

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ТАЪЛИМ, ФАН
ВА ИННОВАЦИЯЛАР ВАЗИРЛИГИ**

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

**МАКТУБА ХАБИБУЛЛАЕВНА МИРРАХИМОВА
НАСИБА РАЖАБОВНА САТИБАЛДИЕВА
ТАШМАТОВА ГУЛНОЗА АЪЛОЕВНА**

**ПЕДИАТРИЯ
ДАРСЛИК**

Таълим соҳаси: 910 000 – Соғлиқни сақлаш

Таълим йўналишлари: 60910400 – Тиббий профилактика иши

М.Х. Миррахимова– Тошкент тиббиёт академияси, Болалар касалликлари кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Н.Р. Сатибалдиева - Тошкент тиббиёт академияси, Болалар касалликлари кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди

Г.А. Ташматова - Тошкент тиббиёт академияси, Болалар касалликлари кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди

Такризчилар:

1. И.А.Каримжонов – ТТА, “Оилавий тиббиётда болалар касалликлари” кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор
2. Э.А.Шомансурова – Оилавий шифокорлик №1, жисмоний тарбия ва фуқоралар муҳофазаси кафедраси мудир, т.ф.д., профессор

Бугунги кунда республикамиздаги тиббиёт олий ўқув юрларининг долзарб муаммоси тиббиёт соҳасида хар томонлама билимларга эга бўлган, юқори малакали мутахассисларни тайёрлашдир.

“Педиатрия” дарслиги Давлат таълим стандарти талаблари ва “Педиатрия” фанининг намунавий фан дастури (900 000 – “Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот”, таълим соҳаси, 910 000 – “Соғлиқни сақлаш”, Таълим йўналишлари 60910400–«Тиббий профилактика иши») асосида яратилган.

“Педиатрия” фани ўқув режадаги умумқасбий фанлар блокига киритилган. Дарслик тиббиёт олий юрларининг тиббий профилактика иши таълим йўналиши бўйича таълим олаётган бакалаврият талабаларига мўлжалланган бўлиб, дарсликда педиатрияда этика ва деонтология, коммуникатив кўникмаларнинг ўзимга хос хусусиятлари, соғлом болаларнинг жисмоний ва психомотор ривожланиши, кенг тарқалган касалликларнинг этиологияси, патогенези, клиник белгилари, қиёсий ташҳиси ва замонавий даволаш, касалликларни олдини олиш усуллари кенг ёритиб берилган.

МУНДАРИЖА

Кириш	-----	5
I БОБ	Болалар саломатлиги	6
1.1	Болалик даврлари хақида тушунча	6
1.2	Болаларнинг жисмоний ривожланиши мониторинги	10
1.3	Болаларнинг психомотор ривожланиш кўрсаткичлари	14
II БОБ	Кўкрак сути билан боқиш.	26
2.1.	Кўкрак сути билан овқатлантириш тамойиллари	30
2.2	Сунъий ва аралаш овқатлантириш	31
2.3	Кўшимча овқат бериш қоидалари	32
2.4	1 ёшдан катта болаларни овқатлантириш	34
III БОБ	Суяк-мушак тизимининг анатома-физиологик хусусиятлари	37
3.1	Текшириш усуллари ва зарарланиш семиотикаси	37
3.2	Рахит	40
3.3	Спазмафилия	42
IV БОБ	Қон ҳосил қилиш тизимининг анатома-физиологик хусусиятлари	47
4.1	Турли ёшдаги болаларда периферик қон нормативлари. Зарарланиш семиотикаси.	47
4.2	Танқислик анемиялар	59
V БОБ	Қон айланиш тизимининг анатома-физиологик хусусиятлари	75
5.1	Хомила ичи қон айланиши.	75
5.2	Текшириш усуллари. Зарарланиш семиотикаси.	79
VI БОБ	Юрак қон тизимининг анатома-физиологик хусусиятлари	84
6.1	Туғма юрак нуқсонлари.	84
VII БОБ	Нафас тизимининг анатома-физиологик хусусиятлари	88
6.3	Пневмония.	90
6.4	Даволаш ва профилактика усуллари	3
VIII БОБ	Болаларда аллергик касалликлар	100
7.1	Атопик дерматит	100
7.2	Аллергик ринит	104
7.3	Бронхиал астма	106
IX БОБ	Овқат ҳазм қилиш тизимининг анатома-физиологик хусусиятлари	108
8.1	Оқсил-энергетик етишмовчилик	110
X БОБ	Сийдик ажратиш тизимининг анатома-физиологик хусусиятлари	108
8.1	Пиелонефритлар	110
XI БОБ	Ўткир ревматик иситма	131
9.1	Ўткир ревматик иситма профилактикаси	
XII БОБ	Ювенил ревматоид артрит	136

11.1	Ювенил ревматоид артрит профилактикаси Вазиятли масалалар ва тестлар Глоссарий Адабиётлар	
-------------	--	--

КИРИШ

Хукуматимиз томонидан болалар саломатлигини муҳофаза қилиш даражаси ва сифатини ошириш муаммоларига алоҳида эътибор қаратилмоқда. Мухтарам президентимиз Ш.М. Мирзиёев таълим ва маърифат тизимини такомиллаштириш, мамлакатимиз келажаги бўлган ёшларни замонавий билим олишга йўналтириш, баркамол шахсни тарбиялаш билан боғлиқ эканини айтиб ўтганлар. Давлатимизнинг ривожланган мамлакатлар қаторидан ўрин олиши учун замонавий иқтисодиёт, фан, маданият, тиббиёт, технология асосида мутахассислар тайёрлашнинг такомиллашган тизимига босқичма-босқич ўтилмоқда.

Республикамиз бош Қомуси Конституциямизнинг 41-42 моддаларида жинси, тили, ёши, ирқи, миллий мансублиги, эътиқоди, динга муносабати, ижтимоий келиб чиқиши, хизмат тури, ижтимоий мавқеи, турар жойи, Ўзбекистон Республикаси ҳудудида қанча вақт яшаётганлигидан қатъий назар, ҳар кимга билим олишда тенг ҳуқуқлар кафолатланади. Айниқса, ёш авлодга таълим-тарбия беришнинг мақсади, вазифалари, мазмуни, услубий талабларига кўра фан, техника ва илғор технология ютуқларидан унумли фойдаланиш бугунги таълим тизими олдида турган долзарб муаммолардан бири ҳисобланади.

Сўнгги йилларда Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш ва олий тиббий таълим соҳасида юқори малакали мутахассислар тайёрлашга қаратилган ислохотлар амалга оширилмоқда. Врач-гигенист, эпидемиологларни тайёрлаш нуқтаи назаридан бу дарсликнинг аҳамияти катта.

Дарслик болалар организмнинг анатомик-физиологик хусусиятлари, ривожланиш қонуниятларини, жисмоний ривожланиш мониторинги, болаларни ёшга оид тўғри овқатлантириш тамойиллари, болаларда кенг тарқалган касалликларнинг олдини олиш, эрта ташхислаш, шошилиш ҳолатларда бирламчи тез тиббий ёрдам кўрсатишлар ва касалликларни олдини олиш чоралари кенг қамраб олинган.

Педиатрия боланинг ўсиш ва ривожланиш даврини ўрганади, унинг ҳаётининг ҳар бир ёш босқичида ўзига хос морфологик, физиологик ва психологик хусусиятлар билан ажралиб туради.

Бундан ташқари, асосий анатомик ва физиологик хусусиятларни ҳисобга олган ҳолда, атроф-муҳитнинг ўзига хос ташкил этилиши ва ҳаёт тарзини аниқлаш имконини беради. Педиатрия фани бўйича тиббий профилактика йўналиши мутахассисларини тайёрлашда турли ёшдаги соғлом ва бемор болалар ва уларнинг ота-онаси билан мулоқат қилиш, болаларни текшириш, болалик даврида энг кўп учрайдиган касалликларни эрта ташхислаш, клиникаси ва даволаш, тез ёрдам кўрсатиш, профилактика ва реабилитация чораларини белгилаш бўйича кўникмаларни шакллантириб боришига алоҳида эътибор берилади.

Ушбу дарслик педиатрия фан бўйича модул дастурнинг барча бўлимларини қамраб олган бўлиб, 60910400 – тиббий профилактика иши таълим йўналиши талабалари учун мўлжалланган.

I БОБ. БОЛАЛАР САЛОМАТЛИГИ

1.1. Профилактик педиатрияда этика ва деонтология

Тиббий профилактика соғлиқни сақлаш тизимининг муҳим тармоқларидан бири бўлиб, у фақат беморлар билан ишлаш эмас, балки аҳолининг соғлом турмуш тарзини шакллантириш ва касалликларнинг олдини олишга йўналтирилгандир. Бу жараёнда **тиббий профилактика ходими** ва **шифокор** ўртасидаги ҳамкорлик самарадорлиги, биринчи навбатда, уларнинг ўзаро **этик** ва **деонтологик муносабатларига** боғлиқдир.

Тиббий профилактика ходими жамият соғлиғини сақлаш ва мустаҳкамлашда муҳим ўрин тутади. Унинг фаолияти тўғридан-тўғри аҳоли билан боғлиқ бўлгани сабабли, касбий муносабатларда этика ва деонтология меъёрларига амал қилиш ҳар доим устувор аҳамиятга эгадир.

Профилактика ходими аҳолининг барча қатламларига тенг, адолатли ва ҳурмат билан ёндашиши зарур. Инсон қадр-қимматини ҳурмат қилиш, уларнинг ҳуқуқларини поймол қилмаслик ва ҳеч қандай ҳолатда камситишга йўл қўймаслик – касбий ахлоқнинг асосий талабларидандир. У ўз фаолиятида аҳолига аниқ ва тушунарли маълумот бериши, уларнинг саволларига сабр ва эътибор билан жавоб қайтариши лозим. Бу ҳолда жамоатчиликда ишонч уйғотиш ва профилактика тадбирларини самарали амалга ошириш имкони яратилади.

Профилактика тадбирлари вақтида шахсий маълумотлар билан ишлашда махфийликка қатъий риоя қилиниши шарт. Аҳолининг соғлиқ ҳолати, турмуш тарзи ёки бошқа хусусий маълумотлари фақат белгиланган мақсадда ва тегишли рухсат билангина қўлланилиши керак. Бу ахлоқий масъулият нафақат ҳуқуқий жиҳатдан, балки инсонпарварлик нуктаи назаридан ҳам муҳим ҳисобланади.

Профилактика ходими ўз касбий бурчларини аниқ ва масъулият билан бажариши зарур. У фуқаролар соғлиғини сақлашда фаол иштирок этиши, уларга соғлом турмуш тарзи асосларини ўргатиши, тиббий кўриклар ёки эмлаш жараёнларида тўғри йўналиш бериш билан шуғулланиши керак. Бу жараёнда аҳолининг маданий хусусиятлари ва маҳаллий анъаналари инобатга олинishi, тарғибот ишлари шунга мос шаклда ташкил этилиши зарур.

Тиббий профилактика ходими жамият манфаати йўлида хизмат қилар экан, унинг ҳар бир ҳаракати, сўзи ва муносабати касбий ахлоқ талабларига мос келиши шарт. Бу нафақат профилактика самарадорлигини таъминлайди, балки бутун соғлиқни сақлаш тизимига бўлган ишончни мустаҳкамлайди.

Этика меъёрлари

1. **Ўзаро ҳурмат ва ишонч.** Иккала мутахассис ҳам бир мақсад – жамият соғлиғини яхшилаш учун иш олиб боради. Шу сабабли, улар ўртасида ўзаро ҳурмат, профессионал ишонч ва ҳамжиҳатлик бўлиши шарт.

2. **Касбий чегараларга риоя қилиш.** Ҳар бир мутахассис ўз вазифа ва ваколатларини аниқ билиши, бир-бирининг вазифасини менсимаслиги, ёки айбловчи танқидлардан сақланиши зарур.

3. **Жамоавий ишлаш маданияти.** Профилактика тадбирлари кўп ҳолларда жамоавий иш шаклида ташкил этилади. Бу ҳолда шифокор ва профилактика ходимининг ҳар бири ўз ҳиссасини кўшиши, жамоа мақсадларига хизмат қилиши керак.

4. **Илмий ахлоқ ва билим алмашиш.** Мутахассислар ўртасида тажриба ва билим алмашинуви — тиббий профилактиканинг ривожланиши учун муҳим. Бу жараёнда манфаатдорликдан, рақобатдан ва маълумотни яширишдан воз кечиш талаб этилади.

Деонтология меъёрлари

1. **Функционал бурчни аниқ бажариш.** Профилактика ходими аҳолини ўрганиш, соғлом турмуш тарзи бўйича маслаҳат бериш, скрининг тадбирларини ўтказишда иштирок этиши мумкин. Шифокор эса тиббий хулоса чиқариш ва даволашда масъул ҳисобланади. Бу бурчларни аниқ ажратиш – ихтилофларнинг олдини олади.

2. **Ҳамкорликда ахлоқий масъулият.** Ҳар икки мутахассис ўз ҳаракатлари учун касбий ва ахлоқий жавобгарликка эга. Биргаликдаги хатолар ёки муваффақиятсизликлар фақат бир томонга юкланмаслиги, балки масъулият тақсимланиши керак.

3. **Беморга хизматда умумий ёндашув.** Агар профилактика тадбири натижасида шифокорга мурожаат қилиш зарур бўлса, профилактика ходими бу жараёнда бемор манфаатида самарали ва ҳурмат билан амалга ошириши керак. Шифокор эса профилактика ходимидан келган тавсия ёки маълумотни ҳурмат билан қабул қилиши керак.

Бемор билан мулоқот аниқ психологик ҳолатни талаб қилади. Шифокорнинг профессионал фаолияти, шифокорни бемор билан бўлган профессионал мулоқоти, тиббиёт ва санъат ўртасидаги ўзаро боғлиқликдан далолат беради. Бемор билан учрашганда аввал саломлашиш керак ва суҳбатлашишга руҳсат сўраш керак. Ҳар доим шифокор ўзини таништириши лозим. Беморни мулоқотга киришишига ёрдамлашиши ва беморга ёқимли тарзда суҳбат ўтказиши керак (бемордан нимадан шикоятлари борлиги; ўзини ҳис қилиши; иштаҳаси; уйку режими ҳақида сўраш лозим). Кўпроқ эшитиш, доимо очик суҳбатлашишга мойиллик туғдиради. Бўлажак тиббиёт ходими беморни эшитиш санъатига эга бўлиши керак.

Шифокор – бемор – ота-она – шахслараро муносабатнинг ўзига хос учбурчагини ҳосил қилади. Бу учбурчак бир хил тенгликка эга эмас, унинг учлари бир хил белгили муносабатларда жойлашмаган. Шифокор касал болага нисбатан катта жавобгарликка эга, унинг касалланиши кўрқув, безовталиқ, ота-онасининг доимий зўриқиши, бемор болалар оддий таъсирларга ҳам реакция кўрсатиши мумкин. Бола доимо оқ халатлиларга нисбатан кўрқув билан қарайди, чунки оқ халат унда оғриқ хиссини эслатади.

Шифокор кўригидан аввал, бола билан мулоқот қилиш керак, уни ўзига ўргатиш, диққатини чалғитиш лозим. Врач ва ота-она ўртасида соғлом муносабатларнинг шаклланиши учун мулойимлик, ширинсўзлик, ҳушмуомалалиқ, эътиборлиқ, ота-онанинг маълумоти ва шахсий

хусусиятлари, кайфиятидан келиб чиқиб индивидуал ёндашувни қўллаш, яъни мулоқотнинг этик қоидаларига риоя қилиш асос бўлади.

Кичик ёшдаги болалар атроф – муҳитга юқори реакция беради; агар уларга хайрихоҳлик билан қаралса, кулади, юмшоқ овозда гапирилса, бола жим туради, аксинча дўқ уриб, қўпол гаплашилса бола йиғлаши мумкин. Боланинг тузалмас, оғир хасталиклари ота-оналарнинг руҳиятига катта таъсир кўрсатади.

Кўпчилик ота– оналар ўзларининг касалликларидан ҳам кўра, болалари ҳақида кўпроқ қайғурадilar. Шифокор ўзининг кўриниши билан ота– оналарга уларнинг болалари тўғрисида қайғуришини кўрсата олиши керак.

Айниқса, ўсмирларни даволаётганда деонтология қоидаларига риоя қилиш керак, чунки уларда жинсий шаклланиш вақтида организмнинг нейроэндокрин тизимида ўзгаришлар юзага келади, психоневроз ривожланади, қалқонсимон без фаолияти бузилади ва бошқа патологик ҳолатлар юз беради. Кўпинча ўсмирларга хос бўлган гумонсираш шифокордан алоҳида деонтологик тактикани талаб этади.

Этика ахлоқ ва тенглик қонуниятларини аниқлайди, уни бузиш жиноий ёки маъмурий жавобгарликка эмас, балки “тенглик судига”, “ҳалоллик судига” олиб келиши керак.

Шифокорнинг тўғридан – тўғри вазифаси бемор билан мулоқотда психологик яхши ёндошиш, унинг ишончини қозониш, ёқимли ва илиқ муҳит яратишдан иборатдир.

Бемор билан тўғри мулоқат қилиш даволашнинг муваффақиятли бўлаги бўлиб ҳисобланади.

Тиббий этика (юнон **этика**- ахлоқий ўрганиш), ёки тиббиёт деонтологияси (**юнон деон - вазифаси, "деонтология"** сўнгги йилларда адабиётда кенг қўлланилмоқда) - тиббий ходимлар ўз касбий вазифаларини бажаришларидаги амал қилиши лозим бўлган ахлоқий меъёрлар ва хулқ тамоиллари бор.

Тиббиёт соҳасидаги ҳар қандай шафқат, меҳрибонлик, сезгирлик ва жавобгарлик, беморга ғамхўрлик ва эҳтиёткорлик билан муносабатда бўлиши керак. Ибн Сино беморга алоҳида ёндашув ҳақида: “Сиз ҳар бир кишининг шахсан ўзига хос табиати борлигини билишингиз керак. Ҳеч кимга ўхшамайдиган ноёб бемор сифатида қараш керак”. Бу сўз нафақат нутқ маданиятини, балки ҳушмуомалалик ҳисси, беморнинг кайфиятини кўтариш, уни эҳтиёткорона ифодалаш билан жароҳатламаслик маъносини англатадиган сўздир.

Тиббиёт касбида алоҳида аҳамиятга эга бўлган суҳбатдошга ҳурмат ва эшитиш қобилияти, суҳбат мазмунигаа қизиқиш ва беморнинг фикри, нутқнинг тўғри ва қулай тарзда қурилиши каби универсал нормалар мавжуд. Тиббий ходимларнинг ташқи кўриниши ҳам жуда муҳимдир: тоза либос ва бош кийими, поябзал, тирноқи олинган, яхши тозаланган қўллар.

Тиббий ходимнинг ахлоқий масъулияти тиббий этиканинг барча принципларига риоя қилишни назарда тутди. Бемор бошқа нарсалар билан бир қаторда, у билан муайян алоқа қоидаларига риоя қилишни ҳам талаб

этади. Бемор болаларга максимал эътибор бериш, уни тинчлантириш, режимга риоя қилиш зарурлигини тушунтириш, дори-дармонларни мунтазам истеъмол қилишини назорат қилиш, соғлиқини сақлаш ёки вазиятни яхшилашга ишонтириш керак. Ҳозирги вақтда антик даврнинг буюк шифокори Гиппократнинг айтган сўзлари муҳимдир: "Беморни севиш ва оқилона тасалли билан ўраб олишлари, лекин энг муҳими, унга уни таҳдид қиладиган нарсалар ҳақида билдирмасликлари зарур".

Беморларга ташхис қўйиш, даволаш, даволаниш ҳолати, ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг нотўғри хатти-ҳаракатлари беморларнинг жисмоний ва маънавий азобланишига олиб келиши мумкин.

Тиббиёт ходимининг тиббий сирларни ошкор қилиши, тиббий ёрдамдан воз кечиши, шахсий ҳаёти бузилганлигини ошкор қилиши ва ҳ.к.га йўл қўйилиши мумкин эмас.

Бемор билан мулоқотнинг деонтологик принципларини бузиш, касалликнинг ривожланишига олиб келиши мумкин, бу ятрогеник касалликлар деб аталади (юнонча *-иатрос* - шифокор, *-генесис* - ҳосил бўлади, пайдо бўлади). Ятроген касалликлар (ятрогения) беморнинг патологик аҳволдир, бу касаллик шифокор ёки бошқа тиббий ходимнинг бепарволиги ёки ножўя ҳаракатларидан келиб чиқади. Беморга оғзаки мулоқотларнинг камлиги, зарарлилиги турли хил психоген шикастланишларга олиб келиши мумкин.

Шифокор ва бемор ўртасидаги ўзаро муносабат фақатгина беморнинг индивидуал хусусиятига боғлиқ бўлмасдан, балки унинг руҳиятига, шахс ва шифокорни ўзини тутиши, умумий ва профессионал маданияти, этика ва деонтология усулларига риоя қилишга ҳам боғлиқдир.

Этика – деонтология усулларининг шаклланиши, бўлажак шифокор дунё қараши ва унинг касбий билимлари асослари, тиббиёт олийгоҳига киргандан бошланади.

Этика ахлоқ ва тенглик қонуниятларини аниқлайди, уни бузиш жиноий ёки маъмурий жавобгарликка эмас, балки “тенглик судига”, “ҳалоллик судига” олиб келиши керак.

Шифокорнинг тўғридан – тўғри вазифаси бемор билан мулоқотда психологик яхши ёндошиш, унинг ишончини қозониш, ёқимли ва илиқ муҳит яратишдан иборатдир.

Бемор билан тўғри мулоқат қилиш даволашнинг муваффақиятли бўлаги бўлиб ҳисобланади.

Ота – оналар билан суҳбат. 5 ёшгача бўлган болалардан сиз барча маълумотларни учинчи шахсдан, ота – онасидан бири ёки боқувчисидан оласиз. Педиатрлар одатда ҳам ота – онадан, ҳам боланинг ўзидан сўраб – суриштирадilar.

Бу эса ота – она ва болани кузатишга шароит яратади. Бунда сиз уларни ўзаро муносабатини тушуниб оласиз, шунингдек ота – оналар ўртасидаги муносабатни, болани чалғитишни, кўркмаслигини уқдирасиз ва секин сўраб суриштиргандан кейин кўрувга ўтасиз. Боланинг олдида ота – онасидан сўраб – суриштириш ўз камчиликларига эга. Агар сиз фақат ота – онасидан

сўраган бўлсангиз, анамнез тўлиқ бўлмаслиги мумкин, кам ҳолларда аниқ бўлади. Бола қатнашганда ота – оналар билан чуқурроқ мавзуда суҳбат ўтказишнинг иложи бўлмайди, шунинг учун сиз ота – она билан кейинроқ яна суҳбат ўтказишингизга тўғри келади (бола хонадан чиққандан сўнг, қабулнинг охирида). Ота– онаси болада кузатилаётган белгиларни айтаётганда ўз хиссиётларини қўшиб гапиришади ва бу объектив ҳисобланмайди. Масалан, ота – оналар фикрича, сурункали йўтал болада тез – тез шамоллаш оқибатида деб билади, бронхиал астманинг юзага келиши эмас деб ўйлайдилар, улар боланинг мактабда ёмон шуғулланишидан қайғурадилар, бунинг сабаби болани қобиляти йўқлиги эмас, балки ўқитувчиси кўпроқ зўриқтирган деб тушунтирадилар. Ота – оналар болаларига ўзгача қарайдилар, ижтимоий ноадекват ҳатти – ҳаракатини тан олмайдилар. Ота – оналарга болалар ҳаммасини тўғри бажараётгандек туюлади. Сиз онадан боласининг соғлиги тўғрисида сўрасангиз, баъзи ҳолларда онага баҳо берасиз, шунинг учун унинг жавобларини диққат билан кузатиш керак. Ўз боласи муаммоларини ҳал қилишга ҳаракат қилган ота – она, шифокор ёрдамига, уни қўллаб – қувватлашига муҳтож бўлади. “нима учун уни олдинроқ олиб келмадингиз?” ёки “сизга буни бажариш керак эмас эди” деган шарҳлар шифокор билан қасал боланинг ота – онаси ўртасидаги ўзаро муносабатга ёрдам бермайди. Бола ҳақида сўралганда, унинг исмини айтиб чақириш керак, “у”, “бола” сўзларини ишлатмаслик лозим. Агар оилавий аҳволини онадан дарров аниқлаб бўлмаса, уни қийнамаслик керак, отаси ҳақида сўраганда, саволлар бериш керак “Наргизани отаси соғ – саломатми?”, “сизнинг турмуш ўртоғингиз соғ – саломатми?” деб сўрамаслик керак. Ота – оналарга, масалан, “ҳурматли Н” деб мурожаат қилиш керак, исмини айтиб, “онаси” ёки “отаси” деб айтмаслик керак. Агар сиз беморнинг ота-онаси билан кўпдан бери таниш бўлсангиз, у ҳолда уларни исми билан мурожаат қилишингиз мумкин. Бундан ташқари, ота – оналарнинг сизга исмингизни айтиб мурожаат қилишларига ҳам тайёр бўлишингиз керак.

Қасалларни сўраб – суриштирганда тўғридан тўғри савол беришдан кўра, ёрдамчи саволлар бериш самараси юқоридир. Аммо, сизнинг суҳбатингиз психологик муаммога тегишли бўлса, тўғри очиқ саволлар ўринли ҳисобланади, чунки ота – оналар бу мавзуда ўзлари гапирмайдилар. Суҳбат сўнгида асосий шикоятларнинг мурожаат қилишнинг ҳақиқий сабаби билан боғлиқлигини билиш шарт. Беморнинг шикоятлари даволаш учун “кириш билети” бўлиб хизмат қилади, ота – оналар мурожаат қилишнинг асосий сабабини яширадилар, улар буни зарурий деб билмайдилар.

Бола билан суҳбат. 5 ёш ва ундан катта болалар қасаллик тарихини тўлдирилганда улар бир неча қўшимча маълумотлар беришлари мумкин. Болалар ота – оналарига нисбатан, симптомлар ва ўзларининг уларга муносабати ҳақида аниқроқ гапиришлари мумкин. Баъзида ота – оналарнинг иштирокисиз, олган маълумотингизни бола билан аниқлаштиришингиз мумкин. Одатда сўраб – суриштиришни бола учун қизиқарли, қўрқинчли бўлмаган мавзудан (масалан, мактабда дарслар қандай ўтди, қанақа чиройли кийим кийиб олган) бошлаш керак. Суҳбатни юмшоқ, майин, болага қизиқиш

уйғотиб ўтказиш керак. Шундан сўнг, оддий чалғитувчи саволлар бериб, болани айнан нима безовта қилади, шуни билишга ҳаракат қилиш керак:

Сенинг онанг менга гапириб берди, қорнинг жуда оғриётган экан. Бу ҳақида менга ўзинг гапириб бер, оғриқни тушунтириб бер.

Сен мактабда тез–тез дарсларни қолдирасанми? Нима оғриқни енгиллаштириши мумкин? Сенингча, бу оғриқни нима қўзғатади?

Болага саволни ундаги субъектив симптомларни баҳолаш учун ҳам бериш мумкин: “менга кўрсатгинчи, айнан қаеринг оғрийди? Бу оғриқ кучсизми ёки нина санчгандайми? Оғриқ бир жойда турадими ёки бошқа жойларга ҳам ўтадими? Оғриқ вақтида сенда қайд қилиш кузатиладими?”

Хатто қадимги хинд тибетларида шифокор ўз издошларига: "Сизни энди эҳтирос, ғазаб, очкўзлик, ақлсизлик, беҳуд зарур, хасад, вахшийлик, хатолик, дангасалик ва ҳар бир ёмон хулқ тарк этади." Ҳар доим шифокорга парфюмерия ва косметика фойдаланиш мумкин эмас деб ҳисобланади. Кучли ва ўткир хид астма, ўткир хиддан бўладиган реакцияга ва унинг аллергияси турли ноҳуш ҳолатларга олиб келиши мумкин.

Тиббий ходимнинг ахлоқий масъулияти тиббий этиканинг барча принципларига риоя қилишни назарда тутаяди. Беморларга ташхис қўйиш, даволаш, даволаниш ҳолати, ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг нотўғри хатти-ҳаракатлари беморларнинг жисмоний ва маънавий азобланишига олиб келиши мумкин. Тиббиёт ходимининг тиббий сирларни ошкор қилиши, тиббий ёрдамдан воз кечиши, шахсий ҳаёти бузилганлигини ошкор қилиши ва ҳ.к.га йўл қўйилиши мумкин эмас.

Бемор бошқа нарсалар билан бир қаторда, у билан муайян алоқа қоидаларига риоя қилишни ҳам талаб этади. Беморга максимал эътибор бериш, уни тинчлантириш, режимга риоя қилиш зарурлигини тушунтириш, дори-дармонларни мунтазам истеъмол қилишини назорат қилиш, соғлиқини сақлаш ёки вазиятни яхшилашга ишонтириш керак.

Ўсмирлар билан суҳбат. Катталар ўсмирлар билан суҳбатлашганда, кўп ҳолларда қийинчилик сезадилар, чунки уларнинг жавоби тўлақонли эмас, кўп сўзли эмас, лекин бу ҳолат ҳар доим ҳам шундай кузатилмайди. Ўсмир бола, бошқа кўпгина одамларга ўхшаб, ҳаммани яхши кўради, ким унга ҳақиқий қизиқиш уйғотса, унга катталарга ўхшаб мурожаат қилгандай қараса, уни дўстона тарзда яхши кўради.

Ўсмирлар, қачонки, сўраб суриштириш уларни муаммосига эмас, уларга тегишли бўлса очикча гапиришга мойил. Шунинг учун сўраб – суриштиришни унинг ўртоқлари, мактабга қизиқиши, оиласи ҳақида бошлаш керак. Ўсмирлар шифокорларга ўз ташаббуси, ёки ота – оналарининг маслаҳати билан мурожаат қиладилар. Улар ўзлари ёки ота – оналаридан бири билан келиши мумкин. Бу вақтда ота – оналарга ёки ўсмирга тушунтириш керак, ўсмирларга тиббий ёрдам кўрсатиш аниқ махфийликни талаб этади. Аввал ота – оналардан сўраб – суриштиринг, сўнгра ўсмир билан алоҳида суҳбат ўтказинг. Конфиденциаллик (махфийлик) “сир сақлаш” эмас, балки ўзаро бир – бирини ҳурмат қилишга асосланган. Катталар билан суҳбатлашгандаги баъзи усуллар, ўсмир бола билан мулоқотда бўлганда мос

келмайди. Ўсмирларни сўраб суриштирганда, фикрлаш доираси шакланмаганлигини ҳисобга олиб, рефлексияни (фикр юритиш) ишлатиш керак эмас, чунки у аниқ фикрлаш кўникмаларини талаб қилади. Суҳбат вақтида жим туриб беморни тинглаш тактикасини қўллаш тўғри эмас, чунки ўсмирларда ўзига нисбатан етарли ишонч ҳали бўлмайди.

Тиббий ходимнинг маънавий-ахлоқий меъёрларига риоя этиши нафақат уларнинг вазифаларини бажаришга, балки ўз вазифаларини бажаришдан қочиш ёки профессионал бўлмаган тарзда бажарганлиги учун жавобгарликни ҳам таъминлайди. Тиббий ходимнинг фаолиятида ҳам хатолар, ҳам тиббий ҳуқуқбузарлик содир бўлиши мумкин.

Тиббий ходимнинг маънавий-ахлоқий меъёрларига риоя этиши нафақат уларнинг вазифаларини бажаришга, балки ўз вазифаларини бажаришдан қочиш ёки профессионал бўлмаган тарзда бажарганлиги учун жавобгарликни ҳам таъминлайди.

Аммо 300 йилдан ортиқ вақт олдин «Инглиз гиппократи» Томас Сиденхем (1624-1689) бемор учун нафақат беморнинг руҳини жароҳатлайдиган тиббий ходимнинг ҳаракати, балки бошқа мумкин бўлган омилларни - тиббий манипуляцияларнинг нотўғри оқибатларининг хавфини таъкидлади. Шунинг учун ҳозирги вақтда ятрогеник касалликнинг келиб чиқиши тиббиёт ходимларининг муайян ҳаракатларига боғлиқ бўлган ҳар қандай касалликка тааллуқлидир.

Назорат саволлари:

1. Этика ва деонтология нима?
2. Этик бурч нимадан иборат?
3. Деонтология нимани ўргатади?
4. Тиббий деонтологиянинг вазифалари нимадан иборат?
5. Болалар шифохонасида тиббий ходимларнинг ўзаро мулоқати нимадан иборат?
6. Тиббий ходимнинг бемор қариндошлари билан ўзаро муносабати?
7. Тиббий ходим қандай қонун қоидаларга риоя қилиши керак?
8. Шифокор сири деганда нимани тушунаси?
9. Тиббий ходим этика ва деонтология тартибини бузганида қандай юридик жавобгарликка тортилади?

1.2. Болалик даврлари

Болалик туғилганда эмас, ҳомиладорлик давридан (кўпайишдан) бошланади. Болаларнинг аъзо ва тизимлари катталарга нисбатан морфологик структураси ва функцияси билан фарқланади.

Бола организми ўсувчи ва ривожланувчи бўлиб, ўзига хос анатомик – физиологик хусусиятларга эга, боланинг ўсиш даври ўзига хос характерли ўзгаришларни ўз ичига олади.

Инсон ҳаётидаги энг масъулиятли ва фаол ривожланиш даври — бу болалик давридир. Бу босқичда бола организмда жадал ўсиш, физиологик, психологик ва ижтимоий ўзгаришлар содир бўлади. Педиатрия ва тиббий профилактика соҳаларида боланинг ҳар бир ривожланиш босқичи учун турли

ёндашувлар, профилактик чоралар ва тиббий кузатувлар белгиланади. Шу сабабли болалик даврларини тўғри таснифлаш ва ҳар бир босқичнинг ўзига хос жиҳатларини билиш жуда муҳим аҳамият касб этади.

Болаликни даврларга бўлиш ҳар бир ёш даврлари учун характерли бўлган морфофункционал ва физиологик хусусиятларга асосланади. Н.П.Гундобин таклиф этган ва А.Ф.Тур қўшимча қилган болалик даврлари схемаси асос ҳисобланади.

Болалик даврларининг ҳар бир босқичи тиббий профилактика шифокорларидан махсус билим, етук таҳлил қобилияти ва мулоқот маданиятини талаб қилади. Бу даврларда ўтказиладиган профилактик чоралар боланинг на фақат жисмоний, балки руҳий ва ижтимоий соғломлигини таъминлашда ҳал қилувчи аҳамиятга эгадир. Шифокорлар ўз ишларида ҳар бир болани алоҳида индивидуал шахс сифатида баҳолаб, аниқ профилактик стратегияни шакллантиришлари керак.

Болалик даврлари ҳомила ичи ва ҳомиладан ташқари даврларга бўлинади, бошқача айтганда антенатал ва постнатал болалик даврлари. Онасида туғруқ жараёни бошланиши билан бола туғилишигача бўлган давр *интранатал давр* дейилади. Бола ривожланиши ҳомила ичи даври “ҳомилдорлик болалиги” 10 ой (акушерлик ойлиги) давом этади ёки ўртача 270 – 280 кун ва бу давр ўз навбатида қуйидагиларга бўлинади:

а) эмбрионал (эмбрион) ривожланиш фазаси, 2 – ойгача давом этади.

б) йўлдош (ҳомила) ривожланиш фазаси, 3 – ойдан 10 – ойгача.

Ҳомиладан ташқари боланинг ривожланиш даври қуйидагиларга ажратилади:

1. Чақалоқлик даври – 3-4 хафтагача;
2. Кўкрак ёши даври ва кичик ясли ёши, 3-4 хафтадан 1 ёшгача давом этади;
3. Мактабгача (ёки ясли) даври 1 ёшдан 3 ёшгача;
4. Мактаб олди – 3-7 ёш;
5. Кичик мактаб ёши 7-11 ёш;
6. Катта мактаб ёши (пубертат давр) 12 ёшдан 17-18 ёшгача.

Ҳомила ичи ривожланиш даври

Бу даврга тез ўсиш ва она организми ҳисобига озикланиш характерлидир. Биринчи 2 ойликни ўз ичига олган эмбрионал ривожланиш фазасида органларнинг барпо бўлиши, ҳомиланинг шаклланиши ва ҳомила қобикларининг-сувли (амнион), тукли (хорион), сариқ пуфак ва аллактекснинг ривожланиши кузатилади.

Озиқ моддалар билан таъминланиш сариқлик пуфаги ичидан ўтувчи томирлар орқали бажарилади. Бу сариқликдаги қон айланиш дейилади. Озиқ моддалар захираси бу ерда кўп эмас ва жуда тезда йўқолади, бу озикланиш ўрнини йўлдош (плацента) қон айланиши олади.

Биринчи ойнинг охирида эмбрион узунлиги 1 см, вазни 1 граммга тенг бўлади. Иккинчи ойнинг охирига келиб, эмбрион узунлиги 4 см.га, вазни 5 граммга ошади. Биринчи 2 ойликда эмбрион ташқи кўриниши хайвон эмбрионидан фарқланмайди, лекин 2-чи ойнинг охирида бошчаси аниқ билинади ва ҳомила узунлигининг 1/2 ни ташкил қилади, аввал бурун,

лаблари, жағ, кўзлари ҳосил бўлади. Оёқ – кўлларида кафтларни фарқлаш мумкин ва бармоқларнинг билинар – билинмас шаклланиши кузатилади. Эмбрионал даврнинг охирига келиб, ҳомила ўзининг ташқи кўринишидан одам қиёфасини эслатади ва ҳомила номини олади.

3 ойликдан бошлаб ҳомила ўсади, она организмдан йўлдош орқали олаётган озуқа моддалар ва кислород ҳисобига ривожланади. Йўлдош, ҳомила учун муҳим, ҳаёти учун керакли органдир.

Йўлдош орқали озуқа моддаларни етарли даражада келмаслиги ҳомиланинг нормал ўсиш ва ривожига таъсир кўрсатади. Шунингдек, йўлдошда газ алмашувининг бузилиши она ва ҳомиланинг ҳолатига таъсир қилади. Мисол учун, ҳомиладорликда анемия, иситма ҳолатлари, шунингдек ўпка тўқимаси функцияси пасайиши касаллиги (пневмония) оксидланиш жараёни ва нормал газ алмашинуви бузилишига сабаб бўлади, бу эса ҳомилада ривожланишни бузилишига олиб келади, ҳомила ичи асфиксиясига ва ҳомила нобуд бўлишига сабаб бўлади.

Учинчи ойнинг охирига келиб, ҳомила узунлиги 8 – 9 см, вазни 20 – 25 граммга етади. Оёқ- кўл бармоқлари аниқ фарқланади, ташқи жинсий аъзолар билинади. Тўртинчи ойнинг охирида ҳомила 15 – 16 смга, вазни 100 – 120 граммга катталашади. Ҳомиланинг жинси аниқ билинади. 4 ойликда калла суяги шакллана бошлайди. Оёқ – кўлларида актив ҳаракатлар пайдо бўлади, 4-5 ойлигидан бошлаб, она сезади -ҳаракатлар кучли бўлади - бу ҳомиланинг биринчи ҳаракати дейилади.

Тери ости ёғ қатлами бу вақтда ҳали бўлмайдди, териси юпқа, тиниқ, мушак ва томирлар теридан билиниб туради. Ҳомила ичагида биринчи нажас – меконий тўплана бошлайди.

Бешинчи ойнинг охирига келиб, ҳомила узунлиги 25 см, вазни ўртача 300 граммга етади. Бу вақтда бошида сочлар ва танасида тукчалар пайдо бўлади. Ёғ тўпланиши бошланади ва асосан бўйин ва думбада тери ости ёғ қавати ҳосил бўлади. Ёғ безлари фаолияти бошланади ва ҳомила териси аста – секин ёғсимон қопламга эга бўлади. Она қорни девори орқали ҳомила юрак уришини эшитиш мумкин.

Ҳомиладорликнинг олтинчи ойи охирига келиб, ҳомила узунлиги 30 см, вазни 600 – 700 граммга етади. Агар ҳомила бу муддатда тирик туғилса, оёқ – кўллари ҳаракатланади, лекин тезда нобуд бўлади. Баъзи ҳолларда 750 – 800 грамм вазнда чала туғилган чақалоклар яхши муҳит, алоҳида парвариш бўлса яшаши мумкин.

Ҳомиладорликнинг еттинчи ойи охирида ҳомила узунлиги 35 см, вазни 1200 граммга етади. Териси ҳали бужмайган, ҳомиланинг кўриниши қариялар юзига ўхшайди. Бу муддатда ҳомила тирик туғилиши мумкин, нафас олади ва паст овозда йиғлайди. Бу ёшда ҳомила яшаши мумкин, лекин яхши ривожланмаганлиги сабабли, ташқи муҳитга мослашиниши қийин, алоҳида парвариш қилинишига қарамасдан, ҳомиланинг кўпчилиги нобуд бўлади.

Саккизинчи ойнинг охирига келиб, ҳомила узунлиги 40 см вазни – 1800 г – 2100 граммга етади. Бу ойда туғилган ҳомила чала бўлишига қарамай, яхши парвариш қилинса яшайди.

Тўққизинчи ойнинг охирида ҳомила узунлиги 45 см, вазни 2500 гр. Ўнинчи ойнинг охирига келиб, ҳомила етук, бўйи 48-52 см, вазни 3200-3600 гр. Бош айланаси 33-34 см, кўкрак айланаси 32-33 см, тери ости қатламининг яхши ривожланиши ҳисобига, тери бужмайиши йўқолади ва ҳомила қария кўринишини йўқотади. Қизғиш рангдаги тери оқаради ва пушти – қизил ёки пушти рангда бўлади. Елкада, кўкрагининг юқори қисмида туклар сақланади.

Бошининг баландлиги тана узунлигининг $\frac{1}{4}$ қисмини ташкил қилади. Ҳомила ичи ривожланишида тана вазни 6,000 марта (0,6 мг дан 3500 г гача), тана узунлиги эса 5000 марта (0,1мм дан 50 см гача) кўпаяди. Ҳомиланинг тўғри ривожланишига онанинг соғлиғи, овқатланиши, хаёти, руҳий ва жисмоний зўриқиши, ҳомиладорлик кечиш даври, ҳомиладорлик токсикози она ва бола резус – омили мос келмаслиги таъсир қилади.

Эмбрионнинг нуқсонлари ҳомиладорликнинг биринчи 3 ойлигида ривожланади, бу эмбрионал ривожланиш фазасига тўғри келади ва эмбриомутация дейилади.

Эмбриомутация -инфекция таъсирида, озиқланишнинг бузилиши, моддалар алмашинуви бузилиши, иммун жараёнлар гипоксияси, нурланиш таъсирида вужудга келади. Она ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлигида вирусли инфекция билан касалланса, масалан қизилча, у холда эмбрионда туғма нуқсонлар пайдо бўлади. Бола қоринчалараро ва бўлмачалараро тўсиқнинг нуқсони, ички кулоқ зарарланиши ва сут тишлари шаклланиши нуқсони билан туғилади.

Ҳомила ичи ривожланишининг 4–ойлигидан бошлаб, ҳомиланинг касаллиги **фетопатия** деб аталади. Фетопатия наслий бўлиши мумкин. Орттирилган фетопатияда патоген агентлар бевосита ҳомилага таъсир кўрсатади ёки йўлдошни зарарлайди, ҳомила нобуд бўлишига олиб келади, ҳомила гипоксияси ёки муддатидан олдин туғруққа сабаб бўлади.

Инфекцион фетопатиялар вужудга келишига сув чечак вируси, Коксаки, бактериялар сабаб бўлади. Наслий фетопатияларга муковисцидоз, фиброэластоз ва бошқалар киради. Барча ҳомила ичи касалликлари, эмбрио ва фетопатиялар - **кимотопатиялар** деб аталади.

Ҳомиланинг тўғри ривожланиши учун туғруқгача (антенатал) даврда ҳомилани муҳофаза қилиш катта аҳамиятга эга. Умуман аёллар соғлиғини муҳофаза қилишга тўғри келади. Шундай қилиб, ҳомила ичи ривожланиш даврида бир қанча профилактик тадбирлар қўлланилиши мумкин.

Нормал кечган ҳомиладорлик соғлом аёлдан 10 – ойликнинг охирида соғлом етук бола туғилади.

Чақалоқлик даври. Бошқача айтганда, бу давр неонатал давр дейилади. Чақалоқлар учун ҳомиладорликдан ташқари янги муҳитга мослашиш ҳолати характерлидир. Бола туғилиши билан кислород ва озуқа моддаларни организмга кириши ўзгаради, ўпка нафаси ва доимий қон айланиши яратилади. Қоннинг морфологик ва физико – кимёвий хусусиятлари

Ўзгаради, овқатланиш безларини секрецияси бошланади. Бир вақтнинг ўзида киндикнинг мумификацияси ва тушиши, болада киндик ярасининг битиши ва бошқалар юз беради. Чақалоқларда турли органларнинг функционал етишмовчилиги физиологик сариқлик, диспепсия, албуминурия, транзитор иситма, тана вазнининг физиологик йўқолишига сабаб бўлади. Она организмнинг гормонал таъсири сабабли, чақалоқларда мастит – кўкрак безлари шиши, қиндан қонли ажралма келиши ва вулвовагинитлар пайдо бўлади.

Чақалоқлик даври учун қуйидаги патологик ҳолатлар ҳарактерлидир:
-чалалик, функционал етишмовчилик ва бошқа ривожланиш нуқсонлари
– фақатгина, чақалоқлик даврида резус номутаносиблик ҳолати учрайди, она ва бола ўртасида антигаен номутаносиблик, туғма гемолитик касаллик
-сариқлик билан, сариқсиз ва шиш билан учрайди.

Чақалоқлар қизамиқ, қизилча, скарлатина ва кўкйўтал билан умуман оғримасликлари мумкин. Бўғма, қорин тифи, паратиф касалликлари, сув чечак ўзига хос кечишига эга бўлиб, абортив шаклда кузатилади.

Чақалоқлар организмнинг бу инфекцияларга чидамлилиги онадан болага антителоларнинг йўлдош орқали пассив ҳолда ҳомила ичи даврида ва кўкрак сути билан овқатлантирилганда ўтиши билан тушунтирилади. Чақалоқларда стафилококк, стрептококк, ичак таёқчалари штаммига ва салмонеллэзга юқори сезувчанлик аниқланади. Бу микроорганизмлар чақалоқларда оғир токсикосептик ҳолатларни келтириб чиқаради.

Чақалоқларда марказий нерв системаси тўлиқ такомиллашмаганлиги ва химоя вазифаси етарли даражада ривожланмаганлиги сабабли кўпроқ ўлим ҳолати келиб чиқади. Шунинг учун чақалоқлар учун аниқ санитария – гигиена шароитини яратишга тўғри келади. Агар бола муддатидан олдин туғилса (270 – 280 кундан олдин) у чала туғилган дейилади, лекин яшаши мумкин, яъни бачадон ичидан ташқарида (ҳомила ичидан ташқари) ҳам ўсиши мумкин. Ҳомиладорлик муддатидан олдин юзага келса, чала туғилган бўлади. Бундай чала туғилган бола, ҳомиладан ташқари шароитга етарли даражада мослашмаган ва алоҳида парваришга муҳтож бўлади. Шунинг учун етук ёки чала туғилганлигини аниқлаш зарур.

Боланинг етук туғилганлигини аниқлаш учун биринчи навбатда бола туғилгандан сўнг бўйи ва вазнини ҳисобга олиш керак, улар яққол белгиларга киради. Юқорида айтиб ўтилганидек, етук туғилган боланинг туғилгандаги

ўртача вазни 3.200-3.600 г, бўйи 48-52 см. етук туғилган болада туғилгандаги энг кичик вазни 2.500 г, бўйи 45-46 см. Чақалоқда туғилганда 2500 г дан кам вазни бўлса ва бўйи 45 смдан, кичик бўлса бола чала туғилган дейилади. Умуман олганда, ҳомила 6 ойликдан олдин туғилса ва вазни 900-1000 г бўлса, у яшамайди.

Чалаликнинг пастки чегарасида вазн 1000 гр.дан кам, бўйи 35 см.бўлади. Чақалоқлар бу кўрсаткичлардан паст туғилса, кечки ҳомила тушишларга киради.

Юқорида келтирилган кўрсаткичлар, боланинг бўйи ва вазни туғилганда етук туғилишнинг кўпроқ ёки камроқ ишончли белгилари ҳисобланади, лекин бу кўрсаткичларнинг ўзгариб туриши ушбу чақалоқнинг етук ёки чала туғилганлигини белгиловчи асос бўла олмайди. Муддатидан олдин туғилган йирик ҳомила етук туғилган чақалоқлардан ҳам каттароқ бўлиши мумкин. Шунинг учун тана вазнига – ўлчамига аҳамият бериб қолмасдан, ҳомиладорликнинг охирига ҳафталарида ҳомилада учрайдиган бошқа нисбий белгиларга ҳам эътибор бериш.

Етук ва чала туғилганликнинг нисбий белгиларига қуйидагилар киради:

1. Етук туғилган чақалоқлар териси пушти – қизил, силлиқ, эластик, елкада, орқасида, кўкраклар орасида қисман тукчалар- лануголар бўлади.

Чала туғилган болаларда, чалаликнинг даражасига қараб, териси жуда юпка, аниқ қизил рангда цианотик соялар, ялтироқ ёғ билан қоплангандай ёки қурук, юзида, асосан ёноқлари, кўкраги, елкасида, орқасида тукчалар яққол кўринади

2. Етук туғилган чақалоқлар қичқириғи баланд, жарангдор, чала туғилганларда кучсиз, жарангсиз, паст бўлади.

3. Етук туғилган чақалоқ ҳаракатлари актив, секин, тарқоқ, координациялашмаган, мушаклар гипертонусда бўлади. Чала туғилганларда ҳаракати кучсиз, мушаклар гипотоник ҳолатда бўлади.

4. Етук туғилган чақалоқларда тери ости ёғ қатлами, яхши ривожланган, тургор сақланган. Чала туғилганларда эса тери ости ёғ қатлами жуда суст ривожланган ёки умуман бўлмайди (чалалик даражасига боғлиқ), тўқималар тургори жуда суст, тери бурмалари билинади.

5. Етук туғилганларда калла суяги қаттиқ, чала туғилганларда юмшоқ, бўш бўлади. Чоклар ва лиқилдоқлар етук ва чала туғилганларда ҳам очиқ бўлиши мумкин.

6. Етук туғилганларда қулоқ супралари қаттиқ тоғай тўқимадан иборат ва тасвири яхши билинади ва калладан алоҳида туради.

Чала туғилганларда улар юмшоқ ва каллага ёпишиб туради, тасвири яхши билинмайди.

Баъзи кўлланмаларда ёзилишича, масалан, тирноқлар яхши ривожланмаслиги, қиз болаларда жинсий тирқишнинг очиклиги, ўғил болаларда уруғдоннинг ёрғоққа тушмаслиги, бу белгилар доимий эмас ва уларга асосланиб чалалик даражаси ташхис қилинмайди.

Кўкрак ёши даври. Бу давр учун ошқозон – ичак трактининг нисбий етишмовчилиги хосдир, бу ичак тракти шиллиқ қаватининг нозиклиги, безларнинг паст ферментатив фаолияти ва ферментлар активлиги пастлиги билан боғлиқдир. Шунинг учун бир ёшгача бўлган болаларда овқат ҳазм қилиш ва озикланишнинг ўткир ва сурункали бузилишлари кўп учрайди. Бир ёшгача бўлган бола ҳаётининг бошқа хусусияти, танасининг интенсив ўсишидир.

Бола ҳаётининг биринчи йилида бола тана вазни 200% га, бўйи 50% га кўпаяди. Бу даврда бола ўзининг мотор ва интеллектуал ривожланишининг биринчи босқичини ўтади.

Кўкрак ёшида баъзи бир конституция нуксонлари учрайди: экссудатив-катарал, нерв-артритик ва лимфатик-гипопластик диатез. Бола скелетининг интенсив ўсиши, турғун бўлмаган моддалар алмашинуви кўкрак ёшидаги болаларда рахит касаллигини келтириб чиқариши мумкин.

Бирламчи пассив иммунитет бола ҳаётининг биринчи йили охирига бориб, секин – аста камаяди, орттирилган иммунитет ҳали кузатилмайди. Шунинг учун кўкрак ёши болалари 4 – 5 ойлигидан бошлаб қизамиқ, сув чечак, скарлатина, кўк йўтал, грипп ва бошқа ҳаво томчи инфекциялари билан оғриydi.

Нафас олиш аъзолари анатома – физиологик хусусиятлари пневмония ва бошқа нафас аъзолари касалликлари кўпайиши билан тушунтирилади. Энг кўп инфекциянинг кириш дарвозаси тери, ичак шиллиқ қавати ва юқори нафас йўллари ҳисобланади.

Мактаб олди ёши даври ёки эрта болалик даври. Бола организми барча функционал имкониятларининг доимий шаклланиши билан характерланади. Аммо бу ёшда бола юқори даражада нозиклиги ва жароҳатларга мойилликнинг юқорилиги билан ажралиб туради. Бу ёшдаги болаларга ҳаракат ривожланиши ва мушак кучлари ортиши хосдир.

Бу даврда атроф – муҳит билан мулоқотнинг кенгайиши инфекцион касалликлар билан касалланишга шароит яратади. Шунинг учун бу даврда ўткир инфекциялар: қизамиқ, скарлатина, бўғма, сув чечак, дизентерия, паротит, кўк йўтал ва бошқалар кўп кузатилади.

Бу ёшдаги болалар бошқа ёшдаги болаларга нисбатан юқумли касалликлар билан кўпроқ касалланади. Унинг сабаби, 1 ёшдан 10 ёшгача бўлган болаларда ўткир инфекцияларга нисбатан иммунитет пастлиги билан тушунтирилади.

Мактабгача ёш даври. Бу давр боланинг кейинги ақлий ривожланиши, жисмонан ўсиши ва ҳаракат уйғунлиги билан характерланади. Бундан ташқари, болаларда ўз тенгдошлари билан мулоқотда бўлиш талаби ортади.

Бу ёшда типик аллергия реакциялар, бронхиал астма, ревматизм, эшак эми ва бошқалар кўп учрайди. Туберкулез билан зарарланиш кўпаяди. Мактабгача даврда болалар жисмонан ва ақлий ривожланиш бўйича мактаб ҳаётига тайёрланишлари лозим.

Кичик мактаб ёши даври. Бу даврда болаларда мушак тизими яхши ривожланади ва интеллект юзага чиқади. Ўғил ва қиз болаларнинг рухий ривожланишига жинсий безлар таъсир этади. Бу ёшдаги болаларда эндокрин дисфункцияларнинг турли шакллари учрайди.

Юрак – қон томир касалликлари, ревматизм, асаб, буйрак касалликлари учраши ортади. Кўпгина касалликлар бу даврда худди катталарникидек кечади. Болаликнинг бу даврида боланинг келажақдаги характери шаклланади.

Жинсий шаклланиш ёки катта мактаб ёши даври. Бу давр жинсий безларнинг шаклланиши ва ишга тушиши билан характерланади.

Қиз болаларда жинсий шаклланиш 12 ёшдан бошланади ва 16 – 18 ёшларда тугайди, ўғил болаларда бу давр 13 – 14 ёшдан бошланади ва 18 – 20 ёшларда тугайди. Иссиқ иқлим шароитида жинсий шаклланиш 1 – 2 йил эрта бошланади. Бу даврда иккиламчи жинсий белгилар юзага келади: қовуқ ва кўлтиқ ости соҳасида (сочлар) туклар ўсиши, қизларда кўкрак безлари ривожланиши, ўғил болаларда овоз йўғонлашуви вужудга келади.

Жинсий безларнинг етуклиги ва уларнинг функционал тайёрлиги ўсмирлик даврига хос физиологик ўзгаришларнинг муҳим кўрсаткичи ҳисобланади. Қиз болаларда бу ҳолат биринчи ҳайз (менархе) келиши билан, ўғил болаларда эса уйқу вақтида полюция содир бўлиши билан намоён бўлади. Ушбу белги организмда жинсий гормонлар ишлаб чиқарилишининг фаоллашганини, репродуктив тизимнинг фаолиятга тайёрланаётганини англатади.

Жинсий шаклланишда айрим нуқсонлар ва индивидуал фарқлар ҳам кузатилиши мумкин. Улар гормонал фоннинг бузилиши ёки эндокрин тизим фаолиятидаги ноўхшашликлар билан боғлиқ бўлиши эҳтимолдан холи эмас. Шунингдек, психоэмоционал ҳолат ҳам катта аҳамиятга эга бўлиб, ўсмирлик даврида неврозлар, асабийлашиш, хулқ-атвор ўзгаришлари кўпроқ учрайди.

Скелет тизимидаги ўсиш жадал кечади. Бу даврда калла суягининг юз қисми жадал ривожланади, мия қисмига нисбатан ўсиш устунлик қилади. Бу нафақат ташқи кўринишдаги ўзгаришларга, балки бош миянинг анатомик мутаносиблигига ҳам таъсир кўрсатиши мумкин. Шу билан бирга, кўкрак қафаси ва оёқлар ҳам интенсив ўсади. Тананинг умумий пропорциялари ўзгаради, ва ушбу ўзгаришлар баъзан муваққат номувофиқликка олиб келиши мумкин.

Шу сабабли, ўсмирлик даврида болаларни доимий тиббий кузатувда ушлаб туриш, уларнинг гормонал, кардиологик ва психоэмоционал ҳолатини баҳолаб бориш жуда муҳим ҳисобланади.

Жадвал 1.

Қиз болаларнинг жинсий ривожланиш даври (Ж.М.Таннер бўйича)

<i>Босқичлар</i>	<i>Қовуқ туклари</i>	<i>Кўкрак безлари</i>
1	Пубертат олди	Пубертат олди
2	сийрак, енгил пигментлашган, тўғри, майин, Юмшоқ, лаблар бўйлаб (11,5) *	Кўкрак ва сўрғич кўтарилган, ареола диаметри катталашган (11,0)
3	Анча қалинлашган, ўралиш бошланган (12,5)	Кўкрак ва ареола катталашган, умумий контурга эга (12,0)
4	қаттиқ, ўралувчан, лекин	Ареола ва сўрғич кўкрак

	катталарга нисбатан кам, сонда бўлмайди (13,0)	бези контуридан чиқиб туради (13,0)
5	Катта аёлларга хос учбурчак, соннинг ички юзига тарқалган (14,5)	Етилган кўкрак бези, сўрғич чиқиб туради, ареола – умумий контурнинг ярмига тенг (15,5)

**қавс ичида босқич бошланиши кўрсатилган (ёшда);*

2-жадвал

Ўғил болаларнинг жинсий ривожланиш босқичлари (Ж.М.Таннер бўйича)

Босқичлар	Қовуқ туклари	Жинсий, аъзо, уруғдон
1	Йўқ	Пубертат олди
2	сийрак, узун, кам пигментлашган, Юмшоқ (13,5)*	Жинсий олат катталиги ўртача, мойк катта, тўқ рангда, бурмали (11,5)
3	Анча тук, ўралиш бошланган, кўп эмас, олат асосида (14,0)	Олат узунлиги катталашган, мойк ва уруғдон катталашган (13,0)
4	қаттиқ, ўралади, катталар типиди, лекин камроқ, сонда йўқ (14,5)	Олат кенгайган, мойк ва уруғдон катталашган, териси тўқ рангда (14,0)
5	Катталар кўринишида, соннинг ички юзасида, лекин горизонтал чегарада (15,0)	Катталарникидек ўлчамида (15,0)
6	Киндиккача тарқалган	

**қавс ичида босқич бошланиши кўрсатилган (ёшда);*

Жинсий ривожланишда қиз болалар ўғил болаларга нисбатан 2 йил олдин етилади, бу гетерохронлик етилганлик ҳисобланиб, шу ёшдаги жинсларнинг ўзаро алоқасида муаммолар келтириб чиқаради. Бир хил жинсларнинг етилиши ҳам хар-хил бўлиши мумкин. Психологларнинг кузатуви кўрсатадики, ривожланиши ўрта ёшга тўғри келган қизлар ўзини баҳолаши ижобий, кеч етилган қизларда эса эрта етилганларга нисбатан ўзини баҳолаш анча юқори туради. Ўғил болалар эса аксинча кеч ривожланганда қайғуради, уларнинг ўзини баҳолаши тушиб кетади, катталарга тобъе бўлиб қолади ва тенгдошларидан ўзини олиб қочади, оналарига боғлиқ бўлиб қолади. Эрта етилган ўғил болалар анча ўзини устун кўяди ва раҳбарлик қилишга мойил бўлади.

Назорат саволлари:

1. Болалик даврларини айтиб беринг?

2. Чақалоқлик даврининг хусусиятлари?
3. Кўкрак ёшидаги давр хусусиятлари?
4. Мактабдан олдинги давр хусусиятлари?
5. Ўсмирлик даврларига характеристика беринг?
6. Жинсий ўзгаришлар ҳақида гапириб беринг?

1.3. Жисмоний ривожланиш мониторинги

Инсоннинг жисмоний ривожланиши деганда морфологик ва функционал белгилар йиғиндиси, ўзаро бир-бири билан боғлиқлиги тушунилади. Бола организмини шаклланиш ва ривожланиш жараёни интенсив кечади, ташқи муҳитга алоҳида сезгирлигини аниқлайди. Боланинг жисмоний ривожланишига иқлим шароити, яшаш шароити, кун тартиби, овқатланиш характери, шунингдек ўтказган касалликлари таъсир қилади. Жисмоний ривожланиш темпига ирсий омиллар, конституция тури, моддалар алмашинуви интенсивлиги, организмнинг эндокрин фони, қондаги ферментлар активлиги ва озиқланиш безлари секрецияси ҳам таъсир кўрсатади. Шу сабабли, болаларни жисмоний ривожланишини тенглиги, улар соғлигини ишончли кўрсаткичи бўлиб ҳисобланади.

Болаларни жисмоний ривожланишини баҳолашда қуйидаги кўрсаткичларни ҳисобга олиш керак:

1. Морфологик кўрсаткичлар: тана вазни ва бўйи, кўкрак қафаси айланаси, 3 ёшгача бўлган болаларда бош айланаси.
2. Функционал кўрсаткичлар: ўпканинг тириклик сигими, бармоқлар мушак кучи ва бошқалар.
3. Мушаклар ва мушак тонуси ривожланиши, қадди-қомат ҳолати, таянч-ҳаракат аппарати, тери ости ёғ қатлами ривожланиши, тўқималар тургори.

Боланинг хронологик ёшини аниқлаш

Ўсиш индикаторларини баҳолашда боланинг ёшини аниқ билиш керак. Буни математик ҳисоб орқали ёки калкулятор орқали ҳисоблаш мумкин.

Хронологик ёш йилларда ва ойларда ҳисобланади:

Мисол 1.

Ўлчаш вақти: 2006 (йил) . 04 (ой) . 25 (сон)

Туғилиш вақти: 2005 02 18

Хронологик ёш: 1 йил 2 ой 7 кун

Тана оғирликни ўлчаш

Болаларни тарозда тортишда қуйдагиларга эътибор бериш керак:

- Мустаҳкам ва аниқ
- Электрон
- 150 кг ўлчамли
- Аниқ ўлчаши 0,1 кг (100 г)
- Тарозни созлаш осон бўлиши керак.

Бола вазнини ўлчаш

Бу лабил кўрсаткич бўлиб, конституцион хусусиятлар, нерв-эндокрин ва соматик бузилишлар таъсирида ўзгариши мумкин, у экзоген сабабларга ҳам боғлиқ (овқатланиш, кун тартибига). Боланинг тана вазнига энг интенсив кўшилиши 1 ёшгача ва пубертат даврга тўғри келади.

2 ёшдан катта болаларни вазнини ўлчаш

Агар бола 2 ёш ва ундан катта бўлса ва эркин тура олса болани алоҳида ўзини тортиш мумкин. Болани онасидан бола кийимлари ва пойафзалини ечишни сўранг. Болага қимирламасдан туриш кераклигини тушунтиринг. Бола билан юмшоқ сўзлашинг.

- Тарозини тайёрлаш учун қуёшли панелни ёпиб туринг, 0,0 сон пайдо бўлганда тарози тайёр бўлади.
- Бола тарозининг ўртасига туриши керак ва ўлчаш вақтида бола қимирламаслигини тушунтиринг.

Тана ва бўйи узунлигини ўлчаш

Болани ёшига қараб унинг тана узунлиги ва бўйи ўлчанади. Боланинг тана узунлиги ётқизилган ҳолда ўлчанади.

Бўйи узунлиги эса турган ҳолатда ўлчанади.

Умуман олганда бўйи турган ҳолатда ўлчанганда 0,7 см кам.

Бу маълумотлар ЖССТ стандартларида ҳисобга олинган, шу сабабли буни бола тана узунлиги ёки бўйини ўлчашда ҳисобга олиш керак.

Агар 2 ёшгача бўлган болани бўйини ўлчашда бола ётишни ҳоҳламаса, уни бўйи турган ҳолда ўлчаб 0,7 см бўйи узунлигига кўшилади.

Агар 2 ёшли ёки ундан катта болалар туришга қуввати бўлмаса бола бўйи ётган ҳолда ўлчанади ва 0,7 см бўйи узунлигидан олиб ташланади.

Болани бўйини ўлчаш асбоби, бўйи ўлчаш доскаси деб аталади (инфантомером), бу асбобни текис, тўғри жойга масалан, стол устига ўрнатиш керак. Бўйи узунлигини ўлчаш учун ростомер текис пол устига ўрнатилади.

Жисмоний ривожланишни баҳолаш ва мониторинг қилиш учун маълум вақт ичида болани ўлчаб туриш зарур:

- тана вазни ва кўшилиш тезлиги;
- бўйи ўсиш тезлиги
- бош айланаси ва ўсиш тезлиги;
- психомотор ва ақлий ривожланиши.

Тана юзаси майдонини аниқлаш

$\text{Тана юзасининг майдони (м}^2\text{)} = \sqrt{\text{тана вазни (кг)} \times \text{бўйи (см)}} : 3600$

Бола ривожланиши пропорционалликни баҳолаш учун баъзи антропометрик индекслардан фойдаланилади.

Чулицский индекси (Озиқланишни баҳолаш индекси):

3 х елка айланаси, + сон айланаси + болдир айланаси – тана узунлиги.

Бир ёшгача болаларда 20 – 25 см, 2 – 3 ёшда - 20см, 6 – 7 ёш 15-10 см.

Эрисман индекси. Кўкрак айланаси (см) – ярим бўйи (см).

Боланинг кўкрак қафаси ривожланиши ва озиқланишини характерлайди.

Кўкрак қафаси айланаси бир ёшгача болаларда бўйининг ярмидан 10-13,5 см га ортиқ, 2-3 ёш – 9 – 6 см, 6 -7 ёш 4 – 2 см, 8 -10 ёш – 1 смдан катта ёки 3 смдан кичик. Боланинг жисмоний ривожланишини индивидуал баҳолашда шу регион учун махсус ишлаб чиқилган антропометрик кўрсаткичларни норматив ва стандартлар билан таққослаш, боланинг климатогеографик яшаш шароитини ҳисобга олиш лозим. Таклиф қилинган нормативлар билан бола ривожланишини морфофункционал баҳолаш, сизамал регрессион ёки центил усулларда бажарилиши мумкин.

Жисмоний ривожланиш мониторингини ўтказиш орқали ўсишнинг орқада қолишини клиник белгилар юзага келишидан олдин аниқлаш мумкин.

Ҳамма босқичларда болада ўтказиладиган ўлчашлар - бўйи, тана вазни, бош айланаси стандарт диаграммада нуқта кўринишида белгиланади ва жисмоний ривожланишнинг (эгри чизик) графиги тузилади, диаграмманинг ўзи боланинг ривожланиш картасида бўлиши керак.

Ҳар бир графикда 5 та эгри чизик бўлиб, улардан асосийлари – медиана 0, -2 ва +2 стандарт оғиш (СО) ҳисобланади. Бўйи ва вазни -2СО ва +2СО га тўғри келган болаларнинг жисмоний ривожланиши нормада ҳисобланади.

-2СО дан паст ва -3СО гача бўлган, +2СО дан юқори ва +3СО гача бўлган натижалар паст ва нормадан юқори ҳисобланади ва бундай болалар озиш ва семиришга мойил бўлган бола сифатида алоҳида эътиборни талаб қилади.

-3СО дан паст ва +3СО дан юқори кўрсаткичли болалар ёмон кўрсаткичли ҳисобланади. Бола ривожланиши пропорционаллигини баҳолаш учун баъзи антропометрик индекслардан фойдаланилади.

Бўй кўрсаткичларини таҳлил қилиши

Бола ривожланиши пропорционаллигини баҳолаш учун баъзи антропометрик индекслардан фойдаланилади.

Бу модул орқали боланинг баъзи жисмоний кўрсаткичлари таҳлил қилинади:

- Узунлиги/бўйи ёшига нисбатан
- Вазин ёшига нисбатан
- Вазин бўй узунлигига нисбатан
- Вазин индекси ёшга нисбатан

Жисмоний ривожланиш мониторингини ўтказиш орқали ўсишнинг орқада қолишини клиник белгилар юзага келишидан олдин аниқлаш мумкин ва олинган кўрсаткичларни таҳлил қилиб бориш муҳим.

Ҳамма босқичларда болада ўтказиладиган ўлчашлар - бўйи, тана вазни, бош айланаси стандарт диаграммада нуқта кўринишида белгиланади ва жисмоний ривожланишнинг (эгри чизик) графиги тузилади, диаграмманинг ўзи боланинг ривожланиш картасида бўлиши керак ва текширувдаги кўрсаткичлар бу картага ўз вақтида ёзиб борилиши керак бўлади.

Назорат саволлари:

1. Жисмоний ривожланиш нима?
2. Бўй узунлиги ва тана узунлиги нима?

3. Боланинг хронологик ёши?
4. Вазн бўй индексини аниқланг?
5. Жисмоний ривожланиш мониторинги?
6. Бўй узунлигини интерпритация қилинг?
7. 1 ёшгача бўлган болаларни вазнини ўлчаш қоидалари?
8. 2 ёшдан катта болаларнинг бўйини ўлчанг?

1.4. Боланинг психомотор ривожланиши

Асаб системасининг ривожланиши бола туғилгандан пубертат давргача давом этади. Бош миyaning энг интенсив ўсиши ва ривожланиши бола ҳаётининг биринчи йилига тўғри келади. Постнатал даврда асаб системасининг турли бўлимлари ҳар – хил муддатларда ривожланишдан тўхтайдди. Биринчи ярим йилликда пирамидал йўллар – кўндаланг ядроси шаклланиши тугайди. Шу сабабли мушаклар таранглиги тўхтайдди, тартибсиз ҳаракатлар тартибли ҳаракатлар билан алмашиналади. Миёча интенсив ўсади ва ҳаётининг иккинчи ярим йиллигида ривожланади, 2 ёшда унинг ривожланиши тугайди. Миёча ривожланиши билан ҳаракат координацияси шаклланади. Асаб–руҳий ривожланиш муаммоларидан бири, тартибли координациялашган ҳаракатларнинг ривожланиши ҳисобланади. Асосан, пўстлокнинг ривожланиши, пешона, чакка, тана соҳаларининг ривожланиши билан боғлиқ, нейронлар пролиферацияси бир йилгача давом этади.

Бола ҳаётининг биринчи кундаёқ барча сезиш органлари ўз фаолиятини бошлайди. Чақалоқларда фарқланадиган хусусияти шундан иборатки, генерализацияга мойиллиги бўлган барча реакциялар нодифференциал характерга эга. Бир неча рецепторларни кўзғатиш локал реакцияларни эмас, балки таркоқ реакцияларни чақиради.

Етук туғилган болада бир қанча туғма ёки шартсиз рефлекслар бўлади. Уларга сўриш, ютиш, қовоқни юмиш, йўтал, аксириш, сийдик ажралиши, дефекация ва бошқалар киради. Улар организмнинг атроф – муҳитга мослашувини таъминлайди ва бола ҳаётининг биринчи йилида эволюцияга учрайди.

Шарциз рефлекс шаклидаги туғма реакциялар бола ҳаётининг биринчи кунларидаёқ дунёга келганини характерлайди. Кейинчалик боланинг ҳаётида орттирилган рефлекслар рол ўйнайди, организмнинг ташқи муҳит билан ўзаро таъсирини таъминлайди.

Биринчи ойнинг охирида, 2 ой бошларида болада оддий, нисбатан турғун шартли рефлекслар шаклланади.

Қуйида рудиментар, транзитор шартсиз рефлекслар келтирилган.

1. *Моро рефлекси:* бола ётган стол устига тукуллатилганда, бола қўлларини ёнга ёзади кейин худди кучоқлагандай бирлаштиради. Нормада бу рефлекс 4 ойда йўқолади.

2. *Робинсон рефлекси:* боланинг кафтига бирон нарсани берилса қаттиқ ушлаб олади. Нормада 2-4 ойда йўқолади.

3. *Кафт-оғиз рефлекси (Бабкин рефлекси)*: бармоқ билан боланинг тенерларига босилганда унинг оғзи очилади. 3 ойда йўқолади.

4. *Эмаклаш рефлекси (Бауер рефлекси)*: бола қорнида ётганда тавонларига қўлларни қўйиб турилса, у олдинга ҳаракат қилади. Нормада 4 ойларда йўқолади.

5. *Кернига рефлекси*: оёғи тўғри бурчак остида тос-сон бўғимига букилганда, оёғини тизза бўғимида тўлиқ йиғаолмайди. Нормада бу рефлекс 4 ойдан кейин йўқолади.

Учинчи ойнинг охирларида болада мураккаб, дифференциялашган рефлекслар пайдо бўлади, улар бош мия пўстлоғининг анализатор функцияси ривожланишини кўрсатади.

Олий асаб фаолиятининг тараққий этиши, яъни шартли рефлексларнинг юзага келиши, бола ҳаётининг биринчи йилида тез шаклланади. Катталарга нисбатан болалар ташқи муҳит билан шартли боғлиқларни енгил вужудга келтиради ва улар болаларда турғунроқ бўлади. Болалар ўзини тутиш ва кўникмаларни тезда ўрганади ва бутун ҳаёти давомида сақланиб қолади. Бола ҳаётида нутқ катта аҳамиятга эга.

Нутқнинг шаклланиши бош миянинг функционал шаклланиши ва сенсор тизимнинг функцияси тикланишига боғлиқ. Шуни эса тутиш лозимки, нутқнинг ривожланиши болаларнинг катталар билан мулоқотда бўлиши, тарбиявий фаолликнинг натижаси ҳисобланади.

Боланинг ривожланиши ва тарбияси кун тартиби, унга ўргатилган муҳим кўникмалар, шароит яратишдан иборатдир. Бу эса ўз навбатида боланинг жисмонан баркамол ривожланиши, кайфияти яхши бўлишига олиб келади.

Бола ҳаётининг иккинчи йилида рухий мотор ва жисмоний ривожланиши интенсивлашади. Шартли рефлекслар бу ёшда тез шакллана бошлайди. Болада ҳаракатлар жуда фаол, ўзини тутишида ижобий эмоция яққол кўринади, улар кўпгина овоз ва сўзларни келтиради, тез – тез ва қаттиқ кулади, атрофдигиларга қизиқиш уйғотади. Ҳаётининг 2 ёшлиги, биринчи ярим йиллигида юра бошлайди, нутқ ва ҳаракат координацияси яхшиланади, сўз бойлиги кўпаяди.

Иккинчи ярим йиллигида ўйнашни яхши кўради, болалар бир – бирлари билан ўйнашга ҳаракат қилади, катталарнинг талабларини бажаради. Ўзини тутишни элементар талабларига ўрганади.

Бола ҳаётининг 3 ёшлигида мотор кўникмалари шаклланиши давом этади. Атрофдагилар билан киришувчан, нутқи мукаммаллашади, кўпроқ ўйнайди.

4 – 5 ёшларда болада ўзига хонлик пайдо бўлади. Улар фақатгина атроф – муҳит таъсирини эмас, балки эшитиш ёки китоб ўқиш, катталарни гапириб берганларини тез эслаб қоладилар.

Болалар дарсларда жамият ва табиат ҳақидаги маълумотларни яхши қабул қилишади. Шу даврда бола янги сўзларни тез эслаб қолади, расм чизиш, мусиқани ўрганиш, оддий меҳнат кўникмаларни бажаради. Шу билан бирга эстетик қабул қилиш, жамоат ўртасида ўзини тутиш шаклланади.

Фикрлаш ривожланади, бошида аниқ – реалистик, мактаб ёшининг бошида эса – абстракт фикрлаш пайдо бўлади. 13-15 ёшларга келиб фикрлашни юқори босқичи тугалланади.

3-жадвал

Болалар ҳаётининг биринчи йилида мотор омиллари ривожланишининг ўртача муддати ва чегаралари

<i>Ҳаракат</i>	<i>Эга бўлишининг ўртача ёши</i>	<i>Мумкин бўлган чегаралар</i>
жилмайиши (табассум)	5 - ҳафта	3 – 8 ҳафта
ғу – ғулаш (гапириш)	7 – ҳафта	4 – 11 ҳафта
бошни ушлаш	2 – ой	1,5 – 3 ой
қўлларнинг йўналтирилган ҳаракатлари	4 – ой	2,5 -5,5 ой
ағдарилиш	5 – ой	3,5 – 6,5 ой
Ўтириш	6 – ой	5,5 – 8 ой
Емаклаш	7 – ой	5 – 9 ой
еркин ушлаш	8 – ой	5,5 – 10,5 ой
Тик туриш	9 – ой	6 -11 ой
ҳимоя билан қадам ташлаш	9,5 ой	6,5 – 12,5 ой
эркин (ўзи) тўхташ	10, 5 ой	8 – 13 ой
эркин (ўзи) юриш	11,5 ой	9 - 14 ой

Соғлом болаларда ҳаракат активлиги шаклланиш босқичлари
1 ойликда. Ушлаб турганда қисқа вақтда бошини ушлаб туради. Нарсаларга қарайди ва қисқа вақт давомида уларни кузатади.

2 ойликда. Бошини тўғри тутаяди. Қўзлари билан ҳаракатланаётган шахсларни кузатади, кулиб қараган шахсларга жилмаяди, овоз чиқаради.

3 ойликда. Бошини ва кўкрагини қорнида ётиб кўтаради, ҳаракатлари актив. Кўкракни танийди. Яқинларини бегоналардан фарқлайди.

4 ойликда. Кўкракдан қоринга айлана олади. Нарсаларни ушлайди. Нимагадир (кимгадир), нарсларга ташланади. Қаттиқ кулади. Ўйнашни яхши кўради.

6 ойликда. Минимал ушлаганда ўтиради, қориндан орқага айланади. Нарсаларни бир қўлидан бошқа қўлига қўяди ва оғзига олиб боради. Айрим харфларни гапирди.

7 - 8 ойликларида. “Сенсор нутқ” ривожланади. Эмаклайди. Нарсаларни ағдаради, “она”, “баба” сўзларини гапирди. Ўйинчоқларни бир қўлидан иккинчисига беради.

12 ой. Тик туради, ушлаб турганда юради, 8-10 сўзни билади. 2 та нарсани ушлайди. Сўраганда ўйинчоқларни узатади. Оддий ҳаракатларни бажаради. Овозни билади, сўзларни такрорлайди.

18 ойликда. Югуриши мумкин, кўтарилади ва зинапоярларга кўтарилиши мумкин. Ўзи овқатланади. Оддий гапларни гапирди.

2 ёш. Таниш суратларни билади, нарсалар ҳақида сўрайди, уларни номини айтади, уй ишларига қизиқади. Ўзини ўйинчоқларини тахлайди. Эртақлар эшитади. Зинапоялардан ишончли кўтарилади.

3 ёш. Зиналарда юради. Бир оёқда қисқа вақтда туради, 3 – гилдиракли велосипедда юради. Эшикни очади. Сакрайди, ўйнайди, расм чизади.

4 ёш. Жойида сакрайди, айлана чизади. Асосан 6 та асосий рангларни, фамилия, исми, ёши, жинсини билади. Бошқа болалар билан ўйнайди. Сўзларни грамматик тўғри тузади. чет тилларини билишга қобилияти катта.

5 ёш. Бир неча бош ҳарфларни ёзади, расм чизади, ботинкасини ипини боғлайди. Расмларни чизади.

Бола руҳиятининг шаклланиши 4 босқичга бўлинади

Биринчи босқич – мотор, бола ҳаётининг биринчи йилида мотор кўникмаларни билиш билан характерланади.

Иккинчи босқич – сенсор, бир ёшдан уч ёшгача давом этади. Ҳаракатлар психомотор характерга эга, яъни билиб ҳаракат қилади. Сенсомотор ривожланиш барча руҳий функцияларни шаклланишида база ҳисобланади, жумладан қабул қилиш, эътибор, мақсадли ҳаракат, фикрлаш ва тан олиш.

Учинчи босқич – аффеқтли давр, уч ёшдан ун икки ёшгача давом этади. Шахс ий доимий характердаги мулоҳазаларга эга.

Тўртинчи босқич – идеаторли давр (12 – 14 ёш). Мураккаб тушунча шаклланади, тушуниш, изоҳ бериш, ақлни жамлаш юзага келади. Болалар фикрларини олдиндан режалаштирадилар. Фикрлашлари абстрактли бўлади. Шахс шакллана бошлайди.

Бола ҳаётининг алоҳида даврларида руҳий бузилишлар ва касалликлар пайдо бўлишига мойиллик юқори бўлади. Бу даврлар кризис деб аталади. Кризиснинг 2 хили мавжуд: 2-7,5 ёшда ва 12-15 ёшда.

Биринчи кризисда – парапубертат даврда руҳий ва жисмоний сифатлар ҳаёт билан таъминловчи тузимлар фаолиятига таъсир кўрсатади. Бу ёшдан руҳий сферанинг қисман оғрикли ҳолатлари бошланади.

Иккинчи кризис – пубертат давр – ички секреция безларининг қайта тикланиши билан боғлиқ болалар тез ўсади, жинсий метаморфоз кузатилади. Бу даврда болаларни жаҳли тез чиқади, алоҳида эътибор талаб қилади.

Импринтинг – дарров хотирасида сақлаб қолиш механизми, бунда биринчи эсда тутиш таъсир этиш характерини аниқлайди, кейинчалик ҳаёти ва организм фаолиятига таъсир қилади. Унинг ўрни узоқ вақт давомида боланинг асаб руҳий ривожланишида етарлича ўрганилмаган. Кузатишлар шуни кўрсатадики, импринтинг боланинг асаб – руҳий шаклланишида ва келажакдаги хатти – ҳаракатларида, узоқ йиллар давомида аниқланади.

Болага она томонидан парвариш кейинчалик жамиятда ўз ўрнини эгалашда асосий ҳисобланади. Болани характери ва хатти – ҳаракати, айниқса мактаб ёшида, уларни болалигида ким парваришлаганига ҳам боғлиқдир.

Атроф – муҳит шароити, тарбияси ва турли – хил касалликлар болада олий асаб фаолиятининг нормал ривожланишини орқада қолдириши мумкин,

шунинг учун умумий амалиёт шифокори ота – оналарга болани баркамол тарбияси ҳақида маслаҳат беришлари керак.

Назорат саволлари:

1. Физиологик рефлексларни санаб ўтинг?
2. Бола асаб тизими босқичлари?
3. 3,5-6,5 ойлик болани мотор ҳаракатларини айтинг?
4. Қайси ойда бола эркин ўтира олади?
5. Қайси ёшда бола эркин юра олади?
6. Бола руҳиятининг шаклланиш босқичлари?
7. Импринтинг нима?
8. Боланинг ҳаракат моторикаси нима?

II ВОВ. СОҒЛОМ БОЛАНИ ОВҚАТЛАНТИРИШ

2.1. Кўкрак сути билан овқатлантириш тамойиллари

Табиий - кўкрак сути билан овқатлантириш бола туғилгандан 1-1,5 йил ичида адекват овқатлантиришнинг табиий шакли ҳисобланади. Кўкрак сути билан эмизиш бола ҳаётининг биринчи 6-ойлигида тўғри овқатлантиришнинг ягона усули ҳисобланади. Туғруқхонада чақалоқни биринчи марта кўкракга қўйиш биринчи мулоқот муоложаси билан олиб борилади.

Вақтига етиб туғилган чақалоқда туғилгандан сўнг 102-150 мин орасида овқат қидиришнинг туғма дастурига асосан кўкракни эмиш учун имкониятлар бор: она кўкрагига эмаклаб бориш, оғзини катта очган ҳолда қўл ва оғизнинг координацион ҳаракати билан кўкрак учини қидириш, кўкракни сўриш ва уйқуси келгунича эмиш.

Кўкрак билан эмишни бола туғилгандан кейин биринчи соат даврида бошлаш керак, чунки бу вақтда боланинг иккала рефлекси (қидирув ва сўриш), кўкрак бези соҳаси сезгирлиги онанинг тактил стимуляцияси бу вақтда юқори бўлади. Туғруқдан кейин тери мулоқоти яқинроқ бўлиши керак, асоратланмаган туғруқдан сўнг, она қорнига болани ётқизиб қўйиш тавсия этилади.

