

**ЎЗБЕКИСТОН СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

РЕФЕРАТ

МАВЗУ: Эрта ёшдаги болаларда рахит касаллиги

БАЖАРДИ: Бегимов Х

САМАРҚАНД-2016

Эрта ёшдаги болаларда рахит касаллиги

Болалар уртасида рахит касаллиги энг куп таркалган хасталик булиб, бутун ер шарида нафакат врачлар орасида, хаттоки халклар орасида бу касаллик эътиборсиз колмаган.

Касалликнинг таркалиши тугрисидаги аник маълумотлар етарли эмас. Статистика маълумотларига караганда Англияда 80%, АКШда 87,7%, Германияда 74,2%, Россияда 80 – 90% гача болалар рахит касаллиги билан хасталанганлиги кайд килинади.

Ленинградлик олимларнинг маълумотича 1 – ёшгача булган болалар орасида рахит 69,7% ва 6 – ойликгача I - даражали рахит – 93,9%, II - даражали – 56% ва III - даражали – 10 – 12% учраши мумкин. Профессор В.А. Агейкин маълумотларига кура 1ёшгача булган болалар орасида рахит 56% дан 80% гача урайди. Рахит касаллигининг даражаси ва унинг кечишида социал – иктисодий яшаш шароити, иктисодий таъминот, халкнинг урф – одатлари, унинг онгий тараккиётлари ва купгина салбий таъсир этувчи омилларнинг ахамияти катта.

Рахит сузи грекча суздан олинган булиб, Rhahis – «умуртка» деган маънони англатади. Бу касаллик тугрисидаги дастлабки маълумотлар бизнинг эрамининг 98 – 138 йилларида Соран Эфссский ва 131 – 211 йилларида Гален томонидан изоҳланган (Рим). 17 асрнинг 1609 йилларида Гильмо, 1645й. Ватлер, 1649 й Батиус номли француз врачлари томонидан рахит учун хос клиник курунишларни курсатганлар.

Нихоят 1650 Англиялик анатом ва ортопед Франциско Глиссон томонидан рахитнинг клиникаси ва организмдаги патоморфологик узгаришларни аниклаганлиги сабабли бу касалликни Глиссон касаллиги деб юритилган. 20 аср урталаригача бу касаллик «инглиз касаллиги» деб юритилган, лекин иккинчи жахон уруши йилларига келиб, Англияда болалар овкатларини витамин Д билан бойитиш яхши йулга куйилгач, рахит касаллиги тулик юколган. 60-йиллардан бошлаб Англияда бу касаллик Осиёлик иммигрантлар орасида учраганлиги сабабли инглизлар осиеликлар касаллиги деб юрита бошлаганлар.

1847 йили рус олими Хотовицкий узининг «Педиатрика» кулланма китобида касалликни тула ёритиб, уни «инглиз касаллиги» номи билан изоҳлаб, узининг ижобий фикрини куйидагича талкин килади. Касалликни даволашда дори дармонларга эмас, балки тугри овкатлантиришни, тарбияни тугри йулга куйиш лозимлигини укатади.

Рахит – кандай касаллик?

Рахит – бу кичик ёшдаги болалар организмнинг умумий касаллиги булиб, витамин Д етишмовчилиги сабабли Са, Р алмашинувининг, суякланиш жараёнинг бузулиши, асаб системаси ва ички аъзолар фаолиятининг зарарланиши билан характерланадиган касаллик хисобланади (Е.М.Лукьянова таърифи).

Этиологияси

Бирламчи витамин Д- дефицит рахитни келтириб чиқарувчи сабаблар ва мойиллик тугдирувчи омиллар.

1.Куёш нурунинг етишмаслиги ва тоза хавода сайр килдирмаслик – организмда хосил буладиган 90% эндоген витамин Д₃ (холекальцеферол) куёш нури таъсирида терида хосил булади. Катта шаҳарларда атмосфера хавосининг ифлосланиши натижасида, шимолий кутубда жойлашган шаҳарларда куёш нурунинг антирахитик хусусиятга эга булган тулкин узунлиги (280- 310 нм) ергача кам микдорда етиб келади.

2.Овкат факторлари - Болани сунъий овкатлантиришда адаптацияланмаган аралашмалардан фойдаланиш, узок вақт сутли овкатлантириш (1 литр она сутида 50-70 ХБ, сигир сутида 20-30ХБ витамин Д₃ бор), сигир сути таркибида фосфатлар микдорининг куплиги кальций, фосфор нисбатини узгартиради ва натижада кальцийнинг ичаклардан сурилишига монелик килади. Прикормни

кечиктириб киритиш (1г тухум саригида 140-390ХБ витамин Д₃ бор). Болани сунъий овкатлантирганда сигир сутидан тайёрланган махсулотлар таркибида гарчи Са ва Р тузлари куп булсада, улар кам сурилади. Она сутида Са, Р курсаткичлари 2:1 га тенг(100мл она сути таркибида 24-34мг Са, 11-16мг Р бор).Бундан ташкари сабзавотбуткаларини узок вакт, хайвон оксилларисиз бериш хам рахитга олиб келиши мумкин, чунки бунда бола организми етарли даражада кальций, фосфор, микроэлементларни, витамин, аминокислота ва липидларни кабул килмайди ва буткалар, сабзавотлар таркибидаги фитин кислотаси кальцийни ичакларда боглаб олиб, унинг сурилишини камайтиради, лигнин эса витамин Два унинг метоболитларини сурилишига тускинлик килади.

Перинатал факторлар- Чала тугилган болада витамин Д, Са ва Р захираси кам булади. Онадан Са ва Р нинг йулдош оркали болага интенсив равишда утиши 36 хафталикдан бошланади. Постнатал даврда усиш эса чала тугилган болаларда юкори булади, бу эса Са, Р ва витамин Д га булган эхтиёжни янада кучайтиради. Вактида тугилган чакалокларда Са га булган суткалик эхтиёж 70-75 мг/кг булса, чала тугилган чакалокларда 200-250 мг/кг гача суткасига ташкил килиши мумкин. Катталарда эса бу курсаткич 8мг/кг ни ташкил килади. Р га булган суткалик эхтиёж вактида тугилган чакалокларда 40мг/кг булса, чала тугилган чакалокларда 110-150мг/кг ни ташкил килади.

Хомиладорлик пайтида токсикоз булса 60% болаларда рахитга мойиллик купаяди.

Иккиламчи витамин Д – дефицит рахитни келтириб чикарувчи сабабларга куйидагилар киради.

- Мальабсорбция синдроми – целиакия, муковисцидоз ва ошкозон ости безининг бошка касалликлари овкат махлотларидан ёгнинг сурилишини бузулишига олиб келади, бу эса уз навбатида ёгда эрувчи витамин Днинг сурилишини хам пасайтиради. Эксудатив энтеропатия ва ичакларнинг бошка сурункали касалликларида Са богловчи оксил синтези бузилади.
- Жигар ва буйракнинг сурункали касалликлари витамин Д₃ нинг актив метаболитларининг хосил булишини камайтиради.
- Иатроген факторлар – талвасага карши дориларни (фенобарбитал, дифенин) узок вакт давомида берилиши, витамин Днинг метаболизациясини кучайтиради ва унинг эндоген етишмовчилигига олиб келади. Сийдик хайдовчи воситаларни узок вакт давомида куллаш ва парентерал овкатлантириш нафакат Са, балки витамин Д етишмовчилигига хам олиб келади.
- Экологик факторлар – Тупрокда, сувда, озик моддаларда стронций, цинк ва бошка металлларнинг куплиги суякларда кальцийни урнини коплайди ва натижада рахит, остеомалация, остеопарознинг ривожланишига олиб келади.
- Психосоциал факторлар ва харакат активлигининг етишмовчилиги – Нафакат перинатал энцефалопатия таъсирида, балки оилада жисмоний ривожлантириш элементларининг йуклиги (массаж, гимнастика ва бошк.), мушаклар фаолиятининг пастлиги, суякларнинг кон билан таъминланишини камайтиради.
- Витамин Д ва кальций- фосфор алмашинувининг наслий аномалиялари.
- Мода алмашинувининг наслий касалликлари (цистинурия, тирозинемия ва бошк.).
- Полигиповитаминозлар.
- Сурункали инфекцион жараёнлар.

