

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VAO'RTA MAXSUS TA'LIM
VAZIRLIGI**

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

**ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT
INSTITUTI**

PEDIATRIYA KAFEDRASI

**PEDIATRIYA FAKULTETI 3 KURS TALABALARI UCHUN
MO'LJALLANGAN "PEDIATRIYA"
FANIDAN**

O'QUV USLUBIY MAJMUA

2019-2020 O'QUV YILI UCHUN

BUXORO-2019

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM
VAZIRLIGI**

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT

INSTITUTI

PEDIATRIYA KAFEDRASI

**O'quv bo'limi tomonidan
ro'yxatga olindi**

**№ _____ «_____»
_____ 2019 y.**

“TASDIQLAYMAN”

**O'quv ishlari bo'yicha prorektor
t.f.n., dots.**

**_____ G.J.Jarilkasinova
“_____” _____ 2019 y**

**PEDIATRIYA FAKULTETI 3 KURS TALABALARI UCHUN
MO'LJALLANGAN “PEDIATRIYA” FANIDAN 2019-2020 O'QUV YILI
UCHUN
O'QUV USLUBIY MAJMUA**

Bilim sohasi- 500000- «Sog`liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot»

Ta`lim sohasi - 510000 «Sog`liqni saqlash»

Ta`lim yo`nalishi: 5510200 – Pediatriya ishi

BUXORO-2019

Tuzuvchi:

Jo'raeva F.R.- Pediatriya kafedrası assistenti

Retsenzentlar:

1. Badriddinova M.N.- Ichki kasalliklar, endokrinologiya kafedrası mudiri, t.f.n
2. Bobojonova Z.H.-Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası mudiri t.f.n

Kafedra mudiri:t.f.d., dotsent : Navruzova SH.I._____

FMUK rahbari : t.f.d. Obloqulov A.R. _____

Fan dasturi Oliy va o'rta maxsus, kasb-hunar ta'limi yo'nalishlari bo'yicha O'quv-uslubiy birlashmalar faoliyatini Muvofiqlashtiruvchi Kengashning 2018_ yil " 7 " 12_____dagi 1000__ -sonli bayonnomasi bilan ma'qullangan.

Fanning o'quv dasturi ToshPTI ishlab chiqildi.

Fanning o'quv dasturi ToshPTI Ilmiy-uslubiy kengashida tavsiya qilingan (2019_ yil " 27_ 03_____ " 8 "- sonli bayonnoma)

Ushbu ishchi dastur namunaviy o'quv dasturi va o'quv reja asosida davolash ishi yo'nalish bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № 9 « 22 » 04_____2019 y.

O`QUV –USLUBIY MAJMUA MUNDARIJASI

1	KIRISH	Bet
2	MA'RUZA №1. Raxit. Etiopatogenezi, klassifikatsiyasi. Raxitga olib keluvchi omillar. Og'irlik darajasiga karab klinikasi, kechishi va kasallik davrlari. Diagnostikasi. Davolash prinsiplari.	
3	MA'RUZA №2. Diatezlar. EKD. LGD. NAD. Patogenetik variantlari, klinik kechishi. Patogenetik variantlarga kura uziga xosligi. Prognoz. Parhez. Parvarish.	
4	MA'RUZA №3. Sepsis. Etiopatogenez, tasnifi. Tizimli yallig'lanish reaksiyasi va sepsis xakida tushuncha. SHakliga kura sepsis klinikasi, kasallikni kechishi va og'irligi, diagnostika, davolash prinsiplari, rehabilitatsiya.	
5	MA'RUZA №4. O'tkir zotiljam. Etiopatogenez, tasnifi. Og'irlik darajasiga karab klinikasi, kechishi va kasallik davrlari. Klinik sindomlar genezi, ularni kelib chikishi, sindromal davolash prinsiplari. Asoratlari: o'pka va o'pkadan tashkari. Diagnostika. Zotiljam shakliga ko'ra rentgendagi o'ziga xos o'zgarishlar. Davolash prinsiplari	
6	MA'RUZA №5. O'pkani nospetsifik surunkali kasalliklari	

	<p>(bronxoektatik kasallik).</p> <p>Etiopatogenez, rivojlanishiga ta'sir kiluvchi omillar, tasnifi. Og'irlik darajasiga karab klinikasi, kechishi va kasallik davrlari. Va asoratlari. Diagnostika. Davolash prinsiplari.</p>	
7	<p>MA'RUZ A №6. O'tkir revmatik istma.</p> <p>Etiopatogenez, tasnifi, diagnostika kriteriyalari. Organlarni zararlanishi va kasallikni kechishiga ko'ra klinikasini o'ziga xosligi (o'tkir yoki takrorlanuvchi istma). laborator-instrumental diagnostika prinsiplari. Davolash prinsiplari. Birlamchi va ikkilamchi profilaktika.</p>	
8	<p>MA'RUZ A №7. Norevmatik kardit.</p> <p>Etiopatogenez, rivojlanishiga ta'sir kiluvchi omillar, tasnifi. Og'irlik darajasiga karab klinikasi, kechishi va kasallik davrlari va asoratlari. Diagnostika. Davolash prinsiplari.</p>	
9	<p>AMALIY MASHG'ULOT №1. Raxit</p> <p>Erta yoshdagi bolalar kasalligi. Kasallik kechishi, davrlariga qarab klinikasi, tasnifi. Kasallik kechishi, davrlariga karab suyakdagi uzgarishlar. Kasallik boshlangich davrida bola yoshiga karab suyakdagi o'zgarishlar. Davolash prinsiplari va sog'lom guruxlarga ko'ra profilaktikasi. Gipervitaminoz "D", rivojlanish sabablari, klinika, davolash.</p>	
10	<p>AMALIY MASHG'ULOT №2. Spazmofiliya</p> <p>Etiopatogenez, yashirin va yaqqol spazmofiliyaning klinikasi. Spazmofiliyada biokimyoviy qon taxlili. Davolash prinsiplari. Reabilitatsiya.</p>	
11	<p>AMALIY MASHG'ULOT №3. Diatezlar</p> <p>Ekssudativ-kataral diatez, patogenetik variantlari va ularning genezi. YOshga qarab klinik namoyon bo'lishi. Diatezlarning bolalarga ta'siri. Parvavish, ovkatlantirish, profilaktika. Davolashga kursatmalar.</p>	
12	<p>AMALIY MASHG'ULOT №4. Diatezlar</p> <p>Limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatez, ularning genezi. YOshga qarab klinik namoyon bo'lishi. Diatezlarning bolalarga ta'siri. Parvavish, ovkatlantirish, profilaktika. Davolashga kursatmalar.</p>	
13	<p>AMALIY MASHG'ULOT №5. Bolalarda vitamin etishmovchilik kasalliklari</p>	

	Vitamin tanqisligining etiopatogenezi, klinik koʻrinishlari. Davolash prinsiplari. Reabilitatsiya.	
14	AMALIY MASHGʻULOT №6. Bolalarda anemiya tanqisligi. Etiopatogenez, gemopoetik omillar etishmovchiligi, ogirlik darajasiga qarab klinikasi. Turli tanqis anemiyalarda gematologik kursatkichlarning oʻzgarishi. Ovkatlanish xususiyatlari. Davolash prinsiplari, reabilitatsiya.	
15	AMALIY MASHGʻULOT №7. Bolalarda ovqatlanishning surunkali buzilishi Oqsil energetir etishmovchiligi.Ovkatlanishning surunkali buzilishida ekzogen va endogen omillar. Gipotrofiya. Kasallik ogirligi va kechuviga kura klinikasi. Ovkatlanish korreksiyasi. Davolash prinsiplari. Reabilitatsiya.	
16	AMALIY MASHGʻULOT №8. Malabsorbsiya sindromi Etiopatogenez, kasallik klinikasini oʻziga xosligi, ichakda soʻrilishni buzilishi bilan kechadigan buzilishlar (seliakiya, mukovissidoz, disaxarid etishmovchiligi, ekssudativ enteropatiya). Parhez, davolash.	
17	AMALIY MASHGʻULOT №9. Bolalarda ortiqcha ovqatlanish. Semizlik rivojlanish xafi. Bolalarda ortiqcha ovqatlanishga ekzogen va endogen omillar tasiri. Klinik koʻrinishlari. Ovqatlanishni korreksiyalash. Davolash usullari. Endokrinologda davolanishga koʻrsatmalar. Reabilitatsiya.	
18	AMALIY MASHGʻULOT №10. Sepsis Etiopatogenez, tasnifi , klinik shakliga kura (sepsitsemiya va septikopiemiya) va kasallik davrida.	
19	AMALIY MASHGʻULOT №11. Sepsis Diagnostika. Kasallik davriga kura davolash prinsiplari. Passiv va aktiv immunoterapiya. Reabilitatsiya	
20	AMALIY MASHGʻULOT №12. Nafas olish organlari kasalliklari. Bronxitlar Etiopatogenez, tasnifi, shakliga kura utkir bronxitning klinikasi(oddiy utkir bronxit, utkir obstruktiv bronxit, utkir bronxiolit). Diagnostikasi. Davolash prinsiplari.	
21	AMALIY MASHGʻULOT №13. Oʻtkir zotiljam Etiopatogenezi, kasallik rivojlanishiga olib keluvchi omillar,tasnifi, kechuviga kura klinikasi. YOshga karab klinik namoyon bulishi.	

22	AMALIY MASHG'ULOT №14. O'tkir zotiljam. Asoratlari, klinik namoyon bulishi. Utkir zotiljamning rentgen diagnostikasi, zotiljam shakli va asoratlariga karab uzgarishlari. Davolash prinsiplari, reabilitatsiya.	
23	AMALIY MASHG'ULOT №15. Bronxoektatik kasallik O'pkani nospetsifik surunkali kasalliklariga tasir qiluvchi omillar. Surunkali bronxit kliniksi, bronxoektatik kasallikni og'irligi va davriga ko'ra klinikasi. Diagnostika, davolash prinsiplari.	
24	AMALIY MASHG'ULOT №16. YUrak qon tomir kasalliklari. O'tkir revmatik isitma Etiopatogenez, tasnifi. Asosiy va qo'shimcha diagnostik kriteriyalar	
25	AMALIY MASHG'ULOT №17. O'tkir revmatik isitma Birlamchi va ikkilamchi revmatik istmada revmatik karditni o'ziga xosligi, MNS, bo'g'imlar va boshqa organlar zararlanish simptomlari. Diagnostika, davolash prinsiplari. Profilaktika.	
26	AMALIY MASHG'ULOT №18. Norevmatik karditlar. Ortirilgan va tug'ma karditlar. Etiopatogenez, tasnifi, klinikasi, ekstrakardial va kardial belgilar.	
27	Fan dasturi	
28	Ma`ru'zalar ishchi dasturi	
29	Amaliy mashg`ulotlar ishchi dasturi	
30	Mustaqil ishlar kalendar-tematik rejasi	
31	Amaliy ko'nikmalar	
32	Mavzuga oid test savollari	
33	Foydalanilgan adabiyotlar	

Mazkur o'quv - uslubiy majmua tibbiyot institut pediatriya fakulteti talabalariga mo'ljallangan bo'lib pediatriya fani bo'yicha bolalarda keng tarqalgan kasalliklarning oldini olish, erta tashxislash, samarali davolash, shoshilinch xolatlarda birlamchi tez tibbiy yordam ko'rsatish, zarur bo'lgan xollarda tibbiy muassasalarga yo'llanma berish, turli gurux bemor bolalarga sog'lomlashtirish tadbirlari, dispanserizatsiya va rehabilitatsiya o'tkazishni o'rgatish maqsadida tuzilgan. O'quv - uslubiy majmuada bolalar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezini, kasalliklar semiotikasi, klinik xususiyatlari, tekshirish usullari, zamonaviy tashxislash va davolash usullari va oldini olish, uy sharoitida, qishloq va shaxar vrachlik punktlari, oilaviy poliklinikalar, klinik tashxislash markazlari, markaziy tuman shifoxonalari, tez yordam punktlarida birlamchi va tez tibbiy yordam ko'rsatish, zarur bo'lgan xollarda tegishli tibbiy muassasalarga qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish va davolash yoritilgan.

Pediatriya fanini o'qitishdan kelib chiqadigan asosiy vazifalar bolalarni ratsional ovqatlantirish, shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilish, boshqariladigan yuqumli kasalliklarga qarshi vaksinatsiya o'tkazish, bolalar orasida keng tarqalgan kasalliklarning oldini olish, tashxislash va qiyosiy tashxisot o'tkazish, davolash, zarur bo'lgan hollarda tegishli tibbiy muassasalarga qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish va davolashga yuborish, birlamchi tez tibbiy yordam ko'rsatish va ixtisoslashgan tez tibbiy yordam markazlariga yuborish, rehabilitatsiya va dispanserizatsiya ishlarini olib borishdan iborat.

O'quv - uslubiy majmua Davlat ta'lim standarti va umumiy amaliyot shifokorini tayyerlash dasturi asosida tuzilgan, tibbiyot oliy o'quv yurtlarining davolash, tibbiy pedagogika, stomatologiya va tibbiy profilaktika fakultetlarining talabalariga bolalar kasalliklaridan ta'lim berish uchun mo'ljallangan. Majmua bolalar kasalliklarining asosiy bo'limlarini o'z ichiga oladi.

Fanning o'quv dasturi ToshPTI ishlab chiqildi.

Fanning o'quv dasturi ToshPTI Ilmiy-uslubiy kengashida tavsiya qilingan (2019_yil " " _27 _03 _____ " 8 " - sonli bayonnoma)

M A ' R U Z A № 1

Ma'ruza mashgu'lotlarining ta'lim texnologiyasi

1 – mavzu	<i>Raxit.</i>
------------------	----------------------

Talim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti- 2soat	Talabalar soni : 20-60 gacha	
Mashg'ulot shakli	Kirish – axborotli maruza	
Maruza rejasi	<p>.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Raxitning etiologiyasi, patogenezi. 2. Klassifikatsiya va klinikasi. 3. Diagnoz va differentsial diagnostika. 4. Davolash va profilaktika. 5. Spazmofiliya etiopatogenez,klinika, davolash. 	
<p>O'quv mashg'ulotning maksadi: Talabalarga xastalik belgilarini yoritib berish. Raxit, muammoning ijtimoiy aspektlari xakida tasavvurga ega bulish. Etiologiya, patogenez, klinika, tashxis,davosini urganish. Profilaktik chora-tadbirlar olib bora bilishni urganish.</p>		
Pedagogik vazifalar:	O'quv faoliyati natijalari:	
<p>Talabalariga xastalik belgilarini ajrata olishni o'rgatish.</p> <p>Raxitning kelib chiqishi, unda kaltsiy va fosfor almashinuvining patogenetik o'zgarishini yoritib berish.</p> <p>Raxit, muammoning ijtimoiy aspektlari xakida tasavvurga ega</p>	<p>Talabalar raxit kasalligini tashxislash va uni davolashni o'rganish. Profilaktik davo- choralarini urganish</p> <p>Raxit, muammoning ijtimoiy aspektlari xakida tasavvurga ega bulish.</p> <p>Etiologiya, patogenez, klinika, tashxis, davosini o'rganish.</p> <p>Profilaktik chora- tadbirlar olib bora</p>	

bulish.Etiologiya, patogenez, klinika, tashxis, davosini urganish. Profilaktik chora- tadbirlar olib bora bilishni urgatish. ma'lumot berish.	bilishni urganish. ma'lumot berish.
Talim berish usullari	Ko'rgazmali maruza, suxbat
Talim berish shakllari	Ommaviy jamoaviy
Talim berish vositalari	O'quv qo'llanma, proektor
Talim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baxolash	Ogzaki nazorat :savol-javoblar

RAXIT

RAXIT (grekcha rhahis- umurtqa)- erta yoshdagi bolalarda uchraydigan kasallik bo'lib, bola organizmining avji o'sish davrida vitamin D va uning metabolitlari defitsiti natijasida suyak hosil bo'lishi va mineralizatsiyasining buzilishi bilan xarakterlanadi. Gipovitaminoz D natijasida maktabgacha yoshdagi bolalarda mineralizatsiya va naysimon suchklarning yumshashi osteomalyatsiya deb ataladi. Suyak hajmi va tuzlarning bir xilda kamayishi -osteoporoz deyiladi. G'arb mamlakatlarida yosh bolalarga vitamin D berilgandan so'ng raxit belgilari deyarli yuqolib, kamayib ketganligi vitamin D ning patogenetik jixatdan raxitda defitsit bo'lishidan dalolat beradi.

ETIOLOGIYA.

Raxitga sabab bo'luvchi va olib keluvchi faktorlardan :

1. Quyosh nurining etishmasligi va toza xavoda kam bulish chunki xolikaltsiferolning 90% organizmda quyosh nuri ostida terida sintezlanadi. Yirik shaxarlarda, ayniqsa shimoliy kengliklarda atmosfera xavosining buzilishi va quyosh nurlarining erga minimal miqdorda kelishi sababli raxit ko'prok uchraydi .

2. Alimentar faktorlar.Aniklanishicha raxit kuyidagi gurux bolalarda ko'prok uchraydi :

a) suniy ovqatlantirishda bo'lgan moslashtirilmagan sut maxsulotlari bilan ko'krak yoshidagi bolalar

b) davomli ravishda sutli ovqatlanishda bo'lgan va qo'shimcha ovqatlar kech kiritilganda

v) Oqsilga boy maxsulotlar (tuxum sarig'i, go'sht, baliq), yog' mahsulotlari etarli darajada ovqat ratsionida bo'lmaganda.

3. Perinatal faktorlar. Chala tug'ilgan chaqaloqlarda ko'proq uchraydi. Chunki homiladorlikning oxirgi haftalarida ona organizmidan homilaga intensiv ravishda kaltsiy va fosfor utadi (26chi haftada homiladagi kaltsiy ko'payishi kuniga 100-120 mg/kg/sut, fosfor – 60 mg/kg/sut, 36 haftada Ca-120-150mgG`kgG`sut, R-85mgG`kgG`sut). Shu sababli gestatsion yoshi 30 haftadan kam tugilgan bola osteopeniya -suyakda mineral moddalarning kam miqdorda bo'lishi bilan tug'iladi. Perinatal davrda homilador ayolning kasalliklari platsentar etishmovchilikka olib kelishi ham onadan bolaga Ca va R ning kam utishiga olib keladi. Homilador ayolning noratsional ovqatlanishi va rejimi to'la tug'ilgan bolalarda ham vitamin D, Ca, P ning kam zapasli bo'lishiga olib keladi.

4. Gipodinamiya, perinatal ensifalopatiyalar natijasida yoki oilada bola tarbiyasiga kam ahamiyat berilganda kelib chiqadi. Mushak faoliyati yaxshi bo'lgan paytda suyakning qon bilan ta'minlanishi kuchayadi.

5. Diareya va ichaklar disbakteriozi.

6. Uzoq vaqt davomida talvasaga qarshi dori vositalari olgan paytda (fenobarbital, difenin va boshqalar). Bu preparatlar vitamin D ning aktiv formadagi shakllarining kuchli metabolizatsiyasiga olib keladi.

7. So'rilishning buzilishi bilan kechuvchi sindromlar (tseliakiya, mukovistsedoz va boshqalar) jigar va buyrakning surunkali kasalliklari.

8. Vitamin D almashinuvining nasliy anomaliyalari va kaltsiy -fosfor almashinuvining buzilishi .

9. Ekologik faktorlar.

10.Teri pigmentatsiyasi.

PATOGENEZ.

Terining malpig va bazal qatlamlarida ultra binafsha nurlar ta'sirida 7-degidroxolesterindan endogen vitamin D3 (xolekaltsiferol hosil bo'ladi. Organizmda vitamin D ning 60 ga yaqin metabolitlari hosil bo'ladi, shulardan kaltsiy va fosfor almashinuviga 1,25-degidroxolekaltsiferol [1,25 (OH) 2 D 3] va 24,25-degidroxolekaltsiferol [24,25 (OH) 2 D 3] aktiv ta'sir etadi.Bu ikkala metabolit buyrakning proksimal kanalchalarida sintezlanadi, jigarda 25-gidroxolekaltsiferol [25(OH)-D3] hosil bo'ladi. 25(ON) D3 ning sintezi jigarda gipokaltsiemiyaning, vitamin D defitsitini, giperparatireozni aktivlashtiradi. Shu faktorlarning o'zi

(gipofosfatemiya ham) buyrakda 1,25(OH)₂D₃ ning sintezini stimullaydi. Normokaltsiemiya va giperkaltsiemiya buyrakda 1,25(OH)₂D₃ sintezlanadi.

Ichaklarda kaltsiyning so'rilishini stimullovchi va uning suyaklar bilan tutilishini vitamin D₃ ning aktiv metabolitlari kaltsiy bog'lovchi oqsillar yordamida, adenilatsiklaza aktiligi oshishi bilan ruy beradi. 1,25(OH)₂D₃ suyakning organik matritsasiga aktiv ta'sir kursatib, kollagen hosil bo'lishini tormozlaydi, glikozaminglikanlar sintezini stimullaydi.

1,25 (OH)₂ D₃ etishmasligi kaltsiy bog'lovchi oqsil sintezini pasaytiradi va ichaklarda kaltsiy so'rilishini kamaytiradi. Suyaklar organik matritsasining jipslashtiruvchi xususiyatlarini sustlashtiradi. Qalkonsimon bez oldi bezlarning funktsiyasi gipokaltsiemiya natijasida kuchayadi.

Buyrak kanalchalarida fosfatlar reabsorbtsiyasini paratgormon kamaytiradi, vitamin D kuchaytiradi. Vitamin D pirouzum kislotasini ishlatilishiga ta'sir qilib, limon kislota sintezini kuchaytiradi, paratgormon sitrat utilizatsiyasini tormozlaydi, sintezga ta'sir qilmasdan.

Paratgormon vitamin D ning hosil bo'lishini stimullab, kaltsiyning ichaklarda so'rilishini, kaltsiyning suyaklarda rezorbtsiyasini stimullaydi va gipokaltsiemiyaning bartaraf etadi. Shuning uchun ham raxitning boshlang'ich belgilari gipokaltsiemiya emas, balki gipofosfatemiya hisoblanadi.

Raxitda ishqoriy fosfatazaning aktivligi qon zardobida oshadi.

Vitamin D defitsitida siydik bilan aminokislotalar juda ko'p miqdorda ajralib chikadi, suyakning organik matritsasi-kollagen strukturasi buzadi. Erta yoshdagi bolalar suyakda organik moddalar va suv kattalarnikiga nisbatan ko'prok bo'ladi (bolalarda organik moddalar 35-40%, suv-20%, noorganik moddalar 50-55%, kattalarda organik moddalar 20%, suv 10%, mineral tuzlar 70%).

Ossifikatsiyaning buzilishi raxitda epifizlarda ro'y beradi, epifizar tog'aylarning so'rilishi, suyak epifizar ushining buzilishi, osteoid -nomineral xususiyatli metafizning usishi ("raxitik metafiz") ro'y beradi.

Raxitning patogenezi E.M.Lukyanov va avtorlari (1988) 3 xil kechishni tafovut qiladilar: kaltsiypenik, fosfopenik va Ca va R miqdorining qondagi konsentratsiyasi normal bo'lgan holdagi raxit. Kaltsiypenik variantda plazma va eritrotsitlarda Ca miqdori sezilarli kamayib, paratireoid gormon oshishi, qonda kaltsitonin konsentratsiyasi pasayib, siydik bilan Ca ko'p miqdorda ajraladi. Fosfopenik variantda-gipofosfatemiya, giperfosfaturiya, paratgormon va kaltsitoninning yuqori bo'lishi, siklik nukleotidlar siydik bilan ajralishi kuzatiladi. 3

variantda - Ca va P ning qon zardobida normal konsentratsiyada bo'lishi, biroz paratgormon konsentratsiyasi yuqori bo'lishi kuzatiladi.

KLASSIFIKATSIYA.

Raxit klassifikatsiyasi S.O.Dulitskiy (1947)bo'yicha quyidagicha

kasallik davri bo'yicha	kasallik og'irligiga qarab	kasallik kechishiga qarab
boshlangich, avj olish davri, reparatsiya, qoldiq asoratlar	1- engil, 2- o'rta og'ir, 3- og'ir darajali	o'tkir, o'tkir osti, retsidivlovchi

E.M.Lukyanova va boshq. (1988) yuqoridagi klassifikatsiyaga qo'shimcha qilib, quyidagi tasnifni berishdi

kasallik og'irligiga qarab	kasallik kechishiga qarab	Kasallik davriga ko'ra	Vitamin D-defitsitli raxit klassik variantlari	Vitamin D-ga bog'liqli yoki psevdodefitsitli gipokaltsiemi raxit
1 – engil	O'tkir	boshlang'ich	kaltsiypenik	Tip 1- buyraklarda 1,25-dioksivitamin D 1,25 (ON) 2D sintezining genetik defekti bilan
II- o'rta og'ir	o'tkir osti,	avj olish	fosfopenik	Tip 2-organ-nishonlardagi retseptorlarning 1,25(ON) 2 D ga genetik rezistentligi
III - og'ir darajali	retsdivlovchi	reparatsiya, qoldiq asoratlar	qon zardobida kaltsiy va fosfor miqdori normal ko'rinishidagi.	

Vitamin D-rezistentli raxit

1. Oilaviy tugma gipofosfatemik raxit eki fosfat-diabet:
 - a) X-xromosoma bilan boglangan gipofosfatemiya
 - b) autosom-dominant suyaklarning gipofosfatemik zararlanishi
 - v) autosomno-dominant gipofosfatemik raxit.
2. Debre de Toni-Frankoni kasalligi eki Sindromi (glyukozaaminofosfatli diabet - tulik eki kisman varianti)
3. Buyrakli tubulyar atsidoz.
4. Gipofosfataziya. Kasallik fazalari: aktiv, kliniko-laborator remissiya (tulik, kisman).

Ikkilamchi raxit

1. Buyrak, jigar kasalliklari va ut yullari obstruktsiyasida.
2. Malabsorbtsiya sindromlarida

3. Modda almashinuvi buzilishlarida (tsistinuriya, tirozinemiya va boshk.).
4. Fenobarbital eki boshka talvasaga karshi dori vositalari bilan indutsirlangan, glyukokortikoidlar bilan uzok davolangan paytda.

RAXITNING KLINIK KO'INISHI.

BOSHLANGICH DAVRI. Raxit kasalligi birinchi simptomlari bolaning 1,5-2 oyligidan paydo bulsada, 3-4 oylik davrda anik kurinishda bo'ladi. Bolada injiklik, bezovtalik, betokatlik, kurkib uygonish, giperesteziya, uykusining buzilishi, uxlaganda tez-tez bezovta **bo'lib**, kaltirab uygonish paydo bo'ladi. Terining vazomotor kuzgaluvchanligi ortib, kizil dermografizm va terlash, ayniqsa uykuda va ovqatlaniganida, eng ko'p boshining sochli kismi va yuzi kuchli terlaydi. Bola tez-tez boshini estikka ishkalanidan boshining ensa soxasida sochi tukila boshlaydi va kasallikning bu belgilari raxitning 1 darajasidan dalolat beradi.

Bu davrda konda ishkoriy fosfataza aktivligi oshib, siydikda ammiak, aminokislotalar, fosfor miqdori oshadi va kuchli xidli siydik bo'ladi.

Raxitning boshlangich davri 1,5 haftadan 1 oygacha va undan ortik davom etib raxitning ikkinchi davriga utadi.

AVJ OLISH DAVRI (gullash, floridli raxit) suyak va skelet tomonidan anik o'zgarishlar paydo bh hosil bo'lishi natijasida pyoshona va ensa soxasida burtiklar bo'rtib chiqadi va kalla turtburchak shaklini ola boshlaydi-caput quadratum, ba'zida burun egari ichkari botib (egarsimon burun), pyoshona soxasi burtadi (olimpiyalik pyoshona).

Osteoid to'qimaning kuchli hosil bo'lishi natijasida kovurgalarning suyak va togay soxalarida kalinlashishlar hosil bo'ladi – «raxitik tasbexlar» deb ataladi. Umrov suyagining egriligi kuchayadi; ko'krak kafasi enlardan ichkariga botib, pastki aperturasi esa yuzaga kaytariladi, en soxalarida ichkariga botish **bo'lib**, garrison egati deb ataladi eki peripnevmonik egat deyiladi. Ko'krak kismining old kismi tush suyagi bilan oldinga chikib, "tovuk ko'krak" shaklini oladi. Umurtka pogonasining egriligi oshib raxitik kifozi paydo bo'ladi. Keyinchalik bola katta bo'lganda lordoz eki kifoskolioz kushilishi mumkin.

Epifizar tog'ayning o'sishi va metafizlarning kengayishi natijasida bilak soxasida kalinlashuvlar -"raxitik bilaguzuk", barmoklar falanglarida ham kalinlashuvlar paydo **bo'lib**, "marvarid shodalari" deb nomlanadi. Ko'pincha oeklar

O-simon (genu varum), kam xolatlarda X-simon (genu valgum) va yassitovonlik (genu recurvatum) shaklga kirib kiyshayib boradi.

Katta va kichik likildoklar kech 1,5-2 yoshlarda bitadi. Sut tishlari kech chikadi, ba'zida tartibsiz chikib sut tishlarining emalida defekt eki karies tez paydo bo'ladi, bu doimiy tishlarda ham uchrashi mumkin.

Raxitda mushak-bugim apparatida ham sezilarli darajada uzgarishlar paydo bo'ladi: mushaklar tonusi pastligi, bugimlar salga chikishi. Bemorlar orkada etgan xolatida oegini engil ravishda boshiga olib kela oladi, xatto tovonini elkasiga kuya oladi, ularda katta "kurbaka" korin, korin mushaklarining shalviragani sababli. Bolalarda statik va lokomotor xarakatlari orkada koladi, kech boshini tutadi, kech yura boshlaydi, utiradi, emaklaydi, passiv xarakatlar ularda injiklik va bezovtalik chakiradi giperesteziya sababli bo'lgani uchun.

Raxitda jigar, oshkozon-ichak traktida funktsional uzgarishlar kuzatilib, Oqsil, eg almashinuvi buziladi, vitaminlar V-guruxi,S,A,E, sink, magniy, mis, temir etishmovchiligi bo'ladi.

Ko'krak qafasi deformatsiyasi, mushaklar gipotoniyasi, diafragmaning sust xarakatlari va nerv sistemasining uzgarishlari upka ventilyatsiyasini buzadi, natijada raxit bilan bemorlar tez-tez yukori nafas yullari va upkaning yalliglanishi bilan xastalanadilar. Bu bemorlarda shuningdek yurakda distrofik uzgarishlar paydo bo'ladi.

1-2 darajali raxitda temir va aminokislotalar defitsiti natijasida gipoxrom kamkonliklar paydo bo'ladi.

REPARATsIYA DAVRI. Raxitning reparatsiya eki rekonvalesentsiya davrida aktiv raxitning belgilari asta-sekinlik bilan yukola boradi (nerv sistemasi buzilishi simptomlari, suyaklar yumshokligi, mushaklar gipotoniyasi, anemiya va boshqalar), qonda fosfor kontsentratsiyasi normallashadi. Kaltsiy miqdori normal eki biroz past bo'lishi mumkin.

QOLDIK XOLATLAR DAVRI. Bu davr ko'pincha 2-3 yoshdagi bolalarda tashxislanib, bunda aktiv raxitning klinik belgilari ham, laborator o'zgarishlar ham deyarli yuk bo'ladi.

1 darajali engil kechishli raxit deganda, raxitning boshlang'ich davridagi o'zgarishlar tushuniladi. O'rta og'ir yoki 2 darajali raxit suyak sistemasi va ichki a'zoldagi biroz sezilarli o'zgarishlar bilan xarakterlanadi. Og'ir eki 3 darajadagi raxitda suyak sistemasida rivojlangan deformatsiyalar, nerv sistemasining va ichki

a'zolarning og'ir zararlanishi, og'ir anemiya natijasida jismoniy va ruxiy jixatdan orkada kolish tushiniladi.

Raxitning o'tkir kechishi nevrologik simptomlar, suyak sistemasi osteomalyatsiyasi bilan xarakterlansa, o'tkir osti kechishida-osteoid giperplaziyaning sezilarli uzgarishlari va suyakning bolaning 1 yoshga kadar uzgarishlari (3oylikda kalla suyagi, 3-6 oyda ko'krak qafasi, 6 oydan so'ng qo'l va oyoqlar deformatsiyasi) bilan ta'riflanadi.

Raxitning retsdivlovchi (to'lqinsimon) kechishi aktiv raxitni boshidan o'tkazgan bolada ham klinik, ham laborator va rentgenologik belgilari kayta paydo bo'lganda tashxislanadi.

DIAGNOZ.

Raxitning davri va kechishini aniklash maksadida konda kaltsiy, fosfor, sitratlar, ishkoriy fosfataza aktivligi aniklanadi, bilak rentgenografiyasi kilinadi. Kon zardobida fosfor miqdori normada 1 yashar bolalarda 1,3-2,3 mmolG`l, kaltsiy esa-2,5-2,7 mmolG`l bo'lishi lozim. Birok raxitning boshlangich davrlarida fosfor miqdori kam bulsa ham, kaltsiy miqdori uzgarmagan bo'lishi mumkin. Kon zardobida ishkoriy fosfataza aktivligi (norma 200EDG`l) oshadi, limon kislota miqdori kamayadi (62 mmolG`ldan). Siydik bilan ko'p miqdorda aminokislotalar ajralib chikadi (aminoatsiduriya 10 mgG`kg dan sutkada yukori).

Rentgenogrammada suyaklarda xarakterli uzgarishlar enxondrial suyaklanish soxalarida osteoporoz aniklanadi va kuchayadi, oxaklanish zonasi gorizonta**l bo'lib**, sekin-asta yassilashadi, metafiz va epifiz orasidagi eriklar kengayadi.

DIFFERENTIAL TASHXIS.

Raxit birinchi o'rinda raxitsimon kasalliklar bilan differentsial tashxislanadi.

Vitamin D-ga bog'liq raxit 1 tipida-autosomno-retsessiv kasallik 12-xromosomada joylashgan.25-gidroksivitamin D-1-gidrOqsilazaning buyraklarda defekti. Psevdivitamin D-defitsit raxit nomini olgan bu kasallikda keskin ravishda gipokaltsiemiya, gipofosfatemiya, paratgoromonning konda yukori kontsentratsiyalarda bo'lishi kuzatiladi. Ko'pincha konda ishkoriy fosfataza miqdori oshib,aminoatsiduriya,glkozuriya,siydikda gidrokarbonatlar yukolishi, buyrakli kanalchali atsidoz kuzatiladi.Kasallikning klinik belgilari bolaning 6 oyligigacha paydo **bo'lib**, aktiv raxitning avj olish davriga mos o'zgarishlar paydo bo'ladi. Vitamin D ning normal dozalari berilgan xolatda ham kasallik progressivlashib boradi. Doimiy tishlarida tish emalining gipoplaziyasi aniqlanadi.

Vitamin D-bog'liq 2 tipdagi raxitda autosom-retsessiv ko'rinishda **bo'lib**, kasallik klinik va laborator jixatdan yukoridagi ,1 tipdagi raxitga uxshaydi, biroq bolalarda total allopetiya va tananing keskin ravishda usishdan orkada kolishi kuzatiladi. Katta dozadagi vitamin D berilishiga karamasdan gipokaltsiemiya va gipofosfatemiya konda saklanadi.

X-xromosoma bilan birikkan gipofosfatemiya (fosfat-diabet)- dominant shaklda nasliy kasallik **bo'lib** kechadi. Bemor bolalarning ota-onalarida buyi past, suyakning sezilarli uzgarishlari, ba'zida naxorda gipofosfatemiya aniklanadi. Klinik jixatdan bemor bolalarda O-simon oeklar deformatsiyasi, bola yura boshlaganda aniklanadi, tusatdan tekshirilganda konda gipofosfatemiya borligi aniklanishi mumkin. Konda kaltsiy miqdori normal. Bolalar past buyli, kuchli mushak kuchiga ega bo'lishi kuzatiladi, kiz bolalarda suyak deformatsiyalari uncha ko'pol bulmaydi. Tish emali gipoplaziyasi odatda bulmaydi, glyukozuriya, kaliyuriya, aminoatsiduriya aniklanmaydi. Konda paratgormon normal, ishkoriy fosfataza aktivligi biroz oshgan.

Raxitni autosomno-dominant gipofosfatemiya, Sindrom Debre-de Toni-Frankoni, buyrakli tubulyar atsidoz 1 va 2 tiplari bilan, gipofosfataziya bilan, birlamchi xondrodistrofiyalar bilan, suyaklarning tugma sinuvchanligi bilan differentsial tashxis kilinadi.

D A V O L A Sh.

Raxitni davolashda bolani ratsional ovqatlantirish muxim ahamiyatga ega(ovqat ratsionida vitamilarga, mineral moddalarga, ayniqsa kaltsiyga boy) bo'lishi, toza xavoda etarli darajada bo'lishi, massaj va gimnastika davolashning asosiy omillaridan xisoblanadi.

Muddatda tug'ilgan bolalarda raxitning boshlangich belgilarida ovqatlantirish va yaxshi oilaviy sharoitlarda vitamin D 2 ning sutkalik 1300-2000XB dagi dozasi 100000-120000XB dagi kursli dozasi ga etkazish lozim. Raxitning urta og'ir va og'ir darajasida reparatsiya davrida vitamin D2 3000-4000 XB da-kurs dozasi 200000-400000XB ga etkazilishi kerak. Bolada kushimcha kasalliklar bo'lishi vitamin D dozasini oshirish uchun asos bula olmaydi. Vitamin D bilan davolashning tugatilishi laborator kursatkichlarning normallashuvi, aktiv raxit belgilarining yukolishi bilan tuxtatiladi. Davolovchi kurs tugagach vitamin D 2 ning profilaktik dozalari 10 mkg (400 XB sutkada) tavsiya kilinadi. Raxitni davolashda ultrabinafsha nurlari bilan davolash effektiv natijalarga olib kelishi aniklangan.

Raxitda sitratlarni ham tavsiya kilinadi. Vitamin D bilan davolash muddatida Sulkovich sinamasi utkazilib turilishi lozim, gipervitaminoz Dning oldini olish va

vitamin D ga sezgirlikni aniklash maksadida. Vitamin Dning spirtli eritmalari bilan davolash mobaynida vitaminlar A, V1, V2, V5, V6, ATF bilan birga tavsiya kilinadi.

Raxitning reparatsiya va koldik asoratlari davrida tuzli, xvoyali, tuzli-xvoyali, UFO, kumli vannalar, suyak va mushaklar diatermiyasi, massaj, gimnastika, quyosh va dengiz vannalari ijobiy ta'sir qiladi.

Kaltsiy va fosfor fakat chukur chala tugilgan chaqaloqlarda tavsiya kilinadi (M: kaltsiy glitserofosfat 0,05 dan 3 marta ovqatgacha).

Vitamin D bilan davolash davomida effekt aniklanmasa raxitsimon kasalliklarni shubxa kilish joizdir.

Vitamin D-ga boglik raxitlarda, jigar va ikkilamchi raxitlarda vitamin D2 ning sutkalik yukori dozalari 4000-10000XB tavsiya kilinadi.

Vitamin D-ga boglik raxitda 1 va 2 tiplarida vitamin D2 ning ikki baravar yukori dozalari, kaltsitriol eki kaltsifediol (50-100mkg sutkada) tavsiya kilinadi, natijada konda kaltsiy va fosfor miqdori normal-lashadi.

Vitamin D ning kuyidagi kurinishlari mavjud.

Vitamin D ning davolovchi dozasi

og'irlik darajasi	vitamin D sutkalik doza	davomiyligi
engil darajasi	2000 XB	35-40 kun
o'rta og'ir darajasi	4000 XB	30-35 kun
og'ir darajasi	5000 XB	40-45 kun

Ergokaltsiferol yog'li eritmasi 0.0625%, 0.125%, 0.5%
Videxol 0.125% yog'li eritma, 1 ml.da 25000 ME, 1 tomchida 1250 ME
Videin 1g.da 200000 ME
Ergokaltsiferol spirtli eritmasi 0.5%, 1 ml.da 200000 ME, 1 tomchida 8000 ME

PROFILAKTIKA.

Raxit profilaktikasi spetsifik va nospetsifik bo'ladi. Raxitni bola xali tugilmasdan antenatal davrdaek boshlash lozim. Homilador aelning ovqati xar tomonlama tulik

bo'lib, Oqsil ,eg,uglevod, kaltsiyga boy bo'lishi lozim.Ael doimiy ravishda toza xavoda sayr qilib, zararli kunikmalarsiz bo'lishi kerak. Homiladorlikning oxirgi 3-4 oylarida polivitaminli preparat gendevit 1-2 tabletkadan 1 kunda (1drajeda 250XB vitamin D bor) ichish tavsiya kilinadi.

Homilador aelning yoshi 35 dan yukori bo'lganida, yurak-kon tomir kasalliklarida raxitning spetsifik profilaktikasi tavsiya kilinmaydi.Chunki vitamin D kaltsiyning platsentada tuplanishiga, natijada homilaning gipoksiyasiga, pusht tugilishi paytida kalla suyagining egiluvchanligining buzilishi, chaqaloqda katta likildokning tez bitishiga, kaltsifilaksiya natijasida onada ateroskleroz paydo bo'lishiga olib keladi.

Postnatal profilaktika chaqaloq tugilganidan boshlanadi: tabiiy ovqatlantirish, (keyinchalik sok va kushimcha ovqatlar kiritilishi bilan), toza xavoda sayr kilish,, chiniktirish, massaj, gimnastika. Spetsifik profilaktikasi bolaning 2-haftaligidan boshlanadi. Vitamin D 400XB da yil davomida, vitamin S (0,03), V1 va V2 (0,001), V5 (0,003) xar oyda 2 hafta mobaynida tavsiya kilinadi. Vitamin D tavsiya kilinishi ultrabinafsha nurlari bilan birga oldinma-keyin tavsiya etilishi lozim.

SPAZMOFILIYA (raxitogen tetaniya, bolalar tetaniyasi)

SPAZMOFILIYA (grekcha spasmos- spazm,talvasa va philia-moyillik;sin.bolalar tetaniyasi, raxitik tetaniya) - gudak yoshidagi bolalar kasalligi **bo'lib**,asosan tonik va toniko-klonik talvasalarga moyillik bilan xarakterlanadi, boshkacha kurinishi ,ekstratsellyular suyuklikda ionlashgan kaltsiy miqdorining kamayishi natijasida nerv-mushak sistemasining yukori kuzgaluvchanligi bilan kechishi tushuniladi.

PATOGENEZ.

Spazmofiliyaning raxit bilan alokasi borligi spazmofiliya bilan bemor bolalarning barchasining konida 25-gidroxolekaltsiferol [25(OH)D3] miqdorining kamligi aniklanganidan sung isbot kilindi. Baxorda quyosh nurlari ostida vitamin D ning terida hosil bo'lishi natijasida kaltsiyning suyaklarda tuplanishi kuchayadi,birok ichaklarda ularning so'rilishi kam bo'ladi.Alkalozlar, tusatdan eki yatrogen giperventilyatsiya natijasida, davoli kusishlar,ishkorlar bilan peredozirovka kilinganda spazmofiliyaning chakiruvchi omillari xisoblanadi.

KLINIKASI.

Spazmofiliyaning 2 xil kurinishi tafovut kilinadi yashirin (latent) va yakkol spazmofiliya. Bu 2 lasi ham birta patologik protsessning xar xil kurinishdagi va

kechish darajasidagi xolatidir. Kasallik ko'pincha raxitning sogayishi davrida va baxor oylarida bo'ladi.

Spazmofiliyaning yashirin formasida bolalar tashki jixatldan soglom, ba'zida me'eridan ortik semiz, psixomotor rivojlanishi norma atrofida, deyarli hamma vakt ularda raxitning sogayish davri belgilari kuzatiladi.

Eng ko'p uchraydigan simptomlardan biri XVOSTEKning yuz fenomeni (kulok oldi barmok bilan eki tukmokcha bilan urilganda, yuz nervi tarmoklanishi soxasida, yuz muskulaturasining ogiz, lab, burun soxalarida, ba'zida pastki eki yukori kuz kovogining tusatdan kiskarishi), ERBA simptomi (5Ma dan past tok ta'siri ostida yukori kuzgaluvchalik), TRUSSO fenomeni (elkani elastik jgut bilan kisganda kul barmoklarining mushaklarida birdaniga kiskarish "akusher kuli" paydo bo'lishi), MASLOV simptomi (bola terisini engil chimdiganda nafas olish chukkisida birdaniga nafas tuxtab kolishi, soglom bolalarda bunday ta'sir nafasning tezlashuvini eki chukurlashuvini chakiradi).

YaKKOL KURINISHDAGI SPAZMOFILIYA.

Spazmofiliyaning yakkol kurinishlaridan biri LARINGOSPAZM- bola yiglaganda, kurkkanda tovush erigi birdaniga spazm bo'lishi. Bunda bola yiglaganda eki kichkirgan paytda baland tovushda eki xirillab nafas olish zamirida bir necha sekund davomida nafas tuxtab kolishi. Bemor bola bir necha payt avval okarib, keyin rangi kukaradi, xushidan ketib, ba'zida klonik talvasalar paydo bo'lishi mumkin. Xurujdan keyin deyarli hamma vakt bola yiglaydi, bir necha dakikadan sung normal xolatga kelib, ko'pincha uxlab koladi. Og'ir xolatlarda yurakning birdan tuxtab kolishi (yurak tetaniyasi) natijasida bola ulishi mumkin. Kam xolatlarda nafas olishda emas, balki chikarishda (bronxotetaniya) tuxtab kolishi mumkin.

KARPOPEDEL SPAZM. Spazmofiliyaning yakkol kurinishlaridan biri **bo'lib**, kul va oekning distal kismlarining spazmi natijasida, kul va oek xarakterli kurinishga ega bo'ladi (kuli- "akusher kuli", tovoni- pes equinus, ayniqsa katta barmoklari). Kul va oekning bu xil kiskarishi vaqtincha **bo'lib**, ba'zida bir necha soat, xatto kunga chuzilishi mumkin, m.orbicularis oris mushagida kiskarish bo'lgan paytda bemorning lablari "balik ogzi" shaklida bo'ladi.

Yakkol spazmofiliyaning og'ir kurinishi EKLAMPSIYA xurujlari, kasallikning og'ir xolati **bo'lib**, klonik talvasalar xushdan ketish bilan yakunlanadi. Bular kiska muddatli tonik talvasalardan keyin sodir bo'ladi.

Eklampsik talvasalar bir necha dakikadan bir necha soatgacha davom etishi mumkin. Spazmofiliyaning bu kurinishi laringospazmdan keyin ham chakirilishi mumkin.

Spazmofiliyaga moyil bolalarning deyarli barchasida nervning yukori kuzgaluvchanligi (giperrefleksiya, paresteziya va boshk.) kuzatiladi.

DIAGNOZ VA DIFFERENTIAL DIAGNOZ.

4-18 oylik bolalarda kasallikning tashxisi kiyin emas, bu davrda raxit belgilari bilan birga kelgani tufayli asosan klinik, bioximik va rentgenografiya natijalariga asoslanib tugri tashxis kuyish mumkin. EKG da gipokaltsiemiya (kompleks QT 0,3 s dan ko'p) belgilari bor.

Barcha bemolarda kon zardobida kaltsiy miqdorining kamligi aniklanadi.

Spazmofiliyani gipoparatiroidizm bilan, buyrakli osteodistrofiyalar bilan, statsionarda ko'p miqdorda sitratli kon kuyganda konda kaltsiyning boglanishiga olib kelishi natijasida kelib chikuvchi tetaniyalar bilan, eklampsik formasini epilepsiya bilan differentsial tashxislanadi.

PROFILAKTIKA.

Spazmofiliya profilaktikasi asosan raxit profilaktikasidek. Iloji boricha ko'krak suti bilan boqishni SAQLASH lozim. Baxorgi mavsumda latent kurinishdagi spazmofiliya kurinishlarida kaltsiy preparatlarini tavsiya etish maksadga muvofik.

DAVOLASH.

Laringospazmda talvasani yukotish uchun burunni kitiklash, terini ta'sirlantirish (ukol, shapatilash, yuziga sovuk suv sepish), vestibulyar apparatni kuzgatish (bolani silkitish), tana xolatini uzgartirish lozim.

Talvasa sindromida mushak orasiga seduksen (0,1 ml 0,5% 1 kg tana og'irligiga tavsiya kilinadi eki magniy sulfat (0,5 mlG`kg 25%), GOMK (0,5 mlG`kg 20% li eritmasi) va albatta kaltsiy glyukonatning 1,0-2,0 mlG`kg 10% li eritmasi tomir orasiga yuboriladi. Shu bilan bir katorda kislorod ingyalyatsiyasi kilinadi. Talvasa xuruji utgandan sung bolani statsionarga yuboriladi.

Bola sun'iy ovqatlantirishda balsa, albatta ona suti eki donor suti bilan ta'minlashini tashkil etish lozim. Buning iloji bulmaganda sigir sutini maksimal ravishda kamaytirish lozim va ovqat ratsioniga sabzavotli maxsulotlar kushish lozim.

Ko'krak yoshidagi bolalarda kaltsiyga bo'lgan ehtiyoj maksimal, ya'ni 50-55 mg/kg sutkasiga. 10% kaltsiy glyukonatning va xloridning 1 ml da 9 mgsh va 36 mg kaltsiy saklaydi. Kaltsiy laktatda 13 foizgacha kaltsiy ionlari bor. Kaltsiy preparatlarining 1-2% li eritmalari ichishga tavsiya kilinadi, bundan yukori kontsentratsiyali eritmalar oshkozon shillik koplamini salbiy ta'sir qilib, xatto yaralanishiga olib kelishi mumkin. Sa preparatlarini tomir orasiga tez yuborish bradikardiya chakirib, yurakni tuxtatishi ham mumkin.

Yakkol spazmofiliyaning talvasalaridan 3-4 kun utgach vitamin D2ning 2000-4000 XB dagi spirtli eki moyli eritmasi kuniga 2 marta beriladi, kaltsiyli terapiya asosida 40000-60000 XB da ham berish mumkin. 0,1%li digidrotaxisterol eritmasi 0,05-0,1 ml/kg kuniga (1-2 tomchidan 2 marta) berish ham optimal xisoblanadi. Gipokaltsiemiya ga yaxshi ta'sir etib, vitamin D-aktivlikka ega emas. Atsidoz hosil kilish uchun ammoniy xloridning 10% li eritmasi (1 choy koshikdan 3 marta kunigi) ichishga buyuriladi.

Kaltsiy bilan davolash va sigir sutini cheklash yashirin spazmofiliya belgilari yukolganiga kadar tavsiya kilinadi. Bola uchun salbiy ta'sir kiluvchi va nojuya xarakatlar maksimal ravishda cheklanishi kerak (laringospazm xurujining oldini olish maksadida).

PROGNOZ.

Spazmofiliyaning kechishi ko'p xollarda yaxshi tugaydi. Ba'zi xollarda laringospazmning og'ir xurujlarida letal kechishi mumkin. Uzak davom etgan eklampsiya xolati markaziy asab sistemasiga salbiy ta'sir etishi mumkin.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.

1. Detskie bolezni. N.P. Shabalov, 2004.
2. Profilaktika i lechenie raxita u detey rannego vozrasta . (Met.rekomendatsii) 1990g Moskva.
3. Raxit u detey. A.M. Zaprudnov, K.I. Grigorev. Russkiy meditsinskiy jurnal tom 5 № 19 str 1263-1273, 2002g.
4. Sovremennyye podxody k profilaktike i lecheniyu raxita u detey. N.A. Korovina, I.N. Zaxarova. Jurnal «Lechashiy vrach» 2003 №2.

MA'RUZA № 2

Ma'ruza mashgu'lotlarining ta'lim texnologiyasi

<i>Mavzu № 2</i>	<i>Konstitutsiya anomaliyalari (ekssudativ –kataral, limfatiko – gipoplastik, nervno – artritik diatezlar). Etiologiya patogenez, klinika, solishtirma tashxis. Davo choralari.</i>
------------------	---

Talim berish texnologiyasining modeli

Mashgulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 20 -60 tagacha
Mashgulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> <i>1. Konstitutsiya anomaliyalari (ekssudativ –kataral, limfatiko – gipoplastik, nervno – artritik diatezlar) tugrisida tushuncha.</i> <i>2. Ekssudativ –kataral diatez etiologiya patogenez, klinika, solishtirma tashxis, davo choralari.</i> <i>3. Limfatiko – gipoplastik diatez etiologiya patogenez, klinika, solishtirma tashxis, davo choralari</i> <i>4. Asab – artritik diatez etiologiya patogenez, klinika, solishtirma tashxis, davo choralari.</i>
<p>O'quv mashgulotining maksadi: Talabalarga bolalarda uchraydigan Konstitutsiya anomaliyalari (ekssudativ –kataral, limfatiko – gipoplastik, nervno – artritik diatezlar). Etiologiya patogenez, klinika, solishtirma tashxis. Davo choralari, diagnostika, davolash, profilaktikasi to'g'risida umumiy tushuncha berish</p>	
Pedagogik vazifalar	O'quv faoliyati natijalari
<ul style="list-style-type: none"> - Bolalardagi konstitutsiya anomaliyalari (ekssudativ –kataral, limfatiko – gipoplastik, nervno – artritik diatezlar) tugrisida tushuncha berish. - Ekssudativ –kataral diatez etiologiya patogenez, klinika, solishtirma tashxis, 	<ul style="list-style-type: none"> - Bolalardagi konstitutsiya anomaliyalari (ekssudativ –kataral, limfatiko – gipoplastik, nervno – artritik diatezlar) tugrisida tushunchaga ega bulish. - Ekssudativ –kataral diatez etiologiya patogenez, klinika, solishtirma tashxis, davo

davo choralari tushuntirish. -Limfatiko – gipoplastik diatez etiologiya patogenez, klinika, solishtirma tashxis, davolash choralari tushuntirish - Asab – artrit diatez etiologiya patogenez, klinika, solishtirma tashxis, davolash choralari tushuntirish	choralari aytib berish. -Limfatiko – gipoplastik diatez etiologiya patogenez, klinika, solishtirma tashxis, davolash choralari aytib berish - Asab – artrit diatez etiologiya patogenez, klinika, solishtirma tashxis, davolash choralari aytib berish
Ta'lim berish usullari	Munozara, suxbat, tezkor surov
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruhlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv kullanma, multimedia, proektor, flomaster, plakat, flip karta
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baxolash	Og'zaki nazorat: savol – javob, Mustaqil ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

Konstitutsiya anomaliyalari yoki diatezlar

(Anomaliyalar normadan tashqari holatlar)

Konstitutsiya anomaliyalari degan tushuncha ostida organizmning o'ziga xos qaltis holati tushuniladi. Bu holat o'z navbatida nasliy va orttirilgan xususiyatlarning qo'shilishidan hosil bo'ladi. Buning natijasida bola reaktivligi va tashqi muhit ta'siriga moslashuvchanligi uzgaradi, tashqi faktorlarga uzgacha reaksiya beradi. Bola organizmini turli kasalliklarga chidamliligini susaytiradi va bu kasalliklarni og'ir kechishini keltirib chikaradi. (Maslov M.S.)

Ayniksa kup uchraydigan diatez shakllari: ekssudativ-kataral, limfo-gipoplastik, nerv-artritik. Shu bilan birga og'irroq kechuvchi aralash shakllari, xamda individual variantdagi konstitutsiya anomaliyalari uchrashi mumkin.

Diatezlar – kasallik emas, u organizmning tashki muxit ta'siriga moslashuvchanligini buzilishi, infeksiyon faktorlar, ovqatlantirishning buzilishi, parvarishdashdagi defektlar va shu kabi faktorlar ta'sirida bola organizmini kasallanishga tayyorlik xolati.

Ekssudativ-kataral diatez

EKD – terida turli polimorf toshmalar bilan shillik kavatlarning yukori ta'sirchanligi va zararlanuvchanligi bilan yukumli agentlarga karshi kurashuvchanligi sustlashgani va tez-tez uchrab turuvchi allergik reaksiyalar bilan xarakterlanuvchi xolatdir.

EKD – immun va noimmun variantlarda bo'ladi. Uz navbatida immunitetli variant ikkiga – chin va tranzitorga (utib ketuvchi) bulinadi. Chin immunitetli EKDDa tugma immunoglobulin E giperproduksiyasini kuzatamiz. Tranzitor immunitetli variantda immunoglobulin E giperproduksiyasi oshkozon ichak tizimini barer faoliyatini etishmovchiligi natijasida organizmning sensibilizatsiyalashuvi tufayli kelib chikadi. Noimmunitet variant liberator va gistaminoz turlarga bulinadi. Liberator noimmunitet variant bolani notugri ovkatlantirilishi natijasida oshkozon-ichak sistemasi orkali semiz xujayralar degranulyatsiyasini chakirish kobiliyatiga ega bo'lgan alimentar faktorlarni kirishiga aytiladi. Gistaminoz noimmunitet variant kon zardobining gistaminoz va gistaminopeptik xususiyatlari etishmovchiligi xamda nukleotidlar mikdori buzilishi bilan boglik.

EKD klinik simptomlari erta paydo bulla boshlaydi, ayniksa kichik yoshdagi bolalarda kkuchaygan kurinishga ega bo'ladi. EKD ning klinik kurinishi turlicha bulishi mumkin. Shu xisobda teridagi uzgarishlar (bichilish, seboreya, lunj gipertermiyasi va teri tashlash, sut strupi, ekzema, strofulyus va b.) Nafas olish a'zolari shillik kavatini yalliglanishi, kon'yuktivllar, ovqat xazm kilishva siydik-tanosil a'zolari zararlanishi bilan; limfa sistemasini zararlanishi (limfa tugunchalarini kattalashuvi, xalkum murtagini kattalashuvi va tarkokligi, adenoid tukimalarni keskin usishi) bilan xarakterlanadi.

Ekssudativ – kataral diatezning yoshiga karab kurinishlari

(Maslov M.S. bo'yicha)

Davr	Simpitomlar
Gudak yoshi	Gneys, sut strupi, bichilishlar, ekzema (kuruk ivuvchan) geografik til, ogiz bushligi va kuzning shillik kavati deskvamatsiyasi va utib ketuvchi shishlar. Oshkozon-ichak trakti faoliyati uzgarishlari. Eozinofiliya
Maktab oldi va maktab yoshi	Purioz va urtikar toshmalar, limfa tugunlarini kattalashuvi, anginalar, laringitlar, bronxitlar, blefaritlar. Oshkozon-ichak spazmlari. Uraturiya.
Balogat yoshi	Urtikar toshmalar. Idiosinkraziya, tumov, angina, bronxit, bronxial astmaga moyillik. Oshkozon va ichaklarning vagotonik uzgarishlari, yurak faoliyatini vagotonik vasimptomatik uzgarishlari.

Limfa- gipoplastik diatez

LGD – limfadenoid tukimalarining diffuz giperplaziyasi, 70% xollarda ayrisimon bezning xam bir vaktida kattalashuvi bilan bir katorda ichki a'zolarini va ichki sekretiya bezlarning (yurak va aorta, buyrak usti bezi, buyrak, kalkonsimon bez va kalkonsimon oldi bezi, jinsiy a'zolar) gipoplaziyasi bilan endokrin disfunktsiyalar va shuning natijada bola organizmi reaktivligini keskin uzgarishi va tashki muxit ta'siriga moslashuvchanligini susayganligi bilan xarakterlanadigan xolat.

LGD asosida buyrak usti bezi pustlogining birlamchi va ikkilamchi funktsional etuk emasligi xamda shu bilan birga geperplaziyalashgan ayrisimon bez ta'siri kata rol uynaydi. Buyrak usti pustlogi ishining buzilishi gipo va diskortitsizm kurinishlarini rivojlanishini keltirib chikaradi. Minerolokortikoid aktivligini ustun kelishi uz navbatida stress xollarini (xamda kasalliklarni) ogir kechishi mikrotsirkulyatsiya va suv- elektrolit almashinuvi oson buziluvchanligiga sabab bo'ladi. Timusni funktsiyaonal etuk emasligi gumoral va xujayra immunitetining susayishiga olib keladi va immunoglobulin E giperproduktsiyasi kuzatiladi.

LGD klinik kurinishlari tugilgandan keyin birinchi kunlardan paydo bulishi mumkin ammo bu simptomlar 2-6 yoshda kuchaygan bo'ladi. LGD li bolalar kupincha ortikcha vaznga ega bo'ladi va shu bilan birga vazn keskin uzgarib turishi

mumkin. Buning sababi suv almashinuvining keskin uzgaruvchanligidir. Bu bolalar disproportsional tana tuzilishi tana va buyin kiska uzun kul oyoklar, chuzilgan va ingichka kuraklar bilan xarakterlanadi. Teri osti yog katlami bush ortikcha yog katlamlari korinda va sonlarda tuplangan. Sust rivojlangan mushaklar va ularning gipotoniyasi kuzatiladi. Bolalar so'zlash va statik funktsiyalardan koladilar. Akliy va jismoniy zurikishlarni ogir utkazadilar.

Teridagi kurinishlar: rangparlik, sianoz, marmarsimon rasmlar, bolalarning 1G`3 kismida teri toshmalari ekssudativ xarakterga ega bo'ladi (buyinda, kulok ortida, dumbalarda)

Limfoid tukimalar giperplaziyasi: xama gurux limfa tugunlarining kattalashuvi (pastki jag osti, buyin, kultik, chov, traxeobronxial, mezenterial burun xalkum xalkasi va boshqalar). Jigar va talokning kattalashuvi, LGD li bolalarning 70% timusning kattalashuvi kuzatiladi. Ayrisimon bezning gipertrofiyasi nafas olishning buzilishi (xansirash, dispnoe, stridor, upkaning ayrim segmentlarida giperpnevmatoz) va oshkozon – ichak trakti uzgarishlarini keltirib chikaradi.

Nafas olish yullari shillik kavati mikrotsirkulyatsiyasining buzilishi natijasida oson zararlanuvchan va shu tufayli bu bolalar nafas yullari kasalliklariga tez chalinadilar.

Yurak kon tomir tizimi bo'yicha: ba'zan yurakning kattalashuvi, ba'zan «tomchisimon»bulishi. Kon bosimini pasayishi, funktsional atonik shovkinlar.

Periferik kon tomonidan: ozgina leykotsitoz, limfotsitoz ustunligi bilan monotsitoz, nisbatan neytropeniya.

Quyidagi konstitutsiya anomaliyasining bolalar uchun xavfi shundan iborat bo'ladiki, kuchli xayajonlanganda, narkozda, ba'zida oddiy tibbiy muolajalar ta'sirida bolani xushidan ketishi, kollaps, ba'zi xollarda tusatdan ulim xolatlarini kuzatish mumkin. Bu bolalarda tusatdan ulimning sababi **bo'lib** endokrin tizimining disfunktsiyasi tushuniladi.

Nerv – artritik diatez.

NAD diatezlarining bu shakli genetik shartlangan sezilarli modda almashinuvuning (ayniksa purin) buzilishi va shu bilan boglangan markaziy nerv sistemasining yukori kuzgaluvchanligi bilan xarakterlanadi.

NAD asosida purin almashinuvining buzilishi yotadi. Purin almashuvining buzilishi nasliy va tashki muxit ta'sirida (xomiladorlik va bolaning gudak yoshi davrida ratsionda Oqsil, birinchi navbatda gusht maxsulotlarining normadan ortikligi) orttirilgan faktorlar bilan boglik.

Purin almashuvidan tashkari bunda yog va uglevod almashinuvlari xam buziladi.

NADning klinik kurinishlari bolaning yoshiga boglik. Terida uchraydigan uzgarishlari: urtikar toshmalar, Kvinke shishi, seboreya, kuruk ekzema uzok davom etadi, ba'zan butun xayot davomida vash u bilan limfatizm xodisalari kuzatiladi.

Nafas olish yullari shillik kavati zararlanishi: tez-tez uchraydigan kataral xodisalar, astmatik bronxit, laringospazm.

Ovqat xazm kilish a'zolari tomonidan: anoreksiya, pilorospazm, ichak atoniyasi (kuy axlati), shillik kolit, xolepatiyalarga chalinuvchanlik bo'ladi.

Nevrastenik sindrom: bolalar oson kuzgaluvchan, bezovta, kurkuvchan, yigloki kam va notinch uxlaydi. Bu bolalar kizikuvchan, so'zlashni tez egallaydi, atrofdagilarga kizikishi yukori, tez eslab koladi, ammo tez charchaydi va emotsional tomonidan labil.

Modda almashinuvi buzilishi sindromi: tungi bugim ogriklari. Infektsiya yoki soukkotish bilan boglik bulmagan dizurik uzgarishlar, saluriya. Ovqatlantirishdagi nukson yoki jismoniy va ruxiy kuchanish natijasida atsetonemik kayd kilish rivojlanadi. Bu xurujlar asosida oliy vegetativ markazlar faoliyatini buzilishi, jigarning funktsional etishmovchiligi yotadi, shuning natijasida organizmda asta-sekin sut kislotasining tuplanishi boradi va uning ketidan protlash, xuruj yuzaga keladi. Kusish kukkisdan, yoki uzok davom etmaydigan xuruj oldi bezovtalik, bosh ogrigi, ovkatdan kechish, ogizdan atseton xidi kelishi, ich kotishi, okishrok axlat. Kusish tuxtovsiz xarakterga ega **bo'lib** bir necha kunga kadar davom etishi mumkin. Kusukdan atseton xidi ankiydi. Bola kuchsizlanadi, ozadi, terisi sargayadi, yurak-kon tomir sistema ishining sustlashishi kuzatiladi. Siydikda atseton va atseton sirka kislatasi aniklanadi.

Spastik sindrom: bronxospazm, migrensimon bosh ogrigi kardialgiya va gipertenziyaga buyrak, jiga rva ichak kolikalariga kabziyatga moyillik, membranoz kolit rivojlanishiga chalinuvchanlik kuzatiladi.

Nerv – artritik diatezning yoshga karab ko'rinishlari

(Maslov M.S. bo'yicha)

Davr	Simptomlari
Gudak yoshi	Anoreksiya, vazn va xaroratning uzgaruvchanligi, terida impetiginoz, papulo-vezikulyoz va urtikar toshmalar. Yuqori asosiy qo'zg'aluvchanlik.
Maktab oldi va maktab yoshi	Normadan tashkari ozish yoki kamrok semirish. Davriy ayetonemik kusish, anik sababsiz subfebrilitet, urtikariyalar, prurigo, gipergidroz, idiominkraziya, migren, tungi kurkuvlar.
Balogat yoshi	Kuruk ekzema, neyrodermatitlar, lixen, Kvinke shishi, bronxial astma, barvakt etilish, nevralsiyalar, idiosinkraziyalar, kolikalar (kovok, buyrak, jigar), diabet

Davolash.

Tartib: stress xolatlarini jismoniy va ruxiy uzgarishlarini, infeksiyon bemorlar mulokotni oldini olish. Gigienik normalarga rioya qilish, bolani muttasil parvarishlash, ochik xavodja sayr qilish.

Parxez: Yoshiga yarasha kand, sut, osh tuzini va NADda xayvon Oqsillarini cheklash. Trofallergenlarni butunlay mann qilish.

Allergik kurinishlar paydo bo'lganda: antigistamin dorilar (diazolin, dimedrol, suprastin, tavegil, fenkoral va b.) muxtojlik tugilganda ovkatlanish kundaligini tutish, keyinchalik allergenlarni iste'mol qilishni tuxtatish va spetsifek giposensibilizatsiyani olib borish. Vitaminoterapiya. V gurux vitaminlari (V1, V2, V6, V15), askorbin kislota, A, E, ATF.

Sedativ terapiya. Valeriana, trioksazin, fenobarbital va boshqalar .

Atsetonemik kusish xollarida: kup mikdorda tuz eritmalarini, glyukoza va ishkorli eritmalarini ichirish.

Muxtojlik tugilganda yukorida aytilgan eritmalarni kon tomiri orkali yuborish.

Terida uzgarishlarni maxalliy davolash:

Pediatryada kullaniladigan antigistamin dorilar.

Preparat	Bolaning yoshi			
	1yoshgacha	1-3 yoshgacha	3-8 yoshgacha	8-14 yoshgacha
Dimedrol	0,002-0,005	0,005-0,015	0,015-0,02	0,02-0,03
Diprazin	0,005-0,01	0,01-0,015	0,015-0,02	0,025
Diazolin	0,005-0,03	0,03-0,05	0,03-0,05	0,05-0,1
Fenkarol	0,005	0,005-0,01	0,01-0,015	0,015-0,025

Xamma preparatlar ovkatdan keyin kuniga 2 maxal ichiriladi.

KONSTITUTsIYa ANOMALIYaLARINING SOLISH TIRMA JADVALI.

(MASLOV M.S. Bo'yicha)

	Ekssudativ – kataral diatez	Limfa-gipoplastik diatez	Nerv – artritik diatez
Kurinishlarning kuchayish davri	3oy-2yosh	2yosh-6yosh	6-13 yosh
Xabitus (yuz kurinishi)	Ba'zan pastoz, kuprok eretik	Pastoz, yuz biroz shin kirigan	Eritik, ba'zan pletorik
Asab sistemasi tomonidan kurinishlar	Kayfiyati buziluvchan, bezovtalik, kardiya spazmalari, miya	Bushashish, apatik xolat, ruxiy rivojning sekinlashishi,	Ruxiy rivojlanishining jadal kechishi, tungi kurkuqlar

	pustlogining yukori kuzgaluvchanligi, shartli reflekslarini oson paydo bulishi. Pustlok osti markazlari kuzgaluvchanligi sustligi	pustlok va pustlok osti markazlari kuzgaluvchanligi susayishi yangi shartli reflektor alokalar xosil bulishining sustlashishi	shartli reflekslarni oson xosil bulishi, tormozlanishning sustligi. Pustlok osti markazlarning oson kuzgaluvchanligi
Teridagi uzgarishlar	Gneys, sut strupi, bichilish, ivuvchi ekzemalar,	Dermatitlar, kichima, ekzema	Seboreya, eshak emi, eritema, kuruk ekzema
Shillik kavat va limfa sistemasi tomonidan uzgarishlar	Rinitlar, bronxiolit, geografik til, regionar limfa tugunlarini kattalashuvi	Rinitlar, faritgitlar, otit, follikulalarning kattalashuvi, adenoidlar	Tez-tez kuzatiluvchi kattalar astmatik bronxitlari
Boshka a'zo va sistemalardagi uzgarishlar	Ich ketishi piuriya, vulvitga chalinuvchanlik, gidrolabillak, yoglarga chidamlilikning pastligi	Kichik yurak, aorta gipoplaziyasi, jinsiy a'zolar va buyrak usti bezi gipoplaziyasi. Ayrisimon kattalashuvi	Taxikardiya, aritmiya, ich ketishi va shillik kolitga chalinuvchanlik, piuriya va Oqsilga yukori sezuvchanlik
Kon tomonidan uzgarishlar	Sezilarli eozinofiliya (10-20%)	Nisbatan limfotsitoz, eozinofil va neytrofillarni kamayishi	Kon tarkibi uzgarishsiz. Sut kislotasi mikdorining kutarilganligi

Asoratlari	Kupincha ikkilamchi yiringli infeksiyalar. Anafilaksiya xolatlariga chalinuvchanligi	Sil kasalligi bilan kushilishi mumkin. (skrofulez), ba'zan tusatdan ulim.	Atsetonemik kusish, Kvinke shishi, jiga rva buyrak kolikalari. Anafilaktik xurujlar
------------	--	---	---

MA'RUZA № 3

Ma'ruza mashgu'lotlarining ta'lim texnologiyasi

<i>Mavzu № 3</i>	<i>Sepsis. Etiologiya patogenez, klinika, solishtirma tashxis. Davo choralari.</i>
------------------	--

Talim berish texnologiyasining modeli

Mashgulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 20 -60 tagacha
Mashgulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> <i>1. Sepsis to'g'risida tushuncha.</i> <i>2. Sepsis z etiologiya patogenez, klinika, solishtirma tashxis, davo choralari.</i>
O'quv mashgulotining maksadi: Talabalarga bolalarda uchraydigan sepsis etiologiya, patogenez, klinika, solishtirma tashxis. Davo choralari, diagnostika, davolash, profilaktikasi to'g'risida umumiy tushuncha berish	

Pedagogik vazifalar	O'quv faoliyati natijalari
- Bolalardagi konstitutsiya anomaliyalari sepsis to'g'risida tushuncha berish. - sepsis etiologiya patogenez, klinika, solishtirma tashxis, davo choralarini tushuntirish.	- Bolalardagi sepsis to'g'risida tushunchaga ega bo'lish. -Sepsis etiologiya patogenez, klinika, solishtirma tashxis, davo choralarini aytib berish.
Ta'lim berish usullari	Munozara, suxbat, tezkor surov
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv kullanma, multimedia, proektor, flomaster, plakat, flip karta
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baxolash	Og'zaki nazorat: savol – javob, Mustaqil ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

Sepsis

Erta yoshdagi go'daklar va ayniqsa chaqaloqlar orasidagi xastaliklar va o'limning asosiy-sabablaridan biri sepsis kasalligidir.

Sepsisni diagnostika qilish chastotasi muddatida tug'ilganlarda-0,1% va chala tug'ilgan chaqaloqlarda 1,0% ni tashkil qiladi (tug'ilganda tana vazni 1500 gr dan past bo'lgan chala tug'ilgan bolalar orasida 16%) Autopsiyada sepsis tashxis qilingan chala tug'ilgan bolalar 32% bo'lgan. SHunday qilib, asosan sepsisdan o'lgan bolalarning ko'pchiligini chala tug'ilgan-bolalar tshkil etgan.

VOZ ma'lumotiga ko'ra bolalar o'rtasida o'lim 16-20 %, tashkil etsa bu mikdor ya'ni ko'rsatgich chaqaloqlar ayniqsa chala tug'ilgan go'daklar orasida 2 - 3 marotaba ziyod. Afonina va Azimjonovlarning ma'lumoticha O'zbekiston sharioitda sepsisni qo'zg'atuvchi mikroob asosan satafilokokk 60 % , ichak tayoqchasi 4 % , ko'k yiringtayoqchasi 4 % , protey va salmanellalar 2 % tashkil qilar ekan. Bugungi kunda sepsis xastaligining ko'payishi qator omillarga bog'liq. YA'ni ekologik

holatning buzilishi, iqtisodiy qiyinchiliklar natijasida ona organizmi reaktivligining pasayishi. Dori-darmon tanqisligi va ko'p hollarda antibiotik sulfanilamid preparatlarining noo'rin tavsiya etilishi natijasida mikroblarning ularga chidamligining oshishi yoki chidamli shtamlarning paydo bo'lishi asosiy sababdir.

Masalan: AQSH da antibakterial preparatlarni (Gorrod 1995) hech qanday asossiz 99 % aholi ishlatar ekan. Angliyada - 89 %, Fransiyada - 86 %, va xokazo.

SEPSIS.

Sepsis - bu ko'p etiologik omilli og'ir atsiklik holat bilan kechuvchi chidamli mikroblarning organizmda tarqalishi natijasida vujudga keladigan kasallikdir.

Sepsis-atsiklik kasallik, uning negizida bakterial, odatda, shartli patogen (aksariyat hospital), tomir o'zani endoteliysinng tarqoq shikastlanishiga, intoksikatsiyaga gemostaz buzilib albatta DVS-sindrom va keynn poliorgan etishmovchilikka olib keladigan organizmiing sistem yallig'lanishga immunokompleks javobi yotadi.

Sepsisning klassik xarakteristikasini birinchi bo'lib 1959 yilda pediatriyaning buyuk namoyanlaridan akademik Mixail Stepanovich Maslov ta'riflab bergan.U «Bola organizmning reaktivligining pasayishi natijasida vujudga keladigan bakteriyalarning organizm ustidan qozongan g'alabasidir»deb aytgan.

Etiologiyasi:

Sepsis keltirib chiqaruvchi mikroblar va bakteriyalar xilma xil. Eng ko'p etiologik omil sifatida sepsisni qo'zg'atuvchi mikroba stafilokokklardir.

Hayotning dastlabki. 4-5 kunlarida boshlangan sepsisda V guruxdagi streptokokklar, enterokokklar va kamroq listeriyalar, ya'ni ona tug'ruk yo'llaridagi bakterial flora eng ko'p qo'zg'atuvchilari hisoblanadi. CHaqaloq bolalarda kechroq boshlangan sepsisda xodimlar qo'llari orqali jixozlar, parvarish buyumlaridan infeksiya o'tish natijasida bolaga tushgan qo'zg'atuvchilar ustunlik qiladi. Bular asosan grammanfiy bakteriyalar klebsiella, esherixiy, ko'k yiring tayoqcha, akinetobakterlar, proteydir; so'ngi yillarda sepsisda stafilokokklar, tillarang va koagulazaning manfiy epidermal stafilokokklar yana ko'proq aniqlanadigan bo'ladi. Neoatal sepsis yuqori rivojlanish xavfining eng jiddiy omillari:

1.Onada bevosita tug'ruqlargacha va tug'ruqlarda klinik bakterial infeksiyon jarayonlar;

2.Onada klinik aniqlangan bakterial vaginoz;

3.Anamnezda ko'p sonli abortlar, onada 4 xaftadan ortiq davom qilgan gestoza.

4.Onada tug'ruq yo'llarida V streptokokk yoki uning antigenlari topilishi;

5.Bolaning juda past tana vaznda bo'lishi.

6. Tugʻilishda asfiksiya yoki boshqa patologiya, ular reanimatsion amallar va enteral ovqatlantirishdan uzoq vaqt tiyilishini talab qilganda.

7. Ayniqsa toʻqimalarning katta travmalanishiga olib kelgan xirurgik operatsiyalar.

8. Toʻqima rivojlanishi nuqsonlari, Teri qoplamlarining shikastlanishi, kuyishlar bilan;

9.1 tipdagi (SDRning sindrom va oʻpka shishi);

10. Kindik venasi va markaziy venalarni koʻp kunlarga kateterlash defitsit ovqatlantirish;

11. Ona qorni ichidagi infeksiyalar;

12. Irsiy immun tanqisliklar va koʻp soplil rivojlanish nuqsonlari yoki embrngenez stigmalari.

Sogʻlom bolalarning tomogʻidan va terisidan 37 - 74 % nafas yoʻllaridan 50 % stafilokokk topilgan, Ayrim xollarda bir necha mikroblar asotsatsiyasi sepsisning sababchisi boʻlishi mumkin. Bolalar orasida eng koʻp sezuvchanlik stafilokokk mikrobiga ekanligini isbotlangan. Patogen stafilokokklarga ayniqsa chaqaloqlarning sezuvchanligi kuchli. Tugʻruqxonalarda koʻpincha 56-80 % chaqaloqlarga stafilokokklar tibbiyot xodimlari, talabalar tomonidan yuqadi. CHaqaloqlarning mikroblar bilan zararlanish antinatal, intranatal va postnatal davrlarda kuzatilishi mumkin va bu chaqaloqlar sepsisni erta yoshdagi davrda namoyon etishi mumkin. Bu sepsisning asosida homilador ayollarning urogenital kasalliklari va chaqaloqlarning organizmining nospetsifik va spetsifik immunitetlarining nihoyatda kuchsizligi markaziy nerv sistemasini, endokrin, vegetativ nerv sistemasi taraqqiy etmaganligi yotadi. Hozirgi kunda stafilokokklarning sepsisni chiqarishdagi roli va ularning hukmronligi ular ishlab chiqaradigan har - xil toksinlar va fermentlardir. Ikkinchidan stafilokokk antibiotiklarga oʻta chidamli, quritish taʼsir etmaydi. 1963 yil Parij universitetining meditsina fakulteti professori Vik - Dipont «tillarang stafilokokklar - hayotning birinchi dushmani. U antibiotik va sulfanilamidlar jangida gʻolib chiqdi» degan. Stafilokokk birinchi marta 1879 Lui Paster tomonidan ochilgan va «Piogen vibrion» deb atalgan. Stafilokokk soʻzini Rozenbax 1884 y tibbiyot olamiga kiritgan. Stafilokokklar organizmda (1929y. Burnet) alfa toksin, gemolizin, nekrotin, letal toksinlar ishlab chiqaradi va oʻzining qator fermentlari (stafilokokkoagulaza, fibrinolizin , gialuronidaza) yordamida organizmda tarqalib uni zaxar-lantiradi, toʻqimalarni emiradi.

Patogenezi:

Sepsisning vujudga kelishi uchun 3 ta asosiy sabab boʻlishi lozim:

- 1.Organizmning reaktivligi.
- 2.Mikroorganizmning virulentlik va toksik xususiyati.
- 3.Mikroorganizmning miqdori titri.

Bola organizmning premorbid holatlari, xomilador urogenital holatlari natijasida mikroblar gematogen limfongen, bronxogen yo'llar orqali organizmga tushib mahalliy yiringli yallig'lanish o'choqlarini hosil qiladi. Bakterial infeksiyaning generalizatsiyasida chaqaloq organizmi reaktivligininig o'ziga xosligi – barer tizimning, imunitet va neyroendokrin regulyasiyasining to'liq shakllanmaganligi. Mikroorganizmning reaktivlik holatiga qarab bu paydo bo'lgan yallig'lanish o'choqlari ko'payish yoki kamayishi mumkin. Paydo bo'lgan o'choqlardan mikroblar zaharli embollar orqali qonga o'tadi va u erda xalok bo'lishadi. Xalok bo'lgan mikroblardan oqsillar hosil bo'lib organizmning sezuvchanligini (sensibilizatsiya) oshirib allergik holatlarning kuchayishiga olib keladi. Bu esa infeksiyaning generalizatsiyasi (tarqalishiga) va yiringli metastaz o'choqlarining hosil bo'lishiga sabab bo'ladi. G.N. Speranskiy bo'yicha sepsisning patogenezi quyidagicha: Mikrob kirish darvozasi - mahalliy yallig'lanish o'choqlar-bakteriyalarga organizmning sensibilizatsiyasi - organizm reaktivligida qayta qurilish -septitsemiya va septikopemiya.

Septik jarayonning mohiyati organizmning avval immun tanqis holati sababli qo'zg'atuvchilarni yo'qotish qobiliyatiga ega emasligi hisoblanadi. Immun tanqislik holati organizmda infeksiyon jarayon boshlangungacha bo'ladigan va qo'zgatuvchilar va ularning toksinli ta'sirida hamda terapiya natijasida yuzaga keladigan fon holati bo'lishi mumkin. Bunda mikroblar va ular toksinlarining har xil yo'naltirilgan immun sistemaga ta'sirini ham hisobga olish zarur. CHunonchi grammanfiy bakteriyalar endotoksini mononuklear fagotsitlar sistemasini nospetsifik rag'batlantiradi va ayni vaqtda V-limfotsitlar, trombotsitlar va endoteliotsitlarning poliklonal aktivatsiyasini chaqiradi, buning natijasi sistemali yallig'lanish reaksiyasi hisoblanadi. Sepsisning paydo bo'lishi va rivojlanishida nospetsifik immunologik reaktivlikning elementlaridan biri tabiiy to'siqlarniig holati alohida rol o'ynaydi. SHikastlangan teri qoplamlari va shilliq pardalar ko'pincha infeksiya darvozalari bo'lib xizmat qiladi. Tibbiy muolajalarni bajarishda (kateterlash, punksiya, in'eksiya va b), aseptika qoidalarinipg buzilishi infeksiya tushishining vena ichi yo'li hisoblanadi.

Kichik yoshdagi bolalarda sepsis klassifikatsiyasining tuzilishi:

(A. S. Vorobyov, N. V. Orlova, 1979)

Genez	Etiologiya	Kirish darvozasi.	Kasallik shakli	kechishi	Kasallik davri
Birlamchi Ikkilamchi (immunodefitsit holati natijasida).	Stafilokokk Streptokokk Ichak tayoqchalari Ko‘k- yiring tayoqchalari Aralash infeksiya Boshqa infeksion faktorlar	Kindik yarasi Teri O‘pka Ovqat xazm kiladigan trakti. O‘rta quloq Kriptogen sepsis	Septitsemik Sentikopie mik (xamma o‘choq larni ko‘rsatish kerak	O‘tkir O‘tkir osti CHo‘zilga n YAshindek tez	Boshlangich Avj Reparatsiya Distrofik

Klinikasi.

Ko‘proq kirish darvozasi bo‘lib kindik yarasi hisoblanadi. SHuningdek infeksiya teri, nafas a‘zolari, eshutuv a‘zolari va oshqozon ichak trakti orqali kirishi mumkin. 2 ta klinik formasi farqlanadi.

Septitsemiya, septikopiemiya.

Septitsemiya.

Septitsemiyaning klinik ko‘rinishi infeksiion toksikoz klinikasi ko‘rinishida bo‘ladi. Klinik simptomlar qat’iy spetsifik bo‘lmasligi mumkin. Bu mikroorganizmning xususiyatiga va gemostaz buzilish darajasiga bog‘liq. Bemorning umumiy ahvoli sezilarli o‘zgaradi, uyquasi buziladi, bezovtalik, holsizlik va lanjlik bilan almashinadi. Anoreksiya yuzaga keladi-bola sust emadi yoki emishdan bosh tortadi, qayt qilish ba‘zan o‘t aralash, axlatning turg‘un bo‘lmasligi. Bolaning tana vazni onasining suti etarli bo‘lgan holda kamayib ketadi. Mushaklar gipotoniya va giporefleksiya, fiziologik reflekslar yo‘qolishigacha rivojlanadi. Teri qoplamlari oqargan, ersimon marmar tusda, ba‘zan toshmalar kuzatiladi.

Tana harorati turli xil-gipotermiya, subfibrilitit, to gipertermiya va gektik haroratgacha. SHish sindromi rivojlanishi mumkin. Mikrotsirkulyasiyani buzilishi va metabolik o‘zgarishlar natijasida pnevmopatiya rivojlanadi (xansirash, sianoz, patologik tipdagi nafas), kardiopatiya (yurak tonlarining bo‘g‘iqligi sistolik

shovqin, arterial gipotenziya) rivojlanadi. Kasallikning avj olgan davrida toksikoz yanada kuchayadi. Aloxida a'zolarining toksik zararlanishi kuzatiladi. Masalan jigar funksiyasi (gepatomegaliya, sariqlik, transaminaza va bog'lanmagan bilirubin miqdorining oshishi), dispeptik buzilishlar, buyrak tomonidan (oligouriya, protenuriya, leykotsituriya, eritrotsituriya) kuzatiladi. Gemorragik sindrom kuzatilishi mumkin.

Septikopiemiya. Septikopiemiya kuchli intoksikatsiya fonida yiringli o'choqlar bo'lishi xarakterli. Piemik o'choqlarning ko'p uchraydigan lokalizatsiyasi miya pardalari, o'pka, suyaklar, jigar ba'zan boshqa organlar.

Organlarning zararlanishi abscess flegmona, osteomielit, yiringli meningit, o'pkada destruksiya o'choqlari ko'rinishida bo'ladi.

Kechishi bo'yicha sepsisning yashin tezligida 1-7 kun, o'tkir 4-8 hafta, cho'zilgan yoki o'tkir osti 6-8 hafta kuzatiladi.

Sepsisning o'tkir kechishida boshlang'ich avj olish, hal bo'lish va tuzalish davrlariga ajratiladi.

Boshlang'ich davrining klinikasida birlamchi o'choq va rivojlanib boruvchi toksikoz xarakterli.

Avj olgan davrida esa toksikoz maksimal rivojlanganligiga xos termoregulyasiya MNS funksiyalari, nafas, gemodinamika va oshqozon ichak trakti funksiyasining buzilishlari kuzatiladi. Bolalarda hayotining birinchi 10 kunligida gipotermiya kuzatiladi, 1-oyligida esa sariqlik sindromi xos.

Sepsisning yashin tezlikda kechishiga septik shok va gemorragik sindrom, arterial bosimning keskin tushishi va oligouriya xos.

. Kasallikning kechishi davrida 3 - faza kuzatiladi.

1.O'tkir kechishi intoksikatsiya kuchli, pnevmoniya, otit, meningit, ichki organlar kattalashgan, qonda piemiya holati.

2.O'tkir osti: pasayishi, intoksikatsiya kamayishi, o'choqli yiringli holatining stabillashishi.

3.Klinik simptomlarning pasayishi intoksikatsiya yo'qolishi, tana massasining ko'payishi, yiringli o'choqlarning yo'qolishi harorat - normal. Jigar, taloq normal.

Bolalarda sepsisning erta klinik belgilaridan biri uyquning buzilishi, bezovtalik yoki holsizlik, emishdan bosh tortish, tana og'irligining kamayishi. Ayniqsa chaqaloqlarda qayt qilish, qusish najasining suyuqlanishi, tana haroratining ko'tarilishi teri qon tomirlarining parezi natijasida teri rangining o'zgarishi (ersimon — kulrang rangda).

CHAQALORLAR SEPSISI

Genez	Yuqtirgan vaqtiga ko'ra	Klinik rivojlanish vaqtiga ko'ra	Qo'zg'atuvchi ko'ra	Qo'zg'aluvchi uchrashi tabiatiga ko'ra	Kirish darvozasiga ko'ra	Formasiga ko'ra	Kechishiga ko'ra	Asorati
<p>1. Birlamchi immunotantqislik asosida</p> <p>2. Ikkilamchi immunotantqislik asosida</p> <p>- Medikamentoz immunosuppressiya</p> <p>- Tug'ma, irsiy yoki orttirilgan neytropeniya</p>	<p>A) Homilachi antenatal (erta tug'ma sepsis</p> <p>B) Homilachi intranatal (kechki tug'ma sepsis</p> <p>S) Postnatal (orttirilgan neonatal sepsis</p>	<p>- birinchi 72 soatda</p> <p>- 4 – 6 kun</p> <p>- 7 kundan so'ng</p>	<p>listeriya, streptokokk B, ichak tayoqchasi, stafilokok, klibsiella, yiringli ko'k tayoqcha, enterobakteriya, enterokoklar, zamburug'lar</p>	<p>1. Monoinfeksiya</p> <p>2. Miks – infeksiya</p> <p>a) bakteriya – bakterial</p> <p>b) virus – bakterial</p> <p>d) zamburug' – bakterial</p> <p>s) SMV + bakterial</p> <p>e) SMV + pnevmosista</p> <p>3.</p>	<p>- kindik yarasi</p> <p>- rino konyuktival shilliq zonalar,</p> <p>- o'rta quloq,</p> <p>- ichaklar</p> <p>- qorin bo'shlig'i</p> <p>- siydik yo'l</p> <p>- teri va teri osti yog' qatlari</p>	<p>- Septisemiya</p> <p>- septicopie-miya (uning ko'rinishi, o'choqlar)</p>	<p>- yashin tezligida</p> <p>- o'tkir</p> <p>- otkir osti</p>	<p>- tromboz (DVS sindromi),</p> <p>- tromboendokardit</p> <p>- gipotrofiya</p> <p>- anemiya</p> <p>- giperbilirubi-nemiya</p> <p>- ichaklar tutilishi</p> <p>- buyrak, jigar, buyrak usti bezi etishmovchiligi</p> <p>- ichaklar disbakteriozi va boshqalar</p>

3. OITS da				Opportunis- tik mikroflora (pnevmosist a, atipik micobakteri- yalar)				
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Sepsisga aniq tashxis qo'yish juda murakkab holat. Bu esa sepsisning latent: uzoq cho'ziluvchan xastalikning og'ir kechishi hamda bemorning ayrim hollarda ahvolining ijobiy o'zgarishlari sababdir. Ayniqsa septitsemiya davrida sepsis uchun xarakterli bo'lgan belgilar yaqqol ko'zga tashlanmaydi: (kuchsiz intoksikatsiya, temperatura subfebril sekinlik bilan distrofiya vujudga kelishi) qondagi o'zgarishlar ham kuchsiz septitsemiya bilan uzoq davom etgan zotiljam, otit, pielonefrit, ichaklar disfunktsiyasi. Najasda, siydikda, tomoqda mikroblarni aniqlash mumkin. Bunday holatlarda xakim tomonidan uzoq va e'tibor berib kuzatilgan bemorlarda aniq diagnoz qo'yish mumkin.

Sepsisning septikopiemiya varianti ayniqsa kuchli toksikoz bemorning og'ir holati va organlarda ko'pincha piemik o'choqlarning paydo bo'lishi bilan kechadi (otit, pnevmoniya, osteomielit). Tana harorati gektik holatigacha ko'tarilib, sariqlik, yoki teri ersimon - kul rangda bo'ladi. Tezda oriqlab ketadi, ya'ni toksik - distrofik holat namoyon bo'ladi. Parenximatoz organlar kattalashadi.

Qonda anemiya, leykotsitoz neyrofillez chapga siljishi, ECHT- ko'tarilishi.

Mana shu holat asosan makroorganizmning reaktivligiga mikrobnig turiga va uning patogenlik va toksiklik quvvatiga bog'liq.

Sepsisda organlar tomonidan bo'ladigan o'zgarishlar.

Organlar tizimi	Klinik ko'rsatkichlar	Labarator ko'rsatkichlar
Respikator	Taxipnoe, ortopnoe, sianoz USV.	PaO ₂ <70 mm sm ust Sa O ₂ <90%
Buyrak	Oligouriya, anuriya, shish sindromi.	Kreatinin va machevina miqdorining oshishi.

Jigar	Jigar o'lchamlarining kattalashuvi, sariqlik.	Giperbilrubinemiya, ALT, AST, LDG miqdorining oshishi, gipoprotlenemiya.
YUrak-qon tomir tizimi.	Taxikardiya, gipotenziya, yurak chegaralarining kengayishi, bradikardiyaga moyillik.	MVB ning o'zgarishi, zarb hajmi fraksiyasining pasayishi. YUrak zarb hajmining pasayishi.
Gemokoa-gulyasiya	Qon ketish, nekrozlar.	Trombotsitopeniya, protrombin vaqtining uzayishi. DVS sindrom belgilari.
Oshqozon-ichak	Ichaklar parezi, qayt qilish, qusish, axlatning patologik xarakterda bo'lishi (shilliq, yashil, qon).	Axlatni tekshirganda disbioz. Rentgenda ichaklar parezi belgilari.
Nevrologik	MNS funksiyalarining so'nishi yoki qo'zg'alishi talvasalar.	Sitoz normal bo'lganda likvorda oqsil miqdorining ko'payishi.
Endokrin	BUB etishmovchiligi, qalqonsimon bez gipofunksiyasi.	Kartizol miqdorining kama-yishi. TTG normal bo'lgan holda T3 va T4 larning kamayishi.
Immun	Splenomegaliya, timusning aksidental invalyusiyasi, nozokomial infeksiya.	Leykotsitoz, limfopeniya S-reaktiv oqsilning oshishi, limfotsitlar subpopulyasiyasida o'zgarish, fagotsitlar funksiyasida o'zgarish, disprotenemiya.

Tashxis mezonlari kilinik belgilari:

1.kasallikning yuzaga chiqqan umumiy belgilari:

A) Intoksikatsiya- oqimtir kulrang yoki kir sarg'imgtir teri rangi, adinamiya, muskul gipotoniyasi, ko'krakni sust emish yoki emishdan bosh tortish, vazn kamayishi, oshqozon - ichak disfunktsiyasi:

b) Mikrotsirkulyasiya buzilishi va gemorragik sindrom rivojlanishi (kichik petixiya va qon ketish kuzatilishi mumkin):

v) istima (ertalabki va kechki xarorat farqi 1S dan ko'proq):

g) Limfatik tugunlarning kattalashuvi, jigar va taloq kattalashishi mumkin:

d) Taxikardiya, yurak tonlari bo'g'iqqligi.

Bir xil kasallik qo'zg'atuvchisi bilan birin-ketin kelib chiqishi va gematogen genezli bo'lib bir nechta infeksiya o'chog'i borligi.

Laborator o'zgarishlar.

Gematologik.

-leykotsitoz chapga siljish bilan. neytrofilyoz va neytrofillar donadorligi.

-anemiya, gemoglobin va eritrotsitlar soni kamayishi.

-ECHT kuchayishi.

Bakteriologik -bir floradaga gemokulturani kamida 2marta musbat aniqlanishi.

Serologik -3-4martadan ko'p autoshtamm bilan va passiv agglyutinatsiya reaksiyalarida antitelo titri ko'payishi.

Immunologik- Gipogammaglobulinemiya, IgA bo'lmasligi, IgJ sintezining kamayishi, nospetsifik immunitet ko'rsatkichlarining pasayishi.

Asoratlari. CHaqoloqlardagi sepsisning eng ko'p tarqalgan asoratlaridan biri enterokolitlar bo'lib 74,4 % ni tashkil etadi. Bunday xollarda suv va tuzlar modda almashinuvining buzilishi, tananing suvsizlanishiga tana massasining kamayishiga olib kelib, kasallikning og'ir o'tishiga sabab bo'ladi. Najasda qonning paydo bo'lishi bola ichaklarida yara paydo bo'lganligini ko'rsatadi. Sepsisning og'ir asoratlaridan yana biri gemorragik sindrom bulib 20,2 % -ni tashkil kiladi. Uning klinik manzarasi terida petixiyalarning paydo bo'lishi, in'eksiya joylaridan uzoq muddat qon oqishi, ichaklardan qon ketishi, qusiqda qonning bo'lishi bilan kuzatilish mumkin. Bunday hollarda koagulyasion sinamalarni o'tkazish kasallik tashxisini engillashtiradi.

Koagulogrammadagi o'zgarishlar sepsisning o'tkir davrida o'ziga xos qonuniyat asosida kechishi DVS ning II darajasi boshlanganligidan dalolat beradi.

Trombotsitlar miqdorining ko'payishi qon oqishining kuchayishi, qon zardobida rekalsifikatsiya vaqtining o'zgarishi (kuchayish) qonning koagulyasion xususiyatning buzilganligini ko'rsatuvchi holatdir.

Bolalarda kuzatilgan giperkoagulyasion (DVS - 1 darajasi) NTO gipokoagulyasiyagacha o'zgarishlar bolaning o'limiga sabab bo'lishi mumkin.

CHaqaloqlarda kechadigan septik holat hamma vaqt gipoxrom kamqonlik bilan kechishi, bu esa qizil qon tanachalarining kamayishi, gemoglobin miqdorining va rangli ko'rsatkichning pasayishi holati kuzatiladi. Eritropoez ko'rsatkichlari normadan 2,5 baravar kamayishi mumkin. Eritrotsitlar umrining kamayishi va zardobdagi temir miqdorining ko'payishi gemolizning kuchayishidan dalolat beradi. Demak chaqaloklardagi kamqonlikning asosiy

sababi eritrotsitlarning emirilishi natijasida kuchaygan gemoliz deb tushunishi lozim.

Bunga mikroblarning toksinlari va fermentlari sababdir.

Sepsis bilan ogʻrigan chaqaloklar qonida antieritrotsitar antitelolarning koʻpayishi anemiyaning autoimmun holatligini koʻrsatuvchi dalildir. Immunologik tekshirishlar asosida sepsis bilan ogʻrigan chaqaloqlarda hujayra va gumoral immunitetning oʻzgarish kasallikning davri va holatiga bogʻliqligini koʻrish mumkin. Bunday holatlarda xastalikning koʻpaygan davrida T-limfotsitlarning pasayishi kuzatilib immunoglobulinlar miqdorining oʻzgarmaganligi yoki kuchayishi holati aniqlanadi.

Monotsitogrammada esa etilgan qon hujayralarning kuchsizlanish nospetsifik faktorlarining pasayishi bilan xarakterlanadi. SHunday qilib chaqaloqlarda ayniqsa chala tugʻilgan goʻdaklarda sepsis hujayra immuniteti va nospetsifik omillarning pasayishi bilan kechishi uning chaqaloqlarda ogʻir kechishini koʻrsatuvchi asosiy sababdir.

Qiyosiy tashxis klinik koʻrinishiga qarab kichik stafilokokk infeksiyasi, mahalliy yiringli yalligʻlanish kasalliklari, galaktozemiya bilan oʻtkaziladi.

Mahalliy yiringli yalligʻlanish kasalliklari-yiringli peritonit, yiringli mediastinit, yiringli-destruktiv pnevmoniya, yiringli meningit, yiringli gematogen osteomieli bilan solishtirilganda sepsisdan farq qilib ularda quyidagi bogʻliqlik xos. Yiringli oʻchoqning boʻlishi→tizimli yalligʻlanish javobi belgilarining boʻlishi, yiringli oʻchoq sanatsiyasi → tizimli yalligʻlanish javobining bartaraf boʻlishi xos. SHuni takidlash kerakki sepsisda yuqoridagilardan farq qilib klinikasida uchtadan kam boʻlmagan organlar etishmovchiligi simptomokomplekslari mavjud.

Nasliy modalar almashinuvi patologiyasi bilan- Aminokislotalar almashinuvining nasliy defektida tugʻilgandan bola ahvolining tez yomonlashuvi xos, Rivojlanib boruvchi xansirash, oʻpka yurak etishmovchiligi MAS funksiyalari soʻnishi, gipotermiya, leykopeniya, trombotsitopeniya, tana vaznining kamayishi, anemiya. Aloxida belgisi turgʻun va rivojlangan metabolik atsidoz, baʼzi hollarda turgʻun oʻziga xos hidning boʻlishi.

Galaktozemiya bilan-Galaktozemiya ham kindik yoki kechki neonatal sepsis niqobida kechishi mumkin. Bola ahvolining ogʻirlashishi, qusish va qayt qilishning koʻpayishi, tana haroratining koʻtarilishi, gemolitik sariqlik va gemolitik anemiya rivojlanishi, patologik nevrologik simptomatikaning kuchayib borishi, transaminaza miqdorining oshishi bilan jigar funksiyasining buzilishi, xolestaz, gipoglekemiya, metabolik atsidoz rivojlanishi.

Sepsisdan farq qilib galaktozemiyaning asoratlanmagan formalarida umumiy qon taxlilida yalligʻlanish oʻzgarishlari kuchli emas, mikrobiologik va molekulyar

biologik tekshirishlar natijalari manfiy. Galatozemiya diaqnozini qon zardobida galaktozaning yuqori (0,2 gr/l dan ko'p) miqdorda bo'lishi va galaktokinaza hamda boshqa galaktoza metabolizmida ishtirok etuvchi fermentlarning genetik tekshiruvlar natijasida o'zgarishi yotadi.

Sepsisni davolash usullari:

YAngi tugilgan chaqaloqlar sepsisida kompleks terapiyada anamenez, etuklik darajasi, kasallikning klinik formasi va qo'shimcha kasallikni inobatga olish lozim. Bolalarni maxsuslashtirilgan optimal sharoitli sanitar epidemiologik rejimli statsionarlar va tana vazni kichik bulgan bolalarga kyuvezlar tashkil qilingan holda tezlik bilan gospitalizatsiya qilish kerak. Bolalarni bir momentli to'ldirilgan kislorod, ona suti va davolash preparatlari bilan ta'minlash muhim ahamiyatga ega.

YAngi tug'ilgan chaqaloqlar reaktivligining va virulent mikroblarining tarqalishi, uning ko'pchilik antibiotiklarga va ximiopreparatlarga rezistentligi hozirgi vaqtgacha sepsisni davolashda katta qiyinchiliklar tug'dirmoqda sepsisni kompleks davolash haqida gapirganda patologik protsessning bir necha sutkalik bo'yicha ta'siriga e'tibor berish shart. Kasallik chaqiruvchining intoksikatsiyasini parenteral 5-7 kun davomida beriladi. Bistomitsin berish bolalarda allergik reaksiya chaqirganligi sababli chegaralangan.

Bolalarda umumiy ahvolining og'irligiga antibiotiklarni vena tomiriga jo'natishga ko'rsatma bo'la oladi. O'tkir septik protsessda etiologik faktoridan qa'tiy nazar antibiotiklar qo'llanilishi muhim ahamiyatga ega. Antibiotiklarni etarli dozada va uzoq vaqtga belgilab berish bakteriologik va bakteriotsid effekt beradi. Ajratib olingan mikrobnig sezgirligiga qarab preparatni belgilab berish ideal hisoblanadi.

Agarda antibiotikogrammani aniqlash imkoniyat bo'lmasa unda ta'sir darajasi keng bo'lgan antibiotiklar belgilanadi.

Antibiotiklarni kombinirlash chaqaloqda belgilanish maqsadga muvofiq bo'lib aloxida prepartalarning maxsus ta'sir mexanizmi mikroblarni faoliyatiga har tomonlama ta'sirini ta'minlaydi.

YAngi tug'ilgan chaqaloqlarda ratsional antibiotiklar terapiyaning tavsiya etishda organizmga eng kam zaharli ta'sirga ega bo'lgan preparatlarni tanlash hisoblanadi.

Antibiotiklardan ko'p qo'llaniladigan va kerakli effekt beruvchi yarim sintetik preparatlardan metatsilin, oksatsilin, ampitsilin, ampiokslar dozasiqa 100 - 150 mg / kg tana og'irligiga beriladi. Karbenitsilin esa kattaroq dozada 300 - 400 ming kg sutkasiga bu preparatlar hammasi muskul orasiga vena tomiri ichiga 7 - 10 kun davomida kuniga 2 - 4 marta yuboriladi. Bularning ko'pchiligi ampitsilin, ampioks va karbenitsilin keng spektrli antimikrob ta'siriga ega bo'lib

manorit mikroorganizmlarga aktiv ta'sir qiladi. Gram manfiy mikroorganizmlar esa sepsisning aralash etiologiyasida muhim ahamiyatga ega.

Oxirgi yillarda sefalosporin qo'llanilmoqda ular Gram musbat floraga keng spektrli ta'sir doirasiga ega. Bu gruppada seporin, sefamizin kefzol, klaforan, keflinkiradi sefalosporin beriladi: 60- 100 ming / kg tana og'irligiga faqat vena qon tomiriga 20 - 40 ming / kg tana og'irligiga 2 marta sutkasiga sepsisning og'ir formasida beriladi. Linkomitsin antibiotigam qo'llaniladi 50 ming/kg tana og'irligiga 2 marta sutkasiga beriladi ikkinchi yoki keyingi ko'rsatgich sifatida antibakterial terapiyada qo'llaniladi.

Aminoglikozidlardan: gentamitsin, kanamitsin, brulamitsin amikasin muhim o'rin egallaydi ularning keng spektrli bakteriotsid ta'sir va mikroblar shtamlarning rezistentligi to'liq yo'qligi sepsisning og'ir formalarida nefro va ototoksik ta'siriga qaramasdan qo'llaniladi. Bu antibiotiklar sepsisda, gram manfiy floraga ta'sir qiladi. Aminoglikozidlar berilishi: 3-5 kg tana og'irligiga, 2 marta sutkasiga, parenteral 5-7 kun davomida.

Sepsisning o'tkir formasida antibiotiklar kursi 7-10 kun 2 yoki 3 ta antibiotiklar bilan birgalikda antibiotiklarning dozasi o'rtacha olinadi. YArim sintetik pensillin bilan seporin, aminokozid birgalikda berilganda effektiv hisoblanadi. Bundan tashqari yarim sintetik pensillin yoki gentamitsin kanamitsin bilan birga eritromitsin antibiotiklarga sezuvchanligida etiborga olgan holda tetrooman bilan davolash yaxshi natija beradi. Bunda u 20-25 ming / kg tana og'irligiga

Antibiotiklardan antistafilokokk preparatlari: oruzidin 40 ming/kg tana massasiga 7-10 kun davomida peroral: xlorfinikoll antibiotiklarga antibakterial aktiv preparat 5-10 tomchidan spirtli eritmasi bilan birga 10 kun davomida ovqatdan 40 minut oldin va 0,25% vena tomiriga 0,5 likdan 2 maxal sutkasida 5 kun davomida beriladi. Xlorfinikol kamdan kam hollarda allergik reaksiya chiqaradi. Antibakterial terapiya kursi 5 kundan 5 xaftagacha bo'lib shu bilan birga zamburug'larga qarshi nistatin levorin nizalal preparati beriladi. Dezintoksikatsion terapiya sepsisning o'tkir fazasida qo'llaniladi. Bunda keng qo'llaniladi plazma jelatinol plazma o'rnini bosuvchi eritmalardan reopoliglyukin, gemodez 10-15 ml / kg sutkasiga tomchilab jo'natiladi. Gipertonik eritmalardan glyukoza eritmasi (20 % va 10 %) tomchilab yuboriladi.

Sepsisni davolashda qo'llaniladigan antibiotik preparatlar.

Pereparat.	Miqdori.
-------------------	-----------------

Aminoglikozidlar.	
Amoksitsillina klavulanat	100 mg/kg 3 marta yuborish
Ampitsilin	60-120 mg/kg 2-4 marta yuborish.
Ingibitr himoyalangan penitsilinlar ko'kyiring tayoqchasiga ta'sir bilan.	
Tikarsilina klavulanat	50 mg/kg 3 marta kiritish.
Sefalosporinlarning 2-avlodi.	
Sefazolin	50-100 mg/kg 3 marta kiritish.
Sefuroksim natriy	50-100 mg/kg 2 marta kiritish.
Sefalosporinlarning 3-avlodi.	
Sifotaksim	50-100 mg/kg 3 marta kiritish.
Seftriakson	50-75 mg/kg 1 marta kiritish.
Sefalosporinlarning 3-avlodining ko'k yiring tayoqchasiga qarshi ta'siri b-n.	
Seftazidim	50-100 mg/kg 3 marta kiritish.
Sefoperazon	50-100 mg/kg 2 marta kiritish.
Sefoperazon sulbaktam	50-100 mg/kg 2 marta kiritish.
Sefalosporinlarning 4-avlodi.	
Sefepim	50-100 mg/kg 2 marta kiritish.
Karbopenimlar.	
Imipenim	60 mg/kg 3 marta kiritish.
Meropnem 3	60 mg/kg 3 marta kiritish.
Glikopeptidlar.	
Vankomitsin	40 mg/kg 2 marta kiritish.
Aminoglikozidlar 4	
Gentamitsin	5-7 mg/kg 2 marta kiritish.
Amikatsin	15 mg/kg 2 marta kiritish.
Netilmitsin	5 mg/kg 2 marta kiritish.
Linkozaminlar.	
Linkomitsin	60 mg/kg 2 marta kiritish.
Klindamitsin	25 mg/kg 2 marta kiritish.
Boshqa gurux preparatlar.	
Xloramfenikol	80-100 mg/kg 2 marta kiritish.
Rifampitsin	50-100 mg/kg 2 marta kiritish.
Metronidazol	30 mg/kg 3 marta kiritish.

YAngi tug'ilgan chaqaloqlarga suyuqliklar yuborish

YAngi tug'ilgan chaqaloqlarga ayniqsa chala tug'ilganlarda suyuqliklarni tana massasiga nisbatan dozalangan holda kiritish muhim hisoblanadi, chunki bunday bolalar "shish sindromining rivojlanishiga va kritik holatida moyil bo'lib

hisoblanadi. yuboriladigan suyuqliklarning umumiy miqdori 1 sutkada 100-120 ml/kg tana massasiga nisbatan bo‘lib, bo‘laklangan dozada faqatgina vena tomiri ichiga yuboriladi.

Pnevmoniya tashxisi qo‘yilganda kiritiladigan infuzion suyuqliklarning miqdori 50-60 ml/kg ga kamaytiriladi.

Eksikoz bilan namoyon bo‘luvchi enterokolitlarning rivojlanishida bolada suyuqlikning har xil darajada yo‘qotilishi kuzatiladi, shu sababli vena ichiga kiritiladigan suyuqlik miqdori 150-130 ml/kg tana massasiga nisbatdan ko‘tariladi infuzion suyuqliklarning to‘g‘ri hisoblangan miqdori va tarkibi tez dezintoksikatsiyalanishga gemodinamikaning yaxshilanishi va elektrolit almashinuvning normalashuviga olib keladi.

Stafilokokkli sepsisda passiv immunitet hosil qiluvchi spetsifik preparatlar: antistafilokokkli plazma va gamma globulinlar aloxida ahamiyatga ega ularning kiritishini tana haroratining intoksikatsiyasi pasayishi va so‘rish refleksining yaxshilanishi kabi musbat effektlar beradi. Plazma 10 ml/kg tana massasiga 1 kurs davo uchun yuboriladi kuniga 3-5 marta. Kuchli intoksikatsiyada konservativ qon va to‘g‘ridan-to‘g‘ri gematransfuziyani 10-15 ml/kg tana massasiga 3-6 marta quyish katta ahamiyatga ega. Bu davrda yana kortikosteroid garmonlar (prednizalon gidrokortizon) 7-10 kun davomida 3-5 ml/kg beriladi.

Giperkoagulyasiya fazasida heparin 4-6 kun davomida parenteral 100- 150 ed/kg massasiga kiritiladi, kuchli gipokoagulyasiyada heparin 50-70ed/kg massasigacha kamayadi. SHu sababli detsinon suyuqlikning sutkasiga parenteral 2 ml dan 4-7 kun davomida beriladi.

Bundan tashqari dessiminirlangan tomir ichida ivish sindromida epsilon aminokapron kislotasi sutkasiga 5-10 ml/kg tan massasiga nisbatdan kiritiladi.

DVS sindromi va koagulopatiyani davolashning II fazasida reopoliklyukin, to‘g‘ridan-to‘g‘ri gematransfuziyalarni va antiproteaz preparatlar: kontrikal, trasilol 500 ming ed.kg massasiga nisbatdan 5 % glyukoza eritmasida vena ichiga- tomchilab 3-4 kun davomida kiritilishi aloxida ahamiyatga ega.

Og‘ir kechuvchi sepsisning doimiy asorati chala tug‘ilgan chaqaloqlarda anemiya rivojlanishi hisoblanadi. Bularda temir preparatlari tavsiya etilmaydi. V gr dagi vitaminlar folievaya kislota va penitranfuziya-bilan chegaralanadi.

Og‘ir intoksikatsiya oshqozon ichak traktining zararlanishi bolani ahvolini og‘irlantiruvchi ichaklar pareziga sabab bo‘ladi. Bunda spazmolitiklar platifillin nosh-pa papaverin qo‘llaniladi. Prozerin 0,1-0,15 kg mushak orasida sutkasiga 2 marta 4-6 kun davomida qo‘llanilganda yaxshi natija beradi.

Tez-tez kuzatiladigan meteorizm zarda qaynashi, qusishda serukal eritmasi 0,3-0,5 ml 2 marta sutkasiga 7-10 kun davomida ayrim vaqtda atropin 0,1 mldan har 12 soatda 3 kun davomida qo‘llaniladi.

Ichak parezining patogenezida K-defitsiti, gipoxloremiyada giponatriemiya muxim ahamiyatga ega.. Bunday holda kaliyningning 7,5% eritmasi 1-2 ml/kg massaga nisbatdan glyukoza eritmasi tomchilar yuboriladi. Qon plazmasida kaliyning loabarator aniqlanishi imkoniyati bo'lsa kiritiladi. Preparat miqdori sutkalik fiziologik extiyoji bilan aniqlanadi va qo'yidagi formula bo'yicha hisoblanadi. K-norma K kasalliki X kg massa X2 -ml 7,5 % kaliy xlorid eritmasi.

Natriy korreksiyasi 10 % xlorli natriy eritmasi 1-2 mldan sutkasiga glyukoza bilan yuboriladi. Kalsiy 10 % kalsiy glyukonat eritmasi yoki xlorli kalsiy shaklida 1 -2 mldan glyukoza fiziologik eritma bilan vena ichiga yuboriladi.

Intoksikatsiya ta'siri ostida almashinuv protsesslarining chuqur buzilishi atsidoz hujayra gipoksikatsiyasi oqsil moddasining kamayishiga olib keladi. Bu esa miokarditning qisqaruvchanlik xususiyatning susayishiga va yurak etishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi. Buzilgan funksiyalarni qayta tiklash uchun yurak glikozidlari, ATF, kokorbaksilaza yuboriladi tomirlar etishmovchiligida kardiamin tomchilab yoki parenteral 0,1 mll sutkasiga 2 marta yuboriladi.

Barcha sepsisli bolalarga to'qimalarda oksidlanish qaytalanish jarayonini yaxshilash maqsadida quyidagi vitaminlar beriladi: Askorbin kislotasi V, A gr dagi vitaminlar vit. RR,A,E folie kislota beriladi.

Sepsisli bolarni kompleks davolashda profilaktika va dizbakteriozni davolash muhim ahamiyatga ega. Bunda biologik preparatlar bifidum bakterin yoki laktobakterin 10-15 ml sutkasida 20-30 kun davomida beriladi.

Oshqozon ichak trakti kasalligi qo'shilganda bazisli terapiya bilan intestopan sutkasiga 1 tabletkagacha, furozolidon 5 mg kg massasiga 5-7 kun davomida polimiksin 100 ming/kg massasiga 5 kun davomida biseptol va enteroseptol 15 kg massasiga 5-7 kun davomida beriladi.

Gipotrofiya rivojlanish bilan kuzatiladigan sepsisning uzoq kechishida anabolik gormonlar retobolil shaklida 0,2 ml mushak orasida xaftasida 1 marta 1 kursi 3 in'eksiyaga tavsiya etiladi.

Bundan tashqari qon aylanish stimulyasiyasida muhim rol o'ynaydi, leykotsitlarni fagotsitar aktivligini ko'taruvchi va to'qimalar regeneratsiyasini kuchaytiruvchi preparatlar tavsiya etiladi. Bularga pentoksil, dibazol, metatsil kiradi. Davolash kursi 10-20 kun.

YAngi va chala tug'ilgan chaqaloqlar sepsisni davolash qiyin hisoblanib davochoralari qo'llaniladi.

Septik holatda agar mikroba hali aniqlanmagan bo'lsa bemorning yoshi va tana og'irligini hisobga olib 2-har xil guruxdagi antibiotiklarni maksimal dozada, v/v, v/m, ichishga tavsiya etiladi. Ampitsilin -500-1000 mg/kg 4- 6 marotaba - gentamitsin 10 mg/kg, amikatsin 15 mg/kg yoki klofaran, seporin, sefaleksin 100

mg/kg. Har 7-10 kunda antibiotiklarni almashtirish lozim. Mikrobbing turi aniqlangandan keyin esa uning sezuvchanligini hisobga olgan holda: stafilakoklarda ampioks+gentamitsin, oksatsilin, amikatsin.

Streptokoklarga:benzilpensil 500 mg/kg, ampitsillin+gentamitsin.

Proteylarga:karbenitsillin 300-400 mg/kg v/v.

Esherixozlarga: aminogliozid+Sefloks.

Klebsillyoz:kefzol+gentamitsin,

Salmanellyozlarga: levamitsin- ampitsillin .

Kuk yiring tayoqchasi: aminoglikozid+ karbenetsillin.

Dioksidin 0,5 mg/kg. 5 % -glyukoza v/v 5-7 kg.

Infuzion va dizintoksikatsion davolash: reopoliglyukin, gemodez 10-15 ml/kg, plazma, jelatinol, v/v qon quyish 10-15 ml/kg

Toksikozda- prednizalon 3-5 mg/kg 7-10 kun.

Mikrotsirkulyator buzilishida 2,4 % eufillin, 2%, Nosh-pa,

DVS - geparin 100-150 ed/kg kontrikal, trasilol 500-1000 Ed/ kg. Vitaminlar S, V, A, E. ATF, kokarboksilaza, Antistafilokokli plazma, antistafilokokli gammaglobulin 20 AE /kg 7-10 kun.

Immunomodulyatorlar.

Dizbakteriozga qarshi - laktobakterinlar bifudumbakterinlar va xakoza.

Septikopiemiya holatida hozirgi zamon davolash usullaridan.

1.Gnatobiologik izolyasiya usuli (stiril boksda).

2.Selektiv bakterial dekontaminatsiya usuli har qaysi mikrobbing qarshi bakteriofag tavsiya etish-ko'k yiring tayoqchali, koliproteyli, stafilakokli, piogen. 10 ml 3 marta 2-3 hafta ichishga .

3.Giperbarik oksigenatsiya GBO- kamerasiz 10 min. 1,5 atmof. bosimda.

4.Gemosorbsiya.

5.Immunosorbsiya.

6.Plazmasorbsiya .

7.CHo'chqa talog'i orqali ekstrakarparal yo'l bilan qonni mikrobbing va toksinlardan tozalash. (NULO- prof. SHamsievAM). Bu usulda 1989 yil Dnepropetrovesk shaxrida o'tgan bolalar jarroxlari anjumanida «Oltin medal» bilan mukofotlangan.

Profilaktikasi.

Erta yoshdagi chaqaloklar sepsisi profilaktikasi homiladorlikdan oldin va homiladorlik vaqtida o'tkazilish kerak. Ayollarda siydik yo'llari jinsiy yo'llar va genetal o'tkir va surunkali kasallikni o'z vaqtida davolash katta ahamiyatga ega.

Dispanser nazorati.

Sepsisni boshidan o'tkazgan bolalar statsionardan chiqqandan so'ng 2 yil mobaynida dispanser nazorati ostida turadi. Nazoratga uzoq turishga sabab bunday bolalarda subfibrilitet, axlatining bir tekis bo'lmashligi spetsifik sensibilizatsiya, jigar kattalashgan va rezistentligining pasayishi kuzatiladi. Bularning hammasi bolalarning respirator viruslarga tez berilishi va ichakda protsesslarning surunkalilashuviga sabab bo'ladi.

CHala tug'ilgan chaqaloqlarning infeksiyadan keyingi gipoxrom anemiya holatida uyga javob berilishi yomon hol bo'lib bunday bolalarni poliklinika sharoitida sog'ayishi va umumiy qarshiligini ko'tarishga qaratilgan kompleks chora-tadbirlar o'tkazish kerak. Ayniqsa 6 oygacha chaqaloqlarda kasallikni retsidivlanishi yuqori bo'lganligi sababli uchastka vrachi juda e'tiborli bo'lishi kerak.

Sepsisni boshidan kechirgan chaqaloqlarni profilaktik emlashlar hayotning birinchi yilida man etiladi. Bunday bolalarni tekshirishda bolani temperaturasiga, uyqusiga, ishtaxasi va dinamikasiga katta ahamiyat beriladi. Anemiyasi mavjud bo'lgan bolalarni har kvartalda umumiy qon analizini olish va zarur bo'lganda temir preparatlari va ovqatlanishini ratsional korreksiyasi bilan davolashni olib borish kerak. Me'yorida bo'lmagan axlat kelishi kuzatilganda fermentli terapiya o'tkazish va biopreparatlar bilan dizbakteriozni davolash kerak. O'z vaqtida raxit, gipotrofiya eksudativ diatezlarni aniqlash va kerakli muolajalar o'tkazish lozim.

MA'R U Z A № 4

Ma'ruza mashgu'lotlarining ta'lim texnologiyasi

4 mavzu	<i>Erta yoshdagi bolalarda pnevmoniya kasalligi</i>
----------------	--

Talim berish texnologiyasining modeli

Mashgulot vahti- 2soat	Talabalar soni : 20-60 gacha
Mashgulot shakli	Kirish – axborotli maruza
Maruza rejasi	1. Utkir zotiljam tugrisida tushuncha. 2. Zotiljamning zamonaviy tasnifi. 3. Zotiljamning klinik diagnostikasi. 4. Utkir zotiljamni davolashning zamonaviy uslublari.

	5. Zotiljamni davolashning effektivligi kriteriyalari 6. Utkir zotiljam asoratlarini dvaolash.
<p>Ukuv mashg'ulotning maksadi: Talabalarga erta yoshdagi bolalarda zotiljam kasalligi tugrisida tushuncha berish. Turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining uzgarishlarini baxolash. Tekshirish usullari xakida tasavvurga ega bulish. Zotiljam kasalligini tashxislab vadavolashni urgatish.</p>	
Pedagogik vazifalar:	Ukuv faoliyati natijalari:
Umumiy amaliyot vrachi tayyorlash fakulteti talabalariga nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini urgatish. Erta yoshdagi bolalrda nafas olish tizimining uzgarishlarini baxolay olishni urgatish. Bolalarda pnevmaniya kasalligini aniklay olishni urgatish. Zotiljam kasalligini etiologiyasi, patogenezini, klinikasi va davolashini urgatish.	Umumiy amaliyot vrachi tayyorlash fakulteti talabalariga erta yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining uzgarishlarini baxolay bilishi, nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini urganishi kerak. Erta yoshdagi bolalarda zotiljam kasalligini aniklay olishi kerak. Zotiljam kasalligini etiologiyasi,patogenezi, klinikasi, tashxisini va davolashini bilishi kerak.
Talim berish usullari	Kurgazmali maruza, suxbat
Talim berish shakllari	Ommaviy jamoaviy
Talim berish vositalari	Ukuv kullanna, proektor
Talim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baxolash	Ogzaki nvzorot :savol-javoblar

1.1. Erta yoshdagi bolalarda zotiljam kasalligi maruza mashg'ulotining texnologik xaritasi.

Ish boskichlari va vakti	Faoliyat mazmuni	
	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorgarlik boskichi	1. Mavzu buyicha ukuv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish maruzasi uchun takdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Talabalar ukuv faoliyatini baxolash	

	<p>mezonlarini ishlab chikish.</p> <p>Ukuv fanini urganishda foydalaniladigan adabiyotlar ruyxatini ishlab chikish.</p>	
<p>1.Mavzuga kirish (15 dakika)</p>	<p>1.1 Ma'ruza mashguloti mavzusi, uning maksadi va vazifalarini tanishtiradi.</p> <p>1.3.Talabalar ukuv faoliyatini baxolash mezonlari bilan tanishtiradi (2- ilova).</p> <p>1.4.Talabalar bilimlarini faollashtirish maksadida savollar beradi (3-ilova).</p>	Tinglaydilar
<p>2-boskich Asosiy boskich (55 dakika)</p>	<p>2.1.Power Point dasturi yordamida slaydlarni namoyish kilish va izoxlash btlan mavzu buyicha asosiy nazariy jixatlarini tushuntirib beradi.</p> <p>2.2 Erta yoshdagi bolalarda zotiljam kasalligini slaydlar yordamida tushuntiradi.</p> <p>2.3. Talabalar bilimlarini faollashtirish va mustaxkamlash maksadida kuyidagi savollarni beradilar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erta yoshdagi bolalarda zotiljam kasalligi xakida tushuncha bering.? • Zotiljamni chakiruvchi sabablarni ayting. • Pnevmaniyaning bolalarda kechish xususiyatlari kanday? • Pnevmaniya kasalligini klassifikatsiyasida nimalar yoritilgan? • Pnevmaniyakasalligini etiopatogenetik davolash kanday? • Pnevmaniyaning profilaktikasini olib borishda nimalarga e'tibor berish kerak? 	Tinglaydilar, YOzadilar, javob beradilar
<p>3.YAkuniy boskich (10 dakika)</p>	<p>3.1 Mavzu buyicha talabalarda yuzaga kelgan savollarga javob beradi, yakunlovchi xulosa kiladi.</p> <p>3.2. Mustakil ishlash uchun</p> <p><i>7. utkir respirator virusli infeksiyalar, pnevmopatiyalar-5</i></p> <p>mavzusini takdim etadi va internet asosida</p>	Savollar beradilar, vazifani yozib oladilar.

	mazkur ukuv materialni ukib kelish vazifasini beradi.	
--	---	--

MA ‘ R U Z A matni.