4-Жадвал

Доимий кўкрак сути ва сигир сути (100 млда) таркиби ва бола озуқа аралашмаси таркиби тўғрисида тавсия

№	Компонентлар	Кўкрак сути ўртача қиймати	Бола озуқа аралашмаси қиймати	Сигир сути
1	энергия (кДЖ)	280	250-315	276
2	энергия (ккал)	67	60-75	66
3	Оқсил (г)	1,3	1,2-1,95	3,2
4	Ёғ (г)	4,2	2,1-4,2	3,9

5	Углевод (г)	7	4.6-9,1	4,6
6	Натрий (мг)	15	13-39	55
7	Хлор (мг)	43	32,5-81	97
8	Кальций (мг)	35	59	120
9	Фосфор (мг)	15	16,3-58,5	92
10	Темир (мг)	76	325-975	60
11	Вит А	60	39-117	35
12	Вит С	3,8	5,2	1,8
13	Вит Д	0,01	0,65-1,63	0,08

Она ва бола соғлиги учун кўкрак сути билан эмизишнинг афзалликлари
Эмизикли бола учун:

- Диспептик касалликларнинг тарқалиши ва давомийлиги пасаяди
- Респиратор инфекциялардан ҳимояни таъминлайди
- Отит ва отит қайталанишининг тарқалишини камайтиради
- Чақалоқлар некротик энтероколити, бактеремия, менингит, ботулизм ва сийдик йўллари инфекциясидан ҳимоялайди
- Аутоиммун касалликларга мойилликни камайтиради
- Тўсатдан ўлим синдромига мойилликни камайтиради
- Сигир сутига аллергия ривожланиши мойиллигини пасайтиради
- Катта ёшдаги болаларда семиришга мойилликни камайтиради
- Сут таркибида ярим тўйинмаган ёғ кислоталарни борлиги туфайли психомотор ривожланиш ва кўриш ўткирлиги ошади
- ОҚ шкаласи бўйича ақлий ривожланиш кўрсаткичи ортади, бу сут таркибидаги омиллар ёки юқори стимуллиги билан боғлиқ
- Жағ нуқсонлари камаяди

Она учун:

- Бола туғилгандан кейин кўкрак билан эмишни эрта бошлаш, онанинг туғруқдан кейин куч тиклашига, бачадон инволюцияси тезлашувига ва қон кетишни олдини олишга, шу билан бирга оналар ўлимини пасайишига, онада гемоглобин захирасини сақлашга, қон кетишини пасайиши ҳисобига, унинг организмида темир миқдорини кўпайишига олиб келади
- Климакс олди ёши даврида кўкрак бези сарамасига мойилликни камайтиради
- Тухумдонлар сарамасига мойилликни пасайтиради

- Суяклар минерализациясини яхшилайти ва шу орқали климакс олди ёши даврида сон суяги синишига мойилликни пасайтиради.

Оғиз сути

Оғиз сути – сариқ ёки кулранг-сариқ рангдаги елимсимон, қуюқ суюқлик, хомиладорликнинг охирида ва туғруқдан кейин биринчи 3 кунда ажралади. Иситилганда енгил эрийди. Оғиз сутида оксил, вит А, каротин, аскорбин кислотаси, вит В12, Е, тузлар, доимий сутга нисбатан кўп бўлади. Альбумин ва глобулин фракциялари казеиндан кўпроқ. Казеин лактациянинг 4-кундан бошлаб пайдо бўлади, унинг миқдори аста-секин кўпаяди. Болани кўкракга қўйишдан олдин оғиз сутида ига А, ёғ ва сут шакари етук сутга нисбатан кам бўлади. Оғиз сути оксигени бола оксил зардобига ўхшашлиги сабабли ўзгармаган ҳолда сўрилади. Оғиз сути гемотроф ва амниотроф озикланиш давлари ўртасидаги оралик шакли ва лактотроф озикланиш бошланиши ҳисобланади.

Биринчи кунларда оғиз сүтининг энергетик қиймати 1500 ккал/л, 2-кунда - 1100ккал/л, 3 - кунда 800 ккал/лга тенг келади.

Этук (доимий) сут - бир неча кундан кейин ишлаб чиқилади, унинг миқдори ошади, кўкрак безлари тўлишади, шишади ва оғир бўлади. Бу ҳолат «сутни ўтиши» деб аталади.

эрта сут - эмизишнинг бошида ишлаб чиқилади.

Кечки сут - эмизишнинг охирида ишлаб чиқилади. Ранги оқ, эрта сутга нисбатан унда ёғлар кўп. Бу ёғ табиий овқатлантиришда асосий энергия манбаи бўлиб ҳисобланади. Эрта сут кечки сутга қараганда, ҳаворанг тусда, у кўп ҳажмда ажралади ва бошқа компонентлар билан таъминлайди. Биринчи 6 ойлигида иссиқ иқлим бўлишига қарамай, қўшимча суюқлик ичириш мумкин эмас. Агар бола чанқашни сув билан қониқтирса, кўкрак сүтини кам миқдорда эмади.

Она сүтининг афзалликлари:

1. Оғиз сути ва она сутида ичак инфекцияси чакирувчисига, эшерихий, шигаелла, энтеровирус, респиратор инфекцияга, вирусли касалликлар кўзгатувчисига, бактериал инфекцияларга қарши антителолар бор.
2. Оғиз сутида иммуноглобулинларнинг барча синфлари, асосан иммуноглобулин А (90%) бор. Лактацияда унинг миқдори камаяди, лекин суткалик талаби юқориликча қолади. Бу иммуноглобулин А инвазияга қарши биринчи ҳимоя вазифасини ўтайди, бактериялар адгезиясини пасайтиради, вирусларни нейтраллайди, аллергияцияни камайтиради.
3. Лактациянинг биринчи 4-ҳафтасида она сутида лактоферрин (50-100мг/л) бўлади, у фагоцитозни активлаштиради, ичакда ионизациялашган темирни боғлайди, бактериал флорани янгидан ҳосил бўлишини блоклайди. У сутдаги умумий оксигени 15-20% ини ташкил қилади. Сигир сутида лактоферрин 10-15 марта кам.
4. Оғиз сутида С₃ комплемент компонентлари (30мг кунда) ва С₄ (10мг кунда) мавжуд.
5. Она сутида сигир сүтига қараганда лизоцим миқдори 100-300 марта юқори бўлади. Унинг таъсири бактерия қобиғини зарарлашдан иборат,

сўлакда амилазанинг ҳосил бўлишини стимуллади, ошқозон кислоталигини кўтаради.

6. Она сутида бифидус-фактор бор, унинг активлиги сигир сутига нисбатан 100 марта юқори. Бу углевод бифидус флора, сут ва сирка кислотаси ҳосил бўлишини таъминлайди, ўз навбатида стафилококк, сальмонелла, шигаелла, эшерихий ўсишига тўсқинлик қилади. Табиий овқатлантиришда ичакда лактобактерин ва бошқа микроорганизмларнинг нисбати 1000:1; сунъий овқатлантиришда эса - 10:1га тенг.

7. 1 мл она сути таркибида 0,5-1 млн гача тирик хужайралар, макрофаглар 50-80%, лимфоцитлар - 10-15% бор. Сутдаги макрофаглар интерферон, лактоферрин, лизоцим, комплемент компонентларини синтезлайди, улар ўз хусусиятларини ичак инфекцияларида ҳам сақлайдилар.

8. Она сутига аллергия аниқ эмас, бир ёшгача бўлган болаларда сутли аралашмага аллергия эса 18%ни ташкил қилади.

9. Она сути, асосан оғиз сути, сигир сутидан фарқли, ўз таркибида гипофиз, калқонсимон без гормонларини сақлайди.

10. Она сутида 30 га яқин фермент бор, улар гидролизда қатнашади, бу она сутининг юқори ҳазм бўлишини таъминлайди.

11. Она сутида оксил 2 марта кам, лекин углеводлар (лактоза) хайвон сутига нисбатан кўпроқ. Ёғлар миқдори бир хилда. Углеводларнинг энергетик баҳоси она сутида - 45%, сигир сутида - 30%, ёғ - 50% энергетик қийматини ташкил қилади.

12. Она сутида сигир сутига қараганда кул камроқ бўлади.

13. Зардобдаги лактоалбумин ва лактоглобулинлар миқдори казеиногенга нисбати 3:2 ни ташкил этади, шунинг учун мослаштирилган аралашмалар зардобли оксил билан тўйинган. Она сутида протеолитик ферментлар ҳам бўлади.

14. Кўкрак сутида ёғларни асосий компонентлари - уч глицеридлардир. Болаларда ошқозон ости беши липазаси активлиги пастлиги ва конъюгациялашган ўт тузларининг паст концентрацияси ёғ гидролизини қийинлаштиради. Кўкрак сутида пальмитин кислота миқдори паст, у енгил гидролизни таъминлайди.

15. Кўкрак сутида сут глюкозаси (лактоза) сигир сутига нисбатан кўпроқ, кўкрак сутида – лактоза, ингичка ичакда секин ҳазм бўлади ва йўғон ичакда граммусбат бактериал флора ўсишини таъминлайди.

16. Кўкрак сутида кальций ва фосфорнинг нисбати 2-2,5:1, сигир сутида -1:1, бу уларнинг сўрилиши ва ҳазм бўлишига таъсир кўрсатади. Кўкрак сутида кальцийнинг ҳазм бўлиш коэффициенти 60%, сигир сутида - жами 20%.

Она сути сигир сутига қараганда темир, мисс, цинк, ёғда эрийдиган витаминларга бой бўлади.

2.2. Сунъий ва аралаш овқатлантириш

Сунъий овқатлантириш – болани она сути ўрнини босувчи аралашмалар билан шиша идишдан овқатлантириш, бунда болани кунига бир марта кўкрак сути билан эмизиш ёки кўкрак сути хажми 50-100 мл га тенг бўлиши ҳам мумкин.

Сунъий овқатлантириш бола учун физиологик ҳисобланмайди, боланинг келгуси ҳаётидаги биологик хусусиятларни ўзгариши ва касалланиш спектрини ўзгартиради. Аралаш ва сунъий овқатлантириш фақатгина ҳаёт кўрсатмасига асосан ўтказилади, агар онасида адекват лактация бўлмаса, болада сурункали оч қолишга юқори мойиллик бўлса, унда аралаш ёки сунъий аралашмага ўтилади.

4-10% тукқан аёлларда адекват лактация бўлмайди.

Она томонидан табиий овқатлантиришга қарши кўрсатмалар:

- Сил касаллигининг бацилло ажралиши билан кечадиган очиқ шакли;
- ОИВ инфекцияси;
- Ўта хавфли инфекция (чечак, сибир яраси), қоқшол;
- Юрак, буйрак, жигар касалликларининг декомпенсация даври;
- Ўткир руҳий касалликлар;
- Хавфли ўсмалар;

Агар онаси қуйидаги юқумли касалликлар - қизамиқ, сув чечак билан касалланган бўлса, у ҳолда болага иммуноглобулин А юборилгандан сўнг кўкрак билан эмизилса бўлади. Терлама, сурункали гепатит, ич буруғ, сальмонеллезда - она сутини соғиб, стерилизациядан кейин болага бериш мумкин. ЎРВИ, ангина, бронхит ва пневмониядан кейин онанинг тана ҳарорати тушса ва умумий аҳволи яхшиланса болани эмизишга рухсат берилади. Бунда ниқобдан фойдаланиш керак ва эмизиш орасида она ва бола мулоқотини чегаралаш керак.

Болани эмизишга жиддий қарши кўрсатма, шунингдек соғилган сут билан ҳам боқишга қарши кўрсатма бўлиб, онанинг давосида баъзи дори воситаларни ишлатиш ҳисобланади.

Бола томонидан кўкрак сутини эмишга қарши кўрсатмалар:

- моддалар алмашинувининг ирсий касалликлари,
- галактоземия,
- фенилкетонурия,
- лактаза етишмовчилиги.

Бугунги кунда аралаш ва сунъий овқатлантириш саноат ишлаб чиқаришига асосланган мосланган куруқ ва суюқ сут аралашмалари билан олиб борилади. Бола ҳаётининг биринчи йилида сунъий овқатлантириш учун таркибида соя сақловчи маҳсулотлардан фойдаланилади, уларнинг озуқа аҳамияти сигир сутидан тайёрланган аралашмалардан кам эмас. Улар асосан аллергия касалликларга мойиллиги бўлган болаларда ишлатилади.

Сунъий овқатлантириш техникаси

Аралаш овқатлантирилганда фақат битта аралашмани ишлатиш, сунъий овқатлантирилганда иккитадан ортиқ бўлмаган аралашмани қўллаш қулайдир. Нордонроқ аралашмаларни ширин ёки чучук билан бериш мумкин, у суткалик овқат ҳажмининг 1/3-1/2 қисмини ташкил қилади. Агар нисбатан эрта аралаш овқатлантиришга ўтказиш зарурияти бўлса (3-5 ойлардан олдин) лактацияни қўзғатиш учун эмизиш сонини кўпайтириш керак, кейин бир неча ҳафта давомида аралашмалар билан тўлиқ бўлмаган устама

овқатлантириш берилади, сўнг тўлиқ қўшимча овқат билан эмизиш сонини олдинги ҳолатига қайтилади. Агар лактация бир меъёрда бўлса (200-400 мл) аралаш овқатлантиришда болани аввал кўкракка тутиш, сўнгра сутли бўтқани бериш керак бўлади.

Аралаш ва сунъий овқатлантиришда икки поғонали овқатлантириш тизимидан фойдаланиш маъқул: сут миқдорини аниқлаш ва аралашмани танлаш.

5-жадвал

Бир ёшгача бўлган болаларни сунъий овқатлантириши

<i>Ёши</i>	<i>Америка ва Оврўпа мактаблари</i>	<i>Россия мактаби</i>
Кун давомида эмизишлар сони		
Ҳаётининг 1-ҳафталиги	6 – 10	7 – 8
1 ҳафталик – 1 ойлик	6 – 8	7 – 8
1 – 3 ойлари	5 – 6	7 – 6
3 – 7 ойлари	4 – 5	6 – 5
4 – 9 ойлари	3 – 4	6 – 5
8 – 12 ойлари	3	5
Бир марталик эмизишда аралашмалар ҳажми, мл		
биринчи 2 ҳафталиги	60 – 90	70
3 ҳафталикдан – 2 ойгача	120 – 150	100
2 – 3 ойлари	150 – 180	120
3 – 4 ойлари	180 – 210	160
5 – 12 ҳафталиклари	210 - 240	200

Аралашмалар боланинг туз ва витаминларга эҳтиёжини қондиради. Сунъий аралашмаларнинг осмолярлиги баланд бўлгани учун кўп суюлиқни талаб этади. Буни қондириш учун болани овқатлантиришдан сўнг ёки овқатланиш оралиғида қайнаган сув бериш керак.

Сунъий овқатлантиришдаги энг асосий муаммо бу бола организмга зарар етказмайдиган, оптимал адаптирланган сут аралашмаларини танлаш ҳисобланади. Бугунги кунда Ўзбекистон ҳудудида “Нестле” (Швейцария) компанияси томонидан тавсия этилган сут-қатиқ маҳсулотлари кенг қўлланиб келинмоқда. Бир ёшгача бўлган болаларга замонавий мослаштирилган сут-қатиқ аралашмаси зарур. Янги “НАН нордон сутли” 1 ва 2 аралашмалари ичак микрофлораси таркибини яхшилаш, иммунитетни мустаҳкамлаш, ўткир ичак инфекциялари ривожланиш хавфини пасайиши, оксилнинг осон ҳазм бўлиши ва сингиши, микроэлементларнинг мукамал тарзда сингиши ва яхши ҳазм қилиниши билан бошқа сут аралашмаларидан тубдан фарқ қилади. “НАН нордон сутли” 1 ва 2 аралашмалари она сути бўлмаганда ёки етишмаганда берилади.

Баъзи ҳолларда адаптирланган аралашмалар «казеинли формула» деб аталади. Уларни тайёрлашда сугир сутидан фойдаланилади, унинг асосини оқсил компоненти казеини ташкил этади.

«Казеинли» формулаларга қуйидагилар киради “Симилас” (США), “Нестоген” (Швейцария), «Малютка» ва «Малыш» (Россия).

ОПТИ ПРО ажойиб оқсил компоненти – оқсилнинг осон ҳазм бўлиши ва сингишига ёрдам беради.

Бирламчи ва иккиламчи лактаза етишмовчилиги бор болаларга янги “НАН Безлактозный” аралашмаси тавсия этилади. Унинг афзалликлари: лактоза ва сахарозага эга эмаслиги, нуклеотидлар билан бойитилганлиги, узун занжирли политўйинмаган ёғ кислоталари мавжудлиги ва оптималлаштирилган оқсил таркиби.

Овқат аллергияси, атопик дерматит, экзема си бор болаларга Нестле компаниясининг “Алфаре” гипоаллерген аралашмаси тавсия этилади.

Адаптирланмаган сутли аралашмаларни (сугир сути ёки бошка хайвон сути) 9 ойдан олдин болаларга бериб бўлмайди.

Аралаш овқатланиш асосан онада гипогалактия бўлганда тавсия этилади. Гипогалактияга шубҳа бўлса болада текширув эмизиш ўтказилади ва қўшимча сут миқдори топилади.

Аралаш ва сунъий овқатлантиришда ҳам суткалик сут миқдори табиий овқатлантириш сингари аниқланади.

Гипогалактия – лактация вақтида сут безлари ажратиш функциясининг камайишига айтилади. Кўпинча онада гипогалактия эмизиш техникаси бузилганда, овқатлантиришда йўл қўйиладиган хатоликларда, онанинг сурункали касалликларида, эмоционал зўриқишда, холсизликда, яхши ухламасликда, эмизишга онада ва унинг оила аъзоларида хоҳиш бўлмаганда келиб чиқади.

Гипогалактиянинг эрта (туғруқдан кейинги биринчи 10 кун) ва кечги тури бор. Боланинг суткалик эҳтиёжига кўра сут дефицитига боғлиқ ҳолда гипогалактиянинг 4 даражаси ажратилади:

I – танқислик 25% гача;

II – 50%;

III – 75%;

IV – 75% юқори

Гипогалактияга шубҳа бўлганда бола эмиб олган сут миқдорини аниқлаш учун текширув эмизишини камида уч маротаба ўтказиш керак.

Лактацияни ушлаб туриши усуллари

1. Кун тартибига риоя қилиш: уйқу – кунига 10 соат, тоза ҳавода айланиш – камида 2 соат;

2. Кўп суюқлик истеъмол қилиш (кунига 1,5-2 л)

3. Болани тез - тез кўкракка тутиш, тунги эмизишни чекламаслик.

4. Р.И.Зейтц бўйича душ ва массаж қабул қилиш: болани эмизгандан сўнг ва сутни соғиб бўлгандан сўнг кўкрак безига иссиқ сув қўйиш (45° С) билан бир маҳалда массаж (юқоридан пастга сўрғичдан периферияга)

Ўтказилади, шу вақтда сут соғилади. Давомийлиги 5-10 дақиқа, муолажа кунига икки маҳал ўнг ва чап кўкрак учун ўтказилади.

5. Эмизишдан 30 дақиқа олдин сутли чой ичилади.

6. Эмизиклик онага поливитаминлар буюрилади.

2.3. Қўшимча овқат бериш қоидалари

Қўшимча овқат бериш деб – эмизикли болаларга овқат маҳсулотлари ва суюқликларни кўкрак сутига қўшимча равишда беришга айтилади. Қўшимча овқат маҳсулотлари болага 6 ойлигидан бошлаб берилади.

Нима сабабдан қўшимча овқат буюриши зарур ва бунда нимага асосланиши керак?

- Бола ўсиб улғайиши билан бирга унинг ҳаракатлари активлашади ва унинг овқатга бўлган ва физиологик эҳтиёжларини тўла қондириш учун кўкрак сути етишмайди. Бу эҳтиёжларни (қувват, темир ва бошқа она сути билан кирувчи керакли элементларни) қондириш учун, ўсаётган болага қўшимча овқат буюриш зарур бўлади. Қўшимча овқат асаб-мушак координациясининг ривожланиши учун ҳам керак бўлади.
- Қўшимча овқатни рационга тўғри ва ўз вақтида киритиш боланинг саломатлигини тиклаш, овқатланиш статусини яхшилаш ва жисмоний ўсиб улғайишни таъминлайди.
- Болага қўшимча овқат буюрилишига қарамай она сути эмизикли бола рационда асосий овқат тури ҳисобланади.
- 9 ойлик бўлгунча болаларга сигир сутини ичиш учун бериш мумкин эмас, лекин 6-9 чи ойларда қўшимча овқат тайёрлаш учун сигир сутидан фойдаланиш мумкин. Болага 9-12 ойлигидан бошлаб сигир сутини ичишга бериш мумкин.
- Кам қувватга эга қўшимча овқат маҳсулотлари қувватни чеклаши мумкин, шунинг учун ўртача қувват зичлиги 4,2 кДж (1 ккал)/г кам бўлмаслиги керак. Болаларга 2 ёшгача ёғ миқдори кам бўлган сут бериш мумкин эмас.
- Бола рациондаги қўшимча овқат консистенцияси, мазаси, ва кўриниши жиҳатдан ҳар - хил бўлиши, бир вақтни ўзида кўкрак сути билан боқишни давом эттириш керак.
- Қўшимча овқат маҳсулотлари тузли бўлиши керак эмас ва уларни тайёрлаганда овқатга туз қўшилмайди.

Қўшимча овқатни қандай бериши керак ва қайси маҳсулотларни бунда ишлатиши мумкин?

Қўшимча овқат 2 турга бўлинади:

- Оралиқ давридаги овқат – бу маҳсус қўшимча овқат бўлиб, эмизикли болани физиологик ва специфик овқатга бўлган эҳтиёжларини қондиришга қаратилган.

• Оила дастурхонидан овқат ёки уй овқати – бу эрта ёшдаги болаларнинг кўшимча овқат учун ишлатиладиган маҳсулотлари бўлиб, бошқа оила аъзолари қабул қиладиган маҳсулотлар билан ўхшаш бўлади.

Фақат кўкрак сути билан овқатлантиришдан болани кўкрак сути билан эмизмасликка ўтиш даврида, ёш болаларни аста секин уй овқатига ўргатиш керак бўлади. Бола 1 ёшга тўлганида оила дастурхонидан овқатланишга жисмонан тайёр ҳисобланади. Оғир овқатларни рационга киритиш даврига ва бу маҳсулотларни кўкрак ёшидаги болалар қабул қилишга тайёрлиги асаб-мушак координациясининг ривожланишига таъсир кўрсатади. Ривожланишнинг ҳар хил босқичларида келиб чиқувчи кўпгина овқатланиш рефлекслари, ҳар хил турдаги овқатларнинг рационга киришини енгиллаштиради ёки оғирлаштиради.

Болалар овқатни оғзига олиб келишни, чайнашни ва бошқа овқат қабул қилиш шартларини бажаришни ўрганганларида уларни раҳбатлантириш жуда муҳимдир. Бу шартларни болага ўз вақтида ўргатилмаса, кейинчалик ахлоқ ва овқатлантириш муоммолари туғилиши мумкин.

Болани сунъий овқатлантиришда биринчи кўшимча овқат (сабзавотли бўтқа) рационга 4,5-5 ойлигида, иккинчи кўшимча овқат 5,5 - 6 (сутли бўтқа) ойдан бошлаб киритилади. Биринчи кўшимча овқат витаминларга, темирга, микроэлементларга бойитилган сутли бўтқа бўлиши ҳам мумкин. Тухум сариғи 6 ойдан, гўшт эса 7 ойдан бошлаб берилади.

6-жадвал

Кўкрак ёшидаги ва эрта ёшдаги болаларда нерв тизими ривожланиши ва унинг турли даврларда қандай маҳсулотларни ишлатиш мумкинлигидаги аҳамияти

<i>Ёши (ой)</i>	<i>Пайдо бўлган рефлекс/кўникмалари</i>	<i>Қўлланилиши мумкин бўлган маҳсулот турлари</i>	<i>Маҳсулотларга мисоллар</i>
0 – 6	Сўриш/кўкракни сўриш ва ютиш	Суюқликлар	Кўкрак сути
4 – 7	Биринчи чайнаш ҳаракатлари пайдо бўлиши, сўриш кучи ўсади, қусиш рефлексининг тилнинг ўрта қисмидан орқа қисмига ўтиши кузатилади	Овқат бўтқа кўринишида	Сабзавот ёки мева, яхши текширилган ва майдаланган жигар ва гўшт
7 – 12	қошиқни лаб билан тозалаш, тишлаш ва чайнаш, тилнинг ён ҳаракати ва овқатни тишларга жойлаш тириш	Қўл билан ейиш мумкин бўлган майдаланган ёки бўлакларга ажратилган овқат ёки маҳсулот	Гўшт майдалагич дан ўтказилган ва яхши текширилган гўшт ва жигар, қайнатилган ва майдаланган мева ва сабзавотлар, хом
12 - 24	Айланма чайнаш	Оила столдан	

	ҳаракати, жағлар турғунлиги	овқат	мева ва сабзавотлар, бошоклилар ва нон.
--	--------------------------------	-------	--

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, овқат маҳсулотларини кўшимча овқат сифатида болалар рационига киритиш боланинг жисмоний ривожланиш босқичларига ва рефлексларнинг шаклланишига боғлиқ. Схематик буни 4 босқичга бўлиш мумкин.

1- *босқич*. Болани қошиқ ёрдамида овқатланишга ўргатиш. Кам миқдорда овқат беришдан бошлаш (тахминан, 1 ёки 2 қошиқ).

2- *босқич*. Қошиқ ёрдамида овқатланиш кўникмасини ўрганганидан сўнг боланинг овқат рационини кенгайтириш ва ҳаракат кўникмаларини ўргатиш лозим. Қуюқ овқатларни болага буюриш уларни бемалол таянчсиз ўтира олишига, бир қўлидан иккинчи қўлига буюмларни бемалол олишни билишини кўрсатади.

3- *босқич*. Чайнашни ўрганиш. Ҳаракат кўникмаларини ўрганганидан ва тишлари чиққанидан сўнг болалар нарсаларни қўлида ушлаш ва оғзига олиб бориш ва овқатни чайнашни ўрганади.

4- *босқич*. Болани овқатлантириш ўзи мустақил катталар ёрдамида овқат қабул қилиш билан бирга кечади.

Кўшимча овқат киритишининг асосий қоидалари

Кўшимча овқат қабул қилишнинг энг қулай вақти бу бола қорни очган ва она болага кўп вақт ажрата оладиган вақтдир. Куннинг биринчи ярми энг қулай вақт ҳисобланади.

Кўшимча овқат кам-камдан чой қошиғидан бошлаб, секин асталик билан купайтириб борилади. Бунинг учун ўртача қуюқликдаги бир массали бўтқалардан, масалан гуручли сутли бўтқа ёки картошкали бўтқадан (пюре) бошлаш мумкин. Бола кўшимча овқатга осон ўрганиши учун овқатга соғилган кўкрак сутини кўшиш мумкин.

Кўкрак сути камайишининг олдини олиш мақсадида болага кўшимча овқатни кўкрак сути берилганидан сўнг буюриш мумкин.

5-6 кундан сўнг иккинчи кўшимча овқатни, яна 5-6 кундан кейин 3-чи янги овқатни бериш мумкин. Бу вақт ичида бола овқат рационига кўп компонентли овқатларни киритиш мумкин: гўшт+сабзавотлар, гўшт+сабзавотлар+донли маҳсулотлар.

Кўшимча овқат қуюқ бўлиши, лекин бола уни қошиқ ёрдамида қабул қила олиши керак.

Кўшимча овқат асортименти бўйича ҳар хил маҳсулот бўлиши керак.

Донли маҳсулотлар танланганда глютенсиз: гуруч, гречка, жўхори ва шунга ўхшашларни танлаш керак. Глютен маннка, перловка ва овсянка крупаларида бор.

Камқонликни олдини олиш мақсадида, темир депоси бўлган гўшт бир ёшгача бўлган болаларнинг овқат рационига энг керакли маҳсулот ҳисобланади. Гўшт бола 6 ойлик бўлганидан сўнг қиймаланган қайнатма ҳолда, кейинчалик тўғралган ҳолда буюрилади. Болани овқатлантиришда ёғсиз мол, қўй, парранда гўшtidан фойдаланилади.

3 ёшгача бўлган болалар овқатини тайёрлашда туз, шакар ва бошка зираворлардан фойдаланиш шарт эмас.

Кўшимча овқатни нотўғри буюриш нималарга олиб келиши мумкин?

Болаларни нотўғри овқатлантириш ёки боқиш усуллари, уларнинг жисмоний, ақлий ривожланишининг бузилишига ва бу ўзгаришлар боланинг саломатлигига салбий таъсир кўрсатишига олиб келиши мумкин.

Кўшимча овқатни ўз вақтида бола рационига киритиш муҳим рол ўйнайди. Жуда эрта ёки кеч кўшимча овқатни бериш боланинг ўсиб улғайишига ҳавфли таъсир кўрсатиши мумкин.

7-жадвал

Кўшимча овқатланишни ўз вақтида бошламаслик билан боғлиқ бўлган хавф

<i>Жуда эрта бошлаш</i>	<i>Жуда кеч бошлаш</i>
Бола она сутини эммай кўяди, бу эса кўкрак сути ажралишининг камайишига ва боланинг етарли даражада энергия ва озуқа моддаларини қабул қилишига тўсқинлик қилади.	Фақат кўкрак сути билан овқатлантириш боланинг энергия ва озуқа моддаларига бўлган эҳтиёжини тўлиқ қондира олмайди ва бунинг натижасида бола жисмоний ривожланишдан орқада қолади
Касаллик чақирувчи микроблар билан зарарланган кўшимча овқат моддалари ва суюқликлар болада диспептик касалликларга ва озикланишнинг бузилишига мойилликни орттиради	Ўсувчи организмнинг микронутриентларга бўлган талабини кўкрак сути тўлиқ қондира олмайди (асосан, темир, вит А, рух)
Кўкрак ёшидаги болаларда ичак фаолиятининг етук эмаслиги овқат аллергиясига мойилликни орттиради.	Ҳаракат кўникмаларининг оптимал ривожланиши таъминланмаган, жумладан, чайнаш, янги таъм ва овқат структурасини бола ижобий қабул қилиши таъминланмайди
Оналарга фертиллик тезроқ қайтади	

2.4. Бир ёшдан катта болаларни овқатлантириш

1 ёшдан катта болалар овқати турли хилда бўлиши керак. Гўштили суфле, фрикадел, буғда пиширилган котлетлар, сабзавот ва донли махсулотлардан бўтқалар тайёрлашимиз мумкин.

Иккинчи моляр тишлар пайдо бўлганидан кейин (1 ёш 8 ойдан бошлаб) “фаол” чайнашни талаб қиладиган овқатларни бериш керак.

Бўтқа бўлмаган, лекин яхши қайнатилган сабзавот ва донли махсулотлардан тайёрланган шўрвалар, винегретлар, буғда тайёрланган котлетлар, мевалар (бўлакчи ва бутун), нон ва қуруқ нонлар тавсия қилинади. 2 ёшли болаларнинг овқат рационига турли сабзавотлардан тайёрланган салатлар, 3 ёшдан бошлаб майда бўлақларга бўлинган гўштлар

киритилиши керак. Бундай хилма-хил овқатларга ўтиш аста–секин амалга оширилиб, лекин ўз вақтида ва қатъий тарзда олиб бориш керак. 1,5 ёшгача бўлган болалар учун 5 марта, каттароқ болаларга -4 марта овқатлантириш тавсия қилинади. Бола ҳар доим маълум бир вақтда овқатлантирилиши керак: нонушта эрталаб соат 7.00-8.00 ларда, тушлик 12.00-13.00 лар атрофида, тушдан кейин чой 16.00-17.00 да ва кечки овқат соат 19.00-20.00 лар орасида бўлиши керак. Овқатланиш орасидани интервалларда болани ширинликлар билан овқатлантирмаслик керак.

Агар бола овқатлантириш вақтидан вақтлироқ оч қолса унда ширин бўлмаган янги мевалар ва сабзавотлар бериш лозим. Иштаҳаси паст бўлган болалар овқатдан 10-15 дақиқа олдин хона ҳароратидаги $\frac{1}{4}$ стакан оддий сув ичишлари мумкин.

Овқатларнинг энергетик қиймати фоизлар бўйича тақсимланиши қуйидагича: нонушта-25% атрофида, тушлик- 30-40%, кечки овқат 25%. Кунига 5 марта овқатлантириладиган болалар иккинчи нонушта олади.

Кунлик пархез таомларни тузишда озиқ-овқатнинг таркибини ҳам ҳисобга олиш керак. Баъзи маҳсулотлар (нон, сарийғ, сут, сабзавотлар, шакар) ҳар куни менюга киритилиши керак, бошқа маҳсулотлар (сметана, творог, балик) ҳар куни берилмайди. Бироқ, бир ҳафта ичида бериладиган маҳсулотлар таркибидан фойдаланиш керак.

Агар бола соғлом бўлса менюга янги овқат маҳсулотларни киритиш мумкин. 1 ёшдан 1,5 ёшгача бўлган болаларга кунлик овқатланиш миқдори 1000-1100 мл, 1 ёшдан 3 ёшгача- 1200-1500 мл.га тенг. Ўртача 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларнинг энергияга талаби 110 ккал/кг.ни ташкил қилади.

Болани овқатлантиришда бир хил идишлардан фойдаланиш муҳимдир. Бир ёшдан ошган болалар овқатланиши учун столда ўтиришади. Улар кўлларини ювиб, салфетка боғлашади. Болани эрта ёшидан бошлаб ,маълум бир тартибга кўниктириш керак, бу унда гигиеник кўникмаларни ҳосил қилади. Болани, 5 ёшдан бошлаб, ўзи овқатланишига ўргатиш керак.

Бунинг учун боланинг кўлига қошиқ бериши керак, онаси бу вақтда болани бошқа қошиқ билан овқатлантиради. Аста-секинлик билан бола ёрдамсиз овқатланишга одатланиб қолади. Мустақил овқатланиши иштаҳани яхшиланишига ёрдам беради, бола кўпроқ ихтиёрий овқат ейишни бошлайди ва овқатланиш тартибига қизиқиб боради.

Бола 3 ёшидан бошлаб, овқатларни тоза ейишни бошлайди, ўнг кўлига қошиқ ушлаб туради, 4 ёшлигидан бошлаб эса вилкалардан фойдаланишни ўрганиб олади. Овқат нафақат мазали пиширилиши, балки, ёқимли кўриниши ва ҳидга эга бўлиши керак, бу овқат ҳазм қилиш ферментларини ишлаб чиқаришга ва иштаҳани оширишга ёрдам беради. Таомнинг таъмини яхшилаш учун зираворлар сифатида янги ёки қуритилган кўкатлар, резаворлар, мевалар, сабзавотларни турли шакллар қилиб кўшиш керак ва сифатини яхшилаш учун петрушка, пиёз, отқулоқ, арпабадён, равон кўшиш мумкин.

Болалар овқатининг ажралмас маҳсулоти, бу сут бўлиб, уни табиий шаклда, шунингдек, йогурт, кефир, ацидофилин шаклида истеъмол қилиш

мумкин. Асосан сигир сути ишлатилади. Гўшт маҳсулоти тўлиқ оксилли озиқ-овқат ҳисобланади.

Мол гўшти, дана, товук, куён гўшти, ёғсиз чўчка гўшти бериш тавсия қилинади. Ёғли мол гўшти, ёғли чўчка гўшти, ғоз ва ўрдак гўшти тавсия этилмайди. Болалар овқатида субмаҳсулотлардан фойдаланиш мумкин - мия, тил, юрак. Қўшимча маҳсулотлардан жигар энг кўп фойдаланиладиган маҳсулот. Унинг таркибида А, Д, Б гуруҳ витаминлари, калций тузлари, темир, микроэлементлар мавжуд. 1,5-2 ёшлигидан бошлаб колбаса маҳсулотлари сосискалар, қайнатилган колбасалар (доктор колбасалари) бериш мумкин.

Овқатланиш хусусиятларига кўра балиқ маҳсулоти гўштга тенг, осон ҳазм бўладиган, юқори сифатли оксилларнинг манбаи. Балиқ ёғи юқори биологик қийматга эга. Бироқ, кўп миқдордаги балиқ ёғи болалар томонидан яхши қабул қилинмайди. 3 ёшгача бўлган болаларнинг овқатланиши учун балиқнинг кам ёғли турлари (треска, хек, судак, морской оқун) ишлатилади. Болаларнинг овқат рационида махсус гўшт ва балиқ консерваларидан ҳам фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Гўшт ва балиқ маҳсулотини намлаб қўйиш мумкин эмас, чунки оксиллар ва минералларнинг бир қисми сувга ўтади.

Болалар овқатининг қимматли маҳсулоти товук тухумларидир. Хом тухумнинг ҳазм бўлиши қайнатилганига қараганда ёмонроқдир. Бундан ташқари, хом тухум микроорганизмлар билан ифлосланган бўлиши мумкин, шунинг учун хом тухум ва сувдаги қушларнинг тухумларини (ўрдак, ғоз) ишлатиш тавсия этилмайди.

2 ёшдан ошган болаларга (экссудатив диатези бўлмаса) бутун тухумни бериш тавсия этилади ва кунора берилади. Ортиқча тухум болага зарарли, чунки улар асаб тизимини кўзгатиши ва ич қотишига олиб келиши мумкин. Тухумни творог билан алмаштириб бериб туриш мумкин.

Болалар овқатланишида ёғлар, асосан сариеғ ишлатилади, у яхши таъмга эга, А, Д витаминларини ўз ичига олади. Термик пишириш жараёнида сариеғ ўзининг бир қатор қимматли хусусиятларини йўқотади, шунинг учун уни табиий шаклда-нонга суртиб ёки тайёр таомга қўшиш мумкин. Эрта ёшли болаларнинг овқатланишида ўсимлик ёғлари катта ахамиятга эга бўлиб, уларнинг қиймати кўп миқдорда тўйинмаган ёғ кислоталари мавжуд. Ёш болаларнинг овқатлантиришда маргарин ва сариеғлар ишлатилади.

Нон ҳар куни болалар овқатлари билан истеъмол қилинади (30 гр.жайдар ва 70 гр.буғдой нони, бу меъёрга булочка ва печене киради). Қурук нон 1,5 ёшдан бошлаб болаларга берилади.

Болалар овқат рационига турли хил донли маҳсулотлар: гречка, жўхори бўтқаси, гуруч маҳсулотлари киритилади. Бўтқалар учун донли маҳсулотлар сувда қайнатилади ва шундан кейин сут қўшилади. Макарон маҳсулотлари углеводларга бой, таъми яхши, ҳазм бўлиши осон, уларни яхши қайнатиб, ёш болаларнинг овқатланишида фойдаланиш мумкин.

Эрта ёшли болаларнинг овқатланишида алоҳида ўринни сабзавотлар, мева, “резаворлар, кўкатлар” эгаллайди. Янги мева ва сабзавотлар йўқ бўлганда компотлар, шарбатлар, бўтқалардан фойдаланилади.

Эрта ёшли болаларнинг оқсилларга бўлган кунлик эҳтиёжи - 1 кг тана вазнига 4 гр.ни ташкил этади (оқсилларнинг камида 65 % ни хайвон оқсиллари бўлиши керак); улар 1 кг тана вазнига 4 гр.ёғ оладилар (тахминан 85% хайвон, асосан сариеғ шаклида ва 15% ўсимлик ёғлари шаклида); угдеводлар кунига 1 кг тана вазнига 16 гр. олишлари керак.

Улар нисбати 1:1:4.

Сууюқлик миқдори озиқ-овқат таркибидаги сууюқликни ҳисобга олган ҳолда кунига 1 кг тана вазнига тахминан 80 мл.ни ташкил қилиши керак; иссиқ мавсумда истеъмол қилинадиган сууюқлик миқдори 1 кг тана вазнига 100-120 мл гача кўтарилади. Сувни болаларга хона ҳароратида, қайнатилган ва ширин бўлмаган ҳолда бериш керак.

Мактабгача ёшдаги болаларга нонушта кунлик калориянинг 25% ни ўз ичига олиши керак. Тухум ёки пишлоқ, нон ва сариеғ, чой билан бўтқадан иборат бўлиши керак. Тушлик умумий кунлик калориянинг 35% ни ташкил қилади, шўрвалар, гўшт ёки балиқли овқатлар тавсия қилинади. Тушликдан кейин ва кечки овқат учун (40% калорияли), творог, сут, печенье маҳсулотлари, сабзавотли маҳсулотлар берилади. Болаларга кечки овқатга чанқатадиган овқатлар берилмаслиги керак.

Мактаб ёшидаги болалар учун куннинг биринчи ярмида энергия истеъмолини оширишни ҳисобга олган ҳолда пархез қўлланилади. Улар мактабда кўшимча иссиқ нонушта олишади.

Кун давомида диетадаги калория миқдори қуйидагича тақсимланади; биринчи нонушта- 25%, иккинчиси-20%, тушлик-35%, кечки овқат-20% ни ташкил қилиши лозим.

Назорат саволлари:

1. «Фақат кўкрак сути билан овқатлантириш» нимани англатади?
2. Она сути қандай хусусиятларга эга?
3. Соғлом янги туғилган чақалоқни эмизишни қачондан бошлаш керак?
4. Она томонидан кўкрак сути билан овқатлантиришга қарши кўрсатмалар қандай?
5. Бола томонидан кўкрак сути билан овқатлантиришга қарши кўрсатмалар қандай?
6. Кўшимча овқатларни киритиш тамойиллари?
7. Сунъий овқатлантириш нима?
8. Аралаш овқатлантириш нима?
9. Кўшимча овқат нима?
10. Бир ёшдан катта болаларни овқатлантириш тамойиллари?

III ВОВ. СУЯК-МУШАК ТИЗИМИ

3.1. Суяк-мушак тизимининг анатома-физиологик хусусиятлари

Бола туғилганда найсимон суяклар диафизини суяк тўқимасидан иборат, лекин эпифизлар, ҳамма ғовак суяклар ва оёқ суякларининг бир қисми тоғай

тўқимадан иборат бўлади. Бола туғилгандан кейин фақат сон ва катта болдир эпифизларида суякланиш нуқталари аниқланади.

Эпифизларда суякланиш нуқталари пайдо бўлгунча найсимон суякларнинг бўйига ўсиши суякларнинг тугаш қисмини ҳосил қилувчи ўсувчи ва тоғай тўқималарнинг ривожланиши ҳисобига кузатилади. Суякланиш нуқталари пайдо бўлгандан сўнг, ўсиш ўсувчи тоғай тўқималар, қисман суякланган эпифиз ва метафиз ўртасида, метаэпифизар зонада ривожланиш ҳисобига юз беради. Бола ҳаётининг биринчи ойи ва йилида суяк скелети интенсив ўсиши билан биргаликда суяк тўқимаси тизими кўп марталик қайта тикланиши, дағал тоғайли тузилишдан иккиламчи гаверсов структурасидаги пластинкали суяккача ўзгаради. Суяклар қаттиқлиги тоғай тўқиманинг остеоид билан алмашинуви ва минерализация даражасига боғлиқ. Метафиз ва эпифизларни қон билан таъминланиши метафизар ва эпифизар артериялар билан амалга оширилади, гематоген остеомиелитнинг тез ривожланишига олиб келади.

Болалар скелетининг ўзига хос хусусияти шундан иборатки, суяк пардаси бир мунча қалин ва функционал жихатдан активлиги юқори, шу сабабли, суяк тўқималари кўндаланг ўсишида янгилиниш жараёнлари билан характерланади.

Болаларда суяк тизимининг анатомик-хусусиятлари:

- туғилгандан кейин найсимон суяклар диафизини суяк тўқимасидан иборат;
- кўпгина эпифизлар, кафт суяклари тоғай тўқимадан тузилган;
- найсимон суякларни бўйига ўсиши эпифизларда суякланиш нуқтаси пайдо бўлгунча ўсувчи тоғай тўқималар ҳисобига олиб борилади;
- ҳаётининг биринчи ойи ва йилларида суяк тўқимаси тизими қайта тикланиши дағал толали тузилишдан пластинкалича иккиламчи гаверсов тузилишлари билан боради;
- суяк тўқимаси ташқи муҳит таъсирига, асосан овқатланишни бузилишига, болани ҳаракат режимига, мушак тонуси ҳолати ва бошқаларга жуда сезгир бўлади;
- остеогенез интенсивлиги ва қайта моделлаштириш эрта ёшдаги болаларда суяк тўқимаси зичлиги ва қаттиқлиги пасайиши билан боради
- сув миқдори кўп;
- суяк тўқимаси қон билан интенсив таъминланган;
- суяк усти пардаси қалин ва суякнинг кўндаланг ўсиши функционал активлик ҳисобига юз беради;
- суяк ичи бўшлиқлари ҳажми нисбатан катта эмас ва ёши катта бўлиши сари шаклланади;
- суяк чиқиб турган жойлари мушаклар функцияси бошлангандан кейин шаклланади ва тортилади;
- суяк тўқимаси ташқи тузилиши ва дифференцировкаси 12 ёшга келиб, катта одамлар суяк характеристикасига яқинлашади.

Мушак тизимининг анатома-физиологик хусусиятлари

Болаларда катталардан фарқли равишда мушак вазни тана вазнига нисбатан кичик. Чақалоқларда букувчи мушаклар тонуснинг юқорилиги билан характерланади. Мушак толалари ривожланиши билан параллел равишда мушаклар бириктирувчи тўқимаси каркаси шаклланади, 8-10 ёшда кўшимча дифференциясига етади. Чақалоқларда уйқу вақтида мушаклар бўшашади.

Скелет мушакларининг доимий активлиги бир томондан уларнинг қисқарувчи термогенез реакцияларида иштирок этиши, бошқа томондан эса, бу активлик ва мушаклар тонусининг ўсувчи организмнинг анаболик жараёнларида иштироки билан аниқланади.

Болаларда мушакларнинг ривожланиши бир хилда бормайди. Биринчи навбатда елка йирик мушаги, елка олди мушаги ривожланади, кейинроқ қўл кафти мушаклари ривожланади. 6 ёшгача болалар бармоқлари билан енгил ишларни бажара олмайдилар. 6-7 ёшдан бошлаб, болаларни аста-секин ёзишга ўргатиш мумкин. 8-9 ёшдаги болаларда бойламлар зичлашади, мушак ривожланиши кучаяди, мушак ҳажми кўпайиши аниқланади. Жинсий шаклланиш даври охирида фақат қўл мушаклари эмас, орқа, елка, оёқ мушаклари ўса бошлайди. 15 ёшдан кейин кичик мушаклар интенсив ривожланади, майда ҳаракатлар координацияси ва аниқлиги шаклланади.

3.2. Текшириш усуллари ва зарарланиш семиотикаси.

Болаларда суяк тизими шикастланиши туғма ва орттирилган бўлади. Туғма нуқсонларда сон суягининг туғма чиқиши, скелет баъзи қисмларининг туғма нуқсонлари, иккинчи ўринда скелет туғма дисплазияси туради. Улар хондро- ва остеодисплазияга бўлинади ва скелетнинг турли хил деформацияси билан кечади, боланинг ўсиш жараёнида юзага келади.

Эрта ёшдаги болаларда орттирилган суяк касалликларидан рахит кўп учрайди, унда суяклар юмшоқлиги, суякларнинг ёйсимон қийшиқлиги, оёқларнинг О ва Х-симон қийшиқлиги, шунингдек рахитик гидроцефалия учрайди. Орттирилган суяк касалликларидан баъзида остеомиелит учраб туради. Мактаб ёшидаги болаларда суяк тўқимасининг жароҳатланиши кўп кузатилади.

Суяк синишлари. Суяк тизимини объектив текшириш кўрик, палпация ва ўлчаш билан ўтказилади.

Кўрикни ётган, ўтирган ва тик турган ҳолатда, қўллари эркин тушган ҳолда ўтказиш керак. Кейин боладан ётиш, ўтириш, қўл-оёқларини букиш, очиш ва бошқалар талаб қилинади. Кичик ёшдаги болаларда суяк – бўғим тизимини баҳолаш учун бола ўйнаётган вақтда уни кузатиш керак. Олд томондан кўрик бош, бўйин, кўкрак қафасининг шакли, ҳолати ва пропорциясини аниқлашга ёрдам беради. Орқа томондан кўрикда курак, умуртқа поғонаси, оёқ-қўл бўғимлари бурчаклари букилиши ва ёзилишига эътибор берилади.

Суяк тизими қуйидаги кетма-кетлик тартибида текширилади: бош, умуртқа поғона, кўкрак қафаси, оёқ ва қўллар.

Бош қисми кўригида унинг ўлчами ва шакли аниқланади, бош айланаси ўлчанади. Нормада бош айлана шаклида бўлади.

Пайпаслаш билан лиқилдоқ, чокларнинг ҳолати, суякларнинг зичлиги аниқланади. Пайпаслаш иккала қўл билан ўтказилади, бош бармоқ пешонага, кафт, чакка соҳасига, ўрта ва кўрсатгич бармоқлар билан тепа суяклар текширилади, энса соҳаси, чоклар ва кичик лиқилдоқ ҳам текширилади.

Катта лиқилдоқ пешона ва тепа суяклар ўртасида жойлашган, тўғри ромб шаклида бўлади. Кичик лиқилдоқ энса ва тепа суяклар ўртасида жойлашган. Туғилгандан кейин кўпгина чақалоқларда кичик лиқилдоқ ёпиқ, 25% болаларда эса 4-8 ҳафтада ёпилади. Етук туғилган болаларда ён лиқилдоқлар ёпиқ бўлади. Чақалоқларда ўқсимон, энса чоклари очик ва 3-4 ойликда ёпилади. Катта лиқилдоқни пайпаслаб, лиқилдоқ ўлчами аниқланади, лиқилдоқнинг иккита қарама - қарши томонларидаги масофаси ўлчанади, диагонали бўйича ўлчанмайди. Туғилганда катта лиқилдоқ ўлчами 2,5x2,5 см ёки 3,0x3,0 смга тенг, 1-1,5 ёшда катта лиқилдоқ ёпилади (нормада). Охирги йилларда, унинг 9-10 ойларда ёпилиши кузатилмоқда. Бошни кўриш вақтида калланинг мия ва юз қисми таққосланади, уларнинг таққосланиши боланинг биологик шаклланишини белгилайди. Мия ва юз қисмини таққослаш эрта ёшдаги болаларда 2:1, катталарда 1:2 га тенг. Кўкрак қафасини кўрганда унинг шакли баҳоланади. Чақалоқларда кўкрак қафаси шакли бочкасимон, яъни олд-орқа ўлчами кўндалангига тенг. Кўкрак қафаси кенг ва калта. Максимал нафас олиш ҳолатини эгаллайди, қовурғалар горизонтал жойлашган. Эрта ёшдаги болаларда цилиндрик, 7-8 ёшдан кейин эпигастрал бурчак ўлчамини аниқлаш учун қуйидаги усул қўлланилади: иккала қўл кафти қирраси (қовурғаси) билан тўш ва қовурғалар ёйи ўртасида ҳосил бўлган бурчак томонга йўналтирилади, 15- ёшда – кўкрак қафаси кўндаланг диаметри катталашади.

Мушак тизимини текширишда мушак вазни ёки ривожланиш даражаси аниқланади. Тонуси, кучи, Шунингдек ҳажми ва ҳаракат характери баҳоланади. Мушакларнинг оғирлиги, мушакларни кўриш ва пайпаслаш билан аниқланади, боланинг танаси ва охирлари ҳолатига қараб, мушаклар тонуси визуал баҳоланади. Соғлом чақалоқларнинг қўллари тирсакка букилган, тизза ва сон қорнига тортилган бўлади. Мушаклар тонуси палпатор аниқланади, навбат билан турли хил мускул гуруҳлари палпация қилинади, охирлар секин букилади ва ёзилади. Кўкрак ёшидаги болаларда юқори охирлар мускул тонуси тракция синамаси ёрдамида текширилади. Орқаси билан ётган бола кафтидан ушланиб ва секин ўзига тортилади, уни ўтирган ҳолатга келтиришга ҳаракат қилинади. Бола олдин қўллари очади, кейин худди шифокорга ёрдам бергандек бутун танаси билан тортилади.

Кўкрак ёшидаги болаларда мушак кучи ўйинчоқни олиб қўйиш билан аниқланади, катта ёшда (5-6 ёш) динамометр ёрдамида текширилади. Шифокор пассив ҳаракатлар ҳажмини аниқлайди, бўғимларни букиш ва ёзиш билан аниқланади, бўғимларда актив ҳаракатлар ҳажмини бола ўзи аниқлайди.

Назорат саволлари:

1. Суяк мушак тизимининг АФХ?
2. Мушак тизимининг АФХ?
3. Нормада қайси лиқилдоқ очик бўлади?
4. Суяк мушак тизимида зарарланиш белгилари?
5. Мушак кучи ва тонусини аниқланг?
6. Мушакларнинг зарарланиш белгилари?
7. Бўғимларда актив ва пассив ҳаракатлар?

3.3. РАХИТ

Рахит - моддалар алмашинувининг полиэтиологик касаллиги бўлиб, ўсувчи организмнинг фосфор ва калцийга бўлган талабининг юқорилиги, уларнинг транспорти ва метаболизмга қўшилишини таъминловчи тизимнинг мос келмаслиги билан характерланади. Рахит остеоидларни етарли даражада минерализация бўлмаслиги билан юзага келадиган суяклардаги бузилишлар билан характерланади. Бир ёшдан катта болаларда ва катталарда бундай ҳолат остеомаляция ва остеопороз дейилади.

Рахит - бир ёшгача болаларда энг кўп учрайдиган касаллик. Лекин унинг аниқ тарқалиши ўрганилмаган, кўпгина болаларда бу касалликнинг у ёки бу қолдиқлари (чайнаш ва тишлар ўсиши нуқсони, кўкрак қафаси, оёқ-қўллар, калла деформацияси ва бошқалар) учраб туради. Рахит билан оғриган болалар кейинчалик тез-тез касалланувчилар гуруҳига киритилади.

Рахит биринчи бўлиб XVII асрда Англияда ўрганилган. Ўша вақтларда унинг сабаблари аниқ эмас эди, лекин касалликнинг пайдо бўлишида инсоляциянинг етишмаслиги аҳамиятга эғалигига эътибор берилган. XX асрнинг 30-йилларида витамин Д топилган. Шу вақтда ултрабинафша нурланиш синтези терида юзага келиши ҳам аниқланган. Кўп йиллар мобайнида рахитнинг асосий сабаби витамин Д танқислиги деб ҳисобланган. Лекин охириги йилларда қонда витамин Д метаболитлари концентрациясини аниқлаш имконияти пайдо бўлгандан сўнг Д гиповитаминози рахит ривожланиши сабабларидан фақат бири эканлиги аниқланди. Ҳозирги вақтда рахитнинг етакчи сабаби фосфатлар ва калций тузларининг етишмаслиги, лекин бунда гипокалциемияга қараганда гипофосфатемия кўпроқ учраши ва катта аҳамиятга эга эканлиги қайд этилган.

Эрта ёшдаги болаларда фосфат ва калций тузларининг танқислиги сабаблари қуйидагилар:

- Чала туғилиш (ҳомилага калций ва фосфор тушиши ҳомиладорликнинг охириги ойларида кўпаяди)
- Нотўғри овқатлантириш натижасида калций ва фосфорни етарли даражада организмга тушмаслиги
- Интенсив ўсиш даврида минералларга бўлган талабнинг юқорилиги (рахит - ўсаётган организм касаллиги)
- Ошқозон - ичак тракти, буйрак, суяклар орқали фосфор ва калций транспортининг бузилиши, бунинг сабаби аъзолар патологияси ёки фермент системасининг яхши ривожланмаганлигидир.

–Ноқулай экологик шароит (организмда хром, стронций тўпланиши, темир, магний танқислиги)

–Ирсий мойиллик (мисол учун, ўғил болалар қиз болаларга қараганда, рахитни оғир ўтказди, О (I) қон гуруҳидаги болалар рахит билан кам касалланади, А (II) қон гуруҳидаги болалар кўпроқ касалланади)

–Эндокрин бузилишлар (қалқонсимон без ва қалқонсимон без олди беши функциясининг бузилиши)

–Экзо - ва эндоген витамин Д танқисликлиги.

Витамин Д нинг организмдаги алмашинуви жуда мураккаб жараён. Витамин Днинг бошланғич шакллари - организмга овқат билан тушувчи эргокалциферрол (витамин Д₂) ва холекалциферол (витамин Д₃) (витамин Д₃ шунингдек, терида УБН таъсирида ҳам ҳосил бўлади) - биологик жиҳатдан фаоллиги етарли эмас. Витамин Днинг оралик метаболит шакли 25-гидрохолекалциферролга ўтиши билан кечувчи биринчи гидроксилланиши жигарда юзага келади. 25-гидрохолекалциферрол бирламчи шаклларга қараганда 1,5 - 2 марта фаолдир. Кейин 25-гидрохолекалциферролнинг буйракка транспорти вужудга келади, у яна гидроксилланишга учрайди ва 1,25-дигидрохолекалциферрол ҳамда 24-25-дигидрохолекалциферрол деб номланувчи актив гормонга ўхшаш метаболитга айланади. Ушбу метаболитлар қалқонсимон без гормонлари билан фосфор-калций алмашинувида иштирок этади.

Витамин Д экзоген танқисликлигидан ташқари, ичак функциясининг туғма ва орттирилган бузилиши (турли хил малабсорбсиялар), жигар, буйрак касалликлари, витамин Д метаболизмининг наслий дефекти ҳам аҳамиятга эга. XX-асрнинг 80-йилларида қонда витамин Д метаболитларининг аниқланиши организмнинг бу витамин билан ҳақиқий таъминланишини аниқлаб берди. Шуниси ажабланарлики кўп ҳомиладор, туққан аёлларда, эрта ёшдаги болаларда рахитнинг турли хил клиник ва биохимик белгилари бўлишига қарамай, гиповитаминоз Д аниқланмаган. Бу эса ўз навбатида рахит ва гиповитаминоз Д бир тушунча эмаслигига асос бўлади. Гиповитаминоз витамин Д қабул қилган ёки қабул қилмаган болаларда бир хилда учрайди. Бундан ташқари, гиповитаминоз Д ҳар доим ҳам фосфор-калций алмашинувининг бузилиши билан кечмайди. Классик гиповитаминоз Д қонда фосфорни нормал миқдори билан кечади, типик рахит - бу гипофосфатемия. Рахит билан касалланган болаларнинг 15-20%да қонда витамин Д метаболитлари пасайиши аниқланган.

Рахит бу касаллик эмас, балки, ўтувчи, чегарадош, танқислик ҳолат - диатездир. Рахитнинг "физиологик асоси" бўлиб, бола ҳаётининг биринчи йилида суяк тўқимасининг 75-80% интенсив ремоделлашуви ва суяк тузилишининг электростатик бошқарилишини бузувчи мажбурий гипокинезия ҳисобланади.

Шуни таъкидлаш лозимки, қонда фосфор ва калций миқдорини баъзи гормонлар ҳам бошқаради.

Рахитда паратгормон миқдори ошади, у буйрак каналчаларида фосфатлар реабсорбциясини камайтиради, бир вақтнинг ўзида буйракда

витамин Д нинг гидроксилланишини, ичакда калций сўрилишини ва суякдан калций резорбсиясини кучайтиради ва шу йўл билан гипокальциемиyani бартараф қилади. Шунингдек қалқонсимон без активлиги ўзгариши, чунки калцитонин калцийнинг суякка ўтишини ва витамин Д нинг нофаол шаклини юқори фаол шаклга ўтишини кучайтиради.

Рахитнинг ишчи таснифи 1988 йилда Е.М.Лукиянова ва хаммуаллифлар томонидан таклиф қилинган.

8-Жадвал

Рахит таснифи

<i>Касаллик даври</i>	<i>Оғирлик даражаси</i>	<i>Кечиши</i>
Бошланғич	I даража - енгил	ўткир
Авж олиш	II даража – ўрта	
Реконвалесценсия	III даража - оғир	ўткир ости
Қолдиқ белгилар		

Рахитнинг клиникаси

Бошланиш даври. Касалликнинг биринчи белгилари бола ҳаётининг 2-3 ойларида пайдо бўлади. Боланинг ҳатти-ҳаракатлари ўзгаради: безовталиқ, чўчиш, юқори кўзгалувчанлик, ташқи кўзғалишларга (қаттиқ шовқин, тўсатдан ёруғлик тушиши) қалтираш билан жавоб беради. Боланинг уйқуси юзаки ва чўчиш кузатилади, қўрқувли бўлиб қолади. Тер ажралиши кучаяди, асосан бошнинг соч қисмида ва юзда, турғун қизил дермографизм аниқланади. Тер нордон ҳидли бўлади ва терини қичиштиради. Бола бошини ёстикга ишқалайди, энса соҳасида соч тўкилиши кузатилади. Бу ёш учун хос бўлган мушаклар физиологик гипертонуси, мушак гипотонияси билан алмашинади. Катта лиқилдоқ чегаралари ва калла чоклари мўртлашади, суяк-тоқай бириккан жойда қовурғалар ("рахит тасмалари") йўғонлашади.

Кафт суяклари рентгенограммасида суяк тўқималарининг сийраклашиши кузатилади. Қон биохимик текширувида калций концентрацияси нормал ёки юқори, фосфат концентрацияси пасайганлиги аниқланади; ишқорий фосфатаза активлиги юқори бўлиши мумкин. Пешоб таҳлилида фосфатурия, аммиак ва аминокислоталар миқдори ортади.

Касалликни авж олган даври бола ҳаётининг биринчи ярим йиллиги охирига тўғри келади ва асаб тизими, таянч-ҳаракат аппаратининг янада кучлироқ ўзгаришлари билан характерланади. Рахитнинг ўткир кечишида якқол намоеън бўлувчи остеомаляция жараёни калла ясси суякларининг юмшашига олиб келади (краниотабес), кўп қўлларда энсанинг яссиланиши кузатилади. Кўкрак қафасининг юмшаши ва деформацияланиши кўринади: тўшнинг пастки қисми сиқилади ("этикдоз кўкраги") ёки бўртиб чиқади ("товуқ кўкраги"). Узун найсимон суякларнинг О-симон, Х-симон (кам қўлларда Х-симон) қийшиқлиги кузатилади. Торайган ясси рахитик тос шаклланади. Қовурғаларнинг юмшоқлиги натижасида диафрагманинг бириккан чизигида чуқурча ҳосил бўлади (гаррисон эгатчаси). Рахитнинг ўткир ости кечишида устунлик қилувчи остеоид тўқималар гиперплазияси, энса ва пешона дўмбоқлари, кафт соҳасида йўғонлашиш, қовурға-тоғай

бириккан жойида ва кўл бармоқлари фалангалараро бўғимларида "билак узуклар", "рахит тасмалари", "мунчоқ иплари" билан намоён бўлади.

Узун найсимон суяклар рентгенограммасида метафизларнинг жомсимон кенгайиши, дастлабки суякланиш соҳасининг емирилиши ва аниқ кўринмаслиги кузатилади.

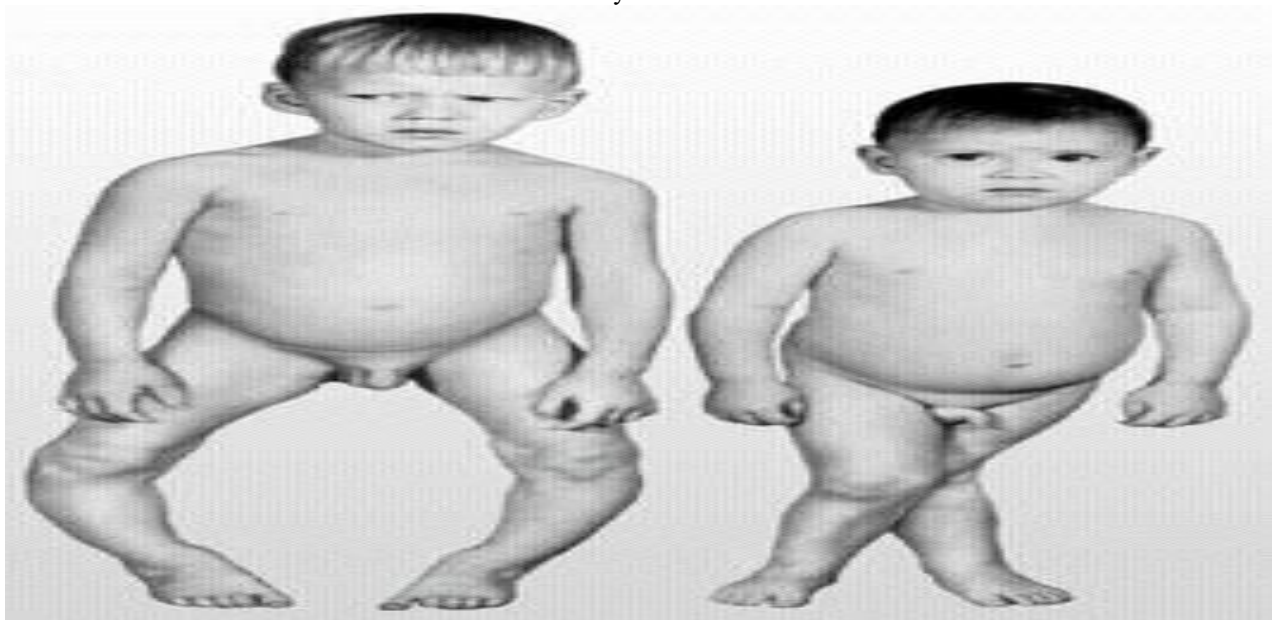
Гипофосфатемия, гипокальциемия, ишқорий фосфатаза фаоллиги юқори бўлади.



Оёқларнинг О-симон қийшайиши



Қоринни катталашини ва тўғри мушак тонусини бўшашиши



Оёқлардаги О-симон ва Х-симон қийшайишлар

Реконвалесценция даври. Бу давр учун бола ўзини яхши ҳис қилиши ва ҳолатининг яхшиланиши хос. Статистик функциялари нормаллашади ёки яхшиланади.

Рентгенограммада ўсиш зонасининг бир текис бўлмаган қаттиқлашуви кузатилади. қонда фосфор миқдори нормаллашади ёки нормадан бирмунча ортади. Унчалик юқори бўлмаган гипокальциемия сақланади, баъзида кўтарилади.

Қолдиқ белгилар даври. Биохимик кўрсаткичлар нормаллашуви ва рахит фаоллиги йўқолиши касалликнинг фаол даврдан нофаол даврига - қолдиқ белгилар даврига ўтганлигини билдиради. Ўтказилган рахит

белгилари (скелет деформацияси ва мушак гипотонияси) узоқ вақт сақланади.

Рахитнинг кечиши ва оғирлик даражаси

Рахитнинг ўткир кечиши учун барча симптомларнинг тез ривожланиши характерли, неврологик бузилишлар яққол ривожланган, аниқ гипофосфатемия, остеомаляция жараёни устунлик қилади.

Рахитнинг ўткир ости кечишида неврологик бузилишлар қисман ривожланган ёки унчалик ривожланмаган, қоннинг биохимик таркиби кам ўзгарган, остеоид гиперплазия жараёни устунлик қилади.

*Қайталанувчи (тўлқинсимон) кечиши*да болада фаол рахитнинг клиник, лаборатор ва рентгенологик белгилари аниқланади. Ҳозирги вақтда рахитнинг қайталанувчи кечишининг бўлишига гумон бўлиб ҳисобланмоқда.

Рахит ташҳиси касалликнинг клиник манзарасига асосланиб қўйилади ва қоннинг биохимик таҳлили билан (фосфор, калций концентрацияси ва ишқорий фосфатаза фаоллиги аниқланади) тасдиқланади. Бу кўрсаткичларнинг динамикаси ва нисбати касаллик даврини аниқлайди.

Рахитда фосфор концентрацияси 0,65 ммол/л гача пасайиши мумкин (болаларда нормада бир ёшгача 1,3-2,3 ммол/лга тенг), калций концентрацияси 2-2,3 ммол/л (нормада 2,5-2,7 ммол/лга тенг). Ишқорий фосфатаза фаоллиги кўтарилади.

Рахит учун рентгенограммада суяклар ўзгариши характерли: метафизар зонада эпифиз ва диафиз орасидаги ёриқ ортади; эпифиз ликопча шаклида бўлади, суякланиш ядроси аниқ кўринмайди, суякланиш соҳаси ноаниқ, остеопороз аниқланади.

Реконвалесценсия даврида суякланиш зонаси нотекис қаттиқлашиши натижасида шакли ўзгаради. Ўсиш зонасидаги бузилишлар фосфор ва калций танқисликлигига характерли. Гиповитаминоз Д да умумий остеопороз кузатилади. Қиёсий ташҳис рахитга ўхшаш касалликлар билан ўтказилади. Амалиётда рахит МНС нинг перинатал зарарланиши билан қиёсий таққосланади. Бундан ташқари баъзи дори воситалари кўп миқдорда қўлланилганда, мисол учун, глюкокортикоидлар (витамин Д антагонисти, калций транспортига таъсир қилади), гепарин (суякларда фосфор-калций тўпланишига тўсқинлик қилади, фуросемид, фосфатлар, магний, антацидлар - алюминий сақловчи дорилар (гипокальциемияни чақиради) ва бошқалар иккиламчи рахитни келтириб чиқариши мумкин.

Рахитнинг давоси

Рахит давоси комплексли, узоқ муддатли ва рахитни чақирувчи сабабини бартараф қилишга қаратилган бўлиши керак. Носпецифик даво катта аҳамиятга эга, болани ёшига мос ҳолда, рационал овқатлантириш, кун тартибига риоя қилиш, тоза ҳавода узоқ сайр қилиш, етарли инсоляция, даво гимнастикаси ва массаж, чиниқтириш, йўлдош касалликларни даволаш лозим.

Специфик давоси калций, фосфор дорилари, витамин Д тавсия қилишдан иборат.

Витамин Д нинг даволовчи дозаси

Рахит оғирлик даражаси	Витамин Д суткалик дозаси, ХБ	Курс давомийлиги, суткада
I	1000-1500	30
II	2000-2500	30
III	3000-4000	45

Бугунги кунда суяклар рентгенографияси ташхисот қилиш мақсадида ўтказилмайди.

Даво курси якунлангандан кейин витамин Д профилактик дозада (100-200 МЕ/суткада, 400 ХБ дан ошмаслиги керак) тавсия қилинади. Профилактик дозасини ошириш гипервитаминоз Д га олиб келади.

Охирги вақтларда витамин Д ни индивидуал тавсия этиш кўзда тутилмоқда (қонда унинг метаболитларини аниқлагандан сўнг). Кўпгина педиатрлар болаларга витамин Д эмас, балки витаминлар комплексини (мисол, Подивит Беби, болалар учун Биовитал гел ва бошқаларни) тавсия этади, чунки рахит кўп ҳолларда полигиповитаминоз билан кечади. Витамин Д дан ташқари бу комплексга гипервитаминозга мойилликни камайтирувчи витамин А киради. Агар рахит давосида витамин Д қўлланилса, витамин А ни камроқ дозада тавсия этилади. Одатда витамин Д₃ дорилари (холекалциферол) - Видехол, Вигантол қўлланилади. Кўпгина муаллифлар сувда эрийдиган витамин Д₃ ни тавсия қилади, чунки у ошқозон-ичак трактидан яхши сўрилади ва ёғда эрийдиганга қараганда узоқ таъсир этади.

Рахит профилактикаси

Ҳозирги вақтда асосий эътибор рахитнинг носпецифик профилактикасига қаратилган бўлиб, у бола туғилгунигача ва туғилгандан сўнг олиб борилади.

1. Антенатал

Специфик ва носпецифик профилактикаси бўлади.

***Носпецифик** -бола туғилишидан анча олдин бошланади.

-Ҳомиладор аёл кундалик тартибга кечаси етарлича дам олиши билан бирга риоя қилиши керак.

-Ҳар куни ҳар қандай об-ҳавода ҳар куни 2-4 соат мобайнида тоза ҳавода бўлиши жуда муҳимдир.

- Қуёшли кунда сайр қилиш

-Рационал овқатланиш: ҳар куни камида 180-200 гр гўшт, 100 гр балиқ, 150гр творог, 30 гр пишлоқ, 500мл сут ва сут маҳсулотлари, етарли миқдорда макро-ва микроэлементларни истеъмол қилиши керак.

-Мехнат ва дам олиш режими

-Соғлом турмуш тарзи

-Поливитамин препаратларни қабул қилиш

***Специфик профилактика**

- Нормал кечаётган хомиладорликда 28-30 хафтадан бошлаб 8 хафта давомида 500 ХВ витамин Д ҳар куни қабул қилиш
- Ҳавф гуруҳидаги хомиладор аёллар қўшимча равишда хомиладорликнинг 28-32 хафтасидан 8 хафта давомида йилнинг фаслидан қатъий назар 1000-1500 ХВ дозада витамин Д буюрилади.
- Шимолий туманларда қиш ва баҳор фаслларида витамин препаратлари ўрнига 1-2 курс УФО олинади. УФО эндоген холекальцферол синтезига олиб келади.
- Қиш-куз фаслларида 1-2 курс УФО қабул қилиш

2. Постнатал

Специфик ва носпецифик профилактикаси бўлади.

Носпецифик - Бола туғилгандан сўнг асосий тадбир бўлиб болани туғри овқатлантиришни ташкил этиш ҳисобланади. Бола ҳаётининга икки йиллигида энг яхшиси она сути билан боқиш ҳисобланади, шунинг учун лактация давомлироқ бўлиши учун она рационал кундалик тартибга ва туғри овқатланишга риоя қилиши керак. Хомиладорлик даврида қабул қилина бошлаган поливитамин препаратлар ёки махсус сутли ичимликларини истеъмол қилишни давом эттириш мақсадга мувофиқ бўлади.

Кўкрак сути етишмаслигида замонавий баланслаштирилган Са, Р ва холекальцферолни етарли нисбатда тутувчи мослаштирилган кўкрак сути ўрнини босувчи аралашмаларни истеъмол қилиш тавсия этилади. Шунда эрта қўшимча озиқ бериш тавсия этилмайди.

Боланинг жисмоний ривожланишига ва чиниқишига катта эътибор бериш керак,

- тоза ҳавода сайр қилиш,
- Актив ҳаракат режими, даволаш гимнастикаси, массаж, сувли муолажаларни систематик, мунтазам, узоқ, секин ва бир текис юкломани ошириб бориш мақсадга мувофиқдир.

-Кўкрак сути билан овқатлантириш (ўз вақтида қўшимча овқат бериш)

- Кун тартибига риоя қилиш, болани ҳавога мос равишда кийинтириш, чиниқтириш

Специфик терапия - Махсус олдини олиш Д витамин билан ўтказилади, муддатида туғилган болалар учун минимал профилактик доза суткада 400-500 ТВ ни ташкил этади. Бу доза боланинг 3-4 хафталигидан куз ва қиш фаслида бола яшаш шароити ва мойиллик омилларини ҳисобга олган ҳолда буюрилади. Муддатида туғилган болаларга махсус терапия бола ҳаётининг биринчи ва иккинчи куз-қиш-баҳор фаслида ўтказилади.

Ҳавф гуруҳга кирувчи болаларга куз-қиш-баҳор фаслларида ҳаётининг дастлабки икки йилида 1000 ХВ дозасида витамин Д буюриш тавсия этилади.

- ✓ Вақтида туғилган болаларга ҳаётининг 3-4 хафтасидан бошлаб витамин Д 400- 500 ХВ берилди

- ✓ Агар бола адаптирланган сунъий аралашмалар билан овқатлантирилса унга овқатдаги витамин Д микдорига қараб берилади (1 л аралашмада 10 мкг витамин Д, яъни -500 ХБ бор)
- ✓ Хавф гуруҳидаги болаларга ҳаётининг 10-14 кунидан бошлаб 1000-2000 ХБ да витамин Д берилади

Чала туғилган болаларда махсус профилактика

1-даражадаги чала туғилганларга ҳаётининг 10-14 кунлигидан 2 йил мобайнида ёз ойларидан ташқари суткасига 400-500-1000 ХБ витамин Д тавсия қилинади. Рахит 2, 3-даражада ҳаётининг биринчи йилида 1000-2000 ХБ ҳар куни, иккинчи йилида эса 500-1000 ХБ да ёз ойларидан ташқари тавсия қилинади.

Рахитни махсус профилактикасини витамин Д₃ нинг сувли эритмалари билан, айниқса чала туғилган болаларда уларнинг ичак ферментлари етилмаганлигини ҳисобга олган ҳолда берган яхшироқдир.

Витамин Д нинг профилактик буюришга қарши кўрсатмалар

- гипофосфатазия.
- микроцефалия ва кранеостеноз белгилари билан марказий нерв системаси органик шикастланишлари.

Лиқилдоқ ўлчамлари кичик бўлганлиги нисбий кўрсатма ҳисобланади.

Бу болаларга махсус профилактикаси 3-4 ойлигидан (буюрилади) ўтказилади.

Оқибатлари. Рахит оқибати унинг оғирлик даражасига, ўз вақтида ташҳис қўйишга ва адекват терапияга боғлиқ. Оғир ҳолатларда рахит суяклар деформациясига олиб келади, асаб-руҳий ривожланиш ва жисмоний ривожланишнинг орқада қолиши, кўришни бузилиши, шунингдек, пневмония ва ошқозон-ичак касалликларига кўп чалинишади ва оғир, чўзилиб кечиши кузатилади. Одатдаги шароитда рахитнинг бундай оқибати кузатилса, бошқа сабабларини ҳам қидириш зарур. Чала туғилган болаларда, кам вазнли болалардаги суяк касалликлари кўп учрайди.

Касаллик узоқ муддат давомида парентерал овқатланишда бўлган, кам вазнли болаларда нисбатан кўп учрайди;

-кўкрак сути ёки чала туғилган болалар талабига мослаштирилмаган кўкрак сути аралашмаларини истеъмол қилганда келиб чиқади. Чала туғилган болаларда рахитни аниқлаш қийин, рахитнинг аниқ манифестацияси кам учрайди, 6-8 ҳафтагача клиникаси аниқланмайди.

-Чала туғилган болаларда рахитни ривожланишига олиб келадиган омиллар суяк таркибини танқислиги: калций, фосфор, оксилни ноадекват истеъмол қилиш ва етишмаслиги;

-Субстратни юқори микдорда йўқотиш: ацидозда гиперкалциурия, сийдик ҳайдовчи дорилар билан ўтказилган терапиядан кейин гиперкалциурия (асосан фуросемиддан кейин).

- Суяк минерализацияси учун гормонлар активлигининг мос келмаслиги:

- Витамин Д га боғлиқ: кўкрак сутида кам миқдордалиги, нисбий стеатореяда абсорбциянинг камайиши, чала туғилган болаларда витамин Д синтезининг пасайишида кузатилади.

Паратгормон: чала туғилган болаларда нисбатан жавоб реакцияси йўқлиги.

Тахминан 2-ойлик даврида қуйидаги ўзгаришлар аниқланади:

- 1) узун суяклар диафизлари охирининг кенгайиши;
- 2) қовурға-тоқай бириккан жойининг кенгайиши ("рахитик тасмалар");
- 3) бўртиб чиққан, ёнбошлари яссиланган юмшоқ бош суяги
- 4) калла суягининг ёмон ривожланганлиги ҳисобига, катта лиқилдоқнинг ўлчами нисбатан катта;
- 5) қовурғалар ёки узун суяклар ёриғи

Одатда рентгенологик ўзгаришлар характерли бўлади. Суяклар рентгенограммасида қуйидаги ўзгаришлар аниқланади:

- 1) яққол ривожланган ҳамма суяклар остеопорози;
- 2) яллиғланиш генезли метафиз охирлари гиперемияси;
- 3) метафиз охирларида контурланишнинг йўқлиги;
- 4) калциноз бошланиш чизигининг ривожланиши билан эрта тикланиш белгилари;

Эпифиз ривожланиши орқада қолади. қоннинг биохимик таҳлилида ишқорий фосфатаза кўрсаткичи юқори бўлади (800 ХБдан), плазмада фосфор миқдори камайган, калций миқдори кам ёки нормада. Рентгенологик белгилари дарров ривожланмайди, белгилар кўринса касалликни оғир кечишини кўрсатади, чала туғилган болаларда рахит борлигига ишқорий фосфатазанинг доимий юқори кўрсаткичи ҳисобланади, агар бунга бошқа асослар бўлмаса (мисол, холестаза).

Ҳозирги вақтда чала туғилганларда рахитни келиб чиқиш сабаби, витамин Д танқислиги, унинг метаболизмининг ноадекватлиги эмас, балки, суяк минерализацияси субстратининг танқислиги деб тушунтирилган. Оксил, калцийни ноадекват истеъмол қилиниши чала туғилган болаларда рахит ривожланишига сабаб бўлиши мумкин, лекин охирги йилларда фосфор етишмаслиги энг асосий сабаблардан бири деб қаралмоқда. Яққол фосфор танқислигида, калций утилизасияси камаяди, шунинг учун гиперкалциемия аниқланади. ҳомиладорликнинг охирги уч ойлигида ҳомила ҳар куни 7,5 ммол/л (300мг) калций ва 5 ммол/л (150мг) фосфор олади, кам вазнли болалар калций ва фосфор юқоридаги миқдорда парентерал ва энтерал овқатлантирилганда ҳазм қилаолмайди. Бунинг натижасида суяк тўқималарида деполанган минерал моддалар танқислиги ривожланади.

Чала туғилган болаларни овқатлантириш учун тавсия қилинган аралашмаларда фосфор кўп миқдорда бўлади, бундан ташқари улар фосфор ва калцийни абсорбция жараёнини кўкрак сутига нисбатан катта миқдорда таъминлайди.

Бундай аралашмаларни қўллаганда рахит кам учрайди. Махсус тавсия қилинган аралашмаларда калций фосфор нисбати 2 га тенг, бунда калций 100 мл аралашмада 50-80 мг, фосфор эса 20-45 мг бўлишига керак. Чала

туғилганларда рахитни даволашда суяк минерал моддаларига талабни ошириш учун 100 мл сут аралашмасига 10-15 мг нейтрал фосфор кўшилади ёки фосфор микдори кўпайтирилади (паратентрал овқатлантирилганда).

Қон зардобида фосфор микдори кўрсаткичи тушса, ишқорий фосфатаза активлиги ошса (800 МЕ дан юқори), фосфорни кўшимча беришга кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Кўкрак сути билан овқатлантириладиган болалар ҳаётининг биринчи кунидан бошлаб, кўшимча фосфор олишлари керак. Кўкрак сутини кўшимча калций билан 20-40 мг/100 мл суткада тўйинтириш ҳам тавсия этилади (стандарт аралашма).

Бундан ташқари чала туғилганларга ҳаётининг 10-14 кунларидан витамин Д профилактик дозасини бериш кўрсатилган. Лекин витамин Д ни юқори дозада тавсия қилиш (2000 МЕ/кунига) сезиларли натижаларга олиб келмаган. Чуқур чала туғилган болаларга неонатология бўлимларида ётганда витамин Д кўшимча 800 МЕ суткада тавсия этилади (1600 МЕ дан ошмаслиги зарур), касалхонадан чиқарилгандан сўнг (ёки 1,5-2 ойга етганда) витамин Д дозаси камайтирилади, етук туғилган болаларникидек – 400 мг/суткада бўлади.

Назорат саволлари:

1. Рахит касаллиги нима?
2. Рахитнинг ривожланишига қандай сабаблар олиб келади?
3. Рахитнинг асосий патогенетик механизмлари қандай?
4. Рахитнинг илк белгиларига нималар киради?
5. Рахитнинг қандай асоратлари бўлиши мумкин?
6. Рахитнинг антенатал профилактикасига нималар киради?
7. Рахитнинг постнатал профилактикаси нималардан иборат?
8. Гипервитаминоз Д белгилари қандай?

3.4. Спазмофилия

Спазмофилия ҳозирги вақтгача алоҳида касаллик деб қаралган. Тетания спазмофилиянинг асосий клиник кўриниши бўлиб, турли хил этиологияли ва патогенетик механизмга эга. Рахитнинг спазмофилия билан боғлиқлиги аниқ.

Патогенетик нуқтаи назардан спазмофилия ва рахит калций ва фосфор алмашинуви бузилишининг икки босқичи бўлиб, организмда витамин Д етишмаслиги оқибатида ривожланади. Маслов фикрига кўра, XX асрнинг 60-йилларигача, спазмофилия 3,7% эрта ёшдаги болаларда аниқланган.

Охирги вақтда рахит касаллиги камайганлиги сабабли болаларда спазмофилия кам учрамоқда. Талваса ва бошқа спастик касалликларни пайдо бўлишига асаб тизими, асосан асаб-мушак аппаратининг юқори кўзгалувчанлиги олиб келмоқда. Спазмофилия ривожланишига гипокальциемия, гиперфосфатемия ва алкалоз натижасида юзага келган ион тенглигининг бузилиши сабаб бўлади. Фосфор микдорининг кўпайиши ва алкалоз ошиши гипокальциемияга олиб келади. Қонда калций микдорининг камайиши, унинг ионларининг камайиши болаларда талваса ривожланишига сабаб бўлади. Ишқорларнинг ҳужайра ичига кўп кириши ҳам талвасага олиб

келади (натрий гидрокарбонат, нитратлар). Спазмофилия ултрабинафша радиацияси таъсири бўлган қишнинг охирида ва баҳорда пайдо бўлади, шунингдек, рахит реконвалесценсияси даврида, калций-фосфор алмашинувининг яхшиланиши, қондан калций мобилизациясининг кучайиши ва унинг суякларда тўпланиши натижасида рўй беради. Бир вақтда қалқонсимон без олди функцияси пасаяди.

Спазмофилияда талвасага кўп қайт қилиш, кучли йиғлаш, кўрқув сабаб бўлади. Бу омиллар кислота-асосли ҳолатни алкалоз томонга силжишига, қонда ишқорий ҳолат калций ионизацияси камайишига олиб келади. Бундай ҳолатларда калций миқдори камайиши шарт эмас, алкалоз нерв-мушак кўзгалувчанлигини кучайтиради. Бунга қарама-қарши метаболик ацидоз тетанияни ривожланишига сабаб бўлади, чунки юқори Ph да калций ионизацияси кучаяди.