Патогенези

Терининг базал каватида 7- дегидрохолестериндан ультрабинафша нурлар таъсирида эндоген витамин Д₃(холекальцеферол) синтезланади. Кейинги актив метаболит 25(ОН) Д₃ жигарда 25- гидроксилаза ферменти таъсирида витамин Д₃ оксидланишидан хосил булади. 25(ОН) Д₃ витамин Д₃ га нисбатан 1-5 марта актив хисобланади. Кейинги актив метаболит 1,25(ОН)₂ Д₃, 24,25(ОН)₂ Д₃ буйракнинг проксимал каналчаларида 1-альфа-гидроксилаза ферменти таъсирида синтезланади. У витамин Д₃ дан 10- 13 маротоба актив хисобланади. Витамин Днинг парчаланиш махсулотлари организмдан ут ва сийдик оркали чикиб кетади. Витамин Д учун депо жигар, мушаклар ва ёг тукумаси хисобланади. Шуни таъкидлаб утиш керакки 1-альфа-гидроксилаза ферментининг активлиги паратгармон, витамин С,Е,В₂ нинг холати билан боглик. Шунинг учун хам организмда витамин С,Е ва В гурухи витаминларининг етишмовчилиги рахитнинг ривожланишига туртки булади.

Организмда кальций фосфор алмашинувининг асосий бошкарувчилари витамин Д, паратгармон ва тиреокальцитониндир.

Витамин Д нинг асосий вазифалари:

- Вит Д – ичакларда кальций богловчи оксил синтезини кучайтириб, Са ва Р ни ичаклардан сурилишини таъминлайди.
- Суяк – кон чегарасида цитратлар синтезини кучайтириб, суякларнинг минерализациясини стимуллайди.
 - Остеобластлар томонидан остеокальцин (суякнинг асосий коллаген булмаган оксиди, суякланиш индикатори) синтезини стимуллайди.
 - Са ни суякларда тупланишини таъминлайди.
 - Коннинг кислота – ишкорлик мухитини бошқаради.
 - Са, Р ни буйрак каналчаларида кайта сурилишини таъминлайди.
- Иммуномодуляторлик хусусиятига эга бўлиб, витамин Д дефицит ҳолатида организмда фагоцитоз. Интерлейкин 1,2, интерферон синтези пасаяди.
- Мушаклар рецепторлари билан боғланиб, уларга кальцийнинг утишини тезлаштиради ва мушаклар кискарувчанлигини оширади.

Организмдаги гиповитаминоз Д ҳолати ичакларда кальций богловчи оксил синтезини камайтириб, кальцийнинг ичаклардан сурилишини, суякларнинг кальцийни фиксация қилиш хусусиятини, туқималарда цитратлар синтезини пасайтиради. Конда гипокальцимия ҳолати натижасида калконсимон олди безларининг фаолияти бузилиб паратгормон ишлаб чиқиши кучаяди. Паратгормон суякдаги кальцийни конга ювиб чиқаради, остеокластлар функциясини кучайтириб (резорбция костей), остеобластлар синтезини пасайтиради. Буйрак каналчаларида фосфатлар ва бикарбонатлар реарбсорбциясини тормозлаб, сийдик билан ажралишини кучайтиради. Паратгормоннинг айнан шу хусусияти рахитда гипофосфатемия, метаболик ацидозга сабаб бўлади. Бу ҳол эса асаб системасининг бузилиш ҳолати билан кечади (терлаш, уйқунинг бузилиши, безовталиқ). Рахитда кон зардобиди ишқорий фосфатаза микдори ошиб кетади, аммо унинг аҳамияти ҳозиргача тулик урганилмаган. Лекин баъзи олимлар (Исаева) ишқорий фосфатазани ошишини органик бирикмалардан фосфорнинг ажралиши билан боғлашади. Бу биринчи навбатда нерв устунлари ва нерв хужайраларининг миелин пардасидаги фосфатидлар, мушак туқимасидаги адинозинфосфор кислотасидан фосфорнинг ажралишига талуклидир. Гиперпаратиреоидизм ва витамин Д етишмаслиги аминакислotalарнинг сийдик билан чиқишини, яъни аминокислотурини кучайтиради. Суякларнинг органик матрицаси булган коллаген оксидининг структураси бузилади.

Модда алмашинуви секинлашади, оксидланиш процесси пасаяди, оралик моддалар қупайиб, сийдик оркали чиқиши кучаяди. Ацидоз жараёнида суякларнинг узиш ва суякларда тузларнинг жойланиши бузилади.

Ацидоз ҳолатининг кучайишида магнийнинг роли муҳим. Рахит касаллигида унинг микдори жуда пасайиб кетади 2,3 мг% (№ - 5,9 мг%). Айниқса углеводлар алмашинувининг бузилиши касаллиқнинг ривожланишига асосий омиллардан биридир. Бунда пироузум кислотасидан цитратларнинг ҳосил бўлиши ута камаяди 1-2 мг% (№ - 3 – 4 мг%), 0,01-0,02 г/л, 0,03-0,04 г/л. унинг патогенезида витамин В₁, В₂, В₃, А алмашинувининг бузилиши, маълум таъсир қурсатади.

Юқоридаги ҳолатлар Рахит касаллигининг ривожланишида суяк системасининг зарарланишини 4 гуруҳга киритиб урганиш мумкин.

1. Остеомаляция симптомлари - Суякларнинг юмшаши ёки маляцияси. Бунда эски суяк хужайраларининг кайта сурилиши ҳолати, бош суякларининг юмшаши, краниотабес, ликкилдок атрофининг юмшаши, брахицефалия, узун суякларнинг, умров суягининг ва кобиргаларнинг эгилиши, юмшаши кузатилади.

2. Остеоид гиперплазия симптомлари – (бу симптомлар рахит уткир ости кечишида устунлик қилади). Пешона, тепа дунги, рахитик билагузуклар, марварид иплари, рахитик тасбехлар.

3. Суяк туқимаси гипоплазияси симптомлари- Найсимон суякларнинг узишдан орқада қолиши туфайли оёқларнинг калта бўлиши, сут ва доимий тишларнинг кеч чиқиши, катта ликкилдокнинг кеч ёпилиши, ясси чаноклик, пастки жағнинг узишдан орқада қолиши, эгарсимон бурун.

4. Мушаклар гипотонияси натижасида ҳосил булган суяк деформациялари – умуртка погонасининг кийшайиши (лордоз, кифоз, скалиоз), пастки апертуранинг кайрилиши билан характерланадиган кукрак кафасининг деформацияси (товуксимон ва этикдуз кукрак кафаси).

Таснифи

Рахитнинг таснифи 1947 йили педиатрларнинг бутуниттифок VI-съездида қабул килинган (С.О. Дулицкий).

1. Даврига қараб: бошлангич, авж олган даври, тикланиш даври, қолдиқ асоратлар даври
2. Фаоллик даражасига нисбатан I – даража енгил, II – даража урта огир, III- даража огир даражаси.
3. Кечишига қараб: уткир, уткир ости, қайталанувчи рахит.

Клиник манзараси

Рахитнинг эрта клиник белгилари бу МНС нинг вегетатив булимининг бузилиши билан характерланиб – боланинг безовталиги, уйқунинг бузилиши, куркоклик, йиглоклик, сезувчанликнинг ошиши, эмаётганда, уйқуда қуп терлаш айниқса энса суяклари соч қисмида терлаш натижасида сочнинг туқилиш характерлидир. Буларнинг асосий сабаби қонда оралик моддалар аммиакнинг қупайиши, яъни ацидознинг оқибатидир.

Тер болаларда ёпишқоқ, аммиак ҳидли булиб, булар боланинг қузғалувчанлигини яна қучайтиради. Энса атрофида сочнинг туқилиши билан бирга веноз қон томирларининг яққол қуринади. Тана ҳарорати субфебрилитет. Ахлати узғарувчан, беморларда – пиодермия, опрелость пайдо булиши мумкин. Айрим ҳолларда ич кетиш оқибатида гипотрофия қучаяди, полигиповитаминоз белгилари ривожланади. Аста-секинлик билан ацидоз қучайиб Р, Са тузлари ювилиши оқибатида суяқларда (ясси) юмшалиш ҳолати қузатилади. Энса суягининг юмшаши, қраниотабес, лиқилдоклар қатта, қеч епилиши, тишларнинг қеч қикиши.

Остеомаяция ҳолати аста-секинлик билан гипоплазия ва гиперплазия ҳолатига олиб қелади. Пешона тепа суяклари буртади (қвадрат бош), қовурғаларда тоғайнинг суяққа утиш жойида остеонид туқиманинг туқланиши натижасида рахитик четқалар, жемчугалар, браслетлар ва қукрак қафасининг деформацияси (товуксимон, этикдуз қуқраги). Умуртка ёйсимон қийшайди, бел соҳасида скалиоз, кифоз, лордоз ҳолатлари, оёқ-қуларда марварид ипи, О-Х оёқлар қийшайди. Мушакларда гипотония. Қеч юра бошлайди, утириш қечикади, қорни бақалок. Гипотония ҳолати юрак нисбий қегарасининг қенгайишига сабаб булади.

Ацидоз – туқималар гипоксиясининг қучайишига олиб қелади. Натижада жигар, талок қатталашади. Бош мия, қон томирлари босим осииши натижасида гидроцефалия ривожланади. Қонда Нв ва эритроцитлар пасаяди, яъни қамқонлик ривожланади.

Периферик лимфа тугунлари қатталашади. Шундай қилиб, Рахит бу инсон скелетининг қасаллигигина эмас, балки бутун организмнинг ҳасталигидир.

Қасалликнинг бошлангич даври боланинг 1-1,5 ойлигидан бошланиб, 3-4 ойлигида яққол намоён булади. Қоролева буйиқа эса 4-5 ҳафталикдан бошланиши мумкин. Белгилари: терлаш, безовталиқ, уйқунинг бузилиши, энса сочининг туқилиши, сезувчанликнинг ошиши. Бу давр 2-3 ҳафта давом этади. Бошлангич даврнинг охириларида қатта лиқилдокнинг қирралари юмшайди. Бу даврда қонда Са нормада булиб (№ 2,5-2,7 ммоль/л), ноорганик Р бир оз қамаяди. Рентгенда суяқларда жиддий узғаришлар қузатилмайди.

Авж олган даври – суяқлардаги узғаришлар қучли булиб, қраниотабес, энса суягининг яссиланиши, лиқилдок қирраларининг юмшаши, қалла суяқларининг қийшиқлиги, пешона ва тепа суяқларининг буртиб қикиш натижасида қвадратсимон бош, қукрак қафаси товук қуқрагисимон, этикдуз қуқраги, умуртқанинг қийшайиши – Кифоз, бола юрабошлаганда лордоз ва қейинқалиқ қул-оёқларнинг узғариши пайдо булади. Эпифизар тоғайнинг усиши ва метафизнинг қенгайишидан рахитик билағузук ёқи бармоқларда марварид ипи пайдо булади. Оёқлари «О» симон, қейинқалиқ «Х» деформацияланади, ясси оёқлик вужудга қелади. Қатта лиқилдок 1,5-2 ёшда ёпилади. Тишлари қеч ва нотугри усиб қикади, сут тишлари қариеса учрайди. Юқоридаги узғаришлар рахитнинг II - актив даражаси учун ҳос.

Мушаклар гипотонияси, боғламлар апаратининг қучсизлиги, бугимларнинг ҳаракатқанлигининг ошиши рахитнинг характерли симптомларидан ҳисобланади. Беморлар орқасига ётиб оёғини бошига, ҳатто энса суяғи томонига утқаза олади. Уларда қорин олдинги девори мушакларининг бушашишидан қатта «қувақасимон» қорин, қуп ҳолларда оқ линия қурраси қуатилади. Боланинг статик ва лоқомотор функцияси ривожланишдан орқада қолади, яъни бошини қутариши, утириши, туриши, юришдан орқада қолади.

Рахитнинг оғир формаларида бола психик ривожланишдан орқада қолади. Жигар, ошқозон – ичак трактининг функционал ҳолати, оксиллар, липидлар алмашинувининг бузулиши ва витаминлар етишмовчилиги кузатилади. Кукрак кафасининг деформацияси, мускул тонусининг пасайиши, диафрагма ҳаракатининг сусайиши, нерв системаси томонидан узғаришлар, упка вентиляциясининг бузилишига ва боланинг зотилжам касаллигига чалинишига сабаб бўлади.

Рахитнинг II-III даражаларида гипохром анемия, биохимик курсаткичлардан Р конда 0,65ммоль/л гача пасаяди (№ 1,03- 1,25ммоль/л) пасаяди, Са микдори пасаяди 2,0-2,2 ммоль/л гача, лимон кислотаси пасаяди(62 ммоль/л паст), ишқорий фосфатаза микдорининг конда ошиши(400ЕД/л куп), аминокислотурия (10мг/кг суткасига) кузатилади Рентгенограммада суякларнинг узиш зонасида остеопороз, эпифиз ва диафиз ораллиги кенгайиб бакалсимон шаклни эгаллайди.

Репарация даври

Рахит белгиларининг орқага қайтиш жараёнида нерв системаси томонидаги белгилар йуқола бошлайди, рахитнинг асосий симптомлари: остеопароз, остеомалация йуқолади. Боланинг уйқуси, иштахаси, мушаклар тонуси, ички аъзолар функцияси яхшиланади. Конда ноорганик Р нинг микдори купаяди, Са микдори эса пасайган ҳолда бўлади..

Қолдик асоратлар даври

Бу давр 2-3 ёшлигидан бошланади. Рахитик процесслар тухтайди. Скелетдаги узғаришлар бир умрга сақланиши мумкин (квадратли бош) тор чанок, узун суякларда Х-О ҳолатдаги деформациялар сақланиши мумкин.

Кечиши

Уткир кечиши 6 ойгача (биринчи ярим йилликда) кузатилиб, асаб тизимида узғаришлар, остеопороз, остеомалация белгилари устун туради. Биохимик узғаришлар кучли – гипофосфатемия, гипокальцемия, ишқорли фосфатаза активлиги ошади.

Уткир ости кечиш даврида касаллик секинлик билан ривожланади, остеоид туқиманинг гиперплазияси ута ривожланган. Рахитик думбқчалар, марварид иплари, рахитик билагузуклар, мушаклар гипотонияси кучайган бўлади, суяк туқимаси гипоплазияси симптомлари яққол қуринади.

Қайталанувчи кечиши – соғайиш ва қайталаниш даврининг алмашилиб туриши, айниқса ОРВИ, тез-тез касалланиб турувчи болаларда, нотугри овқатлантириш ҳолларида намоён бўлади. Бундай болаларда анамнезидан актив рахитни бошидан кечирганлигини, рентгенограммада оҳакланиш чизикларини қуриш мумкин.

Даволаш усуллари

Рахит касаллигини даволашнинг асосий йуналиши унга уз вақтида ташхис қуйилиш ва тугри даволашдир. Даволаш йуналиши носпецифик ва специфик бўлади. Специфик бу УФО ва витамин Д препаратларини бериш. Носпецифик бу болани тугри рационал овқатлантириш. Углеводга бой ва хамирли овқатларни чегаралаш. Чунки углеводли овқатлар ацидозни кучайтиради. Сабзавот, мевалар шарбатини тавсия қилиш. Овқатда етарли микдорда оксил булиши лозим, чунки оксил қамайганда Р, Са сурилиши қамаяди. Оксил манбалари (тухум сариги, жигарда, буйракда, балик).

Специфик даволаш

Рахитнинг 1 даражасида уткир ости кечишида витамин Д нинг даволаш дозаси 500.000-600.000 МЕ 15.000 МЕдан 35-40 кун давомида, 2 даражасида 600.000-800.000 МЕ курс учун, 20000 МЕ дан 30-35 кун, 3 даражасида 900.000-1 млн.МЕ. Хар куни 25.000 МЕ дан 40-45 кун давомида берилади. Витамин Д препаратлари билан бирга цитратли аралашма барилади. Цитрат аралашмаси:

Лимон кислотаси 2,1

Лимон кислотаси Na 3,5

Сув 100 мл 1 чой қошиқдан 3 марта 7 – 10 кун давомида.

Бу аралашма Са ни ичакларда сурилишини яхшилайдди, ацидозни қамайтиради, Са ни суякларга боришини таъминлайди.

Гипервитаминоз Днинг олдини олиш учун хар 7-10 кунда Сулкович синамасини утказиш лозим. Бу учун Сулкович реактивидан фойдаланилади: щавел кислотаси – 2,5г, щавелевокислый аммоний – 2,5, ледяной уксус кислотаси – 2,5г, дистилланган сув – 150мл.

Сулкович синамасини утказиш: Эталабки олинган 5 мл сийдикка 2,5мл Сулкович реактиви солинади, 2 минутдан кейин хиралашиш булмаса реакция (-), озрок хиралашиш булса реакция (-+), интенсив хиралашиш булса реакция (-++), конда кальций микдори 2,25 – 2,75 ммоль/лга тенг, реактив солинган захоти интенсив хиралашиш булса реакция (+++) гиперкальцемиядан далолат беради. Рахитни комплекс даволашда витаминлар С, В₁, В₂, В₆, А бериш лозим. Энергик модда алмашинувини

нормаллаштириш учун АТФ 1% - 1,0-0,5 мл 30-40 кун. Массаж, гимнастика мускул тонусини ошириш – презерин 0,05% - 0,1 мл в/м 10 кун.

Тузли ва хвойли ванналар МНС тинчлантириш учун тавсия этилади. Тузли ванна – 1 челақ сувга 100 гр NaCl, t° 36-32° 3 минутдан 8-10 минутгача. Хвойли ванналар 1 челақ сувга 1/2 ош қошиқда хвой экстракти 36-35° 5-10 мин. кунора 15-20 кун.

Беморлар 3 йил давомида диспансер назоратида булиши лозим

Витамин Д нинг препаратлари:

Эргокальциферол ёгли 0,0625% эритма 1 мл – 25000 ХБ.

Эргокальциферол ёгли 0,125% эритма 1 мл – 50000 ХБ.

Эргокальциферол ёгли 0,5% эритма 1 мл – 200000 ХБ

Видехол ёгли эритмаси 0,125% 1 мл – 25000 ХБ

Эргокальциферол ёгли 0,5% эритма 1 томчисида – 5000 ХБ

Эргокальциферол драже 1 дражеда – 500 ХБ

Видеин 1г да 200000ХБ Д₂ ёки Д₃ казеин билан бирга

Эргокальциферол спиртли 0,5% эритма 1 мл – 200000 ХБ

Эргокальциферол спиртли 0,5% эритма 1 томчисида – 4000 ХБ

Вигантол 30 томчисида 20000 ХБ Д₃ бор 1 том. 667ХБ, 1мл 30 томчи.

Балик ёгида 1 мл – 50 ХБ эргокальциферол бор

Гендевит 1 дражеда 250 ХБ эргокальциферол бор

Витамин Д ни бериш усуллари

Узлуксиз – курс дозани 40-50 кун давомида бериш

Витамин туркиси – 20-30000 ХБ хафтада 1 маротаба (6-8 марта, 1,5-2 ой)

Зичланган усул – курслик доза 20 кун давомида (ЧБД) берилади.

Зарбли усул – курслик доза 7 – 10 кунда берилади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Антинатал – аёллар консултацияси ва болалар поликлиникасида олиб борилади. Хомиладор аёл тоза хавода узок муддатда , кишда эса хар куни 2 соат давомида саир килиш керак. Даволаш физкультураси билан шугулланиб туриши керак, бу она организмидаги мода алмашинув жараёнига яхши таъсир килади, вегетатив нерв системасини фаолиятини мутадиллаштиради, токсикозни камайтиради, бу эса она ва бола уртасидаги мода алмашинувини яхшилаиди, гиповитаминозни ривожланишини камайтиради. Хомиладор аёл шахсий гигиена ва кун тартибига амал килиши керак. Танасини терисини тоза тутиши керак, вактида душда ювиниб туриши, енгил ва эркин кийим кийиши лозим, бу эса терида витамин Д хосил булишини енгиллаштиради.

Овкатланишга жуда катта эътибор бериши керак. Овкат махсулотлари тулик, витаминга бой, калорияли булиши керак. Оксилни коплаш учун – кефир, сыр, ёгсиз гушт (100-200г), балик (150-200г) кунига кабул килиши керак. Углеводга бой овкатлардан – мевалар сабзавотлар ва уларнинг шарбатини кунига кабул килиши керак.

Антенатал специфик профилактика куз киш фаслларида , куёш нурлари камайганда , булутли хавода утказилади. УФО курси – 15 -20 сеанс кун аро, 1\4 биодозада утказилади. Витамин Д 30 – 32 хафталикдан 400 - 500 ХБ хар куни берилади. Шу максадда поливитамин гендивит 1 -2 дражедан кунига берилади (1 даажада 250 ХБ витамин Д₂ бор). Витамин Д 35 ёшдан ошган, юрак кон – томир системасида касаллиги бор аёлларга берилмайди. Бундай пайтда кальцийнинг йулдошда утириб қолиши кучайиб, хомиланинг гипоксиясига, ликкилдокнинг вактидан олдин ёпилишига, боланинг тугрук жарохати билан тугилишига сабаб булади.

Постнатал профилактика - постнатал носпецифик профилактиканинг асосини болани она сути билан овкатлантириш (1 литр она сути таркибида 50 – 70 ХБ витамин Д бор), сабзавот, мева шарбатини, прикормни уз вактида бериш, тоза хавода купрок олиб юриш, куёш нурларидан ва хаво ванналаридан фойдаланиш, чумилтириш, 1,5 – 2 ойлигидан бошлаб массаж, гимнастика ёрдамида бола организмини чиниктириш ташкил килади.

Специфик постнатал профилактика 3 хафталикдан (чала тугилган болаларда 10-14 кунлигидан) 500 ХБ витамин Д кунига бериб боришдан бошланади, йил давомида 150000 – 200000 ХБ витамин Д олади. Бу усул жуда кулай булиб, асорати кам булади. Агар бола адаптациялашган аралашмаларни ичса («малыш», «малюка», «NAN», «лактоген» 100мл 100ХБ витамин Д бор) кушимча витамин Д бериш шарт эмас.

Гипервитаминоз Д

Этиологияси: Гипервитаминоз Д рахит касаллигини даволаш ва профилактика мақсадида катта дозада витамин Д₂ куллаш натижасида келиб чиқади. Куп ҳолларда гипервитаминоз Д курсавой дозани 1000000 ХБ ошиб кетганида юзага чиқади. Баъзи кузатувларга қараганда гипервитаминоз Д қисқа муддатга (2-4 ҳафта) 4000 – 8000 ХБ витамин Д₂ берилганда кузатиладиган. Бу ҳолат организмнинг витамин Д га сезувчанлиги юқори бўлганида кузатилиб, патогенизининг асосида кальцифилаксия ётади. Кальцифилаксиянинг ривожланиш механизми Г. Селье томонидан ёритилган. Бўйракнинг наслий ва ортирилган сурункали касалликларига чалинган болаларда витамин Д га сезувчанлик юқори бўлади. Бундан ташқари гипервитаминоз Д бир вақтда витамин Д ва ультрабинафша нурларини куллаш натижасида ҳам келиб чиқиши мумкин.

Патогенези. Гипервитаминоз Д патогенизининг асосида унинг бевосита хужайра мембранасига (АТФаза активлигининг ошиши) ва модда алмашинув жараёнига (гиперкальциемия ва гиперкальциурия, фосфорланиш жараёнини тўхтатиши, лимон кислотасининг изолимон кислотасига айланиши, гиперфосфатурия, аминокислотурия ва ацидоз) токсик таъсири ва гиперкальциемия оқибатида томирларда кальциноз, нефрокальциноз, миокардда, альвеолаларда ошқозон ва ичак деворида Са нинг чуқиб қолиши ётади.

Классификацияси. Л.П. Папаян, Л.М.Пляскова томонидан тақлиф қилинган.

Кечиши – уткир(6 ойгача), сурункали (6 ойдан куп).

Даражалари – 1,2,3 даражали токсикоз билан кечади.

Оғирлигига қараб – енгил, урта оғир, оғир.

Шаклига қараб – Асаб, ошқозон – ичак, бўйрак, юрак- томирли.

Даврига қараб – клиник қурилиши, қолдиқ қурилиши.

Клиникаси. Гипервитаминоз Д уткир кечишида оғир интоксикация, белгилари: анорексия, мушакларда қучсизлик, қусиш, бош оғриги, полиурия, дегидратация, тахикардия, лихорадка, юқори қушқалувчанлик, талвасалар кейинчалик эса гепатомегалия, ўйқучанлик, апатия, ҳушнинг ўқоқлиши то комагача, марказий фалажлар қузатилади.

Сурункали гипервитаминоз Д ўзққ вақт давомида витамин Д ни нормага нисбатан қуқроқ бериш натижасида (6 -8 ой давомида) келиб чиқади. Клиник қурилиши уткир витамин Д билан захарланишга нисбатан енгилроқ бўлади ва қуйидаги белгилар: анорексия, ўйқунинг бўзулиши, таъсирчанлик, бош оғриги, қуқ терлаш, тери қопламларининг оқариши, қамқонлик, тезда олигурияга айланувчи полиурия, қусиш, диарея, тана массасининг қамайиши, сўвсизланиш протеинурия, пиурия, эритроцитурия ва сўяқларда оғрик, томирларда кальцификатлар, ретинопатия, шох парданинги хиралашиши, миокардиопатия (тахикардия, юракнинг нисбий чегараларининг қенгайиши, юрак тонларининг бўғиклиги, юрак етишмовчилиги), аортал қлапан стенози ва генераллашган остеопароз қузатилади. Шўни таъқидлаб ўтиш қераққ Гипервитаминоз Д да баъзи беморларда юқорида қурсатилган симптомларнинг турли қомбинацияси ёқи баъзиларида эса биттаси қузатилиши мумкин.

I – даражали токсикоз иштаха пасайиши, қуқ терлаш, асабийлик, ўйқу бўзулиши, вазнининг ривожланмаслиги, субфебрилитет билан қарақтерланади.

II-III– даражали токсикоз- анорексия, тўхтовсиз қусиш, эксикоз, зотилжам, пиелонефрит, қардит, панкреатит қурилишида намоён бўлиб, қуйидаги синдромлар билан кечади.

-Асаб тизимининг функционал ўзгариш синдроми- холсизлик, апатия, ўйқусираш, терлаш, гиперэстезия, мененгизм, энцефалитик реакциялар, ҳушдан кетиш, тиришиш.

-Кардио-васкуляр синдром - тахикардия, юрак тонлари бугиклиги, систолик шовкин, кукариш, жигар катталашуви, юрак нисбий чегараларининг кенгайиши.

-Ошқозон – ичак синдроми - анорексиягача иштаханинг пасайиши, қусиш, казият ёки ич кетиши, гепатоспленомегалия.

-Бўйрак синдроми – дизурик ҳолатлар, олгурияга ўтувчи полиурия, азотемия.

-Сўяк тизими ўзгаришлари – бош сўякларининг каттиклашуви, катта ликкилдокнинг эрта ёпилиши, краниостеноз. Рентгенограммада остеопароз, периостит кузатилади.

Диагностикаси. Сулкович синамаси ўтказилади, умумий қон таҳлилидан – лейкоцитоз, нейтрофилёз, чапга силжиши билан, анемия, ЭЧТ нинг ошиши. Сийдик таҳлилидан – протеинурия, лейкоцитурия, микрогематурия, цилиндрүрия. Биохимик силжишлар – ишқорий фосфатаза активлигининг пасайиши, гиперхолестиренемия, ацидоз, гипопроteinемия, гиперцитратемия, гиперкальцеия, гипофосфатемия, гипокалиемия, гипомагнезия.

Даволаш. Витамин Д бериш тўхтатилади, кальцийга бой бўлган овқат маҳсулотлари чекланади (сигир сүти, кефир, творог). Даволаш боланинг оғирлик ҳолатига қараб ўтказилади. Дезинтоксикацион терапия- вена ичига томчилаб гемодез, 5% глюкоза, альбумин. ККБ, вит С, преднизолон 10-14 кун, верапамил 0,5 мг/кг 2-3 марта ичишга, ВитаминА 5000- 10000 ХБ, фүросемид 1мг/кг, кальцийнинг чиқилиши кучайтириш мақсадида тиреокальцитонин 75 – 150ЕД қунига мушак орасига, трилон Б 50мг/кг, витаминотерапия В гуруҳ ва Витамин Е 10% ёғли эритмаси 5 -10мг/кг 1 – 2 марта м/о

«ПНЕВМОНИЯ»

Пневмония – деб (юнонча *pneumo*) ўпка туқимасининг яллиғланишига айтилади.

Пневмания - ўпканинг терминал респиратор қисмларининг зарарланиши ва альвеолаларда экссудат йиғилиш билан кечадиган ўткир инфекциян – яллиғланиш ҳолатидир.

Клиника амалиётида пневмонияни ташкилашда «Олтин стандарт»дан фойдаланиш лозим. Пневмония ташхисининг «Олтин стандарти».

Пневмония – бу ўпкада нафакат нафас етишловчилиги синдроми, физикал симптомлар борлигига қараб, балки рентгенограммадаги ўчоқли ва сегментлар инфильтратив ўзгаришлар борлиги билан характерланадиган ўткир инфекциян – яллиғланиш касаллигидир.

Пневмония бола организмида модда ва ҳаво алмашинувининг кескин бўзилиши билан кечадиган оғир касаллиқдир. Бу касаллик айниқса эрта ёшдаги болаларда учрайди, ҳамда аксарият ҳолларда ҳар хил асоратлар билан кечади. Болаларда кузатиладиган пневмония кечиши ва оқибатлари жихатдан болаликнинг ҳар хил даврларида фарқ қилади. Бу жихатдан энг аввало чакалоқларда ва гудак болалар пневмониялари ва катта ёшдаги болаларда кузатиладиган пневмониялар ва пневмопатияларни фарқ қилиш жоиздир.

Инфекция тушиш шароитига караб пневмония шифохонадан ташкари («уй ичи») ва касалхона ичи (госпитал, нозокомиал) турларига бўлинади.

Чакалокларда эса - хомила ичи (тугма ва постнатал) (орттирилган) пневмонияларга бўлинади.

Постнатал пневмониялар эса касалхона ичи ва касалхонадан ташкари пневмонияларга бўлинади.

Касалхонадан ташкари пневмониялар деганда бола одатдаги уй шароитида бўлганда юзага келадиган пневмониялар тушинилади.

Касалхона ичи пневмониялар – бу бола стационарга тушгандан кейин 48 соатдан кейин ёки касалхонадан чиқарилгандан кейин 48 соат ва ундан кўпроқ (7 кунгача) вақт давомида юзага келадиган пневмониялардир.

Хомила ичи пневмонияларига бола тугилгандан кейин 72 соат давомида юзага келган пневмониялар киради.

Клиник – рентгенограмма белгилар характериға караб пневмониялар; учокли – қушилган; булакли (крупоз), сегментар ва интерстициал.

Уз вақтида тугри даволанганда асоратланмаган пневмониялар 2 – 4 ҳафтада утиб кетади, асоратли пневмониялар эса 1 – 2 ой давом этади. Агар даволаш самараси 1,5 – 6 ой ичида қузатилмаса пневмониянинг қузилган формаси (сегментли шакли) деб таххис қуйилади.

Пневмонияларнинг классификацияси

Инфекция тушиш шароитига караб:

- Шифохонадан ташкари («уй ичи», «амбулатор») пневмония. Энг кўп учрайдиган чақурувчилари: пневмококк, гемофил таёкчаси, микоплазма, моракселла.

- Касалхона («госпитал») пневмонияси. Энг кўп учрайдиган чақурувчилар: стафилококк, ичак таёкчаси, кўк йиринг таёкчалар, протей, клебсиелла, серация ва бошқалар.

- Хомила ичи пневмониялар.

Морфологик ўзгаришларга караб:

- Бронхопневмония;

- учокли

- сегментли

- учокли – қушилувчан

- Крупоз (булакли)

- Интерстициал

Касалликнинг кечишига караб:

- Асоратланмаган

- Асоратланган.

- Упкада асоратлар (плеврит, деструкция, абсцесс, пневмоторакс, пиопневмоторакс).

- Упкадан ташкари асоратлар (инфекцион – токсик шок, ДВС синдроми, кон айланиш етишмовчилик синдроми, респиратор – дистресс синдроми).

Этиологияси.

Пневмония ривожланиш асосан (грипп, респиратор – синтециал, аденовируслар ва бошка), стрепто – стафилококклар, «шартли» патоген таёкчалар сабаб булмокда. Пневмония билан огриган болаларда касалликнинг сабаби вируслар ва бактериалардир, хозирги пайтда энг куп таркалган омиллар вируслар булиб, улар пневмонияни мустикил равишда келтириб чиқариши ёки уларнинг таъсири остида туқималарда қаршилиқ қурсатиш қобилятининг махаллий бузилиши оқибатида иккиламчи тарзда микробли яллиғланишни келтириб чиқади. Пневмония касаллиги – организмнинг юқумли омилларга қурашиши қобилятини (иммунитет)нинг туғма етишмаслиги билан туғилган ёки иккиламчи равишда шу ахволга тушган (рахит, гипотрофия, анемия, конституциялар аномалияси натижасида) болаларда осонлик билан вужудга келадиган ва нисбатан оғир кечади.

Пневмониянинг эрта ёшдаги болаларда купрок учраши ва уларда нафас етишмаслигининг нисбатан тезрок ривожланишига мойиллик туғдирувчи нафас олиш аъзоларининг ўзига хос анатомик ва физиологик хусусиятлари мавжудлиги билан боғлиқдир. Бу хусусиятларга эрта ёшдаги болаларда қовурғаларнинг нисбатан горизонтал жойлашганлиги юқори нафас йулларининг торлиги, улардаги шиллик парданинг қон томирларга бойлиги, купрок нафаси суюқларнинг ортиқча эгилувчанлиги, ҳикилдоқ ва трохея тоғайларининг нисбатан юмшоқлиги қабилар қиради.

Патогенези.

Упка туқимасига юқумли омиллар қўйдаги уч йул орқали тушиш мумкин:

1. Хаво билан юқори нафас йуллари орқали – аэроген (бронхоген) йул.
2. Қонга тушган юқумли омилларнинг упка туқимасига ўтиш – гематоген йул.
3. Лимфа суюқлиги орқали упка туқимасига тушиш – лимфоген йул б/н.

Юқумли омиллар упка туқимасига тушгач, яллиғланиш ўчоқлари пайдо бўлади, бу эса ўз навбатида упка қушувчи туқимасининг бўртишига, альвеолаларда суюқлик тупланишга олиб келади. Бу ҳолатда альвеолаларда O_2 нинг сўрилиши қамайиб, натижада унинг қондаги миқдори қамаяди (гипоксия). Шу билан бир қаторда қондаги қарбонат ангидрид гази (CO_2) чиқариш озаёиб, қонда унинг миқдори меъёридан анча қуаяди (гиперкапния). Бу эса нафас олиш фаолиятининг етишмовчилиги дегандир. Организмда тупланган CO_2 гази нафас олиш марказига салбий таъсир қурсатади, ҳансирашга олиб келади.

Гипоксемия упка туқимасига инфекцион агент булиб, яллиғланиш ўчоғи пайдо бўлиши натижасида юзага келади. Яллиғланиш ўчоғи альвеолалар деворидаги эпидермик қучиши, интерстициал туқиманинг шиши ва газ перфузиясининг бузилиши билан боради. Бронхлар обструкцияси, микроателеказларнинг пайдо бўлиши. Гипоксемия нафас етишмовчилигига, респиратор ацидоз, қонда ўглекислотанинг қурайиши (гиперкапния) билан кечади. Гиперкапния нафас марказини қузғатади ва қомпесатор реакцияни – ҳансирашини қачиради. Бундан ташқари, гипоксия ва

интоксикация тукима нафас ферментларининг функционал активлигини сусайтиради ва витаминлар захираларини камайтиради. Полигивитаминоз юзага келади.

Гипоксия конда ва парциал босилининг пастки критик даража тушиши натижасида юзага келади. Бунда бола организми хужайралари O_2 узлаштириш хусусиятини йукотади ва анаэроб модда алмашинуви тикланади. Тукималарда сут кислотаси ва бошка оксидланмаган алмашинув махсулотлари тупланади, респиратор ацидозга метаболитик ацидоз кушилади. Конда, веноз конда ҳам хужайралар узлаштириб олалмаган O_2 купаяди, CO_2 эса камаяди (гипокапния). Гипоксия туфайли гемодинамиканинг бузилиши ва микроциркулянинг узгариши марказий нерв системаси ва жигар тукималарида патологик узгаришларга сабаб булади модда алмашинувининг барча турлари бузилади, нафас етишмовчилиги кучаяди.

Дизерния – патологик жараённинг энг хавfli боскичи хисобланади. Моддалар алмашинувининг хужайра даражасидаги чукур бузилишлари боланинг реактивлигини узгаришга олиб келади, хужайра ва гумолар иммунитети сезиларни даражада пасаяди.

Шу фонда бола организмидаги бактериал флора аткивлашади, иккиламчи инфекция кушилади, йирингли учоклар пайдо булади кейин эса септикопиемия ривожланади.

Упка сегментларидан тузилган булиб у асосан 3та вазифани бажаради:

1. Нафас олишда иштирок этиш.
2. Иммуно-биологик вазифали
3. Дренаж вазифаси, яъни нафас йулларида тупланган суюклик ёки бошка ёт нарсаларни чиқариш вазифаси. Пневмонияда шу вазифаларнинг барчаси бузилади.

Клиник хусусиятлари

Касалликнинг клиник куруниш унинг кай шаклида юзага келганлиги ва уни келтириб чиқарган омилларининг хусусиятларига боглик булиб, жуда хилма – хилдир.

Майда кисмларида пайдо булувчи (учокли) пневмония, одатда тумов – аксириш, курук йутал, унчалик юкори булмаган иситма, боланинг инжикланиши, бурун битиши билан бошланади, асосан респиратор вируслар билан боглик булади. Касалликнинг 5-7 кунларида боланинг ранги оқариб йутал кучаяди, иситмаси ошади, хансираш пайдо булади.

Нафас олиш кушимча мушакларнинг (ичкарига) иштирокида боради.

Курак кафасини тукилатиб уриб курганда (перкуссия) агар пневмония майда учокли булса, узгариш сезилмаслиги мумкин. Упкада бошлангич даврида курук ва кичик-катта пуфакли хул хириллашлар эштилса, бир хафтадан сунг учокли симптом – крепитация эшителиди. Перкуссияда товушнинг кискариши упканинг зарарланган жойи канча катта булса, шунча тез учрайди, притупление аниқлайди.

Юрак тонлари бугиклашган, пульси тезлашган R-упкада зарарланмаган кисмларининг компенсатор кенгайиши (эмфизема холати), учокли инфекция, конда лейкоцитоз салгина нейтрофилёз, СОЭ – 20-40мм/ч, согайиш 2-3 хафта.

Сегментар пневмония

Яллигланиш жараёни битта ёки бир нечта сегментда жойлашади. Ички орган ва системаларда кучли узгаришлар булади, токсикоз ривожланган булади.

Уткир бошланади, иситмаси 38-39°C, катта болаларда бош огришига, боши айланишига, иштахаси булмайди, баъзан болаларда корин соҳасида огрик, кусиш, ичи кетиши мумкин.

Баъзи вақтларда биринчи ўринда марказий нерв система томонидан булади: талваса, ҳушини йукотиш.

Пневмония кечиши мумкин:

- нейротоксикоз белгилари билан,
- кардиоваскуляр синдром билан,
- ошқозон – ичак системасини узгариши.

Энцефалитик синдром пайдо бўлиши бактерия, токсик ва токсик моддаларнинг марказий ва вегетатив нерв системасига таъсир қилиб нейротоксикоз ҳолатида кечади.

Нейротоксикоз уч фазаси аникланади:

1. Гипертермия
2. Гипоксическая энцефалопатия
3. Терминал

I фаза. Гипертермик фазасида – иситма баланд, безовта, миоди-намикани бузилиши белгилари: оёқ – кулларининг музлаши, тахикардия, акроцианоз, хансираш, олигоурея.

II фаза. Гипоксическая энцефалопатия – катта ликилдокни бўртиши, нистагм, талваса клоник – тоник шаклда, кучли тахикардия.

III фаза. Чуқур кома - паралитик коллапс – тахикардия, брадикардия билан алмашинади, хансираш брадикноз булади, кейин чейн-стокс нафас олишга ўтади.

Кардиоваскуляр синдром – бемор цианоз, баъзан таркалган холда, тери копламлари мармарга ўхшаган, бу кон томирларда димланиш булади. Тахикардия 200 бир минутда, юрак тонлари бугик, А/Д пасайган. Упкада – упка овози кискарган, яллигланган жараёнида нафас олиш сўсайган, упкада қуруқ, ҳул ва крепитация хириллашлар аникланади.

Рентгенограммада – гомоген соялар бир нечта сегментда бўлиб, 2-6 ҳафтагача сақланади. Пневмониянинг ўчоқли ва сегментар шакллари асорат бериши преморбид ҳолати бор болаларда (рахит, экссудатив диатез, тимомегалия, чала тугилиш) қўзатилади.

Интерстициал зотилжам. Асосан вируслар, пневмоцистлар, микоплазма ва замбурўлар томонидан чакирилиб, купинча чакалок болаларда, улар чала тугилган бўлса, ёки гипотрофия анемия билан касалланган нимжон болаларда ривожланади. Интерстиция пневмонияда беморнинг умумий аҳоли жуда тез оғирлашади, бурун керилиб, нафас олиши шовкинли булади, лаб атрофи ва юзида қукариш қўзатилади.

Хуружсимон қўзилувчан, оғир йўтал қўзатилади. Упкада перкутор ва аускультацияда: нафас олиш бироз сўсайган, онда – сонда нам ва дагал қуруқ хириллашлар эшитилади. Сагайиши 1-2 ҳафтадан то 1-2 ойгача давом этади.

Гипотрофия, рахит ва анемия билан касалланган эрта ёшдаги болаларда пневмониянинг кечиши бир катор узига хос хусусиятларига эга. Уларда тана харорати кам узгариши, йуталнинг жуда кам булиши. Аускультацияда упка нафас шовкини бироз сусайиб, кукрак кафасининг пастки кисми, хамда умуртка атрофида пайдо пуфакли нам хириллашлар эшитилади. Бундай холларда суст клиник манзара билан кечади, хаттоки унинг асоратлари келиб чикади: меъда – ичак, юрак ва буйракнинг фаолияти сусайиб, беморни ахволи тез огирлашади, унинг танасида шиш пайдо булади.

Уткир пневмониянинг диагностикаси жадвали

Пневмонияга хос белгилар	Пневмонияга хос булмаган белгилар
38°C дан юкори иситма	38°C дан юкори иситма
Иситма 3 кундан куп цианоз	3 кундан кам
Овозли нафас	
Тахикардия	
Обструкция синдроми йуклигида хансираш	Обструкция синдром
Йутал	Йуталнинг йуклиги
Махаллий белгилари:	
Махаллий курук булмаган хириллишлар	Таркок курук ва курук булмаган хириллашлар
Каттик ёки кучсизланган бронхиал нафас	
Перкутор товушнинг кискариши	Коннинг нормал манзараси
Нейтрофиль лейкоцитоз 10×10^9 г/л дан юкори	
СОЭ – 20 мм/соатдан юкори	

Дифференциал диагноз ва диагнози

Уткир пневмониянинг ташхиси: болани овкатлантириш, кечирган касалликлари ва кечиши, клиник манзараси: УРВИ билан касалланган, тана харорадини кутарилиши, йутал, хансираш, (бронхитлар) белгилари кузатилади. Курикда болани нафас етишмовчилигига холатига эътибор бериш керак. Упкада перкуссия ва аускультация ёрдамида эшитиш. Кукрак кафасини рентгенограмма килиш, кон анализи ва балгам олиб текшириш.

Дифференциал диагнози: УРВИ, бронхитлар ва бронхолитлар, нафас йулларида утказувчанлик утишида (ёт моддалар, аспирация, ларингоспазм, бронхоспазм) плеврит, туберкулёз ва бошка белгилар билан солиштириш мумкин.

Даволаш. Касалликни барвакт аниклаб ўз вақтида даволаш, пневмониянинг катта аҳамиятга эга. Даволаш ишлари ўй шароитига ва шифохона шаройитига олиб борилади. Касалликни аникланганда антибиотиклар тайинланади. Қайси антибиотикни қўллаш айти муддао эканлигини билиш учун, унинг антибиотикларни сезувчанлигини аниклаш лозим.

Айрим антибиотиклар ўзининг хусусиятлари туфайли эҳтиёткорлик талаб этади, стрептомицин, канамицин, мономицин эшитув аъзолар ва буйракка зарар етказади.

Антибиотиклар пневмония чакирган юкумли омилар таъсир қилиш билан бир қаторда, организмда одатдаги микроорганизмлар мувозанатини бузиб, замбуруғлар (кандидоз) ривожланмаслиги учун айти пайтдо нистотин (50-100 минг бирлик қўнига 3-4 марта) ёки леворин (80-100 минг) тайинланади.

Озикланиш рақioni бола ахволига қараб индивидуал тайинланади, бунда асосан суюқлик ичиш тартибига алоҳида эътибор бериш қерак, унинг тарқиби қўидагича:

1 литр сўвга 3,5г натрий хлорид, 1,5 г калий хлорид, 2,5г натрий бикорбанат ва 20г глюкоза.

Суюқлининг бир қўнлик умумий микдори 700-1000 мл дан қам бўлмаслиги қерак.

Касаллик оғир, асоратли қелган ҳалларда боланинг тана ҳарорати юқори бўлса, уни ялонғоч қилиб қўиши, баданини 40% ли спирт эритмаси билан ишқаламасдан артиш, бўйин ва сон соҳасидаги йирик қон томирларининг ўстига юпка бўюмга ўралган муз қўиш фойдадир. Бундай пайтда амидопириннинг 4% эритмаси 0,1 мл/кг, 50% ли аналгин эритмасидан боланинг ҳар бир ёшига 0,1 мл ёки аминазиннинг 2,5% ли эритмасидан (1-2 мг/кг) мушак орасига юборилади.

Пневмонияда антибиотиклар билан даволашда пенициллин, амоксил – КМП- 2 ёшгача – 20 мг/кг тана массасига, 2 ёшдан – 5 ёшгача – 125 мг х 3 марта сўткада 10 ёшдан қатталарга (40 кг ортик) 250-500 мг х 3 марта сўткада.

Макропен – овқатдан ярим соат олдин ичиш ўчун.

5 кг (2 ойлик) – 3,75 мл х 2 марта

10 кг (1-2 ёш) – 7,5 мл х 2 марта

15 кг (4 ёш) – 10 мл х 2 марта

20 кг (6 ёш) – 15 мл х 2 марта

30 кг (10 ёш) – 22,5 мл х 2 марта

Зотилжамнинг оғир шаклларида даволашни цефалоспоринлар гуруҳидаги антибиотиклар ва гентамицин (3-4 мг/кг) бошлаш қерак.

Цефтриоксон в/в, в/о 250/500/1000 мг

50-70 мг/кг х 2 марта

Цефазалин 250/500/1000 мг

25-50 мг/кг 0,25г – 0,5г – 1,0г

Пневмониянинг огир шакллари, яъни сегментар пневмонияда мегасеф антибиотикдан фойдаланиш мумкин.

Мегасеф. таблетка 250-500 мг № 10

Кичик болаларда 20-40 мг/кг/суткада х 2 марта катталар ва 12 ёшдан катта болаларга 250-500 мг х 2 марта суткада.

Инъекцияси: в/в, /в/ 0,75-1,5г х 3 марта суткада хар 8 соатда

3 ёшгача булган болаларга 50-100 мг/кг 6-8 соат янги тугилган чакалаларда 30-100 мг/кг кунига 3 марта.

Тайёрланиши 250 мг – 1 мл инъекция суви

750 мг – 3 мл инъекция суви

Инфузион терапия куйидагилар курсатма: нейротоксикоз, йирингли интоксикация. эксикоз – суюклик микдори 30-40 мл/кг дан ошмаслик керак реополиглюкин 10мл/кг сут дозада:

Плазма ёки альбумин 5-10 мл/кг суткасида

10% глюкоза эритмаси 1:2 нисбатда хаммаси булиб 50-80 мл/кг суткасида микдорда.

Юрак етишмовчилиги булганда томир ичига куйидаги юрак гликозидлари юборилади (0,1 мл 0,05% эритма) ёшига караб строфантин юборилади, огир холларда гликокортикоид гормонлар кулланилади – преднизолон 3-5 мг/кг дан в/и суткада 1-3 кун давомида.

Беморда балгам кучирувчи ва йуталга кариш таблетка ва сироплар бериш керак.

Линкас сироп

болаларда – 1 чой кошик 3-4 марта кунига кичик ёшдаги болаларда – 0,5 чой кошик – 3-4 марта кунига катталарга – 2 чой кошик 3-4 марта кунига.

Пертуссин –

катталар – 1 ош кошик – 3 марта кунига

болаларга – 0,5 чой кошик – 3 марта кунига

Амбробене –

сироп 0-2 ёш 2,5 мл х 2 марта

2 ёш – 2,5 мл х 2 марта

5-12 ёшгача – 5 мл х 2 марта

Инъекция:

0-2 ёш – 1 мл х 2 марта

2 ёшдан – 1 мл х 3 марта

5-12 ёшгача – 2мл х 2-3 марта

12 ёшдан – 2 мл – 2-3 марта

Диспансерлаштириш (назоратга олиш)

Пневмония билан касалланган 3 ёшгача ҳамма болаларни диспансер назоратида бўлиши керак.

Агар 1 йил давомида рецидив (кайталаниш бўлмаса) клиник ва рентгенологик ўзгаришлар бўлмаса, ҳисобдан чиқарилади.

Диспансерлаштириш эффективлигини баҳолашда преморбид асос, яъни рахит, гипотрофия, конституция аномалияларини ҳисобга олиш керак.

Уткир пневмониянинг олдини олиш – пневмония инфекцион касаллик бўлганлиги туфайли юкишидан сакланиш керак. Рахит, гипотрофия, анемия, диатезлар ва генетик келиб чикан иммунодефицит касалликларини даволаш ва профилактика қилиши зарур.

Касалликнинг олдини олишга пневмониядан олдин кечадиган уткир ва сурункали жараёнларни йук қилиш ҳамда болалар организмни эрта ёшдан ҳамма қиникиш чора - тадбирларини куллаш билан чидамлигини ошириш керак.