BOLALARDA PNEVMONIYALAR

Pnevmoniya (zotiljam) – o‘pka to‘qimasining o‘tkir yallig‘lanishidir.

O‘tkir pnevmoniyalar bolalarda ko‘p uchraydigan kasalliklar katoriga kiradi. O‘tkir pnevmoniya bilan kasallanish xar 1000 ta boladan 10-30 tasiga to‘g‘ri keladi. Bolalarda o‘tkir pnevmoniya bilan kasallanishning yuqoriligi ularning anatomo-fiziologik xususiyatlari hamda immun sistemasi xususiyatlariga bog‘liq.

Bolalarda o‘tkir pnevmoniya ko‘p rivojlanishiga moyillik tug‘diruvchi faktorlar quyidagilardir:

1. YUqori nafas yo‘llari anatomik o‘lchamlari va struktur tuzilish xususiyatlari. Erta yoshdagi bolalarda traxeya va bronxlar kalta va keng, shuning uchun infeksiyon agentlarning o‘pkaga o‘tishi oson. Mayda bronx va bronxiolalar esa tor, ularning devorida mo‘shak va biriktiruvchi to‘qima kam, shu sababli ular tez bekilib koladi va cho‘kadi. Bu esa infeksiyon agentlarning bronx daraxtidan evakuatsiyasini qiyinlashtiradi va infeksiyaning bronxogen yo‘l bilan tarqalishiga sharoit tug‘iladi.

2. Erta yoshdagi bolalarda bronxial daraxt shoxlanishining uziga xos tuzilishi sababli, ya’ni bronx va bronxiolalarning differentsiatsiya darajasi past bo‘lganligi uchun bronxial daraxt drenajlanishini kiyinlashtiradi.

3. O‘pkaning gistologik tuzilish xususiyatlari, ya’ni o‘pka to‘qimasida elastik tolalar va surfaktant etishmovchiligi natijasida emfizema va atelektazlar tez rivojlanadi.

4. Mukotsiliar klirens etilmaganligi, ya’ni bronxial daraxtni koplav turgan shillikning yot jismlarni chikarib tashlash xususiyati yaxshi rivojlanmaganligi.

O‘tkir pnevmoniya.

O‘tkir pnevmoniya – o‘pka to‘qimasining o‘tkir yallig‘lanishli kasalligi bo‘lib, o‘pka to‘qimasining infiltrativ uzgarishlari va nafas etishmovchiligi bilan xarakterlanadi.

ETIOLOGIYA

O‘tkir pnevmoniya rivojlanishi sababi infeksiyon agentlar hisoblanadi. Kasallik mobaynida ajratib olingan mikroorganizmlar etiologik omil hisoblanadi. Oxirgi izlanishlar shuni kursatadiki, bolalarda o‘tkir pnevmoniya qo‘zg‘atuvchilari

ko‘pincha pnevmokokklar (60-70%), gemofil tayokcha (40-50%), enterobakteriyalar (10%) va stafilokokklar (10%) hisoblanadi.

O‘tkir pnevmoniya etiologiyasi ko‘p jixatdan bola yoshiga, kelib chiqish vaqtiga va bog‘liq.

TUG‘MA PNEVMONIYA ETIOLOGIYASI

ANTENATAL infitsirlanish:	INTRANATAL infitsirlanish:
-toxoplazma gondii, rubella, cytomegalovirus -herpes simplex virus, -treponema pallium, -listeria monocitogenes/	-streptokokklar V gurux -C.trachomatis, E.Coli, -Klebsiella spp, -U.urealitica, -M.Hominis

SHifoxonadan tashkari pnevmoniyalar etiologiyasi

YOsh i	Viruslar	Bakteriyalar
2 hafta- 2 oy	Rinosintitsial virus, adenovirus, paragripp virusi	S.aureus, gramnegativ enterobakteriya, C.trachomatis
2 oy- 1 yosh	RS-virus, paragripp, gripp A, V, adenovirus, rinovirus enterovirus, kizamik va kizilcha koronavirusi, suv chechak virusi	S.pneumoniae, H.influenzae, M.pneumoniae, C. pneumoniae, S.aureus, S.pyogenes
5-7 yosh	Rinosintitsial virus, paragripp 3i 1 tur, gripp A va V, adenovirus	S.pneumoniae, M. pneumoniae, H.influenzae, C. pneumoniae
7 yoshdan katta	Gripp A va V, paragripp 3 i 1 turi	M.pneumoniae S.pneumoniae C.pneumoniae

GOSPITAL PNEVMONIYA ETIOLOGIYASI

Bo'limlar profili	Patogenlar
Reanimatsiya, ORIT, xirurgiya	Yiringli ko'k tayoqcha, tillarang va epidermal stafilokokk, ichak tayoqchasi, klebsiella, atsinetobakter, kandida
Onkogematologiya	Yiringli ko'k tayokcha, tillarang va epidermal stafilokokk, ichak tayoqchasi, enterobakteriyalar, aspergillyus
Terapevtik bo'limlar	tillarang va epidermal stafilokokk, klebsiella
Ventilyator_asotsiyalangan pnevmoniya: erta-kechki-	YOshning etiologik strukturasi mos Ps.aeroginosaes,S.marsensens,Acineto bak_ter spp., S.aureus, Klebsiella, E.Coli, Candida

Immunokomproment bemorlarda pnevmoniya etiologiyasi

Bemorlar guruhi	Patogenlar
CHala tug'ilgan bolalar	Pneumociysta carinae, Ureaplazma urealitica
neytropeniyali bemorlar	Gramnegativ enterobakteriyalar, Kandida
Birlamchi hujayra immuntanqisligi bor bemorlar	Pneumociysta carinae, Kandida
Birlamchi gumoral immuntanqisligi bor bemorlar	Pnevkokk, stafilokokk, enterobakteriyalar
OITS bo'lgan bemorlar	Pnevmonsista, sitomegalovirus, sil mikobakteriyasi, Kandida

PATOGENEZ

Infeksion agentlar ko‘pincha nafas yo‘llari orkali bronxogen (aerogen) yo‘l bilan tarkaladi. Gematogen yo‘l bilan katta qon aylanish doirasi qon tomirlari orqali kelishi mumkin. O‘pkaning bu xilda zararlanishi septik holatlarda va homila ichi pnevmoniyasida kuzatiladi.

O‘tkir pnevmoniyaning patogenezi fazalari

I – faza: Mikroorganizmlarning kirishi va yuqori nafas yo‘llari shishli-yallig‘lanishli obstruksiya.

II – faza: Nospetsifik yallig‘lanish jarayonlari.

III – faza: Erkin radikalli oksidlanish jarayonlari aktivlashuvi.

IV – faza: Nafas regulyasiyasining patofiziologik mexanizmlari buzilishi.

V – faza: Nafas etishmovchiligi va o‘pkalarning nafas funksiyasi buzilishi.

VI – faza: Organ va sistemalarda metabolik va funksional buzilishlar.

Nafas etishmovchiligi – organizmning shunday holati bo‘lib, bunda o‘pkalar arterial qonda normal gaz tarkibini ta‘minlay olmaydi. Nafas etishmovchiligining 3 darajasi farqlanadi.

Daraja	Klinik xarakteristika	Tashki nafas ko‘rsatkichlari	Qonning gaz tarkibi, KAX
I	Hansirash jismoniy zurikishda, peroral sianoz bezovtalanganda kuchayadi. P:N = 2,5:1, taxikardiya, AB normada	MNX oshgan, O‘TS va NX pasaygan	O ₂ ga to‘yinganlik 90%
II	Bola tinch turganda ham hansirash bor, doimiy, peroral sianoz, akrotsianoz. AB oshgan. Taxikardiya, P:N = 2-1,5:1	MNX oshgan, O‘TS kamaygan 25-30% ga	O ₂ ga to‘yinganlik 70-85%. Nafas yoki metabolik atsidoz
III	Hansirash aks etgan (nafas normadan 150% ga ko‘p). Tarqalgan	MNX pasaygan, O‘TS va NX	O ₂ ga to‘yinganlik 70% dan

	sianoz. AB pasaygan. P:N o'zgaruvchan.	kamaygan 50% gacha	kam. Dekompensi rlangan aralash atsidoz
--	---	-----------------------	---

O'TKIR PNEVMONIYA TASNIFI

Morfologik shakli	Infitsirlanish sharoiti	Kechishi	Asorati	
			o'pkada	O'pkadan tashqari
o'choqli segmentli o'choqlarni qo'shilishi krupozli interstitsial	shifoxonada tashqari shifoxon ichi perinatal infitsirlanish immunodefitsit holatlardagi	o'tkir cho'zilgan	plevrit destruksiya pnevmotoraks piopnevmtoraks	infeksion-toksik shok DVS-sindromi yurak-tomir etishmovchiligi respirator disstres

KLINIKA VA DIAGNOSTIKA.

YUqorida ko'rsatilgandek, o'tkir pnevmoniya klinik kechishiga ko'ra o'choqli, segmentar, krupoz pnevmoniya va interstitsial pnevmoniya sifatida kechishi mumkin. O'tkir pnevmoniyaning kechish shaklini aniklash birinchi urinda kasallik okibatini bilish va uni davolashda kuriladigan chora-tadbirlar va tanlov preparatlarini aniklashda muxim ahamiyatga ega.

O'choqli pnevmoniya.

Kasallikning eng ko'p kuzatiladigan shakli bo'lib, 1-3 yoshdagi bolalarda kuzatiladi. YAllig'lanish o'choqlari bir necha segmentni yoki bir bo'lakni egallaydi. Rentgenogrammada o'choqli soyalar beradi.

Kelib chikish sababi ko'pincha virus-bakterial. Bunda qo'zg'atuvchi bronxogen yo'l bilan kirib, yallig'lanish bosqichli boradi: traxeobronxit – bronxit – o'choqli bronxopnevmoniya.

O'choqli bronxopnevmoniyada bolaning tana xarorati 38°S gacha ko'tarilib, 3-5 kun va undan ko'p saklanadi, yo'tal oldin quruq bo'lib keyin nam; nafas olishi tez va qiyinlashgan.

Bola ko'zdan kechirilganda:

- Kataral belgilar: tumov, shillik pardalar giperemiyalashgan.
- Intoksikatsiya simptomlari: teri koplamlari okarishi, holsizlik, darmonsizlik, ishtaxa yo'qolishi, uykuning buzilishi va b.
- Nafas etishmovchiligi belgilari: aralash tipda hansirash, peroral yoki tarkalgan sianoz, burun qanotlari kerilishi, qovurg'alar oralig'i va o'mrov suyagi usti chuqurchalari tortilishi.

Palpatsiyada ovoz dirillashi kuchayadi, yallig'lanish jarayoni tarkalganlik darajasiga bog'liq ravishda.

Perkussiyada zararlangan soha ustida o'ziga xos to'mtoqlashgan timpanit aniqlanadi.

Auskultatsiyada dag'al nafas fonida boshida quruq, keyin mayda va o'rta pufakli ho'l xirillashlar aniklanadi. SHuningdek zararlanish ustida krepitatsiya eshitiladi. Bronxofoniya kuchayadi.

Rentgenologik tekshiruvda o'pka surati kuchayishi, o'pka ildizi kengayganligi, o'pka maydoni yorugligi oshganligi (emfizema xisobiga), o'choqli soyalar (infiltratsiya xisobiga) aniklanadi. O'choqli soyalar noto'g'ri shaklda, ulchami 0,5-0,7 dan 1,5-2,5 sm gacha.

Qonda yallig'lanish jarayoni belgilari aniklanadi. Leykotsitoz, leykotsitar formularini neytrofillar hisobiga chapga siljishi, ECHT 2-30 mm/s gacha oshishi.

O'choqli bronxopnevmoniya o'z vaqtida to'g'ri davolanganda kechishi yaxshi oqibatli. 2-3 xaftada bola tuzaladi.

Segmentar pnevmoniya

O'pkaning bir yoki bir nechta segmenti zararlanishi bo'lib, kasallik avj olganda rentgenogrammada infiltrativ soya segment (yoki segmentlar) anik anatomik chegaralariga mos keladi.

Klinik nuqtai nazardan segmentar bronxopnevmoniya alohida tasnifga ajratish muxim, chunki u cho'ziluvchan kechishga moyil bo'lib, ko'pincha chegaralangan pnevmoskleroz va surunkali pnevmoniya rivojlanishi bilan yakunlanadi.

Segmentar bronxopnevmoniya bilan maktabgacha va maktab yoshidagi bolalar kasallanadi.

Ob'ektiv tekshiruvda yuqori nafas yo'llari kataral uzgarishlari, yo'tal, nafas etishmovchiligi belgilari, intoksikatsiya simptomlari (bosh ogrigi, uyku buzilishi,

ishtaxa pasayishi, teri koplamlari okarishi, kuz ostida «soylar» bo'lishi) topiladi. Tana xarorati 38⁰S gacha ko'tariladi.

Palpatsiyada aniq segmentar pnevmoniyaga xos belgilar kuzatilmaydi.

Perkussiyada zararlangan segment ustida perkutor tovush tumtoklashuvi aniklanadi. To'mtoqlashish anik chegarali bo'ladi.

Auskultatsiyada zararlangan segment ustida susaygan nafas, boshka joylarda dag'al nafas fonida quruq va mayda, o'rta pufakli ho'l xirillashlar eshitiladi. SHuni aytib o'tish kerakki, auskultativ o'zgarishlar qisqa muddatli bo'lib, 3-5 kundan so'ng yo'qoladi va bu kasallik diagnostikasini kiyinlashtiradi.

Rentgenologik tekshiruvda o'pka maydonida anik chizikli chegarali, zararlangan segment proeksiyasidagi soylar aniklanadi.

Ratsional terapiya fonida infiltratlar 3-6 kunda suriladi, segmentar bronxopnevmoniyaning o'rtacha kechishi 12 kunni tashkil etadi

Stafilokokkli pnevmoniya

Klinik jixatdan turli xil kechishi va og'ir asoratlarga olib kelishi bilan xarakterlanadi.

Kasallik o'tkir boshlanib, stafilokokkli pnevmoniyaga xos bo'lgan klinik belgilar tez yuzaga chikadi, toksikoz belgilari (holsizlik, uykuchanlik, anoreksiya, kusish, dispeptik buzilishlar) va og'ir nafas etishmovchiligi bilan xarakterlanadi. Hansirash aralash tipda, 1 min da 60-80 tagacha nafas bo'lib, nafas aktida yordamchi mo'shaklar ishtiroki, teri koplamlari okarishi, peroral yoki umumiy sianoz kuzatiladi.

Ob'ektiv tekshiruv ma'lumotlari o'pkaning massiv zararlanishi, o'pka destruksiyasidan darak beradi. Kasallik boskichiga bog'liq holda perkussiyada o'pka tovushi tumtoklashuvi, timpanit yoki kuticha tovushi aniklanadi. Auskultatsiyada nafas susaygan, ayrim paytlar amforik. Ko'p mikdorda ho'l xirillashlar eshitiladi, bu pnevmoniya bilan ko'pincha birga keladigan yiringli bronxit natijasida. Ko'pincha krepatatsiya aniqlanadi.

Stafilokokkli pnevmoniya bilan og'rigan barcha bemorlar qon tahlilida anemiya, yuqori leykotsitoz (11 da $12 \cdot 10^9$ dan ko'p), neytrofilez, ECHT oshishi kuzatiladi.

Stafilokokkli pnevmoniya uchun patognomik belgi – o'pkada havoli bo'shliqlar – bullalar (pnevmocele) bo'lishi bo'lib, ko'pincha o'ng o'pkada bo'ladi va diametri 1-5 sm gacha etishi mumkin.

Bullalar infeksiyalanganda yoki infiltratsiya o'chog'i yiringlaganda o'pka absessi rivojlanadi. Bunda rentgenologik tekshiruvda aniq chegarali, suyuqlik sathi saqlovchi bo'shliqlar topiladi. Suyuqlik sathi bemor holatini o'zgartirganda o'zgaradi.

O'pkadagi yiringli o'choq plevra bushligiga yorilganda piopnevotoraks rivojlanib, bolaning axvoli juda og'irlashadi. Bola juda bezovta, teri koplamlari va shillik pardalar sianozni oshib boradi. Nafas va yurak etishmovchiligi rivojlanadi. Perkussiyada timpanit, kuks oraligi sog tomonga siljiydi. Auskultatsiyada susaygan nafas eshitiladi, mayda pufakchali ho'l xirillashlar, plevra ishkalanish shovkini bo'lishi mumkin.

Rentgenologik jixatdan piopnevotoraksda o'pka pastki soxasida gomogen soyalanish bo'lib, ustida suyuqlik sathi va havo bo'ladi. Zararlangan tomondagi o'pka kollabirlangan va ko'ks oralig'iga qisilgan, ko'ks oralig'i sog tomonga siljigan.

Taranglashgan (klapanli) pnevotoraksda zararlangan tomonda yoruglanish, o'pka surati yo'q, o'pka to'liq cho'kkan va ko'ks oralig'iga qisilgan, ko'ks oralig'i karama-karshi tomonga «mediastenal churra» xosil kilib siljigan. Bemorning har qanday holatida suyuqlik sathini aniqlab bo'lmaydi.

Krupoz pnevmoniya

Krupoz zotiljam- ko'prok maktab yoshidagi bolalarda uchrashi va ma'lum davriy ravishda kechishi uning patogenezi allergiya va organizm immunobiologik xususiyatlariga bog'liq ekanligidan dalolat beradi. Ba'zi olimlarning fikricha mayda yoshdagi bolalarda pnevmokokklarga nisbatan sensibilizatsiya (o'ta sezuvchanlik)ning yo'qligi tufayli, ularda krupoz zotiljam deyarli uchramaydi. Krupoz zotiljamda morfologik jixatdan o'pkaning bir bulagi yoki bir necha bulagi yalliglanadi. Bu kasallik odatda tusatdan keskin boshlanadi, bolaning isitmasi juda tez kutarilib, varaja to'tishi mumkin, uning umumiy axvoli keskin uzgaradi, bosh ogriqi kuzatiladi. Bemor kasallikning dastlabki kunlarida axyon-axyon yo'taladi, balg'am ajratilmaydi.

Krupoz zotiljam anik davriy kechishiga ega bo'lib, uning to'rtta davri farklanadi:

1 davr - dastlab yallig'lanish boshlangan joyda qon tomirlarida qon aylanishi kuchayadi va bu holat 1-2 kun davom etadi (qon dimlanish davri). Bu davrda yallig'lanish soxasida nafas olish shovkini susayib eshitiladi va doimiy bulmagan krepatatsiya paydo bo'lishi mumkin

2 davrida - qizil qon tanachalarining diapidez yo'li bilan to'qimalarga, alveolalarga o'tishi natijasida o'pka to'qimasi kattiklashadi va shuning uchun perkutor tovushning susayganligi, eshitib kurilganda esa shu joyda nafas olishning kuchayishi (bronxial nafas) eshitiladi.

Kasallikning bu davri ham 2-3 kun davom etadi. Bemorning axvoli yana ham og'irlashib, burun qanotlarining kerilishi, lablarda uchuqlarning paydo bo'lishi, yonoklarining qizarishi kabi belgilar kuzatiladi. O'pkada xirillashlar aniklanmaydi.

3 davrda - 4-7 kun mobaynida nafas olish yaxshilanib boradi, bronxofoniya (bemorning elkasiga kaftlarni kuyib turganda nafas olish jarayoni sezilishi) yanada kuchayadi. Bemorning tana xarorati keskin tushib, yo‘tal ko‘payadi. O‘pkani eshitib kurilganda, bir tutam sochni barmoklar orasiga olib ishqalanganda kelib chiqadigan tovushni eslatuvchi ko‘p miqdordagi nafas xirillashlarni eshitish mumkin.

4- tuzalish davrida nam yo‘tal kuchayib, balg‘am ajralib chiqa boshlaydi, bemorning tana harorati mo‘tadillashib, chiroyi ochila boradi. Auskultatsiya yordamida ko‘plab har xil xajmdagi nam xirillashlarni eshitish mumkin. Odatda bemor 1-2 hafta davomida darddan forig‘ bo‘ladi. Krupoz zotiljamning davriy hollarda kechishi keyingi vaktlarda antibiotiklarni keng ko‘lamda qo‘llash tufayli tobora kam uchraydigan hol bo‘lib kolmokda. Hozirgi davrda ko‘prok uning abortiv yoki atipik turlari uchrab, bunda o‘pkaning butun bir bo‘lagi emas balki bir nechta segmenti zararlanganligi aniqlanmoqda. Keyingi yillarda kasalliklarni tashxisi yaxshilanib, o‘z vaktida antibiotiklarning qo‘llanilishi bolalarda plevrit, o‘pka absessi, perikardit, miokardit, meningit, osteomielit kabi asoratlarning oldini olish imkoniyatini bermokda.

Interstitsial pnevmoniya.

Asosan viruslar, pnevmotsistlar, mikoplazma va zamburug‘lar tomonidan chaqirilib, ko‘pincha chaqaloq bolalarda, ular chala tug‘ilgan bo‘lsa, yoki gipotrofiya, anemiya bilan kasallangan nimjon bolalarda rivojlanadi. Interstitsial zotiljamda bemorning umumiy axvoli juda tez og‘irlashadi, burun kirralari kerilib, nafas olishi shovqinli bo‘ladi, lab atrofi va yuzda kukarish kuzatiladi. Xurujsimon chuziluvchan, og‘ir yo‘tal kelib chikadi. SHunisi uziga xoski, bu holda bemorning axvoli og‘ir bo‘lishiga karamasdan o‘pkada perkutor va auskultativ uzgarishlar kamrok topiladi: nafas olish biroz susaygan, onda-sonda nam va dag‘al quruq xirillashlar eshitiladi. CHunki asosiy jarayon o‘pkaning oralik kushuvchi to‘qimasida boradi va bu hol rentgenologik tekshirish usuli bilan ham aniklanishi mumkin. Interstitsial zotiljam etiologik omiliga bog‘liq holda 1-2 xaftadan, (xususan pnevmotsistali zotiljam) to 1-2 oygacha davom etadi.

DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKA

Pnevmoniyalarni ko‘pincha bronxit, bronxiolitdan farqlash kiyinchilik tugdiradi. O‘tkir bronxiolit mayda bronx va bronxiolalarning yallig‘lanishi bo‘lib, klinik jixatdan nafas etishmovchiligi bilan xarakterlandi.

O‘tkir pnevmoniyadan farqli holda o‘tkir bronxiolit klinikasiga quyidagilar xarakterli:

1. Tana xarorati 38°S gacha ko'tariladi va ko'pincha normal yoki subfebril.
2. Nafas etishmovchiligi belgilari yuqori nafas yo'llari obstruksiyasi fonida, Hansirash ekspirator xarakterda.
3. Palpatsiyada uzgarishlar yo'q.
4. Perkussiyada o'pka tovushi kutichasimon, zararlanish ustida turgun bulmagan tumtoklashuv.
5. Auskultatsiyada nafas chikarish uzaygan, mayda va o'rta pufakchali jarangsiz ho'l xirillashlar.
6. Rentgenologik tekshiruvda o'pka surati kuchaygan, obturatsion emfizema xisobiga.

O'pka *tuberkulezi (sil)*-dan differentsiatsiya kilishda anamnez (sil bilan og'rigan bemor bilan qontaktda bo'lish, silga qarshi emlashlar, biologik probalar xakteri, temperatura), kliniko-rentgenologik tekshiruvlar, biologik sinamalarga ahamiyat beriladi. SHubxali holatlarda Mantu sinamasi, Pirke reaksiyasi, Kox probasi kuyiladi. Tuberkulez ko'pincha o'pkaning yuqorigi bulagini, SZ esa o'rta va pastki bo'laklarini zararlaydi. Tuberkulezning infiltrativ formalari uchun rentgenogrammada aniq konturli yumaloq yoki oval infiltratlar kalsifikatsiyalangan o'choqlar, qalinlashgan bo'laklararo plevra bo'lishi xos.

DAVOLASH

Kasallikni barvakt aniklab o'z vaqtida davolay boshlash zotiljamning kechishida katta ahamiyat kasb etadi. Davolash ishlari uy va shifoxona sharoitida olib borilishi mumkin. Kasallikning og'irroq kechish ehtimolini hisobga olgan holda chakaloklar, ayniksa chala tug'ilgan, tug'ilish jarayonida asoratlar olgan bolalar, uy-joy sharoiti qonikarsiz, hamda ota-onalarning sanitariya-tibbiy saviyalari etarli emas, deb topilgan bemorlarni davolash uchun shifoxonalarga joylashtirish shart. Umuman 1 yoshgacha bo'lgan barcha bolalar zotiljami shifoxonalarda davolanishi maqsadga muvofiq. Boshqa hollarda zotiljamni pediatr va tibbiyot hamshirasi kuzatuvchi ostida uy sharoitida davolash ma'kul, chunki bu bolaning boshqa xildagi yuqumli omillarni qayta yuqtirishdan saqlaydi. Mana shu sababli ham bemorlarni alohida bokslarga joylashtirish ayni muddao. SHifoxonada xonalar bemorlar bilan bir vaktida to'lg'azilishi, hamda zotiljamning etiologiyasi aksariyat virusli ekanligi xisobga olib bir biridan yuqmasligi uchun kuniga 2-3 maxal bolalarning burniga interferon tomizib turishi lozim. Zotiljamni davolash ishi bemor organizmining o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olish va ayni paytda kasallikning kechishi, uning asoratlarini nazarda tutgan holda ko'p qirrali bo'lmog'i lozim. Bemor bolaning

parvarishi ham zotiljamni davolashda muhim ahamiyatga egadir. Issiq iqlim sharoitida, ayniksa, yoz paytida suyuqlik miqdori 10-20% ga oshirilishi lozim.

Zotiljamning kechishida asosiy ko'rsatgich bo'lgan nafas faoliyati etishmovchiligini I darajasini davolash uchun aksariyat hollarda xonaning havosini kuniga 4-5 marta - xonada havo xarorati 18-20°S gacha pasayguncha shamollatish etarli bo'ladi.

Nafas olish faoliyatining buzilishi II-III darajalarida esa havo tarkibidagi kislorod miqdori 30-60 % bo'lguncha boyitilib, bemorga beriladi. Namlangan (suv, spirt orqali o'tkazilgan) kislorodni Bobrov apparati orqali hidlatish keng qo'llaniladi. Kislorodni bolaga kislorod chodirchasida yoki boshka kislorodni o'lchab o'tkazuvchi asbob yordamida berish shubhasiz yaxshi natija beradi. Bundan tashqari, bolaning to'shakka yotish vaziyatini vakt-vakti bilan almashtirib, lozim bo'lsa, nafas yo'llarini so'rg'ich yordamida shilimshiq moddalardan tozalab turish ham muhimdir.

Nafas etishmovchiligini davolashda bolaning umumiy axvoli tomonidan monelik bo'lmasa (isitma, zotiljamning og'ir asoratlari bo'lmasa), toza havoda sayr qilishning ahamiyati kattadir. Sayr qilishni havo harorati 10-15°S bo'lgandan boshlab, keyinchalik har 2- 3 °S past bo'lgan sharoitda va undan pastiga ham moslashtirib borish zarur, YOshi 3-12 oylik bemorlarni havo xarorati -5° S dam, 1-3 yosh bolalarni esa -10°S dan past bo'lgan hollarda sayr kildirish mumkin.

Zotiljamning yuqumli omillarga bog'liq ekanligini xisobga olib, kasallik aniqlangan zahotiy oq antibiotiklar tayinlanadi. Qaysi antibiotikni qo'llash ayni muddao ekanligini bilish, uchun etiologik omilni va uning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash lozim. Bu esa 2-3 kun vakt talab etadi. SHuning uchun ham davolash aksariyat keng ko'lamda tasir ko'rsatuvchi antibiotiklardan boshlanadi. Ammo ba'zan kasallik manzarasi va epidemiologik vaziyatdan kelib chikib, taxminan etiologik omilni mo'ljal qilish va antibiotiklar bilan davolash koidalaridan biri - bola organizmida ushbu doriga o'ta sezuvchanlik yo'qligiga ishonch hosil qilingach, antibiotiklar tayinlanadi. Ayrim antibiotiklar o'zining xususiyatlari tufayli extiyotkorlik talab etadi: Masalan, streptomitsin, kanamitsin, gentamitsin, monomitsin eshituv a'zolari va buyrakka zarar etkazadi, shuning uchun ular erta yoshdagi bolalarni davolash uchun ishlatilmasligi lozim, shuningdek, ilikdan qon ishlab chikarishni pasaytiruvchi levomitsitinni chakaloklarni davolash uchun ishlatish nomakbuldir. Hozirgi paytda bolalarni davolash ishida zararlash darajasi yuqori bo'lganligi tufayli tetratsiklinlar amalda o'z ahamiyatini to'liq yo'qotdi.

Davolashdan natija yaxshi bo'lishi uchun antibiotiklarni eng kamida 5-7 kun, ammo ko'pi bilan 10-14 kundan oshirmasdan qo'llash kerak. Agar kasallik og'ir kechayotgan bo'lsa, dorilarni mo'shak orasiga yoki vena qon tomiriga yuborish,

kasallikning engil shakllarida esa ichishga buyurilish lozim. Kasallik og'ir, asoratli kechayotgan hollarda ikkita antibiotik omuxta holda ishlatilishi maksadga muvofiqdir. Antibiotiklar omuxta holda qo'llanilganda ularning o'zaro ta'siri hisobga olinishi kerak. SHunday qilinmasa, omuxta ishlatilgan antibiotiklar o'zlarining nomakbul ta'sirini kuchaytirib, bemorga yordam o'rniga zarar etkazishi mumkin.

Antibiotiklar zotiljamni chaqirgan yuqumli omilga ta'sir kilish bilan bir katorda, organizmdagi odatdagi mikroorganizmlar muvozanatini buzib, zamburuglar (kandidoz) rivojlanmasligi uchun, ayni paytda nistatin (50-100 ming birlik kuniga 3-4 marta) yoki levorin (80-100 ming TB) tayinlansa ma'kul bo'ladi.

Zotiljam engil va o'rta og'irlikda kechayotgan bo'lsa, 1-1,5 yoshdan oshgan bolalarni sulfanilamid dorilar bilan davolash joizdir. Eng yaxshisi 3 yoshgacha bo'lgan bolalarga kuniga vaznining xar bir kg ga 0,2 gr dan, kattarok yoshdagilarga esa kuniga 2-3 gr dan sulfadimezin yoki sulfadeazalin 4-5 martaga bo'lib, 8 soatlik tungi tanaffus bilan 5-6 kunga tayinlashdir. Sulfanilamidlar bilan davolanganda, bolaga ko'prok suyuqlik ichirish lozim. Bu dorilarning antibiotiklar bilan omuxta holda ishlatish mumkin. Sulfanilamidlarning uzok vakt ta'sir kiluvchi turlari (sulfadimetoksin va sulfamonometoksin) kuniga atiga bir marta: 1 kuni 0,025 gr/kg, keyinchalik esa 0,0125 gr/kg mikdorda tayinlanadi. Bu dorilar, ayniksa, antibiotiklarga bo'lgan o'ta sezuvchan bemorlarni davolash uchun juda qo'l keladi.

Zotiljamni davolash jarayonida nafas olish faoliyatidan tashqari boshqa a'zolarining faoliyatiga ham jiddiy e'tibor talab kiladi. Kasallik og'ir, asoratli kechgan hollarda bolaning tana harorati yuqori bo'lsa, uni echintirib, badanini 35 – 36 ° li iliq suv bilan ishqalamasdan artish, bo'yin va son soxasidagi yirik qon tomirlarining ustiga yupqa buyumga o'ralgan muz quyish foydalidir. Bunday paytda paratsetamol 10 – 15 mg/kg tana vazniga rektal yoki ichishga beriladi.

Bolalarda talvasa bo'lganda diazepam yoki paraldegid dori vositasini rektal yuborish lozim. Ampuladan dori vositani tuberkulin shprintsiga (1 ml) bola vazniga va yoshiga qarab olish kerak. Ignani shprintsdan chiqarib, shprintsni bolaning to'g'ri ichagiga 4 – 5 sm chuqurlikda kiritib eritmani yuborish kerak. Dumbalarni birlashtirib bir necha daqiqa ushlab turish kerak.

Agar bemorda astmatik sindrom belgilari kuzatilsa, dimedrol, suprastin, eufillin tayinlanishi lozim. Aksariyat holda antigistamin preparatlar va eufillin bilan birga ishlatiladi:

HOZIRGI ZAMON DAVOLASH USULLARI

CHaqaloqlar PNEVMONIYASINI ANTIBAKTERIAL TERAPIYASI

Pnevmoniy a formasi	Etiologiya	Tanlangan preparati	Alternativ
Tugʻma pnevmoniya	Streptokokki gr V, S, D, ichak tayoqchasi, klebsiella, stafilokokklar, listeriyalar, mikoplazma, ureaplazma, oq spiroxeta, viruslar, Kandida zamburugʻlari, anaeroblar	Amoksatsillin+aminoglikozid; Ampitsillin+aminoglikozid	sefotaksim+aminoglikozid seftazidim+aminoglikozid eritromitsin, azitromitsin, penitsillin, ekzarsillin metronidazol, linkomitsin
IVL bilan Assotsirlangan erta pnevmoniya	Oʻsha	Oʻsha	Oʻsha
IVL Bilan assotsirlangan kechki pnevmoniya	Pseudomonadы, serratsii, klebsiellы, stafilokokk, mikoplazma, xlamidiya	Seftazidim+AG; Sefapirozon+AG; Azlotsillin+AG Piperatsillin+AG	Vankomitsin Karbopenemы Eritromitsin, azitromitsin, midekamitsin, diflyukan, trimetaprim-sulfosalozol, Rifampitsin, Tekoplamin

SHifoxona ichidagi pnevmoniyani davolashda birinchi ANTIBIOTIKning tanlanishi

Pnevmoniya boshlanguncha terapiya oʻtkazilishi	Tavsiya etiladigan davo
Davolanmagan	penitsillin, ampitsillin m/o
Penitsillin	oksatsillin, linkomitsin, sefalosporin 1 - avlodi
Sefalosporin 1- avlodi	Penitsillin, ureidopenitsillin

gentamitsin va aminoglikozid	
Gentamitsin	Aminoglikozidlar, Sefalosporinlar 3-4 avlodi, xinolinlar
Kombiniirlangan:zamburug‘ga qarshi	Sefalosporinlar 3-4 avlodi, ureidopenitsillin va aminoglikozidlar
ureidopenitsillin, rifampitsin; aminoglikozidlar katta dozalarda	gentomitsin 15mg/kg/sut yoki amikatsin 30- 50mg/kg/sut

6 yoshgacha bolalarda shifoxonadan tashqari pnevmoniyada start preparatni tanlash

Bola yoshi, pnevmoniya formasi	Etiologiya	Start preparat	Samara bermaganda almashtirish
1-6 oy, tipik pnevmoniyada	Koli inf, enterob.staf Pnevmonokok	Ichishga: penitsillin v/i, m/o, ampitsillin+ oksatsillin, penitsillin yoki sefazolin	v/i, m/o: sefuroksim, seftriakson, sefatoksim, boshqa aminoglikozid, linkomitsin, vankomitsin, karbopenemlar
1-6 oy, atipik	Klostridiya, mikoplazma, ureaplazma	Ichishga – makrolid	Ichishga: ko-trimaksazol
6 oy-6 yosh, tipik asoratlanmagan	Pnevmonokok	Ichishga: amoksa tsillin, ospen, makrolid	Ichishga: penitsillin guruhi, sefalosporin 2-avlod, m/o, v/i,

Profilaktikasi:

Oldini olish tadbirlari. Zotiljamning oldini olish quyidagi tadbirlarni o‘z ichiga oladi: bola organizmining yuqumli omillarga chidamligi ko‘p jixatdan to‘g‘ri

ovkatlantirishga bog'liq ekanligini xisobga olib, go'dak bolalarni ona suti bilai taminlash raxitning oldini olish va bolada raxit rivojlangan bo'lsa, uni to'g'ri davolash bolaning toza havodan etarli baxramand bo'lishini ta'minlash, uni jismoniy tarbiya, suvli muolajalar, havo vannalarini kullash bilan davolashni davom ettirish tavsiya kiladi maxalliy oromgoxlarning ustunligi shundaki ularga yuborilgan bemorlar uchun moslashuv davri talab kilinmaydi.

Okibati:

Kasallikning okibati uning kandy og'irlikda kechishiga, vaktida va to'g'ri davolanishga, asaratlarning bor-yo'qligiga hamda o'pka va bronxlarning irsiy va tugma nuksonlarning mavjudligiga ko'p jixatdan bog'liqdir.

KULLANILGAN ADABIETLAR:

1. Bolezni organov dyxaniya u detey. Rukovodstvo dlya vrachey (pod red.S.V.Rachinskogo, V.K.Tatochenko), M., Meditsina, 1987, 496 S.
2. Detskie bolezni.- S.-Peterburg . N.P.Shabalov,2004 s.236-276.
3. Журналы "Pediatriya",1992,N7,s.32-35; 1993,N2,s.5-9,1994,N2,s.14-18; 1994,N2,s.25-28.
4. Lekcii po pediatrii Patologiya novorojdenных i detey rannego vozrasta, tom 2 , Moskva-2002
5. Pnevmoniya u detey/ Samsygina G.A., Dudina T.A-M.,2002.

MA'RUZA № 5

Ma'ruza mashgu'lotlarining ta'lim texnologiyasi

5– mavzu	BRONXOEKTATIK KASALLIK
-----------------	-------------------------------

Talim berish texnologiyasining modeli

Mashgulot vakti- 2soat	Talabalar soni : 20-60 gacha
Mashgulot shakli	Kirish – axborotli maruza
Maruza rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bronxoektatik kasallik talkini. 2. Bronxoektatik kasallik chakiruvchi xavfli omillar. 3. Bronxoektatik kasallikpatogenezi. 4. Klinik belgilari va diagnostikasi. 5. Bronxoektatik kasallik davolash usullari.

Ukuv mashg'ulotning maksadi: Talabalarga bolalarda bronxoektatik kasallik kechish xususiyatlari to'g'risida tushuncha berish . Bolalardagi Bronxoektatik kasallik etiopatogenezi o'rgatish va klinik ko'rinishi aniklay olish. Boskichli davolash tadbirlari. Kelajakdagi natijalarini o'rganish.	
Pedagogik vazifalar:	O'quv faoliyati natijalari:
Talabalarga bolalarda nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini o'rgatish. Turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baxolay olishni o'rgatish. Bronxoektatik kasallik aniklay olishni o'rgatish. Bronxoektatik kasallik etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni o'rgatish.	Talabalar bolalarda nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini, turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baxolay bilishi kerak. Bronxoektatik kasallik kasalligini aniqlay olishni, Bronxoektatik kasalligini etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni bilishi kerak.
Talim berish usullari	Ko'rgazmali ma'ruza, suxbat
Talim berish shakllari	Ommaviy jamoaviy
Talim berish vositalari	O'quv kullanma, proektor
Talim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baxolash	Og'zaki nazorat: savol-javoblar

Ma'ruza mashg'ulotining texnologik xaritasi.

Ish boskichlari va vakti	Faoliyat mazmuni	
	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	4. Mavzu buyicha ukuv mazmunini tayyorlash. 5. Kirish maruzasi uchun takdimot slaydlarini tayyorlash. 6. Talabalar ukuv faoliyatini baxolash mezonlarini ishlab chikish. Ukuv fanini urganishda foydalaniladigan adabiyotlar ruyxatini ishlab chikish.	
1.Mavzuga	1.1 Ma'ruza mashg'uloti mavzusi, uning	Tinglaydilar

<p>kirish (10 dakika)</p>	<p>maksadi va vazifalarini tanishtiradi. 1.3.Talabalar ukuv faoliyatini baxolash mezonlari bilan tanishtiradi (2- ilova). 1.4.Talabalar bilimlarini faollashtirish maksadida savollar beradi (3-ilova).</p>	
<p>2-boskich Asosiy boskich (65 dakika)</p>	<p>2.1.Power Point dasturi yordamida slaydlarni namoyish qilish va izoxlash bilan mavzu buyicha asosiy nazariy jixatlarini tushuntirib beradi. 2.2 Bolalarda bronxial astma kasalligini slaydlar yordamida tushuntiradi. 2.3. Talabalar bilimlarini faollashtirish va mustaxkamlash maksadida quyidagi savollarni beradilar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bronxoektatik kasallik tugrisida tushuncha • bronxoektatik kasallik chakiruvchi sabablarni ayting • bronxoektatik kasallik klinikasini aytib Bering. • bronxoektatik kasallik davosini tushuntiring 	<p>Tinglaydilar, YOzadilar, javob beradilar</p>
<p>3.YAkuniy boskich (5 dakika)</p>	<p>3.1 Mavzu buyicha talabalarda yuzaga kelgan savollarga javob beradi, yakunlovchi xulosa kiladi. 3.2. Mustakil ishlash uchun 8. <i>Mustakil ish .i – 5 s</i> mavzusini takdim etadi va internet asosida mazkur ukuv materialni ukib kelish vazifasini beradi.</p>	<p>Savollar beradilar, vazifani yozib oladilar.</p>

MA'RUZA MATNI

BRONXOEKTAZIYA KASALLIGI

Bronxoektaziya bronxlarning patologik kengayishi bilan kechadigan surunkali yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, o‘pka parenximasini pnevmosklerozga olib keladi. U

har xil darajada, kam silindrik deformatsiyadan tarqalgan dag'al xaltasimon (qopsimon) ektaziya gacha bo'ladi. Patologik kengaygan bronxlar drenaj funksiyasining buzilishi infeksiyalangan balg'amning turib qolishiga sharoit yaratadi. Yiringli jarayon asosan zararlangan bronxlarda ifodalangan bo'ladi. Bronxitlar esa tarqoq ravishda deformatsiyalangan bronxlarga ham tarqalishi mumkin. O'pka to'qimasida ham o'zgarishlar bo'ladi, bu keyinchalik sklerozga va shu zararlangan sohaning gaz almashinuvida ishtirok etmasligiga olib keladi.

Bronxoektaziyaning uchrashi 0,5—1,7% gacha tashkil etadi. U ko'proq yosh bolalarda, jumladan 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda 50%, 10 yoshgacha bo'lgan bolalarda 70—75% ni (hamma kasallar sonidan), 20 yoshdan oshganlarda 8% ni tashkil qiladi. Kasallikning asosiy qismini orttirilgan bronxoektaziya tashkil qilib, ko'proq ular yoshlikda o'tkazilgan surunkali zotiljam natijasi hisoblanadi.

O'tkir zotiljamning surunkali zotiljamga o'tishiga quyidagi omillar moyillik qiladi:

kech boshlangan yoki tugallanmagan davolash;

antibiotiklarni to'g'ri qabul qilmaslik;

yomon ovqatlanish; qo'shimcha yo'ldosh kasalliklar (bronxit, gipotrofiya) va ba'zan qizamiq, ko'kyo'tal va gripp bilan bog'liqlik. Bunday virusli zotiljam ko'proq o'pkaning atelektazi bilan kechib, surunkali yallig'lanishning kelib chiqishida ma'lum o'rinni egallaydi. Buni N. F. Filatov ham ko'rsatib o'tgan. Bronxoektaziya bilan kasallangan ko'pgina bolalarda burunning yondosh bo'shliqlarida (gaymorit, frontit, etmoidit) yoki burun-halqumda (tonzillit, adenoid) kasalliklar aniqlanadi. Bu infeksiya o'choklari kasallikni uzoq va surunkali davom etishida va bronx-o'pka to'qimasida surunkali jarayonning kelib chiqishida muhim o'rinni egallaydi. Ba'zi hollarda bronxoektaziyalar paydo bo'lishining dastlabki bosqichi surunkali bronxit hisoblanadi. U bronxlarda deformatsiya, peribronxial va interstitsial to'qimalarda yallig'lanish rivojlanishiga olib keladi. Ba'zi hollarda o'pka to'qimasidagi yallig'lanish jarayoni skleroz va bronxlarda ikkilamchi deformatsiyaga sabab bo'ladi. Orttirilgan bronxoektaziya bronxlarning yot tanachalari hisobiga bo'lishi mumkin (ayniqsa, olib tashlanmagan organik yot jism bo'lsa). Bundan tashqari orttirilgan bronxoektaziya o'pka sili va spetsifik limfadenit bilan bog'liq bo'ladi. So'nggi paytlarda bronxoektaziyaning kelib chiqishida me'da osti bezining kistoqli fibrozi (mukovissidoz) katta o'rin tutadi deb hisoblanadi. Bunda nasliy kasallik natijasida ovqat hazm qilish, nafas yo'llari bezlarining sekretsiyasi buziladi.

Bezlar shilliq ishlab chiqaradi. Bu shilliq bezlari chiqaruv yo'lini berkitib qolmasdan, balki a'zolar bo'shlig'ini to'ldirib qo'yadi (ichak, bronx).

Bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi va infeksiyalanishi atelektaz va bronxoektaziyaga olib keladi. Ba'zi hollarda kasallik bronx-o'pka to'qimasining

tugʻma nuqsonlari natijasida ham kelib chiqadi.

Bronxoektaziya olib keluvchi rivojlanish nuqsonlarining 2 ta turi farqlanadi:

1) bronxlarning distal va respirator qismi ageneziyasi, birlamchi bronxlar tutami amputatsiyasi, embriogenezning dastlabki bosqichlarida shoxlanishdan toʻxtab qolishi;

2) bronxiolalar katta bronxlardan ajralgan, oʻrta bronxlar generatsiyasining katta qismi boʻlmaydi: alveolyar parenxima miqdori reduksiyalangan, bunday rivojlanish nuqsoni quyi tabaqali umurtqalilar oʻpkasini eslatadi (amfibiya, qushlar).

Tugʻma bronxoektaziyalar koʻproq dagʻal xaltasimon yoki kistasimon kengaygan turda boʻladi (oʻpka polikistozi). Tugʻma rivojlanish nuqsoniga Kartagener sindromi ham kiradi, u uchlik simptomi bilan xarakterlanadi: bronxoektaziya, surunkali sinusit va aʼzolarning notoʻgʻri joylashishi. Postnatal rivojlanish nuqsoni natijasida yoki dizontogenetik kelib chiquvchi bronxoektaziyalar farkdanadi. Dizontogenetik bronxoektazlar koʻpincha tugʻma atelektaz natijasida kelib chiqadi.

Oʻpka toʻqimasi atelektaz sohasida differensiyalashmaydi, qattiqlashadi, hamma jarayonlar toʻxtaydi. Bronxlar naysimon bez **shaklida oʻsa** boshlaydi va dizontogenetik bronxoektaz koʻrinishida **yuzaga** keladi. I. K. Esipov va I. G. Klimovich klinik-morfologik tekshirishlariga koʻra, bolalarda orttirilgan bronxoektaziyalar 58%, dezontogenetik — 18%, tugʻma — 24% uchraydi. **Bolalarda** bronxoektaziyaning patogenezida uning kelib chiqishiga **bogʻliq** boʻlmagan holda quyidagi umumiy holatlarni koʻrsatish **mumkin**:

Tugʻma nuqson yoki orttirilgan oʻzgarishlar natijasida **patologik kengaygan** bronxlar drenaj funksiyasining buzilishi, **balgʻam yigʻilib** qolishi, bronxlar oʻtkazuvchanlikning buzilishi. **Doimiy** infeksiyalanish bronx-oʻpka toʻqimasidagi yalligʻlanish **jarayoni yanada** chuqurlashishiga olib keladi.

Bolalarda koʻproq uchraydigan turi atelektazik bronxoektaziya **boʻlib, u 30—50%** ni tashkil qiladi. Bunda makroskopik koʻrganda **oʻpka yoki uning** boʻlaklari kichraygan, ushlab koʻrganda qattiq. **havosiz, nafas** olganda kengaymaydi, koʻmir pigmenti yoʻq, kesilganda atelektazlashgan va fibrozlashgan toʻqima orasidagi joyda **kista**, gʻalvirsimon oʻpka turidagi bronxoektazlar aniqlanadi.

Tugʻma bronxoektazlarda boʻshliq biroz kattaroq boʻladi. **Bunday** hollarda morfologik tomondan dezembriogenez belgilarini **aniqlash** mumkin. Baʼzi hollarda makroskopik boʻlak normal koʻrinishi mumkin, lekin koʻproq pigment kamaygan, nafas olganda kengayishi chegaralangan boʻladi. Qoʻl bilan koʻrganda emfizemalangan sohalar bilan almashinuvchi, qattiqlashgan va qeng deformatsiyalangan bronxlar aniqlanadi. Baʼzan butun boʻlak emfizema holida

bo‘lib ko‘rinadi. Segmentar, subsegmentar va bo‘lak bronxlarini kesib ko‘rganda silindrik, qopsimon yoki shoxsimon bronxoektazlar borligini va bronx devorida o‘pka to‘qimasida surunkali yiringli yallig‘lanish belgilari aniqlanadi. Zararlangan o‘pka sohasining nerv to‘qimalarida, qon va limfatik tomirlarda ham- patologik o‘zgarishlar bo‘ladi. U bronxoektaziyaning quyidagi tasnifi maqsadga muvofiq:

- 1) kelib chiqishiga qarab — orttirilgan,. dezontogenetik, tug‘ma;
- 2) forma turiga qarab — silindsimon, xaltasimon, kista-simon;
- 3) tarqalishi bo‘yicha — bir tomonlama, ikki tomonlama, keng (9—10 segmentdan ko‘p), kamroq — bo‘lak va segmentni ko‘rsatgan holda;
- 4) jarayonning fazasiga qarab — zo‘rayish, remissiya.

Tashxisda albatta yurak va nafas etishmovchiligi borligi, darajasi, qo‘shimcha kasalliklar va asorati ko‘rsatilishi kerak.

Klinikasi. Bolalarda bronxoektaz kasalligining klinikasi birinchi navbatda zararlanish kengligi va yurak qontomir sistemasi, nafas funksiyasining buzilishi, kompensatsiya darajasi bilan aniqlanadi. Agar bronxit zararlangan sohadan tashqariga chiqmasa, u mahalliy, o‘pkaning qo‘shni bo‘laklar bronxlariga tarqalgan bo‘lsa, diffuz hisoblanadi. Diffuz bronxit ma‘lum darajada kasallik kechishini og‘irlashtiradi. Ko‘pgina bolalar anemnezida emizikli yoki ilk yoshida boshlangan zotiljamning qaytalanishi qayd qilinadi.

Bog‘cha yoshidagi bolalar ko‘proq yuqori nafas yo‘llarining kataral yallig‘lanishi, bronxit, zotiljam bilan ko‘p kasallanadi-lar. ;Ba’zi bemorlarda esa ishtaha pasayishi, tez charchash, terlash, jismoniy ish qilganda hansirash belgilari namoyon bo‘ladi. Bolalarda ajralayotgan balg‘am miqdoriga qarab o‘pkadagi jarayonning og‘irlashishini aniqlab bo‘lmaydi, chunki bolalar balg‘amni yutadi. Remissiya davrida tana harorati normal yoki subfebril, ba’zi hollarda birdan ko‘tarilishi mumkin. Zo‘rayish davrida harorat reaksiyasi kuchli ifodalangan bo‘ladi. Bolalarda hozirgi paytda og‘ir asoratlangan turlari: qon tuflash, qon ketishi, sassiq balg‘am ajralishi kam uchraydi. Agar jarayon bitta yoki ba’zan ikkita bo‘lakda joylashgan bo‘lsa, bolalarning jismoniy rivojlanishiga qarab surunkali yiringli jarayon borligini gumon qilish qiyin, ammo bunda faqat teri qoplamlari bir oz oqarganligini aniqlash mumkin, Ikki tomonlama o‘pkaning surunkali yallig‘lanishi og‘ir kechadi va bu 25—30% ni tashkil qiladi. Kasallikning keng zararlanish turi bo‘lsa, bemor jismoniy rivojlanishdan ancha orqada qoladi, ishtahasi pasayadi. Tirnoq falangalari deformatsiyalangan, «nog‘ora tayoqchalari» ko‘rinishida, tirnoq yuzasi «soat oynasiga» o‘xshab qoladi. Kasallik qancha uzoq davom etsa, ko‘rsatilgan belgilar shuncha ifodalangan bo‘ladi. Ularning rivojlanishi surunkali gipoksiya bilan bog‘liq. Bitta o‘pkaning total zararlanishi hisobiga shu tomoni nafas olishdan orqada qolishi va ko‘krak qafasiningassimetriyasi kuzatiladi. Bronxoektaziyaga xos perkussiya natijalari

ko'pincha o'pkaning zararlan-gan sohasi pnevmoskleroz va atelektaz holatda bo'lganida, o'pkaning orqa pastki qismlarida esa perkutor tovushning to'mtokdanishida anikdanadi. Auskultatsion tekshirish orqali o'pkaning zararlangan qismlarida har xil kalibrli quruq va nam xirillashlar, ayniqsa yo'tal paytida kuchli eshitiladi. Bronxoektaziyaning to'g'ri va ishonchli bakteriologik belgilari kengaygan bronxlarga to'g'ri keluvchi atelektaz yoki yacheykasimon oqarish va halqali-g'alvirsimon soya hisoblanadi. Bronxoektaziya bunday rentgenologik o'zgarishlar 1/3 bemorlarda aniqlanib, ko'proq o'pkaning pastki, kamroq o'rta bo'laklari va tilsimon segmentlar zararlanadi. Odatda atelektazlar bir tomoni ko'ks oralig'iga qaragan uchburchaksimon soya sifatida ko'rinadi. O'pkaning total kasallanishida ko'krak qafasining shu qismi kichrayishi qovurg'alar oralig'ining torayishi, shu o'pka maydonining ko'p yoki kam qorong'ilashishi, ko'ks oralig'ining zararlangan tomonga surilishi kuzatiladi. Rentgenografiyada boshqa belgilar bronxoektaziya uchun ham ahamiyatli. Ularga o'pka ildizining kengayishi, zararlangan sohada o'pka tasvirining deformatsiyasi, bo'laklararo plevraning qalinlashishi, yoki shu sohalar obliteratsiyasi kiradi. Diagnostikada kontrast usul bilan tekshirish muhim ahamiyatga ega (bronxografiya). Diagnostik bronxoskopiya yordamida bronxografik tekshirish o'tkazishga ko'rsatma aniqlanadi. Bolalarda bronxoskopiyaning qisqa ta'sirli miorelaksant usuli qo'llanib, narkoz ostida o'gkziladi. Bronxoskopiya qilishda bola yoshiga qarab tubusni to'fi tanlash zarur. YOshiga qarab nay diametri aniqlanadi. Bundan tashqari, tubus tanlashda o'ziga xos har xil ovoz yorig'i va patologik jarayonlar xususiyatini hisobga olish lozim.

YOshi	Diametri (mm)
1 yoshgacha	5
1-3 yosh	6-7
3-5 yosh	7-8
5-8	8-9
8-11	9-11
11-14	12

Bronxoskopiya o'tkazishdan oldin bronxlar shakllanishini yaxshi bilish kerak. Tekshirish narkoz paytida va relaksantlar orqali aspiratsiyaning oldini olish uchun ham o'tkaziladi. Miorelaksantlar vena ichiga yoki venasi yaxshi ifodalanmagan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda til ostiga yuboriladi. Bola orqasi bilan yotqiziladi. Bronxoskopiya o'tkazishning asosiy sharti to'liq relaksatsiyaga erishib, oldindan sun'iy ventilyasiya o'tkazishdan iborat. Bolalarda bronxoskopiya laringoskop

yordamida o'tkaziladi. Traxeyagabronxoskopiya tubusi kiritilgandan boshlab, u orqali kislorod narkotik aralashma bilan kuchli ventilyasiya o'tkazish boshlanadi. Tubus mustaqil nafas olish tiklangandan keyin tortib olinadi.

Bronxoskopiya o'tkazilgandan keyin 6—12 soat davomida ovoz bog'lami ostida bo'shliq shishi asorati bo'lishi mumkinligini hisobga olib, muolajadan keyin bemorni kuzatib turish kerak. Bronxial daraxtning shoxlanishini vizual tekshirish, balg'amni bakteriologik tekshirish zarur. Bronxoskopiya ma'lum bronxlardan yiringli ajralmalar ko'p miqdorda ajraladi va ular elektroso'rg'ich bilan tortib olinib, bronxlar antiseptik eritmalar, antibiotik va mukolitik vositalar bilan yuviladi. Bolalarda bronxoektaziya tashxisini quyishda bronxofafiya asosiy usul hisoblanadi. Bronxografiya narkoz ostida bajariladi. Muolaja oldidan 1—2 hafta davomida bemordagi yallig'lanish jarayoni jadal davolanadi.

Braxeobronxial daraxtni maksimal sanatsiya qilinadi. Ba'zi hollarda yiringli ajralma miqdori ko'p bo'lganligi uchun bronxografiya oldidan maqsadga muvofiq bronxoskopiya o'tkaziladi, balg'am bronxlardan tortib olinadi. Bolalarda bronxografiya suvda eruvchi kontrast modda yordamida o'tkaziladi. Masalan, propilyodol tez so'riladi va tez organizmdan chiqariladi.

YOg'li kontrast moddalar (yodolipol) o'pka to'qimasida uzoq ushlanadi, faqat zararlangan o'pkada emas, balki sog'lom o'pka sohasida ham. Rentgenoskopik kontrolsiz narkoz ostida bronxografiya usulida vena ichiga relaksant yuborilgandan so'ng 1 — 1,5 daqiqa davomida niqob orqali giperventilyasiya o'tkaziladi, keyin bemor intubatsiyalanadi. Apnoe vaqtida intubatsion nay orqali traxeyaga kateter yuboriladi. Kateterni o'ng yoki chap bronxda ekanligini aniqlash uchun kateterga Richardson balloni biriktiriladi va havo yuboriladi. Apnoe paytida fonendoskop bilan o'pka eshitiladi va yuborilayotgan havo shovqini ko'krak qafasining o'ng yoki chap qismida eshitiladi. Kateterga shprints biriktirilib kontrast modda yuborila boshlanadi. To'ldirish pastki bo'laklardan boshlanadi, keyin kateter orqaga tortiladi, kontrast modda yuborish davom ettiriladi. Bu modda yuborilayotgan vaqtda bemorni tekshirilayotgan tomoni bilan yotqiziladi va shu holatda birinchi rentgenogramma qilinadi. Ikkinchi rentgenofamma yotgan holatda olinadi. Apnoe vaqtida narkoz apparatining xaltasiga ko'p miqdorda kislorod yuboriladi. Diffuzion nafas olish apnoeni 3—5 minutga uzaytirishga imkon beradi. Bunda esa bir o'pkani tekshirish uchun 2—3 daqiqa vaqt ketadi. Kontrast modda so'rib olingandan so'ng, ventilyasiya o'tkazilib, keyin normal o'pkani tekshirishga o'tiladi. Kontrast moddani miqdorini hisoblash uchun quyidagi sxemadan foydalaniladi: yoshiga — 4 ml. Bu miqdorning yarmi pastki bo'lakka, ikkinchi yarmi kateterni ozgina tortib yuboriladi. Kateterni tortish masofasi: 1 yoshdan kichiklar uchun -1,5 sm, 2-3 yoshga 2 sm, 4-7 yoshga 3—4 sm, 8-12 yoshga 5—7 sm, 13—15 yoshga 10—12 sm.

Bronxogrammada bronx daraxtining har xil turdagi deformatsiyasi, bronxial stvolning silindrsimon va xaltasimon kengayishlari aniqlanadi. Bronxofafiya oʻtkazishdagi asoratlar narkozning notoʻgʻri borishi, uzoq apnoe davom etishi va yuborilgan kontrast moddaning toʻliq soʻrib olmaganligi bilan bogʻliq boʻlishi mumkin. Buning natijasi kam yoki koʻproq ifodalangan gipoksiya boʻladi. Teri qoplamlari rangining oʻzgarishi, bradikardiya kelib chiqishi yomon belgi hisoblanadi.

Oʻpkaning keng zararlanishida angiopulmonografiya va kichik qon aylanish doirasida qon bosimini oʻlchash, oʻpka sohalarining funksional holatini anikdash va operatsiya qilish mumkin yoki yoʻkdigini bilish uchun kerak. Bundan tashqari, deformatsiyalangan bronxitda va bronxoektaziyaning aralash shakllarida oʻpkaning gumon qilingan sohaları funksional holatini aniqlash uchun ham angiopulmonografiya qoʻllanadi. Bunda oʻpka qon tomirlarining konfastlanishiga asoslanib qon aylanish tezligi u yoki bu boʻlak zararlangani haqida fikr yuritiladi. Oʻpkaning sogʻlom sohalarida qon tomirlari kontrast modda bilan toʻlishining 3 holatini kuzatish mumkin: arterial, kapillyar va venoz, maʼlum vaqtdan keyin toʻlib boradi. Zararlangan sohalaridagi jarayonning chuqurligi va qanchalik ifodalanganligi bilan bogʻliq ravishda har xil oʻzgarishlar kuzatiladi (kontrastlashning hamma fazasi saklangan holda arterial tomirlarning qoʻshilishi, segmentar arteriyalarning torayishi va deformatsiyasi, venoz toʻrlar va kapillyar faza toʻliq yoʻqligigacha). Oʻpkada qon aylanishini baho-lash uchun radioizotop skanirlash ham qoʻllanadi (ssintopnevmoografiya). Bunda zararlangan oʻchoq sohasida radioaktiv modda kam yigʻiladi. Koʻproq chap oʻpkaning pastki boʻlagi zararlanadi. Bu pastki boʻlak bronxlarning drenaj va ventilyasiya sharoiti yomonligi bilan tushuntiriladi. Boshqa koʻrinishlarda oʻrta boʻlaklari pastki boʻlaklari bilan birga oʻng tomonda yoki pastki boʻlakning tilsimon segmenti bilan birga chap tomonda zararlanishlar uchraydi. Eng koʻp uchraydigan koʻrinishida pastki boʻlakning bazal segmentlari zararlanishi hisoblanadi. Bunda 6 segment sogʻlom qoladi. Bronxoektaziyaning ikki tomonlama jarayoni koʻpincha izolyasiyalangan pastki boʻlakda yoki 4—6 segmentlarda joylashishi mumkin. Bitta oʻpkaning total zararlanishi, ikkinchi oʻpkaning bazal segmenti yoki pastki boʻlak bronxoektaziyasi bilan birga uchrashi mumkin. YOt jismlar natijasida kelib chiqqan bronxoektaziya ham koʻproq oʻng tomonning pastki boʻlaklarida kuzatiladi. Bu oʻng bronxning kichkina burchak ostida ajralishi bilan bogʻliq. SHuning uchun yot jismlar oson bazal segmentlarga tushadi va shu sohalarida patologik jarayonning rivojlanishi kuzatiladi. YOt jismlar oʻz oʻrnini oʻzgartirishi hisobiga oʻpkaning boshqa sohaları, hatto ikkinchi tomoni ham zararlanishi mumkin.

Davosi. Xaltasimon, kistasimon va silindrik bronxoektazlar bilan ofigan

bemorlarni xirurgik usul bilan davolash samaralidir. Bu operatsiya zararlangan sohalarni rezeksiya qilishga asoslangan. Operativ davolashga ko'rsatmani anikdash bilan birga yurak qon-tomir sistemasi va tashqi nafas faoliyatiga ham ahamiyat berish kerak.

Operatsiya oldi tayyorgarligining hajmi va xususiyati zararlanishning tarqalganligi, intoksikatsiyaning ifodalanganligi, bronxit hamda boshqa a'zo va sistemalar tomonidan o'zgarishlar borligiga bog'liq bo'ladi. Bunda organizmning umumiy himoya kuchini oshirish katta ahamiyatga ega. Bemorlarga vitaminlar majmuasida ko'rsatmaga qarab plazma quyish, gamma-globulin yuborish buyuriladi. Operatsiya oldi tayyorgarligida traxeobronxial daraxtni tozalash va yiringli intoksikatsiyani kamaytirish asosiy o'rin tutadi. Postural drenaj ham yaxlit yordam beradi: kunira bir necha marta bola tanasining yuqori qismi karavotdan pastga qarab yotqiziladi. Bunday holatda balg'am yo'tal bilan ajralishi osonlashadi. Bronx mikroflorasiga to'g'ridan-to'g'ri ta'sir qilish uchun ishqor eritmalar va antibiotiklar bilan ingalyasiya muolajasi qo'llanadi. Sanatsiyaning eng samarali usuli qayta davolash uchun o'tkazilgan bronxoskopiyadir. Bronxoskopiyada kateter bilan bronx daraxtini tozalash mumkin, shoxlari aspiratsiya qilinadi. Bronxlarni furatsillin, mukolitik vositalar (ximopsin, ximotripsin) va ishqor eritmalar bilan yuviladi. Mikroflora sezgirligiga qarab antibiotik yuboriladi. Bronxoskopiya soni zararlanish hajmi, mahalliy yoki diffuz bronxit borligi, o'tkazilgan bronxoskopiya natijasi bilan aniqlanadi. Operatsiya oldi tayyorgarlik muolajalari kompleksida teri orqali traxeyani kateterlash ham qo'llanadi. Uning usuli quyidagicha: diagnostik bronxoskopiya paytida bo'yinturuq chuqurchasi uzuksimon tog'ay orasidan Dyufo ignasi bilan traxeyani punksiya qilinadi. Ko'z bilan ignani nazorat ostida traxeya bo'shlig'iga va pastga yuboriladi. Igna bo'shlig'idan ingichka polietilen kateter o'tkaziladi. Uni bifurkatsiya ustida to'xtatiladi. Igna tortib olinadi, kateterni ipak ipi va leykoplastir bilan bo'yinga mahkamlanadi. Traxeyada kateterning borligi, doimiy ravishda unga bir necha millilitr fiziologik eritma yuborish yo'talni kuchaytiradi. Mikrofloraning sezgirligini hisobga olgan holda antibiotiklar, mukolitiklar va ishqoriy eritmalar yuboriladi. Kateterni qo'yish muddati 1— 3 haftagacha. Kateterni olib tashlagandan keyin traxeyadagi jarohat tez bitib ketadi.

Bronxoektaziyaning konservativ davolash operatsiyadan oldin o'tkazilgan muolajalarni o'z ichiga oladi. Bundan tashqari sanatoriyda davolanish tavsiya etiladi. Bronx-o'pka to'qimasida qaytmas o'zgarishlar bo'lsa, konservativ davolash tadbirlari vaqtincha yordam beradi.

Bolalarda o'pka rezeksiyasi radikal, lekin tejamli bo'lishi kerak. Rezeksiya hajmi birinchi navbatda bronxografiya natijalariga asoslanadi. Keyingi paytlarda bolalarda pulmonektomiya kamayib, shu bilan birga segmentar rezeksiya qilish

ko'paymoqda. Ikki tomonlama zararlanishda xirurg taktikasi o'ziga xos e'tiborni jalb qiladi. Bunday bemorlarda radikal operatsiya ikki bosqichda o'tkaziladi. Ular orasidagi tanaffus 6—8 oy. Birinchi operatsiya ko'proq zararlangan tomonda qilinadi. Bitta o'pkasi total zararlangan va ikkinchisida chegaralangan bronxoektaz mavjud bemorlarda bir tomonlama pulmonektomiya qilish maqsadga muvofiq.

Bolalar bronxoektaziyasida operatsiya nafasni boshqarish usuli bilan intubatsion narkoz ostida o'tkaziladi. Olib tashlanadigan o'pka ildiziga ishlov berib, qon tomirlar birin-ketin bog'lanadi va kesiladi. Bronx apparat vositasida yoki qo'lda ayrim tugunli chok bilan tikiladi. Zararlangan bronx sohasidagi o'pka parenximasini olib tashlamasdan va qon-tomirlarni bog'lamasdan ekstirpatsiya yoki rezeksiya qilish zarur.

Bronxoektaziyada yiringli jarayon asosan bronxlarni zararlaydi. Undagi o'zgarishlar ikkilamchi xildagi pnevmoskleroz hisoblanadi. SHuning uchun bronxlarni ekstirpatsiya qilish ope-ratsiyasi patogenetik asoslangan va bronxoektazning xaltasimon turlarida qo'llanadi. Bronxlardagi o'zgarishlar ham rivojlangan bo'lsa, kichik hajmdagi operatsiya o'tkaziladi. Zararlangan o'pkani bronxial sistemadan ajratib, bronxning proksimal sohasini 1,5—2 sm masofada rezeksiya qilinadi. O'pkaning ajratilgan sohasida yallig'lanish jarayoni sekin-asta yo'qoladi.

Ko'rsatilgan operatsiyalarning o'pka rezeksiyasiga qaraganda afzalliklari bor. Asosiy afzalligi qon-tomirlarni saqlash hisoblanadi. Qon aylanishida zo'rayish bo'lmasa, ajratilgan o'pkada qon aylanishi minimal, agar o'pka arteriyasida qon bosimi oshsa, engillashtiruvchi shunt mexanizmi hosil bo'ladi. Bu yurak, o'pka etishmovchiligi va gipertenziya rivojlanishining oldini oladi. Bu ayniqsa ikki tomonlama keng zararlanishlarda muhim ahamiyatga ega.

Bronxoektaziya uchun o'tkazilgan operatsiyaning muvaffaqiyatli kechishi operatsiyadan keyingi davrga bog'liq. Bemorlar kuzatib boriladi va bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olish uchun kompleks muolajalar qo'llanadi. Bir tomonlama zararlanishda qisman rezeksiyadan keyin operatsiya bo'lgan o'pkaga yaxshi sharoit bo'lishi uchun bemor sog'lom tomonga yotqiziladi. O'pkaning to'g'rilangan holda bo'lishi katta ahamiyatga ega. Buning uchun qisman rezeksiyadan keyin aktiv aspiratsiya uchun drenaj qo'yiladi. 2—3 kundan keyin havo va gemorragik suyuqlik to'xtashi bilan drenaj olib tashlanadi.

Operatsiyadan keyin bemor yo'tala olmaydi (og'riq hisobiga). Nafas ekskursiyasi ham chegaralanadi, gipoventilyasiya kelib chiqadi. Operatsiya bo'lgan o'pka bronxlarida balg'am yig'ilib qoladi va atelektaz rivojlanishi uchun sharoit yaratiladi. SHuning uchun operatsiyadan keyingi davrda og'riqsizlantirish muhim ahamiyatga ega.

Bemorga yana oksigenoterapiya ham o'tkaziladi. Maxsus niqob yordamida

yoki kateter orqali havo beriladi. Antibiotiklar, mukolitiklar va ingalyasiyalar qoʻllanadi. Bemorga birinchi kundan karavotda harakat qilish buyuriladi. Jismoniy davolash mashqlari 3-kundan boshlab oʻtkaziladi. 5—6 kundan keyin yurishga ruxsat etiladi. Bu qilinadigan muolajalarning hammasi asoratlarga qarshi, birinchi navbatda atelektaz rivojlanishining oldini oladi.

Bolalarda atelektaz rivojlanishining asosiy sabablaridan biri, bronxlarning drenaj funksiyasi buzilishi hisobiga obturatsiya boʻlib qolishidir. Oʻpkadagi jarohat nafas ekskursiyasini chegaralaydi. Bolalarda atelektaz sekin-asta rivojlanadi, yaʼni bunda ahvoli ogʻirlashishi kuzatilmaydi.

Tashxis qoʻyishda fizikal tekshirish usullari asosiy oʻrinni egallaydi. Auskultatsiyada operatsiya oʻtkazilgan tomonda nafas olishning susayishi yoki yoʻqolishi, perkussiyada oʻpka tovushining qisqarishi kuzatiladi. Atar plevral boʻshliqda suyuqlik va havo borligi inkor qilinsa, unda atelektaz yoki bronxlar okklyuziyasi haqida oʻylash kerak. Tashxis rentgenologik tekshirish bilan tasdiklanishi mumkin. Kelib chiqqan asoratlarga qarshi kurashish kerak. Oldin traxeyani kateterlab, balgʻamni olish va yoʻtalni kuchaytirish kerak. Agar bu natija bermasa, bronxoskopiya qilinib, shu orqali bronx tozalanadi. Koʻrsatilgan muolajalar simpatik blokada bilan toʻldiriladi. Oʻz vaqtida aniqlangan atelektaz va erta boshlangan davolash samaralidir.

Boshqa asoratlarga operatsiyadan keyingi pnevmoniya, plevraning chegaralangan empiyasi va bronxial oqmalar kiradi. Bolalarda bronxoektaziyaning xirurgik usul bilan davolash 70—75% hollarda yaxshi natija beradi.

Bronxoektaziya bilan operatsiya boʻlgan bemorlar uzoq vaqt dispanser kuzatuvida boʻlishlari va sanatoriylarda davolanishlari kerak.

MA'RUZA № 6

Ma'ruza mashgu'lotlarining ta'lim texnologiyasi

6– mavzu	Oʻtkir revmatik isitma
-----------------	-------------------------------

Talim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti- 2soat	Talabalar soni : 20-60 gacha
Mashgulot shakli	Kirish – axborotli maruza
Maruza rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. O'tkir revmatik isitma talkini. 2. O'tkir revmatik isitma chakiruvchi xavfli omillar. 3. O'tkir revmatik isitma patogenezini. 4. Klinik belgilari va diagnostikasi. 5. O'tkir revmatik isitma davolash usullari.
<p>Ukuv mashgulotning maksadi: Talabalarga bolalarda o'tkir revmatik isitma kechish xususiyatlari to'g'risida tushuncha berish . Bolalardagi o'tkir revmatik isitma etiopatogenezini o'rgatish va klinik ko'rinishi aniklay olish. Boskichli davolash tadbirlari. Kelajakdagi natijalarini o'rganish.</p>	
Pedagogik vazifalar:	O'quv faoliyati natijalari:
<p>Talabalarga bolalarda yurak-qon tomir tizimi a'zolarini tekshirish usullarini o'rgatish. Turli yoshdagi bolalarda yurak-qon tomir tizimining o'zgarishlarini baxolay olishni o'rgatish.</p> <p>O'tkir revmatik isitma aniklay olishni o'rgatish.</p> <p>O'tkir revmatik isitma etiologiyasi, patogenezini, klinikasi va davolashni o'rgatish.</p>	<p>Talabalar bolalarda yurak-qon tomir tizimi a'zolarini tekshirish usullarini, turli yoshdagi bolalarda yurak-qon tomir tizimining o'zgarishlarini baxolay bilishi kerak.</p> <p>Bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligini aniqlay olishni,</p> <p>O'tkir revmatik isitma etiologiyasi, patogenezini, klinikasi va davolashni bilishi kerak.</p>
Talim berish usullari	Kurgazmali maruza, suxbat
Talim berish shakllari	Ommaviy jamoaviy
Talim berish vositalari	O'quv kullanma, proektor
Talim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baxolash	Og'zaki nazorat: savol-javoblar

BOLALARDA O'TKIR REVMATIK ISITMA

ma'ruza mashg'ulotining texnologik xaritasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	<p>7. Mavzu buyicha ukuv mazmunini tayyorlash.</p> <p>8. Kirish maruzasi uchun takdimot slaydlarini tayyorlash.</p> <p>9. Talabalar ukuv faoliyatini baxolash mezonlarini ishlab chikish.</p> <p>O'quv fanini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.</p>	
1.Mavzuga kirish (10 dakika)	<p>1.1 Ma'ruza mashguloti mavzusi, uning maksadi va vazifalarini tanishtiradi.</p> <p>1.2.Talabalar bilimlarini faollashtirish maksadida savollar beradi.</p>	Tinglaydilar
2-boskich Asosiy boskich (65 dakika)	<p>2.1.Power Point dasturi yordamida slaydlarni namoyish kilish va izoxlash btlan mavzu buyicha asosiy nazariy jixatlarini tushuntirib beradi.</p> <p>2.2 Bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligini slaydlar yordamida tushuntiradi.</p> <p>2.3. Talabalar bilimlarini faollashtirish va mustaxkamlash maksadida kuyidagi savollarni beradilar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O'tkir revmatik isitma to'g'risida tushuncha • O'tkir revmatik isitma chakiruvchi sabablarni ayting • O'tkir revmatik isitma klinikasini aytib bering. • O'tkir revmatik isitma davosini tushuntiring 	Tinglaydilar, YOzadilar, javob beradilar
3.YAkuniy boskich (5 dakika)	<p>3.1 Mavzu buyicha talabalarda yuzaga kelgan savollarga javob beradi, yakunlovchi xulosa kiladi.</p> <p>3.2. Mustakil ishlash uchun</p>	Savollar beradilar, vazifani yozib

	<p>9. <i>Mustakil ish .i – 5 s</i> mavzusini takdim etadi va internet asosida mazkur ukuv materialni ukib kelish vazifasini beradi.</p>	<p>oladilar.</p>
--	--	------------------

MA'RUZA MATNI

BOLALARDA O'TKIR REVMATIK ISITMA

O'TKIR REVMATIK ISITMA (Revmatizm) biriktiruvchi to'qimaning yallig'lanish xarakteridagi tizimli kasallik bo'lib, yurak-qon tomir tizimining jarohatlanishi bilan kechadi.

Etiologiyasi B-gemolitik streptokokkning A guruhi bilan bog'liq. Revmatizm asosan (80%) bolalik davrida (7-15) yoshda uchraydi, 30% hollarda oilaviy xarakterda kechadi, 1% holda maktab yoshidagi bolalarda uchrasa, 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda amaliyotda uchramaydi. Bolalarda orttirilgan yurak kasalliklarining asosiy sababchisi ham shu-revmatizm kasalligidir. YAshash sharoitlarining yaxshilanib borishi, tizimli ixtisoslashtirilgan yordamning tashkil qilinishi va kompleks ravishda revmatizm profilaktikasini o'tkazish natijalarida, revmatizm bilan kasallanish har 1000 bolalar aholisiga 0,18% gacha kamaydi. Bolalarda revmatizm muammolarini echish va bartaraf etishda bir kancha pediatrlar: V.I.Molchanov, A.K.Kisel, M.A.Skvorsov, V.P.Bisyarina, A.V.Dombrovskayalar o'z hissalarini qo'shganlar.

Epidemiologiyasi:

Ukrainada kasallanish 4,4 ta 100000 aholiga nisbatan, Rossiyada birlamchi kasallanish 2,7 ta 100000 aholiga nisbatan, yurakning birlamchi surunkali kasalligining aniqlanishi 9,7 ta 100000 aholiga nisbatan

Revmatizmning *xavf guruhiga* quyidagilar kiradi:

- Birinchi darajali qarindoshlarda revmatizm yoki biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklarining, shuningdek biriktiruvchi to'qimaning tug'ma noqisligining borligi;

- Ayol jinsiga taalluqli bo‘lishi;
- 7-15 yoshlik davri;
- O‘tkir streptokokkli infeksiya va tez – tez burun – halqum yo‘llari kasallanishi;
- Sog‘lom odamlarda V – hujayraning D_{8/7} markerni tashuvchisi aniqlanishi.
- Ko‘pgina avtorlar revmatik isitma sababiga A – guruhiga mansub β -gemolitik streptokokkni hal qiluvchi hisoblaydilar.
- Oilada ota –ona, qarindoshlar yoki boshqa bolalarning revmatizm bilan kasallanishi. Bu “oilaviy revmatizm” degan tushunchaga olib keldi, ya’ni bunday oilalarda kasallanish boshqa oilalarga nisbatan 6 marta ko‘p uchraydi (A.A.Kisel).
- O‘tkir revmatik isitma HLA- F 2, -V5, - V35, DRS, DR7 va boshqalar bilan assotsirlangan.

A – streptokokkli infeksiyaning o‘tkir revmatik isitma rivojlanishdagi xavf guruhiga quyidagilar:

Molekulyar mimikriya

Hujayra va gumoral immunitetning buzilishi

Nasliy genetik moyillikning borligi

V – limfotsitar alloantigen D 8/17 ning tashuvchisi

Hozirgi zamonda ijtimoiy – gigienik sharoitlar, maishiy – oilaviy muloqotlar, ya’ni streptokokli muhit, revmatizm bilan kasallarning bolalari, surunkali tonzillitning populyasiyada ko‘pligi aniqlangan. Revmatizm streptokokkga nisbatan genetik immunitet tanqisligi natijasida kelib chiqadi, ya’ni bu irsiy moyillikdir.

Irsiy moyillik poligen tipida, nasl bilan bir qatorda tashqi muhitning omillari muhim rol o‘ynaydi.

Streptokokk etiologik faktor deb gumon qilinsada, klassik infeksiyon patologiya nuqtai nazaridan chaqiruvchi hisoblanmaydi.

Immun gomeostaz buzilishi muhim ahamiyatga ega, ya’ni revmatizm - kliniko-immun kasallikdir.

Kasallikning boshlanishi o‘tkazilgan streptokokkli infeksiyalar-surunkali tonzillitning avj olish davri, nazofaringit, sinusit, otitlar bilan bog‘liq ekanligi aytib o‘tilgan. Aholi zichligi yuqori bo‘lgan joylarda, (shaxar, maktab o‘quvchilari orasida) infeksiyaning bir boladan ikkinchisiga o‘tishi ham katta ahamiyat kasb etadi. Streptokokk tabiatidagi turli kasalliklar (skarlatina, glomerulonefrit, revmatizm, yuqori nafas yo‘llarining katari) 10-20% hollarda maktab yoshidagi bolalarda ko‘p uchraydi. Infeksiya tarqatuvchilar bo‘lib, ular asosan kasal kishilardir, ulardan atrof-muxitga o‘tirib qolishi mumkin. Bu atrofdagi infeksiyaning yuqumliligi 24-48 soat davomida saqlanib qoladi. Infeksiya tarqatish

davrida "A" guruhdagi streptokokkning virulent shtamlari tashuvchilar ham ahamiyatga egadir. Tashki muhitda ular chidamli bo'lib, ma'lum bir sharoitda L-formaga (streptokokkning kobiksiz formasi) ga o'tadi. Infeksiya yuqtirgan odamlarda kasallik simptomsiz o'tishi (20-24%) yoki ularda revmatizm kasalligining kelib chikishi ham mumkin.

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

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

PATOGENEZ. Kasallikning kelib chiqishida streptokokkli infeksiyaning massivligi va uzoq vaqt ta'siri, bundan tashqari makroorganizmning reaktiv holatiga bog'liqdir. Kelib chikish mexanizmida asosiy rolni immun reaksiyasining tezlashgan va sekinlashgan turi va immun yallig'lanishning shakllanishi muhim ahamiyati bor. Streptokokkning ko'pgina antigenlari (qobiqli va sitoplazma membranali) va fermentlari, organizmning to'qima antigenlari bilan bir qismi bog'lanadigan spetsifik antitelalar hosil bo'lishiga olib keladi. Ular tomonidan miokard sarkolemmasi va biriktiruvchi to'qimaning alohida komponentlarining (fibroblastlar, glikoproteidlar, proteoglikanlar) antigen strukturasi buzilishi, antitelalar hosil bo'lishiga olib keladi. Qonda aylanib yurgan antitelalar va tarkibidagi antistreptolizin-O va S4 komponent komplementi saqlovchi immun komplekslar mikrotsirkulyator o'zanni buzadi, yallig'lanish mediatorlarining faollashuviga olib keladi. Yallig'lanish patogenezidai immunopatologik reaksiyalar ishtirok etishini tasdiqlaydigan holatlar, bu-miokard to'qimasida depozitlarning ya'ni immun komplekslar antigen-antitelo komplementlarining topilishi va yana kardit va xoreyaning kelib chiqishida yuruvchi immun komplekslarning topilishidir.

Immunopatologik jarayonning kelib chiqishi albatta makroorganizmning reaktivligi va qisman streptokokkga qarshi giperimmun javobning davomiyligi organizmdan streptokokkning eliminatsiyasi defektliligiga bog'liq.

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

Streptokokk infeksiyasi bilan bog'liqlik bemorlar qonida streptokokk antigenlari va streptokokk antigeilariga qarshi «antitanalar» (ASLO, ASG,

antidezoksiribonukleaza) ning katta miqdorda topilishi bilan tasdiqlanadi. Streptokokk virulentligi streptokokk hujayra devoridagi M-oqsilning miokardni shikastlantiruvchi xili, uni revmatizm keltirib chiqaradigan xillaridagina uchraydigan T-oqsil, streptokokk tashqi qobig'ida joylashgan va neytrofillarning fagotsitar faolligini yo'qotuvchi gialuron kislota, endotok-sik ta'sir ko'rsatuvchi mukopeptid bo'lishi bilan bog'liqdir. Streptokokk ekzofermentlari to'qimalarni bevosita shikastlantirishi, masalan gialuronidaza gialuron kislotasi polimerligini buzishi, streptokinaza yallig'lanishda ishtirok etadigan kininlar tizimi faolligini oshirishi mumkii. Revmatizm rivojlanishida genetik moyillik (revmatizm bilap ko'pchilik kasallanadigan oilalar borligi ma'lum) va ijtimoiy sharoitlar (yoki turmush sharoitlari, etarlicha ovqatlanmaslik) ahamiyatiga ega. O'tkir streptokokk infeksiyasini o'tkazgan bemorlarning 0,3-3 % revmatizm bilan shikastlanadi. Tanaga streptokokk infeksiyasi kirishiga javoban unda qonda aylanib yurib, o'ta kichik qon aylanish yo'nalishlarida (mikrotsirkulyasiyada) cho'kib streptokokk antigenlariga qarshi antitelalar ishlanib chiqadi va immunologik birikmalar paydo bo'ladi Miokard va biriktiruvchi to'qimani yana streptokokk toksinlari va fermentlari zararlantiradi. Revmatizm bilan kasallanglarida immunologik sistemaning genetik kamchiligi bo'lgani uchun streptokokk antigeni va immunologik birikmalar tanada ichikib ketmaydi. Bemor to'qimalari shu antigen va birikmalarni o'zida ortiqcha cho'ktirish xususiyatiga ega bo'ladi. Bunga javoban tanada immunologik asosda yallig'lanish (juda tez rivojlanadigan o'ta sezuvchanlik reaksiyasi — TRUSR) rivojlanadi. Bu yallig'lanishni immunologik birikmalarni qamrab olib o'zi nobud bo'luvchi neytrofillarning lizosomal fermentlari amalga oshiradi. Ko'rsatilgan yallig'lanish asosan yurak-qon tomirlar tizimining birikti ruvchi to'qimasida rivojlanib, uni va miokardning antigenlik xususiyatini o'zgartiradi. SHuning natijasida sekin rivojlanadigan o'ta sezuvchanlik reaksiyasi (SRUSR) rivojlanadi va bemorlar qonida yurak to'kimalari bilan birikadigan limfotsitlar paydo bo'ladi. A'zolar (avvalo yurak) shikastanganda bu hujayralarga katta ahamiyat beriladi. Qonda yana miokardga qarshi antitanalar topiladi; lekin ular yurak shikastlanishida kamroq ahamiyatga ega. Quyida revmatizm rivojlanish jarayonining tasviri ko'rsatilgan

Revmatik jarayon yuqoridagi siklni 6 oy davomida amalga oshiradi.

O'tkir revmatik isitma patogenezida organizmda o'zgarishlar

Modda	Zararlanish ko'rinishi
Gialuronidaza	Glyukuron kislota depolimerizatsiyasini chaqiradi
Gialuron kislota kapsulalari	Neytrofillar fagotsitar aktivligini tormozlaydi

Streptolizin O	Lizosomalar membranasini zararlaydi. YAllig‘lanish reaksiyasini chaqirib, kardiotsik ta’sirni keltirib chiqaradi
Streptolizin S	Lizosomalar membranasini zararlaydi, eksperimentda artrit chaqiradi.
Streptokinaza	Kinin tizimini faollashtiradi
M – protein	Virulentlik omili, autoimmunitetni indutsiraydi

O‘RIda Immun yallig‘lanish jarayonida biriktiruvchi to‘qimaning ketma – ketlikdagi dezorganizatsiyasi yotadi (eng avval yurak – qon tomir tizimining)

YAllig‘lanish jarayoni bosqichlari	Patologik jarayon xarakteristikasi
<i>Mukoid bo‘kish</i>	qaytar patologik jarayon, biriktiruvchi to‘qimaning asosiy moddalarining depolimerizatsiyasi, nordon mukopolisaxaridlarning to‘planishi yotadi
<i>Fibrinoid nekroz (bo‘kish)</i>	qaytmas patologik jarayon, kollagen tolalarning dezorganizatsiyasi, ularning bo‘kishi, fibrinoid zichlashish, kollagen parchalanishi
<i>Spetsifik revmatik granulemalar hosil bo‘lishi</i>	fibrinoid nekroz atrofidagi o‘choqlari (ashof-talalaev granulemmasi) hosil bo‘ladi; granulema yirik bazofil gistiotsitlardan, limfotsitlar, miotsitlar, semiz va plazmatik hujayralardan iborat. Asl revmatik granulema faqat yurakda joylashadi.
<i>Skleroz bosqichi</i>	Granulema oqibati

Tasnifi. Hozirgi davrda revmatizm jarayonining kechish davrini, klinik-anatomik xususiyatlarini, a’zolar va a’zolar guruhi shikastlanishini, kechish xususiyatini va yurak-tomirlar sistemasining ish bajarish faoliyatini o‘zida aks ettiruvchi ishchi tasnifi va nomlari «Revmatizmning ishchi tasnifi va nomlari» bo‘yicha o‘tkazilgan simpoziumda A. I. Nesterov ma’lumoti asosida 1964 yilda qabul qilingan tasnifdan foydalanilmayapti.

Revmatizmning ishchi tasnifi va nomlari

Kasallik davri	Klinik-anatomik xususiyatlari	Kechish xususiyati	Qon aylanish holati

	yurakda	boshqa a'zolarida		
Faol I, II, III darajadagi faollik.	Birlamchi qopqoqlar illati yo'q revmokardit. Qaytalovchi qopqoqlar illati (qaysi) bor revmokardit. YAqqol yurak o'zgarishlarisiz revmokardit.	Poliartrit, serozitlar (plevrit, peritonit, abdominal sindrom), xoreya, ensefalit, meningo-ensefalit. Serebral vaskulit, asabning va ruhiy holatning bo'zilishi. Vaskulitlar, nefritlar, zotiljam, teri shikastlanishi, irit, iridotsiklit, tireoidit, yurakdan tashqari a'zolarining shikastlanishidan qolgan asoratlar	O'tkir, o'rtacha o'tkir, cho'zilgan, uzluksiz qaytalaydigan, yashirin	YUQTE ₀ - yurak va qon tomirlar etishmovchiligi yo'q. YUQTE ₁ - yurak va qon tomirlar etishmovchiligi-ning I bosqichi. YUQTE II – yurak va qon tomirlar etishmovchiligi-ning II bosqichi. YUQTE II – yurak va qon tomirlar etishmovchiligi-ning III bosqichi.
Faolmas	Revmatik miokardioskleroz, yurak illati (qaysi)			

XXI asrda yuqorida qayd etilgan tasnifi va nomenklaturasini qayta ko'rib chiqish lozimligiga ehtiyoj tug'ildi. "Revmatik isitma" termini (revmatizm emas!) hozirgi davrda ko'proq o'zini oqladi. Chunki bunda A – guruhga mansub V – gemolitik streptokokk infeksiyasi bilan bog'liqlikni aniqlash va uni eradikatsiya qilish uchun antibakterial dori vositalarni qo'llash va oldini olish uchun profilaktika ishlarini olib borish zarurligi ahamiyatga moliqlini isbotladi. Klinik tajribadan kelib chiqqan holda "birlamchi revmokardit" atamasi esa bu tushunchani kengaytirishga sabab bo'ldi. Chunki bunda mitral klapan prolapsining sabablari

gipermobillik sindromi ko‘rinishidan tortib to yurakning revmatik zararlanishi bilan ham tasdiqlanadi. SHu sababli 2003 yilda Nyu – York kardiologlar assotsiatsiyasi tomonidan tavsiya etilgan tasnifdan foydalanish maqsadga muvofiq deb topilgan.

O‘tkir revmatik isitma klassifikatsiyasi (ARR, 2003)

Klinik variantlari	Klinik ko‘rinishlari		Oqibati	Qon aylanish buzilishi darajasi	
	Asosiy	Qo‘shimcha		KSV*	NYNA**
O‘tkir revmatik isitma	Kardit Artrit Xoreya Xalqali eritema Revmatik tugunchalar	Isitma Artralgiya Abdominal sindrom Serozitlar	Sog‘ayish Yurakning surunkali revmatik kasalligi -yurak nuqsonisiz***, yurak nuqsoni bilan****	O I II A II B III	O I II III IV
Qaytalanuvchi revmatik isitma	r				

KSV* – Vasilenko – Strajesko tasnifi

NYNA** – Amerika kardiologlar Assotsiatsiyasi

*** - EXO –KG da klapan tavaqalarida yallig‘lanishdan keyingi atrof fibrozining regurgitatsiyasiz aniqlanishi

**** - yurak nuqsoni shakllanishining boshqa sabablarini (infeksion endokardit, degenerativ genezli klapanlar kalsinozi, PAFS) inkor etgach

Klinik tashxis namunalari

1	O‘tkir revmatik isitma: kardit (mitral valvulit), uchuvchi (migriruyuvchi) poliartrit, QAB I (FK I)	101.1
2.	O‘tkir revmatik isitma: xoreya, QAB O,(FK O)	102.9
3.	Qaytalanuvchi revmatik isitma: kardit, sochetanny mitralny porok serdsa. QAB II (FK II)	101.9

4.	YUrakning surunkali revmatik kasalligi: mitral klapan tavaqalarining yallig‘lanishdan keyingi fibrozi QAB O (FK O)	105.9
5.	YUrakning surunkali revmatik kasalligi: yurakning mitral – aortal kombinirlangan nuqsoni QAB II B (FK III)	108.0

“**Kasallik sog‘ayishi**” deganda o‘tkir revmatik isitma klinik simptomatikasining to‘liq orqaga qaytishi, laborator ko‘rsatkichlarining normallasuvi va qoldiq asoratlarning izi qolmasligi bilan xarakterlanadi.

YUrakning surunkali revmatik kasalligi deganda yurak klapan apparatining yallig‘lanishi sabali tavaqalarda stenoz yoki etishmovchiligi shakllanishi tushuniladi.

YUrak etishmovchilik darajasi Strajesko – Vasilenko (daraja) va Nyu – York kardiologlar assotsiatsiyasi tomonidan (funksional klass) tavsiya etilgan bosqichlar asosida baholanadi.

O‘tkir revmatik isitma simptomlari (revmatizm):

KLINIK MANZARASI: Kasallik tipik kechishida maktab yoshidagi va o‘smirlarda asosan angina, skarlatina, nazofaringit bilan kasallangandan so‘ng 1-2-4 hafta o‘tgach, yuzaga chiqadi. Keyin kasallik “latent” davrga o‘tadi (davomiyligi 1 haftadan 3 haftagacha), bessimptom yoki engil kechishi bilan xarakterlanib, holsizlik, artralgiya, ba’zida subfebril tana haroratining ko‘tarilishi kuzatiladi. Biriktiruvchi to‘qimaning diffuz shikastlanishi klinik manzaraning polimorfligini ko‘rsatadi. Kasallik tipik ko‘rinishlaridan - kardit, poliartrit, xoreyadir. Kasallik o‘tkir ,o‘tkir osti yoki latent kechishi mumkin, bunday hollarda tashxis kardit va yurak nuksoniga asoslanib qo‘yiladi. Kasallikning birinchi belgisi bolalarda tana haroratining ko‘tarilishi, holsizlik, bo‘g‘imlarda og‘riq. Bunday bemorlarni tekshirib ko‘rilganda, ularda kamkonlik va qondagi bir qancha o‘zgarishlar: leykotsitoz, eritrotsitlar cho‘kish tezligi (ECHT) ning oshishi aniqlanadi. SHu bilan birgalikda ASLO (antisreptolizin O), antisreptokinaza, antistreptogialuronidazalarning titrlari ham oshadi. Kasallikning ikkinchi davrida klinik manzaraga kardit, poliartrit va boshqa laborator ko‘rsatkichlar o‘zgarishi kuzatiladi. Ba’zan revmatizm xoreyadan boshlanadi. Revmatizmning faollik darajasiga va kechishiga ko‘ra simptomlar turlicha namoyon bo‘ladi.

Birlamchi revmokardit- bu yurakning xastalanishi bo‘lib, u kasallikning kechish og‘irligini ifodalaydi. Bolalarda erta kurinishlaridan biri holsizlik va tana haroratining ko‘tarilishi. YUrak sohasida og‘riqqa va noxush sezgiga shikoyat uncha bo‘lmaydi. Miokard, endokard, perikard zararlanishiga qarab, ob’ektiv simptomlari namoen bo‘ladi. Bolalarda revmatizmning yurak patologiyasi birdan bir va eng ko‘p uchraydigani-miokardit (100%). Ob’ektiv ko‘rganda taxikardiya

yoki bradikardiya, ayrimlarda yurak qisqarishi soni me'yorligicha qoladi. 85% bemorlarda yurak chegarasining chapga kengayishi klinik va rentgenologik ko'zga tashlansa, barcha bemorlarda yurak cho'qqisida sistolik shovkin eshitiladi. Miokarditda miokard interstitsiyasida diffuz o'zgarishli ekssudativ yallig'lanish kuzatiladi. Bemorning umumiy ahvoli og'ir, terisi oqargan, hansirash, sianoz, puls kam, qon bosimi pasaygan, yurak chegaralari kengaygan, yurak tonlari susaygan, yurak etishmovchiligi belgilari kelib chikadi. EKG da ritmning monotop buzilishi, bo'lmaqa-qorincha o'tkazuvchanligining keskinlashuvi, miokardda bioelektrik jarayonning o'zgarishi (T-tishchaning pasayishi va o'zgarishi, ST-segmentning pastga siljishi, elektrik sistolaning cho'zilishi) aniqlanadi.

FKGda 1 ton amplitudasining pasayishi, uning kengayishi va deformatsiyasi: patologik 3 va 4 tonlarning paydo bulishi, muskul xarakterda sistolik shovkin qo'shiladi.

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

Asosiy klinik belgisi bu mitral klapan proeksiyasi zonasidagi "esuvchi xarakterdagi" sistolik shovqindir.(5 nuqta). SHovqin intensivligi vaqt o'tishi bilan yoki chap yon biqiniga yotganda, jismoniy zo'riqishda kuchayadi. SHovqin ko'pincha qo'ltiq osti sohasida yaxshi eshitiladi. FKG da yurak cho'qqisida bo'lgan o'rta yoki uncha katta bo'lmagan amplitudali o'rta yoki yuqori chastotali pansistolik yoki protosistolik shovkin yoziladi.

Rentgenogrammada: yurak chap chegarasining kengayishi, yurak mitral konfiguratsiyasi aniklanadi. 10% bemorlarda aortal klapan jarohatlanadi, ko'krak qafasi to'sh suyagi chap qirradi bo'ylab diastolik bosim bilan bog'liq bo'lgan diastolik shovkin eshitiladi. Bunda FKGda yuqori chastotali protodiastolik shovkin yoziladi.

Exokardiografiyada: mitral klapaning kengayishi, tabakalar o'zgarishi natijasida exosignallar "paxmokligi", mitral va aortal regurgitatsiya belgilari, yurak chap kamerasi dilyatatsiyasi belgilari aniklanadi.

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

Perikardit yallig'lanish xarakteriga ko'ra quruq, fibrinoz va ekssudativ bo'ladi. Fibrinozli perikarditda og'riq sindromi bo'lib, ko'krak qafasi chap qirradi bo'ylab doimiy bo'lmagan perikardning ishqalanish shovqini eshitiladi (ipak shig'irlashi, qorning g'irchillashiga o'xshash).

Seriya EKG da -R tishning o'tkirlashuvi, T-tishning QT interval bilan tipik,

dinamik o'zgarishi namoyon bo'ladi. Exokardiogrammada esa perikard va epikardning qalinlashuvi va separatsiyasi ko'rinadi. Seroz-fibrinoz perikardit bemorlarning umumiy ahvoriga ta'sir qiladi. Bemorning umumiy axvoli birdaniga yomonlashadi, ranglari oqaradi, ekssudat ko'p to'planganda esa bemor yuzlari shishgan, bo'yin venalari shishib chikkan, xansirash paydo bo'ladi va to'shakda majburiy holatda (yarim o'tirgan) o'tiradi. Ko'ksi orqasida og'riqlar yuzaga kelishi mumkin, gemodinamik buzilish belgilari tez kuchayadi. Bu belgilar bemor gorizontol holatda bo'lganda kuchayadi. Puls tezlashgan bo'lib, kam to'liqli, arterial bosim pasaygan bo'ladi, ayrim hollarda yurak soxasi bo'rtib chikadi, yurak turtkisi aniklanmaydi. YUrak chegaralari kengayadi, tonlar pasaygan. EKG da yurakning (miokardning) elektrik aktivligi pasayganligi aniklanadi. Rentgenogrammada yurak chegarasining kengayganligi bilan birga, pulsatsiya kichik amplitudada va yurak konturining tyokislanganligi kuzatiladi. Rentgenda yurak soyasi shar yoki trapetsiyasimon shaklda bo'ladi.

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

SHunday qilib, yosh bolalarda birlamchi revmokardit, V streptokokkli infeksiyasini o'tkazgandan keyin yuzaga keladi, ko'pchilik bolalarda juda ham sust va kuchsiz rivojlangan klinik-funksional kuo'inislar namoyon bo'lib, bu yurakning 3 ta qavati ham zararlanishi bilan xarakterlanadi.

KAYTALANUVCHI REVMOKARDIT. Patologik jarayon retsidivlanishiga imkon yaratadigan sharoitlar yuzaga kelib kasallikning takroriy xuruji boshlanadi, buning natijasida kaytalanuvchi revmokardit yuzaga keladi. O'smirlar va kattalarga nisbatan bu kasallik yosh bolalarda kam uchraydi. Qaytalanuvchi revmokardit kuchsiz rivojlangan ekssudativ yallig'lanish komponenti bilan klapan zararlanishiga o'tadigan retsidivlanadigan miokardit ko'rinishida kechadi. Klinik kartinasida yurak tonlari ovozining o'zgarganligi kuzatiladi, shuningdek yurak etishmovchiligi natijasida yuzaga keladigan yangi shovqinlar paydo bo'ladi, ritm buzilishlari kuzatiladi.

Qaytalanuvchi revmokardit asosan birlamchi miokardit va endokarditning simptomlari bilan xarakterlanib, shakllanayotgan yurak nuqsoni fonida kechib, yangi shovqinlar paydo bo'lishi bundan dalolat beradi. Ko'pincha revmokardit cho'ziluvchan kechib, hilpillovchi aritmiya va qon aylanishi buzilishi paydo bo'ladi.

Revmokarditda 3 ta og'irlik darajasi tafovut qilinadi. Og'ir darajali revmokardit yaqqol ifodalangan bo'lib, yurakning bir, ikki yoki hatto uch qavatining (pankardit) yallig'lanishi bilan kechadi. Revmokardit simptomlari yaqqol

rivojlanib, yurak chegaralari kengaygan, qon aylanish buzilishi darajasi paydo bo‘ladi. O‘rta og‘ir revmokarditda morfologik jihatdan qo‘p o‘choqli zararlanish kuzatiladi. Klinikasida yurak chegaralari biroz kengaygan, yurak – qon tomir etishmovchiligi engil daraja ifodalanadi. Engil darajadagi revmokarditda klinik belgilar kam rivojlangan, yurak chegaralari normal, dekompensatsiya yo‘q.

Karditning diagnostik mezonlari

- YUrak sohasida og‘riq yoki noxushlik hissi
- Hansirash
- YUrak o‘ynashi
- Taxikardiya.
- YUrak cho‘qqisida I tonning susayishi
- YUrak cho‘qqisida shovqin:
- Sistolik (sust, o‘rta yoki kuchli ifodalangan);
- Diastolik
- Perikardit simptomlari
- YUrak chegaralarining kengayishi
- EKG-dagi o‘zgarishlar:
- P-Q intervali uzayishi;
- ekstrastoliya, atrioventrikulyar blokada;
- boshqa ritm buzilishlari
- qon aylanish etishmovchiligi simptomlari.
- Ish qobiliyatining kamayishi yoki yo‘qolishi
YUqoridagi mezonlarda 11 tadan 7 tasi aniqlanganda kardit tashxisi aniq bo‘ladi.

Birlamchi revmokarditning erta diagnostik mezonlariga quyidagilar kiradi:

1. Kasallikning asosan bolalik va o‘smirlik davrida rivojlanishi.
2. Burun – halqum yo‘lida boshidan kechirilgan infeksiya bilan aloqadorlik
3. Burun – xalqum yo‘li infeksiyasi bilan kasallik belgilari paydo bo‘lishi oralig‘i borligi (2-3 hafta), kam hollarda infeksiyadan sog‘ayish davrining cho‘zilishi.
4. Kasallikning boshida tana haroratining ko‘tarilishi
5. Artrit yoki artralgiyalar.
6. Karditning auskultativ va funksional belgilari
7. O‘tkir yallig‘lanish va immunologik siljishi
8. Revmatizmga qarshi ta’siri ostida klinik va paraklinik ko‘rsatkichlarning ijobiy dinamikasi.

Revmokarditda yurak nuqsoni shakllanishi bilan oqibati belgilanadi.

Birlamchi revmokarditdan so‘ng 20 – 25% holatlarda orttirilgan yurak nuqsoni shakllanadi, bu revmokardit og‘irlik darajasiga bog‘liqligi isbotlangan.

Laborator tahlillar

1. Umumiy qon tahlili: ECHT oshishi, leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi.
2. Qon bioximik tahlilida: α_2 va γ -globulin, seromukoid, gaptoglobin, fibrin, asparagin transaminaza miqdorining oshishi.
3. Umumiy siydik tahlili: normal yoki kam miqdordagi proteinuriya, mikrogematuriya.
4. Qonning immunologik tekshiruvlari: T-limfotsitlar miqdori kamayishi, T – supressorlar faoliyatining pasayishi, antistreptokokklar, aylanib yuruvchi immunokomplekslar paydo bo‘ladi, antitelalar darajasining oshishi kuzatiladi.

Instrumental tekshiruvlar

EKG: AV- o‘tkazuvchanlikning susayishi, yurak T – tishcha amplitudasi va S-T interval pasayishi, aritmiyalar.

Exokardiografiya: mitral klapan valvulitida klapan xorda va tavaqalarida Exo – signallarning qalinlashuvi va paxmoqligi. Mitral klapan orqa tavaqalari harakatining cheklanishi, mitral tavaqalarning yopilishida sistolik ekskursiyaning pasayishi, ba’zida sistola oxirida tavaqalarning prolapsi kuzatiladi.

Dopplerexokardiografiya: mitral klapan revmatik endokarditda mitral tavaqa old devorida to‘g‘nag‘ichsimon qalinlashuv, orqa devorida gipokineziya, mitral regurgitatsiya, old mitral klapan tavaqasida gumbazsimon egilish kuzatiladi.

Aortal klapan valvulitida exokardiografiyasida tavaqalarning mayda amplitudali titrashi, aortal klapan tavaqalarining qalinlashuvi aniqlanadi.

Dopplerexokardiografiyada aortal klapan revmatik endokarditida: klapan qirrasida chegaralangan qalinlashish, tavaqalarning o‘tkinchi prolapsi, aortal regurgitatsiya aniqlanadi.

FKG: Miokarditda I ton amplitudasi pasayishi, uning deformatsiyasi, patologik III va IV tonlar, I tonga birikuvchi va kamayuvchi sistolaning $\frac{1}{2}$ - $\frac{2}{3}$ qismini egallovchi sistolik shovqin aniqlanadi. Endokarditda yuqori chastotali sistolik shovqin qayd etiladi, dinamik kuzatuvda kuchayadi. Mitral stenoz shakllanganda yurak cho‘qqisida protodiastolik yoki presistolik shovqin, aorta klapan etishmovchiligida aorta ustida protodiastolik shovqin aniqlanadi. Aorta chiqish joyida torayish shakllanganda aorta ustida rombsimon sistolik shovqin qayd etiladi.

YUrakning rentgenologik tekshiruvlari: yurak hajmining kattalashuvi, qisqarish faoliyatining pasayishi.

Revmatik poliartrit.

Bunda asosan katta bo‘g‘imlarda og‘riq sindromi namoyon bo‘lishi bilan, bo‘g‘im jarayonining asosida o‘tkir yoki o‘tkir osti sinovit etadi. Sinovit noturgun, uchuvchan xarakterda bo‘lib, yallig‘lanish belgilari namoen bo‘ladi. Hozirgi

vaqtda shish, giperemiya, bo'g'im faoliyatining chegaralanishi bilan yuzaga chikadigan chin poliartrit kam uchraydi. Bo'g'im sindromi poliartralgia ko'rinishida namoen bo'ladi. Uning davomiyligi bir necha kundan 2-3 xaftagacha, retsividlar bulishi mumkin.

Neyrorevmatizm

Revmatik xoreya (kichik xoreya, Sidengam xoreyasi)

O'tkir revmatik isitma 6-30% holatda xoreya bilan asoratlanadi. Bosh miya striopallidar tizimida distrofik o'zgarishlar va vaskulit asosiy morfologik substrat hisoblanadi. Xoreya asosan asab tizimining motor etishmovchiligi bo'lgan 5 – 10 yoshdagi bolalarda rivojlanadi, biroq ko'pincha o'smir yoshdagi qizlar xastalanadi. *Kichik xoreya* 6 – 15 yoshdagi qizlarda 12-17% revmatik isitma bilan bemorlarda kuzatiladi.

Serebral revmovaskulit, ensefalopatiya (xotira pasayishi, bosh og'rig'i, emotsional labillik, bosh miya nervlarining o'tkinchi buzilishlari) bilan xarakterlanadi. Gipotalamik sindrom (vegetotomir distoniyasi, uzoq davom etuvchi subfebril tana harorati, uyquchanlik, suvsizlanish, vagoinsulyar yoki ili simpatoadrenal krizlar), xoreyaning ilk belgilari bo'lib kelishi mumkin.

Xoreya boshlanishi sekin – asta kechadi, bola yig'loqi, lanj, ta'sirchan bo'lib xarakterli pentada belgilari rivojlanadi:

1. Giperkinezlar – har xil mushaklar guruhida tartibsiz, zo'raki harakatlar paydo bo'ladi (yuz, bo'yin, muchchalar, qo'l – oyoq, tana mushaklarida), tirjayishlar, haddan ziyod qiyshanglash, husnixat buzilishi, nutq buzilishi, bola ichishda, eyishda qiynaladi (idishni yiqitadi, qoshiqni og'ziga olib bora olmaydi, suyuqlikni to'kadi). Giperkinezlar ko'pincha ikki tomonlama, hayajonlanganda kuchayadi, uyquda yo'qoladi. Koordinatsion barmoq – burun sinamasini bajara olmaydi. Vrach bola qo'lini ushlaganda panjadagi giperkinezlarni tezda aniqlay oladi.

2. Mushaklar distoniyasi, mushaklar gipotoniyasi ustunligi natijasida mushaklar osilib qoladi (giperkinezlar susayganda). YAqqol mushaklar gipotoniyasi giperkinezlarni bartaraf etib, «paralitik» yoki «yumshoq» formadagi xoreyaga o'tadi. Bemorni qo'ltiq ostidan ko'tarilganda bolaning kallasi elkaga tushadi va simptom «dryablyx plech» - deb nomlanadi.

3. Harakatda statika va koordinatsiya buzilishi kuzatiladi (yurganda harakatning buzilishi, Romberg pozasida to'g'ri tura olmasligi).

4. YAqqol rivojlangan tomir distoniyasi.

5. Psixopatologik ko'rinishlar.

Tez va siltab harakatlar qilish xoreyaning ilk belgilari, keyin bemor yuzi va qo'l – oyoqlarida mushaklar g'ayriixtiyoriy harakatlari boshlanadi.

Bola aftini burishtiradi, beso'naqay bo'ladi, uning qo'lidan buyumlar tushib ketadi, yig'loqilik, ta'sirchanlik, emotsional labillik kuzatiladi.

Hozirgi zamonda xoreyaning atipik kechishi kuzatiladi: vegeto – tomir distoniyasi va astenizatsiya ustunligi bilan kechadi. Antirevmatik davolash fonida xoreyaning belgilari 1 – 2 oy davomida tez yo‘qoladi. Xoreyada yurak nuqsonlari kam rivojlanadi.

Gordon simptomining namoyon bo‘lishi, ya’ni tizza refleksi kuzatilganda 4 boshli mushakning tonik kiskarishi xarakterlidir. Giperkinezlar davri bir necha haftadan 2-4 oygacha davom etishi mumkin. Xozirgi vaqtda kichik xoreya atipik, cho‘ziluvchan og‘ir retsidiv xarakterida kechadi, asosan maktab yoshidagi bolalarda klinik belgilari birdaniga emas asta-sekinlik bilan namoyon bo‘lib, astenizatsiya, vegetativ-tomir distoniyasi bilan kechadi.

Asab tizimining og‘ir revmatik zararlanishida o‘tkir va surunkali meningoensefalit, araxnoidit, ruxiy buzilishlar, polinevritlar yuzaga keladi.

Kichik xoreya ko‘pincha o‘tkir revmatik isitmaning boshqa klinik sindromlari bilan, ya’ni kardit, poliartrit bilan kechishi mumkin. Biroq 5 – 7% bemorda kasallikning yagona ko‘rinishi sifatida ham kechishi mumkin.

Bunday hollarda, ya’ni o‘tkir revmatik isitma mezonlari aniqlanmaganda xoreyani PANDAS sindromi (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with group A streptococcal infections) bilan qiyosiy tashxis qilinadi. Uning belgilari:

- 1) Obsessiv – kompulsiv buzilishlar (navyazchivqe ideyi + navyazchivqe dvijeniya)
- 2) Kasallikning boshlanishi prepubertat davrda (12 yoshgacha);
- 3) O‘tkir boshlanish va xurujli kechishi;
- 4) Xalqumdan BGSA – infeksiyasi belgilari aniqlanishi va mikrobiologik tekshiruvda (xalqumdan surtma) va serologik (antisreptolizin –O va anti – DNK aza) tasdiqlanishi.
- 5) Nevrologik og‘ishlar (xoreik giperkinezlar).

E’tiborli tomoni shundaki bu bemorlarga streptokokka qarshi antibakterial terapiya (penitsillin yoki oral sefalosporinlar) qo‘llanilganda psixonevrologik simptomlar tezda kamayib yo‘qolgan. SHularni inobatga olib bu sindrom alohida nozologik kasallikmi yoki Sidengam revmatik xoreyasimi degan savollar keyingi klinik tekshiruvlarni olib borish kerakligidan dalolat beradi.

Anulyar eritmalar

YOsh bolalarda, shuningdek revmatizmning yurakdan tashqari boshqa ko‘rinishlarida: anulyar toshmalar, revmatik zotiljam, nefrit, gepatit, poliserozit kiradi.

Xalqasimon (anulyar) eritma 4-17% o‘tkir revmatik isitmaning o‘tkir davrida paydo bo‘ladi. Bir necha millimetrdan 5 – 10 smgacha bo‘lgan ochiq pushti

rangdagi toshmalar asosan tananing yuqori qismlarida, qo‘l – oyoqlarining proksimal (bo‘yin sohasidan tashqari) sohalarida paydo bo‘ladi. U tranzitor xarakterda bo‘lib, teri sathidan ko‘tarilmaydi, qichishish yoki induratsiya bo‘lmaydi, bosganda rangi oqarib, hech qanday asoratlarsiz yo‘qoladi.

Teri osti revmatik tugunchalar oxirgi yillarda kam uchraydi (1-3%). Bu aylana shaklidagi kam harakatchan og‘riqsiz tugunchalar bo‘lib, tovon, boldir bo‘g‘imlarning yozuvchi yuzasida, axilles paylari atrofida, umurtqa pog‘onasining o‘tkir o‘siqlari atrofida 2 haftadan 1 oygacha muddat davrida paydo bo‘lib, qaytadi. Revmatik tugunchalar, anulyar eritema kamdan – kam uchraganiga qaramay yuqori diagnostik ahamiyatga ega.

Abdominal sindrom

Poliserozitning birdan-bir belgisi abdominal sindrom bo‘lib, bunda qorinda og‘riq, korin parda ta’sirlanish belgilari bilan xarakterlanadi. Qorinda og‘riqlar mezenterial tomirlarning zararlanishi sababli kelib chiqadi. Bolalarda peritonit, “o‘tkir qorin” belgilari rivojlanishi mumkin. Og‘riqlar diffuz xarakterga ega bo‘lib, ko‘pincha o‘ng yonbosh sohasida aniqlanib, Ilqetkin – Blyumberg simptomi musbat, qorin old devori ta’sirlanishi kam rivojlangan. Leykotsitoz $30 -40 \times 10^9 /l$, tana harorati ko‘tariladi. Abdominal ko‘rinishlar ko‘pincha skarlatina, angina, revmatik isitma belgilari bilan birga (polartrit, kardit, plevrit, yurak nuqsonlari) paydo bo‘lib, antirevmatik davo ta’sirida yo‘qoladi. 50% bemorlarda jigarning funksional buzilishi kuzatiladi. YAQP bilan davolash jarayonida gastropatiya, toksik gepatit rivojlanishi mumkin.

Buyraklarda glomerulonefrit, dimlanishli buyrak (og‘ir yurak etishmovchiligida) rivojlanishi mumkin.

Endokrin tizimida tireoidit, buyrak usti bezi etishmovchiligi holatlari kuzatilgan.

O‘pkada revmatik pnevmoniya ko‘pincha o‘pkaning pastki qismlarida joylashib, ekssudativ plevrit, isitma, leykotsitoz, ECHT oshishi bilan kechadi. Kichik qon aylanish doirasi tomirlari zararlanishi sababli sianoz, hansirash rivojlanadi. Auskultatsiyada belgilar kam bo‘lib, rentgenologik o‘pka ildizlari kengayishi, uning cho‘ziluvchanligi, o‘pkaning retsidivlovchi shishi, spontan pnevmotoraks, surunkali o‘pka –yurak, qon bilan yo‘talish, qon aralash balg‘am ajralishi pnevmoniyaning asoratlari bo‘lishi mumkin.

TASHXIS

O‘tkir revmatik isitma tashxisi qo‘yilganda 1940 yilda A.A.Kisel “katta yoki asosiy” (migratsiyalovchi artrit, kardit, xoreya, annulyar eritema, revmatik tugunchalar) va 1944 yilda amerikalik kardiolog T.D.Djonslar tomonidan “kichik” (klinik va laborator parametrlar) diagnostik mezonlarni taklif etishdi. Quyida

Amerikalik kardiologlar Assotsiatsiyasi (AKA) (1992 yil) va Rossiya revmatologlar Assotsiatsiyasi (2003 yil) tomonidan tavsiya etilgan diagnostik mezonlar taqdim etilyapti.

Diagnostik mezonlari

American Heart Assosiation (1992) tavsiyasiga ko'ra o'tkir revmatik isitmaning diagnostik mezonlari quyidagilar

Ko'rinishlari	
Katta	Kichik
Kardit Poliartrit Xoreya Halqasimon eritema Teri osti tugunchalari	Klinik belgilari Ilgari o'tkazilgan revmatik isitma yoki yurakning revmatik nuqsonlari Artralgiyalar Isitma Laborator topilmalar O'tkir yallig'lanish reaksiyalari – ECHT oshishi, leykotsitoz, SRO paydo bo'lishi, EKG da, P-Q interval uzayishi sindromi

Kasallikni tasdiqlash uchun streptokokk infeksiyani aniqlash uchun (ASL-O titrlarning oshishi, streptokka qarshi antitelalar oshishi, xalqumdan A – guruh streptokokkni topish) va h.k.

Kisel –Djons kriteriyalari (ARR, 2003 modifikatsiyasi)

Katta mezonlar	Kichik mezonlar		A – streptokokkli infeksiya borligi tasdiqlovchi mezonlar
kardit poliartrit xoreya xalqali eritema teri osti revmatik tugunchalar	Klinik	artralgiya isitma	Xalqumdan olingan surtmada A– streptokokkni aniqlash, A – streptokokkni tezkor aniqlash testi musbat ASL –O antitelalar, streptokokka qarshi antitelalar, ANTI DNK – AZA ning qonda
	laborator	O'tkir yallig'lanish reaktantlar oshishi: SOE S – reaktiv oqsil	

	Instrumental	EKG da P-Q interval uzayishi, dopler – EXO- KG da mitral va yoki aorta regurgitatsiyasi	ko‘tarilishi yoki ko‘tarilib borishi
--	---------------------	--	---

Diagnostik qoida

Ikkita katta yoki birta katta va ikkita kichik mezonlar va streptokokkli infeksiyani tasdiqlovchi belgilar revmatizm diagnozini qo‘yishga yordam beradi.

Laborator ko‘rsatkichlar

Revmatizmning latent kechishida laborator ko‘rsatkichlar ko‘p o‘zgarmaydi. Bu davrda immunologik ko‘rsatkichlar ko‘proq xarakterli: immunoglobulinlar miqdori, V-va T-limfotsitlar, RBTL, leykotsit migratsiyasini tormozlash reaksiyasi va boshq.

O‘tkir revmatik isitma klinik kechishida oxirgi paytlarda quyidagi o‘zgarishlar ro‘y bergan:

- Kasallik kechishi nisbatan yaxshi sifatli bo‘lib, oqibati yaxshilandi;
- Nospetsifik yallig‘lanish kam rivojlangan;
- Seroz qavatlarining zararlanishi kamaydi;
- Kasallikning o‘rta va minimal faollik darajadagi yallig‘lanish jarayoni, kechishi o‘tkir va o‘tkir osti ko‘rinishda kuzatilmoqda;
- Diagnostik ahamiyatga ega bo‘lgan xalqali eritema va revmatik tugunchalari kamaydi;
- Laborator testlar informativligi pasaygan;
- Uzluksiz retsidivlovchi kechish holatlari kuzatilmayapti;
- Karditning og‘ir kechishi kam rivojlangan;
- Nuqsonlar shakllanishi foizi keskin kamaydi;
- YUrak etishmovchiligi kuzatilmayapti;
- Ko‘pchilik bemorlarda to‘liq sog‘ayish kuzatilishi.
- **DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKA**

Kasallikning cho‘ziluvchan faollikda kechishi, surunkali tonzillogen va sil intoksikatsiyasi bilan takkoslanadi. Norevmatik kardit, infeksiyon endokardit, tizimli kizil bo‘richa, biriktiruvchi to‘qimaning boshka tarkok kasalliklari, infeksiyon-allergik va revmatoidli artrit, tireotoksikoz bilan differensial diagnostika kilinadi.

DAVOLASH

O'tkir revmatik isitmani (revmatizm)ni davolashdan maqsad:

- β – gemolitik streptokokkni eradikatsiyasiga erishish;
- yallig'lanishni bartaraf etish;
- yurak nuqsonlari shakllanishining oldini olish;
- yurak nuqsonlari bor bemorlarda yurak – qon tomir etishmovchiligining belgilarini bartaraf etish.

O'tkir revmatik isitmani kompleks bosqichli davolash zanjiri quyidagilardan iborat: statsionar davolash, mahalliy revmatologik sanatoriyda sog'lomlashtirish, dispanser nazoratga olish.

O'tkir revmatik isitma bilan barcha bemorlar statsionarga yotqizilishi zarur.

Kasallikning engil darajasida birinchi 7 – 10 kunda yarim to'shak rejim, og'ir darajasida qattiq to'shak rejim 15 – 20 kun davomida tavsiya etiladi.

Qattiq to'shak tavsiya qilinganda nafas gimnastikasi, to'shakda yotgan holda har xil harakatlar qilish mumkin, xonada yurish, yosh bolalar tuvakda xonada fiziologik chikarishlarni olib borishi lozim. Kasallik kechishining 1-1,5 oylaridan boshlab yarim qattiq to'shak holati tavsiya kilinadi. Bu paytda bolalar yurishi, oshxonaga, taxoratxonaga borishi, davolash gimnastikasi bilan almashtirish, oksilga boy maxsulotlar berish, kaliy saklovchi moddalar beriladi, suv va tuz chegaralanadi.

YAlliglanishga karshi ta'sir ko'rsatuvchi steroid bo'lmagan dorilar qatoriga indometatsin ham kiradi. Indometsatin 2,5mg/kg dan 35-45 kun davomida tayinlanadi. SHu maksadda brufen (10-20mg/kg) va voltaren (1mg/kg) xam ishlatiladi (5-6 xafta mobaynida). Bu dorilar uzoq muddat davomida berilganda periferik konni nazorat kilib turish lozim. Kasallikning faolligi yuqori bo'lgan hollarda glyukokortikoid gormonlar ham qo'llaniladi. Gormonlarning miqdori va ishlatilish muddati revmatik jarayonning faollik darajasi va kechishiga bog'liq bo'lib, odatda ularni 4-6 xafta mobaynida bemorning vazniga xisoblab (1-2mg/kg prednizolon xisobiga), ichish uchun kunning birinchi yarmida tayinlanadi. Ayni paytda askorbin kislotasi, «V» guruxi vitaminlari ham revmatizmni davolashda yaxshi natijalar beradi. GKS larni tavsiya etilganda unga qarshi ko'rsatmalarni ham e'tiborga olish lozim.

Bemorda kon. aylanishining etishmovchiligi kuzatilganda, davolash tadbirlari qatoriga yurak glikozidlari ham qo'shiladi. Ularni tanlashda qon aylanishi etishmovchiliginsng darajasi xisobga olinadi. YUrak etishmovchiligining 3 darajasi ajratiladi.

YUrak faoliyati etishmovchiligining 1-darajasida jismoniy zo'riqishdan so'ng nafas olishning tezlashuvi, yurak urishining jadallashuvi, tez charchash kuzatiladi.

YUrak faoliyati etishmovchiligining 2-darajasida yukorida qayd kilingan belgilarning bemor tinch xolatda turganida ham kuzatilishi bilan ta'riflanadi.