Спазмофилия шунингдек, хужайра ташқариси суюқлигида магний етишмаслиги билан ҳам боғлиқ, калций миқдори нормада бўлади. Бу ҳолат сут билан овқатлантирилганда ёки организмда магнийни нотўлиқ сўрилишида, шунингдек магнийнинг сийдик орқали ортиқча чиқарилиб юборилишида юз беради. Нормада қон зардобидида магний миқдори 0,8-1,5 ммол/л ни ташкил қилади, унинг миқдорини 0,5 ммол/л га камайиши талвасани чақиради. Шунингдек, витамин В₁ етишмаслиги ҳам талвасага пайдо бўлишига сабаб бўлади, рахитда кузатилади ва спазмофилияда кучаяди. Бунда талваса пайдо бўлишига олиб келувчи гликолитик занжирда бузилиш пайдо бўлади, пироузум кислотаси ҳосил бўлади, натижада талваса кузатилади.

Спазмофилия яширин ва латент турлари бор бўлиб, ёки "яширин тетания" ва аниқ спазмофилия деб аталади. Спазмофилиянинг яширин шаклида, "яширин тетания", асаб-мушак кўзгалувчанлиги юқорилигидан пайдо бўлади. Ота-оналар шикоят қилишмайди, рахит белгилари бўлсада, бола нормал ривожланади. Яширин спазмофилияда кўп учрайдиган белгиларга Хвостек (юз феномени), Люст, Труссо, Эрб, Маслов симптомлари киради.

Хвостек симптоми - болғача билан юз нерви шохчаси соҳасига, фоссасе санинае га урилганда оғиз, бурун, кўз ички бурчаги мушакларининг қисқаришини чақиради.

Люст симптоми - (перонеал ёки фибуляр) - кичик болдир нерви, кичик болдир суягининг орқа ва пастки соҳасига тукуллатилганда, оёқ букилиши ва ташқарига бурилишини чақиради. Шунга ўхшаш кўринишни тирсак нерви соҳасига билан суяги бошчасига тукуллатганда ҳам кузатилади.

Труссо симптоми - елкани бир неча дақиқага тасма билан босилганда ёки манжет блан сиқилганда (нерв-томир тутамига), қўл бармоқларининг тиришиши ва "акушер қўли" кўриниши юзага келади.

Эрб симптоми - галваник ток таъсирида нервлар электр кўзгалувчанлигининг кучайиши кузатилади. Агар ток кучи 5mA дан кичик бўлганда мушаклар қисқарса, бу юқори кўзгалувчанлик дейилади. Спазмофилияда у 1-2 mA га тенг бўлади.

Маслов симптоми – товонга игана санчганда болалар нафас олишининг тезлашиши ёки бир неча секундга нафас тўхташи кузатилади. Яширин спазмофилияда нафас мушакларининг спазми натижасида нафас олганда ва нафас чиқарганда бир неча дақиқага тўхтайдди.

Ларингоспазм. Аниқ спазмофилия симптомларидан бири - ларингоспазм ва ютиш мушаклари спазми кузатилади.

Клиник белгилари:

-Баъзида тинч ҳолатда,

-кўпинча зўриқишда,

-ҳаяжонланганда,

-кўркувда

- йиғлаганда нафас олиш қийинлашади

- ўзига хос шовқинли нафас пайдо бўлади,

-нафас бир неча секундга тўхташи мумкин.

-Бола оқариб кетади, кейин кўкаради, юзида ва танасида совуқ тер пайдо бўлади. Хуруж шовқинли нафас чиқариш билан тугайди ва нафас аста-секин нормаллашади.

Ларингоспазм кун давомида такрорланиши мумкин. Узоқ спазмда тоник ва клоник талваса кузатилиши мумкин.

Карпопедал спазм (яққол тетания). Кўл ва оёқ мушакларининг оғриқли спазми. Бунда бармоқлар "акушер кўли" ҳолатида бўлади, шунингдек, оёқ бармоқлари эквин-варус ҳолатини олади, оёқлар букилади, кафтда тери бурмалар ҳосил қилади. Спазм бир неча секунддан бир неча минутгача давом этади, баъзида узоқроқ.

-Мимик мушаклар (тетаник юз) зўриқиши,

-чайнаш мушакларининг тортилиши (тризм),

-бўйин мушаклари тортилиши,

-нафас мушаклари (нафас тўхташи, ушланиши) зўриқиши.

Силлиқ мушаклар спазми ҳам кузатилиши мумкин, юрак тўхташи ва ёки, ўлим ҳолати ҳам кузатилиши мумкин. Баъзида карпопедал спазм клоник талвасалар билан бирга келади.

Экламсия. хушни йўқотиш билан кечувчи кенг тарқалган талваса хуружлари. Баъзида талвасалар оғиз учида ва кўзда юз мушакларининг учиши билан бошланади, оёқгача тарқалади. Хуруж давомийлиги бир неча минутдан бир неча соатгача (экламптик статус деб юритилади). Баъзида талвасалар уйқуда бошланади. Тетанияси бор болаларда хуружлар оралиғида ЭЭГда патологик ўзгаришлар аниқланмайди. Мушак спазмларида ЭЭГда патологик тўлқинлар регистрация қилинади. Калций миқдори ва ЭЭГ маълумотлари ўртасида аниқ ўзаро боғлиқлик йўқ.

Чақалоқлар тетанияси.

Гипокальциемия ва талваса бола ҳаётининг биринчи кунидан бошлаб (чақалоқлар тетанияси), чала туғилган болаларда, эгизакларда, инфекцияларда, сариқлик синдромида ва бошқаларда кўп учрайди. Туғилгандан кейин калцийни организмга кам тушиши, периферик рецепторларни ўтувчи резистентлиги, калцитонин секрецияси юқорилиги

катта аҳамиятга эга. Ҳаётининг биринчи ҳафтасида болада гипокальциемия-овқатланиш хусусияти, унинг организмга тушишининг бузилиши ва болани эрта сигир сути билан боқишга ўтиш билан боғлиқ. Кам ҳолларда чақалоқларда гипокальциемия она организмида калций ва витамин Д етишмаслиги натижасида пайдо бўлади. Чақалоқларда гипокальциемия нерв-мушакларнинг тарқалган юқори қўзғалувчанлиги ва талваса, респиратор симптомлар, тахикардия, қайд қилиш белгиларини бўлиши билан юзага келади.

Давоси. Яширин ва аниқ спазмофилияда 10%ли калций хлор эритмаси бир чой ёки десерт қошиқдан ёки калций глюконат 1-2 грдан кунига 3 маҳал тавсия этилади. Ларингоспазмнинг енгил хуружлари тоза ҳаво ёрдамида бартараф этилади (хонага тоза ҳаво кириши таъминланади), юзга совуқ сув сепилади; чўзилувчан хуружларда тил ўзаги ва томоқ орқа девори қўзғатилади, сунъий нафас - биринчи нафас олиш пайдо бўлгунга қадар ўтказилади. Тетанияда ва карпопедал спазмда 1-2% ли хлоралгидрат эритмаси бир чой қошиқда ёки десерт қошиқда тавсия этилади, вена ичига 10-15 мл 10% калций хлор ёки кальций глюконат, кейин ичишга калций 0,1-0,15 г/кг суткада берилади.

Талваса хуружлари кузатилган болаларда овқатланиш тартибини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Талваса кузатилган даврда 8-12 соат давомида парҳез чой, мева шарбатлари билан ўтказилади. Кейин кўкрак сути билан овқатланадиган болаларга сутга нордон аралашмалар қўшилади, сунъий овқатлантирилганда сигир сути донор (кўкрак сути) ва нордон аралашма билан алмаштирилади; мева ва сабзавот шарбатлари, сабзавот бўтқаси тавсия этилади.

Профилактик тадбирлардан рахитни ўз вақтида олдини олиш, кун тартибини тўғри ташкиллаштириш, тоза ҳавода етарли сайр қилиш, даврий равишда калций дорилари ичиш тавсия қилинади. Қиш-баҳор мавсумида юқори қўзғалувчан ва рахит билан оғриган болаларга калций билан бирга бромидлар тавсия этилади. Сурункали гипопаратиреоидизмда витамин Д₂ (эргокальсиферол) 300 000 - 400 000 ХБ/суткада берилади. қондаги калций миқдори нормаллашганда (2,2 ммол/л) витамин Д₂ 1 ёшгача болаларга 50 000 ХБ/сутда ва бир ёшдан катта болалар учун 75 000-125 000 ХБ/сут давом эттирилади. Ўриндош даво мақсадида қалқонсимон без олди безининг суюқ экстракти (паратиреоидин) тавсия этилади, қонда калций концентрациясини кўтаради. Дорилар тери остига ёки мушак орасига 12 мл/сут да қўлланилади, қон зардобидида калций миқдорини назорат қилиш керак. 0,1% дигидротахистеролнинг ёғли эритмаси (тузилиш ва таъсири бўйича витамин Д₃га яқин) яхши самара беради, калций ва фосфор алмашинувини назорат қилади, ичак орқали калций сўрилиши, пешоб орқали фосфор экскрециясини кучайтиради. Дори ичишга 0,5 мг (20 томчи) кунига 3 маҳал тавсия қилинади. Калций дорилари билан бир қаторда, қондаги калций ва фосфорни, пешобда Сулкович реакцияси кўрсаткичини назорат қилиб туриш керак. Парҳезда калций миқдори кўп, фосфор кам миқдорда бўлиши зарур. Ошқозон-ичак орқали фосфатлар сўрилишини камайитириш учун алюминий

гидрооксид тавсия қилинади. Дорини ичишга суспензия (4%) кўринишида сув билан бир чой қошиқдан кунига 2-3 марта берилади.

Назорат саволлари:

1. Спазмофилия нима?
2. Спазмофилия ривожланишига қандай сабаблар олиб келади?
3. Спазмофилиянинг патогенетик механизмлари қандай?
4. Яширин спазмофилиянинг белгилари қанақа?
5. Яққол спазмофилия қандай кўринишларга эга?
6. Спазмофилия қандай асоратларга олиб келиши мумкин?

IV. Қон ҳосил қилиш аъзоларининг анатома –физиологик хусусиятлари

Қон –аъзо ва тўқималар билан алоқада бўлиб, уларни кислород ва озукка моддалари билан таъминлайдиган, метаболизм жараёнидаги охириги махсулотларни организмдан чиқариб юборадиган ва гомеостазни бошқаришда иштирок этади.

Қон –организмда специфик ва носпецифик иммунитетни таъминлашда муҳим рол ўйнайди.

- **Тана хароратини сақлаш**
- **Буфер тизимини ишлатган ҳолда тўқималар рНни нормал сақлаш**
- **Циркулятор тизимда қоннинг адекват ҳажмини таъминлаш**



- **Қон яратиш аъзоси** (қизил суяк кўмиги, жигар, талок, тимус, лимфатик тугунлар)
- **Периферик қон**
- **Нейрогуморал бошқарувчи омиллар**
- **Физик-химик бошқарувчи омиллар**

Эмбрионнинг эрта ривожланиш босқичи - гестациянинг 3 ҳафтасида қон яратиш ўчоқлари - қон оролчаларида пайдо бўлади. Мезенхимал хужайралар тўпланиши сариқ қопча деворида жойлашган. Бу ўчоқлар ташқи элементлари дифференцировкаси натижасида қалинлашади ва томирлар эндотелиясини ҳосил қилади, ички элементлари хужайра ичи боғламларидан озод бўлади, бирламчи қон таначалари ҳосил бўлиши бошланади. Эмбриогенезнинг 4-5- ҳафтасида қон яратиш хужайралари пайдо бўлади. Одам ҳомиласи ривожланиш даврида қон яратилиши томир ичида юз беради

ва ангиобласт даври дейилади. Биринчи макрофаглар ҳомила ичи ривожланиши 4-хафтасида жигар портал зонасида пайдо бўлади. 10 - хафтасида бу зоналарда биринчи гранулоцитлар ҳосил бўлади, уларнинг сони 8% дан ошмайди, умумий қон хужайралар сонига нисбатан олинади. 6-хафтадан бошлаб, жигарда мегакариоцитлар ҳосил бўлади, ҳомила ичи ривожланишида улар сони жуда кам бўлади.

Экстремедулляр жигар қон яратилиши

Эмбрион ривожланишининг 5-6 хафтасига тўғри келади.

Илдиз хужайра ишлаб чиқаради:

- эритроцитлар
- донатор лейкоцитлар
- мегакариоцитлар

Жигар ҳомила ичи ривожланишининг 5-ойигача интенсив равишда қон яратади.

* Ҳомила ичи ривожланишининг II- ярим йилига келиб бириктирувчи тўқима жигар паренхимаси ичига ўсиб киради

*жигарни бўлақларга бўлади,

*ўзак хужайранинг микромухити ўзгаради

*жигарда қон яратилиши сусаяди

*Бола туғилиши арафасида қон яратувчи хужайраларнинг атиги 5% жигарда қолади

4-ойдан бошлаб суяк тўқимаси ва суяк илиги ривожланади, суяк илигида қон яратиш ҳосил бўлади, у аста-секин асосий ролни ўйнайди. Пренатал даврда суяк илиги қизил, 3-4 ёшдан бошлаб баъзи суякларда сариқ рангга киради. Ҳомиладан ташқари ҳаётда суяк илигида эритроцитлар, доначали лейкоцитлар, тромбоцитлар ва моноцитлар ҳосил бўлади. Лимфатик тугунларда, талоқ фолликулаларида, ичак пеер пилакчалари ва бошқа лимфоид ҳосилаларда лимфоцитлар ҳосил бўлади.

Тимус да қон яратилиши –иммуногенезнинг етакчи аъзоси-эмбрион ривожланишининг 10 хафтасидан бошланади ва фақат лимфоид йўналишда давом этади.

Ҳомила ичидан ташқарида қон яратилиши (постнатал даврда)

Чақалоқларда-қон яратилиши барча суякларнинг суяк кўмикларида содир бўлади.

6 ойликда – қизил суяк кўмигининг қисман ёғга айланиши кузатилади, бу айниқса 4-6 ёшга келиб кескин ортади.

12-15 ёшда қон яратилиши фақат ясси суякларнинг кўмигида сақланади: бу қовурғалар, кўкс суяклари, шунингдек умуртқа поғонасининг учлари, елка ва биллак суякларининг проксимал қисмлари кўмигида яратилади.

Лимфоцитлар

- Постнатал даврда лимфоцитларнинг ҳосил бўлиш жойи **лимфатик системадир:**
- лимфотугунлар,

- талок
- солитар фолликулалар
- пейер бляшкалари
- ичаклар
- бронхоассоциирован лимфойд тўқима ва бошқа лимфойд тўқималарда йиғилади.

Болаларда гемопозитик система хусусиятлари

функционал

- экзо-эндоген таъсирлар натижасида тезда зарарланади
 - қон яратилишининг эмбрион типига осон қайтиш имконияти
 яъни, бола туғилганидан кейин жигар, талок, буйраклар ва бошқа аъзоларда қон яратилишининг экстрамедуляр ўчоқлари кўпинча патологик жараёнларда пайдо бўлади

- бир вақт ўзида – регенерация жараёнларига мойил

Чақалоқларда ва катталарда қоннинг умумий сифими

Чақалоқларда қоннинг умумий сифими 450-600 мл.

Болахаётининг бирёшида - 1,0-1,1 л.

ўсмирларда 14 ёшда - 3,0-3,5 л.

Катталарда ўртача (60-70 кг) умумий сифими 5-5,5 л.

ҚОН ТАРКИБИ

- 40% - шаклли элементлардан ташкил топган (эритроцит, лейкоцит, тромбоцит)

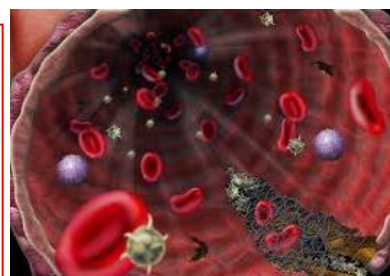
- 60% - суюқ қисми – плазма:

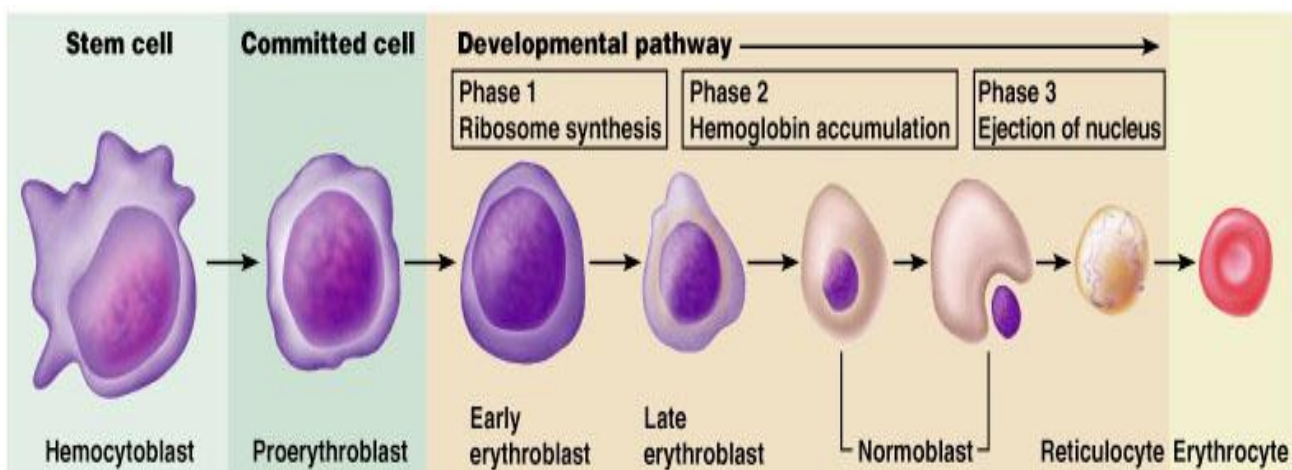
- ✓ 90% - сувдан иборат
- ✓ 10% - қуруқ масса (оқсил, ёғлар, углевод, витамин, гормон, фермент, моддалар алмашинувидаги маҳсулотлар)

Қоннинг умумий мўқдори

- Чақалоқларда тана массасини 14%
- катталарда – 7% ташкил этади

- Ёпишқоқлиги катталардан кўра кучлироқ
- Янги туғилган чақалоқларда гематокрит баландроқ (55%), катталарда - 40-45%.





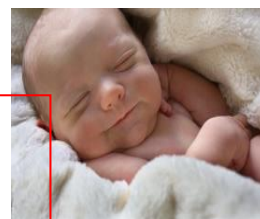
Эритропоз қизил суяк кўмигида хосил бўлади

Эритроцитларнинг нормал миқдори

Эмбрионал давр – $5-6 \times 10^{12} / \text{l}$

Янги туғилган чақалоқ – $5-7 \times 10^{12} / \text{l}$

Болаларда – $4,5-5,5 \times 10^{12} / \text{l}$



Гемоглобиннинг нормал миқдори

Янги туғилган чақалоқ – 180-220 g/l

болалар – 120-140 g/l



Лейкоцитларнинг нормал миқдори

- Янги туғилган чақалоқ – $10-30 \times 10^9 / \text{l}$,
- 1 ёшгача бўлган бола – $8-10 \times 10^9 / \text{l}$,
- Болалар – $4-9 \times 10^9 / \text{l}$

Тромбоцитларнинг нормал миқдори:

- Янги туғилган чақалоқ – $150-400 \times 10^9 / \text{l}$
- 1 ёшгача бўлган болаларда – $150-400 \times 10^9 / \text{l}$
- Болалар-1 ёшдан катта – $150-400 \times 10^9 / \text{l}$

Қон томирлар ҳолатини аниқлаш учун қуйидаги симптомлар қўлланилади:

Тасма симптоми (Кончаловский-Румпел-Леене симптоми). Артериал босимни ўлчаш аппарати резинали тасмаси ёки манжетни елка ўрта қисмига қўйилади. Бунда веноз оқим тўхтатилиб, артериал қон келиши сақланиши керак, пулс тирсак артериясида сақланади. Манжет қўйилгандан сўнг, босим систолик босимгача кўтарилади. 3-5 минутдан кейин тирсак букилган жойи

ва билакда тери қаралади. Нормада тери ўзгармайди, томирларнинг юқори синувчанлигида терида петехиал тошма пайдо бўлади. 4-5та петехиал элементлар пайдо бўлса, бу патология ҳисобланади.

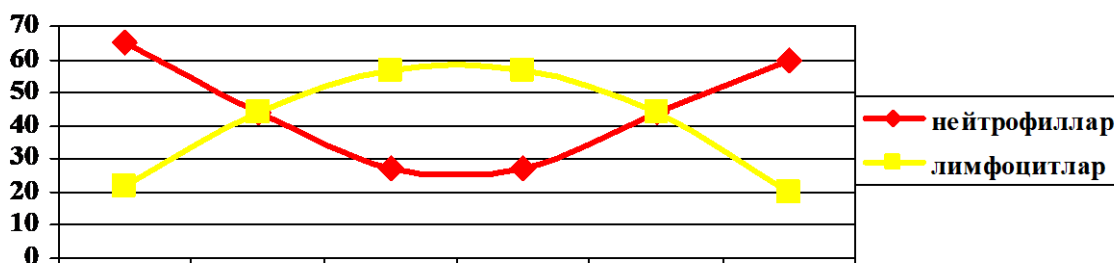
Чимчилаш симптоми. Кўкрак олд ёки ён юзасида тери бурмалари иккала қўл бош ва кўрсатгич бармоқлари билан тери ости ёғ қаватисиз ушланади (ўнг ва чап қўл бармоқлари ўртасидаги масофа 2-3 мм бўлиши керак) ва бурмалар узунлиги кўндалангига қарама - қарши йўналишда жойлаштирилади. Нормада чимчилаш ўрнида геморрагия пайдо бўлмайди.

4.1 Турли ёшдаги болаларда периферик қон нормативлари.Зарарланиш семиотикаси

Болаларда периферик қон хусусиятлари

2-3 кунлик ёшида: эритроцитлар физиологик гемолизига, яъни эритропоэтин миқдори ишлаб чиқариш пасайишига боғлиқ. Гемоглобин сони ҳам камаёди, эритроцитлар гемолизи давом этади, бу чақалоқлар физиологик сариқлигининг бошланиши кўринишида бўлади.

5-6 кунлик ёшида: асосий хусусияти - биринчи физиологик кесишиш юз бериши, нейтрофиллар ва лимфоцитлар сони тенглашади ва 43-45%ни ташкил қилади.



Хайитинг биринчи ойлигида: эритроцитлар ва гемоглобин сони нормада бўлади. Нейтрофиллар сони пасайишда давом этади, лимфоцитлар кўпаяди.

2-3 ойлигида: физиологик анемия бошланади, эритроцитлар $3,7-4,0 \times 10^{12}$ г/лгача камаёди, гемоглобин-110-115г/л.

6-12 ойларида: кўшимча овқат берилиши билан физиологик анемия тугайди, лимфоцитларнинг максимал сони - 60-65%, нейтрофиллар минимал-25-30%ни ташкил этади.

1 ёшдан кейин лимфоцитлар сони аста-секин камаёди, нейтрофиллар кўпаяди.

5-6 ёшида иккинчи физиологик кесишув юз беради, нейтрофиллар ва лимфоцитлар сони яна тенглашади ва 43-45%ни ташкил этади.

5-6 ёшдан кейин - нейтрофиллар сони кўпаяди, лимфоцитлар сони пасаяди.

12-15 ёшда: нейтрофиллар сони максимал – 60 - 65%, лимфоцитлар сони минимални – 25 - 30% ташкил этади.

Соғлом болалар гемограммаси

<i>Ёши</i>	<i>Еритроцитлар (1мм³ млн)</i>	<i>Ҳб, г/л</i>	<i>Лейкоцитлар (1мм³ млн)</i>	<i>Нейтрофиллар (1мм³ млн)</i>	<i>Лейкоцитлар % лимфоцитлар</i>	<i>% Формула, моноцитлар</i>	<i>Еозинофиллар</i>	<i>Базофиллар</i>
2-4 хафта	5,31	170,0	10,25	26,0	58,0	12,0	3,0	0,5
1-2 ой	4,49	142,8	12,1	25,25	61,25	10,3	2,5	0,5
2-3 ой	4,41	132,6	12,4	23,5	62,5	10,5	2,5	0,5
3-4 ой	4,26	129,2	11,89	27,5	59,0	10,0	2,5	0,5
4-5 ой	4,45	129,2	11,7	27,5	57,75	11,0	2,5	0,5
5-6 ой	4,55	132,6	10,9	27,0	58,5	10,5	3,0	0,5
6-7 ой	4,22	129,2	10,9	25,0	60,75	10,5	3,0	0,25
7-8 ой	4,56	130,9	11,58	26,0	60,0	11,0	2,0	0,5
8-9 ой	4,58	127,5	11,8	25,0	62,0	10,0	2,0	0,5
9-10 ой	4,79	134,3	12,3	26,5	61,5	9,0	2,0	0,5
10-11 ой	4,69	125,8	13,2	31,5	57,0	9,0	1,5	0,25
11 ой- 1 ёш	4,67	129,2	10,5	32,0	54,5	11,5	1,5	0,5
1-2 ёш	4,82	127,5	10,8	34,5	50,0	11,5	2,5	0,5
2-3 ёш	4,76	132,6	11,0	36,5	51,5	10,0	1,5	0,5
3-4 ёш	4,83	129,2	9,9	38,0	49,0	10,5	2,0	0,5

Ҳомиланинг 2-3-ҳафталик муддатида ҳужайра тизими ва носпецифик иммун жавоб тизими, мултипотент ўзак ҳужайралар шаклланади. Ҳаётининг 9-15-ҳафтасида ҳужайра иммунитетига фаоллашади. Туғилгандан кейин болада Т-лимфоцитларнинг абсолют сони катталарга нисбатан юқори, лекин уларнинг фаоллиги катталарга қараганда паст бўлади. Жигар ва суяк илигида В-ҳужайра дифференцировкаси бошланади. В - ҳужайра олди ҳужайрага айланиши, иммуноглобулинлар продукциясига олиб келади, тимус омиллари таъсирида юз беради. В-система ҳужайралари антителалар продукциясига мойиллиги ҳомила 11-12-ҳафтасида юз беради. Ҳомила ичи ривожланиши даврида иммуноглобулинлар синтези чегараланган, ҳомила ичи ривожланиш даврида ҳомилага трансплацентар баъзи она иммуноглобулинлар (иммуноглобулинлар G) утади.

11-Жадвал

Соғлом болаларда лейкоцитлар сони ва лейкоцитлар формула

Ёши	Еритроцитлар (1мм ³ млн)	Ҳб, г/л	Лейкоцитлар (1мм ³ млн)	Нейтрофиллар (1мм ³ млн)	Лейкоцитлар % лимфоцитлар	Формула, моноцитлар	Еозинофиллар	Базофиллар
4-5 ёш	4,89	136,0	10,2	45,5	44,5	9,0	1,0	0,5
5-6 ёш	5,08	139,4	8,9	43,5	46,0	10,0	0,5	0,25
6-7 ёш	4,89	136,0	10,6	46,5	42,0	9,5	1,5	0,5
7-8 ёш	5,1	132,6	9,98	44,5	45,0	9,0	1,0	0,5
8-9 ёш	4,84	137,7	9,88	49,5	39,5	8,5	2,0	0,5
9-10 ёш	4,9	136,0	8,6	51,5	38,5	8,0	2,0	0,25
10-11	4,91	144,5	8,2	50,0	36,0	9,5	2,5	0,5
11-12	4,83	141,1	7,9	52,5	36,0	9,0	2,0	0,5
12-13	5,12	132,4	8,1	53,5	35,0	8,5	2,5	0,5
13-14	5,02	144,5	8,3	56,5	32,0	8,5	2,5	0,5
14-15	4,98	146,2	7,65	60,5	28,	9,0	2,0	0,5

Бола онасидан кенг специфик антитела комплексини олади. Ҳаётининг биринчи ойларида иммуноглобулинлар G синфи эриши ва йўқолиши давом этади, трансплацентар ўтган ҳолатдаги ИгаГ йўқолади. Бир вақтнинг ўзида ҳамма синф игалари ўсиши кузатилади. 4-6 ой давомида онадан ўтган игалар тўлиқ емирилади ва шахсий игалар синтези бошланади. Б-лимфоцитлар иммуноглобулинлар М ни синтезлайди, уларни тенглиги худди катталар кўрсаткичига етади, шахсий иммуноглобулинлар G синтези секин юз беради. Бола туғилганда секретор иммуноглобулинлар бўлмайди, уларнинг изи ҳаётининг биринчи ҳафтаси охирларида топилади, секретор иммуноглобулинлар миқдори 10-12 ёшига келиб максимал даражага етади. Эрта ёшдаги болаларда иммунитетнинг физиологик хусусиятлари муҳитнинг инфекцион омилларига сезгирлиги ва алергик экспозицияга сезгирлиги юқорилигини аниқлайди. Зардоб ва секретор иммуноглобулинлар ошиши 5 ёшда кузатилади, юқумли касалликлар пасайиши билан характерланади.

Қонни морфологик текшириш

Қонни тўлиқ морфологик текшириш жуда кенг ва узок вақт талаб этади, шунинг учун фақат айрим ҳолларда ёки илмий мақсадларда қўлланилади.

Беморни умумий текширганда одатда умумий қон таҳлили текшируви қўлланилади. Бу таҳлил орқали қон шаклли элементларининг миқдорини ва сифат кўрсаткичи ўрганилади:

- гемоглобин миқдорини аниқлаш;

- эритроцитлар сонини аниқлаш;
- ранг кўрсаткичини ҳисоблаш;
- лейкоцитларнинг сони ва алоҳида шаклларининг нисбати;
- эритроцитлар чўкиш тезлигини аниқлаш (ЭЧТ).

Баъзи беморларда касаллик характериға қараб қўшимча текширувлар: ретикулоцитлар, тромбоцитларни ҳисоблаш, қон ивиш вақтини аниқлаш лозим.

Клиник таҳлил учун периферик қон олинади. Қонни иложи борича эрталаб овқатдан олдин олиш зарур, чунки овқат, дори препаратларини қабул қилиш, вена ичига инъекция, температура реакциялари ва бошқа факторлар қон таҳлилида турли морфологик ва биохимик ўзгаришларға олиб келади.

Қон олиш техникси

- қонни махсус резинкали кўлқопларда, асептика қоидаларға риоя қилиб олиш керак;
- қон чап кўлнинг 4-бармоқ охириги фалангасидан олинади (айрим ҳолларда, янги туғилган чақалоқларда ва эмизикли болаларда кулоқ юмшоғидан ёки товондан олиш);
- игна билан тешишдан олдин ўша соҳа 70° спиртда хўлланган пахтали тампон билан артилади; тери қуриши керак. Бўлмаса қон ёйилиб кетиши мумкин;
- терини тешиш учун бир марталик стерил игна-скарификатордан фойдаланилади;
- бармоқни ён юзасидан, 2-3 мм чуқурликда тешиш керак, чунки ён юзада капилляр тўр кўп жойлашган; бармоқнинг дактилоскопик чизиқларига кўндаланг тешилса, қон осон ва кўп миқдорда келади;
- биринчи қон томчиси артиб ташланади, чунки унда катта миқдорда тўқима суюқлиги бор; қон хар сафар олинганидан сўнг қолдиқлар артиб ташланади, кейинги қон янги томчидан олинади.
- қон олиб бўлгандан сўнг жарохатланган жойға, 70° ли спирт билан хўлланган спиртда стерил тампон қўйилади;

Гемоглобин

эркакларда— 130–160 г/л

аёлларда — 120–140 г/л

Гемоглобинни текшириш энг муҳим ва асосий лаборатор текширувлардан бири ҳисобланади. Эритроцитлар сони билан бирга аниқланганда, анемик ҳолатларни баҳолашда муҳим лаборатор кўрсаткич ҳисобланади.

Назорат саволлари:

1. Эмбрионда қон ҳосил қилиш босқичлари
2. Қон ҳосил қилишнинг ўзига ҳос хусусиятлари
3. Эритрограмманинг ёш бўйича ўзгариши
4. Лейкограмманинг ёш бўйича ўзгариши
5. Коагулограммани ёш бўйича ўзгариши
6. Жигар ва талоқни аниқлаш усуллари.
7. Болаларда жигарни ёшға қараб ўзгариши

4.2 Танқислик анемиялар

Темир етишмовчилик камқонлиги (ТЕК) – темир танқисликлигининг кўриниши бўлиб, бирлик қон ҳажмида ва эритроцитларда гемоглобин концентрациясининг камайиши, микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ранг кўрсаткичининг пасайиши, қон зардобда темир ва ферритин миқдорининг камайиши, трансферриннинг темир билан паст даражада тўйиниши, темир боғловчи хусусияти ва эритроцитар протопорфириннинг ошиши билан характерланади.

ТЕК болалик даврида камқонликнинг энг кўп кўринишидан бири ҳисобланади. Бола ҳаётининг иккинчи йилида ва ўсмирлик даврида, эрта ёшдаги болаларда жуда кўп кузатилади. Яширин темир танқисликлик даври темир етишмовчилик камқонлигидан 1,5-2 марта кўп учрайди.

Темир етишмовчилик камқонлиги сабаблари:

1. Туғилганда темир миқдорининг камлиги.
2. Хавф гуруҳи: чала туғилганлар; ҳомиладорлик вақтида камқонликка учраган оналар, шунингдек “ташландиқ болалар”; ҳомила ичи ривожланишидан орқада қолган болалар; перинатал даврда кўп қон йўқотган болалар.
3. Алиментар омиллар - темир етишмовчилиги камқонлигининг етакчи сабаби. Хавф гуруҳи: мослаштирилмаган аралашмалар билан сунъий овқатлантирилладиган болалар; кўшимча овқатни кеч бериш; ҳар қайси ёшда фақат ўсимлик, сабзавотлар билан овқатлантириш; рационда сутни кўп ишлатиш (суткада 0,5 л дан юқори).
4. Темирни кўп миқдорда йўқотиш ёки унга бўлган юқори талаб. Хавф гуруҳи: ўткир ва сурункали юқумли касалликлар, асосан ошқозон-ичак тракти; ошқозон-ичак трактининг сурункали ноинфекцион, яллиғланиш касалликлари (малабсорбция синдромида темирни кўп йўқотиш ёки етарли даражада организмга тушмаслиги); яққол (мелена, бурундан қон кетиш, гематурия ва бошқалар) ва яширин қон кетиши; ювенил гормонал ўзгаришлар; токсик омиллар; эссенциал.

Темир танқисликлигида биринчи ўзгариш тўқималарда содир бўлади-тўқимада темир захираси камаяди, зардобда ферритиннинг камайишига олиб келади, кейин трансферриннинг темир билан тўйиниши пасаяди, зардобнинг умумий темир боғловчи хусусияти ортади ва эркин эритроцитар протопорфинлар миқдори - гем манбалари кўтарилади. Юқорида кўрсатилган ўзгаришлар бола қон зардобда темир миқдори ва гемоглобин концентрацияси, эритроцитлар ҳажмининг пасайишигача, яъни камқонлик ривожланишидан олдин кузатилади.

Гемоглобиннинг пасайиш даражасига қараб, анемиянинг енгил (гемоглобин 90-110г/л), ўрта-оғир (60-80 г/л) ва оғир (гемоглобин 60 г/л дан кам) турлари ажратилади.

Клиник кўринишида қуйидаги синдромлар кузатилади:

Астеноневротик синдром: тез чарчаш, қўзғалувчанлик, асабийлашиш, эмоционал нотурғунлик, кўп терлаш, жисмоний ва психомотор

ривожланишдан орқада қолиш; ланжлик, астения, апатия, иштаҳа пастлиги, диққат эътиборни пасайиши, ҳушдан кетиш, катта ёшдаги болаларда бош оғриши, бош айланиши, қулоқларда шовқин, кўз олдида бижирлаш, юрак соҳасида оғриқ, шунингдек, иштаҳа ва хид билишнинг ўзгариши, дизурик бузилишлар.

“Эпителиал” синдром. Терининг оқимтирлиги (асосан кафтда, тирноқларда, шиллик қаватларда ва қулоқ супраларида; терининг қуруқлиги ва кепакланиши; тери, тирноқ, соч, оғиз шиллик қавати, тилнинг дистрофик ўзгариши (оғиз бурчагида бичилиш, ангуляр стоматит, тил сўрғичларининг яссилиги, лакланган тил, тилнинг қизариши, атрофик глоссит), каттик овқатларни ютишнинг бузилиши; гастрит; дуоденит, малабсорбция ва малдигестия билан кечувчи энтеропатия, нотурғун нажас; кўнгил айнаши; баъзида терининг алебастр-яшил рангда бўлиши (хлороз) кузатилади.

Юрак қон-томир синдроми: тахикардия, артериал гипотонияга мойиллик, юрак тонларининг сусайиши ва юрак нисбий чегарасининг кенгайиши, юрак чўққисидан функционал систолик шовқин, баъзида йирик томирлар устида шовқин эшитилиши.

Мушак синдроми: гипотония, тез чарчаш, пешобни ушлаб тураолмаслик, қабзият.

Иккиламчи иммунитет танқислиги синдроми: темир етишмаслигини янади оғирлашишига олиб келувчи тез-тез ўРВИ, пневмония, ичак инфекциялари билан касалланиш.

Темир етишмаслиги камқонлигининг ташҳисоти гематологик кўрсаткичларнинг силжишини аниқлашга асосланган - гемоглобиннинг пасайиши (5 ёшгача 110г/лдан кам ва катта ёшдагиларда 120 г/лдан кам), ранг кўрсаткичи 0,8 дан паст, битта эритроцитда гемоглобиннинг ўртача миқдори 927 пг/эритроцитдан паст, эритроцитлар ўртача ҳажмининг пасайиши, темир алмашинуви кўрсаткичи - қон зардобидан ферритиннинг пасайиши (30 нг/млдан паст), трансферриннинг темир билан тўйинганлиги (25%дан паст), темир (11,6 мкмол/л дан паст; қон зардобидан умумий темир боғловчи функциясининг юқорилиги (50 мкмол/лдан юқори. Лаборатор белгиларига шунингдек, микроцитоз, анизо ва пойкилоцитоз киради. Ранг кўрсаткичининг пасайиши темир етишмовчилигининг эрта босқичларида ривожланмайди, шунинг учун нормохром ранг кўрсаткичи темир етишмовчилик камқонлигини инкор қилмайди. Эритроцитлар сонининг пасайиши фақатгина оғир камқонликларга характерлидир. Суяк кўмигида эритропоэзнинг ёшариш белгилари характерлидир, бу қонда ретикулоцитоз билан тасдиқланади.

Дифференциал ташҳис жуда кам учрайдиган микроцитар гипохром камқонликлар билан ўтказилади: талассемия, кумуш симоб билан захарланиш; сидеробласт камқонлик.

Давоси. Камқонликнинг оғир шаклларида стационар даво кўрсатилади. Болаларнинг кун тартиби фаол бўлиши керак, кўпроқ тоза ҳавода бўлиши зарур. Парҳез билан темир танқислигини бартараф этиб бўлмайди, шу сабабали темир дори воситаларини ҳам бериб бориш керак.

Педиатрияда темир дориларини тавсия қилишнинг умумий усуллари куйидагилар:

- Дориларни асосан ичишга тавсия қилиш, парентерал юборишни чеклаш, чунки, дориларнинг ножўя таъсири юқори бўлади (аллергик реакция, инъекциядан кейинги абсцесс ва флебитлар, гипотензия, бактериал инфекцияларга хафв юқори, гемосидероз ва бошқалар);
- Дорининг суткалик дозаси элементар темир бўйича 5-6 мг/кг; юқори доза даво самарадорлигини оширмайди, ножўя таъсир кўрсатади, дорининг суткалик дозаси уч қабулга бўлинади;
- Давонинг биринчи бир неча кунда бемор дорини қабул қилишини аниқлаш учун дозаси икки баробарга камайтирилади;
- Темир дориларни қабул қилишнинг муддати 3 ойдан кам бўлмаслиги керак, биринчи босқичда бу гемоглобин миқдорини ва темирни периферик захирасини тўлдирувчи терапия ҳисобланади, иккинчи босқичда темирнинг тўқимадаги захираларини тиклаш зарур ва учинчи босқичда қайталанишга қарши тадбирларни қўллаш лозим;
- Темир дориларини овқатланиш оралиғида бериш ва уларни сабзавот ёки мева шарбатлари билан ичиш керак, темир дориларини сут билан ичиш ман қилинади.;
- Темир препаратлари билан бирга аскорбин кислота ва Вит Е бирга тавсия қилиш даво самарасини оширади;
- Махсус кўрсатма бўлмаганда темир дорилари билан бирга вит В₆ ва вит В₁₂, фолат кислота тавсия қилишни хожати йўқ;
- Темир дориларни парентерал тавсия қилишга кўрсатмалар: ичакда сўрилишнинг бузилиши, темир дориларини ичганда қабул қилаолмаслик. Препаратлар вена ичига 25 мг дозада томчилаб юборилади, кейин 3 кунда 50 мг юборилади. Курс тамомлангандан кейин темир дорилари ичишга буюрилади.
- Темир дориларини қўллашда кутилаётган натижалар: 72-96 соатдан кейин ретикулоцитознинг кўтарилиши ва 7-10 кундан кейин гемоглобин миқдорининг кўтарилиши (яхши натижа ҳафтада 5 г/л) ҳисобланади. Гемоглобин миқдори нормаллаштирилгандан кейин темир дорилари билан даволаш темирнинг тўқимадаги депосини тиклаш учун 4-6 ҳафтагача давом эттирилади. Темир дорилари билан даволаш вақтида қон зардобидани унинг миқдорини аниқлаш маълумотли ҳисобланмайди.
- Эритроцитар масса қуйиш ҳаётини кўрсатмага асосан, гемоглобин миқдори 70 г/лдан кам бўлса тавсия қилинади. Қон қуйишга шошилмаслик зарур.

Профилактикаси. Аёлларда темир танқислигини олдини олишдан бошланади. Чала туғилган болаларда 1-ойлигидан бошлаб профилактик доза сутка давомида 2 мг/кг берилади. Болалар овқатланишида таркибига темир дорилари қўшилган бўтқаларни бериш тавсия қилинади.

Фолат танқислик камқонлиги (ФТК)- мегабласт камқонлик гуруҳига киради. Мегабласт камқонлик (МК) - самарасиз эритропоэз натижасидаги

камқонлик бўлиб, эритроцитларнинг шаклланиши ва морфологиясининг ўзгариши билан характерланади.

ФТК кам учрайдиган касаллик, кўкрак ёшидаги болаларда, асосан чала туғилганларда кузатилади.

Этиологияси ва патогенези. Етук туғилган, рационал табиий овқатланишда бўлган чақалоқларда фолат кислотага талаб қониқарли бўлади. Сабаблари: абсорбциянинг туғма бузилиши ва фолат алмашинувининг бузилиши (кам ҳолларда), орттирилган малабсорбция (целиакция, экссудатив энтеропатия); чала туғилганларда фолат кислотага бўлган талаб юқорилиги, гемолитик анемиялар, баъзи бир дорилар билан даволанганда (метотрексат; сульфаниламидлар; силга қарши дорилар), узок давом этувчи инфекциялар.

Фолат кислота танқислиги камқонлиги эчки сути билан боқилган болаларда кузатилади. Суяк илигида ва периферик қонда мегабласт ўзгаришлар 3-3,5 ойдан кейин пайдо бўлади.

Оғирлик даражасига қараб классификация қилинади.

Клиникаси. Чала туғилган болаларда 3-6 ойлигидан бошлаб, ланж, анорексия, глоссит, диарея, қон талашлар ва бактериал инфекция юзага келади. Периферик қонда мегабласт ўзгаришлар, нейтропения нейтрофиллар ўлчами катталашган, тромбоцитопения кузатилади. Неврологик бузилишлар характерли эмас.

Диагностикаси. Периферик қонда эритроцитлар орасида мегалоцитлар устунлик қилади – 10 дан 12 мкмгача диаметрдаги хужайралар, айлана ёки эллипс шаклида бўлади. Эритроцитларнинг ўртача ҳажми 100 дан 146 флгга тенг. Периферик қон суртмасида анизоцитоз ва пойкилоцитоз, нейтрофиллар гиперсегментацияси аниқланади. Суяк илигида эритроидли гиперплазия ва барча гемопоэтик хужайраларнинг катта ўлчами характерлидир.

Дифференциал диагностикаси. В₁₂ танқисликли камқонлиги билан ўтказилади. Вит В₁₂ танқисликлиги камқонлигида пешобда метилмалон кислотаси ажралиши ошади, уни фолат кислота камқонлигидан фарқлайди.

Давоси. Фолат кислота ичишга сутка давомида 2-5 мгдан тавсия қилинади, 3 кундан кейин самара билинади, даво муддати 3 кундан кам бўлмаслиги керак. Беморларда даво самараси бўлмаса, вит В₁₂ танқисликлик камқонлиги ҳақида ўйлаш керак. Сўрилиш нуқсонида фолат кислота парентерал тавсия қилинади.

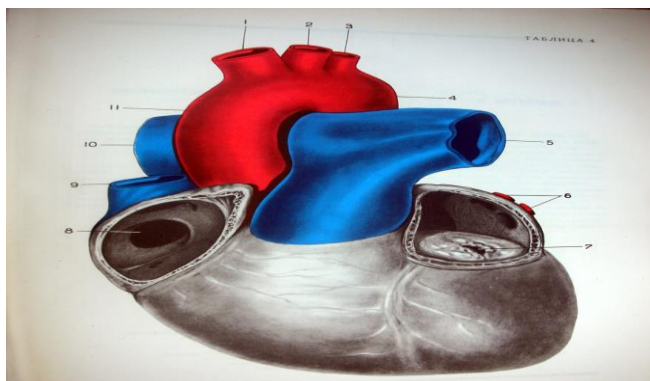
Чала туғилганларга 2 ойлигидан бошлаб; талвасага қарши ва силга қарши сульфаниламидлар билан даво олганларга, целиакция билан касалланганларга ва малабсорбциянинг бошқа шаклларида хар куни фолат кислотаси 0,2-0,5 мг дозада тавсия қилинади.

Назорат саволлари:

1. Анемия сўзи нимани англатади?
2. Темир моддасининг организмда қандай ўрни бор?
3. Темир моддасининг етишмовчилиги нима билан намоён бўлади?
4. Темир танқислик анемиясининг асосий сабаблари нима?
5. Темир танқислик анемиясининг клиник белгилари нимадан иборат?

6. Анемия касаллигининг қандай даврлари ажратилади?
7. Танқислик анемиясининг профилактикаси нимадан иборат?

V. Юрак-қон томир тизимининг анатома-физиологик хусусиятлари



Юрак пушт варақлари ҳомила ичининг 2 ҳафтасида иккита алоҳида юрак пуштларидан бошланади, кейин бўйин соҳасида жойлашган битта найчага қуйилади. 3 ҳафталикда тез ўсиши натижасида С-симон ҳарфга ўхшаб букилади. 4-ҳафтадан бошлаб бўлмача ва артериал йўлак юрак трубкасига қарама-қарши охирида, юракда икки камерали (балиқга ўхшаш) веноз синус ва бўлмача ўртасида клапан ҳосил бўлади. 5- ҳафтадан бошлаб, бўлмачаларо тўсиқ ҳосил бўлади ва юрак уч камерали бўлади (амфибияга ўхшаш), 6-7 ҳафтадан умумий артериал ўзак иккига бўлинади. Ўпка артерияси ва аорта, қоринчалар ўнг ва чап қисмларга бўлинади. 4-ҳафтадан бошлаб бир вақтнинг ўзида юрак ўтказувчанлик йўллари шаклланади, асосий йўллари (синоатриал, атриовентрикуляр тугун, Гисс, Бахман, Венкебах, Тореля тутамлари), бундан ташқари қўшимча (Махайма, Кент, Джеймс ва бошқалар) йўллари шаклланади. Бола туғилгандан кейин қўшимча тутамлар инволюцияга учрайди ва 0,1-0,2% болаларда қолади.

Чақалоқларда юрак нисбатан катта ва тана вазнининг 0,8% ни ташкил этади (22 гр атрофида), катталарда - 0,4%. Ўнг ва чап қоринча тенглашади, деворлари қалинлиги 5 ммни ташкил қилади. Ёши катталаниши билан юракнинг вазни ортади: 8 ойлигида юрак вазни икки баробар, 3 ёшда уч баробар, 6 ёшда 11 мартага катталашади. Чап юрак катта зўриқиш остида интенсив ўсади, 14 ёшда чап қоринча девори қалинлиги 10 мм (ўнг- 6 мм) га етади. Иккала бўлмача ўлчами катта, улар деворининг қалинлиги 2 мм. Бир вақтнинг ўзида тўқима дифференцировкаси юз беради. Чақалоқ миокарди жуда юпқа мушак тўқимасидан иборат, бириктирувчи тўқима кучсиз ривожланган, кўндаланг фибриллярдан ва кўндаланг чизикдан иборат. Ядроси кўп сонда бўлади, лекин майда, кам дифференцияланган, кичик артериялар яхши ривожланган ва юрак мушакларининг яхши қон билан тақсимланишини таъминлайди. Магистрал томирлар нисбатан катта ўлчамга эга. 10-12 ёшгача болаларда ўпка артерияси аортага нисбатан кенг, кейин унинг ёриғи бир хил бўлади. Жинсий шаклланишдан кейин қайта ўзаро муносабати тикланади. Эрта ёшдаги болаларда катта қон айланиш артерия ва

веналари ёриғи йиғиндиси бир бирига якин (1:1), катта ёшдаги болаларда бу нисбат 1:3, катталарда 1:5 га тенг. Болаларда капилляр тизим, катталарга нисбатан ва мутлоқ кенг, температура гомеостази ушламини кийинлаштиради.

5.1 Хомила ичи қон айланиши

Хомила ривожланиши учун керакли маҳсулотларни она қонидан олади. Қон бачадон артерияси орқали йўлдошга ўтади (“бола ўрни”), шунинг учун хомила қон айланиши, плацентар дейилади. Йўлдошда хомила она қонидан озуқа моддаларни олади. Йўлдошдан артериал қон хомила киндик венасига боради *v.umbilicalis*, киндик каналчаси таркибида жигар пастки қиррасига йўналади, киндик венаси шарига қуйилади ва жигар дарвозаси тенглигида 2 та шохчага бўлинади. Биринчи шохча дарвоза венасига, иккинчи шохча веноз (аранциев) йўлига, *ductus venosus* – жигар ёки пастки ковак венага қуйилади. Шундай қилиб, йўлдошдан киндик венаси орқали чиқаётган артериал қоннинг бир қисми пастки ковак венага, бир қисми эса жигарга ўтади, жигар хомила қон ҳосил қилиш органи ҳисобланади. Кейин жигар веналаридан қон пастки ковак венага боради, бу ерда веноз қон билан аралашади. Пастки ковак венадан аралашган қон ўнг бўлмача, ундан бўлмачалараро тўсиқ орқали чап бўлмачага, унинг оқими хомилада яхши ривожланган пастки ковак вена қаватига (Евстахийев қавати) йўналади. Чап бўлмачадан қон чап қоринчага тушади, кейин аортадан орган ва тўқималарга йўналади.

Веноз қон хомила танасининг юқори қисмидан юқори ковак вена бўйлаб ўнг бўлмачага келади. Ўнг бўлмача қоринча тешиги орқали бу қон ўнг қоринчага ўтади, ундан ўпка ўзагига (артерияси), кейин йирик артериал (Баталлов) йўлга оқади, *ductus arteriosus*, бевосита аортага (чап ўмров усти артерияси чиққан жойдан пастроқда) ўтади. Аортага чап қоринчадан ўтган аралаш қонга веноз қон янги порцияси қўшилади. Бу аралашган қон аорта шохчалари орқали хомила танасининг барча орган ва тўқималарига кетади. Шундай қилиб хомила танасининг юқори қисми (бош мия хам) тананинг пастки қисмига нисбатан, аорта ёйи шохчалари билан қон билан таъминланади (умумий уйку ва ўмров ости артериялари), кислород ва озуқа моддаларга бой қонни олади.

Хомила қонининг кислород ва озуқа моддалар билан тўйиниши йўлдошда юз беради, аралашган қон аортадан ички ёнбош артерияга, кейин унинг шохчалари орқали жуфт киндик артерия, *a.umbilicalis* –йўлдошга ўтади. Чақалоқ туғилгандан кейин, томир тизимида асосий ўзгариш юз беради: плацентар қон айланиш ўпка қон айланишига бирдан ўтади. Ўпка, ўпка артерияси ва веналари ўз фаолиятини бошлайди. Туғилгандан кейин боғланган киндик томирлари бўшайди: киндик вена ўзаги жигар айлана бойламига ўзгаради, киндик артериялари ўнг ва чап латерал киндик бойламига, артерия ёриғи унинг бошланиш қисмларида сақланади. Бу киндик бойламлари қориннинг олд девори орқа юзасида жойлашган.

Веноз йўлак веноз бойламга, хомила ўпка ўзагини аорта ёйининг эгилган қисми билан бириктирган артериал йўлак, артериал бойлам бўлади. Ўпка ўзагини (ёки чап ўпка артерияси) аорта ёйи билан бириктиради.

Туғилгандан кейин тешикларни ёпилиш вақти

Фетал тешиклар	Функционал ёпилиши	Анатомик ёпилиши
Киндик венаси	Дастлабки 15 сонияда, қисқич қўйилганидан сўнг	Ligamentum umbilicalis mediana
Киндик артерияси		Ligamentum umbilicalis dextra Ligamentum umbilicalis sinistra
Аранциев йўли	Биринчи дақиқасида	2 хафта
Очиқ овал тешик	7-9 кунлари	9-12 ой
Боталлов йўли	10-15 дақиқадан	2-5 ой

Болаларда ЮҚТС ёшига хос хусусиятлари

- Йўлдош орқали қон айланиш тўхтайд.
- Киндик артерия ва венаси киндик қисилганидан бирданига тўхтаб, аранциев йўли спазми ва облитерацияси рўй беради.
- Боталлов йўли бола ҳаётининг 10-15 соатларида функциясидан тўхтайд.
- Овал тешик туғилгандан сўнг бирданига ёпишиб, анатомик тешик эса 3-ой ичида ёпилади.
- Кичик қон айланиш доираси ишлай бошлайди.
- Чакалоқларда юрак тана вазнинг 0,8% ни ташкил қилса, катталарда 0,4 % ташкил қилади.
- Бошка ёшга нисбатан кичик болаларда бўлмача ва магистрал қон томирлар қоринчаларга нисбатан катта ўлчамни ташкил қилади.
- Миокард ўсиши дастлабки 2 йил ва 12-14 ёшлар оралиғида энг катта тезликда ўсади.
- Юрак ҳажмининг ўсиши 3-8 ёшларда секинлашиб, яқунловчи тўқима дифференциаллашиши кузатилади.
- Чакалоқларда артерия ва веналар диаметри 1 :1 бўлса, 16 ёшларда веналар артерияларидан 2 марта катталашиб кетади.
- Юрак шарсимон, кўкрак қафасига нисбатан катта бўлади. Юрак турткиси IV коворғалар оралиғида бўлса, астеникларда V коворға орасида бўлади
- Артериал босим ёшга қараб кўтарилади.
- Қуйидаги нормативлардан фойдаланилади:

- Чақалокларда 60/80/- 36/40 мм сим уст. тенг.
- 1 ёшда 80-90/40-56 мм.сим.уст.
- 1 ёшдан катта болаларда куйидаги формула буйича ҳисобланади:
- **А.Б .макс.- 90+2п (п-бола ёши)**
- **А.Б. мин.- максимал босимнинг ½ ёки 3/2 қисмига тенг**
- Аускултацияда болаларда аниқ ва баланд тонлар эшитилади.
- Чакалокларда чўққи ва Боткин нуқтасида 2-чи тон баланд бўлади.
- Кўкрак давридаги болаларда 1-2чи тонлар бир хил бўлади.
- 12 ёшгача ўпка артерияси устида 2чи тон акценти эшитилади.

Эрта ёшдаги болаларнинг миокарди катта ёшдаги болаларнинг миокардидан фарқ қилади:

- Миокардни эмбрионал тузилиши
- АТФ аза активлигини пастлиги
- Кальций каналларининг функционал етишмаслиги

Коронар қон айланиш хусусияти

- Ўнг ва чап тож артериялари орасида анастомозлар кўплиги
- Томирларнинг кичик диаметри

Чакалокларда юрак ва томирларнинг нерв бошқарувининг хусусиятлари :

- симпатик нерв тизимининг устунлиги
- миокард кузгалувчанлигини баландлиги

Чакалокларда кичик қон айланиш доирасида юқори босим сабаби:

- миокард мускулининг нисбатан катта массаси
- симпатик таъсирнинг устунлиги,
- адреналин ва норадреналиннинг гуморал таъсири
- 5-6 ёшдаги даврда юракни вагус бошқаруви тўлиқ яқунланади .

5.2 Текшириш усуллари ва зарарланиш семиотикаси

Соғлом болаларда юрак уриш сони ва пулс сони ўртасида фарқ бўлмаслиги керак.

Юрак учи турткиси локализацияси доимий эмас ва бола ёшига, қорин бўшлиғи органларининг тўлалигига боғлиқ.

12-Жадвал

Соғлом болаларда бир минутда пулс сони

<i>Ёши</i>	<i>Пулс сони</i>
Чақалоклар	120-140
6 ой	130
1 ёш	120
5 ёш	100
8 ёш	90
10-12 ёш	85

13-Жадвал

Соғлом болаларда ёшига мос холда юрак чўққи турткисининг холати

<i>0-2 ёш</i>	<i>2-7 ёш</i>	<i>7-12 ёш</i>
Чап ўрта ўмров чизиғида 1,5 - 2 см ташқарида 4- қовурға ораси	Чап ўрта ўмров чизиғида 1 см ташқарида, 5- қовурға оралиғида	Чап ўрта ўмров чизиғидан 0,5 - 1 см ичкарида, 5 - Қовурға оралиғида. 7 ёшда чап ўмров чизиғига тенглашади

Нормада юрак турткиси майдони 2x2 см гача бўлади.

Болаларда юрак чегараларини перкутор аниқлаш қоидалари.

1. Перкуссия тинч ҳолатда ўтказилади.
2. Плессиметр-бармоқ қидирилаётган чегарага параллел жойлашади.
3. Плессиметр-бармоқ қадами катта бўлмаслиги, бармоқ кенглигидан ошмаслиги керак.
4. Перкутор уриш йўналиши олдиндан орқага бўлиши керак.
5. Қидирилаётган перкутор чегара плессиметрнинг ташқи қиррасидан бошланади.

14-Жадвал

Соғлом болаларда юрак нисбий чегараси

<i>Чегаралар</i>	<i>0-2 ёш</i>	<i>2-7 ёш</i>	<i>7-12 ёш</i>
Ўнг	Ўнг парастернал чизик	Парастернал чизикдан бир оз ичкарида	Ўнг парастернал ва тўш суягининг ўнг қирраси ўрта тенглик масофасида
Чап	Чап ўрта ўмров чизиғидан 1,5-2 см ташқари 1В - қовурға оралиғида	Чап ўрта ўмров чизиғидан 1 см ташқарида, В - қовурға оралиғида	Чап ўрта ўмров чизиғидан 0,5-1 см ичкарида, В-қовурға оралиғида. 7 ёшда чап ўрта ўмров чизиғига тенглашади
Юқори	ИИ қовурға	ИИ қовурға оралиғида	ИИИ қовурға
Кўндаланг (ўнг ва чап чегаралари масофаси)	6-9 см	8-12 см	9-14 см

15-Жадвал

Соғлом болаларда юрак мутлоқ чегараси

<i>Чегаралар</i>	<i>0-2 ёш</i>	<i>2-7 ёш</i>	<i>7-12 ёш</i>
Ўнг	Тўш суягининг чап четида		
Чап	Чап ўрта ўмров ва парастернал чизик	Чап ўрта ўмров ва парастернал чизик	Чап ўрта ўмров ва парастернал чизик

	ўртасида ўрта ўмров чизигига яқин	ярмида	ўртасида парастренал чизикга яқин
Юқори	ИИИ қовурға	ИИИ қовурға оралиғи	ИВ қовурға
Кўндаланг	2-3 см	4 см	5-5,5 см

Болаларда юрак чегарасини аниқлашда билвосита перкуссиядан фойдаланиш мақсадга мувофиқ, бунда перкутор овоз йўналиши олдиндан орқага бўлади. Одатда болаларда юрак мутлоқ чегараси перкуссия қилинмайди.

Аускултация. Болани эшитиш вертикал, горизонтал ва чап ёнга ётган ҳолатда ўтказилади. Худди катталарникидек болаларда, юрак аускултацияси клапанлар яхши эшитиладиган жойларда ўтказилади: митрал клапан - юрак чўққисиди, уч табақали клапан - тўш суягининг ўнг қиррасиди, тўш танасининг қиличсимон ўсимта билан бириккан жойиди, аорта - тўш қиррасидан ўнгда ИИ қовурға оралиғиди, ўпка артерияси клапани - тўш суягидан чапда ИИ - қовурға оралиғиди. Қўшимча В-нуқта (Боткин-Ерба нуқтаси) ИИИ қовурға билан тўш суягининг чап қирраси кесишган жойда, аорта клапани овози эшитилади. Соғлом болаларда болаликнинг барча даврларида юрак чўққисиди И тон ИИ тонга нисбатан баландроқ эшитилади.

Болаларда 2,5-3 ёшлигида катталарникига ўхшаб, ИИ - қовурғалар орасиди ИИ тон яхши эшитилади, 8-12 ёшгача ўпка артерияси устида ИИ тон аортага нисбатан яхшироқ эшитилади. Соғлом болаларда баъзан диастола бошланишида қоннинг ўтишида, қоринчалар деворининг тез тортилиши натижасиди ИИИ тон эшитилади. У ИИ тондан кейин юрак чуққисиди ёки ундан бир оз ичкарида, ҳамда 5- нуқтада эшитилади. Соғлом болаларда баъзан аорта ва ўпка артерияси клапанларининг турли вақтларда қарсакланиши натижасиди ИИ -тон иккиланиб эшитилади, қўшимча тонлардан ташқари, соғлом болаларда барча болалик даврларида функционал шовқинлар эшитилади. Функционал шовқинлар чегараланган соҳани эгаллайди, ётган ҳолатда кўпроқ 5-нуқтада, чўққи тагида, бўйин томирларида яхши эшитилади, вертикал ҳолатда ёки жисмоний зўриқишдан сўнг интенсивлиги пасаяди. Функционал шовқин доимий эмас, юракдан ташқари соҳаларга узатилмайди.

Юрак қон-томир ҳолатини баҳолаш учун ЭКГ-текшириш усули қўлланилади. ЭКГга тушириш, усулнинг теоретик асослари ҳамма ёшдагилар учун бир хилдир. Болаларда ЭКГ натижалари (баъзи ЭКГ кўрсаткичларининг ёшидаги фарқига боғлиқ ҳолда) мураккаб.

P- тиши – кўзғалишни бўлмачалар миокарди бўйлаб кўзғалишини ифодалайди. Тишининг биринчи ярми унинг чўққисигача ўнг бўлмача кўзғалишига тенг, иккинчиси - чап бўлмачада. Соғлом болаларда P-тишининг давомийлиги 0,1с дан ошмайди. ИИИ стандарт йўналишда тиш манфий, икки фазали ёки текисланган бўлади.

P-Қ ёки *P-P* интервали ўз ичига P-тишини ва изоелектрик чизиқ P-тиши тугаган жойидан Қ тишигача ёки P масофани олади. Пулс тезлашуви натижасида интервал ўзгаради ва унинг керакли нормал қиймати жадвал бўйича баҳоланади. Қ - тиши болалар эКГсининг доимий бўлмаган элементи. Баъзида, соғлом болаларда чуқур Қ- тиши ИИИ-стандарт йўналишида кузатилади.

P-тиши юқорига йўналган (туғма декстракардиядан ташқари). Чақалоқлар учун бир ёки бир неча йўналишларда тишлар баландлигининг тўлқинланиши характерлидир.

S-тиши доимий бўлмаган манфий тиш. Эрта ёшда И-стандарт йўналишда чуқур бўлади.

ҚРС-қоринчалар комплекси миокарддаги қўзғалишнинг тарқалишини (деполяризация) ва бу қўзғалишнинг пасайишини (реполяризация) акс эттиради, болаларда унинг умумий давомийлиги 0,35-0,40с ортмайди ва юрак қисқаришлар сони билан узлуксиз боғлиқ бўлади.

Юрак электр ўқи - қоринчалар электр фаоллиги бир томонлама устунлик даражасини ва юракни кўкрак қафасида жойлашишини кўрсатади. Кўкрак йўналишларида P ва S тиши ёш ўтиши сари ўзгаради. Бу бола ҳаётининг биринчи йилида юз берадиган юрак бурилиши ва ўнг қоринчанинг кўкрак қафаси юзасига жойлашиш даражаси ўзгаришига боғлиқ. Катталардан фарқли болаларда 15 ёшгача T- тиши V_1 - V_2 йўналишларда манфий ёки икки фазали бўлиши мумкин, бу норма ҳисобланади. 15 ёшдан катталарда T-тиши катта одамларникидек бўлади. Тишлар қийматини баҳолашда миллиметрдаги абсолют қиймати эмас, балки бир-бири билан нисбати қўлланилади.

Юрак электр ўқи ёшга боғлиқ. Нормада 15 ёшдан катта болаларда юрак электр ўқи нормал ҳолатда бўлади. 2 ёшгача болаларда юрак электр ўқи ўнгга силжиган. Агар чақалоқларда чапграмма аниқланса, унда юрак туғма нуқсони, фиброеластоз бўлиши мумкин. 2-7 ёш (50%) болаларда юрак электр ўқи ўнгга силжиган, қолган 50% болаларда юрак электр ўқи бошқа турлари аниқланади. 7-15 ёшда 60% болаларда юрак электр ўқи нормал ҳолати регистрация қилинади. 40% болаларда юрак электр ўқи ҳолатининг қолган турлари учрайди.

16-Жадвал

Ёш хусусиятини ҳисобга олган ҳолда эКГ тишлари нисбати

<i>Стандарт йўналишларда тишлар</i>	<i>Чақалоқ</i>	<i>2-ёшгача</i>	<i>3 дан 7 ёшгача</i>	<i>7 ёшдан катта</i>
P-тиши	1/3 P-тиши	1/6 P-тиши	1/8-1/10 P-тиши	1/8-1/10 P-тиши
Қ-тиши	1/3-1/2 P-тиши	1/3-1/2 P-тиши	Доимий эмас	P-тиши 1/4 катта эмас
T-тиши	1/4 кам P-тиши	1/4 кам P-тиши	1/4 P-тиши	P-тиши 1/3-1/4

2 ёшгача болаларда П-Қ ўртача 0,10-0,12 сек, мактаб ёшигача 0,12-0,14 сек, кичик мактаб ёшида 0,13-0,15 сек, катта ёшда 0,14-0,18 секга тенг.

Р-Қ давомийлигининг юқори чегараси

Ёш йиллар	Пулс				
	< 70	71-90	91-110	111-130	С 130
1,5 кичик	0,16	0,15	0,145	0,135	0,125
1,5-6	0,17	0,165	0,155	0,145	0,135
7-13	0,18	0,17	0,16	0,15	0,14
14-17	0,19	0,18	0,17	0,16	0,16

Фонокардиограмма - юрак тонларини обектив баҳолайди ва қўшимча шовқинларни аниқлайди. И-тон структурасида учта компонент, ИИ-тон структурасида 2 та компонент ажратилади. И-тон биринчи компоненти мушак ва бўлмачалар қисқаришини характерлайди; иккинчи компонент ёпилаётган клапанлар табақалари зўриқиши билан боғлиқ; охиргиси - паст амплитудали компонент – қоринчалар миокарди, аорта ва ўпка артерияси деворлари вибрациясига боғлиқ. Болаларда ФКГнинг хусусияти паст частоталарда юрак чўққисида ИИИ- тоннинг нисбатан кўпроқ бўлишидир. Болаларда шунингдек паст частоталарда ИВ тон (бўлмача) ҳам регистрация қилинади. У 1/3 болаларда тўш суягидан чапда ИИИ қовурға оралиғида аниқланади. 6% болаларда юрак чўққиси соҳасида 5-тон ёзилади.

ФКГ хусусиятларидан яна бири кичик ёки функционал шовқинларнинг аниқланишидир. Мактабгача ёшдаги болаларда систолик шовқин энг типик ҳисобланади.

Рентгенограмма - юрак шакли ва ўлчамини баҳолайди.

Ехокардиография - юракни ултратовуш орқали текшириш усули, юрак бўшлиқлари ўлчами, девори ва тўсиқларининг қалинлиги, аорта ўлчами, ўпка артерияси ўлчами ҳақида маълумот беради, клапан табақалари ҳаракати, унинг шакли, клапан табақаларининг осилиб қолиши ва бошқаларни кўрсатади. Шунингдек бу текширув ёрдамида перикард бўшлиғида яллиғланиш суюқлиги, юрак ичи ўлчами ёки тромбни аниқлаш мумкин.

Сфигмография - артерия деворлари ҳаракатини, ҳар бир юрак қисқаришида, қон тўлқинлари босими остидаги артерия девори ҳаракатининг регистрацияси.

Реокардиография - қон айланишини текшириш усули, унинг асосида, пулс тўлқинлари ўзгарувчан электр токи овоз частотасига қаршилиги ётади.

Назорат саволлари:

1. Юрак хомиланинг нечанчи ойлиғида шаклланади?
2. Ҳомила ичи қон айланишининг хусусиятлари нимадан иборат?
3. Бола туғилгандан кейин қон айланиш доирасида нималар ўзгаради?
4. Юрак учи турткиси қандай аниқланади?
5. Юракнинг нисбий чегараси қандай аниқланади?
6. Юрак касалликларини ташхислашда қандай усуллар қўлланилади?

5.3 Юрак туғма нуқсонлари

ЮРАК ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ

Юрак туғма нуқсони - эмбрион ва ҳомилага турли хил зарарли омиллар таъсирида юрак ва магистрал томирларда у ёки бу нуқсоннинг пайдо бўлиши билан характерланувчи патологик ҳолатдир.

Этиологияси. Ҳомиладорликнинг биринчи 6-8 хафтасида юрак туғма нуқсонлари ривожланиши ҳавфи юқоридир. Ушбу даврда тератоген омилларни ҳомилага таъсири оқибатида юракнинг оғир ва қўшилиб келган нуқсонлари ривожланади. Ҳомиладорликнинг турли босқичларида комплекс равишда юрак зарарланиши мумкин. Булардан ташқари болаларнинг юрак туғма нуқсонлари билан туғилишига асосий сабаблардан бири хромосома бузилиши - 5%, бирламчи ген мутацияси - 2-3%, ташқи омиллар таъсири (ота-онанинг зарарли одатлари: алкаголизм, наркомания, ҳомиладорлик вақтида вирусли касалликлар билан касалланиши ва бошқ.), 1-2%: полигаен-мультифакал наслий омиллар - 90% ҳолларда учрайди.

Анамнезида онанинг ёши, оиласида эндокрин касалликларнинг бўлиши, ҳомиладорликнинг биринчи 3-ойлигида токсикоз ва бола тушиш ҳавфи бўлганлиги, оилада ўлик бола туғилиши, қариндошлар орасида юрак туғма нуқсони кузатилиши ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Болаларни юрак туғма нуқсони билан туғилиш гумони бўлганда ҳар бир врач ота-онани тиббий маслаҳатга юбориши лозим.

Юрак туғма нуқсони кечишида уч давр фарқ қилинади.

Биринчи давр (бирламчи адаптация) - нуқсон туфайли вужудга келган гемодинамик бузилишларга бола организмнинг мослашуви билан характерланади. Кичик ёшдаги болаларда мослашиш ва компенсация жараёнлари нотурғун мувозанатда ёки нисбатан кучсиз бўлади.

Иккинчи давр (нисбий компенсация даври) - агар юрак туғма нуқсони бор болалар касалликнинг биринчи даврида нобуд бўлмасалар, одатда ҳаётининг 2-3 йилидан бошлаб умумий аҳволининг яхшиланиши кузатилади. Бу даврда субъектив шикоятлар камаяди. Беморнинг жисмоний ва ҳаракат активлиги тикланади.

Учинчи давр (терминал босқич) - бу давр компенсатор имкониятлар тугаб, юрак мушагида ва паренхиматоз органларда дистрофик ҳамда дегенератив ўзгаришлар вужудга келганда бошланади. Турли касалликлар ва уларнинг асоратлари бу босқич ривожланишини тезлаштиради.

Юрак туғма нуқсонлари таснифи (Marder, 1963)

<i>Гемодинамика бузилиши</i>	<i>Цианозсиз</i>	<i>Цианозли</i>
Кичик қон айланиш доирасининг қонга тўйиниши билан	Очик артериал йўлак; қоринча ва бўлмача орасидаги тўсиқ нуқсон; атриовентрикуляр коммуникация	Эйзенменгер комплекси; магистрал қон томирлар транспозицияси; умумий артериал ўзак.
Кичик қон айланиш доирасининг қонга тўйинмаслиги билан	Ўпка артерияси стенози	Фалло касаллиги; уч табақали клапан атрезияси; ўпка артерияси стенози билан кечувчи магистрал қон томирлар транспозицияси; Эбштейн касаллиги
Катта қон айланиш доирасининг қонга тўйинмаслиги билан	Аорта стенози; аорта коарктацияси	
Гемодинамиканинг бузилишисиз	Чин ва ёлғон декстра кардия; аорта ёйи жойлашувининг аномалияси; Талочинов-Рожа касаллиги	

Юрак туғма нуқсони билан касалланган болалар организмида кичик қон айланиш доираси ҳолатига боғлиқ ҳолда қуйидаги патологик ўзгаришлар кузатилади:

- ўпкага кўп қон қуйилиши кичик қон айланиш доирасида гипертония ва гипертония вужудга келиши билан характерланади (артериовеноз шунт билан кечувчи ЮТН оқ тип).
- артериал ва веноз қоннинг аралашуви натижасида кучайиб боровчи цианоз ва ҳансираш, ўнг қоринчадан қон чиқишининг қийинлашуви туфайли гипоксемик хуружлар юзага келади.

Ўпка гипертонияси ривожланишида 3-давр ажратилади.

1. *Гипертоник* - артериолалар торайиши йўқ, лекин кўп микдорда қон қуйилиши бор.
2. *Аралаш босқич* - кўп қон келишига жавобан ҳимоя рефлекс - ўпкадаги томирлар спазми, ўпка артериясида босимнинг ва ўпка қаршилигининг ортиши, қоннинг чапдан ўнгга ўтишининг камайиши.

3. *Склеротик босқич* - гиперволемиа ва ўпка томирларининг узок вақт давомидаги торайиши натижасида ўпка томирларида қайтмас жараёнларнинг пайдо бўлиши.

ҚОРИНЧАЛАРАРО ТЎСИҚ НУҚСОНИ

Юрак туғма нуқсонлари ичида энг кўп учрайдигани қоринчалараро тўсиқ нуқсонидир (ҚАТН) (11%дан 23,7%гача). Биринчи бўлиб, Талочинов - Роже аниқлаган. Иккита асосий нуқсонга бўлинади.

1. Қоринчалараро тўсиқнинг катта нуқсони, унинг катталиги аорта диаметри билан ўхшаш ёки $1\text{см}^2/\text{м}^2$
2. Ўрта ва катта бўлмаган ҚАТН, унинг диаметри аорта диаметридан кичик $1\text{см}^2/\text{м}^2$.

Клиникаси:

- тез чарчаш, жисмоний зўриқишдан сўнг хансираш;
- юрак букри, юрак учи турткисининг кучайиши, кўкс суягидан чапда 3-5 қовурға оралиғида систолик титраш;
- ўпка артерияси устида II-тон акценти, юрак соҳасида кўпол систолик шовқин, кўкс суягидан чапда 3-4 қовурға оралиғида кучли шовқин эпицентри.

ОЧИҚ АРТЕРИАЛ ЙЎЛАК

Ҳомиладорлик даврида хомилада қоннинг асосий қисми ўнг қоринчадан артериал йўлак орқали аортага тушади. Туғилгандан кейин биринчи нафас олиши билан ўпка қаршилиги пасаяди ва бир вақтнинг ўзида аортада босим кўтарилади, натижада аортадан қон қайта ўпка артериясига қайтади. Кислород билан тўйинган қон ўпка нафаси тикланиши билан йўлакда спазм чақиради, 15-20 минут ичида шовқин йўқолади (функционал ёпилиш). Артериал йўлакнинг тўлиқ облитерацияси ва ёпилиши 2 ҳафтадан 10 ҳафтагача бўлган даврда кузатилади. Кўпчилик болаларда очик артериал йўлак (ОАЙ) клиник белгилари бола ҳаётининг биринчи йили охирида ёки иккинчи - учинчи йилида намоён бўлади. Нуқсоннинг илк клиник белгилари йўлак кенг бўлса ёки аорта - ўпка тўсиғининг нуқсони бўлганда пайдо бўлади. Юрак чегаралари чапга ва юқорига кенгайган. Юрак учи турткиси кўтарилувчи ва ёйиқ, пастга силжиган. Кўкс суягидан чапда 2-қовурға оралиғида систолик, кейинчалик систоло-диастолик шовқин эшитилади, бу шовқин бўйин томирларига узатилади.

БЎЛМАЧАЛАРАРО ТЎСИҚ НУҚСОНИ

Бу нуқсонда қон чап бўлмачадан ўнг бўлмачага ўтади.

Бўлмачалараро тўсиқ нуқсонининг (БТН) қуйидаги анатомик турлари учрайди:

1. Иккиламчи бўлмачалараро тўсиқ нуқсони (овал тешиқ соҳаси нуқсони - БТН ичида 60 % ни ташкил қилади.)
2. Бирламчи бўлмачалараро тўсиқ нуқсони - атриовентрикуляр қопқоқ устида тўсиқнинг пастки учдан бир қисмида жойлашади (бу БТН ичида 26% ни ташкил қилади).
3. Бўлмачалараро тўсиқнинг бўлмаслиги – умумий бўлмача.

Клиникаси:

- тез чарчаш, ҳансираш, жисмоний зўриқишдан сўнг юрак уриши;
- тери қопламлари ва шиллиқ қаватларнинг оқариши;
- юрак нисбий тўмтоқлик чегарасини чапга силжиши;
- ўпка артерияси устида II тон акценти ва иккиланиши, кўкс суягидан чапда 2-3 қовурға оралиғида систолик шовқин.

ЎПКА АРТЕРИЯСИНИНГ ЧЕГАРАЛАНГАН СТЕНОЗИ

Гемодинамика

- ўнг қоринчадан қон чиқиш йўлида тўсиқ;
- ўнг қоринчада босимнинг ортиши;
- ўнг қоринча мушағи гипертрофияси ва диастолик босимни ортиши;
- ўнг бўлмача гипертрофияси ва дилатацияси

Клиникаси:

- жисмоний зўриқишда ҳансираш, юрак соҳасида оғриқ, коронар қон айланишининг етишмовчилиги.
- бўйин томирларининг бўртиши ва пульсацияси, юрак турткисининг кучайиши, ўпка артерияси проекциясида систолик титраш,
- юрак ўлчамларининг ўнгга катталашуви
- I-тоннинг кучайиши, ўпка артерияси устида II-тоннинг кескин сусайиши ёки эшитилмаслиги, ўпка артерияси устида систолик шовқин.

ФАЛЛО ТЕТРАДАСИ

Фалло тетрадаси - энг кўп учрайдиган «кўк» нуқсон. Эрта ёшли болаларда юрак туғма нуқсонлари орасида 10-30%ни ташкил этади. Фалло тетрадаси 4 та компонентни ўз ичига олади: ўпка артериясининг торайиши,

қоринчалараро тўсиқнинг юқори нуқсони, аортанинг декстрапозицияси, ўнг қоринча гипертрофияси.

Гемодинамик ўзгаришлар:

- ўнг қоринчадан қон торайган ўпка артериясига ва қоринчалараро тўсиқ устидан аортага ўтади;
- аортага қон чап ва ўнг қоринчадан ўтади;
- ўнг қоринча зўриқиши;
- секин-аста катта қон айланиш доираси ва ўпка орасида компенсатор қон айланиши пайдо бўлади.

Клиникаси:

- ҳаётининг биринчи ойларидан, кўп ҳолларда эса биринчи йилнинг охири ва кейинчалик пайдо бўлувчи, жисмоний зўриқишда, йиғлаганда, кичқирганда кучайиб борувчи кўкариш.
- гипоксемик хуружлар, бунда кескин кўкариш, ҳансираш, тахикардия, безовталиқ, ланжлик, баъзида хушдан кетиш кузатилади. Хуружлар давомийлиги бир неча минутдан 10-12 соатгача давом этади.
- жисмоний ривожланишдан орқада қолади, тирноқлар шакли ўзгаради, қалинлашади («соат ойнаси»), тирноқ фалангалари ўзгаради («ноғора таёқчалари»).
- ўпка артерияси устида II - тон сусайган, 2-3 қовурға оралиғида кўкс суягидан чапда систолик шовқин.

АОРТА ҚОАРТАЦИЯСИ

Аорта қоартацияси - чекланган жойда аортанинг тўлиқ ёпилиши ёки торайишидир.

Гемодинамикаси:

- торайган жойдан юқорида артериал босимни кўтарилиши;
- торайишдан пастда артериал босим пасаяди;
- қон айланиш коллатериаллар ҳисобига бўлади.

Клиникаси:

- иштаҳа пасаяди, жисмоний ривожланишдан орқада қолади, безовталиқ, юрак-ўпка етишмовчилик белгилари;
- сон артериясида пульсни бўлмаслиги ёки сусайиши;
- чап қоринча гипертрофияси;
- юрак шовқинлари характерли эмас.

ЭБШТЕЙН ҚАСАЛЛИГИ

Бу уч табақали клапан нуқсони бўлиб, клапан ўнг қоринча ичига силжиган бўлади. Ўнг бўлмача бўшлиғи кенгайган, қоринча кичрайган, ўпка артерияси гипоплазиялашган, бўлмачалараро тўсиқда нуқсон.

Гемодинамикаси:

- ўнг қоринча ва ўпка артерияси орқали қон ўтишининг камайиши;
- ўнг бўлмачада босимнинг кўтарилиши;
- бўлмачалараро тўсиқ нуқсони орқали веноз – артериал шунт.

Клиникаси:

- ҳаётининг биринчи ойларидан пайдо бўлувчи кўкариш;
- юрак чегарасини чапга кенгайиши, кўкс суягидан чапда 5 - қовурға оралигида систолик, пресистолик ёки мезодиастолик шовқин, ўпка артерияси устида II - тон иккиланиши, галоп ритми, парастернал юрак букри.

ЭЙЗЕНМЕЙГЕР СИНДРОМОКОМПЛЕКСИ

Ҳозирги вақтда Эйзенмейгер синдромокомплексига қоринчалараро тўсиқ нуқсонининг асорати сифатида қаралади. Бунда ўпка артерияси гипертензиясининг склеротик, ортга қайтмас жараёни кузатилади. Ўнг қоринчадаги босимнинг юқорилиги туфайли артериал оқим юзага келади.

Клиникаси:

- ёноқлар, лаб, бармоқ учлари кўкариши;
- кўкариш аввалига малина рангида, сўнг кўк ранг ва бинафша рангига киради.
- аста – секин «ноғора таёқчалари», «соат ойнаси» белгилари ривожланиб боради;
- бурундан қон кетиши, юрак уриши, юрак соҳасида оғрик;
- систолик шовқин йўқолади, ўпка артерияси устида II -тон акценти пайдо бўлади;
- бир вақтнинг ўзида юрак ўлчамлари кичраяди;
- беморни операция қилиш мумкин бўлмаган давр бошланади.

ЮРАК ТУҒМА НУҚСОНИ БЎЛГАН БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШ

Консерватив даво - юрак туғма нуқсони бор бўлган болаларни даволашда уч вазифани бажариши лозим:

- ҳаёт учун хавфли, шошилиш ҳолатларда тиббий ёрдамни кўрсатиш;
- турли асоратлар ва йўлдош касалликларни даволаш;
- ўз вақтида беморни кардиохирург назоратига юбориш

Биринчи навбатда ҳаёт учун хавфли ҳолатларда ўткир ва ўртача ўткир юрак етишмовчиликларида даволаш тактикасини бошлаш керак. Асосий давони юрак гликозидлари беришдан бошлаш лозим.

Болаларда юрак гликозидларининг дозаси

<i>Гликозид</i>	<i>Тўйиниш дозаси</i>		<i>Тутиб турувчи доза</i>	
	<i>2-ёшгача</i>	<i>2-ёшдан кичик</i>	<i>2-ёшгача</i>	<i>2-ёшдан кичик</i>

дигаоксин	0,075	0,05-0,075	1/3-1/4	1/4-1/5
изоланид	0,075	0,06-0,10	1/3-1/4	¼ -1/5
строфантин	0,01	0,007	Бир марталик доза	
коргликон	0,013	0,01	Бир марталик доза	

- беморда ўпка гипертензияси белгилари бўлса: резерпин 0,003-0,005мг/кг кунига 3-4 марта , 2,4% эуфиллин 1 ёшгача 0,1мг/кг катта ёшдаги болаларга хар ёшига 0,5 млдан
- қон айланиш етишмовчилигининг 2- даражасида сийдик хайдовчи дорилар: лазикс 1—3мг/кг вена ичига ёки мушак орасига
- хансираш, кўкариш хуружлари бўлса: кислород, морфин-0,2мг/кг в/м, анаприлин-0,2мг/кг, кордиамин-0,3-1,0мг/кг ва бемор касалхонага етказилади

Юрак қон томир нуқсони бўлган болаларни даволашнинг энг асосий усули - бу операция бўлиб, у касалликнинг иккинчи даврида ўтказилади (3—12 ёш). Бир ёшгача бўлган болаларни операция қилиш консерватив даво ёрдам бермаганда, беморни умумий аҳволи яхшиланмаса ўтказилади.

Агар чақалоқларда юрак туғма нуқсони белгилари, юрак етишмовчилик белгилари, кўкариш яққол ифодаланган бўлмаса, кардиохирург назоратини кечроқ ўтказилса ҳам бўлади. Бундай болаларни яшаш жойларида кардиолог назорат қилиб туради.

Профилактикаси. Юрак туғма нуқсонлари бўлган беморларда сурункали инфекция ўчоқларини санация қилишдан иборат. Бундай болаларда қуйидаги операциялардан кейин – тишлар экстерпацияси, аденова тонзилэктомия –антибактериал терапия тавсия қилинади. Қайта хуружларни олдини олиш учун болалар диспансер назоратига олинади, бактериал эндокардит ўтказган болаларга сурункали инфекция ўчоқларини радикал санация қилиш тавсия қилинади, ҳар қандай касалликда, агар болада юқори ҳарорат кузатилган бўлса, интенсив антибактериал терапия ўтказилади.

1.назорат саволлари

VI. Нафас олиш тизими аъзоларининг анатома-физиологик хусусиятлари

Болаларда нафас олиш органлари нисбатан кичик ўлчами ва анатома-гистологик ривожланиши тугалланмаганлиги билан фарқланади. Эрта ёшдаги болаларда бурун нисбатан кичик, бурун йўллари тор, пастки бурун

йўли бўлмайди. Бурун шиллик қавати нозик, нисбатан қуруқ, қон томирларга бой. Бурун йўллари торлиги ва яхши қон билан таъминланганлиги натижасида кичик ёшдаги болаларда енгил яллиғланиш бурун орқали нафас олишни қийинлаштиради.

Болалар ҳаётининг биринчи ярим йилида оғиз орқали нафас ололмайди, чунки тили катта, халқум усти тоғайини орқага сиқади. Эрта ёшдаги болаларда бурундан чиқиш - хоана жуда тор, шунинг учун у узок вақт давомида бурун орқали нафасни бузилишига сабаб бўлади.

Чақалоқларда бурун бўшлиғи паст (баландлиги-17,5 мм) ва тор. Бурун супралари нисбатан қалин. Юқори бурун йўли бўлмайди, ўрта ва пасткиси яхши ривожланмаган. Пастки бурун супраси бурун бўшлиғи тубига тегиб туради. Бурун супралари бурун бўшлиғи тўсиғигача етмайди, умумий бурун йўли эркин қолади ва у орқали чақалоқлар нафас олади, хоаналар паст жойлашган. Ҳаётининг 6 ойлигида бурун бўшлиғи баландлиги 22 мм гача катталашади ва ўрта бурун йўли, 2 ёшида пастки, 2 ёшдан кейин - юқоридагиси шаклланади. 10 ёшда бурун бўшлиғи узунлиги бўйича 1,5 марта катталашади. Бу ёшда энига кам катталашади. Чақалоқлар бурун олди бўшлиқларидан фақатгина юқори жағ бўшлиғи кучсиз ривожланган. Бошқа бўшлиқлар туғилгандан кейин шаклланади. Пешона бўшлиғи 2 ёшда пайдо бўлади, понасимон - 3 ёшда, ғалвирсимон суяк катакчалари - 3-6-ёшда, 8-9 ёшда юқори жағ бўшлиғи суякнинг ҳамма қисмини эгаллайди.

Юқори жағ бўшлиғи бурун билан қўшилганда ҳосил бўлган тешик 2 ёшгача бўлган болаларда овал, 7 ёшда эса айлана кўринишида бўлади. Пешона бўшлиғи 5 ёшга келиб нўхатдек ўлчамда бўлади. Пастга қараб тораяди, ғалвирсимон воронка орқали ўрта бурун йўли билан бирикади. Понасимон бўшлиқ ўлчами 6-7 ёш болаларда 2-3 ммгача етади, ғалвирсимон суяк бўшлиқлари 7-ёшга келиб бир-бирига маҳкам боғланади; 14-ёшда тузилиши бўйича улар катта одамлар ғалвирсимон катакчаларига ўхшаш бўлади.

Эрта ёшдаги болаларда Евстахийев найи кенг бўлади ва болани горизонтал ҳолатида патологик жараён бурун томондан ўрта қулоққа енгил ўтади, ўрта отит ривожланишини чақиради. Чақалоқлар халқуми нисбатан катта ўлчамга эга; катталарникига нисбатан у калта, кенг, воронкасимон, юқори жойлашган (ИИ-ИВ умуртқа тенглигида). Тил ости суяги юқори жойлашган. Халқумда чиқиш бўлмайди.

Чақалоқларда халқум кўндаланг ўқи орқага силжиган ва трахея билан бурчак ҳосил қилади, орқага очиқ, буни интубация қилаётганда ҳисобга олиш зарур. Чақалоқларда ва кўкрак ёшидаги болаларда халқум тил ўзагидан бирмунча юқори жойлашган, шунинг учун бола овқат бўлакчалари (суяқликларни) ютганда халқум устини томоқнинг халқум қисми ноксимон чўнтақдан латерал томондан ўтади.

Бунинг натижасида бола бир вақтнинг ўзида нафас олади ва ютади. Бу сўриш актида муҳим ахамиятга эга. Катталарникига қараганда, халқум кириш жойи чақалоқларда нисбатан кенг. Кириш олди қисқа, шунинг учун овоз ёриғи узунлиги 6,5 мм (катталарникига нисбатан 3 марта қисқа) парда

ўртаси ва тоғай ўртаси қисмлари узунлиги бўйича тенг 93,5 ва 3 мм. Бола ҳаётининг биринчи 3 ёшида ва кейин, жинсий шаклланиш даврида овоз ёриғи яққол катталашади. Халқумнинг эластик конуси тор, калта. Чақалоқларда унинг баландлиги 9-10 мм. Чақалоқларда ва болалик даврида халқум мушаги кучсиз ривожланган. Унинг энг интенсив ўсиши жинсий шаклланиш даврига тўғри келади. Бола ҳаётининг биринчи тўрт йилида халқум тез ўсади. Жинсий ривожланиш даврида (10-12 ёшдан кейин) яна фаол ўсиши бошланади, у эркакларда 25 ёшгача ва аёлларда 22-23 ёшгача давом этади. Болалик ёшида халқум ўсиши билан (у аста-секин пастлашади) унинг юқори қирраси ва тил ости суяги ўртасидаги масофа катталашади. 7 ёшга келиб, халқумнинг пастки қирраси ВИ-бўйин умуртқаси юқори қиррасига тенг жойлашади. Халқумнинг кўндаланг ўқи вертикал ҳолатни халқум 14-20 ёшдан кейин эгаллайди. Эрта ёшда халқумни жинсга қараб фарқлаш кузатилмайди. Кейинчалик халқум ўсиши ўғил болаларда, қиз болаларга нисбатан халқум йирикроқ бўлади. 10-12 ёшда ўғил болаларда халқум яққол чиқиб туради. Жинсий шаклланиш даврида халқум ўлчами овоз бойламлари узунлиги ўғил болаларда қиз болаларга нисбатан катта бўлади.

Чақалоқларда халқум тоғайлари юпқа, ёш ўтган сари қалинлашади, аммо ўзининг қайишқоқлигини сақлайди.

Чақалоқларда трахея узунлиги 3,2-4,5 см, воронкасимон кўринишда бўлади. Ўрта қисмида кенглиги 0,8 см атрофида. Трахеянинг пардасимон девори нисбатан кенг, трахея тоғайлари яхши ривожланмаган, юпқа, майин. Кекса ва қарилик (60-70 ёш) ёшида трахея тоғайлари қаттиқ, мўрт бўлади, босилганда енгил синади.

Туғилгандан кейин биринчи 6 ойлигида трахея тез ўсади, кейин ўсиши секинлашади ва яна ўсмир ёшда (12-22 ёшларда) тезлашади. 3-4 ёшга келиб трахея кенглиги 2 мартага катталашади. Чақалоқларга нисбатан, 10-12 ёшли болаларда трахея 2 баробар узун, 20-25 ёшда узунлиги уч баробарга ортади. Чақалоқларда кекирдак шиллиқ қавати юпқа, майин, безлари яхши ривожланмаган.

Чақалоқларда кекирдак ўрта чизикдан бирмунча ўнгда юқори жойлашган. Унинг бошланиши ИИ-ИВ бўйин умуртқасига тўғри келади. Трахея бифуркацияси ИИ-ИИИ кўкрак умуртқасига тўғри келади. 1-2 ёшли болада юқори қирраси ИВ-В бўйин умуртқа тенглигида, 5-6 ёшда В-ВИ умуртқадан олдинроқда, ўсмир ёшда ВИ бўйин умуртқага тўғри келади. Боланинг 7 ёшлигида трахея бифуркацияси ИВ-В кўкрак умуртқасидан олдинроқда, 7 ёшдан кейин В кўкрак умуртқаси тенглигига тўғри келади, худди катта одамларникидек бўлади.

Чақалоқларда ўнг бош бронх кекирдакдан чиқади (унинг ўқидан), кичик бурчак остида (20%), чапга нисбатан (49%) ва ўзининг йўналишига кўра трахеянинг давоми ҳисобланади. Бола ҳаётининг биринчи йилида ва жинсий шаклланиш даврида бош бронхлар тез ўсади.

Чақалоқларда ўпка нотўғри конус шаклда; юқори бўлақлари нисбатан катта бўлмаган ўлчамда; ўнг ўпка ўрта бўлаги ўлчами бўйича юқори бўлақка тенг, пасткиси нисбатан катта. Бола ҳаётининг 2 ёшида ўпка вазни 57г (39

дан 70 г.гача), хажми 67 см.куб. нафас олмаётган ўпка зичлиги 1,068 (ўлик туғилган болалар ўпкаси сувда чўкади), нафас олаётган болада ўпка зичлиги - 0,490. Бола туғилгандан кейин бронхиал дарахт асосан шаклланган; 1 ёшида интенсив ўсиши кузатилади (бўлакли бронх ўлчамлари 2 марта, бош бронх - 1,5 марта катталашади). Жинсий шаклланиш даврида бронхиал дарахт ўсиши яна кучаяди. 20 ёшларга келиб унинг ҳамма қисмлари ўлчамлари 3,5-4 мартага катталашади (чақалоқлар бронхиал дарахти билан таққослаганда). 40-45 ёшли одамларда бронхиал дарахт катта ўлчамда бўлади. 50 ёшдан кейин бронхларнинг ёш инволюцияси бошланади. Кекса ва қарилик ёшида кўпгина сегментар бронхлар узунлиги ва диаметри бирмунча кичраяди, баъзида унинг деворларида чўткасимон чуқурчалар, йўллари эгри-бугрилиги кузатилади.

Чақалоқларда ўпка ацинуслари унчалик кўп бўлмаган кичик ўпка алвеолалар сонидан иборат. Бола ҳаётининг биринчи йилида ва кейин янги алвеоляр йўлақлар пайдо бўлиши ҳисобига ацинуслар ўсади ва деворларда янги ўпка алвеолалар ҳосил бўлади.

Алвеоляр йўлақлар янги шохчаланиши ҳосил бўлиши 7-9 ёшда тугайди, ўпка алвеолалари эса 12-15 ёшда; бу вақтда алвеола ўлчами икки баробарга катталашади. 15-25 ёшларда ўпка паренхимаси шаклланиши тугайди. 25-40 ёшда ўпка ацинуси тузилиши ўзгармайди. 40 ёшдан кейин аста секин ўпка тўқимаси эскиради: алвеолалар оралик тўсиғи яссиланади, ўпка алвеолалари кичраяди, алвеоляр йўлақлар бир-бири билан қўшилади, ацинуслар ўлчами катталашади. Бола туғилгандан кейин ўпканинг ўсиш ва ривожланиш жараёнида унинг ҳажми биринчи йилда 4 марта, 8 ёшда 8 марта, 12 ёшда 10 марта, 20 ёшда 20 мартагача катталашади (чақалоқлар ўпка ҳажмига таққослаганда). Ёш ўтиши билан ўпка чўққиси И-қовурға тўғрисида жойлашади. Кейинчалик И-қовурғадан чиқиб туради ва 20-25 ёшларда И-қовурғадан 3-4 см юқори жойлашади (ўмров суягидан 1-2см юқори). Чақалоқларда ўнг ва чап ўпка пастки чегараси катталарникига қараганда бир қовурға юқорида бўлади. Бола ёши ўсган сари бу чегара аста - секин тушади. Болаларда нафас чуқурлиги катталарга қараганда кичик бўлади. Бу ўпканинг кичик ўлчамлиги билан туШунтирилади ва кўкрак қафаси худди нафас олиш ҳолатидагидек бўлади, олди орқа ўлчами ён ўлчамига тенг, қовурғалар умуртқа поғонадан тўғри бурчак остида чиқади. Бу Шу ёшда нафас олишнинг диафрагмал характерини таъминлайди. Ошқозоннинг тўлганлиги, қорин шиши, кўкрак қафаси ҳаракатини чегаралайди. Ёш ўтган сари умуртқа инспиратор ҳолатдан аста-секин нормал ҳолатга ўтади, бу эса нафас олишнинг кўкрак тури ривожланишига сабаб бўлади. Катталарга қараганда, болаларда кислородга талаб юқори. Шундай қилиб, 1 ёшгача бўлган болаларда кислородга талаб тана вазнининг 1 кг га 8мл/мин ни ташкил қилади, катталарда - 4,5 мл/мин. Болаларда нафас олишнинг юзаки характери нафас олиш сонининг кўплиги билан компенсациялашади (чақалоқларда минутига 40-60 марта, 1 ёшда 30-35 марта, 5 ёшда 25 марта, 10 ёшда -20 марта, катталарда 16-18 марта), нафас олишда ўпканинг катта қисми иштирок этади. Катталарга нисбатан, эрта ёшдаги болаларда, нафас олиш сонининг

кўплиги ҳисобига, нафас олиш минутли ҳажми 1 кг тана вазнига 2 маротаба юқори бўлади. Ўпканинг тириклик сиғими (ЎЦ), бу ҳаво миқдори (миллилитрларда), максимал нафас олгандан кейин максимал чиқарилган ҳаво, болаларда катталарга нисбатан паст бўлади. ЎЦ алвеола ҳажми ўсиши билан катталашади.

Соғлом болаларда тери ва шиллиқ қаватнинг пушти туси, артериал ва капилляр қонда гемоглобиннинг кислород билан оптимал тўйинганлиги ҳисобига кузатилади. Нормал шароитда бу тўйиниш артерияларда 95-96% максималга етади (гемоглобин хар бир грамма 439 мл кислородни боғлайди, 100 мл плазма аралаштирилган ҳолатда 0,3 мл кислородни ташийди; 100 мл артериал қонда 19-20 мл кислород бўлади. Шу ҳажмдаги веноз қонда 13-15 мл кислород бор).

Бола қаттиқ йиғлаганда, бақирганда, кучанганда артериал қоннинг кислородга тўйиниши 92%гача пасаяди. Бундан ҳам паст кўрсаткич патологик ҳисобланади.

Кўкрак ёшидаги болаларда нафас олишнинг хусусиятлари

Кўкрак ёшидаги болаларда нафас олишнинг асосий ва биринчи хусусияти – унинг юзаки характери, яъни унчалик катта бўлмаган чуқурлигидир.

Катталар билан таққослаганда эрта ёшдаги болаларда нафас олиш чуқурлиги 8-10 марта кам. Биринчи нафас ҳаракатларида юзаки нафас олиш ҳисобига, ўпканинг тўлиқ очилиши кузатилмайди, бу ўпканинг орқа-пастки қисмларида жойлашган физиологик ателектазга олиб келади.

Иккинчи хусусияти - бир минутда нафас олиш сонининг кўплиги. Чақалоқлар бир минутда 50-60 марта нафас олишади, бу физиологик ҳолат ҳисобланади. Аста-секин ёшга қараб, нафас олиш сони камаяди. Эрта ёшдаги болаларда нафас ҳаракатининг юқори сони юзаки нафас ҳаракатини компенсациялайди. Тез-тез ва юзаки нафас кислороднинг ёмон ишланиши ва карбонат кислотани ёмон чиқаришига олиб келади.

Учинчи хусусияти – бола ҳаётининг биринчи 2 ҳафталигида нафас аритмияси, яъни нафас олиш ва нафас чиқариш паузаларининг нотўғри алмашиниши, нафас олиш нафас чиқаришга нисбатан қисқа ва баъзи ҳолларда танаффус билан бўлади, нафас ҳаракатлари ўртасидаги паузалар бир хил эмас, турли хил ташқи кўзғатувчилар таъсирида ритм жуда осон бузилади, уйқу вақтида нафас бир меъёردа бўлади.

Нафас ритмининг хусусияти нафас марказининг яхши ривожланмаганлиги билан боғлиқ ва ўпка вагус рецепторларининг ва адашган нерв барча тизимининг юқори кўзғалувчанлигига боғлиқ.

Болаларда нафас олишнинг тўртинчи хусусияти – бола ёши ва жинсига аниқ боғлиқликдир: Чақалоқлар кўкрак мушакларининг нафас олишда кучсиз қатнашиши ҳисобига нафас олади, кўкрак ёшидаги болада нафас олишнинг кўкрак қорин тури устун бўлади.

2-чи йил бошида нафас олиш аралаш турда бўлади ва диафрагмал-кўкрак нафаси кузатилади, баъзи ҳолларда нафас биринчи тури устунлик

қилади, бошқасида иккинчи тури устунлик қилади. 3-4 ёшда кўкрак нафаси диафрагмал нафасдан устунлик қилади. 7-14 ёшда жинсига боғлиқ ҳолда, нафас олиш фарқланади. Пубертат олди даври ва жинсий шаклланиш вақтида ўғил болаларда - қоринли, қизларда – кўкрак орқали нафас олиш кузатилади.

Ўпкаларнинг ривожланишида 4 давр ажратилади:

И давр (туғилгандан 2 ёшгача) – альвеолаларнинг жадал ривожланиши.

ИИ давр (2-5 ёш) – эластик тўқима, бронхларнинг мушак қаватининг ривожланиши.

ИИИ давр (5 — 7 ёш) – ацинус структурасининг етилиши

ИВ давр (7—12 ёш) – етилган ўпка тўқимаси вазнининг ортиши.

Болалар бронх-ўпка тизимининг ўзига хослиги:

– Трахея ва йирик бронхлар калта ва кенг – инфекция кириш эҳтимоли юқори

– Майда бронхлар ва бронхиолалар тор, енгил ёпишади ва обтурацияланади.

– Бронхлар тармоқланишининг хусусиятлари – патологик жараён кўпинча иккала ўпканинг И, ИИ, ИХ, Х, ВИ сегментлари ва чап ўпканинг ИВ, В сегментида ривожланади

– Эластик тўқима ва сурфактант етишмовчилиги туфайли ателектаз ва эмфизема ривожланишга мойиллик борлиги

– Мукоцилиар клиренс етишмаслиги – ёт зарралардан тозалаш қийинлашган

– ИНФ ва Ига А етарлича синтезланмаслиги– иммун жавобнинг етукмаслиги

Назорат саволлари:

1. Болалар бронх-ўпка тизими тузилишининг қандай хусусиятлари мавжуд?

2. Ўпканинг ривожланишида нечта давр ажратилади?

3. Қайси ёшга келиб ўпканинг тузилиши катталарникига ўхшаш бўлади?

4. Нима учун болалар бронх-ўпка касалликлари билан тез-тез касалланишади?

6.1. Текшириш усуллари ва зарарланиш семиотикаси

Болани кўрув вақтида бурундан ажралма келиши ва бурун орқали нафас олиш қийинлашувини сезиш мумкин. Ташқи кўрикда нафас етишмовчилиги тери цианози, лаб шиллиқ қавати ва тил цианози билан билинади.

Йўтал ва овознинг ўзгариши - нафас тизими зарарланишига хос белгилардан бири. Йўтал куруқ, дағал, "акилловчи", хўл балғам ажралиши билан бўлиши мумкин. Кўрик вақтида оғиз бўшлиғида томоқ ва бодомча безлари ҳолатига эътибор бериш керак. Шунингдек, кўрикда нафас турига эътибор бериш керак (кичик болаларда нафас олишнинг қорин тури), кўкрак қафаси ҳаракати ва шакли, нафас олишда кўкрак қафаси икки томони синхрон қатнашиши, қовурғалараро мушаклар тортилиш характери, болани кўрик вақтида нафас олишда ёрдамчи мушакларнинг (қорин тўғри мушаги,

кўкрак-ўмров, кўкрак) қатнашиши нафас олишнинг қийинлашуви, яъни хансирашдан далолат беради. Бунда эрта ёшдаги болаларда бурун қанотлари керикиши ва зўриқиши кузатилади.

- инспиратор хансираш - нафас олиш қийинлашган;
- экспиратор хансираш - нафас чиқариш қийинлашган
- аралаш хансираш – экспиратор-инспиратор
- стенотик нафас - юқори нафас йўлларида хаво ўтишининг қийинлашуви
- нафас етишмаслиги хуружи - астмада кузатилади (нафас олиш ва чиқариш жарангдор, масофадан эшитилади)
- туғма стридор. Эрта ёшдаги болаларда бўлади. Нафас олишда инспиратор шовқин билан характерланади, 2-3 ёшда ўз-ўзидан йўқолади.

Палпацияда кўкрак қафасида оғриқни аниқлаш мумкин. Бунда юзаки оғриқ (юзаки тўқималар (мускул, нерв, суяк) билан боғлиқ) ва чуқур (плевра шикастланиши билан боғлиқ) оғриқ ажратилади. Плеврал оғриқлар нафас олиш ва чиқаришда кучаяди, эпигастрал ва қовурға ости соҳасига узатилади. Агар кўкрак қафасига босилса, камаяди.

Овоз дириллаши - бемор кўкрак қафасининг икки томонига, симметрик қисмларга қўл қўйилганда сезилади, бу вақтда бемор овозга катта вибрация берадиган сўзларни айтади (кўпроқ “р” харфи бўлган сўзлар, “арра”, “кирк тўрт” ва бошқалар). Овоз дириллашини аниқлаш учун боладан юқоридаги сўзларни айтиш талаб этилади, кичик ёшдаги болаларда йиғлаганда аниқланади.

Овоз дириллашининг кучайиши ўпка тўқимаси қаттиқлашуви, ўпкада бўшлиқлар борлиги билан боғлиқ. Овоз дириллаши пасайиши бронхлар тикилиб (тўлиб) қолганда (ўпка ателектази), кўкрак деворларида бронхларнинг сиқилишларида (екссудат, пневмоторакс, плевра ўсмаси) кузатилади.

Нафас олиш сонини санаш болага билдирилмаган ҳолда ўтказилади, кўкракка ёки қоринга қўл қўйиб, чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда – нафас олиш сонини боланинг бурнига стетоскопни қўйиб (уйқу вақтида) аниқлаш ҳам мумкин. Нафас олиш сонини санаш бир минутда ўтказилади.

Соғлом болаларда нафас олиш сони (минутда)

Чақалоқлар - 40-60 та

6 ой - 35-40 та

1 ёш - 30-35 та

4-6 ёш - 24-26 та

10-12 ёш - 18-20 та

13-15 ёш - 16-18 та

Кўкрак қафасини перкуссия қилганда болани ҳолати тўғрилигига эътибор бериш керак. Эрта ёшдаги болаларда кўкрак қафаси олд юзасини бола ётган ҳолатда перкуссия қилиш қулай, кичик болани кимдир ушлаб туриши керак. Бошини ушлаб олмайдиган болаларда, қоринга ётқизиб ёки болани чап қўлга олиб перкуссия қилинади. Бу ҳолатда бола шифокорнинг чап қўл қафтида орқаси билан ётади, ўнг қўлнинг бош бармоғи болани чап

кўлтиқ остига ўтказилади, кўрсатгич бармоқ ўнг ўмровига қўйилади. Қолган бармоқлар кўкрак қафасининг ўнг томони ён юзасига қўйилади. Кичик ёшдаги болаларни стулга ўтказиб перкуссия қилинади. Катта ёшдаги болаларни тик турган ҳолда перкуссия қилинади. Бунда орқа юзани перкуссия қилиш учун кўл кўкракка қўйилади ва бир вақтнинг ўзида олдинга бир оз энгашилади.

Кўкрак қафаси ён юзасини перкуссия қилинганда кўлни шу томонга енгил олиб бориш керак. Катта ёшдаги болаларда бевосита, кичик ёшдаги болаларда билвосита перкуссия ишлатилади.

Билвосита перкуссия букилган бармоқлар, ўрта ва кўрсатгич бармоқлар билан тукиллатиб бажарилади. Бунда тўқималардаги қаршиликни кўл билан сезиш мумкин. Перкуссиянинг бу усули эрта ёшдаги болаларни текширишда ишлатилади. Кўкрак ёшидаги болаларда ўпканинг таққослаш перкуссияси орқага ётган ҳолатда, олд томондан ўтказилади, орқа томондан бемор ўтирган ҳолатда олдинга бир оз энгашади, онаси олд томондан болани ушлаб туради.

Кўкрак ёшидаги болаларда қовурғалараро, шунингдек қовурға бўйлаб перкуссия қилинади, кўкрак қафасининг кучсизлигини ҳисобга олинади. Катта ёшдаги болаларда ўпканинг юқори чегараси олд томондан ўмров суяги ўртасидан 2 - 4 см юқорида, орқа томондан ВИИ- бўйин умуртқасидан чиқиб турмайди.

Ерта ёшдаги болаларда топографик перкуссиянинг хусусиятлари:

- 5-6 ёшгача болаларда ўпканинг юқори чегараси аниқланмайди, чунки ўпка чўққиси ўмров суяги тенглигида бўлади.
- ўпканинг пастки чегараси бир қовурға юқорида жойлашади, сабаби диафрагма юқори жойлашган.
- ўпканинг пастки чегарасини уч томондан аниқлашда учта чизик билан чегараланиш мумкин: олд томондан – ўрта-ўмров, ён томондан-ўрта-кўлтиқости, орқадан – курак чизиги бўйлаб.

Перкуссия ёрдамида интраторакал лимфа тугунлари ҳолатини аниқлаш мумкин. Бунинг учун бир қатор симптомлар мавжуд.

Корани симптоми. 7-8 кўкрак умуртқаларидан бошлаб пастдан юқорига қараб бевосита перкуссия қилинади. Нормада перкутор товушнинг қисқариши кичкина болаларда иккинчи кўкрак умуртқасида катта ёшдаги болаларда эса 4 кўкрак умуртқасида аниқланади. Бу ҳолда Корани симптоми манфий ҳисобланади. Агар товушнинг қисқариши кўрсатилган умуртқалардан пастда бўлса симптом мусбат ҳисобланади. Мусбат Корани симптоми бифуркацион ва трахеал лимфа тугунлари катталашганда кузатилади.

Философов жоми симптоми. Иккала томонда биринчи ва иккинчи қовурғалар орасида кўкрак суяги томонга қаратиб перкуссия қилинади. Нормада товушнинг қисқариши кўкрак суягида аниқланади ва симптом манфий ҳисобланади. Паратрахеал лимфа тугунлари катталашганда товушнинг қисқариши кўкрак суягига етмасдан аниқланади.

Аркавин симптоми. Олдинги қўлдиқ чизиклари бўйлаб пастдан юқорига қўлтиқ чуқурчасига қараб перкуссия қилинади. Нормада товуш қисқариши кузатилмайди (симптом манфий). Ўпка илдизи лимфа тугунлари катталашганда перкутор товушнинг қисқариши аниқланади ва симптом мусбат ҳисобланади.

Аускултация. Болани эшитиш, ҳамда перкуссия қилишни ўтирган ҳолатда ўтказиш қулай, кичик ёшдаги болаларда қўллари икки томонга узатиб ёки тирсакка букиб ва қўлини қорнига олиб келиб бажарилади.

Аускултацияда эшитиладиган нафас олиш турлари:

- везикуляр (нафас олиш ва чиқариш нисбати, нафас чиқариш нафас олишнинг 1/3 ташкил этади), 5-6 ёшдан кейин эшитилади.
- пуерил нафас - нафас чиқариш нафас олишнинг ярмидан кўпроғини ташкил қилади, 1-3 ойдан 6-7 ёшгача эшитилади.
- бронхиал нафас - бунда нафас чиқариш нафас олишдан узунроқ эшитилади.

Нафас олиш характери баҳолашда овоз феноменининг тембрдаги фарқига ҳам эътибор берилади. Соғлом болаларда бронхиал нафас олд томондан ёйсимон чуқурча, ҳалқум ва кекирдик устида, орқадан эса 3-4 кўкрак умуртқаси тенглигида эшитилади.

Болаларда нафас шовқинлари – болалик даврларидаги нафас тизими анатома-физиологик ривожланиши хусусиятига боғлиқ бўлган ўзига хос хусусиятларга эга. Бола ҳаётининг биринчи ойларида алвеолаларнинг яхши ривожланмаганлиги, ўпканинг кам ҳаволилиги ва унда эластик, мушак тўқималарининг кучсиз ривожланганлиги сабабли нафас шовқинлари норма ҳисобланади, кучсиз везикуляр нафасга мос келади. Бу аускултатив феномен болаларда 1 ёшдан 10 ёшгача йўқолади, бунда ўпканинг анатомик тузилиши ва функцияси шаклланган бўлади, кўкрак девори юпқалиги ва кўкрак қафаси кичик ҳажми овоз яхши ўтказишга олиб келади. Бу ёш даврида нафас шовқинлари жарангдор, баъзида кучсиз аниқланади ва плевра бўшлиғига оз миқдорда суюқлик тўпланишидан нафас шовқинлари пасаяди, лекин тўлик йўқолмайди. Бу катталарда кўп учрайди. 1 ёшдан 7 ёшгача бўлган болаларда нафас шовқинлари хусусияти сабаби (овозни яхши ўтказиши, бронхларнинг нисбатан торлиги ва бронхиал нафаснинг кўкрак деворига қисман ўтказилиши (овоз ёриғининг яқин жойлашганлиги) бўлади. 1 ёшдан 7 ёшгача везикуляр нафас эмас, пуерил нафас эшитилади (лот. пуер. бола). У везикуляр нафасдан нафас чиқаришнинг кучайиши ва давомийлиги билан фарқ қилади. Катталардаги дағал нафасга тўғри келади.

Бу нафас болаларда бронхит ва бронхопневмонияларда эшитилади, катталарга қараганда эрта пайдо бўлади, нафас чиқаришда кўшимча кучайган шовқинлар билан характерланади, асосан алохида тембрли бўлади. Бу билан пуерил нафасдан фарқланади. Болаларда нафас шовқинлари диагностик баҳоси катталарникига ўхшаш бўлади.

Нафас тизими касалликларида нафас олишнинг патологик ўзгариши кузатилади.

Сусайган нафас - нафас актининг умумий пасайганлигида, алвеолаларга ҳаво кириши камайганида кузатилади (ҳалқум торайиши, нафас мушаклари нуқсон), ателектаз, бронхоспазм, обструкция синдромида, экссудатив плеврит, пневмоторакс, эмфизема, ўпка яллиғланиши, плевранинг калинлашувида.

Кучайган нафас майда ёки майдароқ бронхлар торайишида, яллиғланиш ёки спазм (астма хуружи, бронхиолитда), тана харорати кўтарилиши билан кечадиган касалликларда кузатилади.

Дағал нафас – кўпол везикуляр нафас, нафас чиқаришининг узайиши билан характерланади. Бронхит ва бронхопневмонияда кузатилади.

Хириллашлар – кўшимча шовқин, ҳаво ташувчи бўшлиқларда секрет, қон, шиллик, шиш суюқлигининг қайта ҳаракатланиши ёки тўлқинланишида ҳосил бўлади. Хириллашлар қуруқ ва нам бўлади.

Қуруқ хириллашлар: ҳуштаксимон, баланд, паст, мусиқавий. Биринчиси бронхлар торайишида, асосан кичик бронхлар торайишида бўлади, иккинчиси қуюқ балғамни тўлқинланишидан ҳосил бўлади, йирик бронхларда, резонансни беради.

Ҳўл хириллашлар суюқлик орқали ҳавонинг ўтишидан ҳосил бўлади. Бронхлар ўлчамига (калибрига) қараб хириллашлар майда, ўрта ва йирик пуфакли бўлади. Улар жарангдор ва жарангсиз хириллашлар турларига бўлинади. Пневмонияда жарангдор хириллашлар эшитилади. Улар шунингдек бронхоектаздаги бўшлиқларда ҳам пайдо бўлади. Жарангсиз хириллашлар бронхиолитда, бронхит, ўпка шиши, ателектазда кузатилади. Хириллашлардан крепитацияни фарқ қилиш керак.

Крепитация (алвеоляр крепитация) патологик юқори частотали нафас шовқини, экссудати бор ўпка алвеолари деворлари ёпишиши натижасида ҳосил бўлади. Крепитациянинг хириллашдан фарқи, чуқур нафас олиш баландлигида эшитилади, кўп майда ишқаланишнинг юзага чиқиши, бармоқлар орасида сочнинг ғичирлашига ўхшайди.

Алвеоляр крепитация – ўткир крупоз пневмониянинг специфик белгиси, экссудат пайдо бўлиш фазасига мос келади (бошланғич крепитация-срепитатио индих). Баъзида крепитация ўтувчи аускултатив феномен бўлиб, ривожланган ателектаз устида бўлади, шунингдек дисксимон ателектазда ўпканинг пастки қисмида гиповентиляция ҳисобига (бу ҳолатларда бир неча чуқур нафас олишдан кейин йўқолади). Бу пайтда бронхиола деворлари нафас чиқаришда ёпишади, кейинги нафас олишда очилади, овоз чиқаради.

Плевранинг ишқаланиш шовқини. Юзаси фиброз суюқлик билан ўзгарган (қуруқ плевритда), склеротик жараён, ўсмалар элементи (мезотелиома, плевра карциноматози) билан қопланган плевра варақларининг ишқаланишидан ҳосил бўлган шовқин. Ҳар хил ҳолатларда шовқин частота диапозони турлича (710-1400 Гц.) ва уни қабул қилиш фарқланади. Баъзи ҳолатларда у қор ишқаланиш ёки ғичирлашидек, бошқа пайтларда худди қаттиқ юза устида қум ҳаракатидек эшитилади. Юмшоқ мойсимон овоз беради. Шовқин қулоққа яқин эшитилаётгандек қабул қилинади. Крепитация ва хириллашдан фарқ қилиб, у нафас олиш ва чиқаришда ҳам эшитилади,

нафас чуқурлиги кучайганда юқорилашади, беморни соғ томонга ётказилганда, баъзида стетоскоп билан кўкрак деворига босилганда эшитилади.

Стридор (лот.стридор - хуштак: синоними стридорли нафас) – шовқинли нафас, ҳалқум ёки трахея торайиши натижасида юзага келади. Масофавий характерга эга, бемордан маълум бир масофада эшитилади, тембри бўйича бронхиал ёки амфорик нафас, шовқинли овоз, нафас олишнинг қийинлашуви ва нафас чиқаришнинг бир оз қийинлашуви билан кечади.

Туғма стридор – кўп ҳолларда ларингомалаяция - ҳалқум тоғайлари шаклланиши орқада қолиши билан характерланади, бунинг натижасида ҳалқум туғруқдан кейин ҳам майин, чўккан бўлади. Нафас олганда ҳалқум юмшоқ девори ичкарига тортилади ва унинг ёриғини торайтиради.

Туғилгандан кейин 4-6 хафтасида ларингомалаяцияга боғлиқ стридор пайдо бўлади. Тинч ҳолатда ёки қоринда ётқизилганда стридор йўқолади, йиғлаганда кучаяди, баъзи ҳолатларда доимий сақланади. Бунда бола овози жарангдор, тоза бўлиб қолади, умумий ахволи ўзгармайди. Ҳалқум тоғайлари ўсиш ва ривожланишида (1 ёшда) стридор йўқолади.

Туғилгандан кейин дарров юзага чиқадиган стридор ҳар-хил туғма нуқсонлар - хоана атрезияси, ҳалқум кистаси, ҳалқум ва трахея туғма стенози ва бошқаларга боғлиқдир. Агар стридор эмизишда пайдо бўлса, трахея ва қизилўнгач ўртасидаги тешик, ҳалқумнинг тирқишидан далолат беради. Ўткир респиратор вирусли инфекция қўшилиши стридорни кучайтиради. Баъзида нафас йўллари ўтказувчанлиги бузилиши натижасида нафас етишмовчилиги белгилари ривожланади (хансираш, цианоз, нафас олишда қовурғалараро мушаклар тортилиши ва бошқалар) стридор сабабини аниқлаш учун болани педиатр ва оториноларинголог кўриши керак.

Ларингомалаяцияли стридорда болани кузатиш лозим, эрта чиниқтириш тадбирлари билан ўткир респиратор вирусли инфекция профилактикаси ўтказилади. ЎРВИ қўшилганда, болада хансираш пайдо бўлса, тезда госпитализация қилиш керак.

Бронхофония - овозни бронхлардан кўкрак қафасига ўтиши, аускултация ёрдамида аниқланади. Пневмония, туберкулез, ателектазда кучайган бронхофония бўлади. Сусайган бронхофония плеврал бўшлиқда суюқлик (екссудатив плеврит, гидроторакс, гемоторакс ва ҳаво - пневмоторакс) тўпланганда юз беради.

Нафас етишмовчилиги – қоннинг нормал газ таркибини таъминламаслик бўлиб, ташқи нафас аппарати нофаол иши ҳисобига, организмнинг функционал имкониятлари пасайишига олиб келади. Нафас етишмовчилиги 4та даражага бўлинади.

Нафас етишмовчилиги I даражаси – тинч ҳолатда унинг клиник кўриниши бўлмайди ёки унчалик ривожланмаган бўлади. Лекин енгил жисмоний зўриқишдан кейин қисман хансираш, оғиз атрофи цианози ва тахикардия пайдо бўлади.

Нафас этишмовчилиги III даражаси – тинч ҳолатда қисман хансираш кузатилади (нафас қони 25% га нормага нисбатан кучайган), тахикардия, тери ранги оқариши ва оғиз атрофи цианози. Пулс тезлашган, артериал босим кўтарилишига мойиллик бор, ацидоз. Кислород берилганда беморни ахволи яхшиланади.

Нафас этишмовчилиги IIII даражаси – нафас жуда тезлашган (50% дан юқори), ер рангидаги цианоз кузатилади, маржон тер оқади. Нафас юзаки, артериал босим пасайган, нафас резерви нолгача тушади.

Нафас этишмовчилиги IV даражаси – аритмик, вақти-вақти билан, юзаки нафас олиш. Умумий цианоз (acroцианоз) кузатилади, бўйин веналари бўртиши, гипотония. Кислород ингаляцияси хар доим хам аҳволни енгиллаштирмайди, баъзида умумий ахволини ёмонлаштиради.

Назорат саволлари:

1. Нафас олиш тизими аъзоларининг АФХ қанақа?
2. Нафас олиш тизимини қандай текширилади?
3. Хансирашнинг қанақа турлари бор?
4. Овоз титраши симптоми қандай текширилади?
5. Ўпка аускултациясида қандай товушлар ажратилади?
6. Пуерил нафас нима?
7. Болаларда нафас шовқинлари қндай фарқланади?
8. Нафас олиш тизими аъзолари касалликларида қандай текшириш усуллари қўлланилади?

6.2 Пневмония

Нафас олиш аъзолари касалликларида ҳамширалик жараёни. Болалар касалликлари структурасида нафас олиш аъзолари касалликлари 60 % ташкил қилади.

Пневмония (юнон тилидан pneumon – «ўпка»; син: ўпка яллиғланиши)-ўпканинг респиратор бўлимларидаги яллиғланиш жараёни бўлиб, алоҳида касаллик ёки бирор бир касалликнинг асорати сифатида кузатилади. Пневмония билан касалланиш бир ёшгача бўлган болалар орасида 1000 болага 10-15 тани, 1-3 ёшгача бўлганларда 1000 болага 15 - 20 та ва 5 ёшдан сўнг 1000 болага 5-6 та тўғри келади.

Этиологияси. Уй шароитида касалланган 6 ойдан 5 ёшгача бўлган болаларда пневмониянинг энг кўп тарқалган кўзгатувчиси - пневмококк (Стрептососсус пнеумониа) ва гемофил таёқчаси - Хаемотрохилус инфлуензае б ҳисобланади. 60-70-йилларда болаларда пневмониянинг биринчи ўринда турадиган сабабларидан бири тилла ранг стафилококк ҳисобланган.

эпидемик мавсумда (август-ноябр) эрта ёшдаги, мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда Мисопласма пнеумониае (микоплазмалар) аҳамияти юқори бўлади. Ўсмир ёшда чламидиа пнеумониае (хламидияли пневмония) касалликни сабабчи омили бўлиш эҳтимолини унутмаслик керак.

Вируслар асосан бир ёшгача бўлган болаларда вирусли пневмония ривожланишида катта аҳамиятга эга.

Кўп қусадиган, нафас йўллари аспирацияси бор, муковисцидоз билан оғриган заифлашган болаларда пневмониянинг сабабчиси ичак таёқчаси,

тилла ранг стафилококк, баъзида Моракелла (бранчамелла) сатҳаралис бўлади. Легионеллалар билан чақирилган пневмония сабаби Л. Рнеумопҳила (легионерлар касаллиги сабабчиси) бўлиб, болаларда кам учрайди.

Ҳомила ичи инфицирланишида кўпинча хламидияли пневмония ташҳисланади. Кам ҳолларда муддатидан олдин туғилган болаларда пневмоцистозли пневмония (қўзғатувчиси- пневмоцистлар); оғир даражали чала туғилган болаларда уреоплазма ва Мйсопласма ҳоминис чақирган пневмониялар аниқланган.

Иммунодефицитнинг гуморал шаклида (бирламчи ва игалар етишмаслиги билан кечадиган) пневмонияни соғлом болалардагидек ўпка флораси чақиради, лекин касаллик оғир кечади ва қайталанувчи бўлади. Иммунодефицитнинг хужайравий шаклида кўпинча пневмоцистли пневмония (асосан ОИВ - инфекцияда), кам ҳолларда – цитомегаловируслар чақирган пневмония кузатилади.

Алоҳида катта гуруҳни бошқа касаллик туфайли касалхонага ётқазилган болаларда ривожланувчи касалхонаичи пневмонияси ташкил қилади. Бундай пневмония антибиотикларга юқори резистент бўлган "шифоҳона" штамлари (стафилококк, клебсиелла, псевдомонас – кўк йирингли таёқча), ёки беморнинг аутофлораси билан чақирилади. Бу пневмония ривожланишига оддий ўпка флораси бузилишига олиб келувчи антибактериал даво имкон яратади. Бунинг натижасида нафас йўллариининг пастки қисмлари бола учун ёт микроорганизмлар билан тўлишига йўл очиб берилади. Касалхона ичи пневмонияси *госпитал* деб ҳам юритилади.

Патогенези. Касаллик чақирувчи микроорганизмлар ўпкага кўпинча аероген йўл орқали тушади. Микробларнинг бронхлар шиллиқ қаватида жойланиб олишига бола иммун механизмининг заифлашувига олиб келувчи ўткир респиратор вирусли инфекциялар сабабчи бўлади.

Сепсисда микроб таначаларининг қон орқали гематоген йўл билан ўпкага ўтиши кузатилади. Ўпка тўқимасидан инфекция лимфоген йўл орқали яқин органларга ва плеврага тарқалади.

Инфицирланганда майда бронхларда яллиғланиш ривожланади. Бу вентилияциянинг бузилишига ва алвеолаларга (кислород ва карбонат ангидрид алмашинуви кузатилади) ҳаво киришини чегараланишига олиб келади. Ателектаз (алвеолалар ёпишиши) ва ўпка тўқимаси яллиғланиши кузатилади. Газ алмашинувининг бузилиши натижасида барча органларда гипоксия юзага келади.

Яллиғланишнинг асоратланмаган кечишида ўзгаришларнинг тўлиқ ортга қайтиши 3 ҳафта давомида кузатилади. Ўпканинг яллиғланган соҳасидаги ателектаз ёки йирингли жараённинг сўрилиши учун 4-6 ҳафта керак бўлади. Плевранинг зарарланишидан кейинги соғайиш 2-3 ойгача давом этади.

Инфекциянинг респиратор бронхиолаларга яқин жойларда яллиғланиш реакцияси билан чегараланишида *ўчоқли* ва *ўчоқлар қўшилиши* туридаги пневмония ривожланади. Бактериялар ва шиш суюқлигининг алвеолалардан бир сегмент доирасида тарқалиши ва сегментар бронхларнинг

инфицирланган шиллик билан тикилиб қолиши натижасида *сегментар* пневмония пайдо бўлади, инфицирланган шиш суюқлигининг ўпканинг бир бўлагига тарқалганда эса *бўлакчи (крупоз)* пневмония юзага келади.

Болаларда пневмониянинг характерли белгиси бўлиб патологик жараёнга регионар лимфа тугунларининг (бронхопулмонал, бифуркацион, паратрахеал) жалб қилиниши ҳисобланади, бу объектив текширганда ўпка илдизининг кенгайиши билан намоён бўлади.

Бир ёшгача бўлган болаларда пневмония ўнг ўпканинг ИИ сегментида ёки иккала томоннинг ИВ-ВИ ва ИХ-Х сегментларида жойлашади. Катта ёшдаги болаларда ўнг томонлама ИИ, ВИ, Х сегментлар, чап томонлама ВИ, ВИИИ, ИХ, Х сегментлар зарарланади.

Пневмонияда вужудга келувчи кислород етишмовчилиги МНСнинг фаолиятига таъсир қилади. Болаларда касаллик авж олган даврда асаб тизимининг вегетатив қисмида симпатик қисмининг устунлиги билан характерланувчи дисфункция вужудга келади. Токсикоздан чиқиш даврида эса холинергик реакция устунлик қилади.

Пневмонияда бемордаги Юрак қон-томир томонидан кузатиловчи ўзгаришлар МНСнинг бузилиши, ҳамда нафас етишмовчилиги, ўпканинг тўлақонлиги, токсикоз билан боғлиқ.

Болаларда пневмония касаллигида бошқа тизимларда ҳам функционал ўзгаришлар келиб чиқади: ҳазм қилиш тизимида (ферментлар фаоллиги пасайиши, ошқозон-ичак тракти моторикаси бузилиши ва эрта ёшдаги болаларда қорин дам бўлиши, дисбактериоз, парентерал диспепсия); эндокрин тизимида (катехоламинлар, глюкокортикоидлар секрецияси пасайиши); сийдик айириш тизимида (буйракнинг филтрацион, реабсорбцион ва секретор функцияси бузилиши, жигарнинг мочевина ҳосил қилувчи ва дезаминирловчи функциясининг пасайиши); иммунологик реактивликнинг бузилиши кузатилади. *Ўчоқли пневмония* – ўпканинг энг кўп учрайдиган яллиғланиш тури бўлиб, эрта ёшдаги болаларда, мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда турли ҳил кечади.

Клиникаси: Мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда ўчоқли пневмония клиникаси “ўпка” (респиратор) шикоятлари, интоксикация белгилари, локал физикал ўзгариш белгиларидан иборат.

Касаллик 1-чи ва 2-чи ҳафтани охирида характерли белгиларнинг секин-аста ривожланиши билан аста-секин бошланиши, ёки биринчи уч кундаёқ клиникаси яққол намоён бўлган тўсатдан бошланиши ҳам мумкин.

Биринчи кўринишида ОРИ билан касалланган болада, қисқа муддат аҳволини яхшиланиши ёки интоксикация белгилари кучайиши мумкин: тана ҳарорати кўтарилиши, бош оғриши, ўзини ёмон ҳис қилиш ва иштахани пасайиши, ланжлик ва атроф-муҳитга бўлган қизиқишни пасайиши, безовталиқ, уйқу бузилиши, тил караш билан қопланган, тахикардия, ноадекват безгак даражаси кузатилади.

«Ўпка» шикоятлари юқори нафас йўллариининг камайиб борувчи катари фонида кучаяди, нам йўтал, ҳансираш, баъзида кўкрак қафасининг ён томонида оғриқ пайдо бўлади. Шовқинли экспиратор ҳансираш пневмония

учун хос эмас. Шиллик қаватлари ранги ўзгармаган ҳолда тери қопламлари оқимтир бўлади, баъзида периорал цианоз кузатилади, нафас олишда ёрдамчи кўкрак мушаклари иштирок этади: бурун қанотлари кериккан, ковурағалараро тортилиш, ўмов усти чуқурчаси тортилиши хосдир.

Ўпка устида локал физикал ўзгаришлар аниқланади: зарарланган ўчок устида перкутор товушнинг қисқариши, шу ерда сустлашган ёки дағал нафас, крепитацияловчи ва жарангли доимий майда пуфакли хириллашлар аниқланади. Пневмония учун локал симптомларни доимийлиги характерлидир.

Клиник қон таҳлилида лейкоцитоз, лейкоформуланнинг чапга силжиши, эЧТ ортиши кузатилади. Рентгенологик текширишда битта ўпкада ўчоқли соялар аниқланади.

Эрта ёшдаги болаларда ўчоқли пневмониянинг кечиши бирмунча бошқача бўлади. Биринчи ўринда нафас етишмовчилиги пайдо бўлади, локал, физикал ўзгаришлар эса кейинроқ аниқланади, жараён баъзида икки томонлама характерга эга бўлади. Эрта ёшдаги болаларда касалликнинг бошланиш даврида катарал белгилар аниқланади: тумов, акса уриш, қурук йўтал, субфебрил ёки фебрил тана ҳарорати, умумий аҳволнинг ўзгариши кузатилади.

Кўрик вақтида бола ланж, адинамия, мушаклар гипотонияси, хансираш, нафас олишда ёрдамчи мушакларнинг иштирок этиши, тери ранги оқариши, перорал ва тарқалган цианоз аниқланади.

Хансирашдан ташқари, нафас аритмияси, қисқа вақтли апное кузатилиши мумкин. Обьектив текширганда ўпка шиши белгилари: перкутор товушнинг қутичасимонлиги, юрак нисбий чегараси торайиши кузатилади.

Пневмониянинг бошланиш даврида суст нафас эшитилади. Майда калибрли жарангли локал ва крепитацияловчи хириллашлар пневмониянинг биринчи кунларида ярим болаларда эшитилади, кейинчалик кўпгина беморларда аниқланади. Ўпка устида тарқоқ хириллашлар эшитилиши бронхит, бронхиолит белгиларига киради. Бронхиолит бир ҳафтадан ортиқ давом эца пневмония билан асоратланади.

Юқори нафас йўли касалликлари каби, пастки нафас йўли касалликларининг ҳам асосий белгиси бу - йўтал ҳисобланади, йўтал оғирроқ ва жиддийроқ бўлади (балғам ва шиллик ҳосил қилади). Зотилжамда айрим ҳолатларда шиллик қон аралаш ажралади.

Пастки нафас йўли тракти касалликларининг белгиларига киради:

- Кўкрак қафасида оғирлик ҳисси
- Хансираш
- Нафас олганда хириллаш
- Томоқда оғрик
- Тана ҳароратининг кўтарилиши ва қалтираш
- Бош оғриғи
- Бурун ва бурун бўшлиқларининг битиши
- Оғрик ва зирқираш

Ерта ёшдаги болаларда ўчоқли пневмония ўпка шиши, ўпка илдизи кенгайиши ва ўпка суратининг кучайиши билан характерланади. Соялар баъзида қўшилиб кетади. Рентгенда ўчоқли қўшилган соялар абсцесс ривожланишига мойиллик туғдиради.

Оқибати. Яхши, антибиотикларга боғлиқ. Клиник ва рентгенологик соғайиш 3-4 ҳафтадан сўнг юз беради.

Ўчоқли пневмония бир ёки бир неча сегментни эгалласа сегментар пневмония деб аталади. Сегментар пневмониянинг учта варианты аниқланган. Биринчи вариантда касалликнинг кечиши яхши тугайди. Кўпинча бу вариант ташҳис ҳам қилинмайди, фокал ўзгаришлар бир неча кун сақланади, нафас етишмовчилиги, йўтал, интоксикация бўлмаслиги ҳам мумкин. Ташҳис рентгенологик текширув ўтказилганда қўйилади..

Сегментар пневмониянинг иккинчи вариантыда крупоз пневмония клиник кўринишига ўхшаш бўлади, тўсатдан бошланади, безгак ва касалликнинг циклик кечиши кузатилади. Сегментар пневмония белгиларидан бири қоринда, кўкрак қафасида оғриқ ҳисобланади.

Учинчи вариантыда сегментар соя бирдан пайдо бўлмайди, балки касалликнинг биринчи ва иккинчи ҳафталарида пайдо бўлади.

Клиник манзараси: Мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда ўчоқли пневмония клиникасига ўхшаш бўлади, аускултацияда суст везикуляр ёки дағал нафас эшитилади, бронхофония кучайган, хириллашлар эшитилмайди. Ўпка тўқимаси қаттиқлашуви тўғрисида маълумот берувчи ўпка товуши қисқариши аниқ эмас. Плевранинг зарарланиши ва ателектаз кўп кузатилади. Абсцесс, деструкция, чўзилувчан кечишига мойиллик юқори бўлади.

Мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда крупоз пневмониянинг типик кўриниши кузатилади, кам ҳолларда 1-3 ёшда ва бир ёшгача бўлган болаларда учрайди. Крупоз пневмониянинг патогенезида аллергик реактивлик катта ахамиятга эга бўлиб, у гиперергик реакцияларга мойил бўлган пневмококklarга сенсibilлашган организмда вужудга келади. Кўкрак ёшидаги болаларда крупоз пневмониянинг кам учраши бу ёшда пневмококklarга сенсibilизациянинг бўлмаслиги билан тушунирилади.

Болаларда крупоз пневмонияда ўпканинг барча бўлаклари ҳам зарарланмайди, ялиғланиш ўчоқлари бир неча сегментларда бўлиши мумкин. Болаларда крупоз пневмония ўнг ўпканинг юқори ва пастки қисмида жойлашади.

Клиник кўриниши: Касаллик тўсатдан ўРИСиз, тана ҳароратининг 39-40°C гача кўтарилиши билан бошланади, бош оғриши, умумий ҳолатнинг бирдан ўзгариши, йўтал «зангсимон» балғамли бўлади, кўкрак қафасида оғриқ. Продромал даври бир неча соатгача давом этади. Кўпгина беморлар касалликнинг бошланиш даврида ўнг ёнбош соҳасида ва киндик атрофидаги оғриқдан шикоят қилади. Пневмонияни бу турдаги кечиши ўнг ўпканинг пастки бўлагидаги зарарланишда кузатилади ва висцеро-висцерал рефлекс билан боғлиқ. Болада ҳансираш, томир уриши кучайиши, тана ҳарорати кўтарилиши, кўкрак қафасининг бир томони нафас олишда орқада қолиши

кузатилади, қорин экскурсияси эркин бўлади, қорин девори таранглиги бўлмайди, бу эса Шифокорга тўғри йўл кўрсатади.

Баъзи мактабгача болаларда касалликнинг бошланишида юқори тана ҳарорати, бош оғриши, қусишдан ташқари, алаҳлаш, энса мушаклари таранглиги, клоник талвасалар кузатилади, бу белгилар менингитни клиник кўринишини эслатади. Пневмониянинг бу кечиши патологик жараёни ўнг ўпканинг юқори бўлагида жойлашганида кузатилади.

Бемор кўрилганда, бош мия тормозланиши, тери рангининг оқариши, ёноқларнинг қизариши, кўзларининг ялтироқлиги, лаблари қуруқ, лабларида ва бурун қанотларида герпес, ҳансираш, нафас олишда ёрдамчи мушакларнинг иштирок этиши кузатилади. Пневмониянинг бошланиш даврида ўмров усти чуқурчаси чўкканга ўхшайди, елка олдинга ва ён томонга чиққан бўлади.

Текшириб кўрилганда кўкрак қафасининг бир томони нафас олишда орқада қолади ва ўпканинг пастки қирралари ҳаракати чегараланган бўлади, овоз титраши пасайган, бронхофония кучайган, териси керишган, зарарланган ўчоқ устида қисқарган тимпаник товуш аниқланади. Касалликнинг биринчи соатларида нафас олиш ўзгаради, қисқа ва оғриқли йўтал, шиламшиқ, ойнасимон балғам ажралиши билан характерланади. Бола чуқур нафас олганда ён томонда оғриқ сезади. Кейинчалик тана ҳарорати юқори даражада ушланади, йўтал кучаяди, азобли ва оғриқли бўлади, ҳансираш кучаяди, цианоз, юз ва лаблар шиши аниқланади. 2-3 кундан кейин физикал текширилганда бронхиал нафас, перкутор товуш қисқариши, доимий бўлмаган майин крепитацияловчи хириллашлар аниқланади. Баъзида хириллашлар кейинроқ эшитилади. Крупоз пневмония авж олган даврида ўпкадан ташқаридаги ўзгаришлар ҳам кузатилади: Юрак қон-томир тизими (Юрак тонлари бўғиқлиги, Юрак нисбий чегараси кенгайган, майин систолик шовқин, томир тонуси пасайиши – гипотензия); асаб тизими (уйқусизлик, бош оғриши, пай ва тери рефлекслари ўзгариши); жигарда (катталашиш ва оғриқ), лаборатор текширишда – зарарсизлантириш функцияси бузилиши); буйракда (унчалик катта бўлмаган албуминурия, баъзида эритроцитурия ва цилиндурия).

Клиник қон таҳлилида лейкоцитоз, нейтрофилез, формуланинг чапга силжиши, эЧТ ортиши кузатилади. Рентгенда бўлакли ўчоқли соялар аниқланади.

Кечиши. Болаларда касалликнинг давомийлиги ўтказилган терапия ва организмнинг реактивлигига боғлиқ. Бемор ҳолати аста-секин яхшиланади, йўтал нам бўла бошлайди, аммо катталарга хос бўлган «зангсимон» балғамли йўтал болаларда кам учрайди. Касалликнинг бошида эшитилган крепитацияловчи хириллашлар (срепитатио индох) йўқолади, кейин пневмонияни тузалиш даврида (срепитатио редух) эшитилади.

Крупоз пневмония атипик кечиши мумкин, яққол ривожланмаган асосий клиник симптомлари ёки жараёни икки томонлама ривожланиши билан кечади. Катталарда ва болаларда сўнгги йилларда антибиотиклар билан эрта даволаш натижасида классик крупоз пневмония кам учрамоқда.

Оқибати. Крупоз пневмонияда эрта бошланган давода оқибати яхши тугайди.

Интерстициал пневмония. 1946 йил Р.Ленк ўткир пневмониялар гуруҳидан куйидаги рентгенологик кўринишга эга бўлган пневмонияни ажратди:

1. Перибронхиал инфильтрация натижасида ўпка суратининг кенгайган илдиздан урчуқсимон кучайиши

2. Зарарланган томонда ўпка сурати тўрсимон, катакчалардан иборат бўлади. Бу икки ўчоқли ўзгаришлар фониди, ўчоқли ателектаз ривожланиши мумкин, Шунингдек майда доғлар пайдо бўлади.

3. Бронхларнинг торайиш белгилари, аниқ чегараланган соялар аниқланади.

1842 йилда К.Рокитанский ушбу пневмонияни таърифлаб бергач, Р.Ленк бу пневмонияни интерстициал деб атади. В.К.Таточенко фикрига кўра интерстициал пневмония болаларда кам учрайди, ўткир пневмониянинг 1% ни ташкил этади.

Этиологияси. Касалликнинг чақирувчилари вируслар, пневмоцистлар, хламидиялар, микоплазмалар, патоген замбуруғлар ҳисобланади.

Юқори нафас тракти касалликларини кўпинча юқумли вируслар чақиради. Икки юздан ортиқ нафас тракти касаллигини чақирувчи вируслар тури маълум. Бироқ энг кўп касаллик чақирувчи вируслар иккита гуруҳга тегишлидир – булар риновируслар ва кореновируслар.

Нафас трактининг энг кўп тарқалган юқумли касаллиги, шамоллашдир. Ҳар хил вируслар ҳар хил шамоллашларни чақиради, шунинг учун бир неча хил шамоллашларни бошдан кечириш мумкин. Улар бирин кетин бўлиши ва уларни ҳар хил вирус чақиритиши мумкин.

Пастки нафас тракти касалликларини ҳам кўп ҳолатларда вируслар чақиради. Истисно тарзида, зотилжамни айтиш мумкин, уни келиб чиқишига бактерия «стрептососус пнеумониа» сабабчидир.

Клиник кўриниши. Интерстициал пневмониянинг клиник кечиши унинг икки турга бўлишга имкон беради:

Манифестли, ўткир тури. Эрта ва мактабгача ёшдаги болаларда аллергия диатез кўринишида учрайди. Касаллик оғир, нейротоксикоз ва нафас етишмовчилиги билан кечади (ҳансираш, нафас сони 1 минутда 80-100 та, оғиз-бурун атрофи цианози, тирноқлар цианози, бола безовта бўлганда – генераллашган цианоз, бурун қанотлари кериккан, қовурғалар ораси тортилган), безгак, кейинчалик азобли, тез-тез йўтал қўшилади. Қатарал ҳолатлар аниқ бўлмайди: қуруқ хириллашлар, баъзида крепитацияловчи хириллашлар ва бактериал инфекция қўшилганда – ҳўл хириллашлар эшитилади. Ўпка перкуссиясида тимпанит, ўпка қирралари пастда жойлашган бўлади, Юрак нисбий чегараси торайган, ўпка илдизи кенгайган бўлади. Перкутор тоннинг қисқарганлиги характерли эмас.

Геморрагик гриппоз пневмония оғир кечади, унда безгак, оғир нейротоксикоз ва нафас етишмовчилиги, қон аралаш, баъзида кўпикли балғам, коллапс кузатилади. Ўпкани текширганда нам ва қуруқ хириллашлар,

крепитация аниқланади. Геморрагик синдром томиричи қон ивиши билан боғлиқлиги гумон қилинган. Юракнинг ўнг бўлимида ўткир ва ўткир ости етишмовчилик, жигарнинг қисман катталашishi, микрогематурия характерлидир.

Кам симптомли, чўзилувчан тури. Мактаб ёшидаги болаларда кўп учрайди. Болаларда ОРИдан кейин тез чарчаш, камқувватлик, иштаҳа пастлиги, субфебрил тана ҳарорати, бош оғриши, кучсизлик, йўтал кузатилади. Физикал маълумотлар бундай болаларда яхши билинмайди: интоксикация белгилари қисман ривожланган, унчалик катта бўлмаган жисмоний зўриқишда ҳансираш, ўпка сурати ўзгарган, ўпка илдизи кенгайган, кам миқдорда куруқ хириллашлар. Кўкрак қафаси рентгенограммасида интерстициал пневмонияни тасдиқловчи белгилар аниқланади.

Болаларда интерстициал пневмония учун иммунитет пасайиши, тетрада симптомлар характерлидир: ҳансираш, гипоксемия, диффуз интерстициал инфилтрация, йўтал.

Оқибати. Интерстициал пневмония ўткир турида оғир. Болалар вирусли энцефалитдан, ички органларни вирусли зарарланишидан нобуд бўлади. Касалликни яхши кечишида ўпкадаги рентгенологик ўзгаришлар 6-8 ҳафтагача сақланади. Интерстициал пневмония оқибати пневмосклерозни ривожланиши ёки қайта шаклланиши бўлади.

Оила ҳамшираси, беморларга нафас тракти касалликларининг олдини олиш масалалари бўйича қуйидаги тавсияларни бериши керак:

- Нафас йўли инфекциялари бир неча йўллар орқали тарқалади
- Юқумли касаллиги бор инсонлар, масалан шамоллаганлар аксирганда, йўталганда ҳавога майда томчилар сачрайди, улар ўзида шамоллашни чақирадиган вирусларни тутиши мумкин
- Бу ҳаводан бошқа бир киши нафас олса, у ҳам ташувчи бўлиб қолиши мумкин
- Юқумли касалликлар, шунингдек бевосита ёки билвосита мулоқотдан ҳам юқиши мумкин
- Шамоллаш ёки грипп билан оғриган киши, бурун ёки кўзига тегиб, сўнгра соғлом одамга тегинса, унда вирусни ўша кишига юқтириши мумкин

Бошқа йўли, бемор одам нарсаларни ушласа, масалан эшик тутқичи, телефон гўшаги, вирус шу нарсаларга ўтиши мумкин. Кейинроқ бошқа киши шу нарсалардан фойдаланса ва кўзи, бурни ёки оғзига шу қўллар билан тегинса, касалликни юқтириши мумкин

Атипик пневмониянинг клиникасида умумий токсик синдромлар устунлик қилади, бронх-ўпка-плеврал синдроми иккинчи ўринда туради. Атипик пневмония учун эпидемиологик тарқалиш (болалар боғчаси, мактаблар), шунингдек оилавий учраш характерлидир.

Мйсопласма пнеумониа микроорганизмларнинг алоҳида турига мансуб, кичик ўлчамли (150-200нм), РНК ва ДНКдан тузилган. Кўзғатувчи ҳужайрасиз муҳитда кўпайиши мумкин, б-гемолизин токсин ажратади.

Микоплазмалар вируслар, бактериялар ўртасида оралиқ ҳолатни эгаллайди. 70°C температурада липофил ҳолда йиллар давомида сақланади.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи респиратор микоплазма билан касалланган одам ва ташувчи ҳисобланади. Ўтиш йўли - ҳаво томчи, трансплацентар.

Патогенези. Микоплазма ҳаво-томчи йўли орқали тушганда томоқ орқа девори шиллиғини, трахея, бронхларни зарарлайди. Асосий ўзгаришлар алвеоляр эпителийда бўлади, у эрда чақирувчи кўпаяди, хужайра гиперплазияси ва ўзгаришини чақиради. Алвеоляр макрофаглар ва нейтрофиллар фагоцитозни чақиради ва бу жараён алвеоляр хужайраларнинг ўзгаришига, хужайра ичи суюқлиги экссудациясига олиб келади.

Клиник хусусияти: Клиник манзараси чақирувчининг вирулентлиги, унинг кўпайиш тезлиги, беморнинг ёши, организмнинг реактивлиги, йўлдош вирусли ёки бактериал инфекцияларнинг бор йўқлигига боғлиқ. Инкубацион даври 1 ҳафтадан 3 ҳафтагача давом этади (кўпинча 12-14 кун). Касалликнинг илк кўриниши учун кам ифодаланган умумий интоксикация белгилари хос (бош оғриши, қуввацизик, тана ҳароратининг бир оз кўтарилиши). Кейинчалик томоқдаги ва қориндаги оғриқ кўшилади. Касаллик учун қийноқли қуруқ йўтал, фарингит белгилари характерлидир.

Интоксикация белгилари биринчи ҳафтанинг охири, иккинчи ҳафтанинг бошларида намоён бўлади. Ҳансираш кам ҳолларда кузатилади. Терисида 50% ҳолларда қизил ёки бинафша рангли доғли, кам ҳолларда везикулали, папулали тошмалар пайдо бўлади. Шунга ўхшаш тошмалар шиллиқ қаватларда ҳам пайдо бўлади. Биринчи ҳафтанинг охирида ва иккинчи ҳафтанинг бошида интоксикация белгилари кучаяди. Бир ёшгача бўлган болаларда касаллик симптомсиз кечиши мумкин.

Перкуссияда мозаиклик аниқланади. Физикал маълумотлар кам ифодаланган: дағал ёки сустлашган нафас фонидан нам хириллашлар; кўкрак ёшидаги болаларда бронхиолит клиникаси кузатилиши мумкин.

Гематологик ўзгаришлар - нормоцитоз, лейкоцитоз, формуланинг чапга силжиши билан кечувчи нейтрофилез, эозинофилияга мойиллик, анемия, гипертромбоцитоз, эЧТ ортиши

Ўпкadan ташқари белгилари: қайд қилиш, қориндаги қаттиқ оғриқ, аппендикуляр синдром -50%; гепатомегалия -30%; геморрагик синдром (теридаги геморрагиялар, бурундан қон кетиши) – 20%; кам ҳолларда менингеал синдром.

Касалликнинг монотон тарзда кечади. Қуруқ йўтал, субфебрилитет 2,5 ҳафтадан 2,5 ойгача давом этиши мумкин. Катта ёшдаги болаларда микоплазмали пневмония кўпинча сурункали бронх-ўпка касалликлари ривожланишига олиб келиши мумкин.

Рентгенографияда: Ўпканинг аниқ чегарасиз ногомоген инфилтрацияси. Кўпинча “булут”симон, “тутун” симон инфилтрациялар пайдо бўлади. Ўпка сурати кучайган, кўп ҳолларда жараён бир томонлама ва ўпканинг пастки қисмида кузатилади. Бронх-томир суратининг кучайганлиги бемор тузалгандан кейин ҳам узок вақт сақланиб қолади.

Параклиник белгилари: Деярли ўзгаришлар бўлмайди. Баъзан эЧТ ортиши, моноцитоз бўлиши мумкин.

Диагностикаси. Бурун шиллиқ қаватидан олинган флюоресценцияли зардобда қўзғатувчини топишга асосланган. серологик реакциялар (РСК - комплементбоғловчи антителалар титрининг ошишига). Балғамдаги микоплазмани аниқлаш махсус усули ҳам қўлланилади.

Даволаш принциплари: этиотроп давоси макролидлар гуруҳига мансуб антибактериал препаратларни буюриш: эритромицин суткасига 30-50 мг/кг; линкомицин суткасига 10-20 мг/кг; олеандомицин: 3 ёшгача болаларга -0,02 г/кг, 3-6 ёшдагиларга -0,25-0,5 г/кг, 6-14 ёшдагиларга - 0,5-1,0 г/кг, 14 ёшдан катталарга -1,0-1,5 г/кг суткасига, суткалик дозасини 4-5 қабулга бўлинади. Даво курси 7-10 кун. 8 ёшдан катта болаларга окситетрациклин буюрилади, вибрамицин, доксициллин. 8-12 ёшда биринчи куни суткада 4 мг/кг, кейинчалик 2мг/кг. 12 ёшдан катталарга 0,2 г биринчи куни ва кейинчалик 0,1 г берилади. Даво курси 7-10 кун.

Хламидияли пневмония. Чақирувчиси Чламйдиа трачоматис - хужайра ичи паразити кўпинча бактерияларга яқин. Таркибида РНК ва ДНК сақлайди, улар иккига бўлиниб кўпаяди, антибиотикларга сезувчан. Уларнинг иккита тури бор: Чламйдиа пситасси ва Чламйдиа трачоматис. Кўпинча ўпканинг ўрта ва пастки қисмлари зарарланади. Чақирувчи алвеолаларда сероз шиш чақиради ва бошқа бўлимларга ўтади.

Эпидемиологияси. Касалликнинг кечишида аниқ мавсумийлик йўқ. Орнитоз пневмония чақирувчиси - Чламйдиа пситасси, касаллик манбаи кушлар (каптар, попугай, ўрдак, товуклар).

Хламидиоз – асосан чақалоқларнинг патологияси бўлиб, унга интранатал зарарланиш хос, бола асосан онанинг туғруқ йўли орқали зарарланади. Катталарда жинсий йўл билан ўтадиган инфекция турига киради.

Чақирувчиси Чламйдиа трачоматис. Чақалоқларда ўтиш йўли ҳавотомчи, аспирацион йўл ҳисобланади. Ўпканинг пастки ва ўрта қисмлари зарарланади. Қўзғатувчи ҳимоя бареридан алвеолагача этиб боради, сероз шишни чақиради, ўпканинг бошқа соҳаларига тарқалади.

Клиникаси. Инкубацион даври – 10 кун. Касаллик бошида умум интоксикацион синдром белгилари кузатилади: ланжлик, безгак (тана харорати 39°С дан ортиқ), қаттиқ бош оғриши, брадикардия, юрак тонларининг бўғиқлашиши, мушаклардаги оғриқ ва ангина. Орадан 1-3 кун ўтгач нафас аъзолари шикастланиши белгилари пайдо бўлади: қуруқ йўтал, биқиндаги ва кўкрак қафасидаги оғриқ. Ўпка товушининг локал тўмтоқлашиши, майда пуфакчали нам хириллашлар. Лекин бу белгилар интоксикациянинг кучайишига олиб келмайди.

Касаллик клиникаси гриппга ўхшайди. Узоқ вақт давом этади. Юқори тана ҳарорати 2 ҳафтагача кузатилади, астенизация белгилари 2-3 ойгача сақланади. Оқибати яхши тугайди.

Чақалоқлар хламидиоз билан зарарланганда 1-2 ҳафта охирида бир томонлама конъюнктивит пайдо бўлади. Жараён секин кечади ва 1-2

хафтадан сўнг кўздан шиллиқ-йиринг ажралади. Шу даврда пневмония ҳам бошланиши мумкин. Пневмония хансираш ва кўкйўталсимон йўтал билан кечади, аммо тана харорати кўтарилмайди ва интоксикация белгилари кузатилмайди.

Диагностикаси балғам ва кўздаги ажралмани микроскопиясига, шунингдек 2-3-хафтада махсус антитаналар титрининг ортишига асосланган.

Патологик анатомияси. Томирлар ишемияси, сероз шиш, фиброз экссудация аниқланади. Бу ўзгариш бутун ўпкани эгаллайди, ўпка ўлчами катталашган жигар қаттиқлигидек бўлади.

Рентгенограммада: Икки томонлама майда ўчоқлар. Орнитоз учун ўпка суратининг кучайганлиги ва деформацияси характерлидир.

Параклиник белгилар: Умумий қон таҳлилида: эЧТ ортиши, лейкопения, лимфоцитоз, баъзан эозинофилия. Иммунограммасида ига Г ошади

Давоси: Асосан антибактериал дорилар буюртирилади Бисептол - 8-10 мг/кг суткада 2 марта. Курси 10-20 кун. Эритромицин - 30-50 мг/кг суткада. Чақолоқларга кунига 2 марта. Курси 15-20 кун. Клафоран - 50-100 мг/кг суткада. Чақолоқларга суткасига 2 марта, тана вазни 50 кг бўлганларга суткасига 3-4 марта, парентерал. Курси 10-15 кун. Фортум - 2-ойгача 25-60 мг/кг суткада 2 марта. Курси 7-10 кун. Цефтриаксон (лонгацеф) 20-80 мг/кг суткада парентерал 10-15 кун. Рокситромицин (румид) катталар учун 0,15 г суткада 2 маҳал 10-15 кун. Таривид – катталар учун 0,2-0,8 г суткада 2 марта. Даво курси 7-14 кун.

Пневмонияларнинг профилактикаси.

Соғлом турмуш тарзига риоя қилиш: рационал овқатлантириш, массаж, гимнастика, чиниқтириш, яшаш шароитини яхшилаш, оиладаги микроклиматни яхшилаш (тамаки тутунидан асраш; хонани шамоллатиш ва тозалаш). Касалхонадан ташқари пневмониянинг олдини олиш учун 2,3 ва 12 ойлик болаларга пневмококк, 2,3,4 ойликда б типдаги гемофилус инфекциясига қарши вакцинация ўтказиш. Иммунитетнинг давомийлиги 3-5 йилга тенг, асоратланган пневмониялар эса вакцинация қилинган болаларда 25%га камаяди.

Назорат саволлари:

1. Пневмония нима?
2. Касалхонадан ташқари пневмониянинг этиологияси қананқа?
3. Пневмония патогенези қандай?
4. Пневмония учун қандай клиник белгилар хос?
5. Атипик пневмонияларга нима хос?
6. Қайси касалликлар билан қиёсий ташхис ўтказилади?
7. Ташхис қўйиш учун қайси усуллардан фойдаланилади?

VII. Болаларда аллергия касалликлари

Ер шарининг 10% дан ортиқ аҳолиси аллергия касалликлардан азият чекади. "Аллергия" атамаси К. Пирке томонидан 1906 йилда киритилган

(лотинча аллос эргон - бошқа ҳаракат) организм илгари дуч келган моддаларга ўзгарган сезгирликни тавсифлаш учун киритилган.

Унинг аниқлашича баъзи бир одамларда кузатилаётган симптомлар атроф-муҳитдаги маълум бир моддалар (аллергенлар) томонидан (чанг, ўсимликлар чанги ёки баъзи овқатлар) чақирилган. Кўп йиллар давомида ўта сезувчанлик ига E функциясининг бузилиши натижасида келиб чиқади деб ҳисобланган, лекин шу нарса маълум бўлдики, турли хил кимёвий моддалар иштирокидаги кўпгина механизмлар “Аллергия” деб номланган бир талай симптомларни чақиради.

Аллергия – бу ташқи ва ички таъсирлантирувчиларга организмнинг хусусий тўқимасининг жароҳатланиши билан кечувчи иммунреакция. Организмни сенсбилизация (юқори сезувчанлик) қилувчи ва аллергия чақирувчи қўзғатувчи аллерген дейилади.

Асосида тўқималарнинг иммунреакцияси натижасида жароҳатланиши аллергия касалликлар дейилади.

Эндоген аллергенлар организмнинг ўзида ҳосил бўлади ва аутоаллергенлар дейилади.

Патогенезида аутоаллергенларга нисбатан аллергия реакция ётувчи касалликлар аутоиммун (аутоагрессив, аутоаллергик) касалликлар дейилади.

Аллергия реакцияларнинг секин ва тез кечувчи турлари фарқланади.

Тез кечувчи аллергия реакция тури аллергия таъсиридан 15-20 минутдан сўнг ривожланади.

Бу гуруҳга кирувчи кўп учровчи касалликлар қуйидагилар: экзема, нейродермит, эшакеми.

"Атопия" атамасини 1923 йилда америкалик олимлар А. Кока ва Р. Кук таклиф қилишган, улар аллергияларнинг сезгирлигига жавобан реактивга боғлиқ аллергия реакциялар пайдо бўлишига ирсий мойиллик деб қарашган.

Болаларда аллергия касалликларнинг мавжуд хусусиятларини акс эттириш учун яқинда "атопик ёки аллергия марш" атамаси таклиф қилинди, бу атопик Конституцияга эга бўлган болада ёшга қараб аллергия белгиларининг сезувчанлиги ва клиник ўзгаришини шакллантиришнинг хронологик кетма-кетлигини англатади: атопик дерматит/экзема, бронхиал астма, аллергия ринит

Инсоннинг атопик ҳолати қуйидаги белгилар билан тавсифланади:

- аллергия касалликларнинг ривожланишига ирсий мойиллик
- маълум бир беморда аллергиянинг клиник кўринишлари
- қон зардобида умумий ига э нинг ортиқча ишлаб чиқарилиши
- турли аллергияларга терининг сезгирлиги ошиши
- қон зардобида аллергияга хос ига э антикорлари
- қон ва балғам, бурун ва бронхиал секретсияларнинг эозинофилияси

Аэроаллергенлар

- уй чанги аллергиялари
- ҳайвонлар (айниқса мушуклар, қушлар, итлар)
- қўзиқоринлар (моғор ва хамиртуруш)
- бактериялар

Полен аллергенлари: Алдер, финдик, қайин, итшумурт, шувок, кунгабоқар, фессуе,

Аерополлутантлар – озон, азот оксидлари, олтингугурт диоксиди зарралари комплекси, саноат ва фотохимёвий тутун ҳосил қилувчи кислотали аэрозоллар таъсиридан келиб чиқадиган атроф-муҳитнинг ифлосланиши.



Диққат қилинг!

Ёш болаларда тери ва нафас олиш аллергиясининг сабаби – болалар каучук (латекс) оқсилларига сезгир бўлиб, ундан болалар нипеллари, ўйинчоқлар, катетерлар, хамширалар қўлқоплари, резина шиналар тайёрланади. Шунингдек, латекс ва банан, авакадо, киви, қовун, каштан аллергенлари ўртасида ўзаро реактивлик мавжуд.

АТОПИК ДЕРМАТИТ

- бу генетик жиҳатдан аниқланган, сурункали, такрорланувчи иммуно - аллергик тери касаллиги бўлиб, у клиник жиҳатдан бирламчи қичишиш, симпатергик тери реактсияси (оқ дермографизм), ликеноид папулалар (чақалоқлик давридаги папулосикулалар) ва ликенификатсия (синонимлар) билан намоён бўлади. "Атопик дерматит" - Бесниер пруритига, конституциявий экзема ва конституциявий нейродерматит).

Атопик дерматит - атопияга ирсий мойиллиги бўлган одамларда ривожланадиган сурункали аллергик касаллик, клиник кўринишларнинг ёшга боғлиқ хусусиятлари билан қайталанувчи курсга эга ва экссудатив ва/ёки ликеноид тошмалар, қон зардобидидаги контсентратсиясининг ошиши билан тавсифланади. Ига э ва ўзига хос (аллерген) ва ўзига хос бўлмаган стимулларга юқори сезувчанлик. Атопик дерматит - бу иммунитет механизмлари асосида шаклландиган аллергик келиб чиқиши терининг сурункали яллиғланиши. У кучли қичишиш, ўзига хос/ўзига хос бўлмаган стимулларга юқори сезувчанлик, ёшга боғлиқ тошмалар морфологияси билан тавсифланган такрорий курс билан ажралиб туради. Касаллик чақалоқлик даврида намоён бўлади, 50% ҳолларда сурункали босқичга ўтади, бу болаларда бронхиал астма ва аллергик ринит ривожланиши учун хавф омилидир. Сўнгги ўн йилликларда АД клиник хусусиятларида баъзи ўзгаришлар юз берди. Ҳозирги босқичда унинг курсининг ўзига хос хусусиятларидан бири ўткир шаклларнинг сурункали шаклга ўтишининг кучайиши ҳисобланади. Тананинг кўплаб аъзолари ва тизимларининг териси билан бирга патологик жараёнда иштирок

этиш АДни тизимли касаллик деб ҳисоблаш имконини беради. АД ривожланишида ирсий мойиллик аниқ кузатилади, улар билан бирга турли хил аллергенлар (озик-овқат, Шомил, гулчанг, эпидермал, кўзиқорин, бактериал) ва атроф-муҳит омиллари касалликнинг амалга оширилишида муҳим рол ўйнайди.

-АД мустақил нозологик шаклдир. "Атопик дерматит" атамаси атопия контсептсиясига асосланган касалликнинг патогенезининг иммунологик (аллергик) контсептсиясини аниқлайди, атроф-муҳит аллергенларининг таъсирига бу организмнинг жавоб сифатида умумий ва ўзига хос Ига э-антитаначаларининг юқори концентратсиясини ишлаб чиқариш учун генетик жиҳатдан аниқланган жараёндр. Фенотипик жиҳатдан АДга ўхшаш, аммо патогенезнинг атопик асосига эга бўлмаган тери касалликлари АД эмас.

-Замонавий илмий маълумотлар қон босимининг энг аниқ ва батафсил таърифини шакллантиришга имкон беради. Таърифнинг тўғрилиги ва тўлиқлиги нафақат назарий, балки амалий жиҳатдан ҳам, касаллик диагностикаси ва патогенетик терапияни танлаш учун кўрсатма сифатида муҳимдир.

-АД ривожланишининг хавф омилларини эндоген ва экзогенга бўлиш мумкин. Болаларда ушбу касалликнинг ривожланишида этакчи рол эндоген омилларга тегишли бўлиб, улар турли экзоген омиллар билан биргаликда касалликнинг клиник кўринишига олиб келади.

- Эндоген омилларга ирсият, атопия ва терининг гиперреактивлиги киради. АД билан оғриган болаларнинг 80% да аллергик касалликлар билан оғирлашган анамнез кўпинча она томонида (60-70%), камроқ тез-тез ота томонида (18-22%) қайд этилади. АД ривожланиши генетик жиҳатдан аниқланган (мультифакториал полигаеник мерос тури) организмнинг аллергенларни қабул қилишга қарши иммунитет реактсиясига асосланади. Ушбу генотипнинг характерли хусусиятлари Тх₂ ҳужайрасининг устунлиги ва имтиёзли фаоллашуви фойдасига иммун жавобнинг поларизатсияси бўлиб, бу умумий Ига э ва ўзига хос Ига э антикорларининг ортиқча ишлаб чиқарилиши билан бирга келади. Шу билан бирга, атопик генотип кўпинча иммун бўлмаган генетик детерминантларни ўз ичига олади, хусусан, яллиғланишга қарши синтезнинг кучайиши. терининг маст ҳужайрали химазалари, бу унинг гиперреактивлиги билан бирга келади. Шу билан бирга, ўсиб бораётган боланинг танасида турли хил стрессли вазиятларга этарли даражада таъсир қилмаслик натижасида иммунитетнинг ортирилган бузилиши ёки спонтан мутатсия эҳтимолини истисно қилиш мумкин эмас.
- АД, қоида тариқасида, атопиянинг энг эрта клиник кўриниши ва ҳаётнинг биринчи йилларидаги болаларда энг кўп учрайдиган атопик касаллик бўлиб, у ёш болалар терисининг хусусиятлари билан боғлиқ. Бу аллергик реактсиянинг "мақсадли органи" бўлган чақалоқнинг териси. Бу анатомик ва гистологик хусусиятлар, шунингдек, янги туғилган чақалоқ ва чақалоқ терисининг атроф-муҳит антигенлари таъсирига иммун реактсиясининг

табиати билан боғлиқ. Кичкина болаларда терининг ўзи (дерма) ва тери ости ёғи антигенларни таниб олиш, тақдим этиш ва уларга эффектор жавоб беришда иштирок этадиган ҳужайраларнинг диққат марказида бўлади. Ёш болаларнинг тери ости ёғи ўзининг гистогенези ва функсияси бўйича суяк илигига ўхшаш ретикулохистиоситар орган ҳисобланади. Дермисда кўплаб фибротситлар, гистиоситлар, лимфотситлар, плазма, эндотелиал ҳужайралар мавжуд. Тери ва тери ости тўқималарида кўплаб маст ҳужайралари мавжудлиги алоҳида аҳамиятга эга. Кичкина болаларда тери юзаси майдони ва тана вазни ўртасидаги нисбат катта ёшдаги болаларга қараганда анча юқори, шунинг учун улар бошқа органлар ва тўқималардаги сонига нисбатан терида лимфоид ва маст ҳужайраларининг сони нисбатан кўпроқ бўлади. Шу сабабларга кўра, эрта ёшда боланинг териси антиген таъсирга атопик жавоб турини шакллантиришда иштирок этадиган асосий органлардан бирига айланади ва натижада аллергия реакциясининг асосий (мақсадли органи) бўлади.

- Экзоген омилларга қўзғатувчи омиллар киради - қўзғатувчи омиллар (аллергик ва аллергия бўлмаган) ва қўзғатувчиларнинг таъсирини кучайтирувчи омиллар.
 - Аллерген экзоген омилларга қуйидагилар киради: озиқ-овқат, маиший, гулчанг, эпидермал , бактериал, қўзиқорин, доривор, ваксина.
 - Ҳаётнинг биринчи йилларининг аксарият болаларида АД озиқ-овқат аллергиясининг оқибати бўлиб, унинг этиология спектри жуда кенг. Деярли ҳар қандай озиқ-овқат маҳсулоти аллергия реакцияга олиб келиши мумкин. Озиқ-овқат сезгирлигининг табиати боланинг ёшига боғлиқ. Масалан, ҳаётнинг 1-йилидаги болаларда АДнинг энг кўп учрайдиган сабаблари сугир сути оқсиллари, тухум, дон, балиқ ва денгиз маҳсулотлари, соя ҳисобланади. Ёши билан озиқ-овқат аллергиялари доминант ролини йўқотади. 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болаларда озиқ-овқат аллергиясининг этиология аҳамияти одатда сақланиб қолади, аммо баъзи озиқ-овқат аллергияларига сезгирлик камаяди. Бу ёшда уй ҳўжалиги, Шомил ва полен аллергияларининг роли ошади. Поливалент аллергияга ўтиш мавжуд. 5-7 ёшда эпидермал аллергияларга (ит, мушук, қуён ва бошқаларнинг сочлари) этиология жихатдан сезиларли сенсibiliзатсия шаклланиши кузатилади.
 - АД қўзғатувчи омилларнинг алоҳида гуруҳи бактериал, қўзиқорин, дори, ваксина ва бошқаларни ўз ичига олиши керак. Бу омиллар АДни келтириб чиқарадиган мустақил этиология аҳамиятга эга аллергиялар сифатида камроқ тарқалган, лекин улар кўпинча юқорида санаб ўтилган бошқа аллергиялар билан боғланиб, поливалент аллергияни ҳосил қилади ёки қўзғатувчилар ролида ҳаракат қилиш (аллергия механизмларидаги индивидуал алоқаларнинг мустақамланиши туфайли асосан қўзғатувчи таъсирга эга бўлган омиллар).
- Аллергия бўлмаган омилларга қуйидагилар киради : психо -эмоционал стресс, об-ҳаво ўзгариши, тамаки тутуни, озиқ-овқат қўшимчалари, инфлюэнца вируси моддалар.АДнинг ўзига хос хусусияти клиник

полиморфизм бўлиб, касалликнинг клиник шакллариининг хилма-хиллигини белгилайди.

Атопик дерматитнинг ишчи таснифи.

Атопия " атамаси (юнонча "а топос" - ғайриоддий, бегона) биринчи марта АФ Соса томонидан 1922 йилда организмнинг турли хил атроф-муҳит таъсирига сезгирлигининг ирсий шакллариини аниқлаш учун киритилган . Ҳозирги вақтда " атопия " атамаси реактин антикорлари мавжудлиги билан тавсифланган аллергиянинг ирсий шакли сифатида тушунилади. Болалардаги аллергия турли йўллар билан ўзини намоён қилиши мумкин. Ҳаётнинг 2-3 ойларида чақалоқ баъзида терининг қизариши бор. Бу жойларнинг кўпайиши, шишиши ва ёрқин қизил ранги болада аллергик диатез борлигини кўрсатиши мумкин - шифокорлар буни "нейродерматит" ва " атопик дерматит" деб аташади. Ушбу касалликнинг ўз-ўзидан ўтиб кетмаслиги эҳтимоли юқори ва иложи борича тезроқ шифокорга мурожат қилишингиз керак. Акс ҳолда, қизариш иккинчи, янада оғир босқичга ўтиши мумкин, бу қичишиш билан бирга келади ва болага қаттиқ ноқулайлик туғдиради. Атопик дерматит барча аллергик касалликларнинг 20-30% ни ташкил қилади, 70% ҳолларда у бронхиал астма, пичан иситмаси, ўртикер, Куинске шиши , аллергик ринит каби касалликларнинг ривожланишидан олдин содир бўлади. Атопик дерматит билан касалланиш 1000 аҳолига 15 ёки ундан кўпроқни ташкил қилади ва ЖССТ маълумотларига кўра, ноқулай экологик шароит ва атроф-муҳитнинг ифлосланиши туфайли бутун дунё бўйлаб ўсиб бормоқда.

Етиологияси ва патогенези атопик дерматит асосан ноаниқ бўлиб қолмоқда. Касалликнинг ривожланишидаги этакчи бўғинлардан бири генетик мойилликдир. Атопик дерматитнинг пайдо бўлиши ва сурункали курси ирсий мойилликни, асаб тизимининг функционал бузилишларини, ноқулай атроф-муҳит шароитларининг таъсирини, ички органларнинг психо-эмотсионал бузилишларини ва патологиясини, метаболик, нейрогуморал, нейроваскуляар касалликларни, тананинг аллергик ҳолатини, заифлигини аниқлайди. овқатланиш ва турли хил интоксикатсиялар. Атопик дерматитнинг патогенетик механизмлари полиморфик бўлиб, бир-бирига зид эмас, балки бир-бирини тўлдиради.

Атопик дерматитга мойил бўлган одамларда атопик дерматит ривожланишини кўзғатувчи атроф-муҳит омиллари қуйидагилардир:

- тирнаш хусусияти берувчи ва аллерген билан алоқа қилиш: совун, эритувчилар, жун кийимлар, механик тирнаш хусусияти берувчи моддалар, ювиш воситалари, консервантлар, хушбўй моддалар);
- инҳалатсияни кўзғатувчи омиллар: уй чанги, гулли ўсимликларнинг гулчанглари, моғор, одам ва уй ҳайвонлари юнглари);
- Стапхилококка каби микробиял агентлар ауреус, Питйроспорум овале, Сандида жинсининг замбуруғлари (нафақат тери тўсиғига зарар этказиши мумкин, балки суперантиген деб аталадиган ишлаб чиқариш орқали ИгаЕ даражасини сақлаб туриши мумкин ва шу билан тетик омиллар сифатида ҳаракат қилади);

- озиқ-овқат сенсibiliзаторлари: (енг кенг тарқалган) тухум, сут, денгиз маҳсулотлари, цитрус мевалари, кўзиқоринлар, доналар, ерёнғоқлар, балиқлар ва дуккаклилар (!озиқ-овқат аллергияси оғир атопик дерматитнинг прогнозидир);

Атопик дерматит патогенезида муҳим рол ўйнайди:

- оғир эндоген интоксикациянинг ривожланишига олиб келадиган ва касалликнинг кечишини оғирлаштирадиган туғма, генетик воситачи овқат ҳазм қилиш тизимининг ферментопатияси;

- иммун тизимининг дисфункцияси : асосий рол функционал иммунитет танқислигига берилади, бу иммунитетнинг Т-тизимининг супрессор ва киллер фаоллигининг пасайиши, қон зардобидаги игалар ишлаб чиқаришдаги номуносивлик даражасининг ошиши билан намоён бўлади. организмнинг турли хил аллергик реакцияларга мойиллигини ва бактериял ва вирусли инфекцияларга мойиллигини келтириб чиқарадиган ИгаЕ;

- психо-эмоционал стресс : дерматологларнинг ярмидан кўпи ва беморларнинг аксарияти атопик дерматитнинг стресс билан кучайишига ишонч ҳосил қилишади; Стресснинг тери жараёнига таъсири анъанавий равишда атопик дерматитнинг психо - эндокрин -иммунологик модели асосида тушунтирилади : атопикларда гипоталамус -гипофиз-адренал тизимнинг реактивлигининг пасайиши туфайли стрессдан келиб чиққан. Периферик қонда иммуносупрессив ва яллиғланишга қарши таъсирга эга бўлган глюкокортикоидлар даражасини ошириш реакцияси сезиларли даражада сусаяди. шундай қилиб, атопиклар иммунитет тизимининг дисфункцияси ва терида яллиғланиш реакциясининг ривожланиши хавфи ортади);

- ҳосил бўлган элементларда, қон плазмасида, ёғ тўқималарида ёғ ўкислотлари алмашинувининг бузилиши:

-маълум ёғ кислоталарининг этишмаслиги тартибга солиш функцияларига эга бўлган простагландин каскад компонентларининг этишмаслигига олиб келади (биринчи навбатда ИгаЕ нинг хужайра синтези билан боғлиқ).

Атопик дерматитнинг этиологияси ва патогенези

Атопик дерматит - полигенетик турдаги меросга эга бўлган мултифакториал патология. Муайян генетик аномалиялар ва атроф-муҳит омилларининг комбинатсияси дерматитнинг клиник кўриниши пайдо бўладиган чегара қийматига эришишга олиб келади. Касалликнинг патогенезида этакчи рол ирсий нуқсонларга берилади. Агар иккала ота-она ҳам атопик дерматитдан азият чекса, болада атопик дерматитнинг ривожланиш хавфи 60-85% ни ташкил қилади, она томондан оғирлашган ирсият 30-35% ҳолларда атопик дерматит клиникасини "бошлайди".

Атопик дерматитнинг ривожланиш эҳтимолини назорат қилувчи номзод генларнинг 4 классификацияси мавжуд: атопияга мойиллик , яллиғланишни келтириб чиқариш, терининг гиперреактивлиги генлари ва ИгаЕ реакциясига таъсир қилувчи генлар (ИгаЕ - ига). Ген мутациялари тери тўсиғининг бузилишига, иммунитет тизимининг ишламай қолишига, ўзига хос бўлмаган тирнаш хусусияти берувчи ва аллергенларга юқори сезувчанликка, автоном асаб

тизимининг номуносивблигига ва яллийганиш медиаторлари ишлаб чиқаришнинг кўпайишига олиб келади.

Болаларда атопик дерматит ривожланишининг омиллари

Болаларда атопик дерматит ривожланишининг асосий омиллари:

1. ташқи. Микроорганизмларга, озиқ-овқат алергенларига, реактив кимёвий бирикмаларга, иқлим шароитларига, стрессга таъсир қилиш;
2. ички. ИгаЕ антикорларини ишлаб чиқаришнинг кўпайиши, тери липидларининг ўзгариши, терининг қуриши, қичишиш чегарасининг пасайиши, Стапхилокок ауреус томонидан тери юзасининг колонизацияси.

ЭТИОЛОГИЯ ҳаётнинг дастлабки 2 йилидаги болаларнинг тахминан 30-60 фоизда у ёки бу шаклда ўзини намоён қилади. Уларнинг 75-90 фоизда бу фақат эпизод бўлиб, фақат бир нечтаси кейинчалик алергик касалликларни ривожланиши мумкин.

- Ушбу касалликнинг пайдо бўлиши ҳомиладорлик пайтида ҳомиладор онанинг нотўғри овқатланишини кўзғатиши мумкин.
- Шоколад, кулупнай, цитрус мевалари ва бошқа "қизил" меваларни мўл-кўл истеъмол қилиш боланинг овқат ҳазм қилиш тизимида бузилишларга олиб келиши мумкинлигига ишонилади. Сизнинг энг яхши вариантнингиз - камроқ консервланган овқатлар, кўпроқ табиий овқатлар истеъмол қилиш ва иложи борича очиқ ҳавога чиқиш.
- чақалоқ ҳаётининг биринчи йилида атопик дерматитнинг асосий сабаби ҳисобланади . Чақалоқларда ичакнинг ҳимоя функцияси камайди - бу ёшда овқат ҳазм қилиш ферментлари этарли эмас, ҳимоя антикорлари ҳали ҳам ишлаб чиқарилади ва ичак деворининг ўтказувчанлиги ошади.
- овқат ҳазм бўлмайдиган озиқ-овқат таркибий қисмлари, биринчи навбатда , оқсиллар қон оқимида осонгина сўрилишига олиб келади . Молекулаларнинг катта бўлаклари аниқ антиген хусусиятларга эга ва алергик реакциялар занжирини кўзғатади. Биринчи ҳафталарда педиатрлар онага "шубҳали" овқатлар, жумладан, қизил мевалар, помидор, цитрус мевалар, шоколад, балик, ёнғоқлар, асал ва бошқа алергенларни истеъмол қилмасликни тавсия қилади.

Барча мумкин бўлган алергенларни йўқ қилиб, боланинг терисини даволагандан сўнг, озиқ-овқатларни рационга аста-секин қўшиш ва алергия айнан нимадан келиб чиққанлигини кўриб чиқиш тавсия этилади. Бу овқатдан сўнг дарҳол пайдо бўлиши мумкин, ёки, эҳтимол, бир неча кундан кейин - ҳазм бўлмайдиган қолдиқлар боланинг танасида реакцияга сабаб бўлиши учун этарли ҳажмда тўпланганда.

- Атопик дерматитга мойил бўлган болаларни эмизиш жуда муҳимдир.
- Агар бирон сабабга кўра эмизиш имкони бўлмаса, унда сиз қийинроқ бўласиз. Бундай ҳолатда шифокорлар одатда гипоалергенлик чақалоқ овқатларини тавсия қиладилар.
- атопик дерматитли болаларга , аксинча, 6 ойдан олдин қўшимча овқатларни киритиш тавсия этилади ва биринчи ҳолатда бўлгани каби, парҳезга риоя қилиш тавсия этилади.

- Қўшимча озиқ-овқатлар донли экинлардан бошлаш учун таклиф этилади - терсиҳен гречка, маккажўхори ёки сувда пиширилган гуруч билан . Агар бола, айтайлик, гречка бўтқасини истеъмол қилса, у бошқаларга бериши шарт эмас. Боланинг танаси аста-секин янги овқатга ўргансин.
- 2-3 ҳафта ўтгач, порридгега реактсия бўлмаса, гўшти болалар овқатлари қўшилади - курка ёки қуён. Шунга қарамай, агар бола курка истеъмол қилса, унда унинг диетасига ҳали бошқа ҳеч нарса киритилмаслиги керак.
- Яна 2 - 3 ҳафта ўтгач, сабзавот ёки мева пюреси қўшилади - қовоқ, гулқарам ва брокколи. Шарбатлар охириги дақиқада киритилади. Моно-диетани камида 6 ой давомида кузатиш тавсия этилади. Ва агар касаллик белгилари йўқолган бўлса, унда сиз эҳтиёткорлик билан янги маҳсулотларни киритишингиз мумкин, лекин айна пайтда боланинг яна касал бўлиш хавфи борлигини унутманг.
Аллергистлар, шунингдек, овқат ҳазм қилиш трактининг ҳолатини аниқлаш учун атопик дерматитнинг дастлабки белгиларида нажас тестини ўтказишни тавсия қиладилар ва бола тузалганидан кейин тестларни такрорланг ва вақт ўтиши билан касалликнинг ривожланишини кузатинг. Нейродерматит белгиларининг йўқолиши учун асос терини тўғри парвариш қилишдир.
- Терини кунига 1 - 2 марта шифокор сизга маслаҳат берадиган махсус восита билан ювиш керак. Касалликнинг кучайиши билан дафна барглари билан илиқ (37°C) ванналар яхши ёрдам беради (6-8 барг бир стакан қайноқ сув билан пиширилади, уни ярим соат давомида пишириб, сув ҳаммомига қуйинг). Аломатларнинг камайиши ва йўқолиши билан денгиз тузи билан ванналар тавсия этилади.
- Ювиб бўлгандан кейин чақалоқни тоза қайнатилган ёки минерал сув билан ювиб ташланг ва уни артмасдан, терига шифокор томонидан белгиланган кремни қўлланг.
- Кейин танадаги қолган сувни юмшоқ сочиқ билан артишингиз мумкин.

Болаларда атопик дерматитнинг таснифи

Чақалоқнинг ҳаётининг 3-4 ойлигида ёноқларда, оёқ ва қўлларнинг кенгайтмаларида, думба ва торсода локализатсия қилинади. "Чақалоқ экземаси" ҳосил бўлади: биринчи навбатда эритема пайдо бўлади, унга қарши кичик пуфакчалар пайдо бўлади, кейин микровесикуллар очилиб, экссудат ҳосил қилади, бу эса пустулалар, тарозилар ва кучли қичишиш пайдо бўлишига олиб келади; Яллиғланиш жараёнининг табиати ва локализатсияси ўзгариши билан фарқланади. Тошмалар тўпиқ ва билак бўғимлари соҳасида, поплитеал чуқурликда, тирсак бурмаларида жойлашган. Эксудатив лезёнлар камроқ аниқланади, микровесикюлятсия йўқолади , ликеноид папула ўчоқлари пайдо бўлиб, папулар инфилтратсия сегментларини ҳосил қилади. Дөкүнтүнүн пайдо бўлиши қичишиш билан бирга келади, бу эса чизишга олиб келади; Магистрал, бўйин ва юзнинг юқори учдан бир қисмида патологик ўчоқлар ҳосил бўлади. Конжестиф эритема билан биргаликда папулар инфилтратсия туридаги ўзгаришлар

устунлик қилади, кучли қичишиш, уйқусизлик ва невротик оғишлар кузатилади.

Атопик дерматитнинг 3 шакли мавжуд:

1. маҳаллийлаштирилган
2. тарқоқ;
3. кенг тарқалган.

Умумий жараён билан у магистралга, сонларга, пастки оёқларга, элкаларга, билакларга ўтади.

Маҳаллийлаштирилган билан - поплитеал ва тирсак бурмаларида, бўйин, оёқ ва қўлларнинг орқа қисмида жойлашган.

Диффуз шакл билан терининг кўп қисми таъсирланади, назолабиал учбурчак ва палмалар бундан мустасно. Болалар чидаб бўлмас қичишиш, титроқ, терининг оғриғидан шикоят қиладилар.

Болалардаги атопик дерматитнинг оғирлиги

Энгил -Тери лезёнлари майдони 5% ни ташкил қилади, энгил аломатлар (ягона папулар, энгил қичишиш, энгил қизариш), йилига бир неча марта кучайиши.

Ўрта -Таъсир қилинган ҳудуд 5-50%, ўртача қичишиш, уйқу бузилиши, терининг яллиғланиши, йилига 4-5 марта кучайиши.

Оғир- Тери юзасининг мағлубияти 50% дан ортиқ бўлиб, эрозия, ёриқлар, чизишларга олиб келадиган оғир қичишиш, кучли гиперемия ва экссудатсия билан бирга келади. Узлуксиз релапсли клиника одатий ҳисобланади.

2.1.Болаларда атопик дерматитнинг клиникаси.

Атопик дерматит ўсмирлик даврига қадар ремиссия ва кучайиши билан давом этади, жуда камдан-кам ҳолларда (2-3%) касаллик узокроқ давом этиши ва бактериал, кўзқорин ва вирусли инфекцияларнинг ривожланиши билан яқунланиши мумкин.

Атопик дерматитнинг клиник кўринишлари жуда хилма-хил бўлиб, асосан касалликнинг намоён бўладиган ёшига боғлиқ. Гўдаклик давридан бошлаб атопик дерматит, кўпинча турли муддатдаги ремиссиялар билан, балоғат ёшига қадар давом этиши мумкин, баъзан эса ҳаётнинг охиригача ўтмайди. Касаллик кўпинча мавсумий равишда содир бўладиган ҳужумларда ривожланади, ёзда кўринишларнинг яхшиланиши ёки йўқолиши. Оғир ҳолатларда атопик дерматит ремиссиясиз давом этади, баъзида эритродермага ўхшаш расми беради. Атопик дерматит пайтида, турли ёш даврларида клиник белгиларга қараб, шартли равишда касалликнинг уч босқичини - чақалоқ, бола ва катталарни ажратиш мумкин. Фазалар тирнаш хусусияти берувчи реактсияларнинг ўзига хослиги билан тавсифланади ва клиник кўринишларнинг локализатсиясининг ўзгариши ва ўткир яллиғланиш белгиларининг аста-секин заифлашиши билан ажралиб туради. 30-40 ёшда беморларнинг кўпчилиги ўз-ўзидан тузалиб кетади.

Кейинчалик атопик дерматит белгилари мавжудлиги касалликнинг тери ленфомасига айланишидан шубҳаланади. Атопик дерматитнинг асосий

клиник

белгилари:

- терининг қичиши;
- тошмаларнинг типик морфологияси ва жойлашиши: гўдаклик ва болалик даврида ўчоқли эритематоз-скуамоз тошмалар кўпроқ кузатилади, уларда эксудатга мойиллик (весикулатсия, йиғлаш) кузатилади. Юз, думба, оёқ-қўлларнинг териси; катталар босқичида оёқ-қўлларнинг флексор юзаларида, бўйин қисмида ликенификатсия ривожланиши билан қичийдиган эритематоз-лихеноид тошмалар устунлик қилади (тери қалинлашади, тегиниш учун кўпол бўлади, тери нақшлари аниқланади); жараённинг зўравонлик даражаси ва тарқалиш даражаси ҳар хил бўлиши мумкин – эритродермия тури бўйича терининг чекланган (периорал) дан кенг касалланишига қадар;
- сурункали қайталанишга мойиллик
- атопик касалликнинг шахсий ёки оилавий тарихи;
- оқ дермографизм

2.2.БОЛАЛАРДА АТОПИК ДЕРМАТИТ ЗАМОНАВИЙ ТАШХИСЛАШ

Атопик дерматитнинг ўзига хос диагностик белгилари йўқ, шунинг учун диагностика чоралари асосан клиник белгиларга асосланади. Боладаги атопик дерматитнинг диагностикаси шифокорлар - педиатрик дерматолог ва аллергист-иммунолог томонидан амалга оширилади.

Текширув давомида мутахассислар боланинг умумий ҳолатини баҳолайдилар; терининг ҳолати (намлик даражаси, куруқлик, тургор, дермографизм); тошмаларнинг морфологияси, табиати ва локализатсияси; тери лезёнлари майдони, намоён бўлишнинг оғирлиги.

Атопик дерматит учун диагностика алгоритми мажбурий ва қўшимча шартларни ўз ичига олади.

Атопик дерматитни ташхислаш усуллари:

- терининг қичиши, тошмаларнинг характерли локализатсияси ва морфологияси;
- атопияга генетик мойиллик , атопия тарихи ;
- релапслар билан сурункали клиник курс;
- оёқ ва қўлларнинг, юзнинг экстансор юзаларида жойлашган экзематоз тошмалар.

Атопик дерматитни ташхислашнинг қўшимча усуллари:

- аллергенлар билан ўзаро таъсир қилишда дарҳол реактсия;
- куруқ тери, нипел экземаси, эритродермия;
- гўдаклик давридаги касалликнинг демарши;
- такрорий конъюнктивит, палма ичтҳёсис;
- хужайрали иммунитетнинг бузилиши фонида юқумли келиб чиқадиган тери лезёнларига мойиллик;
- кулоқ орқасидаги ёриқлар, терининг тозаланиши;
- қон зардобиди иганинг юқори даражаси.

атопик дерматит ташхиси тасдиқланади.

Соддалаштирилган диагностика алгоритми ҳам самарали "ишлайди": қичишиш, эрта болалик даврида касалликнинг "бошланиши", сурункали курс, экзематоз лезёнлар, атопия .

Текширув анамнезни таҳлил қилишни, яллиғланиш жараёнининг оғирлигини ва тарқалишини баҳолашни ва сабабчи аллергенларни аниқлаш учун аллергологик тестларни ўз ичига олади.

Кичкинтойларда сезиларли аллергенлар: товуқ тухуми, сигир сути оксиллари, дон маҳсулотлари, соя оксиллари, балиқ, апелсин ва қизил мевалар, сабзавотлар. Озиқ-овқат аллергиясининг этакчи роли боланинг ўсиши билан камаяди, инҳаласён аллергенлари - гулчанглар ва уй чанглари биринчи ўринда туради.

Махсус тадқиқот усуллари:

1. замбуруғ ва бактериал сезувчанлик диагностикаси;
2. ИгаЕ даражасини аниқлаш;
3. тери тестларини ўрнатиш;
4. ер-хотин платсебо-назорат тести, унинг давомида болада касалликнинг кучайишининг намоён бўлиши қайд этилади.

Агар атопик дерматитга шубҳа бўлса, дифференсиал ташхис қўйиш мажбурийдир, чунки ҳатто эҳтиёткорлик билан ишлаб чиқилган мезонлар ҳам 100% ҳолларда касалликни аниқлашга имкон бермайди.

Алгоритм: қўтир, пушти ликен, микробиал экзема, иммунитет танқислиги касалликлари, контакт дерматит, себореик дерматит, Т-ҳужайрали тери лимфомаси (ўсмирларда).

Болаларда атопик дерматитни даволаш

атопик дерматитни даволаш мураккаб бўлиши керак, аллергик яллиғланишнинг барча асосий таркибий қисмларига таъсир қилиши, терининг морфологик нуқсонларини текислаш ва унинг функцияларини тиклашга ҳисса қўшиши керак.

2.3. БОЛАЛАРДА АТОПИК ДЕРМАТИТНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

1. Касалликнинг кучайишини қўзғатувчи омилларни бартараф этиш.

Атопик дерматитнинг намоён бўлиши ва қўзғатувчи аллерген ўртасидаги муносабатни ўрнатгандан сўнг, уни тўлиқ чиқариб ташлаш кўрсатилади. Йўқ қилиш боланинг калориялар, углеводлар, ёғлар, оксилларга бўлган эҳтиёжларини кондириши керак, бу чақалоқлар учун устувор аҳамиятга эга. Йўқ қилиш диетаси гистамин ва озиқ-овқат қўшимчаларини (бўёқлар, антиоксидантлар, консервантлар) ўз ичига олган озиқ-овқатларни рад этишни ўз ичига олади. Иложи бўлса, болани кир ювиш кукуни, кимёвий моддалар, ҳайвонларнинг сочлари, уй ўсимликларининг гулчанглари билан алоқа қилишдан қутқариш керак. Оилада дўстона муҳит ҳукм суриши керак, психо-эмоционал стресс бўлмаслиги керак.

2. Маҳаллий (ташқи) фармакотерапия. У касалликнинг тери яллиғланиш белгиларини (шиш, қуруқлик, йиғлаш, инфилтратсия, пелинг) бартараф этиш ва иккиламчи инфекция белгиларини тўхтатиш учун мўлжалланган. Тери ҳолатини яхшилаш фонида ёниш, қичишиш тўхтади, уйку ва туяди нормаллашади. Семптомларнинг интенсивлигига ва терининг морфологик деформатсиясининг табиатига қараб тўғри дори танлаш муҳимдир. Қичишиш ва яллиғланишни бартараф этиш стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар (Нафталан, Ичтхёл, элидел) ва топикал глюкокортикостероидлар

(Афлодерм, Адвантан) билан амалга оширилади. Ташқи терапиядаги иккинчи ажралмас бўғин - бу немлендириси ва озиқлантирувчи воситалар (Хемоз , Атодерм кремлари , Сетафил лосон) ёрдамида терининг тўсик хусусиятларини тиклаш .

3. Тизимли терапия. Агар йўқ қилиш диетаси ва ташқи терапия керакли таъсир кўрсатмаса ёки вирусли ёки бактериал асоратлар кўшилса ишлатилади :

- **антигистаминлар** (Супрастин). Қичишишни бартараф этиш, антиколинержик ва седатив таъсир яратиш, терининг гиперактивлигини камайтириш;
- **тизимли глюкокортикостероидлар**. Қайталанишнинг олдини олиш , атопик дерматитнинг кучайишини тўхтатиш ;
- **мембранани барқарорлаштирувчи воситалар** (Налкром, Кетотифен). Яллиғланиш синтезини инхибе қилишга қодир, ошқозон-ичак трактининг шикастланиши мавжуд бўлганда буюрилади;
- **омега-3 ёг ўкислоталарини ўз ичига олган дорилар** (Полен, эконол). Уяли материалнинг юқори сезувчанлигини камайтиринг, иммунитет тизимини рағбатлантиринг. Терининг мунтазам иккиламчи инфексияси учун кўрсатилади;
- **иммуномодуляторлар**. Улар патогенезнинг барча элементларига таъсир қилади, улар даволаш курси тугагандан сўнг узок муддатли профилактик таъсир билан ажралиб туради.

Атопик дерматитда юқумли асоратларни даволаш

атопик дерматитнинг клиник кўринишини мураккаблаштиради ва касалликнинг секин ва узок давом этишига ёрдам беради. Микрофлоранинг толерантлигини аниқлаш имкони бўлмаса, кенг спектрли антибиотиклар буюрилади. Стапхилококк ауреус учун танланган дори Оксатсиллин ҳисобланади. Стрептококк инфексиялари учун эритромицин кўрсатилади , кандидоз учун - Лимафусин .

Атопик дерматитнинг прогнози одатда яхши. Ёши билан эпизодларнинг давомийлиги, жиддийлиги ва частотаси камроқ аниқланади. Атопик дерматит белгилари 3-7 йил давомида йўқ бўлса, клиник тикланиш ташхис қилинади.

Болаларда атопик дерматитнинг олдини олиш

Профилактик чоралар, албатта, ҳар томонлама бўлиши ва ҳомиланинг интраутерин ривожланиши даврида бошланиши керак. Ҳомиладор аёл потенсиал аллергия овқатларни кундалик ратсионидан чиқариб ташлаши ва дори воситаларидан фойдаланишни минималлаштириши керак. Атопик дерматитнинг ривожланиши эрта босқичларда инфексиялар, гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш, ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида токсикоз ва диетани кўпол равишда бузиш билан кўзгатилиши мумкин. Ҳаётнинг биринчи ойларида чақалоқнинг терининг ҳолатини кузатиш ва кўшимча овқатларни киритиш бўйича барча педиатрнинг тавсияларига амал қилиш керак.

Хавотир берувчи аломатларнинг пайдо бўлиши дарҳол аллургистга муружат қилиш ва болани тўлиқ текшириш учун сабаб бўлиши керак. қайталаниш ҳолатларида унинг намоён бўлишини энгиллаштириш учун амалга оширилади . Мавжуд сурункали патологияларни ўз вақтида даволаш, атопик дерматитни келтириб чиқарадиган омилларнинг таъсирини истисно қилиш, махсус парҳезга риоя қилиш ва мумкин бўлган асоратлар даврида шифокор томонидан буюрилган десенсибилизатсия қилувчи дориларни (Кетотифен) қабул қилиш керак.

Мажбурий мезонлар:

- маълум морфология ва локализатсия: катталарда - ликенификатсия ва тирнаш хусусияти.

- сурункали қайталанувчи босқичи

- қичишиш

- атопия тарихи ёки атопия билан оғриган ирсият.

Қўшимча мезонлар:

- ксерозис

- ихтиоз/соч liken (кератоз пиларис) / хурмо устидаги нақшни мустаҳкамлаш;

- конъюнктивит

- Дениер-Морган бурмалари

- кератоконус;

- терлашнинг кучайиши билан қичишишнинг пайдо бўлиши

- тери реактивлигининг биринчи тури (кечиктирилган турдаги юқори сезувчанлик реактсияси)

- олдинги субкапсуляр катаракта;

- юзнинг рангпарлиги ёки қизариши

- тошмаларнинг перифолликуляр локализатсияси;

- бўйиннинг олд қисмидаги бурмалар

- ИгаЕ кўтарилган;

- касалликнинг эрта ёшда бошланиши;

- терининг тез-тез инфекцион лезёнлари

- қўл ва оёқ терисида дерматит

- экзема ва кўкрак учлари;

- оқдермографизм

Европа мамлакатларида “ Атопик дерматит” ташхисини стандартлаштириш учун ССОРАД тизими (скорлаш)нинг атопик дерматит - атопик дерматит шкаласи), у танага зарар етказиш соҳаси, клиник кўринишларнинг

интенсивлиги, шунингдек, субъектив аломатлар - қичишиш ва уйқусизлик каби кўрсаткичларни бирлаштиради. Эритема, шиш ва папуляр элементларнинг интенсивлигини (0 дан 3 баллгача) кўрсатадиган маълумотнома фотосуратлари атласи тузилди, йиғлаш, қобиқ, эскориатсия, ликенификатсия ва терининг қуруқлиги. Атопик дерматит ташхисини лаборатория тасдиқлаши ўзига хос эмас, лекин биринчи навбатда сарум ИгаЕ даражасини аниқлаш ва қондаги эозинофиллар сонини ўрганишни ўз ичига олиши мумкин. Шунини таъкидлаш керакки, атопик дерматит билан оғриган беморларда ИгаЕ нинг юқори миқдори ремиссия даврида сақланиб қолади. Даволаш тамойиллари:

хипоалерген парҳез (ўткир, ўта шўр, қизариб пишган ва дудланган овқатлар, экзоген мевалар, ширинликлар, газланган ичимликлар ва бошқалар бундан мустасно); ратсионал режимга риоя қилиш;

- овқат ҳазм қилиш трактининг дисфунктсияларини тузатиш (фермент терапияси, дисбактериозни йўқ қилиш ва бошқалар);

-сурункали инфектсия ўчоқларини санитария қилиш;

-антигистаминларни, психотроп ва седативларни буюриш (биргаликдаги психосоматик касалликларнинг оғирлиги ва мураккаблигига қараб).

Оғир ҳолатларда тизимли кортикостероидларнинг қисқа муддатли курсларини қўллаш мумкин (масалан, бетаметазон - ҳафтада 1 мартадан кўп бўлмаган 1-2 мл) ва сорбсион -детоксификатсион терапия.

Атопик дерматитнинг оғир, торпид шакллари даволаш учун циклоспорин А кунига 3-5 мг / кг дозада қўлланилади . Пёдерма билан атопик дерматитнинг асоратлари билан антибиотиклар буюрилади. Юмшатувчи ва совутувчи кремлар, кератопластик малҳамлар (ичтхёл, нафталан , тар ва бошқалар билан) ташқаридан буюрилади. Топикал кортикостероид препаратлари ("Локоид", "Адвантан", "Афлодерм", "Елоком", "Селестодерм Б", "Гарамитсинли Селестодерм Б", "Тридерм" ва бошқалар) энг муҳими, улардан бирини оқилонга танлаш ёки бошқа доривор шакллар (малҳамлар, кремлар, лосонлар, эмулсиялар ва бошқалар).

Физиотерапевтик даволаш қўлланилади:

УВ-А ва Б нурланиши, рефлексотерапия, гипербарик оксигенатсия, магнетотерапия ва бошқа протседуралар;

Санатор - ва климатотерапия қуруқ денгиз иқлимида самарали.

Касаллик профилактика.

Атопик дерматит антенатал ва туғруқдан кейинги профилактикадан иборат:

- антенатал профилактика аллерголог, гинекология бўлими шифокорлари ва болалар поликлиникаси билан биргаликда амалга оширилади: хомиладор аёлларнинг токсикози кўринишидаги юқори антигаеник юкларни тузатиш,

хомиладор аёлнинг массив дори терапияси. , касбий аллергияларга таъсир қилиш, бир томонлама углеводли овқатланиш, мажбурий озиқ-овқат аллергияларини суиистеъмол қилиш ва бошқалар;

- постнатал профилактика: иложи бўлса, ига синтезини рағбатлантиришга олиб келадиган таъсирлардан қочинг, яъни ортикча дори терапияси, эрта сунъий озиқлантириш; боланинг ва эмизикли онанинг қаттиқ dietаси зарур; янги туғилган чақалоқнинг терисини тўғри парвариш қилиш, шунингдек, ошқозон-ичак тракти фаолиятини нормаллаштириш.

Иккиламчи профилактика аниқланган бирга келадиган касалликларни, шунингдек, касалликнинг этакчи патогенетик механизмлари ва қўзғатувчи омилларини тузатиш, профилактик элиминатсия-гипоаллерген диетага риоя қилиш ва бошқалардан иборат. Атопик дерматитнинг босқичма-босқич релапсга қарши терапияси билан санаторий даволаш, ижтимоий мослашиш тавсия этилади; катта аҳамият касбий жиҳатлари, психотерапия ва авто-тренинг; бемор ёки унинг ота-онаси ва даволовчи шифокор ўртасидаги ҳамкорлик муҳим рол ўйнайди (касалликнинг табиати, алевленмелерин олдини олиш зарурати ва бошқалар ҳақида маълумот берувчи махсус ўқув дастурлари ёки тренинглар). Болаларда атипик дерматит. Афсуски, кўпинча, барча тавсиялар бажарилган тақдирда ҳам, бронхиал астма билан оғриган оналардан туғилган болаларда атопик дерматит (диатез) ривожланади. Ҳар бир аниқ ҳолатда, ҳар қандай экологик омил, озиқ-овқат агенти, профилактик эмлаш қоидаларини бузиш, антибактериал препаратлар (айниқса, пенициллин гуруҳи) билан даволаш сабаб бўлиши мумкин. Тери жараёнининг ривожланишининг сабабини излаш педиатрик алергист томонидан амалга оширилиши керак, аммо атопик дерматитни (АД) даволашда умумий йўналишлар мавжуд:

- диетотерапия (озиқ-овқат аллергияларини истисно қилиш чоралари);
- боланинг атроф-муҳитини назорат қилиш;
- тери парвариши.

Атопик дерматитли болаларда парҳез

АД билан оғриган болаларнинг олдини олиш ва комплекс даволашнинг энг муҳим қисми бўлиб , унинг мақсади озиқ-овқатнинг боланинг танасига аллергия таъсирини максимал даражада камайтириш ва овқат ҳазм қилиш тизимининг функционал ҳолатини нормаллаштириш учун шароит яратишдир. органлар.

учун ҳипоалерген парҳез қуйидаги принтсипларга асосланади:

1. Ратсиондан сабабий аҳамиятга эга бўлган аллергияларни чиқариб ташлаш (клиник ва махсус диагностика усуллари - тери ва лаборатория тестлари билан аниқланган), шунингдек экстракти, консервантлар ва бўёқларни ўз ичига олган маҳсулотларни чиқариб ташлаш.
2. Чиқарилган маҳсулотларни ёшга боғлиқ эҳтиёжлар ва боланинг овқат ҳазм қилиш органларининг функционал ҳолатининг хусусиятларига мувофиқ табиий ёки ихтисослаштирилган дори воситалари билан этарли даражада алмаштириш. "ўзига хос бўлмаган ҳипоаллерген парҳез" нинг хусусиятлари қуйида келтирилган. Озиқ-овқат тайёрлашда юмшоқ ошхона

ишлов беришни кузатиш керак. Идишлар буғда пиширилади, қайнатилади, пиширилади. Бир йиллик ҳаётдан кейин болалар учун озиқ-овқат, асосан, тупроксиз шаклда берилади. Айрим маҳсулотларни дастлабки махсус қайта ишладан фойдаланилади (тозаланган ва майда тоғралган картошка совуқ сувда 12-14 соат давомида, бошқа сабзавотлар ва ёрмаларда 1-2 соат давомида намланади, го‘шт икки марта ҳазм қилинади). Идишлар иссиқ бўлмаслиги керак.

хипоалергеник парҳездан узоқ муддатли фойдаланиш зарурати масаласи сезиларли даражада қайта кўриб чиқилмоқда. Бундай овқатланиш нотўғри овқатланиш ва боланинг жисмоний ривожланишининг бузилишига, шунингдек, оиладаги жиддий психологик муаммоларга ва боланинг ғайритабиий ижтимоий-психологик ривожланишига олиб келиши мумкин. Шунинг учун, қатъий чекловли диетани "бошланғич", яъни дастлабки босқич учун парҳез деб ҳисоблаш керак. Бундан ташқари, АД курсининг оғирлигига қараб ва индивидуал интолерансли озиқ-овқатлар спектрини аниқлаш жараёнида баъзи озиқ-овқатларнинг толерантлигини индивидуал баҳолаш орқали парҳез аста-секин кенгайтирилиши керак.

Чекланган:

- булёнлар, аччик, шўр, қовурилган овқатлар, дудланган гўшт, зираворлар, колбаса ва гастронмик маҳсулотлар (қайнатилган ва дудланган колбаса, колбаса, колбаса, жамбон), жигарбалиқ, икра, денгиз маҳсулотлари тухум, қайта ишланган пишлоқлар, музқаймоқ, маёнез, кетчуп
- сабзавотлар: турп, турп, откулоқ, исмалоқ, помидор, булғор қалампири, тузланган карам, тузланган ва тузланган бодринг
- кўзиқоринлар, ёнғоқлар
- мевалар ва резаворлар: тситрус мевалари, ёввойи қулупнай, қулупнай, малина, ўрик, шафтоли, анор, узум, денгиз шимоли, киви, ананас, қовун, тарвуз
- ўтга чидамли ёғлар ва маргарин
- газланган мевали ичимликлар, квас
- қаҳва, какао, шоколад
- асал, карамел, зефир, зефир, кекс, кеклер (хушбўй ҳидли ва бошқалар)
- сақич чайнаш

Чекланган:

- ирмик, макарон, юқори сифатли ундан тайёрланган нон
- тўлиқ сут ва сметана (агар интолеранс белгилари бўлмаса, фақат идишларда беринг), творог, мева қўшимчалари бўлган ёгуртлар
- кўзичоқ, товук
- ерта сабзавотлар (олдиндан мажбурий намлаш шарти билан рухсат этилади)
- сабзи, шолғом, лавлаги, пиёз, саримсоқ
- мевалар ва резаворлар: гилос, қора смородина, банан, кизилсик, бёғүртлен, атиргул булёни
- сариёғ`

Тавсия этилади (индивидуал толерантлик асосида):

- дон (ирмикдан ташқари)
 - ферментланган сут маҳсулотлари (кефир, биокефир, мева кўшимчаларисиз ёгуртлар ва бошқалар)
 - юмшоқ пишлоқлар
 - ёғсиз гўшт (мол гўшти, чўчка гўшти, қуён, курка, от гўшти),
 - болалар овқатлари учун ихтисослаштирилган гўшт консервалари
 - сабзавотлар: барча турдаги карам, қовоқ, қовоқ, энгил қовоқ, майданоз, арпабодиён, ёш яшил нўхат, яшил ловия
 - мевалар: яшил ва оқ олма, нок, энгил гилос ва олхўри, оқ ва қизил смородина, Бектоши узумни
 - сариёғ, тозаланган деодоризатсияланган ўсимлик ёғи (маккажўхори, кунгабоқар, зайтун ва бошқалар)
 - фруктоза
 - иккинчи навли буғдой нони ёки "Дарнитский", донли нон, шакарсиз маккажўхори ва гуруч таёқчалари ва бўлаклари
- лаззатлар ва бошқаларни ўз ичига олган маҳсулотлар (Соса-Сола, Сприте ва бошқа шунга ўхшаш ичимликлар, сақич ва бошқалар) чексиз узок муддатга чиқариб ташланиши керак.
- хипоалергеник парҳез" шартларига тўлиқ риоя қилишгача), иккинчи босқич - бу диетани физиологик босқичга босқичма-босқич кенгайтиришнинг индивидуал усуллари излаш, яъни. , боланинг ёшига мос. Ёш болалардаги тери реаксиялари ҳар доим ҳам аллергик механизмлар билан боғлиқ эмаслигини ёдда тутиш керак. Баъзи ҳолларда ошқозон-ичак трактининг ферментатив тизимларининг этуклиги муҳим аҳамиятга эга, бу боланинг ўсиши билан аста-секин камаяди ва илгари чиқариб ташланган маҳсулотларни ратсионга киритиш имконини беради.

Тери парвариши

Атопик дерматитли болаларда терини парвариш қилиш энг муҳим йўналишдир . Хатолардан бири, айниқса, қон босимининг кучайиши билан болаларни чўмилишнинг тақиқланиши. Аксинча, бу беморлар терини тозалайдиган ва намлайдиган, дори воситаларининг кириб боришини яхшилайдиган, инфексияни олдини оладиган ва болага завқ бағишлайдиган ҳар куни йигирма дақиқали ҳаммомга муҳтож. Ҳаммом учун сув иссиқ бўлмаслиги керак. Сувни хлорсизлантириш ваннадаги сувни 1-2 соат давомида чўктириш, кейин уни иситиш ёки қайноқ сув қўшиш орқали амалга оширилади.

Болаларни чўмилишда сиз оддий қоидаларга амал қилишингиз керак:

- ювиниш кийимларини ишлатманг, терини ишқаланг;
- нейтрал pH (5,5) билан юқори сифатли ювиш воситаларидан фойдаланиш тавсия этилади;
- чўмилишдан кейин терини сочиқ билан артиб олинг (қуритиб юборманг!).

АД билан оғриган боланинг терисини парвариш қилишда қуйидаги қоидаларни ҳам ҳисобга олиш керак:

- нафақат теридан кирларни, балки ҳимоя гидролипид плёнкасини ҳам олиб ташлайдиган агрессив тозалаш воситаларидан фойдаланишни истисно қиладиган гигиена воситаларини танланади;
- терини ҳаддан ташқари қаттиқ сувдан ҳимоя қилиш;
- кир ювиш учун агрессив бўлмаган детаржен компонентлари бўлган кукунларни танланади;
- ҳаддан ташқари қаттиқ мато ва жун билан терига тегмаслик;
- душ ва ҳаммом учун иссиқ сувдан фойдаланилмайди;
- пляжда, сузишдан сўнг, терини сочиқ билан яхшилаб артиб олинг, чунки сувнинг буғланиш жараёни эпидермисни қуритади;
- терини қуёш нурларининг ҳаддан ташқари таъсиридан ҳимоя қилиш;
- АДда терини парвариш қилиш учун мўлжалланган махсус маҳсулотлардан фойдаланилади.
- Эпидемиологик тадқиқотларга кўра, турли мамлакатларда атопик дерматит (АД) болаларнинг 10-28 фоизини ташкил қилади; аллергия касалликларнинг умумий тузилишида у этакчи ўринлардан бирини эгаллайди. АД муаммосининг кескинлиги нафақат унинг болалар популяциясида юқори даражада тарқалиши, балки унинг эрта бошланиши, сурункали шаклларнинг тез ривожланиши, боланинг ижтимоий мослашуви ва ногиронлигининг пасайишига олиб келади. 60-70% болаларда АД дебюти ҳаётнинг 1-йилида қайд этилади. АД бўлган болаларнинг 40-50 фоизи кейинчалик астма, пичан иситмаси ва / ёки аллергия ринитни ривожлантиради.

атопик дерматит диагностикаси, асосий замонавий усуллар

Терининг сурункали яллиғланиш касаллиги атопик дерматитдир. Патология доимий релапсларга мойил. Узоқ муддатли ремиссияга эришиш учун асосий салбий аломатларни йўқ қилиш, муаммони ўз вақтида аниқлаш керак.

Бу замонавий диагностика усуллари туфайли мумкин. Иккинчи босқич - дори терапияси ва диетани ўзгартириш. Тиббий тавсияларнинг бутун мажмуасини амалга ошириш вазиятни энгиллаштиради.

Атопик дерматитни ташхислашнинг замонавий усуллари

Ваколатли ташхис мутахассис томонидан амалга оширилиши керак. Якуний ташхис касалликнинг ривожланишининг клиник кўринишига асосланган аллергияст томонидан амалга оширилади. Қўшимча диагностика усуллари ҳам қўлланилади - кўпинча бу ига э мавжудлиги учун қон тестида.

Аллергияк тестлар, шунингдек, тананинг зўравон реактсиясига нима сабаб бўлганини аниқ тушуниш учун ҳам ўтказилиши керак.

Ташхис қўйиш жараёнида мутахассис беморнинг биллагига оз миқдорда потенсиал хавфли аллергияни қўллади. Агар реактсия ижобий бўлса, тери қизариб кета бошлайди. Баъзи ҳолларда блистер ҳосил бўлади.

Ёш болаларда атопик дерматит диагностикаси

Болаларда атопик дерматитнинг диагностикаси фақат дерматолог, аллергияст-иммунолог томонидан амалга оширилади. Аввало, мутахассислар терининг бирламчи текширувини ўтказадилар. Терининг қуруқлик даражасини, унинг намлигини аниқлаш муҳимдир.

- тошма табиати;
- маҳаллийлаштириш жойи;
- зарарланган ҳудуднинг ҳажми;
- касалликнинг намоён бўлишининг оғирлиги.

Агар шифокорга ташриф буюриш пайтида касаллик ремиссияда бўлса ва барча характерли аломатларни тўлиқ баҳолаш имкони бўлмаса, аллерген билан тери тестлари қўшимча равишда қўлланилади. Скарификатсия усули қўлланилади, прик тести - унинг натижасига кўра, аллергик реактсиялар аниқланиши мумкин.

атопик дерматитни патологиянинг бошқа шаклларида фарқлаш зарур :

- экзема;
- себореик дерматит;
- тошбақа касаллиги;
- ичтҳёз;
- пушти маҳрум.

иммунитет танқислиги касалликларини истисно қилишлари керак . Барча керакли натижаларни олгандан ва ташхис қўйгандан сўнг, даволаниш танланади.

атопик дерматитни ташхислаш фақат ветеринария клиникасида мумкин. Аввало, мутахассис батафсил анамнезни тўплайди. Бу аллергик реактсияларнинг ривожланишининг сабабини аниқлаш учун керак.

Ҳайвоннинг дастлабки текшируви ва эгаси билан суҳбатдан сўнг, шифокор аллергенни аниқроқ аниқлаши мумкин. Бунга асосланиб, касалликни даволаш учун керакли схема шакллантирилади.

Ташхисни тўғри аниқлаш учун уй ҳайвонининг эгаси аниқ билиши керак:

- бузилиш бошланганда;
- ҳайвоннинг аллергик реактсияга мойиллиги борми;
- биринчи марта терида тошмалар қайд этилганда;
- ҳайвоннинг энг яқин қариндошларининг соғлиғи ҳақида билиш ҳам мақсадга мувофиқдир;
- шунингдек, касалликнинг намоён бўлиши ва йил вақти ўртасида нақш мавжудлигини билишингиз керак.

Текширувдан сўнг мутахассис томонидан тайинланган маблағлардан фойдаланиб, уй ҳайвонини уйда даволаш керак. Ҳайвоннинг турмуш тарзини созлаш, унинг диетасини ўзгартириш керак бўлиши мумкин. Шунингдек, сиз паразитларга қарши чоралар кўришингиз, уй ҳайвонингизни ветеринарга мунтазам равишда кўрсатишингиз керак.

Атопик дерматит ҳар қандай ёшдаги одамлар ва уй ҳайвонлари учун ёқимсиз касалликдир. Касаллик жуда кўп ноқулайликларни келтириб чиқаради. Ремиссияга эришиш учун сиз керакли текширувлардан ўтишингиз, даволаниш бўйича мутахассиснинг барча тавсияларига амал қилишингиз керак.

Псорисил болалар ва катталар учун кўпчилик дерматитлар учун мутлақо табиий воситадир!

- дишидроз ва атопик дерматитдан халос бўлишга ёрдам беради ;

- Теридаги қичишиш ва доғларни бартараф этишга ёрдам беради;
- Шифокор ретсептисиз чиқарилади;
- Уйда фойдаланиш мумкин;
- 1 курсда организмни токсинлардан тозалайди;
- Гормонал малҳамлардан фарқли ўлароқ, тўплам мутлақо хавфсиздир;
- Катталар ва болалар учун жавоб беради.

Бу қичишиш, оғриқ, пеелингни энг қисқа вақт ичида, том маънода битта курсда унутишга имкон берадиган дори ва ҳатто жуда қийин вазиятларни бир неча ой ичида даволаш мумкин.

Болаларда атопик дерматитни ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари

Атопик дерматит (шунингдек, атопик экзема, нейродерматит каби номлар билан ҳам танилган) доимий релапслар билан кечадиган сурункали яллиғланишли тери касаллигидир. Турли манбаларга кўра, аҳолининг 5 дан 10% гача атопик дерматитдан азият чекади, аммо бу касаллик кўпинча болаларда ташхис қилинади. Атопик дерматит кўпинча боланинг ҳаётининг биринчи йилида бошланади, беморлар томонидан тоқат қилиш қийин, ўзини кучли қуруқлик, қизариш ва кўпинча терининг чидаб бўлмас қичиши сифатида намоён қилади. Тошма пешона ва ёноқларда, бош терисида жойлашган бўлиб, кучайиши даврида г пй д, қўллар, оёқлар ва тананинг бошқа қисмларига тарқалиши мумкин. Терини тирнаганда тошмалар йиринглаши мумкин. Атопик дерматит юқумли эмас. Касаллик жуда узок давом этиши мумкин, баъзида одамни умр бўйи таъқиб қилади

Қандай омиллар атопик дерматитга олиб келади?

атопик дерматитнинг ривожланиши бир неча омилларнинг таъсиридан келиб чиқади:

- Касалликнинг асосий сабаби **генетик мойилликдир**. Агар боланинг ота-онаси аллергик касалликларга чалинган бўлса, касалликнинг ривожланиш хавфи анча юқори. Атопик дерматит ген даражасида ўтказилмайди, аксинча, бола ҳар қандай моддалардан тирнаш хусусияти берувчи мойилликни мерос қилиб олади.
- **Атроф-муҳит - сўнгги ўн йилликда** атопик дерматит билан оғриган беморлар сонининг кескин ўсиши атроф-муҳит ҳолатининг умумий ёмонлашуви билан боғлиқ. Ҳавода жуда кўп миқдордаги зарарли моддалар мавжуд, одам улардан бирига сезгир бўлиши мумкин.
- **Озиқ-овқат аллергиялари** кўпинча бир ёшгача бўлган болаларда касалликнинг сабаби ҳисобланади. Озиқ-овқат аллергиясининг пайдо бўлиши ҳомиладорлик, лактатсия даврида, чақалокни ортиқча овқатлантиришда онанинг нотўғри овқатланишига олиб келиши мумкин. Атопик дерматит билан оғриган болалар кўпинча сугир сути, балиқ, тухум, дон маҳсулотларига нисбатан муросасизликка эга, шунинг учун экземага биринчи шубҳада аллерген овқатлар диетадан бутунлай чиқариб ташланади.
- **Аллергиянинг бошқа турлари - чанг, оқадилар ва моғорларга аллергия, ҳайвонларнинг жунлари ва ўсимликларнинг гулчанглари** атопик дерматитнинг пайдо бўлишига ёрдам беради. Касалликнинг сабаби

гелминтлар ва Гиардиа паразитларининг танасида мавжудлиги бўлиши мумкин.

- **Стресс** - асабий зўриқиш атопик дерматитга олиб келиши мумкин, чунки стресс тананинг иммунитетини заифлаштиради, унинг қулай ташқи муҳитга чидамлилигини пасайтиради.

Атопик дерматитнинг пайдо бўлишига олиб келадиган сабаблар, шунингдек, сурункали ва ўткир инфексиялар, токсик ва захарли моддаларга таъсир қилиш, гормонал узилишлар, юқори намлик ва ҳароратли иқлим, терининг узоқ вақт механик тирнаш хусусияти.

Атопик дерматитни самарали даволашни тайинлаш учун сиз аввал касалликни қўзғатган сабабни аниқлашингиз, унинг танага таъсирини йўқ қилишга ёки заифлаштиришга ҳаракат қилишингиз керак.

Атопик дерматитнинг ёшга боғлиқ шакллари

атопик дерматитнинг ёшга боғлиқ қуйидаги шакллари ажратиб кўрсатилади :

- инфантил - боланинг ҳаётининг биринчи ойларидан бошлаб ва 3 йилгача содир бўлади;
- болалар - 3 ёшдан 7 ёшгача;
- катталар.

45% ҳолларда атопик дерматит олти ойгача бўлган чақалоқларда ташхис қилинади, ҳаётнинг биринчи йилида касаллик болаларнинг 60 фоизида, беш йилдан кейин - болаларнинг 20 фоизида учрайди.

Ҳар бир ёш гуруҳи учун касалликнинг белгилари ва даволаш усуллари сезиларли даражада фарқ қилиши мумкин, сиз шифокорингиз билан маслаҳатлашингиз керак.

Шифокорлар диагностика мезонларини ўрнатдилар, уларнинг йиғиндиси атопик дерматитни ташхислаш имконини беради.

Атопик экземанинг асосий белгилари :

- Қичишиш. Агар қичима бўлмаса, унда атопик дерматит йўқ.
- Терининг ўзгариши. Уч ёшгача бўлган болаларда қизил доғлар юз, торсо, қўл ва оёқларнинг бурмаларида жойлашган. Каттароқ болалар ва ўсмирларда ликенификатсиялар пайдо бўлади - қўл ва оёқларнинг бурмаларида, бўйнида чизилган нақшли терида қалинлашувлар. Вояга этган беморларда тошмадан ташқари, қичима, зич тугунлар пайдо бўлиши мумкин.
- Касалликни даволаш қийин, алевленме даврлари, тошмаларнинг йўқолиши билан давом этади.
- Тошма билан бир вақтда беморда бронхиал астма, конъюнктивит ва аллергия ринит каби бошқа аллергия касалликлар ҳам мавжуд.
- Касалликнинг биринчи белгилари кўпинча болаликда пайдо бўлади.
- Беморнинг яқин қариндошларида ҳам атопик дерматит ёки аллергиянинг бошқа шакллари мавжуд.

Рўйхатдаги мезонларга қўшимча равишда, шифокорлар касалликни тан олишга ёрдам берадиган атопик дерматитнинг иккиламчи белгиларини аниқлайдилар.

Атопик дерматитнинг биринчи аломатларида , боланинг ёноқларида қизил тошмалар пайдо бўлганда, кўплаб ота-оналар уларни диатезнинг намоён бўлиши учун қабул қилишади ва боланинг "ўсишини" кутиб, касалликка этарлича эътибор бермайдилар.

- куруқ тери - терининг қичиши ва яллиғланишини сақлайди, шунинг учун атопик беморлар терини доимо юмшатиш ва намлаш керак;
- соч фолликулалари атрофида пеелинг ва қалинлашув;
- кафти чизик (атопик кафтлар) - кафтларда терининг кўпайиши;
- турғун оқ дермографизм - агар беморнинг териси устидан озгина ҳаракат билан юпқа юпқа нарса ўтказилса, у ҳолда босим жойида терида оқ чизик пайдо бўлади ва бир мунча вақт қолади. Атопик дерматитсиз одамда пушти чизик пайдо бўлади, у тезроқ йўқолади;
- соқчилик , яллиғланиш, куруклик, лаблардаги тери ёриқлари;
- кулоқ орқасидаги ёриқлар;
- кўзнинг шиллик қаватининг такрорий яллиғланиши (конъюнктивит);
- кўкрак беи дерматити.

Атопик дерматит диагностикаси

Атопик дерматитнинг ташхиси клиник кўринишга асосланган алергист томонидан амалга оширилади, баъзи ҳолларда шифокор қон зардобиди ига э (ИгаЕ) даражаси учун таҳлилни белгилайди . Касалликнинг кучайишига олиб келадиган алергенларни аниқлаш учун алергик тери тестлари ўтказилади. Тадқиқот давомида билақдаги беморга турли хил алергенларнинг кичик дозалари қўлланилади. Алергенни қўллаш жойида ижобий реактсия билан тери қизил рангга айланади ёки пуфак пайдо бўлади.

Атопик дерматитда алергенлар

Деярли ҳар бир озиқ-овқат маҳсулоти алерген бўлиши мумкин, озиқ-овқат алергенлари тўплами беморнинг ёшига боғлиқ. Ҳаётнинг биринчи йилидаги атопик дерматитли болаларда касалликнинг ривожланишининг энг кўп учрайдиган сабаблари сигир сути, дон, тухум, балиқ ва соя ҳисобланади. Сигир сутига нисбатан муросасизлик бир ёшгача бўлган болаларда 70-90% ҳолларда учрайди. Кўпинча сутга алергия мол гўшти алергияси билан бирга келади.

Сутсиз диетада касалликнинг ривожланишида яхшиланиш бўлмаса, дон ва тухумларга нисбатан муросасизликни истисно қилиш керак. Бундай ҳолда, барча қушларнинг тухумлари ва товук гўшти биринчи навбатда диетадан чиқарилади. Донли маҳсулотларга нисбатан муросасизлик бўлса, профилактика чораси сифатида буғдой, жавдар, жўхори, арпа донларидан воз кечиш керак.

Балиқ, ёнғоқ ва асал алерженик хусусиятларга эга. Болалар ёши улғайган сайин озиқ-овқат алергенларига сезувчанлиги пасаяди, аммо дарахт ёнғоғи, ерёнғоқ ва балиқларга алергия ҳаёт учун қолиши мумкин.

Уч ёшдан этти ёшгача бўлган болаларда уй чангига, кўзикорин ва моғорга, гулчангларга алергия кўпроқ намоён бўлади.

чанглари, чойшаблар, юмшоқ мебеллар ва гиламларда яшайдиган тўшак оқадилар катта алерженик фаолликка эга. Бола қанчалик катта бўлса, унда

шомил аллергияси, дерматит ёки бронхиал астма пайдо бўлиши мумкин. Аллергиянинг кучли манбалари - мушуклар, итлар, қуёнлар, қушлар, аквариум овқатлари. Атопик учун тез-тез нам тозалаш керак. Кўпинча атопик дерматитнинг кучайиши қўпол ёки жун матолардан тикилган кийимлардан келиб чиқади. Бундан ташқари, ювиш воситаларини ҳисобга олиш керак, уларга аллергия фақат йўқ қилиш йўли билан аниқланиши мумкин.

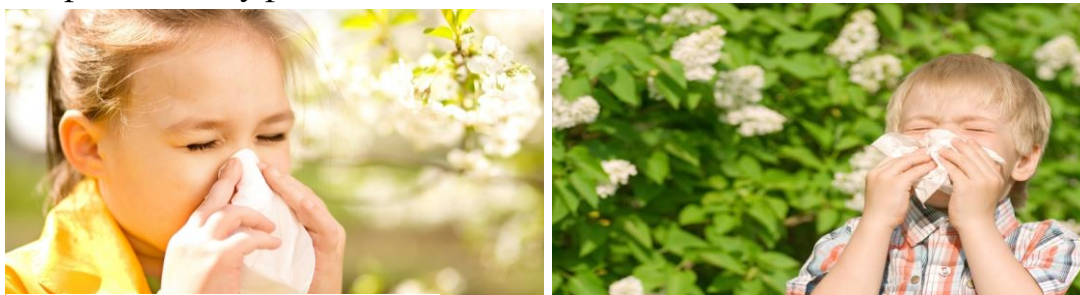
Атопик дерматитни даволаш усуллари

Атопик дерматитни даволашда терининг қичишишини энгиллаштирадиган ва дōкўнтўнўн намoён бўлишини камайтирадиган антиалергик препаратлар қўлланилади. Касалликнинг кечилишига қараб, бу антигистамин мойлари ёки ташқи фойдаланиш учун глюкокортикостероидлар бўлиши мумкин, оғиз орқали қабул қилиш антигистаминлар . Касалликни даволаш учун СИТ ҳам қўлланилади - аллергенга хос иммунотерапия: беморнинг танасига сезгир бўлган аллерген экстрактининг ортиб бораётган дозалари АОК қилинади. Даволаш натижасида организмнинг аллерген таъсирига чидамлилиги аста-секин ўсиб боради.

7.2 БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТ

Аллергик ринит (АР) - сенсibiliзация қилувчи (сабабли аҳамиятли) аллерген таъсиридан келиб чиққан бурун шиллиқ қаватининг Ига э томонидан қўзғатилган яллиғланиш касаллиги ва камида иккита симптом билан намoён бўлади – аксириш, қичишиш, ринорея ёки бурун тикилиши.

Бу касаллик наслдан наслга ўтади. Болаларда бу касаллик иммунитетнинг заифлашиши туфайли юзага келади



Этиологияси ва патогенези

Аллергенларни таснифлаш учун бир нечта ёндашувлар қўлланилади:

- танага кириш йўлида (нафас олиш, энтерал, контакт, парентерал, трансплацентар);
- атроф-муҳитда тарқалиши бўйича (аероаллергенлар, ички аллергенлар, ташқи аллергенлар, саноат ва касбий аллергенлар ва сенсibiliзаторлар);
- тоифалари бўйича (юқумли, тўкимали, юқумли бўлмаган, доривор, кимёвий);
- келиб чиқиши бўйича (дори, озиқ-овқат, ҳашаротлар ёки ҳашаротларнинг жунларидаги хидлар);
- диагностика гуруҳлари бўйича (уй, эпидермал, моғор споралари, гулчанглар, ҳашаротлар, доривор ва озиқ-овқатлар).

Аллергенларни белгилаш учун махсус халқаро номенклатура ишлаб чиқилган.

Мамлакатимизда қуйидаги диагностика гуруҳларини ажратиб турадиган тасниф кенг тарқалган -юқумли бўлмаган - маиший (турар-жой аероаллергенлари), эпидермал, гулчанглар, озиқ-овқат, ҳашаротлар, доривор аллергиялар; -юқумли - кўзқорин, бактериал аллергиялар.

Чет эл адабиётида, ички (ёпиқ) АлГ - уй чанги, тараканлар махсус ҳиди, уй ҳайвонлари, замбуруғлар ва ташқи (ташқи) АлГ - гулчанглар ва замбуруғлар келтириб чиқаради.

АРда типик аллергиялар, хусусан, уй чанги, дарахтларнинг гулчанглари, донли ўсимликлар ва бегона ўтлар, ҳайвонларнинг аллергиялари (мушуклар, итлар), шунингдек Сладоспориум, Пенисиллиум, Алтернариа моғорлари ва бошқалар киради.

Сенсибилизатсияланган организм аллергия билан қайта-қайта учрашганида аллергия реакция ривожланади, бу аллергия яллиғланиш ривожланиши, тўқималарнинг шикастланиши ва аллергия касалликларнинг клиник белгиларини пайдо бўлиши билан бирга кечади.

Аллергия касалликларнинг патогенезида -тезкор турдаги реакциялар (ИгаЕ, анафилактик, атопик) асосий (лекин ҳар доим ҳам ягона эмас) бўлади. Аллергия билан биринчи алоқада махсус оқсиллар ҳосил бўлади - ИгаЕ турли аъзоларнинг семиз ҳужайралари юзасида мустаҳкамланган махсус оқсиллардир. Бу ҳолат сенсибилизатсия деб аталади - маълум бир АлГ га сезгирликнинг ошиши ҳисобланади. Бурун шиллиқ қаватида ИгаЕ га боғлиқ яллиғланиш пайдо бўлади, бу эса белгиларнинг бошланишига олиб келади. Кўпгина ҳолларда, бир бемор бир вақтнинг ўзида турли гуруҳларга мансуб бир нечта аллергияларга сезгир бўлади.

АлГ таъсиридан кейинги биринчи дақиқаларда (аллергия реакциянинг дастлабки босқичи), семиз ҳужайралари ва базофилларнинг фаоллашиши, дегрануляция ва яллиғланиш воситачиларининг (гистамин, триптаза, простагландин Д₂, лейкотриенлар, тромботситларни фаоллаштирувчи омил) чиқарилиши содир бўлади.

Медиаторларнинг таъсири натижасида қон томирларининг ўтказувчанлиги кучаяди, шиллиқ ҳосил бўлади, силлиқ мушаклар қисқаради, аллергия касалликларнинг белгилари ўткир бошланади: кўзнинг, терининг, буруннинг қичиши, гиперемия, шиш, хапшрма, бурундан сув оқиши пайдо бўлади

АлГ таъсиридан 4-6 соат ўтгач (аллергия реакциянинг кеч босқичи) қон оқимининг ўзгариши, эндотелий ва лейкоцитларда ҳужайра ёпишиш молекулаларининг ифодаланиши, аллергия яллиғланиш ҳужайралари томонидан тўқималарнинг инфилтратсияси - базофиллар, эозинофиллар, Т-лимфотситлар, семиз ҳужайралари ишлаб чиқарилади.Натижада сурункали аллергия яллиғланиш пайдо бўлади, унинг клиник кўринишларидан бири носпесифик тўқималарнинг гиперреактивлигидир. Характерли аломатлари - буруннинг гиперреактивлиги ва обструкцияси, бурундан шиллиқ оқиши, бурун битиши, акса уриш.

Эпидемиология

АР кенг тарқалган касалликдир.

АР - белгиларининг ўртача тарқалиши 6-7 ёшли болаларда 8,5% (1,8-20,4%) ва 13-14 ёшли болаларда 14,6% (1,4-33,3%) (Интернационал Студий оф Астхма анд Аллергиес ин Чилдхуод (ИСАС)). Россия Федератсиясида АР белгиларининг частотаси 18-38% ни ташкил қилади. Ўғил болалар нисбатан кўп касал бўлишади.

АР нинг тарқалиши 5 ёшгача бўлган болаларда нисбатан камроқ, касалланишнинг кўтарилиши эрта мактаб ёшида қайд этилади.

Аллергик ринит клиникаси

Ринит белгиларининг давомийлиги ва оғирлигига қараб таснифланади.

Аллергик ринит, патогенетик жиҳатдан аҳамиятли аллергеннинг табиатига қараб, мавсумий (чанглар ёки замбуруғли аллергенларга сенсibiliзатсия) ёки йил давомида (уйдаги чанглар, эпидермал - ҳайвонларнинг жунлари ва бошқа аллергенларга сенсibiliзатсияси) бўлиши мумкин. Бироқ, мавсумий ва доимий ринит ўртасидаги фарқ ҳар доим ҳам барча ҳудудларда бир хилда юзага келмайди; Шу сабабли, ушбу терминология қайта кўриб чиқилди ва клиник белгиларининг давомийлигидан келиб чиқиб, улар қуйидагиларга ажратилди (АРИА таснифига кўра):

- интермиттирловчи (мавсумий ёки йил давомида, ўткир, бирданига кучайиши) АР (аломатлар ҳафтасига < 4 кун ёки йилига < 4 ҳафта давом этади);
- персистирловчи (мавсумий ёки йил давомида, сурункали, узок муддатли) АР (аломатлар ҳафтасига > 4 кун ёки йилига > 4 ҳафтадан ортиқ).

Ушбу ёндашув ринитнинг намоён бўлишини ва унинг боланинг ҳаёт сифатига таъсирини тавсифлаш, шунингдек, даволанишга мумкин бўлган ёндашувни аниқлаш учун фойдалидир.

АР белгиларининг яққоллик даражасига кўра қуйидагиларга бўлинади:

- АР Енгил кечиши (клиник белгиларнинг суст намоён бўлиши; уйқуси бузилмаган; жисмоний фаоллиги сақланган, спорт билан шуғулланишига, дам олиши; мактаб ёки касбий фаолиятга халақит бермайди);
- АР оғир ва оғир кечиши (азобли белгиларнинг пайдо бўлиши; уйқунинг бузилиши, жисмоний активлигини пасайиши, спорт билан шуғуллана олмаслик, нормал дам олиш каби белгиларнинг камида биттаси бузилишига олиб келадиган ўзгаришлар мавжуд бўлганда; мактаб ёки касбий фаолиятга бузилишлар кузатилганда);

Аллергик ринит булардан ташқари авж олиш ва ремиссияга ажратилади.

Ринорея - (бурундан сувли ажралма); ҳапширма - кўпинча пароксизмал, кўпинча эрталаб аксириш пароксизмалари ўз-ўзидан пайдо бўлиши мумкин

Қичишиш - камроқ - бурунда сбпб, ҳисси (баъзан танглай ва томоқнинг қичиши билан бирга келади). Буруннинг қичиши характерли аломат билан намоён бўлиши мумкин - "аллергик даракчи" (қўлингизнинг кафти пастдан юқорига қараб бурун учини доимий равишда тирнаб туриш), бунинг натижасида кўндаланг бурун бурмаси, тирналган, баъзи болаларда бурундаги

чизишлар пайдо бўлади; бурун тикилиши, характерли, оғиздан нафас олиш, бурунни сиқиш, овоз ўзгариши;

Ҳид сезишнинг сусайиши, юқори лаб ва бурун қанотлари устидаги терининг тирнаш хусусияти, шишиши, гиперемияси; бурунни мажбурий таъсирлаш ва бурунни очиш натижасида қон кетиши; томоқ оғриғи, йўтал (кўринишида биргаликда аллергия фарингит, ларингит келиб чиқади); қулоқларда оғриқ ва шитирлаш, айниқса ютиш пайтида; эшитиш қобилиятининг бузилиши (аллергия тубо-отитнинг намоён бўлиши).

Бундан ташқари, аллергия ринитнинг кучайиши ва ремиссияси ажралиб туради.

Аллергия ринитнинг ташхислаш ва даволаш усуллари

Ига Е синфидаги ўзига хос антикорларнинг титрини аниқлаш) асосида белгиланади.

(тери тестларини ўтказишнинг иложи бўлмаганда).

Бемор шикоятлари ва анамнези

Асосий шикоятлар одатда аллергия ринитнинг классик белгиларидир:

-ринорея (бурун йўлларида шаффоф, шиллиқли ажралма);

-акса уриш - кўпинча пароксизмал;

-кичишиш, камроқ - бурундаги ёниш ҳисси (баъзида танглай ва фаренкснинг кичиши билан бирга келади);

-бурун обструксияси, характерли оғиз орқали нафас олиш, бурун бурунги, , апноэ, овоз ўзгариши ва бурун ҳорлама.

Типик симптомлар қаторига "кўз остидаги аллергия соялар" ҳам киради - пастки қовоқ ва периорбитал соҳанинг қорайиши, айниқса жараённинг оғир сурункали кечишида кузатилади.

Кўшимча симптомлар орасида йўтал, хид сезишнинг пасайиши ва хиднинг этишмаслиги бўлиши мумкин; тирнаш хусусияти, шишиш, юқори лаб ва бурун қанотлари яқинида терининг гиперемияси; мажбурий бурунни очиш туфайли бурундан қон кетиш; томоқ оғриғи, йўтал (биргаликда аллергия фарингит, ларингитнинг намоён бўлиши); қулоқларда оғриқ ва ёрилиш, айниқса ютиш пайтида; эшитиш қобилиятининг бузилиши (аллергия туботитнинг намоён бўлиши).

Аллергия ринитда кузатилган умумий ўзига хос бўлмаган аломатлар орасида қуйидагиларни эътиборга олиш лозим:

- заифлик, безовталиқ, асабийлашиш;

- бош оғриғи, чарчоқ, концентратсиянинг бузилиши;

- уйқу бузилиши, тушқун кайфият;

- камдан-кам ҳолларда - иситма.

- Анамнезни йиғишда қуйидагиларни кўрсатинг: қариндошларда аллергия касалликлар мавжудлиги; симптомларнинг табиати, частотаси, давомийлиги, оғирлиги, мавсумий кўринишларнинг мавжудлиги/ йўқлиги, терапияга жавоб, беморда бошқа аллергия касалликларнинг мавжудлиги, кўзғатувчи омиллар.

Шартлар: Кўшимча симптомлар бурундан кўп миқдорда секретсия, паранасал синусларнинг дренажланишининг бузилиши ва эшитиш

(Еустачиан) найчаларининг ўтказувчанлиги ошиши туфайли ривожланади. Бурун анатомик ва функционал жihatдан кўзлар, паранасал синуслар, назофаренкс, ўрта кулоқ, ҳалқум ва пастки нафас йўллари билан боғлиқ, шунинг учун симптомлар конъюнктивит, сурункали йўтал, оғиздан нафас олиш, бурун овози ва обструктив уйқу апноеси билан ёки бўлмаган ҳоратларни ўз ичига олиши мумкин.

Биргаликда келган патологиялар ва уларнинг аломатлари
Аллергик конъюнктивит АР билан боғлиқ энг кўп учрайдиган касаллик ҳисобланади. Кўзларда кучли қичишиш, конъюнктива гиперемияси, лакриматсия ва баъзан периорбитал шиш билан тавсифланади. Юқори нафас йўллариининг сурункали аллергия яллиғланиши лимфоид тўқималарининг гипертрофиясига олиб келиши мумкин. Пичан иситмаси бўлган болаларда чанг мавсумида аденоидлар ҳажмининг сезиларли даражада ошиши кузатилади. Полисомнографияда уйқу апное синдромининг бурун тикилиши ва АР тарихи билан аниқ коррелятсияси мавжуд. Сурункали ўрта кулоқ экссудати ва эвстахийев найчасининг дисфунктсияси ҳам эшитиш қобилятини йўқотишига олиб келадиган ринит билан боғлиқ.

Атопияси бўлган болаларда аденоид лимфа тўқималарида давом этаётган аллергия яллиғланишининг патогенезида ўзига хос бўлмаган ва ўзига хос ИгаЕ нинг маҳаллий секретсияси рол ўйнаши мумкин. Атроф-муҳит аллергиялари ва стафилакокк энтеротоксин антигаенлари билан биргаликда астма, унинг пайдо бўлиши учун ҳал қилувчи хавф омилларидан бири ҳисобланади.

АР - бронхиал астманинг кучайиши ва назоратнинг камлиги сабабларидан бири бўлиб: унинг белгилари кўпинча астмани оғирлашишига сабаб бўлади. Аллергик ринит астма учун тез ёрдам хонасига ташриф буюриш хавфини сезиларли даражада оширади. Шу билан бирга, аллергия ринитда йўталнинг мавжудлиги баъзан шифокорни бронхиал астманинг нотўғри ташхислашга сабаб бўлади.

Атопик хужумнинг "қадамларидан" бири бўлган аллергия ринит кўпинча атопик дерматитга ҳамроҳ бўлади, бу баъзида аллергиянинг ушбу шаклидан олдин ёки кечроқ ва вақти-вақти билан пайдо бўлади.

Аллергик ринит, чанглар сенсibiliзатсияси туфайли озиқ-овқат аллергиялари (орал аллергия синдром) билан биргаликда авж олиб келиши мумкин. Бундай ҳолда, оғиз атрофи ва оғиз бўшлиғининг қичиши, қизиб кетиши ва шишиши каби аломатлар ўзаро таъсирига боғлиқ: кучли сезгирлик қовунни истеъмол қилгандан кейин симптомларни келтириб чиқариши мумкин; қайин гулчангларига - олма ейишдан кейин ва ҳоказо.

Физикал текширув

- Риноскопия тавсия этилади (бурун йўллари, бурун шиллиқ қавати, секретсия, турбинатлар ва септумни текшириш).

Шарҳлар: АР билан оғриган беморларда шиллиқ қават одатда рангпар, тсиянотик кулранг ва шишлари бўлади. Бурундан ажралган ажралма табиати шилимшиқ ва сувлидир.

- Сурункали ёки оғир АР да болаларда “аллергик саломлашиш” (бурун учигача қичишиш) натижасида ҳосил бўладиган бурун орқасида кўндаланг бурма борлигига эътибор бериш тавсия этилади. Сурункали бурун обструктсияси характерли "аллергик юз" шаклланишига олиб келади (кўз остидаги қора доиралар, юзнинг бош суяги ривожланишининг бузилиши, шу жумладан нотўғри окклюдён, камар танглай, тишларнинг текисланиши).

Лаборатория диагностикаси

- Сенсibiliзатсия қилувчи аллергенларни аниқлаш тавсия этилади:
- Интенсив тестлар сабабчи аҳамиятга эга аллергенларни аниқлаш мумкин.
- ИгаЕ синфининг ўзига хос антикорларини аниқлаш (сИгаЕ).

Инструментал диагностика

АР диагностикаси одатда инструментал усулларни талаб қилмайди.

- Бурун ситологияси мунтазам фойдаланиш учун тавсия этилмайди. Бу усул эозинофилларни аниқлаш учун мўлжалланган (касалликнинг кучайиши пайтида амалга оширилади). Унинг амалий қўлланилиши чекланган, чунки бурун секретсиясида эозинофилларнинг пайдо бўлиши бошқа касалликларда ҳам мумкин (БА, бурун полиплари астма билан ёки астмасиз, эозинофил синдромли аллергик бўлмаган ринит).
- Мунтазам фойдаланиш учун қонда эозинофиллар ва умумий ИгаЕни аниқлаш тавсия этилмайди, чунки бу усуллар паст диагностик аҳамиятга эга.

Дифференциал диагностика

АРнинг дифференциал диагностикаси аллергик бўлмаган ринитнинг куйидаги шакллари билан амалга оширилади:

- Вазомотор (идиопатик) ринит катта ёшдаги болаларда учрайди. Бурун тикилиши билан характерланади, ҳарорат ўзгариши, ҳаво намлиги ва кучли хидлар, доимий ринорея, ҳапсирма, бош оғриғи, аносмия, синусит билан кучаяди. Текширув давомида сенсibiliзатсия аниқланмайди, аллергик касалликлар учун ирсият юкланмайди. Риноскопия шиллиқ қаватининг гиперемияси ва / ёки эбрусини, ёпишқоқ сирни аниқлайди.
- Дори-индуктсияли ринит (шу жумладан, деконжестанларни узоқ муддат қўллаш натижасида келиб чиққан дори-дармонли ринит. Доимий бурун обструктсияси қайд этилган, риноскопия билан шиллиқ қават ёрқин қизил ранга эга. Интраназал глюкокортикостероидлар билан терапияга ижобий жавоб бериш характерлидир, бу муваффақиятли даволаниш учун зарурдир. ушбу касалликка олиб келадиган дори-дармонларни бекор қилиш).
- эозинофил синдроми билан аллергик бўлмаган ринит оғир бурун эозинофилияси (80-90% гача), сенсibiliзатсия этишмаслиги ва аллергик тарих билан тавсифланади;

баъзида стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дориларга нисбатан муросасизликнинг биринчи кўринишига айланади. Симптомлар орасида ҳапсирма ва қичишиш, бурун полипларини шакллантириш тенденцияси, антигистамин терапиясига адекват жавоб йўқлиги ва интраназал глюкокортикостероидлар билан яхши таъсир кўрсатади.

Сурункали риносинусит ва полипозни истисно қилиш учун параназал синусларнинг компьютер томографияси тавсия этилади. Буруннинг нафас

олишига тўсқинлик қилиш (бурун тикилиши, бурун обструктсияси) шиллик қават патологияси ва/ёки анатомик анормалликларнинг натижаси бўлиши мумкин (кўпинча - бурун эгрилиги, камроқ тез-тез - лаб ёриғи билан бурун вестибуласи стенози, хоанал атрезия ёки стеноз). Буруннинг нафас олишига тўсқинлик қиладиган бурун полиплари муковистсидозни ва/ёки бирламчи силиер дискинезияни ёки бир томонлама полип бўлса, энсефалоселни истисно қилиш учун асосдир. Камдан кам ҳолларда буруннинг обструктсияси малиганите туфайли бўлиши мумкин.

-Полипларни кўриш ва бурун билан нафас олишда қийинчилик туғдирадиган бошқа сабабларни (бегона жисмнинг мавжудлиги, бурун септумининг оғиши ва бошқалар) истисно қилиш учун назофаренкнинг эндоскопияси тавсия этилади. Бурундан оқинди ранги яллиғланишнинг табиатини баҳолашга имкон берадиган муҳим диагностик мезондир. Шаффоф оқинди вирусли этиологияли ринитнинг дастлабки босқичларида, АР ва камдан-кам ҳолларда мия омурилик суюқлигининг оқиши билан кузатилади. Болалардаги синусит ҳар доим бурун бўшлиғининг яллиғланиши билан боғлиқ; шундай қилиб, "риносинусит" атамаси афзалдир. Узоқ муддатли, сурункали оғир риносинусит, шунингдек, бирламчи силиер дискинезия, кист фибрози ва иммунитет тизимининг гуморал ва/оки ҳужайрали компонентининг дисфунктсияси билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бир томонлама рангли оқинди бўлган болалар бегона жисмнинг мавжудлиги учун текширилиши керак.

- Бирламчи силияр дискинезияни истисно қилиш учун бурун шиллик қаватининг клиренси ва НО контсентратсиясини аниқлаш тавсия этилади.
- Бронхиал астмани истисно қилиш учун нафас олиш функтсияси параметрларини аниқлаш ва бронхиал обструктсиянинг қайтарилишини бронходилататор билан текшириш тавсия этилади. Шубҳали ҳолатларда жисмоний фаоллик билан тест ўтказилади.

Шарҳлар: АР - бу мактабгача ёшдаги болаларда кенг оғиз орқали нафас олиш, ҳорлама ва бурун оқиши билан бурун тикилишининг кенг тарқалган сабабидир. Бироқ, аденоид ўсимликлари ҳам шунга ўхшаш белгилар билан тавсифланган жуда кенг тарқалган патология .

- ЛОР шифокори билан маслаҳатлашиш тавсия этилади.

Шарҳлар: олдинги риноскопиядан кейин эшитиш қобилятини йўқотиш белгилари билан отоскопия, тимпанометрия, агар керак бўлса, сурдолог билан маслаҳатлашинг.

Ҳиднинг бузилиши риносинуситнинг типик аломатидир; оғир риносинусит ва бурун полиплари бўлган болаларда хипосмия ёки аносмия бўлиши мумкин, кўпинча сезиларли субъектив белгиларсиз. Бурун қон кетиши АР билан ёки Кисселбач зонасида жойлашган томирларда қоннинг турғунлиги билан мумкин. Ҳаддан ташқари бурун қон кетиши эндоскопик текширувда кўрсатилади, назофаренгеал ангиофиброма ва коагулопатияни истисно қилиш керак.

Йўтал ринитнинг муҳим белгиси бўлиб, шиллик томоқнинг орқа қисмидан пастга тушиши ва бурун бўшлиғи, ҳалқум ва фаренксдаги йўтал ретсепторларининг тирнаш хусусияти туфайли юзага келади. Агар АРнинг

бошқа кўринишлари қайд этилмаса ва терапиянинг таъсири бўлмаса, юқори нафас йўллариининг такрорий инфекциялари, кўк йўтал, бегона жисм ва аспиратсион бронхоектаз, сил касаллиги билан дифферентсиал ташхис кўйиш керак. Бронхиал обструктсиянинг бошқа белгилари бўлмаса, болада бронхиал астма бўлиши мумкин. Этиологияси кўпинча вирусли ёки бактериал, жуда камдан-кам ҳолларда кўзиқорин. Ўткир респираторли вирусли инфекция фонида бурун белгилари 2-3-кунларда устунлик қилади ва 5-кунга келиб йўқолади. Ёш болаларда йилига ўртача 8 тагача юқори нафас йўллариининг инфекциялари, мактаб ёшида 4 тагача бўлиши мумкин.

Даволаш

Терапиянинг асосий мақсади касаллик устидан назоратга эришишдир.

Терапевтик тадбирлар комплекси қуйидагиларни ўз ичига олади:

о патогенетик жиҳатдан аҳамиятли алерженлерле алоқани чеклаш ;

о дори терапияси;

о аллергенга хос иммунотерапия;

о тренинг.

Консерватив даво

- Аллергенлар билан алоқани чеклаш (елиминатсия схемаси) тавсия этилади.
 - Полен каби ташқи аллергенларга таъсир қилишдан бутунлай қочиш мумкин эмас. Аммо кўзғатувчи аллерген билан алоқани қисман истисно қилиш ҳам АР белгиларини энгиллаштиради, касалликнинг фаоллигини ва фармакотерапияга бўлган эҳтиёжни камайтиради. Бироқ, барча йўқ қилиш чоралари шахсийлаштирилган, тежамкор ва самарали бўлиши керак, фақат тўлиқ дастлабки аллергологик текширув (шу жумладан клиник аҳамиятини баҳолаш учун анамнез, тери тести ва/ёки сИгаЕ титрини аниқлаш). Ёпиқ аллергенлар (чанг оқадилар, уй ҳайвонлари, ҳамамбўсеклер ва моғорлар) асосий кўзғатувчилар ҳисобланади ва махсус аралашувлар учун мўлжалланган. Аллергенларни тўлиқ йўқ қилиш одатда мумкин эмас ва баъзи аралашувлар сезиларли харажатлар ва ноқулайликларни ўз ичига олади, кўпинча фақат чекланган самарадорлик билан. Ташқи аллергенларни бошқариш янада қийинроқ, фақат тавсия этилган ёндашув маълум вақт давомида уйда қолиш бўлиши мумкин (полен сезгирлиги учун).
 - полен аллергенлари. Баҳорда симптомларнинг мавсумийлиги дарахтларнинг чангланиши (қайин, алдер, финдиқ, эман), ёзнинг биринчи ярмида - бошоқли ўсимликлар (кирпи, Тимоги, жавдар), ёз ва кузнинг охирида - бегона ўтлар (шувоқ) билан боғлиқ. , чинор, рагвеед). Гуллаш даврида аллергенларни йўқ қилиш учун хонада ва машинада дераза ва эшикларни ёпиқ ҳолда сақлаш, ички кондиционер тизимларидан фойдаланиш, 17 чегараси тавсия этилади.
 - очиқ ҳавода ўтказган вақт. Юришдан кейин танадан ва сочлардан гулчангларни олиб ташлаш ва кийим ва зиғирнинг ифлосланишини олдини олиш учун душ ёки ҳаммомни қабул қилиш тавсия этилади.
- Моғор споралари. Аллергенларни йўқ қилиш учун ҳаво намлагичларини, бугъчиқаргичларини яхшилаб тозалаш, фунгитсидларни қўллаш ва хонада нисбий намликни 50% дан паст сақлаш керак.

- Уй чанг аллергенлари. Канага қарши махсус чойшаблардан, аллергенга чидамли матрас қопламаларидан фойдаланиш уй чангининг контсентратсиясини камайтиришга ёрдам беради, аммо аллергик ринит белгилари сезиларли даражада камайишига олиб келмайди.
- эпидермал аллергенлар (ҳайвон аллергенлари - мушуклар, итлар, отлар ва бошқалар). Ҳайвонлар билан алоқа қилишдан бутунлай қочиш энг самарали ҳисобланади.
- Озиқ-овқат аллергенлари (полен сезгирлиги билан ўзаро реактивлик туфайли АР сабаб бўлади).

Қўзиқорин споралари ва уй чанглари аллергенлари йил давомида аллерген бўлса-да, уларнинг атмосфера ҳавосидаги даражаси одатда қиш ойларида камаяди ва баҳор ва кузда ортади.

Шуни эсда тутиш керакки, аллергенларни йўқ қилгандан кейин узоқ вақт (ҳафталар) кейин клиник яхшиланишни кутиш керак.

Фармакотерапия

Антигистаминлар

1-авлод антигистаминлари ноқулай терапевтик профилга эга, аниқ седатив ва антиколинержик ён таъсирга эга. Ушбу гуруҳдаги дорилар когнитив функтсияларни бузади: концентратсия, хотира ва ўрганиш қобилияти. Фойдаланиш учун рўйхатдан ўтган иккинчи авлод антигистаминлари йўқлигини ҳисобга олган ҳолда, 6 ойгача бўлган болаларга диметинденни қисқа курс учун буюриш мумкин (1 ойдан 1 ёшгача бўлган беморлар учун дозалаш схемаси, кунига 3 марта 3-10 томчи дозада).

- 2-авлоднинг антигистаминлари оғирлигидан қатъи назар асосий терапия сифатида тавсия этилади.

Оғиз орқали ва бурун ичига юбориш учун иккинчи авлод антигистаминлари АРда самарали бўлади. Оғиз орқали юбориладиган дорилар яхши муҳосаба қилинади, интраназал дорилар эса тезроқ таъсир қилиш билан тавсифланади. Тизимли антигистаминлар қичишиш, ҳапсирма ва бурун оқиши каби АР белгиларининг олдини олади ва энгиллаштиради, аммо бурун обструктсияси учун самарасиз. Иккинчи авлод антигистаминларини қабул қилишда тахифилаксияни ривожланиш эҳтимоли йўқ. Бироқ, иккинчи авлод тизимли антигистаминлар ҳам баъзи болаларда энгил тинчлантирувчи таъсир кўрсатиши мумкин.

- Дезлоратадин 6 ойдан 1 ёшгача бўлган болаларда 1 мг (2 мл сироп), 1 ёшдан 5 ёшгача, 1,25 мг (2,5 мл), 6 ёшдан 11 ёшгача, 2,5 мг (5 мл) кунига 1 марта сироп шаклида, 12 ёшдан катталар - кунига 1 марта 5 мг (1 таблетка ёки 10 мл сироп).
- Левосетиризине 6 ёшдан ошган болалар учун - суткалик 5 мг дозада, 2 ёшдан 6 ёшгача бўлган болалар учун - томчилар шаклида кунига 2,5 мг.
- Лоратадин 2 ёшдан ошган болаларда қўлланилади. Оғирлиги 30 кг дан кам бўлган болалар учун препарат кунига 1 марта 5 мг дан, вазни 30 кг дан ортик бўлган болалар учун - кунига 1 марта 10 мг дан буюрилади.
- Рупатадин фумарат 12 ёшдан ошган болаларда қўлланилади, тавсия этилган дозаси кунига 1 марта 10 мг ни ташкил қилади.

- Фексофенадин 6-12 ёшли болаларда кунига 1 марта 30 мг дан, 12 ёшдан ошган болаларда кунига 1 марта 120-180 мг дан фойдаланилади.
 - Сетиризине 6 ойдан 12 ойгача бўлган болалар. Кунига 1 марта 2,5 мг, 1 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларга кунига 2 марта 2,5 мг ёки кунига 1 марта 5 мг томчилар шаклида, 6 ёшдан ошган болаларга - бир марта 10 мг ёки 5 мг 2 марта буюрилади. бир кун.
 - Болаларда ҳам интервалгача, ҳам доимий АРни даволашда интраназал антигистаминлар тавсия этилади.
Ушбу фармакологик гуруҳнинг дори-дармонлари тизимли антигистаминлар билан солиштирганда таъсирнинг тезроқ бошланиши билан тавсифланади.
 - Азеластин 6 ёшдан ошган болаларда бурун спрейи шаклида, кунига 2 марта 1 инҳалатсияда қўлланилади.
 - Левокабастин 6 ёшдан ошган болалар учун буюрилади - кунига 2 марта нафас олиш пайтида ҳар бурун йўлида 2 инҳалатсия (максимал - кунига 4 марта).
Интраназал кортикостероидлар
 - 2 ёшдан ошган болалар ва ўсмирларда АРни даволаш учун интраназал глюкокортикостероидлар тавсия этилади.
Интраназал АР нинг яллиғланиш компонентиға фаол таъсир қилади, қичишиш, ҳапсирма, ринорея ва бурун тикилиши, шунингдек, кўз белгилари каби симптомларнинг оғирлигини самарали равишда камайтиради флутиказон ва сиклесонид даволаш бошланганидан кейинги биринчи кун давомида таъсир қила бошлагани кўрсатилган. Интраназал кортикостероидларни қўллаш бирга келадиган астма кўринишларини яхшилади ва мометазон ва флутиказон фууроат биргаликда аллергик конъюнктивитда ҳам самарали.
- Бурун кортикостероидлари яхши муҳосаба қилинади. Кунига бир марта қўлланиладиган замонавий дорилар (хусусан, мометазон, флутиказон пропионат, флутиказон фууроат) афзаллик берилади, чунки улар беклометазондан (33%) фарқли ўлароқ, тизимли биоаваилабилитй пастроқ (0,5%) билан ўсиш суръатини камайтирмайди (кўра) бир йил учун даволаш маълумотлари. Интраназал кортикостероидларнинг мумкин бўлган нохуш ҳодисаси (АЕ) сифатида, агар нотўғри қўлланилса, бурун септумининг тешилиши ва бурундан қон кетиши қайд этилган, аммо тизимли маълумотларнинг этишмаслиги АЕ ривожланиш хавфини баҳолашга имкон бермайди.
- * Беклометазон 6 ёшдан бошлаб фойдаланиш учун тасдиқланган, ҳар бурун тешигига кунига 2-4 марта 1 пуркагич (50 мкг) буюрилади (максимал дозаси 6-12 ёшли болалар учун кунига 200 мкг). ва 12 ёшдан ошган болалар учун кунига 400 мкг).
 - * Будесонид 6 ёшдан ошган болаларда фойдаланиш учун тасдиқланган, буруннинг ҳар ярмига кунига 1 марта 1 дозадан (50 мкг) буюрилади (6 ёшли болалар учун максимал доз 200 мкг/кун). 12 ёш ва 12 ёшдан ошган болалар учун кунига 400 мкг).
 - * Мометазон фууроат мавсумий ва йил бўйи АРни даволаш учун 2 ёшдан бошлаб қўлланилади, 2 ёшдан 11 ёшгача бўлган болаларга буюрилади, ҳар

бирига 1 инҳалатсия (50 мкг) буруннинг ярми кунига 1 марта, 12 ёшда ва катталар - ҳар бурун бурчагида кунига 1 марта 2 та инҳалатсия.

- * Флутиказон фууроат 2 ёшдан катта болаларга, ҳар бурун тешигига кунига 1 марта (55 мкг/кун) 1 пуркаш (бир спрейда 27,5 мкг флутиказон фууроат) буюрилади. Кунига 1 марта ҳар бурун тешигига 1 марта пуркаш билан керакли таъсир бўлмаса, дозани кунига 1 марта ҳар бир бурун тешигига 2 мартагача ошириш мумкин (максимал суткалик доза - 110 мкг). Семптомларнинг этарли даражада назорат қилинишига эришилганда, дозани кунига бир марта ҳар бир бурун тешигига 1 пуркашгача камайтириш тавсия этилади.
 - * Флутиказон пропионат 4 ёшдан болаларда фойдаланиш учун тасдиқланган, 4 ёшдан 11 ёшгача бўлган болаларга буруннинг ҳар ярмига кунига 1 марта 1 марта (50 мкг) буюрилади, ўсмирлар. 12 ёшдан бошлаб - кунига 1 марта буруннинг ҳар ярмига 2 та инъектсия (100 мкг).
 - Интраназал кортикостероидларнинг самарадорлигини ошириш учун доридармонларни қабул қилишдан олдин бурун бўшлиғини шилимшиқдан тозалаш, шунингдек намловчи воситаларни қўллаш тавсия этилади.
 - Ўртача ва оғир АР учун биринчи танлов сифатида бурун кортикостероидлари тавсия этилади, айниқса бурун тикилиши асосий шикоят бўлса, иккинчи авлод антигистаминлар/монтелукаст энгил АР учун афзал бўлиши мумкин.
 - Бугунги кунга келиб, антигистаминлар ва монтелукастдан кўра АРни даволашда самаралироқ дори сифатида назал кортикостероидларни тавсия этиш учун етарли далиллар мавжуд.
- Тизимли кортикостероидлар
- Тизимли кортикостероидлар фақат фавқулодда ҳолатларда стандарт терапиянинг этарли таъсири бўлмаган оғир турғун курсда тавсия этилади. Тизимли ножўя таъсирларнинг юқори хавфини ҳисобга олган ҳолда, болаларда АРни даволаш учун ушбу дорилар гуруҳидан фойдаланиш жуда чекланган. Оғир АР бўлган мактаб ёшидаги болаларга кунига 10-15 мг дан оғиз орқали фақат преднизолоннинг қисқа курси буюрилиши мумкин ; қабул қилиш муддати 3-7 кун
- Лейкотриен ретсепторлари антагонистлари (АЛТР)
- Лейкотриен ретсепторлари антагонистлари ҳам интервалгача, ҳам доимий АРда тавсия этилади ва самарали. Болалардаги лейкотриен модификаторлари орасида монтелукаст қўлланилади. Биргаликда бронхиал астма билан даволаш режимига монтелукастни киритиш кортикостероидлар юқини оширмасдан, АР белгиларини самарали назорат қилиш имконини беради. 2 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларда таблетка шакли кунига 1 марта 4 мг дозада, 6 ёшдан 14 ёшгача бўлган чайнаш таблеткалари кунига 1 марта 5 мг, 15 ёшдан бошлаб кунига 10 мг дозада қўлланилади.
 - Антигистаминлар ва монтелукаст бурун кортикостероид терапиясига қўшимча сифатида тавсия этилади. Бироқ, антигистаминлар монтелукастдан кўра самаралироқ эканлигини аниқлаш учун қиёсий маълумотлар этарли эмас.

- Бу кўрсаткич учун Россия Федератсияси ҳудудида бурун антиколинержиклари рўйхатга олинмаган; болалардан фойдаланиш тавсия этилмайди.

Бурунни деконжестанлар

- Топикал деконжестанлар (нафазолин, оксиметазолин, ксилометазолин қисқа курсда (3-5 кундан ортиқ бўлмаган) оғир бурун обструктсияси учун тавсия этилади. Ушбу гуруҳдаги дори-дармонларни узоқроқ қўллаш бурун шиллик қаватининг такрорий шишишига олиб келади.

Бурундаги натрий кромогликат

- Кромонларни қўллаш бўйича тавсиялар ҳозирги вақтда бошқа дорилар гуруҳларига нисбатан паст самарадорлик, фойдаланишнинг юқори частотаси (кунига бир неча марта) билан чекланган.

Кромонлар АРни даволашда интраназал кортикостероидлар, антигистаминлар ва монтелукастан кам самаралидир. Кромоглик кислота 5 ёшдан ошган болаларда энгил АР билан бурун спрейи шаклида, ҳар бурун йўлига кунига 4 марта 1-2 инҳалиядан фойдаланиш учун рўйхатга олинган.

Бошқа дорилар

- Болаларда АР учун намловчи воситалар тавсия этилади.

Бурун шиллик қаватини намлаш ва тозалашга ёрдам беради, самарадорлиги исботланган. Бурунни шўр ёки стерил денгиз суви билан ювиш чекланган, аммо самарадорлиги исботланган ринитни арзон даволаш усулидир.

- Анти - ИгаЕ Терапия: фақат АРни даволаш учун тавсия этилмайди.

• Болаларда АРни даволаш учун муқобил даволаш усуллари тавсия этилмайди.

- Агар 1,5-2 ҳафта ичида назоратга эришилмаса, ташхисни қайта кўриб чиқиш тавсия этилади.

- 2 ёшгача бўлган болаларда, терапияни кучайтиришдан бир ҳафта олдин антигистаминлар таъсири бўлмаса, ташхисни қайта кўриб чиқиш тавсия этилади.

- Касалликнинг мавсумий шакли учун мунтазам даволашни симптомларнинг кутилган бошланишидан 2 ҳафта олдин бошлаш тавсия этилади.

- Оғир АРда симптомларни назорат қилиш бўлмаса, деконжестанларнинг қисқа курсини белгилаш тавсия этилади, зарурат туғилганда, паст дозали преднизолоннинг (оғиз орқали) қисқа курсидан шошилишч фойдаланиш имконияти кўриб чиқилади.

Иммунотерапия

- Агар аллерген таъсири, касаллик белгилари ва ИгаЕ га боғлиқ механизм ўртасидаги боғлиқликнинг аниқ далиллари мавжуд бўлса, АР бўлган болалар учун АСИТ тавсия этилади.

АСИТ клиник ва иммунологик сабабларга кўра бағрикенглик, узоқ муддатли самарадорликка эга ва аллергик касалликларнинг ривожланишини олдини олади: АР ва конъюнктивит билан оғриган беморларда бронхиал астма ривожланиш эҳтимолини камайтиради ва сенсibiliзатсия спектрини кенгайтиради. АСИТнинг бемор ва унинг оила аъзоларининг ҳаёт сифатига ижобий таъсири кўрсатилган. АСИТ мутахассис аллергист-иммунолог

томонидан амалга оширилиши керак. Даволаш фақат поликлиникаларнинг ихтисослаштирилган аллергологик хоналарида ва касалхоналар/кундузги шифохоналарнинг аллергологик бўлимларида амалга оширилади. Терапия давомийлиги одатда 3-5 йил. Препаратни танлаш ва қўллаш йўналиши мутахассис томонидан индивидуал равишда амалга оширилади. Сублингуал АСИТ болалар учун кўпроқ афзалроқ, оғриқсиз, қўллаш йўлидан қулай ва тери ости усулига нисбатан қулайроқ хавфсизлик профилига эга. Антигистаминлар ва АЛТП билан премедикация АСИТ нинг ноҳўя таъсирининг тарқалиши ва жиддийлигини камайтириши мумкин.

Аллергенга хос иммунотерапия учун контрэндикатсиялар оғир бир вақтда кечадиган шароитлар: иммунопатологик жараёнлар ва иммунитет танқислиги, ички органларнинг ўткир ва сурункали такрорий касалликлари, фармакологик препаратлар билан ёмон назорат қилинадиган оғир персистент бронхиал астма, адреналин ва унинг аналогларини тайинлашга қарши кўрсатмалар усули.

Жарроҳлик

Одатда талаб қилинмайди

Бошқа даволаш

- Беморларни ва уларнинг оила аъзоларини (ота-оналар, қонуний вакиллар) ўқитиш тавсия этилади. Тренингнинг мақсади - белгиланган терапия режасига риоя қилиш ва унга риоя қилиш, бемор ва унинг ота-онаси/қонуний вакили ўртасида тиббий мутахассис билан ўзаро муносабатларни ўрнатиш. Ўқитиш жараёнида шифокор беморга ва унинг оила аъзоларига касалликнинг табиати, бартараф этиш чоралари, симптомларни энгиллаштирадиган дорилар ва ўзига хос иммунотерапия тўғрисида зарур маълумотларни тақдим этиши ва шахсийлаштирилган ёзма режани тузиши керак.

Беморни ва унинг ота-онасини /қонуний вакилларини дори воситаларининг хавфсизлигига ишонтириш, бурун препаратларини қўллаш техникасини мунтазам равишда кузатиб бориш муҳимдир; ринитнинг табиати, унинг билан бирга келадиган касалликлари ва асоратлари, шунингдек, самарали терапиянинг афзалликлари ҳақида маълумот бериш. Бошланғич таълим бошқа таълим фаолияти билан тўлдирилиши керак (аллергия мактабидаги дарслар).

Реабилитация

Талаб қилинмайди.

1.4.Профилактика ва диспансер кузатуви

Бирламчи профилактика, биринчи навбатда, атопик касалликларнинг оғирлашган ирсият хавфи остида бўлган болаларда амалга оширилади. Бирламчи профилактика қуйидаги тадбирларни ўз ичига олади:

- ҳомиладор аёлнинг ратсионал овқатланишига риоя қилган ҳолда , агар у аллергик реакцияга эга бўлса, диетадан юқори даражада алергеник овқатлар чиқариб ташланади;
- ҳомиладорликнинг биринчи ойдан бошлаб касбий хавфларни бартараф этиш;
- фақат қатъий кўрсатмалар учун дори-дармонларни қабул қилиш;

- боланинг эрта сезувчанлигига ёрдам берувчи омил сифатида фаол ва пасив чекишни тўхтатиш;
- табиий озиклантириш атопик мойилликнинг олдини олишнинг энг муҳим йўналиши бўлиб, у камида ҳаётнинг 6-ойигача сақланиши керак (боланинг ратсионидан тўлиқ сугир сутини чиқариб ташлаш, қўшимча овқатларни киритиш қоидаларига риоя қилиш тавсия этилади);

- бартараф этиш тартиблари.

Иккиламчи профилактика сезгир болаларда АР намоён бўлишининг олдини олишга қаратилган ва қуйидаги тадбирларни ўз ичига олади:

- атроф-муҳит ҳолатини назорат қилиш (потентсиал сезувчанлик омилларининг таъсирини истисно қилиш - уй ҳайвонлари, ўсимликлар, доривор ўсимликлар ва бошқалар);
- сенсibiliзатсия спектрини ҳисобга олган ҳолда гипоалергендик парҳез;
- антигистаминлар билан профилактик терапия;
- аллергенга ҳос иммунотерапия;
- аллергия кўзғатувчиси сифатида респираторли инфекцияларнинг олдини олиш;
- таълим дастурлари.

Учинчи даражали профилактиканинг асосий мақсади АРнинг оғир кечишининг олдини олишдир. Кучланишнинг частотаси ва давомийлигини камайтириш энг самарали ва хавфсиз дорилар ёрдамида, шунингдек, аллергенларни йўқ қилиш орқали эришилади.

Диспансер назорати. Аллергик ринит билан оғриган болалар аллергист-иммунолог томонидан амбулатория шароитида кузатилади (кўплиги - кучаймасдан 3-6 ой ичида 1 марта). Вазиятни динамик кузатиш, спектрдаги ўзгаришлар ва сенсibiliзатсия даражасини аниқлаш, бошқа мутахассисларнинг маслаҳати билан ҳар томонлама текширув болалар учун 6-12 ойда 1 марта, курснинг оғирлиги ва хусусиятига қараб ўтказилади. - жараён, кўрсаткичларга кўра, амбулатория шароитида/ кундузги шифохонада.

Бурун йўллари гипертрофиясининг қайтарилмас шакллари ривожланиши, фарингеал бодомсимон безнинг ҳақиқий гиперплазияси, бурун нафаси ва/ёки эшитишнинг сезиларли даражада бузилиши, шунингдек, интраназал анатомия ва паранасал синусларнинг патологияси аномалиялари билан, кўрсатмаларга кўра, жарроҳлик даволаш амалга оширилади. кечаю кундуз касалхонада.

Касаллик/синдромнинг кечиши ва натижаларига таъсир қилувчи қўшимча маълумотлар:Хавф гуруҳи:

Хавф гуруҳидаги беморлар: наслида аллергик касалликлар борлар; экологик жиҳатдан носоғлом жойда яшовчи одамлар; тез-тез юқумли касалликларга чалинадиган болалар;

Касаллик профилактикаси

Шифокорлар қуйидаги профилактика чораларини тавсия қиладилар:

аллергия қо'зг`атувчилар билан алоқада бо`лмаслик;
ёзда очик ҳавода ҳаракат қилишни чеклаш (агар о`симлик чангига аллергия бўлса);

аллергия қо'зг`атувчилар билан алоқада бо`лмаслик;
ёзда очик ҳавода ҳаракат қилишни чеклаш (агар о`симлик чангига аллергия бўлса);

7.3. Бронхиал астма

Бронхиал астма (БА) - нафас йўллариининг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб қуйидаги белгилар билан намоён бўлади: нафас йўллариининг тўлиқ ёки қисман қайта обструкцияси, бронх силлик мушакларининг спазми, шиллик қават шиши, шиллик ости қаватининг яллиғланиш ҳужайралари билан инфилтрацияси, шиллик гиперсекрецияси, базал мембрананинг қалинлашиши; махсус тригагер омиллар таъсирида юзага келувчи ва асосан кечқурин ёки эрталаб пайдо бўлувчи йўтал эпизодлари, ҳуштаксимон хириллашлар, хансираш, кўкрак қафасида сиқилиш ҳисси; нафас йўллари гиперреактивлиги.

Тарқалиши. Болалик даврида бронхиал астма энг кўп тарқалган сурункали касалликлардан бири ҳисобланади. Қайталанувчи бронх-ўпка патологияси структурасида астма 50-60%ни ташкил қилади.

Эпидемиологик маълумотлар, ИСАС (болаларда астма ва аллергияни ҳалқаро ўрганиш муассасаси) маълумотларига асосан БА билан 5-20% болалар касалланган. Кўп ҳолларда ташҳис касаллик бошлангандан, 2-6 йил кейин қўйилади, бу касаллик оқибатини ёмонлаштиради.

Бронхиал астма этиологиясида икки гуруҳ омиллари фарқланади: антигаен ва ноантигаен.

Антигаен омилларга экзоген аллергенлар киради, улар орасида ноинфекцион аллергенлар муҳим рол ўйнайди.

-“маиший” аллергенлар (чанг, эпидермал, ҳашорат ва курт-қумурсқалар, аквариумдаги балиқларнинг овқати)

-гул чанги аллергенлари

-овқат аллерганлари

-дорилардан, жумладан гамма глобулин ва оксил дорилари.

Болаларда ноинфекцион сенсibiliзация шаклланишининг аниқ қонуниятлари мавжуд. Эрта ёшда овқат аллергиясининг аллергодерматоз шакли кўп учрайди. Баъзи касалларда эрта овқатланиш сенсibiliзациясида нишон-органи - ҳазм қилиш тракти ва нафас олиш тизими ҳисобланади. Эпидермал сенсibiliзациянинг қўшилиши (ҳайвонлар жуни, пар ёстиқ ва бошқалар) кўпинча респиратор аллергозлар билан бир вақтда бошланади, бу босқичда респиратор аллергоз ринофарингит, ларинготрахеит ва респиратор аллергиянинг “кичик” шакллари билан юзага чиқади. Респиратор аллергик касалликларга баъзида инфекцион касаллик деб хато ташҳис қўйилади, бу ўз навбатида кўп дорилар ишлатилиши ва медикаментоз аллергиянинг ривожланишига олиб келади. Кўпгина болаларда бронхиал астманинг тарқоқ типик клиникаси уй чангига сенсibiliзациянинг қўшилишидан кейин юзага келади. БА шаклланиши бола ҳаётининг 2-5 ёшига тўғри келади. Болаларда

Ўсимлик гулларига сенсibiliзация катта ёшда шаклланади, эпидермис ва уйчанги аллергенларига сенсibiliзация 2-5 ёшларда ҳам кузатилиши мумкин.

Бактерия, вирусларнинг астма этиологиясида сенсibiliзация ролини ўйнаши кўп текширувчилар томонидан инкор қилинмоқда, бироқ пубертат ёшда ва катталарда инфекцион сенсibiliзациянинг кўшилиши мумкин.

Ноантигаен омиллар. БА хуружига кўп физик омиллар (совуқ қотиш, инсоляция, қизиб кетиш ва бошқалар), метеорологик шароит (шамол, атмосфера босими ва температуранинг тушиши), психоген омиллар (кўрқув, қайғуриш, кўзғалиш), жисмоний зўриқиш сабаб бўлади.

Болаларда бронхиал астманинг эрта ривожланишига ҳомиланинг ҳомилаичи сенсibiliзацияси, турли таъсирлар натижасида юзага келган, фетоплацентар барернинг юқори ўтказувчанлиги сабаб бўлади. Касбий зарарли одатлар, актив ва пассив чекувчилар ҳам таъсир қилади. Постнатал сенсibiliзация омиллари орасида антигаен экспозиция бола ҳаётининг биринчи икки йиллигида муҳим аҳамиятга эга.

Болаларда бронхиал астманинг эрта ривожланишида патологик кечган ҳомиладорлик оқибатида МНСнинг перинатал зарарланиши, ҳомиланинг анти ва интранатал гипоксияси, туғруқ жароҳатлари сабаб бўлади.

Бронхиал астма ривожланишига мойиллик тугдирувчи омиллар:

Ирсият:

1. Агар боланинг ота-онасида атопия бўлмаса болада касллик ривожланиш хавфи 0-20% ни ташкил қилади
2. Агар атопия белгилари фақат отасида бўлса атопик белгилар болада 33%, астма эса 25% да ривожланади.
3. Агар атопия белгилари фақат онасида бўлса у ҳолда атопия 48% сибсларда, астма эса 38% болаларда намоён бўлади
4. Агар атопия белгилари отасида ва онасида бўлса, у ҳолда атопия ва бронхиал астма ривожланиш хавфи 60-100% ни ташкил қилади.

Соғлом одам организмнинг иммун системаси эътиборга олмайдиган атроф муҳитдаги аллергенларга бўлган гиперсезувчанлик ирсият орқали ўтади. Атопик касалликларга ирсий мойиллик бўлган ҳолларда БА эрта ёшда бошланади ва оғир кечади.

Кичик ёшдаги болаларда БАнинг энг кўп учрайдиган сабабчиси организмга кучли сенсibiliловчи таъсир кўрсатувчи ўткир респиратор вирусли инфекция бўлиб, у нафас йўллари зарарланган шиллик қаватларининг турли хил аероаллергенларга ўтказувчанлигини оширади, вирусларнинг антигаен хусусиятлари эса инфекцион жараён давомида макроорганизмнинг иммунологик қайта қурилишини чақиради. Кичик ёшдаги болаларда кўп вақтгача БА ўрнига “Обструктив синдромли ЎРВИ”, “қайталанувчи обструктив бронхит” ташҳиси қўйилади ва нораціонал даво белгиланади. Кўп йиллар ўтгач болага типик бронхиал астма ташҳиси қўйилади.

Патогенези бўйича БА икки вариантга ажратилади: иммунопатологик ва ноиммун. Иммунопатологик шакли орасида болаларда Гелл ва Соомбс классификациясида II тип бўйича амалга ошувчи атопик БА асосий ролни

ўйнайди. Бу вариантнинг асосий сабаби кўпинча ноинфекцион аллергенлар ҳисобланади. Кам ҳолларда этиологиясида ноинфекцион аллергенлар билан бир қаторда инфекция омиллари ҳам рол ўйнайди касалликнинг иммунокомплекс варианты учрайди (Гелл ва Соомбс классификациясида ИИИ тип). Индивидуал патогенезда БАнинг кўрсатилган иммунопатологик шакллари бирга келиши мумкин.

Бронхиал астманинг ноиммунологик механизми асосида генетик детерминланган ёки БАнинг иммунопатологик шакли фониди ортирилган бронхларнинг носпецифик гиперреактивлиги ётади. Бронхлар реактивлиги ортишида муҳим омиллардан бири ўткир ва сурункали бронх-ўпка касалликлари ҳисобланади. Инфекциянинг провоцирловчи таъсири механизми турлича, лекин уларнинг бари асосида қуйидагилар ётади: нишон-органлар эпителиал барери ўтказувчанлигининг ортиши, специфик аллергенлар патологик таъсирига қаршилигининг пасайиши, нишон-органлар хужайра мембранаси рецепторларининг инфекция агентлари билан кўзғалиши.

Бронхиал астма хуружи патогенезида эрта ёшдаги болаларда анатома-физиологик хусусиятларга асосан (бронхиал дарахт ёруғининг торлиги, мушак қаватининг кучсиз ривожланганлиги, қон ва лимфа томирларининг яхши ривожланганлиги) бронхоспазм етакчи механизм бўлаолмайди. Биринчи ўринда бронх шиллик қаватининг яллиғланиши туради, шил ва шиллик гиперсекрецияси, С.Г.Звягинцева (1958 й) тушунчаси бўйича бу ёшда ўзига хос клиник манзарага хуружларнинг катта давомийлигига асосланган “хўл астма” киради. Бунда ўпкада кўп миқдорда нам хириллашлар эшитилади, 5-10 кунгача, баъзида узок муддат сақланади. Касалликни бундай кечиши – астматик бронхит кўринишида кечиши, баъзида, ўпканинг инфекция-яллиғланиш касалликларини гипердиагностикасига сабаб бўлади ва бу ёшда бронхиал астманинг гиподиагностикасига сабаб бўлади. Ҳозирги кунда БА эрта ёшда ҳам учраши кўрсатилган.

Таснифи. Клиник белгиларга кўра БАнинг оғирлик даражаси классификацияси (кундузги симптомлар сони бир кунда, ҳафтада, тунги симптомлар сони ҳафтада, бета2 адреномиметикларни қўлланилиши, НЧТ ёки ОФВ1ни қиймати НЧТ нинг суткалик ўзгариши) боғлиқ.

1-поғона: интермиттирловчи БА:

- Симптомлар ҳафтада 1 марта пайдо бўлади.
- Қисқа қайталаниш.
- Тунги симптомлар ойида 2 марта пайдо бўлади.
- ОФВ1 ёки ПСВ $\geq 80\%$ бўлиши керак бўлган қийматидан
- НЧТ ёки ОФВ1ни кўрсаткичи $< 20\%$.

2-поғона: енгил персистирловчи БА

- Симптомлар ҳафтада 1 марта пайдо бўлади, баъзида кунда 1 марта.
- Қайталаниши жисмоний фаоллигига, уйкуга таъсир қилади.
- Тунги симптомлар ойида 2 марта пайдо бўлади.

- ОФВ1 ёки бўлиши керак бўлган қийматидан НЧТ $\geq 80\%$
- НЧТ ёки ОФВ1ни кўрсатгичи $< 20-30\%$.

3-поғона: ўрта оғирликдаги персистирловчи БА

- Симптомлар ҳар куни пайдо бўлади.
- Қайталаниши жисмоний фаоллигига, уйқуга таъсир қилади.
- Тунги симптомлар ҳафтада 2 марта пайдо бўлади.
- Қисқа таъсирга эга ингаляцион β_2 агонистларни ҳар куни қабул қилиш;
- ОФВ1 ёки бўлиши керак бўлган қийматидан ПСВ 60% дан 80% гача.
- НЧТ ёки ОФВ1ни кўрсатгичи $> 30\%$.

4-поғона: оғир персистирловчи БА

- Симптомлар ҳар куни пайдо бўлади.
- Қайталаниш кўпаяди.
- Тунги симптомлар кучаяди.
- Жисмоний фаоллик чегараланади.
- ОФВ1 ёки бўлиши керак бўлган қийматидан НЧТ $\leq 60\%$
- НЧТ ёки ОФВ1ни кўрсатгичи $> 30\%$

Бундай тасниф болага бошланғич даво буюртиришда муҳим аҳамиятга эга.

Таъхислаш. Анамнез ва физикал текширишлар.

Анамнез йиғилганда қуйидагиларга эътибор бериш керак.

- Атопик дерматит, аллергик риноконъюнктивит, оиласида бронхиал астма ёки бошқа атопик касалликлар мавжудлиги.

Қуйидаги симптомлардан биттаси борлиги:

- йўтал, кечқуриналири кучаяди;
- қайталовчи ҳуштаксимон хириллашлар;
- қийинлашган нафас қайта эпизодлари;
- кўкрак қафасида сиқилиш ҳисси.

Симптомларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши:

- тунги вақтларда;
- ҳайвонлар билан мулоқотда бўлса;
- химик аерозоллар билан;
- уй чанги;
- гул чангланиши;
- тамаки тутуни;
- атроф-муҳит ҳарорати тушганда;
- аспирин, адреноблокаторлар қабул қилинганда;
- жисмоний зўриқишдан сўнг;
- ЎРВИ;
- кучли эмоционал зўриқишдан сўнг;
 - Физикал текширишда БАнинг қуйидаги белгиларига аҳамият бериш зарур:
- кўкрак қафаси гиперекспансияси;
- нафас чиқаришнинг узайиши;

- курук йўтал;
- ринит;
- периорбитал цианоз “аллергик соялар” (кўз тагида қоронғи айлана, веналардаги димиқиш ҳисобига, назал обструкция фониди юзага келади)
- бурун қанотларида кўндаланг бурмалар
- атопик дерматит.

Шуни таъкидлаш керакки, ремиссия даврида патологик симптоматика бўлмаслиги мумкин (нормал физикал картина БА ташҳисини бартараф этмайди).

5 ёшгача бўлган болаларда БА ташҳиси асосан клиник текширишлар натижасига асосланган бўлади. Кўкрак ёшидаги болаларда тригагерлар таъсирида 3 ёки ундан кўп ҳуштаксимон хириллаш эпизодлари бўлса, БАга гумон қилинади, текшириш ва дифференциал ташҳис ўтказилади.

Лаборатор ва инструментал текшириш

Спирометрия. 5 ёшдан катта болаларда ОФВ1 (нафас чиқаришнинг кучайтирилган ҳажми), ЎЦ (ўпканинг тириклик сифими) ва ОФВ1/ЎЦни аниқлаш зарур. Спирометрия обструкция даражасини аниқлаб беради, унинг қайталаниши, шунингдек, оғирлик даражасини аниқлайди. ОФВ1 ва ЎЦ кўрсаткичларини баҳолашда ёш градациясини ҳисобга олиш керак. Ўпканинг нормал функциясида ОФВнинг ЎЦ га нисбати 80%ни ташкил қилади, болаларда 90%дан юқори бўлиши мумкин. Қуйида келтирилган кўрсаткичлардан паст кўрсаткичлар бронхиал обструкция ҳақида ўйлашга имкон беради. Бронхолитик ингаляциясидан кейин ОФВ1ни 12%га кўтарилиши, ёки глюкокортикоидлар билан ўтказилган синов давога жавоби БА ташҳисини қўйишга ёрдам беради.

Пикфлоуметрия. Пикфлоуметрия (нафас чиқаришнинг юқори тезлигини аниқлаш) - ташҳис қўйишнинг асосий усули бўлиб, Банинг кейинги давосини назорат қилиш учун зарур ҳисобланади. Пикфлоуметрнинг охириги моделлари қиммат эмас, портатив, пластикдан ясалган ва 5 ёшдан катта беморларда уй шароитида ҳам ишлашга бўлади. Пикфлоуметр БА кечишида ҳар кунлик объектив мониторинг ўтказиш мақсадида ишлатилади. НЧТ (нафас чиқаришнинг юқори тезлиги) кўрсаткичини баҳолашда боланинг бўйини ҳисобга олиш зарур (махсус нормаграммалар бор), лекин индивидуал кўрсаткичларни аниқлаш учун 2-3 ҳафта давомида кунлик НЧТ мониторингини ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади. НЧТ эрталаб, кўрсаткич энг паст бўлганда ва кечқурун уйқудан олдин НЧТ энг юқори бўлганда ўтказилади. Бронхолитикларни қўллаганда эса НЧТ ни дорини қўллашдан олдин ва кейин ўтказилади. Бани даволашда симптомларни, пикфлоуметр натижаларини ва даво натижаларини ёзиб бориш учун кундалик тутиш муҳим аҳамиятга эга. ПСВ мониторинги касаллик хуружининг эрта белгиларини аниқлаш учун информатив ҳисобланади. ПСВ кундузги кўрсаткичи тарқоқлигининг 20% дан юқори бўлиши Банинг ташҳисот белгиси ҳисобланади, нормага нисбатан силжиши эса касалликнинг оғирлик даражасига тўғри пропорционал ҳисобланади.

Нафас йўллари гиперреактивлигини аниқлаш

БАга характерли белгилар бўлган беморларда, ўпка функцияси кўрсаткичи нормал бўлса, нафас йўлларининг метахолин, гистамин ёки жисмоний зўриқишга бўлган таъсирини текшириш ташхис қўйишда ёрдам беради. БА диагностикасида бу тестлар юқори сезувчанликка, лекин паст спецификага эга.

Баъзи болаларда БА белгилари фақат жисмоний зўриқишдан сўнг пайдо бўлади. Бу гуруҳда 6 дақиқалик зўриқиш тестини ўтказиш зарур. Бу тест билан бирга, ОФВ1 ёки НЧТ ни аниқлаш БА ташхисини қўйишга ёрдам беради.

Лаборатор текширувлар. БА ташхисини қўйишда тери тести ёки қон зардобиди ИгаЕни аниқлаш кам ахборот беради, лекин бу текширишлар мойиллик омилларини ва тригагерларни аниқлашга ёрдам беради, улар асосида, атроф-мухит омилларига таллуқли назорат тавсия қилинади.

Дифференциал ташхислаш БАни дифференциал ташхислаш қуйидаги касалликлар билан ўтказилади.

- овоз бойламлари дисфункцияси (псевдоастма)
- бронхиолит
- кўкрак ёшдаги болаларда ёт жисм ёки сут билан аспирация
- муковисцидоз
- бирламчи иммунотанқисликлар
- бирламчи целиар дискинезия синдроми
- трахеобронхомалация
- томирлар ривожланиш нуқсонлари, нафас йўлларини ташқи томондан босилиши
- нафас йўлларини гемангиома ёки бошқа ўсмалари, гранулёма ёки кистаси, стенози ёки торайиши,
- облитерланувчи бронхиолит
- ўпканинг интерстициал касаллиги
- юрак димланиш нуқсонлари
- сил
- бронх-ўпка дисплазияси
- бўлакча эмфиземаси

Ҳозирги вақтда БАни даволашда поғонали терапия усулидан фойдаланилмоқда, яъни, касалликни оғирлик даражасига қараб, дори моддаларни қўллаш тавсия этилмоқда. Дориларни қабул қилиш дозаси вақти касалликнинг оғирлик даражаси кўтарилганда ёки симптомлар бартараф қилинишига боғлиқ ҳолда ўзгартирилади.

Яллиғланишга қарши дорилар пролонгирланган таъсирга эга (β_2 -адреномиметиклар ёки теофиллин препаратлари) бронхкенгайтирувчилар билан бирга қўлланилади.

Амбулатор босқичда бронхиал астманинг енгил хуружида бирламчи ёрдам тез таъсир қилувчи β_2 -адреномиметиклар дозали аэрозол

ингальяторларни қўллашдан иборат. Ўрта оғир ва оғир хуружларда β_2 -адреномиметиклар такрор бир соат мобайнида 20-30 минут интервал билан қўлланилади, кейин заруриятга қараб, ҳар 4 соатда қўлланилади. Небулайзер терапиядан ҳам фойдаланилади.

Бронхкенгайтирувчи таъсирни бромидлар қўллаш билан кучайтириш мумкин. Агар самара етарли бўлмаса, преднизолон ичишга 91 ёшгача 1-2 мг/суткада, 1-5 ёшда 10-20 мг/сут) берилади ёки парентерал юборилади. БА нинг қўзиш даврида будесонид суспензияси билан даволанади, уни физиологик эритмага аралаштириб қўлланилади, шунингдек, бронхолитик эритмалари (салбутамол, бромид) билан қўшиб берилади. Дозаси болалар учун 0,25-0,5 мг (1 мг гача) кунига 2 марта берилади.

Беморларда оғир қўзиш даврида клиник картинасида ҳамма симптомлар ҳам намоён бўлмаслиги мумкин, цианоз, “соқов ўпка”, умумий ҳолсизлик, нафас чиқаришнинг юқори тезлиги 30% дан паст бўлса, шифокор бундай беморларни касалхонага ётқизиш ҳақида ўйлаш керак. Бир соат давомида ўтказилаётган даво эффективлиги билинмаса, беморни шошилиш равишида шифохонага юбориш зарур.

БА ва аллергия ринитда базис терапия поғонали усулидан фойдаланиб ўз вақтида ва рационал қўллаш, узоқ ремиссияга сабаб бўлади, аллергия касалликларни авж олишини олдини олади.

Бирламчи профилактика – юқори хавф гуруҳидаги шахсларда касалликни пайдо бўлишини олдини олиш.

Постнатал профилактика қуйидаги тадбирларни ўтказишга қаратилган:
– гўдак ёшидаги болаларда кўкрак сути билан овқатлантиришни тарғибот қилиш;

– чекувчи ота-оналарга чекишни бола учун зарарли томонларини тушинтириш;

Иккиламчи профилактика. БА касаллиги ривожланмаган, лекин организмда сенсбилизация бор болалар учун ўтказиладиган чора-тадбирларни ўз ичига олади.

– БА оилавий анамнез ёки аллергия (она томонидан ирсий мойиллик бор бўлса БА ривожланиш хавфи 50% гача).

– болада бошқа аллергия касалликлар мавжудлиги (атопик дерматит, аллергия ринит, риск БА — 10–20%).

– умумий ИгаЕ миқдорининг 30 МЕ/млдан ортиқлиги, махсус ИгаЕ-АТ сигир сути оқсилга/тухум сариғига кузатилган бўлса;

Учламчи профилактика БАни чақирувчи омилларни камайтиришга қаратилган.

Елиминацион режим

– Уй чанги ва аллергияларни йўқотишга қаратилган чора-тадбирлар.

– Гидамларни линолеум билан алмаштириш зарур.

– Барча оқликларни ҳар ҳафтада иссиқ (55–60 °С) сувда ювиш.

– Гидамларни танин кислотаси билан тозалаш керак;

– Тозалаш учун ХЕПА-филтрли чанг ютгичлардан фойдаланиш зарур;

- Юмшоқ ўйинчоқларни иссиқ сувда ювиш ёки вақти-вақти билан музлатиш;
- Уй ҳайвонларини ётоқ хонага ва яшаш жойига қўймаслик зарур.
- Шаҳар уйларида сувараклар кўпайишига йўл қўймаслик керак.

Назорат саволлари:

1. Бронхиал астма қандай касаллик?
2. Бронхиал астма ривожланишига қандай омиллар олиб келади?
3. Бронхиал астманинг патогенетик механизми қанақа?
4. Бронхиал астманинг илк клиник белгиларига нималар киради?
5. Қайси касалликлар билан қиёсий ташхис ўтказилади?
6. Қандай лаборатор текширувлар ташхисни тасдиқлашга ёрдам беради?
7. Қандай профилактик чоралар ўтказилади?

VIII. Овқат ҳазм қилиш тизимининг анатома-физиологик хусусиятлари

Овқат ҳазм қилиш органларининг шаклланиши эмбрионал даврнинг 3-4 ҳафтасида бошланади, эмбрионал пластинкадан бирламчи ичак ҳосил бўлади. 4-ҳафталигидан оғиз тешиги ҳосил бўлади, кейинроқ қарама-қарши томонида анал тешига пайдо бўлади. Ичаги тезда узунлашади, эмбрионал даврнинг 5-ҳафтасидан бошлаб, ичак найи икки қисмга чегараланади, ингичка ва ёгон ичак шаклланишига асос бўлади. Бу даврда бирламчи ичакнинг кенгайишидан ошқозон ажрала бошлайди. Бир вақтнинг ўзида шиллиқ, мушак ва сероз ошқозон ичак тракти қаватлари ҳосил бўлади, унда қон ва лимфа томирлари шакллана бошлайди, нерв тутамлари, эндокрин хужайра шаклланади.

Чақалоқлар оғиз бўшлиғи кичкина ўлчамда бўлади. Оғиз олди оғиз бошлиғидан алвеоляр ўсимта билан эмас милк қирраси орқали чегараланган. Лаблари қалин, шиллиқ қавати сорғичлар билан қопланган, лабнинг ички юзасида кўндаланг валиклар бўлади. Оралиқ қисми (ўтиш зонаси) бор, оғиз айлана мушаги яхши ривожланган.

Ҳазм қилиш тизимининг хусусиятлари:

- Оғиз бўшлиғи нисбатан кичик;
- Тили катта;
- Оғиз ва лунж мушаклари яхши ривожланган;
- Лунжларида ёғ таначалари мавжуд (Биша таначалари), таркибида тўйинган ёғ кистлоталари бор.

Оғиз бўшлигининг шиллиқ қавати:

- майин,
- куруқроқ,
- қон томирларига бой,
- енгил шикастланади.

Сўлак безлари:

- яхши ривожланмаган, кам сўлак ажратади.
- кўкрак ёшидаги болаларда жағ ости, тил ости безлари, бир ёшдан катта болаларда – кулоқ олди безлари фаол бўлади.
- Сўлак безлари 3-4 ойликдан фаоллашади, лекин 1 ёшдаги болада ҳам сўлак ҳажми катталарнинг фақат 1/10 қисмини ташкил қилади

Қизилўнгач:

- Кичик ёшдаги болаларда воронкасимон шаклда бўлади.
- Чақалоқларда узунлиги 10 см, кейинчалик катталашади, диаметри катталашади.
- Бир ёшгача қизилўнгачнинг физиологик торайиши кам ифодаланган, айниқса ошқозоннинг кардиал қисмида, бу ўз навбатида 1-ёшгача бўлган болаларнинг тез-тез қайд қилишига сабаб бўлади.

Ошқозон:

- Кўкрак ёшидаги болаларда горизонтал жойлашган, 1-ёшгача бўлган болаларнинг тез-тез қайд қилиши ва қусишига сабаб бўлади.
- *Жигар:*
- Нисбатан катта,
- Чақалоқларда тана вазнининг тахминан 4 % ташкил қилади (катталарда тана вазнининг 2 % га тенг).
- Кичик ёшдаги болаларда ўт ҳосил бўлиши катта ёшдагиларга нисбатан камроқ.

Назорат саволлари:

1. Ҳазм қилиш аъзолари қачон шаклланади?
2. Ҳомиланинг ошқозон-ичак тизимининг фаолияти қачон бошланади?
3. Болаларда ҳазм қилиш тизимининг қандай ўзига хос хусусиятлари мавжуд?
4. Боланинг оғиз шиллик қавати нимаси билан фарқ қилади?
5. Болаларнинг қизилўнгачи тузилиши қанақа?

8.1 Текшириш усуллари ва зарарланиш семиотикаси

Ошқозон-ичак тизимини текшириш беморни кўрувдан ўтказиш, пальпация ва перкуссия қилишдан иборат.

Кўрув. Кўрик қориндан бошланади ва оғиз бўшлигини кўруви билан яқунланади (кичик ёшдаги болаларда). қорин кўриги горизонтал ва вертикал ҳолатда ўтказилади. Кўрувда қориннинг шакли, унинг ўлчами, симметриклигига эътибор берилади, ошқозон ва ичак перисталтикасининг кўзга кўриниши, нафас олишда иштирок этишига эътибор бериш керак. Анусни (орқа тешик) кўришда шиллик қаватларнинг ёрилгани, ичак тушиши, очик қолишига аҳамият берилади. Оғиз бўшлиғи корувида тишлар ва бодомча безлар ҳолатига эътибор бериш керак. Кичик ёшдаги болаларнинг оғиз бўшлиғини чуқур текшириш учун болани маҳкам ушлаб туриш керак. Бунинг учун йўрдамчи йўки болани онаси болани орқаси билан ўзининг тиззасига ўтказиб, оёғини ўзининг ойўқлари орасида сикади, ўнг қўли билан болани танаси ва қўлини фиксация қилади, чап қўли билан бошини ушлайди.

Шифокор боладан ўнг томонда туради ва боши билан ёруғликни беркитмайди, ёруғлик болани оғзига тушиб туриши керак.

Оғиз бошлиғини шпател йўрдамида кўриш керак. Биринчи навбатда оғиз бушлиғи шиллик қавати, лаблар шиллик қавати, лунж, милк, юмшоқ ва каттик танглай, тил ва томоқ, тишларни кўриш керак. Оғиз бошлиғини текшириш томоқни кўриш билан тугалланади. Бунинг учун шпател тил илдизигача олиб борилади ва пастдан секин босиб, болага оғзини кенг очиш тавсия этилади, тил бунда оғиз бошлиғида жойлашади. Агар бола тилини зич қилиб турса, шпател лунж ва милк ўртасига олиб борилади ва орқа илдиз тишлари тирқиши орқали тил илдизига босилади, бола оғзини очади ва бунда томоқ ва ҳалқум усти яхши кўринади.

Палпасия. Палпасияни тўғри ўтказиш учун, шифокор бемордан онг томонда, юзи билан унга қараб туради. Бола орқаси билан ётади, оёғ, тос-сон ва тизза бўғимларини енгил букади. Қоллари танаси бўйлаб чўзилади, боши танаси билан бир хил тенгликда туради, бунда болани чалғитиб туриш керак.

Чуқур палпасия ўтказишнинг муҳим шартларидан бири бу аъзоларнинг қорин олд деворига проекциясини билишдир:

Чап қовурга ости соҳаси: ошқозоннинг кардиал қисми, ошқозон ости безининг дум қисми, қора талоқ, чап буйракнинг юқори қисми.

Епигастрал соҳа: ошқозон, ўн икки бармоқли ичак, ошқозон ости безининг тана қисми, жигарнинг чап бўлаги.

Ўнг қовурга ости соҳаси: жигарнинг ўнг болаги, ўт пуфаги, ўнг буйракнинг юқори қисми. Чап ва ўнг биқин соҳалари: ёгон ичакнинг тушувчи ва котарилувчи қисмлари, чап ва ўнг буйракнинг пастки қисмлари, ингичка ичакнинг бир қисми.

Киндик соҳаси: ингичка ичакнинг сиртмоқлари, йўғон ичакнинг кўндаланг қисми, ўн икки бармоқли ичакнинг горизонтал қисми, ошқозоннинг катта эгрилиги, ошқозон ости безининг бошчаси, буйрак дарвозалари.

Чап қовурга-қорин соҳаси: сигамасимон ичак, чап мочеточник.

Қов усти соҳаси: ингичка ичак сиртмоқлари, сийдик пуфаги.

Ўнг қовурга-қорин соҳаси: кўр ичак, ёгон ичакнинг терминал қисми, кўр ичак.

Жигар палпасияси. Жигар палпасияси икки асосий турга бўлинади: Стражеско бойича сирғанувчи жигар палпасиясида бемор холати қуйидагича - бемор орқасига ётиб, оёғларини енгил букади, бунда ёстик олиб ташланади. қўллар танасидан узоқлаштирилган йўки кўкрак қафасида ётади. Палпасия қиладиган қўлларнинг бармоқлари бир чизик ҳосил қилади - жигар пастки чегарасига параллел қўйилади ва енгил сирғанувчи ҳаракат юқоридан пастга қараб ўтказилади. Сирғанувчи палпасия билан жигар юзасини палпасия қилиб сезилади. Кўкрак ёши ва эрта ёшдаги болаларда жигар палпасиясида сирғанувчи палпасия усули қўлланилади. Ундан кейин В.П. Образсов-Стражеско усули бўйича жигар палпасиясига ўтилади. Ўнг қўл (палпасия қиладиган қўл) қорин девори ўнг томонига киндик тенглигида йўки ундан пастга қўйилади. Чап қўл билан ко'крак қафаси ўнг томони пастки қисмидан

ушлаб турилади. Бемор чуқур нафас чиқарганда ўнг қўл қорин бўшлиғига қўйилади ва боладан чуқур нафас олиш соралади. Нафас олганда пайпасловчи қўл олд ва юқорига қаратилиб, қорин бошлиғидан чиқарилади. Бунда жигар паст қиррасини палпасия қиладиган бармоқ билан пастга ҳаракатлантириб жигар паст қирраси топилади. Бу палпасияда жигар қирраси ва шакли, унинг консистенцияси аниқланади. 5-7 ёшгача бўлган соғлом болаларда жигар қовурға ёйи қиррасидан ўрта-ўмров чизиги бўйича 1-2 смга чиқиб туради. Соғлом болаларда жигар қирраси оғриқсиз, ўткир ва юмшоқ, эластик бўлади. 7 ёшдан катта соғлом болаларда жигар ўнг қовурға остида палпасия қилинмайди.

Соғлом болаларда ўт пуфаги палпасия қилинмайди. Ўт пуфаги проекцияси қорин тўғри мушаги ташқи қирраси ўнг қовурға ости билан кесишган жойида жойлашади.

Грот бўйича ошқозон ости беши палпасияси. Бола орқага ётган ҳолатда палпасия ўтказилади, ўнг қўли мушт ҳолатда сиқилади ва бел остига олиб борилади. Оёғлар тиззага букилган болиши керак. Ўнг қўл бармоқлари қорин бўшлиғининг чап юқори квадрати, чап тоғри мушак ташқи қирраси бўйлаб қўйилади. Бармоқлар умуртқа поғонасига ёналтирилади. Нафас чиқарганда палпасия отказилади, пайпасловчи бармоқлар умуртқа поғонасининг киндик тенглигигача етказилади. Ошқозон ости беши тасма кўринишида, умуртқа поғонасини қийшиқ ёпиб туради. Нормада ошқозон ости беши палпасия қилинмайди. Ўнг томонга ётган ҳолатда ва ўтирган ҳолатда ошқозон ости беши палпасияси ўтказилади.

Жигар чегараси перкуссияси ва Курлов бўйича жигарни ўлчаш учта чизик бўйича олиб борилади:

- ўрта омов чизиги бўйлаб, юқоридан жигар юқори чегарасигача, болаларда В-қовурғада
- пастдан киндикдан қовурға ёйи ёналиши бойлаб жойлашади.
- ўрта чизикнинг ўртаси бўйлаб (тошнинг ўртасидан ўрта чизик бўйича)
- юқоридан жигар юқори чегарасигача, жигар юқори чегараси ҳиличсимон ўсимта бошида жойлашади
- пастдан киндикдан юқорига, учдан бирининг юқорисигача ҳиличсимон ўсимта охиридан жигар ён чегарасигача, чап қовурға остига киради.

Жигар ён чегаралари қуйидагича аниқланади: қовургалар ёйи бойича перкуссия қилинади, чап ўрта ўмров чизигидан тошга қараб ёналтирилади жигарни ўлчаш натижалари ёзуви қуйидагича: 11 x 9 x 9 см. Бола ёшини ҳисобга олиб, жигар ўлчами кичик бўлиши мумкин ва асосий ориентир: юқори чегараси-В-қовурға ва пастки чегараси - қовурға ёйида бўлади.

Соғлом болаларда қорин аускултасиясида ичак перисталтикасини эшитиш мумкин. Аускултасия ва перкуссия (аускултофриксия) текширишнинг аралаш усули йўрдамида ошқозон чегараси аниқланади. Ошқозон соҳасига стетоскоп қўйилади ва перкуссия битта бармоқ билан қорин оқ чизиги бўйлаб, ҳанжарсимон осимтадан киндикгача юқоридан

пастга қараб ўтказилади. Ошқозон соҳасида стетоскўп орқали перкутор овоз эшитилиши кучаяди.

Қорин бўшлиғидаги патологияни аниқлаш мақсадида қориндаги оғриқ нуқталарини аниқлаш пальпацияси ўтказилади.

Қоринда оғриқ овқат қабул қилиш ёки овқат билан боғлиқ бўлмаган ҳолда юзага келиши мумкин. Эрта оғриқлар гастрит, эзофагитларда кузатилади. Кечки оғриқлар - гастродуоденитлар, яраларда бўлади. Оғриқ локализасияси алоҳида аҳамиятга эга. Эпигастрал соҳадаги оғриқлар эзофагит ва гастритга характерли, пилородуоденал соҳадаги оғриқлар - антрал гастрит, гастродуоденит ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигига хос. Ўнг қовурга ости соҳасидаги оғриқлар ўт ажратиш йўллари касаллигига характерли. Киндикдан юқори ва чапда белбоқсимон оғриқлар панкреатитда кузатилади. қориннинг ҳамма қисмида оғриқлар энтероколитларда кузатилади. Ўнг ёнбош соҳасидаги оғриқлар аппендисит, проксимал колит, илеитга хос. Қорин палпасияси оғриқли нуқталар ва олдинги қорин деворидаги оғриқли соҳаларни аниқлайди, улар орқали қайси орган зарарланганлиги тўғрисида билиб олиш мумкин.

Шоффар зонаси - иккита ўзаро перпендикуляр чизиқлар ўртасида ҳосил бўлган юқори ўнг бурчак, киндик орқали ўтади, биссектрисаларни тенг иккига бўлади. Бу ерда ошқозон ости безининг танаси жойлашади. Дежарден нуқтаси - ўнг юқори квадрантнинг биссектрисасида жойлашган. Бу ошқозон ости беzi бошчаси шикастланишида кузатиладиган оғриқ нуқтаси.

Меё-Робсон нуқтаси - чап юқори квадрант биссектрисасида жойлашган, қовургалар ёйига $1/3$ қисм етмайди. Бу ошқозон ости беzi думчаси зарарланганда кузатиладиган оғриқ нуқтаси. Болаларда ўт пуфагини пайпаслаб бўлмайди, лекин тоғридан-тоғри ўт пуфаги ва ўт юллари зарарланишини билдирадиган кўп сонли симптомлар мавжуд.

Мерфи симптоми. Текширувчи кўл бармоқларини ўт пуфаги проексияси соҳасига - қовургалар ёйининг пастки қиррасига қўяди (ўнг қорин тўғри мушагини қовургалар ёйи билан кесишган жойи). Нафас олганда бемор кучли ва бирдан юзага келувчи оғриқни сезади.

Ортнер симптоми. Нафас олганда кўл қирраси билан ўнг қовурга ости соҳасига тукуллатганда оғриқ пайдо бўлади. Бу вақтда бемор нафас чиқарганда оғриқ бўлмайди. Кучли яллиғланиш бўлса оғриқ ўнг қовурга ости соҳасига тукуллатганда ҳам сезилади.

Кер симптоми. Оддий палпасияда нафас олганда ўт пуфаги соҳасида оғриқ сезилади.

Френикус симптоми (Мюсси симптоми). Кўкрак ўмров-сўргич мушаклари оёғлари ўртасига босилганда оғриқ сезилади.

Боас симптоми. Орқада ВИИИ-умуртқадан ўнгга босилганда рефлектор оғриқ сезилади.

Мендел симптоми - букилган бармоқлар билан эпигастрал соҳага тукуллатилганда оғриқ пайдо бўлиши. Бу симптом ошқозон яра касаллигида мумбат бўлади.

Нажас ўзгариши. Болаларда энг кўп учрайдиган шикоятлардан бири нажас ўзгаришидир. 1,5-2 ёшда соғлом болаларда нажас консистенцияси ташқи ва ички анал сфинктерлар ва пуборектал илмоқлар ҳисобига таъминланади. Нажасни ушлаб турмаслик, дефекация рефлексининг болмаслиги, бу рефлекс билан бошқаришни бошқара олмасликка айтилади. Дефекация актида орқа миянинг бел ва думғаза қисмида жойлашган марказлар қатнашади. Бундан ташқари дефекация актида бош мия пўстлопъи қатнашади. Узунчоқ мия ИВ қоринча туби соҳасида қусиш ва нафас марказларида ҳам дефекация маркази жойлашади. Марказлар яқинлиги нафаснинг кучайиши ва қусиш рефлeksi пасайиши билан тушунтирилади, анал сфинктерлар тортилиши ва нафас тўхтаганда бошқарилмаган дефекация юз беради. Яна бир марказ варолиев кўприги (бош мия кўприги) соҳасида жойлашган. Турли хил руҳий таъсирлар натижасида ич келишининг сусайиши мумкин.

Назорат саволлари:

1. Боланинг оғиз бўшлиғи қанақа кўрилади?
2. Қоринни юзаки палпация қилиш нима?
3. Қоринни чуқур палпацияси нима мақсадда қилинади?
4. Ошқозон ости беzi палпацияси нима учун бажарилади?
5. Жигар нормада неча ёшгача қовурғалар равоғидан чиқиб туради?
6. Қориинда қандай оғрик зоналари бор?
7. Жигар чегараси перкутор қанақа аниқланади?
8. Мендел симптоми нима?

8.2 Ҳазм қилиш аъзоларининг функционал бузилишлари

Ошқозон-ичак трактининг функционал бузилиши (ГИТ) ҳаётнинг биринчи ойларида болалар орасида энг кенг тарқалган муаммолардан биридир. Ушбу ҳолатларнинг ўзига хос хусусияти бу ошқозон-ичак трактдан органик ўзгаришлар (тизимли анормаллик, яллиғланиш ўзгариши, инфекциялар ёки ўсмалар) ва метаболик анормалияларнинг йўқлигида клиник белгиларнинг пайдо бўлиши. Ошқозон-ичак трактининг функционал бузилишлари билан, мотор функцияси, озиқ-овқат моддаларининг ҳазм бўлиши ва сўрилиши, шунингдек ичак микробиотасининг таркиби ва иммунитет тизимининг фаолияти ўзгариши мумкин. Функционал бузилишларнинг сабаблари кўпинча таъсирланган органнинг ташқарисида ётади ва овқат ҳазм қилиш тизимининг асабий ва ҳуморал тартибга солиниши бузилишидан келиб чиқади.

Рим ИИИ мезонларига мувофиқ болаларнинг функционал бузилишларини ўрганиш кўмитаси ва функционал бузилишлар мезонларини ишлаб чиқиш бўйича халқаро ишчи гуруҳи томонидан 2006 йилда чақалоқларда ва ҳаётнинг иккинчи йилидаги болаларда ошқозон-ичак трактининг функционал бузилишлари ўз ичига олади.

Г1. Гўдакларнинг қайд қилиши

Г2. Гўдакларда руминация синдроми

Г3. Даврий қайд қилиш синдроми

Г4. Чақалорлардаги ичак санчиғи

Г5. Функционал қабзият

Г6. Гўдакларда дефекация вақтида оғриқ ва қийинчиликлар

Г7. Функционал қабзият

Чақалоқларда, айниқса ҳаётнинг биринчи 6 ойида, энг кўп учрайдиган ҳолатлар - бу регургитация, ичак коликаси ва функционал ич қотиши. Болаларнинг ярмидан кўпида улар турли хил комбинацияларда, камрок учрайди - битта алоҳида симптом сифатида. Функционал бузилишнинг сабаблари овқат ҳазм қилиш тизимидаги турли жараёнларга таъсир қилганлиги сабабли, битта болада симптомларнинг комбинацияси табиий кўринади. Шундай қилиб, гипоксиядан сўнг вегетатив-висцерал бузилишлар гипер- ёки гипотоник турга қараб ўзгарувчанлиги ва регуляцияга олиб келадиган тартибга солувчи пептидлар фаолиятида бузилишлар (спазм ёки бўш сфинктерлар натижасида), колик (газ ҳосил бўлишининг ошиши билан ошқозон-ичак тизимининг бузилиши) ва ич қотиши (гипотоник), ёки ичак спазмидан келиб чиққан ҳолда). Клиник кўриниш, таъсирланган энтероцитларнинг ферментатив фаоллигининг пасайиши ва ичак микробиоценозининг ўзгаришига олиб келадиган озуқа моддаларини ҳазм қилиш бузилиши билан боғлиқ аломатлар билан кучаяди.

Ошқозон-ичак трактининг функционал бузилишларининг сабабларини икки гуруҳга бўлиш мумкин: онаси ва бола билан боғлиқ бўлганлар. Абабларнинг биринчи гуруҳига қуйидагилар киради:

- оғир акушерлик тарихи;
- аёлнинг ҳиссий қобиляти ва оиладаги стрессли вазият;

А эмизикли онанинг овқатланишидаги хатолар;

Натурал табиий ва сунъий озиклантириш пайтида боқиш ва ҳаддан ташқари озиклантириш техникасини бузиш;

Милк сут аралашмаларини нотўғри суюлтириш;

- чекадиган аёллар.

Бола билан боғлиқ сабаблар:

Овқат ҳазм қилиш тизимининг анатомик ва функционал этишмовчилиги (қорин бўшлиғидаги қисқа қизилўнгач, сфинктер этишмовчилиги, фермент фаоллигининг пасайиши, ошқозон-ичак трактининг мувофиқлаштирилмаган иши ва бошқалар);

Марказий ва периферик асаб тизимининг (ичакларнинг) номукамаллиги туфайли овқат ҳазм қилиш трактининг ишлаши бузилиши;

Мисро ичак микробиотасининг шаклланиш хусусиятлари;

Регургитация, колик ва нажас белгиларининг тез-тез ва жиддий сабаблари гипоксия (мия ишемиясининг вегетовисерал кўриниши), лактаза этишмовчилиги ва ошқозон-ичак аллергияси шаклидир. Кўпинча, бу ёки бошқа даражада, улар битта болада кузатилади, чунки гипоксия оқибатлари фермент фаоллигининг пасайиши ва ингичка ичакнинг ўтказувчанлигининг ошиши ҳисобланади.

Регургитация (регургитация) деганда меъда таркибидаги суюқликнинг қизилўнгач ва оғиз бўшлиғига ўз-ўзидан тушиши тушунилади.

Ҳаётнинг биринчи йилидаги болаларда регуржитация синдромининг частотаси, бир неча тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, 18% дан 50% гача. Асосан регуржитация ҳаётнинг биринчи 4-5 ойларида кузатилади, 6-7 ойлигида камроқ зичроқ озиқ-овқат маҳсулотларини киритгандан кейин кузатилади - ҳаётнинг биринчи йилининг охирида деярли йўқ бўлиб кетганда, бола вақтнинг катта қисмини тик ҳолатда (ўтирган ёки турган).

Гўдаклардаги ошқозон-ичак трактининг кейинги кенг тарқалган касаллиги - ичак коликаси - бу кунига камида 3 соат давом этадиган боланинг оғриқли йиғлаши ва хавотирланишлари, ҳафтасига камида 3 маротаба. Одатда уларнинг дебюти ҳаётнинг 2-3 ҳафтасига тўғри келади ва иккинчи ойда яқунланиб, 3-4 ойдан кейин аста-секин йўқ бўлиб кетади. Ичакдаги колик учун энг одатий вақт - бу кечки соатлар. Йиғламоқ хуружлари юзага келади ва тўсатдан, ҳеч қандай ташқи кўзғатувчи сабабларсиз тугайди.

Ичакдаги санчиқнинг учраши, турли манбаларга кўра, 20% дан 70% гача. Узоқ вақт давомида ўрганилганига қарамай, ичак санчиқнинг этиологияси аниқ эмас.

Ичак коликаси ўткир оғриқли қичқирик билан ифодаланади, юзнинг кизариши билан бирга келади, бола мажбуран позициясини эгаллайди, оёқларини ошқозонига босиб туради, газлар ва нажасларнинг ўтиши билан боғлиқ қийинчиликлар мавжуд. Эътиборли енгиллик ичак ҳаракатидан кейин содир бўлади.

Ичакдаги колик эпизодлари ота-оналарни жиддий ташвишга солади, ҳатто боланинг иштаҳаси бузилмаса ҳам, вазн чизиғининг нормал кўрсаткичларига эга, яхши ўсади ва ривожланади.

Деярли бир хил частотали ичак коликаси ҳам табиий, ҳам сунъий озиқлантиришда учрайди. Таъкидланишича, туғилиш ва чақалоқнинг ҳомиладорлик ёшидаги тана вазни қанча кам бўлса, бу ҳолатни ривожланиш хавфи шунча юқори бўлади.

Сўнгги йилларда колик пайдо бўлишида ичак микрофлорасининг ролига катта эътибор берилмоқда. Шундай қилиб, ушбу функционал бузуклик билан оғриган болаларда ичак микробиота таркибидаги ўзгаришлар аниқланиб, уларда оппортунистик микроорганизмлар сонининг кўпайиши ва ҳимоя флораси - бифидобактериялар ва айниқса лактобактериялар камайиши билан тавсифланади. Протеолитик анаэроб микрофлоранинг ўсиши потенциал ситотоксикликка эга бўлган газларни ишлаб чиқариш билан бирга келади. Қаттиқ ичак коликаси бўлган болаларда кўпинча калпротектин, яллиғланиш оксиленинг даражаси ошади.

Функционал ич қотиш энг кенг тарқалган ичак функцияларидан биридир ва ҳаётнинг биринчи йилидаги болаларнинг 20-35 фоизида аниқланади.

Кабзлик деганда, индивидуал физиологик меъёр билан таққослаганда, ичак ҳаракатлари орасидаги интервалларнинг ортиши ва / ёки мунтазам равишда тўлиқ бўлмаган ичак ҳаракати тушунилади.

Болаларда нажаснинг частотаси нормал деб ҳисобланади, агар 0 дан 4 ойгача, кунига 7 дан 1 гача дефекация ҳаракати содир бўлса, 4 ойдан 2 ёшгача - 3 дан 1 гача ичак ҳаракати. Кичкинтойларда дефекация бузилишлари диссезияни ҳам ўз ичига олади - тос бўшлиғи мушакларининг дисгинацияси туфайли оғриқли дефекация ва нажасни юмшоқ тутарллик, катта диаметр ва ҳажм нажаси билан бирлаштирилган ичак ҳаракатлари орасидаги интервалларнинг кўпайиши билан тавсифланадиган нажасни функционал ушлаб туриш.

Чақалоқларда ич қотишининг ривожланиш механизмида йўғон ичак дискинези катта рол ўйнайди. Ҳаётнинг биринчи йилидаги болаларда ич қотишнинг энг кўп учрайдиган сабаби бу овқатланишнинг бузилиши.

Функционал бузилишлар ва патологик шароитлар ўртасида аниқ белгиланган чегаранинг йўқлиги, шунингдек, узоқ муддатли оқибатларнинг мавжудлиги (сурункали яллиғланишли гастроентерологик касалликлар, сурункали ич қотиши, аллергия касалликлар, уйқу бузилиши, психо-эмоционал соҳадаги бузилишлар ва бошқалар) ушбу ҳолатларни аниқлаш ва даволашга эҳтиёткорлик билан ёндашишни талаб қилади.

Ошқозон-ичак трактининг функционал бузилишлари бўлган чақалоқларни даволаш мураккаб ва бир қатор кетма-кет босқичларни ўз ичига олади:

Тушунтириш ишлари ва ота-оналарга психологик ёрдам;

- парҳез терапияси;
- дори терапияси (патогенетик ва синдромик);

Номедикаментоз даволаниш: терапевтик массаж, сувда машқ бажариш, куруқ намлантириш, мусиқа терапияси, ароматерапия, аеронотерапия.

Регургитациянинг мавжудлиги симптоматик позицион (постурал) терапияни қўллашни талаб қилади - бола танасининг ҳолатини ўзгартириш, бу рефлюкс даражасини пасайтиришга ва қизилўнгачни ошқозон таркибидан тозалашга ёрдам беради, шу билан қизилўнгач ва аспирацион пневмония хавфини камайтиради. Болани боқиш ўтирган ҳолатда бўлиши керак, боланинг танаси 45-60 ° бурчак остида.

Озиқлантиришдан кейин болани тик ҳолатда ва этарлича узоқ вақт, ҳаво чиқиб кетгунга қадар камида 20-30 дақиқа ушлаб туриш тавсия этилади. Постурал даволаш нафақат кун давомида, балки тунда ҳам, перисталтик тўлқинлар йўқлиги (ютиш актидан келиб чиққан) ва тупурикни зарарсизлантирувчи таъсири туфайли пастки қизилўнгачни аспиратдан тозалаш бузилганида ҳам амалга оширилиши керак.

Болаларда ошқозон-ичак трактининг функционал бузилишларини даволашда этакчи ўрин клиник овқатланишга тегишли. Диетотерапиянинг мақсади, биринчи навбатда, болани овқатлантириш турига боғлиқ.

Табиий озиқлантириш билан, биринчи навбатда, эмизикли она учун лактацияни сақлаб туришга, чақалоқнинг овқатланиш режимини нормаллаштиришга, ортиқча овқатланишни ва аерофагияни йўқ қилишга қаратилган тинч муҳитни яратиш керак. Ичаклардаги газ ишлаб чиқаришни кўпайтирадиган маҳсулотлар (ширинликлар: шакарламалар, сутли чой, узум,

пишлоқ ва пишлоқлар, алкогольсиз ширин ичимликлар) ва экстрактив моддаларга бой (гўшт ва балиқ булёнлари, пиёз, саримсоқ, консерва, тузланган, тузланган) она овқатланишидан чиқариб ташланади., колбаса).

Шуни эсда тутиш керакки, ҳатто ошқозон-ичак трактининг функционал бузилиши ҳам болани аралаш ёки сунъий озиклантиришга ўтказиш учун кўрсатма эмас. Аломатларнинг сақланиб қолиши болани қўшимча чуқур текширув учун кўрсатма ҳисобланади.

Назорат саволлари:

1. Ошқозон-ичак трактининг функционал бузилишлари қандай?
2. Функционал бузилишларнинг ривожланишига нима сабаб бўлади?
3. Гўдаклар ва ҳаётнинг иккинчи йилидаги болаларда ошқозон-ичак трактининг функционал бузилишлари билан қандай боғлиқлик мавжуд?
4. Ичак коликаси нима?
5. Ичак тасирланиш синдромининг аломатлари қандай?
6. ИЦни дифференциал ташҳис қилиш учун қандай касалликлардан фойдаланиш керак?

8.3 Оқсил-энергетик этишмовчилиги

Оқсил – энергетик этишмовчилик – бола озикланишида этишмовчилик натижасида юзага келади, тана вазнининг этишмовчилиги ёки ўсишдан тўхташи, тери ости қатламининг тезлик билан камайиши, тана пропорциясини ўзгариши, озикланиш, моддалар алмашинувининг бузилиши, турли касалликларга чалинувчанлик, физик ва нерв-психик ривожланишдан орқада қолиш билан характерланади.

КХТ-10:

E40-E 46. Озикланишнинг бузилиши (Гипотрофия: пренатал, постнатал).

E40.Квашиоркор.

E41.Алиментар маразм.

E42. Маразматик квашиоркор.

E43. Аниқланмаган оғир оқсил-энергетик этишмовчилик.

E44. Оқсил – энергетик этишмовчилик суси аниқланмаган шакли.

E45. Оқсил – энергетик этишмовчиликка боғлиқ бўлган ривожланишнинг тўхташи.

E46. Аниқланмаган оғир оқсил-энергетик этишмовчилик.

Шикоят: Патологияга боғлиқ ҳолда озикланишнинг бузилишига олиб келадиган ҳолат: Вазн ва бўйга кам қўшилиш, иштаха сустлиги, овқатдан бош тортиш, қусиш, кўнгил айниши, қорин дамланиши, нажасни суяк ажралиши, қабзият, нажаснинг кўп ажралиши, қоринда оғриқлар, шишлар, талваса, йўтал, хансираш, узоқ вақт истмалаш, безовталиқ, тери қуриши, соч тўкилиши, тирноқлар деформацияси, холсизлик.

Анамнез: Беморда касалликни аниқлаш, ОЕЎ олиб келадиган ҳолатлар.

Клиник мезонлар:

- Физик ҳолатни баҳолаш(стандарт тана вазнларига, тана узунлигига мос келиш ва б.) сентил жадвалига асосан;

- Соматик ва эмоционал ҳолатни баҳолаш (тириклик, атрофдигаларга эътибори, касалланиш ва б.);
- Тери қопламларини баҳолаш (ранпар, курук, тошмалар борлиги ва б.);
- Шиллиқ қаватларини баҳолаш (афталар, молочница ва б.);
- Тўқималар тургорлигини баҳолаш;

Болаларни жисмоний ривожланишини баҳолашда қуйидаги кўрсаткичларни ҳисобга олиш керак:

4. Морфологик кўрсаткичлар: тана вазни ва бўйи, кўкрак қафаси айланаси, 3 ёшгача бўлган болаларда бош айланаси.

5. Функционал кўрсаткичлар: ўпканинг тириклик сигими, бармоқлар мушак кучи ва бошқалар.

6. Мушаклар ва мушак тонуси ривожланиши, қадди-қомат ҳолати, таянч-ҳаракат аппарати, тери ости ёғ қатлами ривожланиши, тўқималар тургори.

Тана узунлиги. Тана узунлиги кўрсаткичи жисмоний ривожланиш бошқа кўрсаткичларга нисбатан стабил ҳисобланади. Бола ҳаётининг биринчи 3 ойлигида бўйи энг юқори темпига чиқади.

Бола тўғри ривожланганда биринчи ойларида бйининг ўсиши 11-12 см, уч ёшлигида – 8 см, 4 ёшда – 6 см. 4 ёшда боланинг бўйи 100 см га этади. Кейинчалик (10 ёшгача) бўйининг ўсганлигини аниқлаш учун қуйидаги формуладан қўлланилади:

$$P = 100 \text{ см} + 6 (n-4),$$

n – боланинг ёши, 6 – ўртача ҳар йили қўшиладиган бўйи узунлиги, см. Энг интенсив бўйи 5-7 ёшга ва жинсий шаклланиш бошланиш даврига тўғри келади. 12 ёшдан катта болаларда озиқланиш статусини тана индекси асосида баҳолаш.

Тери – ости қатламини баҳолаш (камайиши ёки йўқлиги):

И даража ОЕЙ – қорин кичрайиши;

ИИ даража ОЕЙ – қорин ва қўл-оёқларда камайиши;

ИИИ даража ОЕЙ юз, қорин, бел ва қўл-оёқларда камайиши.

20-Жадвал

12 ёшдан катта болаларда тана вазни индекси бўйича овқатланиш ҳолатини баҳолаш (Гурова М.М., Хмелевская И.Г., 2003)

<i>Озиқланиш бузилиш турлари</i>	<i>даражалар</i>	<i>Тана вазн индекси</i>
Семириш	И	27,5–29,9
	ИИ	30–40
	ИИИ	>40
Озиқланиш ортиши		23,0–27,4
Норма		19,5–22,9
Озиқланиш камайиши		18,5–19,4
ОЕЙ	И	17–18,4
	ИИ	15–16,9
	ИИИ	<15

Физикал ва лаборатор текширувлар: физик ва нерв-психик ривожланишдан орқада қолиш.

ОЕИ I даража – болани диққат билан кўрилганда аниқланади. Одатда боланинг аҳволи қониқарли, иштаҳаси нисбатан пасайган, териси силлиқ, эластик, оқимтир, ички аъзолари ва физиологик чиқаришлари ўзгаришсиз. Тўқималар тургори пасайган, қоринда тери ости ёғ қавати нормадан паст, лекин юзида ва қўл-оёқларида сақланган. Тана вазни танқислиги ўртача кўрсаткич билан таққосланганда 10-20%ни ташкил қилади. Қонни текширилганда диспротеинемия ва озуқа ферментлари активлигининг пасайиши аниқланади. Рахит ва дефицит анемиялар симптоми.

ОЕИ III даража – бола активлиги ва эмоционал тонусининг пасайиши, апатия, ланжлик, адинамия, нутқ ва психомотор функцияларнинг орқада қолиши, иштаҳанинг пасайиши билан кечади. Териси оқимтир, куруқ, қипиқланган. Тўқима эластиклиги ва тургори, шунингдек, мушак тонуси пасайган. Тери ости ёғ қавати юзида сақланган, лекин нисбатан камайган ёки қоринда ва қўл-оёқларида бўлмайди. Тана вазни танқислиги бўйига нисбатан 20-30%ни ташкил қилади, бўйи 2-4 см орқада қолган. Тана вазни ортишининг эгри чизиғи яссиланган. Сутка давомида тана ҳароратининг ўзгариши (1°C) ва оёқ-қўлларининг доимий совуқлиги терморегулясия бузилишидан гувоҳлик беради. Кўп ҳолларда тахипное, аритмик дағал нафас, юрак тонлари бўғиқлиги, тахикардияга мойиллик ва артериал гипотензия аниқланади. Болани мажбурий эмизилганда бола қайд қилади, баъзида қабзият кузатилади. Кўп ҳолларда интеркуррент касалликлар кўшилади (масалан, отит, пиелонефрит, пневмония). Лаборатор текширилганда гипохром анемия, гипо- ва диспротеинемия, озуқа ферментлари фаоллигининг аниқ пасайганлиги кузатилади. Ёндош соматик патологиялар (пневмония, отит, пиелонефрит), дефицит ҳолатлар.

ОЕИ IIII даража – бола умумий аҳволининг яққол бузилиши билан кузатилади: уйқучанлик, лоқайдлик, кўзғалувчанлик, негативизм, ривожланишдан яққол орқада қолиш, орттирилган кўникмаларни бажара олмаслик, анорексия. Боланининг ташқи кўриниши скелетни эслатади, териси куруқ, оқ – кул рангда, думба ва сонларида осилган бурмалар аниқланади. Юзи қарияларникига ўхшаш, бужмайган, учбурчак шаклида. Тери ости ёғ қавати ҳамма жойда йўқолган, лунжида ҳам, болаларга хос бўлган, Биш ёғ тўплами йўқолади. Тўқималар тургори бутунлай сусайган, мушаклар атрофияланган, лекин уларнинг тонуси одатдагидек, электролитлар мувозанатининг бузилиши ва неврологик бузилишлар ҳисобига юқори бўлади. Тана вазни танқислиги 30% ва ундан кўпни ташкил этади, тана вазни ортишининг эгри чизиғи текис ёки пасайган. Бўйи ёш нормасига нисбатан 7-10 смга пасайган. Сувсизланиш белгилари яққол кўринади: чанқаш, катта лиқилдоқ ва кўз олмалари чўкиши, афония, конъюнктивалар ва шох парда қуриқ, лаб шиллиқ қаватлари яққол бўялган, оғиз бурчагида ёриқлар (қарға оғзи). Тана ҳарорати одатда пасайган ва атроф-муҳит ҳароратига боғлиқ ҳолда ўзгаради, баъзида субфебрилгача

кўтарилади. Қўл - оёқлари совуқ. Нафас юзаки ва аритмик. Кўп ҳолларда белгисиз ателектаз ва гипостатик пневмония аниқланади. Пулси секинлашган, кучсиз, артериал босим пасаяди, юрак тонлари бўғиқ. Қорни тортилган ёки дам ва зўриққан. Жигар ва қора талоқ ўлчамлари кичрайган. Ҳар доим ошқозон-ичак трактининг дискинетик бузилишлари аниқланади: қайд қилиш, қусиш, тезлашган суюқ нажас. Пешоб ажралиши камайган, оз миқдорда чиқади.

Даволаш мақсади:

- ОЕЙка олиб келувчи омилларни элиминация,;
- Бола ҳолатини назорат қилиш;
- Оптимирланган диетатерапия;
- алмаштирувчи терапия (ферментлар, витаминлар, микроэлементлар);
- сустрлашган иммун тизимни тиклаш;
- Хамкор касалликни ва асоратини даволаш;
- Мунтазам режимни ташкиллаштириш, парвариш, массаж, ЛФК;

Даволаш тактикаси:

- И даражали ОЕЙ бор болалар уларни ёшига мос одатдаги кун тартибини ўзгартирмаган ҳолда маҳалла шифокори кузатувида уйда даволанади;
- ИИ ва ИИИ даражали ОЕЙ билан оғриган болаларни даволаш шифохонада олиб борилади, энгил кун тартибига риоя қилинади: болани барча ортиқча кўзгатувчилардан (ёруғлик, овоз ва бошқалар) чегаралаш тавсия этилади. Болани алоҳида боксада, оптимал микроклимат шароитида (ҳаво температураси 27-30 С°, намлиги 60-70%, хона тез-тез шамоллатиб турилади); онаси бола билан бирга госпитализация қилинади. Сайр вақтида болани қўлда кўтариш лозим, оёқ - қўллари иссиқ бўлишини кузатиш керак;
- ИИИ даражали ОЕЙ, асосан мушак гипертонусида, массажни ниҳоятда эҳтиёткорлик билан ўтказиш лозим ва фақат силаш тури тавсия қилинади.
- Парҳезни “ёшартириш”- кичик ёшдаги болаларга мўлжалланган озуқа махсулотларини қўллаш (кўкрак сути, асосида оқсил гидролизатлари бўлган, нордон сутли адаптирланган аралашмалар);
- Болани тез-тез эмизиш (масалан, ИИИ даражали гипотрофияда суткада 10 марта) битта қабулдаги овқат миқдорини камайтириш билан олиб борилади;
- Ҳафталик озуқа юкламасини ҳисоблаш, оқсил, ёғ ва углеводларни тана вазнининг ортишини ҳисобга олиб коррексия қилиш;
- Давони ўз вақтида коррексия қилишни доимий кузатиш (озуқа кундалигида озуқа миқдори, ичилган суюқлик, диурез ва нажас характери кўрсатилади; “вазн қийшиқлигини” тузиш, копрологик текшириш ва бошқалар).

Номедикаментоз даволаш:

- Уйқуни оптималлаштириш, ёшга мос равишда, хонани тез-тез шамоллатиш, ёрқинлигини таъминлаш, суткада икки марта хонани нам тозалаш, Хона хароратини 25–26° С сақлаш.

Жараённи олдатит олти:

- Оптимал парвариш;

- Доимий тиббий кўрик;
- Тўғри озикланишни таъминлаш
- Озуқа таркиби витаминлар керакли моддаларга бой бўлиши керак;
- Витамин ва минераллар;

Кейинги кузатув (стационардан кейин):

- Озикланиш рационини кенгайтириш;
- Тан вазни ва бўй узунлигига қўшилишини назорат қилиш;
- Сенсорли стимуляция ва рухий далад бериш;
- Реобилитация қилиш;

Назорат саволлари:

1. Оқсил-энергетик етишмовчилик нима?
2. Оқсил-энергетик етишмовчилик ривожланишига олиб келувчи сабаблар нима?
3. Оқсил-энергетик етишмовчиликда марказий асаб тизим зарарланиши ния билан намоён бўлади?
4. Оқсил-энергетик етишмовчиликни даволаш принциплари қандай?
5. Оқсил-энергетик етишмовчиликнинг номедикаментоз давоси нимадан иборат?
6. Оқсил-энергетик етишмовчиликнинг профилактикаси қанақа?

IX. Сийдик ҳосил қилиш ва чиқариш тизимининг анатома-физиологик хусусиятлари

Чақалоқларда ва ко'крак ёшидаги болаларда буйрак думалоқ шаклда, бўлакча тузилишига эгаллиги ҳисобига унинг юзаси ғадир - будур, у пўстлоқ қисмининг бу ёшда етарли ривожланмаганидан далолат беради. Буйракларнинг болакча тузилиши 2-3 ёшгача сақланади. Чақалоқларда буйраклар узунлиги 4,2 см, вазни -12 г. Ко'крак ёшида буйраклар ўлчами 1,5 мартага ортади, вазни 37 гр га етади.

Буйракнинг ўсиши асосан бола ҳайўтининг биринчи йилида кузатилади. 5-9 ёшлик даврида ва асосан 16-19 ёшда буйраклар ўлчами пўстлоқ қисмининг ривожланиши ҳисобига ортади, бу пубертат даври тугагунича давом этади; мақиз қисмининг ўсиши 12 ёшда тўхтади. Буйрак пўстлоқ қисми оқирлиги эгилувчан каналчалар узунлиги ва кенглигининг ортиши ва нефрон чиқувчи қисмининг ўсиши ҳисобига катталашади. Чақалоқларда буйрак жомчалари кенг ва ампуласимон. Буйраклар фиброз капсуласи бола ҳаётининг 5 ёшида аниқ билинади, 10-14 ёшларда худди катталарникидек бўлади. Чақалоқларда буйрак пардаси қавати юпқа, бола ёши улғайган сари секин-аста қалинлашади.

Сийдик ҳосил бўлишининг функционал хусусиятлари.

Ҳозирги вақтда сийдик ҳосил болишига филтрасия, реабсорбсия ва секретсия жараёнларининг йиғиндиси деб қаралади. Кўптокчаларда плазма филтрасияси ва бирламчи сийдик ҳосил бўлиши фаол филтрасион босим таъсирида юз беради. Самарали филтрасион босим 6 дан 26 мм. Симоб устинигача болиши мумкин. Бирламчи сийдик таркибида бир оз оқсил бўлган плазманинг филтроти ҳисобланади. Чақалоқлар ҳаётининг биринчи

ойларида кўптокча филтратининг ҳажми кўптокча филтрасион юзаси ўлчамининг кичиклиги ва унинг қалинлиги, филтрасион босим пастлиги ҳисобига кам бўлади. Бу болаларда коптокчаларнинг филтрасия қиймати креатинин клиренси бўйича 30-50 мл/мин, 1 ёшда катталар кўрсаткичига етади (80-120 мл/мин), лекин бу ёшда амплитуда ўзгариши бўлмайди. Нефроннинг дистал қисмида реабсорбсия ва секретсия жараёни юз беради, у проксимал каналча, Генли қовузлоғи, дистал каналчадан иборат. Проксимал каналчада бирламчи филтратдан 100% глюкоза, фосфатлар, калий, аминокислота, оксил, 80-85%- сув, натрий, хлорнинг қайта сорилиши вужудга келади. Бу болимда юқори молекулярли ёт моддалар фаол секретсияси юз беради (диотраст ва бошқалар.)

Генли қовузлоғи буйракнинг мақиз қаватида юқори осмотик активлик муҳитини тиклашда қарама - қарши ёналишли бурилиш тизими ҳисобига муҳим вазифани ўтайди. Унда сув ва натрий реабсорбсияси юз беради. Дистал каналчаларда 14% филтрланган сув, бикарбонатлар, натрий ҳам реабсорбсияланади. Бу қисмда H^+ ва K^+ ионлари секретсияси, ёт моддалар экскретсияси (бо'ёқ, антибиотиклар ва бошқалар) вужудга келади. Сийдикнинг қўшимча концентрацияси йиғувчи найларда вужудга келади. Болалик даврида буйракнинг функционал етуклиги нисбатан эрта юзага чиқади. Бир ёшда юқори зўриқиш шароитида сийдикни осмотик концентрлашуви катталарникига яқинроқ бўлади. Каналчалар секретсияси ва реабсорбсияси 1-1,5 ёшда катталарникига яқин бўлади. Бола ҳаётининг биринчи йилида чиқиндилар миқдорини чиқариш учун, катталарга нисбатан кўп сув ичиш талаб этилади, чунки буйракнинг концентрасион функцияси паст бўлади. Бола ҳаётининг биринчи ойларида унинг буйраклари организмдан кўп сувни чиқаришга қодир эмас. Шунини таъкидлаш лозимки, кўкрак сути билан овқатлантирилган болалар концентранган сийдик ҳосил бўлишига зарурат йўқ, уларда анаболик жараённинг устунлиги туфайли овқат билан кирадиган кўпгина моддалар охириги маҳсулотга айлантирилмайди (буйрак орқали чиқарилишга эга) ва улар организмда тўлик ҳазм бўлади. Сунъий овқатлантирилганда буйраклар катта зўриқиш билан ишлайди, чунки оксил туфайли зориқиш бирдан котарилади, чиқинди маҳсулотлар сони кўпаяди, қон pHи асидоз томонга силжийди.

Эрта ёшдаги болаларда кислотали - ишқорий ҳолат назоратида буйракнинг самарадорлиги катталарга қараганда паст. Шу билан бирга, бола буйраги кислотали радикалларни 2 марта кам ажратади, бу турли касалликларда асидозни тез ривожланишига сабаб бўлади.

Эрта ёшдаги болаларда буйракларнинг кислота-ишқор ҳолатни назорат қилиши катталарникига қараганда кам. Чақалоклар ва кўкрак ёшидаги болалардаги найчалар аппарати реабсорбсион функциясининг етарли эмаслиги дистал нефрон эпителиясининг етилмаганлиги ва унинг антидиуретик гормонга реакциясининг пастлигига боғлиқ.

9.1 Текшириш усуллари ва зарарланиш семиотикаси

Буйрак палпасияси. В.П. Образсов бўйича болани горизонтал ва вертикал ҳолатда бимануал, чуқур палпасияси бажарилади (палпасия катта ёшдаги болаларда вертикал ҳолатда ўтказилади). Бола орқаси билан ётиб, оёғларини енгил букади. Текширувчи чап қўлини бармоқлари билан бирга боланинг бели тагига қовургалар равоқи пастки қирраси соҳасига қўяди. ҳолларини аста-секин олд ва орқа қорин деворига теккунча яқинлаштиради. қўл теккандан кейин бола чуқур нафас олади - буйракнинг пастки қисми пайпасланади. Чап буйракни пайпаслаш учун чап қўл чап бел соҳасига ҳаракатлантирилади.

Бола тик турган ҳолда буйрак палпасияси (С.П. Боткин бойича) техникаси: бола тўғри бурчак остида энгашади, қўлини пастга туширади. Текширувчи чап қўлини боланинг бели тагига қўяди, ўнг қўлини қорин тўғри мушагидан ташқарига қовургалар равоқи тоғрисиغا қўяди. Палпасия техникаси худди бола ётган ҳолатдагидек ўтказилади. Соғлом болаларда буйраклар сезилмайди.

Перкуссия. Перкуссия ёрдамида қорин бўшлиғидаги эркин суюқлик борлиги ва сийдик қопининг юқори чегараси аниқланади. Сийдик қопининг юқори чегарасини аниқлаш учун тўғридан-тўғри қориннинг оқ чизиги бойлаб киндикдан пастга перкуссия отқазилади, плессиметр-бармоқ қориннинг пастки чегарасига параллел жойлаштирилади. Сийдик қопи тўлган бўлса, қовуқ устида тўмтоқ перкутор товуш аниқланади, агар сийдик қопи кўпроқ тўлган бўлса, қовуқдан юқорида ҳам тўмтоқ товуш эшитилади. Перкутор товуш қисқарган болса, сийдик қопи бўшагандан кейин қайта перкуссия қилиш керак. қориннинг оқ чизиги бўйлаб, киндикдан қовга қараб ҳам перкуссия ўтқазилши мумкин.

Пастернаский симптоми - (буйрак соҳасида огрикни аниқлаш) - букилган бармоқлар билан умуртқа поғонасининг икки томонидан бел соҳасига симметрик ҳолатда тукуллатиб урилади. Катта ёшдаги болаларда тукуллатиш ўнг қўл кафти қирраси билан чап қўл бармоқлари устига, бел соҳасига қўйилган қўл устида отқазилади. Соғлом болаларда Пастернаский симптоми манфий.

Болаларда турли ёш даврларида сийдик миқдори ва кимёвий таркиби турли хил бўлади. Сийдикнинг миқдори кўп сабабларга боғлиқ - суюқлик қабул қилиш тартиби, ҳаво ҳарорати (юқори ҳароратда сийдик миқдори камаяди, паст ҳароратда аксинча, сийдик миқдори кўпаяди). Болаларда сийдик ҳосил бўлишининг хусусияти - сийдик зичлиги пастлиги ҳисобланади. Маълумки, сийдик зичлиги каналча аппаратининг реабсорбцион функцияси билан характерланади. Сийдик зичлиги ва унинг осмолярлиги ўртасида нисбий боғлиқлик мавжуд.

Соғлом болада сийдик осмолярлиги 1200 мг/кг (бир ёшгача - 400-600 мг/кг) га етади. Суткалик осмотик юклама нинг экскресияси учун сийдик ҳажми 400 млдан кам бўлмаслиги керак. Кам диурезда азот маҳсулотларининг ушланиб қолиши кузатилади.

Олигаурия - сийдик суткалик миқдорининг камайиши - сийдик ажралиши йўки ишлаб чиқарилишининг бузилиши белгиси (суткада диурез

0,5 мл/кг/гр йўки 250мл/м² тана юзасидан кичик). Ренал олди, ренал ва постренал турларига бўлинади.

21-Жадвал

Болаларда сутка давомида ажраладиган сийдик миқдори (ёшга боғлиқ холда)

<i>Ёши</i>	<i>Сийдик миқдори, мл</i>
1-3 ой	170-590
4-6 ой	250
7-9 ой	275
10-12 ой	740
1-5 ёш	600
5-10 ёш	700
10-14 ёш	1000 - 1500

22-Жадвал

Болаларда сийдикнинг нисбий оғирлиги (ёшига боғлиқ холда)

<i>Ёши</i>	<i>Сийдик миқдори, мл</i>
Чақалоқлар	1018-1020
6-10 ой	1003-1005
2-5 ёш	1009-1016
5 ёшдан катта	1011-1025

Ренал олди сабабларидан энг кўп учрайдигани буйрак перфузияси етишмовчилиги: хужайра ташқариси суюқлик хажмининг камайиши, бу натрийни йўқотиш (қусиш, ич кетиш, осмотик диурез, куйиш, кўп тер ажралиши, тоқималарнинг ўткир эндоген ёки экзоген зараланишида шок буйрак ва бошқалар), қон циркуляцияси хажмининг пасайиши (қон кетиш, гипоалбуминемия, сепсис), юрак уриши пасайиши (миокард касаллиги, юрак нуқсонлари, перикардит), буйрак томирлари зарарланиши (буйрак артерияси патологияси, нефросклероз, васкулит.). Ренал олигаурия буйрак касалликлари учун характерли: гломерулонефрит, ўткир интерстициал нефрит, каналчалар ўткир некрози, нефротоксик моддалар билан захарланиш, томирлар патологияси (емболия, инфекцион эндокардит, системли васкулит, гемолитик-уремик синдром (ГУС) ва бошқалар.).

Постренал олигаурия - сийдик айириш ёллари обструкцияси билан боғлиқ ҳолларда кузатилади (сийдик тош касалликларида сийдик найининг тош билан обструкцияси, қон қуйқалари билан, ўсмалар, сийдик чиқарув канали стриктураси, сийдик чиқарув канали стенози, простата безининг касалликлари ва бошқалар). Олигаурия овқат билан етарли миқдорда суюқлик берилмаганда (кўкрак ёшдаги болаларни етарли озиқлантирилмаганда), иситмалашда (перспиратио инсенсibiliс нинг кучайиши ҳисобига нафас олиш билан), қусиш ва ич кетишда, шиш,

транссудат ва экссудатлар кўпайганда кузатилади. Юрак ва буйрак касалликларида олигаурия ануриягача етади.

Диурезнинг нормадан 1/15 дан кам болиши (0,15 мл/кг дан кам) йўки унинг толиқболмаслиги анурия деб аталади. Анурия қар доим буйрак этишмовчилигидан гувоқлик беради. Олигаурия шаклларини дифференциал ташхислашда функционал синамалар йўрдам беради. Олигаурия ва анурия ўткир сийдик тутилиши билан дифференциал ташхис қилинади, унда сийдик ажралиши кучли, қийновли, оғриқли бўлади, безовталиқ якқол кўринади ва пайпасланганда сийдик қопи тўлалиги аниқланади. Болаларда ўткир сийдик тутилишини фимоз, баланопостит, сийдик қопи тоши ва сийдик чиқарув канали тоши чақиради.

Полиурия. Бунда диурезнинг нормага нисбатан 2 марта кўпайиши ёки сийдик миқдорининг суткада >1500 мл/м² дан кўп болиши тушунилади. Сув реабсорбсия коэффисиентининг 1% дан пасайиши диурезни 300-500 млга кўпайишига олиб келади. Полиурия физиологик шароитларда ҳам кузатилиши мумкин. Одатда кўп миқдорда суюқлик қабул хилганда, рухий бузилишларда (диагностикада куруқ овқатланиш синамаси ёрдам беради - бу синамада буйракнинг қонцентрацион функцияси нормада бўлади.) Полиурия қандли (сийдик билан кўп миқдорда қанд ажралиши, сийдикнинг нисбий зичлиги юқори) ва қандсиз диабетда (полидипсия, полиурия, сийдик зичлиги паст (<1005)) кузатилади. Агар сийдик зичлиги 1010 дан ошса, қандсиз диабет ташхиси қўйилмайди. Сийдик ранги ва хидининг ўзгариши. Нормал сийдик сариқ рангли ва тиниқ. Совуқ қарорат таъсирида тузлар чокмаси ҳисобига хиралашади.

Сийдик тиниқлигининг ўзгариши унда кўп миқдорда тузлар, хужайра элементлари, шиллиқ ва ёғга (липурия) боғлиқ. Агар сийдик иситилганда хиралиги кеца, бу уратларнинг кўп миқдорда эканлигини билдиради. Агар хиралиги иситилганда ёғолмаса, бир неча томчи сирка кислотаси кўсрилади - хиралиқ йўқолса фосфатлар кўплиги, кўпикланса карбонатлар кўплигини билдиради. Сийдикка аралаштирилган туз кислота кўшилса, хиралиги ёғолса бу шавелнордон тузлар борлигини билдиради, агар сийдик хиралигича қолса хужайра элементлари (чўкмани микроскопик текширишда аниқланади), сийдик кислота тузлари, шиллиқ ёғ борлигини билдиради.

Полиурияда (қандли ва қандсиз диабет, сурункали буйрак этишмовчилигида) тиниқ-сарик, рангсиз сийдик кузатилади. Сийдик тахлилида лейкоцитларнинг 6-8 тадан кўп кўринишига лейкоцитурия деб айтилади. У сийдикнинг ишқорий реакцияси билан кечади. Одатдаги сийдик тахлилларида хар доим ҳам лейкоцитурия аниқланмайди, гумон қилинганда махсус текшириш усуллари ўтказилади, улардан кенг тарқалгани Аддис-Каковский ва Нечипоренко синамаларидир.

Аддис-Каковский синамаси учун суткалик сийдик йиғилади ва қоннинг шаклли элементлари сони аниқланади (унинг суткалик хажмини ҳисобга олган ҳолда). Нормада 1 мл сийдикда лейкоцитлар 2 млндан ошмайди, эритроцитлар 1млн, цилиндрлар 100 минг.

Нечипоренко усули - амалиётда сийдикни текширишнинг энг қулай усули ҳисобланади, таҳлил учун эрталабки сийдикнинг ўрта порсияси олинади ва 1 млда шаклли элементлар сони аниқланади: 1 мл сийдикда 2 минг лейкоцитлар, 1 минг эритроцитлар топилса синама нормал саналади.

Реберг синамаси - буйракнинг филтрасион, реабсорбсион функциясини баҳолайди, минутли диурез, қон плазмаси ва сийдикда креатинин концентрациясини аниқлаш асосида ўтказилади, эндоген креатинин одамда филтрасия йўрдамида ажралади, қайта реабсорбсия қилинмайди, каналчаларда фаол секретсияга учрамайди, шу сабабли клиренс (қоннинг эндоген креатининдан тозаланиши) кўпточка филтрасияси ўлчамини белгилайди. Нормада копточка филтрасияси 85-120 мл/минга тенг. Каналчалар реабсорбсияси - 99 %ни ташкил этади.

Лейкоситурия - сийдик инфекциясининг ҳаттоки яширин кечишида ҳам, асосий белгиларидан бири. Лекин умумий сийдик анализи, Аддис-Каковский ва Нечипоренко синамалари лейкоситурия манбаини аниқлаб бермайди. Баъзида, пиелонефритни тасдиқлаш учун сийдик "актив, тирик" лейкоцитларга текширилади (Штенгеймер-Малбин хужайралари). Штенгеймер-Малбин хужайраларини топиш диагностик баҳоси нисбий, баъзида актив пиелонефритда ҳам улар аниқланмайди, бу хужайраларни топиш учун осмотик босим ва лейкоцитларнинг осмотик устунлигини аниқлаш керак.

Яширин лейкоситурияни аниқлаш учун провакасион синамалар ўтказилади, масалан, преднизолон тести. Бунинг учун Нечипоренко бўйича 4 порсия сийдик йиқилади: биринчиси вена ичига 30 мг преднизолон юборишдан 1 соат олдин ва қолган учтаси - уни юборгандан кейин хар 1 соатда. Лейкоцитларнинг абсолют сони саналади (хар бир порсия хажмини ҳисобга олган холда). Агар преднизолон юборилгандан кейин лейкоцитлар сони 3 мартага орца йўки бу хужайралар сийдик билан 4 мингдан кам холда ажралса, синама мусбат дейилади. Йирингли яллиғланишни асептиқдан дифференциал ташҳис қилиш учун (гломерулонефрит, люпус нефрит ва бошқа) лейкоцитограмма аниқланади (сийдикни сентрафугадан ўтказилган чокмаси буюм ойнасига қўйилади, гематоксилинеозин билан бўялади ва лейкоцитар формула фоизларда саналади. Сийдик чокмасида нейтрофиллар кўп бўлиши бактериял, йирингли яллиғланишга характерли. Шунини таъкидлаш лозимки, қиз болаларда лейкоситурия сийдик чиқариш аъзолари зарарланиши билан боғлиқ болмаслиги мумкин, бу "ёлқон лейкоситурия" дейилади. У жинсий аъзолар яллиғаланиши ва атрофидаги терининг зарарланиши билан боғлиқ бўлади. Яққол лейкоситурия (пиурия) буйрак ёки сийдик айириш йўллари яллиғаланиш жараёни (буйрак сили, пиелит, систит, пиелонефрит) уростаф фониде кузатилади.

Лейкоситурия сийдик тизими микробли яллиғаланиш жараёнида бактериурия билан кечади. Чин бактериурияда - 1 мл сийдикда 100 000 микроб таначалари аниқланса, сийдикни орта порсияси текширилганда, ташқи жинсий аъзолар туалетидан кейин, стерил идишга эркин сийдик ажратилса йўки 1 мл сийдикда 10. 000 дан кам бўлмаган, катетеризасияда олинган

сийдикдаги лейкоцитлар сони аниқланади. Баъзи ҳолларда нейтрофилли лейкоцитларни аниқланиши ҳам сийдикда микроб таналари борлигидан далолат беради.

Гематурия - эрталабки сийдик порсиясида корув майдонида 3 дан ортиқ эритроцитлар бўлса (Нечипоренко бойича 1 мл сийдикда 1000 дан ортиқ йўки Аддис-Каковский бўйича суткалик сийдикда 1 000 000 дан кўп) диагностика қилинади. Интенсивлигига кўра микро- ва макрогематурияга бўлинади. Микрогематурияда сийдик ранги ўзгармайди, сийдик чокмасини микроскопия қилинганда эритроцитлар (100 тагача ярим кўрикда) аниқланади. Макрогематурияда сийдик қизил ёки пушти рангда бўлади, тиниқ ёки хира (го'шт ювиндиси кўринишида) бўлиши мумкин. Буйрак гематурияси коптокча капилляларининг юқори ўтказувчанлиги билан тушунтирилади, гломеруляр мембрананинг ностабиллиги, буйрак томир ичи коагулясияси интерстициал тўқима зарарланиши билан характерланади. Гломеруляр эритроцитурия характерли белгиси мембрананинг нотекис қалинлик қоринишида озгариши (80% эритроцит). Гематурия физиологик болиши мумкин, бу спорцменларда зўриқишдан кейин унчалик кўп бўлмаган эритроцитлар миқдорнинг сийдикда пайдо болиши йўки ортостатик ҳолатларда (агар эрталабки сийдик порсиясида эритроцит бўлмаса) кузатилади. Бирламчи ёки иккиламчи буйрак шикастланганда ренал гематурия ривожланади, сийдик айириш ёллари пастки қисми касалликларида - постреналгематурия ривожланади. Гематурия алоҳида бўлиши мумкин ёки протеинурия, лейкоцитурия, цилиндрурия билан бирга келиши мумкин. Буйрак жомчаларидан уретрагача бўлган қисмдан қон кетиши изолясияланган гематурияга олиб келади, бунда сийдикда оқсил, хужайра ва цилиндрлар миқдори унчалик кўпаймайди. Изолясияланган гематуриянинг энг тарқалган сабаби тош, осма, жарохат, Ига нефропатия, сил, гемолитик анемия. Характерига қора гематурия қуйидаги шаклларга бўлинади:

- инисиал (биринчи сийдик порсиясида қон пайдо бўлиши, сийдик чиқаришнинг бошида уретранинг шикастланишидан гувоқ бўлади);
- терминал (сийдик чиқариш актининг охирида- сийдик қопи касалликларига характерли);
- тотал (сийдик чиқариш актида эритроцитларнинг бир хилда тарқалиши- гематуриянинг буйракли келиб чиқишидан далолат беради.)

Олигаурия - сийдик суткалик миқдорининг камайиши - етарли даражада суюқлик қабул қилинмаганда, иситмали касалликларда, қусиш ва ич кетиш, юрак ва қон-томир етишмовчилигида, (декомпенсация даври ва шиш пайдо бўлганда), ўткир буйрак етишмовчилигида, нефритда кузатилади.

Анурия - бунда суткалик диурез $1/15 <$ нормадан кам бўлади. Анурия хар доим буйрак етишмовчилигидан далолат беради.

Полиурия - диурезнинг нормага нисбатан 2 марта кўпайиши. Нормада $2/3$ ёки $3/4$ миқдори -суткалик сийдик кундузи ажралади, қолган миқдори- кечаси ажралади.

Никтурия - тунги ажралган сийдик миқдорининг кундузгига нисбатан ошиши. Буйрак касаллигидан далолат беради.

Гипостенурия - сийдик зичлигининг паст бўлиши (1002-1005). Кўп сууюқлик ичганда, шиш қайтганда, қандсиз диабетда, сурункали нефрит охирги босқичларида буйрак яққол буйрак етишмовчилигидан далолат беради.

Изостенурия - сийдик зичлиги қон плазмаси зичлигига баробар (1010-1012). Бу буйрак етишмовчилигининг оғир шаклини кўрсатади.

Назорат саволлари:

1. Чакалоқларда буйрак шакли қанақа?
2. Сийдик ҳосил бўлишининг функционал хусусиятлари қандай?
3. Пастернацкий симптоми нимани аниқлайди?
4. Сийдикнинг нисбий зичлиги нима?
5. Зимницкий синамаси нима?
6. Лейкоцитурия нима?
7. Мусбат Реберг синамаси нимани аниқлатади?

9.2. Пиелонефритлар

Пиелонефрит - буйракнинг носпесифик инфекцион касаллиги бўлиб, буйрак паренхимаси, интерстициал тўқима, жомчалари зарарланиши билан характерланади.

Ўткир пиелонефрит буйракнинг тубулоинтерстициал тўқимасида ўткир деструктив, микробли-яллигаланиш жараёни. Сийдик айириш тизими касалликлари орасида буйракдаги яллигаланиш жараёни 23-79% ни ташкил этади.

Пиелонефрит бирламчи ва иккиламчи, бир ёки икки томонлама, ўткир (серозли ёки йирингли), сурункали ёки ресидивланувчи бўлади.

Бирламчи пиелонефрит буйрак паренхимасининг микробли яллигаланиш жараёни бўлиб, микроорганизмлар фиксацияси ва буйрак тубуло-интерстициал тўқимасининг яллигаланиши билан кечади.

Иккиламчи пиелонефрит болаларда буйракнинг бактериал-яллигаланишли ўзгариши билан характерланади, уродинамика бузилиши ёки моддалар алмашинувидаги нефропатияда кузатилади. Пиелонефритни юқорида буюрилган вариантларга ажратиш мақсадга мувофиқ, чунки, бу адекват даво терапиясини аниқлашга ёрдам беради.

Пиелонефритни ўткир ва сурункали турларга бўлиши унинг оқибатига асосланган бўлиб, прогностик аҳамиятга эга. Масалан, ўткир пиелонефрит касаллик бошланишидан бошлаб 6 ой давомида симптомларнинг ортга қайтиши билан характерланади. Бунда соҳайиш 80-90% гача бўлишига мумкин. Жараённинг фаоллик белгилари сақланиши 6 ойдан ошса, бу даврда икки марта қайталаниш бўлса, сурункали пиелонефрит ҳақида ойлаш керак, унда соҳайиш 35% қўлларда бўлади. Пиелонефритнинг латент (фақат сийдик синдроми билан) ва қайталанувчи (яққол намоён бўлган клинко-лаборатор симптомлар) турларида диққат билан диспансер кузатуви олиб бориш лозим, кам симптомли шакллар эса оғир асоратларга олиб келиши (сурункали буйрак етишмовчилиги) мумкин.

Касалликнинг фаол ва нофаол даврларга бўлиниши шифокор кузатувидаги фарқ билан тушунтирилади. Фаол даврда антибактериал терапия, клиник лаборатор ремиссия даврида эса қайталанишнинг профилактикаси ўтказилади. Пиелонефритнинг кечки босқичи учун каналчалар функциясининг пасайиши характерлидир. Жараённинг салбий кечишида сурункали буйрак етишмовчилиги ривожланади.

Этиологияси, патогенези. Пиелонефритни ичак тайўқчалари, энтерококк, прўтей, стафилококк, стрептококклар чақиради. 1/3 беморларда ўткир пиелонефрит ва 2/3 беморлардаги сурункали пиелонефритда микрофлора аралаш бўлади. Даволаш вақтида микрофлора ва антибиўтиklarга сезувчанлик ўзгаради, бу эса уроантисептикларга сезувчанликни аниқлаш учун сийдикни қайта экишни талаб қилади. Пиелонефритнинг ривожланиши макроорганизмнинг умумий ҳолатига ҳам боғлиқ. Инфексия лимфоген ва гематоген йўл билан киради. Пиелонефрит ривожланишида яширин кечувчи интерстисиял нефрит ҳам муҳим рол ойнайди.

Ўткир пиелонефрит интерстисиял, сероз ёки йирингли бўлади. Апостематоз нефрит ва буйрак карбункули- ўткир йирингли пиелонефритнинг кейинги босқичларида кузатилади.

Клиник кўриниши. Касаллик ўткир бошланади, юқори ҳарорат (40 °С гача), қалтираш, кўп терлаш, бел соҳасида оғриқ; зарарланган буйрак томонда-қорин девори олди зўриқиши, қовурга-умуртқа бурчагида кучли оғриқ; умумий ҳолсизлик, чанқаш, дизурия ёки поллакиурия аниқланади. Бош оғриши, кўнгил айнаши, қайд қилиш интоксикациянинг тез ривожланишидан далолат беради. Нейтрофилли лейкоцитоз, анеозинофилия, пиурия, қисман прўтеинурия ва гематурия кузатилади. Баъзан беморларнинг аҳволи ёмонлашганда лейкоцитоз лейкопения билан алмашинади, бу касалликнинг ёмон оқибат билан тугаши белгиси ҳисобланади. Пастернаский синамаси, мусбат бўлади. Икки томонлама ўткир пиелонефритда буйрак етишмовчилиги белгилари кузатилади. Ўткир пиелонефрит паранефрит, буйрак сорғичлари некрози билан асоратланади.

Ташҳиси. Ташҳис қойишда анамнезда яқинда ўтказилган ўткир йирингли жараён мавжудлиги, сурункали касалликлар (ўткир ости септик эндокардит, гинекологик касалликлар ва бошқалар) мавжудлиги муҳим оринни эгаллайди. Касаллик учун безгакнинг дизурия, бел соҳасида оғриқ, олигаурия, пиурия, прўтеинурия, гематурия, бактериурия билан бирга келиши характерли бўлиб, бунда сийдикнинг нисбий зичлиги юқори бўлишига кузатилади. Сийдикда патологик элементлар ўткир йирингли касалликларда ҳам кузатилиши, пиурия эса буйракдан ташҳари касалликларда ҳам бўлишига мумкин. Обзор рентгенограммада битта буйрак ҳажмининг катталашганлиги, экскретор урографияда - нафас олганда зарарланган буйрак ҳаракатининг кескин чекланганлиги, зарарланган томонда сийдик чиқариш ёллари сояларининг йўқлиги ёки кеч пайдо бўлишига аниқланади. Косачалар ва жомчаларнинг сиқилиши, бир ёки бир неча косачалар ампутасияси карбункул борлигидан далолат беради.

Давоси. Ўткир даврида №7а парҳез столи, суткада 2-2,5 лгача суюқлик ичиш тавсия қилинади. Кейин парҳез кенгайтирилади, унда оқсил ва ёғлар миқдори кўпайтирилади. Метаболик асидоз ривожланганда натрий гидрокарбонат ичишга 3-5 мл йўқи в/ига 40-60 мл 3-5% эритмаси юборилади. Қон айланишини яхшилаш, оғриқ қолдириш учун иссиқ муолажалар буюрилади (иситувчи компресслар, диатермия бел соҳасига). Агар оғриқ қолмаса, спазмолитиклар (платифиллин, папаверин, экстракт белладонни ва бошқалар) буюрилади.

Антибактериал терапия налидиксон кислота (невигарамон, неграм) билан ўтказилади, даво курси 7 кун (0,5-1 г кунига 4 марта), нитрофуран (фурадонин 0,15 г 3-4 марта кунига, даво курси 5-8 кун), нитроксолин (5-НОК), 0,1-0,2 г кунига 4 марта 2-3 ҳафта давомида берилади. Бу дориларни қўллаш навбатма-навбат олиб борилади. Бир вақтнинг ўзида налидиксон кислота ва нитрофуранларни қўллаш тавсия этилмайди, чунки бунда, антибактериал эффект пасаяди. Биринчи 5-6 кунда, асосан инфекцияда, антибиотикларга резистентлик юқори бўлса, кунига ичишга 0,5-1 г 3-4 марта ёки в/и 5-10 мл 40% эритмаси ҳар куни юборилади гекса-метилен-тетрамин (урўтропин) тавсия этилади.

Антибиўтиклар ва сулфаниламидларни комбинасияси жуда самаралидир. Микрофлоранинг антибиотикларга сезувчанлигини органилгандан кейин антибиотиклар танланади. Пенисиллин гуруҳидаги (бензилпенисиллин 1 000 000-2 000 000 ХБ/сут, оксасиллин ичишга ёки м/о 2-3 г/сут, амписиллин ичишга 6-10 г/сут, амписиллин натрийли тузи м/о йўқи в/и 2-3 г/сут ва бошқа.) дорилар йўқи стрептомисин (0,25-0,5 г м/о 2 суткада 2 марта) тавсия этилади. Тетрасиклинлар (тетрасиклин ичишга 0,2-0,3 г суткада 4-6 марта; антибиўтик - макролидлар (олететрин, тетра-олеан ичишга 0,25 г 4-6 марта), антибиўтиклар -аминогликозидлар (канамисин м/о 0,5 г суткада 2-3 марта, гентамисин м/о 0,4 мг/кг 2-3 марта суткада), антибиўтик - сефалоспоринлар (сефалоридин, сепорин м/о йўқи в/и 1,5-2 г суткада) ва бошқалар буюрилади. ҳар 5-7-10 кунларда антибиўтикларни алмаштириш зарурлигини унитмаслик лозим, буйрак функционал етишмовчилигида уларни етарли дозада қўллаш керак.

Сулфаниламидлардан уросулфан ва этазол (1 г дан суткада 6 марта) тавсия этилади, сулфаниламидлар узоқ таъсирга эга (сулфапиридазин 1-2 г биринчи суткада, кейин 1 гдан 2 ҳафтада; сулфамонометоксин, сулфадиметоксин берилади).

Кўп беморларда бир неча кундан сўнг сийдикдаги ўзгаришлар йўқолади, лекин антибактериал терапия давом эттирилиши лозим (4 ҳафтагача). Консерватив терапия самараси бўлмаса, (кўпроқ апостематоз нефритда ва буйрак карбункулида) оператив даво ўтказилади.

Сурункали пиелонефрит - узоқ (6 ойдан юқори) кечадиган яллиғланиш жараёни бўлиб, кўп қўлларда сийдик трактини анатомик нуқсонлари ёки обструкцияси, косача - жомча тизимининг фибрози ва деформацияси фонида ривожланади. Сурункали пиелонефрит яхши даволанмаган ўткир пиелонефрит ёки бирламчи сурункали пиелонефрит оқибатида келиб чиқади,

касалликнинг бошланишидан ўткир белгиларсиз кечиши мумкин. Кўп беморларда сурункали пиелонефрит болалик даврида юзага чиқади, асосан қиз болаларда. Одатдаги текширувда 1/3 беморларда пиелонефрит ташҳисини қойиш қийин. Кўпинча сабабсиз безгак касалликнинг хуружи ҳақида гувоҳлик беради. Охирги йилларда сурункали гломерулонефрит ва пиелонефритнинг бирга келиши кўп учрамоқда.

Клиник кўриниши. Бир томонлама сурункали пиелонефрит зарарланган буйрак томонда бел соҳасида доимий кучсиз оғриқ билан характерланади. Дизурик кўп касалларда бўлмайди. Касалликнинг хуруж даврида 20% беморларда тана ҳарорати кўтарилади. Сийдик чокмасида лейкоцитлар сони бошқа элементлардан кўп бўлади. Лекин зарарланган буйракнинг бужмайиши натижасида сийдик синдроми камаяди. Сийдикнинг нисбий зичлиги нормада сақланади. Ташҳис учун сийдикда фаол лейкоцитларнинг аниқланиши муҳим аҳамиятга эга. Пиелонефритнинг латент кечишида пирогенал ёки преднизолон тестини ўтказиш мақсадга мувофиқдир (10 мл натрий хлорид изўтоник эритмасида эритилган 30 мг преднизолон, вена ичига 5 мин давомида юборилади; 1; 2; 3 соатдан кейин ва 1 суткадан кейин сийдик текширилди). Преднизолон юборилгандан кейин 1 соат давомида кўп қисми фаол бўлган 400 000 лейкоцитлар аниқланса, преднизолон тести мусбат дейилади. Сийдикда Штернгеймер - Малбин ҳужайралари топилса, сийдик трактида яллигаланиш жараёнидан далолат беради, лекин ҳали пиелонефрит ривожланганлигини аниқ белгиси ҳисобланмайди.

Кўпгина беморларда касаллик симптомларидан бири бактериурия ҳисобланади. 1 мл сийдикда бактериялар сони 100 000дан ошса, бунда антибиўтикларга ва химиопрепаратларга сезувчанликни аниқлаш зарур. Артериал гипертензия-сурункали пиелонефрит, асосан икки томонлама пиелонефритнинг энг кўп учрайдиган симптоми.

Буйракни функционал ҳолати хромосистоскопия, экскретор урография, клиренс-усул билан текширилади (масалан, эндоген креатинин тозалаш коэффицентини аниқлаш, ҳар бир буйракда алоҳида аниқланади), радионуклид усули (ренография гипсуран билан ўтказилади, буйракни сканирлаш). Сурункали пиелонефритда буйракнинг концентрасион функцияси эрта бузилади, азўт ажратиш функцияси кўп йиллар давомида сақланади.

Каналчалар функцияси бузилиши натижасида асидоз ривожланади, буйрак орқали калций ва фосфатлар ажралиши бузилади, баъзида бу иккиламчи паратиреоидизм, буйрак остеодистрофиясига олиб келади.

Инфузион урографияда олдин буйрак концентрасион функциясининг пасайиши, рентгеноконтраст моддасининг секин ажралиши, локал спазмлар, косача-жомча деформасияси аниқланади. Кейинчалик спастик босқичи атония билан алмашади, косача ва жомча кенгаяди. Косача қирралари замбуруғ шаклини эгаллайди, косачалар яқинлашади. Инфузионная урография бивает информативной толко у бўлних с содержанием мочевины в крови ниже 1 г/л. Агар қонда мочевино миқдори 1 г/лдан кам бўлса инфузион урография усули информатив ҳисобланади. Ташҳис қойиш қийин

бўлган қўлларда буйрак биопсияси ўтказилади. Буйрак етишмовчилиги ривожланиши билан тери ранги қуруқ ва оҳаради, кўнгил айнаши ва қусиш, бурундан қон кетиши кузатилади. Беморлар озиб кетади, камқонлик ривожланади. Сийдикдаги патологик элементлар йўқолади. Пиелонефритнинг асоратлари: нефролитиаз, пионефроз, буйрак соргичлари некрози.

Ташҳиси. Каттақийинчилик туғдиради. Сурункали гломерулонефрит билан дифференциал ташҳисида сийдик синдроми, (лейкоситуриянинг гематуриядан устунлик қилиши, фаол лейкоцитлар ва Штернгеймер-Малбин хужайралари, яққол бактериурия пиелонефритга характерли), экскретор урография, радионуклид ренография маълумўтлари муҳим аҳамиятга эга. Нефротик синдром мавжудлиги гломерулонефритдан далолат беради. Артериал гипертензияда дифференциал ташҳис пионефрит, гипертоник касаллиги ва вазоренал гипертензия билан ўтказиш зарур. Пиелонефритга характерли анамнез, сийдик синдроми, рентгенологик ва радионуклид текшириш натижалари, хромосистоскўпиядаги боёғ экскресияси асимметрияси, кўп қўлларда бу касалликдан далолат беради. Вазоренал гипертензия борлиги ёки ёглиги, вена ичи урографияси, радионуклид ренография ва аортоартериография йўрдамида аниқланади.

Ташҳис кўп ҳўлларда катта қийин. Сурункали гломерулонефрит билан солиштирма ташҳис ўтказилганда сийдик синдроми (лейкоситуриядан гематуриянинг устунлик қилиши, актив лейкоцитлар ва Штернгеймер-Малбин хужайраларининг борлиги, пиелонефритда бактериурия бўлишига), экскретор урография, радионуклид ренография аҳамиятга эга. Нефротик синдром гломерулонефрит тўғрисида маълумўт беради. Артериал гипертензия аниқланганда пиелонефрит, гипертония касаллиги ва вазоренал гипертензия орасида қиёсий ташҳис ўтказиш лозим.

Ташҳис қўйишда пиелонефритга хос анамнез, лаборатор текширув натижалари йўрдам беради. Вазоренал гипертензия мавжудлигини томир ичи урографияси, радионуклид ренография ва аортоартериография усуллари билан аниқланади.

Давоси. Сурункали пиелонефритда даво узок муддат (йиллар) давомида ўтказилади. Давонинг бошида нитрофуранлар (фурадонин, фурадантин ва бошқалар) буюртирилади, налидиксон кислоталари (нефам, невивамон), 5-НОК, сульфаниламидлар (уросулфан, атазол ва бошқалар.), навбатма-навбат алмаштириб турилади. Бу препаратлар самара бермаса, касалликнинг хуруж даврида кенг спектрли антибиўтиklar қолланилади. Антибиотикларни тавсия этишдан олдин микрофлорага бўлган сезувчанликни аниқлаш лозим. Кўп беморлар учун ҳар ойда 10 кунлик даво курси етарлидир. Лекин баъзи беморларда бундай даво тактикасида сийдикдан вирулент микрофлоралар ажралиши давом этади. Бундай ҳолатларда антибиотик билан узок муддатли тохтовсиз даволаш, дориларни ҳар 5-7 кунда алмаштириш тавсия этилади. Буйрак етишмовчилиги ривожланганда антибактериал даво самараси камади (сийдикда антибактериал дорилар концентрацияси пасаяди). Қон зардобиди қолдиқ азўт 0,7 г/л дан юкори бўлганда, антибактериал

дориларнинг сийдикда терапевтик концентрациясини ҳосил қилиш деярли мумкин эмас.

Назорат саволлари:

1. Пиелонефрит қандай касаллик?
2. Пиелонефритни ривожланиш сабаблари нима?
3. Ўткир пиелонефритнинг клиник белгилари қанақа?
4. Ўткир пиелонефрит учун қандай лаборатор кўрсаткичлар хос?
5. Сурункали пиелонефрит нима?
6. Сурункали пиелонефритнинг ташхисот мезонларига нималар киради?
7. Сурункали пиелонефритда лаборатор кўрсаткичлар қандай ўзгаради?

Х. Ўткир ревматик иситма

Ревматизм (ўткир ревматик иситма) – юрак-қон томир ва таянч-ҳаракат аппаратидаги бириктирувчи тўқиманинг тизимли яллиғланишли шикастланиши. Ревматизмда ҳар қандай аъзо ва тизимлар: мия, буйрак, жигар ва бошқалар бузилиши мумкин. Ревматизмнинг биринчи хуружи асосан болалик ёшида (7-15 ёш) ва ўспирин ёшида содир бўлади. Ревматизм юрак-қон томир касалликлари билан касалланиш умумий структураси ва улар оқибатидаги ўлим ичида аҳамиятли ўринни эгаллайди. Кўпгина ривожланаётган мамлакатларда юрак ревматик касаллиги юрак-қон томир касалликлари ҳолларининг қарийб ярмини ташкил қилади. Ревматизм билан касалланиш иқтисодий ривожланган мамлакатларда ҳозирги вақтда 100 000 аҳоли сонига 5 тадан кам бўлмаган сонни, кам ривожланган мамлакатларда эса – 100 000 аҳолига 27-100 тани ташкил этади.

Этиология ва патогенези. Эпидемиологик, клиник кузатувлар, микробиологик, иммунологик ва экспериментал тадқиқотлар маълумотлари натижалари стрептококкли бурун-ҳалқум инфекциясининг (А гуруҳи β-гемолитик стрептококки) ревматизм билан алоқасини кўрсатади. Ревматизмнинг стрептококкли этиологияси ҳисобланади: ревматизм хуружидан олдин стрептококкли инфекция (ангина, фарингит); β-гемолитик стрептококк А гуруҳи ўРК пайтида ревматизм билан касалланишнинг зўрайиши; стрептококкли антителолар (АСЛ, АСГ, АСК) титри ошиши; стрептококкга қарши профилактика ва стрептококкли инфекция ўчоқларини фаол даволашдан кейин ревматизм билан касалланишнинг ва унинг рецидивларининг кескин камайиши. Ревматизмнинг стрептококкли этиологияси унинг “классик” шакллари учун хос, улар ўткир кечади ва жараёнга бўғимлар қўшилишини ўз ичига олади. Ревматизмнинг рецидивланувчи ва давомли кечувчи шакллари билан стрептококк орасида деярли боғлиқлик йўқ. Охириги шаклларда кечувчи ревматизмда стрептококк антигаенлари ошиши кузатилмайди, ревматизм рецидивларини бициллин профилактикаси самара бермайди. Шу сабабли стрептококк инфекциясининг ревматизмнинг латент, рецидивланувчи кечишидаги роли истисно қилинмоқда. Ревматизмнинг бу шаклларида аллергик, инфекцион-токсик ёки вирусли этиологияси тахмин қилинмоқда. Касаллик ривожланишида

аҳамиятли ўринни аъзо тизимнинг стрептокок инфекциясига бўлган индивидуал сезувчанлиги тутади, бу ҳолат гуморал ва хужайра иммунитетидеги детерминирланган ўғаришлар билан боғлиқ. Касалликка бўлган ирсий мойиллик алоҳида таъкидланади. “Ревматик оилалар” деган тушунча бор, буларда касалланиш соғломларга нисбатан 2-3 мартаба юқори. Ушбу касаллик ирсий тарқалиши аниқланган – полигаен. Ревматизм патогенези мураккаб ва кўпинча аниқ эмас. Унинг ривожланишида аллергияга кўпроқ ўрин берилади. Бу ҳақида ревматизм клиник-анатомик хусусиятларининг зардобли касаллик, экспериментал аллергия билан бир хиллиги, касалликнинг қатор носпецифик таъсирлар натижасида рецидивланиши, аллергияга қарши воситаларнинг антиревматик таъсири гувоҳлик беради. Кейинчалик жараёнга аутоаллергик механизмлар кўшилади. Сенсбилизацияловчи агентлар (стрептококклар ва улар парчаланиши маҳсулотлари, вируслар, носпецифик аллергенлар) юракдаги аллергик яллиғланишга олиб келиши мумкин, кейин унинг антигистамин компонентлари ўзгаришига ва уларнинг аутоантигаенларга ўтишига олиб келади ва аутоиммун жараён юзага чиқади. Стрептококк кўпгина хужайра ва хужайрадан ташқи моддаларни ишлаб чиқаради, улар ферментатив ва токсик хусусиятларга эга (стрептолизинлар, стрептококкли протеиназа, дезоксирибонуклеаза, мукопептидлар – “эндотоксинлар” ва бошқ.). Уларнинг ҳаммаси ифодаланган кардиотоксик таъсир қилади. Ревматизм патогенезида қатта аҳамиятга эга бўлгани хужайра мембранаси М-протеини, стрептолизини С ва О; мукопептидлар таъсиридир. Ревматизм патогенезининг аутоиммун гиптезаси стрептококк А гуруҳи антигаенлари билан миокард тўқимаси компонентларининг иммунологик боғлиқлиги билан тушунтирилади. Ревматизмда кўпчилик ҳолларда юрак тўқимаси билан реакциялашувчи антигаенлар аниқланади, жумладан ҳам миокард антигаенлари, ҳам стрептококк мембранаси антигаенлари билан реакцияга киришувчи антителолар. Ревматизмда аутоиммун жараёнлар ривожланишига далил сифатида бириктирувчи тўқима антигаен компонентларига – структур гликопротеинлар, протеогликанлар, бириктирувчи тўқиманинг сувда эрувчи компонентларига нисбатан гуморал ва хужайравий иммунитет бузилиши қаралади. Ревматизмда қон иммунокомпонент хужайралари дисбаланси кузатилади; умумий лимфоцитлар миқдорининг ошиши; айланиб юрувчи иммун комплекслар, игалар сатҳининг силжиши. Ревматизмда морфологик бириктирувчи тўқиманинг даврий ўзгаришлари юзага чиқади: мукоид бўкиш, фибриноид ўзгаришлар, некроз, хужайра реакциялари (лимфоцитлар ва плазмоцитлар билан инфилтрацияланиш, Ашоффа-Талалаев гранулемаларининг ҳосил бўлиши), склероз. Ревматик жараён одатда склерозирланиш билан тугайди. Жараён чегараланиши ёки қайта тикланиши ҳақида фақат мукоид бўкиш пайтидагина айтиш мумкин. Ревматизмнинг рецидивланувчи кечишида ҳосил бўлаётган бириктирувчи тўқимадаги ўзгаришлар склероз жойида камдан-кам ҳолларда локализацияланади, жараёнга янги-янги бириктирувчи тўқима жойлари кўшилиб боради..

Ревматизмнинг *клиник манзараси* жуда ҳам хилма-хил, биринчи навбатда жараённинг ўткирлигига, экссудатив, пролифератив ҳодисалар, аъзо ва тизим шикастланиши хусусиятига, беморнинг тиббий ёрдамга мурожат қилган вақтига ва олдинги даволашга боғлиқ. Типик ҳолларда ревматизмнинг биринчи хуружи бошидан ўтказилган ўткир ёки сурукнали стрептококкли инфекция (ангина, фарингит, ЎРК) қўзишидан 1-2 ҳафтадан кейин бошланади. Ревматизм рецидивлари интеркуррент касалликларда ёки улардан кейин бошланади, оператив аралашувлар, асаб-руҳий ва физик юкламалар ҳам ревматизм бошланишига сабабчи бўлиши мумкин. Ревматик жараён ривожланишида 3 та давр ажратилади:

Биринчи давр (1 ҳафатдан 3 ҳафтагача) симптомсиз кечади ёки енгил артралгия бўлади. Тери қопламалари рангпарлиги, тана ҳароратининг субфебриллиги, эЧТ ошиши, стрептококкли антигаенлар (АСЛ-0, АСГ, АСК) миқдори ошиши, эКГ ўзгаришлари кузатилиши мумкин. Ушбу даврда аъзоизмнинг инфекцион агнетдан кейинги иммунологик қайта қурилиши содир бўлади. Бу давр аниқланганда фаол даволаш-ташхисий тадбирлар натижасида касаллик ривожланишини олдини олиш мумкин бўлар эди.

Иккинчи давр касалликнинг шаклланиши билан намоён бўлади ва полиартрит ёки артралгия, кардит ёки бошқа аъзо ва тизимлар шикастланиши кузатилади. Бу даврда лаборатор, биокимёвий ва иммунологик кўрсаткичлар ўзгариши кузатилади, мукоид бўкиш ва фибриноид бузилиш пайдо бўлади. Касалликни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш тўлиқ соғайишга олиб келиши мумкин (касаллик бошланишининг биринчи 1-7 кунларида ташхис қўйилганда).

Учинчи давр – бу қайта ревматизмнинг турли-туман клиник кўринишлари мавжуд даврдир, бунда касалликнинг латент ва рецидивланувчи шакллари бўлади.

Ревматизмнинг биринчи ҳужумида, унинг ўткир кечишида ва жараёнга бўғимлар қўшилиб келганда бемор касаллик бошланишининг нафақат кунини балки бошланиш соатини ҳам аниқ айта олади. Бундай ҳолларда касаллик тана ҳарорати субфебрил ёки фебрил кўрсаткичларигача кўтарилиши (38-40°C), қалтираш ва бўғимлардаги кескин, кучли оғриқлар билан бошланади. Ҳансираш пайдо бўлади (юрак шикастланиши ҳисбоига). Бундай клиник манзара болаларда ва эркак жинсидаги ёш одамларда тез-тез кузатилади.

Охирги 15-20 йилда ревматизм клиник манзараси анча ўзгарди: бирламчи-сурункали шакллари, латент ёки тез-тез рецидивланувчи, юрак шикастланиши билан кечадиган турлари пайдо бўлди. Бундай ҳолатларда умум қабул қилинган терапия касаллик кечиши ва прогнозини ўзгартирмайди. ревматик жараённинг кам симптомли кечиши аниқмас клиник симптоматика билан кечади, яъни ҳолсизлик, физик фаолликнинг камайиши, физик юкламалардан кейинги ҳансирашлар, субфебрил ёки нормал ҳарорат билан, тез таъсирчанлик, уйқу бузилиш. Ревматизмнинг бундай кечиши катта диагностик хатоликларга олиб келдаи ва касалликни кеч аниқлашга олиб келади. Лекин ёдда тутиш лозимки, ревматизмнинг

латент кечиши қайталама ревмокардитга тегишли ва бирламчи ревматик жараёнда кам учрайди.

Юрак зарарланиши ревматизмда етакчи синдром ҳисобланади. Яққол юрак ўзгаришларисиз ревматизм кам учрайди. Ревматик жараён эндокард ва перикардни зарарлашиши мумкин, лекин кўпинча эндомиокардит типиди ривожланади. Клиник кўриниши юракнинг у ёки бу қаватида яллиғланиш жараёнининг устунлигига боғлиқ. Ревматик миокардит, эндокардит ёки перикардитга хос белгиларни амалиётда ажратиш қийинлиги сабабли “*ревмокардит*” термини қўлланилади, унинг негизида ревматик жараён натижасида мио- ва эндокарднинг бирга зарарланиши ётади, бу кўпинча ревматизмнинг биринчи хужумида унинг бошланишидан биринчи ҳафталаарида кузатилади. Қийинчиликларига қарамасдан жараён жойлашишини аниқлаш мақсадга мувофиқдир.

Миокардит – ревмокардитнинг асосий компоненти. 2/3 беморларда у эндокарднинг шикастланиши билан бирга қўшилиб келади. Ревматизмнинг бошланғич кўринишларини ифодаловчи бирламчи ревмокардит ва кўпинча юрак клапан аппарати фонида содир бўлувчи ревматизмнинг қайталанишида пайдо бўлувчи қайта ревмокардит фарқланади.

Ревматизм таснифи: икки босқичини, яъни фаол ва фаолсиз, юрак, бошқа аъзолар шикастланиш клиник-анатомик хусусиятларини, касаллик кечиши вариантларини, қон айланиш ҳолати босқичларини ажратишни тақоза этади.

Фаолликнинг учта даражаси фарқланади: I (минимал), II (ўрта), III (максимал). Уларнинг ҳар бири клиник кўринишлар ва лаборатор кўрсаткичлар ифодланганлиги билан хусусиятланади. Ревматизмнинг ўткир (2 ойгача), ўткир ости (4 ойгача), мутассил (1 йилгача), рецидивланувчи (йилдан ортиқ), латент (клиник симптомсиз). Тасниф қон айланиши етишмовчилигининг учта босқичини: I, II, III. II даражали, ўз навбатида IIA ва IIB га ажралади. Бу бемор ҳолатини баҳолашда ва ташхис қўйиш пайтида инобатга олинади, даволаш усулбини танлашда, касаллик прогнозини аниқлашда ишлатлади.

Ревматизм ташхиси *Джонс диагностик критерийларига* асосланган, у АРА да 1982 й кўриб чиқилган ва БЖССТ томонидан кенг қўлланилишга тавсия этилган.

Ревматизмнинг таъхисий мезонлари: 1) юрак соҳасидаги оғриқлар ва ёқимсиз сезгилар; 2) ҳансираш; 3) юрак уриши; 4) тахикардия; 5) юрак чуққисиди тонлар пасайиши; 6) юрак чуққисиди шовқинлар: а) систолик (кучсиз, ўртача, кучли); б) диастолик; 7) перикардит симптоми; 8) юрак ўлчамларининг катталашиши; 9) ЭКГ-маълумотлар: а) *П-Қ* интервали катталашиши; б) экстрасистолия, тугунли маром; в) маромнинг бошқа бузилишлари; 10) қон айланиши етишмовчилиги симптомлари; 11) меҳнат қобилиятининг пасайиши ёки йўқолиши.

18-Жадвал

Ревматик истманинг биринчи хужумини таъхислаш учун Джонс критерийси

<i>Катта мезонлар</i>	<i>Кичик мезонлар</i>	<i>А-стрептококк олдин келганлигини тасдиқловчи маълумотлар</i>
<p>Кардит</p> <p>Полиартрит</p> <p>Хорея</p> <p>Ҳалқа кўринишидаги эритема</p> <p>Тери ости ервматик тугунчалари</p>	<p>Клиник</p> <p>Артралгия</p> <p>Иситмалаш</p> <p>Лаборатор</p> <p>Ошган ўткирфазали реактантлар: СОЕ, С-реактив оқсилк</p> <p>ЕКГда ПР интервалининг узайиши</p>	<p>Позитив А-стрептококкли култура, бўғиздан олинган, ёки А-стрептококк антигаенини аниқлашнинг тез тести.</p> <p>Стрептококкга қарши антителоларнинг юқори ёки ошиб борувчи титри</p>

19-Жадвал

Ревматизмнинг таъхисот мезонлари (БССЖ томонидан кўриб чиқилган кўшимчалари билан Джонс критерийлари, 1988)

<i>Асосийлари</i>	<i>Кўшимчалари</i>
<p><i>Кардит</i> – Панкардит, томир уриши тезлиги тана ҳароратига нисбатан тез, митрал ёки аортал етишмовчилиги янги шовқинлари, мезодиастолик шовқин, юрак етишмовчилиги</p> <p><i>Полиартрит</i> – шишганлик, ҳаракат чекланганлиги, йирик бўғимларнинг мигарацияли шикастланиши</p> <p><i>Кичик хорея</i> – одатда хужумсиз</p> <p><i>Ануляр тошма</i> – танадаги ва кўл-оёқлар проксимал қисмидаги ўртаси рангсиз, қичитмасиз пушти ранг папулалар</p> <p><i>Ревматик тугунчалар</i> – тирсакларда, тиззаларда, бармоқ бўғимларида, калла суягида, болдир-тўпиқларда, умуртқада</p>	<p>Тана ҳарорати 38,2 – 38,9°C</p> <p>Артралгиялар</p> <p>Анамнезида ревматизм ҳужуми</p> <p>ЕЧТ/СРО ошиши</p> <p>Лейкоцитоз</p>
<p><i>Плюс</i></p> <p>Олдин келган А-стрептококк инфекция белгилари (екиш, антигаенларни аниқлашнинг тез усуллари, антителоларнинг юқори титри ёки уларнинг ошиб бориши, скарлатина)</p>	

Бирламчи ревматизм клиникасида ўткир, ўткир ости, чузилган ва латент кечувчи вариантлари ажратилади.

Қайталама ревматизм учун мутассил рецидивланувчи ёки латент кечиши энг хусусиятлидир. Анча камдан-кам ҳолларда қайталама ревматизм ўткир ёки ўткир ости шаклида ўтади.

Ўткир ости кечувчи ревматизмда касаллик бошланиши ва клиник симптомлар ривожланиши секинлашган, экссудатив шаклдаги яллиғланишнинг полисиндромлиги ва ифодалангалиги кам.

Ўзилган шакли га ўтказилган ангина, бошқа респиратор касалликдан кейин анча узоқ вақтли латент давр (3-4 ҳафта ва кўп), бошқа респиратор касаллик, ўртача ривожланган кардит ва полиартралгия хосдир.

Рецидивланувчи кечиши ўртача ревматик яллиғланиш реакцияси, яллиғланишга қарши терапияга таъсирчанмаслиги ёки кам таъсирчанлиги, тўлқинсимонлиги билан кечади.

Латент кечиши остида яширин кечувчи фаол ревматик жараён тушунилади, у биокимёвий, иммунологик ёки морфологик текширув услублари орқали аниқланади. Клиник кўринишлари ғоят сустривожланган.

Юрак соҳасидаги оғриқлар санчувчи ёки симилловчи хусусиятли. Чап кўлга тарқалувчи ангиноз типидagi стенокардик оғриқлар ҳам бўлиши мумкин. Бундай оғриқлар ревматик жараён оқибатида коронар томирлар шикастланиши ва коронарит ривожланишига хосдир. Баъзи беморларни юрак ишидаги тартибсизлик безовта қилиши мумкин. Ревматик кардит учун тана ҳарорати меъёрлашуви ва умумий ҳолат яхшиланишидан кейин ҳам узоқ вақт сақланувчи каттиқ тахикардия хос. Пулс мароми, асосан юкламадан ёки салбий ҳиссиётлардан кейинги катта лабиллиги билан фарқланади. Яллиғланиш жараёнининг синус тугуни ёки кўзгалиш импульсининг Гис тутами ва унинг шохлари бўйича тарқалишига нисбатан босувчи таъсири натижасида брадикардия аниқланиши мумкин. Умумпатологик симптомлардан баъзи беморларда ортиқча терлаш ва кечалари тана ҳароратининг субфебриллиги хосдир. Бирламчи ревмокардитнинг объектив белгиси сифатида аускултатив ва ФКГ да аниқланадиган юрак чуққисида тон пасайиши, шунингдек чап қоринча катталашиши ҳисобига юрак нисбий тумтоқлиги чап чегараси силжиши ҳисобланади. Касалликнинг 2-3 ҳафтасида кўпинча доимий бўлмаган гувилловчи систолик шовқин аниқланади. Шовқин бемор ётган ҳолатида юрак чуққиси ва Боткин–Ерба нуқтасида яхши эшитилади. Юрак бўшлиқларининг жуда ҳам катталашиши мавжуд *диффуз миокардит*да мезодиастолик ёки протодиастолик шовқинлар эшитилиши мумкин. Ушбу шовқинлар пайдо бўлиши тана ҳарорати кўтарилишида юрак дебети ошиб чап қоринчаниннг кескин катталашиши ҳисобига нисбий митрал стеноз ривожланиши билан боғланади. Бундай шовқинлар даволаш жараёнида одатда йўқ бўлиб кетади. Диффуз миокардит камдан-кам учрамоқда. Кўпинча ўчоқли миокардит кузатилади, у анча енгил клиник кечиши, кам ифодаланган субъектив хасталаниш, юрак соҳасидаги ёқимсиз ҳиссиётлар, юрак ишидаги тартибсизликлар билан намоён бўлади. Бу кўп ҳолларда нотўғри кардионевроз, тонзиллоген кардиомиопатия ташхиси қўйилишига олиб келади. Бунга шунингдек, лаборатор текширувлар натижаларининг камлиги ҳам шароит яратади. Юрак чегаралари ўзгаришсиз.

Аускултацияда II тоннинг юрак чуққиси соҳасида сўсайиши кузатилади, баъзида III тон пайдо бўлади ҳамда қисқа систолик шовқин эшитилади.

Ревматик эндокардитни касалликнинг биринчи ҳафталарида ташхислаш қийин, сабаби клиник манзарасида эндокард томонидан пайдо бўлган белгиларни анча даражада яширувчи миокардит белгилари устун бўлади, ревматик эндокардит (валвулит) эса қўшимча субъектив белгилар билан намоён бўлмайди. Ревматик эндокардит патологик жараёнга юрак тавақаларининг қўшилишига олиб келади ва юрак нуқсонлари ривожланишини юзага чиқаради. Юракнинг тавақали нуқсони, асосан тез учрайдиган митрал нуқсон “сўнган эндокардит ҳайкали” сифатида кўрилади. Ревматизмнинг ўткир кечишига нисбатан латент кечишида нуқсонлар кўпроқ юзага чиқади (мос равишда 15% ва 22%). Бу латент кечувчи эндокардитни аниқлаш ва йўқ қилиш қийинлиги билан тушунтирилади. Ревматизмда митрал тавақага қараганда аорта тавақаси 2 ва ундан кўпроқ кам ҳолларда зарарланади. Бундан ҳам камроқ уч тавақали клапан ва жуда ҳам кам ҳолларда ўпка артерияси клапанлари шикастланади. Эндокардитнинг (бирламчи валвулитнинг) клиник ташхиси юрак чуққиси соҳасида, кам ҳолларда тўш суягидан чапда учинчи қовурғалараро ораликда эшитилувчи систолик шовқин эволюциясига асосланган. Касалликнинг бошланиш даврида бир сўсайиб, бир кучайиб турувчи қисқа ва юмшоқ шовқин анча доимий ва дағалроқ бўлиб қолади. Ревматик валвулитнинг эрта босқичида кучсиз, доимий бўлмаган диастолик шовқин пайдо бўлишини клапанлар тавақаларининг бўртиши билан тушунтириш мумкин.

Ревматик перикардит, ревматик миокардит ва эндокардит билан (панкардит) бирга қўшилиб келади, ревматик жараённинг энг оғир кечишида ривожланади. Жуда ҳам кам учрайди. Қуруқ (фибринозли) ва экссудатив (сероз-фибронозли) перикардит фарқланади. Қуруқ перикардитда беморлар юрак соҳасидаги доимий симилловчи оғриқларга шикоят қилишади. Объектив кўздан кечиришда юрак асоси ёнида, тўш суягидан чапда иккинчи-учинчи қовурғалараро ораликда перикард ишқаланиш шовқини топилади. Дағал систоло-диастолик ишқаланиш пайпаслаш билан ҳам аниқланиши мумкин, у кўпинча қисқа вақт давом этади ва бир нечта соат ичида йўқолиб кетади.

Томирлар шикастланиши томир ўтказувчанлиги ошиши ва капиллярлар ҳамда артериолалар деворида иммун комплекслар чўкиши билан боғлиқ валвулитлар кўринишида намоён бўлади. Патологик жараёнга капиллярлар ва артериолалардан ташқари веналар ҳам қўшилиши мумкин. Ички аъзолар ревматик артериитлари – ревматик висцериитлар: нефритлар, менингитлар, энцефалитлар ва бошқ. клиник кўринишининг асосидир. Клиника учун муҳим ўринни миокард томирларининг ревматик васкулити эгаллайди. Бундай ҳолатларда стенокардик оғриқларни эслатувчи юрак соҳасидаги оғриқлар билан коронарит ривожланади. Ревматик флебитлар жуда ҳам кам учрайди ва аслини олганда оддий хусусиятли веналар яллиғланишидан унча фарқланмайди. Фаол ревматик жараёнда капиллярлар

амалда доимо зарарланади, бу теридаги қон қўйилишлари, протеинурия, “тасма”, “чимдиш” симптомларининг ижобийлиги билан намоён бўлади.

Ревматик полиартрит классик вариантда кам учрайди. Ўткир бўғимли ревматизмда йирик бўғимларда кучли оғриқлар қайд қилинади, бу оғриқлар беморни ҳаракатсиз қилиб қўйиши мумкин. Оғриқлар кўпинча учувчан, зарарлаши симметрик бўлади. Бўғимлар андак шишади, улар устидаги тери гиперемияланган, қўлга иссиқ сезилади, оғриқлар ҳисобига бўғимдаги ҳаракатлар кескин чекланган. Жараёнга периартикуляр тўқималар қўшилади, бўғим бўшлиғида экссудат йиғилади. Ревматик полиартрит учун салицил терапия натижасида яллиғланиш жараёнининг 2-3 кун ичида тўлиқ йўқ бўлиши хосдир. Кўпчилик беморларда бўғим шикастланишлари манзараси қатор ўзига хослиги билан фарқланади: ўткир бўғим ҳужумлари камаяди, аксарият ҳолларда бўғим синдроми бўғимлар шишисиз ва гиперемиясиз артралгиялар билан намоён бўлади. Оғриқларнинг учувчанлиги ва шикастланиш симметриклиги камроқ аниқланади. Бўғимлардаги оғриқлар зўрайиши ва уларнинг пасайиши анча секинлашади, артралгия кўринишидаги бўғим синдроми ҳафталаб давом этади ва яллиғланишга қарши терапияга сўст таъсирчан бўлади.

Тери зарарланиши ҳалқасимон ва тугунли эритема, ревматик тугунчалар, нуктали қон қўйилишлар ва бошқ. кўринишида учрайди. Ревматизм учун ҳалқасимон эритема ва ревматик тугунчалар патогномоник ҳисобланади. Ҳалқасимон эритема оч-пушти-қизил ёки кўкишсимон-кул ранг доғлар ҳолида, кўпинча қўл ва оёқларнинг, қорин, бўйин, тананинг ички юзасида ҳосил бўлади. Зарарланган тери босиб кўрилганда доғлар йўқолади, сўнг яна пайдо бўлади. Доғлар қичмайди, оғримайди. Тугунли эритема анча кам учрайди ва ревматизм учун хос ҳисобланмайди. Кўпчилик ҳолларда тугунли эритема бошқа табиатга эга аллергик касалликларда кузатилади.

Ўпка зарарланиши пневмония, плевропневмония ёки плеврит билан намоён бўлади. Ревматик пневмония ревматизм шароитида ривожланади ва клиник манзарасига кўра оддий пневмониядан шуниси билан фарқ қиладики, салицилли терапия яхши таъсирчан ва антибиотиклар билан даволашга эса резистентдир. Ревматик плеврит сил плевритидан кейин иккинчи ўринда туради ва одатда ревматик ҳужумдан сўнг ёки ангинадан кейин тезда ҳосил бўлади. Ревматик плевритнинг клиник хусусиятларига унчалик кўп бўлмаган сероз-фибриноз стерил назланинг нисбатан тезда тўпланиши ва нисбатан тезда сўрилиб кетиши хосдир, назла ҳеч қачон йирингламайди. Экссудатда жараённинг ўткирлиги ва оғирлигига боғлиқ ҳолда лимфоцитлар ва нейтрофиллар кўп бўлади. Нейтрофилларнинг кўп бўлиши ревматизмнинг энг оғир жараёнига хосдир. Плевра битишмалари жуда ҳам кам учрайди.

Асаб тизими шикастланиши болаларда, асосан қиз болаларда кичик хорей билан юзага чиқиши мумкин. Эмоционал лабиллик шароитида тананинг, қўл-оёқларнинг, мимика мушакларининг бежамдор ҳаракати пайдо бўлади, улар ҳаяжонланиш вақтида кучаяди ва уйқу пайтида тугайди. 17-18 ёшга келиб бу ҳодисалар йўқолади. Ревматик табиатли энцефалитлар, диенцефалитлар, энцефалопатиялар учраши мумкин. Юрак нуксонларида энг

кўп учрайдиган асоратлар бўлиб мия қон айланиши бузилиши – эмболиялар, васкулитлар, синкопал ҳолатлар ҳисобланади.

Лаборатор маълумотлар. Қоннинг морфологик таркиби ўзгариши ревматизмда носпецификдир. Ревматик жараён фаоллигининг анча ифодаланган даражаларида $10-12^{10}$ /л гача нейтрофилезли ва чапга силжиган лейкоцитоз, 50-60 мм/соатгача эЧТ ошиши кузатилиши мумкин. Қон томонидаги бундай ўзгаришлар ревматик жараённинг бўғим кўринишлари устун келганда аниқланади. Чузилган, латент шаклларида лейкоцитоз бўлмайди, эЧТ – 20-30 мм/соат. Эритроцитлар, гемоглобин миқдорининг пасайиши учраб туради, одатда латент, рецидивланувчи, декомпенсирланган ревматизм шаклларида. Яллиғланиш ва деструктив жараёнларнинг (лекин касаллик нозологоияси эмас) ифодаланиш даражасини аниқлаш учун оқсил фракциялари, фибриноген, гексозлар, нейраминли ёки сиал кислоталар, серомукоид, церуплазмин, С-реактив оқсил, баъзи энзимлар ва улар изоэнзимлари (ЛДГ, МДГ, КФК ва бошқ.) миқдори муҳим аҳамиятга эга. Яллиғланишли-деструктив жараённинг фаоллигига боғлиқ ҳолда санаб ўтилган кўрсаткичлар миқдори кўп ва кам даражада ошиши мумкин. Ревматизмда анча ифодаланган силжишлар иммунологик кўрсаткичларда қайд этилади. Кўпчилик беморларда стрептококкга қарши антителолар: АСГ, АСК 1:300 дан кўп ва АСЛ-0 1:250 дан кўп, А, Г, М (умуман олганда ЖгМ, ЖгГ) игалар титри кўпаяди. Ревматизмнинг фаол фазасида лимфоцитларнинг спонтан бланстранформация реакцияси, лейкоцитлар миграциясининг кучли тормозланиши, тўқимага қарши (антикардиал) аутоантитаначалар миқдори ошиши қайд қилинади.

Инструментал маълумотлар. Ревмокардитни эрта ташхислаш мақсадида юракнинг биоэлектрик, гемодинамик ва қисқариш функцияларини хусусиятловчи усуллар комплекси қўлланилади.

Электрокардиография фаол ревматизмда 1/3 беморларда *P* тишчасининг кертик-мертик, икки ўрқачли (волтаж пасайиши ёки ошиши) шаклда ўзгариши аниқланади. Ушбу ўзгаришлар турғун эмас ва бирламчи ревмокардитда ревматик жараён фаоллигининг йўқолиши маромида йўқолиб боради. Ревмокардит учун *I* ёки *III* даражали, кам ҳолларда – *III* даражали атриовентрикуляр ўтказувчанлик бузилиши жуда хосдир. *I* даражали нотўлиқ атриовентрикуляр блокада кўпинча 3-5 кун сақланади, кейин йўқолади, яъни экссудатив миокардит тўхтаганини тасдиқлайди. Юрак нуқсонлари шароитидаги қайта ревмокардитда беморларнинг баъзи қисмида *QRS* комплекси ўзгариши, *S – T* интервали ва *T* тишча силжиши аниқланади, бу юрак мушаки реполяризацияси жараёни бузилганлигини кўрсатади. Беморларнинг ярмида синусли тахикардия, аритмия кузатилади; баъзиларида – асосан қоринчали экстрасистолия учрайди. Узоқ давомли юрак клапан аппарати шикастланиши, айниқса митрал стеноз билан бўлганда хилпилловчи аритмия аниқланади, бу бўлмачалар миокарди ва бутун юрак мушагидаги дистрофик ва склеротик жараёнларнинг оғирлиги ҳақида гувоҳлик беради.

Бирламчи ревмокардитда *фонокардиография*да И ва ИИ тонлар, баъзи ҳолларда –тон бўлиниши аниқланади. Беморларнинг тахминан 2/3 да юрак чуққиси соҳаси устида ёки Боткин нуқтасида систолик шовқин қайд қилинади, у ҳар бир юрак циклида товуш осцилляциясининг ўзгарувчанлиги, турли интенсивлиги ва давомийлиги билан хусусиятланади. Шаклланаётган ёки шаклланган юрак нуқсонларида ҳам структур, ҳам юрак ичидаги гемодинамик ўзгаришлар билан боғлиқ шовқинлар аниқланади.

Реокардиография, поликардиография, кинетокардиография ва бошқ. услублар фаол ревматик жараёнда анча ифодаланган миокард қисқариши бузилишини аниқлаш имқонини беради.

Рентгенологик текширувлар юрак нуқсонини аниқлашда ва унинг қайси тури устун эканлигини аниқлашда аҳамиятлидир, одатда қизилўнгачни контрастлаш билан олиб борилади. Қизилўнгачнинг катта ёки кичик радиус бўйича оғиши митрал стеноз ёки қўшма нуқсонда стеноз устунлиги мавжудлигини кўрсатади.

Допплер ултрасонография билан қўшиб қилинган *эхокардиография* ревмокардит ва юракнинг ревматик нуқсонларини ташхислашда юқори сезучанлиги ва спецификлигига эга. Услуб юрак клапанлари ўзгаришлари ва функционал бузилишларини аниқлаш имқонини беради. Допплер ултрасонографияси митрал регургитация оғирлик даражасини, аортал клапан зонасидаги қон босими градиентини ишончли аниқлаш имқониятини беради. Митрал клапани ревматик эндокардитининг эхокардиографик белгилари: клапанларда вегетацияларнинг мавжудлиги, орқа митрал тавақанинг гипокинезияси, митрал регургитация, олдинги митрал тавақанинг ўткинчи гумбазсимон диастолик букрилиги. Эхокардиография ва доплер ултрасонография клапан аппарати шикастланишини ташхислаш учун керакли юрак катетеризацияси заруриятини камайтиршга имқон беради.

Дифференциал ташҳис. Ревматизмни кўпинча юракнинг тонзиллоген шикастланиши, норевматик кардит, инфекцион эндокардит, юрак неврози, РА, тиреотоксикоз, сурункали сил интоксикацияси, реактив артрит билан ташхислаш керак бўлади. Миокарднинг тонзиллоген патологияси миокардит ёки кардиомиопатия кўринишида намоён бўлади.

Тонзиллоген миокардит одатда ангина вақтида ёки ундан кейинок ривожланади. Беморлар кўпинча астеноневротик хусусиятдаги шикоятлар қилишади. Юрак соҳасидаги оғриқлар безовта қилиши, юрак чап чегарасининг арзимас силжиши, аускултатив ва ФКГ да аниқланадиган майин систолик шовқин аниқланади. Бу белгилар нисбатан тинч лаборатор кўрсаткичлар (ЕЧТ, протеинограмма, нейрамин кислотлара даражаси ва бошқ.) шароитида намоён бўлади. Агар шу кўрсаткичлар кўпайса улар даво натижасида тезда меъёрлашади. Бодомсимон безларда (танглай мўртақларида) доимо ифодаланган патология бўлади.

Тонзиллоген (функционал) кардиомиопатия сурункали тонзиллитда кузатилади. Беморлар узоқ вақт давомида юрак соҳасидаги симилловчи, зирқирровчи, санчувчи оғриқларга шикоят қилишади, улар тонзиллит кўзиши даврида кучаяди, коронар дорилар ичилганда йўқолмайди ва седатив

дорилар (валокордин, корвалол, Зеленин томчилари ва бошқ.) қабул қилгандан сўнггина сўсяяди ёки йўқолади. Функционал маълумотлар худди тонзиллоген миокардитдагидек, лекин улар бир неча ойлар ёки йиллар давомида ҳеч қандай ўзгаришсиз аниқланади. Кўпинча полиартралгик синдром кузатилади. Сурункали тонзиллит кўзиши бўлмаган ҳолларда лаборатор кўрсаткичлар меъёрда. Чузилган субфебрилитет бир неча ой қайд қилиниши мумкин. Тонзиллоген кардиомиопатия сурункали (кўпинча декомпенсацияланган) тонзиллит мавжуд бўлганда кучаяди

Норевматик кардит одатда инфекция (грипп, ЎРВИ, тифлар ва бошқ.) даврида ёки ундан бир неча кун ўтгандан кейин ривожланади. Кўпинча грипп пайтида ҳосил бўлади. Беморлар юрак соҳасидаги зирқирровчи оғриқларга шикоят қилишади. Кўпинча юрак чап чегарасининг силжиши, II тон бўғиқлашуви, V нуктада тарқалмайдиган систолик шовқин аниқланади. Реполяризация жараёнларининг бузилиши натижасида Т тишча силлиқланади, С–Т интервали пасаяди. Экстрасистолиялар (суправентрикуляр, қоринчали), бўлимча-қоринча ўтказувчанлиги бузилиши, Гис тутамлари блокадаси ва бошқ. бўлиши мумкин. Деструктив-яллиғланишли жараённи акс эттирувчи лаборатор кўрсаткичлар арзимас даражада ўзгарган. Норевматик кардит учун эндокард шикастланиши ва юрак нуқсони шаклланиши бўлмаганда давомли кечиш ва рецидивланиш хосдир.

Инфекцион эндокардит одатдагича юқори иситма, титрашлар, кўп терлаш, тахикардия, геморрагик синдром, узоқ вақт юқори бўлган эЧТ да талоқ катталаниши, анемия, мусбат формол синамаси билан кечади. Кўпинча ревматик ёки туғма юрак нуқсонидан ривожланади, кам ҳолларда илгариги интакт клапанларни – доимо аортал клапанларни шикастлайди. Ташхисотида юракнинг эхокардиографик текширувига катта аҳамият берилади.

Ревматоид артритни ревматик полиартрит билан дифференциал ташхис қилиш керак. РА учун йирик бўғимлар шикастланиши, оғриқларнинг кечувчи хусусияти, салицил терапиянинг яхши самарадорлиги хосдир. РА да бўғимлардаги оғриқлар доимий, туннинг иккинчи ярмида, эрталабга яқин кучаяди, эрталаблари бўғимлардаги сиқиклик аниқланади. Кўпинча қафтнинг майда бўғимлари шикастланади. Нисбатан қисқа вақтда бўғимларнинг деформацияси, суяклараро мушакларнинг атрофияси ривожланади. Бўғимлар функциясининг бузилиши содир бўлади. 2/3 беморлар қонида РФ, юқори эЧТ аниқланади. Рентгенологик остеопороз, бўғим ёриғининг торайиши, бўғим юзаларининг эрозияси, узурлар, анкилозлар кузатилади.

Ревматизм башорати патологик жараён кечиши хусусиятидан ва жараёнга у ёки бу аъзо ва тизимлар кўшилишига боғлиқ бўлади. Ревматизмнинг тери ва бўғим шакллари одатда ижобий кечади. Кичик хорей 18-20 ёшга келиб тугайди. Педиатрияда касалликнинг ўлим билан тугаши диффуз миокардитда ва менингоенцефалитда бўлиши мумкин. Ревматизмдаги башорат асосан юрак ҳолати (юрак нуқсони мавжудлиги ва оғирлиги, миокардиосклероз ва қон айланиш етишмовчилиги даражаси) билан боғлиқ. Бу жиҳатдан рецидивланувчи кечиш жуда ҳам ёмон. Фаол

ревматизмни даволаш бошланиши муддати ва ревматик жараённинг орқага қайтиш даражаси муҳим. Болалик ва ўспирин ёшларида ревматизм оғирроқ ва кўпроқ (20-25% ҳолда) қайтмас клапан ўзгаришларига олиб келади.

Даволаш. Ҳозирги вақтда энг исботланган даволаш уч босқичли даволаш ҳисобланади: биринчи босқич – фаол фазада узоқ (4-6 ҳафта) стационар даволаш; иккинчи босқич – касалхонадан сўнгги санатор ёки санатор-курорт даволаш; учинчи босқич – бициллиномедикаментоз даволаш билан поликлиника шароитида диспансер кузатуви. Ревматизмни даволаш имқони бўлгунча эрта бўлиши керак (биринчи соатларда ёки кунларда – касаллик бошланишидан 3 кунгача), сабаби бу босқичда юрак ва бошқа аъзолар бириктирувчи тўқимаси ўзгаришлари (мукоид бўқиш) қайтар бўлади; комплекс, адекват ва қаттиқ индивидуал бўлмоғи лозим. Ревматизмнинг фаол фазасида беморни госпитализация қилиш керак. агар буни амалга ошириш иложи бўлмаса бемор уй шароитида кўрпа-тушак тартибига риоя қилиши керак. Даволаш комплексига даволаш-чекловчи ва ҳаракат тартиби, рационал овқатланиш, медикаментоз ва физиотерапевтик воситалар киради.

Ҳаракат тартиби ревматик жараён пасайишига мувофиқ кўпайтирилади. Овқат турли-туман, оксилларга, витаминларга, фосфолипидларга бой бўлиши керак. Углеводли овқат чекланади. Қон айланиш бузилишида овқат асосан сутли-ўсимликли, туз ва суюқлик чекланган сутли-ўсимлик бўлмоғи лозим.

Қўлланилади: И) этиопатогенетик, аллергияга қарши терапия: а) антибиотиклар, б) ностероид яллиғланишга қарши дорилар (салицилатлар, бруфен (ибупрофен), волтарен, индометацин, метиндол), в) глюкокортикоидлар, г) иммунодепрессив таъсирга эга дорилар (хинолинли, цитостатиклар, антилимфоцитар глобулин); 2) антидистрофик таъсир қилувчи дорилар; 3) қон айланиши етишмовчилигида, туз-сув алмашинуви бузилишида ва бошқ. симптоматик дорилар. Антибиотиклардан пенициллин 500 000 ЕД дан мушак ичига кунига 4 маҳал 5 кун мобайнида, сўнг мушак ичига бициллин-5 1,5 млн ЕД да 4 ҳафтада 1 марта, кейин бемор йил бўйи бициллинпрофилактикага ўтади. Пенициллин стрептококк А гуруҳига бактерицид таъсир қилади. пенициллинни кўтараолмаслик ҳолатида – эритромицин 250 мг дан кунига 4 маҳал. Цефалоспорин қатори (кефзол, цефазолин ва бошқ.) дориларини қўлласа бўлади.

Салицил дорилардан ацетилсалицил кислотаси (аспирин) тез-тез қўлланилади, бир мунча камроқ салициламид, салицил натрий. Салицилатлар яллиғланишга қарши, антиэкссудатив, иситма тушурувчи, аналгезияловчи ва кучсиз иммунодепрессив таъсирга эга. Ацетилсалицил кислотаси (аспирин) дозаси, шунингдек салициламидники – 3-4 г, кам ҳолларда – 5 г ва кўп, салицил натрий – 8-12 г/кун. Салицил дорилар ошқозон шиллиқ қаватига китиклантирувчи таъсир қилади, бу эрозив гастрит, яра касаллиги, қон кетишларга олиб келиши мумкин. Дориларни овқатдан сўнг порошок кўринишида, ишқорли минерал сув ёки сут билан бирга ичиш керак. Салицилларни кўтара олмаслик (қориндаги оғриқ, кўнгил айнаш, қусиш, бошдаги шовқин, тери тошмалари) да, шунингдек самара йўқлигида,

чузилган ва тез рецидивланувчи кечишида индометацин (метиндол) ёки волтарен (диклофенак натрий, ортофен, диклонат ва бошқ.) 100-150 г. кунига стационар давонинг тўлиқ даврида берилади. Стационардан чиқарилгандан кейин бемор аспирин 2 г/кун ёки индометацин (волтарен) 75-100 мг/кун 1-2 ой қабул қилиши керак. Кейинчалик – аспирин, 1 г; индометацин (волтарен) 500 мг/кун (“ретард” шакллари ҳам мумкин) бир марта 2-3 ой ичида кетма-кет ичади. Индометацин ва кам даражада волтарен МНС ва ошқозон-ичака тракти томонидан ножўя таъсирларни келтириб чиқариши мумкин. Ушбу дориларга қарши кўрсатмалар ва уларни кўтара олмаслик мавжуд бўлганда бруфен 600-1200 мг/кун дозасида қўлланилади. Лекин у буйрак шикастланишини, кейинчалик эса ошқозон-ичак трактидан қон кетишларни юзага чиқариши мумкин. Кунлик дозаси – 750 мг (250 мг дан кунига 3 маҳал).

Глюкокортикоид гормонлар (метилпреднизолон, преднизолон) ревматик жараённинг фаоллиги юқори бўлганда (ИИИ-ИИ) ва диффуз миокардитда ишлатилади. Глюкокортикоидлар НЯҚД лар билан бирга қўлланилади. Метилпреднизолон дозаси (медрол ва др.) – 12-16 мг кунига, преднизолонники – 20-30 мг/кун. Ассой курс 10-14 кун мобайнида олиб борилади, кейин гормонлар дозаси секин-аста ҳар ҳафтада 2,5-5,0 мг ча камайтирилади. Даволаш курси – 4-5 ҳафта, оғир ҳолларда – 8-10 ҳафта. Кучли юрак етишмовчилиги ва гипертензияга мойиллик бўлганда триамцинолон ёки дексаметазон қўлланилгани маъқул. Триамцинолон (полкортолон) 4 мг дан кунига 3-4 марта, дексаметазон - 0,5 мг дан кунига 1 мартадан 6 мартагача қўлланилади. Глюкокортикоидлар сув-туз алмашинувига таъсир этиши боис, комплекс даволашга калий дорилари (панангин, аспаркам, калий оротати) қўшилиши керак, суюқлик йиғилганда эса – алдостерон антагонисти (алдактон, вероширон кунига 6-8 таблеткадан), сийдик ҳайдовчи дорилар (фуросемид кунига 40-80 мгдан ва бошқ.) тавсия этилади. Аминохинолин дорилар (делагил, плаквенил) глюкокортикостероидлар дозаси камайтирилганда ишлатилади: делагил – 0,25 г ёки плаквенил – 0,2 г; юқори иммунн фаолликда, давомли ва тез-тез рецидивланувчи кечишида – 6-8 ойгача. Ушбу дорилар иммунодепрессив таъсир қилишига эга. Улар салицилатлар ва бошқа НЯҚД лар билан бирга ишлатилади.

Иммунодепрессантлар – 6-меркаптопурин, имуран (азатиоприн), хлорбутин – ревматизмнинг тез-тез рецидивланувчи ва давомли кечиши мавжуд беморларда қўлланилади. Касалликнинг бу шакллари классик антиревматик дорилар, шу билан бирга кортикостероидлар билан даволашга резистентдир, шу жумладан узоқ вақт (кўп ойлар мобайнида) хинолин дориларига ҳам таъсирсиз бўлади. 3-меркаптопурин ва имуран (азатиоприна) дозаси – 0,1-1,5 мг/кг тана вазни, хлорбутинники – 5-10 мг/кунига. Антидистрофик терапия (анаболик стероидлар, оксил гидролизатлари, пирамидин ҳосилалари, гамма-глобулин дорилари ва бошқ.) одатда ўрта терапевтик дозаларда берилади.

Юрак-қон томир тизими декомпенсациясида юрак гликозидлари (строфантин, коргликон, изоланид, дигаоксин, дигитоксин), сийдик ҳайдовчи (фуросемид, лазикс, бриналдикс ва др.) дорилар қўлланилади.

Беморлар стационардан чиқарилгандан кейин амбулатор даволанишга ўтказилади ёки имқоният бўлса маҳаллий кардиологик санаторийларга соғайгунча даволаниш учун юборилади. Ревматизмли барча беморлар диспансер ҳисобда туриши керак.

Профилактика. Ревматизмнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси фарқланади.

Бирламчи профилактика ревматизм билан бирламчи касалланишни олдини олишга қаратилган умумдавлат, жамоат ва индивидуал тадбирлар комплексини ташкиллаштириш ва ҳаётга тадбиқ этишдан иборат. Бунинг ичига систематик умуммустаҳкамловчи тадбирлар: азотизмни чиниқтириш, физкултура ва спорт билан шуғулланиш, стрептококкли инфекцияси бор беморлар билан алоқани иложи борица камайтириш, ўткир ва сурункали стрептококкли инфекцияларни ўз вақтида ва тўғри даволаш. Ангинада, фарингитда, стрептококкли табиатга эга ЎРҚда феноксиметилпенициллин 250 мг дан кунига 4 маҳал ичилади. Агар бу дори бўлмаса мушак ичига бициллин-5 1 500 000 ЕД бир марта киритилади. Касалликнинг оғир кечиши ҳолатида эритромицин 250 мг дан кунига 4 маҳал берилади. Шунингдек цефалоспоринларни ҳам қўллаш мумкин. Тетрациклин қатори ва сульфаниламидлар ишлатилиши тавсия этилмайди, сабаби А гуруҳи стрептококклар штамmlарининг кўпчилиги ушбу дориларга резистент. Ревматизмнинг нофаол даврида ва кўрсатиб ўтилган стрептококк инфекцияларида пенициллинтерапиядан (600 000–800 000 ЕД/кун) ташқари антиревматик дорилар: ацетилсалицил кислота 2-3 г, волтарен 1 таблеткадан кунига 3 маҳал ва бошқ. ишлатилади.

Иккиламчи профилактика ревматизм билан касалланган шахсларда касалликнинг зўрайиши, қайталаниши ва кучайишини олдини олишга қаратилган комплекс тадбирларни ўз ичига олади. Ревматизмли беморлар диспансер ҳисобида туриши керак. Уларга йил бўйи ёки мавсумий (баҳор ва кузда) бициллинопрофилактика амалга оширилади. Йил давомидаги бициллинопрофилактика афзалроқ. Бемор бирламчи касаллик бошланиши ёки касаллик қайталанишидан бошлаб 5 йил мобайнида ҳар ойда 1 500 000 ЕД бициллина-5 олади. Ревматизмнинг тез-тез қайталаниш шаклида хинолин дорилари (делагил, плаквенил) кўрсатилган. Мавсумий бициллинопрофилактика бициллин-1 (1 200 000 ЕД 4 ҳафтада 1 марта) ёки бициллин-5 (1 500 000 ЕД юқоридагидек даврийликда) билан амалга оширилади, шундай курсларнинг 2-3 тасини ўз ичига олади. Бициллинотерапия билан бир қаторда ревматизмга қарши дориларнинг биттаси қўлланилади, 2 г/кун дозада ацетилсалицил кислота маъқулроқ. Ацетилсалицил кислотани кўтараолмаслик ҳолатларида бошқа ревматизмга қарши дорилар (волтарен, индометацин) ишлатилиши мумкин.

Назорат саволлари:

1. ЎРИ га тушунча беринг;
2. ЎРИ таснифи (2000);
3. Болаларда ЎРИ нинг этиологияси ва патогенези;
4. ЎРИ нинг клиник ва рентгенологик кечиш хусусиятлари?
5. ЎРИ нинг диагностика мезонлари
6. Болаларда ЎРИнинг қиёсий таққослаш;
7. Антибактериал даво алгоритми;
9. Болаларда ЎРИни даволаш принциплари.
10. Профилактика .

XI. Ювенил ревматоид артрит

Ревматоид артрит. Ревматоид артрит - сурункали кучайиб боровчи симметрик полисиновит бўлиб, аста-секинлик билан бўғинлар эрозив деструкциясига олиб келувчи ва Ig G антителаларнинг ишлаб чиқарилиши билан бирга ривожланувчи, бир қатор ҳолларда эса, бўғиндан ташқари аъзолар шикастланиши билан характерланувчи касалликдир.

Касаллик этиологияси ва патогенези тўлиқ ўрганилмаганлиги муносабати билан ва махсус, клиник, лаборатор ва инструментал белгилар бўлмаганлиги туфайли, аниқ пациентни айнан РА касаллигига чалинган деб қабул қилиш кўпинча қийин, баъзан ҳато бўлиши ҳам мумкин.

Касаллик эпидемиологияси. РА – замонавий ревматологиянинг долбзарб муаммоларидан биридир. Бу ҳол касалликнинг ҳамма ерда кенг ва тенг тарқалганлиги, турли ешдаги одамларнинг зарарланиши, оғир кечиши, тўхтовсиз кучайиб бориши ва жуда кўп ногиронликка сабаб бўлиши билан изоҳланади.

Касаллик тарқалиши анча юқори бўлиб ўрта ҳисобда барча аҳоли орасида тахминан 0,7 % ни ташкил қилади. Охириги 10 йилликда ҳам РА билан йиллик касалланиш 0,02% ни ташкил этиб, юқори даражани сақламоқда. Болалар ревматик касалликлари орасида кўпроқ ювенил сурункали артрит (ЮСА) учрайди.

ЮСА касаллигининг (16 ешгача) тарқалиши 0,01 – 0,001 % ни ташкил этади. Турли ешдаги болалар касалланади, лекин кўпроқ ЮСА 1 – 3 ешда ривожланади.

Кўкрак ешида касалланиш кам бўлиб, 5 ешгача бўлган болаларда касаллик қайд қилиниши юқори бўлади. Бу ешдаги қиз болалар ўғил болаларга нисбатан 1,5 – 2 баробар кўп касалланади ва уларга пауци ва олигаоартикуляр шакл характерлидир.

ЮСА кам учрайдиган патология бўлса ҳам, лекин муҳим ижтимоий муаммо ҳисобланади, чунки таянч ҳаракат тизимининг оғир шикастланиши беморларнинг эрта ногиронлигига, шу туфайли меҳнат қобилиятининг йўқолишига олиб келади. Касаллик натижасида иккиламчи нанизм ривожланиши, ЮСА билан касалланган болаларда психик шикастланиш манбаи ҳисобланади.

Этиология. РА нинг келиб чиқиш сабаби охиригача ўрганилмаган. Касаллик ривожланишида инфекциясига, шу қаторда бактериал, стрепто-ва стафилококкларга, уларнинг филтёрланувчи (L -) шаклларига, вирус ва микоплазмаларга аҳоҳида аҳамият берилади. Болаларда ЮСА ривожланишининг инфекцион назариясини, уларда кўпинча аниқланадиган муртаклар, ўт йўллари ва сийдик чиқарув йўлларидаги инфекция ўчоқлари ва бевосита юқори нафас йўллари касалликлари ҳамда ангинадан сўнг болаларда ЮСА ривожланиши тасдиқлайди.

Буни зарарланган бўғинлар синовиал пардасида вирусга ўхшаш киритмаларнинг аниқланиши, РА билан касалланганлар қон зардобида қизамиқ, I – типдаги парагрипп ва қизилча вирусларига қарши антителаларнинг бўлиши тасдиқлайди.

Шикастланган бўғин синовиал суюқлигида микоплазма синфига кирувчи микроорганизмларнинг топилиши ҳам эътиборга олинади.

ЮСАнинг наслий, инфекцион еки травматик келиб чиқишини исботловчи қандайдир далиллар борми?

ЮСА СКВ дан фарқли равишда, I – даражали қариндошларда бир тухумдан ривожланган эгизаклардан ташқари, кам учрайди. Бундан ташқари, болаларда сурункали артрит ривожланиш механизмида генетик компонент HLA нинг (DR₅, B₂₇, DR₄ ва бошқа) маълум типлари ЮСА нинг баъзи шакллари билан боғлиқдир. ЮСАнинг ривожланиш асосида ихтиерий туртки берувчи антигаенларга қарши патологик жавоб етади.

ЮСА нинг клиник кўриниши баъзи инфекцион касалликлар, аввало Лайне (борелиоз) ва паравирусли инфекция клиникасига ўхшаб кетади. Реактив артрит инфекцион касаллик ўтказгандан сўнг ривожланади, лекин шикастланган бўғиндан микроорганизмларни топиб бўлмайди.

Реактив артрит ривожланишига алоқадор микроорганизмларга А-гурухга мансуб стрептококклар, salmonella, yersinia ва meningococcus лар киради. ЮСА билан касалланганлар анамнезида олдин жароҳат олганлигини ва патологик жараен чўзилганда антигаен пайдо бўлиши ва унинг, таъсирида болаларда ўзгарган иммун жавоб вужудга келиши мумкин. Агар артритнинг полиартикуляр шакли бўлса, шикастланган бўғин зарарланиши учун бу механизм кўпроқ ишонарли бўлиши мумкин. Ҳозирги кунда ҳам катталар ва болалардаги РА асосида беморлар реактивлигининг ўзгариши, уларнинг атроф-муҳитнинг турли хил омилларига нисбатан ўта сезгирлиги етади.

Патогенези. Замонавий концепцияларга кўра 1948 йили IgG га қарши аутоантитело сифатида таъсир қилувчи ревматоид факторнинг топилиши, РА ни аутоиммун касаллик сифатида тушунишга имкон яратди.

Антитела ҳосил бўлиши серотонин ажралиши билан борадиган тромбоцитлар агрегацияси ва бошқа биологик актив моддалар ажралишига олиб келади. Юқоридаги агентлар қон томирга таъсир этиб, уларнинг

Ўтказувчанлигини оширади, қон томирларни кенгайишига олиб келади. Фаоллашчан комплимент компонентлари бўғин бўшлиғида нейтрофил лейкоцитлар миграциясини кучайтиради.

Иммун комплексларини нейтрофиллар билан фагоцитози жараени натижасида синовиал қобикқа протеолитик ферментлар чиқади, улар ўз навбатида яллиғланиш медиаторларини (кининлар, простагландинлар) фаоллаштиради. Бу эса ўз навбатида аутоантигаен тоғай хужайра структураларини шикастлайди, иммунитетнинг занжирли реакцияси бузилишини қўллаб қувватлайди. Иммун комплекслар узок вавт синовиал тўқимада сақланиши мумкин. Бундан ташқари, қонда айланиб юриб РА нинг бўғиндан ташқари кўринишини чақиради. Бунинг асосида эса, сенсбилизациялашган лимфоцитлар таъсири ва иммун яллиғланиши етади.

Хужайравий иммунитетда, касалликнинг актив фазасида периферик қонда Т хужайралар умумий миқдори камаяди, синовиал суюқликда уларнинг миқдори ошади. Шу вақтнинг ўзига синовиал суюқликда В хужайралар миқдори камаяди. Бу ўз навбатида В хужайраларнинг кўп қисмини плазматик хужайраларга айланишига ва синовиал тўқимада кўп миқдорда тўпланишига олиб келади.

РА да иммун патологиянинг ҳал қилувчи аҳамияти қуйидаги манбаларга таянади:

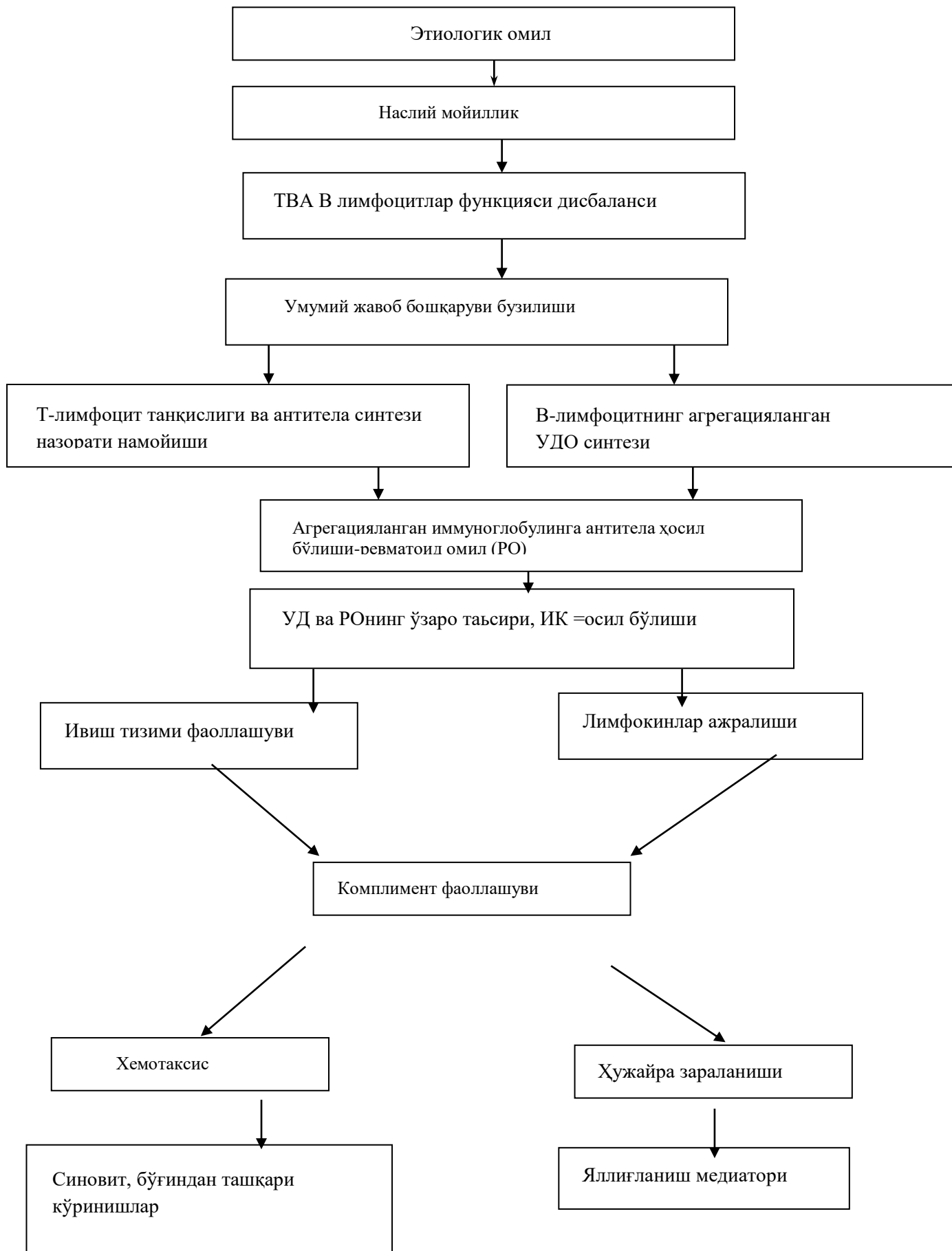
1. Касалликнинг кўпқиррали клиник кўринишлари ва иммунотроп терапияга нисбатан жавоб реакцияси;
2. Сурункали артритнинг экспериментал моделлари;
3. РА билан касалланганларни иммуногенетик характеристикаси;
4. РА нинг аниқ кўрсаткичлар таҳлили ва фаолият кўрсатаётган иммункомпетент тизимнинг умумий қонуниятлари.

РА иммунпатологик касаллар қаторига қириб, унинг ривожланишида еш, жинс, наслий мойиллик муҳим аҳамият касб этади. Кўпгина иммункомпетент хужайраларга бой бўлган бўғин синовиал қобиклар шикастланиб, РА патогенезида массив иммун яллиғланиш реакцияси тарқалиши билан кетма-кет келувчи мураккаб аутоиммун механизм шаклланади. Номаълум бирламчи антигаен (бактериялар, микоплазмалар ва бошқалар) ўзгарган игалар гиперпродукциясини олиб келади. Бу эса, иммун тизим томонидан аутоантигаен деб қабул қилинади ва бунга жавобан, бўғин синовиал қобиғида плазматик хужайралар томонидан ревматоид фактор деб номланувчи аутоантитела ишлаб чиқилади.

Аутоантигаен – аутоантитела реакцияси синовал қобикда комплимент иштироқида вужудга келиб, иммун комплекслар РА да аутоантителолар

гиперпродукциясини Т супрессордаги нуқсон еки В лимфоцит аутоагрессив клонининг пайдо бўлиши билан тушунтирилади.

Ревматоид артрит патогенези схемаси:



Патологик анатомияси. РА нинг асосий клиник белгиси артрит хисобланади. Лекин касаллик бошида синовит бўлади. Бўғиннинг синовиал пардаси шишган, қизарган, кейинчалик пролиферацияланган фибробластлар, макрофаглар, лимфоцитлардан ташкил топган плаш (паннус) кўринишида микроворсинкали ўсиш рўй беради. Паннус бўғин юзасига бўртиб бўғин тоғайига ўтади ва тирқишлар кўринишида дистрофик, деструктив ўзгаришлар ва эрозиялар чақиради. Синовиал суяқлик епишқоқ, лойқа, қуриб қолади. Кейинги кучайишлар бўғин капсуласининг фиброз ва склерозига, фиброз битишмалар ҳосил бўлишига олиб келади.

Суяқлар эпифизи ейилган кўринишини олади ва кучли эрозияларда бутунлай бузилади. Охири босқичда бўғинда суяк анкилози рўй беради.

Патологик жараенга барча аъзолар (юрак, упка, буйрак, жигар) ва майда артериялар шикастланиши кўшилади. Ревматоид васкулит ривожланиши ҳам мумкин. Юрак шикастланиши ўчоқли ва баъзан диффуз миокардит характерида бўлади. Кам ҳолларда, гистиоцитлар билан ўралган структурасиз некротик массалардан ташкил топган, ревматоид тугунчалар топилади. Кўпроқ, фиброз – бирлашма характерига эга бўлган перикардит хосдир.

Буйракчалардаги ўзгаришлар амилоидоз, гломерулонефрит еки оралик нефрит кўринишида намоён бўлади.

Жигарда 3 ҳил ўзгаришлари бўлиши мумкин:

- 1) Амилоидоз;
- 2) Портал трактлар яллиғланиши ва склерози;
- 3) Паренхима дистрофияси ва некрози.

Ревматоид артрит таснифномаси. 1977 йили Ослода бўлиб ўтган ревматологларнинг Бутунжаҳон конгрессида БЖСЕТ ва Европа лигаси РА касаллигининг янги таснифномаси қабул қилинди. Болаларда касаллик асосан сурункали артрит тарзида кечиши ва кўпинча бошқа ревматик касалликларга трансформацияси рўй бериши инобатга олиниб, болаларга ревматоид артритни ювенил сурункали артрит деб номланди.

Клиник кўриниши. ЮСА да бўғин шикастланишининг асосий белгилари: оғриқ, шиш, эрталабки ҳаракат чекланиши, болаларда бўғин оғриги одатда катталарга қараганда кам ифодаланган бўлади. Баъзида шиш ва пайсаганда оғриқ бўлса ҳам оғриққа шикоят умуман бўлмайди. Баъзан болалар эрталабки ҳаракат чекланишига шикоят қилиб, уни ҳаракатини диққат билан кузатганда аниқласа бўлади.

ЮРА нинг куйидаги клиник шакллари тафовут килинади:

1. Бўғим шакли;

2. Бўғим – висцерал шакли;
3. Стилл синдроми;
4. Аллергик- септик варианты;
5. Алоҳида висцерит шакллари билан;
6. Кўз шикастланиши билан кечадиган шакли.

Ювенил сурункали артритда (ЮСА) бўғин шикастланишининг асосий белгилари.

Камдан-кам ҳолатларда ЮСАда кичик кафт ва товон бўғинларида артрит аниқланади: биринчи навбатда йирик бўғинларда (кўроқ тизза, болдир, товон, билак, кафт ва бошқалар) шикастланиш бўлиб, ревматоид артритдан фаркланиб, симметрик жараеннинг унчалик хос эмаслиги, 1F3 касалларда бўйин қисмидаги умуртқалараро бўғин (асосан С₂ С₃)да оғриқ ва ҳаракат чекланиши ривожланиши мумкин. Кўпинча чакка пастки-жағ бўғинларида артрит кузатилади. Суякни субхондрал бўлими ва бўғин тоғайларининг яхлит деструкцияси, бўғин деформацияси РА га қараганда ЮСА да нисбатан секин шаклланади.

Деформация натижасида бўғимлар турли шаклларга киради, масалан тизза бўғини-кўпинча шарсимон, кичик бшғинлар (билак-кафт бармоқларнинг фалангалараро бўғини) урчуқсимон шаклга киради.

Мушак атрофида умумий дистрофик ва анемия, бўғинларда ҳаракат чекланиши ортади. ЮСАда ҳаракатли аъзоларнинг жисмоний ривожланишдан, ўсишдан, пастки жаънинг чала ривожланишдан ортда қолиш белгилари пайдо бўлади.

Стилл синдроми - асосий клиник кўриниши ЮСА нинг бўғинли висцерал шакли (Стилл касаллиги) ЮСА билан касалланганларнинг тахминан 20%ни ташкил этади.

Касалланганларда ҳеч қандай белгисиз ҳароратнинг бирданига кўтарилиши, кунига бир еки икки марта иситма (яъни ҳар кунлик пик билан) чиқиши кузатилади. Бунинг устига ҳарорат 40⁰С дан юқорига кўтарилади. Ҳарорат кўтарилиши қалтираш билан давом этади. Ҳароратни 37⁰С гача еки ундан ҳам пастга тушиши характерлидир. Аган доимий иситма бўлса, бошқа касалликларга гумон қилиниши керак. 90% ҳолларда иситма фонида оқиш-кизил, босганда оқарадиган тошма пайдо бўлади, баъзида перимолекуляр оқариш кузатилади.

Бўғинли–висцерал тошма тошиши ташҳисни мустасно қилиш усули аниқлангандан сўнггина ташҳис белги бўлиши мумкин. Шуни таъкидлаш керакки, касалликнинг биринчи бир неча ҳафтасида артрит симптомлари бўлмаслиги мумкин. Касалликнинг актив фазасида болада бўғинда тез бошланувчи ва қўл теккизилганда ҳам кучаювчи оғриқдан азобланади. Болаларда оғриқ ва умумий ҳолсизлик бўлиши ҳисобига ҳаракатсизланиш бўлади. Кўпинча юракда миокардит, перикардит, миоперикардит кузатилади.

Касалларнинг тахминан 10% да артрит вужудга келади. Нафас абзоларидан, кўпинча плевра жараенга кўшилиши мумкин. Стилл синдромига тез кучайиб бориш ва қайталаниш билан кечишидир.

Бошқа абзо ва системалардаги (висцеритлар, увеитлар) ўзгаришлар характерли.

Алергетик-септик варианты бир мунча оғир ўтади. Унга ўткир бошланиш ва қалтироқ билан кечувчи юқори ҳарорат ва кўп тер ажралиши характерлидир. Септик вариантида иситма турғун бўлиб 2-3 ҳафтадан 2-3 ойгача чўзилиши мумкин. Кўпроқ полиформ, доғли-папулез, баъзан уртикар тошмалар, турғун аллергия хосдир.

Касаллик бошланишида миоперикардит ва плевропневмония кўринишидаги висцерал патология аниқланади.

Болалар миоперикардитда тўш остида оғриққа, безовталаниш каби шикоятлар қилиб келишади. Перикарда озгина суюқлик бўлса ҳам мажбурий ҳолатини эгаллайди ва хансираш, акроцианоз юрак тонлари бўғиклашиши, юрак чегараларининг кенгайиб кетиши кузатилади. Перикардит кўшилган бўлса, перикардни ишқаланиш шовқини эшитилади. Бир вақтнинг ўзида плевропневмония ривожланиши бемор аҳволи янада оғирлаштиради. Хансираш ва цианоз ортади, бошида қуруқ сўнг ҳўл йўтал пайдо бўлади

Упканинг икки томонида ҳам турли калибрли хириллашлар, плевра ишқаланиш шовқини эшитилади.

Стилл синдромидан фарқланиб, бўғинлардаги патологик жараен фақатгина артралгия билан чегараланиб, ойлар ётгандан сўнг ўзгаришлар пайдо бўлади. Баъзан бу ўзгаришлар касаллик бошланишидан йиллар ўтгандан сўнг пайдо бўлиши мумкин.

Касалликни висцерит варианты бўғин ва бўғинли висцерал шаклнинг оралиғи кўринишида намоён бўлади. Касаллик бошланиши кўпинча нимўткир еки сурункали бўлади. Бўғинларнинг шикастланиш сони 4-6 тадан ошмайди, унга бўғинда эрта фиброз ўзгаришлар рўй бериши характерлидир. Кейинчалик фиброз перикардит, плеврит ва упкани диффуз, фиброз-склеротик ўзгаришлари ривожланади.

Таянч-ҳаракат аппарати ва ички абзоларда ҳам узлуксиз ўсиб боровчи фиброз ривожланади.

ЮСА ни кўз шикастланиши билан кечадиган шаклида бўғиндаги ўзгаришлар кам ифодаланиб, моно-олигаортрит кўринишда кечади.

Кўзнинг бирламчи ревматоид артритини ташхис қилиш жуда қийин, кўроқ кўзнинг қон томири қобиғи шикастланиб иридоциклит еки увеит рўй беради.

Ўзига хос триада симптомлари: иридоциклит, катаракта ва тасмасимон қорачиқ дистрофияси ҳосил бўлади. Кўриш қобилияти сезиларли пасайиши еки унинг тўлиқ йўқолиши кузатилиши мумкин.

Увеит (ёки иридоциклитнинг) – бу кўзнинг камалак пардали ва цилиар танасининг яллиғланишидир.

Олигаоартикуляр ЮСА билан касалланганларнинг 20% ни, полиартикуляр ЮСА билан касалланганларнинг 5% ни ташкил қилади.

Лекин 2 та гуруҳда увеит ривожланиши ҳавфи бўлган беморлар кўпроқ антинуклеарлар антитела (АНА) топилган беморлардир.

АНА топилган 7 ешгача булган беморлар ҳар 3-4 ойда офтальмологик текширувидан ўтиши керак.

ЮСАнинг бўғин висцерал шакли билан касалланганларнинг 2% дан камида кўзда яллиғланиш жараенлари ривожланади. Бундай болалар йилда 1 марта окулист кўригидан ўтиши керак. Кўрикларнинг мумтазамлиги ниҳоятда муҳим бўлиб, увеит билан касалланганларнинг кўпчилигида шикоят булмайди.

Лаборатор ўзгаришлар. Қон зардобиди ревматоид омил топилиши кўпроқ хос, лекин ЮСА аниқлаш учун ревматоид омил топилиши ердам берадими?

Классик латекс-тест ердамида аниқланганидан РО Ig Мсинфидаги анти – IgG антитела бўлиб ҳисобланади. Ревматоид артрит билан касалланган катталарнинг 80% ини қон зардобиди РО топилади, фақат 5-10% гина ЮСАли болаларда (касалликнинг полиартикуляр шакли асосан катта ешдаги кизларда), 20% РА – серонегатив ҳолларда учрайди.

Елғон мусбат натижани системали қизил югурдак, Шегрен синдроми, бириктирувчи тўқима касалликлари, вирус ва паразитар инфекцияли саркоидозда, бактериал эндокардитни нимўтқир турида бериши мумкин.

Шунинг учун РО аниқлаш ЮСА ташҳисини қўйиш еки уни инкор этишга ердам бермайди.

РАга ўртача гипохром анемия (НВ 100-110 гл, камида 80 гл) ЭЧТ ошиши ва яллиғланиши ўтқир фазали кўрсатқичларнинг (фибриноген, С-реактив оксил) кўпайиши хос.

РАда анемиянинг асосий сабаби бўлиб, РЭС томонидан темирни ортиқча ушланиши ҳисобланади. РА да периферик қонда лейкоцитлар ва нейтрофиллар миқдори одатда мьерида бўлади. Юқори истимада еки глюкокортикостероидлар билан доволанганда $20-50 \times 10^9$ хл гача лейкоцитоз кузатилади. Фелти синдромида лейкопения кузатилади.

Камроқ ҳолларда, бўғиндан ташқари белгилар билан кечадиган РА касалларда LE-хужайраларини топиш мумкин. Бунда суюкликларда характерли ўзгаришлар бўлиши мумкин.

Ревматоид артрит ташҳиси. ЮСА диагнози мустанга қилиш усули билан қўйилади. ЮСА нинг ўзига хос хусусиятлари қўйидагилар:

1. Касалликни 16 ешгача ривожланиши;
2. Артрит клиникаси (бўғинлар шиши, суюкликни борлиғи, бўғин соҳасида ҳарорат кўтарили ҳаракат ҳажмининг чегараланганлиги ва оғрик);
3. Касаллик 6 ой ва ундан кўп давом этиши;
4. ЮСАнинг асосий шакллари (бўғин-висцерал, олигаоартикуляр, полиартикуляр) ташҳисланади:
 - а) иситма бор еки йўқолиги;
 - б) касалликнинг биринчи 6 ойида шикастланган бўғинлар сони билан.
5. Артрит ривожланишига бошқа сабаб бўлмаган ҳолда.

Касалликни бирламчи текширганда, ЮСА га тахмин қилинганда қўйидаги текширувни ўтказиш керак:

- 1) Тромбоцитларни сони ҳисобланган қоннинг умумий таҳлили ва қонни формуласини аниқлаш;
- 2) ЭҚТ ни аниқлаш;
- 3) С - реактив оқсилни текшириш;
- 4) Сийдик умумий таҳлили;
- 5) Бўғиндан олинган ювинидини экиш.

Лаборатор тестлар болада артритнинг бошқа шаклини биринчи навбатда мустанга қилишни талаб этади (реактив ревматик, инфекцион, паранеопластик), лекин ЮСА диагностикасига ердам бермайди. Шунинг учун, болаларда касаллик симптомлари 2 ҳафтадан ортиқ сақланганда биринчи навбатда АНА аниқлаш ва имунноглобулинларни миқдорий текширув тавсия қилинади.

Алоҳида ҳолларда эса, РО, антистрептолизин – О ва Лайм касаллиги кўзгатувчисига қарши антителаларни аниқлаш кўрсатилган. Ташҳис турғун артрит бўлганда ва шунга ўхшаш бошқа касалликлар мустанга қилинганда қўйилади.

Кўзнинг зарарланиши кўзнинг олдинги камерасини тирқишли ламза ердамида кўриш орқали аниқлаш мумкин. Бунда увеитнинг эрта лойқаланиш симптомини аниқласа бўлади, бу эса яллиғланиш учун жавобгар хужайралар ва оқсиллар концептрациясининг ошиши ҳисобига вужудга келиши мумкин. Анча кечки симптомларга орқа шох пардада доғ пайдо бўлиши (бу шохлар преципитатларига боғлиқ) ноадекват еки қорачиқнинг суст реакцияси

(камалак парда ва гавҳар ўртасида синехий ҳосил бўлишига боғлиқ) лентасимон кератопатия, катаракта ривожланиши қиради.

ЮСА нинг ташҳис мезонлари.

1. 3 ой ва ундан кўп давом этган артрит.
2. 3 ой ва ундан кечроқ рўй берган иккинчи бўғин артрити.
3. Кичик бўғинлар симметрик шикастланиши.
4. Контрактура.
5. Тендосиновит еки бурсит.
6. Мушак атрофияси.
7. Эрталаб ҳаракат чекланиши.
8. Кўзнинг ревматоид шикастланиши.
9. Ревматоид тугунлар.
10. Бўғин бўшлиғида суюклик.

Рентгенологик белгилар:

11. Остеопороз, эпифиз суяк тузимининг кичик кистози қайта тузилиши.
12. Бўғин ериклари торайиши, суяк эрозияси, бўғинлар анкилози.
13. Суяк ўсишининг бузилиши.
14. Умуртқа поғонасининг бўйин қисми шикастланиши.

Лаборатор белгилар:

15. Мусбат ревматоид омил.
16. Синовиал қобикдан олинган биопсия мусбатлиги мусбат белгилар умумий миқдори:

ЮСА га эҳтимол (3 белги)

ЮСА аниқланган (4 белги)

Классик ЮСА (8 белги)

Қиёсий ташҳис. Кўроқ моно ва олигаоартикуляр вариантларда бўғинда оғриқ бўлмаслиги, уларда қизариш ва касалнинг умумий аҳволи емонлашуви (масалан ревматизм, СКЮ, септик жараенлари учун хос бўлган, бундан ташқари увеит ривожланиши мумкин).

ЮСА нинг системали варианты бошланишида ревматоид тошма тошиш муҳим таққосий ташҳис аҳамиятига эга. ЮСА ревматизмдан фарқланиб унда фақат чегараланган перикардит учрайди; турғун артрит ва миграция қилиш характериға эга эмас. Антистрептолизин - О титрининг ошиши 1Ғ3 беморларда унча кўп бўлмаган миқдорда ошади.

Системани қизил югурдан билан ЮСА нинг таққосий ташҳис ўтказиш СКЮ нинг эритема, алопеция, МНС шикастланиши, неврит каби характерли белгилар топилгунча қийин бўлади. Кўрсаткичлардан LE-тести

мусбатлиги, натив ДНК га нисбатан антителол титрининг баландлиги топилиши ЮСА нинг системали вариантыга характерлиэмасдир.

Кўпроқ болаларда катталарга қараганда ўткир инфекцияларда: (кизилча, кизамиқ, гепатит-В, сепсис, туберкулез) артрит кузатилади.

Даволашнинг замонавий усуллари. Даволаш босқич билан стационарда, поликлиникада ва санаторияда комплекс чора-тадбирларни қўллаган ҳолда ўтказилади. Асосий даволашни яллиғланиш жараенини ва аллергик реакцияни тўлиқча пасайтиришга қаратилган патологенетик таъсир этувчи воситалар ташқил қилади. Шу билан бир қаторда, бўғиндаги жараенга маҳаллий таъсир этувчи препаратлар фойдаланилади. Бундан ташқари, сурункали инфекция ўчоқларини йўқотишга қаратилган чоралар қўлланилади.

РАни замонавий дори-дармон билан даволаш ўз ичига бир вақтнинг ўзида 2 хил синфга кирувчи дори воситалари – тез таъсир этувчи ва яллиғланишига қарши препаратлар (стероид еки ностероид) бундан ташқари базисли ревматоид жараенни жуда чуқур ва стабил даволовчи таъсир қилувчи, секин таъсир этадиган препаратлар қўлланилади.

Кўпгина ҳолатларда давони касалликнинг ҳар қандай вариантларида одатда ацетилсалицил кислотасидан (кунига 75 – 100 мг.кг) бошланади. Препаратни катта дозаларда ҳам болалар яхши кштиради ва кўринарли оғриққа қарши ва яллиғланишга қарши самара кўрсатади.

Ҳозирги вақтда кўпгина болалар ревмотологлари аспириини даволашдан бошламайди, яъни яллиғланишга қарши бошқа препаратлар кўпроқ қўлланиш ноҳўя таъсирлари ҳам камроқ.

Салицил бўлмаган препаратлардан ибупрофен, напроксен, натрий толметин кўпроқ тавсия этилади. Барча яллиғланишга қарши препаратларнинг ноҳўя таъсири яллиғланишга қарши бир хил ошқозон-ичак бузилишлари ва қон кетиши, еки баъзан жигар трансaminaзалари миқдорининг ошиши, бош оғриғи ва нефротик самара (интерстициал нефрит, капилляр некроз ривожланиши мумкин).

Оғриқнинг камайиши ва бўғинда ҳаракат чекланишининг камайиши даволашнинг бошлангандан 7-10 кун ўтиб бошланади, 2-3 ҳафтадан сўнг практик жиҳатдан бўғин шиши умуман йўқолади. Турғун яхшиланиш 6 ойдан сўнг вужудга келади.

Юқорида кўрсатилган даволашни етарли самараси бўлмаганда, 4-6 ой ўтгандан сўнг, айниқса полиартрит ғолатларда, узоқ таъсир этувчи антиревматоид препаратлар қўлланилади.

Базис воситаларига олтин препаратлари, Д-пенициллин, левамизол, хинолин унумлари, цитостатик иммуноденрессантлар (циклофосфамид метатрексат, азатиоприн) ва баъзи сульфопрепаратлар (сульфасалозин ва сульпиридозин) киради.

Баъзи препаратлар организмда узоқ вақт кумуляция қобилиятига эга, шунинг учун препаратларни олиб ташлаганда ҳам яхшиланиш ва ремиссиянинг кечиши бир неча ойларгача сақланади, лекин кўпинча жиддий ноҳўя таъсирлар бўлиши ҳам мустасно эмас. Олтин тузлари (криназол)

битта инъекцияда 1 мг кристалл олтин юборилади. Ҳафта ўтгандан сўнг яхши кўтарса 5 мг юборилади ва кейинчалик инъекцияни 5 мг дозада ҳар ҳафта юборилади. Даволаниш муддати камида 20 ҳафтагача олиб борилади. Хинолин унумлари (делагил, планквенил) биринчи 6-8 ҳафтада 5-7 мг.кг.кунига ҳисобга олиб, кейинчалик 2 даробар кам доза буюрилади.

Кортикостероидларнинг яллиғланишга қарши ва иммунодипрессант таъсири кўринарли бўлганлиги туфайли улар ЮСА ни асосий даволаш ўрнини эгаллайди.

Глюкокортикостероидлар ўзига хос кўрсатмалар бўлганда ва одатда қисқа муддатда буюрилади.

ЮСА ни даволаш учун асосий кўрсатмалар.

1) Ҳаёт учун ҳавф солувчи патологик ҳолатлар (кардит, миокардит);

2) НЯКП ларга чидамли бўлган турғун иситма.

3) Артритнинг кўринарли равишда ҳаракат чекланишининг оғир шаклларида.

4) Увейтни маҳаллий даволашнинг зарурлиги (маҳаллий даволашга чидамли бўлганда системали таъсир этувчи стероидлар қўллаш керак).

5) Алоҳида бўғинларнинг оғир шикастланишида (бунда кортикостероидлар бўғин ичига юборилади).

ЮСА билан касалланган болаларда, катталарга қараганда ГКС узок муддатда қўлланилганда кўпроқ ва тез асоратлар (ўсишнинг бузилиши, гиперкортицизм, ошқозон-ичак трактининг шиллик қаватида эрозив-яралли ўзгаришлар) ривожланишга олиб келади.

Ножўя таъсирлар яққоллигини стероидларни кун ора-бера камайтириш мумкин. Баъзи ҳолларда даволаш касалликдан ҳавfli бўлиши мумкин. Кортикостероидларнинг юқори дозаларини қабул қилингандан энг кўп учрайдиган муаммолар рўйхатини “CUSHINGOD MAP” (кушингоид режаси – инглизча) аббревиатураси ердамида эслаб қолиш мумкин.

C – cataracts (катаракталар)

U – Ulcers (яра)

S – Strial (стрия)

H – Hypertension (гипертензия)

I – Infections complications (инфекцион асоратлар)

N – Necrosis of bone (avascular) (аваскуляр остеонекроз)

G – Growth retardation (ўсишнинг ушланиши)

O – Osteoporosis (остеопороз)

I – Inercralased intracrahal pressure (бошнинг ички босими ошиши)

D – Diabetes mellitus (қандли диабет)

M – Myopathy (миопатия)

A – Adipose tissue hypertrophy (еғ тўқимаси гипертрофияси)

P – Pancreatitis (панкреатит)

Башорати. ЮСА нинг прогнози нисбатан яхши. Кўпгина беморларда узоқ вақт ремиссия кузатилади: артритнинг кўриниши кўп йиллар давомида ўшанча яққоллигича қолиши мумкин. Шикастланган бўғинлар сони қоидага кўра чегараланган. Нисбий функционал бузилишлар камдан-кам ривожланади. 1/3 касалларда сурункали ўсиб борувчи артритнинг доимий бўлиши, бўғинларда ҳаракат чекланиши, контрактура ва анкилозларни ривожлантиради. Айниқса, бу ҳолат касалликнинг бошланишида системали ва полиартикуляр вариантлар билан касалланган беморларда бўлса, увеит ва 2ламчи амилоидоз ривожланиши прогнозини кескин емонлаштиради. Энг оғир оқибат Стилл синдроми – бўғин висцерал шаклда ва аллергосептик вариантларда кузатилади.

Профилактикаси. ЮСА нинг бирламчи маҳсус профилактикаси мавжуд эмас. Носпецифик профилактик чораларга, болалардаг реактивлиги ўзгарганда ва сурункали инфекция ўчоғи бўлганида уларни врач томонидан назорат қилиш керак. Бу ўчоқларни санация қилиш зарур, бундан ташқари умумий соғайтирув чораларини ўтказиш: касаллик қайталанишини олдини олишга имкон яратади. ЮСА билан касалланган болаларни диспансер назорати ўтказилади. Назоратда педиатрлар ва ревматологлар, балки ортопедлар, окулист, физиотерапевт ва ЛФК врачлари ҳам қатнашади.

Вазиятли масалалар ва тестлар

1. 10 ёш болага қуйидаги ташҳис қўйилди: Касалхонадан ташқари микоплазма этиологияли, ўчоқли, асоратланмаган икки томонлама пневмония. Қуйида препаратлардан қайси бирини Сиз танлайсиз?

- A. Аминопенициллинлар
- B. 1 авлод цефалоспоринлар
- C. 3 авлод цефалоспоринлар
- D. Замбуруғга қарши
- E. 2 авлод макролидлар

2. 7 ёшли бола йўтал, тана хароратини кўтарилиши, хансирашга шикоятлари билан госпитализация қилинди. Умумий ахволи оғир. Нафас етишмовчилиги белгилари мавжуд. Перкуссияда – ўпканинг орқа пастки қисмларида перкутор товуш қисқарган. Аускультатив – дағал нафас. Перкутор товуш қисқарган жойларда нафас сусайган, крепитация, бронхофония кучайганлиги эшитилмоқда. Ташҳис: икки томонлама пневмония. Бронхофония нима сабабли кучайган?

- A. Реактив плеврит
- B. Ателектазлар мавжудлиги
- C. Бронхоэктазлар мавжудлиги
- D. Бронхиал лимфа тугунлари катталашганлиги
- E. Ўпка тўқимасини зичлашиши

3. 10 ойлик болада чап ўпкасини декструкцияси билан кечаётган пневмония аниқланди. Касалликни ривожланишига қайси қўзғатувчи сабаб бўлган?

- A. Пневмококк
- B. Патоген тилларанг стафилококк.
- C. Ичак таёкчаси
- D. Кўк йирингли таёкча
- E. Протей

4. 14 ёшли бола қуйдаги шикоятлар билан келди: тана хароратини 39 °C кутарилишига, йўталга, қориндаги оғриқларга. Касаллик 2 кун олдин бошланган. Ўн ёноғи қизарган. Перкутор ўнг куракдан пастки қисмида товуш қисқарган, шу ерда бронхиал нафас эштилмоқда, бронхофония кучайган. Қорни юмшоқ. Оғриқсиз. Биринчи новбатда болага нима буюрилади:

- A. Преднизолон
- B. Бензилпенициллин
- C. Гентамицин
- D. Плевралпункция
- E. Инфузион терапия

5. 2 ёшли болага ўнг томонлама пастки бўлакдги полисегментар пневмония ташҳиси қўйилди: Бу касалликнинг авж олган двридаги типик аускультатив белгиларини танланг:

- A. Дағал нафас, курук хуштаксимон хириллашлар.
- B. Дағал нафас, нам майда пуфакчали хириллашлар.
- C. Анча сусайган нафас, хириллашлар эштилмайди.
- D. Сусайган нафас, крепитация
- E. Дағал нафас.

6. 6 ёшли бола қуйдаги шикоятлар билан келди: тана хароратини 39 °C кутарилишига, йўталга, қориндаги оғриқларга, аралаш хансирашга, унг томондаги кўкрак кафаси нафас олиши орқада қолиши, ўпканинг ўнг томонлама пастки қисмида бўғиқ товуш, нафас эштилмайди. Қорни юмшоқ. Сизнинг тахминий ташҳисингиз?

- A. Крупозпневмония
- B. Ўнг ўпка инфаркти
- C. Ўнг томонлама ателектаз
- D. Ўнг томонлама экссудатив плеврит
- E. Ўнг томонлама пневмоторакс

7. 3 ёшли бола ўткир ўчоқли пневмония ташҳиси билан пульмонология бўлимига ётқизилди Касаллик асоратсиз кечмоқда. Медикаментоз аллергияси йўқ. Респиратор касалликларга кам чалинади. Пневмония биринчи марта бўлиши. Қайси гуруҳдаги антибиотикдан буйирасиз?

- A. Тетрациклинлар
- B. Аминогликозидлар
- C. Цефалоспоринлар
- D. Фторхинолонлар
- E. Пенициллинлар

8. 8 ойлик болага текширувлардан кейин хламидия этиологияли атипиккасалхонадан ташқари пневмония ташҳиси қўйилди. Выберите оптимальный вариант бактериотерапии танланг.

- A. Макролид I авлод
- B. Цефалоспорин Павлод
- C. Аминопеницилин
- D. Аминогликозидлар
- E. Макролид Павлод

9. 2 ёшлик бола мозаика билан ўйнаётганда бирдан йўтал, стридорознафас, кўнгил айнаш, цианоз пайдо бўлди. Биринчи навбатда врач нимани шубха қилиши керак керак?

- A. Пневмонияни
- B. Ўткир ларингитни
- C. Ўткир ларинготрахеитни
- D. Ёт жисм аспирациясини
- E. Кўк йўтални

10. 8 ёшли бола юқори тана ҳарорати ($39,8^{\circ}\text{C}$), азобли қуруқ йўтал, қорнини ўнг тарафидаги оғриқлар билан шифохонага ётқизилди. Текширувда –ўнг томонда перкутор товушни қисқариши, аускультацияда – шу ерда нафасини суствлашиши ва крепитация аниқланди. Ташҳис қўйиш учун қандай текширувлар ўтқизиш керак?

- A. Бронхография
- B. Кўкрак қафасини УТТси
- C. Умумий пешоб тахлили
- D. Бронхоскопия
- E. Кўкрак қафаси рентгенограммаси

11. 12 ёшли қизалоқ кардит белгилари билан кардиология бўлимига келиб тушди. Касалхонага тушишдан 2 ҳафта олдин лакунар ангина ўтказган. Бу ҳолатда этиологик агент нима бўлиши мумкин?

- A. Стрептококк
- B. Стафилококк
- C. Клебсиела
- D. Пневмококк
- E. Протей

12. 5 ёшли бола, ревматизм I фаоллик даражаси билан даволаш курсини олиб касалхонадан чиқарилган. Яқин йилларда қайталанишига қарши препарат сифатида бициллин – 5 олган. Бициллин – 5 қандай миқдорда тайинланиши керак?

- A. 750 000 ХБ ойига 2 марта
- B. 1 500 000 ХБ ойига 1 марта
- C. 750 000 ХБ ойига 1 марта
- D. 600 000 ХБ ойига 2 марта
- E. 600 000 ХБ ойига 1 марта

13. 9 ёшли бола. 2 ҳафта олдин скарлатина касаллигини ўтказган. Охириги 3 кун боланинг ранги оқарган, уни ланжлик безовта қилмоқда, тана ҳарорати 38°C гача кўтарилиши, юрак соҳасида оғриқ, нафас сиқиши белгилари бор. Юрак аускультациясида тонларнинг суствлашганлиги, юрак чўққисида систолик шовқин, I тоннинг иккиланиши белгилари аниқланди. ЭКГ да: QT интервалининг узайиши, PQ (0,22), T тиш амплитудасининг пасайиши, якка

экстрасистолия. Маҳалла шифокори қайси касалликка гумон қилиши мумкин?

- А. Ревматик миокардит
- В. Кардиомиопатия
- С. Нейроциркулятор дисфункция
- Д. Пневмония
- Е. Юрак туғма нуқсони

14. Бола 12 ёшда, ревматизм касаллиги фаол фазаси, митрал клапан шикастланиши билан асоратланган ревмакардит ташҳиси билан кардиоревматолог кузатуви остида диспансер назоратда туради. Иккиламчи бициллин медикаментоз профилактикаси қанчагача давом этади?

- А. умрбод
- В. 3 йил
- С. 1 йил
- Д. 18 йил
- Е. 25 йил

15. Бола 10 ёшда. Охирги 10 кун давомида ревматизм фаол фазаси ташҳиси билан кардиология бўлимида стационар даволаниб келади. Ётоқ режими. Шалков функционал пробасини ўтказиш учун қандай жисмоний юклама берилиши керак?

- А. Горизонтал ҳолатдан ўтирган ҳолатга 5 марта ўтиш
- В. 20 секунд ичида 10 марта тўликўтириб - туриш
- С. 30 секунд ичида 20 марта тўликўтириб - туриш
- Д. 20 та зинадан чиқиш
- Е. 30 та зинадан чиқиш

16. Ревматизм пайдо бўлишида қайси асосий фактор?

- А. Вируслар
- В. Микоплазмали инфекция
- С. Стафилококк
- Д. Стрептококк группа А
- Е. Бактериал - вирусли ассоциация

17. Ревматизм жараёни фаол II даражасига ЭЧТ нинг қандай кўрсаткичлари хос?

- А. 20 мм/соат гача
- В. Ёшига оид
- С. 20 – 30 мм/соат
- Д. 30 мм/час дан катта
- Е. 50 мм/соат дан катта

18. Ревматизмнинг асосий ташҳисий мезонлари?

- А. Полисерозит

- В. Миофиброз
- С. Субфебрил тана ҳарорати
- Д. Хорея
- Е. Артралгия

19. 12 ёшли бола. 10 ёшлигидан бронхиал астма билан касалланган. Қайси омиллар касалликка олиб келиши мумкин?

- А. Мойиллик омиллари
- В. Мойиллик омиллари, сабабчи омиллар
- С. Касалликнинг авж олишига олиб келувчи сабабчи омиллар
- Д. Касаллик авж олишига олиб келувчи мойиллик омиллари
- Е. Касаллик авж олишига олиб келувчи мойиллик ва сабабчи омиллар

20. Карима 7 ёш, 1 йилдан бери бронхиал астма билан касал. Касалликнинг ривожланишида қандай омиллар сабабчи бўлиши мумкин?

- А. Атопия
- В. Наслий, аллергиялар, хомиладорлик патологияси, ЎРВИ
- С. Наслий
- Д. Наслий, атопия, бронхлар гиперреактивлиги.
- Е. Бронхлар гиперреактивлиги.

21. Акрам 6 ёш, 2 йилдан бери бронхиал астма билан касал. Аллергологик анамнез йиғилганда қайси гуруҳ аллергияларига эътибор бериш керак?

- А. Овқат аллергияларига
- В. Маиший аллергиялар
- С. Эпидермал аллергиялар
- Д. Чанг аллергиялар
- Е. юқоридагиларни ҳаммаси

МАВЗУ БЎЙИЧА ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

Масала №1

1. Бола 13 ёш. Шикоятлари: тана ҳароратининг кўтарилиши $37,6^{\circ}$, бошда ва кўкрак соҳасида оғриқ, қийновчи қуруқ йўтал, хансираш. Обьектив: аҳволи оғир, болада мажбурий ҳолат, тери ва шиллиқ қаватлари оқимтир, $t - 37,4^{\circ}$. Перкуссияда иккала ўпкада қутисимон товуш, аускултасияда – хуштаксимон хириллашлар эшитилади. Қорин пайпасланганда юмшоқ, оғриқсиз. **Қон таҳлили:** Л – $8,2 \times 10^9/\text{л}$, э - 8%, ю - 5%, п - 12%, с - 52%, л - 21%, м - 8%, эЧТ - 16 мм/соат.

Саволлар:

1. Ташхис қўйинг.
2. Тезлик билан қандай текширувлар ўтказиш керак?
3. Даволаш тактикаси?

Масала №2

Даврон И., 4 ёш. Боланинг ота-онаси врачга Данилда 1,5 ойдан бери сақланиб турувчи йўталга шикоят қилиб келишди. Йўтал эртлаб, кечаси ва жисмоний зўриқишда кучаяди. Бола 1,5 ойдан бери бурундан нафас олишга қийналади. Кўрикда бола озғин, бурундан нафас олиш қийинлашган, оғизлаб атрофида сианоз. Кўкрак қафаси эмфизематоз шишган, қовурғалараро тортилиш, перкуссияда – кутисимон товуш, аускултасияда – нафас сустлашган, куруқ хуштаксимон хириллалашлар эшитилади, НС 28 бир дақиқада. Юрак тонлари ритмик, аниқ, ЮС 89 бир дақиқада. Оила анамнези: онасида – поллиноз (риноконъюнктивальный синдром).

УҚТ: Хб –148, эр – 4.9, лей – 6.3, ранг кўр. – 0.9, т/я – 4%, с/я – 21%, э – 1%, лимф – 70%, мон – 4%, эЧТ – 3мм/соат. Умумий Ига Е 53 МЕ/мл, **Специфик Ига Е:** сигир сутига +, буғдой уни +, куён жунги+, бўрга +,

Топшириқлар:

1. Ташхис қўйинг.
2. Қандай қўшимча текшириш ўтказиш керак?
3. Қиёсий таққослаш?
4. Даволаш тактикаси.

Масала №3

Ўғил бола 5 ёш. Шифохонага хуружсимон ютал, хуштаксимон хансирашга шикоят қилиб келди. 2 ёшгача яхши ўсган. 3 ёшлигида ЎРВИ ўтказган вақтида бўғилиш хуружи пайдо бўлган ва хуруж салбутамол ингаласиясидан сўнг 4 соатдан кейин тўхтаган. Кейинчалик хуружлар ҳар 3-4 ойда 1 марта пайдо бўлиб туради ва ЎРВИ ёки шоколад, ситрус маҳсулотларини истеъмол қилиш билан боғлиқ бўлар эди. Оилавий анамнез: отаси ва бобосида БА, онасида экзема. Тана харорати 38.2 гача ошиш фониди бурун оқиши, аксириш кузатилган. Ахволи оғирлашиши, хуружсимон ютал, бўғилиш туфайли шифохонага даволаниш учун юлланма берилди. Кўрикда: умумий ахволи ўртача оғирликда, т – 37.7, хуружсимон йўтал, хуштаксимон нафас, нафас олиш сони 32 та. Томоқ шиллик қавати бир оз қизарган, донатор. Кўкрак қафаси шишган, ўпка устида перкутор товуш кутисимон характерда. Иккала томонда хуштаксимон кўруқ ва нам хириллалашлар эшитилапти. Юрак тонлари бир оз бўғиқлашган, ЮУС – 88та. УҚТ: Хб – 120, эр – 4.6, лейко – 4.8, т/я – 3%, с/я – 51%, э – 8%, лим – 28%, мон – 10%, СОЕ – 5 мм/соат. Р – графияда ўпка майдони тиник, бронх сурати илдиз олди соҳада кучайган, ўчоқли ўзгаришлар йўқ.

- 1.Тахминий ташхисингиз?
- 2.Дифференциал ташхис
- 3.Даволаш тактикаси

Масала №4

6 ёшли қиз бола. Шикоятлари йўтал, хуштаксимон нафасга. 1 ёшгача болалар экземаси билан касалланган. Шоколад, қулупнай, тухумга аллергияси бор. Оилавий анамнези: онасида қайталанувчи эшак еми, отасида ошқозон яра касаллиги. 3 ва 4 ёшли вақтида қизчада дала ховлида нафас етишмовчилиги хуружи бўлган ва сахарга қайтиб келишгач ўз-ўзидан

кайтиб кетган. Бу хуруж шоколад истеъмол қилгандан сўнг пайдо бўлган. Кўрувда: аҳволи ўртача оғирликда. Териси оқиш, кўз остларида соялар. Юзида, кулок орқасида, қўл ва оёқларининг букилиш қисмида қуруқлик, кипиқланиш. Тили «географик», лаблар четининг бичилиши. Нафас олиши хуштаксимон, масофада эшитилади. Нафас чиқариши узайган. Нафас олиш сони минутига 28 та. Ўпка устида перкутор қутичасимон товуш, аускультатив: кўп миқдорда қуруқ хириллашлар. Юрак чегаралари: ўнг- туш суягидан 1 см ичкарида, чап- ўрта умров чизигидан 1 см ичкарида. Юрак тонлари бўғиқлашган. Юрак уриш сони минутига 72 та. Қорни юмшоқ, оғриқсиз. Жигари +2 см. Қора талоғи катталашмаган. Ич келиши ҳар куни бир марта. *Қон умумий тахлили:* Хб-118 г/л, эр-4,3х10/л, Лейк-5,8х10/л, п/я-1%, с-48%, э-14%, л-29%, м-8%,ЕЧТ-3 мм/ч.

- 1.Ташхисингиз
- 2.Дифференциал ташхис
- 3.Даволаш тактикаси

Масала №5

Мадина 3 ойлик. Боланинг ота – онаси боланинг терисида қизариш ва тошмалар тошиши бўйича маҳалла шифокорига мурожат қилишди. Бу ҳолатни болани сунъий овқатлантиришга ўтказиш билан боғлашди. Кўрикда: чов бурмалари териси қизариши, қовоқлар териси – кўчган, юзида гиперемия, бош қисмида – гнейс элементлари, қорин терисида – макулёз тошма. Оила анамнезида: отасида – атопик дерматит.

Топшириқлар:

1. Боланинг аҳволи қандай бўлиши мумкин?
2. Бу ҳолат учун қайси аъзолар зарарланиши характерли?
3. Бу ҳолатда теридаги қандай ўзгаришлар хос?

Масала №6

Малика 6 ойлик, кўкрак сути билан овқатлантирилиб келинади, танада ва оёқ терисида макуло – папулёз тошмалар пайдо бўлди. Она боладаги бу ўзгариш ларни ўзининг шоколад ва апелсин егани билан боғлайди.

Топшириқлар:

1. Тахминий ташхис қўйинг.
2. Қўшимча текширув режасини тузинг.
3. Тавсия этилган парҳез

Масала №7

6 ойлик қизча, Қизил олма шарбати ичганидан сўнг терисида майда доғли – папулёз тошма, яноқда сутли қорақўтир, «географик тил» пайдо бўлди. Умумий қон таҳлилида – эозинофилия. Аллергик синама жавоблари мандаринга, товуқ гўштига, қизил олмага, сабзига аллергия борлигини кўрсатди. Ига Е миқдори 2,5 марта ортган.

Топшириқлар:

1. Ташхисқўйинг.
2. Даволаш режасини тузинг.

Масала №8

5 ойлик қизалоқ, сунъий овқатлантиришга ўтказилганидан кейин (асосини сугир сути ташкил этувчи бўтқа) юзида қизариш ва гнейс пайдо бўлди. Наслий аллергик анамнез: онада – бронхиал астма, акасида – атопик дерматит.

Топшириқлар:

1. Ташҳис қўйинг.
2. Қўшимча текширув режаси.
3. Қайси органлар системаси жараёнга қўшилган?

Масала №9

12 ёш қизалоқ, 3 йилдан бери касал. Тизза, тирсак бўғимларида, қовоқ терисида, бўйинда кучли қичитувчи ўчоқлар. Об'ектив: териси қуруқ, хира, тери тасвири қалинлашган. Патологик майдонда эритема, инфилтрация, лихенификация. Оқ ва турғун дермографизм. Оёқларда Дене – Морган бурмалари аниқланди. Бола анамнезида: экссудатив – катарал диатез. Мандарин, гилос, балиқ, қизилчага аллергияси бор. Боланинг отасида бронхиал астма.

Топшириқлар:

1. Ташҳис қўйинг.
2. Қўшимча текширув режасини тузинг.
3. Умумий кон анализидида қандай узгаришлар кузатилади?

Масала №10

Бемор А. 13 ёш. Шикоятлари: тирсак ва тизза бўғимларидаги оғриқ, шиш, эрталабки карахтлик, ҳолсизлик ва тана ҳароратини кўтарилиши. Анамнезидан: 3 ҳафтадан бери касал, уйда парацетамол бир ҳафта давомида қабул қилган. Аҳволи бир оз яхшиланган, лекин охириги кунларда ушбу симптомлар қайта пайдо бўлган. Кўриқда тана ҳарорати 37,5 С, тери қопламлари тоза, рангпар. Лимфаденопатия, гепато-спленомегалия, тирсак ва тизза бўғимларида шиш ва оғриқ кузатилади.

Топшириқлар:

1. Ташҳис қўйинг.
2. Қўшимча текширув режасини тузинг.
3. Умумий кон анализидида қандай узгаришлар кузатилади?

Masala № 11

Bola 13 yosh. SHikoyatlari: tana haroratining ko'tarilishi 37,6°, boshda va ko'krak sohasida og'riq, qiynovchi quruq yo'tal, xansirash. Ob'ektiv: ahvoli og'ir, bolada majburiy holat, teri va shilliq qavatlari oqimtir, t -37,4°. Perkussiyada ikkala o'pkada qutisimon tovush, auskultaciyada – xushtaksimon xirillashlar eshitiladi. Qorin paypaslanganda yumshoq, og'riqsiz.

Qon tahlili: L – 8,2x10⁹/l, e - 8%, yu - 5%, p - 12%, s - 52%, l - 21%, m - 8%, ECHT - 16 mm/soat.

Savollar:

4. Tashxis qo'ying.
5. Tezlik bilan qanday tekshiruvlar o'tkazish kerak?
6. Davolash taktikasi?

Masala № 12

Danil I., 4 yosh. Bolaning ota-onasi vrachga Danilda 1,5 oydan beri saqlanib turuvchi yo'talga shikoyat qilib kelishdi. Yo'tal ertlab, kechasi va jismoniy zo'riqishda kuchayadi. Bola 1,5 oydan beri burundan nafas olishga qiynaladi. Ko'rikda bola ozg'in, burundan nafas olish qiyinlashgan, og'iz-lab atrofida cianoz. Ko'krak qafasi emfizematoz shishgan, qovurg'alararo tortilish, perkussiyada – qutisimon tovush, auskultaciya – nafas sustlashgan, quruq xushtaksimimon xirillashlar eshitiladi, NS 28 bir daqiqada. YUrak tonlari ritmik, aniq, YUS 89 bir daqiqada. Oila anamnezi: onasida – pollinoz (rinokon'yunktivallynyy sindrom).

UQT: Hb –148, er – 4.9, ley – 6.3, rang ko'r. – 0.9, t/ya – 4%, s/ya – 21%, e – 1%, limf – 70%, mon – 4%, ECHT – 3mm/soat. Umumiy Ig E 53 ME/ml,

Specifik Ig E: sigir sutiga +, bug'doy uni +, quyon jungi+, bo'rga +,

Topshiriqlar:

1. Tashxis qo'ying.
2. Qanday qo'shimcha tekshirish o'tkazish kerak?
3. Qiyosiy taqqoslash?

Қисқартмалар

ГЛОССАРИЙ

Абдоминал синдром - лотинча абдоминалис – қорин

Авитаминоз – витамин етишмовчилигининг бир тури бўлиб, организмда витаминларнинг умуман етишмаслигини билдиради. Полиавитаминоз организмда бир нечта витаминлар етишмовчилигидир.

Агранулоцитоз (алейкия, гранулоцитопения) – қонда нейтрофил гранулоцитларнинг йўқлиги (оқ қон таначалари) ёки улар миқдорининг 750 в 1 мкл дан камалиги.

Адаптогенлар – организмнинг ташқи муҳитнинг ноҳўя таъсирларига нисбатан қаршилигини оширувчи дори воситалар.

Аденогипофиз – гипофизнинг олдинги бўлаги, бу ерда адренкортикотроп (АКТГ), тиреотроп (ТТГ), фолликулостимулловчи (ФСГ), лютеинизирловчи (ЛГ), липотроп, соматотроп (СТГ) ва пролактин гормонлари ишлаб чиқилади.

Аденоидит –патологик гиперплазияланган халқум (бурунхалқум) беzi. Бунда бурундан нафас олишнинг қийинлашиши, эшитув қобилиятининг пасайиши ва бошқа ўзгаришлар кузатилади. Оператив даво ўтказилмаса юз скелетининг ўзгариши, ақлий ва жисмоний ривожланишдан ортда қолишзатилади.

Адинамия – инсонда ҳаракатларнинг камайиши ёки бутунлай йўқолиши.

Акроцианоз – веноз димланиш туфайли оёқ-қўлларнинг кўк рангда бўлиши, кўпинча Юрак ўнг қоринчаси етишмовчилиги сабабли пайдо бўлади.

Алиментар - лотинча алиментарийус – овқатга боғлиқ.

Аллергизация – организмнинг қандайдир моддага - аллергенга нисбатан сезувчанлигининг ортиши, яъни аллергиянинг пайдо бўлиши. Аллергия аллергик касалликларни келтириб чиқаради.

Анамнез – беморни ёки унинг қариндошларини суриштириш йўли билан олинган, унинг касаллиги, ҳаёти тўғрисидаги маълумотлар мажмуаси

Анасарка – тери ости ёғ қаватининг тарқоқ шиши

Анатоксин - формалиннинг узоқ таъсири натижасида ўзининг токсик хусусиятларини йўқотган, лекин андигаен хусусиятини сақлаб қолган бактериал экзотоксин. Иммунотерапия ва иммунопрофилактика мақсадида ишлатилади.

Анафилаксия - аллерганни парентерал юбориш натижасида келиб чиқувчи сеин турдаги аллергик реакция; умумий кўриниши - анафилактик шок, зардоб касаллиги; маҳаллий кўриниши - яллиғланиш, шиш, баъзан тўқималарнинг некрози.

Анемия – қондаги эритроцитлар ва гемоглобин миқдорининг камайиши билан характерланувчи ҳолат.

Анергия - 1. Организмнинг қзғатувчига нисбатан реакциясининг йўқлиги; 2. Рухий, жисмоний ва нутқ активлигининг пасайиши.

Анорексия – овқатга физиологик талаб бўлишига қарамай иштаҳанинг йўқлиги.

Антигаен – организмга тушганда антитаначалар хосил қилиниши билан кечувчи специфик иммун реакцияни чақирувчи модда

Анурия – сийдик ажралмаслиги.

Апное – нафас олишнинг вақтинчали тўхташи.

Арефлексия – чуқур пай рефлексларининг чақирилмаслиги.

Аритмия – Юрак уриши меъёрининг бузилиши: ритмнинг тезлашуви (тахикардия) ёки секинлашуви (брадикардия) ритма, вақтдан олдин қисқариши (екстрасистолия), ритм фаолиятининг дезорганизацияси (хилпилловчи аритмия) ва бошқ.

Артралгия – битта ёки бир нечта бўғимдаги оғрик.

Артрит – бўғимнинг яллиғланиши.

Аспирация - нафас олганда нафас йўлларида ёт жисмнинг тушиши.

Асфиксия – нафас қисиши

Асцит – қорин бўшлиғида суюқлик тўпланиши

Ателектаз – ўпка алвеолаларининг ёпишиб қолиши

Атрофия – функция бузилиши билан кечувчи аъзо ёки тўқималар ўлчамининг кичрайиши

Ацидоз – ўпка вентиляцияси етишмовчилиги ёки бошқа сабаблар натижасида келиб чиқувчи кислоталик кўрсаткичларининг пасайиши

Базофиллар – лейкоцит қатордаги хужайралар, аллергик реакцияларда иштирок этади

Бактериемия – қонда бактерияларнинг бўлиши.

Бактерия ташувчи – юқумли касалликларни келтириб чиқарувчи бактерияларни ташиб юрувчи одам, лекин ўзида клиникаси намоён бўлмади

Бактериоскопия – бактерияларни микроскопик текширув.

Бактериостатик – бактерияларнинг ўсиш ва ривожланишини тўхтатувчи, лекин уларни ўлдирмайдиган дори воситалари

Бактериофаг – бактериялар хужайра ичига кириб уни ўлдирувчи вирус.

Бактериурия – сийдикда бактерияларнинг мавжудлиги.

Бактерицидлик – бактерияларни ўлдириш хусусиятига эгалик

Билиар тизим – ўт чиқариш тизими бўлиб, унга жигар, ўт қопи ва ўт йўллари киради.

Биологик актив моддалар – биокимёвий бирикмалар бўлиб, хужайра улар орқали қўзғатувчига жавоб қайтаради.

Бифуркация - иккиланиш, масалан, трахея бифуркацияси – унинг ўнг ва чап бронхларга ажралиши.

Вакцина – кучсизлантирилган бактериялар ёки уларнинг қисмларидан тайёрланган препаратлар

Вакциноterapia – вакциналарни юбориш йўли билан даволаш.

Везикула – тошманинг бирламчи морфологик элементи бўлиб, ичида сероз суюқлиги бор пуфакча.

Гастралгия – ошқозондаги оғриқ

Гастродуоденит – ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг сурункали яллиғланиши

Гематокрит – қоннинг шаклли элементлари ва зардоб миқдорий нисбати.

Гематурия – сийдикда қон борлиги, кўз билан кўриш мумкин бўлса макрогематурия, фақат микроскоп остида кўринса микрогематурия

Гемоглобин – нафас олиш пигменти, қондаги эритроцитларда бўлади

Гемограмма – қоннинг клиник таҳлили.

Гемодиализ – қондан токсик моддаларни ўтказувчан мембраналар орқали чиқариш усули.

Гемодинамика – организмда қоннинг ҳаракат қилиш жараёни

Гемолиз – гемоглобиннинг қон зардобига чиқиши билан кечувчи эритроцитларнинг парчаланиши

Гепатолиенал синдром – жигар ва қора таллоқнинг катталаниши билан кечувчи жараён.

Гепатомегалия – жигар ўлчамларининг катталашуви

Гепатопротекторлар – жигар хужайраларини зарарли моддалардан сақловчи дори воситалари

Гепатоспленомегалия – жигар ва таллоқнинг бир вақтда катталашуви.

Гепатотоксиклик – жигар тўқималарига токсик таъсир кўрсатувчи турли хил кимёвий ва фармакологик воситалар

Гепатоцит – жигар хужайраси.

Гидроперикард – перикард бўшлиғида яллиғланиш характериға эга бўлмаган суюқликнинг тўпланиши.

Гидроторакс – плевра бўшлиғида яллиғланиш характериға эга бўлмаган суюқликнинг тўпланиши.

Гидроцефалия – мия қоринчалаларида суюқликнинг тўпланиши ва бош ўлчамларининг катталаниши

Гипербилирубинемия - қонда билирубиннинг ортиши, тери шиллик қаватлар рангининг сарғайиши билан кечади.

Гипервентиляция – нафас олишнинг кучайиши ва кўпайиши туфайли ўпка вентиляциясининг ортиши.

Гипервитаминоз – организмга кўп миқдорда витаминларнинг тушиши натижасида пайдо бўлувчи патологик ҳолат

Гипергликемия – наҳорда қонда глюкоза миқдорининг ортиши.

Гиперемия – терининг маҳаллий қизариши

Гиперкальциемия – қон зардобида калций миқдорининг ортиши.

Гиперкератоз – эпидермис қаватининг қаттиқлашиши.

Гиперкинез – мушакларнинг беихтиёр қисқариши.

Гиперсекреция – безларнинг кўп миқдорда суюқлик ишлаб чиқариши (ендова экзокрин безлари).

Гиперспленизм – қондаги шаклли элементларнинг камайиши билан кечувчи қора талоқ ўлчамининг катталаниши.

Гипертензия – артерил қон босимининг турғун ортиши.

Гипертермия – тана ҳароратининг ортиши

Гипертрихоз – терининг хаддан ташқари тук билан қопланиши

Гипертрофия – аъзолар вазнининг компенсатор ортиши

Гиперурикемия – қонда сийдик кислотаси миқдорининг ортиши

Гиперурикурия – буйрак орқали сийдик кислотасининг кўп ажралиши

Гиперферментемия – қон зардобида ферментлар миқдорининг ортиши

Гиперестезия – қўзғатувчиларга нисбатан тери сезувчанлигининг ортиши

Гиповитаминоз – организмга витаминлар тушишининг етишмовчилиги туфайли пайдо бўлувчи ҳолат

Гипогликемия – қонда қанд миқдорининг пасайиши

Гипокальциемия – қон зардобида калций миқдорининг кескин камайиши

Гипоксия (кислород етишмовчилиги) – организм тўқималарини кислород билан таъминланмаслиги туфайли келиб чиқувчи ҳолат

Гипопротеинемия – қон зардобидаги оқсиллар миқдорининг камайиши

Глоссит – тилнинг яллиғланиши

Гомеостаз – организм ички мухитининг бир хил бўлиши, мувозанати

ДВС-синдром – қон ивиш тизимининг бузилиши туфайли томирлар ичида қон хужайраларининг ёпишиб қолиши

Дегидратацион терапия – организмда суюқлик миқдорини камайтиришга қаратилган тадбирлар

Дерматит – терининг яллиғланиши.

Диарея – ич кетиши.

Дизурик бузилишлар – сийдик чиқаришнинг бузилиши

Дисбактериоз – нормада ичакни қопловчи бактериялар таркиби ва миқдорининг ўзгариши

Дискинезия – ҳаракат функциясининг бузилиши. Асосан ички аъзолар ҳаракатининг бузилишига нисбатан ишлатилади

Диспепсия – ошқозон-ичак трактида овқат хазм бўлишининг бузилиши

Диспротеинемия – қон зардобидаги протеинлар фракцияси нисбатининг бузилиши

Диурез – маълум вақт даврида ишлаб чиқарилувчи сийдик миқдори

Диуретик – сийдик чиқарилишини кучайтирувчи дори воситалари

Дуоденит – ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватининг яллиғланиши

Иммун комплекс (антигаен – антитана комплекси) – соғлом хужайраларни таъсирловчи, қонда узоқ вақт циркуляция қилувчи антигаен ва антитаначаларнинг турғун боғлами

Иммунобиологик реактивност – одам организмнинг специфик иммунологик ва носпецифик биологик химоя реакцияси

Иммунодепрессантлар - организмнинг иммунологик реакциясини пасайтирувчи дори воситалари

Иммунодефицит – иммунитетнинг бир ёки бир қанча компонентлари тушиб қолиши билан характерланувчи ҳолат

Иммуносупрессия – иммунитетни пасайтириш.

Иммунитетнинг носпецифик гуморал омиллари - антимикроб хусусиятга эга бўлган қон зардобининг турли оқсиллари.

Ичак биоценози (микробиоценоз) – ошқозон-ичак тизимидаги микроорганизмлар.

Кандидоз - Сандида синфига мансуб бўлган замбуруғлар билан чақирилувчи тери ва шиллиқ қаватларнинг юқумли касаллиги

Клонико-тоник талвасалар – барча гуруҳ мушакларининг симметрик тони қисқариши

Клоник талвасалар – алоҳида мушак гуруҳларининг ритмик қисқариши

Кома – марказий асаб тизими функциясининг чуқур бузилиши. Бунда хушнинг бутунлай йўқлиги, ташқи таъсирларга реакциянинг йўқлиги, организмнинг ҳаётий муҳим бўлган функциялари назоратининг бузилиши кузатилади.

Конъюнктивит – кўз конъюнктивасининг яллиғланиши

Крепитация – ўпка аускултациясида аниқланувчи шовқин

Кичик хорей – тана мушакларининг тез беихтиёрый ҳаракати Ревматизмнинг бир кўриниши, тўғри даволанганда ўтиб кетади

Ларингит – ҳикилдоқнинг яллиғланиши

Лейкопения – периферик қонда лейкоцитлар миқдорининг камайиши

Лейкоцитоз – қонда лейкоцитлар миқдорининг ортиши

Лейкоцитурия – сийдикда лейкоцитлар миқдорининг ортиши

Лимфаденит – лимфа тугунининг яллиғланиши

Лимфангит – лимфа томирининг яллиғланиши

Лимфопения – қонда лимфоцитлар миқдорининг камайиши

Макрофаглар – фагоцитозни амалга оширувчи хужайралар

Малабсорция – ичакдаги сўрилиш жараёнининг бузилиши

Метаболизм - ўзгариш, алмашиш.

Метаболик ацидоз – кислота-ишқор мувозанати бузилишининг бир кўриниши бўлиб, тўқималарда нордон маҳсулотларнинг тўпланиши ҳисобига пайдод бўлади

Микст-инфекция - аралаш инфекция, яъни организмда бир вақтнинг ўзида бир қанча патоген микробларнинг аниқланиши

Миокардит – Юрак мушагининг яллиғланиши

Муколитиклар – балғамни эритувчи воситалар

Мукоцилиар аппарат – бронхлар дарахтини тозаловчи бронхларнинг киприкчали эпителийси

Нефрон – буйракнинг морфо функционал бирлиги. Қонни филтрлаш ва сийдик хосил қилишда иштирок этади

Нутриентлар – озуқа моддалари (оқсиллар, углеводлар ва бошқ.).

Обструктив, обструкция – бўшлиқли аъзонинг сиқилиши ёки торайиши

Олигаурия – сийдик ажралишининг камайиши

Омфалит — киндик атрофидаги тери ва тери ости ёғ қаватининг яллиғланиши

Организмнинг реактивлиги – организмнинг ташқи муҳит таъсирларига жавоб реакцияси

Оқсил фракциялари – қон зардобда 100 дан ортиқ турлича оқсиллар мавжуд, уларни 5 асосий фракцияга ажратилади: албуминлар, алфа-1, алфа-2, бета- ва гамма-глобулины.

Палпация – пайпаслаш йўли билан тана ва аъзоларни текшириш

Параклиник текширувлар – лаборатор текширув усуллари

Перкуссия – одам танаси ва аъзоларини тукуллатиб кўриш орқали текшириш усули

Перинатал давр – туғруққача бўлган давр— антенатал, туғруқ даврида — интранатал ва туғруқдан кейин — неонатал даврни ўз ичига олади.

Петехия – тери остига майда қон қуйилишлар.

Пиурия – сийдик билан йиринг ажралиши

Плеврит – плевранинг яллиғланиши.

Пневмосклероз – ўпканинг тўқимасининг чандирли бириктирувчи тўқима билан алмашиши

Пневмоторакс – плевра бўшлиғида ҳавонинг тўпланиши

Полиартрит – бир вақтнинг ўзида бир қанча бўғимларнинг зараланиши

Полиурия – суткалик сийдик миқдорининг ортиши

Рахитик «гасбехлар» - қовурғаларнинг тўш суягига бирикиш жойида остеоид гиперплазияси

Реабсорбция – буйрак найчалари орқали баъзи моддаларнинг қайта қонга сўрилиши

Резистентлик – организмнинг патоген микроблар таъсирига чидамлилиги

Реконвалесценция - соғайиш

Ремиссия – сурункали касал беморлар аҳволининг стабил яхшиланиши

Фойдаланилган адабиётлар

1. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари– Т,- 2013
1. Кильдиярова Р.Р. Лабораторные и функциональные методы исследования в практике педиатрии – учебно-методическое пособие. –Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2012 г.
2. Беляева Л.М. Децкая кардиология и нефрология – практическое руководство - Москва. ГЭОТАР- Медиа. 2011 г
3. Иганатова М.С. Децкая нефрология – руководство для врачей – Москва. ГЭОТАР- Медиа. 2011 г
4. Шабалов Н.П. Децкие болезни. – Учебник, Москва. ГЭОТАР- Медиа. 2010.
5. Баранов А.А. Децкие болезни. - Учебник. - Москва. ГЭОТАР- Медиа. 2009 г
6. Геппе Н.А., Подчерняева Н.С. Пропедевтика детских болезней – Учебник. – Москва. ГЭОТАР- Медиа. 2008 г
7. Василевский И.В. Дифференциальная диагностика и терапия кашля у детей и подростков. – учебно-методическое пособие – Минск. БелМАПО. 2006 г
8. Роберт М. Клиегман, Бонита Стантон, Жосепх Ст. Геме. Нелсон. Тeхтбуок оф Педиатрисс. 20 эдитионс. Элсевиер. 2016 у.

Интернет сайтлар: