, кейинги 15 минутда ҳамма биргалиқда таҳлил қилади. Аудиторияга бир неча нашрланган топшириклар осиб чиқилади. Хар бир кичик гуруҳ (2-3 киши) 10 минут давомида муҳокама қилиб уз вариантларининг жавобини ёзиб оладилар, кейин бошқа топшириққа утадилар ва шу тарика давом этадилар. Хар бир гуруҳ узининг рангли фломастерини олади. 1-гуруҳ – кук, 2- гуруҳ – кора, 3- гуруҳ –яшил. Хар бир коғоз уччала фломастер билан белгиланган булиши керак. 10 минутдан кейин топшириклар алмаштирилиб, 1 гуруҳ- 2 топширикни, 2 гуруҳ -3, 3 гуруҳ- 1 топширикни бажаради. Гуруҳ узидан олдинги гуруҳ берган жавобларни уқиб, қушимча қиритади. Бунда такрорий жавоблар булмаслиги керак. Яна 10 минутдан кейин кейинги топшириққа утадилар ва уқийдилар, узларининг жавоблари билан тулдирадилар. 15 минутдан кейин таҳлил қилинади. Оптимал жавоб топилиб, дафтарга езилади. Бу усул мавзуни жамоа билан таҳлил этишга қаратилган.

Хар хил рангли фломастердан фойдаланиш, хар бир гуруҳ берган жавобни баҳолашда қулай ҳисобланади. Жавоблар олдиндан номерлаб қуйилиб, тугри жавобларни санашда қулай ҳисобланади. Энг қулай жавобларни берган кичик гуруҳлар максимал балларни олишади.

**Уқув топширик № 1**

**Болаларда ревматизм касаллигининг учраши сабаблари.**

**Уқув топширик № 2**

**Болаларда ревматизм касаллигининг клиник белгиларини сананг.**

**Уқув топширик № 3**

**Болаларда ревматизмнинг даволаш усулларини айтинг**

### Кдиник вазият № 1

**Нодир, 7 ёшда,** болалар вилоят касалхонасига кул ва оёгида огрикдан шикоят килиб келди. Отасининг сузидан бола 10 кун олдин томоги огриган, музкаймоқ еганлиги сабабли. Уйда иситма килган, парацетамол таблеткаси ичиб, томогини чайкаган. Ахволи яхшиланган. Кечадан бошлаб, аввал кулларида огрикдан шикоят килган, бугун эрталаб, чап тизза бугими шишиб, юра олмай колди. Курик пайти боланинг иситмаси 38, 2° С, юзи азобли, рангпар, кул бугимларида огрик бор, лекин шиш ва харакат чекланиши йук. Чап тизза бугимида огрик, шиш, харакати чекланган. Юрак тонлари ута бугик, тахикардия.

#### Савол:

1. 10 минут ичида болага ташхис куйиб, текшириш ва даво режасини тузинг.
2. Стационар ва поликлиника шароитида даволаш принципларини тушунтиринг.
3. Болага қандай профилактик чора – тадбирларни тавсия этасиз?

### Кдиник вазият № 2

**Феруза, 8 ёшда,** болалар вилоят касалхонасига кул ва оёгида огрикдан шикоят килиб келди. Онасининг сузидан бола 10 кун олдин томоги огриган, ариқда чумилиб, шамоллаган. Уйда иситма килган, парацетамол сиропини ичиб, томогини чайкаган. Ахволи яхшиланмаганлиги сабабли онаси анальгин + димедрол м/о килган, 1 хафта ампициллин 500х3 маҳал м/о килинган. Ахволи яхшиланган Кечадан бошлаб, аввал кулларида, бугун эрталаб эса оёқларида огрикдан шикоят килган, юра олмай колди. Курик пайти боланинг иситмаси 37, 2° С, юзи азобли, рангпар, кул - оёқ бугимларида огрик бор, лекин шиш ва харакат чекланиши йук. Юрак турткиси кузга курунмайди. Пульс тезлашган, уртача таранглик ва туликликда. Юрак тонлари ута бугик, тахикардия. Тили нам, оқ қараш билан қопланган, халқум безлари қатталашган. Равоклари қизарган. Қорни юмшоқ, огриксиз. Ич қетиши ва сийиши раво. Болага зуриқиш берганда ранглари оқариб қолади, юраги тез уради.

#### Савол:

4. 10 минут ичида болага ташхис куйиб, текшириш ва даво режасини тузинг.
5. Стационар ва поликлиника шароитида даволаш принципларини тушунтиринг.
6. Болага қандай профилактик чора – тадбирларни тавсия этасиз?

### Talabalar egallashi zarur бўлган амалий қўникмалар

- Soglom va kasal bola va uning ota – onasi bilan mulokotga kirish
- kasallik tarixi yozish
- antibiotik va yalliglashga karshi steroid va nosteroid preparatlarga retsept yozish
- kon va siydik taxlilini baxolay olish
- Shalkov sinamasini kila bilish va baxolash
- pulsni va arterial bosimni ulchay olish

## 5. Mavzu.

Мавзу бўйича талабалар ўзлаштириш савиясини аниқлаш учун бериладиган саволлар:  
Кардиоторакал индексни изоҳланг.

Кардиомегалия нима?

Юрак кон томир етишмовчилиги(ЮКТЕ) даражаларини тушунтиринг?

Юрак кон томир етишмовчилигини аниқлаш усулларини айтинг?

Кардитнинг этиопатогенези?

Кардитда лаборатор маълумотлар интерпритацияси тугрисида маълумот беринг?

– Кон айланиш аъзолари касалликлари билан касалланган турли ёшдаги болаларни диспансер кузатуви борилишида нималарга эътибор бериш керак?

Талабалар эгаллаши зарур бўлган амалий кўникмалар.

Боланинг ташки ҳолати, характерини баҳолай олиши

Беморларнинг курацияси.

Кардиотроп дори воситаларига рецепт ёзиш.

Бемор боладаги симптомларни аниқлай ва таҳлил кила олиши

Асосий клиник ва лаборатор – инструментал текшириш усулларини аниқлаш.

Аниқланган хасталикларни даволашда ҳақимлик тактикасига асосланиб беморни даволаш

Оилавий муҳитнинг бола саломатлигига ва даволаш жараёнига таъсирини аниқлай олиш

Машғулотда қўлланадиган интерактив усуллар технологияси

«Мия штурми» техникаси.

Гуруҳларни гоё ишлаб чиқарувчиларга ва уларга ишлов берувчиларга ажратиш.

Гоё килишга ҳалакит берувчи ҳеч қандай танбех ва танкидий фикр билдирмаслик Энг куп микдорда таклифлар олиш Гоёлар комбинацияси ва уларни ривожлантириш Кенг баён қилмай қискача фикр билдириш

Бу услуб ҳар қандай шароитда оптимал қарор қабул қилишга, оппонентларни қабул қилинаётган йулнинг тугрилигига ишонч ҳосил қилишга ургатади.

МАСАЛА № 1.

6 ёшли болада тугма-юрак нуқсон и (умумий артериал ствол) аниқланди. Бола физик ривожланишдан орқада қолган, УРВИ билан пневмония билан тез оғрийди.

Ахволи оғир. 17 кг. Тана ҳарорати субфебрил. Бола буш, кам ҳаракат. Териси оқиш-қулранг, акроцианоз. Бармоқлари «барабан таёкчалари», тирноги-«соат ойнаси»

қуринишида. Тиш қарис. Юракнинг барча эшитиш нуқталарида дағал систолик шовкин.

Юрак уриш тезлиги 88 та 1 минутига. Жигар қовурга ёйдан+5 см чиқиб турибди, талок+4 м. Кон таҳлили:  $\alpha$ - $9,8 \times 10^9$ /л, эозинофил.-8%, СОЭ-25 мм/с.

1.Сизнинг ташхисингиз.

2.Даволаш принципи.

МАСАЛА № 2.

5 ёшли кизчада лакунар ангина. Эритромицин, аспирин, маҳаллий даволар олинмоқда.

Касалликнинг 5-чи кунда юрак соҳасида сезилувчан характерга эга қиска муддатли оғрик пайдо бўлди. Бу оғрик жисмоний зуриқшдан кейин юзага келмоқда. Тана ҳарорати 37,6°C. Иштаҳаси анча сустлашган. Уйку бўзилмаган. Puls-90 та 1 минутда, нафас сони-23 та 1 минутда.

Упкада везикуляр нафас. Чукки турткиси бироз кучайфган. Майдони-1,5 м<sup>2</sup>. Юрак чап чегараси ўрта умров чизигидан 1,5 см ташкарида, 1-тон бугиклашган. Енгил систолик шовкин. Жигар катталашмаган. Ич келиши ва сийиши равон.

ЭКГ: Юрак уриш тезлиги 1 минутда 86 та, 1-даражали AV-канал, реполяризация процессининг бузилиши.

1.Сизнинг ташхисингиз.

2.Касалликнинг этиологияси

## **6. Мавзу.**

**Мавзу бўйича талабалар ўзлаштириш савиясини аниқлаш учун бериладиган саволлар:**

- 1) болаларда суяк - мушак тизимининг шаклланиш боскичларини айтинг
- 2) бугимлар шикастланиши хасталик белгиларини, АФХсини тушунтиринг
- 3) суяк - бугим тизимини текшириш усулларини санаб утинг
- 4) артрит нима дегани?
- 5) ревматоидли артритнинг этиологияси кандай?
- 6) ЮРА ривожланишида сурункали инфекция учокларининг ахамияти кандай?
- 7) ЮРА касаллиги патогенетик манзараси
- 8) ЮРАнинг паталогоанатомик куриниши кандай?
- 9) ЮРАнинг болаларда кечиш хусусиятлари кандай?
- 10) ЮРА клиникасида кандай узгаришлар кузатилади, характерли белгиларни курсатинг.
- 11) ЮРА касаллигини классификациясида нималар ёритилган?
- 12) ЮРА нинг киёсий ташхисоти ва диагностик мезонларини тушунтиринг.
- 13) ЮРА касаллигини этиопатогенетик даволаш кандай?
- 14) ювенил ревматоидли артритнинг профилактикасини олиб боришда нималарга эътибор бериш керак?

**Машғулотда қўлланадиган интерактив усуллар технологияси**

### **ДУМАЛОҚ СТОЛ УСУЛИ**

Стул устига вазиятли масала ёзилган қоғоз ташланади. Ҳар бир талаба ўзининг жавоб вариантини ёзиб, бошқа талабага узатади. Ҳамма ўз жавобини ёзиб бўлгандан кейин таҳлил қилинади. Нотўғри жавоблар ўчирилиб, тўғри жавоблар муҳокама қилиниб, талабаларнинг билим даражаси аниқланади, баҳоланади. Бу усулни нафақат ёзма, балки оғзаки ҳолда ҳам олиб бориш мумкин.

Савол тўлиқ ва аниқ берилиши, шу саволда жавобнинг бир қисми ётиши лозим.

<b>Савол № 1</b>
------------------

<b>Ювенил ревматоидли артритнинг этиологияси кандай?</b>
--

<b>Савол № 2</b>
------------------

<b>Ювенил ревматоидли артритнинг диагностик критерийларини санаб беринг</b>
---

### Савол № 3

**Ювенил ревматоидли артритнинг даволаш чора – тадбирларини айтинг**

#### Вазиятли масала № 1

**Умида 13 ёшда**, тез – тез томоги огриб туради. Вакт – вакти билан оёқларида огрик булади. Бундан олдин текширилмаган ва даволанмаган. 1 хафтадан бери иккала кул панжалари бармоқларида огрик, эрталабки шахтлик, лохаслик сезади. Уйда онаси кулларига «Фастум гель» суртган, огрик камайган. Кечадан бошлаб оёқларида шиш пайдо булди. Курикда бола юзи азобли, иситмаси кутарилган 38, 4? С гача. Териси оқарган, кул панжалари бугимларида шиш, оёк тизза, болдир – товон бугимларида шиш, харакат чекланган. Упка ва юракда узгаришлар аникланмади. Тили нам, корни юмшок, огриксиз.

**Савол:**

1. 10 минут ичида болага ташхис куйиб, текшириш ва даво режасини тузинг.
2. Стационар ва поликлиника шароитида даволаш принципларини тушунтиринг.
3. Болага кандай профилактик чора – тадбирларни тавсия этасиз?

#### Вазиятли масала № 2

**Собир 10 ёшда**, тез – тез томоги огриб туради. Вакт – вакти билан оёқларида огрик булади. Бундан олдин текширилмаган ва даволанмаган. 2 кундан бери унг тизза бугимида огрик сезади. Уйда онаси парацетамол бериб, оёгига илик компресс куйди, кейин «индометацин» малхам суртиб куйди, огрик камайган. Бугун поликлиникага текшириш ва даво учун келди. Курикда бола юзи азобли, иситмаси 36, 4? С . Териси оқарган, кул панжалари бугимларида шиш йук, унг оёк тизза бугимида шиш, харакат чекланган. Упка ва юракда узгаришлар аникланмади. Тили нам, корни юмшок, огриксиз.

**Савол:** 1. 10 минут ичида болага ташхис куйиб, текшириш ва даво режасини тузинг.

2. Стационар ва поликлиника шароитида даволаш принципларини тушунтиринг.
3. Болага кандай профилактик чора – тадбирларни тавсия этасиз?

#### **Talabalar egallashi zarur бўлган amaliy кўникмалар**

- Soglom va kasal bola va uning ota – onasi bilan mulokotga kirish
- kasallik tarixi yozish
- antibiotik va yalliglanishga karshi steroid va nosteroid preparatlarga retsept yozish
- kon va siydik taxlilini baxolay olish

### 7. Mavzu.

#### **мураккаб вазиятли масала № 1**

2-ёшли бола 6 ойдан буён ахлати суюк, тезлашган, шилимшик билан кунига 5-6 махал. Охирги 2-ой давомида ахлатда кон куйкалари пайдо булди. Охирги 3-хафта ичида ахлатдаги кон доимийга айланди. Коринда огрик купинча дефекация олдидан безовта килади, иштаха пасайган, озиб кетган, тана харорати субфебрил.

Антибиотиклар, бактериофаглар ва пробиотиклар билан амбулатор даволаш курслари тургун самарасиз. 6-ойга кадар таббий овкатлантиришда булган, 1-ёшдан буён атопик

дерматит, сабзи цитрус меваларга, мол сути оксидига аллергияси бор. Она чизиги буйича бувисида-гастрит, колит, лактаза етишмовчилиги. Куздан кечирилганда: юз терисида ва болдир терисида гиперемия, кашлаш излари, ярачалар бор. Юракда пульс-116 та, 5-чи Боткин нуктасида юмшок систолик шовкин. Корни шишган, йугон ичак пальпация килинганда огрикли, сигмава куричак халкалари спазмлашган, жигар +1,5, +2,0 зичлашган, Мерфи, Кера симптомлари (+).

Умумий кон тахлилида: Нв-96 г/л, р.к.-0,8, эр-3,7x10<sup>12</sup>/л. лейкоц.-12,0x10<sup>9</sup>/л, СОЭ-18 мм/соат. Биохимик кон тахлили: умум.оксил-68 г/л, АлАТ-40 Ед/л, АсАТ-36 Ед/л, амилаза-45 Ед/л, ум.билирубин-13 мкмоль/л. Копрограмма: ахлати ярим суюк, хазм булмаган мускул толалалари уртача микдорда, нейтрал ёг-йук, ёг кислоталари бироз, хужайрадан ташкари крахмал анча куп. Греггерсон реакцияси кескин мусбат. Лейк-15-30 куриш/майд. Эр-30-50 шилимшик куп. Колонофиброскопия: чамбаричакни шиллик каватида учогли кизаришлар, шиш, куплаб кон куйилишлар, чизикли яралар 0,6 смга кадар юкорига кутарилувчи ва кундаланг чамбар ичакларда, контактли кон окувчанлиги ифодаланган. Сигмасимон ва тугри ичак учогли кизаришлар, контактли кон окувчанлиги ифодаланган.

Беморга куйилган ташхис: Сурункали энтероколит ко'згалиш даври.

Беморга куйилган ташхис асосида унинг шикоятлари, касаллик ва хаёт тарихини ёритинг, лаборатор ва инструментал текшириш режасини тузиб, ундаги узгаришларни тахлил килинг ва ташхисни тулик аникланг ва даволанг.

Бемор шикоятлари:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Касаллик ва хаёт тарихи:

7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_

Объектив курувда:

13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_

Текшириш режаси:

21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_

Лаборатор ва инструментал тахлиллардаги узгаришлар:

24. \_\_\_\_\_
25. \_\_\_\_\_
26. \_\_\_\_\_

27. \_\_\_\_\_  
28. \_\_\_\_\_  
29. \_\_\_\_\_

Тулик ташхис:

30. \_\_\_\_\_  
31. \_\_\_\_\_

УАШ даражасида сизнинг тактикангиз.

32. \_\_\_\_\_  
33. \_\_\_\_\_  
34. \_\_\_\_\_  
35. \_\_\_\_\_

## **МАСАЛА № 2**

14 ёшли бола куйидаги шикоятлар билан ёткизилган. Мактабда назорат вақтида корин сохасида уткир хуружсимон, кечувчи санчикли огрик булган. Музкаймоқ совук ичимликлар ёки спорт мусобакаларида катнашганда. Огрик совук овкатни истеъмол қилгандан 30 дақиқадан сунг унг ковурга остида огрик пайдо булган. Огрикнинг давомийлиги 5-10 дақиқадан ошмайди. Усмирда асаб тизими кузгалувчанлиги ошган. Вегетатив нерв тизими лабил. Корин сохасини пайпаслаганда унг ковурга остида огрик сезилади. Пузыр симптомлари (Леникс, Георгиевский, Глинчикова, Мхавицкого, образцова и Ортнер) нисбатан мусбат. Касалликнинг давомийлиги 6 ой ухшаши огрикли хуружлари онасида ҳам булиб утган.

- 1.Сизнинг ташхисингиз.
- 2.Кушимча текшириш режаси.
- 3.Пархезга тавсиянгиз.
- 4.Даволаш принципи.

## **МАСАЛА № 3**

3 ёшли угил бола ичак дисбактериози билан огрийдди бу холат антибиотикотерапия олган 2,5 ёшда, абсцессирланувчи пневмония булган.

Касаллик уткир бошланган. Эрталабки нонуштадан сунг (ширин творогли пишлок истеъмол қилган, уни бозордан сотиб олган). 3 соатдан сунг бесаранжомлик, эпигастрал сохада огрик, сунг ошкозон массаси ва ут аралаш қайт қилган (6 соат мобайнида 4 маротаба), кунгил айниш. Касалликдан олдин ичи равон узгаришсиз.

Боланинг умумий холати урта огирликда. Тана харорати 37,2°C, бушашган, ранги окиш. Юрак уриши 146 та 1 минутда. Юрак чегараси нормада, юрак тонлари ритмик бугик, упкада патология йук. Тили ок караш билан копланган. Корин пайпасланганда эпигастрал сохада огрик. Менингиал белгилар йук. Курув вақтида ичи келмаган.

- 1.Сизнинг ташхисингиз.
- 2.Касаллик келтириб чиқарувчи омилларни аниқланг.
- 3.Касалликни қиёсий ташхисланг.

#### 4.Текшириш ва даволаш режасини тузинг.

#### Мавзу бўйича талабалар ўзлаштириш савиясини аниқлаш учун бериладиган саволлар:

- 1) овкат хазм килиш аъзоларининг хомиладаги шаклланиши
- 2) болаларда ошкозон – ичак тракти тизимининг АФХ сини тушунтиринг
- 3) овкат хазм килиш механизмини тушунтиринг
- 4) ошкозон – ичак трактида ишлаб чиқариладиган ферментларнинг хусусиятлари тугрисида тушунча беринг.
- 5) Ошкозон – ичак трактини текшириш усуллари ва узгаришларини айтинг?
- 6) гастрит нима?
- 7) гастродуоденит нима?
- 8) гастродуоденитнинг этиологиясини тушунтиринг
- 9) уткир ва сурункали гастродуоденитнинг патогенези қандай?
- 10) Уткир ва сурункали гастродуоденит касаллиги ривожланишдаги сабабларни аниқлаш ( тугма нуксонлар, моддалар алмашинуви бузилиши, инфекция ва аллергия омиллар)
- 11) Уткир ва сурункали гастродуоденит клиник –лаборатор ташхиси.
- 12) Уткир ва сурункали гастродуоденит классификацияси
- 13) Уткир ва сурункали гастродуоденитнинг киёсий ташхиси
- 14) Сурункали гастродуоденитни даволаш чора – тадбирларини айтинг
- 15) Сурункали гастродуоденитни даволашда пархезнинг ахамияти ва эрадикацион терапияни тушунтиринг.
- 16) Уткир ва сурункали гастродуоденит олдини олиш тадбирлари.

#### Машғулотда қўлланадиган интерактив усуллар технологияси

##### «Академик полемика» усули

Гурух 2 командага булинади. Уларнинг ҳар бирига вазиятли масала берилади, масалан, врач – бемор. Ҳар бир командада бир – иккита талаба консултациянинг ижобий томонларини таҳлил қилиб (адвокатлар), бошқалар консултациянинг салбий томонларини таҳлил этадилар (прокурорлар).

“Адвокатлар” ва “Прокурорлар” натижалари уқиб берилади ва бутун гурух олдида таҳлил қилинади.

Бу усул талабалардан чуқур билимларни талаб этади. Уқитувчи «суд ишини» ривожланишини назорат қилиб, вазиятда химоя ва қарши қучларни қуриб чиқади.

Шу тариқа, таҳлил вақтида полемиклар ёрдамида талабалар шу мавзуга оид билимларини намоён этадилар. Бу нафакат билимни, балки вазиятни таҳлил қилиб билишидир. Бу эса келажакдаги иш фаолиятларида ахамиятга эга.

#### Вазиятли масала № 1

Поликлиникага Бехруз (12 ёшли) онаси билан келди. Онасининг сузидан болада 3 йилдан буён куз ва баҳорда киндик соҳасида огрик кузатилади. Огрик оч қолганда қучаяди, купинча уйқудан огрик учун уйғонади. Бирор нарса, масалан печенье ёки нон, сунг ичгандан сунг огрик биров қолади. Даволанмаган. Отасида ошкозон касаллиги бор.

Кабзияти бор. Ошкозон суюклиги текширилганда кислоталик ошганлиги аникланган. ФГС да ошкозон пилорик кисми, 12 бармокли ичак пиёзча кисмида кизариш, шиш, эрозия бор.

Савол: 1) сизнинг ташхисингиз?

2) Поликлиника шароитида тавсияларингиз?

3) Бола стационардан келгандан сунгги тавсияларингиз?

### Вазиятли масала № 2

Фарруз 10 ёшли, онаси билан келди. Онасининг сузидан болада 2 йилдан буён вақт – вақти билан эпигастрал сохада огрик сезади. Бола жуда инжик, овкатланишида танлаб ейди. Овкатнинг гушти, пиёзи, сабзи ва картошкасини айириб қуяди. Тузлама ва консерваланган помидор ва бодрингни яхши қуради. Иштахаси паст ва купинча оч юради. Куриқда ранги оқарган, кул панжаси локал гипергидроз. Упка ва юрак сохасида узгаришлар аникланмади. Тили нам, оқ караш билан копланган. Корни юмшок, чуқур пальпацияда эпигастрал сохада огрик сезади.. баъзида бир марталик кусиш кузатилади, куп микдорда ёгли ёки ковурилган овкат егандан сунг. Даволанмаган. Онасида ошкозон касаллиги бор. Ичи нерегуляр. Ошкозон суюклиги текширилганда кислоталик пасайганлиги аникланган. ФГС да ошкозон антрал кизариш, шиш бор.

Савол: 1) сизнинг ташхисингиз?

2) Поликлиника шароитида тавсияларингиз?

3) Бола стационардан келгандан сунгги тавсияларингиз?

#### 1) Талабалар эгаллаши зарур бўлган амалий кўникмалар

- 2) - Соғлом ва касал бола ва унинг ота – онаси билан мулоқотга кириш
- 3) - касаллик тарихи ёзиш
- 4) - овкат хазм қилиш учун препаратларга рецепт ёзиш
- 5) - кон ва сийдик , нажас тахлилини баҳолай олиш
- 6) - пульсни ва артериал босимни улчай олиш
- 7) - ошкозон ва 12 бармокли ичакни зондлай олиш техникасини билиш,
- 8) - нажас тахлилини бактериал текширувга олиш

#### 8. Mavzu.

## Мураккаб вазиятли масала № 1.

Талаба учун вазифа: муаммоли масалани ечиш

Масала: 12 ёш беморда 3 йилдан буён куз ва баҳорда киндик соҳасида огрик кузатилади. Огрик оч колганда кучаяди, купинча уйкудан огрик учун уйғонади. Кабзияти бор. Ошқозон суюклиги текширилганда кислоталик ошганлиги аниқланган.

Беморга куйилган ташхис: Ошқозон ва 12 бармокли ичак яра касаллиги.

Беморга куйилган ташхис асосида унинг шикоятлари, касаллик ва хаёт тарихини ёритинг, лаборатор ва инструментал текшириш режасини тузиб, ундаги узгаришларни таҳлил килинг ва ташхисни тулик аниқланг ва даволанг.

### Бемор шикоятлари:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

### Касаллик ва хаёт тарихи:

8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_

### Объектив курувда:

14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_
21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_

### Текшириш режаси:

23. \_\_\_\_\_
24. \_\_\_\_\_
25. \_\_\_\_\_

### Лаборатор ва инструментал таҳлиллардаги узгаришлар:

26. \_\_\_\_\_
27. \_\_\_\_\_
28. \_\_\_\_\_
29. \_\_\_\_\_
30. \_\_\_\_\_
31. \_\_\_\_\_

### Тулик ташхис:

32. \_\_\_\_\_

### УАШ даражасида сизнинг тактикангиз.

33. \_\_\_\_\_

34. \_\_\_\_\_
35. \_\_\_\_\_
36. \_\_\_\_\_

## Мураккаб вазиятли масала № 2

11-ёшли кизча 1 йилдан буён касал. Эпигастрал сохада «оч» огрикларга шикоят килади, огрик эрталаб овкатлангандан сунг, тунда пайдо булади, овкат егандан сунг йуколади. Нордон зарда булиши безовта килади, ахлати доимий шаклланган. 1-хафта олдин шифокорга мурожаат килган, ЭГДС дан сунг шифохонага ёткизилган. Боланинг онасида 12-бармокли ичак яра касаллиги, отасида гастрит, она чизиги буйича бувисида 12-бармок ичак яра касаллиги бор. Акушер ва эрта анамнезда патологиясиз. Махсус мактабда хафтасига 6 кун укийди, хафтада 3-марта хореографияга катнайди. Характери буйича интраверт. Куздан кечирилганда: буйи-140 см, вазни-34 кг. Тери окиш пушти рангда, тоза. Корни: Мендель синдроми, эпигастрал сохада мусбат. Юзаки ва чукур пальпацияда бироз мускул дефанси ва эпигастрия ва пилородуоденал сохада шунингдек Дежарден ва Мейо-Робсон нуктасида огрикли. Жигар катталашмаган огриксиз. Умумий кон тахлили: Нв-110 г/л. р.к.-0.9, эр.- $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк.- $7,2 \times 10^9$ /л, т/я.-3%, с/я.-51%, Э-3%, л-36%, м-7%, ЭЧТ-6 мм/соат.

ЭФГДС: ошкозонда лойка шиллик кават учогли кизарган, антрумда куплаб турли калибрдаги шишлар. Пиёзча шиллик каватида учогли кизариш, шишган, орка деворида 0,8x0,6 смли яра юмалок шаклли кизарган чамбаракли туби фебрил билан копланган. Биопсия олинди. Ошкозон ацидометриси: оч коринга тана рН-2,4, антрумда 4,2, 30-минутдан сунг ).1%ли гистамин 0,008 мм/кг стимуляциясидан сунг танадаги рН-1,4, антрумда-2,8.

НР-инфекцияга биопсия тести мусбат. (++)

Беморга куйилган ташхис: 12 бармокли ичак яра касаллиги

Беморга куйилган ташхис асосида унинг шикоятлари, касаллик ва хаёт тарихини ёритинг, лаборатор ва инструментал текшириш режасини тузиб, ундаги узгаришларни тахлил килинг ва ташхисни тулик аниқланг ва даволанг.

### Бемор шикоятлари:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

### Касаллик ва хаёт тарихи:

7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_

### Объектив курувда:

13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_

19. \_\_\_\_\_

20. \_\_\_\_\_

**Текшириш режаси:**

21. \_\_\_\_\_

22. \_\_\_\_\_

23. \_\_\_\_\_

**Лаборатор ва инструментал тахлиллардаги узгаришлар:**

24. \_\_\_\_\_

25. \_\_\_\_\_

26. \_\_\_\_\_

27. \_\_\_\_\_

28. \_\_\_\_\_

29. \_\_\_\_\_

**Тулик ташхис:**

30. \_\_\_\_\_

31. \_\_\_\_\_

**УАШ даражасида сизнинг тактикангиз.**

32. \_\_\_\_\_

33. \_\_\_\_\_

34. \_\_\_\_\_

35. \_\_\_\_\_

**Мураккаб вазиятли масала № 3**

15 ёшли бемор бола гастроэнтерология булимида эпигастрал ва пилородуоденал сохадаги огрикларга шикоят килиб, текширувдан утди. Ошкозон ички Рн-метриясида ошкозоннинг кислота ишлаб чиқариш функцияси кучайганлигидан далолат беради. Рн-базал секреция-1,4; стимулланган

Фиброгастроскопия-ошкозон шиллик каватининг диффуз гиперемияси ва шиши антрал сохадаги лимфоид фолликулалар гиперплазияси, 12 бармок ичак пиёзчаси шиллик каватида догсимон гиперемия аникланди. Утказилган уреаз тест ва иммунофермент анализида НР аникланди. (*Helicobacter pylori*).

Беморга куйилган ташхис: О'н икки бармоқли ичак пиёзча қисми яра касаллиги

Беморга куйилган ташхис асосида унинг шикоятлари, касаллик ва хаёт тарихини ёритинг, лаборатор ва инструментал текшириш режасини тузиб, ундаги узгаришларни тахлил килинг ва ташхисни тулик аникланг ва даволанг.

**Бемор шикоятлари:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

**Касаллик ва хаёт тарихи:**

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_

10. \_\_\_\_\_

11. \_\_\_\_\_

12. \_\_\_\_\_

**Объектив курувда:**

13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_

**Текшириш режаси:**

21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_

**Лаборатор ва инструментал тахлиллардаги узгаришлар:**

24. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_

**Тулик ташхис:**

25. \_\_\_\_\_
26. \_\_\_\_\_

**УАШ даражасида сизнинг тактикангиз.**

30. \_\_\_\_\_
31. \_\_\_\_\_
32. \_\_\_\_\_
33. \_\_\_\_\_

**Вазиятли масала № 1**

Поликлиникага Баходир (12 ёшли) онаси билан келди. Онасининг сузидан болада 3 йилдан буён куз ва баҳорда киндик соҳасида огрик кузатилади. Огрик оч колганда кучаяди, купинча уйкудан огрик учун уйғонади. Бирор нарса, масалан печенье ёки нон, сут ичгандан сунг огрик бироз қолади. Даволанмаган. Отасида ошқозон касаллиги бор. Кабзияти бор. Ошқозон суюклиги текширилганда кислоталик ошганлиги аниқланган. ФГС да ошқозон пилорик қисми, 12 бармоқли ичак пиёзчакисмида кизариш, шиш, 0,2x0,4, 0,3x0,4 смли 2 та яра бор.

Савол: 1) сизнинг ташхисингиз?

2) Поликлиника шароитида тавсияларингиз?

3) Бола стационардан келгандан сунги тавсияларингиз?

**Вазиятли масала № 2**

Поликлиникага Феруза 13 ёшли, онаси билан келди. Онасининг сузидан кизчада 2 йилдан буён куз ва баҳорда киндик соҳасида огрик кузатилади. Огрик оч колганда кучаяди, купинча уйкудан огрик учун уйғонади. Бирор нарса, масалан печенье ёки нон, сут

ичгандан сунг огрик бироз колади. Даволанган. Отасида ошкозон касаллиги бор. Кабзияти бор. Охирги 1 хафтадан бери огриклар яна кучвйди, 2 кундан бери еган овкатни кусади, жигилдони кайнайди. Кизча холдан кетган, иштахаси пасайган, ранглари окарган, кечадан бери корнида огрик бироз камайган, лекин ахлати ранги корамтир тусга кирган.

Савол: 1) сизнинг ташхисингиз?

2) Поликлиника шароитида тавсияларингиз?

3) Бола стационардан келгандан сунги тавсияларингиз?

### **Мавзу бўйича талабалар ўзлаштириш савиясини аниқлаш учун бериладиган саволлар:**

- 1) овкат хазм килиш аъзоларининг хомиладаги шаклланиши
- 2) болаларда ошкозон – ичак тракти тизимининг АФХ сани тушунтиринг
- 3) овкат хазм килиш механизмини тушунтиринг
- 4) ошкозон – ичак трактида ишлаб чиқариладиган ферментларнинг хусусиятлари тугрисида тушунча беринг.
- 5) Ошкозон – ичак трактини текшириш усуллари ва узгаришларини айтинг?
- 6) Яра касаллиги нима?
- 7) Ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигининг этиологиясини тушунтиринг
- 8) Ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигининг патогенези кандай?
- 9) Ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигининг ривожланишдаги сабабларни аниқлаш ( тугма нуксонлар, моддалар алмашинуви бузилиши, инфекция ва аллергия омилар)
- 10) Ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигининг клиник –лаборатор ташхиси.
- 11) Ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигининг классификацияси
- 12) Ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигининг киёсий ташхиси
- 13) Ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигининг даволаш чора – тадбирларини айтинг
- 14) Ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигини даволашда пархезнинг ахамияти ва эрадикацион терапияни тушунтиринг.
- 15) Ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигининг олдини олиш тадбирлари.

### **Машғулотда қўлланадиган интерактив усуллар технологияси «Ротация усули» ёрдамида фикрни баён этиш.**

Бу усул мавзунини кичик гуруҳлар билан алоҳида ва бутун гуруҳлар билан тахлил этишига асосланган. Хар бир кичик гуруҳ 30 минут давомида 3 та топширикни тахлил этади, кейинги 15 минутда ҳамма биргаликда тахлил килади. Аудиторияга бир неча нашрланган топшириклар осиб чиқилади. Хар бир кичик гуруҳ (2-3 киши) 10 минут давомида муҳокама қилиб уз вариантларининг жавобини ёзиб оладилар, кейин бошқа топширикка утадилар ва шу тарика давом этадилар. Хар бир гуруҳ узининг рангли фломастерини олади. 1-гуруҳ – кук, 2- гуруҳ – кора, 3- гуруҳ –яшил. Хар бир коғоз уччала фломастер билан белгиланган булиши керак. 10 минутдан кейин топшириклар алмаштирилиб, 1 гуруҳ- 2 топширикни, 2 гуруҳ -3, 3 гуруҳ- 1 топширикни бажаради. Гуруҳ узидан олдинги гуруҳ берган жавобларни уқиб, қушимча киритади. Бунда тақрорий жавоблар булмаслиги керак. Яна 10 минутдан кейин кейинги топширикка утадилар ва уқийдилар, узларининг жавоблари билан тулдирадилар. 15 минутдан кейин тахлил қилинади. Оптимал жавоб топилиб, дафтарга езилади. Бу усул мавзунини жамоа билан тахлил этишга қаратилган.

Хар хил рангли фломастердан фойдаланиш, хар бир гуруҳ берган жавобни баҳолашда қулай ҳисобланади. Жавоблар олдиндан номерлаб қуйилиб, тугри жавобларни санашда

кулай хисобланади. Энг куп жавобларни берган кичик гурухлар максимал балларни олишади.

**Укув топширик № 1**

**Болаларда ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигининг учраши сабаблари.**

**Укув топширик № 2**

**Болаларда ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигининг патогенези**

**Укув топширик № 3**

**Болаларда ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигининг клиник белгилари.**

**Укув топширик № 4**

**Болаларда ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигининг даволаш чора - тадбирлари.**

**Talabalar egallashi zarur bʻilgan amaliy kʻnikmalar**

- Soglom va kasal bola va uning ota – onasi bilan mulokotga kirish
- kasallik tarixi yozish
- ovkat xazm kilish uchun preparatlarga retsept yozish
- kon va siydik , najas taxlilini baxolay olish
- pulsni va arterial bosimni ulchay olish
- oshkozon va 12 barmokli ichakni zondlay olish texnikasini bilish,
- najas taxlilini bakterial tekshiruvga olish

**9. Mavzu.**

**Мавзу бўйича талабалар ўзлаштириш савиясини аниқлаш учун бериладиган саволлар:**

- 1) овкат хазм килиш аъзоларининг хомиладаги шаклланиши
- 2) болаларда ошкозон – ичак тракти тизимининг АФХ сини тушунтиринг
- 1) овкат хазм килиш механизмини тушунтиринг
- 2) ошкозон – ичак трактида ишлаб чиқариладиган ферментларнинг хусусиятлари тугрисида тушунча беринг.
- 3) Ошкозон – ичак трактини текшириш усуллари ва узгаришларини айтинг?
- 4) Сурункали энтероколит касаллиги нима?
- 5) Сурункали энтероколит касаллигининг этиологиясини тушунтиринг
- 6) Сурункали энтероколит касаллигининг патогенези қандай?

- 7) Сурункали энтероколит касаллигининг ривожланишдаги сабабларни аниклаш ( ферментлар етишмовчилиги, сурилишнинг тугма нуқсонлари, моддалар алмашинуви бузилиши, инфекцион ва аллергик омиллар)
- 8) Сурункали энтероколит касаллигининг клиник –лаборатор ташхиси.
- 9) Сурункали энтероколит касаллигининг классификацияси
- 10) Сурункали энтероколит касаллигининг киёсий ташхиси
- 11) Сурункали энтероколит касаллигининг даволаш чора – тадбирларини айтиш
- 12) Сурункали энтероколит касаллигини даволашда пархезнинг ахамияти ва эрадикацион терапияни тушунтириш.
- 13) Сурункали энтероколит касаллиги олдини олиш тадбирлари.

#### **Талабалар эгаллаши зарур бўлган амалий кўникмалар**

- Соғлом ва касал бола ва унинг ота – онаси билан мулоқотга кириш
- касаллик тарихи ёзиш
- овқат хазм қилиш учун препаратларга рецепт ёзиш
- қон ва сийдик , нажас тахлилини баҳолай олиш
- пульсни ва артериал босимни улчай олиш
- ошқозон ва 12 бармоқли ичакни зондлай олиш техникасини билиш,
- нажас тахлилини бактериал текширувга олиш

#### **Машғулотда қўлланадиган интерактив усуллар технологияси**

#### **СТОЛ ЎРТАСИДА РУЧКА**

Бу усулда гуруҳга топшириқ берилади талаба ёзиб, қўшнисига узатади, ўзининг ручкасини стол ўртасига қўяди.

10-15 дақиқа ичида гуруҳ ўз жавобларини ёзиб беришлари керак. Жавобни ёзган талаба ручкасини қўяди, қоғозни кейинги талабага беради. Жавобни билмайдиган талаба қоғозни кейинги талабага узатади, лекин ручкани қўлида ушлаб қолади. Бир вариантни икки марта такрор ёзиш мумкин эмас. Топшириқ бажарилгандан кейин жавобларни ўқитувчи ўқиб беради.

Ўқиб бераётган вақтда ҳар бир вариант таҳлил қилиб борилади.

Бу усулнинг ижобий томонлари:

- ўқитувчи қим дарага тайёрлигини кўради,
- дарага тайёр бўлмаган талаба оғзаки таҳлиллар давомида максимал зарур билимларни мавзу борасида билиб олади;
- бу гуруҳли, маъсулиятли иш талабаларни тартибга солиб, ҳар битта талабага кетган вақтни тежайди;
- талабалар ўз жавобларини икки марта таҳлил этадилар – оғзаки ва ёзма. Бу уларнинг билимларини янада мустаҳкамлайди.

<b>Уқув топшириқ № 1</b>
Ошқозон – ичак трактини текшириш усуллари ва узгаришларини айтиш?

<b>Уқув топшириқ № 2</b>
Сурункали энтероколит касаллигининг этиологиясини тушунтириш

<b>Уқув топшириқ № 3</b>
--------------------------

Сурункали энтероколит касаллигини даволаш чора – тадбирларини айтинг

### Вазиятли масала № 1

3 яшар Шокирда онаси тез – тез ичнинг суюк аралаш утишини, ориклар кетаётганлигини айтди. 2 ой олдин болада уткир ичак инфекцияси булган эди, уйда даво олган. Боланинг иштахаси пасайган, вақт – вақти билан корни огриб, ичи суюк кетади, ахлати ранги кукумтир тусда, нордон хидли, устида пуфакчалар булади. Тери копламлари оқарган, курук, эластиклиги пасайган. Тери ости ёғ катлами суст ривожланган. Тили оқ караш билан копланган. Корни бироз дам, ичаклар кулдираши эшитилади. Жигар ва талок катталашмаган.

Савол:

1. Боланинг ташхисини аниклаш учун қандай саволлар берар эдингиз?
2. Қандай текшириш усулларини тавсия қилган булар эдингиз?
3. Болани даволашда қандай йул тутган булар эдингиз?

### Вазиятли масала № 2

5 яшар Шоҳидада онаси тез – тез ичнинг суюк аралаш утишини, ориклар кетаётганлигини айтди. 2 ой олдин болада уткир ичак инфекцияси булган эди, уйда даво олган. Боланинг иштахаси пасайган, вақт – вақти билан корни огриб, ичи суюк кетади, ахлати ранги кукумтир тусда, нордон хидли, устида пуфакчалар булади. Тери копламлари оқарган, курук, эластиклиги пасайган. Тери ости ёғ катлами суст ривожланган. Тили оқ караш билан копланган. Корни бироз дам, ичаклар кулдираши эшитилади. Жигар ва талок катталашмаган.

Савол:

4. Боланинг ташхисини аниклаш учун қандай саволлар берар эдингиз?
5. Қандай текшириш усулларини тавсия қилган булар эдингиз?
6. Болани даволашда қандай йул тутган булар эдингиз?

## 10. Mavzu.

### Мураккаб вазиятли масала № 1

12-ёшли кизча коринда тумток симилловчи огрикларга шикоят қилади. Овқат еганда сунг 30-40 минут утгач пайдо булади. Шунингдек қувватсизлик, тез чарчаш, ва тез-тез бош огриклари кузатилади. Бу шикоятлар 6-ой олдин пайдо булди, лекин текшириш ва даволаш утказилмади. 10-ёшдан буён невропатолог диспансер кузатувида ВСД буйича назоратда туради. Онаси 40-ёш, 12-бармоқли ичак яраси бор, отаси 42 ёшда, сурункали гастродуоденити бор. Куздан кечирилганда: унг ковурага равоги ости юзаси ва чукур пальпация қилинганда мускуллар таранглиги ва огрик кузатилади. Огрик шунингдек эпигастрал соҳада ҳам бор. Жигар+1,5 см, киргок юмшок, эластик, огриксиз. Ортнер-Греков симптоми мусбат. Сийдик диастазаси-32 Ед.

УЗИ: Жигар контурлари текис, паренхимаси гомогенли, эхогенлиги кучайган, портал вени узгармаган.

Ут пуфаги-85x37 мм, нормаси 75x30 мм, девори калинлашмаган. Холидох 3,5 ммгача, нормаси-4, девори калинлашмаган. Ут хайдовчи нонуштадан сунг ут пуфаги 10%га

кискарди.

Даво белгиланг. Ут хайдовчи нонуштадан сунг ут пуфагини фаолиятини бахоланг.

Беморга куйилган ташхис: Холецистит

Беморга куйилган ташхис асосида унинг шикоятлари, касаллик ва хаёт тарихини ёритинг, лаборатор ва инструментал текшириш режасини тузиб, ундаги узгаришларни тахлил килинг ва ташхисни тулик аникланг ва даволанг.

Бемор шикоятлари:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Касаллик ва хаёт тарихи:

7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_

Объектив курувда:

13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_

Текшириш режаси:

21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_

Лаборатор ва инструментал тахлиллардаги узгаришлар:

24. \_\_\_\_\_
25. \_\_\_\_\_
26. \_\_\_\_\_
27. \_\_\_\_\_
28. \_\_\_\_\_
29. \_\_\_\_\_

Тулик ташхис:

30. \_\_\_\_\_
31. \_\_\_\_\_

УАШ даражасида сизнинг тактикангиз.

32. \_\_\_\_\_
33. \_\_\_\_\_
34. \_\_\_\_\_
35. \_\_\_\_\_

Мавзу бўйича талабалар ўзлаштириш савиясини аниқлаш учун бериладиган саволлар:

- 1) Сурункали гепатит касаллиги нима?
- 2) Сурункали гепатит касаллигининг этиологиясини тушунтиринг
- 3) Сурункали гепатит касаллигининг патогенези қандай?
- 4) Сурункали гепатит касаллигининг ривожланишдаги сабабларни аниқлаш ( ферментлар етишмовчили, сурилишнинг тугма нуксонлари, моддалар алмашинуви бузилиши, инфекция ва аллергия омилар)
- 5) Сурункали гепатит касаллигининг клиник –лаборатор таъхиси.
- 6) Сурункали гепатит касаллигининг классификацияси
- 7) Сурункали гепатит касаллигининг қиёсий таъхиси
- 8) Сурункали гепатит касаллигининг даволаш чора – тадбирларини айтинг
- 9) Сурункали гепатит касаллигини даволашда пархезнинг ахамияти ва эрадикацион терапияни тушунтиринг.
- 10) Сурункали гепатит касаллиги олдини олиш тадбирлари.

Машғулотда қўлланадиган интерактив усуллар технологияси

#### «Қутичадаги совга»

Қутича ичига саволлар варақаси солиб қуйилади. Талабалар навбатма – навбат саволларни олиб ўқиб, жавоб беришади. Саволлар қиска жавобга мулжалланган бўлиши лозим. Жавоб бермаган талабалар жарима бали олади. Саволлар ичида бир нечта варақда «Сюрприз», «Сиз хозирча дамнингизни олинг», «Қизикарли воқеа айтинг»деган сузлар ёзилиб солинади.

Бу усул ёрдамида талабаларнинг билими баҳоланади. Дарсга тайёр бўлмаган талаба тез аниқланади. Талабалар орасида чарчаш ва парижонхотирлик қузатилган пайтда зуриқишни қамайтиради.

Савол № 1
Сурункали гепатит касаллиги нима?

Савол № 2
Сурункали гепатит касаллигини нималар чақиради?

Савол № 3
Сурункали гепатит касаллигининг клиничко – лаборатор таъхиси қандай?

Савол № 4
Сурункали гепатит касаллигида қандай моддалар алмашинуви бузилади?

Савол № 5
Сурункали гепатит касаллигида оксил алмашинуви белгиларини сананг

Савол № 6
Сурункали гепатит касаллигида қандай дори воситалари патогенетик давога киради?

Савол № 7
Сурункали гепатит касаллигида пигмент алмашинуви бузилиши белгиларини сананг

Савол № 8
Сурункали гепатит касаллигида қандай астено – невротик синдром белгилари кузатилади?

Савол № 9
Сурункали гепатит касаллигида қандай томир утказувчанлиги бузилиши синдроми белгилари кузатилади?

Савол № 9
Сурункали гепатит касаллигида қандай диспептик синдром белгилари кузатилади?

Савол № 10
Сурункали гепатит касаллигида қандай геморагик синдром белгилари кузатилади?

Савол № 11
Сурункали гепатит касаллигида қандай эндокрин

tizими бузилиши белгилари кузатилади?

Савол № 12

Сурункали гепатит касаллигининг олдини олишда кандай препаратлардан фойдаланилади?

Куйидаги 2 та уйин холатини кичик гурухларда бажариб кулинг. Бутун гурух билан биргадикда тахлил килинг.

Клиник масала № 1

Шахриёр, 6 ойлик бола. Унда врач тугма гепатит касаллигини аниклади.

Савол:

1. Болага Ушбу ташхисни куйиш учун кандай асослар булиши керак?
2. Болани текшириш учун кандай усулларни тавсия этасиз?
3. Даво режасини тузиб, болани даволанг.

Клиник масала № 2

Махмудбек, 6 яшар бола. Унда врач сурункали гепатит касаллигини аниклади.

Савол:

1. Болага Ушбу ташхисни куйиш учун кандай асослар булиши керак?
2. Болани текшириш учун кандай усулларни тавсия этасиз?
3. Даво режасини тузиб, болани даволанг.

**Talabalar egallashi zarur бўлган амалий кўникмалар**

- Soglom va kasal bola va uning ota – onasi bilan mulokotga kirish
- kasallik tarixi yozish
- ovkat xazm kilish uchun preparatlarga retsept yozish
- kon va siydik , najas taxlilini baxolay olish
- pulsni va arterial bosimni ulchay olish
- oshkozon va 12 barmokli ichakni zondlay olish texnikasini bilish,
- jigar faoliyatini aniklash, jigar fermentlarining axamiyati
- najas taxlilini bakterial tekshiruvga olish

**11. Mavzu.**

## Мавзуга оид вазиятли масалалар

1-масала:

11 ешли бола унг ковурга остидаги огрикка холсизликка иштахасизликка шикоят килиб келди. Анамнезидан бемор 6 ойдан бери касал. Умумийахволиуртачаогирликда. Терисивасклерасиенгиликтериктоза. Тили нам оккарашбиланкопланган. Корниюмшок. Жигар +2.5см. кирраларинотекис. Пасткикиррасиуткирлашганогрикли.

-Сизнингтахминийташхисингиз?

-Кандайтекширишусуллариутказилишикерак?

2-масала:

Бемор Рахимов Х... 12 ешда. Анамнезидан 7 ешлигидаенгилвируслигепатитнибошиданутказган. 2 йилданкейинбемортерисисаргаябошлаган. Охиргийиллардасарикликйилига 2-3 марта такрорланганвабемордахолсизлик тез чарчашпайдобулабошлаган.

Курувдабемортерикопламаларииктерик. Жигар +2см. Талок +3см. Коннингумумийтахлили гемоглобин-120г.л эритроцитлар- $4.3 \times 10^{12}$ , лейкоцитлар- $7.4 \times 10^9$ л, СОЭ-7мм.с Кон биохимиясидаумумий билирубин-56,43ммоль.л, богланмаган-44,13ммоль.л

-Клиник ташхисингиз?

-Даволаш?

3-масала

Бола 1800 гр масса билантугилган, чалалик 2-даража.

-ВГВ-1 олишвактинийайтинг?

-Иммунизация дозасиникурсатинг?

4-масала

ВКТБШ кабул булимига 10 ешли бола олибкелинди.

Беморнингумумийахволинисбатаногир.

Беморуйкучан,узинитутушиноадекват,кайфиятиузгарувчан,дезориентация,жигархидли.Ах лативасийдигини тута олмайди.Пальпациядажигаркичик.

-Тахминийташхисингиз?

-Тактикангиз?

5-масала

9 ешли бола

кабулхонагаолибкелинди.Онасинингсузиданшикоятларикорнинингкатталашишига,конара лашкусишга,холсизликка,  
уйкусинингбузилишига,ориклабкетишга,эпигастралсохадагикучлиогрикка.

-Тахминийташхисингиз?

-Кандайтекширишларутказасиз?

Масалаларжавоблари:

1.Жигар циррози

-конни биохимик вавирусологиктекшириш

2.Бошлангич прогрессирланувчижигарциррози

-

Глюкокортикоидлитерапия,имунодепресантлар,сийдикхайдовчипрепаратлар,гепатопротекторлар.

3.Иммунизация 2000гр данкамтанавазнлиларгақилинмайди.

-0.5п.к

4.Жигар комаси

-Зудликбилан госпитализация килиш

5.Портал гипертензия

-Конни вирусологиква биохимик текшириш

Саволлар:

- 1.Жигар циррозининг классификацияси кандай типларга қараб ажратилади?
- 2.Жигар циррозининг клиник симптомларини санаб утинг.
- 3.Жигар жиррозининг асосий симптомларидан бири?
- 4.Тургун сариглик, азоб берувчи кичишиш билан кечувчи жигар циррози қайси?
- 5.Гемахраматознинг бошқачаномикандай?
- 6.ВГВ га қарши 1-марта қачон вакцинация қилинади?
- 7.Эссециал қайси гуруҳдор вирус талари га қиради?
- 8.Жигар циррози билан қасалланган беморлар ганчани стол буюрилади?
- 9.Жигар циррози билан қасалланган болалар қим назорати остида буладилар?
- 10.Жигар циррозининг морфологик белгилари га қараб қандай турларга булинади?

Жавоблар:

1.Морфологик белгилари га қараб;

-Этиологияси га қараб;

-Клиник функционал белгилари га қараб.

2.-гепатомегалия

-спленомегалия

-теринингузгариши

-портал гипертензия

-диспептикузгаришлар

3.Спленомагилия

4.Билиар цирроз

5.Пигментли цирроз

6.1-суткада роддомда

7.Гепатопротекторлар

8.5-стол

9.Педиатр

10.макронодуляр;

-микронодуляр;

-аралаш;

-билиар.

## 12-13. Mavzu.

### Мураккаб вазиятли масала № 1

Лола, 4 ёшар кизчада холсизлик, иштахасизлик, бурун-халкум сохасида катарал яллигланишлар кузатилди. Коринда огрик, териси окарган, кузлар остида корамтир соялар бор. Бир марта кусган. Сийдиги лойкадек, тахлилда оксил-0,99 %0, лейкоцит-30-40 та к/м, эритроцит-10-15 та к/мда.

Беморга куйилган ташхис: Пиелонефрит

Беморга куйилган ташхис асосида унинг шикоятлари, касаллик ва хаёт тарихини ёритинг, лаборатор ва инструментал текшириш режасини тузиб, ундаги узгаришларни тахлил килинг ва ташхисни тулик аникланг ва даволанг.

#### Бемор шикоятлари:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

#### Касаллик ва хаёт тарихи:

7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_

10. \_\_\_\_\_  
11. \_\_\_\_\_  
12. \_\_\_\_\_

**Объектив курувда:**

13. \_\_\_\_\_  
14. \_\_\_\_\_  
15. \_\_\_\_\_  
16. \_\_\_\_\_  
17. \_\_\_\_\_  
18. \_\_\_\_\_  
19. \_\_\_\_\_  
20. \_\_\_\_\_

**Текшириш режаси:**

21. \_\_\_\_\_  
22. \_\_\_\_\_  
23. \_\_\_\_\_

**Лаборатор ва инструментал тахлиллардаги узгаришлар:**

24. \_\_\_\_\_  
25. \_\_\_\_\_  
26. \_\_\_\_\_  
27. \_\_\_\_\_  
28. \_\_\_\_\_  
29. \_\_\_\_\_

**Тулик ташхис:**

30. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**УАШ даражасида сизнинг тактикангиз.**

31. \_\_\_\_\_  
32. \_\_\_\_\_  
33. \_\_\_\_\_  
34. \_\_\_\_\_

**Вазиятли масалалар:**

**Укув топширик № 1**

**Клиник вазият**

**Хилола, 3 ёшда**, болалар шифохонасига юзи, куз ковоклари, танаси, кул ва оёқларида шиш пайдо булиши, кам сийиши каби шикоятлар билан келди. Туғилгандаги вазни 3200 г, чакалоклик даври яхши кечган. Онаси боласининг ахволини хеч нарса Билан боглай олмайди, 1 hafta олдин шамоллаб, уйда даво олганлигини айтди. Курик пайтида бола рангпар, холсиз, юзи, бутун баданида таркалган шишлар. Упкада дагал нафас, пастки кисмларида кичик пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари ута бугик, А/Б – 110/ 60 мм сим уст. Корни катталашган, тупланган суюклик туфайли. Сийиши кам, ранги тук кизгиш «гушт ювиндиси» куринишида. .

**Савол:**

7. 10 минут ичида болага ташхис куйиб, текшириш ва даво режасини тузинг.  
8. Стационар ва поликлиника шароитида даволаш принципларини тушунтиринг.  
3. Болага кандай профилактик чора – тадбирларни тавсия этасиз?

**Укув топширик № 2**  
**Клиник вазият**

**Рамазон 12 ёшда, вазни 35 кг,** болалар шифохонасига юзи, куз ковоклари, танаси, кул ва оёқларида шиш пайдо булиши, кам сийиши каби шикоятлар билан келди. Онаси боласининг ахволини парhezни бузганлиги, совук сув ичиб шамоллаганлиги билан боғлайди. Бола 3 йилдан бери касал, доимий диспансер назоратда. Хар сафар шифохонага кам сийиш ва шишлар билан келади. доимо преднизолон таблеткасини ичади, хозирда 5 мг эрталаб 1 марта ичиб турган. 1 хафта олдин шамоллаб, уйда даво олганлигини айтди. Курик пайтида бола рангпар, холсиз, юзи, бутун баданида таркалган шишлар. Боланинг буйи тенгдошлариникидан паст, семиз, юзи ойсимон, тери ости ёғ катлами бели, сонларида яхши ривожланган. Упкада дагал нафас, пастки кисмларида кичик пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари ута бугик, А/Б – 140/ 90 мм сим уст. Корни катталашган, тупланган суюклик туфайли. Сийиши кам, ранги тиник, усти пуфакчали.

**Савол:**

1. 10 минут ичида болага ташхис куйиб, текшириш ва даво режасини тузинг.
2. Стационар ва поликлиника шароитида даволаш принципларини тушунтиринг.
3. Болага кандай профилактик чора – тадбирларни тавсия этасиз?

**Укув топширик № 3**  
**Клиник вазият**

4 ёшар кизчада холсизлик, иштахасизлик, бурун-халкум сохасида катарал яллигланишлар кузатилди. Коринда огрик, териси окарган, кузлар остида корамтир соялар бор. Бир марта кусган. Сийдиги лойкадек, тахлилда оксил-0,99 %, лейкоцит-30-40 та к/м, эритроцит-10-15 та к/мда.

**Савол:**

1. 10 минут ичида болага ташхис куйиб, текшириш ва даво режасини тузинг.
2. Стационар ва поликлиника шароитида даволаш принципларини тушунтиринг.
3. Болага кандай профилактик чора – тадбирларни тавсия этасиз?

**МАСАЛА № 1**

12-ёшли угил болани анамнезида дори ва озик-овкатга аллергияси бор тез-тез О'РВИ, скарлатина, сув-чечак, кизилча, эпид. паротит билан огриган.

**Касалликка 2 йил булган, бунда ОРВИ дан 2 хафтадан сунг оёк кулни ички кисмида, юз кукракда симметрик геморрагик тошмалар пайдо булган; юз ва оёқларда шишлар.**

Сийдик тахлилида-гематурия, протеинурия. Кейинчалик икки мартаба касалликни кузгалиши юкоридаги симптоматика билан кечган.

Хозирги кузгалиш ОРВИдан 1 хафтадан сунг бошланган, тана харорати 37,2С, юзи киш, пастоз, томоги кизарган, безлари катталашган. II даражага лакуналарда йиринг бор, кузгалишдан 2 хафтадан сунг геморрагик тошмалар пайдо булган. Пульс 108 минутига, А/Д 120/60 сб.уст. Юрак тонлари бир оз бугик. Кон тахлили: Нд-120 г/л; эр.- $4,0 \times 10^{12}$ /л;  $\alpha$ - $12,2 \times 10^9$ /л; п/я-21%; с/я-48%; эозинофилы-2%, моноциты-16%; лимфоциты-15%; СОЭ-22 мм/час. Сийдик тахлили: лойка, Сийдик зичлиги-1010, оксил-0,66г/л; эритроцит-куп микдорда, Уратлар-куп микдорда.

- 1.Сизнинг ташхисингиз ва текшириш режаси.
- 2.Даволаш схемаси.

### **МАСАЛА № 2**

9 ёшли болада дориларга ва озик-овкатларга аллергияси бор, тез-тез ОРВИ ангина билан огрийди. Краснуха билан огригандан сунг эрталаб юзида шиши пайдо булган, иштахаси сустлашган, бош огриш, чарчаш. Кишлокда булганлиги сабабли, врач назоратида булмаган. 2 ойдан сунг ОРВИ билан огригина, овози хириллаган, тана харорати 39,5°С кутарилган 5 кун мобайнида. Касаллик даврида олигурия ва шишларни ортиши кузатилган, касалхонага ёткизилганда анасарня топишган, А/Д 150/100 сб.уст; макрогематурия. Кушимча текширилганда-анемия,гипопротеинемия,гиперхолестеринемия, повышение уровня мочевины до 14,5 ммоль/л. Кейинчалик преднизалон, хлорбутином,гепарин,гепотензив ва сийдик хойдовчи дори моддалар билан даволанишга карамасдан беморни холати прогрессив ёмонлашган. Касалликни бошланишидан 4 ойдан сунг гипертензия фониде талваса булган (АД-220/1230 сб.уст), протеинурия (20г/сут), креатининемия (0.13 ммоль/л).

- 1.Сизнинг ташхисингиз.
- 2.Холатини ёмонлашиш сабаби.
- 3.Кейинчалик текшириш режаси ва даволаш схемаси.

### **МАСАЛА № 3**

8 ёшли кизда, 4 ёшлик чогида профилактик текширув вактида сийдик анализиде биринчи маротаба патология аникланган: оксил излари, эритроцитурия 5 куз даласида. Кейинчалик сийдикни хамма анализларида худди шундай узгаришлар булган. Вакти-вакти билан гематурия 40, эритроцит куз даласида. Буйракни ультразвук текширувида кусача\_(чашечно-лоханочный комплекс соли) зичлиги аникланди.

Оксалатларни суткали экскрецияси-660мкмоль; уратларни-6,5 ммоль. Хозирги вақтда бушашиши, вакти-вакти билан коринда огрик, иштахани сустигига шикоят килади.

Охирги йилларда тана вазнини камайиши, буйи ёшига мос. Артериал босим 80-90/50-60 мм.рт.ст. Зимницкий синамасида сийдикни нисбий зичлиги 1001-1008.

- 1.Сизнинг ташхисингиз.
- 2.Сизнинг киёсий ташхисингиз ва даволашингиз.

### **МАСАЛА № 4.**

К, 10 ёш, болалар шифохонасини нефрологик булимига йуланмадаги «Гломерулонефрит» ташхиси билан ёткизилган.

9 ёшлигида сувчечак билан огриганда юзида, оёгида шиш пайдо булган. Кушимча текширишда протеинурия 4г/кунда, гипо-и диспротеинемия, гиперхолестеринемия, микрогематурия до 5 эритроцитов в после зрения. Касалликни бошланишида уз вақтли гипертензия 140/100 мм.сб.уст. булиб утган, кондаги молчевина микдори 10,6 ммоль/лгача

ошган. Преднизолон 2 мг/кг билан даволаш яхши самара берган, лекин дозасини 15 мг/сут камайтирганда протеинурия ва шишлар янада пайдо булган. Охирги йил мобайнида уч маротаба ОРВИ билан огриган ва 1 маротаба ангина билан огриган. Интеркурент касалликлардан сунг буйрак касалликлари рецидив берди. Вакт утган сари шиш синдроми бир текисликда турадиган булиб колди. Касалликни охирги кузгалиш даврида протеинурия ва периферик шишлар узок давом этувчи гипертензия 130-150/90-110 мм.сб.уст.

- 1.Сизнинг ташхисингиз.
- 2.Кушимча текшириш ва даволаш режасини тузинг.

### **Мавзу бўйича талабалар ўзлаштириш савиясини аниқлаш учун бериладиган саволлар:**

- 1) сийдик хосил килиш ва сийдик ажратиш аъзоларининг хомиладаги шаклланиши
- 2) болаларда сийдик хосил килиш ва сийдик ажратиш тизимининг АФХ сини тушунтиринг
- 3) бирламчи ва иккиламчи сийдик хосил булиш механизмини тушунтиринг
- 4) ренал симптомлар тугрисида тушунча
- 5) ренин, ангиотензин тизими тугрисида тушунча
- 6) сийдикни текшириш усуллари ва узгаришларини айтинг?
- 7) болаларда сийдик хосил килиш ва сийдик ажратиш тизимининг шаклланиш боскичларини айтинг
- 8) сийдик айтириш тизимининг АФХси
- 9) сийдик хосил килиш ва ажратиш тизимини текшириш усуллари

### **Машғулотда қўлланадиган интерактив усуллар технологияси**

#### **«Биргаликда укиймиз» техникаси.**

**Биргаликда укиш:** укув гурухи кичик гурухларга булинади. Хар бир кичик гурух урганилаётган мавзунинг маълум бир сохасида эксперт булади ва бошкаларга ургатади. Хар бир гурухнинг максади бошка барча гурухлар иштирокчилари мавзу саволларини тула хажмда эгаллаб олишдан иборат.

*«Биргаликда укиймиз» техникасидан фойдаланган холда гурухларда ишни ташкил этиш жараёнининг тузилиши*

1. Билим даражасига караб 3-5 кишидан иборат булган хар хил турдаги гурухлар тузилади.
2. Хар бир гурухга битта топширик берилади – умумий мавзунинг бир кисми, унинг устида бутун укув гурухи иш олиб боради, хамда таянчлар – эксперт варакалари такдим этилади.
3. Хар бир гурух ичида умумий топширик таксимланади.
4. Хамма якка тартибдаги топширикни бажаради.
5. Барча гурух аъзоларининг мини – маърузалари тингланади. Умумий натижа (бутун эксперт вараги бўйича саволлар жавоби)ни шакллантиради ва уни такдимотга тайёрлашади.
6. Спикер ёки гурух барча аъзолари биргаликда бажарган иш натижаларини такдимот этишади.

**Гурухларда ишлаш кайдаси**

Шеригингизни диккат билан тингланг.  
Гурух ишларида узаро фаол иштирок этинг, берилган топширикларга масъулият билан ёндашинг.  
Агар ёрдам керак булса, албатта мурожаат килинг.  
Агар сиздан ёрдам сурашса, албатта ёрдам беринг.  
Гурухлар фаолиятининг натижаларини баҳолашда ҳамма иштирок этиши шарт  
Аник тушунмогимиз лозим:

- Бошкаларга ургатиш оркали узимиз урганамиз;
- Биз битта кемадамиз ёки биргаликда сузиб чиқамиз ёки биргаликда чуқиб кетамиз.

**Эксперт гурухи иш натижаларини баҳолаш мезонлари**

Мезонлар	Макс. балл	Гурух натижаларини баҳолаш					
		1	2	3	4	5	6
Ахборотни туликлиги	1,0						
Ахборотнинг график шаклда ифода этилиши	0,6						
Гурухнинг фаоллиги	0,4						
Балларнинг максимал суммаси, жами	2						

**Эксперт вараги № 1  
Уқув топширик.**

1. сийдик хосил килиш ва сийдик ажратиш аъзоларининг хомиладаги шаклланиши
2. болаларда сийдик хосил килиш ва сийдик ажратиш тизимининг АФХ сени тушунтиринг
3. бирламчи ва иккиламчи сийдик хосил булиш механизмини тушунтиринг

**Эксперт вараги № 2  
Уқув топширик.**

1. ренал симптомлар тугрисида тушунча
2. ренин, ангиотензин тизими тугрисида тушунча
3. сийдикни текшириш усуллари ва узгаришларини айтинг?

**Эксперт вараги № 3  
Уқув топширик.**

1. болаларда сийдик хосил килиш ва сийдик ажратиш тизимининг шаклланиш боскичларини айтинг
2. сийдик айириш тизимининг АФХси
3. сийдик хосил килиш ва ажратиш тизимини текшириш усуллари

### Клиник вазиятлар

#### Клиник вазиятлар № 1

Равшан, 4 ёшли, онаси болани тез – тез сийиши, сийганда огрик булиши, сийдик рангининг узгариши каби шикоятлари билан олиб келди. Боланинг ахволини ҳеч нарса билан боғлай олмайди. Уйда боласига фурадонин таблеткасини ичиргандан сунг, бироз яхшиланди. Текшириш пайтида бола тинч ҳолатда, ковок устида огрик сезади чуқур пальпацияда. Сийиш тез – тез кам микдорда, сийиш тугашида огрик сийдик йулида ҳам сезилади.

Савол:

1. Поликлиника шароитида сизнинг тактикангиз?
2. Сийдик тахлилида қандай манзарани кузатиш мумкин?
3. Онага кейинги маслаҳатларингиз?

#### Клиник вазиятлар № 2

Рохила, 6 ёшли, онаси болани тез – тез сийиши, тунда ҳам тушагига сийиб куйиши, сийдигини тута олмаслигидан шикоят қилиб олиб келди.

Анамнездан боланинг онасида сурункали пиелонефрит бор. Кизча яқинда корни огриб ичи кетиб, иситма қилган, уйда даволанган. 1 ҳафтадан кейин тез – тез сийдиган бўлди. Текшириш ва даво учун келди.

Курик пайтида кизча рангпар, куз остида қорамтир соялар бор, ковоклари бироз шишган. Упкада везикуляр нафас, юрак тонлари бугик. Тили оқ қараш билан қопланган. Корни юмшоқ, унғ томон бел соҳаси ва чов соҳасида огрик сезади. Огрик доимий эмас, сийганда пайдо бўлади. Сийдик тахлилида: микдори – 50 мл, реакция – нордон, солиштирма огирлиги 1020, ранги- сарик, тиниклиги – лойка, микроскопик қуриниши: эпителий ясси – 10-15, эритроцитлар 3-4 к/м, лейкоцитлар – 15 – 20 қурув майдонида, тузлар - оксалат

Савол:

1. Поликлиника шароитида сизнинг тактикангиз?
2. Сийдик тахлилида қандай манзарани кузатиш мумкин?
3. Онага кейинги маслаҳатларингиз?

#### Клиник вазиятлар № 3

Моҳира 4 ёшар кизчада ҳолсизлик, иштаҳасизлик, бурун-халқум соҳасида қатарал яллигланишлар қузатилди. Қоринда огрик, териси оқарган, қузлар остида қорамтир соялар бор. Бир марта қусган. Сийдиги лойқадек, тахлилда оксил-0,99 %0, лейкоцит-30-40 та к/м, эритроцит-10-15 та к/мда.

Савол: 1) сизнинг ташхисингиз

2) тавсия этиладиган текшириш усуллари?

3) қиёсий ташхисот?

**Мавзу бўйича талабалар ўзлаштириш савиясини аниқлаш учун бериладиган саволлар:**

- 1) сийдик ҳосил қилиш ва сийдик ажратиш аъзоларининг ҳомиладаги шаклланиши

- 2) болаларда сийдик хосил килиш ва сийдик ажратиш тизимининг АФХ сени тушунтиринг
- 3) бирламчи ва иккиламчи сийдик хосил булиш механизмини тушунтиринг
- 4) ренал симптомлар тугрисида тушунча
- 5) ренин, ангиотензин тизими тугрисида тушунча
- 6) сийдикни текшириш усуллари ва узгаришларини айтинг?
  - 7) нефрит нима?
  - 8) гломерулонефрит нима?
  - 9) гломерулонефритнинг этиологиясини тушунтиринг
  - 10) уткир ва сурункали гломерулонефритнинг патогенези кандай?
  - 11) Уткир ва сурункали гломерулонефрит касаллиги ривожланишдаги сабабларни аниклаш ( тугма нуксонлар, моддалар алмашинуви бузилиши, инфекцион ва аллергик омиллар)
    - 12) Уткир ва сурункали гломерулонефрит клиник –лаборатор ташхиси.
    - 13) Уткир ва сурункали гломерулонефрит классификацияси
    - 14) Уткир ва сурункали гломерулонефритнинг киёсий ташхиси
    - 15) Уткир ва сурункали гломерулонефрит олдини олиш тадбирлари.

### **Машғулотда қўлланадиган интерактив усуллар технологияси «Клиник вазиятни хал этиш» техникаси**

Талабалар бир нечта кичик гурухларга булинадилар. Хар бир кичик гурухга клиник вазият берилади. 15 минут ичида талабалар клиник холатни бажарадилар. Вазифани бажаргандан сунг, гурух ичида укилади ва умумий муҳокама килинади. Хар бир вазият муҳокама килингандан сунг талабалар билими бахоланади.

Бу усулнинг афзаллиги талабалар аниқ бир мақсадга эришадилар ва амалда куллай олишларини исбот килишга ҳаракат киладилар.

### **Talabalar egallashi zarur бўлган амалий кўникмалар**

- Soglom va kasal bola va uning ota – onasi bilan mulokotga kirish
- kasallik tarixi yozish
- siydik xaydovchi preparatlarga retsept yozish
- kon va siydik taxlilini baxolay olish
- pulsni va arterial bosimni ulchay olish
- Zimnitskiy, Nechiporenko, Addisa – Kakovski sinamalarini kilish texnikasini bilish,
- siydik taxlilini bakterial tekshiruvga olish



## Mavzuga oid testlar

1. O'tkir zotiljamda yo'tal:

- A. spastic
- B. kuruk
- C. nam \*
- D. surunkali
- E. akillovchi

2. O'tkir zotiljamga hos yo'tal:

- A. og'riqli, produktiv \*
- B. o'zok, kechkurungi
- C. quruq
- D. spazim bilan
- E. bugilish

3. Balgamni kuchishini yahshilovchi dori vositalari:

- A. ambrobene \*
- B. no-shpa
- C. berodual
- D. prednizolon
- E. adrenalin

4. Erta yoshdagi bolalarda patogenetik yutal:

- A. bronxial sekretining yopishkokligini oshganligi, bronhlarning drenaj faoliyatining pasaygani \*
- B. temir tanqislik kamkonlik
- C. eksudativ kataral-diatez
- D. raxit borligi
- E. anemiya

5. Balg'amning ko'chishini yahshilovchi dori vositalari:

- A. flyuditek, bronholitin \*
- B. ribavirin
- C. berodual
- D. prednizolon
- E. viferon

6. O'tkir pnevmoniya diagnostikasi uchun shart:

- A. rentgenogramma\*
- B. siydik tahlili
- C. axlat tahlili
- D. jigar fermentlari aktivligi
- E. koagulogramma

7. O'tkir pnevmoniyada dezintoksikatsion terapiya uchun ishlatiladi:

- A. infezol, gemodez\*
- B. tuzli eritmalar
- C. albumin
- D. reopoliglyukin
- E. reopirin

8. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda pnevmoniyaga xos bo'lmagan simptomni ko'rsating:

- A. nam yo'tal
- B. bronxial nafas, Abning oshishi\*
- C. aralash tabiatli hansirash
- D. mayda pufakchali hansirash
- E. gipotoniya

9. O'tkir pnevmoniyaning ko'p uchrovchi asoratini ko'rsating:

- A. yurak yetishmovchiligi
- B. o'tkir nafas yetishmovchiligi\*
- C. buyrak usti bezi yetishmovchiligi
- D. buyrak yetishmovchiligi
- E. glomerulonefrit

10. Quyidagi klinik simptomlarning qaysi biri o'tkir pnevmoniyaga ko'proq xos:

- A. yo'tal\*
- B. gipertermiya
- C. qusish

D. oqarish  
E. ko'ngil aynashi

11. O'tkir pnevmoniyaning rentgenologik tasviriga xos:

- A. o'pka to'qimasining infiltrlanishi va nomogen qorayishi\*
- B. dam bo'lish va gomogen soyalanish
- C. suyuqlik sathi mavjud bo'shliqlarning mavjudligi
- D. qon tomir tasvirining kuchayishi
- E. o'pkaga yo'l

12. Pnevmonik jarayonning cho'zilib kechishi qancha vaqtni o'z ichiga oladi:

- A. . 8 hafta – 1 oy
- B. 8 hafta - 3 oy
- C. 8 hafta - 8 oy\*
- D. 8 hafta - 9 oy
- E. 8 hafta – 1 yil

13. O'tkir pnevmoniyaga xos gematologik siljishlar:

- A. yuqori neytrofil leykositoz\*
- B. leykopeniya
- C. gipoxrom anemiya (Hb 70 g/l)
- D. monositoz
- E. bilirubinemiya

14. Infeksiyaning o'tkir pnevmoniya tarqalish yo'li:

- A. limfogen
- B. gematogen
- C. bronxogen\*
- D. kontakt
- E. teri

15. O'tkir pnevmoniyaga xos o'zgarishlar:

A. local simptomatika, nam hirillashlar, neytrofil leykositoz\*

B.3 kundan kam isitma

C. quruq hushtaksimom hirillashlar

D.inspirator hansirash

E.o'zgarishsiz

16.Krupoz pnevmaniya bolalarda ko'proq qaysi davrida uchraydi:

A. chaqaloqlik davri

B. emizikli davri

C. maktab davri\*

D. perinatal

E .maktabdan keying davr

17.Krupoz pnevmaniyada ko'pincha jarayon joylashadi:

A. plevrada

B. interstisial to'qimada

C. o'ng o'pka yuqori va pastki bo'laklarida \*

D. chap o'pka yuqori qismida

E. jigarda

18.Pnevmaniyaning qaysi formasi uchun quyidagi belgilar xarakterli: birdan boshlanishi, yonoqlarda qizarish, zangsimon ajralmali yo'tal, gipertermiya 39-40°C:

A. krupoz pnevmaniya \*

B. o'choqli pnevmaniya

C. segmentar pnevmaniya

D. interstisial pnevmaniya

E. bo'lakli pnevmaniya

19.Mukolitiklar berilishi maqsadga muvofiq holat:

A. o'pka va bronxlardagi jarayon so'nish davrida \*

B. kasallik boshlang'ich davrida

C. temperature pasayishi fonida

D. xansirash xuruji bartaraf etilgandan so'ng

E. xansirash xuruji bartaraf etilgungacha

20.Bolalarda pnevmaniya uchun xarakterli:

A. perurator tovush qisqarishi, kichik pufakchali va krepitasyalanuvchi xurujlar dag'al nafas fonida \*

B. intoksikasiya simptomlari yo'qligi

C. nafas yetishmovchiligi yo'qligi

D. perurator tovush korobkasimon bo'lishi

E. tiniq nafas

21.Mikoplazma pnevmaniyada effektiv:

A. eritromisin fosfat \*

B. penisillin

C. karbenisillin

D. ampioks

E. levomisetin

22.Zotiljamga xos belgi:

A. nafas yetishmasligi yo'q

B. intoksikasiya yo'q

C. perkutor tovush qisqargan, nam xirillashlar\*

D. qutichasimon perkutor tovush

E. bo'g'ilish xuruji

23.Surunkali pnevmoniyani keltiruvchi sabablari:

A. cho'zilgan, retsidiylanuvchi, abstsesslanuvchi pnevmoniya\*

B. nafas yo'llarining anatomik tuzilishi

C. immunitet pastligi

D. ORVI

E. o'tkir pnevmoniya

24.Nafas yetishmasligi klinik belgilari:

A. peroral sianoz, xansirash\*

B.teri giperemiyasi

C. tezlashgan nafas

D. taxikardiya

E. to'g'ri javob yo'q

25. Zotiljam turi:
- A. obstruktiv
  - B. interstitsial\*
  - C. bronxopnevmoniya
  - D. progresslanuvchi
  - E. tarqalgan
26. O'tkir pnevmoniyani qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis qilish kerak:
- A. gripp, ORVI, bronxit, bronxiolit\*
  - B. meningoentsefalit
  - C. tumov
  - D. Sepsis
  - E. ORVI, OITS
27. Krupoz pnevmoniyada umumiy qon analizidagi ko'rsatkichlar:
- A. ECHT oshishi, leykotsitoz\*
  - B. ECHT oshishi limfositoz
  - C. limfotsitoz, eozinofiliya
  - D. Bilirubin oshishi
  - E. eozinofiliya, leykotsitoz
28. O'tkir pnevmoniyada o'pkadagi asoratlarga kiradi:
- A. septic shok
  - B. sinpnevmonik plevrit\*
  - C. kardit
  - D. DVS - sindrom
  - E. yurak qon tomir yetishmovchiligi
29. O'tkir pnevmoniyada o'pkadagi asoratlarga kiradi:
- A. o'pka destrukciyasi\*
  - B. septic shok
  - C. kardit
  - D. DVS - sindrom
  - E. yurak qon tomir yetishmovchiligi
30. O'tkir pnevmoniyada o'pkadagi asoratlarga kiradi:
- A. septic shok
  - B. o'pka absessi\*
  - C. kardit
  - D. DVS - sindrom
  - E. yurak qon tomir yetishmovchiligi
31. O'tkir pnevmoniyaning o'pkadagi asoratlarga kirmaydi:
- A. septic shok\*
  - B. sinpnevmonik plevrit
  - C. metopnevmonik plevrit
  - D. piopnevmotoraks
  - E. o'pka destrukciyasi
32. O'tkir pnevmoniyaning o'pkadagi asoratlarga kirmaydi:
- A. kardit\*
  - B. sinpnevmonik plevrit
  - C. piopnevmotoraks
  - D. o'pka destrukciyasi
  - E. o'pka absessi
33. Bronhial astmada asosiy shikoyatlari:
- A. produktiv yutal
  - B. hidli balgam
  - C. inspirator hansirash
  - D. ekspirator hansirash, noproduktiv yutal \*
  - E. uyquvsizlik
34. Bronhial astmaning asosiy klinik simptomlari:
- A. majburiy holat, hushtakli nafas \*
  - B. gipertermiya
  - C. o'pka tovushining tumtoqlashuvi
  - D. kreptirlovchi nam hrillashlar
  - E. shishlar
35. Bronhial astmaga hos yutal:
- A. akkillovchi
  - B. qiynoqli, yopishqoq balgam\*
  - C. produktiv

- D. «ogiz tuldirib"  
E. reprimlar bilan
36. Bronhial astmaga hos balg'amning uzgarishi:  
A. balgamda zamburuglar  
B. balgamda virus  
C. eritrotsitlar  
D. eozinofillar, Charco-Leyden kristallari va Kurshman spirallari \*  
E. balgamda leykotsitlar
37. Bronhial astmada qiyosiy tashhislash o'tkaziladi:  
A. bronhlarda yot modda \*  
B. o'tkir zotiljam  
C. Fallo tetradasi  
D. tseliakiya  
E. URI
38. Astmatic statusning sababi hisoblanadi:  
A. bronhial astmaning davosini kech boshlanishi \*  
B. haroratning kutarilishi  
C. anemiya  
D. bronhlarda yod modda  
E. URI
39. Bronhial astmada qiyosiy tashhislash utkaziladi:
- A. o'tkir zotiljam  
B. obstruktiv bronxit \*  
C. Fallo tetradasi  
D. tseliakiya  
E. tonzillit
40. Astmatic statusning sababi hisoblanadi:  
A. Glukokortikoidni erta tuhtatish, dozadini kamaytirish \*  
B. korinda ogrik  
C. gipertenziya  
D. bronhlarda yot modda  
E. viruslar
41. Astmatic statusda kullaniladigan preparatlar:  
A. eufillin, glyukokortikoidlar \*  
B. antibiotiklar  
C. adrenomimetiklar  
D. antigistamin preparatlar  
E. viferon
42. Bronhial astma asoratlariga kiradi:  
A. O'pka destruksiyasi  
B. yiringli plevrit  
C. o'pka emfizemasi\*  
D. DVS-sindromi  
E. pnevmoniya
43. Kichik yoshdagi bolalarda bronhial astmani kechishining o'ziga xosligini ko'rsating:  
A. kam ifodalangan bronxospazm o'pkada vazosekretor komponent ustunligi bilan ko'plab nam hirillashlar \*  
B. bronxospazmning sezilarli ifodalanishi  
C. inspirator hansirash  
D. ustun bronxospazm  
E. quruq g'uvillovchi hirillashlar
44. BA reabilitatsiyasiga kiradi:  
A. antigipertenzivlar  
B. nafas mashqlari, DJT, chiniqtirish\*  
C. bronxospazmolitiklar  
D. bitsillinoprofilaktika  
E. antibiotiklar
45. Turg'un remissiya davridagi BA reabilitatsiyasiga taaluqli:  
A. antigistamin vositalarni qabul qilish, nafas mashqlari, DJT\*  
B. antikonvulsantlar  
C. bronxospazmolitiklar  
D. antibiotikoterapiya  
E. NYaQV

46. Bronxial astma xurujida muolaja uchun:

- A. intal
- B. antixolinergik vositalar
- C.  $\beta$  2-adrenoreseptorlari agonistlari\*
- D. zaditen
- E. enam

47. Bronxial astma xurujida muolaja uchun qo'llanilmaydi:

- A. davolovchi fizkultura \*
- B. issiq ichimlik
- C. reflektor terapiya (bankali massaj)
- D. kislorodterapiya
- E. sovuqterapiya

48. Atopik bronxial astma uchun xarakterli emas:

- A. shilliq qavat yalliglanishi
- B. bronxospazm\*
- C. shilliq qavat shishi
- D. shilliq gipersekresiyasi
- E. qizilo'ngachdan qon ketishi

49. Bronxial astma xurujini bartaraf etuvchi profilatik choralar:

- A. barcha javoblar to'g'ri \*
- B. obligat allergenlarni ovqatda cheklash

C. surunkali infeksiya o'choqlari sanasiyasi

- D. allergen bilan kontakti kamaytirish
- E. parhez

50. Bronxial astma uchun xarakterli klinik simptom:

- A. nam yo'tal
- B. inspirator xansirash
- C. ekspirator xansirash\*
- D. bitonal yo'tal
- E. kam miqdorda yo'tal

51. Bronxial astmada ko'p uchrovchi asorat:

- A. o'pka atalektazi\*
- B. piopnevotoraks
- C. pnevmoniya
- D. DVS - sindrom
- E. gepatit

52. Bronxial astmada mikroskopiyada bemorlar balg'amida topiladi:

- A. leykositlar
- B. elastik tutamlar
- C. Sharko-Leyden kristallari\*
- D. alveolyar makrofaglar
- E. Kox tayoqchalari

53. Bronxial astmaga moyillik tug'diruvchi faktorlarni ko'rsating:

- A. nasliy moyillik \*
- B. tug'ma patalogiya
- C. anemiya
- D. travmalar
- E. sovuq qotish

54. Bronxial astmada perкурator tovush:

- A. qisqargan
- B. korobkasimon\*
- C. to'mtoq
- D. «mozaik»
- E. tarqoq

55. Astmaning 1-chi fazasida o'pka ustida eshitiladi:

- A. quruq xushtaksimon va nam xirillashlar ko'p miqdorda \*
- B. dag'al nafas
- C. xar xil kalibrdagi nam xirillashlar
- D. plevra ishqalanishi shovqini
- E. eshitilmaydi

56. Quyidagilardan qaysi birida "ovoqsiz o'pka" aniqlanadi:

- A. bronxial astma, astmatik status\*
- B. o'tkir bronxiolit

- C. oʻtkir destruktiv pnevmaniya  
D. soxta krup  
E. pnevmoniya
57. Bronxial astmani xuruj davrda qoʻllash kerak:  
A. b2-adrenoretseptorlar agonistlari \*  
B. antixolinergik moddalar  
C. intal  
D. zaditen  
E. APF ingibitorlari
58. Bronxial astma xuruji davrida zarur:  
A. salbutamol  
B. xammasi \*  
C. eufillin  
D. kislorod terapiya  
E. GKS
59. Bronxial astma xurujini davolashda qoʻllanilmaydigan dori vositalarni koʻrsating:  
A. vitaminterapiya  
B. glyukokortikoidlar  
C. desensibillovchi vositalar  
D. selektiv bronxospazmolitiklar\*  
E. mtilksantinlar
60. Bronxial astma klassifikatsiyasini koʻrsating:  
A. surunkali  
B. allergik (atopik), infetsion – allergik, aralash\*  
C. choʻziluvchan  
D. yengil  
E. oʻtkir, choʻziluvchan
61. Bronxial astma klinikasidagi davrlar:  
A. xurujdan oldin, xuruj, xurujdan keyin\*  
B. yiring-qonli yoʻtal  
C. balgʻamli yoʻtal  
D. xansirash  
E. xurujsiz
62. BA xurujdan oldingi davrga xos klinik belgilar:  
A. burun qichishi, aksirish, qoʻzgaluvchanlik, kataral xolat\*  
B. balgʻamli yoʻtal  
C. xansirash  
D. yiring-qonli yoʻtal  
E. holsizlik
63. BA xuruj davriga xos klinik belgilar:  
A. ekspirator xansirash, kuchli balgʻamli yoʻtal, quruq va nam xirillashlar\*  
B. burun qichishi aksirish
- C. qoʻzgaluvchanlik  
D. kataral xolat  
E. inspirator xansirash
64. Astmatik xolat sabablari:  
A. oʻtkir respirator yuqumli kasalliklar, allergenlar bilan qayta kontakt, davolashni kech boshlash\*  
B. oqsil yetishmovchiligi  
C. sunʻiy ovqatlantirish  
D. gipovitaminoz  
E. gipoterioz
65. Astma asoratlari:  
A. oʻtkir yurak yetishmovchiligi, atelektaz, emfizema, pnevmotoraks\*  
B. mukoid oʻzgarishlar  
C. skleroz xolati  
D. serebral buzilish  
E. anemiya
66. Astmani rejali davolash:  
A. bronxospazmolitiklar, mukolitiklar, antigistaminlar\*  
B. smekta  
C. kaliy xlorid  
D. diflyukan. termopsis  
E. futsis
67. Mukolitiklar bu:

- A. bromgeksin, termopsis, kaliy yodid eritmasi\*
- B. tripsin
- C. insulin
- D. glyo`qagon
- E. nimesil
- 68.Astmatik statusni davolashda qo`llaniladi:
- A. gormonlar, metabolik atsidoz korrektsiyasi, eufillin\*
- B. ABlar, sul`fanilamidlar
- C. nitrofuran preparatlari
- D. shifobaxsh ut damlamalari
- E. Yurak glikozidlari
- 69.Bronxial astmani laborator-instrumental diagnostikasiga kirmaydi:
- A. pnevmatometriya spirografiya\*
- B. EKG
- C. pikflometriya
- D. allergotest
- E. R gramma
- 70.Bronxial astma uchun xarakterli emas:
- A. shilliq qavat yallig`lanishi \*
- B. bronxospazm
- C. shilliq qavat shishi
- D. shilliq qavat gipersekretsiyasi
- E. Bronx torayishi
- 71.Bronxial astma xuruji profilaktik tadbiri:
- A. xammasi\*
- B. allergen bilan kontaktni to`xtatish
- C. infeksiya o`chog`I sanatsiyasi
- D. nam tozalik o`tkazish
- E. jun matodan qutilish
- 72.Bronxial astma klinikasi
- A. Ekspirator tipdagi xurujlar xushtaksimon nafas \*
- B. Inspirator tipdagi xurujlar
- C. Pueril nafas
- D. Gektik isitma
- E. Anemiya
- 73.Bronxial astmaninig I darajasi uchun xos:
- A. Kasallik uzoq hurujlari
- B. Simptomlari haftada bir martadan kam\*
- C. Simptomlar haftada bir martadan ko`p
- D. Xurujlar jismoniy aktivlik va uyquni buzadi
- E. Yo`tal, markaziy sianoz
- 74.Tug`ma norevmatik kardit qo`zg`tuvchisi hisoblanadi:
- A. . betta gemolitik streptokokk
- B Koksaki virusi, ECHO guruhi viruslari\*
- C. zamburug`lar
- D. allergenlar
- E. dorilar
- 75.Norevmatik kardit tekshiruvi uchun shart:
- A. veloergometriya
- B. ExoKC, yurak rentgenografiyasi\*
- C. antropometriya
- D. termometriya
- E. EFGDS
- 76.Norevmatik karditning klinik belgilariga kiradi:
- A. taxikardiya, yurak tonlari bo`g`iqligi, kardiomegaliya\*
- B. talvasalar
- C. gipertermiya
- D. limfadenopatiya
- E. gepatomegaliya
- 77.Kardiorakal indeks oshadi:
- A. revmatizm\*
- B. raxit
- C. pnevmoniya
- D. bronxit
- E. bronxial astma

78. Norevmatik kardit 70% chaqiriladi:
- A. bakteriyalar
  - B. viruslar\*
  - C. TORCH – infeksiya
  - D. SPID
  - E. zamburug`lar
79. Norevmatik kardit turlari:
- A. tug`ma, orttirilgan, o`tkir, o`tkirosti, surunkali\*
  - B. tug`ma, orttirilgan, allergik(atopik)
  - C. infeksiyon – allergik
  - D. tug`ma, orttirilgan, aralash
  - E. o`tkir, retsidiv, surunkali
80. Revmatik isitmada Prays-Jons asosiy kriteriyalariga kiradi:
- A. isitma
  - B. artrit\*
  - C. leykositoz
  - D. gepatosplenomegaliya
  - E. artalgiya
81. Revmatik bo`g`im zararlanishga xos bo`lmagan belgi?
- A. umirtqa pog`onasini buyin qismini zararlanishi\*
  - B. ko`plab bo`g`imlar yallig`lanishi
  - C. uchuvchi bo`g`im og`riqlari
  - D. yirik bo`g`imlarni kattalashishi
  - E. choyshab simptomini musbatligi
82. Norevmatik karditda o`ng qorinchao`tkir yetishmovc hiligi uchun xos ?
- A. Jigar kattalashishi\*
  - B. nafas qisishi
  - C. sistolik yurak shitirlash
  - D. siydik chiqishi kamayadi
  - E. o`pka dimlanishi
83. Qaysi biri Infeksiyon endokardit rivojlanish xavfi gruxiga kiradi?
- A. Bolalar va TYuN bor bolalar
  - B. Tez-tez kasallanadigan bolalar
  - C. Surunkali tonzilliti bor bolalar
  - D. Kamqonlik
  - E. muddatidan oldin tug`ilgan bolalar
84. Quydagilardan qaysi biri infeksiyon endokardit natijasi hisoblanadi?
- A. erta o`lim
  - B. to`liq qayta tiklanish
  - C. Barchasi\*
  - D. emboliya
  - E. orttirilgan yurak nuqsonlari
85. Surunkali norevmatik karditning qaysi shakli katta bolalarda ko`z atilmaydi?
- A. perikardit\*
  - B. gipertrofik
  - C. restriktiv
  - D. xammasi
  - E. dilatatsion
86. Norevmatik karditning tekshirish usullari:
- A. EhoKS, EKG \*
  - B. peshob umumiy tekshiruvi
  - C. jigar fermentlarining faolligi
  - D. najas umumiy tekshiruvi
  - E. revmoproba
87. Norevmatik karditni davolashning asosiy preparatlari:
- A. vitaminlar
  - B. glistga qarshi
  - C. antibiotiklar, nosteroid yallig`lanishga qarshi vositalar \*
  - D. anabolik gormonlar
  - E. sitostatiklar
88. Revmatik isitma kriteriyalari:
- A. kardit, xoreya, poliartrit\*
  - B. monoartrit
  - C. ankiloz
  - D. artralgiya
  - E. simmetrik bo`g`imlar zararlanadi
89. Revmatizmni patogenetik davolash dorilari:
- A. nosteroidlar, kortikosteroidlar, antigistaminlar\*
  - B. Yurak glikozidlari
  - C. sedativlar
  - D. diuretiklar
  - E. o`t xaydovchilar
90. Revmatizmni spetsifik profilaktikasi:
- A. anginani davolash
  - B. bitsillinoprofilaktika\*

- C. Yurak nuqsonlarini davolash
- D. sanator davolash
- E. sovuqdan saqlanish

91. Revmatik isitma mutlaq mezonga taalluqli emas?

- A. poliartralgia \*
- B. cardit
- C. poliartrit
- D. shaytonlash
- E. halqasimon eritema

92. Revmatik toshma xarakterli?

- A. Papula
- B. xalqasimon eritema \*
- C. petexia
- D. pufakcha
- E. qon ketishi

93. Revmatizmni spetsifik profilaktikasi?

- A. anginani davolash
- B. bitsillinoprofilaktika\*
- C. yurak nuqsonlarini davolash
- D. sanator davolash
- E. sovuqdan saqlanish

94. Yuvenil revmatoid artrit klinikasiga tegishli:

- A. 3 oydan ko'p davom etgan artrit, simmetrik bo'g'imlar zararlanishi\*
- B. nosimmetrik bo'g'imlar zararlanishi
- C. uchuvchi og'riqlar
- D. ertalabki karaxtlik xos emas
- E. simmetrik toshmalar

95. Yuvenil revmatoid artritga tegishli:

- A. Yurak zararlanishi
- B. ertalabki karaxtlik \*
- C. uchuvchi og'riqlar
- D. ertalabki karaxtlik xos emas
- E. simmetrik toshmalar

96. Yuvenil revmatoid artritga tegishli:

- A. jismoniy rivojlanishdan orqada qolish \*
- B. xoreya
- C. uchuvchi og'riqlar
- D. ertalabki karaxtlik xos emas
- E. simmetrik toshmalar

97. Yuvenil revmatoid artritga tegishli:

- A. bo'yin umurtqasi zararlanishi \*
- B. xoreya
- C. uchuvchi og'riqlar
- D. ertalabki karaxtlik xos emas
- E. simmetrik toshmalar

98. Still kasalligining boshlang'ich belgilari:

- A. barcha limfa tugunlar kattalashishi, gektik isitma, ichki organlar zararlanadi\*
- B. isitma
- C. subfebrilitet
- D. beixtiyor xarakterli harakatlilar
- E. ertalabki karaxtlik xos emas

99. Still kasalligining boshlang'ich belgilari:

- A. ECHT normada
- B. giperleykotsitoz, neytrofiloz, ECHT oshishi\*
- C. leykopeniya
- D. limfotsitoz
- E. kuchli anemiya

100. Visler – Fankoni subsepsisining xarakterli belgilari:

- A. polimorf toshma, noto'g'ri isitma, artrit, artralgiya \*
- B. ankilozlar
- C. isitma
- D. kontraktura

E. suyaklari sinuvchan

101. Yuvenil revmatoid artritning vistseral shaklini qaysi kasalliklar bilan solishtirish lozim:

- A. streptokokkli infektsiya, SKV, tugunchali periarterit, onkologik kasalliklar\*
- B. xoletsistit, sepsis
- C. tuberkulez
- D. reaktiv artrit
- E. hammasi to'g'ri

102. YURA da qaysi nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar qo'llaniladi:

- A. indometatsin\*
- B. suprastin
- C. kal'tsiy xlor
- D. natriy tiosul'fat
- E. aspirin

103. Revmatoidli artrit rivojlanishiga sabab bo'ladigan omillar:

- A. fizik yoki psixik jaroxatlar, sovuq qotish\*
- B. tuberkulyoz
- C. irsiy moyillik
- D. angina
- E. Yurak nuqsoni

104. Revmatoid artrit bo'g'im shakliga xos belgilar:

- A. diffuz osteoporoz
- B. mono-, oligo-, poliartrit\*
- C. tos-son bo'g'imi jaroxati
- D. sistemali limfadenopati
- E. ostiomielit

105. Revmatoidli artrit bo'g'im vistseral shakliga xos belgilar:

- A. simmetrik poliartrit, ertalabki karaxtlik\*

B. terida toshmalar,  
asoratlar ko'p uchrashi  
C. jigar tsirrozi  
D. buyrak yetishmovchiligi  
E. kechki karaxtlik, terida  
toshmalar

106. Revmatoidli artrit  
qaysi kasallik bilan qiyosiy  
tashxis qilinadi:

- A. revmatik artrit\*
- B. pnevmoniya
- C. antrit
- D. raxit
- E. angina

107. YURA uchun  
xarakterli simptom:

- A. ertalabki karaxtlik\*
- B. og'riqlar uchuvchan
- C. halqasimon eritema
- D. kardiomegaliya
- E. xoreya

108. YURA diagnostik  
usullari uchun xarakterli  
emas:

- A. revmoproba
- B. «qalin qon tomchi»\*
- C. umumiy qon tahlili
- D. revmatoid faktor
- E. CPB

109. YuXA da bo'g'im  
zararlanishi Klinik  
xususiyatlari?

- A. doimiy artrit \*
- B. Uchuvchi og'riq
- C. organik o'zgarishlar yuq
- D. rentgenogramma  
o'zgarishsiz
- E. artralgiya

110. YuRA quyidagi  
shakllari mavjud?

- A. bo`g`im-vesseral\*
- B. bo`g`im-mushak
- C. yurak klapanlari  
zararlanishi bilan

D. yurak klapanlari  
zararlanishisiz  
E. limfadenopatiya

111. YuXA da bo'g'im  
zararlanishi Klinik  
xususiyatlari?

- A. doimiy artrit \*
- B. Uchuvchi og'riq
- C. organik o'zgarishlar yuq
- D. rentgenogramma  
o'zgarishsiz
- E. artralgiya

112. YuRA quyidagi  
shakllari mavjud?

- A. bo`g`im-vesseral\*
- B. bo`g`im-mushak
- C. yurak klapanlari  
zararlanishi bilan
- D. yurak klapanlari  
zararlanishisiz
- E. limfadenopatiya

113. YURA diagnostikasi  
usuli:

- A. revmoproba\*
- B. qondaLE–hujayrasini  
aniqlash
- C. qonda fermentlarni  
aniqlash
- D. densitometriya
- E. Sulkovich probasi

114. YURAda bo'g'im  
shakliga kiradi:

- A. oligoartrit\*
- B. kardit
- C. visseritlar
- D. Still sindromi
- E. allergosepsis Fankoni

115. YURAda bo'qim-  
vistseral shakliga kiradi:

- A. Still sindromi\*
- B. monoartrit
- C. poliartrit
- D. oligoartrit
- E. xammasi to'g'ri

116. Surunkali  
gastroduodenitda og'riq  
qanday xarakterda bo'ladi

- A. davomli,  
simmillovchi\*
- B. sekretpiya ajralish sind.
- C. sekretpiya ajralmasligi  
sind.
- D. 2 kunda bir  
kuzatiladigan og'riq
- E. 3 kunda bir paydo  
bo'ladigan og'riq

117. Surunkali  
gastroduodenitning klinik  
sind.larini ko'rsating

- A. Merfi sindromi
- B. bosh og'rishi sind.
- C. og'riq va dispeptik  
sind.\*
- D. Ortner sindromi
- E. Merfi sindromi

118. Surunkali  
gastroduodenitda  
nospetsfik intoksikatsiya  
sindrom ....

- A. emotsional labillik,  
umumiy holsizlik\*
- B. isitma ko'tarilishi
- C. terlash
- D. qaltirash
- E. hamma javoblar to'g'ri

119. Surunkali  
gastroduodenitda qaysi  
laborator ko'rsatgichlarni  
aniqlash lozim:

- A. UQT, UST, umumiy  
oqsil\*
- B. immunoglobulinlar  
miqdorini aniqlash
- C. fermentlar miqdorini  
aniqlash
- D. rentgen
- E. MRT, KT

120. Autoimmun gastritda  
Helicobacter pylorining  
patogenezidagi roli

- A. Helicobacter pylorining hech qanday ahamiyati yo'q\*
- B. aynan Helicobacter pylori keltirib chiqaradi
- C. sekretiya miqdorining ortishi
- D. sekretiya miqdorining kamayishi
- E. hamma javoblar to'g'ri

121. Oshqozon ichak yarakasalligida eradikatsion terapiya

- A. Hamma javoblar to'g'ri\*
- B. Omeprozol 0.5-1 mg 2 marta
- C. Amoksatsillin 50 mg 2 marta
- D. Klaritromitsin 500 mg 2 marta
- E. Tetrasiklin 50 mg 2 marta

122. Surunkali gastrit rivojlanishiga olib keluvchi faktorlar:

- A. tug'ma, orttirilgan
- B. ekzogen, endogen\*
- C. irsiy
- D. ekologik
- E. ratsional ovqatlanish

123. Surunkali gastritni keltirib chiqaruvchi ekzogen faktor:

- A. uzoq muddat salitsilatlar qabul qilish\*
- B. ovqatni uzoq chaynash
- C. patogen mikroflora
- D. allergik kasalliklar
- E. jigar kasalliklari

124. Surunkali gastritni keltirib chiqaruvchi endogen faktor:

- A. stress
- B. uzoq muddat salitsilatlar qabul qilish
- C. surunkali buyrak kasalligi\*
- D. operatsiyalar
- E. ekologiya

125. Surunkali gastritni yuzaga kelish sababi:

- A. oshqozon sekretor funksiyasini buzilishi\*
- B. konstitutsiya anomaliyasi
- C. me`da mikroflorasi o'zgarishi
- D. immun tanqislik
- E. jigar kasalliklari

126. Surunkali gastritni qanday tekshiruv usullarini bilasiz:

- A. gastrofibroskopiya\*
- B. UTT
- C. reografiya
- D. irrigografiya
- E. MRT

127. Antatsid vositalarni ko'rsating:

- A. al'magel \*
- B. alloxol
- C. imodium
- D. no-spa

E. pepsin

128. Surunkali gastritda og'riq qoldiruvchi vositalarga kiradi:

- A. sitramon
- B. no-shpa\*
- C. paratsetamol
- D. analgin
- E. fanigan

129. Surunkali gastritda HP eradikatsion terapiyasiga kiradi:

- A. de-nol, amoksicillin\*
- B. mezim, no-shpa
- C. ranitidin, analgin
- D. omeprazol, ranitidin
- E. de-nol, xilak-forte

130. Antixelikobakteriya tarkibiga kiruvchi preparatlar:

- A. de-nol \*
- B. almagel
- C. no-shpa
- D. omez
- E. papaverin

131. Surunkali gastritning endogen omillarini ko'rsating:

- A. Helicobacter pylori infeksiyasi\*
- B. Alimemar omil

C. Ruhiy-emotsional omil  
D. Parazitar infeksiyalar  
E. Ikkilamchi infeksiya

132. Autoimmun gastrit uchun xos:

A. Oshqozon tanasi va tubida atrofik o'zgarishlar\*  
B. Qonda gastrin miqdorini kamayishi  
C. Asosan 12 barmoqli ichak zararlanishi  
D. Qonda glyukoza miqdorining ko'payishi  
E. Qonda mochevina miqdorining ko'payishi

133. Helicobacter pylori ta'sir etuvchi preparatlarni ko'rsating:

A. almagel, maaloks  
B. klaritromitsin, trixopol\*  
C. gastrosepin, kvamatel  
D. dyuspatalin, noshpa  
E. omez, dipredamol

134. Helicobacter pylori davolashda "kvadro" terapiyada qo'llaniladigan dorivositalarni ko'rsating:

A. Omeprazol+denol+tetrasiklin+metronidazole\*  
B. Omez+denol+klotramitsin+aspirin  
C. Omez+denol+omeprazol+levomitsitin  
D. Metronidazol+levomitsitin+tinidazol+denol  
E. Metilksantinlar+omeprazole+levomitsitin

135. Surunkali gastroduodenit da og'riq qanday xarakterda bo'ladi

A. davomli, simmillovchi\*

B. sekretiya ajralish sindromi.  
C. sekretiya ajralmasligi sindromi  
D. 2 kunda bir kuzatiladigan og'riq  
E. 3 kunda bir paydo bo'ladigan og'riq

136. surunkali gastroduodenit ning klinik sindromlarini ko'rsating

A. og'riq sindrom va dispeptik sindrom\*  
B. bosh og'rishi sindrom  
C. ensifalopatik sindrom  
D. yotoq yaralarning p.b.  
E. oftalmik sindrom

137. surunkali gastroduodenit da nospesifik intoksikatsiya sindrom ....

A. emotsional labillik, umumiy holsizlik\*  
B. isitma ko'tarilishi  
C. terlash  
D. qaltirash  
E. hamma javoblar to'g'ri

138. Surunkali gastroduodenitda qaysi laborator ko'rsatgichlarni aniqlash lozim:

A. UQT, UST, UO, Hp\*  
B. immunoglobulinlar miqdorini aniqlash  
C. fermentlar miqdorini aniqlash  
D. rentgen  
E. MRT, KT

139. Oshqozon ichak tizimidan qon ketishning klinik belgisi hisoblanadi:

A. Qorinda hanjarsimon og'rik  
B. Qorinda orab oluvchi og'rik  
C. qayd qilish "kofe quyqasi" bilan, degteobraz axlat, holsizlanish\*  
D. yaqqol meteorizm  
E. Barcha javoblar to'g'ri

140. Oshqozon yarasining yorilgani klinikala belgisi hisoblanadi:

A. qorinda hanzharsimon og'riq va engillic his qilmaydigan qayd qilish \*  
B. subfebril harorat  
C. qorinda orab oluvchi og'rik  
D. yakkol meteorizm  
E. engillik beradigan qayd qilish

141. Oshqozon yarasining yorilgani klinika belgisi hisoblanadi

A. qorin oldi devorini mushaklarining doskasimon taranglashishi va yengillik his qilmaydigan qayd qilish \*  
B. zangsimon balg'am  
C. qorinda orab oluvchi og'riq  
D. yaqqol meteorizm  
E. yengillik beradigan Qoida muomala qilishdir

142. Yara kasalligining etiopatogenezi to'g'ri ko'rsatilgan javobni ko'rsating

A. polietiologik, tug'ma, allergik xarakter\*  
B. pH muhitini o'zgartirishi bilan bog'liq  
C. pH muhitini o'zgartirmasligi bilan bog'liq  
D. mukotsitlarning devori o'zgarishi  
E. hamma javoblar to'g'ri

143. Yara kasalligida pH ning patogenetik roli  
A. piloroantral qismda rivojlanadi,  
rezistentlikning pasayishi\*  
B. osqozonning kardial qismida rivojlanadi  
C. rezistentlikning ortishi  
D. oshqozonning har qanday joyida rivojlanadi  
E. o'sma kasalligi bilan bog'liq holatda rivojlanadi

144. Yara kasalligi patogenezida asosiy agressiv faktor bo'lib hisoblanadi:  
A. helicobacter-pylori \*  
B. ovqatlanish rejimi  
C. alimentar faktor  
D. nerv-psixik faktor  
E. faslga bog'liqlik

145. Surunkali gastrit, eroziv bulbit, 12 barmoq ichak yara kasalligining qo'zish davrida tanlov preparatlari:  
A. Maaloks  
B. Almagel  
C. Omez\*  
D. Kreon  
E. Bifidium

146. Quyidagi tekshiruvlar yordamida yara kasalligini tasdiqlash mumkin:  
A. Bariy bilan Rentgenologik tekshiruv  
B. Ichki a'zolari UTTda tekshirish  
C. Ezofagogastroduod enoskopiya \*  
D. Najasda yashirin qonni aniqlash  
E. Jigarni UTTda tekshirish

147. Oshqozon ichak tizimdan qon ketishning klinik belgisi hisoblanadi:  
A. Qorinda hanjarsimon og'rik  
B. Qorinda orab oluvchi og'rik  
C. qayd qilish "kofe quyqasi" bilan, degteobraz axlat, holsizlanish\*  
D. yaqqol meteorizm  
E. Barcha javoblar to'g'ri

148. Oshqozon yarasining yorilgani klinik belgisi hisoblanadi:  
A. korinda hanzharsimon ogriq va engillic his qilmaydigan qayd qilish \*  
B. subfebril harorat  
C. qorinda orab oluvchi ogrik  
D. yakkol meteorizm  
E. engillik beradigan qayd qilish

149. Oshqozon yarasining yorilgani klinika belgisi hisoblanadi  
A. qorin oldi devorini mushaklarining doskasimon taranglashishi va yengillik his qilmaydigan qayd qilish \*  
B. zangsimon balg'am  
C. qorinda orab oluvchi og'riq  
D. yaqqol meteorizm  
E. yengillik beradigan Qoida muomala qilishdir

150. Yara kasalligining etiopatogenezi to'g'ri ko'rsatilgan javobni ko'rsating  
A. polietnologik, tug'ma, allergik xarakter\*  
B. pHmuhitini o'zgartirishi bilan bog'liq

C. pHmuhitini o'zgartirish bilan bog'liq  
D. mukotsitlarning devori o'zgarishi  
E. hamma javoblar to'g'ri

151. Yara kasalligida pH ning patogenetik roli  
A. piloroantral qismda rivojlanadi,  
rezistentlikning pasayishi\*  
B. osqozonning kardial qismida rivojlanadi  
C. rezistentlikning ortishi  
D. oshqozonning har qanday joyida rivojlanadi  
E. o'sma kasalligi bilan bog'liq holatda rivojlanadi

152. Yara kasalligi patogenezida asosiy agressiv faktor bo'lib hisoblanadi:  
A. helicobacter-pylori \*  
B. ovqatlanish rejimi  
C. alimentar faktor  
D. nerv-psixik faktor  
E. faslga bog'liqlik

153. Surunkali gastrit, eroziv bulbit, 12 barmoq ichak yara kasalligining qo'zish davrida tanlov preparatlari:  
A. Maaloks  
B. Almagel  
C. Omez\*  
D. Kreon  
E. Bifidium

154. Quyidagi tekshiruvlar yordamida yara kasalligini tasdiqlash mumkin:  
A. Bariy bilan Rentgenologik tekshiruv  
B. Ichki a'zolari UTTda tekshirish  
C. Ezofagogastroduod enoskopiya \*

- D. Najasda yashirin qonni aniqlash  
E. Jigarni UTTda tekshirish
155. Surunkali gepatitning etiologiyasida asosiy rol o'ynaydi:  
A. ECHO virus  
B. Cocsaci virus  
C. Gepatit B viruslar \*  
D. Gepatit A viruslar  
E. Rinoviruslar
156. Surunkali gepatitning etiologik omili?  
A. Gepatit B virus \*  
B. Coxsackie virus  
C. ESNO virus  
D. virus hepatit A  
E. Rhinovirus
157. Holestaz sindromiga hos:  
A. Bosh ogrishi  
B. Sariklik - teri qichishishi \*  
C. Burundan qon ketishi  
D. Og'izda quruqlik va achchiqlik  
E. Bosh aylanishi
- 158..Surunkali gepatitning diagnostikasi:  
A. Peshob tahlil  
B. Revmoqproba  
C. Qonda fermentlar va bilirubin faolligining oshishi \*  
D. Ko'krak qafasini rentgenogrammasi  
E. Qonda mochevina
159. Surunkali gepatitda instrumenal tekshiruv usullari:  
A. EHOKS  
B. Gepatoreografiya, jigar ultratovush tekshiruvi \*  
C. EGDS  
D. kolonoskopiya  
E. EKG
160. Gepatoprotektorlarga kiradi:  
A. Filtrum  
B. Linex, laktofiltrum  
C. essentielle, karsil, riboxin \*  
D. interferon, tsikloferon  
E. viferon, realdiron
161. Gepatit B virusining antigeni qaysi?  
A. Yuqumli antigeni – HbsAg\*  
B. Turg'un antigen  
C. HCV  
D. Immun antigen  
E. VsAg – IgG
162. Virusli gepatitdada jigar to'qimasida bo'ladigan patologik o'zgarishlar tufayli qanday klinik – bioximik o'zgarishlar yuzaga keladi?  
A. sitotoksik  
B. Xolestatik sindrom\*  
C. Dispeptik  
D. Endotoksik  
E. Ekzotoksik
- 163..Virusli gepatitning klinik kechishi bo'yicha qaysi turini bilasiz?  
A. Surunkali\*  
B. Noaniq  
C. Cho'zilgan  
D. vistseral  
E. To'lqinsimon kechishi.
164. Virusli gepatit patogenezi jigarining qaysi faoliyati buziladi?  
A. Protrombin va qon ivituvchi faktorlar sintezi\*  
B. Desensibilizatsiyalovchi  
C. Fiksatsiyalovchi  
D. Antimikrob  
E. Depo
165. Surunkali gepatit tashxisi uchun zarur:  
A. fermentlar faolligi\*  
B. EKG  
C. ko'krak qafasi rentgenogrammasi  
D. siydik tahlili  
E. barcha javoblar to'g'ri
166. Surunkali gepatit etiologiyasiga xos  
A. travma  
B. Bakteriyalar  
C. allergenlar  
D. Viruslar, toksinlar\*  
E. barcha javoblar to'g'ri.
167. Surunkali gepatitda dispeptik sindrom:  
A. ko'ngil aynishi, qayt qilish\*  
B. sariqlik  
C. axlatning o'zgaruvchanligi  
D. terining qichishi  
E. barcha javoblar to'g'ri
168. Surunkali gepatit belgilari:  
A. gepatomegaliya\*  
B. jigar kichraygan  
C. ich qotishi  
D. qorin ogrishi  
E. xansirash
169. Surunkali virusli gepatitda asosiy davolash taktikasi?  
A. antibiotiklar  
B. virusga qarshi terapiya\*  
C. qon quyish  
D. oqsil preparatlari  
E. plazma quyish
170. Qaysi preparatlar toksik gepatitni chaqirishi mumkin?  
A. izoniazid\*  
B. penitsillin  
C. zaditen  
D. salbutamol  
E. karsil
- 171..Surunkali virusli gepatitdagi sindromlar?

- A. sitoliz sindromi\*  
 B. nafas yetishmovchiligi sindromi  
 C. yurak yetishmovchiligisindromi  
 D. epitelial sindrom  
 E. diareya sindromi
172. Portal gipertenziya sindromiga kiradi:  
 A. assit, "Caput meduzae»\*  
 B. lihoradka  
 C. artralgiya  
 D. diareya  
 E. anemiya
173. Jigar yetishmovchiligi sindromiga kiradi:  
 A. gemorragik sindromi  
 B. artralgiyalar  
 C. Yurak yetishmovchiligi  
 D. nafas yetishmovchiligi  
 E. Uremiya
174. Jigar tsirrozing asosiy belgisi bo'lib hisoblanadi:  
 A. semirish  
 B. portal gipertenziya\*  
 C. gepatomegaliya  
 D. anemiya  
 E. splenomegaliya
175. Portal gipertenziya klinik belgilariga kiradi:  
 A. ich kotishi  
 B. assit\*  
 C. sariqlik  
 D. anemiya  
 E. ishtaha yuqolishi
176. Jigar sirrozida gemorragik sindrom bo'lishiga sabab:  
 A. portal gipertenziya\*  
 B. trombositopatiya  
 C. anemiya  
 D. gemoliz  
 E. koagulopatiya
177. Surunkali buyrak yetishmovchiligining biokimyo ko'rsatkichini ko'rsating  
 A. kreatinin miqdorining ko'tarilishi, mochevina miqdorining ko'tarilishi\*,  
 B. gipermagnezemiya, gipokalsemi, xolesterin miqdorining ko'tarilishi  
 C. gipermagnezemiya, gipokalsemi  
 D. mochevina, ko'tarilishi, hipokalsemi  
 E. gipermagnezemiya miqdorining ko'tarilishi
178. Surunkali buyrak yetishmovchiligining asosiy sindromi  
 A. DVS sindromi  
 B. azotemik, yuqori qon bosimi, anemik\*  
 C. gipermagnemiya, giperkaltsemiya  
 D. immun tanqisligi, hyperoxaluria
179. Surunkali buyrak yetishmovchiligida buyrak biopsiya tekshiruviga qarshi ko'rsatma:  
 A. arterial gipotoniya  
 B. makrogematuriya\*  
 C. ALT, AST yuqori ko'satkichi  
 D. kreatinin klirensi pastligi  
 E. mochevina pasayishi
180. Surunkali buyrak yetishmovchiligida buyrak biopsiya tekshiruviga qarshi ko'rsatma:  
 A. gipertenziya\*  
 B. ALT, AST yuqori ko'satkichi  
 C. kreatinin klirensi pastligi  
 D. mochevinani pasayishi
- E. buyrak ikkilanishi
181. Surunkali buyrak yetishmovchiligida buyrak biopsiya tekshiruviga qarshi ko'rsatma:  
 A. mochevinani oshishi\*  
 B. ALT, AST yuqori ko'satkichi  
 C. mochevinani pasayishi  
 D. kreatinin klirensi pastligi  
 E. buyrak ikkilanishi
182. Surunkali buyrak yetishmovchiligi asosiy sindromlari:  
 A. Azotemiya\*  
 B. DVS -sindromi  
 C. immuntanqislik  
 D. gipoproteinemik  
 E. gipotrofiya
183. Surunkali buyrak yetishmovchiligi asosiy sindromlari:  
 A. DVS -sindromi  
 B. gipertenziya\*  
 C. immuntanqislik  
 D. gipoproteinemik  
 E. gipotrofiya
184. Surunkali buyrak yetishmovchiligida asosiy bioximik ko'rsatkich:  
 A. endogen kreatinin past ko'rsatkichi\*  
 B. xolesterinning yuqori ko'satkichi  
 C. billirubinning yuqori ko'rsatkichi  
 D. gipokaliyemiya  
 E. giperkalsiyemiya
185. Surunkali buyrak yetishmovchiligida vitamin terapiyasi:  
 A. vitE  
 B. vitB6\*  
 C. vitA  
 D. vitC  
 E. vitPP

186. Funktsional gematuriya qachon kuzatiladi:  
A. sportmenlarda kuchli jismoniy zuriqishdan so'ng \*  
B. garohatdan so'ng  
C. koagulopatiyalarda  
D. siydik yo'llari infeksiyasida  
E. buyrak tosh kasalligidan so'ng

187. Gematuriya kuzatiladigan kasalliklarni kursating?  
A. glomerulonefrit \*  
B. pielonefrit  
C. sistit  
D. Diabetik nefropatia  
E. uretrit

188. Surunkali glomerulonefritning patogenetik davosiga kiradi:  
A. gormonlar, sitostatiklar\*  
B. immunostimulyatorlar  
C. antigistaminlar  
D. viferon  
E. parasitamol

189. O'tkir glomerulonefrit diagnostikasida ahamiyatga ega bo'lgan tekshiruv usuli:  
A. revmoproba  
B. siydikni bakterial ekmasi  
C. qon bioximik analizi\*  
D. Sulkovich sinamasi  
E. EGFDS

190. O'tkir glomerulonefrit nefritik sindrom uchun xos:  
A. gematuriya, proteinuriya\*  
B. dizuriya  
C. gipertermiya  
D. leykotsituriya

E. yaqqol ifodalangan shishlar

191. nefrotik sindrom uchun xarakterli:  
A. lipuriya  
B. yaqqol proteinuriya, gipoproteinemiya\*  
C. leykotsituriya  
D. azotemiya  
E. gematuriya

192. Nefrotik sindrom xarakterlanadi:  
A. shishlar\*  
B. eritrosituriya  
C. leykotsituriya  
D. azotemiya  
E. gematuriya

193. Glomerulonefritda nefrotik sindrom uchun xos shishlar uchun xarakterli:  
A. tarqalgan, "yumshoq"\*  
B. oyoqlardan boshlanadi  
C. tana haroratini ortishi bilan kechadi  
D. zich, chegaralangan  
E. og'riqli

194. Glomerulonefrit etiologiyasida axamiyatga ega:  
A. sovuq qotish  
B. streptokokk, gepatit V virusi, vaktsinatsiya\*  
C. protey  
D. klebsiella  
E. xlamidiya

195. O'tkir glomerulonefrit klassifikatsiyasi:  
A. o'tkir nefritik, nefrotik, aralash sindrom\*  
B. gipertonik turi  
C. nefrotik shakli  
D. gematuriya shakli  
E. gemarragik turi

196. O'tkir glomerulonefrit faoligiga ko'ra davrlari:

A. xurujdan oldin  
B. boshlang'ich, so'nish, sog'ayish, surunkaliga o'tish\*  
C. xuruj  
D. xurujdan keyin  
E. boshlang'ich, retsivid

197. Surunkali glomerulonefritning aralash turiga xos:  
A. giperlipidemiya  
B. yaqqol shishlar, gipertenziya\*  
C. og'riq sindromi  
D. nikturiya  
E. pollakuriya

198. Surunkali glomerulonefritning nefritik turiga xos:  
A. giperlipidemiya  
B. massiv proteinuriya  
C. mikrogematuriya\*  
D. gipoproteinemiya  
E. shish

199. Surunkali glomerulonefritning patogenetik davosiga kiradi:  
A. antigistamin  
B. virusga qarshi dori  
C. antikoagulyantlar\*  
D. antibiotiklar  
E. uroseptiklar

200. Surunkali glomerulonefrit klinik shakli:  
A. nevrotik\*  
B. oligurik  
C. gipertonik  
D. proteinurik  
E. uremik

201. Rrespirator allergozlarga nimalar kiradi:  
A. allergik rinitlar,  
B. De rmatozlar

C. allergik traxeitlar, bronxitlar\*  
D. bronxial astma\*  
E. Kvinke shishi  
F. Artyus fenomeni

202.BA davrlarini ko'rsating:  
A. xurujoldi\*  
B. rekonvalessensiya  
C. qo'zg'alish davri  
D. xuruj\*  
E. xurujlararo\*  
F. qo'zish davri

203.Bolalarda BAni birinchi huruji nimalar bilan bog'liq bo'lishi mumkin:  
A. kimyoviy kuyish  
B. o'tkir infeksiya\*  
C. suvga cho'kish  
D. alimentar sabablar\*  
E. profilaktik emlashlar\*  
F. elektrotravma

204.BA qaysi allergik reaksiyalar bilan kechadi:  
A. jadal bo'lmagan tipdagi allergik reaksiya\*  
B. mahalliy allergiya  
C. anafilaktik shok  
D. jadal tipdagi allergik reaksiya\*  
E. aralash tipdagi allergik reaksiya\*  
F. Artyus fenomeni

205.BAni xuruj davri qaysi belgilar bilan ifodalanadi:  
A. oyoqdagi shishlar  
B. ekspirator hansirash\*  
C. Kvinke shishi  
D. quruq qiyovchi yo'tal\*  
E. majburiy holat\*  
F. inspirator hansirash

206.BAni hurujdan oldingi davri qaysi belgilar bilan ifodalanadi:  
A. tomoqdagi qichishish\*  
B. qusish

C. tanadagi qichishish  
D. aks urish va burundagi qichishish\*  
E. emotsional labillik yoki noturg'unlik\*  
F. ko'ngil aynashi

207.BAga olib keluvchi omillarni belgilang:  
A. nerv-artritik diatez  
B. timomegaliya  
C. organizmning yuqori sensibilizatsiyasi va qon zardobidagi spetsifik IgE yuqori miqdori\*  
D. tez-tez anginalar bilan og'rish  
E. bronxlarning tug'ma biologik hujayraviy nuqsonlari\*  
F. irsiy moyillik\*

208.Surunkali gastrit rivojlanish sabablarini ko'rsating:  
A. amebiaz  
B. gijjainvaziyasi  
C. dori omillari\*  
D. alimentar omillar\*  
E. ovqatallergiyasi\*  
F. lyambilioz

209.Antral gastritdagi bola shikoyatlari:  
A. holsizlik  
B. bosh og'rig'i\*  
C. epigastral sohada og'riq\*  
D. ishtahasizlik\*  
E. qo'zg'aluvchanlik  
F. yig'loqilik

210.Surunkali gastrit qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislanadi:  
A. 12 barmoqli ichakarakasalligi\*  
B. dizenteriya  
C. spetsifikarakasalligi  
D. ichaklyambiliozi\*  
E. o'tyo'llaridiskeneziyasi\*

F. nospetsifikarakasalligi

211.Pnevmoniyaning asosiy etiologik faktorlariga nimalar kirmaydi:

A. pnevmokokk  
B. meningokokk\*  
C. stafilokokk  
D. virus  
E. gonokokk\*  
F. rikketsiya\*

212. Erta yoshdagi bolalarda pnevmoniyaning asosiy noetiologik faktorlariga kiradi:

A. raxit  
B. gipetrofiya  
C. Erta yoshdagi bolaning morfologik va funksional etilmaganligi\*  
D. Nafas yo'llari va ferment tizimlarining tug'ma\*  
E. konstitutsiya anomaliyalari\*  
F. yil fasli

213. O'tkir

pnevmoniyaning asosiy patogenez davrlarini ko'rsating:

A. gipoksemyava gipoksiya\*  
B. toksikoz  
C. tashqi va to'qima nafasining buzilishi\*  
D. nafas etishmovchiligi\*  
E. taxikardiya  
F. gipertermiya

214.O'tkir o'choqli pnevmoniyaning asosiy klinik simptomlarini ko'rsating:

A. gipertermiya\*  
B. talvasa  
C. o'pka destruksiyasi

- D. Ko‘pincha O‘RVIdan keyin rivojlanishi\*
- E. perkutor tovushi qisqarishi\*
- F. rentgenologik – bo‘lakdagi jarayon
215. Bolalarda krupoz pnevmoniyani kechishini ko‘rsating:
- A. maktab o‘quvchilarida kuzatiladi\*
- B. asta sekin boshlanishi
- C. tillarang stafilokokk chaqiradi
- D. yo‘tali kam ,birinchi kunlari quruq\*
- E. o‘tkir boshlanishi\*
- F. grippdan keyin kuzatiladi
216. Bolalardagi interstitsial pnevmoniyani asosiy klinik-rentgenologik simptomlarini ko‘rsating:
- A. etilmasdan va yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda uchraydi\*
- B. gripp va RS viruslari chaqiradi\*
- C. 3-7 yoshli bolalarda uchraydi
- D. tillarang stafilokokk chaqiradi
- E. markaziy va vegetativ nerv tizimining buzulishlari\*
- F. rentgenologik – bo‘lakli soya
217. Bolalardagi destruktiv pnevmoniyani asosiy klinik-rentgenologik simptomlarini ko‘rsating:
- A. tillarang stafilokokk va grammanfiy tayoqchalar chaqiradi\*
- B. viruslar chaqiradi
- C. rentgenologik – bo‘lakli soya
- D. umumiy ahvoli og‘ir, toksikoz simptomlari ifodalangan\*
- E. rentgenologik: infiltrat, suv yoki gaz miqdorli bo‘shliqlar\*
- F. intoksikatsiya ifodalanmagan
218. Pnevmoniyani asosiy tasnifiy belgilarini ko‘rsating:
- A. jinsi
- B. morfologik o‘zgarishlar\*
- C. yoshi
- D. jarayon lokalizatsiyasi\*
- E. kasallik davri\*
- F. o‘pkani tiriklik sig‘imi
219. Asoratlangan pnevmoniyani patogenetik bo‘g‘inlarini belgilang:
- A. alkaloz
- B. pnevmoskleroz shakllanishi\*
- C. vitaminlar etishmovchiligi
- D. bronxial deformatsiya rivojlanishi\*
- E. yallig‘lanish jarayonini davomiyligi\*
- F. nafas etishmovchiligi
220. Asoratlangan pnevmoniyani belgilari:
- A. balg‘am ajralishi\*
- B. quyuq kam miqdordagi balg‘am ajralishi
- C. isitmani oshishi\*
- D. ko‘krak terisida venalarni kengayishi va kuraklar orasida teleangioektaziyalar\*
- E. uzoq davom etuvchi bezgak
- F. nafas yo‘llaridan qon ketishi
221. Asoratlangan pnevmoniyalarni qaysi kasalliklar bilan taqqoslash kerak:
- A. cho‘ziluvchan pnevmoniya\*
- B. qaytalanuvchi pnevmoniya\*
- C. o‘pka allergozisi\*
- D. surunkali tonzillit
- E. surunkali sinusit
- F. soxta krup
222. Pnevmoniyaning bronxoskopiyada aniqlanadigan belgilarini ko‘rsating:
- A. shilliq qavat papillomatozi
- B. shilliq qavat atrofiyasi
- C. bronxlar shilliq qavatining shishi\*
- D. tog‘ay rel‘efining noaniqligi\*
- E. mayda, o‘rta va yirik bronxlarining torayishi\*
- F. bronxlarning shilliq qavati o‘zgarmagan
223. Asoratlangan pnevmoniyani bronxografiyada aniqlanadigan belgilari:
- A. bronxial daraxtdagi tiklanuvchi o‘zgarishlar\*
- B. bronxoektatik qopchalar
- C. kontrast moddasi bilan uziluvchan to‘lishi\*
- D. yon shoxlar sonining kamayishi, fragmentlashish\*
- E. bronxlar shilliq qavati papillomatozi
- F. bronxlar shilliq qavati atrofiyasi
224. Pnevmoniyalarni davolash

- tamoyillarini ko'rsating:
- A. dezintoksikatsion terapiya
- B. Organizm reaktivligini va o'pkani maxalliy rezistentligini tiklash\*
- C. degidratsion terapiya
- D. infeksiya va pnevmosklerozning progressiyalanishi bilan kurashish \*
- E. bronxial daraxt buzilgan funksiyalarini tiklash \*
- F. chalg'ituvchi terapiya
225. Pnevmoniyani davolash usullarini aytib o'ting:
- A. antibakterial\*
- B. balg'am ko'chiruvchi preparatlar, postural drenaj\*
- C. sedativ terapiya
- D. immunoterapiya, vitaminoterapiya\*
- E. jarrohlik usuli
- F. kortikosteroid terapiya
226. O'tkir glomerulonefritga hos bo'lganlarini ko'rsating:
- A. boshlang'ich namoyondasi\*
- B. hurujdavri
- C. remissiya
- D. qayta rivojlanish\*
- E. surunkali shakliga o'tishi\*
- F. kliniko-laboratorremissiya
227. O'tkirlomerulonefritdagi ekstrarenalbelgilargahoslariniko'rsating:
- A. holsizlik\*
- B. ishtahasizlik\*
- C. ko'ngil aynishi\*
- D. uyquni buzilishi
- E. terlash
- F. kekirish
228. O'tkir glomerulonefritdagi renal simptomlar:
- A. gematuriya\*
- B. anuriya
- C. proteinuriya\*
- D. oligouriya\*
- E. poliuriya
- F. leykosituriya
229. Yurakdan tashqari shovqinlarni kelib chiqishi:
- A. plevritlar
- B. pnevmoniyalar
- C. anemiyalardan\*
- D. gipertoniya
- E. yurak va o'pka chegaralarida\*
- F. katta qon tomirlarda\*
230. Yangi tug'ilgan chaqaloq miokardiga hos:
- A. yupqa mushak tolasi\*
- B. kam differensiyalangan katta miqdordagi yadrolar\*
- C. biriktiruvchi to'qima yahshi rivojlanishi
- D. Biriktiruvchi to'qima sust rivojlanganligi\*
- E. katta kam differensiyalangan yadro
- F. yahshi qisqarish
231. Bolalarda pnevmoniya shakllari:
- A. segmentar\*
- B. astenik
- C. krupoz\*
- D. intersitsial\*
- E. nevrotik
- F. aralash
232. Krupoz pnevmoniya shakllariga kiradi:
- A. lokalizatsiyalangan
- B. abdominal\*
- C. ichak
- D. meningial\*
- E. o'pka shakli\*
- F. abortiv
233. Erta yoshdagi bolalarda nafas yetishmovchiligi hususiyatlari nimaga bog'liq:
- A. bronhmuskullariga vagustonusiortishi\*
- B. ko'krakqafasiniiekspiratorj oylashuvi
- C. ko'krakqafasini inspirator joylashuvi
- D. bronhlardrenajfunksiyasini buzilishi\*
- E. gipersekretsiya\*
- F. qovurg'alar rivojlanmaganligi
234. Nafas yetishmovchiligi kelib chiqishi bo'yicha ajratiladi:
- A. sirkulator\*
- B. gemolitik
- C. markaziy\*
- D. respirator\*
- E. gemicheskaya
- F. anemik
235. Allergikgastroenteritdakerakbo'lganteks hiruvlar:
- A. barchaichakformalaridanahlatniekish\*
- B. bosh miya UTT
- C. ochiqkoprogramma\*
- D. klinikqontahlili\*
- E. qorinbo'shlig'i rentgenogramma
- F. rektaromanoskopiya
236. Normal ichakflorasi qanday asosiyvazifalarnibajaradi:

- A. nomahsus moyillik omili\*
- B. ovqat hazimi\*
- C. oziqfermentlarniohirigacha parchalash\*
- D. B.bifidum bakteriyalarni o'sishini susaytiradi
- E. immun ko'rsatkichlarni susaytiradi
- F. yiringli dispepsiyani chaqiradi

237. Surunkali gepatit huruj davriga hos bo'lgan biohimik o'zgarishlar:

- A. ALT aktivligini oshishi\*
- B. Timolsinamasining kamayishi
- C. AST aktivligini oshishi\*
- D. Timolsinamasining oshishi\*
- E. qandmiqdorini oshishi
- F. Mochevina miqdorining oshishi

238. YURAni tekshirish rejasiga nimalar kirmaydi :

- A. qon umumiy tahlili
- B. siydikni umumiy tahlili\*
- C. Zimnitskiy sinamasi
- D. xolter monitorlash \*
- E. exokardiografiya \*
- F. siydikni ekish\*

239. Kardit bilan kechayotgan o'tkir revmatizmni qanday davolash kerak:

- A. penitsillin qatoridagi antibakterial preparatlar\*
- B. atsetilsalitsil kislotasi preparatlari\*
- C. glyukokortikoidlar\*
- D. sulfanilamidlar
- E. sedativ preparatlar

F. vitaminlar

240. Revmatik poliartritga xos bo'lmagan belgilar:

- A. katta bo'g'imlarni yallig'lanishi
- B. uchuvchan xarakterli og'riqlar
- C. deformatsiya qoldirmaydi
- D. mayda bo'g'imlarni simmetrik yallig'lanishi \*
- E. poliartrit 10 kundan ortiq kuzatiladi\*\*
- F. bo'g'imlar deformatsiyasi

241. Mikoplazmali pnevmoniyaga xos emas belgilar:

- A. jarayonga interstitsial to'qimani qo'shilishi
- B. cho'zilib kechishga moyillik
- C. pnevmoskleroz xosil bo'lishiga moyillik
- D. yaqqol ifodalangan intoksikatsiya\*
- E. Yu qori harorat\*
- F. rentgenogrammada bo'lakli soya\*

242. Nafas yo'llarini ko'p yallig'lanishiga olib keladigan anatomo-fiziologik xususiyatlar:

- A. tor va kalta yuqori nafas yo'llari\*
- B. keng va qisqa nafas yo'llari
- C. shilliq qavatlarining nisbiy quruqligi\*
- D. bronxlar drenaj funksiyasini pastligi\*
- E. chuqur nafas olish
- F. shilliq qavatlarining namligi

243. Nefrotik sindrom turlarini belgilang:

- A. tug'ma\*
- B. nasliy
- C. oilaviy\*
- D. ikkilamchi\*
- E. orttirilgan
- F. tomir

244. Ichak og'riqlarini umumiy belgilarini belgilang:

- A. ovqat iste'mol qilish bilan bog'liq emasligi \*
- B. defekatsiya akti bilan bog'liqligi\*
- C. defekatsiya va gazlar chiqqandan keyin og'riqning kamayishi\*
- D. ovqat iste'mol qilishi bilan bog'liq
- E. mavsumiy og'riqlar
- F. defekatsiya aktidan keyin og'riqni kuchayishi

245. Bronxial astmani xuruj oldi bosqichi uchun nimalar xos emas:

- A. Qo'zg'aluvchanlik
- B. burun qichishi
- C. ko'z yosh oqishi
- D. tanani majburiy holati\*
- E. xushtaksimimon hirilashlar\*
- F. ekspirator hansirash\*

246. Diffuz biriktiruvchi to'qima kasalliklariga shubhalanganda qanday minimal majburiy tekshirishlar o'tkaziladi:

- A. umumiy qon tahlili\*
- B. exokardiografiya
- C. veloergometriya
- D. umumiy siydik tahlili\*
- E. qon bioximiyasini tekshirish (proteinogramma)\*
- F. EKG

247. Bolalarda nefrotik sindrom sabablarini belgilang:
- A. tug'ma nefrotik sindrom\*
- B. buyrak amiloidozi\*
- C. Alport sindromi\*
- D. giper vitaminozlar
- E. o'pka kasalliklari
- F. yurak kasalliklari
248. O'tkir glomerulonefritni asosiy klinik simptomlariga nimalar kiradi:
- A. shish va to'qimalarni shishinqirashi\*
- B. gematuriya\*
- C. arterial gipertoniya\*
- D. piuriya
- E. bakteriuriya
- F. arterial gipotoniya
249. O'tkir glomerulonefritda siydik sindromlarini ko'rsating:
- A. gematuriya\*
- B. proteinuriya\*
- C. oliguriya\*
- D. leykotsituriya
- E. diurez kuchayishi
- F. siydikni solishtirma ogiriligini pasayishi
250. Poliuriya xos bo'lmagan kasalliklarni belgilang:
- A. surinkali interstitsial nefrit\*
- B. bronxiolit\*
- C. o'tkir glomerulonefritning boshlangich davri\*
- D. qandli diabet
- E. buyrak qandsiz diabeti
- F. SBE
251. Bolalarda glomerulonefritning nefrotik sindromi uchun nimalar xos:
- A. arterial gipertenziya\*
- B. lipidlar almashinuvi o'zgarishi
- C. engil shishlar\*
- D. proteinuriya \*
- E. gematuriya
- F. uglevodlar almashinuvi o'zgarishi
252. Bronxial astma asoratlariga nimalar kirmaydi:
- A. pnevmotoraks
- B. atelektaz
- C. astmatik status
- D. ichak invaginatsiyasi\*
- E. miokard infarkti\*
- F. bronxomalyatsiya\*
253. Oshqozon yarasi perforatsiyasi klinik belgilariga nimalar kiradi:
- A. subfebril temperatura\*
- B. engillik keltirmaydigan qusish\*
- C. to'shosti sohasida hanjarsimon og'riq\*
- D. qorinda aylanasimon og'riq
- E. kuchli meteorizm
- F. bosh aylanishi
254. Bronxial astma xurujida nafas etishmovchiligi nimalarga bog'liq emas:
- A. bronxospazm
- B. gipersekretsiya
- C. bronxlar shilliq qavati shishi
- D. xalqum shishi \*
- E. o'pka shishi\*
- F. bronxodilatatsiya\*
255. Bronxial astma xurujining kichik yoshdagi bolalarga hos bo'lmagan xususiyatlarini belgilang:
- A. bronxospazmning minimal rivojlanganligi
- B. vazosekretor komponentning ustunligi
- C. upkada nam xirillashlarning ko'pligi
- D. bronxospazmning rivojlanganligi\*
- E. inspirator hansirash\*
- F. bronxospazmning rivojlanganligi\*
256. Surunkali kolit bilan og'rigan bolalarni UASH tomonidan kuzatish maromini belgilang:
- A. yil davomida kvartalda 2 marta\*
- B. remissiya davrida yilida 4 marta
- C. 1yil davomida kvartalda 1 marta\*
- D. remissiya davrida 1 yilda 1 marta
- E. qo'zg'alishdan so'ng 1 yil davomida kvartalda 1 marta\*
- F. qo'zg'alishdan so'ng 1 yil davomida oyida 1 marta
257. Surunkali kolit bilan og'rigan bolalarni kuzatishda o'tkazilishi shart bo'lgan tekshiruvlar:
- A. koprogramma\*
- B. axlatni yashirin qon ketishga tekshirish\*
- C. axlatni dizbakteriozga tekshirish\*
- D. axlatni yog'li kislotalarga tekshirish
- E. ichakni rentgenologik tekshirish
- F. rektoromanoskopiya
258. O'tkir pnevmoniya bilan kasallangan

- bemorlarni sog'lomlashtirish dasturi o'z ichiga nimalarni oladi:
- A. LFK\*  
 B. Ko'krak qafasining massaji\*  
 C. Fizioterapiya\*  
 D. antibakterial terapiya  
 E. suzish  
 F. antigistamin dorilar
259. O'tkir pnevmoniya bilan kassallangan bolalarni shifohonaga yotqizish uchun ko'rsatma bo'lib nimalar hisoblanadi:
- A. o'tkir yurak qon tomir etishmovchiligi\*  
 B. neyrotoksik sindrom\*  
 C. o'tkir nafas etishmovchiligi\*  
 D. tez-tez yo'tal  
 E. antibiotiklarni tez-tez qabul qilish lozimligi  
 F. kislorodoterapiya o'tkazishga ko'rsatma
260. Bolalarda BA xurujining asosiy belgilariga nimalar kiradi:
- A. inspirator hansirash\*  
 B. hushtakli nafas\*  
 C. ekspirator hansirash\*  
 D. hushni yo'qotish  
 E. kuchli salivatsiya  
 F. gipertermiya
261. BA xurujida nafas etishmovchiligi rivojlanish sabablarini ko'rsating:
- A. bronxospazm\*  
 B. gipersekretsiya\*  
 C. bronxlar shilliq qavatining shishi\*  
 D. qizilo'ngach spazmi  
 E. o'pka shishi  
 F. bronxodilatatsiya
262. Bronxial asmtaning barqaror remissiya davrida bo'lgan bolalarda reabilitatsiya o'tkazilish nimalarni o'z ichiga oladi:
- A. sabab omillari bilan kontaktda bo'lmaslik\*  
 B. sanator-kurort davolash\*  
 C. spetsifik giposensibilizatsiya\*  
 D. antigistamin preparatlarini qabul qilish  
 E. membrana barqarorlashtiruvchi dorilarni qabul qilish  
 F. antibiotikoterapiya
263. Surunkali gastroduodeniti bor bolani reabilitatsiya qilish usullarini belgilang:
- A. yiliga 2 marta fizioterapiya\*  
 B. shifobaxsh jismoniy tarbiya\*  
 C. sanatorkurort davo\*  
 D. bifidumbakterin  
 E. yiliga 2 marta sedativ moddalar  
 F. tyubaj
264. O'tkir pnevmoniyani o'tkazgan bolalarda reabilitatsiya rejasiga nimalar kiradi:
- A. shifobaxsh jismoniy tarbiya\*  
 B. antibakterial davo  
 C. gormonlar  
 D. ko'krak qafasi massaji\*  
 E. fizioterapiya\*  
 F. antigistamin dorilar
265. O'tkir pnevmoniyali bolalarni kasalxonaga yuborishga ko'rsatmalarni belgilang:
- A. o'tkir yurak-tomir etishmovchiligi\*  
 B. neyrotoksik sindrom\*  
 C. o'tkir nafas etishmovchiligi\*  
 D. yo'tal  
 E. antibiotiklarni yuborish  
 F. kislorod terapiyasini o'tkazish
266. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi bor bolani reabilitatsiya qilishda qo'llaniladi:
- A. sxema bo'yicha yiliga 3 marta mineral suv\*  
 B. yiliga 1-2 marta fiziodavo\*  
 C. shifobaxsh jismoniy tarbiya\*  
 D. teri ostiga aloe  
 E. yiliga 2 marta tyubaj  
 F. sxema bo'yicha bifidumbakterin
267. Surunkali kolit tashxisi bor bolani dispanser

- kuzatuvda nima tekshiruvlar buyuriladi:
- A. koprogramma\*
- B. najasni yashirin qonga tekshirish \*
- C. najasni dizbakteriozga tekshirish\*
- D. najasni yog' kislotalariga tekshirish
- E. ichakning rentgenologik tekshiruvi
- F. rektoromanoskopiy a
268. Bolalarda dermatomiozitning tipik klinik belgilarini ko'rsating:
- A. mialgiya\*
- B. terining turli xil zararlanishlari\*
- C. mushaklardagi kuchsizlik\*
- D. artralgiya
- E. artrit
- F. serozitlar holati
- B. holati
- C. xurujlar soni
- D. qabul qilinayotgan dorilar soni
- E. ichakning yallig'lanishi\*
- F. surunkali tonzillitning avj olishi\*
- G. o'simlik changiga allergiya\*
273. Bolalarda BAning huruj davri quyidagilar bilan xarakterlanadi:
- A. quruq xirillashlar\*
- B. majburiy holat\*
- C. ekspirator hansirash \*
269. YURAda bo'g'imlardagi asosiy patomorfologik o'zgarishlarga nimalar kiradi:
- A. proliferativ va fibroplastik jarayonlar\*
- B. bo'g'im kapsulasi va periartikulyarnix to'qimaning sklerozi \*
- C. granulyatsion to'qima paydo bo'lishi (pannus)\*
- D. bo'g'imlar sklerozi
- E. alteratsiya jarayoni ustunligi
- F. eroziyalar
270. Surunkali hepatitning klassik sindromlariga nimalar kiradi:
- A. astenovegetativ\*
- B. dispeptik\*
- C. gemorragik\*
- D. tsirkulyator qichishishi
- E. ko'zlarning yoshlanishi
- F. balg'am chiqishi
274. BA hurujini o'tkazgan bolalarni reabilitatsiya qilish rejasiga nimalar kiradi:
- A. massaj\*
- B. shifobaxsh jismoniy tarbiya\*
- C. nafas gimnastikasi \*
- D. teri sinamalarini qo'yish
- E. antigistamin preparatlar
- E. astmatik
- F. shish
271. Surunkali norevmatik karditni davolashda nimalar ishlatilmaydi:
- A. antibakterial dorilar
- B. yallig'lanishga qarshi nosteroid dorilar
- C. yallig'lanishga qarshi steroid dorilar
- D. yurak glikozidlari\*
- E. spazmolitiklar\*
- F. B guruhdagi vitaminlar\*
272. BA og'irlik darajasi nimalarga bog'liq emasligini belgilang:
- A. o'pka funksiyasining
- F. spetsifikgiposensibilizatsiya
275. BA turg'un remissiya davrida o'tkaziladigan reabilitatsion choralarni belgilang:
- A. sababchi allergen bilan muloqatni to'xtatish\*
- B. sanator-kurort davo\*
- C. spetsifik giposensibilizatsiya \*
- D. antigistamin preparatlar

- E. membranostabilizat orlarni buyurish  
F. antibiotikoterapiya
276. O'tkir revmatik isitma klinikasiga xoslarni ko'rsating:  
A. birinchi huruji tana haroratining ko'tarilishi bilan kechadi\*  
B. asosan maktab yoshidagi bolalar kasallanadi\*  
C. bo'g'imlardagi og'riq uchuvchan bo'ladi\*  
D. faqat maktab yoshigacha bolalar kasallanadi  
E. tanada eritematoz toshmalar toshadi  
F. bo'g'imlardagi ertalabki karaxtlik
277. Biriktiruvchi to'qimalarning diffuz kasalliklariga kiradi:  
A. SQYU\*  
B. YURA\*  
C. dermatomiozit\*  
D. psoriatik artrit  
E. reaktiv artrit  
F. Bexterev kasalligi
278. Kichik yoshdagi bolalrdagi pnevmoniyaga xoslarni belgilang:  
A. perkutor tovushning qisqarishi\*  
B. dag'al nafas fonida mayda pufakchali nam xirillashlar\*  
C. hansirash\*  
D. intoksikatsiya belgilarining yo'qligi  
E. NE belgilari yo'q  
F. ishtaxa yaxshiligi
279. Bolalarda BA asoratlari nimalar kiradi:  
A. gormonga tobeylik\*  
B. surunkali emfizema\*  
C. astmatik holat\*  
D. bronxoektatik kasallik  
E. o'pka abstsessi  
F. qon ketishi
280. Semiz xujayralar chiqaruvchi yallig'lanish mediatorlarini belgilang:  
A. gistamin\*  
B. prostaglandin\*  
C. serotonin\*  
D. IgA  
E. katexolaminlar  
F. fermentlar
281. Nefritik sindromli o'tkir glomerulonefritga xos belgilarni ko'rsating:  
A. proteinuriya\*  
B. gematuriya\*  
C. gipertoniya\*  
D. trombotsitopeniya  
E. azotemiya  
F. gipoproteinemiya
282. Surunkali D gepatitda jigardagi morfologik o'zgarishlarni belgilang:  
A. gepatotsitlarning o'choqli nekrozi\*  
B. biriktiruvchi to'qimaning rivojlanishi\*  
C. zinali nekrozlar\*  
D. neytrofillar infiltratsiyasi
- E. o't yo'llarining kengayishi  
F. leykotsitlar infiltratsiyasi
283. Giperatsid gastritda dispeptik sindromga xos belgilarni ko'rsating:  
A. jig'ildon qaynashi\*  
B. havo bilan kekirish\*  
C. achchiq kekirish\*  
D. epigastral sohada og'irlik xissi  
E. diareya  
F. normal ich kelishi
284. Sistemali qizil yugurikning tipik klinik simptomlarini belgilang:  
A. tomirli "kapalak qanoti"\*  
B. fotodermatoz\*  
C. eritema\*  
D. nevuslar  
E. ko'k dog'lar  
F. musbat ko'zoynak simptomi
285. Dermatomiozitga xos tipik belgilarni ko'rsating:  
A. mialgiya\*  
B. terining turli zararlanishlari\*  
C. mushaklar gipotoniyasi\*  
D. gipertireoid sindrom  
E. mushaklar gipertonosi  
F. talvasa
286. Bolalarda norevmatik karditning ishchi tasnifini belgilang:  
A. karditning paydo bo'lish davri\*  
B. etiologik omil \*

- C. asoratlar va bashorati \*
- D. jarayon aktivligi
- E. NE darajalari
- F. kasallikning boshlanishi
287. Faqat miokard zararlanishi bilan kechuvchi norevmatik karditning klinik belgilarini belgilang:
- A. yurak tonlarining bo'g'iqligi\*
- B. yurak chegarasining chapga kengayishi\*
- C. chap tomonlama qovurg'a oralig'ida II ton aktsenti\*
- D. subfebrilitet
- E. limfopoliadeniya
- F. quruq yo'tal
288. BA remissiya davrida buyuriladigan tadbirlarni belgilang:
- A. chiniqtirish\*
- B. ko'krak qafasi massaji \*
- C. spetsifik giposensibilizatsiya \*
- D. salbutamol
- E. eufillin
- F. gormonlar
289. Bolalarda bronxial astma asoslatlariga nimalar kiradi:
- A. pnevmotoraks\*
- B. atelektaz\*
- C. pnevmofibroza\*
- D. bronxomalyatsiya
- E. astmatik holat
- F. miokard infarkti
290. BAning xuruji oldi davri uchun hos belgilarni ko'rsating:
- A. tajanglik \*
- B. burunning qichishishi\*
- C. ko'zlarning yoshlanishi\*
- D. majburiy holat
- E. quruq xirillashlar
- F. ekspirator hansirash
291. Kichik yoshdagi bolalarda BA xuruji uchun xos bo'lgan belgilarni ko'rsating:
- A. bronxospazmning etakchi emasligi\*
- B. vazosekretor komponentning ustunligi\*
- C. o'pkada nam xirillashlarning ko'pligi\*
- D. bronxospazmning etakchi belgi ekanligi
- E. inspirator hansirash
- F. nam yo'tal
292. Bronxial astma uchun xos belgilarni ko'rsating:
- A. shilliq qavatlarining shishi\*
- B. shilliqning gipersekretsiyasi\*
- C. shilliq qavatlarining allergik yallig'lanishi\*
- D. o'tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi
- E. bronxodilyatatsiya
- F. bronxomalyatsiya
293. Yurak etishmovchiligi sindromini tasdiqlovchi tekshirish usullariga nimalar kiradi:
- A. EKG\*
- B. Exokardiografiya\*
- C. yurak rentgenografiyasi\*
- D. qon umumiy taxlili
- E. peshob umumiy tahlili
- F. jigar UTT
294. Yurak glikozidlarining kardial samarasi namoyon bo'ladi:
- A. yurak zarba hajmining ortishi\*
- B. diastolaning uzayishi\*
- C. sistolaning qisqarishi\*
- D. qo'zg'aluvchanlikning ortishi
- E. diastolaning qisqarishii
- F. qo'zg'aluvchanlikning pasayishi
295. Norevmatik karditning mumkin bo'lgan asoratlari va naitjalari:
- A. kardioskleroz \*
- B. miokard gipertrofiyasi \*
- C. yurak ritmining buzilishi \*
- D. intellektning pasayishi
- E. bulemiya
- F. buyrak usti bezi etishmovchiligi

296. Miokardning zararlanishi bilan kechuvchi norevmatik kardiitning klinik belgilarini belgilang:
- yurak tonlarining bo'g'iqlashuvi\*
  - yurak nisbiy chegarasining chapga siljishi\*
  - taxikardiya \*
  - taxipnoe
  - limfopoliadeniya
  - o'ng tomonlama II ton aktsenti
297. Kardiit belgilari bilan kechuvchi o'tkir revmatik isitmani davolash rejasiga albatta nimalar kiradi:
- penitsillin qatoridagi antibiotiklar \*
  - NYAQD \*
  - glyukokortikoidlar\*
  - sulfanilamidlar
  - sedativ preparatlar
  - vitaminlar
298. Biriktiruvchi to'qimaning sistemali kasalliklari gumon qilinganda qo'llaniladigan minimal tekshiruv usullarini belgilang:
- qon umumiy tahlili\*
  - peşhob umumiy tahlili\*
  - qonning biokimyoviy tahlili (proteinogramma)\*
  - EKG
  - exokardiografiya
  - veloergometriya
299. Revmatik poliartritga xos bo'lgan belgilarni belgilang:
- katta bo'g'imlarning zararlanishi\*
  - og'riqning uchuvchanligi\*
  - bo'g'imlarning simmetrik zararlanishi\*
  - poliartritning 10 kundan ortiq davom etishi
  - bo'g'imlar deformatsiyasi
  - artropatiya
300. Kichik xoreya uchun xos bo'lgan belgilarni ko'rsating:
- emotsional labillik\*
  - giperkinezlar\*
  - mushaklar gipotoniya\*
  - statika va motorikaning buzilishi
  - parez va paralichlar
  - arterial gipertenziya
301. Qaysi sindromlar sistemali qizil yugurikka hos:
- teri\*
  - bo'g'im\*
  - vistseral\*
  - meningeal
  - abdominal
  - o'pka
302. YURAni davolashda gormonlarni qo'llash uchun qaysi fikrlar to'g'ri:
- kuchli va tez ta'sir qiluvchi yallig'lanishga qarshi preparat\*
  - gormonga tobelikni chaqiradi\*
  - yuqori aktivlik darajasi va vistserialar qo'shilganda buyuriladi\*
  - boshqa preparatlar bilan qo'llash mumkin emas
  - osteoporoz rivojlanmaydi
  - 5 yoshgacha bolalarga berilmaydi
303. Surunkali gastritga xos simptomlarni ko'rsating:
- epigastral sohada og'riq\*
  - ko'ngil aynashi\*
  - jig'ildon qaynashi\*
  - poliuriya
  - polidipsiya
  - qamrab oluvchi og'riq
304. Surunkali duodenitga xos belgilarni ko'rsating:
- ko'ngil aynashi\*
  - qabziyatga moyillik\*
  - ovqatdan oldin og'riq\*
  - apatiya
  - qo'zg'aluvchanlik
  - temperatura
305. Surunkali gastroduodenitdagi og'riq xarakterini belgilang:
- erta va kechki\*
  - doimiy\*
  - och qoringa\*
  - faqat erta
  - kechki
  - tungi

306. Surunkali gastritdagi og'riqni belgilang:  
 A. ertalabki\*  
 B. ovqat egandan keyin\*  
 C. simillab turuvchi og'riq\*  
 D. tungi  
 E. kechqurungi  
 F. o'tkir
307. Surunkali gepatitni tashhis qilishda eng informativ tekshirish usullariga kiradi:  
 A. gepatitning serologik markerlarini aniqlash\*  
 B. qorin bo'shlig'ini UTT\*  
 C. jigar fermentlari aktivligini aniqlash\*  
 D. xoletsistografiya  
 E. peshob tahlili  
 F. qon tahlili
308. Surunkali gepatiti bo'lgan bolani tekshirganda nimalar kuzatiladi:  
 A. giperfermentemiya\*  
 B. timol sinamasining ortishi\*  
 C. disproteinemiya\*  
 D. giperbilirubinemiya  
 E.  $\beta$ -lipoproteidlarning kamayishi  
 F. fermentlarning kamayishi
309. O'tkir diffuz glomerulonefritning klinik belgilarini ko'rsating:  
 A. to'qimalar shishi\*  
 B. gematuriya\*  
 C. arterial gipertoniya\*  
 D. piuriya  
 E. bakteriuriya  
 F. arterial gipotoniya
310. Surunkali buyrak etishmovchiligining asosiy sindromlari:  
 A. azotemik\*  
 B. gipertenziv\*  
 C. ishqorkislota muvozanatining buzilishi\*  
 D. anemik  
 E. DVSSindrom  
 F. Immunodefitsit
311. Pnevmoniyaga xos yo'tal:  
 A. og'riqli\*  
 B. xurujsimon\*  
 C. boshlang'ich bosqichda quruq\*  
 D. spastik  
 E. tungi yo'tal  
 F. boshlang'ich bosqichda namli
312. Yo'talning asosiy funktsiyalari:  
 A. himoya\*  
 B. nafas yo'llari o'tkazuvchanligi tiklash\*  
 C. nafas yo'llaridagi yot zarrachalarni chiqarish\*  
 D. termoregulyatsiya  
 E. moddalar almashinuvini kuchayishi  
 F. balg'amni ushlanib qolishi
313. Yo'tal patogenezidagi asosiy omillar:  
 A. ortiqcha sekretiya\*  
 B. bronxial ajralma yopishqoqligini ortishi\*  
 C. mukotsiliar transport mexanizmining buzilishi\*  
 D. yuqori nafas yo'llarining torayishi  
 E. bronxlarda qon aylanishining buzilishi  
 F. ajralma bo'lmasligi
314. Erta yoshli bolalarda yo'talning patogenetik bog'liqligi:  
 A. bronxial ajralma yopishqoqligining ortishi\*  
 B. bronxial daraxt bo'ylab balg'am "ko'chishining" buzilishi\*  
 C. bronxlar drenaj funktsiyasining pasayishi\*  
 D. allergik diatez mavjudligi  
 E. raxit mavjudligi  
 F. EKD mavjudligi
315. O'tkir glomerulonefritning nefritik sindromiga xos:  
 A. Gematuriya\*  
 B. Proteinuriya\*  
 C. Gipertoniya\*  
 D. leykotsituriya  
 E. giperlipedemiya  
 F. gipotoniya
316. Buyrak kasalliklarida nefrotik sindrom xarakterlanadi:  
 A. yaqqol proteinuriya\*  
 B. gipoproteinemiya\*  
 C. giperlipedemiya\*

- D. azotemiya  
E. gipertenziya  
F. gipotermiya
317. Helikobakter diagnostikasining invaziv usuli:  
A. Bakteriologik\*  
B. Bakterioskopik\*  
C. Ureazli\*  
D. UTT  
E. nafas testlari  
F. bak. ekma
318. Glomerulonefritning nefrotik sindromida shish xarakteristikasi:  
A. Tarqalgan\*  
B. «yumshoq»\*  
C. tananing yuqori qismida rivojlanadi\*  
D. zich  
E. chegaralangan  
F. qattiq
319. Infektsion endokarditning faollik darajasi:  
A. Yuqori\*  
B. o'rtas\*  
C. minimal\*  
D. nofaol  
E. surunkali  
F. yashirin
320. Infektsion endokarditning kechish variantlari:  
A. abortiv (sog'ayish)\*  
B. o'tkir\*  
C. surunkali\*  
D. uzluksiz qaytalanuvchi  
E. o'tkir osti  
F. yashirin
321. Infektsion endokarditning patogenetik fazasida farqlanadi:  
A. Infeksion toksik\*  
B. immun yallig'lanishli\*  
C. distrofik\*  
D. patoximik  
E. immunologik  
F. patofiziologik
322. Surunkali enterokolitning qiyosiy tashxisi:  
A. NYAK\*  
B. bakterial dizenteriya\*  
C. mukovistsidoz\*  
D. o'tkir gastrit  
E. o'tkir hepatit  
F. gastroduodenit
323. Bronxial astmaning asoratlari:  
A. Atelektaz\*  
B. Pnevmotoraks\*  
C. o'pka emfizemasi\*  
D. miya shishi  
E. DVS sindrom  
F. Kvinke shishi
324. O'tkir revmatizm xuruji kardit bilan kechishida davolash usuli o'z ichiga oladi:  
A. penitsillin qatoridagi antibakterial preparatlar\*  
B. NPVS\*  
C. Glyukokortikoidlar\*  
D. sulfanilamidlar  
E. sedativpreparatlar  
F. vitaminlar
325. Jigarning moddalar almashinuvi kassalliklariga qaysilar kiradi:  
A. Glikogenozlar\*  
B. Galaktozemiya\*  
C. Fruktozemiya\*  
D. jigar o'smalari  
E. yurakqon tomir kasalliklarida jigarda qon dimlanishi sababli  
F. tubulopatiyalar
326. Tug'ma norevmatik karditlarni qo'zg'atuvchisi hisoblanadi:  
A. Koksaki virusi\*  
B. ESNO guruhi viruslari\*  
C. Qizilcha\*  
D. betta gemolitik streptokokk  
E. zamburug'lar  
F. pnevmokokk
327. Norevmatik karditda tekshirish rejasi:  
A. EXOKS\*  
B. yurak rentgenografiyasi\*  
C. EKG\*  
D. termometriya  
E. jigarni UTT  
F. peshobni bioximik tekshiruvi
328. Norevmatik karditning klinik belgilari:  
A. taxikardiya, yurak tonlari bo'g'iqligi\*  
B. kardiomegaliya\*  
C. II ton aksent\*  
D. limfadenopatiya  
E. anulyar eritema  
F. artrit
329. Surunkali norevmatik karditning davosi o'z ichiga oladi:

- A. yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar\*
- B. kaliy preparatlari\*
- C. antibakterial terapiya\*
- D. mukolitiklar
- E. vitaminlar
- F. uroseptiklar
330. Surunkali enterokolit diagnostikasidagi tekshirish usullari:
- A. Kolonoskopiya\*
- B. Yo'g'on va ingichka ichak rentgen tekshiruvi\*
- C. Koprologiya\*
- D. koagulogramma
- E. Ko'krak kafasi rentgenogrammasi
- F. jigar UTT
331. Jigarning infeksion kasalliklariga qaysilar kiradi
- A. surunkali hepatitlar\*
- B. Rey sindromi\*
- C. o'tkir hepatitlar\*
- D. glikogenezlar
- E. galaktozemiya
- F. Kartagener sindromi
332. Dispeptik sindrom – bu:
- A. ishtaxa pasayishi\*
- B. ko'ngil aynashi\*
- C. vazn yo'qotish\*
- D. bosh og'rishi
- E. toshma
- F. xarorat ko'tarilishi
333. Surunkali hepatit belgilari:
- A. teri qoplamlari va shilliq qavatlar sariqligi \*
- B. gepatomegaliya\*
- C. palmar eritema\*
- D. "nogo'ra tayoqchalari"
- E. yo'tal
- F. yuzida toshmalar
334. Jigarning funktsional holatini belgilovchi sindromlar:
- A. tsitoliz\*
- B. xolestaz\*
- C. mezenximalyallig'l anish \*
- D. gemorragik
- E. dispepsik
- F. shish
335. Xolestaz sindromi uchun xos belgilar:
- A. bilirubin miqdorining oshishi\*
- B. sariqlik\*
- C. gepatomegaliya\*
- D. transaminazalar aktivligi oshishi
- E. gipoproteinemiya
- F. proteinuriya
336. Bolalarda glomerunefrit nefrotiksindromi uchun xos:
- A. Disproteinemiya\*
- B. Shishlar\*
- C. yuqori proteinuriya\*
- D. leykotsituriya
- E. tsilinduriya
- F. sust shishlar
337. Bronxial astmaga ta'rif bering:
- A. surunkali allergik kasallik\*
- B. vaqt-vaqti bilan takrorlanuvchi nafas qisish turidagi klinik ko'rinish \*
- C. bronxospazm oqibatida bronxial o'tkazuvchanlikni buzilishi\*
- D. o'tkir allergik kasalliklar
- E. autosom yo'l orqali o'tuvchi kasallik
- F. o'pkani destruktiv kasalliklari
338. Mikoplazmali pnevmoniya uchun xos bo'lmagan belgilar:
- A. bitonal yo'tal\*
- B. yaqqol namoyon bo'lgan intoksikatsiya \*
- C. yaqqol namoyon bo'lgan gipertermiya\*
- D. pnevmoskleroz rivojlanshiga moyillik
- E. rentgenogrammada gi o'choqli soyalar
- F. tuxtovsiz yo'tal
339. Pnevmoniyaniya asoratlariga kirmaydi:
- A. siydik yullarini infeksiyasi\*
- B. enterokolit\*
- C. kardiorespirator sindrom\*
- D. metapnevmonik plevrit
- E. sinpnevmonik plevrit
- F. meningit
340. Bolalarda glomerulonefritni nefritik sindromi uchun xos:
- A. arterialya gipertenziya\*
- B. me'yoriy shishlar\*

- C. me'yoriy proteinuriya \*
- D. bakteriuriya
- E. ishtaxani oshishi
- F. arterial gipotenziya
341. Revmatik isitma tashxisotining laboratormezonlari:
- A. ECHT oshishi\*
- B. S reaktiv oqsil\*
- C. Leykotsitoz\*
- D. gemoglobin miqdorining kamayishi
- E. eritrotsitlar sonining kamayishi
- F. siydik kislotasi miqdorining oshishi
342. Krupoz pnevmoniya uchun xarakterli:
- A. ORVI siz boshlangan o'tkir kechishi\*
- B. bir tomonlama chakkasidagi qizarish\*
- C. xansirash\*
- D. perkutor tovushning qutisimon tus olishi
- E. quruq xirillashlar
- F. vezikulyar nafas olishi
343. O'tkir pnevmoniyaning simptomlariga kiradi:
- A. xansirash\*
- B. tsianoz\*
- C. ingrab nafas olish\*
- D. quruk xirillashlar
- E. o'rta pufakchali xo'l xirillashla
- F. bitonal yo'tal
344. Bronxial astma xurujida kuzatilishi mumkin bo'lgan asoratlar:
- A. o'pka atelektazi\*
- B. teri osti emfizemasi\*
- C. o'tkir yurak etishmovchiligi\*
- D. surunkali o'pka yurak
- E. o'tkir buyrak usti etishmovchiligi
- F. o'tkir buyrak etishmovchiligi
345. Bronxial astmaning kechish og'irligi quyidagilar bilan aniqlanadi:
- A. o'pka funktsiyasining holati\*
- B. xurujlar soni\*
- C. qabul qilinayotgan dorilar xajmi\*
- D. surunkali tonzillitning zo'rayishi
- E. o'simliklar changiga allergiya
- F. bemorning emotsional holati
346. Miokard zararlanishi bilan kechadigan norevmatik kardiitning klinik belgilari:
- A. yurak tonlarining bo'g'irligi\*
- B. yurak to'mtoqligi chegaralarining chapga kengayishi\*
- C. II ton aktsentining ikkinchi qovurg'a orlig'idan chapda eshutilishi\*
- D. limfopoliadeniya
- E. artralgiya
- F. ko'zning zaralanishi
347. Surunkali norevmatik kardiitning davosini belgilang:
- A. yallig'lanishga qarshi steroid dori vositalari\*
- B. yallig'lanishga qarshi nosteroid dori vositalari\*
- C. yurak glikozidlari\*
- D. spazmolitiklar
- E. B guruhdagi vitaminlar
- F. Fermentlar
348. Revmatizmning ikkilamchi profilaktikasida qo'llaniladi:
- A. surunkali infektsiya o'chog'lari sanatsiyasi\*
- B. shifobahsh badantarbiya\*
- C. chiniqtirish\*
- D. gormonoterapiya
- E. virusga qarshi preparatlar
- F. fermentoterapiya
349. Dermatomiozit oddiy holatlari klinik ko'rinishlariga quyidagilar kiradi:
- A. mialgiyalar\*
- B. terining turli hildagi zararlanishi\*
- C. mushaklar sustligi\*
- D. artrit
- E. serozitlar
- F. anemik sindrom
350. YURAda bo'g'imlardagi asosiy patomorfologik o'zgarishlar:
- A. proliferativ jarayonlar\*

- B. fibroplastik jarayonlar\*
- C. periartikulyar to'qimalar va bo'g'im kapsulasining sklerozlanishi\*
- D. alteratsiya ustunligi
- E. suyak usti pardasigi o'zgarishlar
- F. osteomalyatsiya
351. Surunkali gepatit B ning asosiy simptomlari:
- A. jigar o'lchamlarining kattalashuvi\*
- B. teleangiektaziyalar \*
- C. jigar o'lchamlarining kichiklashishi
- D. taloq kattalashuvi\*
- E. teri qoplamalarining oqarishi
- F. taloq o'lchamlarining kichiklashishi
352. O'tkir buyrak etishmovchiligi xarakterlanadi:
- A. oliguriya\*
- B. giperxolesterinemiya
- C. limfopeniya
- D. anuriya\*
- E. azotemiya\*
- F. proteinemiya
353. O'tkir buyrak etishmovchiligida quyidagi tekshrularni o'tkazish kerak:
- A. buyrak UTT\*
- B. koagulogramma\*
- C. qon bioximiyaviy tahlili\*
- D. urografiya
- E. tsistografiya
- F. buyrak tomografiyasi
354. Bolalarda pnevmoniya qo'zg'atuvchisiga quyidagilar kiradi:
- A. pnevmokokk \*
- B. streptokokk \*
- C. mikoplazma \*
- D. xeliko bakter pilori
- E. meningokokk
- F. ichak tayoqchasi
355. Bronxial astmaning xurujdan keyingi davri kompleks davro rejalasiga kiradi:
- A. gipoallergen parxez\*
- B. chiniqtirish\*
- C. ko'krak qafasi massaji \*
- D. eufillin
- E. gormonlar
- F. antibiotiklar
356. Jigar tsirrozi bilan og'rigan bemor uchun kerak:
- A. yog'li ovqatlardan cheklanish\*
- B. gepatotoksik preparatlarni taqiqlash\*
- C. dispanser kuzatuv\*
- D. antibiotiklar bilan davolash
- E. siydik xaydovchi preparatlarini qabul qilish
- F. antidepressantlar qabul qilish
357. Nafas olish azolari kasalliklariga tez-tez chalinishga sabab bo'luvchi anatomo-fizologik xususiyatlarni belgilang:
- A. nafas yo'llarining qisqa va torligi\*
- B. chuqur nafas
- C. bronxlar drenaj funksiyasining susayishi\*
- D. yuzaki nafas\*
- E. nafas yo'llarining qisqa va kengligi
- F. shilliq qavatlar namligining yuqoriligi
358. O'tkir pnevmoniya rivojlanishida ahamiyatga ega bo'lgan belgilarni ko'rsating:
- A. bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi \*
- B. atelektaz\*
- C. organizmning immun reaksiyasi pasayishi\*
- D. tomirlar spazmi
- E. kichik qon aylanish tizimida dimlanish
- F. emfizema
359. Bolalardagi bronxopnevmoniya uchun xos belgilarga kiradi:
- A. perkutor tovushning qisqarishi\*
- B. dag'al nafas fonida mayda pufakchali va krepirirlovchi xirillashlar\*
- C. yaqqol namoyon bo'lgan nafas qiyinlashuvi\*

- D. intoksikatsiya belgilarining yo'qligi
- E. NE belgilarining yo'qligi
- F. normal tana harorati
360. Bolalardagi mikoplazmali pnevmoniya uchun hos belgilari belgilang:
- A. jarayonga interstitsial to'qimaning qo'shilishi\*
- B. cho'ziluvchan kechishga moyillik \*
- C. pnevmoskleroz rivojlanishiga moyillik \*
- D. rentgenogrammada o'choqli soyalar
- E. yaqqol intoksikatsiya
- F. gipertermiya
361. Sinpnevmonik plevritda kuzatiladigan belgilarga kiradi:
- A. o'tkir boshlanish \*
- B. dispnoe \*
- C. nafas olganda ko'krak sohasida og'riq\*
- D. auskultatsiya sust nafas
- E. bradikardiya
- F. yo'talning yo'qligi
362. Pnevmonokokkli pnevmoniyaga xos belgilari:
- A. ko'pincha 1 yoshdan katta bolalar kasallanadi\*
- B. ko'pincha 1 yoshgacha bolalar kasallanadi
- C. «gospital» pnevmoniyaning 80% ini tashkil qiladi
- D. «uy pnevmoniyasi»ning 80% ini tashkil qiladi\*
- E. krupoz pnevmonii chaqiruvchisi\*
- F. Kontagioz
363. Streptokokkli pnevmoniyaga xos belgilari:
- A. autoinfektsiyaning aktivlashuvi natijasida paydo bo'ladi\*
- B. cho'ziluvchan kechishga moyil\*
- C. yiringli asoratlar ko'p uchraydi\*
- D. o'lim xollari 50 %
- E. bashorati yaxshi
- F. ko'pincha kasalxona ichi infeksiyasini chaqiradi
364. Pnevmoniya asoratlari kiradi:
- A. Toksikoz\*
- B. bronxoobstruktiv sindrom
- C. infeksiyotoksik shok\*
- D. yurak-tomir etishmovchiligi\*
- E. kardio-respirator sindrom
- F. anemik sindrom
365. Pnevmoniyaning yiringli asoratlari kiradi:
- A. bullalar\*
- B. o'pka abstsessi\*
- C. plevrit\*
- D. DVSSindrom
- E. nafas etishmovchiligi
- F. sinpnevmonik plevrit
366. Pnevmoniyada toksikoz darajalari:
- A. kompensirlangan\*
- B. noaktiv
- C. subkompensirlangan\*
- D. dekompensirlangan \*
- E. birlamchi adaptatsiya
- F. ikkilamchi
367. NE I darajasiga xos belgilari:
- A. tinch holatda hansirash yo'q\*
- B. doimiy bo'lmagan perioral tsianoz\*
- C. pulsning nafas olish soniga nisbati 3,5:1\*
- D. doimiy hansirash
- E. akrotsianoz
- F. tinch holatda hansirash
368. NE II darajasiga xos belgilari:
- A. pulsning nafas olish soniga nisbati 2:1\*
- B. doimiy hansirash\*
- C. akrotsianoz\*
- D. tinch holatda hansirash yo'q
- E. doimiy bo'lmagan perioral tsianoz
- F. tsianoz bo'lmasligi
369. NE III darajasiga xos belgilari:
- A. NOS normadan 150%\*

- B. umumiy tsianoz\*  
 C. terining marmarsimonligi\*  
 D. yordamchi mushaklar ishtirokisiz hansirash  
 E. perioral tsianoz  
 F. tinch holatda hansirash yo'q
370. Mukovistsidozd a o'pka-bronx sistemasining zararlanishi belgilari:  
 A. qaytalanuvchi pnevmoniya\*  
 B. surunkali pnevmoniya\*  
 C. atelektazlar\*  
 D. plevrit  
 E. mediastinit  
 F. timoma
371. Oshqozon-ichakdan qon ketishning klinik belgilari:  
 A. jig'ildon qaynashi  
 B. uyquchanlik  
 C. "kofe quyqasi" li qayd qilish\*  
 D. axlat rangining qorayishi\*  
 E. qorindagi og'riq\*  
 F. kekirish
372. O'tkir oddiy bronxit uchun xos belgilar:  
 A. kasallik boshlanishida quruq yo'tal\*  
 B. kasallikning 4-8 kunidan boshlab nam yo'tal\*  
 C. ikki tomonlama quruq xirillashlar\*
- D. katta pufakchali nam xirillashlar  
 E. kasallik boshlanishida nam xirillashlar  
 F. krepatatsiya
373. Qaysi kasalliklar uchun spastik yo'tal xos:  
 A. o'tkir obstruktiv bronxit\*  
 B. bronxial astma\*  
 C. bronx-o'pka displaziyasi\*  
 D. O'RVI  
 E. laringit  
 F. tuberkulezli bronxoadenit
374. Oshqozon yarasining perforatsiyasi klinik nimalar bilan namoyon bo'ladi:  
 A. meteorizm  
 B. kekirish subfebril temperatura\*  
 C. engillik xissini keltirmaydigan qayd qilish\*  
 D. qorinda xanjarsimon og'riq\*  
 E. qorinni o'rab oluvchi og'riq  
 F. engillik xissini keltiradigan qayd qilish
375. Oshqozon va 12 barmoqli ichak chiqish yo'llarining stenozi qaysi klinik belgilar bilan xarakterlanadi:  
 A. ovqat egandan so'ng darxol qorinda og'irlik xissini sezish\*  
 B. diareya  
 C. kekirish\*  
 D. qayd qilish\*  
 E. meteorizm  
 F. jig'ildon qaynashi
376. YURA qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashhis qilinadi:  
 A. sistemali qizil yugirik\*  
 B. reaktiv artritlar\*  
 C. revmatik artrit\*  
 D. norevmatik kardit  
 E. Kartagener sindromi  
 F. Alport sindromi
377. Organik shovqinlarga xos bo'lgan belgilar:  
 A. dag'al\*  
 B. bemor holatini o'zgartirganda yo'qoladi  
 C. uzoq vaqt davom etadi\*  
 D. yurakdan tashqariga uzatiladi\*  
 E. yumshoq  
 F. faqat yurak ichida eshitiladi
378. Mikoplazmali pnevmoniyada antibiotik tanlash:  
 A. Eritromitsin\*  
 B. penitsillin  
 C. amoksitsillin  
 D. Azitromitsin\*  
 E. Metrogil\*

- F. gentamitsin uchun xos bo'lgan belgilar:
379. Revmatizmida Kisel-Djons-Nesterov bo'yicha qo'shimcha mezonlar:
- artralgia\*
  - tana haroratini ortishi\*
  - poliartrit
  - leykotsitoz\*
  - kardit
  - revmatik tugunchalar
380. Surunkali hepatitning klinik sindromlari:
- Astenovegetativ\*
  - Og'riq\*
  - Dispeptik\*
  - qontomir
  - Shishli
  - Gemorragik
381. Surunkali hepatitning etiologik omillari:
- Jaroxat
  - Virus\*
  - Zaharlar\*
  - Dorilar\*
  - Alergenlerin
  - Stress
382. Surunkali hepatit B klinik belgilari:
- Gematuriya
  - Gipertenziya
  - Gepatomegaliya\*
  - Sariqlik\*
  - Astsit\*
  - Yo'tal
383. Mitral klapan etishmovchili
384. Surunkali hepatitning diagnostikasi:
- fermentlar faolligi ortishi\*
  - Jigar ultratovushi\*
  - Qonda bilirubin miqdori\*
  - Siydikning taxlili
  - Ko'krak kafasini rentgenografiyasi
  - Yurakning ultratovush tekshirishi
385. Portal gipertenziya sindromi o'z ichiga oladi:
- Astsit\*
  - Splenomegaliya\*
  - «meduza boshi»\*
  - isitma kuzatilishi
  - Artralgia
  - Tsefalgiya
386. Jigar etishmovchiligi sindromi o'z ichiga oladi:
- Sariqlik\*
  - Gemorragik sindrom\*
  - Koma\*
  - yurak etishmovchiligi
  - Nafas etishmovchiligi
387. Bolalarda bronxial asmtmada asosiy shikoyatlar:
- ekspirator nafas qisilishi\*
  - balg'amsiz yo'tal\*
  - yopishqoq balg'am\*
  - inspirator nafas qisilishi
  - Samarali yo'tal
  - yutishda og'riq
388. Norevmatik karditda o'tkazilishi lozim bo'lgan tekshiruvlar:
- ExoKS\*
  - EKG\*
  - Revm sinamalar\*
  - Axlatning umumiy tahlili
  - umumiy siydik tahlili
  - Qonning bakteriologik ekish
389. Norevmatik karditni davolashda qo'llaniladigan preparatlar:
- Antibiotiklar\*
  - NYAQP\*
  - viruslarga qarshi preparatlar\*
  - Vitamin
  - anabolik gormonlar
  - yurak glikozidlari
390. Bronxial astmaning

- klinik  
                  belgilari:
- A. Majburiy holat\*
  - B. xushtaksimon  
nafas\*
  - C. ko'krak qafasining  
emfizematoz  
bo'lishi\*
  - E. li yo'tal
  - F. "to'la og'iz" bilan
  - G. yopishkok balg'am

392. Bronxial  
astmada  
balg'amda  
xos bo'lgan  
o'zgarishlar:

- A. Leykotsitlar\*
- B. Eozinofillar\*
- C. Sharko-Leyden  
kristallari           va  
Kurshman  
spiralari\*
- D. eritrotsitlar
- E. zamburug'lar
- F. anaeroblar

393. Bronxial  
astmaning  
qiyosiy  
tashxisi  
quyidagilar  
bilan  
o'tkaziladi:

- A. Mukovistsidoz\*
- B. obstruktiv bronxit\*
- C. bronxlardagi yot  
jism\*
- D. Fallo tetradas
- E. tseliakiya
- F. eshak emi

394. Astmatik  
statusning  
asosiy  
sabablari:

- A. bronxial astma  
xurujini davolashni  
kech boshlanishi\*
- B. simpatomimetiklar  
ni xaddan ortik

- D. O'pka tovushining  
to'mtoqlanishi
- E. Krepitirlanuvchi  
nam xirillashlar
- F. Diafragmaning  
pastga tushishi

391. Bronxial  
astmada

- qo'llanilishi \*
- C. glyukokortikoidlarni  
erta to'xtatish  
yoki miqdorini  
kamaytirish\*
- D. o'tkir  
bronxopnevmoniya
- E. bronxlarda yot jism
- F. kun tartibini  
buzilishi

395. Xurujli  
yo'tal bilan  
kechuvchi  
kasalliklarni  
ko'rsating:

- A. bronxial astma\*
- B. obstruktiv bronxit\*
- C. retsidiylanuvchi  
obstruktiv bronxit\*
- D. o'pka sili
- E. o'pka raki
- F. oddiy bronxit

396. Yo'talning  
quyidagi  
turlari  
farqlanadi:

- A. Nam\*
- B. Quruq\*
- C. Xurujli\*
- D. birlamchi
- E. ikkilamchi
- F. nasliy

397. Buyrakning  
funksional  
holati  
quyidagicha  
baholanadi:

- A. siydikning osmotik  
zichligi\*

yo'tal  
xarakteri:

- A. azob beruvchi\*
- B. yopishqoq balg'am  
bilan\*
- C. Samarasiz yo'tal\*
- D. samara

- B. qondagi mochevina  
miqdori\*
- C. qondagi kreatinin  
miqdori\*
- D. siydikning umumiy  
taxlili
- E. qonning umumiy  
taxlili
- F. buyrak UTT tekshirish

398. Oshqozon shirasini  
fraktsion tekshirish  
nimani ko'rsatadi:

- A. oshqozonni  
sekretor  
funktseysini\*
- B. biopsiya o'tkazish
- C. gemostatik muolaja
- D. kislotaxosil qilish  
funktseysini\*
- E. ferment xosil qilish  
funktseysini\*
- F. oshqozon shilliq  
qavatini holatini  
baholash

399. Antatsid  
preparatlarni  
ko'rsating:

- A. alloxol
- B. almagel A\*
- C. no-shpa
- D. magniy trisilikat\*
- E. natriya bikarbonat  
\*
- F. immodium

400. Surunkali  
gastroduodenitda  
ishlatiladigan  
og'rik

- qoldiruvchi vositalar:
- A. No-shpa\*  
B. Platifillin\*  
C. Papaverin\*  
D. paratsetamol  
E. bikarbonat natriya  
F. tsitramon
401. Surunkali enterokolitgaolib keluvchi asosiy omillarni ko'rsating:
- A. noratsional ovqatlanish\*  
B. disbakterioz\*  
C. o'pka kasalliklari  
D. o'tkir ichak infeksiyasi\*  
E. tug'ruq vaqtida bosh suyagi va miya shikastlanishi  
F. sepsis
402. Surunkali enterokolitning asosiy klinik belgilari:
- A. qusish  
B. og'riq\*  
C. tenezmlar  
D. najasdagi o'zgarishlar\*  
E. umumiy intoksikatsiya\*  
F. yurakqon tomir tizimi tomonidan uzgarishlar
403. Surunkali enterokolitning engil darajasiga hos klinik belgilar:
- A. noturg'un og'riqlar\*  
B. ichakda meteorizm va quldirash\*  
C. ich ketish va ich ketishi kuzatilishi\*  
D. doimiy og'rik
- E. doimiy jimlik  
F. ich ketishga moyillik
404. Surunkali enterokolitning o'rtaog'ir darajasigaxos klinik belgilar:
- A. aylanib yuruvchi og'rik  
B. umumiy belgilari: bo'shshish, tez charchash, ishtaxani buzilishi, vaznni kamayishi\*  
C. doimiy og'riq\*  
D. ichakda quldirash, yo'g'on ichak bo'ylab og'riq\*  
E. maxalliy belgilar: giperemiya, shish, vaznni ortishi  
F. jig'ildon qaynashi
405. Og'ir darajadagi surunkali enterokolit uchun xos belgilar:
- A. MNS tomonidan o'zgarishlar\*  
B. ishtahaning ortishi, ortiqcha tana vazni  
C. doimiy og'riq\*  
D. ishtaxaning o'zgarishi, vaznni yo'qotish\*  
E. doimiy bo'lmagan og'riq  
F. respirator tizim tomonidan o'zgarishlar
406. Surunkali gastritning birlamchi simptomlari:
- A. jig'ildon qaynashi\*  
B. havoli kekirish\*
- C. ishtahaning o'zgarishi\*  
D. ich ketishi  
E. qamrab oluvchi og'riq  
F. ta'm bilishning o'zgarishi
407. Surunkali enterokolitda koprologik tekshiruvda aniqlanadi:
- A. najasning nordon reaksiyasi\*  
B. shilliq borligi\*  
C. o'zrgan mushak tolalari  
D. o'simlik kletchatkasi\*  
E. najasning ishqoriy reaksiyasi  
F. yiring borligi
408. Surunkali enterokolit tashhisini qo'yish uchun qo'shimcha tekshiruvlar:
- A. peshobni bakteriologik ekish  
B. axlatning umumiy tahlili\*  
C. rektoromanoskopiy a\*  
D. kolonoskopiya\*  
E. peshobning umumiy taxlili  
F. najasni bakteriologik ekish
409. Surunkali enterokolit qaysi kasalliklar bilan qiyoslanadi:
- A. appenditsit  
B. nospetsifik yarali kolit\*  
C. virusli dizenteriya  
D. bakterial dizenteriya\*

- E. tseliakiya\*
- F. 12 barmoqli ichak yara kasalligi
410. Surunkali enterokolitda dietoterapiya tamoyillari:
- A. ovqat kaloriyasi sog'lom bolanikiga o'xshash\*
- B. kuniga 5 marta ovqatlantiriladi
- C. oz miqdorda, tez-tez\*
- D. shirinliklar, tuzlamalar, qovurilgan taomlar iste'sno qilinadi\*
- E. ovqat kaloriyasi chala tug'ilgan bolanikiga o'xshash
- F. qaynatilgan, dimlangan ovqatlar iste'sno qilinadi
411. Surunkali enterokolitni davolashda ishlatiladigan biologik preparatlar:
- A. quruq kolibakterin\*
- B. antistafilokokkli plazma
- C. bifidum bakterin\*
- D. bifikol\*
- E. immunoglobulin
- F. stafilakokka qarshi anatoksin
412. Surunkali enterokolitda oshqozon va oshqozon osti bezi fermentlarini korrektsiya qilish uchun ishlatiladigan preparatlar:
- A. tabiiy oshqozon shirasi\*
- B. trental
- C. atsidinpepsin\*
- D. pankreatin\*
- E. gidrokarbonat natriy
- F. plantaglyutsid
413. Surunkali enterokolitni davolashda ishlatiladigan dorivor o'simliklar:
- A. qilich o'ti\*
- B. matmachexa
- C. moychechak\*
- D. podorojnik\*
- E. chaga
- F. ravoch ildizi
414. Ko'krak yoshidagi bolalar ichak florasi tarkibi:
- A. salmonellalar
- B. bakteriya bifidus\*
- C. protey\*
- D. kokklar\*
- E. Kox tayoqchasi
- F. shigellalar
415. Siydik chiqarish yo'llari kasalliklaridagi asosiy shikoyatlar:
- A. Tez-tez siyish\*
- B. kam miqdorda siydik ajralishi\*
- C. og'riqli siyish\*
- D. siydikning ajralmasligi
- E. bel sohasida og'riq
- F. bezgak
416. Buyrak kasalliklarida qo'llaniladigan tekshirish usullari:
- A. keton tanachalarini aniqlash
- B. siydikning umumiy tahlili\*
- C. Sulkovich sinamasi
- D. Nechiporenko bo'yicha tahlil\*
- E. Addis-Kakovskiy usuli bo'yicha tahlil\*
- F. peshobda qand miqdorini aniqlash
417. Surunkali buyrak etishmovchiligi belgilari:
- A. buyrakning filtratsion funksiyasining buzilishi\*
- B. Proteinuriya
- C. azotemiya\*
- D. diurezning buzilishi\*
- E. siydik nisbiy zichligining ortishi
- F. AQB pasayishi
418. Ichak toksikozi rivojlanishi bilan kechuvchi oshqozon-ichak yo'lining o'tkir kasalliklari:
- A. mukovistsidoz
- B. dizenteriya\*
- C. surunkali enterokolit
- D. salmonellez\*
- E. koli – infeksiya\*
- F. ichakning rivojlanish nuqsonalri

419. Ichak toksikozini verifikatsiya qilishda qo'llaniladigan usullar:
- qon zardobida umumiy oqsilni aniqlash
  - qon zardobida kaltsiyni aniqlash
  - gematokritni aniqlash\*
  - qondagi natriyni aniqlash\*
  - tana vaznini o'tkir yo'qotish\*
  - qondagi ishqoriy muvozanatni aniqlash
420. O'tkir glomerulonefritda klinik triada simptomlari:
- arterial gipotoniya
  - shish\*
  - siydik sindromi \*
  - arterial gipertoniya\*
  - leykotsituriya
  - tana haroratining ko'tarilishi
421. Surunkali glomerulonefritning klinik shakllari:
- gipertonik
  - leykotsiturik
  - nefrotik\*
  - aralash\*
  - gematurik \*
  - poliurik
422. BA rivojlanishida allergik jarayonning quyidagi bosqichlari ajratiladi:
- immunologik\*
  - gipoksemik
  - immunopatologik\*
  - patoximik\*
  - reaktiv
  - dizurik
423. BA xuruj davriga hos klinik belgilar:
- «so'qov o'pka»
  - ekspirator xansirash\*
  - quruq qiynoqli yo'tal\*
  - majburiy holat\*
  - «bitonal yo'tal»
  - laringospazm
424. BA xuruj oldi davriga hos belgilar:
- qayd qilish
  - terining qichishishi
  - tomoqda qichishish va quruqlik hissi\*
  - ko'ngil aynashi
  - aksirish va burunning qichishishi\*
  - emotsional noturg'unlik\*
425. BA moyillik omillari:
- organizmning yuqori sezuvchanligi va zardobdagi spetsifik IgE miqdorining ortishi\*
  - bronxlarning xujayra darajasidagi tug'ma nuqsoni\*
  - timomegaliya
  - irsiy moyillik\*
  - tez-tez angina bilan kasallanish
- F. nerv- artritlik diatez
426. Astmatik holat nafas olish qiyinlashuvi xurujining 6 soatdan ortiq davom etishi bilan xarakterlanadi. Buning sabablari:
- bronxospazmolitikal ar bilan davolashning kechikishi\*
  - ovqat moddalari bilan bog'liqlik
  - jismoniy jaroxat olish
  - allergen bilan kuchli bog'lanish\*
  - avj olish davrida interkurrent kasalliklarning qo'shilishi\*
  - ikkilamchi infeksiyaning qo'shilishi
427. Astmatik holat rivojlanishidagi davrlar:
- kompensatsiya davri\*
  - nafas qisish davri
  - talvasa davri
  - nafas etishmovchiligi belgilarining ortib borish davri\*
  - gipoksemik koma\*
  - xuruj to'g'risida xabar beruvchi omillar davri
428. BA xurujlar orasidagi davrda nimalar qo'llaniladi:
- immunodepressant terapiya

- B. kasallikni qo'zg'atuvchi allergenlar bilan spetsifik giposensibilizatsiya \*
- C. aktiv immunizatsiya
- D. surunkali infeksiya o'choqlarini davolash\*
- E. gistoglobulin bilan davolash\*
- F. passiv immunizatsiya
429. Revmatoid artritga xos belgilar:
- A. ertalabki karaxtlik\*
- B. og'riqning uchuvchanligi
- C. yurak nuqsoni
- D. simmetrik zararlanish\*
- E. limfadenopatiya\*
- F. pnevmoniya
430. Kardiomegaliyas i bo'lgan bemorlarni tekshirish usullari:
- A. EKG \*
- B. Exokardiografiya\*
- C. yurak rentgenografiyasi \*
- D. qon umumiy tahlili
- E. peshob umumiy tahlili
- F. najasning umumiy tahlili
431. Jigar tsirrozining asosiy belgilari:
- A. splenomegaliya
- B. portal gipertenziya\*
- C. gepatomegaliya
- D. gemorragik sindrom\*
- E. sariqlik\*
- F. ortiqcha tana vazni
432. Oshqozon yara kasalligini davolashda qo'llaniladi:
- A. antixelikobakter terapiya\*
- B. vitaminlar
- C. antatsidlar\*
- D. proton pompa ingibitorlari\*
- E. antibiotiklar
- F. antigistamin dorilar
433. O'tkir pielonefritning xarakterli belgilari:
- A. bel sohasidagi og'riq\*
- B. tana haroratining ko'tarilishi \*
- C. intoksikatsiya belgilari \*
- D. og'riqli siyish
- E. shishlar
- F. gipotoniya
434. Surunkali glomerulonefritning aralash shakli uchun xos:
- A. yaqqol shishlar \*
- B. gematuriya \*
- C. gipertoniya\*
- D. giperlipidemiya
- E. og'riq sindromi
- F. gipotoniya
435. Pnevmoniyaning og'irlik darajasi nimalarga bog'liq:
- A. yurak-tomir tizimi o'zgarishlari \*
- B. nafas etishmovchiligi \*
- C. toksikoz\*
- D. yo'tal
- E. xirillashlar
- F. ishtahaning pasayishi
436. Surunkali glomerulonefritning patogenetik davosiga kiradi:
- A. antikoagulyantlar\*
- B. antiagregantlar\*
- C. glyukokortikoidlar\*
- D. antigistamin dorilar
- E. neyroleptiklar
- F. vitaminlar
437. Portal gipertenziyaning klinik belgilari:
- A. gipersplenizm \*
- B. astsit\*
- C. oshqozon-ichakdan qon ketishi \*
- D. qabziyat
- E. sariqlik
- F. giperemiya
438. Jigar tsirrozida jigar dekompensatsiya si belgilari:
- A. sariqlik \*
- B. gemorragik sindrom\*
- C. shish sindromi \*
- D. gepatomegaliya
- E. giperkaltsinoz
- F. oksaluriya
439. Funktsional shovqinga xos belgilar:
- A. yumshoq\*
- B. qisqa\*
- C. yurakdan tashqariga uzatilmaydi\*

- D. yurakdan tashqariga uzatiladi  
E. puflovchi, dag'al  
F. jismoniy zo'riqishdan so'ng kuchayadi
440. Reyter kasalligiga kiruvchi belgilar:  
A. uretrit\*  
B. kon'yunktivit\*  
C. artrit\*  
D. sakroileit  
E. prostatit  
F. uveit
441. SYUA klassifikatsiyasi:  
A. bo'g'im shakli \*  
B. bo'g'im-vistseral shakli\*  
C. boshqa kasalliklar bilan birga\*  
D. Still sindromi  
E. allergoseptik sindrom  
F. ko'z shakli
442. SYUAning bo'g'in shakli:  
A. poliartrit\*  
B. oligoartrit\*  
C. monoartrit\*  
D. vistseritlar bilan  
E. Still sindromi  
F. allergoseptik shakl
443. SYUAning bo'g'in-vistseral shakli:  
A. vistseritlar bilan\*  
B. Still sindromi\*  
C. allergoseptik shakl\*  
D. poliartrit  
E. oligoartrit  
F. monoartrit
444. SYUAning kechish variantlari:  
A. tez progressivlanuvchi\*  
B. sekin progressivlanuvchi\*  
C. progressirlanmaydigan\*  
D. latent  
E. qaytalanuvchi  
F. yarim o'tkir
445. Artritning rentgenologik bosqichlari:  
A. bo'g'im oldi osteoporoz\*  
B. bo'g'im tirqishining torayishi\*  
C. tarqalgan osteoporoz\*  
D. artralgiya  
E. kontrakturalar  
F. skleroz
446. Revmatizm tashxisi asosli xisoblanadi, agarda bemorda quyidagilar bo'lsa:  
A. kardit\*  
B. xoreya\*  
C. poliartrit\*  
D. leykotsitoz  
E. artralgiya  
F. oligoartrit
447. O'tkir buyrak etishmovchiligiga xos belgilar:  
A. Oliguriya\*  
B. anuriya\*  
C. azotemiya\*  
D. anemiya  
E. giperbilirubinemiya  
F. poliuriya
448. O'tkir buyrak etishmovchiligi natijalari:  
A. o'lim\*  
B. interstitsial nefrit rivojlanishi\*  
C. sog'ayib ketish\*  
D. tosh paydo bo'lishi  
E. glomerulonefrit rivojlanishi  
F. koma
449. Surunkali buyrak etishmovchiligining etakchi biokimyoviy ko'rsatkichlari:  
A. siydik kislotasi miqdorining ortishi\*  
B. endogen kreatinin bo'yicha past klirens\*  
C. kreatin miqdorining ortishi\*  
D. giperurikemiya  
E. gipermagneziemiya  
F. ALT, AST ortishi
450. BAni kasalliklar qaysi bilan taqqoslaysiz:  
A. limfadenit  
B. yot jism\*  
C. chin krup  
D. ko'k yo'tal\*  
E. ko'ks oralig'i o'smalari\*  
F. angina
451. Engil nafas siqish xurujlarida qaysi preparatlar qo'llaniladi:  
A. eufillin tabletkasi\*  
B. prednizolon  
C. astmopent\*  
D. izadrin, novodrin aerosoli\*

- E. atropin  
F. nitroglitsirin
452. Prays-Djons diagnostik mezonlarini ko'rsating:
- A. leykotsitoz  
B. Kardit\*  
C. ECHTni oshishi  
D. Poliartrit\*  
E. Xoreya\*  
F. EKGdagi o'zgarishlar
453. O'tkir revmatik isitmadagi poliartritning belgilari:
- A. uchuvchan og'riqlar\*  
B. bo'g'im deformatsiyasi  
C. yirik bo'g'implarni shikastlanishi\*  
D. asimmetriklilik\*  
E. tosson bo'g'imini shikastlanishini ko'p uchrashi  
F. jarayonni yiringlashishi
454. YURAGAolib keluvchi asosiy omillarni ko'rsating:
- A. dastlab o'tkazilgan bakterial va virusli infektsiyalar\*  
B. sil kasallar bilan kontaktda bo'lish  
C. jismoniy va ruhiy jaroxatlar\*  
D. giperinsolyatsiya\*  
E. tez-tez anginalar bilan kasallanish  
F. 7-12 yoshli bolalar
455. YURANing bo'g'im turiga hos belgilarni ko'rsating:
- A. artritni tez vaasoratsiz kechishi  
B. artrit (monooligo, poliartrit)\*  
C. mushaklarni mahalliy gipotoniya va gipotrofiyasi\*  
D. regional limfadenopatiya\*  
E. tosson bo'g'imining shikastlanishini ko'p hollarda kuzatilishi  
F. sistemali limfadenopatiya
456. YURANing bo'g'im vistseral turi belgilarini ko'rsating:
- A. simmetrik poliartrit, ertalabki karaxtlik\*  
B. ruhiy rivojlanishdan orqada qolish  
C. jismoniy rivojlanishdan orqada qolish\*  
D. polilimfadenopatiyalar\*  
E. ko'pinchaasoratlar qolishi (kontraktura, ankilozlar)  
F. gepatosplenomegaliya
457. Revmatoid artritni quyidagi kasalliklar bilan taqqoslash kerak:
- A. o'tkir pnevmoniya  
B. revmatik artrit\*  
C. sepsis  
D. tuberkulezli artrit\*  
E. brutsellezli artrit\*  
F. surunkali gastrit
458. Surunkali gastrit kelib chiqishida ekzogen omillarni ko'rsating:
- A. ovqatlanish rejimining buzilishi\*  
B. allergik kasalliklar  
C. issiq yoki sovuq ovqatni iste'mol qilish\*  
D. ovqatni yaxshi chaynamaslik\*  
E. patogen mikroflora  
F. immunitetni pasayishi
459. Surunkali gastrit kelib chiqishidagi endogen omillarini ko'rsating:
- A. jarrohlik muolajalari  
B. endokrin buzulishlar\*  
C. stresslar  
D. buyrakning surunkali kasalliklari\*  
E. yurak qontomir tizimini surunkali kasalliklari\*  
F. nasliy moyillik
460. Surunkali gastroduodenit tasnifini ko'rsating:
- A. birlamchi (ekzogen)\*  
B. faol  
C. ikkilamchi (endogen)\*  
D. kechishi buyicha: latent, monoton, retsivlanuvchi\*

- E. erta tiklanish davri  
F. passiv
461. Surunkali gastroduodenit avj olishining doimiy simptomlarini ko'rsating:  
A. epigastral sohadaog'riq\*  
B. diareya  
C. epigastral sohadaog'irlik hissi\*  
D. ko'ngil aynash, kekirish, jig'ildon qaynashi\*  
E. qon oquvchanlik  
F. kindik atrofidagi og'riq
462. Surunkali gastroduodenitda o'tkaziladigan tekshirish usullarini ko'rsating:  
A. rektoromanoskopiy a  
B. Gastrofibroskopiya\*  
C. duodenal zondlash  
D. oshqozon shirasini fraksion tekshirish\*  
E. rentgenoskopiya\*  
F. bakterioskopik tekshirish
463. Gastritda o'tkazilgan fibrogastroskopi yada oshqozon shilliq qavatida aniqlanadigan o'zgarishlar:  
A. Yuzaki\*  
B. chuqur  
C. chandiqli  
D. Gipertrofik\*
- E. Eroziv\*  
F. giperatsid
464. Yara kasalligining klasifikatsiyasi  
A. o'nikki barmoq ichak va oshqozon yara kasalligi\*  
B. qizilo'ngach yara kasalligi  
C. ezofago kardial zona yara kasalligi  
D. faqat oshqozon yara kasalligi  
E. Peptik yaralar
465. Surunkali gastroduodenit da og'riq qanday xarakterda bo'ladi  
F. davomli, simmillovchi\*  
G. sekreksiya ajralish sindromi.  
H. sekreksiya ajralmasligi sindromi  
I. 2 kunda bir kuzatiladigan og'riq  
J. 3 kunda bir paydo bo'ladigan og'riq
466. surunkali gastroduodenit ning klinik sindromlarini ko'rsating  
F. og'riq sindrom va dispeptik sindrom\*  
G. bosh og'rishi sindrom  
H. ensifalopatik sindrom  
I. yotoq yaralarning p.b.  
J. oftalmik sindrom
467. surunkali gastroduodenit da
- nospesifik intoksikasiya sindrom ....
- F. emotsional labillik, umumiy holsizlik\*  
G. isitma ko'tarilishi  
H. terlash  
I. qaltirash  
J. hamma javoblar to'g'ri
468. surunkali gastroduodenitda qaysi laborator ko'rsatgichlarni aniqlash lozim:  
F. UQT,UST,UO,Hp\*  
G. immunoglobulinlar miqdorini aniqlash  
H. fermentlar miqdorini aniqlash  
I. rentgen  
J. MRT , KT
469. yara kasalligining etiopatogenezi to'g'ri ko'rsatilgan javobni ko'rsating  
A. polietiologik,tug'ma, allergic xarakter\*  
B. pH<sup>+</sup> muhitini o'zgartirishi bilan bog'liq  
C. pH<sup>+</sup> muhitini o'zgartirmasligi bilan bog'liq  
D. mukotsitlarning devori o'zgarishi  
E. hamma javoblar to'g'ri
470. yara kasalligida Hp ning patogenetik roli\_  
A. piloroantral qismda rivojlanadi,rezistentlikning pasayishi\*  
B. oshqozonning kardial qismida rivojlanadi

- C. rezistentlikning ortishi  
D. oshqozonning har qanday joyida rivojlanadi  
E. o'sma kasalligi bilan bog'liq holatda rivojlanadi
471. o'tkir gastritning etiologik tasnifi  
A. birlamchi O'G  
B. ikkilamchi O'G  
C. ekzogen O'G  
D. endogen O'G  
E. hamma javoblar tog'ri\*
472. autoimmun gastritda Hp ning patogenezidagi roli  
A. Hp ning hech qanday ahamiyati yo'q\*  
B. aynan Hp keltirib chiqaradi  
C. sekretiya miqdorining ortishi  
D. sekretiya miqdorining kamayishi  
E. hamma javoblar to'g'ri
473. oshqozon ichak yara kasalligida eradikatsionniy terapiya  
A. Omeprozol 0.5-1 mg 2 marta  
B. Amoksatsillin 50 mg 2 marta  
C. Klaritromitsin 500 mg 2 marta  
D. Tetrasiklin 50 mg 2 marta  
E. Hamma javoblar to'g'ri\*
474. O'tkir glomerulonefrit etiologik faktorlari:  
A. Gastrit  
B. Angina\*  
C. Tuberkulyoz  
D. Surunkali pnevmoniya  
E. Asfiksiya
475. Surunkali gastrit qo'zish davri uchun xos:  
A. og'riq sindromi. \*  
B. Kolitik sindrom  
C. Spastik  
D. Aralash  
E. Distonik
476. Surunkali enterokolitga olib keluvchi sabablardan biri:  
A. Tug'ruqdagi bosh miya jarohati  
B. Sepsis  
C. Disbakterioz\*  
D. O'pka kasalliklari  
E. Tishkaries
477. Bolalarda oshqozon hajmi:  
A. 8 yoshda 1000 ml\*  
B. Yangi tug'ilganlarda 500-1000 ml  
C. 1 yoshda 500-800 ml  
D. 8 yoshda 2200-2500 ml  
E. 1 yoshda 600-700
478. O'tkir diffuz glomerulonefrit bu... kasallik:  
A. Infeksion  
B. Infeksion – allergik\*  
C. Davriy kechuvchi  
D. Infeksion kasallikdan so'ng
- 2-3 kun o'tib rivojlanadi  
E. Mavsumiy kasallik
479. O'tkir glomerulonefrit ekstrarenal sabablari:  
A. Ishtahasizlik \*  
B. Poliuriya  
C. Uyqusizlik  
D. Terlash  
E. Anuriya
480. O'tkir glomerulonefrit renal belgilari:  
A. Gematuriya\*  
B. Poliuriya  
C. Anuriya  
D. Ishtahasizlik  
E. Leykotsituriya
481. Bolalarda surunkali gastrit rivojlanish sabablari:  
A. Lyamblyoz  
B. Dori vositalari\*  
C. Amyobiaz  
D. Gijjalar invaziyasi  
E. Travma
482. Zimnitskiy sinamasida aniqlanadi  
A. nikturiya, poliuriya\*  
B. izostenuriya\*  
C. proteinuriya  
D. gematuriya
483. O'tkir diffuz glomerulonefritning klinik simptomlari?  
A. to'qimalarda shish\*  
B. gematuriya, arterial gipertoniya\*  
C. leykotsituriya  
D. pollakiuriya, arterial gipotoniya

484. O'tkir buyrak yetishmovchiligi kelib chiqishi quyidagilarga bog'liq bo'lishi mumkin:
- prerenal sabablar\*
  - postrenal sabablar, renal sabablar\*
  - qon ivishtizimini buzilishi
  - autoimmunkasalliklar, MNS funksiyasining buzilishi
485. O'tkir buyrak yetishmovchiligida qanday klinik fazalar kuzatiladi?
- boshlang'ich (shok)\*
  - oligoanurik\*
  - surunkalikechishga o'tishi
  - residiv
486. Surunkali glomerulonefrit nima bilan ifodalanadi?
- turg'unmikrogematuriya\*
  - silindruriya, proteinuriya\*
  - leykotsituriya
  - glyukozuriya
487. Pielonefritparhezida cheklanadi
- o'tkir ovqatlar\*
  - achchiq va tuzli mahsulotlar\*
  - qaynatilgan ovqatlar
  - bug'da pishgan ovqatlar
488. Surunkali glomerulonefritga xos emas
- teri o'zgarishi\*
  - bo'g'imda o'zgarish\*
  - klinik belgilar
  - ekstrenal
489. Surunkali glomerulonefritga xos
- Teri
  - klinik belgilar\*
  - ekstrenal\*
  - bo'g'im
490. Surunkali glomerulonefritning qanday shakllarini bilasiz?
- nefrotik shakl\*
  - gematurik shakl\*
  - yengil shakl
  - o'rta og'ir shakl
491. O'tkir buyrak yetishmovchiligida qondagi o'zgarishlar:
- azotemiya\*
  - giperkalemiya\*
  - og'ir anemiya
  - trombotsitopeniya
492. Yuvenil revmatoid artritda bo'g'implarda qanday morfologik o'zgarishlar kuzatiladi:
- distrofikva destruktiv\*
  - fibrozva skleroz\*
  - regenerativo'zgarishlar
  - reparativo'zgarishlar
493. Yuvenil revmatoid artritning bo'g'im shaklida qaysi bo'g'implar ko'proq zararlanadi?
- tizza\*
  - boldir, tizza\*
  - elka, umrov
  - chakka, pastki jag'
494. Yuvenil revmatoid artritda laborator o'zgarishlar:
- revmatoid faktormusbat\*
  - sinovial suyuqlidagi immunokomplekslar\*
  - qonda umumiy oqsilning ko'tarilishi
  - gemoglobinko'tarilishi
495. Revmatoid artritni tashxislashmezonlari:
- mayda bo'g'implarni deformatsiyasi\*
  - yirik bo'g'implarni yallig'lanishi\*
  - gemorragiktoshmalar
  - kamqonlik
496. Bronxial astmaning og'irlik darajasi aniqlanadi:
- o'pka funksiyasi holati bilan\*
  - teri allergik kasalliklari qo'shilishi bilan
  - hurujlar soni\*
  - ichak yallig'lanishi bi

## Baholash tartibi va mezonlari

Talabalarning bilim saviyasi, ko'nikma va malakalarini nazorat kilishning reyting tizimi asosida talabanning har bir fan bo'yicha uzlashtirish darajasi ballar orqali ifodalanadi.

har bir fan bo'yicha talabanning semestr davomidagi uzlashtirish kursatkichi 100 ballik tizimda baxolanadi.

Ushbu 100 ball nazorat turlari bo'yicha quyidagicha taksimlanadi:

joriy baholash - 45 ball  
mustaqili ish - 5 ball  
oralik baholash - 20 ball  
yakuniy baholash - 30 ball  
JAMI 100 ball

№	Baholashturi	Максимал балл	Саралашбали	Коеффициент
1.	Joriybaholash	45	24,75	0,45
2.	TMI	5	2,75	0,05
3.	Oralikbaholash	20	11,0	0,2
4.	Yakuniybaholash	30	16,5	0,3
	JAMI	100	55,0	1

Талабанинг фан буйича узлаштириш к урсаткичини назорат килишда куйидаги намунавий мезонлар (кейинги уринларда намунавий мезонлар деб юритилади) тавсия этилади:

а) 86-100 балл учун талабанинг билим даражаси куйидагиларга жавоб бериши лозим: хулоса ва карор кабул килиш;

ижодий фикрлай олиш;

мустикал мушохада юрита олиш;

олган билимларини амалда к уллай олиш;

мохиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга б улиш.

б) 71-85 балл учун талабанинг билим даражаси куйидагиларга жавоб бериши лозим:

мустикал мушохада юрита олиш;

олган билимларини амалда к уллай олиш;

мохиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга б улиш.

в) 55-70 балл учун талабанинг билим даражаси куйидагиларга жавоб бериши лозим:

мохиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга б улиш.

г) Куйидаги холларда талабанинг билим даражаси 0-54 балл билан бахоланиши мумкин:

аник тасаввурга эга б улмаслик;

билмаслик.

Фан б уйича жорий, оралик ва якуний назоратларнинг хар бирига ажратилган балнинг 55 фоизи саралаш балл Метиб белгиланади.

Жорий ва оралик назоратлар ва талаба мустикал ишининг хар бирига ажратилган балнинг саралаш бали 55 фоиздан ортик балл т улаган барча талабалар ушбу фан б уйича якуний назоратга киритилади.

Агар талаба якуний назоратда шу назорат тури б уйича саралаш балидан юкори балл т упуласа, бу балл Мжорий ва оралик назоратларда тупланган балларга к ушилади.

Талабанинг семестр давомида фан б уйича т упулаган умумий бали хар бир назорат туридан (ЖБ, ОБ, ТМИ, ЯБ) белгиланган коидаларга мувофик т упулаган баллари йигиндисига тенг.

Талабанинг фан буйича рейтинги куйидагича аникланади:

$R_f =$

бу ерда:

В- семестрда фанга ажратилган умумий укув юкламаси (соатларда);

О -фан буйича узлаштириш даражаси (балларда). М

Фан буйича жорий, оралик ва якуний назоратларнинг хар бирига ажратилган балнинг 55 фоизи саралаш балл этиб белгиланади.

Жорий ва оралик назоратларнинг хар бирига ажратилган баллнинг саралаш балини 55 фозидан ортик балл туплаган барча талабалар ушбу фан буйича якуний назоратга киритилади. М

Агар талаба якуний назоратда шу назорат тури буйича саралаш балидан юори балл тупласа, бу балл жорий ва оралик назоратларда тупланган балларга кушилади. Акс холда талаба фан буйича узлаштирамаган хисобланади.

Талабанинг семестр давомида фан буйича туплаган умумий бали хар бир назорат туридан белгиланган коидаларга мувофик туплаган баллари йигиндисига тенг.

## **Darsliklar va qo'llanmalar ro'yxati** **Asosiy Adabiyotlar**

Bolalar kasalliklari - darslik T.O.Daminov, B.T. Xalmatova, O'R.Boboeva, 2013  
Detskie bolezni - uchebник T.O.Daminov, B.T.Xalmatova, U.R.Boboeva, 2013  
Detskie bolezni - Shabalov N.P. taxriri ostida, 2007, 2010  
Detskie bolezni - Baranov A.A. taxriri ostida, 2009

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Anemii u detey, V.I.Kalinicheva, 2000,
2. Belokon N.A., Kuberger M.B. Bolezni serdsa i sosudov u detey. M. 1987
3. BelozeroV YU.M. Detskaya kardiologiya. M. 2004.
4. «Bolezni detey rannego vozrasta», - rukovodstvo dlya vrachey pod redaksiey A.A.Baranova, - Moskva-Ivanova, 1998.
5. Bolezni organov pishhevareniya u detey, V.A.Mazurin, 1994
6. Bronxialnaya astma u detey i yee klassifikatsiya. V kn.: Pod red. S.YU. Koganova. M: Meditsina 1999;
7. Denisov M.YU. Prakticheskaya gastroenterologiya dlya pediatria. M., 2001.
8. Klinicheskaya meditsina. Spravochnik prakticheskogo vracha. M., 1997, T.1
9. Klinicheskaya immunologiya detskogo vozrasta, D.V.Stefani, YU.YE.Veltishev, 1996
10. Korovina N.A., Zaplatnikov A.L., Zaxarova I.N. Kasha u detey. Posobie dlya vrachey. - M.: 2000.
11. Koganov S.YU. Bronxialnaya astma u detey. Moskva: Meditsina 2002;
12. Lasitsa O.I., Lasitsa T.S. Bronxialnaya astma v praktike semeynogo vracha. - Kiev: ZAO «Atlant UMS». - 2001.
13. Moshich P.S., V.M.Sidelnikova, D.YU.Krivchenya. «Kardiologiya detskogo vozrasta». Moskva, 2004
14. Nazirov F.G., Denisov I.N., Ulumbekova E.G.. Spravochnik prakticheskogo vracha. 2000
15. Ostrie pnevmonii u detey, pod redaksiey V.K.Tatochenko, 1994
16. Pediatriya - rukovodstvo dlya vrachey pod redaksiey R.YE.Bermana, V.K.Vogana. -M, 1989
17. Patologiya detey starshego vozrasta - pod redaksiey A.A.Baranova, M, -1998
18. Paykov V.L., Xatskel S.B., Erman L.V. Gastroenterologiya detskogo vozrasta v sxemax i tablitsax: Spravochnoe rukovodstvo. SPb., 1998.
19. Pariyskaya T.V.. Spravochnik pediatria. EKSMO, Moskva 2004 g.
20. Rukovodstvo po detskoy nefrologii, M.S.Ignatova, YU.YE.Veltishev, 1995
21. Rukovodstvo po detskoy artrologii. Pod red. akad. AMN SSSR M.YA. Studenikina i porf. A.A.Yakovlevoy. - L. 1987. - S . 162- 170.
22. Spravochnik vracha obshey praktiki. Pod redaksiey akad. RAMN. N.R.Paleeva. EKSMO 2002
23. Spravochnik pediatria. Sankt-Peterburg, Moskva, 2004
24. «Spravochnik semeynogo vracha» (Pediatriya), - Minsk, 2000
25. Bolalar kasalliklarini integratsion usulda olib borish. O'quv qo'llanma. UzRSSV/YUNISEF,2003
26. Ko'krak suti bilan boqish. O'quv qo'llanma. O'zRSSV/YUNISEF, 2013.
27. Bolalarga statsionar yordam kursatish. Metodik kullanma.(UzSSV №225 buyrug'i, 2013)
28. Хронические вирусные гепатиты у детей. Ф.И.Иноятова. Т.1997.

29. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2016.

30. The five Minute child Health Advisor/ - M. William Schwartz, MD., - 1998, USA

31. A therapist's guide to pediatric assessment, - Linda King-Thomas, Bonnie J. Hacker, 1987, USA

32. Pediatrics, - Margaret C. Heagarty., William J. Moss, -1997, USA

**Интернет сайтлар:**

1. [www.tma.uz](http://www.tma.uz)
2. [www.zyonet.uz](http://www.zyonet.uz)
3. [www.info@minzdrav.uz](mailto:www.info@minzdrav.uz)
4. [www.info@tma.uz](mailto:www.info@tma.uz)