YUrak faoliyati etishmovchiligining II_A va II_B darajasini ajratish qabul qilingan. YUrak faoliyati etishmovchiligining II_A darajasida nafas olishning tezlashuvi, jigarining birmuncha kattalashishi, jismoniy zo'riqishdan so'ng oyoklarda shish paydo bo'lishi kuzatiladi. II_B darajasida esa jigar qovurg'a yoyi ostidan 4-5 sm ga chikib turadi, diurez keskin kamaygan va oyoqlarda shish turg'un bo'ladi. YUrak faoliyat etishmovchiligining III darajasida bemor ahvolining og'irlashuvi, nafas olish nixoyatda tezlashganligi, diurezning keskin kamayishi, umumiy shishning paydo bo'lishi organizmdagi bo'shliqlar (plevra, qorin bo'shlig'i, perikard)da suyuqlik to'planishi kuzatiladi. Qon aylanishining etishmovchiligi yurak glikozidlari bilan davolash hosil bo'lgan «zararli xalka» ni bir yo'la bir necha bo'g'in, boskichda; yurak mushaklarining kiskarishi kuchayib, oksigenatsiya jarayonining yaxshilanishi, buyraklarda qon aylanishi yaxshilanib diurezning kuchayishiga erishish imkonini beradi. SHu jumladan yurak mushaklarida modda almashinuvi yaxshilanib, uning distrofiyaga yo'liqishining oldi olinishiga erishiladi. YUrak glikozidlari qo'llanilganda avvalo organizmning glikozidlar bilan shifoli ta'sir ko'rsata olish darajasida to'yintirishga erishish va kelajakda ko'maklovchi miqdordagi glikozidlar yordamida foydali natijani saqlab turishni ta'minlash zarurati tug'iladi. Buyraklarning siydik ajratish faoliyati kuchayadi. Modda almashinuvini yaxshilash maqsadida ATF (1%li eritmasi 0,5-1,0 dan bolaning yoshiga qarab), kokarboksilaza (5-8 mg/kg), askorbin kislotasi (5% li eritmasi 1,0-2,0 mldan). V guruxi vitaminlari (tiamin, piridoksin) xam tayinlanadi. Agar, bemorda shiqlar kuchli rivojlangan bo'lsa, siydik xaydovchi. moddalar: gipotiazid (2-3mg/kg), laziks (2% li eritmasi 1-3 mg/kg), etakrin kislotasi (1,5-2 mg/kg) ertalab nonushtadan so'ng beriladi. Bemorga diuretik preparatlarni tayinlaganda. kaliy preparatlari (pananin, oratat kaliy, asparkam) bilan bir katorda kaliyga boy ovkatlar bilan ta'minlash lozim.

Bemor bola shifoxonada davolanib chikgach, uni davolash maxalliy revmotologik oromgoxda (sanatoriyada) davom ettirilishi kerak. Xoreya bilan og'rikan bemorlarni davolash shifoxona sharoitida o'tkaziladi. Bemorga mutlok tinchlik kerak bo'ladi. Agarda bemorda ortiqcha harakatlar (giperkinezlar) bo'lsa, osoyishtalikni ta'minlash uchun bemor aloxida xonaga joylashtirilib, unga tinchlantiruvchi dorilar - fenobarbital, aminazin, bromidlar, V guruxi vitaminlari tayinlanadi.

Revmatizm xuruj qilmagan davrda bola organizmini chiniqtirish davolashning asosiy qismi bo'lib qoladi. Bolaning kun tartibini to'g'ri tashkil qilish xam shular jumlasidandir. Maktabda bola maktab hakimi tomonidai nazorat kilinadi, bolaning individual o'quv tartibini va ish jarayonini ushbu hakim kuzatib turadi. Kasallikning nofaol davrida organizmdagi surunkali yuqumli o'choqlari (surunkali tonzillit, zararlangan tishlar va x.k.)ni obdon davolash zarur

Medikamentoz davo

Dori vositasi	Kontingenti	Dori dozasi
Benzilpenitsillin	O‘smirlar va kattalar	500000 – 1000000 ED m/o kunida 4 mahal 10 kun davomida, keyinchalik uzaytirilgan ta’sirga ega doriga o‘tkazish
	Bolalar	100000 – 150000 ED m/o kunida 4 mahal 10 kun davomida, keyinchalik uzaytirilgan ta’sirga ega penitsillinga o‘tkazish
Makrolidlar yoki linkozamidlarga ko‘rsatma	Penitsillinni qabul qila olmaslikda	
YAllig‘lanishga qarshi terapiya		
Glyukokortikoidlar (GK)	O‘smirlar va kattalar	Prednizolon 20 mg/sut 1 marta ertalab ovqatdan so‘ng, terapevtik samaraga etishguncha (o‘rtacha 14 kun)
	Bolalar	Prednizolon 0,7 -0,8 mg/kg tana vazniga kuniga 1 mahal samara berguncha (o‘rtacha 14 kun). Keyin har 5 – 7 kunda 2,5 mgdan to tugaguncha davom ettiriladi. Kurs davomiyligi 1,5 – 2 oygacha
YAllig‘lanishga qarshi preparatlar (YAQP)	O‘smirlar va kattalar	Diklofenak 25 – 50 mg (bolalarga 0,7 – 1,0 mg/kg) kunida 3 mahal valvulit, revmatik artrit valvulitsiz, jarayonning minimal faolligida (ECHT 30 mm/s dan kam), GK larni kamaytirish va bekor qilishda, yurak revmatik nuqsonlarida o‘tkir revmatik isitma qaytalanganda. YAQP yallig‘lanishning faolligi normallashtirish uchun. O‘rtacha 1,5 – 2 oy davomida, lekin 3 – 5 oygacha davom ettirish mumkin.
	Bolalar	

O‘tkir revmatik isitmani davolash samaradorligi mezonlari:

- 1) Kardial va artralgiik sindromlarning bartaraf etilishi;

- 2) YAllig‘lanish jarayonining faolligi ko‘rsatkichlarining normallashuvi;
- 3) Streptokokkli antitelalar titrining kamayishi;
- 4) YUrak kamera va klapanlarining EXO –KG dagi morfofunktsional ko‘rsatkichlarining stabilligi (Kovalenko V.N., SHuba N.M., 2004).

O‘tkir revmatik isitma va yurakning surunkali revmatik zararlanishi natijasida paydo bo‘lgan yurak etishmovchiligida quyidagi dorilar qo‘llaniladi:

Diuretiklar	Qovuzloqqa ta’sir etuvchi (petlevoy)	Furosemid
	Tiazidlar va tiazidsimonlar	Gidroxlortiazid
	Kaliy saqllovchilar	Spirolonlakton
Kalsiy kanallari blokatorlari	Uzoq ta’sir etuvchi digidropiridinlar	Amlodipin
B adrenoblokatorlar	Karvedilol Metoprolol bisoprolol	
YUrakga ta’sir qiluvchi	Digoksin	

Aminoxinolin qatoriga kiruvchi Xloroxin va gidrosixloroxin o‘tkir revmatik isitmaning yurak klapanining birlamchi zararlanishida, cho‘ziluvchan va uzluksiz retsdivlovchi kechishida tavsiya etiladi. Bu dori preparatlar kechqurun ovqatdan so‘ng kunida 1 mahal gormon bilan birga, gormonni bekor qilishda qo‘llaniladi.

Profilaktika:

Birlamchi va ikkilamchi profilaktikadan iborat. Birlamchi profilaktikada surunkali infeksiya o‘choqlarini faol davolashdan iborat. Anginani davolash uchun penitsillin 500 000 ED dan kuniga 4 mahal 10 kun davomida tavsiya etiladi. O‘tkir v-gemolitik streptokokk chaqiruvchi tonsillit/ faringitda Benzatin benzipenitsillin vazni 25 kgdan kam bemorlarga 600000 TB m/o, vazni 25 kgdan katta bo‘lganda 1,2 mln TB m/o qilinadi.

Preparat	Kontingent	Dozasi	Izoh
Benzatin benzipenitsillin	Kattalar	2,4 mln TB m/o	
	Tana vazni 25 kg dan kam	600000 TB m/o	
	Tana vazni 25 kg dan katta	1,2 mln TB m/o	

Amoksisillin	Kattalar	0,5 g x 3 mahal	Ichishga 10 kun davomida
	Bolalar	0,25 gx 3 mahal	
Fenoksimetilpenitsillin	Kattalar	0,5 g x 3 mahal	Ichishga 10 kun davomida 1 soat ovqatdan oldin. Kichik yoshdagi bolalarga suspenziya ko‘rinishida tavsiya etiladi
	Bolalar tana vazni 25 kggacha bola	0,125 g x 3 mahal	
	Tana vazni 25 kg dan katta	0,25 g x 3 mahal	
Sefadroksil	Kattalar	0,5 g x 3 mahal	Ichishga 10 kun
	Bolalar	30 mg/kg/ sut	
V – laktam antibiotiklarni qabul qila olmaslikda qo‘llaniladigan alternativ dori vositalari			
Azitromitsin	Kattalar	0,5 g x 1 mahal 1 – kun, keyin 0,25 dan kuniga 1 mahal 4 kun	ichishga 5 kun davomida
	Bolalar	12 mg/kg 1 mahal	ichishga 5 kun davomida
Klaritromitsin	Kattalar	0,25 g x 2 mahal	Ichishga 10 kun
	Bolalar	15 mg/kg/sut 2 marta	
Midekamitsin	Kattalar	0,4 g x 3 mahal	Ovqatdan 1 soat oldin 10 kun davomida
	Bolalar	50 mg/kg/sutx 3 martaga	
Roksitromitsin	Kattalar	0,15 g x 2 mahal	Ovqatdan 1 soat oldin 10 kun davomida
	Bolalar	5 mg/kg/sut x 2 mahal	
Spiramitsin	Kattalar	3 mln XB x 2 marta sutkada	Ovqatdan 1 soat oldin 10 kun davomida
	Bolalar	1,5 mln XB x 2 marta sutkada	
Eritromitsin	Kattalar	0,5 g x 3 mahal	Ovqatdan 1 soat oldin 10 kun
	Bolalar	40 mg/kg/ sutkada	

		x 3 mahal	davomida
Rezerv preparatlar (V –laktam va makrolidlarni qabul qila olmaslikda)			
Linkomitsin	Kattalar	0,5 g x 3 mahal kuniga	Ovqatdan 1-2 soat oldin 10 kun davomida
	Bolalar	30 mg/kg/sut x 3 martada	
Klindomitsin	Kattalar	0,15 g x 4 mahal kuniga	Ovqatdan 1 soat oldin 10 kun davomida
	Bolalar	20 mg/kg/sut x 3 mahal kuniga	
Surunkali retsidivlovchi BGSA – tonzillit/faringit			
1 – qator dori vositalari			
Amoksitsillin klavulon kislota	Kattalar	0,625 g x 3 marta kuniga	Ovqatdan 1 soat oldin 10 kun davomida
	Bolalar	40 mg/kg/sut x 3 mahal kuniga	
Sefuroksim	Kattalar	0,25 g x 2 mahal	Ovqatdan 1 soat keyin 10 kun davomida
	Bolalar	20 mg/kg/sut x 2 mahal	
Rezerv preparatlar (V- laktamlarni qabul qila olmaslikda)			
Linkomitsin	Kattalar	0,5 g x 3 mahal kuniga	Ovqatdan 1-2 soat oldin 10 kun davomida
	Bolalar	30 mg/kg/sut x 3 martada	
Klindomitsin	Kattalar	0,15 g x 4 mahal kuniga	Ovqatdan 1 soat oldin 10 kun davomida
	Bolalar	20 mg/kg/sut x 3 mahal kuniga	

Ikkilamchi profilaktika

Ikkilamchi profilaktikaning asosiy maqsadi yangi revmatik atakalarning qaytalanishining oldini olish, kasallikning progressiyalanishiga yo‘l qo‘ymaslik. Ikkilamchi profilaktika statsionardan chiqqach boshlanadi. Asosiy dori vositalari uzaytirilgan penitsillin guruhi – bitsillin – 5 va benzatin benzilpenitsillin (Sinurol, retarpen).

Bitsillin – 5 hozirgi zamonda o‘tkir revmatik isitmaning ikkilamchi profilaktikasi uchun qo‘llanilishi o‘zini oqlay olmadi, ya’ni farmakologik talablarga to‘liq javob bermagani uchun.

Benzatin benzilpenitsillin (Sinurol, retarpen)

Kattalar va 12 yoshdan katta bolalarga - 2,4 mln TB

Bolalar 27 kgdan katta bo‘lsa – 1,2 mln TB

Bolalar 27 kgdan kam bo‘lsa – 600000 TB chuqur mushak orasiga 3 haftada 1 marta yil davomida

O‘tkir revmatik isitmada ikkilamchi profilaktika davomiyligi JSST, 2004 yilga asosan

Bemorlar kategoriyasi	Profilaktika davomiyligi
Karditsiz	18 yoshgacha yoki oxirgi atakadan so‘ng 5 yil davomida
Nuqsonsiz, davolangan kardit,	25 yoshgacha yoki oxirgi atakadan so‘ng 10 yil davomida
YUrak nuqsoni	Hayot davomida
YUrak nuqsoni operatsiyasidan keyin	Hayot davomida

O‘zbekistonda o‘tkir revmatik isitmani zamonaviy davolash va oldini olish uchun benzatin benzilpenitsillin (Sinurol, retarpen)dan foydalanish tavsiya etilmoqda, boshqa penitsillin guruhidagi dori vositalarning samaradorligi pastligini inobatga olingan holda.

PROGNOZ.

Revmatizmdan oxirgi yillarda o‘lim 11-12% dan 0,4-0,1 foizga tushgan. Birlamchi revmokatit 10-15 % bolalarda mitral klapan etishmovchiligiga olib kelsa, 40 % bolalarda kaytalanuvchi revmokatitlar shu patologiyaga olib keladi.

YUrakning revmatik nuqsonini operatsiya qilish uchun ko‘rsatmalar:

Nuqsonning dekompensatsiyasi (hilpillovchi aritmiya, o‘pka gipertenziyasi, chap qorincha sistolik faoliyatining buzilishi, surunkali yurak etishmovchiligi 3 darajasi

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.

1. Detskie bolezni. N.P.Shabalov, 2004.
2. Revmatizm u detey. M.,Moskva-1999.
3. Zabolevaniya serdechno-sosudistoy sistemy.I.V.Belokon,1997.
4. Ostraya revmaticheskaya lixoradka i xronicheskaya revmaticheskaya bolezni serdsa. Pamyatka dlya vrachey. Toshkent 2015 yil

M A ' R U Z A № 7

Ma'ruza mashgu'lotlarining ta'lim texnologiyasi

Mavzu	Norevmatik karditlar
--------------	-----------------------------

1.2. Talim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti- 2soat	Talabalar soni : 20-60 gacha	
Mashg'ulot shakli	Kirish – axborotli maruza	
Ma'ruza rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Norevmatik kardit talkini. 2. Norevmatik kardit chakiruvchi xavfli omillar. 3. Norevmatik kardit patogenezi. 4. Norevmatik kardit klinik belgilari va diagnostikasi. 5. Norevmatik kardit davolash usullari. 	
<p>O'quv mashg'ulotning maqsadi: Talabalarga bolalarda norevmatik kardit kechish xususiyatlari to'g'risida tushuncha berish . Bolalardagi norevmatik kardit etiopatogenezi o'rgatish va klinik ko'rinishi aniklay olish. Boskichli davolash tadbirlari. Kelajakdagi natijalarini o'rganish.</p>		
Pedagogik vazifalar:		O'quv faoliyati natijalari:
<p>Talabalarga bolalarda yurak-qon tomir tizimi a'zolarini tekshirish usullarini o'rgatish. Turli yoshdagi bolalarda yurak-qon tomir tizimining o'zgarishlarini baxolay olishni o'rgatish.</p> <p>Norevmatik kardit aniklay olishni o'rgatish.</p> <p>Norevmatik kardit etiologiyasi,</p>		<p>Talabalar bolalarda yurak-qon tomir tizimi a'zolarini tekshirish usullarini, turli yoshdagi bolalarda yurak-qon tomir tizimining o'zgarishlarini baxolay bilishi kerak.</p> <p>Bolalarda norevmatik kardit kasalligini aniqlay olishni,</p> <p>Norevmatik kardit etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni bilishi kerak.</p>

patogenezi, klinikasi va davolashni o'rgatish.	Norevmatik kardit bilan bemorlarni dispanser nazoratga olishni o'rganish
Talim berish usullari	Ko'rgazmali ma'ruza, suxbat
Talim berish shakllari	Ommaviy jamoaviy
Talim berish vositalari	O'quv kullanma, proektor
Talim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baxolash	Og'zaki nazorat: savol-javoblar

Ma'ruza mashg'ulotining texnologik xaritasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	10.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 11.Kirish maruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 12.Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish. O'quv fanini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
1.Mavzuga kirish (10 dakika)	1.1 Ma'ruza mashg'uloti mavzusi, uning maqsadi va vazifalarini tanishtiradi. 1.2.Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadida savollar beradi.	Tinglaydilar
2-boskich Asosiy boskich (65 dakika)	2.1.Power Point dasturi yordamida slaydlarni namoyish qilish va izohlash bilan mavzu bo'yicha asosiy nazariy jihatlarini tushuntirib beradi. 2.2 Bolalarda norevmatik kardit kasalligini	Tinglaydilar, YOzadilar, javob beradilar

	<p>slydlar yordamida tushuntiradi.</p> <p>2.3. Talabalar bilimlarini faollashtirish va mustahkamlash maqsadida quyidagi savollarni beradilar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Norevmatik kardit nima? • Norevmatik karditni chakiruvchi sabablarni ayting • Norevmatik kardit klinikasini aytib bering. • Norevmatik kardit davosini tushuntiring 	
<p>3.YAkuniy boskich (5 dakika)</p>	<p>3.1 Mavzu bo'yicha talabalarda yuzaga kelgan savollarga javob beradi, yakunlovchi xulosa qiladi.</p> <p>3.2. Mustakil ishlash uchun <i>10. Mustaqil ish .i – 5 s</i> mavzusini takdim etadi va internet asosida mazkur ukuv materialni ukib kelish vazifasini beradi.</p>	<p>Savollar beradilar, vazifani yozib oladilar.</p>

NOREVMATIK KARDITLAR.

YUrak qavatlaridagi o'zgarishlar umumiy so'z bilan miokardit deb ifodalanadi, lekin oxirgi yillar bu termin kardit deb almashtirildi. Kardit bolalar orasida ko'prok uchraydi, asosan og'ir formalari. Hozirgi paytlarda norevmatik karditlarning klinikasi va diagnostikasiga qiziqish juda kuchaydi. Norevmatik karditlar revmatik karditlarga nisbatan ko'prok uchray boshladi. Norevmatik karditlar kattalarga nisbatan bolalar o'rtasida ko'prok uchraydi, 5-20 % ni tashkil kiladi.

Etiologiyasi. Barcha infeksiyon kasalliklar chakiruvchisi qanaqa bo'lishidan qat'iy nazar kardit asoratini chaqirishi mumkin. Bolalar o'rtasida respiratorli virusli kasalliklar ham ko'p uchraydi: (gripp, paragripp, adenovirus viruslari) Koksaki virusi bilan adenovirus kasallikni surunkaliga o'tishiga olib keladi. Miokardit boshqa virusli kasalliklardan keyin ham kelib chiqishi mumkin, masalan: suvchechak, qizamiq, virusli gepatit, epidemik tepki, sitomegaliyalardan so'ng. Miokarditni rivojlanishiga keltirib chiqaruvchi omillarning ahamiyati katta, ya'ni organizmda viruslar uzoq vaqt davomida o'zini ta'sirini ko'rsata olmay turadi, lekin organizmni reaktivligining pasayishi bilan patologik xususiyatini

ko'rsata boshlaydi.

Organizmi chidamliligi quyidagi faktorlardan keyin pasayishi mumkin: gipoksiya, fizik zo'riqlarning oshib ketishi, bundan tashqari ba'zi bir dori moddalaridan keyin, masalan rezerpin iste'mol qilganidan so'ng. Rezerpin yurak muskullarida Koksaki virusini toksik ta'sir ko'rsatishini oshiradi.

Norevmatik miokarditni rivojlanishida bakterial faktorlarni roli juda katta hisoblanadi. Bularga streptokokk, stafilakokk, salmonellezlar kiradi.

Surunkali infeksiya o'chog'iga ham ma'lum o'rin beriladi, Kalyujnoy R. A. (1975) fikriga ko'ra o'tkir va surunkali tonzillitdan keyin barcha miokarditlar ichida 3 yoshdan yuqori bo'lgan bolalarda 35-47 % norevmatik kardit rivojlangan,.

Norevmatik kardit quyidagi kasalliklardan keyin ham kelib chikishi mumkin: pnevmoniya, sepsis, plevrit, stafilakokkli destruksiya, siydik yo'llari infeksiyasi, glomerulonefrit, gepatit, xoletsistit va boshqalardan keyin.

Allergik karditlar rivojlanadi: posvaksinal reaksiyadan so'ng, bronxial astma, surunkali ekzema, respirator allergozlaridan keyin. Ba'zi bolalarda quyidagi dorilarni kabul kilganda: penitsillin, streptomitsin, tetratsiklin, sulfanilamid preparati, furadonin kabi dorilar qabul qilganidan so'ng allergik kardit rivojlanishi mumkin. SHunday kilib norevmatik karditlar polietiologik kasallik hisoblanib, etiologiyada ko'pincha viruslar asosiy o'rinni egallaydi.

Patogenezi. Hozirgi vaqtda olimlar o'z tekshirishlari natijasida norevmatik karditlarni immunopatologik holat deb tushunishmoqda.

Virus yurak muskul hujayrasiga kirib, ularni zararlaydi va chuqur metabolik va morfologik o'zgarishlarga olib keladi.

Limfotsitlar bilan bog'langan holda virus va bakteriyalarni toksinlarga limfotsitlar bilan ustida yoki yuzasida antitela hosil bo'ladi. Bu esa o'z navbatida immun kompleksini hosil bo'lishiga va ularni qonga o'tib aylanib yurishiga olib keladi.

Antitelalar to'qimadagi bazofillarni, leykotsitlarni, trombositlarni zararlaydi, hujayrada modda almashinuvini o'zgartiradi, mukolitik va proteolitik fermentlarni aktivlantiradi.

Biologik aktiv modda gistamin, seratonin, bradikinin va prostoglandinga o'xshagan aktiv moddalar to'g'ridan-to'g'ri yurakni o'tkazuvchi sistemasiga ta'sir qiladi, yurakni qisqartiruvchi apparatiga o'z ta'sirini ko'rsatadi.

Ko'p miqdorda gistamin ishlab chiqarilishi qon tomir devorini o'tkazuvchanligini oshiradi globulinlarni, allergenlarni antitelalarni to'qima bo'shlig'iga o'tishini va yurak muskullarini ishini va oziqlanishini buzilishiga olib keladi.

Gistaminsimon moddalarni ko'prok hosil bo'lishi kichik arteriya va kapillyarlarni kengayishiga va o'tkazuvchanligini oshishiga, kichik arteriya va venachalarda staz hosil bo'lishiga olib keladi.

Qon oqishining sekinlashishi natijasida, eritrotsitlarni plazmadan ajralishi mikrotromblarni hosil bo'lishiga, yurak muskulida gipoksiya rivojlanishiga olib keladi.

Mikrotsirkulyasiyaning buzilishi hujayralararo to'qimalarda shish paydo bo'lishiga olib keladi. Hujayrada yallig'lanish infiltratsiyasi qonda gistaminning oshib ketishiga, yurak o'tkazuvchanligini va ritmini buzilishiga olib keladi, og'riq sindromi rivojlanishi olib keladi.

Norevmatik karditni kelib chiqishida bemorning yoshi irsiy omilini ahamiyati katta.

Kichik yoshdagi bolalarda miokardit og'ir o'tadi, surunkali kechishga moyil. Norevmatik karditni oilaviy kechishi immunitetning irsiy to'liqsizligidan dalolat beradi. Bir oilani barcha a'zolarida bir xil immunologik reaktivlik bo'lishi mumkin, bu esa timusni holatiga, uning kompleks reaksiyasiga bog'liq.

Tasnifi:

N.A. Belokon o'zining ko'p yillik ilmiy tadqiqot tekshirishlari natijasiga asoslanib 1984 yilda NK ning tasnifini ishlab chiqdi va ushbu tasnif Kardiologlar anjumanida qabul qilindi.

Kasallikning paydo bo'lish davri	Tug'ma (antenatal) – erta va kechki Orttirilgan
Etiologik omil	Virusli, virusli-bakterial, bakterial, parazitar, zamburug'li, iersienozli, allergik, idiopatik
SHakli (asosan jarayonning joylashishiga ko'ra)	Kardit YUrak o'tkazuvchi sistemasining shikastlanishi
Kechishi	O'tkir – 3 oygacha O'tkir osti – 18 oygacha Surunkali – 18 oydan ortiq (qaytalanuvchi, birlamchi surunkali): dimlanishli, gipertrofik, restriktiv variant
Karditning og'irlik darajalari	Engil O'rta og'ir Og'ir

YUrak etishmovchiligi- gining shakli va darajasi	CHap qorincha etishmovchiligiya I, IIA, IIB, III darajasi O‘ng qorincha etishmovchiligi I, IIA, IIB, III darajasi Total
Oqibati va asoratlari	Kardioskleroz, miokard gipertrofiyasi, ritm va o‘tkazuvchanlikning buzilishi, o‘pka gipertenziyasi, klanning shikastlanishi, konstriktiv mioperikardit, tromboembolik sindrom

Har qanday kasallikning tasnifida ko‘rsatilgandek NK ning tasnifida uning kechishi aniq ko‘rsatilgan.

NK ning o‘tkir kechishi kasallikning avj olishi bilan boshlanishi, yurak-qon tomirlar etishmovchiligi va nisbatan o‘tkazilgan muolajalarning tezda effekt-foйда berishi bilan ifodalanadi.

NK cho‘ziluvchan kechishi ayrim holatda kasallikning tez boshlanishi, ammo sog‘ayishning 18 oygacha cho‘zilishi, boshqa holatda kasallik ancha yumshoq boshlanib va sekin-asta rivojlanish yoki birlamchi cho‘ziluvchan kechishi bilan o‘tadi.

NK ning surunkali kechishi o‘tkir yoki cho‘ziluvchan karditda o‘tkazilgan davo muolajalarining foyda bermaganligidan, yurak mushaklarining refrakterligi kuchliligidan o‘tkir yoki cho‘ziluvchan karditning surunkali karditga o‘tishi yoki o‘tkir va cho‘ziluvchan karditlar belgilari bo‘lmay birlamchi surunkali karditning paydo bo‘lishi ham kuzatiladi.

Klinika. CHakaloklarni, kichik yoshdagi bolalarni va katta yoshdagi bolalarni miokarditni klinik kechishini uziga xos belgilarini kurib chikishimiz kerak.

Miokardit bola xomila paytida rivojlanishi mumkin (N. A. Belokon 1974, V. S. Muzikantova 1978 y) uni aniklashda akusher anamnezini ahamiyati katta . Homilador paytida onasini o‘tkir infeksion kasallik bilan kasallanganligi (gripp, pnevmoniya va boshkalar).

Karditni klinik belgisi tug‘ilgan kundan yoki sal kechrok paydo bo‘ladi. YUrak - qon tomir sistemasidagi o‘zgarishlar miokardni zararlanish darajasiga bog‘liq.

YUrak chegarasi perkussiyada va rentgenda kengaygan. Bolaning aktivligi pasaygan, bezovta bo‘lganda ko‘karish paydo bo‘ladi. Auskultatsiyada yurak tonlari susaygan, ba’zilarida yurak ritmi buzilgan. EKG da yurak qorinchalarining

mushaklarini gipertrofiyasi, yurakni o'tkazuvchanligi buzilgan. Bolalarning ko'pida tug'ilgandan gepatomegaliya.

Bu bolalar fizik rivojlanishdan orqada qolishadi, ko'krak qafasida yurak bukrisi hosil bo'ladi.

CHaqaloqlarda orttirilgan miokardit ORVI, pnevmoniya yoki biron xil infeksiyadan keyin 1-2 haftadan so'ng paydo bo'ladi.

Kardit rivojlanishida bolaning organizmi oldindan sensibilizatsiya bo'lgan bo'lishi kerak, ya'ni kaytadan infeksiyon kasalliklar bilan kasallangan, yoki allergik moyilligi/ekssudativ – kataral diatezi, giperergik reaksiyaga moyilligi/ bo'lishi kerak. SHuning uchun ORVI o'tkazgan bolalarda karditga o'xshash belgi paydo bo'lsa, emlashdan oldin EKG qilish kerak.

Bemor bola bezovta bo'lib koladi, emishdan bosh tortadi, emayotgan paytda bezovtalik paydo bo'ladi, qusish, terisini rangi okargan, oyok-ko'l uchlari ko'kargan, nafas olishi tezlashgan, hansirash qorni damlaydi, ba'zan talvasa, shish paydo bo'lishi mumkin.

Bu bolalarda bronxit yoki pnevmoniya tez– tez bo'lib, yoki birgalikda kechadi YUrakni chegarasi kengaygan, yurak tonlari susaygan, ba'zi bolalarda nozik sistolik SHovkun eshitiladi, taxikardin /embriokardiya/, ekstrastoliya bo'lishi mumkin. Jigar kattalashishi mumkin. CHaqaloqlarda tezda o'tkir yurak etishmovchilikni klinik belgilari rivojlanadi.

Rentgenologik tekshirganda yurak pulsatsiyasini sustligi, chegarasini kengayganligi, qon tomirlar rasmining kuchayganligi kuzatiladi. SHunday qilib bolalarni chaqaloqlik davrida miokardni dekompensatsiya va aralash variantlari ko'prok uchrab turadi.

CHaqaloqlarda miokarditdan o'lim yuqori, ya'ni 60% tashkil qilishi va ko'pincha surunkali kechishiga moyillik bilan o'z xususiyati bilan ajralib turadi. /A. I. Sukacheva 1978 y./.

O'tkir kardit bilan ko'pincha kichik yoshdagi bolalar kasallanadi. /1- yoshdan 3 yoshgacha/. O'tkir karditning boshlang'ich davri o'zining har xil klinik ko'rinishi bilan ajralib turadi.

Bolalar ORVI dan keyin holsiz, sust injiq bo'lib qoladi. Tezda charchab qolishi, uykuchan, ishtahasi yo'qoladi, terisining rangi oqarib qoladi.

Kasallikning asosiy belgisi birdan hansirash, ko'karish, yo'tal xurujini paydo bo'lishi, bu kasallikni ancha davom etayotganidan dalolat beradi. YUrak uchining turtkisi susaygan. YUrak chegarasi kengaygan, ko'pincha chapga.

YUrak tonlari kuchli, kam hollarda bo'g'iq. II ton o'pka arteriyasida kuchaygan. O'tkir osti kechishda yurak sohasida sistolik shovkin eshitiladi, mitral klapanini etishmovchiligi bo'lishi mumkin. Hamma bemorlarda taxikardiya aniklanadi.

EKG da sinus taxikardiyasi va qorinchalarda ekstrastoliyasi aniqlanadi.

Rentgenda yurak o'ldamlarini kengayganligi aniqlanadi.

N. A. Belokon /1979/ o'zini tekshirishlari bilan shuni aniqladiki, virusli va bakterial miokarditlarda 30 %, endokard va perikard 15 % zararlanadi.

Miokardni klinik belgilariga perikard shovqini qo'shiladi, yurak tonlari susaygan, jigar ancha kattalashgan bo'ladi. Oyoklarda shish erta hosil bo'ladi, hansirash va o'pkada dimlanish belgilariga nisbatan yurak chegarasi kengaygan.

3 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan bolalarda miokardit belgilari har xil bo'ladi kasallikning kechishi jarayoniga qarab, Dolgopolovoy A. V. /1978y/ning xulosasiga asosan bemorlarning anamnezidan quyidagilarni bilish mumkin, nasliy moyillikni, onasining avlodidin 16 %da infeksiyon allergik miokardit o'tkazganligi, 5 % - allergik kasallik /dermatoallergiya, bronxial astmalarni, 9 % - revmatizm kasalligi bilan kasallanganlarni bilish mumkin. 50 % da anamnezida allergiyani ko'rinishi-ekssudativ –kataral diatez, o'tkir eshak emi, astmatik bronxitlar borligi aniklangan. Maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda infeksiyon – allergik miokarditni rivojlanishida virusli respirator, infeksiyani roli katta.

SHu infeksiyalardan keyin miokardit birdan /erta/ yoki bir necha haftadan keyin /kechki/ Erta belgilariga quyidagilar kiradi: hansirash, umumiy holsizlik, yurak sohasida og'riq, qornida, mushaklarida og'riq borligiga shikoyat qiladi, ishtahani yo'qligi, yurak urishiga.

Katta yoshdagi bolalarning shikoyati - yurak sohasida og'irlik, sanchib og'riq, yurak sohasida og'riq tinch holatda paydo bo'lishi, fizik zo'riqishdan keyin kuchayishi va butun yurak sohasiga tarkalishi kuzatiladi. Bu og'riq bir necha kundan bir necha hafta va bir necha oygacha davom etishi mumkin, bu kasallikni kechishiga bog'liq. Qon tomirni kengaytiradigan dorilardan so'ng kamayadi. Bemorning ahvoli yallig'lanishga qarshi, desensibilizatsiya qiladigan preparatlardan keyin, yurak glyukoziidlari, kaliy tuzlari, vitaminlarni bergandan keyin ancha yaxshilanadi.

Ba'zi bir bolalar hech qanaka shikoyat qilishmaydi. Klinik va instrumental tekshirishlardan keyin tashxis-miokardit deb qo'yiladi.

Katta yoshdagi bolalarda uchraydigan miokarditning erta kuzatiladigan klinik belgisiga taxikardiya, ba'zan bradikardiya yoki nafas aritmiyasi kiradi.

Katta yoshdagi bolalarda yurakdagi o'zgarishlar uncha o'tkir boshlanmaydi. Ekstrakardial belgilarga kiradi: teri rangining okarganligi , holsizlik, ba'zi bolalarda shish paydo bo'ladi.

Miokarditning asosiy belgilaridan biri yurak chegarasini kengayishidir. YUrak chegarasi ko'pincha chapga kengaygan, ba'zan chapga va o'ngga, ba'zilarida yuqoriga ham kengaygan.

Rentgenografiya qilganda yurak konfiguratsiyasi o'zgargan, konturlari silliqlashgan, amplitudasi pasaygan, pulsatsiyasi aritmik-60, 3% bemorlarda yurak chegarasi

kengaygan.

Maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda norevmatik karditni asosiy diagnostik belgisi bu EKG dagi o'zgarishlar.

Eng ko'p erta paydo bo'ladigan belgilaridan /92 %/, bu yurak avtomatizmini buzilishi, 60 % da qo'zg'alish funksiyasini, ya'ni har xil ekstrasistoliyalardir.

ERTA TUG'MA KARDITNING TASHHISOT MEZONLARI

- *Anamnestik:* oilada yurak-tomir kasalliklarining mavjudligi: revmatizm, karditlar, yurak tug'ma nuqsonlari va boshqalar; onasining homiladorlik davridagi kasalliklari, kichik vaznda tug'ilish. Kasallikning birinchi belgilari hayotining birinchi yarmida namoyon bo'ladi, postmiokarditik elastofibrozi bor bolalarda hayotining 6-18 oylarida

- **KLINIK:**

Ekstrakardial: tana vaznining kam qo'shilishi, jismoniy rivojlanishdan ortda qolish, statik funksiyalarning rivojlanishdan ortda qolishi, rangparlik, holsizlik, ko'p terlash, afoniya, sababsiz bezovtalik hurujlari.

Kardial: shilliq qavatlar, barmoq uchlarining sianozi, chap tomonlama yurak bukri, yurak uchi turtkisi sustlashgan yoki aniqlanmaydi, yurak chegarasining chapga kengayishi, yurak tonlarining bo'g'iqlashishi yoki bo'g'iqligi, shovqin ko'pincha eshitilmaydi yoki mitral klapan etishmovchiligining shovqini, davoga rezistent bo'lgan taxikardiya. Total yurak etishmovchiligi, ko'proq chap qorincha: taxikardiya, hansirash, turli kalibrdagi nam va hushtaksimon quruq xirillashlar, jigarning kattalashuvi, oyoqlarda shish.

- **Paraklinik:**

Laborator: ECHT, leykotsitlar, zardobdagi oqsil fraksiyalari, AST, ALT titrlari normal yoki bir oz o'zgargan.

EKG: yurak elektrik o'qi normal holatda, tishlarning yuqori voltaji, chap qorincha miokardining gipertrofiyasi, QRS kompleksining torayishi, ST intervalining pastga siljishi.

Rentgenografik: chap o'pka pastki bo'lagining atelektazi. YUrakning sharsimon yoki oval shakli, yurak bo'shlig'ining kattalashuvi va chap qorinchaning dilatatsiyasi.

KECHKI TUG'MA KARDITNING TASHHISOT MEZONLARI

Klinik:

Ekstrakardial: normal tana vazni bilan tug'ilish; kam hollarda homila ichi gipotrofiyasi; emizganda tez charchash; hayotining 3-5 oyidan boshlab jismoniy rivojlanishda ortda qolish; nafas olish a'zolarining tez kasallanishi; ko'p terlash;

to'satdan paydo bo'luvchi bezovtalik hurujlari; hansirash; shovqinli nafas.

Kardial: hansirash; tug'lgandan paydo bo'lgan taxi- yoki bradikardiya; rangparlik; shilliq qavatlar va barmoqlar sianozi; yurak-tomir etishmovchiligi belgilari; qora taloqning kattalashuvi; shish sindromi; yura uchi turtkisi pastga siljigan, kuchaygan; yurak tonlari baland; sistolik shovqin bo'lishi mumkin; yurak ritmining buzilishi (xarakterli belgi).

PARAKLINIK:

EKG: chap qorincha elektrik potentsiallarining ustunligi; ritm va o'tkazuvchanlikning buzilishi; ST segmentning izoliniyadan pastga siljishi.

Rentgenologik: yurak normal yoki trapetsiyasimon shaklda; yurak soyasi kengaygan.

Laborator: periferik qonda o'zgarishlar yo'q; revmotestlar manfiy.

ORTTIRILGAN KARDITLARNING TASHHISOT MEZONLARI

Anamnestik: onaning homiladorlik vaqtida o'tkazgan kasalliklari; ba'zi dorilarni ko'p vaqt qabul qilish; kasallikning birinchi belgilari O'RVI fonida yoki 1-2 haftadan so'ng namoyon bo'ladi; bola organizmining oldindan sensibilizatsiyalanganligi; konstitutsiya anomaliyalari; vaksinatsiya qoidalariga rioya qilmaslik.

Klinik:

Ekstrakardial: ishtahasizlik; tana vaznining kam qo'shilishi; behollik; ko'p terlash; tez charchash; injiqlik, qo'zg'aluvchanlik hurujlari; ba'zida hushdan ketish; talvasa, gemiparez, tunlari ingrash va bezovtalik; ko'ngil aynash va qayd qilish.

Kardial: avval chap qorincha, so'ng total yurak etishmovchiligi; og'iz-burun uchburchagi sianozi, akrotsianozi; o'tkazuvchanlik va ritmning buzilishi; yurak uchi turtkisi aniqlanmaydi; yurak chegaralari kengaygan; I ton bo'g'iqlashgan; o'pka arteriyasi ustida II ton aksenti; funksional xarakterdagi yoki mitral klapaning nisbiy etishmovchilishidagi sistolik shovqin.

PARAKLINIK:

Laborator: laborator tekshirish natijalari ahamiyatsiz.

EKG: yurak elektr o'qining o'ngga siljisi. QRS kompleksi tishlari voltajining pasayishi. O'tkazuvchanlik va ritmning buzilishi. ST segmenti izoliniyadan pastga siljishi. T tish manfiy.

Rentgenologik: o'pkada venoz dimlanish; yurak soyasining kengayishi; chap qorinchaning dilatatsiyasi.

Klinikasi

KECHISH XUSUSIYATLARI

CHaqaloqlarda:

- YAqqol bezovtalik, injiqlik;
- respirator distress-sindrom;
- letargiya, gipotoniya, talvasalar (MNS zararlanganda);
- Davriy ravishda terining oqarish belgilari;
- gipertermiya yoki gipotermiya;
- jigar fermentlarining ortishi, azotemiya va kreatinning ortishi;

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda:

- Mushaklar gipotoniyasi, anoreksiya;
- taxipnoe;
- taxikardiya;
- shovqinli nafas;
- progressivlanuvchi atsidoz;
- MNSning zararlanishi.

Katta yoshdagi bolalarda

- xolsizlik, tez charchash, jismoniy yuklamalarni yomon ko'tarish;
- Ko'krak qafasida og'riq;
- subfebrilitet;
- aritmiyalar;
- yo'tal
- boshqa a'zolarning zararlanishi.

O'TKIR OSTI KARDIT

- YUrak etishmovchiligi belgilari O'RVIDan keyin 4-6 oy o'tib, asta-sekin ortadi. Unga o'tkir karditning barcha ko'rinishlari xos bo'lib, lekin yurak bukri, tonlarning baland bo'lishi, mitral klapan etishmovchiligidagi sistolik shovqin, o'pka arteriyasi ustida II-tonning turg'un aksenti, davo o'tkazilishiga qaramay kuchli yurak etishmovchiligining saqlanishi xosdir.
- EKGda rigid ritm, yurak elektrik o'qining chapga og'ishi, AV va qorincha ichi o'tkazuvchanligining buzilishi, chap qorincha va ikkala bo'lmachaning zo'riqishi, T-tishning musbatligi aniqlanadi
- Rentnologik o'pka suratining o'rtacha kuchayishi, yurak soyasi shaklining (trapetsiyasimon) o'zgarishi ko'riladi.

SURUNKALI KARDITLAR

Ko‘pincha maktab yoshigacha va maktab yoshidagi bolalar orasida 3 xil variantda uchraydi:

- chap qorincha bo‘shlig‘ining kattalashishi va miokardning ozgina gipertrofiyasi, keskin kardiosklerozi, chap qorincha miokardi qisqaruvchanligining buzilishi bilan kechuvchi “**dimlanishli yoki dilatatsion**” variant
- keskin gipertrofiya tufayli chap qorincha bo‘shlig‘ining biroz kichiklashishi bilan kechuvchi “**gipertrofik**” variant
- miokard gipertrofiyasi yoki u siz chap qorincha bo‘shlig‘ining keskin kichrayishi bilan kechuvchi “**restriktiv**” variant

Surunkali kardit klinik manzarasiga davomli nisbatan alomatsiz kechish xos bo‘lib, quyidagi ekstrakardial belgilar aniqlanadi:

- jismoniy rivojlanishdan ortda qolish, charchash, holsizlik
- ko‘ngil aynashi, qayd qilish, qorin og‘rig‘i
- qaytalanuvchi pnevmoniya, quruq yo‘tal
- teri qoplamlarining oqimtirligi tirishish, bezovtalanish
- hushni yo‘qotish hurujlari
- gepatomegaliya.

Diagnoz qo‘yishda aritmiyani bo‘lishi katta ahamiyatga ega, chunki ba‘zan miokardni zararlanishi asosiy belgilaridan biri bo‘lishi mumkin.

FKG da hamma bolalarda sistolik shovkinni yozishi, ko‘pincha yurak uchida yoki IY kovurga oraligida chap tush suyagining kirrasida.

Norevmatik kardit bilan kasallangan bemorlarni laborator tekshirish o‘tkazganda quyidagilarni aniklash mumkin.

Gemogrammada – anemiya, leykotsitoz, ba‘zan leykopeniya kuchli bulmagan SOE, bular hammasi kasallikning o‘tkir davrining 2-3 haftasida kuzatiladi. Kondagi uzgarishlar miokarditga xos patogenetik o‘zgarishlarga kirmaydi, fakat klinik instrumental o‘zgarishlar bilan birgalikdagina diagnostikaga yordam berishi mumkin.

Bioximik tekshirish o‘tkazilganda DFA – ozgina ko‘paygan /202 – 216 ed./ sialova kislota /0,228-0,243 ed./ seromukoid albuminlar kamayadi, alfa 2 va gamma globulinlar ko‘payadi, asparagin va alanin transaminaza ishqoriy fosfatazalar oshadi.

Qon zardobida immunoglobulinlarni tekshirganda norevmatik kardit bilan kasallangan bemorlarda kasallikning o'tkir davrida immunoglobulin A ni miqdori kamaygan, M va J ni miqdori oshgan bo'ladi. Protsess pasaygandan so'ng immunoglobulin M va J ni konsentratsiyasi pasayadi.

Ba'zan bolalarda miokardit belgilari tibbiy ko'rikda, sport maktabiga olishda tekshirish natijasida aniqlanadi. YUrak chegarasini kattalashishi, yurak tonlarini o'zgarganligi, sistolik shovqin aniklanadi, lekin bemorning shikoyati bo'lmaydi.

Surunkali kechadigan miokarditni klinik ko'rinishi tez charchab qolishi, holsizlik, sustlik, ko'p terlaydi, hansirash, yurak sohasida og'riq, yurak urishi tezlashgan, ba'zan yopishqoq yo'tal, ayniqsa bemor yotgan paytida yo'tali boshlanadi.

YUrak tonlari susaygan, taxikardiya. O'pkasida nafas qattiq, quruq va ho'l har xil kalibrli xirillashlar eshitiladi.

Rentgenogrammada yurak soyasini kengayganligi, chap bo'lagi hisobidan, kardiomegaliya.

EKG da ritmni buzilganligini aniqlanadi. Surunkali miokarditda aritmiya doimiy belgilardan biri hisoblanadi.

Surunkali kardit bo'lishi mumkin: chap qorincha bo'shlig'ining kengayishi bilan va chap qorincha bo'shlig'ini kengayishi yoki normada bo'lishi bilan.

Surunkali kardit chap qorincha bo'shlig'ini kengayishi bilan-shikoyati ishtahani yo'qligi, massasiga kamayishi. Tipik belgilari taxipnoe, yurak chukkisining susayganligi, yurak bukirisi, ba'zan yurak chegarasini kengayishi, sistolik shovkin, mitral klapanini etishmovchiligi, yurak ritmini uzgarganligi, jigarni kattalashishi. EKG da T tishchasini siljigani, 5-6 chetlanishda T tishchasini yo'qligi. Ba'zan tashxis operatsiya paytida qo'yiladi.

Miokarditni ba'zan Ebshteyn anomaliyasining sianoz bo'lmagan shakliga o'xshatiladi.

Rentgenda kardiomegaliya, yurak sharsimon, auskultatsiyada – yurak tonlari bo'g'iq, yurakni ritmi va o'tkazuvchanligi buzilgan. Qiyosiy tashxisda quyidagi belgilarga ahamiyat beriladi: ya'ni ORVI yoki boshka infeksiyalar bilan bog'lik bo'lmaganligi, o'ng qorincha etishmovchiligi kuzatiladi, o'pka gipertenziyasi kuzatilmaydi. Ebshteyn anomaliyasida EKG da o'ng bo'lmacha gipertrofiyasi, Giss tutamining o'ng oyoqchasi to'liq bo'lmagan blokada kuzatiladi.

Eyzenmenger sindromi – bu tug'ma yurak nuqsonlarga kiradi. Qorinchalararo to'siq nuqsoni, ochik arterial tug'ma nuksonida kuzatiladi. Ko'pincha surunkali kardit bilan bemorlar shu diagnoz bilan tushadi. Bu ikki kasallikni quyidagi belgilar bir biriga yaqinlashtiradi: yuz teri qoplamlarini ko'karishi, barmok uchlarini ko'karishi, qattiq yurak tonlari, II- ton o'pka arteriyasida aksent, o'ng qorincha etishmovchiligi belgilari va gipertrofiya yurakning o'ng bo'lagida EKG da.

Surunkali karditga xos belgilar-kasallik belgisi 4-6 yoshdan keyin paydo bo'lishi, rentgenogrammada yurakdagi o'zgarish to'satdan aniqlanadi /tug'ma nuqsonda esa tug'ilgan kundan/, o'ng qorincha etishmovchiligi II-III darajasi kuzatiladi.

Eyzenmenger sindromiga sistolik shovqin xos emas, uch tabakali klapan etishmovchiligi.

Kardiopatiya yoki miokardit kasalligida ko'pincha koarktatsiya aorta va fibroelastoz kasalligi degan tashxis bilan tushadi. Umumiy belgilari – kardiomegaliya, o'ng qorincha etishmovchiligi, yurak tonlarini bo'g'iqligi, shovqinni yo'qligi. Lekin oyoqlarida pulsni judayam sustligi, qo'llariga nisbatan, qo'llarida A/B oshganligi, oyoqlarida pasaygani, qisqa dag'al sistolik shovqin kurak ostida chapdan, shularga asoslanib to'g'ri diagnoz qo'yish mumkin.

Bolalarda norevmatik kardit bilan qon aylanishni buzilishi darajasiga va kasallikni kechish protsessiga qarab xar xil bo'ladi.

Qon aylanishni etishmovchiligini aniqlash uchun Belokon taklif qilgan tasnif /1979/ ishlatiladi.

Norevmatik karditda kon aylanishini etishmovchiligi belgisi.

Darajasi	Etishmovchilik darajasi	
	CHap qorincha	O'ng qorincha
I	YUrak etishmovchiligi belgilari orom paytida bo'lmaydi va ortiqcha harakatdan keyin taxikardiya yoki hansirash tarzida paydo bo'ladi; jigarning o'lchamlari me'yor chegarasida qoladi	
II A	Me'yorga nisbatan YUQS daqiqasiga 15-30% va nafas olish soni 30-50% ga ko'paygan	Jigar qovurg'a yoyi ostidan 2-3 sm chiqqan

II B	Me'yorga nisbatan YUQS daqiqasiga 30-50% va nafas olish soni 50-70% ko'paygan; akrotsianoz, nam yo'tal, o'pkada mayda pufakchali nam xirillash bo'lishi mumkin	Jigar qovurg'a yoyi ostidan 3-5 sm chiqan; kerkish; bo'yin tomirlarining bo'rtishi
III	Me'yorga nisbatan YUQS daqiqasiga 50-60% va nafas olish soni 70-100% va undan ortiq ko'paygan; o'pka shishi belgilari	Gepatomegaliya, shish sindromi (yuz va oyoqlarning shishi, gidrotoraks. gidroperikard, assit)

Differensial diagnostikasi.

Norevmatik kardit uchun xarakterli:

- Virusli infeksiya bilan doimiy-xronologik kontaktda bo'lish.
- Kasallik latent davrining qisqaligi (5-7 kun) yoki bo'lmasligi.
- Kasallikning sekin-asta rivojlanishi.
- Artralgiya va artritning bo'lmasligi.
- Kardial shikoyatlarning faolligi va xilma-xilligi.
- Miokarditning klinik va EKG belgilarining mos kelishi.
- Valvulit (klapan zararl anishi) yo'qligi.
- Perikarditning juda kam kuzatilishi.
- Kasallik debyutida astenizatsiya belgilarining bo'lishi va termoregulyasiyaning buzilishi.
- Klinik belgilar bilan laborator tahlillarning mos kelmasligi
- YAllig'lanishga qarshi davo muolajalardan ijobiy dinamikaning sekin bo'lishi.

Kichik yoshli bolalarda NK ni TYUNlari, ya'ni atrioventrikulyar kommunikatsiyalarning to'liq bo'lmagan turlari, Ebshteyn anomaliyasi va magistral tomirlar transpozitsiyasi operativ davolangandan keyingi holati bilan qiyoslash ancha murakkab jarayondir.

Atrioventrikulyar kommunikatsiya uchun xarakterli:

- Tembri va lokalizatsiyasi har xil bo'lgan sistolik shovqinning bo'lishi.
- O'ng qorincha va o'ng bo'lmaxaning gipertrofiyasi.
- EKG da Giss tutami o'ng oyoqchasining noto'liq blokada bo'lishi.

- Rentgenoskopiyada o'pka rasmining qalinlashishi va chap qorincha pulsatsiyasining kuchayishi kuzatiladi.

Ebshteyn anomaliyasi uchun xarakterli

- Kasallik paydo bo'lishi bilan o'tkazilgan O'RVI ning aloqador emasligi.
- O'pka gipertenziyasi kuzatilmagan holda o'ng qorincha etishmovchiligi belgilarining ustunligi.
- O'ng bo'lmachaning kattalashuvi
- EKG da chap qorinchaning gipertrofiyasi va uning gipoksiyasi bo'lmasligi kuzatiladi.

Magistral tomirlar transpozitsiyasini korreksiyasidan keyingi holati uchun xarakterli:

- EKG da YUEO' ning chapga og'ishi
- Q tishchaning chap ko'krak uzatgichlarida bo'lmasligi, ayni paytda o'ng ko'krak uzatgichlarida borligi ko'riladi.

Katta yoshdagi bolalarda surunkali NK ni revmokardit bilan difdiagnostika qilish zarur bo'ladi.

Revmokardit uchun xarakterli:

- Kasallikning A-streptokokkli infeksiya bilan doimiy-xronologik bog'liqligi.
- Kasallik latent davrining 2-4 hafta bo'lishi.
- Kasalning yosh bo'lishi
- Kasallikning o'tkir yoki o'tkir osti boshlanishi.
- Kasallik debyutida artralgiya va artritning bo'lishi.
- Kardial shikoyatlarning "passiv" ligi.
- Valvulit yoki perikarditning miokardit bilan qo'shib kelishi.
- Kardit belgilarini tez avj olishi.
- Kasallikning faol davrida klinik belgilarning laborator o'zgarishlar bilan mos kelishi kuzatiladi.

Davosi. Ikki etapda olib boriladi:

1/ shifoxonada – kasallikni o'tkir davrida yoki kuzgalgan davrida.

2/ poliklenika yoki sanatoriyada – davolashni davom ettirish.

Bemor o'tkir kardit bilan shifoxonaga tushgandan, davolash uchun quyidagilarni uziga asos kilib olish kerak.

1.Etiologik davolash.

2. Bemorni immunologik reaktivligiga ta'sir kilish.

3. YUrak kon tomir etishmovchiligini oldini olish.

Kasallikni o'tkir davrida birinchi navbatda tushak rejimini 2-4 xaftaga joriy kilish.

Parxezi tulik, etarli darajada oksil va vitaminlar, etarli mikdorda kaliy tuzlari

parxezda bo'lishi kerak. Kaliy tuzlari ko'prok kora mayizda, turshakda, anjirda bo'ladi, ayniksa bemor gormon olayotganda berish kerak.

Sutkalik suvning msikdori, chikariladigan siydik mikdori bilan aniklanadi /200-300 ml ga kam/, urtacha suvning sutkalik mikdori 400-600 ml bo'lishi kerak.

Antibakterial terapiya 2-3 xaftada davomida beriladi, chunki kasallikni sababi virus-bakterial infeksiya bo'lishi mumkin va kichik yoshdagi bolalarda asoratni oldini olish uchun beriladi.

Virusli karditlarni interval bilan davolash kerak, ayniksa ORVI va gerpetik infeksiyada juda effekt beradi. Karditga yalliglanishga Karshi va immunodepressiv xususiyatga ega gormonlarini berish ahamiyatga ega.

Bemorlarga miokarditni ogir shaklida va kon aylanishini buzilishida kichik kon aylanish doirasida dimlanish belgilari bulsa KISLOROD terapiyasini berish ahamiyatga ega.

Virusli karditda kasallikni boshida interferon berish kerak 2 tomchidan burun yiliga xar 2 soatda /do 3 ml/ sutkasida. Grippga karshi gamma globulin 1-2 dozada /0,2-0,3 ml/ kg 3 kun davomida

Bakterial karditlarda-pensillin, ampitsillin, oksatsilin bolaning yoshiga karab 10-14 kun davomida.

Surunkali karditda infeksiyon – allergik bulsa bitssillin 2-3 oy va undan ko'prok vaktida kilish kerak.

YAlliglanishga Karshi preparatlar kinfeksiyon-allergik kelib chikishigaberiladi.

Nesteroid preparatlar beriladi: aspirin 0,2 g yoshiga karab, voltaren 3 mg/ kg massasiga, brufen 8-10 mg/kg massasiga sutkasiga, indometatsin 3 mg/kg sutkasiga. Prepart ichiga kuniga 3-4 marta beriladi.

O'tkir miokarditni davolash kursi 4-6 xafta, o'tkir osti va surunkali retsidivli miokarditda 6-8 xafta va undan ham ko'prok, sekinlik bilan dozasi mikdorini kamaytirilib boriladi, tutib turuvchi dozachaga.

Allergik miokarditda streoid gormonlarini berish tavsiya kilinadi. Streoid gormonlaridan-prednizolon 1-1,5 mg/kg massasiga. Davolash kursi xar bir bemorga individual xisoblanib ko'pincha 4-6 xafta davomida beriladi. Miokarditni ogir shaklida kon aylanishning buzilishi 2-3 darajasida streoid garmoni berish tavsiya etiladi 1-2 mg/kg massasiga. Kursi 3-4 xafta davomida beriladi.

Giperkoagulyasiya belgilari bulsa – DVS da geparin beriladi 100-150 ed /kg massasiga.

Trombotsitlarni adgeziya va agregatsiyasini kamaytiradigan preparat ko'ranti 3-5mg/kg kuniga yoei koantinol nikotinat vena ichiga yuboriladi.

Surunkali miokarditni kuzgalish davrida-steroid va nesteroid preparatlari beriladi, shu bilan birgalikda o'tkir davri pasayishi bilan xinolin katorida kirgan preparatlar-delagil, plakvenil 5-10 mg/kg kuniga 1-2 marta 3-6 oy davomida va kerak

bo‘lganda undan ham ko‘prok.

Kasallikni o‘tkir davri pasaygandan keyin stimullovchi va tonusini oshiruvchi preparatlar beriladi: apilak shamda /svechkada/, kukrak yoshidagi bolalarga 0,005 g 3 marta 7 kun davomida katta yoshdagi bolalarga 0,01 g til ostiga 3 marta kuniga, eleuterokokk nastoyi 5-15 tomchi 3 marta kuniga.

Statsionarda davolash 4-5 xaftadan bir necha oygacha.

Statsionarda davolab chikkandan keyin 8-12 oydan so‘ng, sanator – kurortda davolash kerak.

Bunda gidrosulfat vannalari, dengiz suvi vannalari, dengiz suvi bilan ingalyasiya kilishlar kiradi.

Hamma bemorlar miokardit bilan dispanser kuzatuvda bo‘lishi kerak. Ularni 3 oy davomida xar oyda teushirib, kuzatib boriladi, keyin 3oyda bir marta, 6 oyda, EKG da yozilib boriladi.

Kardioskleroz belgilari bulmasa dispanser uchyotidan 5 yildan keyin olinadi.

Profilaktika. Miokarditni profilaktikasida asosiy urinni egallaydi: kichik yoshidan organizmni chiniktirish, ratsional oziklantirish, fizkultura va sport bilan shugullanish.

Oqibati – yaxshi tugashi mumkin / tulik sogayish, miokardioskleroz uchokli va tarkalgan, zararlanish gipertrofiyasi/ okibati yomon bo‘lishi mumkin / yomon kechuvchi miokardit, kardioskleroz yurak bushligini dilyatatsiyasi bilan, konstrktiv perikardit/.

Miokardit engil kechsa okibati yaxshi bo‘ladi va tulik sogayishi bilan yoki kardiosklerozni koldik kurinishi kuzatiladi. Miokarditda skleroz rivojlanishiga karamasdan bolalar shikoyat kilmaydi, yurak chegarasi normada yoki salgina kengaygan. EKG da ozgina uzgarish bo‘ladi.

Okibati yomon bo‘lishi mumkin agar, o‘pka gipertenziyasi va uzok vakt davomida chap qorincha etishmovchiligi bulsa.

Amaliy mashg‘ulot № 1.

Amaliy mashg‘ulot o‘qitish texnologiyasi

Mavzu:	<i>Raxit. Erta yoshdagi bolalar kasalligi. Kasallik kechishi, davrlariga qarab klinikasi, tasnifi. Kasallik kechishi, davrlariga karab suyakdagi uzgarishlar. Kasallik boshlangich davrida bola yoshiga karab suyakdagi</i>
---------------	---

	<i>o'zgarishlar. Davolash prinsiplari va sog'lom guruxlarga ko'ra profilaktikasi. Gipervitaminoz "D", rivojlanish sabablari, klinika, davolash.</i>
--	---

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha	
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar	
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erta yoshdagi bolalar kasalligi. 2. Kasallik kechishi, davrlariga qarab klinikasi, tasnifi. 3. Kasallik kechishi, davrlariga qarab suyakdagi uzgarishlar. 4. Kasallik boshlangich davrida bola yoshiga qarab suyakdagi o'zgarishlar. 5. Davolash prinsiplari va sog'lom guruxlarga ko'ra profilaktikasi. 6. Gipervitaminoz "D", rivojlanish sabablari, klinika, davolash. 	
O'quv mashg'ulotining maqsadi: Talabalar bolalarda raxit muammolarining ijtimoiy aspektlari haqida tasavvurga ega bo'lish. Raxitning etiologiya, patogenez, klinika, tashxis va davosini o'rganish. Raxitda profilaktik chora – tadbirlar olib borishni o'rgatish		
Pedagogik vazifalar	O'quv faoliyati natijalari	
<ul style="list-style-type: none"> - Talabalarga bolalarda raxit kasalligi to'g'risida tushuncha berish, - raxit, muammosining ijtimoiy aspektlari haqida tushuncha berish va o'rgatish, - raxitning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisi va davosi haqida tushuncha berish, - raxitda profilaktik chora - tadbirlarni olib borishni o'rgatish. 	<ul style="list-style-type: none"> - Talabalar bolalarda raxit kasalligi to'g'risida tushunchaga ega bo'lishi kerak, - raxit, muammoning ijtimoiy aspektlari haqida tushunchaga ega bo'lishi va bayon eta bilish, - raxitning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisi va davosi haqida tushunchaga ega bo'lib, so'zlab bera olishi va amaliyotda bajara bilishi. - raxitda profilaktik chora - tadbirlarni olib borishi haqida tushunchaga ega bo'lish va bayon eta bilish. 	
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol - javob	
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash	

Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, proektor, flomaster, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «chaqaloq -qo'g'irchok»,
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat: savol – javob, mustaqili ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

1.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha O'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi 2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi 3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab, chiqish . 4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish . 5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi. 6. O'quv bilish topshiriqlarni tayyorlaydi 	
1.Mavzuga kirish (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi. 2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi. 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi 	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (100 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi. 2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida 	<p>Tinglaydilar., asosiy jixatlarini yozib oladilar</p> <p>Kichik guruxlarga</p>

	<p>ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</p> <p>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayyorlangan varakalarni tarkatadi.</p> <p>4. Guruxlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi.</p> <p>5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi.</p> <p>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi.</p> <p>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</p> <p>8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi.</p> <p>9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>bulinadilar.</p> <p>Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar</p> <p>Faol katnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar.</p> <p>Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar.</p> <p>Savollarga javob beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar.</p> <p>Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
<p>3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</p> <p>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</p> <p>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi.</p> <p>Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish - internet ma'lumotlaridan referat, krossvord ko'rinishida tayyorlashni topshiradi</p>	<p>Savollar beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

RAXIT

Raxit - moddalar almashinuvining polietologik kasalligi bo'lib, o'suvchi organizmning fosfor va kalsiyga bo'lgan talabining yuqoriligi, ularning transporti

va metabolizmga qo'shilishini ta'minlovchi tizimning mos kelmasligi bilan karakterlanadi. Raxit osteoidlarni yetarli darajada mineralizasiya bo'lmashligi bilan yuzaga keladigan suyaklardagi buzilishlar bilan karakterlanadi. Bir yoshdan katta bolalarda va kattalarda bunday holat osteomalasiya va osteoporoz deyiladi. Raxit - bir yoshgacha bolalarda eng ko'p uchraydigan kasallik. Lekin uning aniq tarqalishi organilmagan, ko'pgina bolalarda bu kasallikning u yo'ki bu qoldiqlari (chaynash va tishlar o'sishi nuqsoni, ko'krak qafasi, oyog-qo'llar, kalla deformasiyasi va boshqalar). Raxit bilan og'rigan bolalar keyinchalik tez-tez kasallanuvchilar guruhiga kiritiladi.

Raxit sabablari. Patogenezi.

Raxit birinchi bo'lib XVII asrda Angliyada o'rganilgan. O'sha vaqtlarda uning sabablari aniq emas edi, lekin kasallikning paydo bo'lishigada insolyasiyaning yetishmasligi ahamiyatga egaligiga e'tibor berilgan. XX asrning 30-yillarida vitamin D topilgan. Shu vaqtda ultrabinafsha nurlanish sintezi terida yuzaga kelishi ham aniqlangan. Ko'p yillar mobaynida raxitning asosiy sababi vitamin D tanqisligi deb hisoblangan. Lekin oxirgi yillarda qonda vitamin D metabo'litlari qonsentrasiyasini aniqlash imqoniyati paydo bo'lgandan song D gipovitaminozi raxit rivojlanishi sabablaridan faqat biri ekanligi aniqlandi. Hozirgi vaqtda raxitning yetakchi sababi fosfatlar va kalsiy tuzlarining yetishmasligi, lekin bunda gipokalsiemiya qaraganda gipofosfatemiya ko'proq uchrashi va katta ahamiyatga ega ekanligi qayd etilgan.

Erta yoshdagi bolalarda fosfat va kalsiy tuzlarining tanqisligi sabablari quyidagilar:

- Chala tuqilish (homilaga kalsiy va fosfor tushishi homiladorlikning oxirgi oylarida ko'payadi)
- Noto'g'ri ovqatlantirish natijasida kalsiy va fosforni yetarli darajada organizmga tushmasligi
- Intensiv o'sish davrida minerallarga bo'lgan talabning yuqoriligi (raxit - osayotgan organizm kasalligi)
- Oshqozon - ichak trakti, buyrak, suyaklar orqali fosfor va kalsiy transportining buzilishi, buning sababi organlar patologiyasi yoki ferment sistemasining yaxshi rivojlanmaganligidir.
- Nomuvofiq ekologik sharoit (organizmda xrom, stronsiy toplanishi, temir, magniy tanqisligi)
- Irsiy moyillik (misol uchun, ohil bolalar qiz bolalarga qaraganda, raxitni og'ir o'tkazadi, O (I) guruhdagi bolalar raxit bilan kam kasallanadi, A (II) guruhdagilar ko'proq kasallanadi)
- Endokrin buzilishlar (qalqonsimon bez va qalqonsimon bez oldi bezi funksiyasining buzilishi)

□ Ekzo- va endogen vitamin D tanqislikligi.

Vitamin Dning organizmdagi almashinuvi juda murakkab jarayo'n. Vitamin Dning boshlang'ich shakllari - organizmga ovqat bilan tushuvchi ergokalsiferol (vitamin D2) va xolekalsiferol (vitamin D3) (vitamin D3 shuningdek, terida UBN ta'sirida ham hosil bo'ladi) - biologik jihatdan faolligi yetarli emas. Vitamin Dning oraliq metabo'lit shakl 25-gidroxolekalsiferolga o'tishi bilan kechuvchi birinchi gidroqsillanishi jigarda yuzaga keladi. 25-gidroxolekalsiferol birlamchi shakllarga qaraganda 1,5 - 2 marta faoldir. Keyin 25-gidroxolekalsiferolning buyrakka transporti vujudga keladi, u yana gidroqsillanishga uchraydi va 1,25-digidroxolekalsiferol hamda 24-25-digidroxolekalsiferol deb nomlanuvchi aktiv gormonga oxshash metabo'litga aylanadi. Ushbu metabo'litlar qalqonsimon bez gormonlari bilan fosfor-kalsiy almashinuvida ishtirok etadi.

Vitamin D ekzogen tanqislikligidan tashqari, ichak funksiyasining tug'ma va orttirilgan buzilishi (turli xil malabsorbsiyalar), jigar, buyrak, vitamin D metabolizmining nasliy defekti ham ahamiyatga ega. XX-asrning 80-yillarida qonda vitamin D metabo'litlarining aniqlanishi organizmning bu vitamin bilan haqiqiy ta'minlanishini aniqlab berdi. Shunisi ajablanarliki ko'p homilador, tuqqan ayollarda, erta yoshdagi bolalarda raxitning turli xil klinik va bioximik belgilari bo'lishigaa qaramay, gipovitaminoz D aniqlanmagan. Bu esa o'z navbatida raxit va gipovitaminoz D bir tushuncha emasligiga asos bo'ladi. Gipovitaminoz vitamin D ichgan yo'ki ichmagan bolalarda bir xilda uchraydi. Bundan tashqari, gipovitaminoz D har doim ham fosfor-kalsiy almashinuvining buzilishi bilan kechmaydi. Klassik gipovitaminoz D qonda fosforni normal bog'liq bilan kechadi, tipik raxit - bu gipofosfatemiya. Raxit bilan kasallangan bolalarning 15-20%da qonda vitamin D metabo'litlari pasayishi aniqlangan. Raxit bu kasallik emas, balki, o'tuvchi, chegaradosh, tanqislik holat - diatezdir. Raxitning "fiziologik asosi" bo'lib, bola hayotining birinchi yilida suyak to'qimasining 75-80% intensiv remodellashuvi va suyak tuzilishining elektrostatik boshqarilishini buzuvchi majburiy gipokineziya hisoblanadi.

Shuni ta'kidlash lozimki, qonda fosfor va kalsiy bog'liqni ba'zi gormonlar ham boshqaradi.

Raxitda paratgormon bog'liq oshadi, u buyrak kanalchalarida fosfatlar reabsorbsiyasini kamaytiradi, bir vaqtning o'zida buyrakda vitamin D ning gidroqsillanishini, ichakda kalsiy sorilishini va suyakdan kalsiy rezorbsiyasini kuchaytiradi va shu yo'l bilan gipokalsiemiyaning bartaraf qiladi. Shuningdek qalqonsimon bez aktivligi o'zgarishi, chunki kalsitonin kalsiyning suyakka o'tishini va vitamin D ning kam aktiv shaklini yuqori aktiv shaklga o'tishini kuchaytiradi.

Raxitning klinikasi

Boshlanish davri. Kasallikning birinchi belgilari bola hayotining 2-3 oylarida paydo bo'ladi. Bolaning xatti-harakatlari ozgaradi: bezovtalik, chochish, yuqori qo'zg'aluvchanlik, tashqi qo'zgalishlarga qaltirash (qattiq shovqin, to'satdan yorug'lik tushishi). Bolaning uyquasi yuzaki va qo'rquvli bo'lib qoladi. Ter ajralishi kuchayadi, asosan boshning soch qismida va yuzda, turg'un qizil dermografizm aniqlanadi. Ter nordon hidli bo'ladi va terini qichishtiradi. Bola boshini yostiqa ishqalaydi, ensa sohasida soch to'kilishi paydo bo'ladi. Bu yosh uchun xos bo'lgan mushaklar fiziologik gipertonusi, mushak gipotoniyasi bilan almashinadi. Katta lihildoq chegaralari va kalla choklari mortlashadi, suyak-toqay birikkan joyda qovurgalar yo'qonlashadi ("raxit tasmalari"). Kaft suyaklari rentgenogrammasida suyak toqimalarining siyraklashishi kuzatiladi. Qon bioximik tekshiruvda kalsiy qonsentrasiyasi normal yo'ki yuqori, fosfat qonsentrasiyasi pasayganligi aniqlanadi; ishqoriy fosfataza aktivligi yuqori bo'lishiga mumkin. Peshob tahlilida fosfaturiya, ammiak va aminokislotalar bog'liq ortadi.

Kasallikning avj olish davri

Kasallikni avj olgan davri bola hayotining birinchi yarim yilligi oxiriga to'g'ri keladi va asab tizimi, tayanch-harakat apparatining yanada kuchliroq o'zgarishlari bilan karakterlanadi. Raxitning o'tkir kechishida yaqqol namoyo'n bo'luvchi osteomalyasiya jarayo'ni kalla yassi suyaklarining yumshoqlanishiga olib keladi (kraniotabes), keyinchalik, ko'p qo'llarda ensaning yassilanishi kuzatiladi. Ko'krak qafasining yumshashi va deformatsiyalanishi qorinadi: to'shning pastki qismi siqiladi ("etikdoz kokragi") yoki bo'rtib chiqadi ("tovuq ko'kragi"). Uzun naysimon suyaklarning O-simon (kam qo'llarda X-simon) qiyshiqiligi kuzatiladi. Toraygan yassi raxitik tos shakllanadi. qovurg'alarning yumshoqligi natijasida diafragmaning birikkan chizigida chuqurcha hosil bo'ladi (harrison egatchasi). Raxitning o'tkir osti kechishida ustunlik hiluvchi osteoid toqimalar giperplaziyasi, ensa va peshona domboqlari, kaft sohasida yogonlashish, qovurg'a-tog'ay birikkan joyida va qo'l barmoqlari falangalararo boqimlarida "bilakuzuklar", "raxit tasmalari", "munchoq iplari" bilan namoyon bo'ladi.

Uzun naysimon suyaklar rentgenogrammasida metafizlarning jomsimon kengayishi, dastlabki ohaklanish sohasining o'pirilishi va yaxshi qorinmasligi kuzatiladi.

Gipofosfatemiya, gipokalsiemiya, ishqoriy fosfataza faolligi yuqori bo'ladi.

Reqonvalessensiya davri

Bu davr uchun bola o'zini yaxshi his qilishi va holatining yaxshilanishi xos. Statistik funksiyalari normallashadi yoki yaxshilanadi.

Rentgenogrammada o'sish zonasining bir tekis bo'lmagan qattiqlashuvi kuzatiladi. qonda fosfor bog`liq normallasadi yoki normadan birmuncha ortadi. Unchalik yuqori bo'lmagan gipokalsiemiya saqlanadi, ba'zida ko'tariladi.

Qoldiq belgilar davri

Bioximik ko'rsatgichlar normallasuvi va raxit faolligi yogolishi kasallikning faol davrdan nofaol davriga - qoldiq belgilar davriga otganligini bildiradi. O'tkazilgan raxit belgilari (skelet deformasiyasi va mushak gipotoniyasi) uzoq vaqt saqlanadi.

Raxitning kechishi va og'irlik darajasi

Raxitning ***o'tkir kechishi*** uchun barcha simptomlarning tez rivojlanishi harakterli, nevrologik buzilishlar yaqqol rivojlangan, aniq gipofosfatemiya, osteomalyasiya jarayoni ustunlik qiladi.

Raxitning ***o'tkir osti kechishi***da nevrologik buzilishlar qisman rivojlangan yo'ki unchalik rivojlanmagan, qonning bioximik tarkibi kam o'zgargan, osteoid giperplaziya jarayoni ustunlik qiladi.

Qaytalanuvchi (to'liqinsimon) kechishida bolada faol raxitning klinik, laborator va rentgenologik belgilari aniqlanadi. Hozirgi vaqtda raxitning qaytalanuvchi kechishining bo'lishiga gumon bo'lib hisoblanmoqda.

Raxit tashhisi

Tashqis kasallikning klinik manzarasiga asoslanib qo'yiladi va qonning bioximik tahlili bilan tasdiqlanadi (fosfor, kalsiy qonsentrasiyasi va ishqoriy fosfataza faolligi aniqlanadi). Bu korsatgichlarning dinamikasi va nisbati kasallik davrini aniqlaydi.

Raxitda fosfor qonsentrasiyasi 0,65 mmol/l gacha pasayishi mumkin (bolalarda normada bir yoshgacha 1,3-2,3 mmol/lga teng), kalsiy qonsentrasiyasi 2-2,3 mmol/l (normada 2,5-2,7 mmol/lga teng). Ishqoriy fosfataza faolligi ko'tariladi. Raxit uchun rentgenogrammada suyaklar o'zgarishi harakterli: metafizar zonada epifiz va diafiz orasidagi yoriq ortadi; epifiz likopcha shaklida bo'ladi, suyaklanish yadrosi aniq qorinmaydi, ohaklanish sohasi aniq emas, osteoporoz aniqlanadi. Reqonvalessensiya davrida ohaklanish zonasi notekis qattiqlashishi natijasida shakli o'zgaradi. O'sish zonasidagi buzilishlar fosfor va kalsiy tanqislikligiga harakterli. Gipovitaminoz Dda umumiy osteoporoz kuzatiladi. Qiyo'siy tashqis raxitga o'xshash kasalliklar bilan o'tkaziladi. Amaliyotda raxit MNSning perinatal zararlanishi bilan qiyosiy taqqoslanadi. Bundan tashqari ba'zi dori vositalari ko'p miqdorda qo'llanilganda, misol, glyo`qokortiqoidlar (vitamin D antagonisti, kalsiy transportiga ta'sir qiladi), geparin (suyaklarda fosfor-kalsiy to'planishiga to'sqinlik qiladi, furosemid, fosfatlar, magniy, antasidlar - alyuminiy saqllovchi dorilar (gipokalsiemiyaning chaqiradi) va boshqalar ikkilamchi raxitni bartaraf qilish kerak.

Raxitning davosi

Raxit davosi kompleksli, uzoq muddatli va raxitni chaqiruvchi sababini bartaraf qilishga qaratilgan bo'lishiga kerak. Nospesifik davo katta ahamiyatga ega, bolani yoshiga mos holda, rasional ovqatlantirish, kun tartibiga rioya qilish, toza havoda uzoq sayr qilish, yetarli insolyasiya, davo gimnastikasi va massaj, chiniqtirish, yo'ldosh kasalliklarni davolash.

Spesifik davosi kalsiy, fosfor dorilari, vitamin D tavsiya qilishdan iborat. Vitamin D ning davolovchi dozasi	Vitamin D so'tkalik dozasi, ME	Kurs davomiyligi, so'tkada
--	--------------------------------	----------------------------

D tavsiya qilishdan iborat. **Vitamin D ning davolovchi dozasi**

Raxit og'irlik darajasi

I	1000-1500	30
II	2000-2500	30
III	3000-4000	45

Bugungi kunda suyaklar rentgenografiyasi tashqisot qilish maqsadida o'tkazilmaydi.

Davo kursi yakunlangandan keyin vitamin D profilaktik dozada (100-200 ME/so'tkada, 400 ME dan oshmasligi kerak) tavsiya qilinadi. Profilaktik dozasini oshirish gipervitaminoz D ga olib keladi.

Oxirgi vaqtlarda vitamin D ni individual tavsiya etish ko'zda to'tilmoqda (qonda uning metabo'litlarini aniqlagandan so'ng). Ko'pgina pediatrlar bolalarga vitamin D emas, balki vitaminlar kompleksini (misol, Podivit Bebi, bolalar uchun Biovital gel va boshqalarni) tavsiya etadi, chunki raxit ko'p qo'llarda poligipovitaminoz bilan kechadi. Vitamin D dan tashqari bu kompleksga gipervitaminozga moyillikni kamaytiruvchi vitamin A kiradi. Agar raxit davosida vitamin D qo'llanilsa, uni kamroq dozada tavsiya etiladi. Odatda vitamin D3 dorilari qo'llaniladi (xolekalsiferol) - Videxol, Vigantol. Ko'pgina mualliflar suvda eriydigan vitamin D3 ni tavsiya qiladi, chunki u oshqozon-ichak traktidan yaxshi so'riladi va yog'da eriydiganga qaraganda uzoq ta'sir etadi.

Raxit profilaktikasi

Hozirgi vaqtda asosiy e'tibor raxitning nospesifik profilaktikasiga qaratilgan bo'lib, u bola tuhilganigacha va tuhilgandan so'ng olib boriladi.

□ Raxitning antenatal profilaktikasi homiladorlarni to'g'ri ovqatlantirish, toza havoda sayr qilish, jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish, homiladorlar uchun doimiy ravishda vitamin komplekslarini mikroelementlar bilan birga qo'llash (pregnavit). homiladorlik davrida UBN qabul qilgan ayollarning bolasida MNSning perinatal zararlanishi ko'p uchraydi va og'ir kechadi. Vitamin D katta dozada yoldosh tosig'ini zararlaydi va homilaning homila ichi rivojlanishini orqada qolishiga sabab bo'ladi.

□ Raxitning postnatal profilaktikasi tabiiy ovqatlanirish, kun tartibiga rioya qilish, bolani chiniqtirish, massaj, gimnastika, emizikli onalarga doimiy ravishda vitamin komplekslarini qabul qilish, ochiq havoda sayr qilish buyuriladi. Sayr vaqtida bolaning yuzini yupqa toqima bilan yopish tavsiya etilmaydi, chunki bu teriga quyosh nurlari tushishiga to'sqinlik qiladi. Shuningdek, bolani quyosh tik tushishidan asrash zarur. Yozda bolaning vitamin Dga bo'lgan haftalik ehtiyojini qondirish uchun daraxtlar soyasida 10-30 mino`tli havo vannasi yetarli hisoblanadi.

Oqibati

Raxit oqibati uning og'irlik darajasiga, o'z vaqtida tashxis qoyishga va adekvat terapiyaga bog'liq. Og'ir holatlarda raxit skeletning deformatsiyasiga olib keladi, asab-ruhiy rivojlanish va jismoniy rivojlanishning orqada qolishi, ko'rishni buzilishi, shuningdek, pnevmoniya va oshqozon-ichak kasalliklari kechishi uzayadi. Lekin, og'ir oqibatlar odatda ekstremal holatlarda yuzaga keladi (urush vaqtida, ochlikda va boshqalar). Odatdagi sharoitda raxitning bunday oqibati kuzatilsa, boshqa sabablarni hidirish zarur. Chala tug'ilgan bolalarda raxit (kam vaznli bolalardagi suyak kasalligi)

Kasallik uzoq muddat davomida parenteral ovqatlanishda bo'lgan, kam vaznli bolalarda uchraydi; ko'krak so'ti yo'ki chala tug'ilgan bolalar talabiga moslashtirilmagan ko'krak so'ti aralashmalarini iste'mol hilganda kelib chiqadi. Chala tug'ilgan bolalarda raxitni aniqlash qiyin, raxitning aniq manifestasiyasi kam uchraydi, 6-8 haftagacha klinikasi aniqlanmaydi.

Chala tug'ilgan bolalarda raxitni rivojlanishiga olib keladigan omillar Suyak substrati tanqislikligi: kalsiy, fosfor, oqsilni noadekvat iste'mol qilish; Substratni yuqori miqdorda yo'qotish: asidozda giperkalsiyuriya, siydik qaydovchi dorilar bilan o'tkazilgan terapiyadan keyin giperkalsiyuriya (asosan furosemiddan keyin) Suyak mineralizasiyasi uchun gormonlar aktivligining mosemasligi: vitamin D: ko'krak so'tida kam miqdordaligi, nisbiy steatoreyada absorbsiyaning kamayishi, chala tug'ilgan bolalarda vitamin D sintezining pasayishi.

Paratgormon: chala tug'ilgan bolalarda nisbatan javob yo'qligi.

Taxminan 2-oylik davrida quyidagi o'zgarishlar aniqlanadi:

- 1) uzun suyaklar diafizlari oxirining kengayishi;
- 2) qovurga-toqay birikkan joyining kengayishi ("raxitik tasmalar");
- 3) bo'rtib chiqqan, yonboshlari yassilangan yumshoq bosh suyagi
- 4) kalla suyagining yomon rivojlanganligi hisobiga, katta lihildoqning olchami nisbatan katta;
- 5) qovurgalar yoki uzun suyaklar yorig'i

Odatda rentgenologik o'zgarishlar harakterli bo'ladi. Suyaklar rentgenogrammasida quyidagi o'zgarishlar aniqlanadi:

- 1) yaqqol rivojlangan hamma suyaklar osteoporozi;
- 2) yalliglanish genezli metafiz oxirlari giperemiyasi;
- 3) metafiz oxirlarida qonturlanishning yo'qligi;
- 4) kalsinoz boshlanish chizigining rivojlanishi bilan erta tiklanish belgilari;

Epifiz rivojlanishi orqada qoladi. qonning bioximik tahlilida ishqoriy fosfataza ko'rsatgichi yuqori bo'ladi (800 ME_{dan}), plazmada fosfor bog'liq kamaygan, kalsiy bog'liq kam yo'ki normada. Rentgenologik belgilari darrov rivojlanmaydi va kasallikni og'ir kechishini ko'rsatadi, chala tug'ilgan bolalarda raxit borligiga ko'rsatma bu ishqoriy fosfatazaning doimiy yuqoriligidir, agar bunga boshqa asoslar bo'lmasa (misol, xolestaz).

Hozirgi vaqtda chala tug'ilganlarda raxitni kelib chiqish sababi, vitamin D tanqisligi, uning metabolizmining noadekvatligi emas, balki, suyak mineralizasiyasi substratining tanqisligi deb tushuntirilgan. Oqsil, kalsiyni noadekvat iste'mol qilinishi chala tug'ilgan bolalarda raxit rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin, lekin fosfor yetishmasligi eng asosiy sabablardan biridir. Yaqqol fosfor tanqisligida, kalsiy o'tilizasiyasi kamayadi, shuning uchun giperkalsiemiya aniqlanadi. homiladorlikning oxirgi uch oyligida homila qar kuni 7,5 mmol/l (300mg) kalsiy va 5 mmol/l (150mg) fosfor oladi, kam vaznli bolalar kalsiy va fosfor yuqoridagi miqdorda parenteral va enteral ovqatlantirilganda hazm hilaolmaydi. Buning natijasida suyak toqimalarida depolashgan mineral moddalar tanqisligi rivojlanadi. Chala tug'ilgan bolalarni ovqatlantirish uchun tavsiya qilingan aralashmalarda fosfor ko'p miqdorda bo'ladi, bundan tashqari ular fosfor va kalsiyni absorbsiya jarayonini ko'krak so'tiga nisbatan katta miqdorda ta'minlaydi.

Bunday aralashmalarni qo'llaganda raxit kam uchraydi. Maxsus tavsiya qilingan aralashmalarda kalsiy fosfor nisbati 2 ga teng, bunda kalsiy 100 ml aralashmada 50-80 mg, fosfor esa 20-45 mg bo'lishiga kerak. Chala tug'ilganlarda raxitni davolashda suyak mineral moddalariga talabni oshirish uchun 100 ml so't aralashmasiga 10-15 mg neytral fosfor qo'sqiladi yoki infuzatda fosfor bog'liq ko'paytiriladi (parenteral ovqatlantirilganda). Qon zardobida fosfor bog'liq korsatgichi tushsa, ishqoriy fosfataza aktivligi ortsa (800ME_{dan} yuqori), fosforni qo'shimcha berishga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Ko'krak so'ti bilan ovqatlantiriladigan bolalar hayotining birinchi kunidan boshlab, qo'shimcha fosfor olishlari kerak. Ko'krak so'tini qo'shimcha kalsiy bilan 20-40 mg/100 ml so'tkada to'yintirish ham tavsiya etiladi (standart aralashma).

Bundan tashqari chala tug'ilganlarga hayotining 10-14 kunlaridan vitamin D profilaktik dozasini berish ko'rsatilgan. Lekin vitamin Dni yuqori dozada tavsiya

qilish (2000 ME/kuniga) sezilarli natijalarga olib kelmagan. Chuqur chala tug'ilgan bolalarga neonatologiya bo'limlarida yotganda vitamin D qo'shimcha 800ME so'tkada tavsiya etiladi (1600 ME dan oshmasligi zarur), kasalxonadan chiqarilgandan so'ng (yo'ki 1,5-2 oyga yetganda) vitamin D dozasi kamaytiriladi, yetuk tug'ilgan bolalarnikidek - 400mg/so'tkada bo'ladi.

Amaliy mashg'ulot № 2.

Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

Mavzu	Spazmofiliya. Etiopatogenez, yashirin va yaqqol spazmofiliyaning klinikasi. Spazmofiliyada biokimyoviy qon taxlili. Davolash prinsiplari. Reabilitatsiya.
--------------	---

2.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 6 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spazmofiliyaning, muammolarining ijtimoiy aspektlari haqida tasavvurga ega bo'lish. 2. Spazmofiliyaning etiologiya, patogenez, klinika, tashxis va davosini o'rganish. 3. Spazmofiliyaning profilaktik chora – tadbirlar olib bora bilishni o'rgatish.
<i>O'quv mashg'ulotining maqsadi:</i> Talabalar bolalarda spazmofiliya muammolarining ijtimoiy aspektlari xakida tasavvurga ega bo'lish. Spazmofiliyaning etiologiya, patogenez, klinika, tashxis va davosini o'rganish. Spazmofiliyada profilaktik chora – tadbirlar olib bora bilishni o'rgatish	
<i>Pedagogik vazifalar</i>	<i>O'quv faoliyati natijalari</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Talabalarga bolalarda spazmofiliya to'g'risida tushuncha berish. - spazmofiliya muammosining ijtimoiy aspektlari haqida tushuncha berish va o'rgatish. 	<ul style="list-style-type: none"> - Talabalar bolalarda spazmofiliya to'g'risida tushunchaga ega bo'lishi. - spazmofiliya muammoning ijtimoiy aspektlari xakida tushunchaga ega bo'lishi va bayon eta bilish.

- spazmofiliyaning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisi va davosi haqida tushuncha berish - spazmofiliyada profilaktik chora va tadbirlarni olib borishni o'rgatish.	- spazmofiliyaning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisi va davosi haqida tushunchaga ega bo'lib, so'zlab bera olishi va amaliyotda bajara bilishi. - spazmofiliyada profilaktik chora va tadbirlarni olib borishi xakida tushunchaga ega bo'lish va bayon eta bilishi kerak.
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, proektor, flomaster, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «chaqaloq -qo'g'irchok»,
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat: savol – javob, mustaqili ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

2.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha O'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi 2. amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi 3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab, chiqish . 4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish . 5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi. 6. O'quv bilish topshiriqlarni tayyorlaydi 	

<p>1.Mavzuga kirish (10 daqiqa)</p>	<p>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi. 2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi. 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</p>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar. Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
<p>2. Asosiy bosqich. (100 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi. 2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi. 3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi. 4. Guruhlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi. 5. taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi. 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi. 7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi. 8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi. 9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>Tinglaydilar., asosiy jixatlarini yozib oladilar Kichik guruxlarga bulinadilar. Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar Faol katnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
<p>3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi. 2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi. 3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan</p>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

	joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi. Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish - internet ma'lumotlaridan referat, krossvord ko'rinishida tayyorlashni topshiradi	
--	--	--

SPAZMOFILIYA

Spazmofiliya hozirgi vaqtgacha alohida kasallik deb qaralgan. Tetaniya spazmofiliyaning asosiy klinik ko'rinishi bo'lib, turli xil etiologiyali va patogenetik mexanizmga ega. Raxitning spazmofiliya bilan bog'liqligi aniq. Patogenetik nuqtai nazardan spazmofiliya va raxit kalsiy va fosfor almashinuvi buzilishining ikki bosqichi bo'lib, organizmda vitamin D yetishmasligi oqibatida rivojlanadi. Maslov fikriga ko'ra, XX asrning 60-yillarigacha, spazmofiliya 3,7% godak yoshidagi bolalarda aniqlangan.

Oxirgi vaqtda raxit kasalligi kamayganligi sababli bolalarda spazmofiliya kam uchramoqda. Talvasa va boshqa spastik kasalliklarni paydo bo'lishiga asab tizimi, asosan asab-mushak apparatining yuqori qo'zg'aluvchanligi bilan bog'liq. Spazmofiliya rivojlanishiga gipokalsiemiya, giperfosfatemiya va alkaloz natijasida yuzaga kelgan ion tengligining buzilishi sabab bo'ladi. Fosfor bog'liqligining ko'payishi va alkaloz o'shishi gipokalsiemiya olib keladi. Qonda kalsiy bog'liqligining kamayishi, uning ionlarining kamayishi bolalarda talvasa rivojlanishiga sabab bo'ladi. Ishqorlarning hujayra ichiga ko'p kirishi ham talvasaga olib keladi (natriy gidrokarbonat, nitratlar). Spazmofiliya ultrabinafsha radiyasi ta'siri bo'lgan qishning oxiri va bahorda paydo bo'ladi, shuningdek, raxit rekonvalesensiyasi davrida, kalsiy-fosfor almashinuvining yaxshilanishi, qondan kalsiy mobilizatsiyasining kuchayishi va uning suyaklarda toplanishi natijasida roy beradi. Bir vaqtda qalqonsimon bez oldi funksiyasi pasayadi. Spazmofiliyada talvasaga ko'p qayt qilish, kuchli yig'lash, qo'rquv sabab bo'ladi. Bu omillar kislota-asosli holatni alkaloz tomonga siljishiga, qonda ishqoriy holat kalsiy ionizatsiyasi kamayishiga olib keladi. Bunday holatlarda kalsiy bog'liq kamayishi shart emas, alkaloz nerv-mushak qo'zg'aluvchanligini kuchaytiradi. Bunga qarama-qarshi metabolik asidoz tetaniyani rivojlanishiga sabab bo'ladi, chunki yuqori rNda kalsiy ionizatsiyasi kuchayadi.

Spazmofiliya shuningdek, hujayra tashqarisi suyuqligida magniy yetishmasligi bilan ham bog'liq, kalsiy bog'liq normada bo'ladi. Bu holat so't bilan ovqatlantirilganda yoki organizmda magniyni notoliq singishida, shuningdek magniyning siydik orqali ortiqcha chiqarilib yuborilishida yuz beradi. Normada

qon zardobida magniy bog`liq 0,8-1,5 mmol/l ni tashhil qiladi, uning bog`liqni 0,5 mmol/l ga kamayishi talvasani chaqiradi. Shuningdek, talvasa paydo bo`lishiga vitamin V1 yetishmasligi sabab bo`ladi, raxitda kuzatiladi va spazmofiliyada kuchayadi. Bunda glikolitik zanjirda buzilish paydo bo`ladi, pirouzum kislotasi hosil bo`ladi, talvasa paydo bo`lishiga olib keladi.

Spazmofiliya yashirin va latent turlariga ajratiladi yo`ki "yashirin tetaniya" va aniq spazmofiliya deb ataladi. Spazmofiliyaning yashirin shaklida, "yashirin tetaniya", asab-mushak qo`zg`aluvchanligi yuqoriligidan paydo bo`ladi. Ota-onalar shikoyat qilishmaydi, bola normal rivojlanadi, raxit belgilari aniqlanadi. Yashirin spazmofiliyada ko`p uchraydigan belgilarga Xvostek (yuz fenomeni), Lyust, Trusso, Erba, Maslov simptomlari kiradi.

Xvostek simptomi - bolg`acha bilan yuz nervi shoxchasi orniga, ordak kafti sohasiga, fossae caninae ga urilganda og`iz, burun, koz ichki burchagi mushaklarining hisqarishini chaqiradi.

Lyust simptomi - (peroneal yoki fibulyar) - kichik boldir nervi, kichik bo`ldir suyagining orqa va pastki sohasiga tuqo`llatilganda, oyog` ustki qismi bukilishi, tashqariga burilishini chaqiradi. Shunga o`xshash ko`rinishni holda ham kuzatish mumkin, tirsak nervi sohasiga bilak suyagi boshchasiga tuqo`llatganda kuzatiladi.

Trusso simptomi - yelkani bir necha daqiqaga tasma bilan bosilganda (nerv-tomir to`tamiga), qo`l barmoqlarining tirishishi va "akusher qo`li" ko`rinishi yuzaga keladi.

Erba simptomi - galvanik tok ta'sirida nervlar elektr qo`zg`aluvchanligining kuchayishi kuzatiladi. Agar tok kuchi 5mAdan kichik bo`lganda mushaklar hisqarsa, bu yuqori qo`zg`aluvchanlik deyiladi. Spazmofiliyada u 1-2 mA ga teng bo`ladi.

Maslov simptomi - igna sanchganda bolalar nafas olishining tezlashishi kuzatiladi. Yashirin spazmofiliyada nafas mushaklarining spazmi natijasida nafas olganda va nafas chiqarganda bir necha daqiqaga to`xtaydi.

Laringospazm. Aniq spazmofiliya simptomlaridan biri laringospazm va yo`tish mushaklari spazmi hisoblanadi. Ba'zida tinch holatda, ko`pincha zoriqishda, hayajonlanganda, qo`rquvda yoki yig`laganda nafas olish qiyinlashadi va o`ziga xos shovqinli nafas paydo bo`ladi, nafas bir necha sekundga to`xtashi mumkin. Bola oqarib ketadi, keyin kokaradi, yuzida va tanasida sovuq ter paydo bo`ladi. Xuruj shovqinli nafas chiqarish bilan tugaydi va nafas asta-sekin normallasadi. Laringospazm kun davomida takrorlanishi mumkin. Uzoq spazmda qushini yogo`tish va klonik talvasa kuzatilishi mumkin.

Karpopedal spazm (yaqqol tetaniya). Qo`l va oyog` mushaklarining ogriqli spazmi. Bunda barmoqlar "akusher qo`li" holatida bo`ladi, shuningdek,

oyoq barmoqlari ekvin-varus holatini oladi, oyog'lar kaft qismiga qarab buqiladi, kaftda teri burmalar hosil qiladi. Spazm bir necha sekunddan bir necha mino'tgacha davom etadi, ba'zida uzoqroq. Mimik mushaklar (tetanik yuz) zoriqishi, chaynash mushaklarining tortilishi (trizm), bo'yin mushaklari, nafas mushaklari (nafas toxtashi, ushlanishi) kuzatiladi. Silliqlik mushaklar spazmi ham kuzatilishi mumkin, yurak toxtashi bilan, olim holati ham kuzatilishi mumkin. Ba'zida karpopedal spazmlar klonik talvasalar bilan birga keladi.

Eklampsiya. hushni yogo'tish bilan kechuvchi keng tarqalgan talvasa xurujlari. Ba'zida talvasalar og'iz uchida va ko'zda yuz mushaklarining uchishi bilan boshlanadi, oyoggacha tarqaladi. Xuruj davomiyligi bir necha mino'tdan bir necha soatgacha (eklamptik status deb yuritiladi). Ba'zida talvasalar uyquda boshlanadi. Tetaniyasi bor bolalarda xurujlar oraliqida EEGda patologik o'zgarishlar aniqlanmaydi. Mushak spazmlarida EEGda patologik to'lqinlar registrasiya qilinadi, serebral anoksiya va ishemiyada kuzatiladigan o'zgarishlar aniqlanadi. Kalsiy bog'liq va EEG ma'lumotlari o'rtasida aniq o'zaro bog'liqlik yo'q. Chaqaloqlar tetaniyasi. hayotining birinchi kunida gipokalsiemiya va talvasa holati (chaqaloqlar tetaniyasi) chala tug'ilgan bolalar, egizaklarda, infeksiyalarda, sariqlik sindromida va boshqalarda ko'p uchraydi. Tug'ilgandan keyin kalsiyni organizmga kam tushishi, periferik reseptorlarni o'tuvchi rezistentligi, kalsitonin sekresiyasi yuqoriligi katta ahamiyatga ega. Hayotining birinchi haftasida bolada gipokalsiemiya ovqatlanish xususiyati, uning organizmga tushishining buzilishi va bolani erta sigir so'ti bilan boqishga o'tish bilan bog'liq. Kam qo'llarda chaqaloqlarda gipokalsiemiya ona organizmida kalsiy va vitamin D yetishmasligi natijasida paydo bo'ladi. Chaqaloqlarda gipokalsiemiya nerv-mushaklarning tarqalgan yuqori qo'zg'aluvchanligi va talvasa, respirator simptomlar, taxikardiya, qayd qilish natijasida yuzaga keladi.

Davosi. Yashirin va aniq spazmofiliyada 10%li kalsiy xlor eritmasi bir choy yo'ki desert qoshiqdan yoki kalsiy glyuqonat 1-2 grdan kuniga 3 mahal tavsiya etiladi. Laringospazmning yengil xurujlari toza havo yo'rdamida bartaraf etiladi (toza havo kirishi ta'minlanadi), yuzga sovuq suv sepiladi; choziluvchan xurujlarda til o'zagi va tomoq orqa devori qo'zg'atiladi, sun'iy nafas - birinchi nafas olish paydo bo'lgunga qadar o'tkaziladi. Tetaniyada va karpopedal spazmda 1-2%li xloralgidrat eritmasi bir choy qoshiqda yoki desert qoshiqda tavsiya etiladi, vena ichiga 10-15 ml 10% kalsiy xlor yo'ki glyuqonat, keyin ichishga kalsiy 0,1-0,15 g/kg so'tkada beriladi.

Talvasa xurujlari kuzatilgan bolalarda ovqatlanish tartibini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Talvasa kuzatilgan davrda 8-12 soat davomida parhez choy, meva sharbatlari bilan o'tkaziladi. Keyin ko'krak so'ti bilan ovqatlanadigan bolalarga so'tga nordon aralashmalar qo'sqiladi, sun'iy ovqatlantirilganda sigir so'ti donor

(ko'krak so'ti) va nordon aralashma bilan almashtiriladi; meva va sabzavot sharbatlari, sabzavot bo'tqasi tavsiya etiladi.

Profilaktik tadbirlardan raxitni o'z vaqtida oldini olish, kun tartibini to'g'ri tashkillashtirish, toza havoda yetarli sayr qilish, davriy ravishda kalsiy dorilari tavsiya qilinadi. Qish-bahor mavsumida yuqori qo'zg'aluvchan va raxit bilan og'rigan bolalarga kalsiy bilan birga bromidlar tavsiya etiladi. Surunkali gipoparatiroidizmida vitamin D2 (ergokalsiferol) 300 000 - 400 000 HB/so'tkada beriladi. qondagi kalsiy bog'liq normallashtirishda (2,2 mmol/l) vitamin D2 1 yoshgacha bolalarga 50 000 XB/so'tda va bir yoshdan katta bolalar uchun 75 000-125 000 HB/so't davom ettiriladi. O'rindosh davo maqsadida qalqonsimon bez oldi bezining suyuq ekstrakti (paratiroidin) tavsiya etiladi, qonda kalsiy konsentratsiyasini ko'taradi. Dorilar teri ostiga yo'ki mushak orasiga 12 ml/so't da qollaniladi, qon zardobida kalsiy bog'liqni nazorat qilish kerak. 0,1% digidrotaxisterolning yog'li eritmasi (tuzilish va ta'siri bo'yicha vitamin Dga yaqin) yaxshi samara beradi, kalsiy va fosfor almashinuvini nazorat qiladi, ichak orqali kalsiy so'rilishi, peshob orqali fosfor ekskresiyasini kuchaytiradi. Dori ichishga 0,5 mg (20 tomchi) kuniga 3 mahal tavsiya qilinadi. Kalsiy dorilari bilan bir vaqtda, qondagi kalsiy va fosfor, peshobda Sulkovich reaksiyasi kursoratgichini nazorat qilib turish kerak. Parhezda kalsiy bog'liq ko'p, fosfor kam miqdorda bo'lishiga zarur. Oshqozon-ichak orqali fosfatlar sorilishini kamaytirish uchun alyuminiy gidrooksid tavsiya qilinadi. Dorini ichishga suspenziya (4%) ko'rinishida suv bilan bir choy qoshiqdan kuniga 2-3 marta beriladi.

Amaliy mashg'ulot № 3 - 4

Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

Mavzu	Konstitutsiya anomaliyalari. Diatezlar Ekssudativ-kataral, limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatezlar patogenetik variantlari va ularning genezi. Yoshga qarab klinik namoyon bo'lishi. Diatezlarning bolalarga ta'siri. Parvavpish, ovkatlantirish, profilaktika. Davolashga kursatmalar.
--------------	---

3.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot	Talabalar soni 8 -12 tagacha
------------	------------------------------

vaqti – 6 soat	
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konstitutsiya anomaliyalari. Diatezlar. (ekssudativ –kataral diatez) tugrisida tushuncha. 2. Ekssudativ –kataral diatez etiologiya, patogenez, klinika, tashxis va davosini o'rganish. 3. Ekssudativ –kataral diatezning profilaktik chora – tadbirlar olib bora bilishni o'rgatish. 4. Konstitutsiya anomaliyalari. Diatezlar. (limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatez) tugrisida tushuncha. 5. Limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatez etiologiya, patogenez, klinika, tashxis va davosini o'rganish. 6. Limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatez ning profilaktik chora – tadbirlar olib bora bilishni o'rgatish.
<p><i>O'quv mashg'ulotining maqsadi:</i> Talabalarning bolalarda konstitutsiya anomaliyalari (ekssudativ –kataral, limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatezlar) to'grisida tushunchaga ega bo'lishi. Ekssudativ –kataral, limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatezlarning etiologiya, patogenez, klinika, tashxis va davosini o'rganish. Ekssudativ –kataral, limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatezlarda profilaktik chora – tadbirlar olib bora bilishni o'rgatish.</p>	
<i>Pedagogik vazifalar</i>	<i>O'quv faoliyati natijalari</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Talabalarga bolalarda ekssudativ – kataral, limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatezlar to'g'risida tushuncha berish. - ekssudativ –kataral, limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatezlar haqida tushuncha berish va o'rgatish. - ekssudativ –kataral, limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatezlarning etiologiyasi, patogenez, klinikasi, tashxisi va davosi haqida tushuncha berish - ekssudativ –kataral, limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatezlarda profilaktik chora va tadbirlarni olib 	<ul style="list-style-type: none"> - Talabalar bolalarda ekssudativ –kataral, limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatezlar to'g'risida tushunchaga ega bo'lishi. - ekssudativ –kataral, limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatezlar hakida tushunchaga ega bo'lishi va bayon eta bilish. - ekssudativ –kataral, limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatezlarning etiologiyasi, patogenez, klinikasi, tashxisi va davosi haqida tushunchaga ega bo'lib, so'zlab bera olishi va amaliyotda bajara bilishi. - ekssudativ –kataral, limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatezlarda profilaktik chora va tadbirlarni olib borishi haqida tushunchaga ega bo'lish va bayon eta bilishi kerak.

borishni o'rgatish.	
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, proektor, flomaster, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «chaqaloq -qo'g'irchok»,
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat: savol – javob, mustaqili ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

3.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha O'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi 2. amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi 3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab, chiqish . 4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish . 5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi. 6. O'quv bilish topshiriqlarni tayyorlaydi 	
1.Mavzuga kirish (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi. 2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi. 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi 	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy	1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni	Tinglaydilar., asosiy

<p>bosqich. (100 daqiqa)</p>	<p>izoxlab beradi. 2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi. 3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi. 4. Guruhlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi. 5. taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi. 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi. 7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi. 8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi. 9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>jixatlarini yozib oladilar Kichik guruxlarga bulinadilar. Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar Faol katnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
<p>3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi. 2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi. 3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi. Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish - internet ma'lumotlaridan referat, krossvord ko'rinishida tayyorlashni topshiradi</p>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

Konstitutsiya – bu irsiy va ortirilgan morfologik, funksional, bioximik va psixik xususiyatlarning yigindisi bulib, organizmning tashki muxitga bulgan

reaksiyasi bilan xarakterlanadi. Ba'zi bolalar xar xil fiziologik va patalogik ta'surotlarga chidamliligi bilan ajralib tursa, ikkinchi xil bolalar chidamliligi sustligi bilan, uchinchi xil bolalarga bu ta'surotlar kuchli patalogik reaksiya chakiradi, mana shu patalogik reaksiyaga diatez deymiz.

1905 yil CHerni tomonidan ekssudativ diatez degan termin berilgan. Bu diatezda organizmning teri va shillik pardalari kaytalanuvchi yalliglanish protsessiga, psevdollergik reaksiyalarga, yalliglanish protsesslarining chuziluvchan kechishiga va suv tuz almashinuvining uzgaruvchanligiga moyil buladi.

Konstitutsiya va diatezlarning umumiy tibbiy va klinik tushunchalari bilan Mixail Stepanovich Maslov tanishtirdi. M.S. Maslov pediatriya tarixiga kup vakti va ishlarini bolalardagi konstitutsiya anomaliyalari va diatezlarni urganishga bagishlagan olim sifatida kirdi. Xozirgi vaktida diatez tushunchasi deganda, bola organizmining nasldan-naslga utadigan aloxida xususiyatga ega xolati, kasalliklarni engilrok yoki ogir kechishini aniklaydigan, odatdagi mukit ta'siriga organizmning noadekvat javobi tushuniladi.

Diatez (grekcha diathesis – moyillik ma'nosini, ya'ni kasallikka moyillik ma'nosini bildiradi). Diatez tushunchasidan kurinib turibdiki, bu holatlarga hech qachon kasallik deb qarash kerak emas.

Diatezni rivojlanishi uchun irsiy moyillik va tashki muxitni ta'siri bulishi kerak. Anikrogi diatezlarni nokulay tashki va ichki ta'sirlar natijasida (bolaning noratsional kun tartibi, ovkatdagi uzgarishlar, parvarish nuksonlari, surunkali yukumli kasallik va emotsional stresslar) kasallikka olib keluvchi omil konstitutsiyasining anomaliyalari yoki adaptatsiyaning buzilishi deb karash mumkin.

Tashki muxitni ta'siriga allergenlar kiradi. Allergenlar bilan aloka tugilgandan keyin va ba'zan xomila paytida, ayniksa toksikoz paytida, allergen ta'siri markaziy nerv sistemasi orkali pustlokka, u erda funksional patalogik uchok paydo buladi, allergik xolatni vujudga keltiradi. Allergenlar ekzogen va endogen xarakterda bulishi mumkin.

Diatezlarning rivojlanish mexanizmi vegetativ nerv tizimi va ichki sekretsiya bilan boglik. Tashki mukit sharoiti uzgarganda (ovkatlanish, kun tartibining buzilishi, organizm kasalliklari), markaziy yoki vegetativ nerv tizimining funksional buzilishlarida nerv-regulyator mexanizmlar organlar va moddalar almashinuvining tugri funksiyasini ta'minlay olmaydi, buning natijasida organizmning tashki mukitga moslanishi susayadi, reaktivligi uzgaradi, anik bir kasalliklarga moyillik yuzaga keladi. Diatezlarda hattoki fiziologik kuzgatuvchilar va odatdagi hayot sharoiti patologik reaksiyalarni chakirishi va kasallikka olib kelishi mumkin. Kasalliklarga moyillikni pasaytirish yoki ba'zida bartaraf kilish mumkin.

Konstitutsiya anomaliyalari bor bolalar utkir respirator infeksiyalar bilan tez kasallanadi, ularda kislota - asos balansining buzilishi, ogir toksikozlar, talvasa sindromi, septik va yalliglanish jarayonlar rivojlanishiga moyillik buladi. Diatezlarning aloxida shakllari keyinchalik teri, oshkozon-ichak trakti, siydik chikarish yullari va suyak- bugim tizimining surunkali patologiyasiga aylanishi mumkin.

Diatezlar uch guruxga bulinadi

1. Ekssudativ- kataral diatez (atopik)
2. Limfatiko-gipoplastik diatez (limfatik)
3. Nerv-artritik diatez (moche kisliq)

Bundan tashkari konstitutsiya anomaliyalarining kombinirlangan formalari va individual variantlari xam uchraydi. Konstitutsiya anomalarining umumiy sabablari bulib quyidagi faktorlar xisoblanadi: kon shaklli elementlari etilishining geteroxronizmi, jigar fermentativ funksiyasining, buyrak va boshka organlar funksiyasining buzilishi organizm immun xususiyatining pasayishi, gipokortitsizm va diskortitsizm almashinuv va immunologik jarayonlar regulyasiyasining buzilishi kabilar.

Ekssudativ-kataral (ekssudativli) diatez - erta yoshdagi bolalarga xos konstitutsiya anomaliyasi bulib, teri va shillik kavatlarning kaytalanuvchi deskvamativ zararlanishi, allergik reaksiyalar rivojlanishi va yalliglanish jarayonining chuziluvchan kechishi, shuningdek, suv-tuz almashinuvi buzilishi va limfoid giperplaziyaga moyillik bilan xarakterlanadi. 30-53% erta yoshdagi bolalarda ekssudativ-kataral diatezning kiska vaktli belgilari aniklanadi.

Kupgina bolalarda ekssudativ-kataral diatez patogenezida oshkozon-ichak traktining yukori utkazuvchanligi, semiz xujayralar membranalarining etarli bulmagan stabilligi, biogen aminlar va oksillarni parchalaydigan fermentlar aktivligining pastligi muxim ahamiyatga ega. Ekssudativ-kataral diatezning asosiy xususiyati shundan iboratki uning boshlanish vakti ona (bolani kukrak suti bilan emizganda) yoki bola ovkatida gistamin va gistamin liberatorlari kup bulgan maxsulotlar iste'mol kilinishi bilan bogliq; bunda yuzaga keladigan allergik reaksiyalar immun mexanizmlar ishtirokisiz paydo buladi.

Patogenezi

Organizmga birinchi marta allergen tushganda globulin fraksiyalarida uzgarishlar kelib chikadi va organizmni unga sezuvchan kilib kuyadi. Bu globulinlarga reagen deyiladi. Kaytadan tushgan allergen reagen bilan uchrashib, gaptenni xosil kiladi. Gaptenlar teri ostidagi kapilyarlar endoteliasida tuplanadi. Uchinchi marta allergen tushganda reaksiya (antigen- antitelo) teri tomonidan buladi. Patfiziolog Ado tomonidan reaksiya 3 stadiyada tushuntiriladi.

I stadiya – immunologik (reaksiya antigen-antitelo terida surgich kavatida buladi).

II stadiya – patoximik (tukimalarda proteolitik fermentlar ishlab chikariladi, gistamin, serotonin, bradikinin)

III stadiya – patofiziologik moda almashinuvida, ichki a'zolarida uzgarishlar kuzatiladi. Maslov kursatgan ediki, eksudativ diatezning patogenezida endokrin sistemani faoliyatini uzgarishi, ayniksa gipofizar – buyrak usti bezi faoliyatining uzgarishi kuzatiladi, bu organ umumiy moslashish sindromiga kiradi

Klinikasi

Diatezni belgisi 3-6 oylikidan namoyon buladi. Boshlangich belgilari nerv sistemasining funksional uzgarishi bilan (bolalar kup uxlaydi, kup yiglaydi, uchib – uchib tushadi, shartli reflekslar sekinlik bilan chakiriladi, kichish, kusish, kup terlash) kuzatiladi. Ekssudativ-kataral diatezli bolalarga xarakterli bulgan belgilarga quyidagilar kiradi: tana vaznining ortikligi, xayotining birinchi oyidan boshlab bichilish, gneys (boshining soch kismida yogli seboreyali tangachalar), terining kurukligi va okarishi, sutli strup - yonok terisi va jagning kizarishi, keyinchalik kipiklanish. Kup xollarda terida eritematoz-papulez va eritematoz-vezikulez kichishadigan toshmalar, tirnalganda ikkilamchi infitsirlanishi mumkin bulgan toshmalar paydo buladi. “Geografik til”, uzgaruvchan najas, chuziluvchan kon'yuktivlar, rinitlar, obstruktiv bronxitlar, kup xollarda kamkonlik, raxit aniklanadi

Terisi va shillik pardalari tomonidan buladigan asosiy belgilar

1. Gneys (kovuzlok) – kosh ustida, boshning sochli kismida, kata likkildok atrofida kovuzloklar paydo buladi, bu yog bezlarining funksiyasini oshishi natijasida kuzatiladi. Kovuzlokni tozalagandan sung, terisi kizarib namlanadi, keyinchalik YAna gneys paydo buladi. YAxshi karalmasa ekzemaga aylanishi mumkin.
2. **Molochnyy strup** – yuzi kizarib, terisi kipiklanadi, kichitish natijasida pufakchalar paydo buladi, yuzi maskaga uxshab koladi.
3. Bichilish – bu asosan tabiiy burmalar bulgan joyda xosil buladi, ya'ni kizarish paydo buladi, xidli, bolana karalmasa yaraga eroziyaga aylanishi mumkin. Uch darajaga bulinadi I, II, III
4. Strofulyus – teri ustida kizil papular xosil buladi, kichiydi, papula pufakchaga aylanib, pustlok xosil kiladi.
5. Krapivnitsa – voldir xosil buladi. Juda kichiydi, okimtir kizgish rangda kuyganga uxshaydi.
6. Ekzema – teridagi uzgarishlarni ogir kurinishlaridan biri bulib, kuchli kichish, bola juda bezovta, uykusi notinch, ishtaxasi past buladi:

1. Eritematoz – vezikulyoz
2. **Moknuşaya** – kuchli suyuklik ajralib chikadi, yiringlab, kora rangdagi pustlok xosil kiladi.
3. Pustlokli ekzema
4. Kipiklanuvchi ekzema
5. **Impetigiozli** ekzema

SHillik pardalarda buladigan uzgarishlar

1. Geografik til – til epitelyasini deskvamatsiyasi, yalliglanish natijasida yuzaga keladi. Bu siklik shaklda utadi, xar 5 – 8 kunda kuzatiladi, okimtir dog kurinishida buladi.
2. Retsidivli katar – bu yukori nafas olish yullarini yalliglanishi.
3. Ichakni retsidivli yalliglanishi.

Ekssudativ kataral diatezda xama moda almashinuv jarayonida uzgarish kuzatiladi. Birinchi navbatda suv-mineral almashinuvi uzgaradi. Bunda tukimalarda suyuklik tuplanadi. Mak-Klyura – Oldricha sinamasi tezlashgan buladi 15-20 minutgacha (normada 40-45 minut). Natriy, kalsiy plazmada va tukimada kupayadi, kaliy esa konda kupayadi. YOg yomon uzlashtiriladi, konda xolestirin kamayadi. Oksil – gipoprotein, gamma globulin kamayadi, uglevodlar uzgaradi, glikogen sintezi buziladi. Organizmda suv, natriy, kaliy va xloridlar ushlanib kolishi kuzatiladi, lekin interkurrent kasalliklarda suvsizlik tez rivojlanadi. Moddalar almashinuvining xususiyati metabolik atsidoz, erkin-radikal lipidlarning kayta oksidlanishi, gipoproteinemiya, giperqlikemiya va giperlipidemiyaga moyillik, jigar funksiyasi buzilishi xisoblanadi. 3-4 yoshda ekssudativ-kataral diatez vujudga kelishi asta-sekin yukoladi.

Davolash ratsional ovkatlantirilishni yulga kuyishdan boshlanadi. 1yoshgacha bulgan bolalar uchun optimal ovkatlantirish bu ona suti xisoblanadi. Bola oksil, yog, uglevodlarni nisbatini yoshiga mos ravishda olishi kerak. Allergenlarni kamaytirish kerak. Davolash umumiy va maxalliy buladi. Umumiy davolanishga kiradi: Antigistamin dorilar dimedrol 0,02 – 0,03, kalsiy xlor 1% li 1 choy koshikdan 3-4 marta, kalsiy glyukonat 5% li 1 choy koshikdan 3-4 marta, ketotifen 0,05 mg/kg sutkasiga 2 marta, anafilaksiyani kamaytirish maksadida logoxilus 5-10% li eritma 1 choy koshikdan 3 marta. Vitaminoterapiya utkaziladi vitamin V₆ 50-75 mg sutkasiga, terisi kuruk bulganda vitamin A yaxshi yordam beradi 1000XB/kg, pantotenat kalsiy 100-150mg sutkasiga, pangamat kalsiy 50-100mg sutkasiga, vitamin E 25-30mg sutkasiga beriladi. Immunostimulyasiya maksadida pentoksil 0,2, metiluoatsil 10 mg beriladi. SHishinkiragan bolalarga tireoidin 0,005-0,01 kuniga 2 marta.

Maxalliy davolash – kovuzlok va seboreyaga steril yog surtib, yuvib 15-30 minut kuritish, keyin 2%li kollargol eritmasini surtish kerak. Bunday bolalarni 20,0 tanin yoki 100-150,0 kora duba solingan suvda chumiltirish kerak. Kuchli kichishda dimedrolni spirtli eritmasi 10% - 10,0, anestizin 3,0, sink pastasi 100,0 aralashmadan surtish kerak. Namlanuvchi ekzemada 1: 5000 kaliy permanganat, furatsillin eritmasiga botirilgan 3-4 kavat maleni primochka kilib kuyiladi, keyin kuritib, malxam surtiladi(flutsinar, oksikort, lorenden, ftorokort), bichilishda – prisypka, bolalar kremi, steril paxta yogi, lassara pastasidan foydalaniladi.

Allergik zararlanishda V6, A, E, V5 vitaminlari yoshiga mos davolash dozasi asta-sekin qo'llaniladi, antigistamin dori vositalari (masalan, suprastin, tavegil, dimedrol, ketotifen, zaditen) qo'llaniladi. Teri zararlanishi bulgan bolalarga moychechak, moychechak damlamasi bilan vannalar, 1%li indometatsin moyi buyuriladi.

Profilaktika. Ekssudativ-kataral diatezning birlamchi profilaktikasi perinatal davrda olib boriladi va xomilador ayollar va kukrak yoshidagi bolalarni ratsional ovkatlanishi, obligat allergenlar bilan mulokotni bartaraf qilishni uz ichiga oladi. Profilaktik emlash xakidagi savollar individual echiladi, ular medikamentoz tayyorlashdan keyin (giposensibilizatsiya, antigistamin dori vositalari) ekssudativ-kataral diatez kaytalangandan keyin, 1-oydan kam bulmagan vaktida utkaziladi

Ekssudativ-kataral diatezi bor bolalar pediater dispanser kuzatuv ostida bulishi kerak. Kerak bulganda allergolog, dermatolog va boshqa mutaxassislar konsultatsiyasi utkaziladi. Bola va onasiga kukrak suti bilan emizish vaktida, ratsional ovkatlanishni uyushtirish muxim axamiyatga ega. Allergiya chakiradigan maxsulotlarni, engil xazm buladigan uglevodlarni chegaralash lozim. Bir yoshgacha bolalarni sun'iy ovkatlantirilganda nordon aralashmalar tavsiya kilinadi. Allergenlarni topishda anamnez, "ovkat kundaligini" tuzish va maxsus allergolik tekshirish yordam beradi. Uyda gipoallergenli muxit yaratish zarur, eng kup tarkalgan allergik vositalarni man etish (penitsillin, atsetilsalitsil kislotasi, vitamin V1, biologik dori vositalari)..

Limfatiko- gipoplastik diatez

Limfatik diatez tushunchasi avstraliyalik patologoanatom A.Paltauf va pediater T.Esherix tomonidan 1889-1890 yillarda kiritilgan. Bu anomaliya konstitutsiyasi Maslov buyicha 3,2 – 6,8% tashkil kiladi, 2-7 yoshgacha bulgan bolalarda kuproq uchrab, maktab yoshidagi bolalarda kamroq kuzatiladi. Bu anomaliyani asosida

limfoid tukimaning tarkalgan xolatdagi giperplaziyasi yotadi. 70% xolatda timusni kattalashishi bilan birga kechadi va bir kator ichki organlar gipoplaziyasi (yurak va aorta, jinsiy bezlar, kalkonsimon bez va kalkon oldi bezi, jinsiy a'zolar)da kuzatiladi, endokrin bezlar disfunktsiyasi natijasida bolaning reaktivligi uzgaradi va tashki muxit sharoitiga moslashishi pasayadi.

Etiologiyasi

Limfatiko-gipoplastik diatezning rivojlanishida asosiy urinni tashki muxit omillarining ta'siri bilan bog'liq. Bular yulduzning utkazuvchanligini oshirishga olib keladigan onaning kasalliklari, xomiladorlar toksikozi, xomiladorlikning ikkinchi yarmida infeksiyon kasalliklar bilan kasallanish, xomila gipoksiyasi, tugruk jaroxati, uzok davom etuvchi infeksiyon-toksik kasalliklar, sun'iy noratsional ovkatlantirishlar (uglevod va oksillarni kup miqdorda berish) sabab bulishi mumkin. SHu sababli bunday bolalarda latent kechuvchi virusli infeksiyasi bor deb taxmin kilinadi. YU.E.Veltinçev limfatiko – gipoplastik diatezning rivojlanishida poligen irsiylanishning axamiyati kattaligini yozgan.

Patogenezi

Patogenezining asosida immunologik va neyroendokrin uzgarishlar yotadi.

Bizga ma'lumki 5 yoshgacha bulgan bolalarda periferik konda limfatsitlar ustunlik kiladi, 5-6 yoshga kelib periferik limfa tugunlar maksimum darajada kattalashadi. LG diatezi bor bolalarda esa periferik limfa tugunlarning kattalashishi erta yoshda kuzatiladi. LG diatezi bor bolalarda limfatsitoz bilan birgalikda , kon zardobida timik faktor (timozin)ning kamaygan darajasi, V- limfotsitlar, O –limfatsitlar, T – supressorlar miqdorining kupayganligi va umumiy T –limfatsitlar, T – xelperlar miqdorining kamayganligi aniklanadi.

Timus bezi va buyrak usti bezi urtasida bilvosita (obratnaya) boglanish bor. Timusning retikuloendotelial apparatidan sintezlanadigan modda, glyukokortikoidlar sintezini kamaytiradi, limfoid apparatidan chikadigan modda esa kuchaytiradi. Bu a'zolar urtasidvgi boglanish gipotalamus darajasida boshkariladi. LG diatezi bor bolalarda buyrak usti bezining zararlanishi gipo va diskortitsizmga olib keladi, katexolaminlar va glyukokortikoidlar sintezi pasayadi, mineralokortikoidlar sintezi oshadi, bu esa limfoid tukimaning ikkilamchi giperplaziyasiga olib keladi, natijada bolalar stress xolatlarini yomon utkazadi va suv-mineral almashinuvi buzulishi va mikratsirkulyasiyani engil bulsa xam buzulishiga olib keladi, bola organizmida natriy, suv, xloridlar tuplanishi tana massasini oshishiga va osonlik bilan shishning rivojlanishiga olib keladi. Bunday bolalarda konda kand miqdori kamaygan va katalaza aktivligi pasaygan buladi.

Klinikasi

Limfatik diateznig klinik kurinishi xar xil, uning tashki kurinishi uziga xos bulib, adenoid tukimaning va limfoid tukimaning giperplaziyasi va ichki a'zolarning

gipoplaziyasi buladi. Bolalarning tashki kurinishi bu anomaliyada uziga xos buladi: bolalar xom semiz, teri osti yog tukimasi yaxshi rivojlangan, lekin ushlab kurilganda xamirga uxshab bushashgan, mushaklari sust rivojlangan, tonus iva tukimalarning turgori past buladi. Terisi okargan, nozik, yuzi shishinkiragan, boshida sochlari tanasiga nisbatan kup buladi. Bola tengdoshlariga nisbatan usishdan orkada kolgan buladi, kul-oyoklari tanasiga nisbatan uzun, kukrak kafasining yukori kismi torayib boradi, bolani massasini oshib borishi uzgaruvchan (tez semiradi va ichi ketib kolsa tez ozib koladi). Bolalarning psixikasida xam uzgarish kuzatiladi- xolsiz, apatiya, kam xarakatchan, atrofdagilarga kizikishi yuk, akliy rivojlanishi sekinlik Bilan boradi, shartli reflekslar tez xosil bulmaydi, pay reflekslari susaygan buladi. Eng xaarakterli klinik belgilaridan biri xama limfa tugunlarining kattalashishi: ensa soxasida, buyin, jag osti, kultik osti va chov soxasida. Limfa tugunlarining kattaligi xar xil bulib, zanjir tizimida aniklanadi, konsistensiyasi kattikrok, ogriksiz, bir-biri bilan boglanmagan buladi. Tomog soxasidaga bodomcha bezlari kattalashadi, katta yoshdagi bolalarda burun – xalkum soxasida adenoidlarni usishi kuzatiladi. Kupincha limfoid tukimalarning giperplaziyasi natijasida talok kattalashib, 2-3smga kovurga yoyidan chikib turadi. Ba'zi bolalarda nafas olishning kiyinlashganini (stridor), kukarish, yarimoysimon chukurchani tortilishi kuzatilsa, bu bilan timusni kattalashganligi xakida uylash kerak buladi. Timusni kattalashganini aniklash uchun kukrak kafasi rentgenografiyasi utkaziladi. Rentgenda kuks bushligi yukori kismida assimetrik soya borligi aniklanadi, yurak razmeri kichraygan (kapelnoe serdsa) kuzatiladi. $TTI = \frac{a+v}{A+V} = 0,15$. YUrak kon-tomir sistemasida taxikardiya, yurak tonlari bugik, sistolik shovkin funksional xarakterda, kon bosimi past buladi. Bu anomaliyani xavfli tomoni shundaki, narkozda, kuchli ta'sirlantiruvchi ta'sirida, ba'zan oddiy tibbiy manipulyasiyalarda bola birdan xushdan ketishi mumkin va ba'zan birdan ulib kolishi mumkin. Birdan ulib kolishini sababini oldinlari timusni kattalashishi natijasida kelib chikadi deb xisoblar edilar. KEyinchalik aniklandiki, kup tekshirishlar natijasida bolaning birdan ulib kolishi endokrin sistemasining disfunksiyasi tufayli. Periferik konda bunday bolalarda leykotsitlarni, trombotsitlarni mikdori oshgan buladi, monotsitlar xam oshgan, SIK mikdori oshgan, anemiya, disproteinemiya, umumiy lipidlar va xolestirin mikdori oshgan, AKTG, TTG va kortizol mikdori kamaygan buladi. Bunday bolalarda nafas yullarining infeksiyon yalliglanishi mikratsirkulyasiya buzulishi belgilari bilan, neyrotoksikoz, dispeptik buzulishlar bilan kechadi. LG diateznig yakkol namoyon bulgan davri 3-6 yoshga tugri keladi. Keyinchalik asta-sekinlik bilan yukolib boradi. Bu anomaliya konstitutsiyaning tugma bulishiga karamasdan, tashki sharoitning bolaga ta'siri yaxshi bulsa, bu anomaliya uzok vakt davomida klinik belgisini namoyon kilmaydi.

Davolash

LG diatezi bor bolalarni davolashni asosida bolani kun tartibiga rioya kilinishi, kerakli mikdorda toza xavoda bulishi, chiniktirish, sistemali ravishda massaj, gimnastika muxim urin tutadi. Bunday bolalarga doimo adaptogenlar, organizmning ximoya kuchlarini , buyrak usti bezi faoliyatini stimullovchi dorilar berilib turilishi kerak: glitseram, dibazol, metatsil, pentoksil, vitaminV₅, V₆, V₁₂ A, E, aloe, eleuterakokk. Davriy ravishda bunday bolalarga kalsiy preparatlari berib turilishi kerak. Xirurgik operatsiyalarni utkazishda extiyot bulish kerak. Xirurgik manimulyasiyadan 5-10 kun oldin bolaga kalsiy preparatlari, askorbin kislata, tomirlarni tonusini oshirish maksadida adrenalin yuborish kerak.

Nerv- Artritik diatez

Nerv-Artritik diatez tushunchasini pediatriyaga birinchi bulib 1901-1902 yillarda Dj. Kombi tomonidan kiritilgan. Boshka diatezlarga nisbatan kamrok uchraydi, 1,4-3% bolalarda uchraydi, kupincha maktab yoshidagi bolalarda, ya'ni 8-15 yoshda. Bu anomaliya konstitutsiyada modda almashinuvining ayniksa purin almashinuvining buzulishi bilan kechadigan va kup mikdorda siydik kislatasini xosil bulishi va markaziy nerv sistemasini kuzgaluvchanligini oshishi bilan kechadi. Bu anomaliyaning asosida ota-onasidan ba'zi patalogik xolatni irsiy utishi va tashki muxit faktorlarining ta'siri, ovkatlanish tartibining buzulishi yotadi. Bunday bolalarning ota- onalarida kupincha podagra, migren, semirish, nevralgia, ut va siydik yullari tosh kasalligi, artrit, ateroskleroz, gipertoniya, kand kasalligi, ishemiya kasalligi borligi aniklanadi.

Patogenizi

Patogenezinig asosida jigar fermentlari aktivliginig va oksil almashinuvining uzgarishi, purin almashinuvining buzulishi va siydik kislatasining kup mikdorda xosil bulishi yotadi. Natijada siydik kislatasi konda kupayadi (268 mkmol/l dan yukori buladi). SHu bilan birga yog va uglevod almashinuvi xam uzgarib, uglevodlarni xazm bulishi buziladi va ketoatsidozga moyillik kelib chikadi. Siydik kislatasi va uning tuzlari, atsidoz markaziy asab sistemasining kuzgaluvchanligini oshiradi.

Klinikasi

Nevrostenik va Dismetobolik sindromlar bilan kechadi.

Birinchi belgilari kichik yoshdagi bolalarda boshlanib, maktab yoshigacha va maktab yoshidagi bolalarda kuzga yakkol tashlanadi. Erta belgilari asab sistemasi tomonidan kuzatiladi: bolalar yiglok, jaxldor, injik, kurkok, shartli reflekslar tez va oson xosil buladi, tezda tili chikadi, uykusi notinch, kechalari kuchaga chikishga kurkadi, yuz mushaklari va oyok-kul mushaklarida titrash kuzatiladi. Pay reflekslari oshgan, oshkozonning pilorik kismida spazm bulib, kusish paydo bulishi mumkin, korin soxasida ogrik, ichi kotadi, ishtaxasi yukolib, anoreksiya

kuzatilishi mumkin. Bunday bolalarni ovkatlantirish kiyinchiliklarga olib keladi, yaxshi ovkat emaganligi sababli bolalar ozgin, semirmaydi, ba'zi bolalar kam ovkat esa xam semirib ketishi mumkin.

Teri tomonidan allergik toshmalar kam uchraydi, lekin katta yoshdagi bolalarda Kvinke shishi, krapivnitsa, neyrodermit, kuruk ekzemalar bulishi mumkin. SHillik pardalardagi uzgarish boshka diatezlarga nisbatan kam kuzatiladi, lekin ba'zi bolalar URVI ga moyil buladi. YUrak kon-tomir sistemasi tomonidan taxikardiya yoki bradikardiya, funksional shovkin, oyok – kullarining muzlab kolishi kuzatilishi mumkin. Jigarining zaxarsizlantirish faoliyati buziladi. Buyrakda xam funksional uzgarishlar bulib turadi, siydikning konsentratsiyasi uzgarib turadi, siydikda kand, oksil paydo bulib turishi mumkin. Nerv- artritik diatezda yog almashinuvining uzgarishi, oralik maxsulotlar (sut kislatasi, uksus kislatasi) xosil bulishi natijasida vakti-vakti bilan atsetonemik kusish kuzatiladi. Atsetonimik kusish xuruji birdan boshlanadi, kusish bir necha marta kaytarilib, bir necha soatdan bir necha kungacha davom etishi mumkin. Kusuk massasi nordon bulib, atseton xidi kelib turadi. Bola juda ozib ketadi, xolsizlanadi, organizmning suvsizlanishi kuzatiladi. Pulsi tezlashgan, nafas olishi xam tezlashib, xansirab koladi, kul – oyoklari muzlaydi. Tana xarorati kutariladi. Ishtaxasi yuk, ogiz bushligi shillik pardalari va tili kuriydi, korni paypaslanganda jigar va ut pufagi soxasida sezuvchanlik oshgan buladi, ogrik sezadi. Kupincha bolaning ichi kotadi. Ogir xollarda talvasa paydo buladi, menengizm belgilari kuzatiladi. Siydigi kuyuklashadi, nordon, solishtirma ogirliги baland, siydik chukmasida moche kisly tuzlar tuplami buladi.

NA diatezi bor bolalarda sababsiz tana xaroratini kutarilishi, migren xurujlari, korinda, belda xurujsimon ogriklar, urtikar toshmalar, Kvinke shishi, krapivnitsa, obstruktiv bronxit, Bronxial astma kuzatilishi mumkin. Tashxis kuyishda siydik kislatasining kondagi va siydikdagi mikdori aniklanadi. Konda normada 0,16- 0,4 mmol/l, siydikda 2,4 – 6 mmol/l ga teng. Sadovskiy formulasi buyicha aniklanganda $N = (\text{kondagi mikdori})^2 + (\text{siydikdagi mikdorining})^2$: bolaning massasiga.

Davolash

NA diatezi bor bolalarni birinchi oyligidan boshlab, tugri rejim, tugri tarbiya berishga xarakat kilish kerak. Bu bolalarga fizkultura, gimnastika rejimini tugri belgilash, doimo vaktida toza xavoga olib chikish, sayir kilish nerv sistemasini faoliyatini yaxshilaydi. Suv protseduralarini (vannalar, issik suv bilan tanani artish, dushlar kabul kilish) ratsional kabul kilish kerak. Bolani ovkatlanishiga katta axamiyat berish kerak, ovkat maxsulotlaridan tuxumni, jigarni, buyrak, miyani, konservalarni, kakao, loviya, shokoladlarni puringa boy maxsulotlarni chegaralash kerak.

Oshkozon shirasi etishmovchiligini xisobga olib, ularga natural oshkozon shirasi, xlorid kislatasi, pesin va vitamin A.S, va vitamin V guruxini kompleks ravishda berish kerak. Mineral suvlarni sistematik ravishda kabul qilish xam yaxshi effekt beradi, mineral suvni 15-20 minut ovkatdan oldin ichish kerak, modda almashinuvini yaxshilaydi va organizmdan shlaklarni kisman chikishiga yordam beradi.

Atsetonimik kusishda 6-12 soatgacha och koldiriladi (golodnaya pauza), keyin ogiz orkali choy, borjom, sabzavot butkasi beriladi, agar kusish uzok vakt davom etsa, unda parenteral yul bilan suyukliklar yuboriladi – fiziologik eritma, 5%li glyukoza eritmasi, gemodez, ichaklar va oshkozon yuviladi, kokorboksilaza, askorbin kislata, essensial forte yuboriladi. Konning rH 7,2 va past bulganda 4%li natriy gidrokabonat tomchilab yuboriladi. Ptogenetik davolashda kayta-kayta pantotenat kalsiy 100-150 mg sutkasiga, kaliy orotat 50-100mg/kg sutkasiga, allapurinol 10mg/kg sutkasiga, indometatsin 1mg/kg, gepatotrof preparatlar buyuriladi. Bosh ogrigida ogrik koldiruvchi dorilar buyuriladi.

Profilaktikasi

Bolani kun tartibiga rioya kildirish, ratsional ovkatlantirish, psixik ta'surotlardan ximoya qilish zarur.

Diatezlar kiyosiy tashxisi.

Belgilar	Ekssudativ-kataral diatez	Limfatiko-gipoplastik diatez	Nerv-artritik diatez
Populyasiyadagi uchrashi	60-70 % gacha	10-12%	2-3 %
Namoyon bulish vakti	Birinchi 3 oyligida	2 yoshidan	6-7 yosh va undan keyin
Diatezning yukolish vakti	3-4 yoshda, 20-25 % bolalarda allergik kasallikka aylanadi	Jinsiy etilish vaktida(kupchilik bolalarda)	Xayotining oxirigacha saklanadi
Etiopatogenitik xususiyatlari	Tranzitor yoki genetik Ig E giperproduksiyasi; diskortitsizm; allergiya	«Gipofiz-buyrak usti bezi» sistemasi disfunktsiyasi, ayrisimon bez giperplaziyasi, gipo-va diskortitsizm	Siydik kislotasi va purin asoslari almashinuvining genetik nuksoni, jigar fermentlari disfunktsiyasi.
Nerv sistemasi	Kuzgaluvchan	Apatiya, lanjlik,	Rivojlanishi va

reaksiyasi		stressni yaxshi kabul kilolmaydi,AD past	kuzgaluvchanligi tez, eavropatik reaksiya.
Tana vazni va buyi	YOshiga mos	Normadan kup,paratrofiya	Normal buy uzunligida vazni kam, distrofiya
Tana tuzilishi	Proporsional, kupincha astenik	Disproporsional, kupincha giperstenik	Axamiyatsiz
Xarakterli teri uzgarishlari	Seboriya, infil-tratsiya, giperemiya, pustlok, eritematoz tugunlar, ekssuda-tiv-eritematoz toshmalar paydo buladi	70% bolalarda kuza-tilmaydi, 30% xoll-larda 156aar ekssuda-tiv-kataral diatezda-gidek, terining 156aar-marligi, teri burmalarida xiralik xarakterli	Krapivnitsa, Kvinke shishi, neyrodermatit, kichima, kuruk teri.
Teridagi uzgarishlarning joylashishi	Tananing ochik kismlarida	Tananing pastki yarmida, teri burmalarida, kulok orkasida	Anik joylashuvga ega emas
SHillik kavat	Xaddan tashkari deskvamatsiya, til «geografik karta» kurinishida, ekssudatsiya kuchaygan	SHishgan, ekssudatsiya kuchaygan	Anik uzgarishlarsiz
Teri osti yog kavati	Urtacha rivojlangan, gipotrofiya paratrofiya deyish mumkin	Kuchli rivojlangan, notugri taksimlangan	Odatda sust rivojlangan, usmirlarda
Tukima turgorligi	Pasaygan	Pasaygan	Pasaygan
Mushak tonusi	Normal	Pasaygan	Normal
Limfoid tukima reaksiyasi	Regionar limfa tugunlari kattalashgan	Limfoid tukimaning tarkok giperplaziya-si, 70% bolalarda	Urtacha ifodalangan poliadeniya

		ayrisimon bez kattalashgan	
Immunitet	Gumoral immunitet pasaygan	Xam gumoral, xam xujayraviy immunitet pasaygan	YAxshi
Moddalar almashinuvinin g buzilishi	Suv-tuz almashinuvi nostabil, metabolik atsidoz	Xuddi ekssudativ-kataral diatezdagi-dek, bundan tashkari xolesterin va fosfolipidlar kons.si oshgan, glyukoza kons. va timus faktorlari kamaygan	Konda va siydikda siydik kislotasi kons.si oshgan, atsidoz.
Periferik konda	Eozinofiliya	Mutlok va nisbiy limfotsitoz, neytropeniya va monotsitopeniya	Ba'zan eozinofiliya
Katta bulganda xarakterli klinik sindromlar	2 yoshdan keyin bronxial astma, xoletsistit, duodenit	1 yoshning oxirida ogir darajali bronxial astma, kardio- va nefropatiya	Arterial gipertenziya, siydik-tosh v aut-tosh kasalligi, podag-ra, yara kasalligi, spastik kolit, bronxial astma
Ichki organlar xolati	Tez-tez URVI, obstruktiv sindrom bilan bronxit, siydik va ichak infeksiyasi, ut ajratish va OIT disfunksiyasi	Kup sonli dizembriogenez stigmaları, tugma nuksonlar, endokrin bezlar, yurak, buyrak gipoplaziyasi	Buyrak, jigar, ichak sanchigi, nevrasteniya, artralgiya, dizuriya saluriya, atsetonemik kusish.

Voqeaviy masalalar

1-masala:

Bemor Nusrat, tugilgandagi ogirligi 3300 g, buyi 51 sm. onasida eshakyimi (krapiwnitsa) bor. Xozirgi vaktida bola 5 oylik. Манпы butkasi berilgandan sung bolada bezovtalik, tanasida va oyok-kullarida rozeolyoz toshmalar paydo buldi.

1. Sizning taktikangiz.

2-masala:

Asliddin, 6 oylik. Onasining suzidan shikoyatlari: bezovtalikka,uykusining buzilishiga, dumba va son soxalarida bichilishlarning bulishiga va tananing kismalarida kichuvchi tugunchasimon toshmalarning bulishiga. Kurikda: umumiy axvoli – nisbatan konikarli, es-xushi uzida, bezovta. Terisi okimtir rangda. Boshning sochli kismida, ayniksa, katta likildok atrofida kayzgok (“ gneys“), teri burmalarida, ayniksa dumba va oralik soxasida bichilishlar kuzga tashlanadi. Burun orkali nafas olishi erkin. Auskultatsiyada: vezikulyar nafas. YUrak tonlari bir oz bugiklashgan. Ps –ritmik. Tili «geografik til», stomatit kurinadi. Korni yumshok. Jigari + 2 sm. axlati uzgaruvchan. Siyishi erkin, regulyar. Laboratoriya ma’lumotlari: Hb –80,0 g/l, Er-3,32 * 10¹²/l, Ley- 9 * 10⁹/l, Eoz-12%, SOE-10 mm/s., Umumiy oksil – 48 g/l.

- 1) Tashxis kuying
- 2) Davolang.

3-masala:

SHavkat, 2 yosh. SHikoyatlari: kam xarakat kilish, xolsizlik, tana vaznining ortishiga gapirishdan tengdoshlaridan orkada olishigi va tez-tez shamollashiga. Kurikda: umumiy axvoli nisbatan konikarli, es-xushi uzida, bola semiz. Terisi okargan, marmarsimon rang bilan birgalikda buyinda, kulokning orkasida bichilishlar kuzga tashlanadi. Teri osti yog kavati uta rivojlangan. Periferik limfa tugunlari kattalashgan. Mushaklar kuchi va tonusi pasaygan. Burun orkali nafas olishi erkin. Auskultatsiyada: vezikulyar nafas eshitiladi. YUrak tonlari bugiklashgan, Ps – ritmik. Korni yumshok. Jigar +2 sm. Axlati uzgaruvchan. Siyishi erkin, regulyar. Kon taxlili: Hb-70 g/l, Er –2,9* 10¹²/l, Ley-10 * 10⁹/l, Eoz –8 %,SOE - 14 mm/s. Limfotsit – 40%, Mon – 17%.

- 1) Tashxis kuying.
- 2) Davolash taktikangiz.

4-masala:

Ikrom, 7 yosh. SHikoyatlari: terisida toshmalarning bulishiga, kichishiga, uykusining buzilishiga. Anamnezida: otasida gipertoniya va kandli diabet bilan kasallangan. Kurikda: umumiy axvoli nisbatan konikarli, Es-xushi uzida. Terisi kuruk, okimtir, kichuvchi toshmalar toshgan. Nafas olishi burun orkali, erkin. Auskultatsiyada: vezikulyar nafas. YUrak tonlari bugiklashgan, Ps- ritmik. Korni yumshok, axlati uzgaruvchan. Siyishi erkin, regulyar. Kon taxlili: Hb – 80,0 g/l, Er – 2,9 * 10¹²/l, Ley – 8 * 10⁹/l, SOE – 10mm/s. konda siydik k-tasi oshgan.

- 1) Tashxis kuying.

2) Davolang.

5 – masala

SHaxnoza 2,5 oylik, uchastka pediatriga onasi kuyidagi shikoyatlar bilan murojat kildi: bolani bezovtaligiga, ichini suyuk utishiga, uykusining notinchligiga va yuzida tusatdan kizarish paydo bulganligiga.

Anamnezidan bola 1 chi xomiladorlikdan 1 chi farzand, xomiladorlikning birinchi yarmida toksikozi bulgan. Bola uz vaktida 3200,0 ogirlikda tugilgan. Bola tabiiy ovkatlantirilishda, onasi tuxum iste'mol kilishni yaxshi kuradi. Kurikda bola bezovta, yiglaydi, umumiy axvoli urta ogir, es-xushi anik, teri koplamlari okimtir kurukrok, bir – biri bilan yopishgan toshmalar badan terisida, yuzida molochный strup, usti kipiklanib turibdi, boshining sochli kismida kovuzlogi bor, katta likkildogi 2,5X2,5 sm. teri osti yog katlami sustrok rivojlangan, turgor iva elastikligi kamrok, tana massasi 4100,0, nafas olishi tekis, ns – 34 ta 1 minutda, auskultatsiyada pueril nafas eshitiladi. YUrak tonlari bugikrok, pulsi ritmik 132 ta 1 minutda, Korniy yumshok, jigari va talogi kattalashmagan, axlati sarik, suyuk kuniga 5-6 marta, patalogik aralashmalar yuk, siyishi erkin.

1. Bemorga tulik tashxis kuying.
2. Tashxis kuyishda kandy klinik belgilar yordam berdi
3. Sizning davolash taktikangiz

Amaliy mashg'ulot № 5.

Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

Mavzu	Bolalarda vitamin etishmovchilik kasalliklari. Vitamin tanqisligining etiopatogenezi, klinik ko'rinishlari. Davolash prinsiplari. Reabilitatsiya.
--------------	---

5.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 6 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vitamin tanqisligi, haqida tushunchaga ega bo'lish. 2. Vitamin tanqisligining etiologiya, patogenez, klinika, tashxis va davolash prinsiplarini o'rganish. 3. Vitamin tanqisligiga profilaktik chora – tadbirlar olib bora bilishni o'rgatish. 4. Vitamin tanqisligiga reabilitatsiya olib borishini o'rganish.
<p><i>O'quv mashg'ulotining maqsadi:</i> Talabalar bolalarda vitamin tanqisligi hakida tasavvurga ega bo'lish. Vitamin tanqisligining etiologiya, patogenez, klinika, tashxis va davosini o'rganish. Vitamin tanqisligida profilaktik chora – tadbirlar olib bora bilishni va reoblitatsiyani o'rgatish.</p>	
<i>Pedagogik vazifalar</i>	<i>O'quv faoliyati natijalari</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Talabalarga bolalarda vitamin tanqisligi to'g'risida tushuncha berish. - vitamin tanqisligi muammosining ijtimoiy aspektlari haqida tushuncha berish va o'rgatish. - vitamin tanqisligining etiologiyasi, patogenez, klinikasi, tashxisi va davosi haqida tushuncha berish - vitamin tanqisligida profilaktik chora va tadbirlarni olib borishni o'rgatish. 	<ul style="list-style-type: none"> - Talabalar bolalarda vitamin tanqisligi to'g'risida tushunchaga ega bo'lishi. - vitamin tanqisligi muammoning ijtimoiy aspektlari xakida tushunchaga ega bo'lishi va bayon eta bilish. - vitamin tanqisligining etiologiyasi, patogenez, klinikasi, tashxisi va davosi haqida tushunchaga ega bo'lib, so'zlab bera olishi va amaliyotda bajara bilishi. - vitamin tanqisligida profilaktik chora va tadbirlarni olib borishi xakida tushunchaga ega bo'lish va bayon eta bilishi kerak.
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, proektor, flomaster, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «chaqaloq -qo'g'irchok»,
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat: savol – javob, mustaqili ish,

2.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha O'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi 2. amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi 3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab, chiqish . 4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish . 5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi. 6. O'quv bilish topshiriqlarni tayyorlaydi 	
1.Mavzuga kirish (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi. 2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi. 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi 	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (100 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi. 2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi. 3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi. 4. Guruhlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari 	<p>Tinglaydilar., asosiy jixatlarini yozib oladilar</p> <p>Kichik guruxlarga bulinadilar.</p> <p>Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar</p> <p>Faol katnashadilar,</p>

	<p>mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi.</p> <p>5. taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi.</p> <p>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi.</p> <p>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</p> <p>8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi.</p> <p>9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
<p>3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</p> <p>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</p> <p>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi. Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish - internet ma'lumotlaridan referat, krossvord ko'rinishida tayyorlashni topshiradi</p>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

Bolalarda gipovitaminozlar kup uchraydigan kasallik xisoblanadi. Usuvchi organizm uchun retinol, tiamin, riboflavin, piridoksin, kobalaminlar, askorbin kislotasi, kalsiferollar juda zarurdir. Ona suti bilan bola retinol va vitamin V kompleksni etarli miqdorda oladi. Lekin rivojlanish sharoitida bu kamlik kilib koladi. Bu xolat 2 yosh, 6-8 yosh, 12-14 yoshga tugri keladi. Gipovitaminozlar chala tugilgan bolalarda kuprok yuzasa keladi, chunki ularda vitaminlar zakirasi kam bulib, jigar funksiyasi sust buladi. Vitaminlar organizm immunobiologik reaksiyasini saklash, xamda uni tashki muxit sharaetiga chidamliligini oshirish uchun lozimdir. Vitaminlar erishiga karab, suvda eriydigan (V₁, V₂, V₆, V₁₂, S, RR, R) va yogda eritilgan (A, E, D, K) turlarga bulinadi.

Vitamin etishmovchiligi – organizmda vitamin defitsit natijasida kelib chikadigan patologik xolatdir. Vitaminlar tulik etishmovchiligi – avitaminozlar,

kisman etishmovchiligi gipovitaminozlar deb karaladi. Gipovitaminozlarni keltirib chikaraligan sabablar ekzogen va endogen xarakterda buladi.

Ekzogen gipovitaminoz – organizmga doimo bir xil, masalan, fakat uglevodli ovkatlar kirganda kelib chikadi.

Endogen gipovitaminozlar – oshkozon – ichak traktining utkir va surunkali kasalliklarida, gijja invazyalarida, jigarning utkir va surunkali kasalliklarida, endokrin kasalliklarida, enzimopatiyalarda, vitaminlar antagonistlari (streptomitsin, levomitsitin, sulfanilamid preparatlari) bilan davolanganda kelib chikadi.

SHunday xollar buladiki, vitaminlar ovkat bilan normal miqdorda kirganida xam, organizmda vitamin etishmovchiligi rivojlanadi. Bu xollarga past eki yukori xaroratli joylarda yashash, jismoniy eki nerv- jixil zurikish, zararli moddalar bilan ishlash kiradi. Barcha xollarda vitaminlarning uzaro sinergizmi va antagonizmini nazarda tutish kerak. Masalan, askorbin kislotasining tiamin, folievaya kislotasi, kobalamin bilan; tiamining rivoflavin, piridoksin bilan; riboflavining retinol, pantoten kislotasi bilan; piridoksinning pantoten kislotasi bilan; folievaya kislotaning kobalamin, biotin, xolin bilan; retinolning tokoferol bilan ta'siri bir-birini kuchaytiradi. Tokoferolning piridoksin bilan; nikotin kislotaning tiamin, xolin, pantoten kislotasi bilan; retinolning filloxinon bilan uzaro ta'siri bir birini susaytiradi.

Gipovitaminoz S (askorbin kilostasi) - keng tarkalgan kasalliklardan bulib, bunda immunobiologik reaksiyalar susayadi, natijada organizmning infeksiya kasalliklarga beriluvganligi oshadi. Askorbin kislotasi almashinuvi buzilishidan kelib chikadigan bu kasallikning belgilari ancha vaktgacha nama'lum kolishi mumkin. Keyinchalik terida petexiyalar, umumiy kuzsizlik, nerv sistemasi tomonidan uzgarishlar kuzatiladi. Bundan tashkari petexial toshmalar, bugimlar va plevraga gemorragik kon kuyilishlar kuzatiladi. Gipoxlorgidriya, axlogidriya, anemiya vujudga keladi. Bolalar kam xarakatgan bulib, yigi-yoki yutaldan sung yuz va buyin terisida mayda petexiyalar toshadi. Biror bir in'eksiyadan sung kon ketishi boshlanishi mumkin. Vazn, buy usishi orkada koladi. Peshobda eritrotsitlar paydo buladi. Bunda asorati otit, pielit, zotiljam buladi.

Gipovitaminoz V₁ (tiamin) – bunda ovkat xazm kilish a'zolari tomonidan uzgarishlar kuzatiladi: ishtaxasizlik, dispepsiya, kusish, gipotrofiya, teri koplaminining marmar tusda bulishi, teri osti venalarning kengayishi natijasida, oyok-kullarining sovukligi, taxikardiya tezda charchab kolish kuzatiladi.

Gipovitaminoz V₂ (rivoflamin) – bunda bola terisi va shillik pardalari uzgarishi kuzatiladi. Ogiz burchaklari yarachalar, eriklar, sargish bitishmalar paydo buladi. Lablar kip-kizil, kuruk, tez eriladi. Aftoz stomatit, glossit kuzatiladi. Bola

eruklikdan kurkadi, kuzlaridan yosh okadi. Bu kasallik gipovitaminov V_1 bilan birga kelishi natijasida ichak infantilizmi rivojlanadi.

Gipovitaminov V_6 (piridoksin) – bunda bolada ekssudativ-kataral diatez, talvasalar, astmatoid sindrom, ekzema, neyrodermit kuzatiladi. Bolada buyi usishdan koladi, tez kuzgaluvchan, ishtaxasi pasayadi. Oshkozon-ichak trakti buzilishlari, gipoxrom mikrotsitar anemiya, seboreyali dermatit rivojlanadi.

Gipovitaminov RR (nikotin kislotasi) – bunda asosiy belgi ich ketishi bulib xisoblanadi va nikotin kislotasi buyurilganda tez yaxshi buladi. Bundan tashkari (teri kop) peshona, buyin, korin, kultik osti va chov burmalari soxalarida, kul panjasi orka yuzasida engil pigmentatsiya kuzatiladi. Ba’zida ogiz shillik pardalari giperemiyasi, til surgichlari tekislanishi buladi. Nerv-psixik uzgarishlar kuchsizrok namoyon buladi.

Gipovitaminov A (retinol) – oksil etishmovchiligi bilan birga keluvchi kasallik bulib xisoblanadi. Retinolning endogen etishmovchiligi jigar va ichak kasalliklarida karotinning retinolga aylanishi buzilishi natijasida kelib chikadi. Gipovitaminov A bulganda epiteliyda fiziologik regeneratsiya jarayoni buziladi, natijada epiteliy atrofiyaga uchraydi. Kuz shox pardasida kupkavatli shoxlanuvchi epiteliy paydo bulganligi natijasida kseroftalmiya yuzaga keladi; keyinchalik shox parda nekrozi bilan asoratlanadi. Bronxlar epiteliysi ximoya funksiyasi susayishi tufayli upka shamollashi tez yuzaga keladi. Sulak bezlari chikaruv yullari epiteliysining kuchib tushishi natijasida yullar tikilib koladi va retension kistalar xosil bulishiga olib keladi. Buyrak tomgalari, siydik yullari va siydik pufagi epiteliysi metaplaziyasi sababli pielit va sistitlar rivojlanadi. Bolaning terisi odimtir, kuruk bulib koladi. Yiringi kasalliklarga moyillik kuzatiladi. Sochlari tez sinuvchan bulib, bukilib ketadi. Kurish utkirligi susayadi.

Gipovitaminov D (xolekalsiferol) – bu kasallik bolalarda raxit, kattalarda osteomalyasiya kurishidida utadi. Ut yullari kasalliklarida yoglar surilishi, buzilganda kelib chikadi. Bundan tashkari bolani toza xavo va kueshda etarli bulmasligi xam raxitga sabab buladi. Bunda bolada suyak uzgarishlari, ya’ni bosh suyagi kechiladi. Bola kup terlaydigan, kasallikka tez beriluvchan bulib koladi. Sochlari bukiladi. Oeklarida valgus deformatsiyalari kuzatiladi, bola juda injik, bezovta bulib koladi.

Gipovitaminov K (filloxinon) – bunda bolalarda burin, ogzi, kindigi, siydik yullaridan kon ketishi kuzatiladi. Oshkozon-ichak traktidan kon ketishlar, kon kusish, axlatining kon aralash bulishi xosdir. Teri ichiga va teri ostiga kon kuyilishlar kuzatiladi. Konda II faktor (protrombin), VII faktor (prokonvertin), IX va X faktorlar defitsiti buladi.

Gipovitaminov V_{12} (sianokobalamin) – bunda bolaning shillik pardalari, konyunktivasi okarib koladi, tili kuruk, kip-kizil bulib koladi. Ishtaxasi yukoladi,

ich ketishi kuzatiladi. Subfebril xarorat buladi. Konida giperxrom makrotsitlar megaloblastik anemiya kuzatiladi. Bu kasallik oksilsiz ovkatlanganda, gusht va sut maxsulotlarini kam iste'mol kilganda kelib chikadi. Endogen kelib chikishida ichak parazitlari muxim rol uynaydi.

Gipovitaminozlarga tashxis kuyish. Gipovitaminozlarni aniklashda kasallik belgilari, kon va siydikdagi uzgarishlarga asoslaniladi. Konda kerakli vitaminlardan xosil buluvchi kofermentlar mikdorining uzgarishi vitamin etishmovchiligidan darak beradi. Askorbin kislotasi bilan ta'minlanganligini bilish uchun siydik pufagi bushatilganidan 1 soat utgach, peshob bilan vit.S ekskretsiyasi aniklanadi. Bu usul vit. V₁, vit.V₂, vit. RR ga xam taalluklidir. Gipovitaminozlarda konda askorbin kislotasi, folievaya kislota, kobalaminlar, retinol, karotin, tokoferollar kamayadi, buni bioximik usullar bilan aniklash mumkin. Folievaya kislota va kobalaminlarni mikrobiologik usul bilan aniklaniladi.

Vitaminlar almashinuvi buzilishini aniklaydigan bir kator bioximiyaviy testlar bor. Tiamin defitsitini aniklash uchun eritrotsitlarda transketolaza aktivligi topiladi. Piridoksin defitsitini aniklash uchun triptofan bilan nagruzka berilgandan sung siydik bilan ksanturen kislotasi ajralishi topiladi. Askorbin kislotasi defitsitini rezistentligini baxolash mumkin. Bulardan tashkari immunobiologik testlardan komplementlar aktivlik, fagotsitar reaksiya, gammaglobulin mikdori aniklanishi kullaniladi.

Davolash. Gipovitaminozlarni davolash jarayonida kup faktorlarga e'tibor berish lozim. Dastlab organizmda etishmaydigan vitamin saklovchi ovkat maxsulotlarini berish, usha vitaminlarni saklovchi preparatlarni ichishga va parenteral yuborishga tavsiya kilish lozim. Vitaminoterapiyaning davomiyligi klinik belgilarning yukolishiga boglikdir.

Profilaktika. Vitamin etishmovchiligi kasalligina kupincha alimentlar faktor sabab bulganligi uchun, dastlab soglom bolaning ovkatlanish tartibini tugri tashkil etish lozim. Ovkat maxsulotlarining nisbatini tugri tashxis etish vitaminlarni maksimal surimishiga imkon yaratib beruvchi mezon xisoblanadi.

Onaning ovkatini ratsional tashkil etish, kukrak eshdagi bolalarda gipovitaminozlar rivojlanishi oldini oladi. Tabiiy ovkatlantirganda bola dastlabki 3-4 oyligida kerakli mikdorda retinol va vit.Vni oladi. Lekin ona sutida vit.S va vit.Dlar etarli emas, shuning uchun 1-1,5 oyligidan bolaga ushbu vitaminlarni kushimcha xolda berish kerak. 5-6 oyligidan ona suti vitaminlarga bulgan extiyojni Tula konlamaydi. SHuning uchun shu vaktan boshlab bola ovkatiga vitaminlar kushib berilgan maxsulotlarni kuyishi lozim buladi. Bundan tashkari bolani jismoniy chiniktirish, toza xavoda etarlicha olib yurish tavsiya etiladi.

Soglom bolaning vitaminlarga bulgan sutkalik extiyoji

YOshi	Vit.S mg	VitV ₆ mg	Vit A mg	VitV ₁₂ mg	VitV ₁ mg	Folievaya kislota mg	Vit D ME	Vit V ₁₂ mkg
1	30	0,5	0,5	1,0	0,5	0,05	500	0,5
1-3	40	1,0	1,0	1,5	1,0	0,12	500	1,0
4-7	1,5	1,5	2,5	1,5	1,5	0,2	500	2,0
8-12	60	2,0	1,5	3,0	1,5	0,2	500	2,0
13-15	70	2,0	1,5	3,0	2,0	0,4	500	2,0

Davolash uchun bolalarga beriladigan vitaminlarning dozalari

Vitamin	Bir martalik dozasi, mg					
	1 yoshgacha	1-2 esh	3-4 esh	5-6 yosh	7 yosh	8-14 yosh
Vit.S	50	50	100	100	200	200
Vit V ₂	2	3	5	5	10	10
Vit V ₆	2,5	3	5	5	10	10
Vit RR	5-8	10	15	25	30	30-50
Vit P	2-5	6	8	10	10	15
Vit.A 5000-10000 ME sutkalik 20000 ME)						
Vit. D 5000-10000-15000 ME sutkasiga						

Amaliy mashg'ulot № 6

Amaliy mashg'ulot (laboratoriya, seminar) o'qitish texnologiyasi

Mavzu № 6	<i>Bolalarda anemiya tanqisligi. Etiopatogenez, gemopoetik omillar etishmovchiligi, ogirlik darajasiga qarab klinikasi. Turli tanqis anemiyalarda gematologik kursatkichlarning o‘zgarishi. Ovkatlanish xususiyatlari. Davolash prinsiplari, reabilitatsiya.</i>
------------------	---

Ta’lim berish texnologiyasining modeli

1.1.

Mashgulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashgulot shakli	Mavzu buyicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<i>1. Defitsit kamkonliklar. Etiologiya, patogenez, tasnifi, klinik kurinishi , gematologik manzarasi, tashxis, davolash va profilaktikasi</i>
<i>Ukuv mashgulotining maksadi:</i> Talabalarga kon yaratish tizimining anatomo – fiziologik xususiyatlari (AFX) tugrisida tushuncha berish. Xastalik belgilari xakida tasavvurga ega bulish. Turli yoshdagi bolalarda periferik kon normativlari. Asosiy uzgarish belgilari. Turli yoshdagi bolalarda kon taxlilini baxolash. Defitsit kamkonliklar Etiologiya, patogenez, tasnifi, klinik kurinishi , gematologik manzarasi, tashxis, davolash va profilaktikasini urgatish	
Pedagogik vazifalar	Ukuv faoliyati natijalari
- Defitsit kamkonliklar Etiologiya, patogenez, tasnifi, klinik kurinishi , gematologik manzarasi, tashxis, davolash va profilaktikasini urgatish	- Turli yoshdagi bolalarda periferik kon normativlarini aytib berish - Asosiy uzgarish belgilarini aniklaay olish. - Turli yoshdagi bolalarda kon taxlilini baxolashni bilish. - Defitsit kamkonliklar tugrisida aytib berish - - Etiologiya, patogenez, tasnifi, klinik kurinishi , gematologik manzarasi, tashxis, davolash va profilaktikasini urganish
Ta’lim berish usullari	Munozara, suxbat, tezkor surov, savol - javob

Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	Ukuv kullanma, multimedia, proektor, flomaster, plakat, flip karta, markerlar, doska, bur, «chakalok -kugirchok», temir preparatlar
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baxolash	Ogzaki nazorat: savol – javob, mustakil ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vakti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi 2. amaliy Mashg'ulotining takdimot slaydlarini tayyorlaydi 3. Talabalar o'quv faoliyatini baxolash mezonlarini ishlab, chikish. 4. O'quv kursini urganishda foydalaniladigan adabiyotlar ruyxatini ishlab chikish. 5. Mavzuga oid yo'riknomalarni tuzadi. 6. O'quv bilish topshiriklarni tayyorlaydi 	
1.Mavzuga kirish (10 dakika)	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Mashg'ulot mavzusi, uning maksadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi. 1.2. Talabalar o'quv faoliyatini baxolash mezonlari bilan tanishtiradi. 1.4. Talabalar bilimlarini faollashtirish maksadida savollar beradi 	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (70 dakika) amaliy	<ol style="list-style-type: none"> 2.1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi. 2.2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida 	<p>Tinglaydilar., asosiy jixatlarini yozib oladilar</p> <p>Kichik guruxlarga</p>

mashg'ulot	<p>ishlash usuli koidalari bilan tanishtiradi. Xar bir gurux mavzu rejasi asosda takdimot tayyorlashini aytadi.</p> <p>2.3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi.</p> <p>2.4. Guruxlarga topshiriklarni bajarish uchun yordam beradi. Takdimot materiallari mazmunan vaa mantikan tulik yoritilishini kuzatadi.</p> <p>2.5. Takdimot boshlanishini e'lon kiladi. Guruxlarda sardorlar takdimotini tashkillashtiradi. Aniklik kiritilishi lozim balsa, gurux sardorini tuxtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga xavola etadi</p>	<p>bulinadilar.</p> <p>Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar</p> <p>Faol katnashadilar, takdimot uchun materiallar tayyorlaydilar.</p> <p>Guruxdan sardor tanlashadi, uning takjimotida xamkorlik kiladilar.</p> <p>Savollarga javob beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p>
<p>linik mashg'ulot 70 daqiqa</p>	<p>2.6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi.</p> <p>2.7 Mavzuga oid bemorlarni kursatadi.</p> <p>2.8. Bemor kuratsiyasini taxlil kiladi.</p> <p>2.9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>Mavzuga oid bemorlarni kuradilar.</p> <p>Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
<p>3. YAkuniy bosqich (10 dakika)</p>	<p>3.1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</p> <p>3.2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</p> <p>3.3.Mavzular maksadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil kiladi va uzlashtira olmagan joylarini kayta ukib chikishni tavsiya etadi</p> <p>Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish.</p> <p><i>O'zlashtirish ishi</i> Referat, Krossvord, Internet ma'lumotlaridan tayyorlashni topshiradi</p>	<p>Savollar beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Uyga vazifani va mustakil ish mavzusini yozib oladilar</p>

TANKIS (DEFITSIT) KAMKONLIKLAR

Intranatal davrdagi qon yaratilishi jarayoni Gemopoez yoki qon hosil bo'lishi - qon yaratish a'zolarida qonning shaklli elementlarining paydo bo'lish jarayonidir. Qonning shaklli elementlari onaning homiladorlik (qornida bola

boʻlgan) davridan boshlanadi. Homilada qon hosil boʻlishi bir necha davrni oʻz ichiga oladi. 19 kunlik embrionning sariq tanasidagi qon orolchalarida birlamchi primitiv qon hujayralari -megaloblastlar aniqlanadi. Bu qisqa muddatli qon hosil boʻlish jarayoni koʻproq eritropoetik boʻlib, mezoblastik yoki embriondan tashqari qon hosil boʻlish davriga toʻgʻri keladi. Ikkinchi - jigar davri, embrionning 6 haftalik muddatidan boshlanib, 5 oylikda maksimumga etadi. Bu davrda eritropoez avj olib, leyko- va trombositopoez sust kechadi. Megaloblastlar oʻrnini asta-sekinlik bilan eritroblastlar egallay boshlaydi. Embriyon hayotining 3-4 oyligida gemopoez jarayoniga taloqqoʻshila boradi. Homilaning 5 va 7 oylarida ayniqsa aktiv qon yaratuvchi aʼzo boʻlib xizmat qiladi. Unda eritrotsitopoez, granulotsito- va megakariotsitopoez rivojlanadi. 7 oyning oxirlaridan boshlab, taloqda aktiv limfotsitopoez shakllana boradi. Bolaning tugʻilish davrida jigarda qon yaratilishi butunlay toʻxtab, taloqda qizil qon tanachalari, granulotsitlar, megakariotsitlar ishlabchiqarish jarayoni susayadi, limfotsitlar hosil boʻlish funksiyasi saqlanadi.

4-5 oylikda uchinchi (suyak koʻmigi) davri boshlanadi, bu davr asta-sekinlik bilan rivojlanib, koʻmik qonning shaklli elementlari yaratiladigan asosiy aʼzo boʻlib qoladi.

Qon yaratilishi davrlariga mos ravishda (mezoblastik, jigarli va suyak koʻmigi davrlariga) gemoglobinning 3 xil tipi mavjud: embrional (HbP), fetal (HbF) va katta yoshdagilar (HbA) gemoglobini mavjud. CHaqaloq tugʻilgan paytda fetal gemoglobinning miqdori 45-90% ni tashkil etsa, 1 yoshda 15%, 3 yoshda esa 2% dan oshmasligi lozim. Gemoglobin tiplari bir-biri bilan aminokislotasidagi oʻzgarishlari bilan farq qiladi.

Postnatal davrdagi qon yaratilishi jarayoni CHaqaloq tugʻilgandan soʻng, unda qon yaratilishining asosiy manbai boʻlib, suyak koʻmigi xizmat qiladi. Suyak koʻmigida limfotsitlardan tashqari barcha shaklli elementlari paydo boʻladi. Bu davrda yassi va naysimon suyaklarning koʻmigi qizil qon bilan toʻlgan boʻladi. Biroq hayotining 1 yoshidanoq qizil suyak koʻmigi asta-sekinlik bilan sariq (yogʻli) suyak koʻmigiga aylana boradi va bolaning 12-15 yoshida kattalarnikidek qon hosil boʻlishi faqat yassi suyaklarda saqlanib qoladi. Homiladan tashqari davrda limfotsitlar limfatik tizimda - limfatik tugunlar, solitar follikulalar, ichakning guruhli limfatik follikulalarida (peyer tugunchalarida) va boshqa limfoid hosilalarda ishlab chiqariladi. Monotsitlar retikuloendotelial tizimda -suyak koʻmigining retikulyar stromasi, jigarning yulduzli retikuloendoteliotsitlarda (Kupfer xujayralari) va biriktiruvchi toʻqimalarning gistiotsitlarida ishlab chiqariladi. Gemopoezning regulyasiyasi nerv va gumoral faktorlar taʼsiri ostida boshqiriladi.

YAngi tugilgan chakalokning koni Bolalarda qonning miqdori bir xilda emas. U bola tana vazni, kindikni bog'lash vaqti, chaqaloqning to'liq tug'ilganligiga bog'liq. Qonning o'rtacha miqdori chaqaloqlarda 140-150 ml/kg tashkil etsa, kattalarda 50-70 ml/kg bo'ladi. Sog'lom chaqaloqning periferik qonida gemoglobin miqdori ko'proq (170-240 g/l), eritrotsitlar miqdori $5 \times 10^{12}/l$ dan $7 \times 10^{12}/l$ gacha, rang ko'rsatkichi 0,9 dan 1,3 gacha. Bola tug'ilganning birinchi soatlaridanoq eritrotsitlarning kuchli emirilishi boshlanadi, klinik jihatdan fiziologik sariqlik paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Eritrotsitlar har xil kattalikka ega (anizotsitoz) bo'lib, ularda mikrotsitlar ustunlik qiladi. Bola hayotining 1-kunlarida eritrotsitlar diametri 7.9-8.2 mkm bo'ladi (normada $d=7,2 - 7,5$ mkm). Retikulotsitlar polixromatofiliyasi 1-nchi kunlari eritrotsitlarning 22-42% ni tashkil qiladi, eritrotsitlarning yadroli formasi - normoblastlar uchraydi. Leykotsitlarning umumiy miqdori 10 dan $30 \times 10^9/l$ ni tashkil etadi. Bola hayotning birinchi daqiqalari ularning miqdori oshib borib, keyinchalik yana pasayadi va 2 haftalik davrida $10 \times 10^9/l - 12 \times 10^9/l$ atrofida saqlanadi. Bola tug'ilgan paytida kuzatiladigan chapga siljigan mielotsitlar neyetrofilyozi tez kamayib borib, limfotsitlar miqdori oshib boradi, bola hayotining 5-6 kunlari neyetrofillar va limfotsitlar miqdori tenglashadi (bu qondagi birinchi kesishuv deyiladi).

SHu davrdan boshlab limfotsitlarning 50-60 % bo'lishi normal holat hisoblanadi. Bola 5 yoshga etgan paytda neyetrofillar soni orta borib, limfotsitlar soni kamayadi va hayotining 5-6 yoshida 2-kesishuv kuzatiladi.

YOsh bolalarda qon ivish vaqti deyarli kattalarnikidek bo'lib, Dyuke usuli bo'yicha qon oqish vaqti 2-4 minutni tashkil etadi.

DEFITSIT KAMKONLIKLAR

ANEMIYA -klinik-gematologik kompleks bo'lib, klinik jihatdan teri qoplamlarining va shilliqqoplamlarining oqarishi, ichki a'zolarining o'zgarishlari, gematologik jihatdan - 1 eritrotsitda gemoglobinning o'rtacha miqdori va hajmining kamayishi bilan xarakterlanadi. Har qanday anemiyaning patogenetik asosida gemoglobinning etarli darajada ishlab chiqarilmasligi, yoki gemoglobin hosil qiluvchi xujayralarning yo'qolishi yotadi.

ANEMIYALARNING KLASSIFIKATSIYASI

Barcha anemiyalar patogenetik jihatdan quyidagicha tasniflanadi:

I. Defitsitli anemiyalar

- 1). Oqsil-defitsitli anemiyalar
- 2). Vitamin-defitsitli anemiyalar
- 3). Temir-defitsitli anemiyalar

II. Postgemorragik anemiyalar

- 1). Oʻtkir qon ketishdan keyingi anemiyalar
- 2). Surunkali qon ketishlardan keyingi anemiyalar

III. Gipo- va aplastik anemiyalar

A. Tugʻma formalari

1. Eritro-,leyko- va trombositopoez zararlanishi bilan
 - a) rivojlanishning tugʻma anomaliyalari bilan (Fankoni tipi)
 - b) rivojlanishning tugʻma anomaliyalarisiz (Estren-Dameshek tipi)
2. Gemopoezning qisman zararlanishi bilan
 - a) tanlangan eritroid aplaziyasi (Bleksen-Daymond tipi)

B. Ortirilgan formalari

1. Eritro-,leyko- va trombositopoez zararlanishi bilan:
 - a) oʻtkir aplastik; b) oʻtkirosti gipoplastik; v) surunkali gipoplastik; g) surunkali gipoplastik gemolitik komponent bilan autoimmunizatsiya asosida.
2. Tanlangan eritropoez zararlanishi parsial gipoplastik anemiyasi

IV. Gemolitik kamqonliklar

A. Irsiy:

1. Membranopatiyalar (mikrosferotsitoz, eliptotsitoz, piropoykilotsitoz, stomatotsitoz, kserotsitoz, paroksizmal tungi gemoglobinuriya va boshk.);
2. Fermentopatiyalar
3. Gemoglobin sintezi va strukturasi defekti (talassemiyalar, eritropofirinlar, gemoglobinozlar va x.k.)

B. Ortirilgan:

1. Immun va immunopatologik (izoimmun- kelishmagan qon quyish natijasida, chaqaloqlar gemolitik anemiyalari va x.k.)
2. Infeksion (sitomegalovirusli, bakterial va boshka virusli vabakterial infeksiyalar natijasida)
3. Vitamindefitsitlar (E-vitamindefitsitli anemiyalar, chala tugʻilgan bolalar anemiyasi), ogʻir metallar taʼsirida zaharlanishlar natijasida, ilon chaqishi va x.k.
4. Har xil etiologiyali DVS-sindrom.

Defitsit kamqonliklar deganda, gemoglobin hosil boʻlishi uchun zarur boʻlgan moddalarning organizmga toʻliq tushmasligi yoki soʻrilishining buzilishi natijasida, gemoglobin molekulasi hosil boʻlishining buzilishi deb tushuniladi. Defitsit anemiyalarning eng katta guruhini alimentar anemiyalar tashkil qiladi. Bu anemiyalar JSST maʼlumotlariga koʻra rivojlanayotgan mamlakatlardagi 60% bolalar aholisini qamrab olgan.

ETIOLOGIYA VA PATOGENEZ Kasallikning kelib chiqishi, uning mazmunidan ham kelib chiqmolda, yaʼni ochlik bilan birgalikda, temir, oqsil va vitaminlarning toʻliq etishmasligidan kelib chiqadi. Baʼzi hollarda yuqoridagi

moddalarning ichak kasalliklari tufayli to'liq yoki butunlay so'rilmasligi natijasida ham kelib chiqadi.

Anemiyaga sabab bo'ladigan omillarga erta sun'iy ovqatlantirish, qo'shimcha ovqatlarni kech kiritish, uzoq muddat davomida bir xil ko'rinishdagi (sutli) ovqatlantirish, oqsilsiz vegetarian ovqatlantirish, bolaning tez-tez kasallanib turishlari, raxit, chala tug'ilishlar, gipotrofiya va boshqalar kiradi.

Anemiyalarning kelib chiqishida moddalar almashinuvining buzilishi bo'lsada, asosiy zanjir bo'lib, temir defitsiti xizmat qiladi. Temir organizmda gemoglobinga bog'lanib kislorod tashisa ham, 13 dan ortiq fermentlarning sintezida ishtirok etadi. Temirning etarli darajada organizmga tushmasligi organizmda uning zaxiralari (depolari) (jigar, mushaklar, suyak ko'migi)da tanqisligiga sabab bo'ladi. Temir defitsit anemiyalarda ichaklarning yuqori rezorbtivligiga qaramay organizmning temirga muhtojligi orta boradi va eritrotsitar qatorning gemoglobinizatsiyasi buzilishiga olib keladi.

Oqsillar defitsitlari o'z o'rnida temirni tashuvchi, temirni depo holida saqlovchi, gemoglobin sintezini ta'minlovchi oqsillarning etarli darajada hosil bo'lmasligiga olib keladi.

Vitaminlar V-guruxi, RR, S defitsitlari ham oqsil almashinuvining va boshqa metabolizm almashinuvining buzilishlariga olib keladi.

Homiladorlikning oxirgi 2 oyida onadagi temir moddasi depolarda to'planadi. Depo hosil bo'lishi chala tug'ilgan bolalarda, ko'p bolali homilalikda, onalar kamqonligida, homiladorlikning 2-yarmi toksikozlarida buziladi yoki etarli darajada bo'lmaydi. To'liq tug'ilgan bolalarda temir deposiga temir reutilizatsiya hisobidan- "Nishon" eritrotsitlarning parchalanishidan keyingi temir moddalari bilan to'ldiriladi. CHala yoki kasal tug'ilgan bolalarda birinchi va ikkinchi haftalarda reutilizatsiya pasaygan yoki bo'lmaydi. Keyinchalik organizmga temir moddasi oziq-ovqatlar orqali tushib 1 yoshgacha temir deposini ta'minlanib boradi. Biroq bu temir moddasi bolaning normal o'sishi va rivojlanishini to'liq ta'minlay olmaydi.

Temirning so'rilishi ingichka ichaklarda amalga oshirilib, bu ovqatning sifatiga, ovqat hazm qilish a'zolari sekretsiyasiga, ichak shilliq qavatining funksional holatiga bog'lik bo'ladi. Infekcion kasalliklar, me'da va ichak yo'llari xastaliklari, tug'ma va orttirilgan fermentopatiyalar, raxit va boshqalarda temirning so'rilishi buziladi.

KLINIK KO'RINISHI Temir defitsit kamqonliklarning tipik kechishida engil, o'rta og'ir va og'ir darajadagi anemiyalarni tafovut qilinadi. Jarayonning deyarli barcha ko'rinishlari asosan erta yoshdagi bolalarda uchraydi. 3-6 oylik bolalarning ota-onalari bolaning kamharakatligi, ishtaxasi pastligi, teri va shilliq qoplamlarining rangparligi, injiqligiga e'tibor beradilar. Ko'rikda jigarning o'ng

qovurg'a ostidan 2-4 sm ga chiqishi, ba'zi hollarda taloq kattalashuvini ham kuzatish mumkin. Qonda gemoglobin miqdori pasayadi. Engil formadagi anemiyada gemoglobin miqdori 100 dan 90 g/l gacha, eritrotsitlar soni $3,5 \times 10^{12}$ gacha bo'ladi.

Anemiyaning o'rta og'ir turida yuqoridagi simptomlarning biroz kuchayishi, bolaning ko'proq apatiyasi, adinamiyasi, yig'loqligi, ishtahaning pastligi bilan xarakterlanadi. Terisi ko'rik payti quruq, sochi ingichkalashib, ko'p to'kiladi. Tili oq karash bilan qoplanib, til uchida so'rg'ichlarning atrofiyasi kuzatiladi. Tomir urishi tezlashib, yurak cho'qqisida nozik sistolik shovqin funksional xarakterda paydo bo'ladi. Gemoglobin miqdori 70-g/l gacha kamayib, eritrotsitlar $2,8 \times 10^6$ ni tashkil qiladi.

Anemiyaning og'ir turida bola keskin ravishda tormozlangan bo'lib, holsiz, apatik, ishtaxasi yo'q, qabziyatlar bo'ladi. Katta yoshdagi bolalarning 2-3% da pica chlorotica - bo'r, ganch, kesak, loy, grafit eyishi mumkin. Bolaning terisi oqargan, mumsimon, tirnoqlari o'zgaradi (koylonixiya, yupqalanish, po'stloqlanish), sochlarda o'zgarishlar (allopetsiya, rangsizlanish), lablarining burchaklarida yaralanish, tilda so'rg'ichlar atrofiyasi kuzatiladi. YUrak-qon tomir tizimida taxikardiya, yurak cho'qqisida sistolik shovqin, 1 ton kuchayishi, bo'yin tomirlari bo'rtishi, yuzning pastozligi - shishinqirash bo'lishi, oyoqlarida pastozlik aniklanadi. Keskin ravishda gepatosplenomegaliya natijasida qorin hajmi kattalashadi. Gemoglobin miqdori 69 g/l dan 35 va undan ham kam ko'rsatkichlarga tushadi, eritrotsitlar miqdori $1,4 \times 10^6$ ga etadi.

Temirning yashirin defitsitida klinik ko'rinishi engil formadagi anemiyalarga yaqin bo'lib, bolalarda keskin bo'lmagan teri qoplamlarining rangparligi, quruqligi, sochning va tirnoqning trofik o'zgarishlari, ta'm bilishning buzilishi, respirator kasalliklar, ko'pchilik bolalarda astenovegetativ sindrom belgilari: uyquning buzilishi, tez asabiylashuv, tez charchash, boshining aylanishi, og'rishi kuzatiladi. Angulyar stomatit va atrofik glossit ham uchraydi. Barcha belgilar periferiyadagi qon ko'rsatkichlarining normal kechishi bilan kuzatilib, zardobli temir miqdori kamayganligi transferringa to'yinish koeffitsienti pastligi, disferalli siderouriya va qon zardobining temirni yuqori bog'lab olish xususiyati aniqlanadi.

XLOROZ - anemiyaning o'ziga xos ko'rinishi bo'lib, ko'pincha qizlarning balog'atga etishish davrlarida uchraydi. Kasallik holsizlik, tez charchash, ba'zida qisqa muddatli hushdan ketishlar bilan, bosh aylanishi, yurak tez urishi, ishtahasizlik, qabziyat bilan kechadi. Teri qoplami alebastrdek rangparligi bilan bo'lib, ba'zilar yashil tusga kiradi. Epigastral sohasida og'riqlar, pica chlorotica oligo yoki amenoreyalar bilan birga keladi. Bolaning yoshi va jinsi undagi o'zgarishlar muayyan endokrin faktorlarning ishtirokini bildiradi.

DIAGNOZ VA DIFFERENSIAL DIAGNOZ Alimantar anemiyalar diagnostikasi klinik va laborator ko'rsatkichlarga tayanib qo'yiladi. Gemoglobin miqdorining 110g/l dan kamligi anemiyadan dalolat beradi. Qondagi zardobdagi temir(14,3 mkmol/l) miqdorini aniqlash, zardobning temirni yuqori bog'lab olishxususiyatlari (78 mkmol/l dan yuqori),transferrinning to'yinish miqdori pastligi (18% dan past), qonda oqsil miqdorining (55g/l dan kam) kamligi aniqlanadi.

Qonning morfologik ko'rinishlari gipoxromiya, mikrotsitoz,sideropeniya, retikulotsitoz 1,7-2%. Megaloblastik anemiyalarda makrotsitlar (eritrotsitlar hajmi o'rtacha 105 mkm), eritrotsitlarda gemoglobinning konsentratsiyasi kamligi bilan, mikroskopda ba'zan gigant xujayrali tayoqchali vasegmentli neytrofillar aniqlanadi. Suyak ko'migida qon hosil bo'lishining megaloblastik varianti,eritroid kurtakning giperplaziyasi bilan aniqlanadi. Jolli tanachalari va Kabo xalqali eritrotsitlarni uchratish mumkin.

Defitsitli anemiyalarni postgemorragik, gipo va aplastik, gemolitik va boshka anemiyalar bilan differensial tashxislanadi.

DAVOLASH Anemiyalarni davolash uchun eng avvalo uni keltirib chiqargan sababni topish va uni bartaraf etishdan iborat. To'g'ri ovqatlantirish va rejim saqlash anemiyani davolashning samarali omillaridan hisoblanadi. Patogenetik davolashning asosini temir preparatlari tavsiya etishdan boshlanadi. Anemiyaning latent kechishida, engil, o'rta og'ir formalarida temirning ikki valentli tuzlari tavsiya qilinadi. Dori vositasining davolovchi dozasini 6mg elementar temirni 1 kg tana og'irligiga kuniga 3 qismga bo'lib ichiriladi. Eng ko'p temir laktat, xlorid, sulfat yoki suksinat, temir fumarat tavsiya qilinadi (tarkibida 20-28-32 % elementar temir bor) yoki ferrokal, ferropleks, ferrotseron, gemostimulin (1 tabletkada 20-40 mg elementar temir moddasi bor). Temir preparatlari ovqatgacha tayinlanib, askorbin kislotasi (0,1g dan), ba'zida mis preparatlari (0,2 mg/kg sutkasida 3 mahal) bilan birga iste'mol qilish lozim.

Anemiyaning og'ir darajalarida temir preparatlari parenteral (50 mg dan xar 2-3 kunda 1 marta) yuborish tavsiya kilinadi. Temirning 1 kurslik dozasi quyidagicha hisoblanadi: $(120-N \text{ bemorniki g/l da}) \times \text{tana vazni (kg da)} \times 0,4 = 1$ kurs davomida yuboriladigan temir mikdori (mg da).

Kasallik kechishi ijobiy tugaydi.

DISPANSER KUZATUV Dispanser sharoitida nazorat mahalliy pediatr tomonidan olib boriladi. Har oyda 1 marta qondagi gemoglobin va eritrotsit miqdori aniqlanib bemor bola tekshiriladi. Qon azmoyishlarining normallashtirishidan sung 6 oydan keyin dispanser kuzatuv to'xtatiladi.

YUrak-kon tomir sistemasining anatomo-fiziologik xususiyatlari bolalarda bu sistemaning yoshiga xos uzgarishlari, kasallik bilan tanishishga va vrachlik faoliyati taktikasini mustaxkamlashda yordam beradi

Amaliy mashg'ulot № 7

Amaliy mashg'ulot (laboratoriya, seminar) o'qitish texnologiyasi

Mavzu № 7	<i>Bolalarda ovqatlanishning surunkali buzilishi Oqsil energetik etishmovchiligi. Ovqatlanishning surunkali buzilishida ekzogen va endogen omillar. Gipotrofiya. Kasallik ogirligi va kechuviga kura klinikasi. Ovqatlanish korreksiyasi. Davolash prinsiplari. Reabilitatsiya.</i>
------------------	--

Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vahti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolalarda oqsil - energetik tanqislik to'g'risida tushuncha.. 2. Oqsil - energetik tanqislik etiologiya, patogenez, klinika, tashxis, davosini urganish. 3. Oqsil - energetik tanqislik profilaktik chora – tadbirlar olib bora bilishni urgatish.
<i>O'quv Mashg'ulotining maqsadi:</i> Talabalarga oqsil - energetik tanqislik to'g'risida tushuncha berish. Xastalik belgilarini yoritib berish. Limfatiko-gipoplastik diatez, Etiologiya, patogenez, klinika, tashxis, davosini o'rganish. Profilaktik chora – tadbirlar olib bora bilishni o'rgatish.	
Pedagogik vazifalar	O'quv faoliyati natijalari
- Talabalarga oqsil - energetik tanqislik to'g'risida tushuncha berish	- Bolalardagi oqsil - energetik tanqislik to'g'risida tushunchaga ega bo'lish.
- Oqsil - energetik tanqislik etiologiya, patogenez, klinika, tashxis, davosini	- Oqsil - energetik tanqislik etiologiya, patogenez, klinika, tashxis, davolash

urganish. - Oqsil - energetik tanqislik profilaktik chora – tadbirlar olib bora bilishni o'rgatish.	choralarini aytib berish - Oqsil - energetik tanqislik profilaktik chora – tadbirlarini olib bora bilishni o'rganish.
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor surov
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruhlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, proyoqtor, flomaster, plakat, flip karta, markerlar, doska, bur, «chaqalok -qo'g'irchok
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baxolash	Ogzaki nazorat: savol – javob, mustakil ish, ma'ruza, amaliy Mashg'ulot daftari

Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vakti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi 2. amaliy Mashg'ulotining takdimot slaydlarini tayyorlaydi 3. Talabalar o'quv faoliyatini baxolash mezonlarini ishlab, chikish. 4. O'quv kursini urganishda foydalaniladigan adabiyotlar ruyxatini ishlab chikish. 5. Mavzuga oid yo'riknomalarni tuzadi. 6. O'quv bilish topshiriklarni tayyorlaydi	
1.Mavzuga kirish (10 dakika)	1.1. Mashg'ulot mavzusi, uning maksadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi. 1.2. Talabalar o'quv faoliyatini baxolash mezonlari bilan tanishtiradi. 1.4. Talabalar bilimlarini faollashtirish	Tinglaydilar, savollarga javob beradilar. Talabalar berilgan

	maksadida savollar beradi	savollarga javob beradilar
2. Asosiy bosqich. (70 dakika) amaliy mashg'ulot	<p>2.1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi.</p> <p>2.2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli koidalari bilan tanishtiradi. Xar bir gurux mavzu rejasi asosda takdimot tayyorlashini aytadi.</p> <p>2.3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi.</p> <p>2.4. Guruxlarga topshiriklarni bajarish uchun yordam beradi. Takdimot materiallari mazmunan vaa mantikan tulik yoritilishini kuzatadi.</p> <p>2.5. Takdimot boshlanishini e'lon kiladi. Guruxlarda sardorlar takdimotini tashkillashtiradi. Aniklik kiritilishi lozim bulsa, gurux sardorini tuxtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga xavola etadi</p>	<p>Tinglaydilar., asosiy jixatlarini yozib oladilar</p> <p>Kichik guruxlarga bulinadilar.</p> <p>Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar</p> <p>Faol katnashadilar, takdimot uchun materiallar tayyorlaydilar.</p> <p>Guruxdan sardor tanlashadi, uning takjimotida xamkorlik kiladilar.</p> <p>Savollarga javob beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p>
klinik mashg'ulot 70 daqiqa	2.6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi.	Mavzuga oid bemorlarni kuradilar.
	<p>2.7 Mavzuga oid bemorlarni kursatadi.</p> <p>2.8. Bemor kuratsiyasini taxlil kiladi.</p> <p>2.9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar
3. YAkuniy bosqich (10 dakika)	<p>3.1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</p> <p>3.2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</p> <p>3.3.Mavzular maksadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil kiladi va uzlashtira olmagan joylarini kayta ukib chikishni tavsiya etadi</p> <p>Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish.</p> <p><i>O'zlashtirish ishi</i> Referat, Krossvord, Internet ma'lumotlaridan tayyorlashni topshiradi</p>	<p>Savollar beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Uyga vazifani va mustakil ish mavzusini yozib oladilar</p>

Oqsil - energetik tanqislik. Ekzogen va endogen omillar. Tanqislik darajasiga ko'ra klinik ko'rinishi. Ovqatlanishni korreksiyasi. Medikamentoz davolash va rehabilitatsiya

Bolalarda oqsil – energetik etishmovchiligi.

Ovqatlanishning surunkali buzilishi - distrofiyalar (grekcha dis- buzilish, trophe-ovqatlanish) -asosan kichik yoshdagi bolalarda uchraydigan kasallik bo'lib, organizm to'qimalarining oziqmoddalarini singdira olmasligi natijasida kelib chikishi bilan xarakterlanadi. Distrofiyalarning quyidagi ko'rinishlari tafovut kilinadi:

- 1) tana vaznining kamligi bilan kechuvchi, ya'ni gipotrofiya
- 2) tana vaznining ortishi bilan, normal rost bo'lgan xolda yoki paratrofiya
- 3) tana vaznining xaddan ziedligi bilan yoki semirish.

GIPOTROFIYA.

Gipotrofiya (grekcha hypo- kam, past, trophe- ovqatlanish) -tana vaznining kamligi bilan xarakterlanadigan ovqatlanishning surunkali buzilishi. Bu go'dak yoshidagi bolalarning tashki yoki ichki salbiy ta'sirlar natijasida oziq moddalarining organizmda utilizatsiyasining buzilishi bilan kechib, aloxida nozologik birlik deb atash mumkin emas. VOZ axborotiga qaraganda dunyoda gipotrofiya bilan 10 dan 20 foizgacha kichik yoshdagi bolalarda uchrashi aniklangan.

ETIOLOGIYA.

Gipotrofiyalarning kelib chikishi bo'yicha va vakti bo'yichatug'ma (prenatal) va orttirilgan (postnatal) gipotrofiyalarga bo'linadi.

Tug'ma gipotrofiyalarining sabablari:

- 1) Homilador ayolning to'liqoziqlanmasligi
- 2) Ayolning konstitutsional yoki boshka xususiyatlari (yoshi katta bo'lishi, qarindosh nikoh va bosh.), kasbiga doir zararli omillar, somatik kasalliklari, homilador ayolning toksikozlari natijasida platsentaning oziqlanishi buzilishi, homila ichi gipoksiyalari, fetopatiyalar, prenatal ensefalopatiyalar, tug'ma nuksonlar bilan tugilishga olib keluvchi ta'sirlar
- 3) Homila ichi infeksiyalari
- 4) Genom va xromosom mutatsiyalar.

Homila gipotrofiyasi patogenezida ona organizmida surunkali gipoksiya ona va platsenta orasidagi kon aylanishning buzilishi katta rol uynaydi. Bunda ona-

platsenta-homila orasidagi o'zgarishlar okibatida homilada kislorod va oziqlanturuvchi moddalarning transporti buzilishidankelib chikadi.

Postnatal gipotrofiyalarning kelib chikishidagi asosiy sabablar 2 ta guruxga bo'linadi: ekzogen va endogen.

Ekzogen sabablarga quyidagilar kiradi:

1. Alimantar faktorlar

a) mikdor jihatdanto'ymaslik (gipogalaktiya, sun'iy ovqatlantirishda etarli darajada sut maxsulotlarini bermaslik;

b) sifat jihatdanto'ymaslik (ona sutining oqsil yoki yog' bilan tanqisligi, qo'shimcha ovqatlarni kech berish natijasida va x.k.)

2. Infeksion faktorlar:

a) homila ichi infeksiyalari;

b) hayotining birinchi oylaridagi yuqumli kasalliklari, yuqori nafas yoki oshkozon-ichak kasalliklari va x.k.

3. Toksik faktorlar: gipervitaminozlar, ko'pincha vitamin D bilan zaharlanish, dori vositalaridan zaharlanish va boshk.

4. Tarbiya, rejim, parvarishning etishmasligi.

Endogen sabablarga kuyidagilar misol bo'la oladi (ikkilamchi, simptomatik gipotrofiya):

1. Oshkozon-ichak traktining tug'ma nuksonlari (pilorostenoz, megakolon, o't yo'llari atreziyasi va bosh.), yurak, buyrak, bosh miya, diafragmal grija va boshka a'zolar kasalliklari.

2. Modda almashinuvining irsiy anomaliyalari.

3. Malabsorbsiya sindromi.

4. Markaziy asab sistemasining tug'mayoki orttirilgan zararlanishi

5. Irsiy immunodefitsit xolatlar.

6. Endokrin kasalliklar (kandli diabet, buyrak usti bezining tug'ma displaziyasi va boshk.).

To'liq anamnez yig'ish, kliniko-laborator tekshirishlar natijasida gipotrofiya kelib chikishida aralash genez, ya'ni xam ekzogen, xam endogen omillarning birgalikda kelishi aniklangan.

PATOGENEZ.

Gipotrofiyaning patogenezi uni keltirib chikaruvchi sababiga bog'liq. Gipotrofiya bilan xasta barcha bemorlarda ko'pchilik xollarda oshkozon-ichak traktida, MAS va ovqat almashinuvidagi jaraenlarda buzilishlar kuzatiladi.

Gipotrofiyada oshkozon shirasi kamayadi, oshkozon fermentativ aktivligi pasayadi (pepsin, parapepsin- pepsin V, ximozin-renin) ajralishi kamayadi. Ichaklarda buning natijasida oziq moddalarning surilishi buzilishi aniklanadi. SHu sababli

organizmning ovqatga bo'lgan tolerantligi pasayadi, axlat bilan ko'p mikdorda oqsil, yog', uglevodlar ajralib chikadi. Me'yoridan ortik berilgan ovqat ovqatlantirishning o'tkir buzilishi-dispepsiyalarga olib keladi.

Gipotrofiya kuchayib borgani sari bosh miya po'stlog'i kuzgalishi syokinlik bilan pasayadi, tormozlanish jarayoni po'stloq osti markazlariga xam tarkaladi. Bu esa uz urnida ichki a'zolarining funksiyasi buzilishiga olib keladi: bolaning ishtaxasi pasayib, ichak motorikasi susayadi, xansirash, aritmiya, nafas olish chukurligi kamayadi, bola tez-tez yuqumli kasalliklarga chalina boshlaydi.

Gipotrofiya bilan bemorlarda oshkozon osti bezi funksional aktivligi, jigar faoliyati, yurak faoliyati, buyrakda o'zgarishlar, kon xosil bo'lishi a'zolari vazifasi susayishi natijasida anemiyalar kelib chikadi.

Gipotrofiyada moddalar almashinuvida katta o'zgarishlar kuzatiladi. Bunda oqsil almashinuvi (katabolik yo'nalishda bo'lib-aminoatsiduriya gipoproteinemiya, disproteinemiya), uglevod almashinuvi buzilishi (gipoglikemiya, glyukozuriya, qonda parchalanmagan moddalar paydo bo'lishi), yog'lar almashinuvi buzilishi (gipoxolesterinemiya, giperlipidemiya, gipolipoproteinemiya), mineral almashinuvi (suvsizlanish, suyaklar demineralizatsiyasi, gipokaliemiya, giponatriemiya, gipofosfatemiya), kislota-ishkor almashinuvi buzilishi, poligipovitaminoz va x.k. YUkoridagilarga qo'shimcha kilib aytganda organizmning reaktivligi pasayib boradi.

Озиқланишнинг сурункали бузилиши классификацияси

Г.А. Зайцева 1981г

Дистрофия типи (тана вази ва бўйига нисбатан)	Оғир лик даража си	Даври	Келиб чқиш вактига кура	Сабоблари	
				Экзоген	Эндоген
1	2	3	4	5	6
Гипотрофия (вазнинг камлиги)	1	Бошланғич	Пренатал	Алиментар (оксил, энергетик етишмовчилик)	Диатезлар, ривожлан иш нуксонлари, хромосом касалликлар
Гипостатура (тана вази ва бўйининг бир хилда камайиши)	2	Кучайиб бориши (прогрессир ования)	Постната л	Инфекцион	Бирламчи (ирсий) энзимопатиялар
Паратрофия А) вазнинг бўйдан устунлиги билан Б) вази ва бўйининг бир хилда ортик булиши	3	Стабилизация Реконвалес -ценция	Пренатал ва Постната л	Токсик Тарбия, ижтимоий халатинг нокуя таъсири остида	А) сўрилиш ва парчаланиш бирламчи бузилиши; Б) модда алмашинувининг наслий бузилиши В) Иммунодефицитли и ва нейрондохрин бузилиш халатлари

Klinikasi.

OEning 1 darajasida tana vaznining me'yoriga nisbatan 11-20% ga kamligi aniklanadi. Teri osti yog' qatlami tananing barcha joylarida noziqlashadi, ayniksa kornida. CHulitskiy indeksi 10-15 ni tashkil etadi. Teri osti yog' qatlami sust, ilviragan, to'qimalar tonusi pasaygan, mushaklar tonusi kamaygan. Teri koplamlarining, ko'zga kurinarli shillik kavatning okarishi,terining elastikligi pasayishi kuzatiladi. Bolaning buyiorkada kolmaydi, fakat vazni orkada koladi. Tana vaznining oshishi sekin boradi. Psixomotor jihatdan bola o'z yoshiga mos, o'zini yaxshi xis kiladi, birok uykusi buzilgan, injik bo'lishi mumkin,immunologik reaktivligi me' erida bo'ladi.

2 darajali gipotrofiyada. Teri ostiyog' qatlami korinda, ba'zida ko'krakda, qo'l-oyoqlarda kamayib, yuzida saklanadi. CHulitskiy indeksi 0-10 ga teng.Teri qoplamlari oqargan, kulrang tus bilan, quruq,tez g'ijimlanadi. Son sohasining ichki tomonlarida teri osilib turadi. Terida va shillik qoplamlarida gipovitaminoz belgilari ko'rinadi. To'qimalar turgori, mushaklar massasi, mushaklar tonusi keskin ravishda pasayadi. Bolalarda aktiv raxit belgilari: mushaklar gipotoniyasi, osteoporoz, osteomalyasiya va gipoplaziya paydo bo'ladi (kraniotabes, katta liqildoq atrofi yumshashi, tishlar chiqishining orqada qolishi, lordoz, kifoz, skolioz va x.k.).

Bolaning tana og'irligi normaga nisbatan 20-30% ga kamaygan, bo'y o'sishi ham orqada qolgan. Ishtahasi past, ovqatga tolerantligi susaygan. MAS zararlanishi natijasida bola holsiz, injiq, yig'loq yoki tashqi ta'sirlarga mutlako befarq, yuzi kattalarnikidek, uyqusi bezovta. Psixomotor jihatdan tengdoshlaridan orqada qoladi. Orttirilgan ko'nikmalarini asta-sekinlik bilan yo'qotadi, termoregulyasiya buziladi, natijada bola tez sovuq qotishi yoki tez isib ketishi mumkin. Teri va shilliq qoplamlari anemiya natijasida oqaradi.

YUrak tovushlari bo'g'iqlashadi, jigar biroz kattalashadi. Ko'p bolalar otit, pnevmoniya, pielonefrit va boshqa kasalliklar bilan kasallanadi. Ko'p kasalliklar kam simptomatika bilan kechib, aniq tashxis qo'yish qiyinlashadi. Gipotrofiya bilan xasta bolalarning axlati bir xil emas, diareya qabziyat bilan almashinib turadi. Axlatida quyidagi o'zgarishlar bo'lishi mumkin: xamirsimon axlat - uglevodlarga boy bo'lgan maxsulotlar bilan oziqlantirilsa, axlati suyuq, kislotalik reaksiyali, sarg'ish-yashil tusda, shillikli, yod bilan musbat reaksiya beradi. Mikroskopik: ko'p miqdorda hujayradan tashqari kraxmal, neytral yog'lar va yog' kislotalar, leykotsitlar.

Oqsilli axlat ovqat ratsionida oqsil moddalarining ko'p bo'lishidan kelib chikadi, M: sut, suzma ko'p berilganda. Ichaklarda chirish jarayoni kuchayadi, ichaklar peristaltikasi susayib, suv organizmga ko'p so'riladi. Axlat qattiq, quruq, kulrang-g'ishtsimon rangda, chirigan hidli, mikroskopiyada oqish rangli uqalanadigan

shaklda ko'p miqdorda detrit, yog' kislotalar tuzlari, neytral yog' kamligi aniqlanadi.

3 darajali gipotrofiyada keskin ravishda teri osti yog' qatlamining kamayishi: bolaning tashqi qiyofasi teri bilan o'ralgan suyakni eslatadi. Teri osti yog' qatlami qorni, qo'l-oyoqlari va hatto yuzida ham yo'qolgan

bo'ladi. Terisi burmalari tezlikda tekislanmaydi, teri elastikligi yo'qolgani natijasida. CHulitskiy indeksi manfiy. Teri va shillik qoplamlarida gipovitaminoz belgilari, stomatit. Og'iz to'q qizil, katta, lablari burchaklarida yorilishlar paydo bo'ladi. Terida namlangan eritema aniqlanadi.

Suvsizlanishning keskin belgilari aniklanadi: katta liqildoq va ko'z soqqalarining ichkariga botishi, ko'z shilliqalar quruqligi, kon'yunktivitlar, siydik kam miqdorda. YUzi, iyaklari ichkariga botgan, yuzi –"kariyalarnikidek". Meteorizm, kabziyat va ichning suyuq o'tishi bir-biri bilan almashinadi.

Nafas olishi yuzaki, aritmiya, yurak tovushlari bo'g'iqlashadi, bradikardiya, arterial kon bosimi pasayadi, tana xarorati ko'pincha pasaygan bo'ladi. Termoregulyasiya, immun reaktivlik pasayadi. Raxitning gipoplastik va osteomalyasion belgilari aniqlanadi. Tana vazni 30% dan past bo'ladi. Buy va psixomotor jihatdan keskin ravishda orqada qoladi. MAS zararlangani uchun bolalar apatik, sust, tashqi ta'sirlarga deyarli javob bermaydi, kasalligining 10-15 kunlari "yonib tugayotgan shamdek" bo'ladi.

Oziqlanish buzilishi sindromi

tana vazni tanqisligi, kam darajada tana uzunligining, tana tuzilishining buzilishi (CHulitskiy, Erisman indeksining pasayishi); teridagi trofik o'zgarishlar (elastiklikning buzilishi, A, V1, V2, RR, R, S poligipovitaminozi belgilari): teri osti yog' kavati doimiy kamayishi (qorinda, tanada, muchchalarda, yuzda); mushaklarning kichrayishi; to'qimalar turgorining pasayishi.

MNS funksional holati o'zgarish simptomlari

Nerv-reflektor qo'zg'aluvchanlik va emotsional tonus buzilishlari, muskul gipo yoki distoniyasi, psixomotor rivojlanishning orqada qolishi uyqu va termoryog'ulyasiyaning buzilishi.

Ovqatga tolerantlikning pasayishi sindromi:

1. Ishtahaning anoreksiyagacha pasayishi,
2. vazn ko'rsatkichining noto'g'ri pasayishi,

3. dispeptik buzilishlar yuzaga kelishi (oqib chiqish, qusish, noturg'un ich ketishi)
4. oshqozon-ichak tizimi sekretor va fermentativ funksiyasining pasayishi (paraklinik usul ma'lumotiga ko'ra)

Immunobiologik reaktivlik pasayish sindromi

1. Infeksion yallig'lanish kasalliklariga tez beriluvchanlik,
2. ularning atipik va noto'g'ri kechishi,
3. toksik septik xolatlar shakllanishi,
4. disbiotsenoz;
5. ikkilamchi immun tanqislik holatlari,
6. nospetsifik rezistentlik ko'rsatkichlarining pasayishi.

Paraklinik

A) *kon tahlili* – anemiya, og'ir gipotrofiyada

ECHT pasaygan;

B) Qonning *bioximik tekshirishlari*– gipo va disproteinemiya, gipoglikemiya, qand ko'rsatkichining pasaygan tipi, gipoxolesterinemiya, dislipidemiya;

V) *koprogramma* – oshqozon, ingichka va yugon ichak xazm kilish va surilish faoliyatining etishmovchilik belgilari;

G) *ichak biotsenozi tekshirishlari* :

normal mikroorganizmlarning (simbiontlarning) miqdori oshishi, tabiiy oziqlanish joylarida, disbakterioz rivojlanishining 1-fazasi;

Ayrim mikroblarning yo'qolishi (simbiotlar) boshqalarining ko'payishi hisobiga, normada uchramaydigan yoki kam uchraydigan (patogen stafilokokk, protey, kandida zamburug'i) mikroorganizmlarning paydo bo'lishi-2 faza;

Mikroflora joylashishi almashinuvi (autoflora) odatda uchramaydigan sohalarda paydo bo'ladi vaqtincha bakterimiya (mikroblarning qonga kirishi natijasida) -3 faza;

Turg'un bakteriemiya, metastatik bakterial jarayonlarning toki sepsisgacha shakllanishi 4-disbakterioz fazasi

Organizm immun holatini tekshirish

–parsialimmun tanqislik, disimmunoglobulinemiya,
 nospetsifik rezistentlik ko‘rsatkichlari pasayishi
 lizotsimning, neytrofillar fagotsitar aktivligining, teri va shilliq qavatlar
 bakteriotsidligining pasayishi.

Defitsit darajasini aniqlash formulasi

ZV - FV

$$D = \frac{\text{-----}}{ZV} \times 100\%$$

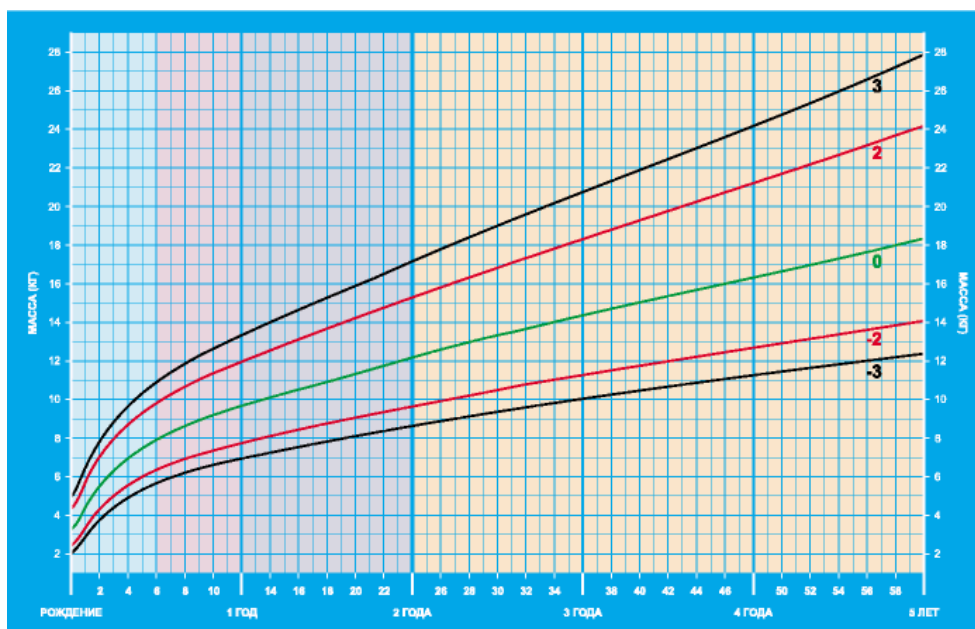
ZV

ZV – zarur vazni

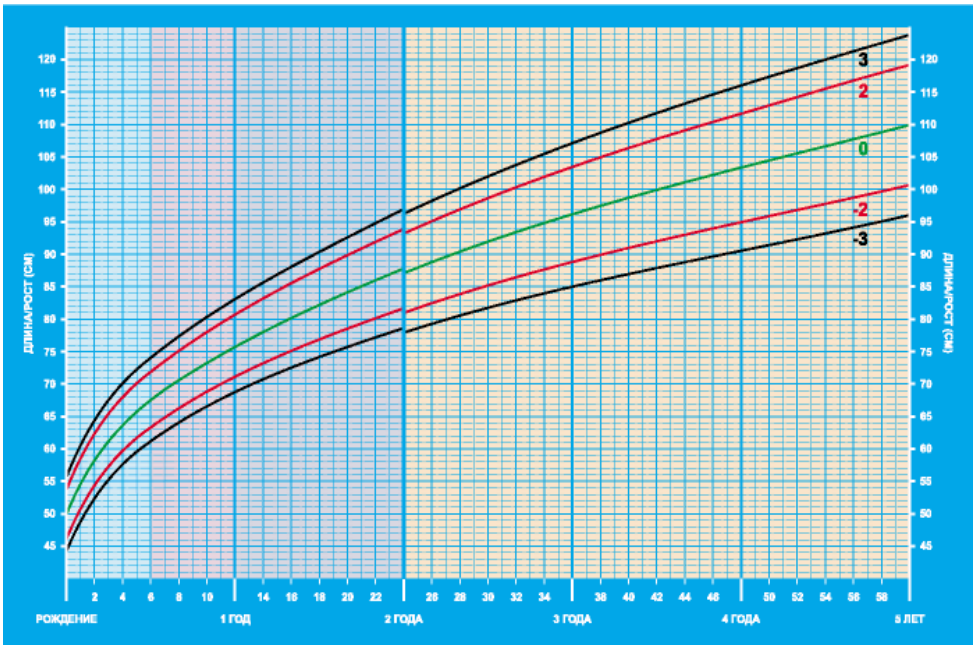
FV – faktik vazni

D – vazn defitsiti

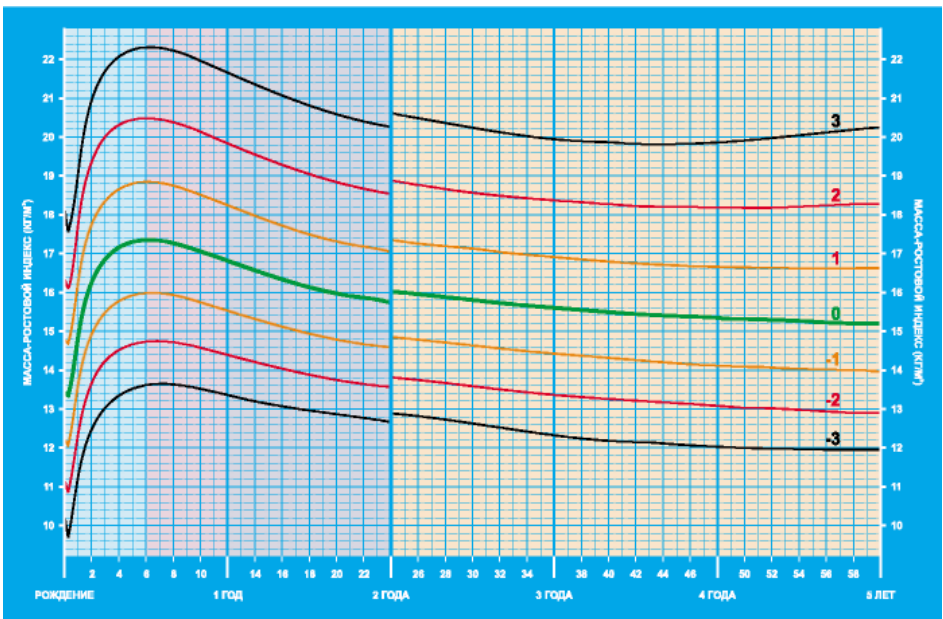
YOshga nisbatan vazn



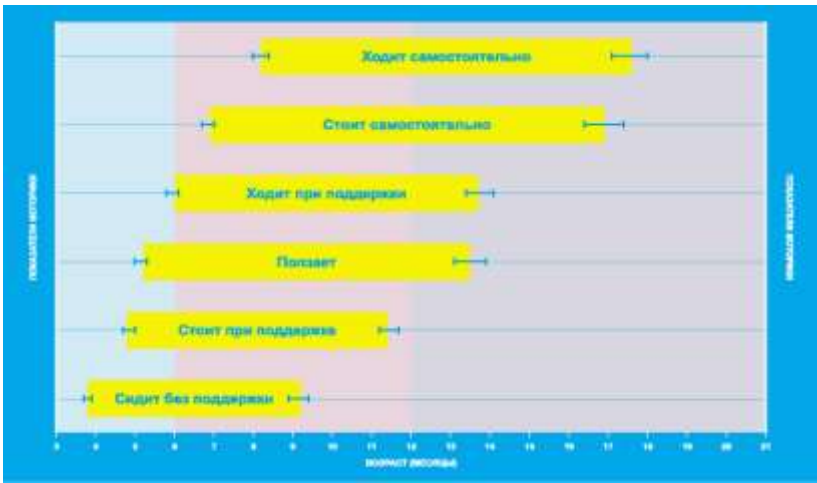
Bo‘yning yoshga nisbatan



Vazn – bo‘y indeksi



MOTOR rivojlanishi bosqichlari



Oqsil- energetik etishmovchiligida qiyosiy tashxisot

Asosiy klinik simptomlar	1 daraja	2 daraja	3 daraja
1	2	3	4
Trofik buzilishlar sindromi			
Vazn tanqisligi nisbati	10,1-20,0%	20,1-30,0%	30% dan yukori
A) me'yoriy vaznga nisbatan	0,5 dan 1,5δgacha	1,5 dan 2δgacha	2δdan yukori
B) bo'yiga nisbatan	R25 dan R10 gacha	R10 dan R3 gacha	R3 dan kam
Teridagi trofik o'zgarishlar	Biroz okargan, elastiklik pasaygan	Okargan, kuruk, plastinkasimon, cho'ziluvchan, yoriqli yarali	
Teri osti yog' kavatining kamayganligi	Juda kam (korinda, tanada, muchchalarda)	Korinda, tanada, muchalarda aniq ifodalangan qovurg'a va bo'g'imlar	Kovurga va bo'g'imlar konturlari yaqqol ifodalangan
To'kimalar turgorining pasayishi	Muchchalarda juda kam	Bo'yin muchchalar terisidagi anik bo'sh burmalar muskul massasining kamayishi	Juda ham kam rivojlangan
MNS funksional xolati o'zgarish simptomlari			
Nerv reflektor ko'zg'aluvchanlik vaemotsional tonusning buzilishi	Bezovtalanish, tez-tez salbiy hissiyotlar	Bezovtalanish va tinchlvnish xurujlarining navbatlanishi salbiy	ko'pincha so'nish, paradoksal reaksiyalar

		hissiyotlar ustunligi	bo'lishi mumkin
Muskul tonusi	Normal yoki kuchsiz gipotoniya	Gipotoniya yoki distoniya	Gipotoniya
Fiziologikreflekslar	Buzilmagan, harakat avtomatizmi va so'rish reflekslarning prenatal gipotrofiyada pasayishi.	giporefleksiya	Ifodalangan giporefleksiya
Psixomotor rivojlanishi	Ko'pincha yoshga bog'liq.	Orqada qolish	SHartli reflekslarning yo'qolishi
Uyquning buzilishi	kuchsiz	Davomiylilik va chuqurlik kamaygan	Ifodalangan
Termoryog'ulyasiya	Buzilmagan	Buzilgan.qizibketis hga va sovuq qotishga moyillik	YAqqol buzilgan.
<i>Pasaygan oziq tolerantligi sindromi</i>			
ishtaha	Buzilmagan	Pasaygan	juda pasaygan- anoreksiyagacha
Okib chikish, kusish	ba'zan	Joyiga ega	Tez-tez kusish
Oshkozon-ichak tizimi sekretor va fermentativ funksiyasi	Normada yoki juda pasaygan (chakaloklarda)	Oshkozon shirasi kislotaligi pasaygan, Oshkozonfermentla	Xazm fermentlarining sekretsiya aktivligining

		ri sekretiysi va aktivligi pasayadioshkazon osti bezi va ichak bezlari xam ichakdagi surilish jarayonlari buziladi.	yaqqol pasayishi(5-10 marta)so‘rilishning birdan buzilishi.
Axlatning ko‘rinishi	o‘zgarmagan	Noturg‘un(tez-tez suyuq)	
<i>Immunobiologik reaktivlik buzilish sindromi</i>			
	Tez – tez kasallanishga moyillik	Og‘ir, cho‘ziluvchan infeksiyon – yalliglanishga moyillik, atipik kechish, Toksiko-septik xolatlar	
Immun status, nospetsifik rezisitentlik	Disimmuoglobuline miya, pasaygan	Ikkilamchi immunodefitsit xolatlar, sezilarli pasaygan.	

DIAGNOSTIKA

Gipotrofiyaning diagnostikasi: tug‘ma gipotrofiyada chakaloklarda onaning xavfli kasallar bilan kasallanishi bor-yo‘qligi bilan, anamnez yigilishi bilan: ayolning gipertoniya kasalligi, yurak nuksonlari, surunkali infeksiyon kasalliklari, homiladorlik toksikozlari, nefropatiyalar, eklampsiya, xamda kliniko-antropometrik ko‘rsatkichlar va chakalok tug‘ilgandan so‘ng maxsus tekshirishlar o‘tkazilishi bilan qo‘yiladi.

Zamonaviy shart-sharoitlarda tug‘ruq ichi gipotrofiyasi antenatal davrdayoq qo‘yiladi. Masalan: ultratovush diagnostikasi, onaning tashqi ahvoli-ruxiyati va x.k.

Postnatal gipotrofiyaning diagnostikasida bolaning o‘sib rivojlanishiga ta’sir qiluvchi barcha omillar hisobga olinmog‘i lozim.

Gipotrofiya darajasi nafaqat uning tana ogirligiga karab kuyiladi, balki kasallikning klinik belgilariga qarab ham aniqlanadi.

Endogen faktorlarni aniqlashda quyidagilarga ahmiyat berish lozim:

- MAS, oshkozon-ichak trakti, yurak, buyrakning tugʻma nuqsonlarini aniklash;
- kariotipni aniklash;
- axlatda uglevod, rN, lipidlarni aniklash;
- terda va konda elektrolitlarni aniklash;
- konda va suyuqliklarda (soʻlak, duodenal suyuqlik) immunoglobulinlarni tekshirish;
- laktoza, glyukoza, saxaroza bilan sinamalar oʻtkazish;
- ichaklar soʻrilishi funksiyasini tekshirish.

DAVOLASH.

Tugʻma gipotrofiyalarni davolash tugʻruqxonadayok boshlanishi lozim. Tula soglom 1 darajali gipotrofiyali chakaloklar tana vazning ortishi va yaxshi dinamikada usishi bilan bulsa, uy sharoitida maxalliy pediater nazorati ostiga yuboriladi. Agar gipotrofiyaning 2 yoki 3 darajasi bulsa, chala tugilgan chakaloklar gipotrofiyasida davolash uchun maxsus shifoxonalarga davolash uchun yuboriladi.

Gipotrofiyani davolashda tugʻruqxona, poliklinika va statsionar urtasida uzluksiz aloqa boʻlishi lozim, postnatal gipotrofiyada esa statsionar va poliklinika urtasida aloqa boʻlishi lozim.

Gipotrofiya bilan xasta bemorlarni davolash kompleks boʻlishi kerak. Bunda albatta kasallikning kelib chiqish sabablari, vaqti, davri, patogenetik xususiyatlari eʼtiborga olinishi lozim.

Birinchi oʻrinda optimal haroratli rejimga diqqatni qaratish lozim. Gipotrofiya bilan xasta bolalar qoʻshimcha issiklikka muxtoj boʻladi, buning uchun optimal haroratli kuvezlar (29-34 gradusli, namligi 60-70 %) boʻlishi lozim. Kattaroq yoshdagi bolalarni issiq grelkalar bilan isitish maqsadga muvofiq.

Terini parvarishlash katta ahamiyatga ega. 5-7 minut davomida gigienik vannalar kabul kilishi lozim, teri kuruk boʻlganda usimlik yogʻi bilan terini yumshatish kerak. Bolaning tugri parvarishida uni chiniktirish muxim urin tutadi. Massaj va gimnastika bolaning individual xususiyatlariga karab kilinadi va bajariladi.

Davolash kompleks boʻlgandan soʻng quyidagilarni oʻz ichiga olishi lozim:

- 1.gipotrofiyaning sabablarini aniklash va ularni bartaraf etish yoki korreksiya kilish;
- 2.dietoterapiya;
- 3.ratsional rejim,parvarish, tarbiya,massaj va gimnastikani tashkil etish;
- 4.Infeksiya uchoklarini aniklash,raxit, anemiyani va boshka asoratlarni aniklab davolash, vitaminoterapiya, stimullovchi va simptomatik davolash.

DIETOTERAPIYA.

Gipotrofiyani davolashda asosiy omillardan xisoblanib 3 etapda olib boriladi:

- 1) ovqatga bo'lgan tolerantlikni aniklash,
- 2) bolaning yoshi va vazniga zarur bo'lgan ovqat miqdorini berish,
- 3) qo'shimcha ovqatlantirish.

CHakaloklarda gipotrofiya bilan kasal bo'lganda emish refleksi xosil bulguncha zond orkali oziqlantiriladi.

Tula tugilgan bolalar 1-marta 6-8 soatdan sung ovqatlantiriladi, chala tugilganlar esa 12 soatdan sung bu vakt davomida 5% glyukoza Bilan ichirib turishi lozim.

CHakaloklarda sut miqdori 1 kuni -10ml, 2-kuni 15-20 ml, 3-kuni 20-30 ml,5-7 kunda 50-90 ml.

Beriladigan sut sutkalik miqdori 2-8 xaftalikda tana vazning 1/5 kismi,2-4 oyda-1/5-1/6,4-6-oyda - 1/7 va 6-9 oyda-1/8 kismni tashkil kilishi lozim.

Tugilganining birinchi oylari ovqatlantirish kuniga 7 marta, 3-4 oyligida 6 marta, 5 oyligidan 5 marta ovqatlantirishga utish lozim.

Iloji boricha kukrak suti bilan ovqatlanishi kerak.Ona suti bulmagan paytda moslashtirilgan sut maxsulotlari berish lozim.

Gipotrofiya bilan xasta bolalarning barchasiga xaetining birinchi kunidan oqsil,yog', uglevodlar miqdorini aniklash kerak. Xaetining birinchi 2 xaftasida oqsil tana ogirligining 2-2,5 g/kg, 2 oydan sung 2,5-3,0g/kg.

Gipotrofiya bilan xasta bolalarga birdaniga ko'p miqdorda ovqat berilishi ularda dispepsiya, ovqatlanishning keskin buzilishi keltirib chikarishi mumkin. SHuning uchun ularga ovqatga bo'lgan tolerantlik aniklanib, asta-syokinlik bilan ovqat miqdori oshirib borilishi lozim.

Gipotrofiyaning 1 darajasida ovqatga tolerantlik davri kiska 1-3 kunni tashkil kiladi. Agar bola etarli darajada oqsil olmasa ovqatga oqsilga boy bo'lgan nordon sutli aralashmalar,oqsilga boy kefir ,tvorog beriladi. Ratsionda uglevod kam balsa shakarli kiem,meva sharbati,yog'lar miqdori kam balsa kaymok,usimlik moyi ovqatga kushib berilishi kerak.Bunda oqsil,yog',uglevodlar tana ogirligining zarur bo'lgan vazniga karab tavsiya etiladi.

Gipotrofiyaning 2 darajasida ovqatga bo'lgan tolerantlik davri aniklanguncha ovqatlantirish soni 1-2 taga oshiriladi.Beriladigan ovqat miqdori tana vazniga karab beriladi. Keyinchalik ovqat miqdori asta-sekinlik bilan zarur bo'lgan tana vazniga karab beriladi. Bola berilgan ovqat miqdorini tulik xazm kila olsa, ya'ni ich ketishi yaxshi balsa, o'zini yaxshi xis kilsa,reaktivligi osha borsa, tana vazni orta borsa, asta-sekin qo'shimcha ovqat maxsulotlari yog'ni koplash uchun-sariyog', usimlik moyi,oqsilni koplash uchun tvorog, enpit va uglevodlarni qoplash lozim. Birok oqsil bilan tuyintirish 4,5-5,0

g/kgdan oshmasligi lozim, aks xolda ko'p mikdordagi oqsil hazm bo'lmaydi va organizmda tuplanib, atsidoz xolatiga olib keladi.

Gipotrofiyaning 3 darajasida dieta bilan davolashni kukrak suti berish bilan boshlash lozim. Bir kunda 20-30 ml dan 10 martagacha ovqatlantirish kerak. Xar kuni ovqat mikdorini 10 ml ga oshirib borish lozim, xar ovqatlanishni 50 ml ga etkaziladi. Keyinchalik ovqatlantirish vaktini kiskartirib, ovqat mikdorini ko'paytiriladi. ovqatlantirishda davolovchi sut maxsulotlari bilan avval oqsillar, keyin uglevodlar va oxirgi urinda yog'larga bo'lgan extiej koplanadi. Ovqatga bo'lgan tolerantlik 3 darajali gipotrofiyada 10-24 kun va undan ortik, sungra esa zarur bo'lgan ovqat mikdori berila boshlanadi.

Ovqatga bo'lgan tolerantlikni aniklashda etishmaetgan suyuqliklar va elektrolitlar parenteral usulda, tomir orasiga 5-10% glyukoza, natriy xlorning izotonik eritmalari, Ringer eritmasi, oqsilli gidrolizatlar, gipoproteinemiya da - albumin, protein va boshkalar yuboriladi. Glyukoza bilan birga xar 5 g glyukoza mikdoriga 1 ED insulin yuborish ijobiy ta'sirini kursatadi.

Gipotrofiya bilan bolalarga qo'shimcha ovqatlar boshka bolalarga nisbatan 1-2 oy oldinrok berila boshlanadi. Meva sharbati 2 oylikdan, 3 oylikdan tuxum sarig'i, 4 - 5 oylikdan bola organizmi yaxshi kabul kilsa sabzavotli bo'tqa 1-3 choy koshikdan boshlab berila boshlanadi. Sabzavotli bo'tqa kiritilgandan 1-1,5 oy o'tgach, donli (gurunchli, bugdoyli bo'tqa, manniyli bo'tqa) bo'tqalar beriladi. 7 oylikdan boshlab go'shtli bulon, 9 oylikdan ezilgan va qaynatilgan go'sht berila boshlanadi.

MEDIKAMENTOZ DAVOLASH.

Medikamentoz davolashni tashqi muhitning optimal sharoitlarida, ratsional rejim asosida va ovqatlantirishni to'g'ri tashkil qilish bilan birgalikda olib boriladi.

MASning funksional zararlanishini e'tiborga olgan xolda valeriana kaynatmasi ichishga va vanna xolida kabul kilishga, uyqusi buzilganda lyuminal, seduksen, tinchlanturuvchi massaj tavsiya kilinadi.

Patogenetik jihatdan fermentativ preparatlarni tavsiya etish: pepsin, pankreatin, abomin, panzinorm forte, festal va boshkalarni buyurish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Ichak florasining faoliyatini yaxshilash maqsadida biologik aktiv preparatlar: bifidumbakterin, bifikol, kolibakterin 2-5 dozadan kuniga 3-4 marta, laktobakterin va boshqalar tavsiya qilinadi.

Gipotrofiya bilan bo'lgan bolalarda gipovitaminoz ko'p uchragani sababli V-gurux vitaminlar, nikotin kislota, vitamin S tavsiya kilinadi.

Anoreksiya bilan kechuvchi gipotrofiyada organizm trofikasini stimullovchi va modda almashinuvini yaxshilovchi apilak shamcha shaklida 0,0025 dan 2-3 marta

1 kunda (hayotining 1-kunlari) va 0,005 dan 3 marta katta yoshdagi bolalarga 14-15 kun mobaynida yuboriladi.

Infeksion - yalligʻlanish bilan kechuvchi gipotrofiyalarda keng taʼsirdagi antibiotiklar tavsiya kilinadi. Bunda nefro-, gepato-, ototoksik preparatlardan qoʻllamaslik lozim.

Simptomatik davolash: anemiyada temir preparatlari qoʻllash, raxitda UFO-nurlash va vitamin-D (Sulkovich sinamasi bilan birga), qoʻshimcha kasalliklarda pnevmoniyani, otitni, pielonefritni va boshka infeksiya uchoklarini davolash bilan borish lozim.

GIPOSTATURA .

Gipostatura (hypo-lat, statura-boʻy, uzunlik)- bolaning tana vazni va buyining bir xil ravishda orkada kolishi va bunda holati konikarli boʻlishi, teri turgori va toʻqimalar xolati konikarli boʻlishi bilan xarakterlanadi. Ovqatlantirishning bu oʻzgarishi yurak nuksoni, miyaning tugʻma kasalliklari, endokrin patologiyalarida uchraydi. Ovqatlantirishning surunkali buzilishi deyilishiga sabab, ular asosiy kasallik davolangan sung yoʻqoladi. Masalan yurak tugʻma nuksonlarini xirurgik amal bilan davolagandan soʻng bola vazni ortib. uz tengdoshlariga etishib oladi. Baʼzi xollarda konstitutsional xam boʻlishi mumkin.

KVASHIORKOR.

Bu ovqatlanishning surunkali buzilishining oʻziga xos koʻrinishi boʻlib, tropik mamlakatlarda uchraydigan ovqatlanishda oqsil-kaloriyasi etishmasligidan kelib chikadi.

Kvashiorkorning doimiy simptomlari: shish, jismoniy va psixomotor rivojlanishning orqada qolishi, mushaklar gipotoniyasi, teri osti yogʻ qatlamining kamayishi. Eng koʻp uchraydigan belgilari: soch tolasi oʻzgarishi (depigmentatsiya, yumshayishi, ildizining sustlashuvi, soch tukilishi), terining diffuz depigmentatsiyasi, oysimon yuz, anemiya. Kvashiorkorning kam uchraydigan belgilari: dermatoz, gepatomegaliya, terining ekzematoz zararlanishi. Bolalarda infeksiya oʻchoqlari va gipovitaminoz uchraydi.

Mavzu boʻyicha talabalar oʻzlashtirish saviyasini aniqlash uchun beriladigan savollar:

1) erta yoshdagi bolalarning ovqat hazm qilish aʼzolarining AFXlari haqida tushuncha bering

2) oziqlanishning surunkali buzilishi dyogʻanda nimani tushunasiz?;

- 3) distrofiyalarning qanday turlarini bilasiz?;
- 4) gipotrofiya nima dyog‘ani?;
- 5) gipotrofiyaning nechta darajalari bor?;
- 6) gipotrofiya sabablari, patogenetik kechishini tushuntiring;
- 7) gipotrofiyaning 1 darajasi klinikasini aytib bering;
- 8) gipotrofiyaning 2 darajasini klinikasini aytib bering;
- 9) gipotrofiya 3 darajasini klinikbelgilarinitushuntiring;
- 10) gipostaturanimadyog‘ani?
- 11) paratrofiya haqidama’lumotbering;
- 12) kvashiorkornima?
- 13) gipotrofiyani darajasiga qarab davolang va ovqat ratsionini tuzing;
- 14) Oziqlanishning surunkali buzilishini oldini olish chora – tadbirlari, etapli davolash bosqichlarini ayting;

Talabalar egallashi zarur bo‘lgan amaliy ko‘nikmalar.

- 1) bemor bola va uning ota – onasidan anamnez yig‘ish
- 2) bemorbolakuratsiyasi;
- 3) sog‘lombolagaovqatratsionituzish;
- 4) gipotrofiyabilanxastabolagaovqatratsionituzish

Mashg‘ulotda qo‘llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi

«Klinik vaziyatni xal etish» texnikasi

Talabalar bir nechta kichik guruxlarga bulinadilar. Xar bir kichik guruxga klinik vaziyat beriladi. 15 minut ichida talabalar klinik xolatni bajaradilar. Vazifani bajargandan sung, gurux ichida ukiladi va umumiy muxokama kilinadi. Xar bir vaziyat muxokama kilingandan sung talabalar bilimi baxolanadi.

Bu usulning afzalligi talabalar anik bir maksadga erishadilar va amalda kullay olishlarini isbot kilishga xarakat kiladilar.

Vaziyatli masalalar:

Ukuv topshirik № 1

1 oylik bola, tug‘ilgandagi vazni 3200 g, xozirgi vazni 4500 g . zarur bo‘lgan tana vaznini toping. Bolani tabiiy ovqatlantirishda ovqat ratsionini tuzing, oqsil, yog‘, uglevod va kaloriyaga sutkalik ehtiyojini toping.

Ukuv topshirik № 2

Klinik vaziyat

4,5 oylik bola TV – 3000 g , hozirgi vazni 4000 g, sun‘iy ovqatlantirishda, gipotrofiya darajasini aniqlang “Laktogen” sut aralashmasi beriladi. Sutkalik beriladigan sut miqdorini toping va ovqat ratsionini , menyu tuzing

Klinik vaziyat

7,5 oylik bola TV – 2300 g , hozirgi vazni 5800 g,, zarur vaznini toping, gipotrofiya darajasini aniqlang, sun‘iy ovqatlantirishda, sigir suti beriladi. Sutkalik beriladigan sut miqdorini toping va ovqat ratsionini , menyu tuzing. Ovqatlantirish korreksiyasini kiling.

Klinik vaziyat

9,5 oylik bola TV – 3100 g , hozirgi vazni 7600 g, kerakli vaznini toping, aralash ovqatlantirishda, “NAN” sut aralashmasi beriladi. Sutkalik beriladigan sut miqdorini toping va ovqat ratsionini , menyu tuzing

Klinik vaziyat

2,5 oylik bola TV – 2800 g , hozirgi vazni 4600 g, sun‘iy ovqatlantirishda, “Nutrilon” sut aralashmasi beriladi. Sutkalik beriladigan sut miqdorini toping va ovqat ratsionini , menyu tuzing

Amaliy mashg‘ulot № 8.

Amaliy mashg‘ulot o‘qitish texnologiyasi

Mavzu	Malabsorbsiya sindromi
--------------	------------------------

	Etiopatogenez, kasallik klinikasini o'ziga xosligi, ichakda so'rilishni buzilishi bilan kechadigan buzilishlar (seliakiya, mukovissidoz, disaxarid etishmovchiligi, ekssudativ enteropatiya). Parxez, davolash.
--	---

8.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 6 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Malabsorbsiya sindromi nima. 2. Seliakiya, mukovissidoz, disaxarid etishmovchiligi, ekssudativ enteropatiyada etiopatogenez va kasallik klinikasini o'ziga xosligi. 3. Seliakiya, mukovissidoz, disaxarid etishmovchiligi, ekssudativ enteropatiyani tashxislash, davolash va ovqatlantirishni rejalashtirish.
<p><i>O'quv mashg'ulotining maqsadi:</i> Talabalarga malabsorbsiya sindromi to'g'risida tushuncha berish. Seliakiya, mukovissidoz, disaxarid etishmovchiligi, ekssudativ enteropatiyaning etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinikasini o'rganish, davolash va oldini olis, hamda ovqatlantirishni rejalashtirish to'g'risida umumiy tushuncha berish.</p>	
<i>Pedagogik vazifalar</i>	<i>O'quv faoliyati natijalari</i>
<p>Talabalarga bolalarda malabsorbsiya sindromi to'g'risida tushuncha berish, -seliakiya, mukovissidoz, disaxarid etishmovchiligi, ekssudativ enteropatiya haqida tushuncha berish, -seliakiya, mukovissidoz, disaxarid etishmovchiligi, ekssudativ enteropatiya etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinik belgilari, davolash haqida malumot berish va o'rgatish, -seliakiya, mukovissidoz, disaxarid etishmovchiligi, ekssudativ enteropatiyada ovqatlantirishni rejalashtirish to'g'risida tushuncha berish.</p>	<p>Talabalar bolalarda malabsorbsiya sindromi to'g'risida tushunchaga ega bo'lishi. - seliakiya, mukovissidoz, disaxarid etishmovchiligi, ekssudativ enteropatiya haqida tushunchaga ega bo'lishi va bayon eta bilish. - seliakiya, mukovissidoz, disaxarid etishmovchiligi, ekssudativ enteropatiyaning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisi va davosi haqida tushunchaga ega bo'lib, so'zlab bera olishi va amaliyotda bajara bilishi. - seliakiya, mukovissidoz, disaxarid etishmovchiligi, ekssudativ enteropatiyada ovqatlantirishni rejalashtirish to'g'risida tushunchaga ega bo'lish va ovqat ratsionini</p>

	tuza olishi kerak.
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, proektor, flomaster, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «chaqaloq -qo'g'irchok»,
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat: savol – javob, mustaqili ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

8.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha O'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi 2. amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi 3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab, chiqish . 4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish . 5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi. 6. O'quv bilish topshiriqlarni tayyorlaydi 	
1.Mavzuga kirish (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi. 2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi. 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi 	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy	1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni	Tinglaydilar., asosiy

<p>bosqich. (100 daqiqa)</p>	<p>izoxlab beradi. 2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi. 3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi. 4. Guruhlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi. 5. taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi. 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi. 7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi. 8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi. 9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>jixatlarini yozib oladilar Kichik guruxlarga bulinadilar. Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar Faol katnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
<p>3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi. 2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi. 3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi. Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish - internet ma'lumotlaridan referat, krossvord ko'rinishida tayyorlashni topshiradi</p>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

MALABSORBSIYA VA MALDIGESTIYA

SINDROMLARI

Malabsorbsiya sindromы (buzilgan suriligi sindromы) -transport mexanizmlari izdan chikishi sababli ingichka ichak shillik; kavati tomonidan bir. yoki bir nechta ovkat maxsulotlarini surish funksiyasi buzilishiga bogliq klinik simptomokompleks.

Mal'digestiya sindromы (etarli bulmagan surilish sindromы) - ovkat xazm kiluvchi fermentlar etishmovchiligida oksillar, uglevodlar va yoglar parchalanishining buzilishi.

Ovkat xazm kilish va surilish jarayonlari membranali ovkat xazm kilish darajasida bir-biri bilan chambarchas boglangan va lgon ferment-transport tizimni XOSIL KILadi. SHu sababli malabsorbsiya va maldigestiya sindromlari, odatda birga sushiladi. Parchalanish va surilish buzilishlarining birga kushilishi *mal'assыmylyasya syndromы* deb nomlanadi.

Birlamchi va ikkilamchi malabsorbsiya sindromi ajrati-ladi. Birlamchiga tugma yoki irsiy boglangan fermentopatiyalar: ingichka ichak vosinkalarining disaxaridazalari va peptidaza-lari etishmovchiligi, enterokinaza taъisligi, monosaxarid-larni kutarolmaslik, aminokislotalar, vitaminlar surilishi buzilishlari, mukovissidoz kiradi. Ikkilamchi malabsorbsiya sabablari turli-tuman: olъozon, biliar tizim, oshkozon osti bezi, ingichka va yugon ichak kasalliklari, kandli diabet, kon tomir kasalliklari va bonъ.

Malabsorbsiya sindromi patogenezida, sabablarga bogliq ravishda, asosan bushlik xazm kilishi buzilishini, membranali xazm kilish etishmovchiligini va nutrientlarning ichak devori orkali transporti va surilishi buzilishlari ajaratiladi. Tur-li etiologiyali malabsorbsiya sindromida, odatda uchta komponentning barchasi mavjud, ularning bittasi etakchi buladi.

Malabsorbsiya sindromi ichakdan tapъari sababalar: oshkozon osti bezi ekzokrin funksiyasi etishmasligida (mukovissidoz, surunkali pankreatit), Zollinger-Ellison sindromida (ingichka ichakka kup mivdorda tushayotgan xlorid kislotasi ta'sirida pankreatik fermentlar dezaktivatsiyasi okibatida), ut chikaruv patologiyasida, oshkozon rezeksiyasidan keyin, oshkozon axiliyasi natijasi xdsobiga bushliъ va devoriy surilish buzilishi orkaly rivojlanadi.

Ichak dssbakteriozi malabsorbsiya rivojlanishida juda katta axdmiyatga ega. Eng axdmiyatli rolni ingichka ichak mikroekologiyasidagi uzgarishlar uynaydi, sababi aynan shu erda xazm bulish va surilish jarayonlari sodir buladi. Ingichka ichak shillis kavati xolatiga mikroob flora ta'sir kilishining uchta asosiy

mexanizmini ajratish mumkin. Birinchi mexanizm mikrotoksinlarining ingichka ichak mebrana fermentlari faolligiga tugridan-tugri shikastlovchi ta'sir kdlishi bilan boglits. Ikkinchi mexanizm bakterial toksinlarning ichak sekretiysigaga stimullovchi ta'siri bilan tushuntiriladi. Buning natijasida ichak bushligiga ancha mikdordagi suv va elektrolitlar tushadi va sekretor diareya deb ataluvchi x,olat rivojlanadi. X,azm bulishning buzilishiga olib keluvchi uchinchi mexanizm mikroorganizmlarning yoglar gidroliziga ta'sir k,ilishidir. Ingichka ichakning mikrobl kolonizatsiyasi, asosan uning proksimal kismlarida, u^l kislotalrining normal dekon'yugatsiyalanish jarayonini buzadi.

Malabsorbsiya sindromi klinik manzarasi polimorfdir va birinchi navbatda asosiy kasallikka boglik,. Kasallikning klinik kurinishlari kuzga kurinuvchi simptomlar yukdigidan ovkatlanishning ogir izdan chik,ishigacha bulgan diapozonda uzgarib turadi.

Diareya. Etakchi klinik simptom, u asosiy nutrientlar surilishi va x,azm bulishi jarayonlari buzilishi ok[^]ibatida rivojlanadi.

Odatda diareyaning turtta turi fark,lanadi:

-Osmotik

-Sekretor

-Motor

-Ekssudativ

Malabsoorbsiya sindromida diareya, asosan osmotik xususiyatga ega va bushlik, ichi va devoriy xazm bulish buzilishlari x,amda ingichka ichak bushligida osmotik faol x,azm k;ilinmagan nutrientlar tuplanishiga boglik,. Buning okdbatida osmotik gradient buyicha suvning ichak bushligiga tushishi sodir buladi, sukıı ximus massasi ortadi, va diareya rivojlanadi Diareyaning motor komponenti malabsorbsiya sindromi-ning deyarli barcha vaziyatlarida mavjud va ichak chuzilishi xamda baro- va osmoretseptorlarning kitivdanishi bilan boglik.

MUKOVISSIDOZ yoki *oiııozon osti bezi kistofib-rozi* - autosom-retsessiv turida utuvchi irsiy kasallik, nafas va oıııozon-ichak trakti a'zolari zararlanishi bilan kechadi, buning asosida ekzokrin bezlar patologiyasi, elektrolit alma-shinuv buzilishi va biriktiruvchi tukima uzgarishlari yotadi.

Bu kasallikda u yoki bu darajada patologik jarayonga butun organizm, lekin kuprok darajada nafas a'zolari, ovkat xazm k;ilish apparati, jigar, oıııozon osti bezi, ut yullari, ter bezlari va jinsiy a'zolar (asosan erkaklarda) kushiladi. Nafas va ovkat xdzm kilish tizimlarining shikastlanishi etakchi xisoblanadi va kasallikning o[^]ibatini belgilaydi.

Mukovissidozning uchrash tezligi turli populyasiyalarda, millatlarda va etnik guruxlarda uzgarib turady, ok iradagi-larda urtacha 1:2-2,5 ming chakaloıılarga teng. Axolini tekshirish ma'lumotlari buyicha Moskva va Sankt-Peterburgda

mukovis-sidoz tarsalishi 1:5,5-10 ming chakalok^{ga} teng. Butun jaxon sogliⁿⁱ sa^{lash} tashkiloti ma'lumotlariga kura bir yilda dunyoda 45-50 ming bolalar mukovissidoz bilan tugiladi, kasallikni geterozigot tashuvchilar soni esa un millionga teng.

Birinchi marta mukovissidoz patologoanatom Doroti Andersen tomonidan 1938 y. bayon kilingan (AIIIP, Nyu-Yorkdagi bolalar gospitali). Kasallikni xayotlik davrida tashxislash birinchi uR^{inishla}Rⁱ XX asrning 40-yillari urtalariga tugri keladi. Bu vak;tda bemorlarning urtacha umr davomiyligi 4 yilni tashkil etardi. 1953 y. bemorlar terida natriy va xlor mivdori oshishi ani^{andi} (!R.A. Di Sant Agnese, R.S. Dailing), 1959 y. esa ter sinamasini bajarish uchun pilokarpinli test takdim etildi (AIIQS, Gibson, Cooke). SHu vatstdan boshlab mukovissidoz klinitsistlar tomonidan faol urganilmovda, uni davolashning samarali uslublari takomillashtirilmovda. XX asrning 80-yy. davolash amaliyotiga mikrosferik fermentlar, antibiotiklarni vena ichiga yuborish

kiritilganligi va kinezoterapiya uslublarining faol rivojlanishi sababli bemorlarning urtacha yashash davomiyligi 20 yilgacha uzaytirildi, xozirgi va^{tda} esa bu kursatkich 30

yilni tashkil etadi. Davolashdagi bunday tarakkiyotni xisobga olgan xolda XX asrning oxirlarida mukovissidozli bemorlarda oilani rejalashtirish muammolari paydo buldi, ba'zi mamlakatlarda esa ushbu bemorlarni nafaka bilan ta'minlash masalalari muadkama kilinyapti.

10 yildan kuprok vakt mobaynida Rossiyada professorlar S.V.Rachinskiy va N.A.Kapranovlar tomonidan tavidim etilgan tasnif kullaniladi. Ushbu tasnifga binoan kasallik shakli, jarayonning boskichi va faolliги, bronx-upka kurinishlari aniklanadi va asoratlari kursatiladi.

Kasallik shakllari

- Aralash (upka-ichak).
- Upka.
- Ichak.

Kasallik shakllari moe tizimlarning kuprok shikastla-nishiga k,arab ajratiladi.

Jarayonning bossichi va faolliги

- Remissiya boskichi.
- Faolliги kichik, urta.
- Kuzish boskichi (bronxit, pnevmoniya).

Jarayon boskichlari kasallikning bronx-upka kurinish-lariga tegishli.

Asoratlari

Atelektazlar, absesslar, pnevmotoraks, piopnevotoraks, upka yuragi, kon tuplash, upka va oshkozondan kon ketishlar, gaymorit, shish sindromi, jigar sirrozi, mekonial ileus ekvivalenta, tugri ichak tushishlari, fizik rivojlanishda

orkada kolish. Xozirgi vaktida jigar sirrozi kasallik asoratlariga emas, balki mukovissidoz kurinishlariga kiradi (mukovissidoz buyicha 6-Milliy kongress, Sankt-Peterburg, 2003).

Blyunx-upka jarayoni kuzishi mezonlari

- Iutal kuchayishi.
- Balgam miqdori kupayishi va uning xususiyati buyicha uzgarishi (och yashildan tuk yashilgacha).
- Isitmalash 38°S dan ortik, kuniga 4 soatdan kup.
- Tana vaznining 1 kg ga va kuprokka (yoki 5% ga va kuprok) kamayishi.
- X,ansirashning paydo bulishi yoki kuchayishi.
- Fizik yuklamalarga tolerantlikning pasayishi.
- Upkalaridagi yangi fizikal uzgarishlar (dam lokal, xdm diffuz).
- Upkalar rentgenogrammasidagi yangi uzgarishlar.
- OFV] ning 10% va kuprovda pasayishi.
- SpO₂ ning 10% va kuprok;ka pasayishi (kislorod saturag siyasi).

Odatda kursatilgan belgilarning 3 tasi yoki undan kuproga birga kelishi mavjudligi bronx-upka jarayoni kuzishi xdvdda dalolat beradi.

Mukovissidozning klinik manzarasi

Mukovissidoz patogenezida 3 ta asosiy patologik zanjirni ajartishadi:

-ekzokrin bezlar funksiyami buzilishi, -elektrolit almashinuvi buzilishlari, -biriktiruvchi tuzima shikastlanishi.

Mukovissidozni tashxislash mezonlari:

I. **Anamnestik:** chakalotslarning ichak tutilishi, mekonli peritonit sababidan nobud bulishi, bola kdrindoshlari orasida surunkali bronx-upka kasalliklari borligi; oilada mukovis-sidozdan bolalarning u^{limi}; bola anamnezida an'anaviy davolashga refrakter retsidivlanuvchi bronx-upka kasalliklari.

II.Klinik:

1. **Upka shikastlanishi sindromi** kasallik uchun xilma-xil klinik manzarani beruvchi tipik pnevmonik uchoklar, emfizema zonalari, atelektazlar va pnevmoskleroz bilan namoyon buladi.

Pnevmoniya mukovissidozda upka sindromining boshlangich kurinishi xdooblanadi va uzok; davom etuvchi kaytalanuvchi kechishi, ogirligi, absesslanishi va bronxoektazlarning, erta rivojlanishi bilan xususiyatlanadi. Upkadagi jarayonlar xdr doim ikki tomonlama. Uzok davomli, diynovchi, xurujsimon, kukyutalsimon yiringli, aksar yommsiz chirigan xddli, balgamli yutal xosdir. Balgam, tupuk, burundagi uillik; yopipurok, elimshak, shillik; pardalardan ddayinchilik bilan ajraladi. Nafas etishmovchiligi kuchli ifodalangan, kupincha

utkir yurak etishmovchiligi rivojlanadi. Kukrak kafasi shakli uzgarishi kuzatiladi.

2. Ichak sindromi: pankreatik sekretiya etishmovchiligi sharoitida ishtaxdning saklanishi; tez-tez, mul, suyuq yoki butkasimon, kulansa och rangli yoki kulrang, yaltirok, yogli najas. Defekatsiya akti oxirida yog tomchilari ajralishi; bola kiyimlarini yuvganda yog tomchilari suvda kurinadi. K[^]isman bolalarda ich kotishlar, "kuy" najasi, tugri ichak tushishlari. Mukovissidoz bilan kasallangan 10-15% chakaloklarda ichak sindromi mekoniyli ileus bilan namoyon buladi.

3. Distrofiya va modda almashinuv sindromi: fizik rivojlanishda ortda kolish, teri osti yog kletchatkasining kuchsiz rivojlanganligi, mushak gipotoniyasi; poligipovitaminoz (terining kurukligi va shuralashi, sochlarning, tirnoklarning kurukligi va sinuvchanligi, tirnok plastinkalarining kundalang chizilinishi, ogiz burchaklarida gajishlar) va surunkali gipoksiya belgilari (kul va oyok barmoklari shaklining "nogora tayokchasi" kurinishida, tirnoklarning "soat oynasi" kurinishida uzgarishi, "tuzli" bola simptomlari).

III. Paraklinik:

a) mekoniyda albuminni aniklash (VM-test) - yangi tugilgan davrda bolalarda mukovissidozni skrining tashxislash uslubidir; b) ter testi (pilokarpin bilan elektroforez kilgandan sung ter suyuqligida natriy va xlor konsentra-siyasini tekshirish) - 1 yoshgacha bolalarda natriy va xlor mikdorining 40 mmol/l gacha oshishi, 1 yoshdan katta bolalarda 60 mmol/l dan yukori (ushbu parametrlarning uR^{tacha} kursatkichlari soglom bolalarda 7 yoshgacha 23 mmol/l ni, 7 yoshdan keyin - 28 mmol/l ni tashkil etadi);

v) tirnok testi - natriy konsentratsiyasining tirnok tukimasida 80 mmol/kg gacha oshishi (soglom bolalarda yoshiga boglik ravishda 27,88 +/- 1,89 dan 34, 37 +/- 2,4 mmol/kg gacha.

Bu testni terning etarli miadorini olish imkoni bulmagan bolalarda (dayotining birinchi yilidagi bolalar, ekzemali, neyrodermatitli va x. bolalarda) amalga oshirish maksadga muvofik.

g) koprogramma - neytral yogning katta miydori, kam lollarda - yog kislotalarining.

d) rentgenplenkali test - plenkada yorik, zonalar yukligi yoki ularning najasni kup miydorda suyultirish (1:20) xdlarida bulishi

e) u^{pkala}Rⁿⁱ rentgenologik tekshiruv - pnevmonik uchorgar, atelektaz zonarlari (subsegmentar, segmentar, lobar) va emfizemalar, pnevmosklerozlar.

Mukovissidozli bemorlar uchun xos:

- deyarli doimiy yutal;

- aralash xususiyatdagi xDNSirash;
- keng kukrak adfasi va ^orinning uncha ifodalanmagan kattalashishi;
- tirnok falangalarining nogora tayoschalari va tirnots-larning soat oynalari kurinishida uzgarishi;

- sattik; gaymorit bilan kechadigan gaymor bushlitslarining zararlanishi;
- kulok, oldi bezlarining shikastlanishi;
- u^ishga bulgan charchashlik yoki pasaygan kobiliyat;
- tezlashgan mul ich kelishi;
- ishtaxdning ancha uzgarishlari;
- tuz yutsotilishiga boglits issik xdvoda xdlsizlanish;

- korindagi ogrivdar (ezofagit, gastrit, un ikki barmok; ichak yara kasalligi);
- A+E gipovitaminoz simptomatikasi;
- usish sekinlashishi, jinsiy etilishning oreada uqlishi;
- tugri ichak tushishi epizodlari;
- burun polipozi.

Turli yosh davrlarida mukovissidozning klinik uziga xosligi mavjud.

Prenatal davrda mukovissidozning simptomlari

- Ingichka ichak kengayishi (kelgusi mekonial ileusning birinchi belgisi sifatida).

- Korin parda kalsifikatlari.

CHatsalotslarda mukovissidozning klinik manzarasi xususiyatlari

- Mekonial ileus (MI).
- Uzok; davomli sari*ushk (obstruktiv) — mukovissidozli bemorlarning 50% da.

- Teri koplamlarining tuzli ta'mi.

Barmotslarning suvda tezda burishishi.

- Steatoreya manifestatsiyasiz fizik rivojlanishda ork;ada solish (Failure to thrive).

- Obstruktiv sindrom.

- Giponatriemiya/gipokaliemiya va metabolik alkaloz (Pseudo-Bartter's syndrom).

- Gemolitik kam^onlik (vitamina E tansisligi).

- Ushbu yoshda likildok; burtishi va yuz nervi falaji bilan namoyon buladigan vitamin A tansisligi.

- Gemorragik sindrom (vitamina K etishmovchiligi).

Maktabgacha yoidagi bolalarda mukovissidoz klinikasi

xususiyatlari

- Obstruktiv sindrom.
- Burun poliplari.
- Retsidivlanuvchi sinusitlar.
- Issikni kutarolmaslik (degidratatsiya va kollaptoid

xolatlar rivojlanishi).

- Tugri ichak tushishi.
- Distal intestinal obstruksiya sindromi.

Maktab yoshidagi bolalarda mukovissidoz klinikasi xususiyatlari

- Poliuriya, polidiysiya va tana vazni kamayishi bilan birga uglevod almashinuvi buzilishi.
- Jigar sirrozi.
- Splenomegaliya, assit va kizilungachning venalari vari-koz kengayishi bilan keluvchi portal gipertenziya.

- Fizik rivojlanish tuxtashi.

Kattalardagi mukovissidoz klinikasi xususiyatlari

- Erkaklardagi nefertillik.
 - Issikni kutarolmaslik (degidratatsiya va kollaptoid x,o-lat rivojlanishi).
- Laborator ma'lumotlar va genetik tekshiruv bilan birga bu simptomlar mukovissidoz tashxisini aniklashga asos buladi.

Mukovissidoz bilan differensial tashxisot olib borilishi zarur bulgan kasalliklar va xrlatlar

Kukrak yoshidagi bolalar

- Mekonial ileus.
- Mul yogli najas yoki elektrolitli buzilishlar (giponat-riemiya/gipokaliemiya va metabolik alkaloz) mavjudligidagi gipotrofiya.
- Seliakiya.
- Tugri ichak tushishi.
- CHakaloklarning chuzilgan sarikligi.

Gemolitik kamk;onlikdagi cha^alokdar shishi. Maktabgacha yoshdagi bolalar

- Retsidivlanuvchi bronxit.
- Yiringli balgam bor bronxial astma.
- Invaginatsiya.
- Tugri ichak tushishi.
- Seliakiya.
- Burun polpozi, retsidivlanuvchi sinusitlar

• Jigar sirrozi, gepatomegaliya yoki jigarining tashxisiy noanik buzilishi *Utsuvchilar*

• Retsidivlanuvchi bronxit (asosan *Pseudomonas aeruginosa* ning balgamda bulishi bilan).

• Surunkali sinusit, nazal polipoz.

• Bronxoektazlar (asosan ikki tomonlama).

• Surunkali pankreatit.

• Respirator simptomlar mavjud dandli divbet.

• Jigar sirrozi, gepatomegaliya yoki jigar funksiyasining tashxisiy noanik buzilishi.

Uspirinlar va kattalar

• Surunkali bronxit (asosan balgamda *Pseudomonas aeruginosa* mavjudligi bilan).

• Bronxoektazlar (asosan ikki tomonlama).

• Surunkali pankreatit.

• Respirator simptomli (bronxial astma, surunkali bronxit) kandli diabet.

• Jigar sirrozi.

• Jinsiy rivojlanishning sekinlashishi.

• Azospermiyal sterillik (erkaklarda).

Mukovissidozli bemorlarni daaolashning zaruriy tarkibi

1. Davo fizkulturasi (kinezoterapiya, fizioterapiya

2. Ingalyasion terapiya.

3. Kursatmalar buyicha adekvat antibakterial terapiya.

4. Otsmozon osti bezi fermentlari bilan urinbosar terapiya.

5. Vitaminoterapiya.

6. Gepatotrop dori vositalarini kullash. ; 7. Dietoterapiya.

*- 8. Mukovissidoz asoratlarini davolash.

Mukovissidozli bemor etarlicha kup dori vositalarini oladi. Ingalyasiya uchun beta2-agonistlar, xolinolitiklar, muko-litiklar, fermentlar, kortikosteroidlar ishlatiladi. Deyarli xdma bemorlar ov^at vatstida oshkrzon osti bezi mikrosferik fermentlari bilan urinbosar terapiyasini oladi. Mukovis-sidozni davolashda amalda barcha guruxdagi antibiotiklar turli kiritish yullari (ichishga, venaga, ingalyasiyal) bilan tayin-lanadi, gepatotrop dorilar, tizimli kortikosteroidlar, teo-fillin dorilari beriladi. Barcha bemorlarga polivitaminlar profilaktik dozalarda yil buyi yogda eruvchi vitaminlarni kiritish va kaloriyasi yoshga oid me'yordan 40-50% kjori bulgan dietoterapiya tavsiyadilinady;^^

Mukovissidozda antibiotiklarni tayjlashga kursatmalar Xrzirgi vatstgacha mukovissidozli bemorlarda antibiotiklarni ^anchalik uzok va kanchalik tez sullash

xdvdsa yagona fikr yuk. Lekin oxirgi vaqtlarda mukovissidozli bemorlarda antibakterial terapiya taktikasida antibiotiklarni ancha erta (bronx-upka jarayonining birinchi belgilari paydo bulishi bilan) tayinlash yunalishi belgilanmovda. Surunkali kuk tayokchali infeksiya mavjudligida Evropaning yirik markazlarida vena ichi antibakterial terapiyasi profilaktik ravishda (14-20 kundan xdr 3⁴ oyda) tavsiya kilinadi, bu ushbu bemorlarda uzok davomli remissiyaga erishish imkonini beradi. *Antibakterial terapiyaning umumiy tamoyillari*

- Pastki nafas yullari sekretini antibakterial terapiyagacha bakteriologik tekshirish.

- Bir kure da antybiotitslarning maksimal dozalari 14 kundan kam bulmasligi kerak (il ovaga kdrang).

- Rezistentli kam uchraydigan antibiotiklarni kullash yoki 2-3 ta antibiotiklarni birga tayinlash. Surunkali kuk tayokchali infeksiyada monoterapiya uchun fakat meropenam tavsiya kilinadi.

- Kumulyativ samaralar, allergik reaksiyalar (shu jumladan kech turlarini xam), toksik reaksiyalar, boiqa dorilarni bir vaktning uzida kullash (bemorni kuzatuvning barcha yillarida ushbu xususiyatlarni puxtalik bilan baxolash) xisobati.

- Antibiotiklarni ingyasyon kiritish ularni tizimli tayinlashni tuldirishi mumkin yoki kator xollarda tizimli tayinlashni urnini bosishi mumkin.

SHoshilinch gospitalizatsiyam* tatsoeo etuvchi asoratlar

1. Pnevmotoraks, pnevmomediastinum.

2. Upkadan kon ketishi.

3. Kdshlungach venalaridan yoki ichakdan kon ketishi.

4. Lobar yoki segmentar atelektazlar.

5. Gipoksemiya i giperkapniya.

6. Distal intestinal obstruksiya sindromi (mekonial ileus ekvivalenta).

7. Jigar ensefalopatiyasi.

8. Organizmning suvsizlanishiga va ifodalangan elektrolit buzilishlariga olib keluvchi shiddatli kusish va/yoki diareya.

SELIAKIYA (Morbus cocliacus, Dji-Gerter-Geybner kasalligi, ichak infantilizmi, glyutenli, enteropatiya, netrolik spru) - tugma yoki orttirilgan kasallik, uning negizida glyuten-ni kutarolmaslik yotadi, bu ingichka ichak bez epiteliysining morfofunktsional uzgarishlariga olib keladi va malabsorbsiya sindromi, distrofiya va almashinuv buzilishlariga sababchi buladi.

Gliadinni kutarolmaslikning ikki turi ma'lum:

- a) tugma birlamchi ovkat xazm kilish buzilishi va surilishi;
- b) ichak infeksiyalaridan sung, antibiotiklarni uzok vakt ishlatish sababli yoki kollagenoz kurinishida paydo buluvchi seliakiya sindromi.

SELIAKIYANI TASHXISLASH MEZONLARI

I. Anamnestik:

Kasallik ilk belgilarining ovkatga glyuten saklovchi maxsulotlarni (manna butkasi, bugdoy, javdari, suli yoki arpa unlarini tutuvchi ovsat va sut kushilmalari) kiritishdan 4-8 xdfadan keyin paydo bulishi va ularni tuxtatgandan keyin klinik remissiya boshlanishi. Ushbu maxsulotlarni yangitdan berganda jarayonning kuzishi. Utkazilgan ichak infeksiyalari bilan kasallikning boglikligi. SHajara yigayotganda opuzozon-ichak trakty kasalliklariga, bolaning *yauyt* karindoshlari orasida bolalik davrida ovkatlanishning surunkali buzilishlariga e'tibor silish kerak.

II. Klinik:

Malabsorbsiya sindromi: ploten saadovchi maxsulotlarni kiritish bilanok paydo buluvchi najas, ogirligi ovkat massasidan 5% ga kup, ich kelishi mul, kupikli, och-sarik, yogli yaltirok; bilan, kulansa, shilliksiz va konsiz. Gorshok najasdan kiyin tozalanadi. Suyuk; ximusning atonik kengaygan ichak ^ovuzlotslarida yigilishi tufayli korin kattalashishi.

Distrofiya va modda almashinuv buzilishi sindromi: fizik rivojlanishda ancha orkada kolish (P-SH darajali gipotrofiya), yuzniig sari kurinishi, keskin kattalashgan sorin, ingichka kul-oyoklar ("urgimchak" manzarasi), anoreksiya, xatti-xarakat uzgarishi (negativizm, yiglotsilik, apatiya), poligipovitaminoz simptomlari (terining lffukligi, rangparligi, tirsak, tizza bugimlari soadsida, kulokdar orkasida giperpigmentatsiya, angulyar stomatit, glossit, koylonixiyalar, sochlarning rangsizlanishi va sinuvchanligi); tukimalar turgori pasayishi; mushak gipotoniyasi; mineral almashinuv buzilishi simptomlari - karmo-pedal spazm, tetaniya, skeletning deformatsiyasi, ba'zi bemorlarda suyaklarning spontan sinishi.

III. Paraklinik:

a) konning oddiy taxdili - turli darajadagi gipoxrom kamkonlik, poykilotsitozanitsitoz, retikulotsitlar darajasi pasayishi.

b) konning biokimyoviy tekshiruvi - gipoprogeinemiya, sideropeniya, giipokaliemiya, gipoxolesterinemiya, yassilangan kand egriligi.

v) koprogramma - yog kislotalarining, neytral yoglarning katta mikdori. Ovkati bilan kiritilgan yog mikdorining 10%

dan 60% Gacha miadorini tashkil kiluvchi steatoreya. Bijgish jarayonlar natijasida najas rN 6,0 dan past buladi.

g) d-ksilozali sinama - siydik bilan d-keiloza ekskretsiyasining pasayishi (9 soat mobaynida kiritilgan preparatning 15% dan kam mikdori);

d) ezofagogastroduodenoskopiya - atrofik duodenit va eyunit.

e) korin parda bushligi a'zolari rentgenologik tekshiruv - kengaygan ichak kovuzloklarida shillik reliefi, suyuqlik satx,i uzgarishi.

Differensial tashxislash

Malabsorbsiya sindromi bilan kechuvchi kasalliklar, shuningdek tugma va orttirilgan gliadini kutraolmaslik bilan amalga oshiriladi.

Di^{axaridlarni kutarolmaslik} - birlamchi (genetik boglantani) yoki ikkilamchi (ichak kasalliklaridan keyin) disaxaridoz etishmovchilik o^{ibatida} ichakning shillik;

k;avatida disaxaridlarning GIDrodIZ va transport JarayoSHSHrI buzilishi bilan boglik, oshkozon-ichak buzylishlari simptomomkompleksidir.

DISAXARIDOZ ETISHMOVCHILIGINI TASHXISLASH

MEZONLARI Anamnestik:

X,ayotining birinchi oylaridajm ich kelishi izdan chivdmiga, birga keluvchi ichak yallirlanish kasalliklari sharoitida, antibiotiklarni kullash, asosan amiyoglikozid guruxini kulash natijaeida suyuq najas paydo bulishi; anamnezida buzilgan ichak sindromi bilan kechuvchi turli kasallik mavjudligi. Kasallikning irsiy tabiatyda- ^{autosom-retsessiv utish yuli.}

P. Klinik:

1. Malabsorbsiya sindromi: ich kelishi tez-tez, suvsy-mon, kupikli, kup miydordagi gaz va nordon x,idi bilan, meteorizm sababli dorin kattalashishi.

2. Distrofiya va modda almashinuv buzilishi sindromi: 1-Y darajali gipotrofiya, urtamiyona ifodalangan, poligipovitaminoz belgilari, kupincha kusish. 3. Kasallik klinik belgilari an'anaviy davolashga refrak-terdir, samara, odatda *ovuyt* ratsionidan mono- yoki disaxaridlarni olib tashlagandan keyin yudoladi.

4. III. Paraklinik:

5. a) koprogramma - najas rN i 5,0 dan past, uglevodlarning, sut kislotalarining va shillimshng kjori mikdori;

6. b) kdnd egriligi buyicha mono- va disdxaridlarga tole-rantlikni tekshirish - disaxaridlarni ogiz orkali 10-20%

suvli eritma kurinishida 2 g/kg x, isobida yoki tana yuzasining 1m² ga 30-50 g xisobida yuboriladi. Kandning kondagi mikdorini yuklamagacha, undan 15, 30, 45 va 60 datsivddan sung anikdanadi. YUklamadan keyin glikemik egrilik kutarilishi disaxaridlarga moe keladi

7.v) oshkrzon-ichak trakta rentgenoskopiyasi: ichak chuzilgan, uning peristaltikasi faol, kontrast tezlashgan xdpda utadi, yugon ichak gaustralari keskin ifodalangan;

8.g) siydik taxdili - ushbu uglevodlarni kutarolmaslikda tranzitor laktozuriya va saxarozuriya;

9.d) u yoki bu uglevodni tutmaydigan dietoterapiyaning samara-dorligi.

10.**Differensial tashxis** uglevodlarni kutarolmaslik-ning turli shakllari orasida, shuningdek malabsorbsiya sin-dromi bilan kechuvchi boshkd kasalliklar bilan olib boriladi.

11.**EKSSUDATIV ENTEROPATIYA** (Enteropathia exsudativa) - onchozon-ichak trakti tomonidan zardob oksillarini yuko-tish bilan xususiyatlanadigan va buzilgan ichak surilishi kurinishi bilan birga keluvchi patologik x,olat.

12.**EKSSUDATIV ENTEROPATIYANI TASHXISLASH MEZONLARI I**

Anamnestik. Oshvsozon-ichak trakti orsali zardob oksil-larining yukotilishi balandligi bilan boglik; gipogammaglo-bulinemiya natijasidagi infeksiyon jarayonlarning surunkali kechiuiga moiillik. Kasallikning ikkilamchi shakllarida **anamnezda seliakiya**, mukovissidoz, Kron kasalligi, nospetsifik yarali kolit, jigar shikastlanishi, gastroenterit va bonu. Bulganligi kayd vdlinishi mumkin. **P.Klinik:**

13.1. **Malabsorbsiya sindromi.**

14.a) **shish simptom lari:** shishlar kupincha kasallikning yagona klinik simptomi buladi va turli darajada - uncha katta bulmagandan anasarkagacha ifodalangan psevdonefrotik xususiyatga ega;

15.b) **enteritik simptomlar** urtamiyona ifodalangan - suyuk. najas, steatoreya.

16.*2. **Distrofiya va modda almashinuvi sindromi:** fizik rivojlanishda orkdda kdgsish, poligipovitaminoz belgilari, mushak gipotonyasi, tetanik tirishishlar xuruji bulishi mumkin.

17.III. **Paraklinik:**

18.a) konni biokimyoviy tekshirish - gipoproteinemiya, disproteiniemiya, gipoalbuminemiya, gipogammaglobulinemiya, gipokalыdiemiya;

- 19.b) koprogramma — steatoreya, neytral yog va yog kislotalarining urtamiyona oshishi; ,
- 20.v) najas filtrati bilan uch xloruksus kislota reaksiyasi - musbat (najasda zardob oksillari mikdorining oshishi);
- 21.g) k,on va najas ok,sillarini immunoelektroforetik identifikatsiyalash uslublari;
- 22.d) oshkozon-ichak trakti rentgenoskopiyasi - ichak devori shishi, limfangiektaziyalarda^ichak devori aylana burmalarining kalinlishishi; ba'zida psevdopolipoz kurinishlar anik,lanadi;
- 23.e) immunnogo statusni tekshirish - gipoimmunoglobulinemiya, asosan IgG;
- 24.j) ingichka ichak shillik paradasing aspiratsion biopsiyasi - ichak limfangiektazilari belgilari.

25.**Differensial tashxisni** buzilgan ichak surilishi bilan kechadigan boshka kasalliklar bilan amalga oshiriladi.

26.**BOLALARDA SURUNKALY DIAREYA SINDROMI**

27.Kattalardan farkdi ravishda bolalarda najas uzgarishi ancha tez uchraydi va^uzok, vak,t saklanishi mumkin. Diareya yoki chi k,otishi kurinishidagi oshk,ozon-ichak trakti faoliyati buzilishlari bolalik yoshida kupincha shunchalik ifodalangan-ki, shifokor yordami va shoshilinch davolash tadbirlarini amalga

28.oshirishga undaydi. Diareya bilan kechuvchi kasalliklarning etiologiyasi va patogenezini uR^{ganish}D^{agi} yutuklarga kdramasdan, tashxislash, davolash va profilaktikaning kuppina masalalari ^ozirgi vaugacha dolzarb xdsoblanadi.

29.Mavjud nuktai-nazarlarga binoan, diareya va ichning sukii kelishi sinonimlardir. Suyuk ich kelishi deganda, odatda ich kelishining tezlashishi, najas shakli va konsistensiyasining uzgarishi, kushimchalar borligi tushuniladi. Agar suyuk; ich kelishi doimo yoki deyarli doimiy simptom sifatida talsin etilsa, diareya deganda *am simptom, xam sindrom, ya'ni u yoki bu kasallikka yoki aloxdda a'zo va tizimlar shikastlanishiga oid simptomokompleks tushuniladi.

30."Suyus ich kelishi" va "diareya" terminlarining uxshashlygini inobatga olib, uifokor xech kachon mamlakatimiz adabiyotlarda "suyuk; ich kelishi sindromi"ni uchratmaydi. Bu nonsens. Xorijiy adabiyotlarda ukuvchi doim "diareya sindromi", "surunkali diareya sindromi", "utkir va surunkali diareya" kabi tushunchalarga tuknash keladi.

31.Xrzirgi vak,tda *diaueyali sindrom* termini ostida suyuk; najas chikishi bilan najas kelishining tezlashishi (kuniga 3 martadan kup) bilan boglik; ichak bushatilishi turli simptomlari tushuniladi. Xorijiy adabiyotlarda diareya utkir va surunkaliga bulinadi. Kupchilik bolalarda (75%) utair diareya bir hafta mobaynida yoki kamrok davom etadi, 1/5 bolalarda — 8 kundan 14 kungacha va fakat 5%

bolalarda 2 xdfadan kuprok davom etadi. Oxirgi gurux, persistirlovchi gurux, sifatida karaladi. Uzoq davom etgan utkir diareyali bolalarda diareyaning surunkaliga u^{tish} xavfi mavjud. Diareyani vdysi vak;tdan boshlab surunkali deb atash xakida anik ma'lumotlar yuk. Turli muddatlar kursatiladi: 1 oy, 3 oy, 5—6 oy va x,. Kupchilik mualliflar, agar ich kelishi 3 oydan kup va^t davom etsa, diareyani surunkali deb atashni taklif kilishadi.

32.YAagona tasnif yuk. Infeksion va noinfeksion diareyalar faradanadi. Bunday ajaritish tula asoslangan, sababi bu orkali tashxisiy yondoshuv va davo taktikasi aniklanadi.

33.Patogenetik ushbu sindrom (shuningdek utair diareya sindromi) ovkat xdzm kilish, surilish, sekretiya izdan ch \ddot{u} ishi xdsobiga paydo buladi va umuman olganda oshkozon-ichak

34.traktida suv va elektrolitlar transporti buzilishi bilan boglik. Diareyaning patogenezida turtta mexanizm farslanadi: ichak gipersekretsiyasi; ichak bushligida osmotik bosim ortishi; ichak tarkibining tranzita buzilishi; ichak giperekssudatsiyasi. Diareya patogenezining u yoki bu mexanizmlari turli etiologik omillar ta'siriga javob reaksiyasi xisoblanadi.

35.Ichak gipersekretsiyasi — ichak bushligida suv va natriy miqdori ortishi xususiyatli ichakda elektrolitlar transporti buzilishi bilan bogluq diareyaning eng kup umumiy mexanizmi. Ushbu jarayonlar neyroendokrin mediatorlari, ug kislotalari, organizmda yoki ichak bushligida ishlab chitsariluvchi gormonlar tomonidan amalaga oshiriladi va bon \ddot{u} ariladi. Ularning paydo bulishida bakterial ekzotoksinlar va viruslar axdmiyatli urinni egallaydi. Sekretor diareya shu bilan xususiyatlanadi-ki, najas massalarining osmolyarligi k;on osmolyarligiga moe keladi, och solish esa (72 soatgacha) uning tuxtashini ta'min-lamaydi. Diareyaning bunday kurinishining tipik misoli xolera x,isoblanadi. Gipersekretor diareya salmonollezda, terminal. ileitda, Oddi sfinkteri disfunksiyasida (postxoletsistektomik sindrom) kuzatiladi.

36.Sekretor diareyaning xususiyatli belgilari: polifekaliya (mul suvli suyu^ najas), najasning yashilsimon rangi, steatoreya (uzun uglerodli zanjirga ega yog kislotalari xisobiga), najas bilan natriy, kaliy, xlorning yukotilishi, metabolik atsidoz, najasning yukori rN i.

37.Giperosmolyar diareya ximusning osmotik bosimi ortishi bilan boglangan, bu ichak bushligida suv ushlanib kolishiga olib keladi. Diareyaning bunday turi vujudga kelishida ichakka osmotik faol (tuzli, ich bushashtiruvchi, sorbitol, ba'zi antatsidlar va bon \ddot{u} .) moddalarnin kup tushishi, uglevodlarning x^azm bulishi va s)filishi buzilishi (kupincha laktaz etishmovchilik), buzilgan surilish sindromi ax,amiyatga ega, Ichak bushligida surilmagan osmotik faol zarralar tuplanishi, *azm \ddot{u} lish-transport konveyerining buzilishi ximus va najasning osmolyarligi

oshishiga olib keladi. Modomiki ingichka ichak shillits pardasi suv va elektrolitlar uchun engil utkazuvchan ekan, ingichka ichak tarkibi va zardob orasida osmotik muvozanat tiklanadi. Diareyaning bunday mexanizmi ichni bushashtiruvchi 38.traktida suv va elektrolitlar transporti buzilishi bilan boglik. Diareyaning patogenezida turtta mexanizm farslanadi: ichak gipersekretsiyasi; ichak bushligida osmotik bosim ortishi; ichak tarkibining tranzita buzilishi; ichak giperekssudatsiyasi. Diareya patogenezining u yoki bu mexanizmlari turli etiologik omillar ta'siriga javob reaksiyasi xisoblanadi.

39.Ichak gipersekretsiyasi — ichak bushligida suv va natriy mikdori ortishi xususiyatli ichakda elektrolitlar transporti buzilishi bilan bogliq diareyaning eng kup umumiy mexanizmi. Ushbu jarayonlar neyroendokrin mediatorlari, ug kislotalari, organizmda yoki ichak bushligida ishlab chitsariluvchi gormonlar tomonidan amalaga oshiriladi va bonqariladi. Ularning paydo bulishida bakterial ekzotoksinlar va viruslar axdmiyatli urinni egallaydi. Sekretor diareya shu bilan xususiyatlanadi-ki, najas massalarining osmolyarligi k;on osmolyarligiga moe keladi, och solish esa (72 soatgacha) uning tuxtashini ta'min-lamaydi. Diareyaning bunday kurinishining tipik misoli xolera x,isoblanadi. Gipersekretor diareya salmonollezda, terminal. ileitda, Oddi sfinkteri disfunksiyasida (postxoletsistektomik sindrom) kuzatiladi.

40.Sekretor diareyaning xususiyatli belgilari: polifekaliya (mul suvli suyu^ najas), najasning yashilsimon rangi, steatoreya (uzun uglerodli zanjirga ega yog kislotalari xisobiga), najas bilan natriy, kaliy, xlorning yukotilishi, metabolik atsidoz, najasning yukori rN i.

41.Giperosmolyar diareya ximusning osmotik bosimi ortishi bilan boglangan, bu ichak bushligida suv ushlanib kolishiga olib keladi. Diareyaning bunday turi vujudga kelishida ichakka osmotik faol (tuzli, ich bushashtiruvchi, sorbitol, ba'zi antatsidlar va bonq.) moddalarnin kup tushishi, uglevodlarning x^azm bulishi va s)filishi buzilishi (kupincha laktaz etishmovchilik), buzilgan surilish sindromi ax,amiyatga ega, Ichak bushligida surilmagan osmotik faol zarralar tuplanishi, *azm mlsh-transport konveyerining buzilishi ximus va najasning osmolyarligi oshishiga olib keladi. Modomiki ingichka ichak shillits pardasi suv va elektrolitlar uchun engil utkazuvchan ekan, ingichka ichak tarkibi va zardob orasida osmotik muvozanat tiklanadi. Diareyaning bunday mexanizmi ichni bushashtiruvchi

42.dorilarni, ba'zi antatsidlarni kabul kilganda kuzatiladi, shuningdek ingichka ichakning organik zararalanishi (glyutenli enteropatiya, laktatz etishmovchilik, Uipll kasalligi va boshk.) bor* rpuozon osti bezi kasalliklari (surunkali pankreatit, usmalar, mukovissidoz), ut kislotalari ishlab chikarilishi buzilishi bilan kechadigan jigar kasalliklari mavjud bemorlarga xos. Diareyaning bu turi uchun suyuk najas, polifekaliya, ximus va najasning yukori osmolyarligi, najasda kalta zanjirli yog

kislotalari va sut kislotasi konsentratsiyasi oshishi, najas jarayonlarning stimulyasiyasi ma'lum axdmiyatga ega buladi. Kupincha diareyaning ushbu turi ingichka ichakning bakteriyalar bilan tulishida, shuningdek ta'sirlangan ichak sindromida kuzatiladi. Ichak tarkibining tezlashgan tranzita gormonal va fiziologik stimulyasiya (serotonin, prostoglandinlar, sekretin, pankreozimin, gastrin, motilin) natijasida, bilan elektrolitlarning juzziy yukotilishi, najasning past rN i xosdir.

43.^ Giper- va gipokinetik diareya negizida ichak tarkibining tranziti buzilishi (ichak xdrakat funksiyasining oshishi yoki pasayishi) yotadi. Uning uziga xos xususiyati retrograd motor faollikning kuchsizlanishidir, va ichakdagi sekretor tranzitning neyrogen stimulyasiyasida, ichak bushligi ichi bosimi oshishida paydo buladi. Ichak evakuator faolligi oshishiga ichni bushashtiruvchi dorilar va ba'zi antatsid dorilar x,am ta'sir kiladi. Najas massalarining osmotik bosimi diareyaning gipo- yoki giperkinetik turida, odatda zardob osmotik bosimiga moe keladi. Ichak buyicha tranzit tezligining oshishi kupincha suyuk yoki butkasimon unchalik mul emas ich kelishi bilan xususiyatlanadi, ba'zida shillik kushilmlari bilan, asosan ertalabki soatlarda yoki ovkat kabul kilishdag sung. Diareyali sindromning ushbu shakli uziga xos xususiyati shundan iboratki, bunda ich kelishidan oldin korinda xurujeimon (ichak sankchiklari tipida) ogriklar paydo buladi va ular defekatsiyadan keyin yukoladi. Ogrik sindromi ifodalanganligi ba'zida shunday-ki, bunda bemorlar diareyaning oldini olish uchun kator x,ollarda ovkat kabul kilishdan bosh tortishadi. Kshpincha uygongandan keyin, uygotuvchi-suyuk ich kelishi deb ataluvchi ertalabki suyuk ich kelishi xdm kuzatiladi.

Giperekssudativ diareya ichak yalliglanishli uzgarish-larida (nospetsifik yarali kolit, Kron kasalligi, ichak sili, limfoma, utkir ichak infeksiyalari) tez-tez rivojlanadi, shuningdek u^{sma} va ishemik jarayonlarda xam kuzatildi. Giperekssudativ diareya patogenezida barcha kursatilgan kasalliklar katorida ichak bushligiga zardob, kon, ichak xujayralari va bez lari ajralmalari chikishi yotadi. U tez-tez konli ajralmalar, ba'zida shillik yoki yiring kunshlmasi bilan keluvchi; urtamiyona ^ajmdagi yoki "tupuk" kurinishidagi najas bilan xususiyatlanadi. Natriy va xlorning, sut kislotasining najas konsentratsiyasi oshishi, najas bilan kaliy yukotilishi* najasning past rN i aniklanadi.

X^ar xil diareya negizida bir vaktning uzida turli mexanizmlar yotadi: suv va elektrolitlarning sekretiysi va surilishi orasidagi balans buzilishi, ichak tarkibining osmolyar bosimi oshishi, tranzit tezlashuvi. Lekin turli kasalliklarda ularning bittasi ustunlik kiladi.

Diareya rivojlanayotgan davlatlarda kup uchrashi tasdik-langan, ammo Butun jax,on soglikni saklash tashkilotining oxirgi tekshiruvlari diareyali sindrom ikITSodiy rivoj-langan mamlakatlar uchun x,am muammoli ekanligini kursatdi,

bunda kasallanish strukturasida va etiologik omillarda yoshga oid fark bulmagan x,olda kursatkichlarda ba'zi farklar mavjud.

Diareyani differensial tashxislash uchun yordam beradigan muxim anamnestik ma'lumotlar Dori vositalarini kabul kilish va ovkatlanish xakida ma'lumotlar. Turli dori vositalarini katta mikdorda kabul kilish diareyani chakirishi mumkin. Jumladan, kuppina eliksirlar sorbitolning ancha mikdorini sakdashi mumkin. Oshkozon-ichak traktiga laktozani tutuvchi erytma va dori vositalarini kiritish, ba'zida laktoza etishmovchiligi mavjud bemorlarda diareyani chakiradi. Fruktoza tomonidan chakirilgan diareya (fruktozoindutsirlangan diareya) oshkozon-ichak traktiga mevalar, mevalar sharbatlari yoki mevalar (yumshok ichimliklar deb ataluvchi) ichimliklari kup tushishi okibatida yuzaga kelishimumkin. YUmshok ichimliklar ishlab chikaruvchilari juda katta fruktozani tutuvchi makkajuxori siropini kand kamishidan tayyorlangan siropga almashtirishdi, u ushbu ichimliklarni kup iste'mol kiluvchi bemorlarda fruktozoindutsirlangan diareyani chakirishi mumkin. Kdndsiz elimni ortik miydorda iste'mol kilish ikkilamchi diareyaga olib kelishi mmkin. Kofein saklovchi ichimliklar xdm diareyani chakirishi mumkin. Sayoxat va faoliyat turi xdkida ma'lumot. YAkin vaktdagi sayoxdtlar, kempingdagi, palatkalardagi dam olish, balik oviga borish, Rossiyaga sayoxdt yoki Kolorado tog'lariga borish lyamblioz mumkinligi xdkida ma'lumot beradi. Kichik bolalar bilan yakin kontaktda bulish xam lyamblioz bilan zararanish xavfini beradi.

Diareya paydo bulish vakti xakidagi ma'lumotlar. Tunda paydo buluvchi va bemorning uygonishiga sababchi buluvchi diareya organik etiologiya borligi xdkida dalolat beradi. Fakat tunda buladigan diareya, va asosan najasni tuta olmaslik bilan boglik diareya somatik nevropatiyani gumon kilishga asos buladi, **masalan** diabetdagidek. Ertalabki nonushta va tushlik orasida paydo buluvchi va kun oxiriga kelib kamayuvchi diareya kupincha funksional etiologiya vdkida dalolat beradi, masalan ta'sirlangan ichak sindromiga xos.

Najas x,ajmi. Suyuk najas mikdorining kupligi ingichka ichak yoki yugon ichakning ung tomoni disfunksiyasini taxmin kilishga yordam beradi. Suyuk najasning kichik mikdori, asosan agar ich kelishga chakirishlar shoshilinch paydo bulsa, unda dia-reyaning yugon ichakka oidligini kursatadi.

Ogriklar joylashishi. Agar diareya kindik atrofi sovdsida joylashgan ogriklar bilan boglik bulsa, unda e^timol bunday bemorlarda inichka ichak patologiyasi mavjud. Gipogaetral soxddagi ogriklar (korinnint u^{ng} yoki chap kvadrantida) , yoki dumgaza soxdsidagi ogriklar yugon ichak kasalligi xakida guvoxlik beradi.

Najasda kon bulishi. Najasda kon bulishi diareyaning yalliglanishli, infeksiyon yoki usmali etiologiyasini taxmin kilishga asos buladi va uning funksional yoki sun'iy (medkamentoz yoki ovkatlanish) kelib chikishi extimollitini

pasaytiradi **Tana vazni kamaiishi**. Agar bemor ozsa, malabsorbsiya sindromini, shuningdek diareyaning yalliglanishli yoki ushali etiologiyasini taxmin kilish mumkin. Degidratatsiya va elektrolit buzilishlar belgilari. Ushbu simptomlar mavjudligida diareya kuprok; sekretor xususiyatga ega (masalan, endokrin usmalar yoki ichni bushashtiruvchi dorilarni notugri kabul kilish).

Najasni tutaolmaslik. Najasni tutaolmaslik epizod-lari mavjud bemorlarda ularning x,olati xuddi diareya sifatida tal^in etiladi. CHin diareyani najasni tutaolmaslikdan ajrata bilish muxdmdir.

Kasallik manifestatsiyasining yoshi va manifestatsiyaning bemor xdyotidagi u yoki bu xrdisalar, birinchi navbatda umrining 1-yilidagi ovkatlanish u^{zga}R^{ishi} bilan bogliKligi muxdm differensial-tashxisiy mezonlar xdsoblanadi. Turli kasalliklar manifestatsiyasi yoshi diareya sindromining mumkin bulgan sabablari doirasini cheklashga imkon beradi. Sut iste'mol kilgandan keyin (kukrak yoshidagi bolani emizish yoki kattarak yoshdagi bolalarning sut max,sulotlarini, asosan toza sutni iste'mol kilgandan keyin) 30 dakika ichida korindagi kurillashlar, korin kappayishi, notinchsizlik, korindagi ogriklar, suyuklangan najas kelishi (bitta simptom yoki ularning kombinatsiyasi bulishi mumkin) bilan umumiy a^volining anik yomonlashuvi laktoza etishmasligiga boglik. 1^andni tutuvchi max,sulotlar (shu bilan birga kukrak yoshidagi bolalarda shirinlangan suv yoki ichimliklar) ni kabul kilishdan keyin xdm analogik x,olat saxaroza etishmasligida kuzatiladi, shuningdek glyukoza va galakTozani tutuvchi ovkatlar (shu bilan bir katorda sut, kand va boshk.) ni kabul kilganda xdm uchraydi, fakat glyukoza-galaktozli malabsorbsiyada fruktozani iste'mol kilganda emas. Gliadin tutuvchi ovkatlarni (yorma butka, gerkulesli butka, suli yormasi, "Malыsh" aralashmasi va boshk.) kiritish bilan boglik vldat seliakiyaga xos. Kukrak bilan ov^atlantirish tuxtatilgandan sung kasallik manifestatsiyasi tana vazni oshishi kamaiishi, steatoreyali diareya, alopetsii va terining shikastlanishi bilan yuzaga chikishi enteropatik dermatitda kayd kilinadi. Oxirgi vaziyatda konda sink konsentratsiyasi kamaiishi kuzatiladi. Bakterio logik enteropatiyada, ichak disbakteriozida, abetalipoproteidemiya, Pirson sindromida, kalta ingichka ichakda, shuningdek xolepatiyalarda bulishi mumkin.

Juda xdm yogli najas (yog tomchilari anal teshikdan tom-chilab turadi, yogli ich kiyimni yuvish kiyin, gorshok yomon yuviladi), kupincha tugri ichak shillik; pardasi tushishi bilan birga keluvchi, uziga xos x,idi bilan ifodalangan onцozon osti bezi ekzokrin etishmovchiligida, mukovissidozda va ifodalangan lipazali etishmovchilikda.

Kuchli polifekaliya, kupincha - kulrang, yogli najas, selia-kiyada, gerpetik shaklli dermatitda, enteropatik akroderma-titda.

Ich kotishlarining butkasimon ich kelishi bilan almashi-nishi yoki stress

vaziyatlarda butkasimon ich kelishi epizodlari, kupincha korindagi tutib ogrovchi ogritslar - ta'sirlangan ichak sindromida (markaziy nerv tizimi disfunktsiyasi sharoitida oshqozon-ichak trakti diskineziyasi).

Diareya korindagi ogritslar bilan, birinchi navbatda ichak infeksiyalarida va invaziyalarida, lekin boshqa vaziyatlarda xdm birga kelishi mumkin.

Tutib ogrovchi ogriqlar, ich kotishi va ich suyuq; kelishining almashinishi, ifodalangan vegetativ buzilishlar - ta'sirlangan ichak sindromida (markaziy nerv tizimi disfunktsiyasi sharoitida oshqozon-ichak trakti diskineziyasi).

Sut maqsulotlarini iste'mol dilgandan sung, meteorizm va mul kupikli nordon xddli najas bilan birga - laktaz etishmovchilikda.

Buyrak sanchigi yoki pastga tarkaluvchi bel soxdsidagi zirafovchi ogrikdar (oksaluriyali yoki siydik-tosh kasalligi bilan dismetabolik nefropatiya) Leper sindromida.

Ogriqlarning yarali turi, mul kusishlar - Zollinger-Ellison sindromida (gastrinoma).

SHuningdek surunkali diareyada korindagi ogritslar kuyi-dagilar bilan birga kelishi mumkin:

- *ichak anomaliyalari,
- *ovkdt allergiyasi va sigir suti oshilini kutarolmaslik,
- *nospetsifik yarali kolit,
- *Kron kasalligi,
- * Uippl kasalligi.

Kayta kusish bilan birga keluvchi diareya kuyidagi kasalliklarda kayd kilinishi mumkin:

- ovkdt allergiyasi va sigir suti ok, silini kutarolmaslik
- Zollinger-Ellison sindromi (gastrinoma)
- ichak anomaliyalari
- abetalipoproteidemiya
- transkobalamin Itashdisligi.

Teri kurinigilari bilan birga keluvchi diareya:

- ovkat allergiyasi va sigir suti ok, silini kutarolmaslik.
- uziga xos teri sindromi va alopetsiya - enteropatik akrodermatitda.
- Gerpetik shakldagi toshmalar - gerpetik shaklli dermatitda.

Kup sonli anomaliyalar, karlik va nanizm bilan keluvchi diareya Ioxanson-Bitsarel sindromi uchun xos, u pankreatik etishmovchilik bilan birga sodir buladi.

Suyak anomaliyadari bilan kechuvchi diareya SHvaxman sindromida bulishi mumkin va pankreatik etishmovchilik xmda neyropeniya bilan xususiyatlanadi.

YUzning kupol xususiyati, chov churrasi, sonning tugma chik, ishi, jigar kattalashishi mukolipidoz II da kuzatiladi, u siydik bilan sialopolisaxaridlarning

yukri ekskretsiyasi bilan birga kechadi.

Noma'lum etiologiyali surunkali diareya (idioiatik surunkali diareya)

Odatda noma'lum etiologiyali surunkali diareya (idio-patik surunkali diareya) tashxisi bemorni puxta tekshirishdan utkazgandan keyin surunkali diareyaning x,ech »;anday sabablari aniklanmaganda kuyiladi. Bunday bemorlarda::

- 1.Suyuk, najas yoki tezlashgan ich kelishi.
- 2.Surunkali xdlat (4 x,afta davom etuvchi).
- 3.Najasni mikrobirlogik tekshiruvnsng salbiy natijalari.

4.Odmozon-ichak trakti rentgenologik tekshiruvlarining, ultratovush va kompyuter skanirlash, oshkrzon-ichak trakti yuk^ori bulimlari endoskopiyasi va kolonoskopiyasi.

Amaliy mashg'ulot № 9.

Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

Mavzu	Bolalarda ortiqcha ovqatlanish. Semizlik rivojlanish xafi. Bolalarda ortiqcha ovqatlanishga ekzogen va endogen omillar tasiri. Klinik ko'rinishlari. Ovqatlanishni korreksiyalash. Davolash usullari. Endokrinologda davolanishga ko'rsatmalar. Reabilitatsiya.
--------------	---

9.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 6 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolalarda ortiqcha ovqatlanish va semizlikning rivojlanish xafi. 2. Bolalarda ortiqcha ovqatlanishga ekzogen va endogen omillar tasiri, klinik ko'rinishlari, davolash usullari va reabilitatsiya 3. Ovqatlanishni korreksiyalash. 4. Endokrinologda davolanishga ko'rsatmalar.
O'quv mashg'ulotining maqsadi: Talabalarga bolalarda ortiqcha ovqatlanish va semizlikning rivojlanish xafi to'g'risida tushuncha berish. Bolalarda ortiqcha	

ovqatlanishga ekzogen va endogen omillar tasiri, klinik ko‘rinishlari, davolash usullari, reabilitatsiya va ovqatlanishni korreksiyalash, hamda ovqatlantirishni rejalashtirish to‘g‘risida umumiy tushuncha berish. Endokrinologda davolanishga ko‘rsatmalar.	
<i>Pedagogik vazifalar</i>	<i>O‘quv faoliyati natijalari</i>
Talabalarga bolalarda ortiqcha ovqatlanish va semizlikning rivojlanish xafi to‘g‘risida tushuncha berish, - bolalarda ortiqcha ovqatlanishga ekzogen va endogen omillar tasiri, klinik ko‘rinishlari, davolash va reabilitatsiya usullari haqida tushuncha berish, - bolalarda ortiqcha ovqatlanish va semizlikning rivojlanish xafida ovqatlanishni korreksiyalash, hamda ovqatlantirishni rejalashtirish haqida malumot berish va o‘rgatish,	Talabalar bolalarda ortiqcha ovqatlanish va semizlikning rivojlanish xafi to‘g‘risida tushunchaga ega bo‘lishi. - bolalarda ortiqcha ovqatlanishga ekzogen va endogen omillar tasiri, klinik ko‘rinishlari, davolash va reabilitatsiya usullari haqida tushunchaga ega bo‘lishi va bayon eta bilish. - bolalarda ortiqcha ovqatlanish va semizlikning rivojlanish xafida ovqatlanishni korreksiyalash, hamda ovqatlantirishni rejalashtirish haqida tushunchaga ega bo‘lib, so‘zlab bera olishi va amaliyotda bajara bilishi kerak.
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so‘rov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O‘quv qo‘llanma, multimedia, proektor, flomaster, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo‘r, «chaqaloq -qo‘g‘irchok»,
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og‘zaki nazorat: savol – javob, mustaqili ish, ma’ruza, amaliy mashg‘ulot daftari

9.2. Amaliy mashg‘ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1. Mavzu bo‘yicha O‘quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi	

	<p>2. amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi</p> <p>3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab, chiqish .</p> <p>4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</p> <p>5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi.</p> <p>6. O'quv bilish topshiriqlarni tayyorlaydi</p>	
<p>1.Mavzuga kirish (10 daqiqa)</p>	<p>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</p> <p>2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</p> <p>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</p>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
<p>2. Asosiy bosqich. (100 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi.</p> <p>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</p> <p>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi.</p> <p>4. Guruhlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi.</p> <p>5. taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi.</p> <p>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi.</p>	<p>Tinglaydilar., asosiy jixatlarini yozib oladilar</p> <p>Kichik guruxlarga bulinadilar.</p> <p>Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar</p> <p>Faol katnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar.</p> <p>Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar.</p> <p>Savollarga javob beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Mavzuga oid</p>

	7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi. 8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi. 9. Kasallik tarixini tekshiradi	bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini taxlil qilishda ishtirok etadilar
3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi. 2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi. 3. Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi. Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish - internet ma'lumotlaridan referat, krossvord ko'rinishida tayyorlashni topshiradi	Savollar beradilar. tinglaydilar Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar

Amaliy mashg'ulot № 10-11

Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

Mavzu	Sepsis, Etiopatogenezi, tasnifi , klinik shakliga ko'ra (septitsemiya va septikopiemiya) kasallik davri va diagnostikasi. Kasallik davriga ko'ra davolash prinsiplari. Passiv va aktiv immunoterapiya. Reabilitatsiya
--------------	---

10-11.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 12 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	4. Sepsisning kelib chiqishi haqida tushuncha 5. Sepsisning etiopatogenezi, tasnifi , klinik shakliga ko'ra (septitsemiya va septikopiemiya) kasallik davri va diagnostikasi.

	6. Kasallik davriga ko'ra davolash prinsiplari, immunoterapiya va reabilitatsiya	
1. O'quv mashg'ulotining maqsadi: Talabalarga bolalarda sepsisning kelib chiqishi to'g'risida tushuncha berish. Bolalarda sepsisning etiopatogenezi, tasnifi, klinik shakliga ko'ra (septitsemiya va septikopiemiya) kasallik davri, diagnostikasi va kasallik davriga ko'ra davolash prinsiplari, immunoterapiya va reabilitatsiya to'g'risida umumiy tushuncha berish.		
Pedagogik vazifalar	O'quv faoliyati natijalari	
Talabalarga bolalarda sepsisning kelib chiqishi to'g'risida tushuncha berish. - bolalarda sepsisning etiopatogenezi, tasnifi, klinik shakliga ko'ra (septitsemiya va septikopiemiya) kasallik davri va diagnostikasi haqida ma'lumot berish, - bolalarda kasallik davriga ko'ra davolash prinsiplari hamda immunoterapiya va reabilitatsiya haqida malumot berish va o'rgatish,	Talabalar bolalarda sepsisning kelib chiqishi to'g'risida tushunchaga ega bo'lishi. - bolalarda sepsisning etiopatogenezi, tasnifi, klinik shakliga ko'ra (septitsemiya va septikopiemiya) kasallik davri va diagnostikasi haqida tushunchaga ega bo'lishi va bayon eta bilish kerak. - bolalarda kasallik davriga ko'ra davolash prinsiplari hamda immunoterapiya va reabilitatsiya haqida tushunchaga ega bo'lib, so'zlab bera olishi va amaliyotda bajara bilishi kerak.	
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol - javob	
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash	
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, proektor, flomaster, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «chaqaloq -qo'g'irchok»,	
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya	
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat: savol – javob, mustaqili ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari	

10.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik	1. Mavzu bo'yicha O'quv mazmunini	

bosqichi	<p>tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi</p> <p>2. amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi</p> <p>3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab, chiqish .</p> <p>4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</p> <p>5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi.</p> <p>6. O'quv bilish topshiriqlarni tayyorlaydi</p>	
1.Mavzuga kirish (10-10 daqiqa)	<p>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</p> <p>2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</p> <p>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</p>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (100 -100 daqiqa)	<p>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi.</p> <p>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</p> <p>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi.</p> <p>4. Guruhlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi.</p> <p>5. taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi.</p> <p>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok</p>	<p>Tinglaydilar., asosiy jixatlarini yozib oladilar</p> <p>Kichik guruxlarga bulinadilar.</p> <p>Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar</p> <p>Faol katnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar.</p> <p>Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar.</p>

	<p>etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi.</p> <p>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</p> <p>8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi.</p> <p>9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>tinglaydilar</p> <p>Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar.</p> <p>Bemor kuratsiyasini taxlil qilishda ishtirok etadilar</p>
<p>3. Yakuniy bosqich (10 -10 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</p> <p>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</p> <p>3. Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi.</p> <p>Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish - internet ma'lumotlaridan referat, krossvord ko'rinishida tayyorlashni topshiradi</p>	<p>Savollar beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

S E P S I S

S E P S I S - bu umumiy infeksiyon kasallik bulib, kaysiki u organizmda maxalliy infeksiyon jaraenning yuzaga kelishi natijasida kelib chikadi va kasallikning kuprok nozologik formasini ifodalaydi.

E t i o l o g i y a v a p a t o g e n e z : CHakaloklarda organlar sistemalarining yaxshi rivojlanmaganligi, immunobiologik va fermentativ reaksiyalar sustligi, tomirlar utkazuvchanligini oshishi, chakaloklarning infeksiyon kasalliklarga, sepsis bilan kasallanishga moyilligini tushuntirib beradi. Kasallik kuzgatuvchilari bulib, stafilokokklar, streptokokklar, mikroblar, ichak taekchasi, kamdan-kam xollarda pnevmokokklar, miningokokklar, inflyuens taekchasi, kuk yiringli taekcha, salmonelalar, mogor zamburuglari xisoblanadi.

Kasallikning yukishi xomila ichi orkali antinatal davrda gemotogen yul bilan utadi. Xomiladorlik davrida onaning infeksiyon yiringli kasalliklari xomilaga xavfli ta'sir kiladi.

Intranatal davrda infetsirlangan xomila oldi suyukligi, tugruk yuli sekretini yutganda eki aspiratsiya kilganda kasallik kuzgatuvchisi yukadi.

Kuzgatuvchining kirish darvozasi bulib, terining biror bir yuza jaroxati, ogizning shillik kavati, burun tanglay kizlarda jinsiy a'zolarining shillik kavatlari, nafas yullari, kon'yuktiv va oshkozon ichak trakti shillik kavatlari

xisoblanadi. Ba'zi xollarda kirish darvozasi bulib, chakaloklar kindik kanali va yarasi xizmat kilishi mumkin.

Xomiladorlikning turli davrida kasallangan ayollarda va ularning yangi tugilgan chakaloklaridagi utkazilgan bakteriologik tekshiruvlar natijasida onalar va bolalarda etiologik shaklida bakterial va zamburuglarning katta kismi aniklangan. Yangi tugilgan chakaloklarda kun mikdorda septik kasalligining kelib chikishi kuruladi oy kuniga etmay tugilgan chakaloklardagi aralash etiologik perinatal sepsisda klinik va immun tizimidagi uziga xos xususiyatlar aniklanadi.

KLINIKA: CHakalok organizmida sepsis septitsemiya eki septikopiemiya tipida kechadi. Septikosemiya asosan chala tugilgan chakaloklarda va tulik tugilgan, lekin kuchsizlangan chakaloklarda kuzatilib, u organizm intoksikatsiyasi bilan xarakterlanadi. Unda lokak yiringli yalliglanish uchoklari kuzatiladi.

SEPTIKOPIEMIYADA PIEMIK UCHOKLAR. / Abssess, flegmona, destruktiv pnevmoniya, yiringli meningit, osteomieliit va boshkalar/.

SEPSISNING KECHISHI: 1. Utkir/3-6 xafta/, utkir osti /1,5-3 oy/, chuzilgan /3 oydan kup bulishi mumkin/.

Xomila ichi sepsisi antinatal davrda yuzaga kelib xomila kasal eki ulik tugiladi, xaetining birinchi kunlarida kasallikni tashxislash mumkin, chakaloklarning umumiy axvoli ogir buladi, teri okish-kulrangda buladi, shish, sariklik, eksikoz, jigar va talokning kattalashishi, kusish, yukori tana xarorati, vazning birdaniga kamayishi, pemfigus tipidagi keng fermentlar, gemorragik toshmalar va boshkalar kuzatiladi. Xomila ichi sepsining kechishi kupchilik bolalarda utkir, ogir, ba'zan, utkir osti va chuzilgan bulishi mumkin. CHakalok tugilgandan keyin sepsis darakchisi bulib, infitsirlashning mikrosimptomi xizmat kiladi: tana vazning oshishi orkada koladi. Kindikning namlanib turishi, kindik koldigining kech tushishi, kaysiki uzidan sung yaltirok yuza koldiradi, kindik xalkasining infiltratsiyasi va giperemiyasi kuzatiladi.

CHakaloklar sepsisining erta va kup uchraydigan simptomlari: ishtaxasizlik, kurakdan yuz ugirishi, teri koplami rangining uzgarishi aniklanadi. Teri okargan, okish-kulrang tusga kiradi, ogir xollarda kulrang buladi. Kupincha burun-lab uchburchagining akrotsianozi, sianozi yuzaga keladi, kusish, tana vazni oshishining orkada kolishi, yaxshi emasligi aniklanadi. Kasallik yukori nafas yulining katari eki oddiy dispepsiya bilan boshlanishi mumkin.

SEPTITSEMIYA - organizmning birdaniga intoksikatsiyasi bilan xarakterlanadi, jaraen utkir boshlanadi, tusatdan tana xarorati yukori buladi, umumiy axvoli ogirlashadi, yuz kurinishi utkirlashadi, teri okaradi, burun-lab uchburchagida sianoz, taxikardiya, yurak tonlari bugiklashadi, toksik nafas kuzatiladi, kon bosimi tushadi, tukima turgori uzgaradi, suv-tuz almashinuvining buzilishi, tana yashin tezligidagi formasida chakalok bir necha soat eki sutkadan

keyin uladi. Kupincha sepsisning utkir osti ,tulkinsimon kechishida -klinik simptomatika anik ifodalangan buladi,kassalik sekin rivojlanib ,normal tana xarorati bilan kechishi mumkin. Ba'zi xollarda antibakterial va umumii kuvvatlovchi terapiyani kabul kilish kasallikning tuzalishiga, umumiy axvolini yaxshilanishiga olib keladi. CHakalokning ishtaxasi oshib, tana vaznining kamayishi tuxtaydi, lekin bu tuzalish kiska bulib, kasallik progressiv rivojlanib, organizm sensibilizatsiyasi kuchayadi, teri rangi boshida okish-kulrang bulsa, keyinchalik mumsimon bulib, kechrok esa sargayadi.

Asab sistemasi jaroxatlanish belgisi rivojlanib boradi, ya'ni sustlik, adinamiya kuzgaluvchanlik bilan almashinadi. Ba'zida tirishish kuzatilishi mumkin, tana xarorati subfebril eki normal bulishi mumkin, tukimalarda ba'zan sklerema rivojlanadi, kasallik avj olganda toksiko-allergik toshmalar paydo buladi, ogir xollarda gemorragik sindrom rivojlanadi. YAngi infeksiyon uchoklar paydo bulishi mumkin: otit, pnevmoniya, kasallik kechishi ogirlashadi. Agar septik jaraennning oldi olinsa, kasallikning oxirgi davri yuzaga chikadi. Unda kamkonlik, shish progressiv rivojlanib, chakalok ulimiga olib keladi, intoksikatsiya natijasida markaziy va vegetativ nerv sistemasi jaroxatlnadi, kupincha kuzgaluvchanlik, meningeal simptomlar, tirishish, adinamiya, mushaklar gipotoniyasi, sopor xolati, termoregulyasiyaning buzilishi kuzatiladi, nafas faoliyati buziladi.

Asfiksiya xurujlari takrorlanib turadi, konda boglangan va boglanmagan bilirubin oshadi, siydikda oksil, eritrotsitlar, leykotsitlar, gialinli va donador silindr aniklanadi, buyrakning toksik zaralanishi, sistit aniklanadi. Terida (badanda) toksik eritema, petexiya, pemfigus, impetigo kabilar toshib chikadi.

CHala tugilgan bolalardagi sepsisda sklerema - tizza, son, dumba, xatto yuz terisi osti eg katlamining kalinlashishi kuzatiladi, konda gipoxrom anemiya, leykotsitoz chapga siljish bilan eki leykopeniya, monotsitoz, trombositopeniya, leykemoid reaksiya kuzatilib, eritrotsitlar chukish tezligi me' erida buladi.

SEPTIKOPIEMIYA - Sepsisning ogir kechganda metastatik birinchi uchoklar (otit, pnevmoniya, flegmona, artrit, perikardit) ning xosil bulishi bilan xarakterlanadi.

KINDIK SEPSISI- eng kup uchraydi. Uning kuzgatuvchisi stafilokokk, kirish darvozasi - kindik yarasi, u 2-3 kundan 10-12 kungacha kelib chikishi mumkin. Kasallik septitsemiya eki septikopiemiya kurinishida kechishi mumkin. Kindik sepsisi metastazlar berishi mumkin. Metastazlar: yiringli peritonit, meningit, osteomielit, artrit, flegmona, plevrit, upka absessi, tromboarteriit kurinishida kindik tomirlari zararlanganda utkir boshlanadi. Bunda kusish, kukrakdan bosh tortish, ishtaxaning pasayishi, toksikoz, tana vazning yukotilishi, kindikdan (maxalliy) yiringli ajralma chikib turishi, korin damlashi,

taranglashuvi, venoz tomirlar kengayganligi kuzatiladi, terining yaltirokligi, jigar va talokning kattalashgani aniklanadi.

OTOGEN SEPSIS - strepto-stafilo-diplokokklar tomonidan chakirilib, otillar septik jaraenning birlamchi uchog'i xisoblanadi. Otogen sepsis simptomlari: kuzgaluvchanlik, kukrakdan bosh tortish, tana xaroratining yukori bulishi, ensa mushaklarining biroz rigidligi, yuzning tortilishi va boshkalar kuzatiladi, kupincha yiringli jaraen urta kulokda sodir buladi. YUz nervi bu prsessda ishtirok etganda jaroxat tomonda burun-lab burmasi tekislangan, yassilangan buladi.

ICHAK SEPSISI - infeksiyaning birlamchi uchog'i bulganda kelib chikadi. Kasallik utkir boshlanadi, toksik dispepsiyani eslatadi, kusish, ich ketish, toksikozning ifodalangan belgilari, okarish, tana vazning keskin ravishda kamayishi, suvsizlanish, subfebril xarorat kuzatiladi.

DAVOLASH. Sepsisni davolashda antibiotiklar, sulfanilamidlar, sefalosporinlar, makrolidlar, nitrofuran xosilalari, biopreparatlar, antistafilokokk plazma 10 ml/kg, antistafilokokk gamma-globulin 100 AE 1 mdl-3 ml 3 marta 2-3 kun dam olib yuboriladi. Infuzion, Regidratatsion terapiya, yurak glikozidlari, vitaminlar (S,V-guruxi,),vikasol, rutin, kalsiy xlor, plazma, ogir xollarda prednizolon 1 mg/kg sutkada 7-10 kun davomida kullaniladi.

Terining yiringli – septik kasalliklari.

CHakaloklar yiringli infeksiyon septik kasalliklari tarkalgan (sepsis) va lokal buladi. Lokal zararlanishlarga: terining zararlanishi – vezikulopustulez, pemfigus, infitsirlangan bichilish, va bichilish, psevdofurunkulez, terining saramas (roja) kasalligi va xok. Kurinishida buladi. Teri osti yog katlamining zararlanishi flegmona, paronixiya, panaritsiy, kindikning zararlanishi (omfalit), kindik tomirlarining zararlanishi flebit va arteriitlar kiradi. YAna upkaning yalliglanishi, bez a'zolarining zararlanishi (mastit, parotit, orxit), suyaklarning xastaligi (osteomielit), kuz (kon'yunktivit, dakriotsistit), LOR a'zolarining xastaligi (otit, mastoidit, sinusit, paratonzilyar abscess), ichaklar (enterokolitlar), buyrak xastaligi (pielonefrit, sistit), bosh miya zararlanishi (meningit, Ensefalit), limfa tugunlari (limfadenit).

Etiologiyasi. Eng kup chakiruvchilar patogen stafilokokk, streptokokk A va V guruxi, kuk yiringli tayokcha, proteylar, klebsiella, gemofil tayokcha, anaeroblar va x.k. YUkoridagi xolatlar nozokomial (nosokomeo – parvarish kilish) chakiruvchilar deyiladi. Tugruksonalarda nozokomial infeksiyalarning eng kup sababchilari Gram manfiy flora buladi.

Stafilodermiya. *Vezikulopustulez* (vesikulo - pustulosis) – 1-3 mmli yuza joylashgan pufakchalar terida paydo buladi. Ichidagi suyuklik avval seroz, keyin

yiringli buladi. pustulalalar kup mikdorda, son , korin pastki kismi, boshning sochli kismi va tabiiy burmalarda jloylashadi. Elementlar atrofidagi teri uzgarmagan yoki biroz kizargan, jarayon fakat terini kamrab olgan. 2-3 kundan sung pufakchalar yorilib urnida yuza eroziyalar xosil buladi, keyin esa eroziya kurib epiteliy tukimasi bilan yopiladi, urnida pigmentatsiya bulmaydi. CHakalokning umumiy axvoli uzgarmagan, lekin kasallik kuchayib borsa pemfigus, abscess, psevdofurunkulez, mestastatik yiringli uchoklar paydo bulishi mumkin.

CHakaloklar pemfigusi(*pemphigus neonatorum contagiosus*)- Stafilodermiyaning ogir kurinishlaridan biri bulib xavfli va xavfsiz bulishi mumkin.

Xavfsiz kurinishi bola xayotining birinchi xaftasi oxirlarida paydo buladi. Teri yuzasida eritematoz doglar fonida 0,2 - 0,5 sm kattalikdagi pufakchalar paydo buladi. Pufakchalar korin pastki kismi, son soxasi, buyin va boshka burmalar, kul oyoklarda jloylashadi. Elementlar polimorf, atrofi kizargan va uzakli bulib, terining barcha katlamlarini jaroxatlaydi. Yiringlar kam mikdorda, ba'zida nuktasimon toshadi. Bolaning axvoli uzgarmagan yoki urta ogir (lanj, ishtaxasi past, subfebril xarorat) bulishi mumkin. Barvakt davolanganda chakalok axvoli yaxshilanib, 2 – 3 xaftada sogayadi.

Xavfli pemfigusda toshmalar 0,5 dan 2-3 sm gacha va undan katta bulishi mumkin. Tana xarorati febril, intoksikatsiya belgilari, anemiya kuzatiladi. Kasallik ogir kechib sepsis rivojlanishi mumkin.

Ritter eksfoliativ dermatiti. (dermatitis exfoliativa neonatorum, morbus Ritter)CHakaloklar piodermiyasining ogir kurinishlaridan bulib hospital patogen stafilokokk shtammlari chakiradi. Kindik atrofi, lab atrofi, son soxasida terining kizarishi va kuchishi bilan xarakterlanadi. Bir necha soat vakt ichida giperemiya bosh terisiga. Tanaga, kul – oyoklarga tarkaladi. Teri rangi kizarib ketadi. Kasallik davomida pufakchalar paydo bulib, yorilishlar, epidermal kavatning barcha kislmlari zararlanadi, terining kuchishi Nikolskiy simptomi musbat buladi. CHakalokning terisi kuydirilganga uxshaydi. Bola axvoli uta ogir, suvsizlanish belgilari, septitsemiya belgilari , ba'zida septikopiemik uchoklar paydo buladi. Kasallikning yaxshi okibatida terida epitelizatsiya kuzatiladi va eroziya joylarida iz koldirmaydi.

^ **Psevdofurunkulez Finger (*psevdofurunkulosis Fynger*)** – bola xayotining 2-4 xaftalaridan keyin rivojlanadi. Kasallik rivojlanishi furunkul kurinishida paydo bulib, keyinchalik 1 – 3 mm li yiringchalar paydo buladi, atrofi kizargan. Jarayon kechishida terining chukur katlamlari kushilib abscess xosil kiladi. Abscess xajmi kattalashib flyuktuatsiya paydo buladi, ichida yiring buladi. Psevdofurunkulezda regionar limfadenitlar xarakterli, asoratlari sepsis.

CHakaloklar mastiti (mastitis neonatorum) – chakalokning tranzitor mastopatiyasi paytida kuzatiladi. Kasallik boshida kukrak beziga kul tekkizilganda bolaning bezovtaligi, yigisi paydo buladi, keyinchalik giperemiya, flyuktuatsiya rivojlanadi. CHakalokning axvoli ogir buladi, yomon emadi, tana xarorati kutariladi. Asorati chakaloklar flegmonasi va septikopiemik uchoklar paydo bulishi mumkin.

CHakaloklar flegmonasi. Stafilodermiyaning ogir kurinishlaridan biri xisoblanadi. Kasallikning boshida bir necha soatlar ichida utkir boshlanib, tez tarkaladi. Terida tuk kizil rangdagi kattik konsisitensiyali, ogrikli infiltrat paydo buladi.

Flegmona rivojlanishida 4 ta boskich bor:

- 1 – boskich - boshlangich - utkir yalliglanishda kattik konsisitensiyali anik chegarali dog paydo buladi;
- 2 – boskich – alternativ – nekrotik – bunda dogning kattalashuvi, tuk kizil rangga kirishi, markazida yumshayish kuzatiladi;
- 3 – boskich – itarilish – yiringli joyda terining kuchishi va usha joyda chukur yaralar paydo buladi;
- 4 – boskich – reparatsiya – yaraning granulyasiyasi va epitelizatsiyasi rivojlanadi.

Terining streptokokkli zararlanishi streptodermiyalar deyiladi.

CHakaloklar saramasi (roja). Bola kindik atrofida yoki yuzida kizil yalliglanish paydo buladi. Tez orada kizil dog kuchib yuradi, ya'ni migratsiyali saramas paydo buladi. Ba'zi bemorlarda kizil dog paydo buladi, anik chegarasi yuk,, palpatsiyada ilik, ba'zi bemorlarda ok saramas kuzatiladi, ok doglar anik chegarasiz. Kasallikning boshlanishi tana xarorati kutarilishi, kukrakdan bosh tortish, lanjlik bilan boshlanadi, tana xarorati bir necha soat ichida 40 gacha kutarilishi mumkin. Ba'zi xollarda kasallik boshlanishi isitmasiz xam boshlanib, tez orada rivojlanib boshka organlarga utishi va zararlanishi mumkin. Asoratlari: nefrit, miokardit, meningit, sepsis bulishi mumkin

Kindikning zararlanishi. Namli (moknutie) bulishi mumkin. Bunda kindikdan serozli yoki serozli – yiringli ajralma chikadi, kindik yarasi tez bitmaydi. Bolaning umumiy axvoli kam uzgaradi yoki uzgarmaydi, davosiz xam bitib ketadi.

Omfalit – kindikning bakterial zararlanishi. Kindik yarasi terisi, teri osti katlami yalliglanib, kindik xalkasidan suyaklik ajraladi. Kindik atrofi kizarib, shishadi, kattiklashadi, kindik tomirlari va limfa yullarining kengayishi kuzatiladi (limfangiit), periflebit, periarteriitlar rivojlanadi. CHakalokning umumiy axvoli ogirlashadi.

Asorati: sepsis, abscess, jigar va boshka ichiki a'zolarga yiringli uchoklarning paydo bulishi kuzatiladi.

Davolash. Teri, kindikning yiringli septik kasalliklari bilan kasallangan chakaloklar tugruksxonada aniklansa albatta maxsus perinatal markazlarga yuboriladi. Uyda kasal bulgan chakaloklar esa ambulator davolansa buladi.

Ovkatlanishi: kukrak suti, ona suti bulmagan paytda donor suti bilan, moslashtirilgan sut aralashmalari bilan. Ovkatlanishi bolaning axvoli, vazni va kasallikning ogirlik darajasiga kura belgilanadi.

Maxalliy davo. Teridagi mayda yiringli toshmalar 1 – 2 % li anilin ranglarining spirtidagi eritmalarini kuniga 2 – 3 marta surtilish bilan davolanadi. Vezikulopustulezda chakalok terisini moychechak damlamasi, chabrets damlamasi bilan yuvintirish tavsiya etiladi. Eksfoliativ dermatitda UFO, sollyuks lampa bilan nurlantirish kerak.

Kindik yarasi avval 3 % li vodorod peroksidi bilan, keyin 2% li brilliant yashili bilan surtiladi. UFO nurlantiriladi.

Sepsis rivojlanganda antibakterial dori vositalari kullash tavsiya etiladi. Yiringli yaralar bakterial ekma javobi olingach korreksiya kilinadi.

Mavzu bo‘yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar, krossvord)

- 1) Erta yoshdagi bolalarning teri va teri osti yog‘ qatlami, limfa tugunlari qanday xususiyatlarga ega?
- 2) Bolalarda teri, teri osti yog‘ qatlami, dimfa tugunlari anatomo – fiziologik xususiyatlari (AFX) to‘g‘risida ma‘lumot yig‘ish, klinik tekshirish usullarini tushuncha berish.
- 3) Xastalik belgilarini baholashda nimalarga e‘tibor berish kerak?.
- 4) Limfa tugunlarining ahamiyati.
- 5) Limfa tugunlarining zararlanishi qanday kasalliklarda uchraydi?
- 6) Bolalarda sepsis kasalligining uchrashi sabablari.
- 7) CHaqaloqlarda sepsis rivojlanishi xavf omillari.
- 8) CHakaloqlar sepsisi etiologiyasi, patogenezi, klinik manzarasi
- 9) CHaqaloqlar sepsisini aniqlashning laborator tekshiruvlar usullari qaysilar?
- 10) CHaqaloqlar sepsisini maxsus davolash prinsiplari, chora – tadbirlarini olib borishda nimalaprga ahamiyat beriladi?
- 11) Sepsis profilaktikasi va dispanserizatsiyasini qanday olib borish lozim.?

Talabalar egallashi zarur bo‘lgan amaliy ko‘nikmalar.

- 1) Bolaning jismoniy holatini somatometrik baholash.
- 2) Bemor bolalardan va ularning ota- onalaridan anamnez yig‘ish.
- 3) Bemorlarning kuratsiyasi.

- 4) Kasallik anamnezini yig'ish.
- 5) Bemorlarni tizimlar bo'yicha klinik tekshirish
- 6) Bolalarda somatometrik tekshirish usullarini olib borish va ularning interpretatsiyasini bilish.
- 7) Teri, teri osti yog' qatlami shikastlanishida klinik manzarani bilishlari.
- 8) Limfa tugunlarni palpatsiya qilish, biopsiya olish texnikasi
- 9) Kon, najas, siydik taxlilini bak.taxlilga olish texnikasi
- 10) Bolalarga antibiotiklar tanlash va utkazish texnikasi
- 11) Bolalarga dori vositalarini tayinlash, dozasini aniklashni bilish

Mashg'ulotda qo'llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi

«Rotatsiya usuli» yordamida fikrni bayon etish.

Bu usul mavzuni kichik guruxlar bilan aloxida va butun guruxlar bilan taxlil etishiga asoslangan. Xar bir kichik gurux 30 minut davomida 3 ta topshirikni taxlil etadi, keyingi 15 minutda xamma birgalikda taxlil kiladi. Auditoriyaga bir necha nashrlangan topshiriklar osib chikiladi. Xar bir kichik gurux (2-3 kishi) 10 minut davomida muxokama kilib uz variantlarining javobini yozib oladilar, keyin boshka topshirikka utadilar va shu tarika davom etadilar. Xar bir gurux uzining rangli flomasterini oladi. 1-gurux – kuk, 2- gurux – kora, 3- gurux –yashil. Xar bir kogozi uchchala flomaster bilan belgilangan bulishi kerak. 10 minutdan keyin topshiriklar almashtirilib, 1 gurux- 2 topshirikni, 2 gurux -3, 3 gurux- 1 topshirikni bajaradi. Gurux uzidan oldingi gurux bergan javoblarni ukib, kushimcha kiritadi. Bunda takroriy javoblar bulmasligi kerak. YAna 10 minutdan keyin keyingi topshirikka utadilar va ukiydilar, uzlarining javoblari bilan tuldiradilar. 15 minutdan keyin taxlil kilinadi. Optimal javob topilib, daftarga eziladi. Bu usul mavzuni jamoa bilan taxlil etishga karatilgan.

Xar xil rangli flomasterdan foydalanish, xar bir gurux bergan javobni baxolashda kulay xisoblanadi. Javoblar oldindan nomerlab kuyilib, tugri javoblarni sanashda kulay xisoblanadi. Eng kup javoblarni bergan kichik guruxlar maksimal ballarni olishadi.

Укув топширик № 1

**Болаларда сепсис
касаллигининг учраши
сабаблари.**

Укув топширик № 2

**Чақалоқларда сепсис
синдромининг уяғ. белгилери**

Укув топширик № 3

Чақалоқлар сепсиси

Укув топширик № 4

Чақалоқлар сепсисини аниқлашнинг лаборатор текширувлар усуллари қайсилар?

Укув топширик № 5

Чақалоқлар сепсисини махсус даволаш принциплари, чора – тадбирларини олиб боришда нималапрга аҳамият берилади?

Клиник масала № 1

Янги тугилган чакалок, тугилгандаги вазни 3200г, буйи 50 см. 7 кунда болани педиатр куриб унда уйку холати, кул ва оёк букувчи мушакларининг гипертонусини, катта ликилдок 3,5х3,5 см ва сагиттал шовлар очиклигини пайкади. Боланинг боши оркага ташланган. Бола терисида майда йирингли тошмалар бор, киндик яраси битмаган, сероз суюклик келмокда. Боланинг бадани иссик. Онасини бу ташвишга солмокда.

Клиник масала № 2

Янги тугилган чакалок, тугилгандаги вазни 2200г, буйи 45 см. 4 кунда болани педиатр куриб унда уйку холати, кул ва оёк букувчи мушакларининг гипертонусини, катта ликилдок 3,5х3,5 см ва сагиттал шовлар очиклигини пайкади. Боланинг

Amaliy mashg'ulot № 12.

Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

Mavzu	Nafas olish organlari kasalliklari. Bronxitlar Etiopatogenez, tasnifi, shakliga kura utkir bronxitning klinikasi(oddiy utkir bronxit, utkir obstruktiv bronxit, utkir bronxiolit). Diagnostikasi. Davolash prinsiplari.
--------------	---

12.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 6 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
------------------------------	------------------------------

Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolalarda nafas olish organlari kasalliklari to'g'risida tushuncha. 2. Bolalarda bronxitlar tasnifi. 3. Bolalarda bronxitlar etiologiyasi, patogenezini. 4. Bolalarda bronxitlar kechishining xususiyatlari, solishtirma tashxisi, davolash va profilaktikasi.
<p><i>O'quv mashg'ulotining maqsadi:</i> Talabalarga bolalarda nafas a'zolari kasalliklari to'g'risida tushuncha berish. Bolalarda bronxitlar tasnifi, etiologiyasi, patogenezini, kasallikning kechish xususiyatlari, solishtirma tashxisi, davolash va profilaktikasini o'rgatish.</p>	
<i>Pedagogik vazifalar</i>	<i>O'quv faoliyati natijalari</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Talabalarga bolalarda nafas a'zolari anatomo – fiziologik xususiyatlari (AFX) to'g'risida tushuncha berish. - bolalarda bronxitlar tasnifini tushuntirish - bolalarda bronxitlar etiologiyasi, patogenezini, kasallikning kechish xususiyatlari, solishtirma tashxisi, davolash va profilaktikasi haqida tushuncha berish. 	<ul style="list-style-type: none"> - Talabalar bolalarda nafas a'zolari anatomo – fiziologik xususiyatlari (AFX) to'g'risida tushunchaga ega bo'lishi kerak. - bolalarda bronxitlar tasnifini haqida tushunchaga ega bo'lishi va bayon eta bilish. - bolalarda bronxitlar etiologiyasi, patogenezini, kasallikning kechish xususiyatlari, solishtirma tashxisi, davolash va profilaktikasi haqida tushunchaga ega bo'lib, so'zlab bera olishi va amaliyotda bajara bilishi.
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, proektor, flomaster, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «chaqaloq -qo'g'irchok»,
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat: savol – javob, mustaqili ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

12.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha O'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi 2. amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi 3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab, chiqish . 4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish . 5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi. 6. O'quv bilish topshiriqlarni tayyorlaydi 	
1.Mavzuga kirish (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi. 2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi. 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi 	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (100 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi. 2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi. 3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi. 4. Guruxlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi. 5. taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Anqlik kiritilishi lozim 	<p>Tinglaydilar., asosiy jixatlarini yozib oladilar</p> <p>Kichik guruxlarga bulinadilar.</p> <p>Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar</p> <p>Faol katnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar.</p> <p>Guruxdan sardor tanlashadi, uning</p>

	<p>bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi.</p> <p>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi.</p> <p>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</p> <p>8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi.</p> <p>9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>taqdimotida xamkorlik qiladilar.</p> <p>Savollarga javob beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar.</p> <p>Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
<p>3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</p> <p>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</p> <p>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi.</p> <p>Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish - internet ma'lumotlaridan referat, krossvord ko'rinishida tayyorlashni topshiradi</p>	<p>Savollar beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

BRONXITLAR

Bronxit - bronxlarning turli etiologiyali yalliglanish kasalligi (infeksion, allergik, fizik-ximik va boshq). Bolalarda bronxitlarning quyidagi shakllari ajratiladi:

1. O'tkir oddiy bronxit (OB)
2. O'tkir obstruktiv bronxit (OOB)
3. O'tkir bronxiolit
4. qaytalanuvchi bronxit (QB)
5. qaytalanuvchi obstruktiv bronxit (QOB)
6. Surunkali bronxit (SB) - birlamchi va ikkilamchi
7. Surunkali bronxiolit obliterasiya bilan birga

Bronxitlarning hamma shakllari zotiljamning klinik belgilarisiz bronx yalliglanishining klinik simptomlarida diagnostika qilinadi.

O'tkir oddiy bronxit - bronxlarning obstruksiya belgilarisiz kechadigan bronxitdir.

Etiologiyasi. O'tkir oddiy bronxit etiologik omili viruslar (paragripp 1 va 2 turlari, RS-viruslari, adenoviruslar, gripp virusi, sitomegalovirus) hisoblanadi. Fizik-ximik omillar ta'sirida, sovuq qo'tishda burun-tomoqda aotofloraning aktivlashuvi kuzatiladi. Ko'p hollarda o'tkir bronxit etiologiyasida virus-bakterial assosiasiyasi tasdiqlanadi, nafas yollaridagi epiteliyalarda joylashgan viruslar tropizmga ega bo'lganligi uchun ularni zararlaydi, bronxlar devori barer xususiyatini pasaytiradi va bakterial yalliglanish rivojlanishiga sharoit yaratib beradi. Shartli patogen bakterial aotofloraning invaziv emas, intralaminar ko'payishi haqida so'z boradi. Bronxit quyidagi bolalar infeksiyasi, jumladan, qizamiq va kok yotal kechish jarayonida paydo bo'ladi. Katta yoshdagi bolalarda etiologik omil bo'lib, Mycoplasma pneumonia, Chlamydia pneumonia hisoblanadi.

Patogenezi. Bronx shilliq qavatlari yuqumli kasalliklari gipersekresiyaga va shilliqning fizik-ximik xossasini (elastiklik, adgeziyasi, shilamshi?ligi) o'zgarishiga olib keladi, bu seliar hujayralarda ish faoliyatini qiyinlashtiradi, mukoseliar klirensi (nafas yo'llari sanasiyasini ta'minlaydi) buzilishiga sabab bo'ladi. Adashgan nerv afferent reseptorlarining qo'zgalishi natijasida paydo bo'ladigan yo'tal bronxlar tozalovchi funksiyasini kuchaytiradi.

Klinikasi. Ko'p qo'llarda etiologiyasiga bog'liq. Kasallik tana qaroratining kotarilishi, bosh og'rishi, o'zini yomon his qilish, ishtaha pasayishi bilan boshlanadi. O'tkir oddiy bronxit o'tkir virusli respirator infeksiyalardan so'ng rivojlanadi, kasallikning birinchi kunlarida yuqori nafas yollari zararlanish belgilari kuzatiladi. O'tkir oddiy bronxit asosiy belgisi yotal hisoblanadi. Kasallik boshida yo'tal quruq bo'ladi. Traxeobronxitda yo'tal qichishish va to'sh suyagining orqasida ogriq bilan kechadi. Erta yoshdagi bolalarda yo'talganda yuzning qizarishi va yig'lash to'sh suyagining orqa qismida og'riqdan dalolat beradi. Bir necha kundan keyin yo'tal yumshoq, nam, ko'p bo'ladi. Kichik yoshdagi bolalar balhamni chiqara olmaydi va yo'tib yuboradi.

O'pka ausqo'ltasiyasida o'tkir bronxitda dag'al nafas, diffuz quruq, nam, orta kalibrli xirillashlar eshitaladi, yo'talgandan keyin uning bog'liq kamayadi. Gematologik siljishlar virusli infeksiyalarni yoki og'ir bo'lmagan bakterial yalliglanishni ko'rsatadi. O'tkir bronxitning davomiyligi 2 haftadan oshmaydi.

Differensial tashqisi. Pnevmoniya, bronx-o'pka kasalliklari bilan o'tkaziladi, uning qaytalanishi o'tkir bronxit klinikasi bilan kechadi (mukovissidoz, bronxektatik kasallik va boshqalar). Pnevmoniyaga gumon qilinganda ko'krak qafasi rentgenografiyasi o'tkaziladi.

O'tkir obstruktiv bronxit va bronxiolit

O'tkir obstruktiv bronxit (OOB) - bronxlar obstruksiyasi sindromi bilan kechadigan kasallik. Kattalarga qaraganda, bolalarda ko'p uchraydi, og'irroq kechadi. Zamonaviy tasavvurlarga kora o'tkir bronxiolit OOBga kiradi, mayda

bronxlar va bronxiolalarning virusli etiologiyali zararlanishi bilan kechadi. O'tkir bronxiolit bilan asosan ikki yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi.

Etiologiyasi. O'tkir obstruktiv bronxit va bronxiolitda asosiy etiologik omil RS-viruslar, paragripp III turidagi viruslar, adenoviruslar hisoblanadi. Katta yoshdagi bolalarda o'tkir obstruktiv bronxit rivojlanishida miko'plazmalar va Ch. Rneumoniae asosiy o'rinni o'ynaydi.

Patogenezi. Bronxobstruktiv sindrom - patofiziologik tushuncha bo'lib, o'tkir va surunkali kasalliklar fonida bronxlar otkazuvchanligining buzilishi bilan harakterlanadi. Bolalarda bronx-o'pka kasalliklarida bronxlar obstruksiyasining asosiy komponentlari quyidagilar:

Bronxlar shilliq qavatining qalinlashishi. Bu komponentning asosiy sababi - shilliq va shilliq osti qavatining shishi va hujayra infiltrasiyasidir. Bola qanchalik kichik bo'lsa, bronxlar shilliq qavatining qalinlashuvi shunchalik yaqqol bilinadi, bu esa bronxobstruktiv sindromning rivojlanishiga olib keladi;

Nafas yo'llari kalibri kichik bo'lsa, yalliglanish yuqori bo'ladi va qaytmas obliterasiyaga olib keladi. Bronxlar bez apparatining giperplaziyasi ham shilliq qavatning qalinlashish darajasiga ta'sir qiladi.

Bronxlarning gipersekresiya va reologik xususiyatining o'zgarishi erta yoshdagi bolalarda bronxobstruktiv sindromning rivojlanishida katta ahamiyatga ega. Ekssudativ-kataral va limfatiko-gipoplastik qonstitusiya anomaliyalari bor bolalarda bronxobstruksiya sindromi rivojlanishiga moyillik yuqori bo'ladi. Bronxlar diametrining kichrayishida, bronxial sekretning suvsizlanishi obstruksiyaning boshqa komponentlariga bog'liq, bu esa ko'p ishlab chiqarilgan bronxial sekretning yuqori yopishqoqligiga olib keladi va qattiq shilliq to'siqning rivojlanishiga sabab bo'ladi, natijada nafas yollarini to'sib qo'yadi. Balham reologik xususiyatining o'zgarishi (yopishqoq sekret) mukovissidozda bronxial obstruksiya shakllanishining asosiy sababi hisoblanadi. Siliar diskineziya sindromida o'zgarmagan yo'ki infisirlangan bronxial sekret evakuasiyasi buziladi.

Bronxlar shilliq mushaklarining spazmi - tez rivojlanadigan va yengil qaytuvchi obstruksiya komponenti. Bola yoshi kattalashgan sari va obstruksiya epizodlari qaytalanishida u katta ahamiyatga ega. Tez-tez qaytalanuvchi yoki uzoq vaqt davom etuvchi spazm bronxlar shilliq mushaklari spazmiga olib keladi.

Bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishida opkaning shishi, havo yollarining emfizematoz o'pka to'qimasi bilan bosilishi obstruksiyani kuchaytiradi. Yuqorida keltirilgan obstruksiya mexanizmlaridan tashqari, timomegaliya, ko'krak ichi limfa tugunlarining kattalashishi, o'pkaning tug'ma bolakli emfizemasi, diafragmal churra, oraliq devor osmasida kompressiya natijasida nafas yo'llarining torayishi kuzatiladi.

O'tkir bronxiolitda epiteliy deskvamasiyasi bo'ladi, kiprikchalari bo'lmagan osuvchi qavat hujayralari bilan almashinadi. Bu mayda bronxlar va bronxiolalar shilliq qavatining erta zararlanishi hisoblanadi. Epiteliylar, fibrin tolalari, shilliq mayda bronxlar va bronxiolalarda qattiq tiqin hosil qiladi, bu bronxiolalarning toliq yo'ki qisman obstruksiyasiga olib keladi.

RS-viruslar bilan chaqirilgan bronxiolitning og'ir kechishida, RS-IgE anti tanachalarining spesifik titri yuqori, leykotrien S qonsentrasiyasi, shilliqda gistamin sekresiyasi yuqori bo'ladi.

O'tkir RS-bronxiolit o'tkazgan bolalarda, ko'p qo'llarda bronxlar nospesifik giperreaktivligi shakllanadi va bronxial astmaga bo'lgan moyillik yuqori bo'ladi.

Klinikasi. O'tkir obstruktiv bronxit tana qaroratining kotarilishi, yuqori nafas yollari kataral o'zgarishlari bilan o'tkir boshlanadi. Bolaning umumiy ahvoli birdan o'zgarmaydi.

Respirator buzilishlar belgilari kasallikning birinchi kunida yuzaga kelishi mumkin, ba'zida 3-5 kunida yuzaga chiqadi. Asta-sekin nafas olish harakati va nafas chiqarish davomiyligi bir mino'tda 50 martagacha yetadi, shovqinli, hushtaksim bo'ladi. Perko'tor tovushning qo'tichasimon bo'lishiga fonida, nafas chiqarishi uzaygan, ikki tomonlama quruq, qushtaksim xirillashlar eshitiladi. Bronxial bezlar gipersekresiyasi natijasida, kichik yoshdagi bolalarda mayda va o'rta pufakli nam xirillashlar eshitiladi va jarayonga bronxiolalarning qo'sqilishi kuzatiladi. Xirillashlar masofadan eshitiladi.

Obstruksiya rivojlanishi kuchayganda bola bezovtalanadi, qo'zg'aluvchanligi ortadi, qollariga tayangan holda majburiy o'tirgan holatni tanlaydi.

Nafas olishda yo'rdamchi mushaklar qatnashadi, burun qanotlari kerikkan, qovurg'alar oralig'ida va epigastral sohada tortilish kuzatiladi. Ba'zida og'iz atrofida yengil sianoz kuzatiladi. Periferik qonning o'zgarishi virusli infeksiyadagi kabi bo'ladi (leyko'peniya, limfositoz, EChT qisman o'shishi).

O'tkir bronxiolitda obstruksiyaning og'irlik darajasi va nafas yetishmovchiligining yaqqolliigi yalliglanishning mayda bronxlarda joylashishi, erta yoshdagi bolalarda brox-op'ka tizimining anatomo-fiziologik xususiyati va virusli yalliglanishning o'ziga xosligiga bog'liq. Nafas yo'llari yengil kataridan 2-4 kundan keyin hansirash nafas harakatining mino'tiga 70-90 taga yetishi kuzatiladi, nafas chiqarishning qiyinlashishi, yordamchi ko'krak mushaklarining ishtirok etishi, ko'krak qafasi chiqib turgan joylarining tortilishi, burun qanotlarining kerikishi, og'iz atrofi sianozi kuzatiladi.

Kasallik boshida yo'tal quruq, keyinchalik nam, balhamli bo'ladi. Temperatura reaksiyasi bronxiolitning etiologiyasiga bog'liq: adenovirusli infeksiyasida uzoq febril isitma kuzatiladi, boshqa etiologiyali bronxiolitlarda - tana qarorati 38-39°Sgacha ko'tariladi. Bu holat 1-2 kun davom etadi.

Bolaning umumiy ahvoli og'ir, nafas yetishmovchiligi yaqqol bilinadi. RaO_2 55-60 mm rt.st gacha pasayadi, RaSO_2 pasaygan (giperventilyasiya), bu asidozni rivojlanishiga to'sqinlik qiladi.

Ko'krak qafasi shishgan, perkussiyada qo'tichasimon tovush aniqlanadi, yurak nisbiy chegarasi kichraygan. Ausqo'ltasiyada uzaygan nafas chiqarish yo'ki hushtaksimon nafas chiqarish, nafas olishda va nafas chiqarishda ko'p mayda xirillashlar eshitiladi. Nafas olish tezlashganda nafas chiqarishning uzayishi bo'lmasligi mumkin.

Periferik qon o'zgarishi virusli infeksiyalardagidek bo'ladi. Rentgenda o'pka shishi kuzatiladi, o'pka ildizi kengaygan, ildiz oldi o'pka surati kuchaygan, atelektazlar, distelektazlar aniqlanadi. Asoratlanmagan bronxiolitda epiteliy regenerasiyasi kasallik boshlanishidan 2-3 kundan keyin paydo bo'ladi, 4-kuni gipersekresiya pasayadi, kiprikchalarning to'liq tiklanishi kasallikning 15-kuniga to'g'ri keladi.

Differensial tashqisi. O'tkir obstruktiv bronxit va o'tkir bronxiolitni yot jismlar bilan aspirasiya, bronxial astma xuruji, ba'zan - pnevmoniya bilan o'tkaziladi. Residivlanuvchi (qaytalanuvchi) bronxit. Kasallik oddiy o'tkir bronxitning qaytalanishi bilan kechadi (obstruksiya belgisisiz), uning epizodlari yilida 2-3 marta qaytalanadi, oxirgi 2-3 yil ichida qar bir xurujlar 3-hafta va undan ko'p marta davom etishi bilan harakterlanadi.

Residivlanuvchi bronxit bolalik davrlarida ko'p uchraydi. Surunkali bronxitdan farqi progressivlanuvchi kechishi kuzatilmaydi, bronx-o'pka tizimida qaytmas funksional va morfologik o'zgarishlar aniqlanadi.

Etiologiyasi. Residivlanuvchi bronxit erta va maktabgacha yoshdagi bolalarda ko'p uchraydi. qaytalanuvchi bronxitda ekzogen va endogen omillar katta ahamiyatga ega, bolalarda respirator kasalliklarga sabab bo'ladi.

Qaytalanuvchi bronxitga xurujlarni mavsumiyligi harakterlidir, bu virusli respirator infeksiyalarning epidemik ko'tarilishiga to'g'ri keladi, ko'p hollarda xurujlarni rivojlanishiga sabab bo'ladi. Bolalarda qaytalanuvchi bronxitning shakllanishi va kechishida bakterial infeksiyalarni o'rni katta: pnevmokokk, gemofil tayogchalari, xlamidiya va miko'plazmalarni bir hilda uchrashi kuzatiladi. Bronxial daraxtning ushbu mikroorganizmlardan tozalanishi sekin kechishi harakterli hisoblanadi. Bolalarda qaytalanuvchi bronxitda nospesifik rezistentlik (neytrofilli leykositlarni pasayishi) va immunologik reaktivlik xususiyati mavjud (xuruj davrida supressorlar pasayishi va remissiya davrida xelperlar aktivligi, T-limfositlar faolligi pasayishi, xuruj davrida sekretor IgA pasayishi kuzatiladi, zardob immunoglobulinlari bog'liq doimiy normal bo'lganda kasallik remissiya davrining uzayishi harakterlidir).

Klinikasi. Bola qanchalik kichik bo'lsa, xurujlar shunchalik ko'p uchraydi (erta yoshdagi bolalarda yilida ortacha 8 marta qaytalanadi, maktab yoshidagi bolalarda

yilida 2-3 marta kuzatiladi). qaytalanuvchi bronxit xuruji o'tkir boshlanadi, tana harorati subfebrilgacha, ba'zida febrilgacha kotariladi, quruq yotal 2-3 kundan keyin nam balhamli yo'talga aylanadi.

Maktab yoshidagi bolalarda qaytalanuvchi bronxit xuruji tana qaroratining ko'tarilmasligi bilan kechadi. Yo'tal odatda kun davomida bir xil yo'ki ertalablari kuchaygan bo'ladi.

Ausqo'ltativ, perko'tor ma'lumotlari va rentgenologik o'zgarishlar o'tkir bronxitdagidek bo'ladi.

Kasallik remissiyasi sekin rivojlanadi. Uzoq vaqt (3-4 haftadan kam bo'lmagan) qisman yo'tal saqlanadi, ertalablari shilliq yo'ki shilliq yiringli balg'am ajralishi bilan kuzatiladi.

Differensial tashqisi. Ikkilamchi surunkali bronxit, surunkali bronx-o'pka kasalliklarining klinik qorinishi bo'lishiga mumkin: mukovissidoz, bronxoektatik kasallik. O'pka rivojlanishi nuqsonlari, siliar diskineziya sindromi va boshqalar. Bu kasalliklarga gumon qilinganda bola pulmonologiya bo'limida tekshirilishi rentgen, funksional va instrumental bronx-o'pka tekshiruvidan o'tishi kerak.

Oqibati. qaytalanuvchi bronxitda yo'mon emas, ba'zida surunkali shaklga o'tishi mumkin. 2% bemorlarda qaytalanuvchi bronxit bronxial astmaga o'tishi mumkin.

Residivlanuvchi obstruktiv bronxit - bu o'tkir obstruktiv bronxitning qayta epizodlari bilan kechadigan kasallik. Ba'zan kasallik etiologiyasida xlamidiyalarni o'rni katta.

Klinik ko'rinish va davolash o'tkir obstruktiv bronxitnikidek bo'ladi. Tashqis 3 - 4 yoshda qo'yiladi.

O'RVI obstruksiya epizodlarini chaqiradi. Bronxlar giperreaktivligi va obstruksiya residivi endogen omil bo'lib hisoblanadi. Bronxlar giperreaktivligi -infeksion va noinfeksion omillar ta'siridagi havo o'tish yo'llarining noadekvat reaksiyasi, klinikada bronxlar obstruksiyasi bilan kechadi.

Populyasion tekshirishlar bronxlarning birlamchi giperreaktivligini (irsiy, tug'ma) aniqlaydi.

Ikkilamchi giperreaktivlik nafas yo'llarining infeksiyon, allergik zararlanishi natijasida kelib chiqadi. Residivlanuvchi obstruktiv bronxit differensial diagnostikasidan maqsad qar bir bemorda bronxlar giperreaktivligini aniqlashdan iborat. Bronxial astma bilan qaytalanuvchi bronxit o'rtasidagi differensial tashqis qiyinchilik tug'diradi. 30-50% erta yoshdagi bolalarda bronxial astma xurujida virusli infeksiyaning o'rni yuqori bo'ladi.

Qaytalanuvchi obstruktiv bronxitda oilaviy anamnezda allergik kasalliklari kuzatilmaydi va atopiyaning o'pkadan tashqari zararlanishi bo'lmaydi.

Umumiy va spesifik immunoglobulin IgE bog'liq normada bo'ladi, obstruksiya xurujli harakterga ega emas, noinfeksion ekzogen allergenlar ta'siri bilan bog'liq

emas, astmaga qarshi bazis terapiyadan samara bo'lmaydi. 20% bolalarda residivlanuvchi obstruktiv bronxit anamnezida bronxlarning tug'ma giperreaktivligi sababini aniqlash mumkin: tug'ilganda kichik vazn, homiladorlik vaqtida onasining tamaki chekishi, nafas yollarining kichik kalibrligi. Residivlanuvchi obstruktiv bronxit xurujini virusli infeksiya kuchaytiradi. 3 - 4 yoshda epizodlar to'xtaydi.

Surunkali bronxit

Birlamchi surunkali bronxit - kattalardagi surunkali bronxitga oxshash, bolalarda juda kam uchraydi. Bu tashqis mukovissidoz, siliar diskineziya, surunkali pnevmoniya tashqislarini iste'sno qilingandan so'ng qo'yiladi.

Ikkilamchi surunkali bronxit - bronx-o'pka tizimi kasalliklarining yuqorida korsatilgan belgilari aniqlansa qo'yiladi.

Bolalarda surunkali bronxitlarning tashqisot mezonlari:

- 1) Balhamli yotal;
- 2) 3 oy va undan ko'p vaqt davomida doimiy xirillashlar;
- 3) Yilida uch va undan ko'p marta xurujlar takrorlanishi;
- 4) Bronx devorida morfologik belgilarning aniqlanishi.

Klinikasi. Bronxoobstruktiv sindrom harakterlidir. Tashqi nafas tekshirilganda ko'krak ichi bosimi ortganligi, o'pkaning qoldiq hajmi oshganligi, bronxial o'tkazuvchanlik buzilganligi aniqlanadi. qaytalanuvchi yo'tal, ausqo'ltasiyada zararlangan o'choq ustida sust nafas, mayda pufakchali nam xirillashlar eshitiladi. Ular doimiy eshitilishi mumkin, bu esa pnevmoniya bilan tashqis o'tkazishda qiyinchiliktug'diradi. Nafas yetishmovchilik belgilari total zararlanishda kuzatiladi.

Amaliy mashg'ulot № 13-14.

Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

Mavzu	<p>O'tkir zotiljam Etiopatogenezi, kasallik rivojlanishiga olib keluvchi omillar, tasnifi, kechuviga ko'ra klinikasi. Yoshga karab klinik namoyon bo'lishi.</p> <p>Asoratlari, klinik namoyon bulishi. O'tkir zotiljamning rentgen diagnostikasi, zotiljam shakli va asoratlariga karab o'zgarishlari. Davolash prinsiplari, rehabilitatsiya.</p>
--------------	---

13-14.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 12 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolalarda o'tkir zotiljam to'g'risida tushuncha. 2. Bolalarda o'tkir zotiljam tasnifi. 3. Bolalarda o'tkir zotiljam etiologiyasi, kasallik rivojlanishiga olib keluvchi omillar. 4. Bolalarda o'tkir zotiljamning kechuviga ko'ra klinikasi va yoshga qarab klinik namoyon bo'lishi. 5. O'tkir zotiljamning rentgen diagnostikasi. 6. Zotiljam shakli va asoratlariga qarab o'zgarishlari. 7. O'tkir zotiljamni davolash prinsiplari, rehabilitatsiya.
<p><i>O'quv mashg'ulotining maqsadi:</i> Talabalarda bolalar pnevmoniyasi to'g'risida tushuncha berish. Pnevmoniyaning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tasnifi, patogenetik davosi va profilaktikasini o'rgatish. Tekshirish usullarini va klinik tashxislashni o'rgatish. Turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholash.</p>	
<i>Pedagogik vazifalar</i>	<i>O'quv faoliyati natijalari</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Talabalarga bolalarda nafas olish a'zolarining anatomo – fiziologik xususiyatlari to'g'risida tushuncha berish. - nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini o'rgatish - xastalik belgilari haqida tasavvurga ega kilish. - turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholay olishni o'rgatish. - volalarda pnevmoniya kasalligini aniqlay olishni tushuntirish - rnevmoniya kasalligini etiologiyasi, patogenezini, klinikasi va davolashni o'rgatish 	<ul style="list-style-type: none"> - Talabalar bolalarda nafas olish a'zolarining anatomo – fiziologik xususiyatlari to'g'risida tushunchaga ega bo'lishi kerak. - nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini o'rganish va aytib berish - xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bo'lish. - turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholay olishni o'rganish. - volalarda pnevmoniya kasalligini aniqlay olish - rnevmoniya kasalligini etiologiyasi, patogenezini, klinikasi va davolashni o'rganish
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash

Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, proektor, flomaster, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «chaqaloq -qo'g'irchok»
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat: savol – javob, mustaqili ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

13-14.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha O'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi 2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi 3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab, chiqish . 4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish . 5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi. 6. O'quv bilish topshiriqlarni tayyorlaydi 	
1.Mavzuga kirish (10 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi. 2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi. 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi 	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (100 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi. 2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har 	<p>Tinglaydilar., asosiy jixatlarini yozib oladilar</p> <p>Kichik guruxlarga bulinadilar.</p>

	<p>bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</p> <p>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayyorlangan varakalarni tarkatadi.</p> <p>4. Guruxlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi.</p> <p>5. taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa, gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi.</p> <p>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi.</p> <p>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</p> <p>8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi.</p> <p>9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar</p> <p>Faol katnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar.</p> <p>Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar.</p> <p>Savollarga javob beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar.</p> <p>Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
<p>3. Yakuniy bosqich (10 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</p> <p>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</p> <p>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi.</p> <p>Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish - internet ma'lumotlaridan referat, krossvord ko'rinishida tayyorlashni topshiradi</p>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar</p> <p>Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

Pnevmoniya - deb (yunoncha pnevmo) upka tukimasining yalliglanishiga aytiladi.

Pnevmaniya - upkaning terminal respirator kismlarining zararlanishi va alveolalarda ekssudat yigilish bilan kechadigan utkir infeksiyon - yalliglanish xolatidir.

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

Pnevmoniya - bu upkada nafakat nafas yetishlovchiligi sindromi, fizikal simptomlar borligiga karab, balki rentgenogrammadagi uchokli va segmentlar infiltrativ uzgarishlar borligi bilan xarakterlanadigan utkir infeksiyon - yalliglanish kasalligidir.

Pnevmoniya bola organizmida modda va xavo almashinuvining keskin buzilishi bilan kechadigan ogir kasallikdir. Bu kasallik ayniksa erta yoshdagi bolalarda uchraydi, xamda aksariyat xollarda xar xil asoratlar bilan kechadi. Bolalarda kuzatiladigan pnevmoniya kechishi va okibatlari jixatdan bolalikning xar xil davrlarida fark kiladi. Bu jixatdan eng avvalo chakaloklarda va gudak bolalar pnevmoniyalari va katta yoshdagi bolalarda kuzatiladigan pnevmoniyalar va pnevmopatiyalarni fark kilish joizdir.

Infeksiya tushish sharoitiga karab pnevmoniya shifoxonadan tashkari ("uy ichi") va kasalxona ichi (gospital, nozokomial) turlariga bulinadi.

Chakaloklarda esa - xomila ichi (tugma va postnatal) (orttirilgan) pnevmoniyalarga bulinadi.

Postnatal pnevmoniyalar esa kasalxona ichi va kasalxonadan tashkari pnevmoniyalarga bulinadi.

Kasalxonadan tashkari pnevmoniyalar deganda bola odatdagi uy sharoitida bulganda yuzaga keladigan pnevmoniyalar tushiniladi.

Kasalxona ichi pnevmoniyalar - bu bola statsionarga tushgandan keyin 48 soatdan keyin yoki kasalxonadan chikarilgandan keyin 48 soat va undan kuprok (7 kungacha) vakt davomida yuzaga keladigan pnevmoniyalardir.

Xomila ichi pnevmoniyalariga bola tugilgandan keyin 72 soat davomida yuzaga kelgan pnevmoniyalar kiradi.

Klinik - rentgenogramma belgilar xarakteriga karab pnevmoniyalar; uchokli - kushilgan; bulakli (krupoz), segmentar va iterstitsial.

Uz vaktida tugri davolanganda asoratlanmagan pnevmoniyalar 2 - 4 xaftada utib ketadi, asoratli pnevmoniyalar esa 1 - 2 oy davom etadi. Agar davolash samarasi 1,5 - 6 oy ichida kuzatilmasa pnevmoniyaning chuzilgan formasi (segmentli shakli) deb tashxis kuyiladi.

Pnevmoniyalarning klassifikatsiyasi

Infeksiya tushish sharoitiga karab:

- Shifoxonadan tashkari ("uy ichi", "ambulator") pnevmoniya. Eng kup uchraydigan chakuruvchilari: pnevmokokk, gemofil tayokchasi, mikoplazma, moraksella.
- Kasalxona ("gospital") pnevmoniyasi. Eng kup uchraydigan chakiruvchilar: stafilokokk, ichak tayokchasi, kuk yiring tayokchalar, protey, klebsiyella, seratsiya va boshkalar.
- Xomila ichi pnevmoniyalar.

Morfologik uzgarishlarga karab:

- Bronxopnevmoniya;
 - uchokli
 - segmentli
 - uchokli - kushiluvchan
- Krupoz (bulakli)
- Interstitsial

Kasallikning kechishiga karab:

- Asoratlanmagan
- Asoratlangan.
 - Upkada asoratlar (plevrit, destruksiya, abscess, pnevmotoraks, piopnevmtoraks).
 - Upkadan tashkari asoratlar (infeksion - toksik shok, DVS sindromi, kon aylanish yetishmovchilik sindromi, respirator - distress sindromi).

Etiologiyasi.

Pnevmoniya rivojlanish asosan (gripp, respirator - sintetsial, adenoviruslar va boshka), strepto - stafilokokklar, "shartli" patogen tayokchalar sabab bulmokda. Pnevmoniya bilan ogrigan bolalarda kasallikning sababi viruslar va bakterialardir, xozirgi paytda eng kup tarkalgan omillar viruslar bulib, ular pnevmoniyani mustakil ravishda keltirib chikarishi yoki ularning ta'siri ostida tukimalarda karshilik kursatish kobiliyatining maxalliy buzilishi okibatida ikkilamchi tarzda mikroblil yalliglanishni keltirib chikadi. Pnevmoniya kasalligi - organizmning yukumli omillarga kurashishi kobiliyatini (immunitet)ning tugma yetishmasligi bilan

tugilgan yoki ikkilamchi ravishda shu axvolga tushgan (raxit, gipotrofiya, anemiya, konstitutsiyalar anomaliyasi natijasida) bolalarda osonlik bilan vujudga keladigan va nisbatan ogir kechadi.

Pnevmoniyaning erta yoshdagi bolalarda kuprok uchrashi va ularda nafas yetishmasligining nisbatan tezrok rivojlanishiga moyillik tugdiruvchi nafas olish a'zolarining uziga xos anatomik va fiziologik xususiyatlari mavjudligi bilan boglikdir. Bu xususiyatlarga erta yoshdagi bolalarda kovurgalarning nisbatan gorizontaal joylashganligi yukori nafas yullarining torligi, ulardagi shillik pardaning kon tomirlarga boyligi, kuprok nafasi suyaklarning ortikcha egiluvchanligi, xikildok va troxeya togaylarining nisbatan yumshokligi kabilar kiradi.

Patogenezi.

Upka tukimasiga yukumli omillar kuyidagi uch yul orkali tushish mumkin:

1. Xavo bilan yukori nafas yullari orkali - aerogen (bronxogen) yul.
2. Konga tushgan yukumli omillarning upka tukimasiga utish - gematogen yul.
3. Limfa suyukligi orkali upka tukimasiga tushish - limfogen yul b/n.

Yukumli omillar upka tukimasiga tushgach, yalliglanish uchoklari paydo buladi, bu esa uz navbatida upka kushuvchi tukimasining burtishiga, alveolalarda suyuklik tuplanishga olib keladi. Bu xolatda alveolalarda O₂ ning surilishi kamayib, natijada uning kondagi mikdori kamayadi (gipoksiya). Shu bilan bir katorda kondagi karbonat angidrid gazi (SO₂) chikarish ozayib, konda uning mikdori me'yoridan ancha kupayadi (giperkapniya). Bu esa nafas olish faoliyatining yetishmovchiligi degandir. Organizmda tuplangan SO₂ gazi nafas olish markaziga salbiy ta'sir kursatadi, xansirashga olib keladi.

Gipoksemiya upka tukimasiga infeksiyon agent bulib, yalliglanish uchogi paydo bulishi natijasida yuzaga keladi. Yalliglanish uchogi alveolalar devoridagi epidermik kuchishi, interstitsial tukimaning shishi va gaz perfuziyasining buzilishi bilan boradi. Bronxlar obstruksiyasi, mikroatelekazlarning paydo bulishi. Gipoksemiya nafas yetishmovchiliga, respirator atsidoz, konda uglekislolaning kupayishi (giperkapniya) bilan kechadi. Giperkapniya nafas markazini kuzgatadi va kompesator reaksiyani - xansirashini chakiradi. Bundan tashkari, gipoksiya va intoksikatsiya tukima nafas fermentlarining funksional aktivligini susaytiradi va vitaminlar zaxiralarini kamaytiradi. Poligivitaminov yuzaga keladi.

Gipoksiya konda va parsial bosilining pastki kritik daraja tushishi

natijasida yuzaga keladi. Bunda bola organizmi xujayralari O₂ uzlashtirish xususiyatini yukotadi va anaerob modda almashinuvi tiklanadi.

Tukimalarda sut kislotasi va boshka oksidlanmagan almashinuv maxsulotlari tuplanadi, respirator atsidozga metabolitik atsidoz kushiladi.

Konda, venoz konda xam xujayralar uzlashtirib olalmagan O₂ kupayadi, SO₂ esa kamayadi (gipokapniya). Gipoksiya tufayli gemodinamikaning buzilishi va mikrotsirkulyaning uzgarishi markaziy nerv sistemasi va jigar tukimalarida patologik uzgarishlarga sabab buladi modda almashinuvining barcha turlari buziladi, nafas yetishmovchiligi kuchayadi.

Dizerniya - patologik jarayonning eng xavfli boskichi xisoblanadi. Moddalar almashinuvining xujayra darajasidagi chukur buzilishlari bolaning reaktivligini uzgarishga olib keladi, xujayra va gumolar immuniteti sezilarni darajada pasayadi.

Shu fonda bola organizmidagi bakterial flora atkiylashadi, ikkilamchi infeksiya kushiladi, yiringli uchoklar paydo buladi keyin esa septikopiyemiya rivojlanadi.

Upka segmentlaridan tuzilgan bulib u asosan 3ta vazifani bajaradi:

1. Nafas olishda ishtirok etish.
2. Immuno-biologik vazifali
3. Drenaj vazifasi, ya'ni nafas yullarida tuplangan suyuklik yoki boshka yot narsalarni chikarish vazifasi. Pnevmoniyada shu vazifalarning barchasi buziladi.

Klinik xususiyatlari

Kasallikning klinik kurinish uning kay shaklida yuzaga kelganligi va uni keltirib chikargan omillarining xususiyatlariga boglik bulib, juda xilma - xildir.

Mayda kismlarida paydo buluvchi (uchokli) pnevmoniya, odatda tumov - aksirish, kuruk yutal, unchalik yukori bulmagan isitma, bolaning injiklanishi, burun bitishi bilan boshlanadi, asosan respirator viruslar bilan boglik buladi. Kasallikning 5-7 kunlarida bolaning rangi okarib yutal kuchayadi, isitmasi oshadi, xansirash paydo buladi.

Nafas olish kushimcha mushaklarning (ichkariga) ishtirokida boradi.

Kukrak kafasini tukilatib urib kurganda (perkussiya) agar pnevmoniya mayda uchokli bulsa, uzgarish sezilmasligi mumkin. Upkada boshlangich davrida kuruk va kichik-katta pufakli xul xirillashlar eshtilsa, bir xaftadan sung uchokli simptom - krepitatsiya eshitiladi. Perkussiyada tovushning kiskarishi

upkaning zararlangan joyi kancha katta bulsa, shuncha tez uchraydi, pritupleniye aniklaydi.

Yurak tonlari bugiklashgan, pulsi tezlashgan R-upkada zararlanmagan kismalarining kompensator kengayishi (emfizema xolati), uchokli infeksiya, konda leykotsitoz salgina neytrofilyoz, SOE - 20-40mm/ch, sogayish 2-3 hafta.

Segmentlar pnevmoniya

Yalliglanish jarayoni bitta yoki bir nechta segmentda joylashadi. Ichki organ va sistemalarda kuchli uzgarishlar buladi, toksikoz rivojlangan buladi.

Utkir boshlanadi, isitmasi 38-39oS, katta bolalarda bosh ogrishiga, boshi aylanishiga, ishtaxasi bulmaydi, ba'zan bolalarda korin soxasida ogrik, kusish, ichi ketishi mumkin.

Ba'zi vaktlarda birinchi urinda markaziy nerv sistema tomonidan buladi: talvasa, xushini yukotish.

Pnevmoniya kechishi mumkin:

- neyrotoksikoz belgilari bilan,
- kardiovaskulyar sindrom bilan,
- oshkozon - ichak sistemasini uzgarishi.

Ensefalitik sindrom paydo bulishi bakteriya, toksik va toksik moddalarning markaziy va vegetativ nerv sistemasiga ta'sir kilib neyrotoksikoz xolatida kechadi.

Neyrotoksikoz uch fazasi aniklanadi:

1. Gipertermiya
2. Gipoksicheskaya ensefalopatiya
3. Terminal

I faza. Gipertermik fazasida - isitma baland, bezovta, miodi-namikani buzilishi belgilari: oyok - kullarining muzlashi, taxikardiya, akrotsianoz, xansirash, oligoureya.

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

III faza. Chukur koma - paralitik kollaps - taxikardiya, bradikardiya bilan almashinadi, xansirash bradiknoz buladi, keyin cheyn-stoks nafas olishga utadi.

Kardiovaskulyator sindrom - bemor sianoz, ba'zan tarkalgan xolda, teri koplamlari marmarga uxshagan, bu kon tomirlarda dimlanish buladi.

Taxikardiya 200 bir minutda, yurak tonlari bugik, A/D pasaygan. Upkada - upka ovozi kiskargan, yalliglangan jarayonida nafas olish susaygan, upkada kuruk, xul va krepatatsiya xirillashlar aniklanadi.

Rentgenogrammada - gemogen soyalar bir nechta segmentda bulib, 2-6 xaftagacha

saklanadi. Pnevmoniyaning uchokli va segmentar shakllarini asorat berishi premorbid xolati bor bolalarda (raxit, ekssudativ diatez, timomegaliya, chala tugilish) kuzatiladi.

Interstitsial zotiljam. Asosan viruslar, pnevmotsistlar, mikoplazma va zamburuglar tomonidan chakirilib, kupincha chakalok bolalarda, ular chala tugilgan bulsa, yoki gipotrofiya anemiya bilan kasallangan nimjon bolalarda rivojlanadi. Interstitsiya pnevmoniyada bemorning umumiy axvoli juda tez ogirlashadi, burun kerilib, nafas olishi shovkinli buladi, lab atrofi va yuzida kukarish kuzatiladi.

Xurujsimon chuziluvchan, ogir yutal kuzatiladi. Upkada perkutor va auskultatsiyada: nafas olish biroz susaygan, onda - sonda nam va dagal kuruk xirillashlar eshitiladi. Sagayishi 1-2 xaftadan to 1-2 oygacha davom etadi. Gipotrofiya, raxit va anemiya bilan kasallangan erta yoshdagi bolalarda pnevmoniyaning kechishi bir kator uziga xos xususiyatlariga ega. Ularda tana xarorati kam uzgarishi, yutalning juda kam bulishi. Auskultatsiyada upka nafas shovkini biroz susayib, kukrak kafasining pastki kismi, xamda umurtka atrofida paydo pufakli nam xirillashlar eshitiladi. Bunday xollarda sust klinik manzara bilan kechadi, xattoki uning asoratlari kelib chikadi: me'da - ichak, yurak va buyrakning faoliyati susayib, bemorni axvoli tez ogirlashadi, uning tanasida shish paydo buladi.

Utkir pnevmoniyaning diagnostikasi jadvali

Pnevmoniyaga xos belgilar	Pnevmoniyaga xos bulmagan belgilar
38oS dan yukori isitma	38oS dan yukori isitma
Isitma 3 kundan kup sianoz	3 kundan kam
Ovozli nafas	
Taxikardiya	
Obstruksiya sindromi yukligida xansirash	Obstruksiya sindrom
Yutal Yutalning yukligi	
Maxalliy belgilari:	
Maxalliy kuruk bulmagan xirillishlar	Tarkok kuruk va kuruk bulmagan xirillashlar
Kattik yoki kuchsizlangan bronxial nafas	
Perkutor tovushning kiskarishi	Konning normal manzarasi
Neytrofil leykotsitoz 10×10^9 g/l dan yukori	
SOE - 20 mm/soatdan yukori	

Differensial diagnoz va diagnozi

Utkir pnevmoniyaning tashxisi: bolani ovkatlantirish, kechirgan kasalliklari va kechishi, klinik manzarasi: URVI bilan kasallangan, tana xarorashini kutarilishi, yutal, xansirash, (bronxitlar) belgilari kuzatiladi. Kurikda bolani nafas yetishmovchiligiga xolatiga e'tibor berish kerak. Upkada perkussiya va auskultatsiya yordamida eshitish. Kukrak kafasini rentgenogramma kilish, kon analizi va balgam olib tekshirish.

Differensial diagnozi: URVI, bronxitlar va bronxolitlar, nafas yullarida utkazuvchanlik utishida (yot moddalar, aspiratsiya, laringospazm, bronxospazm) plevrit, tuberkulyoz va boshka belgilar bilan solishtirish mumkin.

Davolash. Kasallikni barvakt aniklab uz vaktida davolash, pnevmoniyaning katta axamiyatga ega. Davolash ishlari uy sharoitiga va shifoxona sharoitiga olib boriladi. Kasallikni aniklanganda antibiotiklar tayinlanadi. Kaysi antibiotikni kullash ayni muddao ekanligini bilish uchun, uning antibiotiklarni sezuvchanligini aniklash lozim.

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

Antibiotiklar pnevmoniya chakirgan yukumli omilar ta'sir kilish bilan bir katorada, organizmda odatdagi mikroorganizmlar muvozanatini buzib, zamburuglar (kandidoz) rivojlanmasligi uchun ayni paytdo nistotin (50-100 ming birlik kuniga 3-4 marta) yoki levorin (80-100 ming) tayinlanadi. Oziklanish ratsioni bola axvoliga karab individual tayinlanadi, bunda asosan suyuklik ichish tartibiga aloxida e'tibor berish kerak, uning tarkibi kuyidagicha:

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

Suyuklining bir kunlik umumiy mikdori 700-1000 ml dan kam bulmasligi kerak.

Kasallik ogir, asoratli kelgan xallarda bolaning tana xarorati yukori bulsa, uni yalongoch kilib kuyishi, badanini 40% li spirt eritmasi bilan ishkalamasdan artish, buyin va son soxasidagi yirik kon tomirlarining ustiga yupka buyumga uralgan muz kuyish foydadir. Bunday paytda amidopirinning 4% eritmasi 0,1 ml/kg, 50% li analgin eritmasidan bolaning xar bir yoshiga 0,1 ml yoki aminazinning 2,5% li eritmasidan (1-2 mg/kg) mushak orasiga yuboriladi.

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

5 kg (2 oylik) - 3,75 ml x 2 marta
10 kg (1-2 yosh) - 7,5 ml x 2 marta
15 kg (4 yosh) - 10 ml x 2 marta
20 kg (6 yosh) - 15 ml x 2 marta
30 kg (10 yosh) - 22,5 ml x 2 marta

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

Seftriokson v/v, v/o 250/500/1000 mg
50-70 mg/kg x 2 marta

Sefazalin 250/500/1000 mg
25-50 mg/kg 0,25g - 0,5g - 1,0g

Pnevmoniyaning ogir shaklladi, ya'ni segmentar pnevmoniyada megasef antibiotikdan foydalanish mumkin.

Megasef. tabletka 250-500 mg № 10

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

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

3 yoshgacha bulgan bolalarga 50-100 mg/kg 6-8 soat yangi tugilgan chakalalarda 30-100 mg/kg kuniga 3 marta.

Tayyorlanishi 250 mg - 1 ml inyeksiya suvi
750 mg - 3 ml inyeksiya suvi

Infuzion terapiya kuyidagilar kursatma: neyrotoksikoz, yiringli intoksikatsiya. eksikoz - suyuklik mikdori 30-40 ml/kg dan oshmaslik kerak reopoliglukin 10ml/kg sut dozada:

Plazma yoki albumin 5-10 ml/kg sutkasida

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

Yurak yetishmovchiligi bulganda tomir ichiga kuyidagi yurak glikozidlari yuboriladi (0,1 ml 0,05% eritma) yoshiga karab strofantin yuboriladi, ogir xollarda glikokortikoid gormonlar kullaniladi - prednizolon 3-5 mg/kg dan v/i sutkada 1-3 kun davomida.

Bemorda balgam kuchiruvchi va yutalga karish tabletka va siroplar berish kerak.

Linkas sirop

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

kattalarga - 2 choy koshik 3-4 marta kuniga.

Pertussin -

kattalar - 1 osh koshik - 3 marta kuniga

bolalarga - 0,5 choy koshik - 3 marta kuniga

Ambrobenye -

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

2 yosh - 2,5 ml x 2 marta

5-12 yoshgacha - 5 ml x 2 marta

Inyeksiya:

0-2 yosh - 1 ml x 2 marta

2 yoshdan - 1 ml x 3 marta

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

12 yoshdan - 2 ml - 2-3 marta

Dispanserlashtirish (nazoratga olish)

Pnevmoniya bilan kasallangan 3 yoshgacha xamma bolalarni dispanser nazoratida bulishi kerak.

Agar 1 yil davomida retsdiv (kaytalanish bulmasa) klinik va rentgenologik uzgarishlar bulmasa, xisobdan chikariladi.

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

Utkir pnevmoniyaning oldini olish - pnevmoniya infeksiyon kasallik bulganligi tufayli yukishidan saklanish kerak. Raxit, gipotrofiya, anemiya, diatezlar va genetik kelib chikan immunodefitsit kasalliklarini davolash va profilaktika kilishi zarur.

Kasallikning oldini olishga pnevmoniyadan oldin kechadigan utkir va surunkali jarayonlarni yuk kilish xamda bolalar organizmini erta yoshdan xamma chinikish chora - tadbirlarini kullash bilan chidamligini oshirish kerak.

Amaliy mashg'ulot № 15.

Amaliy mashg'ulotlarining ta'lim texnologiyasi.

15– mavzu	BRONXOEKTATIK KASALLIK
------------------	-------------------------------

1.3. Talim berishtexnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti- 2soat	Talabalar soni : 20-60 gacha
Mashg'ulot shakli	Kirish – axborotlimaruza
Mashg'ulot rejasi	1. Bronxoektatik kasalliktalkini. 2. Bronxoektatik kasallikchakiruvchixavfliomillar. 3. Bronxoektatik kasallikpatogenezi. 4. Klinik belgilarivadiagnostikasi. 5. Bronxoektatik kasallikdavo lashusullari.
Ukuv mashg'ulotning maksadi: Talabalarga bolalarda bronxoektatik kasallik kechish xususiyatlari to'g'risida tushuncha berish . Bolalardagi Bronxoektatik kasallik etiopatogenezi o'rgatish va klinik ko'rinishi aniklay olish. Boskichli davolash tadbirlari. Kelajakdagi natijalarini o'rganish.	
Pedagogik vazifalar:	O'quv faoliyati natijalari:
Talabalarga bolalarda nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini o'rgatish. Turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baxolay olishni o'rgatish. Bronxoektatik kasallik aniklay olishni o'rgatish. Bronxoektatik kasallik etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni	Talabalar bolalarda nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini, turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baxolay bilishi kerak. Bronxoektatik kasalliktalkini aniqlay olishni, Bronxoektatik kasalligini etiologiyasi, patogenezi, klinikasivadavo lashnibilishikerak.

o'rgatish.	
Talimberishusullari	Kurgazmalimaruz, suxbat
Talimberishshakllari	Ommaviyjamoaviy
Talimberishvositalari	O'quvkullanma, proektor
Talimberishsharoiti	UTV bilanishlashgamoslashtirilgan auditoriya
Monitoring vabaxolash	Og'zaki nazorat:savol-javoblar

Amaliy mashg'ulotining texnologik xaritasi.

Ish boskichlari va vakti	Faoliyat mazmuni	
	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	<p>13.Mavzu buyicha ukuv mazmunini tayyorlash.</p> <p>14.Kirish maruzasi uchun takdimot slaydlarini tayyorlash.</p> <p>15.Talabalar ukuv faoliyatini baxolash mezonlarini ishlab chikish.</p> <p>Ukuv fanini urganishda foydalaniladigan adabiyotlar ruyxatini ishlab chikish.</p>	
1.Mavzuga kirish (10 dakika)	<p>1.1 Ma'ruzamashg'uloti mavzusi, uning maksadi va vazifalarini tanishtiradi.</p> <p>1.3.Talabalar ukuv faoliyatini baxolash mezonlari bilan tanishtiradi (2- ilova).</p> <p>1.4.Talabalar bilimlarini faollashtirish maksadida</p>	Tinglaydilar

	savollar beradi (3-ilova).	
2-boskich Asosiy boskich (65 dakika)	<p>2.1.Power Point dasturi yordamida slaydlarni namoyish qilish va izoxlash bilan mavzu buyicha asosiy nazariy jihatlarini tushuntirib beradi.</p> <p>2.2 Bolalardabronxial astma kasalligini slaydlar yordamida tushuntiradi.</p> <p>2.3. Talabalar bilimlarini faollashtirish va mustaxkamlash maksadida quyidagi savollarni beradilar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bronxoektatik kasallik tugrisidatushuncha • bronxoektatik kasallik chakiruvchi sabablarni ayting • bronxoektatik kasallik klinikasiniaytib Bering. • bronxoektatik kasallik davosinitushuntiring 	Tinglaydilar, YOzadilar, javob beradilar
3.YAkuniy boskich (5 dakika)	<p>3.1 Mavzu buyicha talabalarda yuzaga kelgan savollarga javob beradi, yakunlovchi xulosa kiladi.</p> <p>3.2. Mustakil ishlash uchun</p> <p style="text-align: center;"><i>11.Mustakilish .i – 5 s</i></p> <p>mavzusini takdim etadi va internet asosida mazkur ukuv materialni ukib kelish vazifasini beradi.</p>	Savollar beradilar, vazifani yozib oladilar.

BRONXOEKTAZIYA KASALLIGI

Bronxoektaziya bronxlarning patologik kengayishi bilan kechadigan surunkali yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, o‘pka parenximasini pnevmosklerozga olib keladi. U har xil darajada, kam silindrik deformatsiyadan tarqalgan dag‘al xaltasimon (qopsimon) ektaziyagacha bo‘ladi. Patologik kengaygan bronxlar drenaj funksiyasining buzilishi infeksiyalangan balg‘amning turib qolishiga sharoit yaratadi. Yiringli jarayon asosan zararlangan bronxlarda ifodalangan bo‘ladi.

Bronxitlar esa tarqoq ravishda deformatsiyalangan bronxlarga ham tarqalishi mumkin. O'pka to'qimasida ham o'zgarishlar bo'ladi, bu keyinchalik sklerozga va shu zararlangan sohaning gaz almashinuvida ishtirok etmasligiga olib keladi.

Bronxoektaziyaning uchrashi 0,5—1,7% gacha tashkil etadi. U ko'proq yosh bolalarda, jumladan 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda 50%, 10 yoshgacha bo'lgan bolalarda 70—75% ni (hamma kasallar soni-dan), 20 yoshdan oshganlarda 8% ni tashkil qiladi. Kasallikning asosiy qismini orttirilgan bronxoektaziya tashkil qilib, ko'proq ular yoshlikda o'tkazilgan surunkali zotiljam natijasi hisoblanadi.

O'tkir zotiljamning surunkali zotiljamga o'tishiga quyidagi omillar moyillik qiladi:

kech boshlangan yoki tugallanmagan davolash;

antibiotiklarni to'g'ri qabul qilmaslik;

yomon ovqatlanish; qo'shimcha yo'ldosh kasalliklar (bronxit, gipotrofiya) va ba'zan qizamiq, ko'kyo'tal va gripp bilan bog'liqlik. Bunday virusli zotiljam ko'proq o'pkaning atelektazi bilan kechib, surunkali yallig'lanishning kelib chiqishida ma'lum o'rinni egallaydi. Buni N. F. Filatov ham ko'rsatib o'tgan. Bronxoektaziya bilan kasallangan ko'pgina bolalarda burunning yondosh bo'shliqlarida (gaymorit, frontit, etmoidit) yoki burun-halqumda (tonzillit, adenoid) kasalliklar aniqlanadi. Bu infeksiya o'choklari kasallikni uzoq va surunkali davom etishida va bronx-o'pka to'qimasida surunkali jarayonning kelib chiqishida muhim o'rinni egallaydi. Ba'zi hollarda bronxoektaziyalar paydo bo'lishining dastlabki bosqichi surunkali bronxit hisoblanadi. U bronxlarda deformatsiya, peribronxial va interstitsial to'qimalarda yallig'lanish rivojlanishiga olib keladi. Ba'zi hollarda o'pka to'qimasidagi yallig'lanish jarayoni skleroz va bronxlarda ikkilamchi deformatsiyaga sabab bo'ladi. Orttirilgan bronxoektaziya bronxlarning yot tanachalari hisobiga bo'lishi mumkin (ayniqsa, olib tashlanmagan organik yotjism bo'lsa). Bundan tashqari orttirilgan bronxoektaziya o'pka sili va spetsifik limfadenit bilan bog'liq bo'ladi. So'nggi paytlarda bronxoektaziyaning kelib chiqishida me'da osti bezining kistozli fibrozi (mukovissidoz) katta o'rin tutadi deb hisoblanadi. Bunda nasliy kasallik natijasida ovqat hazm qilish, nafas yo'llari bezlarining sekretsiyasi buziladi.

Bezlar shilliqishlab chiqaradi. Bu shilliq bezlari chiqaruv yo'lini berkitib qolmasdan, balki a'zolar bo'shlig'ini to'ldirib qo'yadi (ichak, bronx).

Bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi va infeksiyalanishi atelektazva bronxoektaziyaga olib keladi. Ba'zi hollarda kasallikbronx-o'pka to'qimasining tug'ma nuqsonlari natijasida ham kelibchiqadi.

Bronxoektaziyaga olib keluvchi rivojlanish nuqsonlarining 2 ta turi farqlanadi:

1) bronxlarning distal va respirator qismi ageneziyasi, birlamchi bronxlar tutami amputatsiyasi, embriogenezning dastlabki bosqichlarida shoxlanishdan to'xtabqolishi;

2) bronxiolalar katta bronxlardan ajralgan, o'rta bronxlar generatsiyasining katta qismi bo'lmaydi: alveolyar parenxima miqdori reduksiyalangan, bunday rivojlanish nuqsoni quyitabaqali umurtqalilar o'pkasini eslatadi (amfibiya, qushlar).

Tug'ma bronxoektaziyalar ko'proq dag'al xaltasimon yoki kistasimon kengaygan turda bo'ladi (o'pka polikistozi). Tug'ma rivojlanish nuqsoniga Kartagener sindromi ham kiradi, u uchlik simptom bilan xarakterlanadi: bronxoektaziya, surunkali sinusit va a'zolarining noto'g'ri joylashishi. Postnatal rivojlanish nuqsoni natijasida yoki dizontogenetik kelib chiquvchi bronxoektaziyalar farkdanadi. Dizontogenetik bronxoektazlar ko'pincha tug'ma atelektaz natijasida kelib chiqadi.

O'pka to'qimasi atelektaz sohasida differensiyalashmaydi, qattiqlashadi, hamma jarayonlar to'xtaydi. Bronxlar naysimon bez **shaklida o'sa** boshlaydi va dizontogenetik bronxoektaz ko'rinishida **yuzaga** keladi. I. K. Esipov va I. G. Klimovich klinik-morfologik tekshirishlariga ko'ra, bolalarda orttirilgan bronxoektaziyalar 58%, dezontogenetik— 18%, tug'ma— 24% uchraydi. **Bolalarda** bronxoektaziyaning patogenezida uning kelib chiqishiga **bog'liq** bo'lmagan holda quyidagi umumiy holatlarni ko'rsatish **mumkin**:

Tug'ma nuqson yoki orttirilgan o'zgarishlar natijasida **patologik kengaygan** bronxlar drenaj funksiyasining buzilishi, **balg'am yig'ilib** qolishi, bronxlar o'tkazuvchanlikning buzilishi. **Doimiy** infeksiyalanish bronx-o'pka to'qimasidagi yallig'lanish **jarayoni yanada** chuqurlashishiga olib keladi.

Bolalarda ko'proq uchraydigan turi atelektazik bronxoektaziya **bo'lib, u 30—50%** ni tashkil qiladi. Bunda makroskopik ko'rganda **o'pka yoki uning** bo'laklari kichraygan, ushlab ko'rganda qattiq. **havosiz, nafas** olganda kengaymaydi, ko'mir pigmenti yo'q, kesilganda atelektazlashgan va fibrozlashgan to'qima orasidagi joyda **kista**, g'alvirsimon o'pka turidagi bronxoektazlar aniqlanadi.

Tug'ma bronxoektazlarda bo'shliq biroz kattaroq bo'ladi. **Bunday** hollarda morfologik tomondan dezembriogenez belgilarini **aniqlash** mumkin. Ba'zi hollarda makroskopik bo'lak normal ko'rinishi mumkin, lekin ko'proq pigment kamaygan, nafas olganda kengayishi chegaralangan bo'ladi. Qo'l bilan ko'rganda

emfizemalangan sohalar bilan almashinuvchi, qattiqlashgan va qeng deformatsiyalangan bronxlar aniqlanadi. Ba'zan butun bo'lak emfizemaholida bo'lib ko'rinadi. Segmentar, subsegmentar va bo'lak bronxlarini kesib ko'rganda silindrik, qopsimon yoki shoxsimon bronxoektazlar borligini va bronx devorida o'pka to'qimasida surunkaliyiringli yallig'lanish belgilari aniqlanadi. Zararlangan o'pka sohasining nerv to'qimalarida, qon va limfatik tomirlarda ham- patologik o'zgarishlar bo'ladi. U bronxoektaziyaning quyidagi tasnifi maqsadga muvofiq:

3) kelib chiqishiga qarab — orttirilgan, dezontogenetik, tug'ma;

4) forma turiga qarab — silindsimon, xaltasimon, kista-simon:

3) tarqalishi bo'yicha — bir tomonlama, ikki tomonlama, keng (9—10 segmentdan ko'p), kamroq — bo'lak va segmentni ko'rsatgan holda;

4) jarayonning fazasiga qarab — zo'rayish, remissiya.

Tashxisda albatta yurak va nafas etishmovchiligi borligi, darajasi, qo'shimcha kasalliklar va asorati ko'rsatilishi kerak.

Klinikasi. Bolalarda bronxoektaz kasalligining klinikasi birinchi navbatda zararlanish kengligi va yurak qontomir sistemasi, nafas funksiyasining buzilishi, kompensatsiya darajasi bilan aniqlanadi. Agar bronxit zararlangan sohadan tashqariga chiqmasa, u mahalliy, o'pkaning qo'shni bo'laklar bronxlariga tarqalgan bo'lsa, diffuz hisoblanadi. Diffuz bronxit ma'lum darajada kasallik kechishini og'irlashtiradi. Ko'pgina bolalar anemnezida emizikli yoki ilk yoshida boshlangan zotiljamning qaytalanishi qayd qilinadi.

Bog'cha yoshidagi bolalar ko'proq yuqori nafas yo'llarining kataral yallig'lanishi, bronxit, zotiljam bilan ko'p kasallanadi-lar. Ba'zi bemorlarda esa ishtaha pasayishi, tez charchash, terlash, jismoniy ish qilganda hansirash belgilari namoyon bo'ladi. Bolalarda ajralayotgan balg'am miqdoriga qarab o'pkadagi jarayonning og'irlashishini aniqlab bo'lmaydi, chunki bolalar balg'amni yutadi. Remissiya davrida tana harorati normal yoki subfebril, ba'zi hollarda birdan ko'tarilishi mumkin. Zo'rayish davrida harorat reaksiyasi kuchli ifodalangan bo'ladi. Bolalarda hozirgi paytda og'ir asoratlangan turlari: qon tuflash, qon ketishi, sassiqbalg'am ajralishi kam uchraydi. Agar jarayon bitta yoki ba'zan ikkita bo'lakda joylashgan bo'lsa, bolalarning jismoniy rivojlanishiga qarab surunkali yiringli jarayon borligini gumon qilish qiyin, ammo bunda faqat teri qoplamlari bir oz oqarganligini aniqlash mumkin, Ikki tomonlama o'pkaning surunkali yallig'lanishi og'ir kechadi va bu 25—30% ni tashkil qiladi. Kasallikning keng zararlanish turi bo'lsa, bemor jismoniy rivojlanishdan ancha orqada qoladi, ishtahasi pasayadi. Tirnoq falangalari deformatsiyalangan, «nog'ora tayoqchalari» ko'rinishida, tirnoq yuzasi «soat oynasiga» o'xshab qoladi. Kasallik qancha

uzoqdavom etsa, ko'rsatilgan belgilar shuncha ifodalangan bo'ladi. Ularning rivojlanishi surunkali gipoksiya bilan bog'liq. Bitta o'pkaning total zararlanishi hisobiga shu tomoni nafas olishdan orqada qolishi va ko'krak qafasining assimetriyasi kuzatiladi. Bronxoektaziya xos perkussiya natijalari ko'pincha o'pkaning zararlangan sohasi pnevmoskleroz va atelektaz holatda bo'lganida, o'pkaning orqa pastki qismlarida esa perkutor tovushning to'rtokdanishida anikdanadi. Auskultatsion tekshirish orqali o'pkaning zararlangan qismlarida har xil kalibrli quruq va nam xirillashlar, ayniqsa yo'tal paytida kuchli eshitiladi. Bronxoektaziyaning to'g'ri va ishonchli bakteriologik belgilari kengaygan bronxlarga to'g'ri keluvchi atelektaz yoki yacheykasimon oqarish va halqali-g'alvirsimon soya hisoblanadi. Bronxoektaziya bunday rentgenologik o'zgarishlar 1/3 bemorlarda aniqlanib, ko'proq o'pkaning pastki, kamroq o'rta bo'laklari va tilsimon segmentlar zararlanadi. Odatda atelektazlar bir tomoni ko'ks oralig'iga qaragan uchburchaksimon soya sifatida ko'rinadi. O'pkaning total kasallanishida ko'krak qafasining shu qismi kichrayishi qovurg'alar oralig'ining torayishi, shu o'pka maydonining ko'p yoki kam qorong'ilashishi, ko'ks oralig'ining zararlangan tomonga surilishi kuzatiladi. Rentgenografiyada boshqa belgilar bronxoektaziya uchun ham ahamiyatli. Ularga o'pka ildizining kengayishi, zararlangan sohada o'pka tasvirining deformatsiyasi, bo'laklararo plevraning qalinlashishi, yoki shu sohalar obliteratsiyasi kiradi. Diagnostikada kontrast usul bilan tekshirish muhim ahamiyatga ega (bronxografiya). Diagnostik bronxoskopiya yordamida bronxografik tekshirish o'tkazishga ko'rsatma aniqlanadi. Bolalarda bronxoskopiyaning qisqa ta'sirli miorelaksant usuli qo'llanib, narkoz ostida o'gkziladi. Bronxoskopiya qilishda bola yoshiga qarab tubusni to'fi tanlash zarur. YOshiga qarab nay diametri aniqlanadi. Bundan tashqari, tubus tanlashda o'ziga xos har xil ovoz yorig'i va patologik jarayonlar xususiyatini hisobga olish lozim.

YOshi	Diametri (mm)
1 yoshgacha	5
1-3 yosh	6-7
3-5 yosh	7-8
5-8	8-9
8-11	9-11
11-14	12

Bronxoskopiya o'tkazishdan oldin bronxlar shakllanishini yaxshi bilish kerak. Tekshirish narkoz paytida va relaksantlar orqali aspiratsiyaning oldini olish uchun ham o'tkaziladi. Miorelaksantlar vena ichiga yoki venasi yaxshi ifodalanmagan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda til ostiga yuboriladi. Bola orqasi bilan yotqiziladi. Bronxoskopiya o'tkazishning asosiy sharti to'liq relaksatsiyaga erishib, oldindan sun'iy ventilyasiya o'tkazishdan iborat. Bolalarda bronxoskopiya laringoskop yordamida o'tkaziladi. Traxeyagabronxoskopiya tubusi kiritilgandan boshlab, u orqali kislorod narkotik aralashma bilan kuchli ventilyasiya o'tkazish boshlanadi. Tubus mustaqil nafas olish tiklangandan keyin tortib olinadi.

Bronxoskopiya o'tkazilgandan keyin 6—12 soat davomida ovoz bog'lami ostida bo'shliq shishi asorati bo'lishi mumkinligini hisobga olib, muolajadan keyin bemorni kuzatib turish kerak. Bronxial daraxtning shoxlanishini vizual tekshirish, balg'amni bakteriologik tekshirish zarur. Bronxoskopiya ma'lum bronxlardan yiringli ajralmalar ko'p miqdorda ajraladi va ular elektroso'rg'ich bilan tortib olinib, bronxlar antiseptik eritmalar, antibiotik va mukolitik vositalar bilan yuviladi. Bolalarda bronxoektaziya tashxisini quyishda bronxofafiya asosiy usul hisoblanadi. Bronxografiya narkoz ostida bajariladi. Muolaja oldidan 1—2 hafta davomida bemordagi yallig'lanish jarayoni jadal davolanadi.

Braxeobronxial daraxtni maksimal sanatsiya qilinadi. Ba'zi hollarda yiringli ajralma miqdori ko'p bo'lganligi uchun bronxografiya oldidan maqsadga muvofiq bronxoskopiya o'tkaziladi, balg'am bronxlardan tortib olinadi. Bolalarda bronxografiya suvda eruvchi kontrast modda yordamida o'tkaziladi. Masalan, propilyodol tez so'riladi va tez organizmdan chiqariladi.

YOg'li kontrast moddalar (yodolipol) o'pka to'qimasida uzoq ushlanadi, faqat zararlangan o'pkada emas, balki sog'lom o'pka sohasida ham. Rentgenoskopik kontrolsiz narkoz ostida bronxografiya usulida vena ichiga relaksant yuborilgandan so'ng 1 — 1,5 daqiqa davomida niqob orqali giperventilyasiya o'tkaziladi, keyin bemor intubatsiyalanadi. Apnoe vaqtida intubatsion nay orqali traxeyaga kateter yuboriladi. Kateterni o'ng yoki chap bronxda ekanligini aniqlash uchun kateterga Richardson balloni biriktiriladi va havo yuboriladi. Apnoe paytida fonendoskop bilan o'pka eshitiladi va yuborilayotgan havo shovqini ko'krak qafasining o'ng yoki chap qismida eshitiladi. Kateterga shprints biriktirilib kontrast modda yuborila boshlanadi. To'ldirish pastki bo'laklardan boshlanadi, keyin kateter orqaga tortiladi, kontrast modda yuborish davom ettiriladi. Bu modda yuborilayotgan vaqtda bemorni tekshirilayotgan tomoni bilan yotqiziladi va shu holatda birinchi rentgenogramma qilinadi. Ikkinchi rentgenofamma yotgan holatda olinadi. Apnoe vaqtida narkoz apparatining xaltasiga ko'p miqdorda kislorod yuboriladi. Diffuzion

nafas olish apnoeni 3—5 minutga uzaytirishga imkon beradi. Bunda esa bir o'pkani tekshirish uchun 2—3 daqiqa vaqt ketadi. Kontrast modda so'rib olingandan so'ng, ventilyasiya o'tkazilib, keyin normal o'pkani tekshirishga o'tiladi. Kontrast moddaning miqdorini hisoblash uchun quyidagi sxemadan foydalaniladi: yoshiga— 4 ml. Bu miqdorning yarmi pastki bo'lakka, ikkinchi yarmi kateterni ozgina tortib yuboriladi. Kateterni tortish masofasi: 1 yoshdan kichiklar uchun -1,5 sm, 2-3 yoshga 2 sm, 4-7 yoshga 3—4 sm, 8-12 yoshga 5—7 sm, 13—15 yoshga 10—12 sm.

Bronxogrammada bronx daraxtining har xil turdagi deformatsiyasi, bronxial stvolning silindrsimon va xaltasimon kengayishlari aniqlanadi. Bronxofafiya o'tkazishdagi asoratlar narkozning noto'g'ri borishi, uzoq apnoe davom etishi va yuborilgan kontrast moddaning to'liq so'rib olmaganligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Buning natijasi kam yoki ko'proq ifodalangan gipoksiya bo'ladi. Teri qoplamlari rangining o'zgarishi, bradikardiyakelib chiqishi yomon belgi hisoblanadi.

O'pkaning keng zararlanishida angiopulmonografiya va kichik qon aylanish doirasida qon bosimini o'lchash, o'pka sohalarining funksional holatini anikdash va operatsiya qilish mumkin yoki yo'kdigini bilish uchun kerak. Bundan tashqari, deformatsiyalangan bronxitda va bronxoektaziyaning aralash shakllarida o'pkaning gumon qilingan sohaları funksional holatini aniqlash uchun ham angiopulmonografiya qo'llanadi. Bunda o'pka qon tomirlarining konfastlanishiga asoslanib qon aylanish tezligi u yoki bu bo'lak zararlangani haqida fikr yuritiladi. O'pkaning sog'lom sohalarida qon tomirlari kontrast modda bilan to'lishining 3 holatini kuzatish mumkin: arterial, kapillyar va venoz, ma'lum vaqtdan keyin to'lib boradi. Zararlangan sohalaridagi jarayonning chuqurligi va qanchalik ifodalanganligi bilan bog'liq ravishda har xil o'zgarishlar kuzatiladi (kontrastlashning hamma fazasi saklangan holda arterial tomirlarning qo'shilishi, segmentar arteriyalarning torayishi va deformatsiyasi, venoz to'rlar va kapillyar faza to'liq yo'qligigacha). O'pkada qon aylanishini baho-lash uchun radioizotop skanirlash ham qo'llanadi (ssintopnevmoografiya). Bunda zararlangan o'choqsohasida radioaktiv modda kam yig'iladi. Ko'proqchap o'pkaning pastki bo'lagi zararlanadi. Bu pastki bo'lak bronxlarning drenaj va ventilyasiya sharoiti yomonligi bilan tushuntiriladi. Boshqa ko'rinishlarda o'rta bo'laklari pastki bo'laklari bilan birga o'ng tomonda yoki pastki bo'lakning tilsimon segmenti bilan birga chap tomonda zararlanishlar uchraydi. Eng ko'p uchraydigan ko'rinishida pastki bo'lakning bazal segmentlari zararlanishi hisoblanadi. Bunda 6 segment sog'lom qoladi. Bronxoektaziyaning ikki tomonlama jarayoni ko'pincha izolyasiyalangan pastki bo'lakda yoki 4—6 segmentlarda joylashishi mumkin.

Bitta o'pkaning total zararlanishi, ikkinchi o'pkaning bazal segmenti yoki pastki bo'lak bronxoektaziyasi bilan birga uchrashi mumkin. YO'tjismalar natijasida kelib chiqqan bronxoektaziya ham ko'proq o'ng tomonning pastki bo'laklarida kuzatiladi. Bu o'ng bronxning kichkina burchak ostida ajralishi bilan bog'liq. SHuning uchun yot jismlar oson bazal segmentlarga tushadi va shu sohalarda patologik jarayonning rivojlanishi kuzatiladi. YO't jismlar o'z o'rnini o'zgartirishi hisobiga o'pkaning boshqa sohalari, hatto ikkinchi tomoni ham zararlanishi mumkin.

Davosi. Xaltasimon, kistasimon va silindrik bronxoektazlar bilan ofigan bemorlarni xirurgik usul bilan davolash samaralidir. Bu operatsiya zararlangan sohalarni rezeksiya qilishga asoslangan. Operativ davolashga ko'rsatmani anikdash bilan birga yurak qon-tomir sistemasi va tashqi nafas faoliyatiga ham ahamiyat berish kerak.

Operatsiya oldi tayyorgarligining hajmi va xususiyati zararlanishning tarqalganligi, intoksikatsiyaning ifodalanganligi, bronxit hamda boshqa a'zo va sistemalar tomonidan o'zgarishlar borligiga bog'liq bo'ladi. Bunda organizmning umumiy himoya kuchini oshirish katta ahamiyatga ega. Bemorlarga vitaminlar majmuasida ko'rsatmaga qarab plazma quyish, gamma-globulin yuborish buyuriladi. Operatsiya oldi tayyorgarligida traxeobronxial daraxtni tozalash va yiringli intoksikatsiyani kamaytirish asosiy o'rin tutadi. Postural drenaj ham yaxlit yordam beradi: kunira bir necha marta bola tanasining yuqori qismi karavotdan pastga qarab yotqiziladi. Bunday holatda balg'am yo'tal bilan ajralishi osonlashadi. Bronx mikroflorasiga to'g'ridan-to'g'ri ta'sir qilish uchun ishqor eritmalar va antibiotiklar bilan ingalyasiya muolajasi qo'llanadi. Sanatsiyaning eng samarali usuli qayta davolash uchun o'tkazilgan bronxoskopiyadir. Bronxoskopiyada kateter bilan bronx daraxtni tozalash mumkin, shoxlari aspiratsiya qilinadi. Bronxlarni furatsillin, mukolitik vositalar (ximopsin, ximotripsin) va ishqor eritmalar bilan yuviladi. Mikroflora sezgiriligiga qarab antibiotik yuboriladi. Bronxoskopiya soni zararlanish hajmi, mahalliy yoki diffuz bronxit borligi, o'tkazilgan bronxoskopiya natijasi bilan aniqlanadi. Operatsiya oldi tayyorgarlik muolajalari kompleksida teri orqali traxeyani kateterlash ham qo'llanadi. Uning usuli quyidagicha: diagnostik bronxoskopiya paytida bo'yinturuq chuqurchasi uzuksimon tog'ay orasidan Dyufo ignasi bilan traxeyani punksiya qilinadi. Ko'z bilan ignani nazorat ostida traxeya bo'shlig'iga va pastga yuboriladi. Igna bo'shlig'idan ingichka polietilen kateter o'tkaziladi. Uni bifurkatsiya ustida to'xtatiladi. Igna tortib olinadi, kateterni ipak ipi va leykoplastir bilan bo'yinga mahkamlanadi. Traxeyada kateterning borligi, doimiy ravishda unga bir necha millilitr fiziologik eritma yuborish yo'talni kuchaytiradi. Mikrofloraning

sezigirligini hisobga olgan holda antibiotiklar, mukolitiklar va ishqoriy eritmalar yuboriladi. Kateterni qo'yish muddati 1—3 haftagacha. Kateterni olib tashlagandan keyin traxeyadagi jarohat tez bitib ketadi.

Bronxoektaziyani konservativ davolash operatsiyadan oldin o'tkazilgan muolajalarni o'z ichiga oladi. Bundan tashqari sanatoriyda davolanish tavsiya etiladi. Bronx-o'pka to'qimasida qaytmas o'zgarishlar bo'lsa, konservativ davo tadbirlari vaqtincha yordam beradi.

Bolalarda o'pka rezeksiyasi radikal, lekin tejamli bo'lishi kerak. Rezeksiya hajmi birinchi navbatda bronxografiya natijalariga asoslanadi. Keyingi paytlarda bolalarda pulmonektomiya kamayib, shu bilan birga segmentar rezeksiya qilish ko'paymoqda. Ikki tomonlama zararlanishda xirurg taktikasi o'ziga xos e'tiborni jalb qiladi. Bunday bemorlarda radikal operatsiya ikki bosqichda o'tkaziladi. Ular orasidagi tanaffus 6—8 oy. Birinchi operatsiya ko'proq zararlangan tomonda qilinadi. Bitta o'pkasi total zararlangan va ikkinchisida chegaralangan bronxoektaz mavjud bemorlarda bir tomonlama pulmonektomiya qilish maqsadga muvofiq.

Bolalar bronxoektaziyasida operatsiya nafasni boshqarish usuli bilan intubatsion narkoz ostida o'tkaziladi. Olib tashlanadigan o'pka ildiziga ishlov berib, qon tomirlar birin-ketin bog'lanadi va kesiladi. Bronx apparat vositasida yoki qo'lda ayrim tugunli chok bilan tikiladi. Zararlangan bronx sohasidagi o'pka parenximasini olib tashlamasdan va qon-tomirlarni bog'lamasdan ekstirpatsiya yoki rezeksiya qilish zarur.

Bronxoektaziyada yiringli jarayon asosan bronxlarni zararlaydi. Undagi o'zgarishlar ikkilamchi xildagi pnevmoskleroz hisoblanadi. SHuning uchun bronxlarni ekstirpatsiya qilish ope-ratsiyasi patogenetik asoslangan va bronxoektazning xaltasimon turlarida qo'llanadi. Bronxlardagi o'zgarishlar ham rivojlangan bo'lsa, kichik hajmdagi operatsiya o'tkaziladi. Zararlangan o'pkani bronxial sistemadan ajratib, bronxning proksimal sohasini 1,5—2 sm masofada rezeksiya qilinadi. O'pkaning ajratilgan sohasida yallig'lanish jarayoni sekin-asta yo'qoladi.

Ko'rsatilgan operatsiyalarning o'pka rezeksiyasiga qaraganda afzalliklari bor. Asosiy afzalligi qon-tomirlarni saqlash hisoblanadi. Qon aylanishida zo'rayish bo'lmasa, ajratilgan o'pkada qon aylanishi minimal, agar o'pka arteriyasida qon bosimi oshsa, engillashtiruvchi shunt mexanizmi hosil bo'ladi. Bu yurak, o'pka etishmovchiligi va gipertenziya rivojlanishining oldini oladi. Bu ayniqsa ikki tomonlama keng zararlanishlarda muhim ahamiyatga ega.

Bronxoektaziya uchun o'tkazilgan operatsiyaning muvaffaqiyatli kechishi operatsiyadan keyingi davrga bog'liq. Bemorlar kuzatib boriladi va bo'lishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olish uchun kompleks muolajalar qo'llanadi. Bir tomonlama zararlanishda qisman rezeksiyadan keyin operatsiya bo'lgan o'pkaga yaxshi sharoit bo'lishi uchun bemor sog'lom tomonga yotqiziladi. O'pkaning to'g'rilangan holda bo'lishi katta ahamiyatga ega. Buning uchun qisman rezeksiyadan keyin aktiv aspiratsiya uchun drenaj qo'yiladi. 2—3 kundan keyin havo va gemorragik suyuqlik to'xtashi bilan drenaj olib tashlanadi.

Operatsiyadan keyin bemor yo'tala olmaydi (og'riq hisobiga). Nafas ekskursiyasi ham chegaralanadi, gipoventilyasiya kelib chiqadi. Operatsiya bo'lgan o'pka bronxlarida balg'am yig'ilib qoladi va atelektaz rivojlanishi uchun sharoit yaratiladi. SHuning uchun operatsiyadan keyingi davrda og'riqsizlantirish muhim ahamiyatga ega.

Bemorga yana oksigenoterapiya ham o'tkaziladi. Maxsus niqob yordamida yoki kateter orqali havo beriladi. Antibiotiklar, mukolitiklar va ingalyasiyalar qo'llanadi. Bemorga birinchi kundan karavotda harakat qilish buyuriladi. Jismoniy davolash mashqlari 3-kundan boshlab o'tkaziladi. 5—6 kundan keyin yurishga ruxsat etiladi. Bu qilinadigan muolajalarning hammasi asoratlari, birinchi navbatda atelektaz rivojlanishining oldini oladi.

Bolalarda atelektaz rivojlanishining asosiy sabablaridan biri, bronxlarning drenaj funksiyasi buzilishi hisobiga obturatsiya bo'lib qolishidir. O'pkadagi jarohat nafas ekskursiyasini chegaralaydi. Bolalarda atelektaz sekin-asta rivojlanadi, ya'ni bunda ahvoli og'irlashishi kuzatilmaydi.

Tashxis qo'yishda fizikal tekshirish usullari asosiy o'rinni egallaydi. Auskultatsiyada operatsiya o'tkazilgan tomonda nafas olishning susayishi yoki yo'qolishi, perkussiyada o'pka tovushining qisqarishi kuzatiladi. Atar plevral bo'shliqda suyuqlik va havo borligi inkor qilinsa, unda atelektaz yoki bronxlar okklyuziyasi haqida o'ylash kerak. Tashxis rentgenologik tekshirish bilan tasdiklanishi mumkin. Kelib chiqqan asoratlarga qarshi kurashish kerak. Oldin traxeyani kateterlab, balg'amni olish va yo'talni kuchaytirish kerak. Agar bu natija bermasa, bronxoskopiya qilinib, shu orqali bronx tozalanadi. Ko'rsatilgan muolajalar simpatik blokada bilan to'ldiriladi. O'z vaqtida aniqlangan atelektaz va erta boshlangan davolash samaralidir.

Boshqa asoratlarga operatsiyadan keyingi pnevmoniya, plevraning chegaralangan empiyasi va bronxial oqmalar kiradi. Bolalarda bronxoektaziyaning xirurgik usul bilan davolash 70—75% hollarda yaxshi natija beradi.

Bronxoektaziya bilan operatsiya bo‘lgan bemorlar uzoq vaqt dispanser kuzatuvda bo‘lishlari va sanatoriylarda davolanishlari kerak.

Amaliy mashg‘ulot № 15-17

Amaliy mashg‘ulot o‘qitish texnologiyasi

Mavzu	Yurak qon tomir kasalliklari. O‘tkir revmatik isitma Etiopatogenez, tasnifi. Asosiy va qo‘shimcha diagnostik kriteriyalar. Birlamchi va ikkilamchi revmatik istmada revmatik karditni o‘ziga xosligi, MNS, bo‘g‘imlar va boshqa organlar zararlanish simptomlari. Diagnostika, davolash prinsiplari. Profilaktika.
--------------	--

4.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg‘ulot vaqti – 12 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg‘ulot shakli	Mavzu buyicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolalarda o‘tkir revmatik isitma kasalligi to‘grisida tushuncha. 2. Bolalarda o‘tkir revmatik isitma kasalligini kechish xususiyatlari 3. O‘tkir revmatik isitma kasalligining diagnostik mezonlari; 4. O‘tkir revmatik isitma laborator – instrumental- grafik tekshiruvlari. 5. Qon aylanish etishmovchilik darajalarini aniklash. 6. Qon aylanish etishmovchilik klinikasi. 7. Boskichli davolash rejasi va oldini olish (birlamchi, ikkilamchi va joriy) tadbirlari.
O‘quv mashg‘ulotining maksadi: Talabalarga bolalarda o‘tkir revmatik isitma kasalligini kechish xususiyatlari, diagnostik mezonlari, laborator – instrumental- grafik tekshiruvlari tugrisida tushuncha berish. Qon aylanish etishmovchilik darajalarini	

aniklash. Klinikasi. Boskichli davolash rejasi va oldini olish (birlamchi, ikkilamchi va joriy) tadbirlari tugrisida tushuncha berish. Tekshirish usullari. Xastalik belgilari xakida tasavvurga ega bulish.	
Pedagogik vazifalar	O'quv faoliyati natijalari
<ul style="list-style-type: none"> - Talabalarga bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligi tug'risida tushuncha berish. - Bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligi etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, tasnifi, davosi va profilaktikasini o'rgatish. - Qon aylanish etishmovchiligi darajasini aniklay olishni urgatish - Turli yoshdagi bolalarda yurak – kon tomir tizimining uzgarishlarini baxolay olishni urgatish. -Bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligining tekshirish usullarini o'rgatish. 	<ul style="list-style-type: none"> - Talabalar bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligi tugrisida tushunchaga ega bo'lish kerak. - Bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligi etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, tasnifi, davosi va profilaktikasini o'rganib bemorga tashxis qo'ya olishi kerak . - Qon aylanish etishmovchiligi darajasini aniklay olishni kerak - Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bo'lish kerak. - Turli yoshdagi bolalarda yurak – qon tomir tizimining o'zgarishlarini baxolay olishni urganish. -Bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligining tekshirish usullarini o'rganishi va taxlil qilishi kerak.
Ta'lim berish usullari	Munozara, suxbat, tezkor surov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasion xona jixozlari» va h.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baxolash	Ogzaki nazorat: savol – javob, mustakil ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

4.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi

Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi 2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi 3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish . 4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish . 5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi. 6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi 	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi. 2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi. 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi 	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi. 2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi. 3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi. 4. Guruxlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi. 5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi. 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni 	<p>Tinglaydilar, asosiy jixatlarini yozib oladilar Kichik guruxlarga bo'linadilar.</p> <p>Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar. Savollarga javob</p>

	<p>umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi.</p> <p>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</p> <p>8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi.</p> <p>9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar.</p> <p>Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
<p>3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</p> <p>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</p> <p>3. Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi</p> <p>Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish;</p> <p>o'zlashtirish ishi «Reaktiv artritlar - 5 s, Dermatomioztlar » – 5 s</p> <p>Referat, Krossvord, Internet ma'lumotlaridan tayyorlashni topshiradi</p>	<p>Savollar beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

O'tkir revmatik isitma.

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

Etiologiyasi. Kasallikni rivojlanishida streptokokklar muxim rol o'ynaydi. Revmatizm odatda angina, o'tkir respirator virusli kasalliklardan keyin boshlanadi. Revmatizm bilan ogrikan kasallarda surunkali tonzillit, tishlar kariesi aniklanadi. Revmatizmning birlamchi ko'rinishlari xam, kaytalannb turishi xam, ko'pchilik tadki?otchilarning fikriga qaraganda A guruxga mansub V-gemolitik streptokokkga boglikdir.

Sharoit tugdiruvchi faktorlar:

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

Patogenez.

Patogenezi asosida quyidagi rivojlanish mexanizmlari yotib ular kushilgan xolda toksiko-immunologik kontsepsiyani tashkil kiladi:

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

Xalqaro Soglikni Saklash Tashkiloti ekspertlari revmatizm patogenezining zamonaviy ko'inishini toksiko-immunologik nazariya asosida tuzganlar.

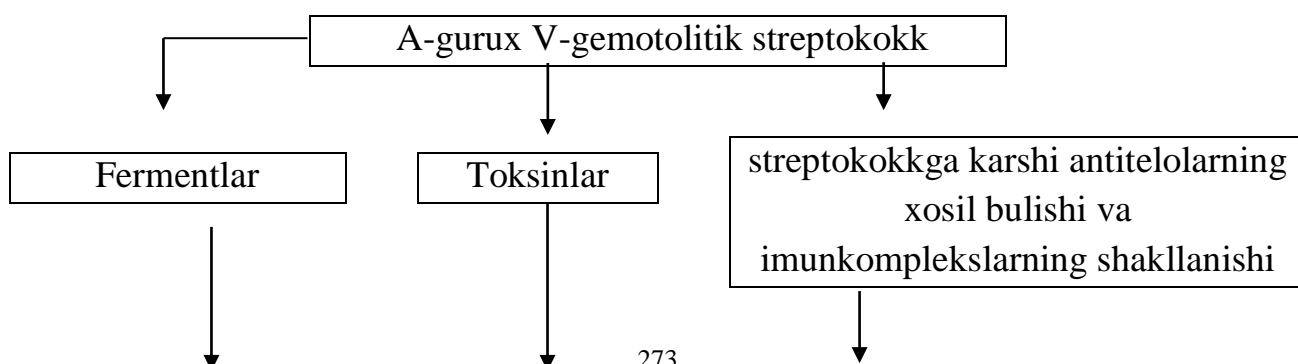
Yurak zararlanish patogenezini 2 ta asosiy omil bilan aniklanadi:

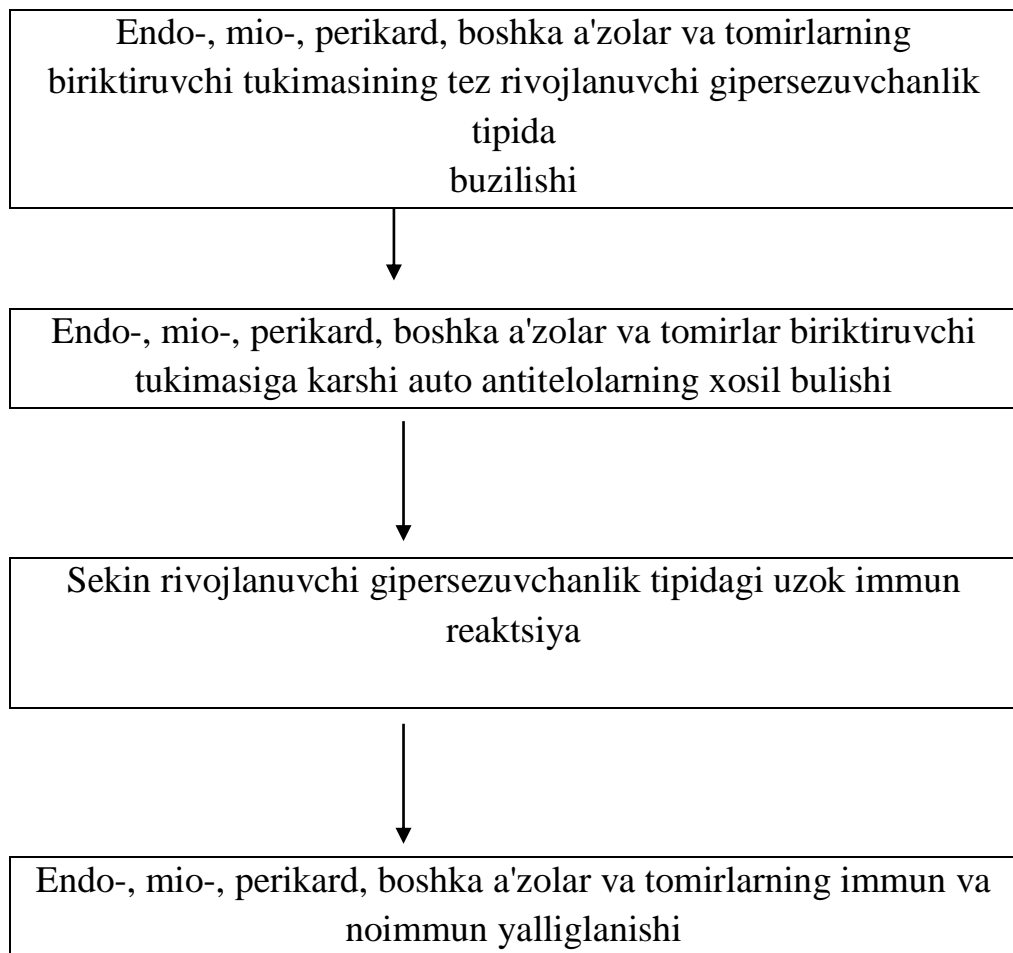
-kardiotoksik xususiyatga ega streptokokkning toksik fermentlarni ta'siri (streptolizin 0, 5, fibrinolizaza) va -streptokokkning ba'zi shtammlarida yurak to'kimasini substansiyalari bilan umumiy antigenlari ko'pligi asosiy rolni o'ynaydi.

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

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

REVMATIZM PATOGENEZINING SXEMASI





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

Teriga toshma toshishi, artritlar bo'lishi, tomirlar o'tkazuvchanligining kuchayishi xam revmatizmni allergik kasallik deb

ta'riflaydi. Kasallik ko'zgatuvchisi biriktiruvchi to'qimaga ta'sir kilib, asosiy moddani va kollagenni parchalaydi.

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

Shu munosabat bilan kon zardobida mukoproteidlar, geksozaminlar miqdori ko'payib, definilamin ko'rsatkichi ko'tariladi, gialuronidaza faolligi kuchayadi, disproteinemiya paydo bo'ladi. Organizmda allergiya bilan bir va?tda autoimmun o'zgarishlar yuzaga keladi.

Biriktiruvchi tukimaning destruktiv o'zgarishlari o'ziga xos patomorfologik o'zgarishlarni keltirib chi?aradi. Biriktiruvchi to'qimada morfologik o'zgarishlar yuzaga kelishida 4 ta faza tafovut etiladi (A. I. Strukov fikriga muvofiq);

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

Bolalarda bu fazalarning birinchi ikkitasida nospetsifik ekssudativ komponent, keyingilarida esa endokard, perikard, tomir devorlari, biriktiruvchi tukimalarda joylashgan Ashof-Talalaev spetsifik granulyomalari topiladi.

Revmatizm klassifikatsiyasi.

Xozirgi va?tda foydalaniladigan revmatizm klassifikatsiyasida (A.I.Nesterov, 1964) kasallikning fazasi asos ?ilib olinadi. Ikki fazasi tafovut ?ilinadi: faol va faolsiz; ayni va?tda jarayon faolligining uchta darajasi ajratiladi. Bu klassifikatsiyada shikastlar, yurakdagi va yurakdan tash?aridagi o'zgarishlarning klinik-anatomik xarakteristikasi, kasallikning o'tish xarakteri va ?on aylanishining funktsional ta'rifi berilgan (jadval).

Revmatizm klassifikatsiyasi (A.I.Nesterov, 1964)

Kasallik fazasi	Zararlanishning kliniko-anatomik xarakteristikasi		Kechishi	kon aylanish dagi etishmov
	Yurakda	Boshka tizimlar va a'zolarida		

				chilik
Faol (I, II, III darajali faollik)	a) Birlamchi revmokardit b) kaytalanuvchi revmokardit (klapanlar nuksonisiz, klapanlar nuksoni bilan - kaysilari) v) yurakdagi yakkol uzagirishsiz revmatizm	Poliartrit, serozit, (plevrit, peritonit, abdominal sindrom, xoreya, entsefalit, meningoentsefalit, tser ebral vaskulit, nefritlar, gepatit, pnevmoniya, teri zaralanishlari, irit, iridotsiklit, tireoidit.	Utkir kechishi, utkir osti, sust, uzluksiz kaytalanuvchi, yashrin.	E0-kon aylanishi da etishmov . yuk. E1-kon aylanishi ning Idarajali. E2-kon aylan.II darajali etishmov . E3-kon aylanish.
Faolmas fazasi	a) yurak nuksoni (kaysilari); b) revmatik mio-kardioskleroz	Yurakdan tashkaridagi zararlanishlar okibati va koldik uzgarishlar		III-drajali etishm.

Klinik manzarasi.

Revmatizm kasalligining klinik ko‘rishniishlari turli-tuman va polimorf bo‘lishi mumkin.

Revmatizmning birinchi atakasi uchun utkir yoki utkir osti kechishi xos. Aksariyat bolalarning anamnezida 2-3 xafta oldin yukori nafas yullari kasallanishi topiladi. Atakaning urtacha davomiyligi 6-12 xafta, maksimal vakti – 6 oy. Kasallikning boshlanishi o‘tkir, yarim o‘gkir va lateit bo‘lishn mumkin. Kasallik o‘tkir boshlanganida tana xarorati ko‘tarilib, umumiy lanjlik, bo‘shashish paydo bo‘ladi, katta yoshdagi bolalarda yurak soxasida, ba'zilarida esa bo‘gim soxasida ogri? buladi.

Utkir revmatik poliartrit 85-90% revmatizm bemorlarida uchraydi. Bunda quyidagi belgilar kuzatiladi: 1) yakkol ogrik sindromi va bugim funksiyasining buzilishi; 2) ogriklarning «uchuvchan» xarakteri; 3) asosan urta va katta tomirlarning ketma-ket zararlanishi; 4) yalliglanishga karshi terapiya fonida ijobiy dinamika. Bitta aloxida bugim 1 haftadan kamyalliglanib turadi, butun bugimlar simptomatikasi esa 4 hafta davomida saklanib turadi.

Revmatik poliartritlar so'nggi yillarda bolalarda kamroq kuzatilmoqda, bo'gimlarning ogrib turishi (artralgiya) ko'prok kuzatiladi.

Utkir revmatik kardit. Revmatizmning asosiy ko'rinishlaridan biri yurak-tomirlar sistemasining shikastlanishiga oid belgilardir. Bolalardagi revmatizmning xarakterli xususiyati shundaki, jarayon yurak va tomirlarining ikki, ko'pincha esa uchta kavatining xammasiga bir yo'la o'tib ketadi.

1) miokardit (80-85%) – taxikardiya, yurak dilatatsiyasi, yurak utkazuvchanligi va ritmining buzilishi, yurak etishmovchiligi belgilari bilan kechadi.

2) endokardit (50%) - quyidagi uzgarishlar kuzatiladi:

a) mitral klapan zararlanishi (puflovchi sistolik shovkinning kelib chikishi)

b) aortal klapan zararlanishi («akkilovchi») diastolik shovkinning kelib chikishi)

3) perikardit (kuponcha fibrinoz) - kam xollarda aniklanadi.

Bolaning axvoli ancha yomonlashib, qansirash, sianoz. yurak soxasidagi ogriklar kuchayadi, bola majburan o'tirib olishga yoki yonboshlab o'tirishga xarakat qiladi. Tekshirib ko'rilganida yurak uchining zarbi bilinmaydi, yurak tonlari ancha bo'gim? eshitiladigan bo'ladi, fibrnoz perikarditda perikardning shikalanish shovkini eshitilib turadi. Rentgenologik va elektrokardiografik tekshirish yo'li bilan tashxis tasdiklanadi.

Yurakning qattiq shikastlanishi ko'pincha kasallik tez-tez takrorlangan vaqtlarda kuzatiladi. Bolaning ozib ketishi, jismonan zaif, kamkon bo'lib kolishi qam kuzatiladi.

Revmatizm bolalarda yurak nuqsонlari paydo bo'lishiga olib boradigan asosiy sabablarning biridir. Jarayon ko'pincha chap bo'lma-korincha klapanini (ikki tavakali klapani) zararlaydi va buning natijasida shu klapaning etishmovchiligi kelib chikadi, yurak uchida sistolik shovqin paydo bo'ladi, o'pka arteriyasida II ton aktsenti epitiladi.

Revmatik xoreya (Sidenxem xoreyasi) - bolalardagi revmatizm ko'rinishining bir formasi bulib, nerv sistemasi zararlanishi tufayli paydo bo'ladi (revmatik entsefalit). Bosh miya bazal yadrolarining zararlanishi va xoreik giperkinezlar, mushaklar gipotoniyasi, reflekslarning uzgarishi, emotsional buzilishlar bilan xarakterlanadi. Kichik xoreya maktab yoshidagi bolalarda uchraydi, qizlarda o'gil

bolalarga nisbatan 2—3 baravar ko‘prok kuzatiladi.

Kasallik asta-sekin avj olib boradi. Bemorda besaranjomlik paydo bo‘lib, u tinch o‘tira olmaydi, xarakatlari kelishmagan.

Bolaning xulk - atvori o‘zgaradi, u yiglo‘i, serzarda, tajang bo‘lib koladi, kupincha xati xam o‘zgaradi. So‘ngra ayrim muskullar guruxi va tana ?ismlarining ixtiyordan tash?ari galati xarakatlari paydo bo‘ladi, tashki taassurotlar tufayli ular kuchayadi. Bola ovkatini o‘zi eya olmaydi, doim ?o‘l-oyoklarini xar yonga tashlab, tartibsiz xarakatlar ?iladi, yura olmaydi, o‘tira olmaydi. Gapirganida ?uldiraydigan bo‘lib ?oladi. Uykusida xarakatlari susayadi. Xoreya bilan kasallanganlarning taxminan 50 foizida yurak zararlanadi. Kasallik 2 oydan to 3 oygacha davom etadi, ko‘pincha ?aytalanadigan bo‘lib, uzo? va?t davom etadi.

Anulyar eritema. Bolalarda revmatizm ko‘pincha teriga xar xil toshmalar toshib turishi bilan birga davom etib boradi. Annulyar eritema yoki eshakemga o‘xshab ketadigan toshma spetsifik deb xisoblanadi. Kukrak kafasi va korinning yon kislari, elka va sonning ichki kislari, buyin va orka tomonlarda pushti-kizgish xalkasimon toshmalar kuzatiladi.

Ayrim xollarda revmatizm ogir o‘tgan ma?alda bo‘gimlar soxasida ?atti? tizilmalar kattaligi tarik donidan to no‘xatgacha keladigan revmatik granulemalar (revmatik tugunchalar) aniklanadi.

Revmatizmning kayta atakasi birinchi atakadan 10-12 oy utgandan keyin kelib chikadi. Kayta atakadan keyin yurakning surunkali revmatik kasalliklari kelib chikish xavfini oshiradi. Xar bir yangi atakadan keyin ekstrakardial belgilar kamayib, yurak zararlanishi belgilari kuchayib boradi – yurakning revmatik nuksonlari shallanadi. Agarda nuksonlar birinchi atakadan keyin 14-18% bolalarda kuzatilsa, keyingi atakalardan keyin 100% bolalarda uchraydi. Kuyidagi nuksonlar kelib chikadi:

- mitral klapan etishmovchiligi
- mitral klapan stenozi
- aortal klapan etishmovchiligi
- aorta teshigi stenozi.

Revmatizmning kechish variantlari:

Utkir kechishi:

Yarim utkir kechishi:

- 1) Klinik simptomlarning sekinlik bilan rivojlanishi
- 2) Polisindromlik kamrok uchraydi
- 3) Yalliglanish jarayonining urtacha faolligi
- 4) Kasallik faol fazasining uzok 3-6 oy kechishi
- 5) Antirevmatik terapiya effekti pastrok
- 6) Yurak poroklari kuprok shakllanadi

Latent kechishi:

- 1) Revmatik anamnez yuk
- 2) Yalliglanish jarayonining past faolligi
- 3) Orttilgan nukson darrov aniklanadi

Tashxisi.

Revmatizm tashxisi anamnez ma'lumotlariga asoslanadi (bemor oldin streptokokk etiologiyali kasalliklar, angina va boshqalarni boshidan kechirganligi). Bemorlarla yurak chegaralarining o'zgarganligi, bo'gimlar zararlanganligi, xoreya, revmatik granulemalar va xalqasimon toshma borligi aniklanganda revmatizm tashxisi ancha anik bo'lib koladi. Kasallikning umumiy kurinishlari: tana haroratining ko'tarilish turishi, bemorning tez charchab qolishi, terisining oqarib turishi xam xisobga olinadi.

Bolalarda revmatizmning faollik mezonlari (A.I.Nesterov 1964 y)

Kursatgichlar	Aktivlik darajasi		
	I	II	III
Leykotsitlar 10 ⁹ G ^l	8 dan kam	8-10	10 dan ortik
EChT mmG`s	20 dan kam	20-30	30 ortik
SRP shartli birl	0 yoki+	+ yoki++	+++ yoki++++
DFA sinamasi, birl	0,250 past	0.250-0.300	0.300 dan ortik
SK birl	0.180-0.200	0.200-0.250	0.250 dan ortik
Seromukoid birl	0.3 dan kam	0.3-0.6	0.6 dan ortik
ASL-O titro`, Todda birl	Norma yoki 330 dan kam	330 – 660	660 dan ortik

Izox: SRP – S reaktiv protein

DFA - difenilamin

SK – sial kislotasi

Revmatik jarayonning faolligi klinik simptomlarning kanchalik ifodalangani, ularning dinamikasiga qarab anikdanadi. Shu maqsadlar uchun laboratoriyada tekshirish usullari: qon umumiy analizi (neytrofilez, SOE kuchaygan buladi), biokimeviy kursatkichlarni—sial kislotalar mikdori, difenilamin reaksiyasi, qonning oqsil fraktsiyalari, S-reaktiv oqsilni anikdash usullaridan qam foydalaniladi. Immunologik kursatkichlar: antistreptolizin-0,

antistreptogialuronidaza va antistreptokinaza titrlarining ham ahamiyati bor. Revmatizm faol fazasi faolmas faza bilan almashinadi.

Revmatizmning nofaol fazasi bolalarda xar xil tarzda namoyon bo'ladi. Ba'zi bolalarda u belgilarisiz utadi. Lekin goxida ularda tana harorati subfebril darajagacha kutarilib, charchoqli va yurak soxsida ogri bilan namoyon buladi. SOE ko'pincha tezlashmaydi. o'rtacha gipoxrom anemiya borligi ma'lum bo'ladi. Amaliyotda Kisel-Djons tomonidan tuzilgan va A.I.Nesterov tomonidan tuldirilgan asosiy va qushimcha diagnostik kriteriyalar ko'llaniladi.

Asosylari:

kardit, poliartrit, xoreya, xalkasimon eritema, revmatik teri osti tugunchalari.

Qo'shimchalari:

A. Klinik: yurakning revmatik zararlanishi yoki bo'lib o'tgan revmatik ataka, antirevmatik terapiya effektivligi, artralgiya, isitma, harorida o'ri, tez charchash, burundan hon ketish va boshqalar.

B. Laborator: o'tkir fazali reaksiyalar (SOE, S-reaktiv o'sil oshishi, leykotsitoz, sial kislotalar mikdorini oshishi) kapilyarlar o'tkazuvchanligini oshishi, EKG da RQ intervalini uzayishi.

Revmatizm tashxisi 2 ta asosiy yoki 1 ta asosiy va 2 ta qo'shimcha mezon bo'lganda aniq ko'yiladi. Oxirgi yillarda Xalqaro Soqliqni Saklash Tashkiloti (XSST) revmatizm tashxisini ko'yishda streptokokk infeksiyasi bo'lishi shart deb xisoblaydi. Laborator ko'rsatkichlar yordamchi ahamiyatga ega. Klinikada laborator ko'rsatkichlar patologik jarayon faolligini aniklashda va terapiya effektivligini kuzatishda ko'llaniladi.

Djonsning kayta kurulgan mezonlari (4-kayta kurik 1992 y)

Katta mezonlari	Kichik mezonlari	Streptokokkli infeksiya belgilari
1. Kardit 2. Poliartrit 3. Xoreya 4. Anulyar eritema 5. Teri osti tugunchalari	1. Artralgiyalar 2. Lixoradka 3. Anamnezida revmatik ataka yoki yurakning revmatik nuksoni 4. SOE oshishi,	1. Yakinda utkazilgan streptokokkli infeksiya 2. Tomok surtmasida A guruxstreptokokklar ning topilishi 3. ASL-O titrining 4. oshishi yoki b.k. antistreptokokk

	sial kislotalari, S – reaktiv oksilning oshishi, leykotsitoz 5. P-Q intervalining uzayishi 6. Boshka belgalar: burundan kon ketish, korinda ogrik, revmatik pnevmoniya va x.k.	antitelolarining oshishi
--	--	--------------------------

Tashxis etaloni:

Revmatizm I, faol fazasi (III darajadagi faollikda), birlamchi revmokardit miokardning zararlanishi bilan, poliartrit, utkirkechishi, E2A..

Differentsial diagnostika

Yukoridagi tashxis mezonlaridan kurinib turibdiki revmatizmning klassik formalari deyarli anik tashxislanadi. Shunga karamasdan ravmatizm 26 xil kasalliklarga uxshab ketadi.

№	Belgilari	Funksional kardiopatiya	Norevmatik kardit	Revmakardit
	1	2	3	4
1	Infektsion kasalliklar bilan boglikligi	Yuk	Virusli kasalliklar, ORVI, kam xollarda angina	Angina, skarlatina yoki surunkali tonzillitning avj olishi
2	Kasallikning	Sekinlik bilan	Infektsion kasalliklar	Streptokokkli

	boshlanishi		fonida yoki birinchi 3-5 kun davomida	infektsiyadan 2-4 xaftadan keyin
3	Umumiy shikoyatlar	Umumiy (kasallik simptomlarining sub'ektiv motivirovkasi)	Yuk yoki aloxida belgilar	Yuk
4	Vegetativ-tomir distoniyasi sindromi (teri mramorsimon, gipergidroz, nam va sovuk oyok kullar)	Yakkol rivojlangan	Yuk yoki kuchsiz namoyon bulgan	
5	Yurak soxasida ogrik	Kup uchraydi. Psixo-emotsional zurikish bilan boglik	Kup uchraydi. Yakkol.	Yuk yoki kuchsiz.
6	Yurak urishining kuchayishi	Xayajon bilan boglik, sub'ektiv	Jismoniy zurikishdan keyin, yurak ritmining tezlashuvi bilan	
7	Yurakning tuxtab yana ishlashi	Kup uchraydi	Kup uchraydi	Kam uchraydi
8	Xansirash	Nafas tezlasmagan, xavo etishmasligining sub'ektiv xis etish	Jismoniy zurikishdan keyin (chin)	
9	Puls	Labil, normal tuliklikda	Tezlashgan, kam xollarda sekinlashgan, kam tuliklikda, ba'zan aritmik	Tezlashgan, kichik tuliklikda
10	Arterial bosim	Noturgun, gipertenziyaga moyillik	Normal yoki gipotenziyaga moyillik	Kuprok gipotenziya yoki normal
11	Yurak	Normal, kam	Normal, kam xolda	Kup xollarda

1	chegaralari	xollarda kichraygan (tomchili yurak)	kengaygan	kengaygan
1 2	Yurak tonlari: I ton chukki ustida II ton upka arteriyasi ustida III ton	Uzgurmagan yoki ozrok pasaygan Bulingan, kuchaygan. Past amplitudali(norm a)	Bugiklashgan, pasaygan, ba'zan ikkilangan Uzgarmagan Yukori amplitudali	Bugiklashgan, pasaygan, strukturasi uzgargan (bulingan) Yukori amplitudali
1 3	Sistolik shovkin: Lokalizatsiyasi Tembr Utkazuvchanli gi Davomiyligi Shakli I ton bilan bog'likligi Sistolik indeks	Ikkinchi-turtinchi kovurga oraligi Turli intensivlikda Perikardial soxasi Sistolaning 1g`3 yoki 1g`2 Rombsimon Yuk 0.25 va past	Chukki, turtinchi kovurga oraligi Yumshok, bugikrok Lokal Sistolaning 1g`3 – 2g`3 Noanik Kup xolda yuk 0.25 va past	Xushtaksimon , turli intensivlikda Kultik osti soxasi Sistolaning 2g`3 – 3g`4 Kichrayib boruvchi Doimiy emas Kupincha 0.4- 0.5
1 4	Diastolik shovkin	Yo`k	Kam xollarda kiska, mezodiastolik	Proto-, mezodiastolik
1 5	EKG	Yo`k yoki noanik, avtomatizm, utkazuvchanlik kuzgaluvchanlik funktsiyalarining buzilishi	Xar xil, diffuz, oshib boruvchi, kiyin kushilgan	Kam namoyon buladi, kup xolda utkazuvchanlik, kiskarishlar sonining uzgarashi

1 6	Rentgenologik belgilar	Norma yoki tomchisimon, mitral konfiguratsiyali	Chap korinchaning kengayishi, kam xollarda ikki tomonlama, pulsatsiyalar kuchsiz, amplitudasi pasaygan	Chap korincha kengayishi, pulsatsiya amplitudasining pasayishi
1 7	Ekstrakardial belgilar	-	Kupincha allergik toshma	Poliartrit, kichik xoreya, anulyar eritema, revmatik tugunchalar
1 8	Kon taxlili	Uzgarmagan	Normal yoki leykopeniya, eozinofiliya, limfotsitoz, monotsitoz, SOE oshishi (20-22 mmg`soatgacha)	Leykotsitoz neytrofilyoz bilan, SOE oshishi (faollik darajasiga karab)
1 9	«Utkir fazali» kursatkichlar (SRB, glikoproteidlar, seromukoid va x.k.)	Uzgarmagan	Aloxida kursatkichlar ozrok oshgan	Jarayon faolligiga karab oshgan
2 0	Streptokokkga karshi antitelolar (ASL-O, ASG, ASK)	Uzgarmagan	Bazan ozrok oshgan	1.5-4 marta oshgan
2 1	Kechish xarakteri	Oshmaydi	Kup xollarda – bir necha hafta yoki oydan keyin orkaga rivojlanishi	Yurak nuksonlarining kelib chikishi yoki sekinlik bilan orkaga kaytishi

Revmatizm va yuvenil revmatoid artritning differentsial-diagnostik belgilari.

<i>Belgilari</i>	<i>Revmatizm</i>	<i>YuRA</i>
-------------------------	-------------------------	--------------------

Bugimlar zararlanishi	Urta va katta bugimlar	Oyok, kul panjalarining kichik bugimlari, umurtka pogonasi
Bugimda ogrik sindromi	Noturgun	Turgun
Ogriklar xarakteri	Doimiy emas, kuchib yuruvchi	Doimiy
Ertalabki xarakatlarning chegaralanganligi	Yo'k	Yakkol
Bugimlar deformatsiyasi	Yo'k	Yakkol
Mushaklar atrofiyasi	Yo'k	Bor
Yurakdagi uzgarishlar	Bor	Yo'k

Davosi.

Yunalishlari:

1. Umumiy tadbirlar
2. Streptokokkli infeksiyani yukotish
3. Yurak, bugim, boshka organ va sistemalarda ekssudativ yalliglanish komponentini yukotish
4. Simptomatik terapiya

Revmatizm ?aytalanib turuvchi, surunkali kasallik bo'lgani uchun bemor bolalarni uzo? muddat davomida, kasallikning xamma fazalariga ta'sir ?iladigan vositalar bilan davolab borish kerak bo'ladi. Kasallarni boskichli tarzda uzluksiz kuzatuv olib borilishni ta'minlash davo nu?tai nazaridan juda muximdir.

Revmatizm xastaligiga chalingan bemorlar fa?at statsionar sharoitda davolanadilar. Rejim. Revmatizm atakasi davrida bola kasallikning eng boshidan boshlab o'rnidan turmay yotishga muxtoj bo'ladi. Keyinchalik (2—4 xaftadan keyin) unga xojat va yuvinish uchun o'rnidan turishga ruxsat beriladi (3-4 xafta), shundan keyingina kasalni palata rejimi bilan umumiy rejimga o'tkaziladi (I —2 xafta). Urnidan turmay yotish muddati tana xaroratiga, yurak-tomirlar sistemasidagi o'zgarishlar va bolaning axvoliga boglik bo'ladi. Laboratoriya tekshirishlarining natijalari xisobga olinadi.

Kasallikning aktivlik darajasi tez pasayganda va yurakning bilinar-bilinmas zararlanishida yoto? rejimi 1 oygacha davom etadi. Yurak tomonidan

jiddiy o'zgarishlar bo'lganda va klapan apparati zararlanishida ?on aylanish etilmovchiligini II va III darajasida yotok, rejimi 6 hafta bazam undan xam ko'pga cho'ziladi. Rejim asta-sekin funksional sinamalar nazorati ostida kengaytiriladi. 2-3-xaftadan so'ng bemorlarga davolash jismoniy tarbiyasi buyuriladi.

Parxez. Gipoallergen dieta tayinlanadi:

- Bushashtiruvchi kunlar
- E2B va E3 da stol №7
- E2 da stol №5
- E1 va E0 da stol №10

Kasal bolani o'z va?tida ov?atlantirib turish muxim. Ov?atni bekamu kust va vitaminlari etarli miqdorda bo'ladigan ?ilib berish davoning yaxshi naf berishi uchun shartdir. Kasallikning o'tkir davrida iste'mol ?ilindigan tuzni 5—6 g gacha kamaytirish va suyuqlikni 1 l atrofida cheklab ?uyish kerak. Tarkibida kaliy tuzlari bo'ladigan maxsulotlar (tvorog, kartoshka, olma, karam, kora olxo'ri va boshkalar). vitaminlarga boy meva va sabzavotlar foydalidir. Bolaning xavodan baxramand bulishiga ?arab borish, axvoli yaxpilanib borgan sayin uning ochik xavoda bo'lishini tashkil etish zarur. Yurak etishmovchiligi xodisalari bulsa, o'rinda yotgan bola gavdasiniig yu?ori ?ismini ko'tarib ?uish lozim. Davolashda shifobaxsh fizkultura kompleksidan albatta foylaanilai; bunda kasallikning fazazi va dinamikasi xisobga olinadi.

Gormonal terapiya buyurilganda ratsion tarkibida ko'p miqdorda kaliy bo'lgan maxsulotlari istemol (kartoshka, karam, mevalar, grechka, tvorog) kiritiladi.

Etiotrop terapiya.

Medikamentoz terapiya infeksiyon agentni va allergik reaksiyani bartaraf etish ma?sadida ko'llaniladi.

Statsionarga bemor yot?izilgan va?tda penitsillin sutkasiga 600000 - 2 mln TBg`sutka(100000TBg`kg) muskul orasiga 2 hafta davomida buyuriladi. 30 kg dan kam bulgan bolalarga 600000TB, 30 kg dan ortik bulganda 1200000TB tayinlanadi. Davo kursi tugallangach bitsillin-5 yoki bitsillin-1 xar 3 xaftada maktab yoshigacha bo'lgan bolalarga (birinchisi 750000 TB, ikkinchisi 600000 TB) maktab yoshidagilarga esa 2 marta ko'p buyuriladi.

Penitsillin katoridagi preparatlarni kutara olmaslik xollarida eritromitsin tavsiya kilinadi. 25kg dan kam ogirlikdagi bolalarga 40mgg`kg sutkada(1g dan kup emas) 2-4 marta, 25kg dan yukori bulganda 250mg dan sutkasida 4 marta.

Nosteroid yalliglanishga karshi dori vositalari.

- 1) Atsetilsalitsilat kislota 60-100 mgG`kg sutkasiga buyuriladi. (2g sutkadan kup emas), 4 marta ovkatdan keyin sut bilan ichish. Tulik dozasi 3-4 xaftaga buyuriladi, keyin dozasi yarmiga kamaytirilib, yana 6 xafta davom ettiriladi.
- 2) Indometatsin (metindol) yalliglanishga karshi kuchli ta'sir ko'rsatadi; uni 35—45 kun davomida bolalarga sutkasiga 50— 75 mg dan berib turish buyuriladi.
- 3) Nosteroid preparat— diklofenak-natriy (voltaren) sezilarli xolida, 50 mg dan shamchalar ko'rnishiida chikariladi. Katta eshdagi odamlar va o'smirlarga diklofenak-natriy zarur bo'lsa parenteral yul bilan darajada yalliglanishga qarshi av ogrik qoldiruvchi ta'sir ko'rsatadi. Unday bolalarga 6 yasharlik vaqtidan boshlab kuniga 2—3 mgG`kg xisobidan buyuriladi. Bu preparat 25 yoki 50 mg dan, diklofenak-natriy forte tabletkalari yuboriladi (kuniga 75 mg mikdoridagi 1 ampulasi muskullar orasiga in'ektsiya kilinadi). Bu preparatni uzok, ishlatganda qon manzarasini nazorat qilib borish tavsiya etilad i.
- 4) Ibuprofen (brufen) ogrikni qoldiradi va yalliglanishga karshi ta'sir kursatadi. Bugimlar kasallanishida bu preparat ayni qsa o'rinlidir. Sutkalik dozasi 600 mg ni tashkil etadi. Ta'siri jixatdan brufening atsetilsalitsilat kislotadan orkada turishi aniklangan, lekin u nojuya reaksiyalarga sabab bo'lmaydi.

Yalliglanishga karshi steroid preparatlar.

Yurakning zararlanishida va kasallikning aktiv kechishida (kardiomegaliya, klapan nuqsanlari) allergik reaksiyaga tasir kilish uchun glyukokortikoidlar ko'llaniladi. Prednizolon va atsetilsalitsilat kislotasini birgalikda ko'llash yaxshi samara beradi. Prednizolon dozasi kasallikning aktivlik darajasiga boglik, o'rgacha aktivlikda 0,5 mgg`kg, yuqori aktivlikda 1-2 mgg`kg sutkasiga beriladi. Gormonal terapiya musbat samara berganda (klinik va laborator aktivlik pasayishi) prednizolon dozasi xar 10 kunda 5 mg ga kamaytiriladi. Boshka glyukokortikoid preparatlarning (deksametazon, trkamtsinolon va boshkdlar) prednizolondan afzallik tomonlari yo'?

Glyukokartikoidlarning ta'sir mexanizmi xujayra membranasining stabilizatsiyasi, kollagen depolimerizatsiyasini tormozlash, fibroblastlar aktivligini pasaytirish, antigen-antitelo reaksiyasini tormozlashdan iborat.

Gormonlar (prednizolon) desensibillovchi va yalliqlanishga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Gormonal preparatlarning dozasi va ishlatib borish muddati jarayonning faolligi va kasallikning o'tish xarakteriga qarab belgilanadi (4 xaftadan 6 xaftagacha).

Gormonal preparatlar uzoq ishlatilganida nojuy ta'sirlar bo'lishi mumkinligini hisobga olish kerak. Gormonlar berish to'xtatilganidan keyin bu xodisalar yukolib ketadi.

Yurakning bilinar-bilinmas zararlanishida va kasallikning o'rtacha aktivligida gormonal terapiya buyurilmaydi. Bunda yalliganishga qarshi dori vositalarining dozasi ko'paytiriladi. Yalliganishga qarshi dori vositalari, shuningdek gormonal vositalar kasallikning sust kechishida past aktivligida yaxshi samara bermaydi. Bu holda uzok, vaqt xinolin qarshi dori vositalari (rezoxin, delagil, plakvinil) sutkasiga 5-10 mg/kg miqdorda buyuriladi.

Asosiy terapiya bilan birga vitaminlar (askorbin kislota, V gramma vitaminlari) beriladi. Gormonal preparatlarning yuqori dozasi buyurilganda kaliy preparatlari, qon aylanish etishmovchiligida esa yurak vositalari ko'llaniladi.

Yuqoridagi muolaja vaktida dorilarning ta'siri kam kuzatiladi. Yara paydo bo'lishi va me'da-ichak traktidan qon ketish eng xavfli asorat xisoblanadi. Bemorlarning ortiqcha vazni gormonal vositalarning dozasi kamaytirilgandan so'ng yo'qoladi.

Statsionarlarda bemor 1.5-2 oyga yaqin yotib davolanadi. Sungra 2-3 oyga maxalliy sanatoriyaga davolanish uchun yuboriladi.

Dori-darmonlar bilan davolash revmatizm bilan ogriqan bemor organizmini desensibilizatsiya qilish (allergik xolatni bartaraf etishga) karatilgandir.

Xoreya bilan ogriqan bolalar albatta kasalxonada davolanishlari kerak. Revmatizmga qarshi to'la davolash kursi buyuriladi. Avaylaydigan rejim yaratishga, butunlay tinchlikni ta'minlashga aloxida ahamiyat beriladi. Bola xadeb qararkatga tushib bezovtalanaverganida uni aloxida palataga yotqizish yoki shirma to'sib, boshka bolalardan ajratib qo'yish kerak. Bolani o'ringa yotqizib ko'yish, unga fenobarbital yoki aminazin (0,01—0,02 g dan kuniga 2 maxal), bromidlar buyurish yaxshi natija beradi. Albatga V gramma vitaminlari – tiamin (2.5% li eritmasi muskullar orasiga) va piridoksin buyuriladi (5% li eritmasini muskullar orasiga 15-20 marta n'ektsiya kilinadn). Bola axvoli yaxshilanib olganidan keyin prozerin, dibazol urinlidir.

Xurujlardan tashqari davrlarda davolash bola organizmning yanada mustaxkamlashga karatilgan bo'ladi. Bolaning tegishli kun tartibi shunga yordam beradi. U etarlicha vaqtini ochiq xavoda o'tkazishi, mashg'ulotlarni dam olish bilan albatta navbatlashtirib borishi kerak. Maktabda bola maktab vrachining aloxida xisobida turadi, bu vrach unga aloxida o'kuv rejimini tayinlaydi, mexnat yuklamasi, fizkultura bilan shugullanishini kuzatib boradi. Bolaning axvoliga qarab, unga qo'shimcha bo'sh kun ajratish mumkin.

Bu davrda ogiz bushligi va burun-xalkumni doim sanatsiya qilib turish kerak.

Bolalarda revmatizm o'qibati albatta jiddiy. Lekin reja asosida profilaktik choratadbirlari amalga oshirilayotgani va davolash usullari takomillashib borayotgani

munosabati bilan kasallikning okibati sunggi yillarda ancha yaxshilandi. Klapan nu?sonlari bolalarda kamro? uchramokda.

Profilaktikasi.

Birlamchi, ikkilamchi va joriy profilaktik tadbirlar utkaziladi.

Revmatizmning birlamchi profilaktikasi reja asosida utkazib boriladi. Moddiy-maishiy sharoitlarni yaxshilash, maktablarda tegishli rejimni, tugri ov?atlanishni tashkil etish katta axamiyatga ega. Profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirib borishda bolalar poliklinikasi asosiy rol uynaydi. Bolalar poliklinikasining vrachi revmatizmni barva?t aniklab olishi zarur, xavf gruppasiga kiradigan bolalarni aniklab, kasallanib ?olgan bolalarni kasalxonaga yuborishni va keyin ularni bos?ichma-bos?ich davolab borishni tashkil etishi kerak. Organizmni chiniktirish, sport va gimnastika bilan muntazam shu?ullanib borish revmatizm profilaktikasi uchun muximdir. O?iz bo'shligi va burun-xalkumidagi streptokokk mnfektsiyasining oldini olish, surunkali tonzillitlarga davo ?ilib borish zarur. Bolalar orasida revmatizmning oldini olish yuzasidan amalga oshiriladigan ana shu chora-tadbirlar revmatizmnnng birlamchi profilaktikasini tashkil etadi.

Ikkilamchi profilaktikasi esa revmatik jarayonining kaytalanishi va zurayib borishining oldini olishdir. Bemorlar bolalar poliklinikasining dispanser xisobiga olinadi.

Revmatologiya kabinetlarining vrachlari revmatizm atakasini boshdan kechirgan xamma bolalarda dori-darmonlar bilan muntazam ravishda profilaktika ishini olib borishadi. Revmatizm profilaktikasi uchun so'ngi yillarda yil bo'yi bitsillin - 5 yuborib turish usuli ko'llaniladi: maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalarga 2 ?aftada I marta 750 000 TB mikdorida. 7 yashardan katta bolalarga - 4 ?aftada 1 marta 1200000 - 1500000 TB dan bitsillin in'ektsiya ?ilib turishi buyuriladi. Baxor va kuzda 1G`2 oy davomida sutkasiga bolaning xar bir yoshiga 0,15 g xisobidan, ko'pi bilan 1.5 g mikdorida atsetilsalitsilat kislota berib turish buyuriladi. Bitsillin-5 nn 2—3 yil davomida uzluksiz yuborib turish tavsiya egiladi.

Bundan tashkari, bolalar poliklinikalarining revmatologiya kabinetlari uchastka pediatrialari bilan birgalikda bolalardagi revmatizmga ?arshi kurash yuzasidan keng sanitariya maorifi ishlarini olib boradilar. Revmatizm profilaktikasiga doir muntazam ravishda amalga oshirilayotgan chora-tadbirlar sistemasi, boskichma-bos?ich davolash printsipi, kasallar ustidan dispanser kuzatuvi o'rnatilishi oxirgi yillarda bolalarning revmatizm bilan kasallanishini ancha kamaytirishga imkon berdi.

Joriy profilaktik tadbirlarga revmatizm bilan ogrigan bemorlardagi interkurrent kasalliklarni davolash va kon kursatkichlarini normallashtirish kiradi. Bunda albatta penitsillin katori yoki boshka antibiotiklar tayinlanadi. Xamma

stomatologik manipulyatsiyalar profilaktik muolajalarni talab qiladi.

Dispanser kuzatuv.

Revmatizm xastaligiga chalingan bemorlar statsionar va sanator davodan sung poliklinikaning pediatri va kardiorevmatolog kuzatuv ostida bo'ladilar. Barcha bemorlarga dispanser kuzatuvining nazorat kartasi to'ldiriladi (forma N30). Klapan nu'sonalarisiz birlamchi revmatizmni o'tkazgan yoki yurakdagi ya'ni ol uzgarishlarsiz xoreyasi mavjud, utkir va o'tkir osti kechishi bo'lgan, surunkali infektsiya o'choklari bartaraf etilgan barcha bemorlar 3 yil davomida xar yili profilaktik ravishda bitsilinoterapiya olishlari zarur.

Klapan nu'sonlari bilan birlamchi revmokardit, sust cho'ziluvchan xoreya va uzluksiz aytalanuvchi kechishi bo'lgan, shuningdek yurak nu'soni bilan yoki yurak nuksonisiz aytalanuvchan revmokarditi bo'lgan barcha bemorlar shu bilan birga surunkali infektsiya o'chogini bo'lgan xollarda profilaktika 5 yil mobaynida o'tkaziladi.

Revmatizm bilan kasallangan bemorlarga surunkali tonzil lit ko'z'alishi, faringit, sinusit, orvi kasalliklariga chalingan davrida profilaktik davodan tash'ari joriy profilaktik davo tavsiya etiladi. Bunda 10 kun davomida antibiotikoterapiya va yalliglanishga karshi dori vositalari birgalikda buyuriladi.

Penitsillin preparatlariga nisbatan individual sezuvchanlik bo'lsa bu bitsilinoterapiyaga absolyut a'arshi ko'rsatma xisoblanadi. Bunday bemorlarga boshka antibiotik buyuriladi. Kasallik profilaktikasida surunkali infektsiya o'choqlarini bartaraf etish muxim a'amiyat kasb etadi.

Bundan tash'ari sanatoriyada davolanish, iklimiyy omillar, chini'tirish vitaminlarga boy oziq maxsulotlarini iste'mol qilish kasallikni oldini olishda muxim rol o'ynaydi

Revmatizm bulgan bolalarni dispanser kuzatuv va reabilitatsiyasi.

Muttaxasislar kurigi	Atakadan keyin: 1 oyda 1marta- 3 oy, 3 oyda 1 marta -9 oy, keyin 6 oyda 1 marta- pediater, kardiorevmatolog. Xoreya va MNS buzilishida –nevrolatolog. Stomatolog va LOR –yilda 2 marta. Xinolin bilan davolanganda okulist – 3-6 oyda 1 marta. B.k. muttaxasislar kursatmalar buyicha.
Kurik paytida kuyidagilarga e'tibor karatiladi:	Angina, ORVI uchrashi, tez charchash, xarorat, xansirash, shishinkirash, jigar kattalashuvi, yurak urishi, bugimlardagi ogrik, puls, Ag`B, yurak chegaralari, tonlar, ritm buzilishi, yurak shovkinlari, bola kayfiyati, mushaklar tonusi, giperkinezlar, burundan kon ketishlar, abdominal sindrom.
Kushimcha tekshiruvlar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umumiy kon taxlili birinchi yilda 3 oyda 1 marta 2. Keyinchalik yilda 2 marta: 1)kon umumiy taxlili, 2)konda SRB, sial kislotalar, formol va timol sinamalar, ASL-O, ASG titri, 3)siydik umumiy taxlili, 4)EKG, FKG 3. xar bir kurikda Shalkov buyicha funktsional sinamalar 4. tavsiyalarga kura: yurak rentgenogrammasi 3 proektsiyada, EXOKG va boshka instrumental va labarator tekshirishlar 5. interkurrent kasalliklardan keyin kon va siydik taxlilini nazorat kilish
Soglomlashtirishning asosiy yunalishlari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surunkali infektsiya uchoklari sanatsiyasi 2. Interkurrent kasalliklarni nosteroid yalliglanishga

	<p>karshi preparatlar va askorbin kislota bilan 10 kun davolash</p> <p>3. yil buyi bitsillinoprofilaktika – 5 yil.</p> <p>4. metabolik jarayonlarni yaxshilaydigan vositalar yilda 1-2 marta.</p> <p>5. yurak glikozidlari – tavsiyaga kura E2-3 10</p> <p>6. sedativ prepa</p> <p>7. ratlar, trankvilizatorlar – kursatmaga kura xoreya bilan bemorlarga.</p> <p>8. sutkaga 3-4 soat toza xavoda bulish va boshka chiniktiruvchi muolajalar.</p> <p>9. sanator-kurort davolash.</p>
Kuzatuv davomiyligi	5 yildan kam emas, xuruj davrida va nukson kelib chikkanda kattalar terapevtiga utguncha
Jismoniy tarbiya bilan shugullanish	Atakadan keyin : 1-yil LFK, jismoniy tarbiyadan maxsus gurux, 2-yil noaktiv fazada tayyorlov guruxi, 3-yil asosiy gurux musobakalardan ozod etish bilan, 4-yil asosiy gurux, 5-yil sport tugaraklari.
Profilaktik emlashlar	1-yil mumkin emas, keyinchalik individual ravishda.

Amaliy mashg'ulot № 18

Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

Mavzu	<p>Norevmatik karditlar.</p> <p>Ortirilgan va tug'ma karditlar.</p> <p>Etiopatogenez, tasnifi, klinikasi, ekstrakardial va kardial belgilar.</p>
--------------	--

18.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashgulot vakti – 6 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashgulot shakli	Mavzu buyicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar

Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolalarda norevmatik karditlar. Ortirilgan va tug‘ma karditlar. 2. Bolalarda norevmatik kardit kechish xususiyatlari 3. Norevmatik kardit kasalligining diagnostiksi. 4. Bolalarda norevmatik karditda laborator – instrumental-grafik tekshiruvlari. 5. Kardiorakal indeks to‘g‘risida tushuncha. 6. Kardiomegaliya darajalari. 7. Kon aylanish etishmovchilik darajalarini aniklash. 8. Kon aylanish etishmovchilik klinikasi. 9. Davolash rejasi va oldini olish tadbirlari.
<p>Ukuv mashgulotining maksadi: Talabalarga bolalarda norevmatik kardit kasalligini kechish xususiyatlari, diagnostikasi, laborator – instrumental- grafik tekshiruvlari tugrisida tushuncha berish. Kardiorakal indeks va kardiomegaliya darajalari to‘g‘risida tushuncha. Kon aylanish etishmovchilik darajalarini aniklash. Davolash rejasi va oldini olish tadbirlari tugrisida tushuncha berish. Tekshirish usullari. Xastalik belgilari xakida tasavvurga ega bulish.</p>	
Pedagogik vazifalar	O‘quv faoliyati natijalari
<ul style="list-style-type: none"> -Talabalarga bolalarda norevmatik kardit kasalligi tugrisida tushuncha berish. - Talabalarga bolalarda norevmatik kardit kechish xususiyatlari; etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni urgatish -Norevmatik kardit kasalligining diagnostiksini tushuntirish. -Bolalarda norevmatik karditda laborator – instrumental- grafik tekshiruvlarini interpritatsiyasini o‘rgatish. -Kardiorakal indeks to‘g‘risida ma'lumot berish. -Kardiomegaliya darajalarini tushuntirish -Kon aylanish etishmovchilik darajalarini aniklay olishni urgatish -Davolash rejasi va oldini olish tadbirlarini o‘rgatish. - Turli yoshdagi bolalarda yurak – kon tomir tizimining uzgarishlarini baxolay 	<ul style="list-style-type: none"> -Talabalar bolalarda norevmatik kardit kasalligi tugrisida tushuncha ega bo‘lishi kerak. - Talabalarga bolalarda norevmatik kardit kechish xususiyatlari; etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni erkin bayon etaolishi kerak. -Norevmatik kardit kasalligining diagnostiksini tushuntira bilishi kerak. -Bolalarda norevmatik karditda laborator – instrumental- grafik tekshiruvlarini interpritatsiyasini tushuntira bilishi kerak -Kardiorakal indeksni amalda bajaraolishi kerak. -Kardiomegaliya darajalarini amaliyotda o‘yaa olishi kerak -Kon aylanish etishmovchilik darajalarini aniklay olishi kerak -Davolash rejasi va oldini olish tadbirlarini bajara bilishi kerak. - Turli yoshdagi bolalarda yurak – kon tomir

olishni o'rgatish.	tizimining uzgarishlarini baxolay bilishi kerak.
Ta'lim berish usullari	Munozara, suxbat, tezkor surov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasion xona jixozlari» va h.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baxolash	Ogzaki nazorat: savol – javob, mustakil ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

18.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi 2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi 3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish . 4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish . 5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi. 6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi 	

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

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

NOREVMATIK KARDITLAR.

Yurak ?avatlaridagi o'zgarishlar umumiy so'z bilan miokardit deb ifodalanadi, lekin oxirgi yillar bu termin kardit deb almashtirildi. Kardit bolalar orasida ko'pro? uchraydi, asosan o?ir formalari. ?ozirgi paytlarda norevmatik karditlarning klinikasi va diagnostikasiga ?izikish juda kuchaydi. Norevmatik karditlar revmatik karditlarga nisbatan ko'pro? uchray boshladi.

Etiologiyasi. Barcha infeksiyon kasalliklar cha?iruvchisi ?ana?a bo'lishidan ?at'iy nazar kardit asoratini cha?irish mumkin. bosh?a infeksiyon kasalliklarga nisbatan tekshirishlarga asosan odamlar virus infeksiyasi bilan ko'pro? kasallanishadi.

Bolalar o'rtasida respiratorli virusli kasalliklar ?am ko'p uchraydi: (gripp, paragripp, adenovirus).

Koksaki virusi bilan adenovirus kasallikni surunkaliga o'tishiga olib keladi. Miokardit bosh?a virusli kasalliklardan keyin ?am kelib chi?ishi mumkin, masalan: suvchechak, ?izami?, virusli hepatit, epidemik tepki, sitomegaliyalardan so'ng, miokarditni rivojlanishiga keltirib chi?aruvchi omillarning a?amiyati katta, ya'ni organizmda viruslar uzo? va?t davomida o'zini ta'sirini ko'rsata olmay turadi, lekin organizmni reaktivligining pasayishi bilano? patologik xususiyatini ko'rsata boshlaydi.

Organizmni chidamligi ?uyidagi faktorlardan keyin pasayishi mumkin: gipoksiya, fizik zo'ri?ishlarni oshib ketishi, bundan tash?ari ba'zi bir dori moddalaridan keyin, masalan rezerpin istemol ?ilganidan so'ng. Rezerpin yurak muskullarida Koksaki virusini toksik ta'sir ko'rsatishini oshiradi.

Norevmatik miokarditni rivojlanishida bakterial faktorlarni roli juda kata ?isoblanadi. Bularga kiradigan streptokokk infeksiyasi va stafilakokk barcha miokarditlar ichida aloxida a?amiyatga ega.

Norematik kardit ?uyidagi kasalliklardan keyin ?am kelib chi?ishi mumkin: pnevmoniya, sepsidan keyin, plevrit, stafilakokkli destruksiyadan keyin, siydik yo‘llaridagi infeksiya, glomerulonefrit, gepatit, xolestik va bosh?a kasalliklar.

Allergik karditlar rivojlanadi: posvaksinal reaksiyadan so‘ng, bronxial astma, surunkali ekzema, resperator allergozlaridan keyin. Ba'zi bolalarda ?uyidagi dorilarni ?abul ?ilganda: penitsillin, streptomitsin, tetratsiklin, siulfanilamid preperati, furadonin kabi dorilar ?abul ?ilganidan so‘ng allegik kardit rivojlanishi mumkin. Shunday ?ilib norevmatik karditlar polietologik kasallik ?isoblanib, etiologisiyada ko‘pincha viruslar asosiy o‘rinni egallaydi.

Patogenezi. ?ozirgi va?tda olimlar o‘z tekshirishlari natijasida norevmatik karditlarni immunopatologik ?olat deb tushuntirishmo?da.

Virus yurak muskul xujayrasiga kirib, ularni zararlaydi va chu?ur metabolik va morfologik o‘zgarishlarga olib keladi.

Limfatsitlar bilan bo?langan ?olda virus va bakteriyalarni toksinlarga limfatsitlar bilan ustida yoki yuzasiga antitela ?osil bo‘ladi.. Bu esa o‘z navbatida immun kompleksini ?osil bo‘lishiga va ularni ?onga o‘tib aylanib yurishiga olib keladi.

Antitelalar tu?imadagi bazofillarni, leykotsitlarni, trombotsitlarni zaralaydi, xujayrada modda almashinuvini o‘zgartiradi, mukolitik va proteolitik fermentlarni aktivlantiradi.

Biologik aktiv modda gistamin, seratonin, bradikinin va prostoglandinga o‘xshagan aktiv moddalar to‘?ridan-to‘?ri yurakni o‘tkazuvchi sistemasiga ta'sir ?iladi, yurakni ?is?artiruvchi aparatiga o‘z ta'sirini ko‘rsatadi.

Ko‘p mi?dorda gistamin ishlab chi?arilishi ?on tomir devorini o‘tkazuvchanligini oshiradi globulinlarni, allergenlarni antitelalarni to‘?ima bo‘shli?iga o‘tishini va yurak muskullarini ishini va ozi?lanishini buzilishiga olib keladi.

Gistaminsimon moddalarni kupro? ?osil bo‘lishi kichik arteriya va kapillyarlarni kengayishiga va o‘tkazuvchanligini oshishiga, kichik arteriya va venachalarda staz ?osil bo‘lishiga olib keladi.

?on o?ishining sekinlashishi natijasida, eritrotsitlarni plazmadan ajralishi mikrotromblarni ?osil bo‘lishida, yurak muskulida gipoksiya rivojlanishiga olib keladi.

Mikrotsirkulyatsiyani buzilishi, xujayrolararo to‘?imalarda shish bo‘lishi. Xujayrada yalli?lanish infiltratsiyasi, ?onda gistaminni oshib ketishi yurak o‘tkazuvchanligini va ritmini buzilishiga olib keladi va o?ri? sindromini kelib chi?ishiga olib keladi.

Norevmatik karditni kelib chi?ishida bemorning yoshi irsiy omilini axamiyati katta.

Kichik yoshdagi bolalarda miokardit o?ir o?tadi, surnkali kechishga moyil. Norevmatik karditni oilaviy kechishi immunetetning irsiy to?li?sizligidan dalolat beradi. Bir oilani barcha a'zolarida bir xil immunologik reaktivlik bo?lishi mumkin bu esa timusni xolatiga uning kompleks reaksiyasiga bogli?.

Tasnifi:

N.A. Belokon o?zining ko?p yillik ilmiy tad?i?ot tekshirishlari natijasiga asoslanib 1984 yilda NK ning tasnifini ishlab chi?di va ushbu tasnif Kardiologlar anjumanida ?abul ?ilindi.

1.Kasallikning kelib chi?ish davriga ?arab:

- Tu?ma: erta, kechki
- Orttirilgan

2.Etiologik omillari bo?yicha:

- Virusli
- Bakteriyali
- Virus-bakteriyali
- Parazitli
- Zambru?li
- Iersiniozli
- Allergik
- Idiopatik

3.Shakli bo?yicha (jarayonning ?aerda joylashishiga ?arab):

- Kardit
- Yurak o?tkazuvchi tizimining zararlanishi

4. Kechishiga ko?ra

- O?tkir – 3 oygacha
- Cho?zilgan – 18 oygacha
- Surunkali – 18 oydan ko?p (retsdivlanuvchi, birlamchi surunkali: dimlangan, gipertrofik, destriktiv variantlari.)

5.O?irligi bo?yicha:

- Engil
- O?rta o?ir

- Oʻtir

6. Yurak etishmovchiligining shakli va darajasi:

- Chap ʻorincha etishmovchiligi I, II A, II B, III darajalar
- Oʻng ʻorincha etishmovchiligi I, II A, II B, III darajalar
- Total etishmovchilik

7. Oʻibati va asorati:

- Kardioskleroz
- Miokard gipertrofiyasi
- Yurak ritmi va oʻtkazuvchanligining buzilishi
- Oʻpka gipertenziyasi
- Klapan apparatining zararlanishi
- Konstriktiv mioperikardit
- Tromboembolik sindrom

ʻar ʻanday kasallikning tasnifida koʻrsatilgandek NK ning tasnifida uning kechishi aniʻ koʻrsatilgan.

NK ning oʻtkir kechishi kasallikning avj olishi bilan boshlanishi, yurak-ʻon tomirlar etishmovchiligi va nisbatan oʻtkazilgan muolajalarning tezda effekt-foйда berishi bilan ifodalanadi.

NK choʻziluvchan kechishi ayrim ʻolatda kasallikning tez boshlanishi, ammo soʻayishning 18 oygacha choʻzilishi, boshʻa ʻolatda kasallik ancha yumshoʻ boshlanib va sekin-asta rivojlanish yoki birlamchi choʻziluvchan kechishi bilan oʻtadi.

NK ning surunkali kechishi oʻtkir yoki choʻziluvchan karditda oʻtkazilgan davo muolajalarining foyda bermaganligidan, yurak mushaklarining refrakterligi kuchliligidan oʻtkir yoki choʻziluvchan karditning surunkali karditga oʻtishi yoki oʻtkir va choʻziluvchan karditlar belgilari boʻlmay birlamchi surunkali karditning paydo boʻlishi ʻam kuzatiladi.

Klinika. Chaʻaloʻlarni, kichik yoshdagi bolalarni va katta yoshdagi bolalarni miokarditni klinik kechishini oʻziga xos belgilari bor.

Miokardit bola ʻomila paytida rivojlanishi mumkin E.N. Amosova (2002) uni aniʻlashda akusher anamnezini axamiyati katta. ʻomilador paytida onasini oʻtkir infeksiyon kasallik bilan kasallanganligi (gripp pnevmoniya, va boshʻalar).

Norevmatik karditni klinik belgisi tuʻilgan kundan yoki sal kechroʻ paydo boʻladi. Yurak - ʻon tomir sistemasidagi oʻzgarishlar miokardni zararlanish darajasiga bogliʻ.

Yurak chegarasi perkutsida va rentgenda kengaygan. Bolaning aktivligi pasaygan, bezovta bo'lganda ko'karish paydo bo'ladi. Auskultatsiyada yurak tonlari susaygan ba'zilarida yurak ritmi buzilgan. EKG da yurak ?orinchalar mushaklarining gipertrofiyasi, yurakni o'tkazuvchanligi buzilgan. Bolalarning ko'pida tu?ilgandan gepatomegaliya.

Bu bolalar fizik rivojlanishdan or?ada ?olishadi, kukrak ?afasida yurak bukrisi ?osil bo'ladi.

Cha?alo?larda orttirilgan miokardit, ORVI, pnemoniya yoki biron xil infeksiyadan keyin 1-2 xaftadan so'ng paydo bo'ladi.

Karditni rivojlanishida bolani organizmi oldindan sensibilizatsiya bo'lgan bo'lishi kerak, ya'ni ?aytadan infeksiyon kasalliklar bilan kasallangan, yoki allergik moyilligi eksudativ – kataral diatezi, giperergik reaksiyagi moyilligi bo'lishi kerak. Shuning uchun ORVI o'tkazgan bolalarda karditga o'xshash belgi paydo bo'lsa, emlashdan oldin EKG ?ilish kerak.

Bemor bola bezovta bo'lib ?oladi, emishdan bosh tortadi emayotgan paytda bezovtalik paydo bo'ladi, ?usish, terisini rangi o?argan, oyok-?o'l uchlari ko'kargan, nafas olishi tezlashgan, xansirash ?orni damlaydi, ba'zan talvasa shish paydo bo'lishi mumkin.

Bu bolalarda bronxit yoki pnevmoniya tez– tez bo'lib, yoki birgalikda kechadi.

Yurakni chegarasi kengaygan, yurak tonlari susaygan, ba'zi bolalarda nozik sistolik shov?in eshitiladi, taxikardiya, ekstrasistoliya bo'lishi mumkin. Jigar kattalashishi mumkin. Cha?alo?larda tezda o'tkir yurak etishmovchiligi klinik belgilari rivojlanadi.

Rentgenologik tekshirganda yurak pulsatsiyasini sustligi, chegarasini kengayganligi, ?on tomirlar rasmining kuchayganligi kuzatiladi. Shunday ?ilib bolalarni cha?alo?lik davrida norevmatik karditni dekompensatsiya va aralash variantlari ko'pro? uchrab turadi.

O'tkir karditning boshlan?ich davri o'zining xar xil klinik ko'rinishi bilan ajralib turadi.

Bolalar ORVI dan keyin xolsiz, sust inji? bo'lib ?oladi. Tezda charchab ?olishi uy?uchan, ishtaxasi yu?oladi, terisining rangi o?arib ?oladi.

Kasallikning asosiy belgisi birdan xansirash, ko'karish yo'tal xurujini paydo bo'lishi, bu kasallikni davom etayotganidan dalolat beradi. Yurak uchi turtkisi susaygan. Yurak chegarasi kengaygan, ko'pincha chapga.

Yurak tonlari kuchli, kam ?ollarda bo'?'i?, II ton o'pka arteriyasida kuchaygan. O'tkir osti kechishda yurak soxasida sistolik shov?in eshitiladi, mitral klapanini etishmovchiligi bo'lishi mumkin. ?amma bemorlarda taxikardiya ani?lanadi.

EKG da sinus taxikardiyasi va ?orinchalarda ekstrasistoliyasi ani?lanadi.

Rentgenda yurak o'lchamlarini kengayganligi ani?lanadi.

Miokardni klinik belgilariga perikard shovʻini oʻshiladi, yurak tonlari susaygan, jigar ancha kattalashgan boʻladi. Oyoqlarda shish erta osil boʻladi, xansirash va oʻpkada dimlanish belgilariga nisbatan yurak chegarasi kengaygan.

Maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda infeksiyon – allergik miokarditni rivojlanishida virusli infeksiyalardan keyin miokardit birdan (erta) yoki bir necha xaftadan keyin (kechki) erta belgilariga uyidagilar kiradi: xansirash, umumiy oʻlsizlik, yurak soxasida oʻriʻ, oʻrin mushaklarida oʻriʻ borligiga shikoyat iladi, ishtaxani yoʻligi, yurak urishiga.

Katta yoshdagi bolalarning shikoyati - yurak soxasida oʻirlik, sanchib oʻrish, yurak soxasida oʻriʻ tinch xolatda paydo boʻlishi, fizik zuriʻishdan keyin kuchayishi va butun yurak soxasida tarkaladi. Bu oʻriʻ bir necha kundan bir necha xafta va bir necha oygacha davom etishi mumkin, bu kasallikni kechishiga boʻliʻ. on tomirning kengaytiradigan dorilardan soʻng kamayadi. Bemorning aʻvoli yalliʻlanishga arshi, desensibilizatsiya iladigan preparatlardan keyin, yurak glyukozidlari, kaliy tuzlari, vitaminlarni bergandan keyin ancha yaxshilanadi.

Ba'zi bir bolalar xech anday shikoyat ilishmaydi. Klinik va instrumental tekshirishlardan keyin tashxis-norevmatik kardit deb oʻyiladi.

Katta yoshdagi bolalarda uchraydigan miokarditning erta kuzatiladigan klinik belgisiga taxikardiya, ba'zan bradikardiya yoki nafas aritmiyasi kiradi.

Katta yoshdagi bolalarda yurakdagi oʻzgarishlar oʻtkir boshlanmaydi. Ekstrakardial belgilarga kiradi: rangini oʻarganligi, oʻlsizlik ba'zi bolalarda shish paydo boʻladi.

Miokarditning asosiy belgilaridan biri yurak chegarasini kengayishidir. Yurak chegarasi koʻpincha chapga kengaygan, ba'zan chapga va unga ba'zilaridan yuʻoriga am kengaygan.

Rentgenografiya ilganda yurak konfiguriyasi oʻzgargan, konturlari sillilashgan, amplitudasi pasaygan, pulsatsiyasi aritmik yurak chegarasi kengaygan.

Eng koʻp erta paydo boʻladigan belgilaridan (92%), bu yurak avtomatizmini buzilishi, 60% ollarda uzgalish funksiyasini ya'ni ar xil ekstrastoliyalardir.

Diagnoz: oʻyishda aritmiyani boʻlishi katta aʻamiyatga ega, chunki ba'zan miokardni zararlanishi asosiy belgilaridan biri boʻlishi mumkin.

FKG da xamma bolalarda sistolik shovʻinni yozishi, koʻpincha yurak uchida yoki IY ovurʻa oraliʻida chap toʻsh suyagining irrasida.

Norevmatik kardit bilan kasallangan bemorlarni laborator tekshirish oʻtkazganda uyidagilarni aniʻlash mumkin.

Gemogrammada – anemiya, leykotsitoz, ba'zan leykopeniya kuchli boʻlmagan SOE, bular ammasi kasallikning oʻtkir davrining 2-3 aftasida kuzatiladi.

ʔondagi oʻzgarishlar miokarditga xos patogenetik oʻzgarishlarga kirmaydi, faʔat klinik instrumental oʻzgarishlar bilan birgalikdagini diagnostikaga yordam berishi mumkin.

Bioximik tekshirish oʻtkazilganda DFA – ozgina koʻpaygan (202 – 216 ED), sialovaya kislota (0,228-0,243 ED), seromukoid albuminlar kamayadi, alfa 2 va gamma globulinlar koʻpayadi, asparagin va alanin transaminaza ishʔoriy fosfatazalar oshadi.

ʔon zardobida immunoglobulinlarni tekshirganda norevmatik kardit bilan kasallangan bemorlarda kasallikning oʻtkir davrida immunoglobulin A ni miʔdori kamaygan, M va J ni miʔdori oshgan boʻladi. Protsess pasaygandan sung immunoglobulin M va J ni konsentratsiyasi pasayadi.

Baʔzan bolalarda miokardit belgilari tibbiy koʻrikda, sport maktabiga olishda tekshirish natijasida aniʔlanadi. Yurak chegarasini kattalashishi, yurak tonlarini oʻzgarganligi, sistolik shovʔin aniʔlanadi, lekin bemorning shikoyati boʻlmaydi.

Surunkali kechadigan miokarditni klinik koʻrinishi tez charchab ʔolishi, xolsizlik, sustlik, koʻp terlaydi, xansirash yurak soxasida oʻriʔ, yurak urishi tezlashgan, baʔzan yopishʔoʻ yutal, ayniʔsa bemor yotgan paytida yoʻtal boshlanadi.

Yurak tonlari susaygan, taxikardiya. Oʻpkasida ʔattiʔ nafas, ʔuruʔ va xoʻl ʔar xil kalibirli xirillashlar eshitiladi.

Rentgenogrammada yurak soyasini kengayganligi, chap boʻlagi ʔisobida, kardiomegaliya.

EKG da ritmni buzilganligini aniʔlanadi. Surunkali miokarditda aritmiya doimiy belgilardan biri ʔisoblanadi.

Surunkali kardit boʻlishi mumkin: chap ʔorincha boʻshliʔining kengayishi bilan va chap ʔorincha boʻshliʔini kengayishi yoki normada boʻlishi bilan.

Surunkali kardit chap ʔorincha boʻshliʔini kengayishi bilan-shikoyati ishtaxani yoʻʔligi, massasining kamayishi. Tipik belgilari taxipnoe, yurak uchi turtkisining susayganligi, yurak bukrisi, baʔzan yurak chegarasini kengayishi, sistolik shovʔin, mitral klapinini etishmovchiligi, yurak ritmini oʻzgarganligi, jigarni kattalashishi. EKG da T tishchasini siljigani, 5-6 chetlanishda t tishchasini yoʻʔligi. Baʔzan tashxis operatsiya paytida ʔoʻyiladi.

Miokarditni baʔzan Ebshteyn anomaliyasining sianoz boʻlmagan shaklida oʻxshatiladi.

Rentgenda kardiomegaliya, yurak sharsimon, auskultatsiyada – yurak tonlari boʻʔiʔ, yurakni ritmi va oʻtkazuvchanligi buzilgan. ʔiyosiy tashxisda ʔuyidagi belgilarga aʔamiyat beriladi: yaʔni ORVI yoki boshʔa infeksiyalar bilan boʻliʔ boʻlmaganligi, oʻng ʔorincha etishmovchiligi kuzatiladi, oʻpka gipertenziyasi kuzatilmaydi. Ebshteyn anomaliyasida EKG da oʻng boʻlmacha gipertrofiyasi Gisa tutamining oʻng oyoʻchasi toʻliʔ boʻlmagan blokada kuzatiladi.

Eyzenmenger sindromi – bu tuʻma paroklarga kiradi DMJP, ochiʻ arterial tuʻma nuʻsonida kuzatiladi. Koʻpincha surunkali kardit bilan bemorlar shu diagnoz bilan tushadi. Bu ikki kasallikni ʻuyidagi belgilar bir biriga yaʻinllashtiradi: yuz teri koplamlarini koʻkarishi, barmoʻ uchlarini koʻkarishi, ʻattiʻ yurak tonlari, oʻpka arteriyasi ustida II-ton aktsenti, oʻng ʻorincha etishmovchiligi belgilari va gipertrofiya yurakning oʻng boʻlagini EKG da.

Surunkali karditga xos belgilar-kasallik belgisi 4-6 yoshdan keyin paydo bulishi, rentgenogrammada yurakdagi oʻzgarish noxosdan aniʻlanadi. Tuʻma porokda esa tuʻilgan kunidan, oʻng ʻorincha etishmovchiligi II-III darajasi kuzatiladi.

Eyzenmenger sindromiga sistolik shovʻin xos emas, uch tabaʻali klapan etishmovchiligi xos.

Kardiopatiya yoki miokardit kasalligida koʻpincha koarktatsiya aorta va fibroelastoz kasalligi degan tashxis bilan tushadi. Umumiy belgilari – kardiomegaliya, oʻng ʻorincha etishmovchiligi, yurak tonlarini boʻʻiʻligi, shovʻinni yoʻʻligi. Lekin oyoʻlarida pulsni judayam sustligi, ʻoʻllariga nisbatan, ʻoʻllarida A G`D oshganligi, oyoʻlarida pasaygani ʻiska daʻal sistolik shovʻin kurak ostida chapdan shularga asoslanib toʻʻri diagnoz ʻoʻyish mumkin.

Bolalarda norevmatik kardit bilan ʻon aylanishni buzilishi darajasiga va kasallikni kechish protsessiga ʻarab ʻar xil boʻladi.

ʻon aylanishning etishmovchiligini aniʻlash uchun Belokon taklif kilgan tasnif G`1979G` ishlatiladi.

Norevmatik karditda ʻon aylanishini etishmovchiligi belgisi.

Darajasi	chap ʻorincha etishmovchiligi	oʻng ʻorincha etishmovchiligi
I daraja	ʻon aylanishi etishmovchiligi belgilari tinch ʻolatda yoʻʻ, nagruzkadan soʻng taxikardiya	jigir me'yorda Jigar 2-3 sm ʻovurʻa
	yoki xansirash paydo boʻladi.	
II daraja A	Yurakni ʻisʻarishi va nafas olishi bir minutda 15-30 % va 30-50 % ga koʻpayadi normaga nisbatan.	
II daraja B	Bir minutda 30-50 % va 50-70% ga koʻpayadi normaga nisbatan, yoʻtal xoʻl xirillashlar oʻpkada, akrotsinoz.	
III daraja	Yurakni ʻisʻarishi va nafas olishi	Jigar kattalashgan,

bir minutda 50-60 va 70-100 % ga astsit gidrotoraks
ko'payadi normaga nisbatan, shishadi.

Differentsial diagnostikasi.

- Norevmatik kardit uchun xarakterli:
- Virusli infektsiya bilan doimiy-xronologik kontaktda bo'lish.
- Kasallik latent davrining ?is?aligi (5-7 kun) yoki bo'lmasligi.
- Kasallikning sekin-asta rivojlanishi.
- Artralgiya va artritning bo'lmasligi.
- Kardial shikoyatlarning faolligi va xilma-xilligi.
- Miokarditning klinik va EKG belgilarining mos kelishi.
- Valvulit (klapan zararlanishi) yo'ligi.
- Perikarditning juda kam kuzatilishi.
- Kasallik debyutida astenizatsiya belgilarining bo'lishi va termoregulyatsiyaning buzilishi.

Klinik belgilar bilan laborator ta?illarning mos kelmasligi

Yalli?lanishga ?arshi davo muolajalardan ijobiy dinamikaning sekin bo'lishi.

Kichik yoshli bolalarda NK ni TYuNlari, ya'ni atrioventrikulyar kommunikatsiyalarning to'li? bo'lmagan turlari, Ebshteyn anomaliyasi va magistral tomirlar transpozitsiyasi, operativ davolangandan keyingi ?olati bilan ?iyoslash ancha murakkab jarayondir.

Atrioventrikulyar kommunikatsiya uchun xarakterli:

- Tembri va lokalizatsiyasi ?ar xil bo'lgan sistolik shov?inning bo'lishi.
- O'ng ?orincha va o'ng bo'lmachaning gipertrofiyasi.
- EKG da Giss tutami o'ng oyo?chasining noto'li? blokada bo'lishi.
- Rentgenoskopiyada o'pka rasmining ?alinlashishi va chap ?orincha pulsatsiyasining kuchayishi kuzatiladi.

Ebshteyn anomaliyasi uchun xarakterli

- Kasallik paydo bo'lishi bilan o'tkazilgan O'RVI ning alo?ador emasligi.
- O'pka gipertenziyasi kuzatilmagan ?olda o'ng ?orincha etishmovchiligi belgilarining ustunligi.
- O'ng bo'lmachaning kattalashuvi.
- EKG da chap ?orinchaning gipertrofiyasi va uning gipoksiyasi bo'lmasligi kuzatiladi.

Magistral tomirlar transpozitsiyasini korrektsiyasidan keyingi holati uchun xarakterli:

- EKG da YuEO' ning chapga o'ishi
- Q tishchaning chap ko'krak uzatgichlarida bo'lmasligi, ayni paytda o'ng ko'krak uzatgichlarida borligi ko'riladi.

Katta yoshdagi bolalarda surunkali NK ni revmokardit bilan dif diagnostika qilish zarur bo'ladi.

Revmokardit uchun xarakterli:

- Kasallikning A-streptokokkli infeksiya bilan doimiy-xronologik bo'liqligi.
- Kasallik latent davrining 2-4 hafta bo'lishi.
- Kasalning yosh bo'lishi
- Kasallikning o'tkir yoki o'tkir osti boshlanishi.
- Kasallik debyutida artralgiya va artritning bo'lishi.
- Kardial shikoyatlarning "passiv" ligi.
- Valvulit yoki perikarditning miokardit bilan o'shilib kelishi.
- Kardit belgilarini tez avj olishi.
- Kasallikning faol davrida klinik belgilarning laborator o'zgarishlar bilan mos kelishi kuzatiladi.

Davosi.

Ikki etapda olib boriladi:

1. shifoxonada – kasallikni o'tkir davrida yoki o'z'algan davrida.
2. poliklenika yoki sanatoriyada – davolashni davom ettirish.

Bemor o'tkir kardit bilan shifoxonaga tushgandan, davolash uchun quyidagilarni o'ziga asos qilib olish kerak.

1. Etiologik davolash.
2. Bemorni immunologik reaktivligiga ta'sir qilish.
3. Yurak qon tomir etishmovchiligini oldini olish.

Kasallikni o'tkir davrida birinchi navbatda to'shak rejimini 2-4 haftaga joriy qilish.

Parxezi to'liq, etarli darajada o'sil va vitaminlar, etarli miqdorda kaliy tuzlari parxezda bo'lishi kerak. Kaliy tuzlari ko'proq qora mayizda, turshakda, anjirda bo'ladi, ayniqsa bemor gormon olayotganda berish kerak.

Sutkalik suvning miqdori, chiqariladigan siydik miqdori bilan aniqlanadi (200-300 ml ga kam), o'rtacha suvning sutkalik miqdori 400-600 ml bo'lishi kerak.

Antibakterial terapiya 2-3 haftada davomida beriladi, chunki kasallikni sababi virus-bakterial infektsiya bo'lishi mumkin va kichik yoshdagi bolalarda asoratni oldini olish uchun beriladi.

Virusli karditlarni interval bilan davolash kerak, ayni qsa ORVI va gerpetik infektsiyada juda effekt beradi. Karditga yalli qlanishga qarshi va immunodepressiv xususiyatga ega gormonlarini berish ahamiyatga ega.

Bemorlarga miokarditni o'qir shaklida va qon aylanishini buzilishida kichik qon aylanish doirasida dimlanish belgilari bo'lsa kislarod terapiyasini berish ahamiyatga ega.

Virusli karditda kasallikni boshida interferon berish kerak 2 tomchidan burun yo'liga qar 2 soatda do 3 mlG` sutkasida. Grippga qarshi gamma globulin 1-2 dozada G`0,2-0,3 mlG` kg 3 kun davomida .

Bakterial karditlarda-penitsillin, ampitsillin, oksatsilin bolaning yoshiga qarab 10-14 kun davomida.

Surunkali karditda infeksiyon – allergik bo'lsa bitstsillin 2-3 oy va undan ko'proq vaqtda qilish kerak.

Yalli qlanishga qarshi preparatlar infeksiyon-allergik kelib chi'ishiga qarab beriladi.

Nosteroid preparatlar beriladi: aspirin 0,2 g yoshiga qarab, voltaren 3 mgG` kg massasiga, brufen 8-10 mgG`kg massasiga sutkasiga, indometatsin 3 mgG`kg sutkasiga. Prepart ichishga kuniga 3-4 marta beriladi.

O'tkir miokarditni davolash kursi 4-6 hafta, o'tkir osti va surunkali retsidivli miokarditda 6-8 hafta va undan qam ko'proq, sekinlik bilan dozasi miqdorini kamaytirilib boriladi, tutib turuvchi dozagacha.

Allergik miokarditda steroid gormonlarini berish tavsiya qilinadi. Steroid gormonlaridan-prednizolon 1-1,5 mgG`kg massasiga. Davolash kursi qar bir bemorga individual qisoblanib ko'pincha 4-6 hafta davomida beriladi. Miokarditni o'qir shaklida qon aylanishning buzilishi 2-3 darajasida steroid garmoni berish tavsiya etiladi. 1-2 mgG`kg massasiga. Kursi 3-4 hafta davomida beriladi.

Giperkoagulyatsiya belgilari bo'lsa – DVS da geparin beriladi 100-150 EDG`kg massasiga.

Trombotsitlarni adgeziya va agregatsiyasini kamaytiradigan preparat kurantil 3-5mgG`kg kuniga yoki koantinol nikotinat vena ichiga yuboriladi.

Surunkali miokarditni o'zgalish davrida-steroid va nosteroid preparatlari beriladi, shu bilan birgalikda o'tkir davri pasayishi bilan xinolin qatorida kirgan preparatlar-delagil, plakvenil 5-10 mgG`kg kuniga 1-2 marta 3-6 oy davomida va kerak bo'lganda undan qam ko'proq.

Kasallikni o'tkir davri pasaygandan keyin stimullovchi va tonusini oshiruvchi preparatlar beriladi: apilak shamcha (svecha), ko'krak yoshidagi bolalarga 0,005 g 3 marta 7 kun davomida katta yoshdagi bolalarga 0,01 g til ostiga 3marta kuniga, eleuterokokk nastoykasi 5-15 tomchi 3 marta kuniga.

Statsionarda davolash 4-5 haftadan bir necha oygacha.

Statsionarda davolab chiqandan keyin 8-12 oydan so'ng, sanator – kurortda davolash kerak.

Bunda gidrosulfat vannalari, dengiz suvi vannalari, dengiz suvi bilan ingalyatsiya qilishlar kiradi.

Amma bemorlar miokardit bilan dispanser kuzatuvda bo'lishi kerak. Ularni 3 oy davomida har oyda tekshirib, kuzatib boriladi, keyin 3oyda bir marta, 6 oyda, EKG da yozilib boriladi.

Kardioskleroz belgilari bo'lmasa dispanser hisobidan 5 yildan keyin chiqariladi.

Profilaktika. Miokarditni profilaktikasida asosiy o'rinni egallaydi: kichik yoshidan organizmni chiniqtirish, ratsional oziqlantirish, fizkultura va sport bilan shugullanish.

O'ibati – yaxshi tugashi mumkin to'liq so'ayish, miokardioskleroz o'chokli va tarqalgan, zararlanish gipertrofiyasi o'ibati yomon bo'lishi mumkin yomon kechuvchi miokardit, kardioskleroz yurak bo'shligini dilyatatsiyasi bilan, konstruktiv perikardit.

Miokardit engil kechsa o'ibati yaxshi bo'ladi va to'liq so'ayishi bilan yoki kardiosklerozni oldi ko'rinishi kuzatiladi. Miokarditda skleroz rivojlanishiga qaraganda bolalar shikoyat qilmaydi, yurak chegarasi normada yoki salgina kengaygan. EKG da ozgina o'zgarish bo'ladi.

O'ibati yomon bo'lishi mumkin agar, o'pka gipertenziyasi va uzoq vaqt davomida chap qorincha etishmovchiligi bo'lsa.

Bolalarda norevmatik karditlar

Kardit –bu yurakning turli etiologiyali yallilanishi bo'lib, 1 yoshgacha bolalarda ko'p uchraydi. Ko'pincha o'qil bolalar kasallanadi (2G`3)

Karditning turli xil yuqumli kasalliklarning o'z'atuvchisiga bo'liq bo'lmagan asorati ham bo'lishi mumkin. Ko'pgina avtorlar karditning ko'p tarqalgan sababi virus deb hisoblaydi.

Etiologiyasi Enterovirus Koksaki A va V, ESNO (poliomielit virusi), Sitomegalovirus, Oddiy herpes, Suv chechak virusi, Gripp, adenovirus, kizilcha virusi, Streptokokk, stafilokokk, proteya, Salmonella, Toksoplazma, Zamburuglar

Iersiniyalar, Dorilar, zardob, vaksinalar, Fizik, ximik, biologik, termik agentlar, Enterovirus Koksaki A va V, ESNO (poliomielit virusi), Sitomegalovirus, Oddiy herpes, Suv chechak virusi, Gripp, adenovirus, kizilcha virusi, streptokokk, stafilokokk, proteya, Salmonella, Toksoplazma, Zamburuglar, Iersiniyalar

Dorilar, zardob, vaksinalar, Fizik, ximik, biologik, termik agentlar

Kupincha aralash infeksiya: virus-bakterial, va virus-virusli kuzatiladi

Infeksion karditlardan tashkari, allergik, toksik (bugma), toksik-allergik, progressiyalanuvchi mushak-lar distrofiyasida, kolla-geozlardagi kardit, fizik, ximik, biologik agentlar ta'sirida miokard jaroxat-lanishi okibatidagi kardit-lar va idiopatik karditlar mavjud

Irsiyat xam diqqatni talab etadi, kupincha yurak xastaligi xavfi ogir irsiyati bulgan oilalarda uchraydi

Bu genetik almashinuvning buzilishi okibatida, banal infeksiyaga patologik reaksiya uchun sharoit yaratadi

Kardit asosida virusga karshi immunitetning genetik determinatsiyalangan nuksoni bulishi mumkin.

Patogenez kuyidagi omillarga boglik:

Virusning moyilligi (tropnost), Bemor yoshi, Immun reaksiyalarning genetik xarakteri

Utkir va surunkali karditning patogenezi xar xil

Utkir kardit patogenezi

Infeksion omilning ta'siri (puskovoy mexanizm), yalliglanish mediatorlarining chikarilishi (bradikinin, gistamin, serotonin, prostoglandin va boshk.), gipersezgirlikning tez turidagi reaksiyasi (immun komplekslar ta'sirida utkir immun yalliglanish) tomirlar utkazuvchanligining oshishi va xujayra infiltratsiyasi bilan, kupincha tomirlar devori jaroxati bilan (Artyus fenomeni) kuzatiladi.

Autoallergiya asosiy mexanizm bulmaydi, fakat bir komponent bulishi mumkin.

Immun komplekslarning tuzilishi turlichaligi, ularning xajmi, tuplangan joyi va reparativ reaksiya xarakteriga kura utkir kardit okibati yaxshi yoki xavfli bulishi mumkin.

Surunkali kardit kechishida kuzgatuvchi xal etuvchi urin egallamaydi, chunki kasallik asosida autoimmun mexanizm yotadi.

Bolalarda barcha karditlar 2 ta katta guruxga : tugma va orttirilgan karditga bulinadi:

Tugma kardit diagnozi «anik» xisoblanadi: agar yurak patologiyasi simptomlari xomila ichi davrida yoki tugruksenada aniklansa;

«Extimoli bor» deb- agar belgilar bola xayotining 1-oylarida, ilgarigi interkurrent xastaliklarning yukligi va G`yoki xomiladorlik davrida onaning kasalliklari anamnestik ma'lumotlar borligi bilan aniklanganda,- xisoblanadi.

Orttirilgan karditlar: Erta yoshdagi va 5 yoshdan katta bolalar orasida kup uchraydi.

Ugil va kiz bolalarda xususiyati yuk. Kardit miokardning diffuz yalliglanishi bilan kechishi mumkin. Kardit asosan yurak utkazuvchanlik tizimi jaroxatlanishi bilan uchraydi.

Orttirilgan kardit klinikasi:

URVI asosida yoki URVIDan 1-2 hafta utgach paydo buladi.

URVI bilan bir vaktida stafilokokk yoki streptokokk infeksiyasi aniklanadi.

Utkir kardit klinikasi:

Polimorfizm bilan farkanadi.

Asosan URVI belgilari va ekstakardial belgilar kuzatiladi.

Dastavval utkir kardit chap korincha etishmovchiligi belgilari bilan namoyon buladi:- xansirash,shovkinli nafas, yurak ritmining buzilishi, taxikardiya, bradi yoki taxiaritmiya, diurez kamayadi, tukimalarda shish paydo buladi, jigar kengayadi, upkada turli kalibrli xul va kuruk xushtaksimom xirillashlar eshitiladi. Yurak soxasi uzgarmagan. Yurak burtigi bulmasligi kasallikning utkir tabiatidan darak beradi. Puls past yoki konikarli tuliklikda.

Arterial bosim me'yorda yoki gipotoniya moyilligi bor. Chukki turtkisi sust rezistentlikda yoki umuman aniklanmaydi.

Yurak tonlari bugik, yurak xajmi kancha kattalashgan bulsa, chu?ida 1-ton shuncha bo?i?lashadi,o'pka arteriyasida 2-ton biroz kuchaygan, bu utkir boshlangan passiv gipertenziya tufayli:

Utkir diffuz karditning ogirlik kriteriyalari EKG buyicha:

QRS kompleks voltajining pasayishi,ST segment va T tishchaning uzgarishi, xavfli taxiaritmiya borligi,davo asosida aniklangan uzgarishlarning barkarorligi

Utkir kardit okibati: 42,1% bemorda sogayish kuzatiladi. Yarmida utkir ostiga , sung surunkaliga utadi. Letal xolat-2,2%.

Utkir osti karditlar:

Utkir karditga kura kam uchraydi va 2 yoshdan 5 yoshgacha bolalarda uchraydi

Klinikasi: URVIDan bir necha oydan sung bolalarda bexollik, injiklik, tez charchash, uykuhanlik, sababsiz rangining okarishi, ishtaxaning keskin pasayishi kuzatiladi

Bu simptomlar sekin, ammo progressiv kuchayib boradi.

Birinchi belgilaridan biri-gipotrofiya bulishi mumkin:

Tusatdan xansirash xurujlari, yutal, sianoz, ba'zan kiska muddatli xushdan ketish, sovuk ter, keskin okarish va bradikardiya-kasallikning birinchi ekstrakardial belgilari bulishi mumkin.

Xaroratli reaksiya bu davrda kuzatilmaydi.

«Kaytalanuvchi pnevmoniya» kurinishida kupincha chap korincha etishmovchiligining kuzgalishi kechadi. Kardial belgilar asta-sekin rivojlanadi, ba'zan tusatdan reinfektsiya yoki prof.emlamlardan sung utkir yurak etishmovchiligi paydo buladi.

Manifestatsiya davrida utkir osti karditning asosiy va doimiy simptomi-xansirashdir: Utkir osti kardit utkir karditning okibati sifatida utkazilgan davo choralariga karamay, 6-18 oy va undan uzok vaktgacha davom etadi.

EKGda-taxikardiya, atrioventrikulyar utkazuvchanlik sekinlashgan, PR-interval kiskarishi yoki WPW-sindromi buladi:

Utkir karditdan farkli utkir osti karditda EKGda bulmachalar zurikishi belgilari buladi; Surunkali karditlar:

Asosan katta yoshdagi bolalarda uchraydi va kechishiga kura:

Birlamchi surunkali kardit-klinik simptomsiz boshlangich faza bilan sekin rivojlanuvchi jarayon; Utkir yoki utkir osti karditdan davolanishiga karamay rivojlangan surunkali kardit buladi.

SK gemodinamikasiga kura 2 ta varianti farklanadi:

SK chap korincha katta bushligi va miokarda sklerotik jarayonning ustunligi bilan;

Uning asosida miokardning kiskarishi faoliyati buzilishi yotadi

SK chap korincha bushligining torayishi yoki normal bushlik bilan –shunga kura gipertrofik va restriktiv variant-lari, gipertrofik va sklerotik jarayonlar-ning turli xil nisbati bilan. Uning asosida miokardning diastolik (relaksatsion) faoliyati buzilishi yotadi

SK klinikasi: Ikkala variantda xam uzok vakt simptomsiz jarayon kuzatiladi va ekstrakardial belgilar ustunlik kiladi: Jismoniy usishdan orkada kolish, tez charchash, bexollik, kaytalanuvchi pnevmoniyalar, kusish, kungil aynishi, korinda ogrik va x.k.

Bemorlarning ? kismida boshka simptomlar bilan birga MAS ning jaroxati belgilari paydo buladi: Ya'ni tusatdan rangining okarishi, bezovtalik, xushdan ketish, tutkanok, ba'zan tuxtovsiz kusish, sovuk ter, taxikardiya minimal xansirash bilan, ba'zan gemiparez rivojlanadi

SK okibati: Letal xolat-26,3%, keyinchalik -100%

Yashayotgan SK li bemorlarda okibati kardioskleroz, miokard gipertrofiyasi, upka gipertenziyasi va boshka, doimiy yurak etishmovchiligi rivojlanishi va kuchayishi xafvi bor buladi.

Kiyosiy tashxisoti: Tugma yurak nuksonlari, koronar tomirlar kasalliklari va nuksonlari, tugma absalyut atrioventrikulyar blokada, revmatizm, aritmiyalar,

mitral klapan prolapsi, progressiyalanuvchi mushaklar distrofiyasi,

almashinuvning buzilishidagi yurak xastaliklari, konstruktiv perikardit,

QTsindrom uzayishi, kardiomiopatiyalar, korinchalar erta repolyarizatsiyasi sindromi, yurak usmasi, kuks oraligi onkoxastaliklari bilan utkaziladi.

Utkir va utkir osti karditlar davosi:

2-4 haftaga xarakat faoliyatini cheklash, Ratsional ovkatlanish-tuzni cheklash

Antibakterial terapiya-2-3 hafta davomida, Gerpes infeksiyada-interferon

Toksoplazmada-xloridin va sulfanilamidlar beriladi.

Prednizolonga kursatmalar:

Diffuz jarayon yurak etishmovchiligi bilan;

Utkir osti boshlanishi surunkaliga utish darakchisidek;

Utkazuvchanlikning buzilishi bilan kardit

Prednizolon - peroral 1-1,5 mgG`kg 1 oy davomida, 3 yoshgacha bolalarda xar 3-4 kunda 1G`3-1G`4 tabletkadan, katta yoshdagi bolalarda xar 3-4 kunda ? tab-kadan asta-sekin kamaytirish, yana 1-1,5 oy davomida.Samarasizlikda saklovchi doza-0,5 mgG`kgG`sut bir necha oy davomida beriladi.

Utkir osti yoki surunkaliga utsa-delagil, plakvenil indometatsin yoki voltaren bilan birga beriladi. Salitsilatlar 0,15-0,2 gG`yoshiga xisobidan 1 oy davomida, sung shu dozaning ?-1G`3 kismini yana 1,5-2 oy beriladi. Yarim yotik xolatda, kislorodoterapiya;

Yurak glikozidlari; Siydik xaydovchi vositalar; Suyuklik xajmi diurez nazoratida: 1-kunda 40-50 mlG`kg gacha, keyinchalik 70 mlG`kg gacha, upka shishi, oligouriyada-20-30 mlG`kg.

Kokarboksilaza, vit V6, vit V12.vit V5.Anabolik steroidlar kasallik boshlanishidan 1,5-2 oydan sung tavsiya etiladi. Ritm buzilganda-izoptin vG`i 0,1-0,3 mgG`kg yoki peros ?-1 tab-1 marta, aymalin, novokainamid 10%-0,2-0,3 mlG`kg samaralidir.

Surunkali kardit davosi:

3-4 haftaga yotik rejim, ovkatlanish 5 martag oz-ozdan.

Agar ilgari garmonoterapiya utkazilmagan bulsa, prednizolon 1,5-2 mgG`kg (40-60 mg) sutkada 1 oy, keyinsaklovchi dozada (0,3-0,5mgG`kg) uzok vakt beriladi

Digoksin

Obzidan 0,5-0,7 mgG`kg sutkada peroral digoksin va prednizolon (10-15 mgG`sut) uzok vakt beriladi

Tromboemboliyada-geparin 10000 edG`kg 1 marta sutkada tomchilab vG`i yoki 5000 ed 2-3 marta sutkada mG`o 2-3 hafta davomida beriladi

Profilaktikasi:

Organizm ximoya kuchini oshirish (chiniktirish, sovuk vanna oyokka, xul artinish va x.k)

Surunkali infeksiya uchoklarini davolash

Jismoniy xarakatni cheklash, jismoniy tarbiya mashgulotlarida maxsus guruxda va yurish mumkin. Sedativ terapiya.

Nisbatan tez-tez uchrab turadigan tugma yurak kasalliklaridan biri, upka arteriyasining torayishidir. Uning asosiy alomatlari: yurak chegarasi o'ng tomonga karab kengayadi, o'ng ?orincha xajmi ortikcha kattalashib ketadi, tush suyagining chap tomonidan, II va III kovurgalar oraligida sistolik tukillagan tovush eshitiladi,

Takkil laydigan tovushlar	Tugma takkillaydigan tovushlar	Ortirilgan takkillagan tovushlar
YoSh	Odatda bola xayotinng birinchi kunidayok aniklanadi	3—4 ynlgacha nisbatan juda kam
Anamnez	Bolaning ko'karishi — yiglashda, bakirishda, ovkatlantirishda	Revmatizm, xoreya skarlatina,
Boshka alo-matlar	Umum rivojlanishdan orkada kolish, boshka tugma nu?son lar va mayib-	

Miokardit. Yurak mushagi yalliglanganda, yurak ken-gayganda kupincha yuzaki, ustki tomonida va pastda turtki seziladi. Yurak tovushi sekin, ba'zan mitral kopkok. mushagining etishmasligi natijasida tukilla-gan sistolik tovush eshitiladi, susaygan tomir tez-tez, ba'zan notugri urib turadi. Bugmada, bodda va boshka kasalliklarda «galopa» ritmi, embriokardiya pasayi-shi, ichki organlarda turgunlik, jigarning keigayishi va ogruvchanlik yuz beradi. EKG — repolyarizatsiya uzgarishi, T — voltaji pasayishi, 5—T intervali ka-mayishi, ba'zi vakt ekstrasistoliya, sinoaurikulyar, vertikulyar blokadasi kuzatiladi.

Perikardit. Ekssudativ perikarditda teng yonli uch-burchak kurinishidagi tumtoklik aniklanadi, yurak-ji-gar burchagi tekislangan, yurak turtkisi kuzga tashlan-maydi, tovush sekinlashgan, tomir urishi yumshok., sekin-lashgan buladi.

Perikarditning boshlangich davri va shuningdek, eks-sudatning surilishida perikarditning ishkalanish tovushi paydo buladi, yurak uziga xos sanchib ogrimaydi, k.uruk. yutal, nafas sikilishi yuz berib, bemor suyanib utirish vaziyatini kabul kiladi.

Endokardit. Endokarditda yurak turtkisi kuchli, yoyilgan bulib, yurak soxasini kul bilan ushlaganda ba'zan «mushuk xirillashi» kabi xirillash eshitiladi, key-in tegishli zararlangan joydan kupincha sistolik, ba'zan

diastolik tukillagan tovush yurak tepasida eshitiladi. Tomir urishi tezlashib, tana xarorati kutarili-shi mumkin.

Tugma yurak kasalliklari tashxisi uchun mumkin bulgan differentsial tashxis

Yurak	?orincha lararo teshik	upka arteriyasining torayishi	Botallov yulinning bekilmaganligi
Yurak kat-taligi	Bir oz o'ngga, chap tomonga kengayishi	O'ng tomonga kengayishi	Ozgina o'ng va chap ?orincha xajmining
Tovush eng yukori kuchli eshitiladigan joy	Tushning chap tomonda III kovurgalar oraligida sistolik shovkin eshitiladi bu orkagautkaziladi	upka arteriyasi teshigi soxasida takillagan sistolik tovush, bu orkaga utkaziladi	Tushning yukori kismida sistolik tovush orkada va uyku arteriyasida yaxshi utkaziladi
Ko'karish	Shartemas	Yakkol, ba'zida rang uchganlik	Bulmaslik yoki doimiy emas
Maxsus alomatlar	Rentgenoskopiyada ?orinchalar-ning sinxroni pulsatsiyasi yurak shakli sharsimon	Rentgenoskopiyada yurak o'ng tomonga-kengayishi va yukori yoyning chap tomonga kurinishi. Poliglo-	Yurak ^ mitral nusxasida upka arteriyasi yoyning pulsatsiya-si kuchli

Tugma yurak kasalligi bulgan bolalar odatda umum rivojlanishdan orkada koladi. Ba'zan yurak chegarasi ayniksa, o'ng tomonga karab kengayadi. Shuningdek, barmoklarning oxirgi bugimlari xam kattalashadi, tirnoklar kayrilgan bulib, ular soat oynasiga uxshab koladi.

TUGMA YuRAK KASALLIKLARINING KELIB ChIKISHI VA

PATOGENEZI

Bu masala tugrisida xozircha anik bir fikr yuk. Ba'zilar tugma yurak kasalligi bola ona kornidagi vaktida endokarditni boshidan kechirish sababli paydo buladi, deb xisoblaydilar. Boshkalar esa ona kornida turli ziyonli omillar, chunonchi zaxarlanish, infektsiya, onaning xomiladorlik vaktida notugri ovkatlanishi va boshkalar natijasi deb taxmin kiladilar.

Xozirgi vaktida uning rivojlanishi xomiladorlikning birinchi 3 oyligida onaning kizilcha kasalligi bilan ogrishiga boglik ekanligi aniklangan. Shuningdek, onaning xomiladorlik davrida virus infektsiyasi bu kasallik rivojlanishi uchun kulay sharoit yaratadi deb uylashga asos bor. Tugma mayib majruxlik kabi, tugma yurak xastaligi xam onaning birinchi 3 oylik xomiladorlik davrida nur ta'siridan zararlanishida rivojlanishi mumkin.

Kon aylanishining etishmasligi. Kon aylanishining etishmasligiga ikki omil sabab bulishi mumkin — yurak mushaklarining sustligi va vazomotor buzilishi, bunda konning kaytadan taksimlanishi kelib chikadi, ya'ni ichki a'zolar tomirlari kon bilan lik tulib, teri, kul-oyok va markaziy nerv sistemasi tomirlarida esa kon mikdori etarlicha bulmaydi. Bu xol bexushlikda shokda, kollapsda kuzatiladi. Tomir va yurak etishmovchiligining kurinishlari kuyidagicha fark kiladi.

Yurak etishmovchiligida bemor uzini suyanib utirgan xolda yaxshi sezadi, tomir etishmovchiligida esa boshini tushirib, oyoklarini esa kutarib yotish engillik yaratadi.

Yurak etishmovchiligida teri, buyin va kul-oyok venalari kon bilan lik tula, tomir etishmovchiligida esa etarlicha bulmaydi. Yurak etishmovchiligida vena bosimi kutariladi, tomir etishmovchiligida pasayadi.

Yurak etishmovchiligida — nafas tezlashadi, tomir etishmovchiligida yuzaki, sust nafas olinadi.

Kollapsda yurak kengaymaydi.

Kollapsda kon bosimi xar vakt pasaygan, yurak etishmovchiligida kupincha kutarilgan buladi.

Kollapsda — okarish, yurak etishmovchiligida ko'karish buladi.

Shuni esda tutish kerakki, bu buzilishlar aloxida kurinishiga nisbatan kupincha kushilgan xolda uchraydi.

Bolalarda norevmatik karditlar

Kardit —bu yurakning turli etiologiyali yalli?lanishi bo'lib,1 yoshgacha bolalarda ko'p uchraydi.

Ko'pincha o'qil bolalar kasallanadi (2G`3)

Karditning turli xil yuqumli kasalliklarning o'z'atuvchisiga bo'li bo'lmagan asorati ham bo'lishi mumkin.

Ko'pgina avtorlar karditning ko'p tarqalgan sababi virus deb hisoblaydi.

Etiologiyasi

Enterovirus Koksaki A va V, ESNO (poliomielit virusi)

Tsitomegalovirus, Oddiy herpes, Suv chechak virusi, Gripp, adenovirus, kizilcha virusi

Streptokokk, stafilokokk, proteya, Salmonella, Toksoplazma, Zamburuglar

Iersiniyalar, Dorilar, zardob, vaktsinalar

Fizik, ximik, biologik, termik agentlar, Enterovirus Koksaki A va V, ESNO (poliomielit virusi), Sitomegalovirus, Oddiy herpes, Suv chechak virusi

Gripp, adenovirus, kizilcha virusi, Streptokokk, stafilokokk, proteya

Salmonella, Toksoplazma, Zamburuglar, Iersiniyalar

Dorilar, zardob, vaktsinalar

Fizik, ximik, biologik, termik agentlar

Kupincha aralash infeksiya: virus-bakterial, va virus-virusli kuzatiladi

Infeksion karditlardan tashkari, allergik, toksik (bugma), toksik-allergik, progressiyalanuvchi mushak-lar distrofiyasida, kolla-genozlardagi kardit, fizik, ximik, biologik agentlar ta'sirida miokard jaroxatlanishi okibatidagi kardit-lar va idiopatik karditlar mavjud

Irsiyat xam diqqatni talab etadi, kupincha yurak xastaligi xavfi ogir irsiyati bulgan oilalarda uchraydi

Bu genetik almashinuvning buzilishi okibatida, banal infeksiyaga patologik reaksiya uchun sharoit yaratadi

Kardit asosida virusga karshi immunitetning genetik determinatsiyalangan nu'son i bulishi mumkin

Patogenezi

Patogenez kuyidagi omillarga boglik:

Virusning moyilligi (tropnost)

Bemor yoshi

Immun reaksiyalarning genetik xarakteri

O'tkir va surunkali karditning patogenezi xar xil

O'tkir kardit patogenezi

Infeksion omilning ta'siri (puskovoy mexanizm), yalliglanish mediatorlarining chikarilishi (bradikinin, gistamin, serotonin,

prostoglandin va boshk.), gipersezgirlikning tez turidagi reaksiyasi (immun komplekslar ta'sirida o'tkir immun yalliglanish) tomirlar utkazuvchanligining oshishi va xujayra infiltratsiyasi bilan, kupincha tomirlar devori jaroxati bilan (Artyus fenomeni) kuzatiladi.

Autoallergiya asosiy mexanizm bulmaydi, fakat bir komponent bulishi mumkin.

Immun komplekslarning tuzilishi turlichaligi, ularning xajmi, tuplangan joyi va reparativ reaksiya xarakteriga kura o'tkir kardit okibati yaxshi yoki xavfli bulishi mumkin.

Surunkali kardit kechishida kuzgatuvchi xal etuvchi urin egallamaydi, chunki kasallik asosida autoimmun mexanizm yotadi.

Bolalarda barcha karditlar 2 ta katta guruxga : tugma va orttirilgan karditga bulinadi:

Tugma kardit diagnozi «anik» xisoblanadi: kachonkim yurak patologiyasi simptomlari xomila ichi davrida yoki tugruksenada aniklansa;

«Extimoli bor» deb- agar belgilar bola xayotining 1-oylarida, ilgarigi interkurrent xastaliklarning yukligi va G`yoki xomiladorlik davrida onaning kasalliklari anamnestic ma'lumotlar borligi bilan aniklanganda,- xisoblanadi.

Tugma karditlar:

Yoki antenatal karditlar- xomiladorlik davrining turli muddatida infeksiyon omillarning jaroxatlantiruvchi ta'siri natijasidir;

Ular erta va kechki bulishi mumkin.

Erta tugma karditli bemorlar guruxiga, asosiy morfologik substrat endomiokardning fibroelastozi (elastik tukima ustunlik kiladi) yoki elastofibrozi (fibroz tukima kup) bulgan bemorlar kiradi, kechki kardit guruxiga-kursatilgan belgilar bulmagan bemorlar kiradi.

Erta fetal davrda (erta fetopatiya-4-7 oy) xomila tukimasi jaroxatlantiruvchi agentlar (virus, bakteriyalar) ta'siriga yalliglanishning ketma-ket boskichi bilan javob bera olmaydi. Bu esa fibroz yoki elastik tukima shakllanishi bilan namoyon buladi.

Kechki karditda (kechki fetopatiya-7-oy va undan keyin) odatdagi yalliglanish jarayoni boshlanadi.Endomiokard elastofibrozi fibroelastozdan farkli, odatda, yurakda yalliglanish belgilari bilan birgalikda kuzatiladi va erta va kechki karditning oraligida buladi, bu infeksiyon omilning persistlanuvchi ta'siriga boglik bulishi mumkin.

Erta tugma karditning boshlangich davrida ekstrakardial belgilar, avj olish davrida kardial belgilar namoyon buladi.

Kardial belgilar:

Tsianoz;
 Yurak burtigi (gorb);
 Nisbiy chegarasi kengayishi;
 Chukki turtkisi aniklanmaydi yoki pasaygan;
 Tonlar bugik;
 Shovkin bulmaydi;
 Ekstrakardial belgilar:
 Tana vaznining kamligi;
 Rangining okarishi;
 Bexollik;
 Kup terlash;
 Emishdan bosh tortish yoki charchab kolish;
 Tsianoz;
 Injilik;
 Afoniya;
 Ritmning buzilishi xarakterli emas;
 Doimiy belgi-yurak-tomir etishmovchiligi(total, chap ?orincha etishmovchiligi ustunlig bilan);
 Tovushning afoniyasi yurak chap kamerasing dilyatatsiyasi bilan boglik (kaytar ner bosiladi);
 EKG-elekt chizik normal xolatda, tishchalar voltaji yukori, rigid tez ritm(aritmiyasiz va utkazuvchanlikning buzilishisiz),chap ?orincha miokardi gipertrofiyasi, QRS komplekslar kiska.
 Rentgen suratda:
 Yurak soyasi shakli xar xil, FEda sharsimon-barcha kameralar dilyatatsiyasi okibatida; EF da trapetsiyasimon shaklda yoki chap ?orincha tortilgan buladi.
 Erta tugma karditlar xususiyatlari:
 O?ir kechadi;
 Uzok vakt simptomsiz(kam) va istikbolli kechishi mumkin (EF);
 O?irlik darajasi kriteriylari-gipotrofiya darajasi, yurak va yurak burti?i xajmi, tonlar bu?i?ligi, chu?ur (-) T tishchalar va ST segmentning izolinyadan pastga siljishi,chap ?orincha etishmovchiligi ustunligi.
 Kechki tugma karditlar:
 Xomiladorlikning oxirgi 3 oyida boshlangan (kechki fetopatiya) karditlar kechki tugma kardit xisoblanadi.
 Kechki tugma kardit diagnozi-

Anik xisoblanadi, agar:

A) yurak patologiyasi simptomlari ona kornida yoki tugruksxonada aniklansa;

B) klinik-instrumental tekshirishda FE yoki EF xakidagi ma'lumotlar bulmasa;

V) morfologik tekshirishda miokarddagi uzgarishlar bolaning yoshidan katta va G` yoki kasallik muxlatidan oshsa, endo va miokardda esa elastik tukimaning kup mikdorda yukligi aniklansa.

Birinchi kardial simptomlar:

Xansirash, tu?ilganidan buyon;

Taxi yoki bradikardiya, taxi yoki bradiaritmiya;

Interkurrent kasalliklar yoki prof.emlashlar asosida o'tkir yurak-tomir etishmovchiligi;

Kardiomegaliya (tusatdan rentgenda aniklanadi).

Ritmning buzilishi bu kechki tu?ma karditga xos:

Barcha bemorlarda yurak etishmovchiligi total xarakterda buladi.

EKGdagi belgilar EFDagi uzgarishlarni eslatadi.

Tugma karditlar o?ibati:

Erta tugma karditlar o?ibati yomon: ko'pgina bolalar xayotining birinchi yilida o'ladi (intensiv davoga ?aramay).

Tugma FEda o'rtacha xayot kuni 1yosh 4oy, postmiokarditli EFda-3yosh3oy (ba'zan 10-12 yosh).

Bola xayotining birinchi oylarida davolanmaganlari uladi.

Kolgan xollarda kardit surunkaliga utib klinik simptomlar stabillashadi, tulik sogayish xam mumkin.

Orttirilgan karditlar:

Erta yoshdagi va 5 yoshdan katta bolalar orasida kup uchraydi.

Ugil va kiz bolalarda xususiyati yuk.

Kardit miokardning diffuz yalliglanishi bilan.

Kardit asosan yurak utkazuvchanlik tizimi jaroxatlanishi bilan uchraydi.

Orttirilgan kardit klinikasi:

URVI asosida yoki URVIDan 1-2 hafta utgach paydo buladi.

URVI bilan bir vaktida stafilokokk yoki streptokokk infektsiyasi aniklanadi.

O'tkir kardit klinikasi:

Polimorfizm bilan farklanadi.

Asosan URVI belgilari va ekstakardial belgilar kuzatiladi.

Dastavval o'tkir kardit chap ?orincha etishmovchiligi belgilari bilan namoyon buladi: -xansirash, shovkinli nafas, yurak ritmining buzilishi,

taxikardiya, bradi yoki taxiaritmiya, diurez kamayadi, tukimalarda shish paydo buladi, jigar kengayadi, upkada turli kalibrli xul va kuruk xushtaksimon xirillashlar eshitiladi.

Yurak soxasi uzgarmagan.

Yurak burtigi bulmasligi kasallikning o'tkir tabiatidan darak beradi.

Puls past yoki konikarli tuliklikda.

Arterial bosim me'yorda yoki gipotoniya moyilligi bor.

Chukki turtkisi sust rezistentlikda yoki umuman aniklanmaydi.

Yurak tonlari bugik, yurak xajmi kancha kattalashgan bulsa, chu??ida 1-ton shuncha bo'??ilashadi, o'pka arteriyasida 2-ton biroz kuchaygan, bu o'tkir boshlangan passiv gipertenziya tufayli:

O'tkir diffuz karditning ogirlik kriteriyalari EKG buyicha:

QRS kompleks voltajining pasayishi, ST segment va T tishchaning uzgarishi, xavfli taxiaritmiya borligi, davo asosida aniklangan uzgarishlarning barkarorligi

O'tkir kardit okibati:

42,1% bemorda sogayish kuzatiladi.

Yarmida o'tkir ostiga, so'ng surunkaliga utadi.

Letal xolat-2,2%.

O'tkir osti karditlar:

O'tkir karditga kura kam uchraydi va 2 yoshdan 5 yoshgacha bolalarda uchraydi

Klinikasi:

URVIDan bir necha oydan so'ng bolalarda bexollik, injiklik, tez charchash, uykuhanlik, sababsiz rangining okarishi, ishtaxaning keskin pasayishi kuzatiladi

Bu simptomlar sekin, ammo progressiv kuchayib boradi.

Birinchi belgilaridan biri-gipotrofiya bulishi mumkin:

Tusatdan xansirash xurujlari, yutal, sianoz, ba'zan kiska muddatli xushdan ketish, sovuk ter, keskin okarish va bradikardiya-kasallikning birinchi ekstrakardial belgilari bulishi mumkin.

Xaroratli reaksiya bu davrda kuzatilmaydi.

«Kaytalanuvchi pnevmoniya» kurinishida kupincha chap ?orincha etishmovchiligining kuzgalishi kechadi.

Kardial belgilar asta-sekin rivojlanadi, ba'zan tusatdan reinfeksiya yoki prof.emlamlardan so'ng o'tkir yurak etishmovchiligi paydo buladi.

Manifestatsiya davrida o'tkir osti karditning asosiy va doimiy simptomi-xansirashdir:

O'tkir osti kardit o'tkir karditning okibati sifatida utkazilgan davo

choralariga karamay, 6-18 oy va undan uzok vaqtgacha davom etadi.
EKGda-taxikardiya, atrioventrikulyar utkazuvchanlik sekinlashgan, PR-interval kiskarishi yoki WPW-sindromi buladi:

O'tkir karditdan farkli o'tkir osti karditda EKGda bo'lmachalar zurikishi belgilari buladi;

Surunkali karditlar:

Asosan katta yoshdagi bolalarda uchraydi va kechishiga kura:

Birlamchi surunkali kardit-klinik simptomsiz boshlangich faza bilan sekin rivojlanuvchi jarayon;

O'tkir yoki o'tkir osti karditdan davolanishiga karamay rivojlangan surunkali kardit buladi.

SK gemodinamikasiga kura 2 ta varianti farklanadi:

SK chap ?orincha katta bushligi va miokarda sklerotik jarayonning ustunligi bilan;

Uning asosida miokardning kiskarishi faoliyati buzilishi yotadi

SK chap ?orincha bushli-gining torayishi yoki normal bushlik bilan – sho'nga kura gipertrofik va restriktiv variant-lari, gipertrofik va sklerotik jarayonlar-ning turli xil nisbati bilan

Uning asosida miokardning diastolik (relaksatsion) faoliyati buzilishi yotadi

SK klinikasi:

Ikkala variantda xam uzok vaqt simptomsiz jarayon kuzatiladi va ekstrakardial belgilar ustunlik kiladi:

Jismoniy usishdan orkada kolish, tez charchash, bexollik, kaytalanuvchi pnevmoniyalar, kusish, ko'ngil aynishi, korinda ogrik va x.k.

Bemorlarning ? kismida boshka simptomlar bilan birga MAS ning jaroxati belgilari paydo buladi:

Ya'ni tusatdan rangining okarishi, bezovtalik, xushdan ketish, tutkanok, ba'zan tuxtovsiz kusish, sovuk ter, taxikardiya minimal xansirash bilan

Ba'zan gemiparez rivojlanadi

SK okibati:

Letal xolat-26,3%, keyinchalik -100%

Yashayotgan SKli bemorlarda okibati kardioskleroz, miokard gipertrofiyasi, upka gipertenziyasi va boshka, doimiy yurak etishmovchiligi rivojlanishi va kuchayishi xafvi bor buladi.

Kiyosiy tashxisoti:

Tugma yurak nu?son lari,

koronar tomirlar kasalliklari va nu?son lari,

tugma absalyut atrioventrikulyar blokada,

revmatizm,
aritmialar,
mitral klapan prolapsi,
progressiyalanuvchi mushaklar distrofiyasi,
almashinuvning buzilishidagi yurak xastalıkları,
konstriktiv perikardit,
QTsindrom uzayishi,
kardiomiopatiyalar,
?orinchalar erta repolyarizatsiyasi sindromi,
yurak usmasi,
ko'ks oraligi onkoxastalıkları bilan utkaziladi.

O'tkir va o'tkir osti karditlar davosi:

2-4 haftaga xarakat faoliyatini cheklash

Ratsional ovkatlanish-tuzni cheklash

Antibakterial terapiya-2-3 hafta davomida

Gerpes infeksiyada-interferon

Toksoplazmada-xloridin va sulfanilamidlar beriladi.

Prednizolonga kursatmalar:

Diffuz jarayon yurak etishmovchiligi bilan;

O'tkir osti boshlanishi surunkaliga utish darakchisidek;

Utkazuvchanlikning buzilishi bilan kardit

Prednizolon-peroral 1-1,5 mgG`kg 1 oy davomida, 3 yoshgacha bolalarda xar 3-4 kunda 1G`3-1G`4 tabletkadan, katta yoshdagi bolalarda xar 3-4 kunda ? tab-kadan asta-sekin kamaytirish, yana 1-1,5 oy davomida.Samarasizlikda saklovchi doza-0,5 mgG`kgG`sut bir necha oy davomida beriladi.

O'tkir osti yoki surunkaliga utsa-delagil, plakvenil indometatsin yoki voltaren bilan birga beriladi.

Salitsilatlar 0,15-0,2 gG`yoshiga xisobidan 1 oy davomida, so'ng shu dozaning ?-1G`3 kismini yana 1,5-2 oy beriladi

Yarim yotik xolatda, kislorodoterapiya;

Yurak glikozidlari;

Siydik xaydovchi vositalar;

Suyuklik xajmi diurez nazoratida: 1-kunda 40-50 mlG`kg gacha, keyinchalik 70 mlG`kg gacha, upka shishi, oligouriyada-20-30 mlG`kg.

Kokarboksilaza, vit V6, vitV12.vit V5

Anabolik steroidlar kasallik boshlanishidan 1,5-2 oydan so'ng tavsiya etiladi.

Ritm buzilganda-izoptin vG`i 0,1-0,3 mgG`kg yoki peros ?-1 tab-1 marta,

aymalin, novokainamid 10% -0,2-0,3 mlG`kg samaralidir.

Surunkali kardit davosi:

3-4 haftaga yotik rejim, ovkatlanish 5 martag oz-ozdan.

Agar ilgari garmonoterapiya utkazilmagan bulsa, prednizolon 1,5-2 mgG`kg (40-60 mg) sutkada 1 oy, keyinsaklovchi dozada (0,3-0,5mgG`kg) uzok vakt beriladi

Digoksin

Obzidan 0,5-0,7 mgG`kg sutkada peroral digoksin va prednizolon (10-15 mgG`sut) uzok vakt beriladi

Tromboemboliyada-geparin 10000 edG`kg 1 marta sutkada tomchilab vG`i yoki 5000 ed 2-3 marta sutkada mG`o 2-3 hafta davomida beriladi

Profilaktikasi:

Organizm ximoya kuchini oshirish (chiniktirish, sovuk vanna oyokka, xul artinish va x.k)

Surunkali infektsiya uchoklarini davolash

Jismoniy xarakterni cheklash, jismoniy tarbiya mashgulotlarida maxsus guruxda va yurish mumkin

Sedativ terapiya.

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

Ro'yxatga olindi:

Sog'liqni saqlash vazirligi

№ BD _____

201__ yil «__» _____

201__ yil «__» _____

**PEDIATRIYA
FAN DASTURI**

Bilim sohasi: 500000 – Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot

Ta'lim sohasi: 510 000 – Cog'liqni saqlash

Ta'lim yo'nalishi: 5510200 – Pediatriya ishi

Toshkent – 201__

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 201__ yil “__” _____ dagi “__” – sonli buyrug‘ining ___-ilovasi bilan fan dasturi ro‘yxati tasdiqlangan.

Fan dasturi Sog‘liqni saqlash vazirligining Tibbiyot ta’lim muassasalararo Muvofiqlashtiruvchi uslubiy Kengashining 201__ yil “__” _____ dagi “__” – sonli bayonnomasi bilan ma’qullangan.

Fan dasturi O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining Tibbiyot ta’lim muassasalararo ishchi guruh a’zolari tomonidan ishlab chiqildi.

Tuzuvchilar:

E.A. SHamansurova– ToshPTI ambulatoriya tibbiyoti, nur diagnostikasi va davosi kafedراسi mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor

D.I.Axmedova – 2 - Gospital pediatriya kafedra professori, tibbiyot fanlari doktori;

D.T.Ashurova – ToshPTI Bolalar kasalliklari propedevtikasi kafedراسi mudiri, dotsent, tibbiyot fanlari doktori

A.V. Muratxodjaeva – Fakultet pediatriyasi kafedراسi mudiri, tibbiyot fanlari doktori;

M.A.Ismailova – ToshPTI Neonatologiya kafedراسi dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi;

M.N. Karimova – 1-Gospital pediatriya kafedra dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi;

G.G Maxkamova – ToshPTI ambulatoriya tibbiyoti, nur diagnostikasi va davosi kafedراسi dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

O.A.Tursunova – ToshPTI Bolalar kasalliklari propedevtikasi kafedراسi, assistent

X.A.Ilxomova – 2-Gospital pediatriya kafedra assistenti;

M.Q. Abdukadirova – ToshPTI Neonatologiya kafedراسi assistenti;

Taqrizchilar:

Xolmatova B.T.- TTA bolalar kasalliklari kafedراسi mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor

Axmedova I.M. - ToshVMOI Pediatriya va bolalar ovqatlanish kafedراسi mudiri, tibbiyot fanlari doktori

Fan dasturi Oliy va oʻrta maxsus, kasb-hunar taʼlimi yoʻnalishlari boʻyicha Oʻquv-uslubiy birlashmalar faoliyatini Muvofiqlashtiruvchi Kengashning 201_ yil “ ___ ” _____ dagi ___ -sonli bayonnomasi bilan maʼqullangan.

I. Oʻquv fanining dolzarbligi va oliy kasbiy taʼlimdagi oʻrni

Ushbu fan respublikadagi sogʻlikni saqlash tizimida oʻtqazilayotgan islohatlar kesimida muhim ahamiyatiga ega. Sogʻlikni saqlashni birlamchi boʻgʻiniga aloxida eʼtibor berilishi va umumiy pediatr tayerlash nuqtai nazaridan bu fanning ahamiyati oshib bormoqda. SHu munosabati bilan ushbu dastur birlamchi boʻgʻinda sogʻlom bolani usish va rivojlanishi, ovqatlantirishi va keng tarqalgan bolalar kasalliklarni oldini olish, kechishi, davolashi va reabilitatsiya oʻtqazishni inobatga olib 5 fanni qamrab oladi (*bolalar kasalliklari propedevtikasi, neonatologiya, fakultet pediatriya, gospital pediatriya va ambulator pediatriya*).

Ushbu fanni oʻqitish uchun normal anatomiya, normal fiziologiya, gistologiya, biologiya, bioximiya, biofizika, ichki kasalliklar propedevtikasi fanlari nazariy zamin boʻlib xizmat qiladi. Pediatriya fani terapiya, xirurgiya, asab kasalliklari, tibbiyot parazitologiyasi, epidemiologiya, yuqumli kasalliklar, ichki kasalliklar fanlari uchun zamin boʻlib xizmat qiladi.

Ijtimoiy va tibbiy-biologik fanlar bilan bir qatorda pediatriya fani salomatlik va kasallik toʻgʻrisida umumlashgan dunyoqarash poydevorini yaratadi. Mazkur dastur hozirgi zamon pediatriya yutuqlaridan foydalanilgan, oʻquv jarayonida qoʻllaniladigan yangi pedagogik texnologiyalar eʼtiborga olingan holda tuzilgan.

Fan oʻquv rejaning 5 – blokka taaluqli boʻlib, 3-4-5-6 kurslarda oʻqitilishi maqsadga muvofiq, fan oraliq va yakuniy nazorat turlari bilan yakunlanadi, uni oʻqitish uchun anatomiya, fiziologiya, patologik fiziologiya, farmakologiya, mikrobiologiya, bioximiya kabi fanlar nazariy zamin boʻlib xizmat qiladi.

Oʻquv fanining maqsadi va vazifasi

Pediatriya fanlarini oʻqitishdan maqsad – nazariy, uslubiy va amaliy koʻnikmalarni oʻzlashtirish yoʻli bilan talabani mustaqil faoliyatga tayyorlash, nazariy va klinik fanlarni oʻzlashtirish uchun zarur poydevor bilimlarni shakllantirishdir.

Ushbu maqsadga erishish uchun fan talabalarni nazariy bilimlar, amaliy koʻnikmalar, eng koʻp uchraydigan kasalliklarni kelib chiqish asoslarini,

kasalxonagacha bo'lgan davrda umumiy tashhishlash tamoyillari, kasallikni klinik ko'rinishi, laborator va instrumental tekshiruv usullari, davolashi, rehabilitatsiyasi, kasalliklarni oldini olish (profilaktika) usullarini bilishi va ko'nikmalarini hosil qilish vazifalarini bajaradi. **Talaba:**

- bolalar kasalxonasini tuzilishi, O'zbekistonda pediatriyani rivojlanish tarixi, bola organizmini anatomo-fiziologik hususiyatlari, bolalar organizmining asosiy jarohatlanish simptomlari va sindromlari, semiotikasi, sog'lom va bemor bolalarni ovqatlantirish tamoyillari;

– homila rivojlanishi – asoslari va unga ta'sir qiluvchi omillar;

– yangi tug'ilgan chaqaloqlarni anatomo-fiziologik xususiyatlarini nazariy asoslari;

– tibbiyot xodimlari va bemorning qarindoshlari bilan muloqotni etik va deontologik asoslarini, bola organizmining anatomik va fiziologik xususiyatlarini, bolalar kasalliklarini xavf omillari, zamonaviy tasnifi, klinik kechishlari, asoratlari, tashxisot, zamonaviy davolash usullari, profilaktikasini va sog'liqni qayta tiklashni nazariy asoslari, chora tadbirlari, usullari to'g'risida;

-ambulator sharoitida uchraydigan bolalar kasalliklarni epidemiologiyasi;

- ambulator sharoitida uchraydigan bolalar kasalliklarni etiologiyasi va patogenezini;

- bemorlarni poliklinika sharoitida rehabilitatsiyasi va dispanser kuzatuv qoidalari haqida **tasavvurga ega bo'lishi;**

- bolalar kasalxonasini ishlash tamoyillari, kasallik tarixini to'ldirish qoidalarini, bolalardan anamnez yig'ishni o'ziga xos hususiyatlarini, ob'ektiv tekshirish qoidalari va ketma ketligini, umumiy qon, siydik, ahlat tahlillarini interpretatsiya qilishni, bolalarga belgi, simptom, sindromlarga ko'ra birlamchi sindromal tashxis qo'yishni, bir yoshgacha bolalarni ko'krak bilan boqishni zamonaviy tamoyillarini, sun'iy va aralash ovqatlantirish qoidalarini, bir yoshdan katta bolalarni ovqatlantirishni o'ziga xos hususiyatlarini, sut mahsulotlari va qo'shimcha ovqat tayyorlash texnologiyalarini;

– yangi tug'ilgan chaqaloqlik davri kasalliklari etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, diagnostikasi va profilaktikasi; yangi tug'ilgan chaqaloqlar birlamchi reanimatsiyasi asoslari;

– bolalarning nafas a'zolari, yurak qon-tomir tizimi, oshqozon-ichak kasalliklari, buyrak, qon kasalliklari, allergik kasalliklarda zamonaviy tashxis qo'yish usullarini, davolashning zamonaviy usullarini, profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirishini; tor mutaxassislar maslahatiga ko'rsatmalar berishni; bolalarda tez-tez uchraydigan nafas a'zolari, yurak qon-tomir tizimini, oshqozon-ichak, buyrak, qon, allergik kasalliklarida funksional, laborator-instrumental (rentgenografiya, EKG, UTT, klinik-laborator) tekshiruvlarni me'yoriy ko'rsatkichlarini va kasalliklardagi o'zgarishlarini; nafas etishmovchiligi darajasini, surunkali yurak qon-tomir etishmovchiligi turlarini va darajalarini, surunkali buyrak etishmovchiligi

darajasini va dializga ko'rsatmani, jigar etishmovchiligi turlarini; immunologik tekshiruvga ko'rsatmalar, ularning me'yoriy ko'rsatkichlarini va kasalliklardagi o'zgarishlarini; immunokorregirolovchi davo turlarini; allergologik kasalliklarda sinamalarni o'tkazish va maxsus davolash usullarini, tashxislash, qiyosiy tashxislash, davolash va profilaktika tadbirlarini;

- aholi orasida kasallikni oldini olish (profilaktika) tamoyillari;

- kasalliklarni klinik kechishini o'ziga xos xususiyatlari;

- bemorlarni ambulator sharoitida davolash tamoyillari va usullarini

- dispanser nazorati va reabilitatsiya o'tkazishni ***bilishi va ulardan foydalana olishi***;

- bolalar kasalxonasida kasallik tarixini grammatik va stilistik jihatdan to'g'ri to'ldirish, bolalar va o'smirlarda jismoniy va asab ruhiy rivojlanishni baholashni zamonaviy usullari, sog'lom va bemor bolalardan anamnez yig'ish;

- shuningdek sog'lom va bemor bolalarni teri, teri osti yog' qavatini (terini umumiy ko'rikdan o'tkazish, elastikligi, namligi, haroratini, yumshoq to'qimalar turgorini, teri osti yog' qavati qalinligini, dermografizm, qon-tomirlar mo'rtligini aniqlash simptomlarini: bolg'acha, chimchilash, tasma – Konchalovskiy-Leede), suyak-mushak tizimini (suyak-mushak tizimini ko'rikdan o'tkazish, bosh suyagi palpatsiyasi, raxitik tasbexlar, bilakuzuklar, marvarid iplarini palpator aniqlash, epigastral burchakni, "tizza qopqog'ini chayqalish", flyuktuatsiya simptomlarini, mushaklar kuchi, tonusini aniqlash, traksiya, qaytalama simptomlari), nafas tizimini (ko'rikdan o'tkazish, palpatsiya: ovoz dirillashi, ko'krak qafasi elastikligi va rezistentligi, og'riqli nuqtalar, teri burmalari qalinligini aniqlash; perkussiya: solishtirma, topografik o'pkani pastki chegaralarini, o'pka uchini, Krenig maydoni, o'pka ekskursiyasini; auskultatsiya: bronxial, vezikulyar nafas eshitish soxalarini aniqlash, tashqi nafasni funksional tekshirish usullari: spirometriya, pikfloumetriya), yurak qon-tomir tizimini (ko'rikdan o'tkazish, palpatsiya: puls, yurak uchi turtkisi, yurak turtkisi; perkussiya: yurakni nisbiy va absolyut chegaralarini, tomirlar tutami kengligini, yurakni ko'ndalang kesimini; auskultatsiya: yurak tonlari eshitish nuqtalari, katta qon-tomirlar – son arteriyasini, arterial bosimni o'lchash), hazm tizimini (ko'rikdan o'tkazish, palpatsiya: qorinni yuzaki, Obrazsov-Strajesko usuli bo'yicha yo'g'on ichak, jigarni, mezenterial limfa tugunlarni, og'riqli nuqtalarni, Merfi, Myussi, Ortner-Grekov, Mendel, Boas, flyuktuatsiya simptomlarini; perkussiya: kichik yoshdagi bolalarda jigarni, katta yoshdagi bolalarda Kurlov usuli bo'yicha jigarni, qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlikni perkutor aniqlash; auskultoaffriksiya), siydik hosil qilish va ajratish tizimini (ko'rikdan o'tkazish, palpatsiya: buyrakni Obrazsov-Strajesko, Gyuyon, Botkin usuli bo'yicha, siydik qopini, siydik yo'li og'riqli nuqtalarini, perkussiya: siydik qopini, Pasternatskiy simptomi), qon yaratish tizimini (ko'rikdan o'tkazish,

palpatsiya: periferik, mezenterial limfa tugunlari, taloq, perkussiya: taloq, bolani ko'krakka qo'yish, "Kenguru" texnikasini, ko'krak sutini sog'ish, bolani shishachadan ovqatlantirish;

– yangi tug'ilgan chaqaloqni jismoniy rivojlanishi va etukligini baxolash; sog'lom va kasal chaqaloqni ovqatlantirish usullarini qo'llash; yangi tug'ilgan chaqaloqni parvarishlash asoslari; yangi tug'ilgan chaqaloqlik davri patologik xolatlari diagnostikasi; yangi tug'ilgan chaqaloqlarni reanimatsiyasi asoslari va usullari; Kramer shkalasi yordamida sariqlik darajasini; oila sharoitida epidemiyaga qarshi va profilaktik tadbirlarni tashkil qilish; yangi tug'ilgan chaqaloqlarni immunoprofilaktikasini o'tkazishni;

– kasallik tarixida kundaliklarni, epikrizlarni yozish; tekshiruv rejasini tuzish va natijalarni tahlil qilish; qonni umumiy taxlilini, bioximik taxlili, gemogramma, mielogramma, koagulogramma natijalarni, qon oqish va ivish vaqtini tahlil qilish, qon guruhini va rezus-faktorni interpretatsiya qilish; spirometriya, pikfloumetriya, teri sinamalarini o'tkazish; peshobning, najasning umumiy va bakteriologik taxlilini interpretatsiya qilish; sutkalik diurez monitoringi

– Bemorlarni tekshirish, anamnez yig'ish, manual, ob'ektiv tekshiruvlarni o'tqazish, bemorlarda qo'shimcha tekshirishlar o'tqazish, tashhis qo'yish va maslaxat uchun mutahassislarga to'g'ri yullanma berish, kasalliklar profilaktikasini o'tqazish va davolash;

– Birinchi yordam berish;

– Vaksinatsiya va revaksinatsiyani qilish va samaradorligini aniqlash;

– Gudaklarda tana vazni va buyini o'lchash;

– Bolalarni jismoniy va ruhiy rivojlanishini baholash;

– Go'dakni ko'krakka to'g'ri qo'yish texnikasi;

– Ovqatlanish ratsionini tuzish;

– Qon bosimini o'lchash;

– EKG o'tqazish;

– YUrak-qon-tomir kasalliklarida EKG o'zgarishlarini interpretatsiyasi;

– ko'rish o'tkirligini aniqlash va ko'rish maydonini nazorat usulida tekshirish;

– rinoskopiya o'tkazish;

– otoskopiyani o'tkazish;

– Pikfloumetriya;

– Laborator taxlillarni interpretatsiyasi;

– Qalqonsimon bezini palpatsiyasi kabi *ko'nikmalarga ega bo'lishi kerak*;

III. Asosiy nazariy qism (ma'ruza mashg'ulotlari)

Bolalar kasalliklari propedevtikasi fani

1-mavzu. Fanga kirish

Bolalar kasalliklari propedevtikasi faniga kirish, fanni maqsadi va vazifalari. Jahonda va O‘zbekistonda pediatriyani rivojlanish tarixi. O‘zbekistonda pediatriyani rivojlanishiga hissa qo‘shgan olimlar. Homilani rivojlanish bosqichlari. Homilaga ta’sir qiluvchi teratogen omillarni roli va ahamiyati. Bolalik davrlarining xarakteristikasi. Odam ontogenezida bolalik davrlarini rivojlanish bosqichlari.

2-mavzu. Bolalarni jismoniy rivojlanishi.

Bolalarni jismoniy rivojlanishining asosiy ko‘rsatkichlari. JSST tomonidan ishlab chiqarilgan besh yoshgacha bolalarni o‘shirish va rivojlanish standartlari va grafiklari. “Biologik akseleratsiya” haqida tushuncha. Bolalar jismoniy rivojlanishni buzilish semiotikasi (oqsil-energetik etishmovchiligi, paratrofiya, semizlik, gigantizm, nanizm).

3-mavzu. Bolalarni asab-ruhiy rivojlanishi

Markaziy asab tizimining anatomo-fiziologik hususiyatlari. Asab ruhiy tizimini baholash mezonlari. Bolani aqliy va ruhiy rivojlanishi buzilishida uchraydigan kasalliklar semiotikasi (meningial va ensefalitik sindromlar, oligofreniya)

4-mavzu. Bolalarda teri va teri osti yog‘ qatlami va asosiy jarohatlanishlari semiotikasi.

Bolalarda teri, teri osti yog‘ qavatini morfologik va funksional hususiyatlari. Teridagi bezlar, soch va tirnoqlarning rivojlanishi, ularning funksional faoliyatini hususiyatlari. Bolalarda teri, teri osti yog‘ qavatini jarohatlanish semiotikasi va sindromlari: OEE, ortiqcha vazn, semizlik, sklerema, skleredema.

5-mavzu. Bolalarda suyak – mushak tizimi va ularni jarohatlanish semiotikasi

Bolalarda suyak-mushak tizimini morfologik va funksional hususiyatlari, rivojlanishi. Bolalarda fosfor-kalsiy almashinuvining hususiyatlari. Suyak – mushak tizimining asosiy kasalliklari semiotikasi: raxit, osteomalyasiya, osteoporoz, osteoid to‘qimani o‘shirish ketishi, deformatsiyalari, mushaklar gipo va gipertonuslari, parez, paralichlar.

6-mavzu. Bolalar nafas olish tizimi anatomo-fiziologik hususiyatlari

Birinchi nafas mexanizmi. Bolalar nafas tizimini yoshiga ko‘ra anatomik-fiziologik hususiyatlari. Tashqi nafas faoliyatlarini baholash usullari va mezonlari.

7-mavzu. Bolalar nafas olish tizimi va jarohatlanish semiotikasi

Nafas tizimi kasalliklarini asosiy sindromlari. Nafas yo'llari obstruksiyasi sindromi. Nafas etishmovchilik sindromi darajalari.

8-mavzu. Bolalar yurak – qon tomir tizimi anatomo-fiziologik hususiyatlari

Homilada qon aylanishi. Tug'ilgandan keyin qon aylanish jarayoni. Bolalarda yoshiga qarab gemodinamik ko'rsatkichlari.

9-mavzu. Bolalar yurak – qon tomir tizimi jarohatlanish semiotikasi

Bolalarda ko'p uchraydigan tug'ma yurak nuqsonlari semiotikasi. YUrak qon-tomir tizimi kasalliklari semiotikasi (miokardit, yurak etishmovchiligi sindromi darajalari, kliniko-instrumental belgilari).

10-mavzu. Bolalar hazm qilish tizimi va jarohatlanish semiotikasi

Bolalarda hazm tizimi anatomo-fiziologik hususiyatlari. Bolalarda uchraydigan hazm tizimi kasalliklari sindromi (o'tkir qorin, sariklik, malabsorbsiya, gastroenterokolit, jigar etishmovchiligi) va semiotikasi.

11-mavzu. Bolalar siydik hosil qilish va siydik chiqarish a'zolari va jarohatlanish semiotikasi

Ayiruv organlari anatomo – fiziologik hususiyatlari Kasalliklar semiotikasi va sindromlari (siydik qoldig'i sindromi, buyrak etishmovchiligi sindromi).

12-mavzu. Bolalarda qon va qon yaratuvchi a'zolar va jarohatlanish semiotikasi

Bolalar qon va qon hosil bo'lish a'zolari anatomik – fiziologik hususiyatlari. Qon va qon hosil bo'lish a'zolari kasalliklari sindromi (anemiya, leykoz, gemorragik, periferik limfa tugunlari kattalashish) va semiotikasi (periferik qonni asosiy ko'rsatkichlarini kamayishi, ko'payishi).

13-mavzu. Bolalarda endokrin tizimi va jarohatlanish semiotikasi

Bolalarda endokrin tizimini anatomik fiziologik hususiyatlariga ko'ra tekshirish usullari. Bolalarda endokrin tizimini asosiy kasalliklari semiotikasi va sindromlari.

14-mavzu. Bolalarda moddalar almashinuvi.

Bolalarda suv-tuz almashinuvi hususiyatlari. Bolani yoshiga qarab organizmdagi suv mikdorini va uning xujayra ichida va tashqarisida taqsimlanishi. Kislotali-ishqoriy muvozanat. Suv – tuz almashinuvi buzilishi (degidratatsiya, suv

intoksikatsiyasi), giperosmolyar holat. Metabolik atsidoz, respirator atsidoz. Metabolik alkaloz, respirator alkaloz, eksikoz.

15-mavzu. Bolalarda energiya almashinuvi hususiyatlari

Bolalarda energiya almashinuvi hususiyatlari, energiya, oqsil va kaloriyaga bo'lgan talab. Oqsil, uglevod va yog' almashinuvi hususiyatlari. Oqsil (seliakiya, sigir suti oqsilini hazm qila olmaslik, aminoatsidopatiyalar), uglevod (disaxaridlar etishmovchiligi, glikogenozlar, galaktozemiya, fruktozuriya va fruktozemiya) va yog' (giperlipidemiya, to'qima lipidlari sindromi) almashinuvi asosiy kasalliklar semiotikasi.

16-mavzu. Bolalarni ko'krak suti bilan ovqatlantirish

Ko'krak suti bilan ovqatlantirish va uning bolani to'g'ri rivojlanishidagi ahamiyati. Qo'shimcha ovqat.

Neonatologiya fani

17-mavzu. Perinatologiyaning dolzarb muammolari.

Perinatologiyaga kirish. Bolalar xuquqlari konvensiyasi. Perinatologiya glossariysi. Kritik davrlar. Antenatal patologiya. Perinatologiyada JSST (Jaxon Soqliqni Saqlash Tashkiloti) tavsiyalari. O'zbekistonda neonatologiyaning dolzarb muammolari.

18-mavzu. Perinatal asfiksiya.

Xomila ichi gipoksiyasi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar asfiksiyasi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar asfiksiyasi erta diagnostikasi va profilaktikasini zamonaviy talqini. Reanimatsiya va intensiv davolashni xalqaro mezonlari. Postasfiksik sindrom.

19-mavzu. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni tug'ma va orttirilgan sariqliklari qiyosiy tashxisoti.

Bilirubin almashinuvi. Chaqaloqlar gemolitik kasalliklari. Klassifikatsiyasi. Patogenez masalalari. Qiyosiy tashxisoti. Davolash asoslari.

20-mavzu. Respirator distress sindrom (RDS).

Respirator distress sindromni turli shakllarini klassifikatsiyasi, klinikasi va differensial diagnostikasi. Respirator distress sindromni og'irlik darajasini baholash. O'pka kasalliklarini davolash va profilaktikasini zamonaviy asoslari.

21-mavzu. Xomila ichi infeksiyalari.

Bakterial, virusli va parazitlar homila ichi infeksiyalari. Toksoplazmoz, listerioz, zaxm, qizilcha, herpes, sitomegaliyani qo'zgatuvchilari mikrobiologiyasi. Etiopatogenez masalalari, kechishini klinik shakllari, davolash.

22-mavzu. YAngi tug'ilgan chaqaloqlarda gemorragik sindrom diagnostikasidagi muammolar.

Qon fiziologiyasi. Bolalarda gemostaz tizimi. Gemorragik diatezlar. Klassifikatsiyasi. Qon xosil qilish tizimini fiziologik xususiyatlari. Differensial diagnostika. Davolashni zamonaviy talablari.

Fakultet pediatriya fani

23-mavzu. Raxit.

Mazmuni. Etiopatogenez, tasnif. Raxitni rivojlanishga yordamlashuvchi omillar. Kasallikni og'irligi, kechish davriga bog'liq xoldagi klinikasi. Diagnostikasi. Profilaktikasi. Terapiya tamoyillari.

24-mavzu. Ekssudativ - kataral diatez.

Mazmuni. Patogenetik variantlari, klinik ko'rinishi. Patogenetik variantlarga bog'liq xoldagi klinikasining o'ziga xosligi. Oqibati. Parhez. Parvarish.

25-mavzu. Sepsis.

Etiopatogenezi, tasnifi, kasallikni shakli, og'irligi, kechuviga bog'liq xoldagi klinikasi, tashxisi, terapiya tamoyili, rehabilitatsiyasi.

26-mavzu. Bronxitlar.

Etiologiyasi, unga olib keluvchi omillar. Patogenezi, tasnifi. Ularning shakliga ko'ra klinikasi, taxislash va davolash mezonari.

27-mavzu. Kasalxona tashqari zotiljam.

Tasnifi (XKT-10), etiologiyasi, patogenezi, tashxis mezonlari va etiotrop davosi.

28-mavzu O'tkir revmatik isitma.

Orttirilgan yurak nuqsonlari. Etiopatogenez, tasnif, standart tashxislash, orttirilgan yurak nuksonlarining klinik namoyon bulishi. noan'anaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davo choralar

29 –mavzu Bolalarda norevmatik kardit.

Etiopatogenez, tasnif, tashxislash, qiyosiy tashxislash. Kechishi va asoratlari. Natija, noan'anaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davo choralari.

30-mavzu YUrak tug'ma nuqsonlari.

Etiologiya. Gemodinamikasi. Instrumental usullar bilan tashxislashning axamiyati, standart tashxislash va davo tamoyillari.

31-mavzu Siydik yo'llari infeksiyalari.

Pielonefritlar. Sistit, uretrit. Etiopatogenez, tashxis, qiyosiy tashxis, davo, davo natijalari. Noan'anaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davo choralari.

32-mavzu Surunkali gastrit va gastroduodenitlar. SHilliqni morfologik o'zgarishi oshqozon sekretsiyasini xolati va kasallik davriga bog'lik xoldagi etiopatogenez, klinika. Tashxisi. Parxez. Dori darmonlar bilan davolash.

Gospital pediatriya

33 mavzu. Qaytalanuvchi bronxitlar

Etiopatogenezi, klinikasi, tashxisot mezonlari. Davolash mezonlari va profilaktikasi.

34-mavzu O'tkir zotiljam.

Etiopatogenezi, tasnifi, kasallikni shakli, og'irligi va kechuviga bog'lik xoldagi klinikasi. Klinik sindromlar genezi, ularni postsindromli terapiya ko'rinishi va taktikasi. Zotiljam shakliga bog'lik bo'lgan rentgenologik o'zgarishlarni o'ziga xosligi. Zotiljamni og'ir xolatda kechishi va asoratlarini davolash. Reabilitatsiyasi va profilaktikasi.

35-Mavzu. Zotiljamlarning o'pka ichi va o'pka tashqi asoratlari.

Zotiljamlarning o'pka ichi va o'pka tashqi asoratlari turlarini kliniko-morfologik o'zgarishlari (nafas etishmovchiligi, yurak etishmovchiligi, infeksionn-toksikshok,plevritlar, piopnevotoraks). Gospitalizatsiyaga ko'rsatma. Davolash, sog'liqni qayta tiklash usullari.

36-mavzu. Bronxoektatik kasallik

Etiopatogenezi, rivojlantiruvchi omillari, tasnifi, kasallikni og'ir kechishiga bog'lik xolda klinikasi, asoratni davri mavjudligi. Tashxisi. Davolash tamoyillari.

37-mavzu. Bronxial astma.

Etiopatogenezi, rivojlantiruvchi omillari, tasnifi, kasallikni ogʻir kechishiga bogʻlik xolda klinikasi, asorati. Davolash tamoyillari.

38-Mavzu. Bolalarda yurak qon-tomir tizimi kasalliklarining kechishi.

Orttirilgan poroklar, septik endokardit, perikardit kasalligining kechish xususiyatlari. CHaqiruvchisi. Patogenezi. Tasnifi. Klinik kechishi. Tashxis mezonlari. Tashxisotda koʻyiladigan xatolar. Davo taktikasi. Noanʻanaviy tibbiyot uslublarini qoʻllashning umumiy tamoyillari.

39-Mavzu. Bolalarda yurak qon-tomir tizimi kasalliklarining kechishi.

YUrak ritmining buzilishi. Etiopatogenez, tasnifi, yurak ritmi buzilishining klinik namoyon boʻlishi. Davosi.

40-Mavzu Surunkali yurak etishmovchiligi: Oʻng korincha chap qorincha yurak etishmovchiligida davolash. Standart va individual davo choralari.

41-Mavzu Artritlar.

Infeksion artrit, reaktiv artrit. YUvenil revmatoidli artrit, tashxis mezonlari, qiyosiy tashxis, asoratlari, davo, rehabilitatsiya va noanʻanaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davo choralari.

42-Mavzu Biriktiruvchi toʻqimaning sistemali kasalliklari. Sistemali qizil yuguruk. Dermatomiozit. Sistemali sklerodermiya. Etiopatogenez, klinikasi, kechishi, laborator-instrumental tekshirish usullari, tashxisi, asoratlari. noanʻanaviy usullar bilan davolash, rehabilitatsiya.

43-Mavzu Oshkozon va 12-barmoq ichak yara kasalligi.

Oshkozon yara kasalligi. Etiopatogenez, klinika kechishi, asoratlari, davosi.

44-Mavzu. Gepatobiliar tizimi kasalliklarining qiyosiy tashxisoti.

Xoletsistit, xolangit, xoletsistoxolangit, surunkali hepatitlar, bolalarda kechish xususiyatlari, kasallikni erta davrida qiyosiy tashxis mezonlari, davolash usullari, asoratlari.

45 mavzu Glomerulonefritlar.

Oʻtkir va surunkali glomerulonefritlar: Nefrotik va nefritik sindrom, nefrotik va gematurik shakl. Etiologiya, patogenez, kasallikning klinik kechuvi, qiyosiy

tashxisoti, davosi. Noan'anaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davochoralari.

46-Mavzu. Surunkali buyrak etishmovchiligi.

Sababi, SBE bosqichiga bog'lik xolda klinika, qon biokimyoviy ko'rsatkichlarning axamiyati, buyrakni funksional tekshirish.

47 mavzu. Tubulopatiyalar.

Kasallikning tasnifi, klinik kechishi, uchrash tezligi, tashxis mezonlari, o'xshash kasalliklar bilan qiyosiy tashxisi, davo, noan'anaviy tibbiyot uslublarini qo'llashning umumiy tamoyillari va oqibatlar. Tubulopatiyalarni tashxislashda qo'yiladigan xatoliklar va ularni bartaraf qilish chora-tadbirlari. Tubulopatiyalarni o'z vaqtida davolamaslik natijasida kelib chiqadigan asoratlari.

48 mavzu. Bolalar kasalliklarni integrallashgan usulda olib borish (statsionar sharoitida)

Ambulator pediatriya fani

49-mavzu.

Umumiy amaliyot asoslari. Birlamchi yordam falsafasi va tamoyillari. Sog'liqni saqlash tizimida umumiy pediatrni o'rni va vazifalari. Birlamchi tibbiy sanitariya tizimidagi muassasalarini asosiy statistik ko'rsatkichlari, me'riy-xuquqiy xujjatlari.

50- mavzu.

Vaksinatsiya. Proflaktik emlash kalendari. proflaktik emlashga kursatma va karshi kursatma. Vaksinadan keyingi reaksiya va asoratlari

51-mavzu.

Ko'krak yoshidagi bolalarni ovqatlantirish. Ko'krak yoshdagi bolalarni ovqatlantirish, ko'krak bilan boqishni qo'llab - quvvatlash siyosati, ona suti bilan boqish afzalliklari.

52-mavzu.

Qo'shimcha ovqat kiritish tamoyillari. Qo'shimcha ovqat kirish qoidalari va qo'shimcha ovqat turlari.

53 - mavzu.

Qorinda og'riq bilan kechadigan kasalliklar diagnostikasi, dif diagnostikasi. Surunkali gastrit, 12 barmoqli ichak va oshqozon yarasi kasalligining davolash tamoyillari.

54 - mavzu.

Qorinda og'riq bilan kechadigan kasalliklar diagnostikasi, dif diagnostikasi. Ambulatoriya sharoitida qorinda og'riq bilan kechadigan kasalliklarni olib borish.

55-mavzu.

Bolalarda siydik ajratish a'zolari kasalliklari. SHish sindromi. Glomerulonefrit. Nefrotik va nefritik sindromlarni tashhishlash, differensial tashhis o'tkazish, davolash, profilaktika va rehabilitatsiya mezonlari.

56 - mavzu

Dizuriya sindromi bilan kechadigan kasalliklarni diagnostikasi, dif diagnostikasi. Pielonefrit. tashhishlash, differensial tashhis o'tkazish, davolash, profilaktika va rehabilitatsiya mezonlari. Ambulatoriya sharoitida dizuriya bilan kechadigan kasalliklarni olib borish.

57 mavzu.

Yo'tal. Nafas a'zolari kasalliklaridagi sindromlar, shu sindromlar bilan kechadigan kasalliklar. Erta tashhishlash, differensial tashhis o'tkazish, davolash, profilaktika va rehabilitatsiya mezonlari.

58 - mavzu

Yo'tal. Nafas yo'llari kasalliklari tashhishlash, differensial tashhis o'tkazish. Zotiljam. Ambulatoriya sharoitida yo'tal bilan kechadigan kasalliklarni olib borish.

59 - mavzu

Dalillarga asoslangan tibbiyot. Epidemiologik tekshiruvlar turlari, isbotlanganlik darajasi piramidasi. Meta-analiz, sistematik-obzorlar va ilmiy maqolalar taxlili.

60- mavzu

Bolalarni o'sish va rivojlanishning monitoringi. O'sish va rivojlanishni egri chiziq jadvallari. Xronologik yosh.

61 mavzu

Sariqlik bilan kechadigan kasalliklarni tashhishlash, differensial tashhis o'tkazish. Ambulatoriya sharoitida dizuriya bilan kechadigan kasalliklarni olib borish.

62 – mavzu

YUrakda og‘riq. YUrkda qon - tomir tizimi kasalliklaridagi sindromlar, shu sindromlar bilan kechadigan kasalliklar. Erta tashhislash, differensial tashhis o‘tkazish, davolash, profilaktika va reabilitatsiya mezonlari.

I. Amaliy mashg‘ulotlar bo‘yicha ko‘rsatma va tavsiyalar

Amaliy mashg‘ulotlar uchun quyidagi mavzular tavsiya etiladi:

Bolalar kasalliklari propedevtikasi fani

1. Bolalar kasalliklari propedevtikasi faniga kirish. Kasallik tarixi bilan tanishish. Kasallik va hayotiy anamnezini yig‘ish (shoshilinch baholash tushunchasi, anamnez yig‘ish, sog‘lom va bemor bolani ob‘ektiv tekshirish) (IVBDV - statsionar)
2. Bolalarni o‘rish va rivojlanishini baholash standartlari va mezonlari. Bolalarni biologik va xronologik yoshi. Antropometrik o‘lchovlar texnikasi.
3. Bolalar o‘rish va rivojlanishi buzulishlari semiotikasi.
4. YAngi tug‘ilgan chaqaloqni ko‘rikdan o‘tkazish. (EPU - YAngi tug‘ilgan chaqaloqni to‘liq ko‘rikdan o‘tkazish modul 1N). CHaqaloqlar reflekslari.
5. Bolalarni asab-ruhiy rivojlanishi. Statika, motorikani rivojlanish bosqichlari. Nutqni, emotsiya va muloqot shakllarini rivojlanishi (MKJ – yangi tug‘ilgan chaqaloq).
6. Bolaarda asab tizimini jarohatlanish semiotikasi va sindromlari. Meningial va ensefalitik sindrom. Patologik reflekslar.
7. Bolalarda teri, teri osti yog‘ qavatini anatomo-fiziologik hususiyatlariga ko‘ra tekshirish usullari. Bolalarda teri, teri osti yog‘ qavatini jarohatlanish semiotikasi va sindromlari. Ovqatlanish holatini baholash: ovqatlanish buzulishi haqida tushuncha - OEE, ortiqcha vazn xavfi, ortiqcha vazn, semizlik.
8. Bolalarda suyak va mushak tizimini anatomo-fiziologik hususiyatlariga ko‘ra tekshirish usullari. Tana tuzilishini proporsiyalari va uni yoshga ko‘ra o‘zgarishi. Bolalarda suyak va mushak tizimini jarohatlanish semiotikasi va sindromlari.
9. Bolalarda yuqori nafas yo‘llarini tekshirish usullari.
10. Bolalarda pastki nafas yo‘llarini tekshirish usullari.
11. Erta yoshdagi bolalarda nafas tizimi kasalliklarini semiotikasi va sindromlari (IVBDV – yo‘tal, astmoid sindrom, nafas buzilishlari)
12. Katta yoshdagi bolalarda nafas tizimi kasalliklarini semiotikasi va sindromlari (IVBDV – yo‘tal, astmoid sindrom, nafas buzilishlari)

13. Bolalarda yurak qon tomir tizimini tekshirish usullari: ko'rik, palpatsiya, perkussiya
14. YUrak auskultatsiyasi. Bolalarda yurak qon tomir tizimini funksional tekshirish usullari.
15. Bolalarda EKGni yoshga bog'liq hususiyatlari
16. Erta yoshdagi bolalarda yurak qon tomir tizimini jarohatlanish semiotikasi va sindromlari.
17. Katta yoshdagi bolalarda yurak qon tomir tizimini jarohatlanish semiotikasi va sindromlari.
18. Bolalarda hazm tizimini anatomo-fiziologik hususiyatlariga ko'ra tekshirish usullari. Koprogramma interpretatsiyasi
19. Bir yoshgacha bolalarda hazm tizimini jarohatlanish semiotikasi va sindromlari (IVBDV - diareya)
20. Bir yoshdan katta bolalarda hazm tizimini jarohatlanish semiotikasi va sindromlari.
21. Bolalarda siydik hosil qilish va ajratish a'zolarini anatomo-fiziologik hususiyatlariga ko'ra tekshirish usullari. Siydik tahlillari interpretatsiyasi
22. Bolalarda siydik hosil qilish va ajratish a'zolarini jarohatlanish semiotikasi va sindromlari. Proksimal va distal kanalchalarni jarohatlanish sindromlari.
23. Bolalarda qon yaratish a'zolarini anatomo-fiziologik hususiyatlariga ko'ra tekshirish usullari. Turli yoshdagi bolalarda periferik qon tarkibi.
24. Bolalarda qon yaratish a'zolarini jarohatlanish semiotikasi va sindromlari.
25. Bolalarni jismoniy, asab-ruhiy va jinsiy rivojlanishini kompleks baholash.
26. Bolalardan anamnez yig'ish va barcha a'zo va tizimlar bo'yicha ob'ektiv tekshirish. Kasallik tarixini himoyalash.
27. Ko'krak bilan boqishni zamonaviy tamoyillari. Ko'krak bilan boqishni afzalliklari. sut ishlab chiqarish mexanizmi. Ona suti tarkibi va uni xayvon sutlaridan farqi. Og'iz sutini tarkibi va uni bola uchun ahamiyati.
28. Bolani ko'krakka qo'yish qoidalari. Ko'krak bilan boqishga qarshiliklar va qiyinchiliklar. Sut sog'ishga ko'rsatmalar va qoidalari. Ko'krak suti etishmovchiligi belgilari. Bolani ko'krakka qo'yish belgilari. Bolani ko'krakka to'g'ri yondoshish belgilari
29. Ko'krak bilan boqishda ona va bola tomonidan bo'ladigan qiyinchiliklarda maslahat berish tamoyillari. Emizikli onalarni ovqatlanish tartibi
30. Qo'shimcha ovqat berish. Bolalarga qo'shimcha ovqat berish muddatlari va qoidalari. Qo'shimcha ovqat berish bosqichlari. Qo'shimcha ovqatni kiritish va kech kiritish asoratlari. 6 oydan 2 yoshgacha bolalarga berish mumkin bo'lgan maxsulotlar.

31. Bolalarni sun'iy va aralash ovqatlantirish qoidalari. Qo'shimcha ovqat berish muddatlari va qoidalari. Qo'shimcha ovqat berish bosqichlari. Qo'shimcha ovqatni kiritish va kech kiritish asoratlari.
32. Qo'shimcha ovqatlarni tayyorlash texnologiyalari
33. 2 yoshdan katta bolalarni ratsional ovqatlantirish bo'yicha maslaxatlar. bolalar muassasalarida bolalarni ovqatlantirishni tashkillashtirish bilan tanishtirish.

Neonatologiya fani

34. Perinatologiyaning dolzarb muammolari. CHaqaloqlarga tibbiy yordamni tashkillashtirish. Perinatologiyaga kirish. JSST terminlari. Neonatal xizmatni tashkillashtirish va regionalizatsiyalashtirish asosiy tamoyillari (JSST tavsiyalari, O'zRSSV buyruqlari asosida).
35. YAngi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarishi asoslari. CHaqaloqlar ko'rigi. CHaqaloqlarni tug'ruqxonada birlamchi parvarishlash. Issiqlikni ta'minlash. Birlamchi ko'krakka qo'yish, ko'krak suti bilan boqishning o'ziga xos xususiyatlari. CHaqaloqlar immunoprofilaktikasi. CHaqaloqlarni kundalik parvarishi.
36. YAngi tug'ilgan chaqaloqlar adaptatsiyasi, chegaraviy holatlar. Moslashuv davrlari. Tranzitor qon aylanishi. CHEgaraviy holatlar: terining tranzitor o'zgarishlari, fiziologik sariqlik, tana vaznining fiziologik kamayishi, tranzitor politsitemiya, jinsiy kriz, buyrak va ichakning tranzitor holatlari.
37. Muddatiga etmay tug'ilgan chaqaloqlar. Muddatiga etmay tug'ilish sabablari. Parvarishlash tamoyillari. Muddatiga etmay tug'ilgan bolalarda chegaraviy holatlar va adaptatsiyaning o'ziga xos xususiyatlari. Muddatiga etmay tug'ilgan chaqaloqlarni ovqatlantirish.
38. Homila rivojlanishining orqada qolishi. CHaqaloqlarning funksional holati va etuklik darajasini baholash. Homila rivojlanishining orqada qolishi sabablari, patogenezi, tasnifi, klinikasi, parvarishlash.
39. Perinatal asfiksiya. Homila gipoksiyasi. Tug'ruq vaqtidagi asfiksiya. Apgar shkalasi yordamida baholash. Sabablari, patogenezi, klinika, tashxisot mezonlari (JSST), asoratlari.
40. CHaqaloqlar asfiksiyasida birlamchi reanimatsiyasi. CHaqaloqlar birlamchi reanimatsiyasi va intensiv davolashning zamonaviy xalqaro standartlari. CHaqaloqlar reanimatsiyasi qadamlari. Asfiksiyaning oqibatlarining prognozi.
41. YAngi tug'ilgan chaqaloqlar sariqliklari. YAngi tug'ilgan chaqaloqlar sariqliklarining patogenez, tasnifi, klinikasi, qiyosiy tashxisoti. Turli hildagi sariqliklarda davo taktikasi.

42. YAngi tug‘ilgan chaqaloqlar gemolitik kasalliklari. CHaqaloqlar gemolitik kasalligining etipatogenezi, klinik shakllari, kechishining o‘ziga xos xususiyatlari. Tashhishlash va davolash taktikasi, asoratlari, oldini olish choralari.
43. Respirator distress sindromi. Pnevmpatiyalar etiopatogenez, klinika, Tashhishlash va davolash taktikasi, antenatal va postnatal profilaktikasi.
44. CHaqaloqlar pnevmoniyalari. CHaqaloqlar pnevmoniyasida epidemiologiyasi, patogenezi, tasnifi, tashhisoti va davolash taktikasi.
45. YUmshoq to‘qima, suyak-mushak tizimi tug‘ruq jarohatlari. Orqa miya tug‘ruq jarohatlari. Tug‘ruq shishi, kefalogematoma, apanevroz ostiga qon quyilishi, mushaklar jarohati, o‘mrov suyagining sinishi. Orqa miya elga chigalining tug‘ruq jarohati. Klinikasi, tashxislash, davolash taktikasi.
46. Bosh miya tug‘ruq jarohatlari. Bosh miya ichiga qon quyilishining turlari. Jarohatlarning klinikasi, tashhisoti, davolash va oldini olish chora tadbirlari.
47. Teri va kindikning har hil genezli kasalliklari. Teleangioektazii, pigment dog‘lari, tug‘ma ixtioz, adiponekroz, sklerema, skleredema. Stafilodermiyalar. Omfalit.
48. YAngi tug‘ilgan chaqaloqlar sepsisi. Etiopatogenez, tasnifi, klinikasi. Sepsisning erta va kechki turlarining tashhisot mezonlari. Davolash va oldini olish chora tadbirlari.
49. Homila ichi infeksiyalari. Toksoplazmoz, xlamidioz, listerioz, zaxm, qizilcha, herpes, sitomegalovirus, OIV/OITS. Patogenez, klinikasi, tashxisoti, davolash tamoyillari, homila ichi infeksiyalarini onadan bolaga yuqish yo‘lining oldini olish choralari.
50. YAngi tug‘ilgan chaqaloqlar gemorragik buzilishlari. Gemostaz. YAngi tug‘ilgan chaqaloqlar gemorragik kasalligi patogenezi, tasnifi, klinikasi, tashxisoti, davolash taktikasi, oldi olish chora tadbirlari. CHaqaloqlar gemorragik buzilishlarini qiyosiy tashxisiotti.
51. Qayt qilish va qusish sindromi. Tasnifi, klinikasi, tashxisoti. CHaqaloqlar gastro-ezofagialreflyuks axialaziya, aerofagiya, pilorostenoz, pilorospazm, kasalligi klinikasi, tashxisoti, davolash.

Fakultet pediatriya fani

52. Raxit. Tasnifi, klinikasi, kasallikni kechuvi va davri. Salomatlik guruxiga bog‘lik davolash tamoyillari va profilaktik chora tadbirlari. Gipervitaminoz “D”, rivojlanish sabablari, klinika, davosi.
53. Spazmofiliya. Etiopatogenez, spazmofiliyani yashirin va yaqqol klinik ko‘rinishlari. Davolash tamoyillari.
54. Bolalarda diatezlar. Ekssudativ kataral, limfatiko-gipoplastik, nerv-artritik

va aralash turlari, genezi, klinikani yoshga xos koʻrinishi.

55. Oqsil - energetik tanqislik. Ekzogen va endogen omillar. Tanqislik darajasiga koʻra klinik koʻrinishi. Ovqatlanishni korreksiyasi. Medikamentoz davolash va rehabilitatsiya.

56. Ovkatlanishning surunkali buzilishi (malabsorbsiya sindromi). Ichaklarda soʻrilish buzilishi kasalliklarining (mukovissidoz, seliakiya, ekssudativ enteropatiya) etiopatogenezi, klinikasi va diagnostikasi.

57. Goʻdak yoshidagi bolalarda vitaminlar tanqisligi, etiologiyasi, patogenezi, gipovitaminoz turiga koʻra klinikasi. Tashxislash va davolash, rehabilitatsiya.

58. Bolalarda tanqislik anemiyasi. Gemopoetik faktor etishmovchiligi ogʻirlik darajalariga koʻra etiopatogenezi, klinik kechuvi. Ovkatlanirish. Davolash mezonlari.

59. Sepsis. Sepsisni koʻrinishlariga koʻra etiopatogenezi, tasnifi, klinikasi (septitsemiya va septikopiemiya). Kasallikni turli davrlarida davolash mezonlari. Passiv va aktiv xamda spetsifik va nospetsifik immunoterapiya.

60. Bronxitlar. Bronxitni shakliga koʻra etiopatogenezi, tasnifi, klinikasi, tashxislash, davo tamoyillari.

61. Kasalxona tashqari zotiljam. Tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, kasallikning tipik klinik kechishi, tashxis mezonlari va etiotrop davosi.

61. Oʻtkir revmatik isitma. Orttirilgan yurak nuqsonlari. Etiopatogenez, tasnif, standart tashxislash, orttirilgan yurak nuksonlarining klinik namoyon bulishi. noanʻanaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davo choralari.

62. Bolalarda norevmatik kardit. Etiopatogenez, tasnif, tashxislash, qiyosiy tashxislash. Kechishi va asoratlari. Natija, noanʻanaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davo choralari.

63. YUrak tugʻma nuqsonlari. Etiologiya. Gemodinamikasi. Instrumental usullar bilan tashxislashning axamiyati, standart tashxislash va davo tamoyillari.

64. Siydik yoʻllari infeksiyalari. Pielonefritlar. Sistit, uretrit. Etiopatogenez, tashxis, qiyosiy tashxis, davo, davo natijalari. Noanʻanaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davo choralari.

65. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar. SHilliqni morfologik oʻzgarishi oshqozon sekretyasini xolati va kasallik davriga bogʻlik xoldagi etiopatogenez, klinika. Tashxisi. Parxez. Dori darmonlar bilan davolash.

66. Xolangitlar. Xoletsistoxolangitlar. Etiopatogenez, klinika, labarator-instrumental tekshirish usullari, tashxis, qiyosiy tashxis, kechishi, natija, davo, rehabilitatsiya. Umumiy tasavvur, tasnif, erta tashxislash, tekshirish usullari, davolash taktikasi. Noanʻanaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davo choralari.

Gospital pediatriya

67. YUrak tugʻma nuqsonlari. Murakkab anatomik defektli va yaqqol gemodinamikani buzilishi bilan kechadigan nuqsonlar (Fallo kasalligi, magistral qon tomirlarning transpozitsiyasi, umumiy aortal protok, aorta koarktatsiyasi, Eyzemeyger majmuasi, Ebshteyn kasalligi). Instrumental usullar bilan tashxislashning axamiyati, standart tashxislash.
68. YUrak ritmining buzilishi. Etiopatogenez, tasnifi, yurak ritmi buzilishining klinik namoyon boʻlishi.
69. Surunkali yurak etishmovchiligi: Oʻng korincha chap qorincha yurak etishmovchiligida noanʻanaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davo choralari.
70. Bolalarda perikardit. Bolalarda bakterial septik endokardit. Etiopatogenez, tasnif, tashxislash, qiyosiy tashxislash. Kechishi. asoratlari. Natija, noanʻanaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davo choralari.
71. Kardiorevmatologiya kasalliklarida EKG koʻrsatkichlarining oʻzgarishi.
72. Artritlar. Infeksion artrit, reaktiv artrit. YUvenil revmatoidli artrit, tashxis mezonlari, qiyosiy tashxis, asoratlari, davo, rehabilitatsiya va noanʻanaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davo choralari.
73. Biriktiruvchi toʻqimaning sistemali kasalliklari. Sistemali qizil yuguruk. Dermatomiozit. Sistemali sklerodermiya. Etiopatogenez, klinikasi, kechishi, laborator-instrumental tekshirish usullari, tashxisi, asoratlari. noanʻanaviy usullar bilan davolash, rehabilitatsiya.
74. Bolalarga statsionar yordam. Buyruq№225. SHoshilinch va ustivor belgilarni baxolash buyicha izoxlar. SHoshilinch xolatlarni baxolash va shoshilinch davo tadbirlari. Ustivor belgilarni baxolash.
75. Oʻtkir zotiljamlar: atipik zotiljam. Etiopatogenez, tasnif, asoratlari, noanʻanaviy usullar bilan davolash tamoyillari, profilaktika. Noanʻanaviy usullar bilan davolash tamoyillari, profilaktika. Standart va individual davo choralari.
76. Qaytalanuvchi bronxitlar. Etiopatogenezi, klinikasi, tashxisot mezonlari. Davolash mezonlari va profilaktika.
77. Bronxial astma. Kasallikni turli davrlarida klinika, etiopatogenez, ularning klinik manzarasi, tashxislash, davolash tamoyillari.
78. Oʻtkir zotiljamlar.XKT-10(MKB). Oʻta ogʻir zotiljam. Ogʻir va ogʻir boʻlmagan(engil) klinikasi, kechishi, tasxislash, va davolash. Etiopatogenez, tasnif, premorbid fonga bogʻlik xolda klinikasi, kechishi, asoratlari, davolash tamoyillari, profilaktika.
79. Oʻpka ichi va tashki asoratlari. Oʻpka absessi. Pnevmtoraks. Piopnevmtoraks. Nafas etishmovchiligi. Etiopatogenez, klinika, kechishi,

asoratlari, noan'anaviy usullar bilan davolash tamoyillari, profilaktika. Standart va individual davo choralari.

80. Bolalarda plevrit. Ta'rif, tasnif, tashxislash mezonlari, qiyosiy tashxis, noan'anaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davo choralari Plevritlarni davolash, asoratlar.

81. Oshkozon va 12-barmoq ichak yara kasalligi. Oshkozon yara kasalligi. Etiopatogenez, klinika kechishi, asoratlari, davosi.

82. O't chiqarish yo'llarinig diskineziyasi. Etiopatogenez, klinika, laborator-instrumental tekshirish usullari, tashxis, qiyosiy tashxis, kechishi, natija, davo, rehabilitatsiya. Umumiy tasavvur, tasnif, erta tashxislash, tekshirish usullari, davolash taktikasi. Noan'anaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davo choralari.

83. Surunkali gepatitlar. Jigar sirrozi. Surunkali gepatitlarning tarifi, tasnifi, etiopatogenez, klinikasi. Noan'anaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davo choralari.

84. Surunkali kolit, enterokolit. parhez, rehabilitatsion davo. natija. Noan'anaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davo choralari.

85. Surunkali pankreatit. Dispankreatizm. Klinika, tashxis, kechishi, asoratlari, qiyosiy tashxislash. Davo tamoyillari. Noan'anaviy usullar bilan davolash.

86. Nefrologiyada funksional-laborator tekshirish usullari. Nefrologiyada funksional tekshirish usullari. Buyrak O'TSH va buyrak siydik qopining kontrastli rentgenoskopiyasi, retrogradli angiografiya. Nefrologiyada laborator chekshirish usullari (Zimnitskiy, Nechiporenko, Adiss-Kakovskiy sinamalari). Nefrologiyada biokimyoviy va bakteriologik tekshiruvlar: normativlar va patologik burilishlar.

87. Glomerulonefritlar. O'tkir va surunkali glomerulonefritlar: Nefrotik va nefritik sindrom, nefrotik va gematurik shakl. Etiologiya, patogenez, kasallikning klinik kechuvi, qiyosiy tashxisoti, davosi. Noan'anaviy usullar bilan davolash. Standart va individual davo choralari.

88. Tubulopatiyalar. Suyaklarinng deformatsiyasi bilan (fosfat diabet, Debre de Toni-Fankoni kasalligi). Standart va individual davo choralari.

89. Dismetabolik nefropatiyalar. Oksalatli, uratli nefropatiyalar, fosfaturiya, giperkalsiyuriya, klinikasi.

90. Surunkali buyrak etishmovchiligi. Sababi, SBE bosqichiga bog'lik xolda klinika, qon biokimyoviy ko'rsatkichlarning axamiyati, buyrakni funksional tekshirish.

Ambulator pediatriya

91. Umumiy amaliyot asoslari. Birlamchi yordam falsafasi va tamoyillari.

Sogʻliqni saqlash tizimida umumiy pediatri oʻrni va vazifalari. Birlamchi tibbiy sanitariya tizimidagi muassasalarini asosiy statistik koʻrsatkichlari, meʼriy-xuquqiy xujjatlari, xisobga olish va xisobot berish shakllari (OʻzR SSVning 80-, 100-, 287-, 212-,175-son buyruqlari).

92. Maslaxat berish (konsultatsiya) koʻnikmasi. “Kiyin” bemorlarni konsultatsiyasi. “Vrach-patsient” munosabati tamoyillari. Samarali muloqotga toʻsiqlar. Bolalar oʻsmirlar, ularning ota-onalaridan shikoyat va samarali anamnez yigʻish koʻnikmasi.

93. Konsultatsiya qilish. Bolalarni klinik tekshirishdan oʻtkazish, laborator-instrumental tekshirishlar tayinlash, davolash, mutaxassilarga yuborish qoidalari. Bemoralarga kasalligi haqida asosiy maʼlumotlari berish, dispanser nazorat oʻtkazish.

94. Profilaktika: turlari va koʻrinishlari. Sogʻliqni saqlashning birinchi boʻgʻinida profilaktik tadbirlarni oʻtkazish. Vaksinatziya. Kasallanishni taxlili.

95. Postvaksinal reaksiyalar va asoratlar. Ota-onalarga maʼlumot berish va birlamchi tibbiy yordam koʻrsatish.

96. Dalillarga asoslangan tibbiyotga kirish. Epidemiologik tekshiruvlar turlari, isbotlanganlik darajasi piramidasi. Meta-analiz, sistematik-obzorlar va ilmiy maqolalar taxlili.

97. Dalillarga asoslangan tibbiyot klinik amaliyotda. PIKO – klinik savollarni tuzish. Klinik qoʻllanmalar, protokollar v standartlarni qoʻllash. Internetdan mustaqil maʼlumot izlash.

98. CHaqaloqlik davri. YAngi tugʻilgan chaqaloqni koʻruvdan oʻtkazish. CHaqaloqlik davrida chegara xolatlar. CHaqaloqlar patronaji. Bolalar xaetining 1 yilida koʻp uchraydigan patologik holatlar. Dispanser nazorat.

99. 1-5 yoshgacha boʻlgan bolalar. Jismoniy va psixomotor rivojlanishi. Dispanser nazorati. Ovqatlanishi. Eng koʻp uchraydigan patologik xolatlar (faringit, laringit, tonzillit, bronxit, bronxial astma, enurez). Konsultatsiya qilish xususiyatlari.

100. Bolalarga nisbatan qoʻpol munosabatda boʻlish (JOD). Aniqlash belgilari. Ota-onalar bilan suxbat oʻtkazish qoidalari.

101. 5-12 yoshgacha boʻlgan bolalar. Jismoniy rivojlanishi. Dispanser nazorati. Ovqatlanishi. Eng koʻp uchraydigan patologik xolatlar (revmatik lixoradka, oshqozon-ichak kasalliklari). Enurez. Konsultatsiya qilish xususiyatlari.

102. 12-16 yoshgacha boʻlgan bolalar. Jinsiy rivojlanish. Dispanser nazorati. Ovqatlanishi. Eng koʻp uchraydigan patologik xolatlar (depressiya, narkomaniya, toksikomaniya). Konsultatsiya qilish xususiyatlari.

103. Koʻkrak yoshidagi bolalarni ovqatlantirish. Koʻkrak suti bilan boqishda uchraydigan qiyinchiliklarda maslahat berish.

104. Qoʻshimcha ovqat kiritish tamoyillari. 2 yoshdan katta bolalarni ratsional

- ovqatlantirish. Bolalarni ratsional ovqatlantirish bo'yicha maslahat berish.
105. Oziqlanishning buzilishini aniqlash va ularni korreksiya qilish. Oziqlanish muammolari bo'yicha maslahat berish.
106. BKIUOB strategiyasi. Xavf omillarini aniqlash.
107. BKIUOB (ICATT). Yo'tal va nafas qiyinligi.
108. BKIUOB (ICATT). Diareya, diareyani davolash.
109. BKIUOB (ICATT). Oziqlanishning buzilishi bo'lgan bolalar, to'g'ri ovqatlanish bo'yicha maslahat berish (Ko'krak suti bilan boqish, qo'shimcha ovqatlantirish, 2 yoshdan katta bolalarni ovqatlantirish).
110. Gipovitaminozlar (Vit A sapslementatsiyasi, unni temir bilan fortifikatsiyalash, tuzni yodlash).
111. Anemiya va ratsional ovqatlanish.
112. Dori vositalarini ratsional tavsiya etish. Ratsional davolash jaraeni. Personal dori vositalarni va personal davoni tanlash. Bemorni muammolarini aniqlash. Davolashni maqsad va vazifalarini belgilash.
113. Dori vositalarini ratsional tavsiya etish. P-dori vositasini mosligini tekshirish. Retsept yozish. Patsientlarga dori vositalarni farmakologik xususiyatlari, qo'llash usullari va dozalari, nojo'ya ta'sirlari to'g'risida batafsil ma'lumot berish. Davolash jaraenini kuzatish.
114. Qorinda og'riq (surunkali gepatit, xoletsistit, o't qopi kolikasi, o'kir pankreatit, buyrak kolikasi), gastrit, enterokolit, 12 barmoqli ichak va oshqozon yarasi. Ambulatoriya sharoitida qorinda og'riq bilan kechadigan kasalliklarni olib borish. Dispanser kuzatuv. Profilaktikasi.
115. Dispeptik buzilishlar. Ezofagit, divertikulit, gastrit, 12 barmoqli ichak va oshqozon yarasi, gepatitlar, xoletsistit, pilorostenoz, pilorospazm, reflyuks-ezofagit. Dispanser kuzatuv. Profilaktikasi.
116. Noinfeksion diareya. Malabsorbsiya sindromi. NYAK, Kron kasalligi. Ichak ta'sirlanish sindromi. Dispanser kuzatuv. Profilaktikasi.
117. Sariqlik (surunkali gepatitlar, xoletsistit, pankreatit, jigar sirrozi, jigar, oshqozon osti bezi raki). Dispanser kuzatuv. Profilaktikasi.
118. Noinfeksion isitmalar.
119. Peshobdagi o'zgarishlar. Peshob taxlilidagi o'zgarishlar: miqdorga oid (poliuriya, oligouriya, anuriya), sifatiga oid (giperstenuriya, gipostenuriya, proteinuriya, piuriya, gematuriya, gemoglobiniuriya, silindruriya, bakteriuriya). Glomerulonefritni tashxislash. Dispanser kuzatuv. Profilaktika.
120. Dizuriya. Peshob yo'llari infeksiyasi. Sistit, pielonefritni tashxislash va davolash. Peshob tutilishi. Dispanser kuzatuv. Profilaktikasi.
121. Bo'g'im sindromi. Revmatizm. Kechishining o'ziga xosligi va profilaktikasi. Dispanser kuzatuv. Profilaktikasi.

122. BTDK differensial diagnostikasi: SKV, sklerodermiya, dermatomiozit, tizimli vaskulitlar. Dispanser kuzatuv. Profilaktikasi.
123. YUrak etishmovchiligida nafas qisishi. Differensial diagnostikaning o'ziga xosligi. Davosi. Miokardit, kardiomiopatiyalarda YUE ning dif.diagnostikasi. Tug'ma va orttirilgan yurak nuqsonlari. Dispanser kuzatuv. Profilaktikasi.
124. Aritmiyalar. Aritmiyalarning EKG diagnostikasi, aritmiya turlari, davosi.
125. Xushdan ketish (Syncope). O'tkazuvchanlikning buzilishi, yurak blokadalari, vagusga bog'liq hushdan ketish.
126. Yo'tal. YUqori nafas yo'llari kasalliklari diagnostikasi – ORVI, faringit, tonsillit, laringit, epiglottit. Profilaktika. Oskopiya o'tkazish.
127. Yo'tal. Pastki nafas yo'llari kasalliklari diagnostikasi - bronxit, pnevmoniya, bronxoektatik kasallik, o'pka absessi. Nafas yo'llaridagi yot jism. Dispanser nazorat. Profilaktika.
128. Nafas qisishi. Bolalarda bronxial astma kasalligini tashxislash. UASH taktikasi. Pikfloumetriya o'tkazish, uning ko'rsatkichlarini interpretatsiyalash. Dispanser nazorat. Profilaktika.
129. Bolalarda ortiqcha vazn, semizlik. Erta tashhislash, skrining. Aholi bilan ishlash. Metabolik sindrom.
130. Qalqonsimon bez kasalliklari (gipotireoz, gipertireoz). Tashxislashning o'ziga xosligi va davosi.
131. Qandli diabet 1-turini erta aniqlash, tashxislash, asoratlarni oldini olish. Dispanser nazorat. Aholini o'qitish. QD da komalar.
132. Gelmintozlar

Amaliy mashg'ulotlar multimedia qurilmalari bilan jihozlangan auditoriyada bir akademik guruhga bir o'qituvchi tomonidan o'tkazilishi lozim. Mashg'ulotlar faol va interaktiv usullar yordamida o'tilishi, mos ravishda munosib pedagogik va axborot texnologiyalarini qo'llash maqsadga muvofiqdir. Amaliy mashg'ulotlarni o'tkazishda quyidagi didaktik tamoyillarga amal qilinadi:

Amaliy mashg'ulotlarni maqsadini aniq belgilab olish;

O'qituvchining innovatsion pedagogik faoliyati bo'yicha bilimlarni chuqurlashtirish imkoniyatlariga talabalarda qiziqish uyg'otish;

Talabada natijani mustaqil ravishda qo'lga kiritish imkoniyatini ta'minlash;

Talabani nazariy-metodik jihatdan tayyorlash;

Bolalar kasalliklarining ***barcha klinik turlarida kasallik tarixini yozish va himoya qilish***; bolalar rivojlanish kartasini to'ldirish va ko'rsatma bo'lgan hollarda tor mutaxassislar ko'ruviga, yoki shifoxonada davolanish uchun yo'llanma berish.

O'quv klinik amaliyotni tashkil etish bo'yicha ko'rsatma va tavsiyalar

Amaliy ko'nikmalarga o'rgatish har bir mashg'ulotda olib boriladi, talabalar mashg'ulot mavzusiga muvofiq ko'nikmalarga o'rgatib boriladi. SHuningdek ushbu mashg'ulotlar vaqtida avval o'zlashtirilgan ko'nikmalar mustahkamlanadi.

Amaliy mashg'ulotda amaliy ko'nikmalarga o'rgatish jarayoni batafsil rejalashtiriladi va 3 bosqichni o'z ichiga oladi:

1. Kirish qismi – mashg'ulotning maqsadi va vazifalari aniqlanadi, o'rganilayotgan ko'nikmadan foydalanishning motivatsion asosi, uning nazariy jihatlari muhokama qilinadi. Agar texnik vositalarni qo'llash talab etilsa (pikfloumetr, spiroanalizator, tonometr, otoskop, oftalmoskop va sh.o'.), unda ularning ta'sir mexanizmi, qo'llash texnikasi tanishtiriladi.

2. Ko'nikmani namoyish qilib berish va ko'p marta mashq qilish – bunda ko'nikmani bosqichlarga to'g'ri taqsimlashga alohida e'tibor qaratiladi. Teskari aloqani olgunga qadar, ya'ni o'rganayotgan shaxs mustaqil, biroq pedagog nazorati ostida bajara olganda, ko'nikmani bajarishning barcha bosqichlarini umumlashtirish va mulyajlarda, o'zaro bir-birida ko'p marta mashq qilish va faqat ko'nikmaga ega bo'lgandan so'ng bemorda qo'llaguncha, har bir bosqich namoyish qilinadi va ishlab chiqiladi.

3. Xulosa – o'rganayotgan shaxs bilan ushbu ko'nikmaning ahamiyatini muhokama qilish va uni turli vaziyatlarda qo'llash. So'rov asosida birlamchi bo'g'inning maqsadi va vazifalariga erishilganligiga ishonch hosil qilish. O'qitish jarayonida yuzaga kelgan muammolarni aniqlash va hal qilish.

Talabalarga bajarilayotgan amallar algoritmi mavjud bo'lishi lozim (kafedraning uslubiy qo'llanmasida kasbiy yo'riqnomalar batafsil yoritilgan, o'quv xonasi devoriga sxema ko'rinishida osib qo'yilgan bo'lishi lozim). O'qituvchi nazorat qiladi va kerak bo'lganda talabalar ishidagi xatoliklarni to'g'rilaydi. Talaba, uning xatosi nimada ekanligini, o'qituvchiga va boshqa talabalarga tushuntirib beradi va so'ngra muolajani takrorlaydi. Interfaollik shunda namoyon bo'ladiki, bunda boshqa talabalar ekspert sifatida chiqishga va o'qitilayotgan talabaning amaliy ko'nikmani to'g'ri o'zlashtirganligini baholashga tayyor bo'lishlari lozim.

Mashg'ulot so'nggida o'qituvchi har bir talabaning amaliy ko'nikmani o'zlashtirganlik darajasini baholaydi. Talaba amaliy ko'nikmani o'zlashtira olmagan vaziyatlarda, mashg'ulotdan tashqari vaqtda mustaqil o'zlashtirish tavsiya etiladi.

I. Mustaqil ta'lim va mustaqil ishlar

Mustaqil ta'lim uchun tavsiya etiladigan mavzular:

1. Bolalarda orqa miya anatomo – fiziologik hususiyatlari. Orqa miya suyuqligining bola yoshiga mansub tarkibi.
2. Bolalarda bosh miyaning morfologik va funksional hususiyatlari. Tug‘ilgandan keyin markaziy asab tizimining o‘sishi va differensirovkasi: neyronlar differensirovkasi, mielinizatsiya jarayoni, asab tizimining xar xil bo‘limlarini rivojlanishi.
3. Bolalarda teri morfologik va funksional hususiyatlari. Teridagi bezlar, soch va tirnoklarning rivojlanishi, ularning funksional faoliyatini hususiyatlari.
4. Teri osti yog‘ katlamini hususiyatlari. Umumiy va cheklangan teri shishi: yangi tug‘ilgan chakaloklarda sklerema va skleredema.
5. Bolalarda mushak tizimini anatomo – fiziologik hususiyatlari.
6. Suyaklarga karab yoshni baholash usuli. Suyaklarda mineral tuzlarni to‘planishni boshqarilishi: vitaminlar, to‘g‘ri ovkatlanishni, endokrin bezlarni ahamiyati.
7. Bolalarda suyak tizimini anatomo – fiziologik hususiyatlari. Skeletni usishi va shakillanishi. Suyak usti pardasini hususiyatlari.
8. Burun, xalkum va xikildokning anatomo-fiziologik hususiyatlari.
9. Traxeya, bronxlarni anatomo-fiziologik hususiyatlari.
10. O‘pkani anatomo-fiziologik hususiyatlari.
11. YUrakning o‘tkazuvchi tizimi hususiyatlari, qon aylanishini nerv tizimi tomonidan boshqarilishi, yurak faoliyatini boshqarishda adashgan va simpatik nerv tonusi nisbati.
12. Bola rivojlanishida yurak xajmini o‘zgarishi, yurak bo‘shlig‘i kengligi bilan qon tomirlar nisbati, ularning gemodinamik ko‘rsatkichlarning ahamiyati.
13. Ona qornida qon aylanishning ahamiyati va bola tug‘ilgandan keyingi o‘zgarishlar.
14. Yangi tug‘ilgan chakaloklarda EKG ni o‘ziga xos hususiyatlari.
15. Bolalarda og‘iz bo‘shlig‘i, xalkum, qizilo‘ngach anatomo-fiziologik hususiyatlari
16. Bolalarda me‘da, ichaklarni anatomo-fiziologik hususiyatlari.
17. Ichaklar biotsenozi haqida tushuncha
18. Bolalarda hazm tizimini instrumental tekshirish usullari
19. Bolalarda buyraklarni anatomo-fiziologik hususiyatlari
20. Bolalarda siydik yo‘li, siydik pufagi, siydik chiqarish kanali anatomo-fiziologik hususiyatlari
21. Bolalarda qon yaratish tizimi anatomo-fiziologik hususiyatlari.
22. Xar xil yoshdagi bolalarda gemogramma.
23. Immunitet haqida tushuncha.

24. Ko'krak bilan ovqatlantirishni zamonaviy tamoyillari.
25. Sun'iy ovqatlantirish to'g'risida tushuncha.
26. Aralash ovqatlantirish to'g'risida tushuncha. Ustama ovqat.
27. Bir yoshdan katta bolalarni ovqatlantirish hususiyatlari
28. Bolalar muassasalarida ovqatlantirish tamoyillari.
29. CHaqaloqlarni parvarishlashda shifokorlik jarayoni va tashxisi.
30. Homila rivojlanishidan ortda qolishda shifokorlik jarayoni va tashxisi.
31. Muddatiga etmay tug'ilgan chaqaloqlarda shifokorlik jarayoni va tashxisi.
32. CHaqaloqlardagi xar xil turli sariqliklarda shifokorlik jarayoni va tashxisi.
33. CHaqaloqlar perinatal asfiksiyasida shifokorlik jarayoni va tashxisi.
34. Qusish va qayt qilish sindromlarida shifokorlik jarayoni va tashxisi.
35. Salomatlik, kasallik oldi holati, kasallik, o'lim.
36. Organizmga zarar keltiruvchi faktorlar: infeksiya, yallig'lanish, premorbid holatlar.
37. Patologik holatlarda klinik laborator tekshiruvlar va ularning korreksiyasi.
38. Turli yoshdagi bolalarning o'ziga xos anatom va fiziologik hususiyati.
39. Turli yoshdagi bolalarning qon-tomir sistemasining o'ziga xos hususiyatlari.
40. Me'yordagi va patologiyadagi EKG ko'rsatkichlari.
41. YUrak o'tkazuvchi sistemasiga impulslar yo'llari va ularni bolalarda buzilishi.
42. Neyrotsirkulyator distoniya.
43. Bolalarning o'sishini baholash.
44. Organizmning ichki muxiti va uning buzilishi.
45. Bolalarning rivojlanishini baholash.
46. Bolalarni ovqatlantirishdagi kamchilik korreksiyasi.
47. Erta yoshda uchraydigan kasalliklar.
48. Allergik kasalliklar.
49. Nafas tizimi kasalliklari.
50. YUrak tug'ma nuqsonlari.
51. Oshqozon-ichak kasalliklari.
52. O't yo'llari va jigar kasalliklari.
53. Nafas etishmovchiligi sindromi.
54. Buyrak etishmovchiligi sindromi.
55. Oqsil energetik etishmovchiligi
56. Salomatlik, kasallik oldi xolati, kasallik, o'lim.
57. Xomilaning, yangi tug'ilgan chakaloklarning, ko'krak yoshidagi bolalarning va keksalarning o'ziga xos anatom va fiziologik xususiyati.
58. Turli yoshdagi bolalarning kon-tomir sistemasining o'ziga xos xususiyatlari.
59. Me'yordagi va patologiyadagi EKG ko'rsatkichlari.

60. YUrak o'tkazuvchi sistemasiga impulslar o'tish yo'llari va ularni bolalarda buzilishi.
61. Boshqarib bo'lmaydigan infeksiyalarning vaksinoprofilaktikasi.
62. Patologik xolatlarda klinik laborator tekshiruvlar va ularning interpretatsiyasi.
63. Talvasa oldi xolat. Talvasa sindromi. Gipertermik sindrom.
64. Bolalarda ratsional ovkatlanishning konun koidalari.
65. Bolalarga nisbatan qo'pol munosabatda bo'lish (JOD)
66. Enurez
67. OITS
68. Alkogolizm
69. Narkomaniya.

Fan bo'yicha mustaqil ish auditoriya va auditoriyadan tashqari o'tkaziladi.

Talaba mustaqil ishini tashkil etishda quyidagi shakllardan foydalaniladi:

- Auditoriya mashg'ulotlaridan tashqari trenajer, mulyaj va simulyasion zallarida/markazlarida tasdiqlangan amaliy ko'nikmalarni pedagog nazoratida son va sifat jixatdan bajarish va amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish daftarlarida aks ettirish
- Tibbiyot OTM klinikalari va klinik o'quv bazalarida auditoriyadan tashqari tashkillashtirilgan klinik navbatchilikda tasdiqlangan amaliy ko'nikmalarni navbatchi shifokor-pedagog nazoratida son va sifat jixatdan bajarish va navbatchilik daftarlarida aks ettirish;
- Tibbiyot OTM klinikalari va klinik o'quv bazalarida auditoriyadan tashqari tashkillashtirilgan klinik navbatchilikda tasdiqlangan ruyxat asosida navbatchi shifokor-pedagog nazoratida standartlashtirilgan patsientlar (bemorlar) kuratsiyasini o'tkazish va olib borish, kasallik tarixini yozish va navbatchilik daftarlarida aks ettirish;
- Birlamchi bo'g'in tibbiy muassasalarida aholini profilaktik ko'rik, bemorlarni dispanserlash, patronajlarda qatnashish;
- bemorlar kuratsiyasida davolovchi yoki navbatchi shifokor bilan nazorat qilishda ishtirok etish;
- -axoli orasida sanitar oqartuv ishlarni suxbat va ma'ruzalarni o'tkazish;
- Simulyasion o'quv klinik kompyuter dasturlar bilan ishlash;
- Ayrim nazariy mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish;
- Berilgan mavzu bo'yicha axborot (referat) tayyorlash;

- Fanning bo‘limlari yoki mavzulari ustida maxsus yoki ilmiy adabiyotlar (monografiyalar, maqolalar) bo‘yicha ishlash va ma‘ruzalar qilish;
- Ilmiy maqola, anjumanga ma‘ruza tezislarini tayyorlash;
- Vaziyatli va klinik muammollarga yo‘naltirilgan vaziyatli masalalar echish;
- Keys (real klinik vaziyatlar va klinik vaziyatli masalalar asosida case-study) echish;

SHuningdek talabaning mustaqil ishi bo‘lib:

- Grafik organayzerlash ishlab chiqish va to‘ldirish;
- Krossvordlar tuzish va echish;
- Prezentsiya va videoroliklar tayyorlash hamda mustakil ish jarayonida keng qo‘llash va h.k.

-fanni faol o‘zlashtirishda talabalarni olimpiada, tanlovlar, ko‘rgazma, anjumanlar va boshqa tadbirlarda ishtrok etish.

VI.O‘quv va malakaviy amaliyotlar

Malakaviy amaliyot davrida talabalar oliy ta‘lim o‘qitish bosqichlarida o‘zlashtirgan amaliy ko‘nikmalarini: bemor parvarishi, tashxisoti, davolash va yordam ko‘rsatishni takomillashtiradi va viloyat, shahar, tuman miqyosidagi shifoxona, ambulatoriya – poliklinika, tug‘ruq kompleksi shifokorlari xizmatining tashkiliy ishlari va sharoitlari bilan tanishishadi.

Malakaviy amaliyot dasturi o‘quv dasturiga, o‘quv rejaga va fan dasturi asosida tuziladi. Talaba malakaviy amaliyotni o‘tganidan so‘ng kundalikni to‘ldirib, amaliyot davrida bajarilgan ishlar bo‘yicha xisobot taqdim etadi. Amaliyot so‘ngida talabalar Viloyat sog‘liqni saqlash boshqarmalari VSSB boshlig‘i, muovnlari, bosh shifokorlar, bosh xamshiralar va oliy o‘quv yurtidan birlashtirilgan amaliyot rahbari ishtirokida imtixon topshiradilar. Imtixon natijalari talabani kursdan o‘tishiga ta‘sir ko‘rsatadi.

VII. Asosiy va qo‘shimcha o‘quv adabiyotlar hamda axborot manbalari

Asosiy adabiyotlar

1. “Bolalar kasalliklari propedevtikasi” – Ashurova D.T. tahriri ostida (rus, o‘zbek , qoraqolpoq tilida) 2018 y
2. “Bolalar kasalliklari propedevtikasi” - Qoraxodjaev B.I. 2006 y

3. “Fakultet pediatriya” Muratxodjaeva A.V. va boshq. 2015 y.
4. “Neonatologiya” Alimov A.V. va boshq. 2018 y.
5. Gospital Pediatriya Raximov S.A., Isroilov A.R. Toshkent, 2010
6. Poliklinik pediatriya va rehabilitologiya (lotin tilida) E.A.Shomansurova va boshqalar. Toshkent, 2010

Qo‘shimcha adabiyotlar

1. Mirziyoev SH.M. Tanqidiy tahlil, qat’iy tartib intizom va shaxsiy javobgarlik- har bir rahbar faoliyatining kundalik qoidasi bo‘lishi kerak. 2017 y, 104 bet, O‘zbekiston matbuot va axborot agentligining “O‘zbekiston” nashriyot matbaa ijodiy uyi.
2. Mirziyoev SH.M. Buyuk kelajagimizning mard va olijanob xalqimiz bilan birga quramiz. 2017 y, 488 bet, O‘zbekiston matbuot va axborot agentligining “O‘zbekiston” nashriyot matbaa ijodiy uyi.
3. Mirziyoev SH.M. Erkin va farovon, demokratik O‘zbekiston davlatini birgalikda barpo etamiz. 2016 y, 56 bet, O‘zbekiston matbuot va axborot agentligining “O‘zbekiston” nashriyot matbaa ijodiy uyi.
4. “Propedevtika detskix bolezney”- Baranova A. 1998 y
5. “Propedevtika detskix bolezney”- Mazurin A.V.1999 y
6. Metodicheskie razrabotki k prakticheskim zanyatiyam po propedevtike detskix bolezney dlya studentov 3 kursa (chast pervaya). Tashkent – 1993 g
7. A.V.Alimov. Neonatologiya, Toshkent, 2012.
8. Основы ухода за здоровым и больным новорожденным ребенком. Kamilov A.I., Tashkent. 2007
9. Reshenie problem novorozhdennykh. Rukovodstvo dlya effektivnoy praktiki. VOZ 2005.
10. Dj.Merta. Spravochnik vracha obshchey praktiki. Perevod s angliyskogo yazyka, Moskva. 1998 .
11. Gadoev A.G. UASH uchun amaliy ko‘nikmalar to‘plami, 2010
12. Bolalar kasalliklari. Eshqobulov J O‘zROO‘MTV 1993.
13. Bolalar kasalliklari. Sultonov X.K. va boshq. Toshkent. O‘zROO‘MTV 2003.
14. Alimov A.V. Bolalar kardiorevmatologiyasi. O‘zROO‘MTV 2004.
15. Prakticheskie navyki pediatria. Usov I.N. Min. zdrav. Rossii 1990.
16. Detskie bolezni, Baranov A.M., 2007.
17. Umumiy amaliyot shifokori uchun qo‘llanma. F.G.Nazirov, A.G.Gadoev tahriri ostida. GEOTAR, Media, M.2007.
18. Obshchaya vrachebnaya praktika. Rukovodstvo pod red. F.G.Nazirova, A.G.Gadaeva. - M.: GEOTAR, 2005.
19. Ensiklopediya klinicheskogo obsledovaniya bolnogo. B.Beyts va boshq. Ingliz

tilidan tarjima. M.: GEOTAR, 1998.

20. Bolalar kasalliklarini integratsion usulda olib borish. O'quv qo'llanma. UzRSSV/YUNISEF, 2011. 205s
21. Detskie bolezni. Tom 1. SHabalov N.P. Moskva, 2003.
22. Detskie bolezni. Tom 2. SHabalov N.P. Moskva, 2003.
23. Spravichnik vracha obshchey praktiki. Alimov A.V. i 14 soavtorov. Toshkent, 2010.
24. Neonatologiya, N.P. SHabalov. Sankt - Peterburg, 2004.
25. Poliklinik pediatriya va reabilitologiya E.A. SHomansurova va boshqalar Toshkent, 2010.
26. Primenenie metodov reabilitatsii v lechenii bolnykh s zabolevaniyami serdechno-sosudistoy sistemy. SH.A. Agzamova Toshkent 2010.
27. YUrak kon - tomir kasalliklari bilan ogrigan bemorlarni davolashda reabilitatsiya usullarini kullash. SH.A. Agzamova va mual., Toshkent 2010
28. YUrak kon - tomir kasalliklari bilan ogrigan bemorlarni davolashda reabilitatsiya usullarini kullash (lotin tilida) SH.A. Agzamova va mual., Toshkent 2010
29. Klinicheskoe rukovodstvo po diagnostike, lecheniyu i profilaktike gelmintozov u detey do 14 let v pervichnom zvene zdravooxraneniya. Tashkent, 2009
30. Klinicheskoe rukovodstvo po skriningu, profilaktike i lecheniyu jelezodefitsitnoy anemii, Tashkent 2004
31. Klinicheskoe rukovodstvo po diagnostike ostryx infeksiy verxnix i niynix dыхatelnykh putey u detey do 5 let v ambulatorno-poliklinicheskom zvene zdravooxraneniya, Tashkent, 2007
32. Rost i razvitie detey do 5 let, metodicheskoe rukovodstvo, Tashkent, 2009
33. Interpretatsiya rezultatov laboratornykh analizov, provodimyyh v SVP Tashkent, 2010
34. QVPda bajariladigan laboratoriya tahlillari natijalarining sharhi, Toshkent, 2010
35. Pediatriyada reabilitatsiya usulini qo'llash. O'quv uslubiy qo'llanma. (O'zbek, lotin) Toshkent 2012
36. Saxarnyy diabet: klinika, diagnostika, lechenie i oslojneniya. O'quv uslubiy qo'llanma. (Rus, uzbek, lotin). Toshkent, 2012
37. Berman R.E., Kligman R.M., Djenson X.B. - Pediatriya po Nelsonu (17-e izd., Rid Elsiver, MIA) - 2009
38. Propedevtika detskix bolezney. T.V. Kapitan, M. 2006 g.
39. Propedevtika detskix bolezney. Mazurin A.V., Voronsov I.M., 2 oe izdanie Sankt. P. 2009.
40. Alimov A.V., Raxmatullaev A.K. «Bolalar kardiorevmatologiyasi» UzROUMTV, 2004

41. Alimov A.V. taxririya ostida «Talabalarning klinik fikrlashini baholash varaqalari.» UzROUMTV, 2006.
42. Rachinskiy S.V., Tatochenko V.K. Bolezni organov dыхaniya u detey. Moskva «Meditsina», 1988.
43. Farmako-retsepturnyy spravochnik pediatria. Pod redaksiye Usova I.N. Minsk, 1990.
44. Narodnaya meditsina. Li B.N. 2008.
45. Xalk tabobati. Li B.N. 2009.
46. Bolalar kardiorevmatologiyasining sirlari. Alimov A.V., Raxmatullaev A.Q. 2006.
47. Dauksh I.A., Muratxodjaeva A.V. va boshqalar. Bolalada mineral almashinuvning buzilishi (raxit, spazmofiliya, gipervitaminoz D), o'quv uslubiy qo'llanma, 2012 yil.
48. CHaqqaloqlar reanimatsiyasi. Toshkent. 2014.
49. Effektivnaya perinatalnaya pomosh i uxor (EPU)
50. Ko'krak suti bilan boqish. D.I.Maxmudova, M.N.Axmedov, A.L.Tolipova va boshk. Toshkent. M.Meditsina. 2003.
51. Vnutriutrobnyye infektsii u novorojdennoy. Z.J. Raxmankulova, Z.S. Kamalov, T.U. Aripova. Tashkent. 2016.
52. Neonatologiya. Natsionalnoe rukovodstvo. N.N. Volodin., E.N. Baybarin., G.N. Buslaeva., D.N. Degtyarev. 2008. Moskva
53. Rukovodstvo uchastkovogo pediatria. T.G. Avdeeva. 2008. Moskva
54. Teplovaya zashchita novorojdennoy. Prakticheskoe rukovodstvo. (Bezopasnoe materinstvo). YUNISEF. Tashkent. 2009
55. Neonatologiya. Prakticheskie rekomendatsii. R. Rooz., O. Gensel-Borovicheni., G. Prokotte. Moskva. Meditsinskaya literatura. 2011 g.
56. Normativnyye dokumenty: Priказы: №500, 80, 81,88, 378, 600, 226, 176, 74, 480

Internet saytlari

40. <http://www.pediatr-russia.ru>
41. <http://med-study.ru>
42. <http://www.pediatrics-nmo.com>
43. <http://medline.ru>
44. <http://www.medicalstud.ru/med-ge>
45. www.mediasphera.aha.ru/pediatr/ped-mn.htm – Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii

**O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O`RTA MAXSUS TA`LIM
VAZIRLIGI**

O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

**ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT
TIBBIYOTINSTITUTI**

PEDIATRIYA KAFEDRASI

O`quv bo`limi tomonidan
ro`yxatga olindi
№ _____
« _____ » _____ 2019 y.

“TASDIQLAYMAN”
O`quv va tarbiyaviy ishlar
prorektori t.f.n.dotsent
_____ G.J.Jarilkasinova
“ _____ ” _____ 2019 y

**“PEDIATRIYA ” FANIDAN PEDIATRIYA FAKULTETI 3 KURS
TALABALARI UCHUN 2019-2020 O`QUV YILI UCHUN
ISHCHI DASTUR**

Bilim sohasi- 500000- «Sog`liqni saqlash va ijtimoiy ta`minot»
Ta`lim sohasi - 510000 «Sog`liqni saqlash»
Ta`lim yo`nalishi: 5510200 – Pediatriya ishi

Fakultet-	Pediatriya
Kurs -	3
Semester	6
Ma`ruza	20
Amaliy mashg`ulot	34

Klinik amaliyot	54
Mustaqil ishlar -	65
Jami	108
Umumiy	173

BUXORO-2019u

Tuzuvchilar:

Jo'raeva F.R.- pediatriya kafedrası assistenti

Retsenzentlar:

3. Badriddinova M.N.- Ichki kasalliklar, endokrinologiya kafedrası mudiri, t.f.n
4. Bobojonova Z.N.-Ichki kasalliklar propedevtikasi, klinik farmakologiya va oliy hamshiralik ishi kafedrası mudiri t.f.n

Kafedra mudiri: t.f.d. professor Navruzova Sh.I. _____

Fanning o`quv dasturi O`zbekiston Respublikasi Sog`liqni saqlash Vazirligining 2019 yil 25.04 dagi № 107 – sonli buyrug`ining 2- ilovasi bilan ro`yxati bilan tasdiqlangan.

Fan dasturi O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi tibbiyot oliy va o'rta maxsus kasb-hunar ta'lim muassasalari faoliyatini Muvofiqlashtiruvchi kengashining 2019 yil "15" 04 - dagi "1" sonli bayonnomasi bilan ma'qullangan.

Fan dasturi Oliy va o'rta maxsus, kasb hunar ta'limi yo'nalishlari bo'yicha ma'qullangan, OO'MTV ning 2018_ yil "07 .12 dagi "_1000_"-son buyrug'i bilan kelishilgan

FUK rahbari, : _____

Fanning o`quv dasturi Toshkent tibbiyot akademiyasida ishlab chiqildi.

Fanning o`quv dasturi Toshkent pediatriya tibbiyot instituti tomonidan ishlab chiqilgan

Ushbu ishchi dastur namunaviy o`quv dasturi va o`quv reja asosida davolash ishi yo`nalish bo`yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ « ____ » _____ 2019y.

Uslubchi: Jumaeva Sh.B. _____

Fanning maqsadi- Fanni o`qitishning asosiy maqsadi talabalarni har hil yoshdagi bola organizmining anatomo-fiziologik xususiyatlarini, bolalarda uchraydigan xastaliklarni o`rgatish, xastaliklarning oldini olish, barvaqt aniqlash, davolash va dispanstrizasiyasini o`rgatish. Shu bilan birgalikda talabalarga pediatriya fanidan tibbiy kollej va o`rta maxsus o`quv yurtlarida o`qituvchilari tayyorlash, hamda umumiy amaliyot vrachlari tayyorlashga yo`naltirilgan. UAV vrachlari amaliy mashg`ulot va ma`ruruzalar davomida bolalarga uy, poliklinika, QVP, shifoxona va ambulatoriya sharoitida bolalarga birinchi va tez tibbiy yordamni ko`rsatishni o`rgatadi.

Fanning vazifasi- talaba bilishi va bajarishi shart bo`lgan amaliy va nazariy ko`nikmalarni o`rgatish:

- Sog`lom va bemor bola bilan, uning ota-onasi bilan muloqotga kira olishi, etika-deontologiyaga rioya qilish;
- Ob`ektiv ko`rsatkichlar va fizikal tekshiruvlar natijalarini interpretasiya qilgan holda yoshiga mosligini bila olishi;
- Erta yoshdagi bolalarda ko`p uchraydigan xastaliklarni aniqlay olish, tashxis qo`yish, hayoti xavf ostida bo`lgan bemorlarga o`z vaqtida yordam ko`rsata bilish;
- Diagnostika va davolash rejasini tuza olish;
- Chala va to`liq tug`ilgan bolalarni parvarish qilish;

- Bolalar kasalliklarini profilaktikasi va dispanserizasiyasini bajara olishi;
- Ko`krak yoshidagi bolalarni ovqatlantirish usullarini bilish, varaqasini tuzish.
- Har xil guruhdagi bolalar orasida – har xil yoshdagi soglom bolalarni jismoniy va ruhiy rivojlanish ko`rsatkichlari;
- Bolalar orasida keng tarqalgan kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi, klinik va solishtirma tashhislarini bilish; bolalar kasalliklarini davolash prinsiplar;
- Bolalarda a`zo va tizimlarning anatomik va fiziologik xususiyatlari;
- Bir yoshgacha bo`lgan bolalarni ovqatlantirish prinsiplar;

Talaba bajara olish kerak:

- bemor bolalar va ularning ota-onalaridan anamnez yig`ish;
- bolalar sog`ligini aniqlay olish;
- kasallikni kelib chiqish sabablarini aniqlash;
- klinik, laborator-instrumental tekshiruvlar rejasini tuzish;
- klinik tashhisni asoslash;
- kasallikni farmakoterapiya rejasini tuzish;
- rehabilitasiya rejalarini tuza bilish;
- bolalarni dispanserizasiya nazoratida kuzatish;
- sog`lom va bemor bolalarga ovqat miqdorini aniqlay olish (f . 0.003/y);
- Talaba quyidagi amaliy ko`nikmalarga ega bo`lishi kerak:
- bolani jismoniy holatini somatometrik baholash;
- bolani nerv-ruhiy holatini baholash;
- kasallik anamnezini yig`ish;
- bemorlarni tizimlar bo`yicha klinik tekshirish;
- asosiy klinik va laborator-istrumental tekshirish usullarini aniqlash;
- ovqatlantirish rejasini tuzish;

Fanning o`quv rejadagi boshqa fanlar bilan o`zaro bog`liqligi va uslubiy jihatdan uzviyligi

- normal va topografik anatomiya;
- fiziologiya va patologik fiziologiya;
- patologiya antomiya;
- mikrobiologiya va immunologiya
- biokimyo va klinik biokimyo

- farmakologiya va klinik farmalogiya
- sotsial gigiyena
- neonatologiya
- bolalar yuqimli kasalliklari
- bolalar xirurgiyasi
- terapiya
- akusherlik va ginekologiya

Amaliy auditor mashg'ulotlar turlar bo'yicha bajariladigan topshiriqlar soniga majburiy minimal talablar:

I. Bemor bolalardan va ularning ota – onalaridan anamnez yig'ish.

II. Bemorlarning kuratsiyasi.

III. Ovqatlanish ratsionini tuzish.

IV. Bolalarda antropometrik tekshiruv o'tkazish.

V. Laborator ko'rsatkichlarning natijalarini interpretatsiyasi.

1. Umumiy qon, siydik, najas taxlili.

2. Qonning biokimyoviy ko'rsatkichlari.

3. Qoni, siydikni va najasni bakteriologik ekish.

4. Revmatologik sinama.

VI. Instrumental – tekshiruv usullari natijalarining interpretatsiyasi.

1. Rentgenogramma

2. EKG.

3. Buyrak, jigar, o't pufak UZI si.

4. Endoskopik tekshiruv usullari.

VII. Nozologik tashxis va bolalarning yoshiga qarab dori vositalarining miqdorini hisoblash.

VIII. Retsept yozish.

IX. Xolatiy masalalarni echish.

Talabalar davomati va o'zlashtirishini yaxshilashga qaratilgan chora – tadbirlar va natijalari.

Talabalarning kundalik bilim nazorati va ma'ruza materiallarini o'zlashtirishlari reyting tizimi asosida, og'zaki savol – javob, vaziyatli masalalar, test savollari va bemorlarni kuratsiyasi vaqtida tekshirib borildi. Xar bir talaba sikl davomida retseptlar yozishi, bemor bola bilan muloqot daftari, amaliy mashg'ulotlar uchun konspekt daftari, ma'ruza daftarini to'ldirib borishi lozim. Ma'ruzalarga qatnashmagan talabalarga 10 foiz ball kamaytiriladi, dars qoldirgan talabalarga 0,8 koeffitsient qo'llanildi. Talabaning sikl davomida olgan joriy,

oraliq va yakuniy ballari to`planib ularning o`rtacha bali chiqarilib, umumiy baxosi reyting daftarchasiga qo`yiladi

Fanning o`quv dasturi O`zbekiston Respublikasi Sog`liqni saqlash Vazirligining 2019 yil 25.04 dagi № 107 – sonli buyrug`ining 2- ilovasi bilan ro`yxati bilan tasdiqlangan.

Fan dasturi O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi tibbiyot oliy va o'rta maxsus kasb-hunar ta'lim muassasalari faoliyatini Muvofiqlashtiruvchi kengashining 2019 yil “15” 04 - dagi “1” sonli bayonnomasi bilan ma'qullangan.

Fan dasturi Oliy va o'rta maxsus, kasb hunar ta'limi yo'nalishlari bo'yicha ma'qullangan, OO'MTV ning 2018_ yil "07 .12 dagi "_1000_"-son buyrug'i bilan kelishilgan

Fanning o`rgatilishi sog`liqni saqlash tizimidagi , amaliyotdagi ayni kunning muammolaridan kelib chiqqan holda joriy etilgan bo`lib, respublikamizda onalik va bolalikni muhofaza qilish dasturi asosida, Sog`likni saqlash Vazirligining joriy tavsiya va buyruqlariga amal qilingan holda olib boriladi.

Dasturning o`rgatilishi O`zbekiston respublikasi Oliy va o`rta maxsus ta`lim Vazirligi, Oliy va o`rta tibbiy ta`lim bo`yicha o`quv-uslub idorasi, Oliy ta`limning “Bolalar kasalliklari” va “Neonatologiya” fanidan tavsiya etilgan namunaviy dasturi asosida, institut fanlararo va markaziy uslubiy qo`mitasi tasdig`i asosida olib boriladi.

PEDIATRIYA FAKULTETI 3 –KURS TALABALARI UCHUN “PEDIATRIYA ” FANIDAN O`QUV YUKLAMASI

№	Jami soat	ma`ruza	Amaliy mashg`ulot	Klinik amaliyot	Mustaqil ish soati
3 kurs	108 s	20 s	34 s	54 s	65 s
Jami	108 s	20 s	34 s	54 s	65 s

Fanni o`qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

“PEDIATRIYA” fanining o`zlashtirishlari uchun o`qitishning ilg`or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi informatsion-pedagogik texnologiyalarni tatbiq qilish muhim ahamiyatga egadir. Fanni o`zlashtirishda darslik, o`quv va uslubiy qo`llanmalar, ma`ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallardan foydalaniladi. Ma`ruza va amaliy darslarda mos ravishdagi ilg`or pedagogik texnologiyalar qo`llaniladi.

“PEDIATRIYA” fanini loyihalashtirishda quyidagi asosiy konseptual yondoshuvlardan foydalaniladi:

Shaxsga yo`naltirilgan ta`lim. Bu ta`lim o`z mohiyatiga ko`ra ta`lim jarayonining barcha ishtirokchilarini to`laqonli rivojlanishlarini ko`zda tutadi. Bu esa ta`limni loyihalashtirilayotganda, albatta, ma`lum bir ta`lim oluvchining shaxsini emas, avvalo, kelgusidagi mutaxassislik faoliyati bilan boliq o`qish maqsadlaridan kelib chiqqan holda yondshilishni nazarda tutadi.

Tizimli yondoshuv. Ta`lim texnologiyasi tizimning barcha belgilarini o`zida mujassam etmog`i lozim: jarayonning mantiqiyliigi, uning barcha bo`g`inlarini o`zaro bolanganligi, yaxlitligi.

Faoliyatga yo`naltirilgan yondoshuv. Shaxsning jarayonli sifatlarini shakllantirishga, ta`lim oluvchining faoliyatni aktivlashtirish va intensivlashtirish, o`quv jarayonida uning barcha qobiliyati va imkoniyatlari, tashabbuskorligini ochishga yo`naltirilgan ta`limni ifodalaydi.

Dialogik yondoshuv. Bu yondoshuv o`quv munosabatlarini yaratish zaruriyatini bildiradi. Uning natijasida shaxsning o`z-o`zini faollashtirishi va o`z-o`zini ko`rsata olishi kabi ijodiy faoliyati kuchayadi.

Hamkorlikdagi ta`limni tashkil etish. Demokratik, tenglik, ta`lim beruvchi va ta`lim oluvchi faoliyat mazmunini shakllantirishda va erishilgan natijalarni baholashda birgalikda ishlashni joriy etishga e`tiborni qaratish zarurligini bildiradi.

Muammoli ta`lim. Ta`lim mazmunini muammoli tarzda taqdim qilish usuli ta`lim oluvchi faoliyatini aktivlashtiradi. Bunda ilmiy bilimni ob`ektiv qarama-qarshiligi va uni hal etish usullarini ijodiy tarzda qo`llanilishi dialektik mushohadani shakllantiradi va rivojlantiradi natijada talabani mustaqil ijodiy faoliyati ta`minlanadi.

Axborotni taqdim qilishning zamonaviy vosita va usullarini qo`llash - yangi kompyuter va axborot texnologiyalarini o`quv jarayoniga tatbiq etish.

O`qitishning usullari va texnikasi. Ma`ruza (kirish, mavzuga oid, vizuallash), muammoli ta`lim, keys-stadi va loyihalash usullari, amaliy ishlar.

O`qitishni tashkil etish shakllari: dialog, polilog, muloqot hamkorlik va o`zaro o`rganishga asoslangan frontal, kollektiv va guruh.

O`qitish vositalari o`qitishning an`anaviy shakllari (darslik, ma`ruza matni) bilan bir qatorda - kompyuter va axborot texnologiyalari.

Kommunikatsiya usullari: tinglovchilar bilan operativ teskari aloqaga asoslangan bevosita o`zaro munosabatlar.

Teskari aloqa usullari va vositalari: kuzatish, blits-so`rov, oraliq, joriy va yakuniy nazorat natijalarini tahlili asosida o`qitish diagnostikasi.

Boshqarish usullari va vositalari: o`quv mashg`uloti bosqichlarini belgilab beruvchi texnologik xarita ko`rinishidagi o`quv mashg`ulotlarini rejalashtirish, qo`yilgan maqsadga erishishda o`qituvchi va talabaning birgalikdagi harakati,

nafaqat auditoriya mashg`ulotlari, balki auditoriyadan tashqari mustaqil ishlarning nazorati.

Monitoring va baholash: o`quv mashg`ulotida ham butun dars davomida ham o`qitishning natijalarini rejali tarzda kuzatib borish. Sikl oxirida OSKI yordamida tinglovchilarning bilimlarini baholash.

“PEDIATRIYA” fanini o`qitish jarayonida kompyuter texnologiyasidan, o`rgatuvchi kompyuter dasturlaridan foydalaniladi, mavzular bo`yicha tarqatma materiallar tayyorlanadi. Talabalar bilimini baholash ozaki, kompyuterli test shakllarida amalga oshiriladi.

Talabalarning **“PEDIATRIYA” fanini** o`zlashtirishlari uchun o`qitishning ilg`or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi informatsion-pedagogik texnologiyalarni tatbiq qilish muhim ahamiyatga egadir. Fanni o`zlashtirishda darslik, o`quv va uslubiy qo`llanmalar, ma`ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallardan foydalaniladi. Ma`ruza va amaliy darslarda mos ravishdagi ilg`or pedagogik texnologiyalar qo`llaniladi.

Men shunga loyiqman

Ma`ruza mashg`ulotida talabalarda darsdan tashqari paytda egallagan amaliy bilimlarini bevosita sinab ko`rish imkoniyatlari paydo bo`ladi. Ular berilgan vazifani bajarish davomida ortirgan bilimlarini tezkor baholash maqsadida baholashning amalda sinab ko`rilgan quyidagi uslubini, “Men shunga loyiqman.” texnologiyasini taklif etamiz.

Bunda:

- talabalar oldindan tayyorlanib, tarqatilgan savollarga tayyorligi asosida guruhlarga ajraladilar. Kim o`zini qaysi bahoga loyiq deb topsa, shu guruhga qo`shiladi. “A`lo”, “Yaxshi”, “Qoniqarli”. Agar talaba bugungi darsda baholash mezoniga ko`ra 3 ballik joriy bahoga ega bo`lishi kerak bo`lsa, a`lo-2.6-3 ball, yaxshi-2.2-2.5 ball, qoniqarli-1.7-2.1 ball sifatida baholanadi;

- har bir guruh uchun avvaldan tayyorlangan savollar tizimi mavjud bo`lib, dastlab “A`lo” baholar guruhi bilan shug`ullaniladi;

- shu guruhga mos savolga javob topgan talaba o`yindan, albatta, “a`lo” bahosi bilan chiqadi;

- guruhdagi barcha savollar berib bo`lingach, bironta ham savolga javob berolmagan, lekin a`lo bahoga da`vogar talaba quyiroq guruhga qo`shilishga majbur bo`ladi;

- jarayon shu tahlit davom etib, barcha guruhlarning savollariga javob topolmagan talaba vazifani topshirolmagan hisoblanadi.

Usulni qo`llashdan kutiladigan samaralar:

- talabada o`zining imkoniyatlarini “chamalash”, ya`ni o`z-o`zini baholash imkoniyati paydo bo`ladi;

- “shu bahoga” loyiq bo`lish uchun talaba astoydil harakat qiladi, birmuncha qiyinroq savollarga ham javob berishi kerak bo`ladi, bu uni ko`proq malumot yig`ishga va fikrlarini asoslashga majbur qiladi;

- talaba iloji boricha “yuqoriroq” guruh tarkibiga kirishga intiladi, bu uni muttasil o`z ustida ishlashga olib keladi;

- har bir talaba “o`zi” uchun harakat qilishi lozim, bu unda mas`uliyati hissini paydo qiladi;

- baholash uchun unchalik ko`p vaqt sarflanmaydi.

Umuman olganda, usulni qo`llash natijasida har bir talabada “o`shish” imkoniyati mavjud bo`lib, bu baholashning ob`ektiv amalga oshishini ta`minlaydi, ya`ni o`qituvchida “bu 3 baho oluvchi talaba” degan fikrni almashishiga olib keladi.

“Ijodiy fikr va klinik mushohada”

Maqsad: Talabalarni vaziyatli masala mazmuniga ko`ra ijodiy fikrlashi va klinik mushohadasini o`rganish va baholash.

Bunda talabalarga mazkur mavzuga tegishli vaziyatli masalalar va harorat egri chizig`i varaqalari tarqatiladi. Talaba masala mazmunini chuqur o`rganib, klinik belgilar va laboratoriyaviy ma`lumotlarni kuniga mos holda varaqada aks ettiradi, tashxis qo`yadi va davolash tadbirlarini belgilaydi.

Mushohadali fikr

Mavzu mazmunini mustahkamlash maqsadida tinglovchilar o`zlashtirish darjasini bilish uchun ushbu pedagogik texnologiya qo`llaniladi. Tinglovchilar fikrlari tahlil qiliniladi. Mushohadali fikr bildirgan tinglovchi rag`batlantiriladi.

“Uch bosqichli intervyu” uslubi

Maqsad: Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda unga to`g`ri psixologik yondashishni o`rgatish.

Asosiy tamoyillari: Guruh 2-3 ta kichik guruhchalarga bo`linadi va talabalarga rol bo`lib beriladi: shifokor, bemor, ekspert. Bemor rolini ijro etayotgan talabaga tashxis yashirin yetkaziladi. Bemor kasallik shikoyatlari, kasallikning rivojlanishi, epidemiologik anamnezni, vrach esa bemor bilganlar va unda kasallik tufayli yuzaga kelishi mumkin bo`lgan o`zgarishlarni mukammal bilishi shart. Har bir vrach bemor bilan maslahatni 10-15 daqiqa mobaynida olib boradi. Ekspert ishtirokchilar (bemor va vrach) faoliyatini quyidagi 3 bo`lim bo`yicha baholaydi:

- 1.Nima to`g`ri qilindi?
- 2.Nima noto`g`ri qilindi?
- 3.Qanday bajarilishi kerak edi?

“Stol o`rtasidagi ruchka” usulini o`tkazish ssenariysi

Talabalar uchun bitta topshiriq beriladi. Shu topshiriq asosida talaba 1 ta javob namunasini yozib, o`zini ruchkasini stol atrofida aylantirgan holda keyingi talabaga uzatadi.

“Qopdagi mushuk o`yini” uslubi

Maqsad: Talabalar ushbu mavzu yuzasidan chuqur bilimga ega bo`lishni ta`minlash.

Tamoyillari: O`qituvchi talabalar uchun mavzu bo`yicha savollar tayyorlaydi. Dars vaqtida talaba ro`yxat bo`yicha qopdan savollarning birini oladi. Bu maxsus kartochka qilib tayyorlangan bo`ladi.

Talabalar kartochkalarni tortib oladi. Savollarga javobni yozma bajaradi. Vazifani tekshirgach konsul`tantlar ballar miqdorini e`lon qiladi va zo`rlarining ballarini aytadi.

PEDIATRIYA FAKULTETI 3 KURS TALABALARI UCHUN MO`LJALLANGAN “PEDIATRIYA” FANIDAN MA`RUZALAR KALENDAR – TEMATIK REJASI

№	Mavzu	soat
1	– Raxit. Etiopatogenez, tasnifi. Vitamin D organizmdagi metabolizmi. Raxitni rivojlanishga olib keluvchi omillar. Kasallikni davriga, ogirlikiga va kechishiga kura klinikasi. Diagnostika va davolash	2
2	– Diatezlar. Ekssudativ- kataral diatez, Etiologiyasi. Patogenetik variantlari va ularning genezi. Patogenetik variantlarga boglik xoldagi klinikasining uziga xos kechishi. Okibati. Parvarishning uziga xosligi	2
3	Lifatiko-gipoplastik diatez, nerv-artritik diatez. Etiologiyasi. Patogenetik variantlari va ularning genezi. Patogenetik variantlarga boglik xoldagi klinikasining uziga xos kechishi. Okibati. Parvarishning uziga xosligi	2
4	Sepsis. Etiopatogenezi, tasnifi, kasallikni shakli, ogirliqi va kechuviga boglik xoldagi klinikasi, tashxisi, terapiya tamoyili, rehabilitatsiyasi.	2
5	O'tkir zotiljam. O'tkir zotiljam. Etiopatogenezi, tasnifi, kasallikni shakli, ogirliqi va kechuviga boglik xoldagi klinikasi. Klinik sindromlar genezi, ularni postsindromli terapiya kurinishi va taktikasi. O'tkir zotiljamni o`pka ichi va o`pkadan tashkari asoratlari. Tashxisi. Zotiljam shakliga boglik bulgan rentgenologik o'zgarishlarni o'ziga	2

	xosligi. Postsindrom terapiyani tamoyillari. Zotiljamni ogir xolatda kechishidagi davolash. Asoratlarni davolash.	
6	O'tkir zotiljamni o'pka ichi va o'pkadan tashkari asoratlari. Tashxisi. Zotiljam shakliga boglik bulgan rentgenologik o'zgarishlarini o'ziga xosligi. Postsindrom terapiyani tamoyillari. Zotiljamni ogir xolatda kechishidagi davolash. Asoratlarni davolash.	2
7	Bronxoektatik kasallik. Etiopatogenezi, kasallikka olib keluvchi omillar, tasnifi, kasallikni ogirligiga, kechishiga boglik xolda klinikasi, asoratlari. Tashxisot me'zonlari. Davolash tamoyillari.	2
8	O'tkir revmatik isitma. O'tkir revmatik isitma. Etiopatogenezi, tasnifi, asosiy va qo'shimcha tashxisot me'zonlari. Patologik jarayonning faolligiga boglik xoldagi kasallik klinikasini va kechishini uziga xosligi. Laborator - instrumental tashxisot me'zonlari. Davolash tamoyillari. Birlamchi va ikkilamchi o'tkir revmatik isitmaning profilaktikasi.	2
9	O'tkir revmatik isitma. Laborator - instrumental tashxisot me'zonlari. Davolash tamoyillari. Birlamchi va ikkilamchi o'tkir revmatik isitmaning profilaktikasi.	2
10	Norevmatik kardit. Etiopatogenezi, tasnifi. Tug'ma karditlarning klinikasi. Tashxisisoti va davolash tamoyillari.	2
	Jami	20 s

PEDIATRIYA 3 KURS TALABALARI UCHUN “PEDIATRIYA” FANINIDAN MA`RUZALAR MAZMUNI

Raxit. Etiopatogenezi, tasnifi. Vitamin D organizmdagi metabolizmi. Raxitni rivojlanishga olib keluvchi omillar. Kasallikni davriga, ogirligiga va kechishiga kura klinikasi. Diagnostika va davolash.

Diatezlar. Etiologiyasi. Patogenetik variantlari va ularning genezi. Patogenetik variantlarga boglik xoldagi klinikasining uziga xos kechishi. Oqibati. Parvarishning uziga xosligi.

Diatezlar. Lifatiko-gipoplastik diatez, nerv-artritik diatez. Etiologiyasi. Patogenetik variantlari va ularning genezi. Patogenetik variantlarga boglik xoldagi klinikasining uziga xos kechishi. Okibati. Parvarishning uziga xosligi

Sepsis. Etiopatogenezi, tasnifi, kasallikni shakli, ogirligi va kechuviga boglik

xoldagi klinikasi, tashxisi, terapiya tamoyili, reabilitatsiyasi

O'tkir zotiljam. O'tkir zotiljam. Etiopatogenezi, tasnifi, kasallikni shakli, ogirligi va kechuviga bog'liq holdagi klinikasi. Klinik sindromlar genezi, ularni postsindromli terapiya kurinishi va taktikasi. O'tkir zotiljamni upka ichi va upkadan tashkari asoratlari. Tashxisi. Zotiljam shakliga boglik bulgan rentgenologik o'zgarishlarni o'ziga xosligi. Postsindrom terapiyani tamoyillari. Zotiljamni ogir xolatda kechishidagi davolash. Asoratlarni davolash.

O'tkir zotiljam. O'tkir zotiljamni o'pka ichi va o'pkadan tashkari asoratlari. Tashxisi. Zotiljam shakliga boglik bulgan rentgenologik o'zgarishlarini o'ziga xosligi. Postsindrom terapiyani tamoyillari.

Zotiljamni ogir xolatda kechishidagi davolash. Asoratlarni davolash

Bronxoektatik kasallik. Etiopatogenezi, kasallikka olib keluvchi omillar, tasnifi, kasallikni ogirligiga, kechishiga boglik xolda klinikasi, asoratlari. Tashxisot me'zonlari. Davolash tamoyillari.

O'tkir revmatik isitma. O'tkir revmatik isitma. Etiopatogenezi, tasnifi, asosiy va kuttimcha tashxisot me'zonlari. Patologik jarayonning faolligiga boglik xoldagi kasallik klinikasini va kechishini uziga xosligi.

O'tkir revmatik isitma.Laborator - instrumental tashxisot me'zonlari. Davolash tamoyillari. Birlamchi va ikkilamchi O'tkir revmatik isitmaning profilaktikasi.

Norevmatik kardit. Etiopatogenezi, tasnifi. Tugma va orttirilgan karditlarning klinikasi. Tashxisisoti va davolash tamoyillari.

PEDIATRIYA 3 KURS TALABALARI UCHUN MO`LJALLANGAN “PEDIATRIYA”FANIDAN AMALIY MASHG`ULOTLAR ISH REJASI

№	Mavzu	Mazmuni	A/M	K/A
1.	Raxit	Erta yoshdagi bolalar kasalligi. Kasallik kechishi, davrlariga qarab klinikasi, tasnifi. Kasallik kechishi, davrlariga karab suyakdagi uzgarishlar.	1	3

		Kasallik boshlangich davrida bola yoshiga karab suyakdagi o'zgarishlar. Davolash prinsiplari va sog'lom guruxlarga ko'ra profilaktikasi. Gipervitaminoz "D", rivojlanish sabablari, klinika, davolash.		
2.	Spazmofiliya	Etiopatogenez, yashirin va yaqqol spazmofiliyaning klinikasi. Spazmo-filiyada biokimyoviy qon taxlili. Davolash prinsiplari. Rehabilitatsiya.	1	3
3.	Diatezlar	Ekssudativ-kataral diatez, patogenetik variantlari va ularning genezi. YOshga qarab klinik namoyon bo'lishi. Diatezlarning bolalarga ta'siri. Parvapish, ovkatlantirish, profilaktika. Davolashga kursatmalar.	1	3
4.	Diatezlar	Limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatez, ularning genezi. YOshga qarab klinik namoyon bo'lishi. Diatezlarning bolalarga ta'siri. Parvapish, ovkatlantirish, profilaktika. Davolashga kursatmalar.	1	3
5.	Bolalarda vitamin etishmovchilik kasalliklari	Vitamin tanqisligining etiopatogenezi, klinik ko'rinishlari. Davolash prinsiplari. Rehabilitatsiya.	1	3
6.	Bolalarda anemiya tanqisligi.	Etiopatogenez, gemopoetik omillar etishmovchiligi, ogirlik darajasiga qarab klinikasi. Turli tanqis anemiyalarda gematologik kursatkichlarning o'zgarishi. Ovkatlanish xususiyatlari. Davolash prinsiplari, rehabilitatsiya.	1	3
7.	Bolalarda ovqatlanishning surunkali buzilishi	Oqsil energetir etishmovchiligi. Ovkatlanishning surunkali buzilishida ekzogen va endogen omillar. Gipotrofiya. Kasallik ogirligi va kechuviga kura klinikasi. Ovkatlanish korreksiyasi. Davolash prinsiplari. Rehabilitatsiya.	1	3
8.	Malabsorbsiya sindromi	Etiopatogenez, kasallik klinikasini o'ziga xosligi, ichakda so'rilishni buzilishi bilan kechadigan buzilishlar (seliakiya, mukovissidoz, disaxarid etishmovchiligi, ekssudativ enteropatiya). Parxez, davolash.	1	3

9.	Bolalarda ortiqcha ovqatlanish. Semizlik rivojlanish xafi.	Bolalarda ortiqcha ovqatlanishga ekzogen va endogen omillar tasiri. Klinik ko‘rinishlari. Ovqatlanishni korrektsiyalash. Davolash usullari. Endokrinologda davolanishga ko‘rsatmalar. Reabilitatsiya.	1	3
10.	Sepsis	Etiopatogenez, tasnifi , klinik shakliga kura (septitsemiya va septikopiemiya) va kasallik davrida.	1	3
11.	Sepsis	Diagnostika. Kasallik davriga kura davolash prinsiplari. Passiv va aktiv immunoterapiya. Reabilitatsiya	3	3
12.	Nafas olish organlari kasalliklari. Bronxitlar	Etiopatogenez, tasnifi, shakliga kura utkir bronxitning klinikasi(oddiy utkir bronxit, utkir obstruktiv bronxit, utkir bronxiolit). Diagnostikasi. Davolash prinsiplari.	3	3
13.	O‘tkir zotiljam	Etiopatogenezi, kasallik rivojlanishiga olib keluvchi omillar,tasnifi, kechuviga kura klinikasi. YOshga karab klinik namoyon bulishi.	3	3
14.	O‘tkir zotiljam.	Asoratlari, klinik namoyon bulishi. Utkir zotiljamning rentgen diagnostikasi, zotiljam shakli va asoratlariga karab uzgarishlari. Davolash prinsiplari, reabilitatsiya.	3	3
15.	Bronxoektatik kasallik	O‘pkani nospetsifik surunkali kasalliklariga tasir qiluvchi omillar. Surunkali bronxit kliniksi, bronxoektatik kasallikni og‘irligi va davriga ko‘ra klinikasi. Diagnostika, davolash prinsiplari.	3	3
16.	YUrak qon tomir kasalliklari. O‘tkir revmatik isitma	Etiopatogenez, tasnifi. Asosiy va qo‘shimcha diagnostik kriteriyalar	3	3
17.	O‘tkir revmatik isitma	Birlamchi va ikkilamchi revmatik istmada revmatik karditni o‘ziga xosligi, MNS, bo‘g‘imlar va boshqa organlar zararlanish simptomlari. Diagnostika, davolash prinsiplari.	3	3

		Profilaktika.		
18.	Norevmatik karditlar.	Ortirilgan va tugʻma karditlar. Etiopatogenez, tasnifi, klinikasi, ekstrakardial va kardial belgilar.	3	3
	JAMI: 88	34	54	

Pediatriya fakulteti 3 kurs talabalari uchun moʻljallangan “PEDIATRIYA” fanidan amaliy mashgʻulotlar mavzulari mazmuni

№	Mavzu	Mazmuni	Adabiyotlar
1.	Raxit	Erta yoshdagi bolalar kasalligi. Kasallik kechishi, davrlariga qarab klinikasi, tasnifi. Kasallik kechishi, davrlariga qarab suyakdagi uzgarishlar. Kasallik boshlangich davrida bola yoshiga qarab suyakdagi oʻzgarishlar. Davolash prinsiplari va sogʻlom guruxlarga koʻra profilaktikasi. Gipervitaminoz “D”, rivojlanish sabablari, klinika, davolash.	A.1,2,3,4 K. 1,3,5,6
2.	Spazmofiliya	Etiopatogenez, yashirin va yaqqol spazmofiliyaning klinikasi. Spazmo-filiyada biokimyoviy qon taxlili. Davolash prinsiplari. Reabilitatsiya.	A.1,2,3,4 K. 1,3,5,6
3.	Diatezlar	Ekssudativ-kataral diatez, patogenetik variantlari va ularning genezi. YOshga qarab klinik namoyon boʻlishi. Diatezlarning bolalarga taʼsiri. Parvapish, ovkatlantirish, profilaktika. Davolashga kursatmalar.	A.1,2,3,4 K. 1,3,5,6
4.	Diatezlar	Limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatez, ularning	A.1,2,3,

		genezi. YOshga qarab klinik namoyon bo'lishi. Diatezlarning bolalarga ta'siri. Parvapish, ovkatlantirish, profilaktika. Davolashga kursatmalar.	4 K. 1, 3,5,6
5.	Bolalarda vitamin etishmovchilik kasalliklari	Vitamin tanqisligining etiopatogenezi, klinik ko'rinishlari. Davolash prinsiplari. Reabilitatsiya.	
6.	Bolalarda anemiya tanqisligi.	Etiopatogenez, gemopoetik omillar etishmovchiligi, ogirlik darajasiga qarab klinikasi. Turli tanqis anemiyalarda gematologik kursatkichlarning o'zgarishi. Ovkatlanish xususiyatlari. Davolash prinsiplari, reabilitatsiya.	A.1,2,3, 4 K. 1, 3,5,6
7.	Bolalarda ovqatlanishning surunkali buzilishi	Oqsil energetik etishmovchiligi. Ovkatlanishning surunkali buzilishida ekzogen va endogen omillar. Gipotrofiya. Kasallik ogirligi va kechuviga kura klinikasi. Ovkatlanish korreksiyasi. Davolash prinsiplari. Reabilitatsiya.	A.1,2,3, 4 K. 1, 3,5,6
8.	Malabsorbsiya sindromi	Etiopatogenez, kasallik klinikasini o'ziga xosligi, ichakda so'rilishni buzilishi bilan kechadigan buzilishlar (seliakiya, mukovissidoz, disaxarid etishmovchiligi, ekssudativ enteropatiya). Parhez, davolash.	A.1,2,3, 4 K. 1, 3,5,6
9.	Bolalarda ortiqcha ovqatlanish. Semizlik rivojlanish xafi.	Bolalarda ortiqcha ovqatlanishga ekzogen va endogen omillar tasiri. Klinik ko'rinishlari. Ovqatlanishni korreksiyalash. Davolash usullari. Endokrinologda davolanishga ko'rsatmalar. Reabilitatsiya.	A.1,2,3, 4 K. 1, 3,5,6
10.	Sepsis	Etiopatogenez, tasnifi, klinik shakliga kura (septitsemiya va septikopiemiya) va kasallik davrida.	
11.	Sepsis	Diagnostika. Kasallik davriga kura davolash prinsiplari. Passiv va aktiv immunoterapiya. Reabilitatsiya	A.1,2,3, 4 K. 1, 3,5,6

12.	Nafas olish organlari kasalliklari · Bronxitlar	Etiopatogenez, tasnifi, shakliga kura utkir bronxitning klinikasi(oddiy utkir bronxit, utkir obstruktiv bronxit, utkir bronxiolit). Diagnostikasi. Davolash prinsiplari.	A.1,2,3, 4 K. 1, 3,5,6
13.	O'tkir zotiljam	Etiopatogenezi, kasallik rivojlanishiga olib keluvchi omillar,tasnifi, kechuviga kura klinikasi. YOshga karab klinik namoyon bulishi.	A.1,2,3, 4 K. 1, 3,5,6
14.	O'tkir zotiljam.	Asoratlari, klinik namoyon bulishi. Utkir zotiljamning rentgen diagnostikasi, zotiljam shakli va asoratlariga karab uzgarishlari. Davolash prinsiplari, reabilitatsiya.	A.1,2,3, 4 K. 1, 3,5,6
15.	Bronxoektatik kasallik	O'pkani nospetsifik surunkali kasalliklariga tasir qiluvchi omillar. Surunkali bronxit kliniksi, bronxoektatik kasallikni og'irligi va davriga ko'ra klinikasi. Diagnostika, davolash prinsiplari.	A.1,2,3, 4 K. 1, 3,5,6
16.	YUrak qon tomir kasalliklari · O'tkir revmatik isitma	Etiopatogenez, tasnifi. Asosiy va qo'shimcha diagnostik kriteriyalar	A.1,2,3, 4 K. 1, 3,5,6
17.	O'tkir revmatik isitma	Birlamchi va ikkilamchi revmatik istmada revmatik karditni o'ziga xosligi, MNS, bo'g'imlar va boshqa organlar zararlanish simptomlari. Diagnostika, davolash prinsiplari. Profilaktika.	A.1,2,3, 4 K. 1, 3,5,6
18.	Norevmatik karditlar.	Ortirilgan va tug'ma karditlar. Etiopatogenez, tasnifi, klinikasi, ekstrakardial va kardial belgilar.	A.1,2,3, 4 K. 1, 3,5,6
	Jami		34

O`quv klinik amaliyoti

Mavzuviy reja bo`yicha Viloyat bolalar yuqumli kasalxonasining bo`limlarida, Viloyat OITS markazida, amaliy ko`nikmalarni egallash laboratoriyasida, QVP modulida o`tkaziladi.

№	“pediatriya”fanidan amaliy klinik mashg`ulotlar mavzulari mazmuni	
1.	Raxit	Erta yoshdagi bolalar kasalligi. Kasallik kechishi, davrlariga qarab klinikasi, tasnifi. Kasallik kechishi, davrlariga karab suyakdagi uzgarishlar. Kasallik boshlangich davrida bola yoshiga karab suyakdagi o`zgarishlar. Davolash prinsiplari va sog`lom guruxlarga ko`ra profilaktikasi. Gipervitaminoz “D”, rivojlanish sabablari, klinika, davolash.
2.	Spazmofiliya	Etiopatogenez, yashirin va yaqqol spazmofiliyaning klinikasi. Spazmo-filiyada biokimyoviy qon taxlili. Davolash prinsiplari. Reabilitatsiya.
3.	Diatezlar	Ekssudativ-kataral diatez, patogenetik variantlari va ularning genezi. YOshga qarab klinik namoyon bo`lishi. Diatezlarning bolalarga ta`siri. Parvapish, ovkatlantirish, profilaktika. Davolashga kursatmalar.
4.	Diatezlar	Limfatiko-gipoplastik va nerv-artritik diatez, ularning genezi. YOshga qarab klinik namoyon bo`lishi. Diatezlarning bolalarga ta`siri. Parvapish, ovkatlantirish, profilaktika. Davolashga kursatmalar.
5.	Bolalarda vitamin etishmovchilik kasalliklari	Vitamin tanqisligining etiopatogenezi, klinik ko`rinishlari. Davolash prinsiplari. Reabilitatsiya.
6.	Bolalarda anemiya tanqisligi.	Etiopatogenez, gemopoetik omillar etishmovchiligi, ogirlik darajasiga qarab klinikasi. Turli tanqis anemiyalarda gematologik kursatkichlarning o`zgarishi. Ovkatlanish xususiyatlari. Davolash prinsiplari, reabilitatsiya.
7.	Bolalarda ovqatlanishning	Oqsil energetir etishmovchiligi.Ovkatlanishning surunkali buzilishida ekzogen va endogen omillar.

	surunkali buzilishi	Gipotrofiya. Kasallik ogirligi va kechuviga kura klinikasi. Ovqatlanish korreksiyasi. Davolash prinsiplari. Reabilitatsiya.
8.	Malabsorbsiya sindromi	Etiopatogenez, kasallik klinikasini o'ziga xosligi, ichakda so'rilishni buzilishi bilan kechadigan buzilishlar (seliakiya, mukovissidoz, disaxarid etishmovchiligi, ekssudativ enteropatiya). Parhez, davolash.
9.	Bolalarda ortiqcha ovqatlanish. Semizlik rivojlanish xafi.	Bolalarda ortiqcha ovqatlanishga ekzogen va endogen omillar tasiri. Klinik ko'rinishlari. Ovqatlanishni korreksiyalash. Davolash usullari. Endokrinologda davolanishga ko'rsatmalar. Reabilitatsiya.
10.	Sepsis	Etiopatogenez, tasnifi, klinik shakliga kura (septitsemiya va septikopiemiya) va kasallik davrida.
11.	Sepsis	Diagnostika. Kasallik davriga kura davolash prinsiplari. Passiv va aktiv immunoterapiya. Reabilitatsiya
12.	Nafas olish organlari kasalliklari. Bronxitlar	Etiopatogenez, tasnifi, shakliga kura utkir bronxitning klinikasi(oddiy utkir bronxit, utkir obstruktiv bronxit, utkir bronxiolit). Diagnostikasi. Davolash prinsiplari.
13.	O'tkir zotiljam	Etiopatogenezi, kasallik rivojlanishiga olib keluvchi omillar, tasnifi, kechuviga kura klinikasi. YOshga karab klinik namoyon bulishi.
14.	O'tkir zotiljam.	Asoratlari, klinik namoyon bulishi. Utkir zotiljamning rentgen diagnostikasi, zotiljam shakli va asoratlariga karab uzgarishlari. Davolash prinsiplari, reabilitatsiya.
15.	Bronxoektatik kasallik	O'pkani nospetsifik surunkali kasalliklariga tasir qiluvchi omillar. Surunkali bronxit kliniksi, bronxoektatik kasallikni og'irligi va davriga ko'ra klinikasi. Diagnostika, davolash prinsiplari.
16.	YUrak qon tomir kasalliklari. O'tkir revmatik isitma	Etiopatogenez, tasnifi. Asosiy va qo'shimcha diagnostik kriteriyalar
17.	O'tkir revmatik isitma	Birlamchi va ikkilamchi revmatik istmada revmatik karditni o'ziga xosligi, MNS, bo'g'imlar va boshqa organlar zararlanish simptomlari. Diagnostika, davolash prinsiplari. Profilaktika.

18.	Norevmatik karditlar.	Ortirilgan va tug‘ma karditlar. Etiopatogenez, tasnifi, klinikasi, ekstrakardial va kardial belgilar.
	Jami 54 S	

**PEDIATRIYA FAKULTETI 3 KURS TALABALARI UCHUN
MO`LJALLANGAN “PEDIATRIYA” FANIDAN MUSTAQIL
ISH REJASI**

<i>T/R</i>	<i>TMI mavzusi</i>	<i>Ajratilgan soat</i>
1.	Zamburuglarga karshi dori vositalarini klinik-farmakologik xarakteristikasi va ularning kullanishi.	5
2.	Ferment preparatlar va ularni kullash uchun kursatmalar	5
3.	Ichakning yalliglanishli-funksional kasalliklari	5
4.	Bolalarda o‘pka kasalliklarining kiyosiy tashxisotini ishlab chiqish.	6
5.	Revmatizmni zamonaviy boskichdagi klinik xususiyatlari	6
6.	Revmatizmnda birlamchi va ikkilamchi profilaktika tadbirlari	6
7.	Norevmatik karditning turli yoshdagi bolalardagi klinik xususiyatlari	6
8.	Yalliglanishga qarshi nosteroid preparatlarning zamonaviy turlari	6
9.	Biriktiruvchi to‘qimaning diffuz kasalliklari uchun umumiy bo‘lgan alomatlar va sindromlar	5
10.	Bolalarda o‘tkir yurak yetishmovchiligi	5
11.	Yara kasalligini davolashning zamonaviy aspektlari	5
12.	Me‘da osti bezi kasalliklarini tashxisot usullari	5
	Jami	65 s

AMALIY KO`NIKMALAR

NAFASSISTEMASINITEKSHIRISH

I. Tekshirishusuli: ko`zdankechirish.

Ko`zdankechirishsharti:hammagamaqbulusulda (Ibo`limgaqarang).

Talabaniholati: bemoroldidatikiyokio`tirganholda.

Bemorbolaniholati:tik; ertayoshdagibolalarto`shakgayotganholda.

Xarakteristikaro`yxati (13):

1. Bemorningumumiyahvoli.
2. O`zinitutishi.
3. To`shakdagiholati.
4. Ovozi.
5. Nafastipi.
6. Burundannafasolishxarakteri.
7. Burundagiajralmaborligivaunixarakteri.
8. Yuzterisiniko`zdankechirish.
9. Tomoqshilliqqavatiniko`zdankechirish.
10. Ko`krakqafasinistatikko`zdankechirish.
11. Yo`talnibaholash.
12. Oldingiburunyo`liniko`zdankechirish.
13. Hansirashvaqtidako`krakqafasidatortilishborligi (28-rasm)

Yuzni ko`zdan kechirish

1. Teri rangi.
2. Burun lab uchburchagidagi sianoz.
3. Burun orqali nafas: erkin yoki qiyinlashgan.
4. Burundagi ajralma uning xarakteri.

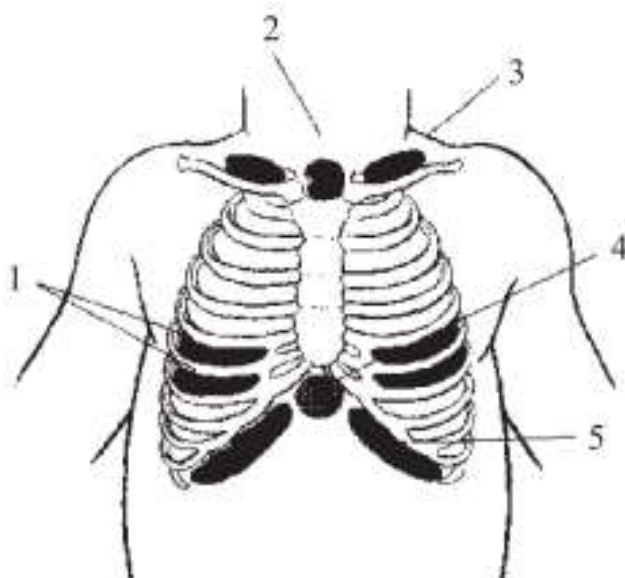
Oldingi burun yo`lini ko`zdan kechirish

*1 bosqich.*Chap qo`lni tepa sohasiga qo`yamiz.

*2 bosqich.*Boshni orqaga egamiz.

*3 bosqich.*O`ng qo`l bosh barmog`i bilan burun uchini yuqoriga qaytaring.

*4 bosqich.*Burun to`sig`i va oldingi burun yo`lini ko`zdan kechiring.



28-rasm. Bolalarda hansirash vaqtida ko`krak qafasi tortilish joyi:

- 1 – qovurg`alar oralig`i;
- 2 –yaremnaya yamka;
- 3 – o`mrov usti sohasi;
- 4 –to`sh osti;
- 5 – diafragma birikish joyi.

Ko`krakqafasinistatikko`zdankechirish

- 1. Ko`krakqafasishakli.
- 2. Ko`krakqafasidadeformatsiyaborligi.
- 3. Qovurg`alarorasidagioraliqahvoli.

Yo`talnibaholash

- 1. Ritmikligi.
- 2. Xarakteri.
- 3. Tembri.
- 4. Paydobo`lishvaqti vasharti.

II. TEKSHIRISHUSULI: palpatsiya.

Palpatsiyasharti:hammagamaqbulusulda (Ibo`limgaqarang).

Materiallita`minlanganlik:santimetrlilenta.

Talabaningholati: bemoroldidatikyokio`tirganholda.

Bemorbolaningholati:vertikalvagorizontalholatda, ertayoshdagibolalarto`shakgayotganholda.

Xarakteristikaro`yxati (8):

1. Ko`krakqafasiaylanasi.
2. Ko`krakqafasiyarimaylanasi.
3. Ko`krakqafasiharakatibirxilligivasinxronliginianiqlang.
4. Nafaschastotasinisanang.
5. Ko`krakqafasidagiog`riq.
6. Ko`krakqafasielastikligi.
7. Tovushtitrashi.
8. Plevraishqalanishsezimi.

Ko`krakqafasinidinamikteksirish

Ko`krakqafasiharakatibirxilligivasinxronliginianiqlash

1 bosqich. Boshbarmoquchirikurakburchagiostigaqo`yiladi.

2 bosqich. Ularnimustahkambiriktiramiz.

3 bosqich. Bemordanchuqurnafasolishvabirqanchavaqttutiturishso`raladi.

4

bosqich. Ikkalatomondabarmoquchivakurakburchagiorasidagioraliqbalandligibahol anadivaularsolishtiriladi.

Nafaschastotasinisanash

Shartlari:

1. Judatinchyokiuyquvaqtidao`tkaziladi.
2. 1 minutdavomidasanaladi.
3. 4 yoshdankattabolalardaulargasezdirmaysanaladi.

Kattayoshlibolalardaamalgaoshirish texnikasi:

1 bosqich. Ko`krakqafasigaqo`llarniohistaqo`ying.

2 bosqich. 1 mindavomidanafasharakatlarisoninisanang.

Ertayoshlibolalardaamalgaoshirish texnikasi:

1 bosqich. Burunuchigafonendoskopnitegizmasdanyaqinlashtiring.

2 bosqich. 1 mindavomidanafaschiqarishsoninisanang.

Ko`krakqafasidaog`riq

1 bosqich. Ikkalaqo`lkaftiniko`krakqafasisimmetriksohalarigayengilbosing.

2 bosqich. Ko`krakqafasidaog`riqborliginiso`rabyokikuzatibbaholang

Ko`krakqafasielastikligi aniqlash (29-rasm)

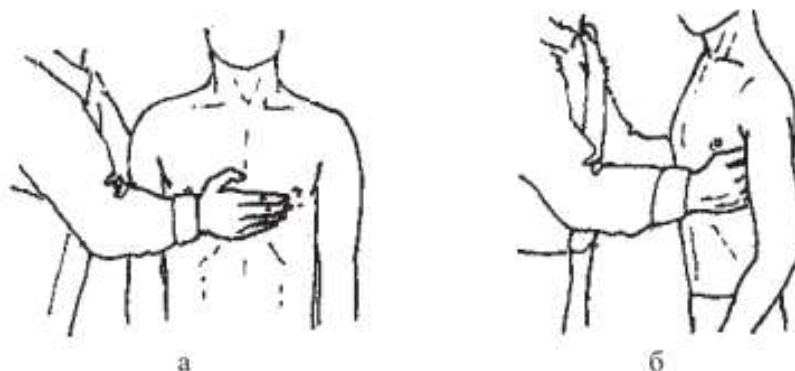
1 bosqich. Kaftni ko`krak qafasi yon tomoniga qo`yiladi.

2 bosqich. yon tomondan ko`krak qafasini siqiladi..

3 bosqich. Bir qo`l kaftini to`shga boshqasini kuraklar orasiga qo`yiladi.

4 bosqich. Old va orqa yo`nalishda ko`krak qafasini siqiladi.

5 bosqich. Ko`krak qafasi siqilgan vaqtda qarshilikni baholang.



29-rasm. Ko`krak qafasi elastikligini aniqlash: a –old orqa yo`nalishda ko`krak qafasini siqish; b – yon tomondan ko`krak qafasini siqish.

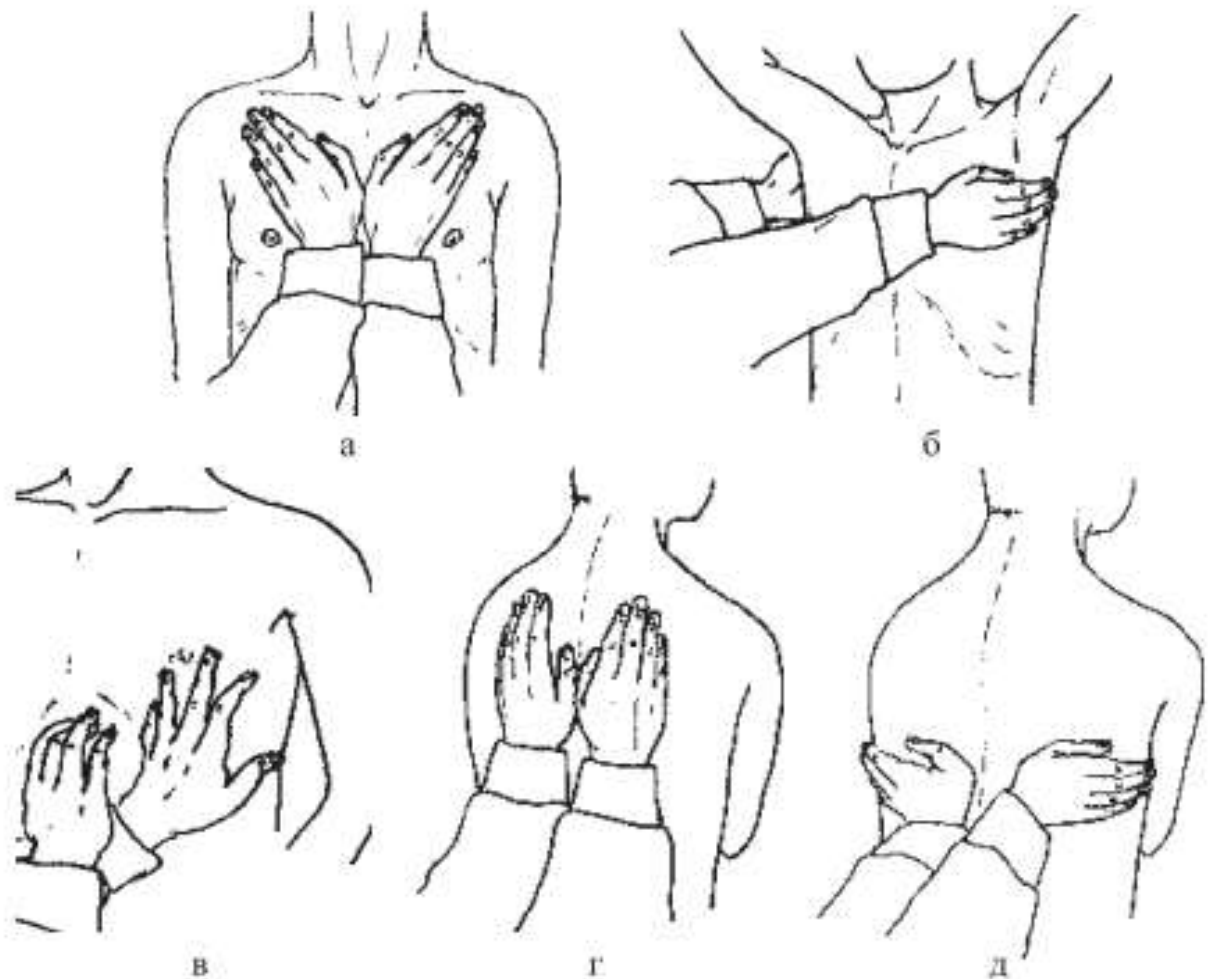
Tovush titrashi (30-rasm.)

1 bosqich. Ikkala qo`l kaftini ko`krak qafasi simmetrik qismlariga ketma ket joylashtiring: kurak osti, kuraklar orasi bo`shlig`idan yon tomonga.

2 bosqich. Boladan boshini oldinga egishi so`raladi va qo`llari ko`krak qafasi oldida birlashtiriladi.

3 bosqich. T tovushi qatnashgan so`zlarni aytishini boladan so`rang: “tri”, “tridsat tri”, “tigr”, “traktor”.

4 bosqich. Turli maydonda ko`krak qafasi yuzasida hosil bo`lgan tovush intensivligi simmetrikligini baholang.



30-rasm. Ko`krak qafasi simmetrik qismlarida tovush titrashini aniqlash: a – oldindan; б – yon sohada; в – kurak ustida; г, д – v kurak osti sohasi.

III. Tekshirishusuli: perkussiya.

Perkussiyasharti: hammagamaqbulusulda (Ibo`limgaqarang).

Talabaniholati: bemoroldidatikiyokio`tirganholda.

Bemorbolaniholati: tik, keyinyotgan;

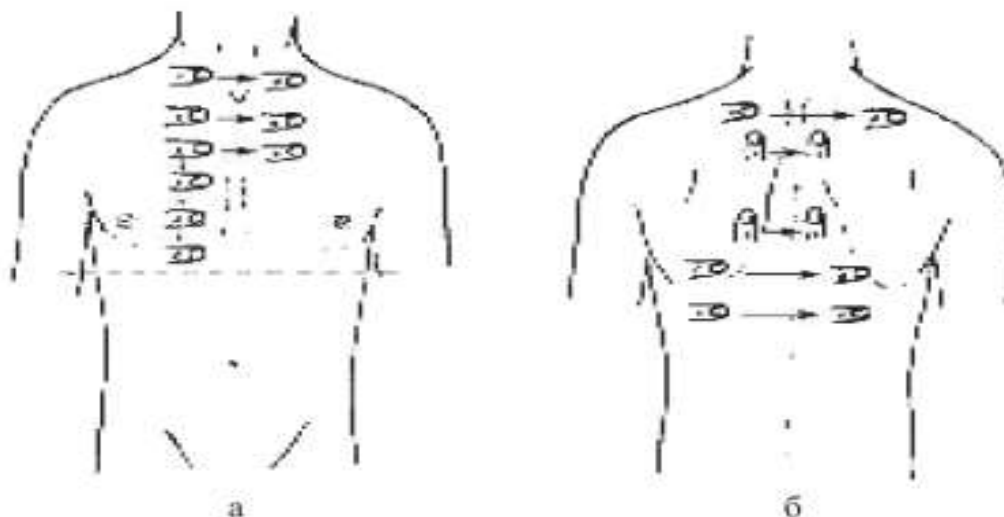
ertayoshlibolalarto`shakgayotganyokionasiningqo`llarida o`tirganholda.

Xarakteristikaro`yxati (4):

1. Qiyosiyperkussiya.
2. Topografikperkussiya.
3. O`pkaningpastkiqirrasiekskursiyasini aniqlash.
4. Krenigmaydonini aniqlash.

Qiyosiyperkussiya (31-rasm.)

1 bosqich. 10 yoshgacha bolalarda perkussiya o'rtadan boshlanadi, 10 yoshdankatta bolalarda o'rtadan boshlanadi, 10 yoshdankatta bolalarda o'rtadan boshlanadi.



31-rasm. O'pkaning qiyosiy perkussiyasi (stryelkaperkussiya vaqtida barmoq harakatini ko'rsatadi, punktir – VI qovurg'a ro'parasi): a – oldindan; b – orqadan.

2

bosqich. Perkutor zarbalarko'krakqafasiningo'ngvachapsimmetriksohalaridaqovurg'alargaparelelqovurg'aorasigaIII-IV qovurg'aro'parasigachaberiladi.

3 bosqich. O'ngtomondao'ngopkapastkiqirrasigaperkussiyadavomettiriladi, o'ngyokichapo'pkayuqoriqismidagiperkutortovushbilanoldingio'rtaqismsolishtiriladi.

4

bosqich. Qiyosiyperkussiyako'krakqafasiyontomonidao'rtaqo'ltiqostichizig'ibo'yla byuqoridanpastgaqarabo'tkaziladi.

Perkutortovusho'ngvachapo'pkadasimmetrikqismlardasolishtiriladi.

5

bosqich. Perkussiyao'tkazishdanoldinbolako'krakqafasiorqayuzasinigavdanioldinga egishso'raladi, boshnipastgaosiltirish, qo'llarnio'zigatortishso'raladi.

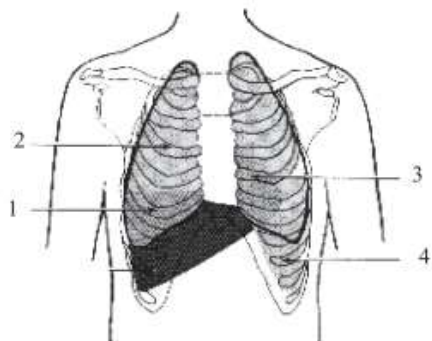
6

bosqich. Ko'krakqafasiningorqayuzasidaqiyosiyperkussiyakurakustidanboshlanadik eyinkuraklarorasivakurakosti.

7 bosqich. Kuraklarostivaustidaperkussiyavaqtidabarmoq-plessimetr

Qovurg`alargaparalleljoylashishikerak,
kuraklarorasiperkussiyasivaqtidaqovurg`alarperpendikulyarumurtqagaparaleljoylas
hishikerak.

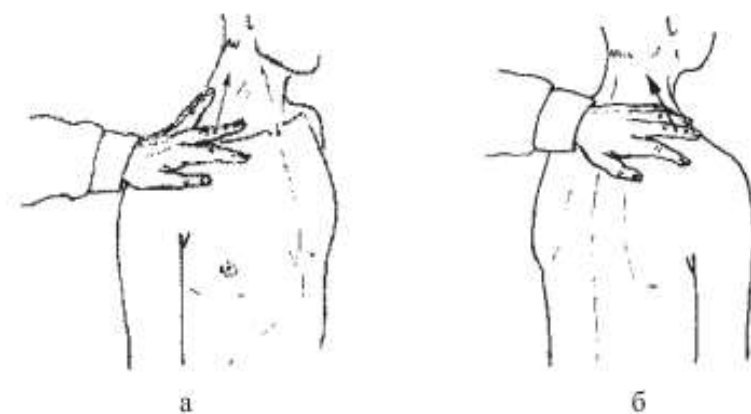
NB! Sog`lombolalarda qiyosiy perkussiyada aniq o`pkatovushihosilbo`ladi (baland,
davomli, past, notimpanik) (32-rasm.).



32-rasm. Perkutor tovush sog`lom bola ko`krak qafasida: 1 – jigarga
xos bo`g`iqlik; 2 – aniq o`pka tovushi; 3 – Yurak bo`g`iqligi; 4 – timpanik
tovush.

Topografik perkussiya 10

yoshdankattabolalarda o`ngvachapo`pkadacho`qqinianiqlashdan boshlanadi (33-
rasm.).



33-rasm. O`pka cho`qqisi joylashgan balandlikni aniqlash: a – oldindan; b –
orqadan.

- 1 bosqich. Barmoq-
plessimetro`mrov gaparallel holda o`rta uchdan bir qismiga qo`yiladi.
- 2 bosqich. Perkussiyabo`g`iqdan aniq o`pkatovushihosilbo`lguncha o`tkaziladi.
- 3 bosqich. Plessimetr pastki qirrasibo`yichabelgiqo`yiladi.
- 4 bosqich. Orqatomon daperkussiyakurakichkiburchagidan VII
bo`yinumurtqasiga qiyoshiqyo`nalishdabo`g`iqtovushpaydobo`lgunichao`tkaziladi.
- 5 bosqich. Plessimetr pastki qirrasibo`yichabelgiqo`yiladi.

bosqich. O`pkapastkiqirrasini aniqlash asosan vertikal topografik liniya bo`yicha bo`lg`i qdananiqo`pkatovush hosil bo`lg`unichaperkussiya qilinadi qovurg`avaqovurg`alar orasida o`tkaziladi.

7 *bosqich.* Plessimetr pastkiqirrasini bo`yicha belgi qo`yiladi.

NB! O`ngo`pkapastkiqirrasini chegarasini aniqlash sog`lombolalarda uch yog` qavati y topografik liniya da o`tkaziladi:

- lin. medioclavicularis dextra,
- lin. axilaris media dextra,
- lin. scapularis dextra;

chapo`pka – faqat kiliniyada:

- lin. axilaris media sinistra,
- lin. scapularis sinistra (Jadval № 6).

Jadval № 6. Normadabolalarda o`pkaning pastkiqirrasini topografiyasi

Topografik chiziqlar	O`pkapastkiqirrasini	
	o`ngda	chapda
Lin. medioclavicularis	VI qovurg`a	
Lin. medioclavicularis	VIII qovurg`a	IX qovurg`a
Lin. scapularis	IX-X qovurg`a	X qovurg`a
Lin. paravertebralis	XI-ko`krak umurtqasi o`sig`i ro`parasida	

Bolalarda ko`rsatilgan o`pkaning pastkiqirrasini chegarasini tinchnafas vaqtida bo`ladi. Chuqurnafas olganda upastgasiljiydichuqurnafas chiqarganda esayuqorigasiljiydi. O`pkapastkiqirrasini chegarasini shunday qo`zg`alishinafas gabog`liqva “**o`pkapastkiqirrasini siekskursiyasi**” deyiladi.

O`pkapastkiqirrasini siekskursiyasini aniqlash.

1

bosqich. Tinchnafas vaqtida o`rtayokiorqaqo`ltiqostibo`ylabo`pkaning pastkiqirrasini aniqlang.

2 *bosqich.* Boladan maksimalnafasolibunishufazadaushlabeturishini so`rang.

3 *bosqich.* Maksimalnafasolish fazasida o`pkapastkiqirrasini aniqlang.

4

bosqich. Boladan maksimalnafas chiqaribunishufazadaushlabeturishini so`rang

5

bosqich. Maksimalnafas chiqaribunishufazasida o`pkapastkiqirrasini aniqlang. Ko`rsatgichlar orasida gifarq va o`pkapastkiqirrasini siekskursiyasini borligini aniqlang.

Normada o'pkaning pastki chegarasi iljishi 2-6 sm tashkilotadi.

NB! O'pkaning pastki qirrasiekskursiyasini aniqlash 3-4

yoshdank kattabolalarda o'tkaziladi.

Krenigmaydonini aniqlash

1 bosqich. Barmoq-

pleksimetr chap yelkaning o'rtasidan o'mrov gaperpendikulyar qo'yiladi.

2 bosqich. Shu nuqtadan aniqlikni o'pkatovushibo'g'iqlash guncha perkussiyalanadi.

3

bosqich. Oldingi nuqtadan chapda aniqlikni o'pkatovushibo'g'iqlash guncha perkussiyalanadi

4

bosqich. Ikkala nuqtalar orasida gimasofani aniqlang va u Krenigmaydonideyiladi.

O'ng yelkada Krenigmaydonini xuddi shunday aniqlanadi.

IV. Tekshirish usuli: auskultatsiya.

Auskultatsiyasharti: ham magama qbulusulda (Ibo'limga qarang).

Talabani holati: bemor oldi tiki yoki o'tirgan holda.

Bemor bolani holati: tikertayoshli bolalarga o'shak gayot ganyokionasining qo'llarida o'tirgan holda. og'irah voldagi bolalardagi horizontal holatda auskultatsiya o'tkaziladi

Materiallita'minlanganlik: steto- yokifonendoskop, og'iz kengligi 20 mmdankatta bo'lmagan.

Xarakteristikaro'yxati (2):

1. O'pka auskultatsiyasi.

2. Bronxofoniya.

O'pka auskultatsiyasi

1 bosqich. Bemor qo'llarini pastgauzatib joylashadi.

2

bosqich. Oldtomondan ko'krakqafasisimmetrik sohalarida o'rtao'mrovchizig'ibo'yla bo'mrovdan IV qovurg'aga auskultatsiya o'tkaziladi.

3 bosqich. Yontomondan auskultatsiya – o'rta aksillyar liniyada o'tkaziladi.

4 bosqich. Bemordan qo'llarini ko'kragigayig'iboldinga egilish so'raladi.

5 bosqich. O'pka orqadankurakustidakuraklar orasida va ostidan eshitiladi.

6 bosqich. Quyidagi sohalar nishitishgadiqqatniqaratamiz: oldindano'rtaqism, chapdayurakostitilsimon segment, qo'ltiqostichuqurchasi, pastkiqismlardagi paravertebral zonalar.

7 bosqich. Ko'krakqafasisimmetrik sohalaridan afasxarakterini baholang.

NB! Auskultatsiyavaqtidaboladanchuqurlekinsekinnafasolishisòraladi.
Agarbolajudayoshvabuyruqribajaraolmasaikkita barmoqbilanburniniqisiladi,
chunkiog`izorqaliolingannafaschuqurbo`lali.
Bunivrachchapqo`libilanyokibolaniyonidao`tirganbirorkishiamalgaoshirishimumki
n.

Ko`pchilik6 oygachabolalardanormadasusayganvezikulyarnafaseshitiladi,

- 6 oydan 7 yoshgacha – pueril,
- 7 yoshdankeyin – vezikulyar.

Bronxofoniya

1 bosqich. Bemordanqo`llariniko`kragigayig`iboldingaegilishso`raladi

2 bosqich. Stetoskopniko`krakqafasigakurakostidanjoylashtiring.

3 bosqich. Bemordanshharqiqatnashganso`zlarniaytishso`raladi:
“chashkachaya”, “shishka”, “shuba”.

4 bosqich. Olingannatijanibaholang:

normadasimmetriksohalardaushbuso`zlarnitalaffuzqilgandaaniqemastushunarsizes
hitiladi.

Istisnolardantashqari (to`shustida, kuraklarorasida, traxeyabifurkatsiyasiustida),
tovushaniqroqvamazmunlieshitiladi.

8

yoshlisog`lomo`g`ilboladanafassistemasinitekshirishnatijalarinitavsifigamisol

Umumiyahvoliqoniqarli, es-xushianiq, o`zinitutishiadekvat,
to`shakdagiholatiaktiv.

Ko`rinarlishilliqqavatlarivaterioqishpushtirangdatoza.

Burunorqalinafaserkin, ajralmalaryo`q. Ovozbaland.

Tomoqoqishpushti rangda. Mindalinalarchegarasidanchiqmagan. Yo`talyo`q.

Ko`krakqafasisilindrikshaklda, simmetrik, qovurg`alaroralig`iko`rinadi.

O`mrovustivaostichuqurchasiikkalatomondabirxil.

Ko`krakqafasiningikkalatomonitengvanafasaktigabirxildaqatnashadi.

Nafasqorintipida.

Nafastinch, erkin, deyarlishovqinsiz, nafasharakatisezilmaydi. Nafas soni –
18 martaminutiga.

Ko`krakqafasipalpatsiyasidaog`riqsiz, o`rtachaelastik.

Tovushtitrashinianiqlaganvaqtdatovushningko`krakqafasining simmetrikqismlarida
birxilkuchvaintensivligikuzatiladi.

Ko`krakqafasiaylanasi – 70 sm, yarimaylanasi – 35 sm.

Qiyosiyperkussiyao`tkazgandaaniqo`pkatovushisimmetriakeshitiladi (baland,
davomli, past).

Topografik perkussiya o`tkazganda o`pka chegaralari quyidagicha:

	O`ngdan	Chapdan
lin.medioclavicularis	VI qovurg`a	-
lin.axilaris	VIII qovurg`a	IX qovurg`a
lin.scapulatir	IX qovurg`a	X qovurg`a
lin.paravertebralis	XI ko`krak umurtqasi o`tkir o`sig`i ro`parasida.	

O`pkaning pastki qirrasiharakatchanligi – 4 sm.

Auskultatsiyadavezikulyarnafas.

Bronxofoniyao`tkazilgandasimmetriksohalardaaniqemaseshitiladi,
tushunarsizso`zlar,

to`shustidakuraklarorasidatraxeyabifurkatsiyasisohasidantashqari.buerdaaniqtushu
narlieshitiladi.

YURAKQONTOMIRSISTEMASINITEKSHIRISH

I. Tekshirishusuli: ko`zdankechirish.

Ko`zdankechirishsharti:hammagamaqbulusulda (Ibo`limgaqarang).

Talabaniholati: bemoroldidatikyokio`tirganholda.

Bemorbolaniholati:tik; ertayoshdagibolalarto`shakgayotganholda.

Xarakteristikaro`yxati(11):

1. Umumiyholati.
2. To`shakdagiholati.
3. Bolaniatrofmuhitgareaksiyasi.
4. Jismoniyvanerv-psixikrivojlanishi.
5. Ko`rinarlishilliqqavatlarivaterirangi.
6. Yuzko`rinishi.

7. Uyquarteriyasidapulsatsiyavabo`rtish.
8. Yuraksohasidayurakbukriligiko`rinishidagiko`krakqafasideformatsiyasi.
9. Yurakturtkisicho`qqiturtkisiteriostitomirlarinibaholash.
- 10.

Qorinustidapulsatsiyaborligiqorinoldingidevoridavenozsuratningyaqqolli.

11. Oyoqvaqo`lbarmoqfalangauchlariningtirnoqlarningshakli.

II. Tekshirishusuli: palpatsiya.

Palpatsiyasharti:hammagamaqbulusulda (Ibo`limgaqarang).

Materiallita`minlanganlik:santimetrilenta.

Talabaningholati:bemoroldidatikyokio`tirganholda.

Bemorbolaningholati:tik; ertayoshdagibolalarto`shakgayotganholda.

Xarakteristikaro`yxati(4):

1. Kapillyarpulsmavjudligi.
2. Shishborligi.
3. Cho`qqiturtkisipalpatsiyasi.
4. Pulsnitekshirish.

Kapillyarpulsmavjudliginianiqlash

1 bosqich. Bolaqo`llariniteskariyuzasiniyuqorigaushlang.

2

bosqich. Barmoquchibilanyengilbosinguningo`rtasidaoqishdog`paydobo`lguncha.

3 bosqich. Natijanibaholang: kapillyardapulsbo`lsabudog`pulsatsiyalanadi.

Cho`qqiturtkisipalpatsiyasi

1 bosqich. Bolagavdasibirozoldingaegiladi.

2 bosqich. O`ngqo`lkaftiyuraksohasigaqo`yiladi,

kaftasosito`shningchapqirrasidajoylashishilozim.

3

bosqich. Barmoqlaraksillyarqismyo`nalishidanqovurg`alarorasigabo`ylamajoylashadi, keyino`ngqo`lbarmoquchlariqovurg`alarorasio`rtasibo`ylabqo`yiladi, maksimalturtkilokalizatsiyasianiqlanadi.

4

bosqich. Qovurg`alaroralig`icho`qqiturtkisiqaerdajoylashganliginiko`rsatadivauning ko`krakqafasiganisbatantopografikliniyasiniko`rsatadi.

5 bosqich. Cho`qqiturtkisimaydonibaholanadi.

6

bosqich. Qovurg`alarorasiamplitudasiuchuncho`qqiturtkisibalandligiyokikattaligian iqlanadi.

7 bosqich. Cho`qqiturtkisikuchibosishyo`libilananiqlanadi, yurakcho`qqisinipalpatsiyalayotganbarmoqqata`siretib.

Pulsnitekshirish

NB! Pulsnitekshirishbolauyquyokitinchholatidao`tkaziladi.

Pulsvauningxususiyatiyuzajoylashganarteriyalardaaniqlanadi:

- a.radialis,
- a.carotis,
- a.temporalis,
- a.femoralis,
- a.dorsalispedis.

Ko`pinchapulstirsakarteriyasidaaniqlanadi.

1

bosqich. Bolaqo`llaribo`shashganyurakro`parasidajoylashadisupinatsiyavapronatsiy aorasidagiholatda.

2

bosqich. Shuvaqtdaikkalaqo`limizbilanbolaningtirsakkraftbo`g`imisohasidanushlay miz,

kattabarmoqbilakningteskariyuzasigako`rsatgicho`rtanomsizbarmoqesatirsakarteriy asigajoylashtiriladi.

3

bosqich. O`ngqo`ldagipulschapqo`lda, chapqo`ldagisiesao`ngqo`ldatekshiriladi.

4

bosqich. Uchtabarmoquchlariarteriyadajoylashadikeyintirsaksuyagigabosiladi.

5 bosqich. Pulssinxronligibaholanadi,

ikkalaqo`ltirsakarteriyasidagipulsto`lqinlarichastotasivakattaligisolishtiriladi.

6

bosqich. Ikkalaqo`ldapulsxususiyatibirxilbo`lganvaqtdatekshirishbirqo`ldadavomett iriladi.

7 bosqich. Pulschastotasi 1 mindavomidasanaladi.

8

bosqich. Pulsritmipulsturtkisiningbirxildaginavbatlashishibo`yichaaniqlanadi.

9

bosqich. Pulsningkuchlanishitomirnitoliqsiqilishigachaarteriyanisiqishuchunuchun qo`llanilishikerakbo`lgankuchtomonidantekshiriladi.

10 bosqich. Pulsto`lishishio`ngqo`likkibarmog`ibilananiqlanadi.

Proksimaljoylashganbarmoqlarbilanpulso`qolgunichaarteriyaqisiladi,

so`ngrabosimberibdistaljoylashganbarmoqlarbilanarteriyaniqongato`lishianiqlanadi

11

bosqich. Pulso`lchamlarito`g`risidagixulosato`lishishvazo`rayishasosidaamalgaoshi riladi.

12

bosqich. Pulschastotasinitekshirishnatijalaritemperaturavarog`iigayozibqo`yiladi.

III. Tekshirishusuli: perkussiya.

Perkussiyasharti:hammagamaqbulusulda (Ibo`limgaqarang).

Talabaniholati:bemoroldidatikyokio`tirganholda.

Bemorbolaniholati:tik;

keyinyotganertayoshdagibolalarto`shakgayotganyokionasiningqo`lidao`tirganholda

Xarakteristikaro`yxati (3):

1. Yurakningnisbiyto`mtoqlikchegarasi.
2. Yurakningabsolyutto`mtoqlik chegarasi.
3. Yurakko`ndalango`lchaminio`lchash.

NB! Yurakperkussiyasibolaningvertikalvagorizontolholatidao`tkaziladi.

Ertayoshdagivaahvolijudaog`irbolalarfaqatgorizontolholatdaperkussiyao`tkaziladi.

Bolalardayurako`lchamivakonfiguratsiyasibevoositaperkussiyayordamidaaniqlanadi.

Bilvositaperkussiyafaqato`smirbolalardavamushakvateriostiklechatkasisezilarlirivojlanganbolalardaqo`llaniladi.

Yurakningnisbiyto`mtoqlikchegarasinianiqlashdatinchperkussiyao`tkaziladi, absolyutto`mtoqlik chegarasinianiqlashda – jimjitlikperkussiyasio`tkaziladi.

Perkussiyaqovurg`alarorasibo`ylabyo`naltiribaniqo`pkatovushio`tmasyokibo`g`iqlashishigachao`tkaziladi .

Barmoq -plessimetraniqlanayotganyurakchegarasigaqat`iyparallelqo`yiladi.

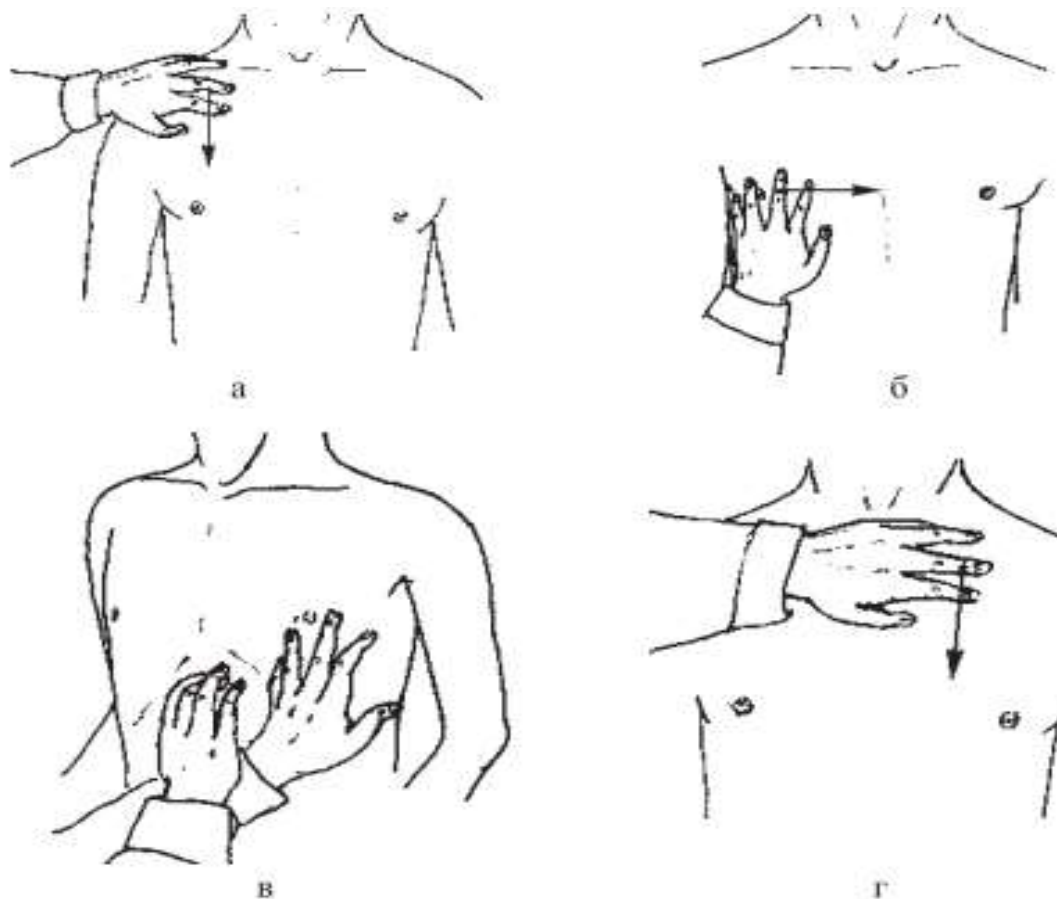
Yurakningnisbiyto`mtoqlikchegasinianiqlash

NB! yurakningnisbiyto`mtoqlikchegasinianiqlash

Barmoqtashqiqirrasibo`yicha (aniqtovushgayaqinroq), absolyutchegarasi –

Ichkiqirrasibo`yicha (o`tmastovushgayaqinroq).

Perkussiyaquyidagiketmaketlikdao`tkaziladi: o`ng, chap, yuqori (34-rasm.).



34-rasm. Perkussiyada yurakning nisbiy to`mtoqlik chegarasini aniqlash:
 a,b – o`ng chegara; v – chap chegara; g – yuqori chegara.

Yurakningo`ngnisbiyto`mtoqlikchegarasinianiqlash

1 bosqich. Diafragmajoylashishbalandliginianiqlang:
 buninguchuno`rtayokiko`rsatgichbarmoq -
 plessimetro`ngo`rtao`mrovchizig`idanqovurg`alargaparalleljoylashtiriladivaularnis
 huliniyadanyuqoridanpastgasiljitibo`tmastovushaniqlangunchaperkussiyao`tkazami
 z (jigarningyuqorichegarasi).

2 bosqich. Barmoq –plessimetrnibirikkiqovurg`ayuqorigasiljitamiz.

3 bosqich. Barmoq –
 plessimetrniyurakningo`ngchegarasigaqo`yamizvauniyurakkatomonsiljitamiz,
 o`rtachakuchdaperkutorzarbaberamiz, aniqtovushbo`g`iqlashguncha.
 Belgibarmoqningtashqiqirrasibo`yichaqo`yiladi.

Yurakningchapnisbiyto`mtoqlikchegarasinianiqlash

1 bosqich. Cho`qqiturtkisinipalpatoraniqlaymizuyurakningchapnisbiybo`g`iqlikchega
 rasigamoskeladi.

2 bosqich. Agar choʻqqiturtkisini aniqlab boʻlmasa, 2 yosh atrofidagi bolalarda IV qovurgʻalar oraligʻida yoki 2 yoshdankatta bolalarda V qovurgʻalar oraligʻida izlanadi.

3

bosqich. Yurakning chap nisbiy toʻmtoqlik chegarasini aniqlash oʻrta qoʻltiq ostiliniyasi dan boshlanadi

4 bosqich. Barmoq -

plessimetr choʻqqiturtkisini aniqlangan joyda yurakning chap nisbiy toʻmtoqlik chegarasi gaparallel qovurgʻalar orasida qoʻyiladi.

5 bosqich. Perkutor zarbolarining vertikal holatida old-orqayoʻnalishdaberiladi (ortosagittal perkussiya).

6 bosqich. Birinchi barmoq-plessimetri yoshgaboʻgʻliq holda IV yoki V qovurgʻalar orasida yoʻnalishidatovush boʻgʻiqlash gunchasi iljtiladi, Belgibarmoq-plessimetr tashqiqirrasidan qoʻyiladi.

Yurakning yuqorini nisbiy toʻmtoqlik chegarasini aniqlash

1 bosqich. Yurakning yuqorini nisbiy toʻmtoqlik chegarasini oʻrta oʻmrov liniyasidan (erta yoshdagi bolalarda) yoki parasternalliniyadan (katta yoshdagi bolalarda) aniqlanadi.

2 bosqich. Barmoq-plessimetrni yoshgaboʻgʻliq holda XI qovurgʻalar orasidan qovurgʻalar gaparalelsiljiti bboring.

3 bosqich. Barmoq-plessimetriyuqoridan pastga (yurak yoʻnalishidan) tinch perkussiyalanadi.

4

bosqich. Boʻgʻiqtovush paydoboʻlganda barmoqplessimetrning tashqiqirrasiboʻylab yurakning nisbiy yuqori chegarasibelgilanadi.

YURAKNING ABSOLYUT CHEGARALARINI ANIQLASH

Yurakning oʻng absolyut toʻmtoqlik chegarasini aniqlash

1

bosqich. Yurakning oʻng nisbiy toʻmtoqlik chegarasidan boʻgʻiqtovush paydoboʻlgunich hajudatinch perkussiyadavomettiriladi.

2 bosqich. Belgibarmoq-plessimetrning ichki qirrasiboʻylab qoʻyiladi (yurakning oʻng absolyut toʻmtoqlik chegarasi).

Yurakning chap absolyut toʻmtoqlik chegarasini aniqlash

1 bosqich. Yurakning chap absolyut toʻmtoqlik chegarasini aniqlash

Uchun yurakning chap nisbiy to'ntoqlik chegarasidan qovurg'alar orasidan bo'g'iqtovush paydobo'lguncha jimjitlik perkussiyasidavomettiriladi.

2 bosqich. Belgibarmoq-plessimetrning ichki qirrasibo'y labqo'yiladi.

Yurakning yuqori absolyutto'ntoqlik chegarasini aniqlash

1

bosqich. Yurakning yuqori absolyutto'ntoqlik chegarasini yurakning yuqori originisbiy to'ntoqlik chegarasidan yuqoridan pastgabo'g'iqtovush paydobo'lguncha perkussiyada aniqlanadi.

2 bosqich. Belgibarmoq-plessimetrning ichki qirrasibo'y lab yuqori absolyutto'ntoqlikda qo'yiladi.

Yurakning ko'ndalango'lchamini o'lchash

1 bosqich. 1.5

yoshgachabo'lgan bolalardato'sh markazidan yurakning o'ng nisbiy to'ntoqlik chegarasigacha III qovurg'alar orasidan santimetr lilentayordamida o'lchanadi, kattayoshdagibolalarda IV qovurg'alar orasibo'y labo'lchanadi.

2 bosqich. 1.5

yoshgachabo'lgan bolalardato'sh markazidan yurakning chap nisbiy to'ntoqlik chegarasigacha IV qovurg'alar orasidan santimetr lilentayordamida o'lchanadi, kattayoshdagibolalarda V qovurg'alar orasibo'y labo'lchanadi.

3 bosqich. Olingan natijalar jamlanadi.

IV. Tekshirish usuli: auskultatsiya.

Auskultatsiyasharti: hamma gamaqbulusulda (I bo'limga qaraganda)..

Materiallita'minlanganlik: steto- yokifonendoskop, og'iz kengligi 20 mm oshmagan.

Talabning holati: bemor oldidati kyokio'tirgan holda

Bemor bolaning holati: tik, keyin orqasiga vayontomongayotadi; ertayoshdagibolalarto'sh shakgayotgan holda, keyin onasining qo'llarida o'tirgan holda.

Xarakteristikaro'yxati (4):

1. Yurak faoliyat ritmi.
2. Yurakning qisqarish chastotasi.
3. Tonlar xarakteristikasi:
 - yaqqolliqi
 - tembri;
 - aksenti;
 - balandligi.
4. Shovqinlar borbo'lganda:

- epitsentrtinglanadi;
- paydobo`lishfazasi;
- intensivligi;
- tembri;
- doimiyoykiyo`q;
- qo`shimchaeshitishjoyi.

Yurakauskultatsiyasi

1 bosqich. Boladano`ngtomondaturining.

2 bosqich. Yurakbolatinchnafasolayotganvaqtdaeshitiladi, shuningdeko`pkadaortiqchatovushlarnioldiniolishuchunnafastutibturiladi.

3 bosqich. Mitralklapaniyurakcho`qqisidaneshitiladi (M).

4

bosqich. Aortaklapanidagitovushto`shningo`ngqirrasidaIIqovurg`alarorasidaeshitiladi (A).

5 bosqich.

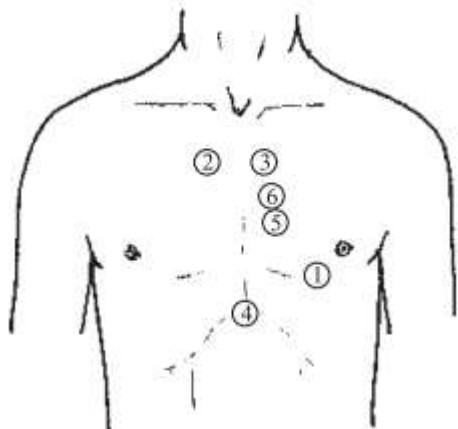
O`pkaarteriyasiklapanidagitovushto`shningchapqirrasidaIIqovurg`alarorasidaeshitiladi (L).

6

bosqich. Uchtabaqaliklapandagitovushto`shningpastkiuchdanbirqismidaxanjarsimono`siqbirikishjoyidaneshitiladi, o`rtato`shchizig`idanbirozo`ngda (T).

7 bosqich. YurakningbarchaklapanlaridagitovushIII-IV qovurg`alarorasidato`shningchapqirrasidajoylashgannuqtadaeshitiladi (Botkin-Naunina-Erbanuqtasi).

NB! Eshitiladigannuqtalaryo`nalishishartliformulasi: MALTA (35-rasm.).



35-rasm. Yurak klapanlari auskultatsiya nuqtalari:

- 1 – mitral klapan eshitish nuqtasi;
- 2 – o`pka arteriyasi eshitish nuqtasi ;
- 3 – aortal klapan eshitish nuqtasi ;
- 4 – uch tavaqali klapan eshitish nuqtasi ;

5 – Botkina-Naunina-Erba nuqtasi.

8 bosqich. Qo`ltiqostisohasio`mrovostiqorinichiorqaeshitiladi.

9

bosqich. Turli nuqtalarda eshutilgan yurakning Iva II tonlariga qo`shimchatonlar borligi gaxarakteristikabering (yaqqolligi, tembri, aksenti).

10 bosqich. Yurak faoliyatiritmigaxarakteristikabering.

11 bosqich. Yurak shovqin borligi ularning xarakterianiqlanadi (epitsentrtinglanadi, paydobo`lish fazasi, intensivligi, tembri).

Arterial bosimni o`lchash

Materiallita`minlanganlik: tonometr, fonendoskop, taglik.

1 bosqich. Bolao`tirishiyokitinchyotishikerak, o`lchayotgan vaqtda harakatlanmaydivagapirmaydi.

2 bosqich. Qo`lgamanjet joylashtiriladi, qo`lpanjalari yuraktekisligidabo`shashgan holatdabo`lishikerak.

3 bosqich. Tirsakbukilmasidan 2-3 sm yuqoriga echintirilgan yelkaga taglik orqalimanjetkaunchalik qattiq bo`lmagan holda biriktiriladi,

bu vaqtda manjetka vayelka orasidan bemorning ikki tabarmog`ibemalolo`tishikerak.

Manjetka yuqorisidagikiyim qo`lniqismasligikerak.

4 bosqich. Manjetka kengligi individual tanlanadi, bolayoshigamosholda (2-yosh atrofidan – 2-4 sm, 3-6 yosh uchun – 6-8 sm, maktab yoshdagilar uchun – 10-12 sm).

5

bosqich. Tirsakbukilmasidan yelka arteriyasipulsatsiyasijoyipalpatoraniqlanadi.

6 bosqich. Ushbu joyga fonendoskop qattiq, lekin bosimsiz joylashtiriladi.

7 bosqich. Rezinaballon ventiliyopiladiva 20-30 mmsm. ustdanyuqoribosimqiymatigacha astasekin havohaydaladi, pulsatsiyasito`xtaguncha.

8 bosqich. Astasekin rezinaballon ventili ochiladi, Manjetkadagibosimehtiyotlik bilan kamaytiriladi, tonpaydobo`lish vaqti qat`iynazoratqilinadi, bumaksimal (sistolik) bosimgamoskeladi.

9 bosqich. Bosimni kamaytirish asta davomettiriladitonlaryo`qolgunicha. Tonning yo`qolish momentiminimal (diastolik) bosimgato`g`rikeladi.

10 bosqich. Oyoqlardagibosimham xuddishu tartibdao`lchanadi. Bolaning qornigayotgan holatidastetoskopog`zinitizzaostichu qurchasiga qo`yibo`lchanadi.

Uchoygachabo`lganbolalaruchun "quyulibkelish"usulidanfoydalaniladi:

1 bosqich. 2 smkenglikdagimanjetkaniyelkayokisongaqo`yiladi.

2 bosqich. Manjetkagahavo180 mmsm. ustbosimgayetgunchahavohaydaladi.
Buvaqtdabolaningkaftiyokitovonisezilarlioqarishikerak.

3 bosqich. Bosimnisekinkamaytiramizteripushtiranggakirguncha;
tonometrshuvaqtdasistolikbosimniko`rsatadi.

4 bosqich. Diastolikbosimsistolikbosimning 1/2-1/3 qismigateng.

Funksionalsinamalarnio`tkazish

Materiallita`minlanganlik: tonometr, fonendoskop, taglik.

Amalgaoshirishusuli

N. A. Shalkovbo`yichasinama

1 bosqich. Pulschastotasiyaniqlanadi.

2 bosqich. Arterialbosimo`lchanadi.

3 bosqich. Boladan 20 sekdavomida 10 martachuqurenkayishso`raladi.

4 bosqich. Enkayganso`ngtezdabosimo`lchanadivapulssanaladi, 3, 5 va 10
mindanso`ng.

Shtangesinamasi

1 bosqich. Boladan 3

martachuqurnafasolishvanafasnimaksimaltutibturishso`raladi.

2 bosqich. Nafasnitutibturishdavomiyligio`lchanadi.

Ortoklinostatiksinama

1 bosqich. Bolaningyotganholatidaarterialbosimo`lchanadivapulssanaladi.

2 bosqich. Turganso`ngarterialbosimo`lchanadivapulssanaladi

3 bosqich. O`lchashnatijalarisolishtiriladi.

Funksionalsinamalarnatijasibaholanadi (IV bo`limgaqarang).

NB! Funksionalsinamalarnio`tkazishyurakqontomirsistemasininerv-
vegetativnazoratinibaholashimkoniniberadi.

6

yoshlisog`lomboladayurakqontomirsistemasinitekshirinativatijalaritasnifigamisol

Bolaningumumiyahvoliqoniqarli, ufaol, jismoniyrivojlanishiyaxshi,
terivako`rinarlishilliqqavatoqish-pushti, yuzko`rinishiodatdagiday,
gorizontalholatdauyquarteriyasidabolanivertikalholatgao`tkazgandayo`qoluvchisez
ilmaspulsatsiyabor. Ko`krakqafasisilindrikshaklda,
yurakcho`qqisiproeksiyasidalokalpulsatsiyakuzatiladi. Kaftvatovondagiterioqish-
pushti, qo`lvaoyoqbarmoqtirnoqlariodatdagidek, kapillyarpulsyo`q;

cho`qqiturtkisimusbat, V qovurg`alarorasichapo`rtao`mrovliniyasidan 1 smichkaridajoylashgan

Balandlikvakuchio`rtacha, cho`qqiturtkisimaydoni 2 sm^2 .

Tirsakarteriyasidapulssinxron, chastotasi 95 martaminutiga, ritmik, o`rtachazo`riqishda, to`lishishivashakliqoniqarli, kattaligiyaxshi. Perkussiyada – yurakningnisbiyto`mtoqlikchegarasi: o`ngda –o`ngsternalliniyadan 1 smtashqarida, chapda – chapo`rtao`mrovliniyasidan 1 smtashqarida, yuqorida – IIqovurg`aorasida; yurakningabsolyutto`mtoqlikchegarasi: o`ngda – chapsternalliniyada, chapda – chapo`rtao`mrovliniyasida; yuqorida – IIIqovurg`aorasida; yurakningko`ndalango`lchami –10 sm.

Auskultativ: Itonuzun, past, jarangdor, g`uvillovchi, yurakcho`qqisidayaxshieshitiladi, IItonqisqa, yumshoq,shaqillovchi, baland, yurakyog` qavati dayaxshieshitiladi, o`pkaarteriyasida IItonaksentikuzatiladi; AB 102/50 mmsm. ust.

N.A. Shalkovbo`yichasinamao`tkazilgandanso`ngpulschastotasiminutiga 118 martanitashkilqiladi, sistolikbosimozroqkattalashgan(105 mmsm. ust.gacha), diastolik50 mmsm. ustchegarasidaqolgan.;

Shtangesinamasinio`tkazgandanafasnitutibturishmaksimaldavomiyligi 16 seknitashkilqiladi; tanaholatinivertikaldangorizontalgao`zgartirgandapulschastotasiminutiga 8 zarbagako`payadi, arterialbosimo`zgarmaydi, jismoniyzo`riqishgayurakqontomirsistemasiningnormalreaksiyasinita`minlaydi.

Mavzuga oid test savollari

1. O`tkir zotiljamda yo`tal:
 - A. spastik
 - B.kuruk
 - C. nam *
 - D.surunkali
 - E.akillovchi
2. O`tkir zotiljamga hos yo`tal:

A. og'riqli, produktiv *

B. o'zok, kechkurungi

C. quruq

D. spazim bilan

E. bugilish

3. Balganni kuchishini yahshilovchi dori vositalari:

A. ambrobene *

B. no-shpa

C. berodual

D. prednizolon

E. adrenalin

4. Erta yoshdagi bolalarda patogenetik yutal:

A. bronxial sekretining yopishkokligini oshganligi, bronhlarning drenaj faoliyatining pasaygani *

B. temir tanqislik kamkonlik

C. eksudativ kataral-diatez

D. raxit borligi

E. anemiya

5. Balg'amning ko'chishini yahshilovchi dori vositalari:

A. flyuditek, bronholitin *

B. ribavirin

C. berodual

D. prednizolon

E. viferon

6. O'tkir pnevmoniya diagnostikasi uchun shart:

A. rentgenogramma*

B. siydik tahlili

- C. axlat tahlili
- D. jigar fermentlari aktivligi
- E. koagulogramma

7. O'tkir pnevmoniyada dezintoksikatsion terapiya uchun ishlatiladi:

- A. infezol, gemodez*
- B. tuzli eritmalar
- C. albumin
- D. reopoliglyukin
- E. reopirin

8. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda pnevmoniyaga xos bo'lmagan simptomni ko'rsating:

- A. nam yo'tal
- B. bronxial nafas, Abning oshishi*
- C. aralash tabiatli hansirash
- D. mayda pufakchali hansirash
- E. gipotoniya

9. O'tkir pnevmoniyaning ko'p uchrovchi asoratini ko'rsating:

- A. yurak yetishmovchiligi
- B. o'tkir nafas yetishmovchiligi*
- C. buyrak usti bezi yetishmovchiligi
- D. buyrak yetishmovchiligi
- E. glomerulonefrit

10. Quyidagi klinik simptomlarning qaysi biri o'tkir pnevmoniyaga ko'proq xos:
A. yo'tal*

- B. gipertermiya
- C. qusish
- D. oqarish

E.ko'ngil aynashi

11.O'tkir pnevmoniyaning rentgenologik tasviriga xos:
A.o'pka to'qimasining infiltrlanishi va nomogen qorayishi*

B.dam bo'lish va gomogen soyalanish

C.suyuqlik sathi mavjud bo'shliqlarning mavjudligi

D.qon tomir tasvirining kuchayishi

E.o'pkaga yo'l

12.Pnevmonik jarayonning cho'zilib kechishi qancha vaqtni o'z ichiga oladi:

A. . 8 hafta – 1 oy

B. 8 hafta - 3 oy

C. 8 hafta - 8 oy*

D. 8 hafta - 9 oy

E. 8 hafta – 1 yil

13.O'tkir pnevmoniyaga xos gematologik siljishlar:

A. yuqori neytrofil leykositoz*

B.leykopeniya

C.gipoxrom anemiya (Hb 70 g/l)

D.monositoz

E.bilirubinemiya

14.Infeksiyaning o'tkir pnevmoniya tarqalish yo'li:

A. limfogen

B.gematogen

C. bronxogen*

kontakt

E.teri

15.O'tkir pnevmoniyaga xos o'zgarishlar:

A. local simptomatika, nam hirillashlar, neytrofil leykositoz*

B.3 kundan kam isitma

C. quruq hushtaksimom hirillashlar

D.inspirator hansirash

E.o'zgarishsiz

16.Krupoz pnevmaniya bolalarda ko'proq qaysi davrida uchraydi:

A. chaqaloqlik davri

B. emizikli davri

C. maktab davri*

D. perinatal

E .maktabdan keying davr

17.Krupoz pnevmaniyada ko'pincha jarayon joylashadi:

A. plevrada

B. interstisial to'qimada

C. o'ng o'pka yuqori va pastki bo'laklarida *

D. chap o'pka yuqori qismida

E. jigarda

18.Pnevmaniyaning qaysi formasi uchun quyidagi belgilar xarakterli: birdan boshlanishi, yonoqlarda qizarish, zangsimon ajralmali yo'tal, gipertermiya 39-40⁰S:

A. krupoz pnevmaniya *

B. o'choqli pnevmaniya

C. segmentar pnevmaniya

D. interstisial pnevmaniya

E. bo'lakli pnevmaniya

19.Mukolitiklar berilishi maqsadga muvofiq holat:

A. o'pka va bronxlardagi jarayon so'nish davrida *

B. kasallik boshlang'ich davrida

C. temperature pasayishi fonida

D. xansirash xuruji bartaraf etilgandan so'ng

E. xansirash xuruji bartaraf etilgungacha

20. Bolalarda pnevmaniya uchun xarakterli:

A. perkurator tovush qisqarishi, kichik pufakchali va krepatasiyalanuvchi xurujlar dag'al nafas fonida *

B. intoksikasiya simptomlari yo'qligi

C. nafas yetishmovchiligi yo'qligi

D. perkurator tovush korobkasimon bo'lishi

E. tiniq nafas

21. Mikoplazma pnevmoniyada effektiv:

A. eritromisin fosfat *

B. penisillin

C. karbenisillin

D. ampioks

E. levomisetin

22. Zotiljamga xos belgi:

A. nafas yetishmasligi yo'q

B. intoksikasiya yo'q

C. perkutor tovush qisqargan, nam xirillashlar*

D. qutichasimon perkutor tovush

E. bo'g'ilish xuruji

23. Surunkali pnevmoniyani keltiruvchi sabablari:

A. cho'zilgan, retsidivlanuvchi, abstsesslanuvchi pnevmoniya*

B. nafas yo'llarining anatomik tuzilishi

C. immunitet pastligi

D. ORVI

E. o'tkir pnevmoniya

24. Nafas yetishmasligi klinik belgilari:

A. peroral sianoz, xansirash*

B. teri giperemiyasi

C. tezlashgan nafas

D. taxikardiya

E. to'g'ri javob yo'q

25. Zotiqlam turi:

A. obstruktiv

B. interstitsial*

C. bronxopnevmoniya

D. progresslanuvchi

E. tarqalgan

26. O'tkir pnevmoniyani qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis qilish kerak:

A. gripp, ORVI, bronxit, bronxiolit*

B. meningoentsefalit

C. tumov

D. Sepsis

E. ORVI, OITS

27. Krupoz pnevmoniyada umumiy qon analizidagi ko'rsatkichlar:

A. ECHT oshishi, leykotsitoz*

B. ECHT oshishi limfositoz

C. limfositoz, eozinofiliya

D. Bilirubin oshishi

E. eozinofiliya, leykotsitoz

28. O'tkir pnevmoniyada o'pkadagi asoratlarga kiradi:

A. septic shok

B. sinpnevmonik plevrit*

- C. kardit
- D. DVS - sindrom
- E. yurak qon tomir yetishmovchiligi

29.O'tkir pnevmoniyada o'pkadagi asoratlarga kiradi:

- A. o'pka destrukciyasi*
- B. septic shok
- C. kardit
- D. DVS - sindrom
- E. yurak qon tomir yetishmovchiligi

30.O'tkir pnevmoniyada o'pkadagi asoratlarga kiradi:

- A. septic shok
- B. o'pka absessi*
- C. kardit
- D. DVS - sindrom
- E. yurak qon tomir yetishmovchiligi

31.o'tkir pnevmoniyaning o'pkadagi asoratlarga kirmaydi:

- A. septik shok*
- B. sinpnevmonik plevrit
- C. metopnevmonik plevrit
- D. piopnevotoraks
- E. o'pka destrukciyasi

32.o'tkir pnevmoniyaning o'pkadagi asoratlarga kirmaydi:

- A. kardit*
- B. sinpnevmonik plevrit
- C. piopnevotoraks
- D. o'pka destrukciyasi
- E. o'pka absessi

1. Vit.S kaysi ovkat maxsulotlarida kuprok buladi:
 - a) jigar;
 - b) karam;
 - v) gusht;
 - g) tuxum;
 - d) murch

2. Gipovitaminoz A ga xos bulmagan belgini kursating:
 - a) terining kurukligi;
 - b) kuzining xira kurishi;
 - v) buy va vaznining kamligi;
 - g) petexiyalar toshishi;
 - d) soch tukilishi.

3. Gipovitaminoz V₁₂ ga xos bulgan asosiy belgini kursating:
 - a) ich ketishi;
 - b) sezish kobiliyati;
 - v) shillik pardalar okarishi;
 - g) giperxrom anemiya;
 - d) makrotsitar anemiya.

4. Gipovitaminoz P ga xos bulgan belgini kursating:
 - a) burundan kon ketishi;
 - b) ishtaxasizlik;
 - v) ich kotishi;
 - g) kip-kizil til bulishi;
 - d) soch tukilishi.

5. Kaysi gipovitaminozlarda psixik uzgarishlar kuzatiladi:
 - a) gipovitaminoz A;
 - b) gipovitaminoz V₁;
 - v) gipovitaminoz K;
 - g) gipovitaminoz D;
 - d) gipovitaminoz U.

6. Kaysi vitamin defitsiti nasliy kasalliklar patogenezida rol uynaydi:
 - a) gipovitaminoz A;
 - b) gipovitaminoz RR;
 - v) gipovitaminoz D;
 - g) gipovitaminoz S;

- d) gipovitaminoz V₆.
7. Raxit kasalligida kaysi vitamin defitsiti kuzatiladi:
- a) vit. V₆;
 - b) vit. V₁;
 - v) vit. V₁₂;
 - g) vit. D;
 - d) vit. S.
8. Kaysi vitamin gemokonga ta'sir qiladi?
- a) filloksinol;
 - b) retinol;
 - v) tiamin;
 - g) folatsin;
 - d) nikotin kislotasi.
9. Erta eshdagi bolaning vit. S ga extiyoji kancha (sutkalik)?
- a) 40 mg;
 - b) 70 mg;
 - v) 100 mg;
 - g) 200 mg;
 - d) 300 mg.
10. Erta eshdagi bolaning vit. A extiyoji (sutkalik) kancha?
- a) 1,0 mg;
 - b) 5,0 mg;
 - v) 10 mg;
 - g) 0,5 mg;
 - d) 3,0 mg
11. Kaysi vitamin etishmovchiligida gemerolopiya kuzatiladi?
- a) S vit.
 - b) A vit.
 - v) V₁ vit.
 - g) E vit.
 - d) V₁₂ vit.
12. Gipervitaminoz D oldin olish uchun kaysi sinama utkaziladi?
- a) Apt sinamasi
 - b) SHtange sinamasi
 - v) Makklyur Oldrich sinamasi
 - g) Sulkovich sinamasi
 - d) Feling sinamasi
13. Organizmning vit RRga sutkalik extiyoji kancha?
- a) 4-5 mg

- b) 1-2 mg
 - v) 6-10 mg
 - g) 2-3 mg
 - d) 3-5 mg
14. Vit RR ning etishmovchiligi nimada namoyon buladi?
- a) nevrit va yurak-tomir sistemasining kasalliklari
 - b) anemiya, artritlar
 - v) bronxit, laringotraxeit
 - g) dermatit, diareya, demensiya
 - d) yukoridagilarining barchasi
15. Organizmda A vitamin etishmasa, kaysi kasallik rivojlanadi
- a) beri-beri
 - b) raxit
 - v) pellagra
 - g) skorbut
 - d) gemerolopiya
16. V₁ gipovitaminoz bilan boglik kasallik kanday nomlanadi?
- a) raxit
 - b) spru
 - v) beri-beri
 - g) skorbut
 - d) gemorragik diatez
17. Kaysi maxsulotlarda kup mikdorda A vitamin uchraydi?
- a) gusht, pishlok
 - b) olma, nok
 - v) kizil sabzi, tuxum, sariyog, tovuk gushti
 - g) kartoshka, karam
 - d) yukoridagilarinng barchasi
18. Bolalar uchun retinolning profilaktik dozasi
- a) 3000-3300 ME
 - b) 2000-2500 ME
 - v) 1000-1500 ME
 - g) 50000-30000 ME
 - d) 1500-20000 ME
19. Erta yoshdagi bolalarda K-vitaminga sutkalik extiyoji kancha
- a) 0,003 g
 - b) 0,0001 g
 - v) 0,004 g
 - g) 0,002 g

- d) 0,005 g
20. S vitaminoz bilan boglangan kasallik kanday nomlanadi?
- a) skorbut, singa
 - b) spru
 - v) gemerolopiya
 - g) beri-beri
 - d) raxit
21. RR gipovitaminoz bilan boglangan kasallik kanday nomlanadi?
- a) pellagra
 - b) raxit
 - v) gemerolopiya
 - g) skorbut
 - d) beri-beri
22. Folatlar etishmovchiligida konida kanday uzgarishlar kuzatiladi?
- a) megalotsitar gipoxrom anemiya, leykopeniya
 - b) gipoxrom anemiya, leykotsitoz
 - v) makrotsitar giperxrom anemiya, leykopeniya, trombositopeniya
 - g) leykotsitoz, trombositopeniya
 - d) gipoxrom anemiya, leykopeniya, trombositoz
23. V₁-vitamin etishmovchiligida kaysi tiizimlarda uzgarishlar buladi?
- a) ovkat xazm kilish sistemasi
 - b) mushak va nerv sistemasi
 - v) kon yaratilish va nerv sistemalarda
 - g) teri va shillik pardalarda
 - d) kon aylanish va mushak tizimlarda
24. K-gipovitaminozida konda kanday uzgarishlar kuzatiladi?
- a) gipoxrom anemiya, leykotsitoz
 - b) leykopeniya, trombositoz
 - v) prokonvertin va protrombin mikdorini kamayishi
 - g) anemiya, leykopeniya, retikulotsitoz
 - d) geparin mikdorini kamayishi
25. V₁-gipovitaminozga mos kursatkichni kursatib bering
- a) milklarning konab turishi
 - b) shox pardaning kserozi va keratomalyasiya
 - v) polinevrit
 - g) makrotsit-megablast anemiya
 - d) seboreya dermatiti
26. 5 yoshli bolaning vitamin E ga sutkalik extiyoji kancha
- a) 5 ME

b) 8 ME

v) 2 ME

g) 10 ME

d) 20 ME

27. 1 ml 0,003% eritmasida necha mkg V_{12} -vitamin bor?

a) 60 mkg

b) 30 mkg

v) 100 mkg

g) 3 mkg

d) 300 mkg

28. Talvasa xurujida bolalarga kaysi vitamin buyuriladi?

a) S

b) V_5

v) V_6

g) V_2

d) V_{12}

29. Kaysi vitamin etishmovchiligida oksaluriya kuzatiladi.

a) K

b) E

v) V_6

g) D

d) S

30. Kaysi kasalliklarda V_{15} vitamin buyuriladi?

a) nafas olish, kon aylanish sistemalarning kasalliklarda, gepatitda va D gipervitaminozda

b) anemiya, suyak-bugim sistemaning kasalliklarda

v) plevrit, bronxit va astmada

g) tuberkulez (sil kasallik), brutsellez poliaritritda

d) yukoridagilarning barchalarda

31. Kalsiya pangamatni dozasini aniklab bering (tabletkada)

a) 0,01-0,02 g

b) 0,02-0,03 g

v) 0,03-0,04 g

g) 0,05 g

d) 0,1 g

32. Kaysi maxsulotlarda S vitamin kup mikdorda buladi

a) kora koragat, malina, sitruslar, kartoshka, kuk piyoz, anor, bulgor kalampiri

b) karam, baklajan, kadi, gurunch, loviya

v) gusht, jigar, buyraklar

- g) kashnigsimon kukat (petrushka), shivit
d) yukoridagilarning barchasi
33. Rezorbsion gipovitaminozlarga kaysi gipovitaminozlar kirmaydi?
a) axiliya natijasida
b) me'dada gipersekretsiya bulganda
v) sirroz natijasida
g) sepsis natijasida
d) seliakiya natijasida
34. Kaysi kasalliklar uchun angulyar stomatit xarakterli emas
a) gipovitaminoz S
b) gipovitaminoz V₂
v) gipovitaminoz RR
g) anemiya
d) yukoridagilarning barchalarga xarakterli
35. Dissimilyasion gipovitaminoz rivojlanadi
a) ogir infeksiyalar natijasida
b) ogir jismoniy zurikish natijasida
v) toglik joylarda yashovchilarda
g) kup vaktan beri antibiotiklar bilan davolash
d) yukoridagilarning barchasi natijasida
36. Oyoklarda ogrik, ayniksa yurish paytda, elkalarda ogrik, xolsizlik, tez charchash, terida mayda gemorragik toshmalar, musbat endoteilal probalar kaysi gipovitaminozga xarakterli?
a) gipovitaminoz S
b) gipovitaminoz A
v) gipovitaminoz V₁
g) gipovitaminoz K
d) gipovitaminoz R
37. Xeyloz – bu nima?
a) kuruk kip-kizil til
b) laklangan til
v) labini chekkasida bitishmalar, yorilish va kurugan puslokchalar
g) lablarning kizil gardishi va chizikli lablar
d) «geografik» til
38. Vitamin K kaysi maxsulotlarda kup mikdorda buladi?
a) jigar, ismalok, pomidor, nuxot, tuxum
b) tuxum, jigar, gusht, eryongok
v) choy, shipovnik, yongok, limon
g) xamirturush, jigar, yongok, tuxum sarigi, balik

d) ichak flora yordamida sintezlanadi

39. Kaysi gipovitaminozda ksanturenuriya kuzatiladi?

a) S gipovitaminoz

b) A gipovitaminoz

v) V₂ gipovitaminoz

g) V₆ gipovitaminoz

d) V₅ gipovitaminoz

40. Olimlardan kaysi biri vitaminlarni birinchi bulib topgan?

a) Mechnikov I.I.

b) Pavlov I.P.

v) Lunin N.I.

g) Mendeleev D.I.

d) Kudryashov B.A.

Norevmatik karditning tekshirish usullari:

A.EhoKS, EKG *

B.peshob umumy tekshiruvi

C.jigar fermentlarining faolligi

D. najas umumy tekshiruvi

E.revmoproba

Norevmatik karditni davolashning asosiy preparatlari:

A. vitaminlar

B.glistga qarshi

C. antibiotiklar, nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar *

D.anabolik gormonlar

E.sitostatiklar

revmatik isitma kriteriylari:

A. kardit, xoreya, poliartrit*

B. monoartrit

C. ankiloz

D. artralgiya

E. simmetrik bo`g`imlar zararlanadi

Revmatizmni patogenetik davolash dorilari:

A.nosteroidlar, kortikosteroidlar, antigistaminlar*

B. Yurak glikozidlari

- C. sedativlar
- D. diuretiklar
- E. o't xaydovchilar

Revmatizmni spetsifik profilaktikasi:

- A. anginani davolash
- B. bitsillinoprofilaktika*
- C. Yurak nuqsonlarini davolash
- D. sanator davolash
- E. sovuqdan saqlanish

Revmatik isitma mutlaq mezonga taalluqli emas?

- A. poliartralgiya *
- B. cardit
- C. poliartrit
- D. shaytonlash
- E. halqasimon eritema

Revmatik toshma xarakterli?

- A. Papula
- B. xalqasimon eritema *
- C. petexia
- D. pufakcha
- E. qon ketishi

Revmatizmni spetsifik profilaktikasi?

- A. anginani davolash
- B. bitsillinoprofilaktika*
- C. yurak nuqsonlarini davolash
- D. sanator davolash
- E. sovuqdan saqlanish

Zotiljamning klinik kechishiga cura qandau turlari tafovut qilinadi?

- A. uchog'li *
- B. retsidivlovchi
- C. surunkali
- D. molninos
- E. tulkinsimon

19. Raxit tahminan qaysi yoshlarda kuzatiladi?

- A. 3 oyda *
- B. 15-20 Yoshida
- C. 2-5 Yoshida
- D. 7-8 oyda
- E. 3-5 Yoshida

23. Tetrada Fallo klinikasini ko'rsating:

- A. «baraban tayoqchalari" *
- B. yutal
- C. Tana haroratining kutarilishi
- D. splenomegaliya
- E. leykotsitoz

24. Tetrada Fallo klinikasini ko'rsating:

- A. yutal
- B. «soat oynasi" *
- C. tana haroratining kutarilishi
- D. splenomegaliya
- E. leykotsitoz

25. Tetrada Fallo klinikasini ko'rsating:

- A. Total siyanoz *
- B. yutal
- C. tana haroratining kutarilishi
- D. splenomegaliya
- E. leykotsitoz

26. Aorta klapinining yetishmovchiligi harakterlanadi:

- A. yurak konfiguratsiyasi "etik" shaklida *
- B. yurak shakli sharsimon
- C. auskultatsiyada yurak shovqinlarining yo'qligi
- D. tezlashgan puls
- E. mashinasimon shovqin

31. Mitral clapin etishmovchiligi harakterlanadi:

- A. yurak chegaralari chapga va pastga kengaygan, yurak chukkisida sistolik shovkin *
- B. yurak bukri
- C. diastolik shovkin

D.shovqin qo'ltiq osti sohasiga uzatilmaydi
E.mashinasimon shovkin

38.Immunomodulyatorlarga kiradi:

- A. Riboxin
- B. Nospanum
- C. chloromphenicol
- D. panzinorm
- E. viferon *

39.Holeretiklarga kiradi:

- A. Holenzim, holosas *
- B.kaltsy xlor
- C.no-shpa
- D.papaverin
- E.panzinorm

40. Organizmda temir deposi:

- A. mushaklar
- B.talok
- C.limfa tugunlari
- D. suyak kumigi, jigar *
- E.teri

41.Tseliakiya patogenezining asoslangan teoriyasi hisoblanadi:

- A. enzim *
- B. virus
- C.yalliglanish
- D.allergik
- E.oziklanish

44.Diareyani davolashda tavsya etiladi:

- A.oral rehydration vositalar, enzim vositalari*
- B.sitostatiklar
- C.peshob haydovchi
- D.glyukokortikoidlar
- E.aspirin

45. Jigar funktsional holatining aniqlash sindromlari:

- A. gemorragik
- B. ogrikli
- C. dispeptik
- D. sitoliz, holestaz *
- E. astenonevrotik

46. Shaytonlash sababini akniklash uchun qanday tekshiruvlar o'tkaziladi:

- A. FKG
- B. qon umumiy tekshiruvi
- C. EGDS
- D. EKG
- E. neyrosonografiya *

47. Kon reologiyasini yahshilash uchun qaysi preparatlar kulaniladi:

- A. reosorbilakt *
- B. regydron
- C. antibiotiklar
- D. yallig'lanishga qarshi
- E. reopirin

48. Oral regidratation vositalarga kiradi:

- A. smekta
- B. pancreatin
- C. peditral *
- D. poliglyukin
- E. reopirin

49. Mukovistsidozning asosiy sindromlarini kursating:

- A. modda almashinuvi sindromi, hepatomegalya
- B. ichak sindromi, o'pka shikastlanish sindromi *
- C. surunkali gipoksiya sindromi
- D. astenovegetativ sindromi
- E. gepatomegalya

50. Zotiljamda qanday o'pkadan tashqari asoratlar kuzatiladi:

- A. meningit*
- B. pnevmotoraks
- C. pielonefrit
- D. assit

E.osteomielit

51. Seliakiyaning asosiy klinik shakllari:

- A. tipik (klassik), monosimptomli *
- B. molnienos
- C. birlamchi, yashirin
- D. ikkilamchi
- E. tug'ma, ortirilgan

52. Surunkli zotiljamning asoratlariga kiradi:

- A. buyrak etishmovchiligi
- B. yurak etishmovchiligi
- C. nafas etishmovchiligi
- D. o'pka emfizemasi, o'pka yuragi *
- E. plevrit

64. Ko'krak yoshidagi bolalarda temir tanqislik kamqonlikning asosiy omili:

- A. noratsional ovqatlantirish *
- B. surunkali ichburug '
- C. chala tugilganlik
- D. tez kasallanuvchi bolalar
- E. rahit

65. Spastik yo'tal bilan kechuvchi kasalliklar:

- A. bronhial astma *
- B. o'pka sili
- C. o'tkir zotiljam
- D. URVI
- E. sinusit

67. Temir tankislik kamkonlik sindromi:

- A. epitelial *
- B. gemorragik
- C. ikkilamchi immunitet tanqisligi
- D. harakat buzilishlari sindromi
- E. tsitoliz

68. Buyrak funktsional holatini baholashda ahamiyatga ega:

- A. qonda kreatinin, mochevina darajasiga*

- B. S - reaktiv oqsil
- C. seromukoidlar
- D.koagulogramma
- E.revmoproba

74. Retsidivlanuvchi obstruktiv bronxit klinik belgisi hisoblanadi:

- A. yiringli balgam
- B.disbakterioz
- C.og'iz kurishi
- D. qiynoqli yo'tal, hansirash *
- E.krepitatsiya

75. obstruktiv bronxit diagnostikasida ahamiyatga ega:

- A.o'pka rentgenografiyasi, pikfulometriya *
- B.kon tekshiruvi
- C.allergologik tekshiruv
- D.plevrani punktsiyasi
- E.UZI

76.Retsidivlanuvchi bronhit quyidagi kasalliklar bilan taqqoslama tashxis qilinadi :

- A. O'tkir gaymorit
- B.Surunkali tonsillit
- C. Nafas yo'llarida yot jism*
- D.O'RVI
- E.Anemiya

77. Ko'krakdan tashqari nafas yo'llari obstruksiyasi bilan kechuvchi kasallik:

- A. laringotraxeit (krup)*
- B. rinit
- C. tonsillit
- D. O'RVI
- E. anemiya

100. Qaysi holatlar allergik kasalliklar guruhiga kiradi:

- A. Marfan sindromi
- B. gipertenzion sindrom
- C. talvasa sindromi
- D. Layell sindromi *
- E. anemiya

101. Obstruktiv bronxitning rentgenologik harakteristikasi:

- A. “suvli” ildizlarning mavjudligi
- B. katta tomirlar suratini qo’shilib ketishi
- C. o’pka shishgan, o’pka surati kuchaygan*
- D. o’choqli soyalar borligi
- E. “ Kloyberg” kosachalari

102. O’tkir obstruktiv bronxitning taqqoslama tashxisi o’tkaziladi:

- A. O’RVI
- B. tug’ma yurak nuqsoni
- C. o’tkir bronxiolit*
- D. kardiomegaliya
- E. anemiya

103. Obstruktiv bronxitni davolashda qo’llaniladi:

- A. antipiretiklar
- B. salbutamol, eufillin*
- C. antimikrob preparatlar
- D. yurakglikozidlari
- E. aspirin

104 O’tkir revmatik ataka kardit bilan namoyon bo’lganda qo’llaniladi:

- A. penitsillin qatori antibiotiklari, glyukokortikosteroidlar*
- B. fermentlar
- C. siydikhaydovchilar
- D. sulfanilamidlar
- E. viferon

105. H₂- gistamin blokatorlariga kiradi:

- A. maloks
- B. almagel
- C. ranitidin, famotidine*
- D. panzinorm
- E. no-shpa

106. Qaysi guruh kasalliklari jigar almashinuv kasalliklariga kiradi:

- A. glikogenozlar*
- B. mukovistidoz
- C. surunkali gepatit
- D. jigar o'smasi
- E. sirroz

ASOSIY ADABIYOTLAR

1. “Bolalar kasalliklari propedevtikasi” – Ashurova D.T. tahriri ostida (rus, o`zbek , qoraqolpoq tilida) 2018 y
2. “Bolalar kasalliklari propedevtikasi” - Qoraxodjaev B.I. 2006 y
3. “Fakultet pediatriya” Muratxodjaeva A.V. va boshq. 2015 y.
4. “Neonatologiya” Alimov A.V. va boshq. 2018 y.
5. Gospital Pediatriya Raximov S.A., Isroilov A.R. Toshkent, 2010
6. Poliklinik pediatriya va rehabilitologiya (lotin tilida) E.A.Shomansurova va boshqalar. Toshkent, 2010

QO`SHIMCHA ADABIYOTLAR

1. Mirziyoev Sh.M. Tanqidiy tahlil, qat`iy tartib intizom va shaxsiy javobgarlik- har bir rahbar faoliyatining kundalik qoidasi bo`lishi kerak. 2017 y, 104 bet, O`zbekiston matbuot va axborot agentligining “O`zbekiston” nashriyot matbaa ijodiy uyi.
2. Mirziyoev Sh.M. Buyuk kelajagimizning mard va olijanob xalqimiz bilan birga quramiz. 2017 y, 488 bet, O`zbekiston matbuot va axborot agentligining “O`zbekiston” nashriyot matbaa ijodiy uyi.
3. Mirziyoev Sh.M. Erkin va farovon, demokratik O`zbekiston davlatini birgalikda barpo etamiz. 2016 y, 56 bet, O`zbekiston matbuot va axborot agentligining “O`zbekiston” nashriyot matbaa ijodiy uyi.
4. “Propedevtika detskix bolezney”- Baranova A. 1998 y
5. “Propedevtika detskix bolezney”- Mazurin A.V.1999 y
6. Metodicheskie razrabotki k prakticheskim zanyatiyam po propedevtike detskix bolezney dlya studentov 3 kursa (chast pervaya). Tashkent – 1993 g
7. A.V.Alimov. Neonatologiya, Toshkent, 2012.
8. Osnovo` uxoda za zdorovo`m i bolno`m novorojdenno`m rebenkom. Kamilov A.I., Tashkent. 2007
9. Reshenie problem novorojdenno`x. Rukovodstvo dlya effektivnoy praktiki. VOZ 2005.
10. Dj.Merta. Spravochnik vracha obhey praktiki. Perevod s angliyskogo yazo`ka, Moskva. 1998 .
- 11.Gadoev A.G.UASh uchun amaliy ko`nikmalar to`plami, 2010
12. Bolalar kasalliklari. Eshqobulov J O`zROO`MTV 1993.
- 13.Bolalar kasalliklari. Sultonov X.K. va boshk. Toshkent. O`zROO`MTV 2003.
- 14.Alimov A.V. Bolalar kardiorevmatologiyasi. O`zROO`MTV 2004.
- 15.Prakticheskie navo`ki pediatria. Usov I.N. Min. zdrav. Rossii 1990.
- 16.Detskie bolezni, Baranov A.M., 2007.

17. Umumiy amaliyot shifokori uchun qo`llanma. F.G.Nazirov, A.G.Gadoev tahriri ostida. GEOTAR, Media, M.2007.
18. Obhaya vrachebnaya praktika. Rukovodstvo pod red. F.G.Nazirova, A.G.Gadaeva. - M.: GEOTAR, 2005.
19. Entsiklopediya klinicheskogo obsledovaniya bolnogo. B.Beyts va boshq. Ingliz tilidan tarjima. M.: GEOTAR, 1998.
20. Bolalar kasalliklarini integratsion usulda olib borish. O`quv qo`llanma. UzRSSVG`YuNISEF, 2011. 205s
21. Detskie bolezni. Tom 1. Shabalov N.P. Moskva, 2003.
22. Detskie bolezni. Tom 2. Shabalov N.P. Moskva, 2003.
23. Spravichnik vracha obhey praktiki. Alimov A.V. i 14 soavtorov. Toshkent, 2010.
24. Neonatologiya, N.P.Shabalov. Sankt - Peterburg, 2004.
25. Poliklinik pediatriya va reabilitologiya E.A.Shomansurova va boshqalar Toshkent, 2010.
26. Primenenie metodov reabilitatsii v lechenii bolno`x s zabolevaniyami serdechno-sosudistoy sistemo`. Sh.A.Agzamova Toshkent 2010.
27. Yurak kon - tomir kasalliklari bilan og`rigan bemorlarni davolashda reabilitatsiya usullarini qo`llash. Sh.A.Agzamova va mual., Toshkent 2010
28. Yurak kon - tomir kasalliklari bilan og`rigan bemorlarni davolashda reabilitatsiya usullarini `qo`llash (lotin tilida) Sh.A.Agzamova va mual., Toshkent 2010
29. Klinicheskoe rukovodstvo po diagnostike, lecheniyu i profilaktike gelmintofov u detey do 14 let v pervichnom zvene zdravooxraneniya. Tashkent, 2009
30. Klinicheskoe rukovodstvo po skriningu, profilaktike i lecheniyu jelezodefitsitnoy anemii, Tashkent 2004
31. Klinicheskoe rukovodstvo po diagnostike ostro`x infektsiy verxnix i niynix do`xateln`x putey u detey do 5 let v ambulatorno-poliklinicheskom zvene zdravooxraneniya, Tashkent, 2007
32. Rost i razvitie detey do 5 let, metodicheskoe rukovodstvo, Tashkent, 2009
33. Interpretatsiya rezultatov laboratorno`x analizov, provodimo`x v SVP Tashkent, 2010
34. QVPda bajariladigan laboratoriya tahlillari natijalarining sharhi, Toshkent , 2010
35. Pediatriyada reabilitatsiya usulini qo`llash. O`quv uslubiy qo`llanma. (O`zbek, lotin) Toshkent 2012
36. Saxarno`y diabet: klinika, diagnostika, lechenie i oslojneniya. O`quv uslubiy qo`llanma. (Rus, uzbek, lotin). Toshkent, 2012

37. Berman R.E., Kligman R.M., Djenson X.B. - *Pediatrica po Nelsonu* (17-e izd., Rid Elsevier, MIA) - 2009
38. *Propedevtika detskix bolezney*. T.V. Kapitan, M. 2006 g.
39. *Propedevtika detskix bolezney*. Mazurin A.V., Vorontsov I.M., 2 oe izdanie Sankt. P. 2009.
40. Alimov A.V., Raxmatullaev A.K. «Bolalar kardiorevmatologiyasi» UzROUMTV, 2004
41. Alimov A.V. taxririyyati ostida «Talabalarning klinik fikrlashini baholash varaqalari.» UzROUMTV, 2006.
42. Rachinskiy S.V., Tatochenko V.K. *Bolezni organov do`xaniya u detey*. Moskva «Meditsina», 1988.
43. *Farmako-retsepturno`y spravochnik pediatria*. Pod redaktsiey Usova I.N. Minsk, 1990.
44. *Narodnaya meditsina*. Li B.N. 2008.
45. *Xalk tabobati*. Li B.N. 2009.
46. *Bolalar kardiorevmatologiyasining sirlari*. Alimov A.V., Raxmatullaev A.?. 2006.
47. Dauksh I.A., Muratxodjaeva A.V. va boshqalar. *Bolalada mineral almashinuvning buzilishi (raxit, spazmofiliya, gipervitaminoz D), o`quv uslubiy qo`llanma*, 2012 yil.
48. *Chaqaloqlar reanimatsiyasi*. Toshkent. 2014.
49. *Effektivnaya perinatalnaya pomoh i uxod (EPU)*
50. *Ko`krak suti bilan boqish*. D.I. Maxmudova, M.N. Axmedov, A.L. Tolipova va boshk. Toshkent. M. Meditsina. 2003.
51. *Vnutriutrobnò`e infektsii u novorojdenno`x*. Z.J. Raxmankulova, Z.S. Kamalov, T.U. Aripova. Tashkent. 2016.
52. *Neonatologiya*. Natsionalnoe rukovodstvo. N.N. Volodin., E.N. Baybarin., G.N. Buslaeva., D.N. Degtyarev. 2008. Moskva
53. *Rukovodstvo uchastkovogo pediatria*. T.G. Avdeeva. 2008. Moskva
54. *Teplovaya zahita novorojdenного*. Prakticheskoe rukovodstvo. (Bezopasnoe materinstvo). YuNISEF. Tashkent. 2009
55. *Neonatologiya. Prakticheskie rekomendatsii*. R. Roosz., O. Gentsel-Borovicheni., G. Prokittle. Moskva. Meditsinskaya literatura. 2011 g.
56. *Normativno`e dokumento`*: Prikazo` : №500, 80, 81,88, 378, 600, 226, 176, 74, 480

Internet saytlari

1. www.avicenna-med.uz
2. www.bsmi.uz

3. <http://www.pediatr-russia.ru>
4. <http://med-study.ru>
5. <http://www.pediatrics-nmo.com>
6. <http://medline.ru>
7. <http://www.medicalstud.ru/med-ge>
8. www.mediasphera.aha.ru/pediatr/ped-mn.htm – Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii