

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

Қўлёзма асосида

Удк: 616.61-002.3-053.2:616.36-002.14-036

ФАЙЗИЕВ БАХРОМ ОДИЛЖОНОВИЧ

**Болаларда сурункали пиелонефрит фонида вирусли гепатит ва
клиник кечиш хусусиятлари**

5А510107–“Болалар юқумли касалликлари”

ДИССЕРТАЦИЯ МАГИСТР АКАДЕМИК ДАРАЖАСИНИ ОЛИШ УЧУН
ЎЗИЛГАН

Илмий иш рахбари: [Зокирходжаев А.Х.]

Тошкент 2015 йил

АННОТАЦИЯ

Вирусли гепатитлар жигар касалликлари ичида турли юқиш механизмига эга кенг тарқалган вирусли касалликлар ҳисобланади . Ҳозирги кунда болаларнинг вирусли гепатитлар билан айниқса вирусли гепатит А билан касалланиши юқориликча қолмоқда. Вирусли гепатит А одам вирусли касалликлари ичида кенг тарқалган инфекциялардан биридир. Иқлими иссиқ ва санитария ҳолатлари ёмон бўлган давлатларда кўплаб одамлар вирусли гепатит А билан касалландилар. Ўзбекистон республикасида вирусли гепатит А касаллиги айниқса болалар ўртасида бугунги кунда ҳам тез-тез учраб турибди. Касалликнинг клиник кечиши ва лаборатор натижаларнинг қай даражада ўзгариши касалликни одам организмидаги йўлдош касалликлари мавжудлиги ёки болаларда сурункали пиелонефрит фонидаги касалликларни намаён бўлиши билан боғлиқ бўлади. Вирусли гепатит А кечишига турли омиллар ва сурункали касалликлардан, айниқса сурункали пиелонефрит салбий таъсир кўрсатади. Вирусли гепатит А ва сурункали пиелонефрит биргаликда кечганда асосий касалликнинг оғирроқ ва асоратли кечиши кузатилади. Бу ҳолат айниқса болаларда яққол намаён бўлиши билан изоҳланади.

Лойиҳанинг мақсади Болаларда вирусли гепатит А нинг сурункали пиелонефрит фонида клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Текширувларда 61 та вирусли гепатит А билан оғриган беморлар олинган. Уларнинг ёши 3-15 ёшгачани ташкил қилади. Ҳамма беморлар 2 гуруҳга бўлинади, биринчи гуруҳда 34 та бемор, иккинчи гуруҳда эса 27 та бемор кузатилди. 1 гуруҳ –вирусли гепатит А билан оғриган беморлар (назорат).2 гуруҳ –сурункали пиелонефрит фонида вирусли гепатит А билан оғриган беморлар (асосий).

Айрим 3 ёшдан 15 ёшгача бўлган болаларда сурункали пиелонефрит билан оғриганлиги боис вирусли гепатит А нинг клиник ва

типик кечишига ўз тасирини кўрсатади. Натижада вирусли гепатит А касаллигининг клиник белгилари аниқ ва равшан кўринмаслиги мункин ва бунинг натижасида касалликнинг ўтказиб юборилганлиги натижасида оғирроқ кечишига ва лаборатор биокимёвий кўрсаткичларнинг ўзига хос юқори бўлишига ва касалликнинг узокроқ кечишига сабабчи бўлади .

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Среди патологии печени вирусные гепатиты являются широко распространенным вирусным заболеванием с различными механизмами заражения. В настоящее время заболеваемость вирусным гепатитом, особенно вирусным гепатитом А остается высокой. Вирусный гепатит А является широко распространенной инфекцией среди вирусных заболеваний человека. В государствах с жарким климатом и с плохими санитарными условиями заболеваемость вирусным гепатитом А высокая. В Республике Узбекистан по сей день особенно среди детей часто встречаются заболеваемость вирусным гепатитом. Клиническое течение болезни и степень изменения результатов лабораторных исследований во многом зависит от наличия сопутствующих заболеваний в организме человека или проявления болезни на фоне хронического пиелонефрита у детей. На течение вирусного гепатита А влияют различные факторы и хронические заболевания, особенно хронический пиелонефрит. При совместном течении вирусного гепатита А и хронического пиелонефрита, наблюдается тяжелое и осложненное течение основного заболевания. Это особенно ярко проявляется у детей.

Цель проекта: Изучение особенностей клинического течения вирусного гепатита А у детей на фоне хронического пиелонефрита.

Обследовано 61 больных с вирусным гепатитом А. Возраст больных составляет 3-15 лет. Все больные распределены на две группы, на первой группе 34 больных, а на второй группе 27 больных обследованы.

1-я группа – больные с вирусным гепатитом А. (контрольная)

2-я группа – больные с вирусным гепатитом А на фоне хронического пиелонефрита. (основная)

У больных от 3 до 15 лет основной группы хронический пиелонефрит повлияло на типичное клиническое вирусного гепатита А. При этом клинические признаки болезни не проявляются конкретно и ясно, что является причиной поздней диагностики заболевания. В следствие этого наблюдается тяжелое течение заболевания, своеобразно высокие показатели лабораторно – биохимических исследований и более длительное течение болезни.

ABSTRACT

Actuality: Among liver pathology viral hepatitis are widely widespread viral disease with hepatitis, especially hepatitis A remains high. Viral hepatitis A is widely widespread infection among viral diseases of the person. In the states with hot climate and with bad sanitary conditions a case rate viral hepatitis A the high. In the Republic Uzbekistan to this day especially among children often meet base rate viral hepatitis. Clinical disease and extent of change of results of laboratory researches in many respects depends existence of associated diseases in a human body or implication of illness against a chronic pyelonephritis at children. The course of viral hepatitis A is influenced by various factors and chronic diseases, especially chronic pyelonephritis. At the joint course of viral hepatitis A and a chronic pyelonephritis the serious and

complicated current of a basic disease is observed. It is especially brightly shown at children.

Purpose: Studying of features of a clinical course of viral hepatitis A at children against a chronic pyelonephritis.

61 patients with viral hepatitis A are examined. The age of patients makes 3-15yers. All patients are distributed on two groups, at the first group on 34 patients, at the second group on 27 patients.

The first group- patients with viral hepatitis A (control).

The second group - patient with viral hepatitis A against a chronic pyelonephritis (main).

At patients from 3 to 15 years of the main group chronic a pyelonephritis affected on typical clinical viral hepatitis A. Thus clinical signs of illness aren't shown specifically and clearly that is the reason of late diagnosis of a disease. In a consequence if it the serious course of a disease the figuratively high rates laboratory and biochemical research and longer is observed.

МУНДАРИЖА

Қисқартмалар рўйхати	3
КИРИШ.....	4
I БОБ Адабиётлар таҳлили	7
1.1. Юксак маънавият-енгилмас куч.....	7
1.2. Вирусли гепатит А нинг клиник кечиш хусусиятлари.....	8
1.3. Сурункали пиелонефрит касаллигининг клиник кечиш хусусиятлар.....	19
1.4. Вирусли гепатит А нинг сурункали пиелонефрит фон касаллиги билан клиник-биохимявий хусусиятлари	24
I боб хулосаси.....	27
II БОБ Материаллар ва текшириш усуллари.....	28
2.1. Текшириш материаллари.....	28
2.2. Текшириш усуллари.....	31
II боб хулосаси.....	38
III БОБ хусусий текшириш натижалари ва уларнинг таҳлили.....	39
3.1. Вирусли гепатит А нинг болаларда клиник кечиш хусусиятлари.....	39
3.2. Вирусли гепатит А нинг сурункали пиелонефрит фон касалиги бўлган болаларда клиник кечиш хусусиятлари.....	49
3.3. Вирусли гепатит А нинг сурункали пиелонефрит фонда кечаётган беморларда даволаш усуллари, солиштирма таҳлили ва натижалари изохи.....	53
III боб хулосаси.....	59
ХОТИМА	60
ХУЛОСАЛАР.....	65
· АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.....	66
ЧОП ЭТИЛГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ.....	67
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати.....	68

ҚИСҚАРТМАЛАР РҰЙХАТИ

АлАт-аланинаминотрансфераза

АсАт-аспартатаминотрансфераза

ВГ-вирусли гепатит

ВГА -вирусли гепатит А

ВГВ-вирусли гепатит В

ИФА-иммунофермент анализи

ПТИ-протромбин индекси

УСА-умумий сийдик анализи

УҚА-умумий қон анализи

УТТ-ультратовуш текшириш

ЎВГА -ўткир вирусли гепатит А

ЎРВИ-ўткир респиратор вирусли инфекция

ЎЮИК-ўткир юқумли ичак касалликлари

КИРИШ

Тадқиқотнинг долзарблиги. Вирусли гепатитлар—жигар касалликлари ичида турли юқиш механизмларига эга кенг тарқалган вирусли касалликлар ҳисобланади . Ҳозирги кунда болаларнинг вирусли гепатитлар билан айниқса вирусли гепатит А билан касалланиши юқориликча қолмоқда[156]. Вирусли гепатит А одам вирусли касалликлари ичида кенг тарқалган инфекциялардан биридир[1,2]. Иқлими иссиқ ва санитария ҳолатлари ёмон бўлган давлатларда кўплаб одамлар вирусли гепатит А билан касалланадилар. Вирусли гепатит А кечишига турли омиллар ва сурункали касалликлардан, айниқса сурункали пилонефрит салбий таъсир кўрсатади. Вирусли гепатит А ва сурункали пиелонефрит биргаликда кечганда асосий касалликнинг оғирроқ ва асоратли кечиши кузатилади. Бу ҳолат айниқса болаларда яққол намоён бўлиши билан изоҳланади.

Ўзбекистон республикасида вирусли гепатит А касаллиги айниқса болалар ўртасида бугунги кунда ҳам тез-тез учраб турибди. Касалликнинг клиник кечиши ва лаборатор натижаларнинг қай даражада ўзгариши касалликни одам организмидаги йўлдош касалликлари мавжудлиги ёки болаларда сурункали пилонефрит фонидаги касалликларни намоён бўлиши билан боғлиқ бўлади.

Айрим 3 ёшдан 15 ёшгача бўлган болаларда сурункали пилонефрит билан оғриганлиги бойис вирусли гепатит А нинг клиник ва типик кечишига ўз таъсирини кўрсатади. Натижада вирусли гепатит А касаллигининг клиник белгилари аниқ ва равшан кўринмаслиги мумкин ва бунинг натижасида касалликнинг ўтказиб юборилганлиги натижасида оғирроқ кечишига ва лаборатор биокимёвий кўрсаткичларнинг ўзига хос юқори бўлишига ва касалликнинг узоқроқ кечишига сабабчи бўлади .

Татқиқот мақсади. Болаларда вирусли гепатит А нинг сурункали пиелонефрит фонида клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Татқиқот вазифалари.

1. Болаларда вирусли гепатит А инфекцияси билан касалланиш ҳолати, касалликнинг клиник кечиши хусусиятларини ўрганиш;
2. Болаларда вирусли гепатит А нинг сурункали пиелонефрит фонида клиник кечиш хусусиятини ўрганиш;
3. Вирусли гепатит А нинг сурункали пиелонефрит фонида кечаётган беморларда даволаш усуллари, солиштирма тахлили ва натижалари изохи.

Текширув материаллари ва усуллари

Текширувларда 61 та бемор бола олинди. Бемор болаларнинг ёши 3-15 ёшгачани ташкил қилди.

- 1 гуруҳ (назорат) –вирусли гепатит А билан оғриган 34 та беморлар;
 - 2 гуруҳ (асосий) –вирусли гепатит А нинг сурункали пиелонефрит билан оғриган 27 та беморлар ;
- 1) Анамнез ва объектив кўрув маълумотлари
 - 2) Лаборатор текшириш усуллари;
 - 3) а) умумий клиник тахлиллар (қон,пешоб, ахлат);
 - 4) б)биокимёвий текширишлар (билирубин ва унинг фракциялари, ферментлар (АЛТ, АСТ);
 - 5) в)серологик текшириш усуллари (ИФА).
 - 6) Асбоблар ёрдамида текшириш: УТТ
 - 7) Буйрак синамалари (Аддис-Каковски, Нечипоренка ва Зимницки)

Амалий аҳамияти. Олинган маълумотлар касалликни эрта ташхислашга ва шунга қараб ўз вақтида лозим бўлган даво чораларини қўлашга ёрдам беради. Бу амалиётда ишлайдиган шифокор инфекционистларга ва умумий амалиёт шифокорларига ёрдам тариқасида тавсия этилади.

Илмий янгилиги. Болаларда ВГА нинг Ўзбекистон ҳудудида тарқалиши кенг ўрганилган. Илмий изланишда болаларда ВГА сурункали пиелонефрит фон касаликлари билан кечганда клиник биокимёвий хусусиятлари ўрганилди. Бунда касаликнинг бошланғич белгилари яққол кўзга ташланмаслиги ва сурункали пиелонефрит даражаларига қараб кўпроқ сарикли даври оғирроқ шакилда ёки касаллик узокроқ кечишида кўринишлиги.

Диссертациянинг ҳажми ва таркиби. Диссертация машина ёзма варағида чоп этилган. Илмий иш 3 бобдан иборат бўлиб, кириш қисми, адабиётлар шарҳи, тадқиқот усуллари, шахсий изланишларнинг натижалари, хулоса, олинган натижалар ва амалий тавсияларни ўз ичига олган. Ушбу ишда келтирилган адабиётлар манбаси 103дан иборат бўлиб, улардан 24 таси хорижий тилда. Диссертациянинг ҳажми 86 та машина ёзма варағидан иборат бўлиб, жадвал ва расмлар билан тўлдирилган.

I БОБ. АДАБИЁТЛАР ТАҲЛИЛИ

1.1. Соғлиқни сақлаш ва аҳолининг соғлиғини ҳимоя қилиш тизимининг сифат жиҳатидан янги даражасига ўтиш

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2011 йил 28 ноябрдаги “Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни янада чуқурлаштириш чоратадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-1652-сонли қарори билан соғлиқни сақлаш соҳасини ривожлантириш, тиббий хизмат кўрсатиш тизимини тубдан янгилаш, замонавий тиббий асбоб ускуналарни ўрнатиш ва юқори даражали малакали кадрларни тайёрлаш бўйича бир қанча ишларни амалга ошириш борасидаги вазифалар белгилаб берилди.

2000-2011 йилларда даволаш-профилактика муассасаларини модернизация қилиш ва энг замонавий лаборатория, диагностика ва даволаш ускуналари билан жиҳозлашга 750 миллион АҚШ долларидан ортиқ миқдорда бюджет маблағлари йўналтирилди ва имтиёзли кредитлар ҳамда грантлар жалб этилди. Мустақиллик йилларида соғлиқни сақлаш соҳасига қилинган харажатлар 3,6 баробар ўсди ва бу ялпи ички маҳсулотга нисбатан қарийб 4 фоизни, Давлат бюджетига эса 15,7 фоиздан ортиқни ташкил қиляпти[2,3].

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2011 йил 28 ноябрдаги ПҚ-1652-сонли қарорига асосан, республика соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни янада чуқурлаштиришнинг асосий йўналишлари: соғлиқни сақлашнинг норматив-ҳуқуқий асосларини янада такомиллаштириш; аҳолига, айниқса, қишлоқ жойларда, тиббий-санитария ёрдами сифати ва қулайлик даражасини ошириш; ихтисослаштирилган марказлар, шу жумладан, онкологик ва сил касалликлари муассасалари фаолиятини тубдан такомиллаштириш; шошилиш ва тез тиббий ёрдам кўрсатиш

хизмати самарадорлиги, хизматлар тезкорлиги ва сифатини ошириш; она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш тизимини такомиллаштириш; соғлиқни сақлашнинг нодавлат сектори фаолиятини тартибга солиш ва тез тиббий ёрдам кўрсатиш хизмати самарадорлиги, хизматлар тезкорлиги ва сифатини ошириш.

Мустақилликнинг биринчи кунларидан бошлаб Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А. Каримов ёш авлоднинг соғлиғи ҳақида доимий ғамхўрлик қилмоқда. Ёш авлодни ҳар томонлама уйғун ривожлантириш, болалар ўртасида соғлом турмуш тарзини ривожлантиришнинг муҳим омилларидан бири жисмоний тарбия ва спортдир. Оммавий болалар спортининг ривожланишини таъминлаш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2002 йил 24 октябрдаги “Болалар спортини ривожлантириш фондининг тузилиши тўғрисида”ги 3154-сонли Фармони ва 2002 йил 31 октябрдаги Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг “Ўзбекистон болалар спортини ривожлантириш фонди фаолиятининг ташкил этилиши тўғрисида”ги 374-сонли қарори қабул қилинди. Ушбу ҳужжатларда Соғлиқни сақлаш вазирлиги олдига ўсиб келаётган ёш авлоднинг ҳар томонлама ривожланишини таъминлашга имкон берадиган болалар спорти турларининг асосий йўналишларини ривожлантиришнинг тиббий илмий асосларини ишлаб чиқиш вазифаси қўйилди [1,2,3].

1.2. Вирусли гепатит А нинг клиник кечиш хусусиятлари

Вирусли гепатит А (ВГА)-ўткир циклик касаллик бўлиб, РНК сақловчи вирус томонидан чақирилади, қисқа давомли заҳарланиш симптомлари, жигар фаолиятининг тезда бузилишига ўтиши, ҳамда яхши сифатли кечиши билан тавсифланади

ВГА S. Feinstone деган муаллиф томонидан 1970 йилда очилган. РНК сақловчи, диаметри 27-30 нм ли вирусдир. Вирус ўзининг физико-кимёвий таркибига кўра 72 рақамли тартибдаги энтеровирусдир. Гепатоцит цитоплазмасида жойлашади. Эфирга сезгир эмас, формалин эритмасида, хлорамин ва УБ-нурларида тезда фаолигини йўқотади. 85°C ли ҳароратда 1 дақиқа ичида фаоллиги пасаяди.

ВГА- болалар ёшидаги кенг тарқалган юқумли касалликдир. Рўйхатдан ўтган ВГ ЎРВИ ва ЎЮИК дан кейин 3 ўринда туради. Касаллик ҳамма қитъа ва шаҳарларда учрайди. Кўпроқ Ўрта Осиёнинг ривожланаётган мамлакатларида учрайди. Касаллик спорадик тарқалади. ВГА касаллиги умумий структурада болаларда 60% гача учрайди. Кўпроқ 3-15 ёшдаги болалар касалланадилар. 1 ёшгача бўлган болалар онасидан транспланцентар иммунитет олганлиги сабабли умуман касалланмайдилар. ВГА типик ичак касаллиги.

Касаллик манбаи фақат одам, касалликнинг аниқ ва яширин туридаги бемор, шунингдек соғлом вирус ташувчи ёки реконвалесцентлар ҳисобланади. Эпидемик жараённинг фаол асосий юқтурувчилар бўлиб, касалликнинг атипик шаклидаги беморлар ҳисобланади. Аниқланмаганлиги натижасида бундай беморлар фаол ҳаёт кечирадилар, болалар боғчага қатнайдилар. Яширин ва кам ҳолларда кучли инфекция манбаи бўлиб қоладилар.

Боларда вирус қонда, ахлатда, сийдикда бўлади. Ахлатда вирус узок вақтдан биринчи клиник белгилар юзага чиққандан сўнг топилади. Лекин юқори концентрацияси сариқлик олди даврида аниқланилади. Сариқликнинг биринчи даврида вирус қонда ва ахлатда 10-15% беморларда аниқланилади. Сариқлик бошлангандан 4-5 кун кейин бирламчи ҳолатларда аниқланади.

ВГ типик ичак инфекцияси ҳисобланади. Вируснинг юқиш йўли асосан контакт-маиший йўл бўлиб ифлос қўл ва озиқ-овқат, ичимлик сувидан юқади. Ҳаво-томчи усулида юқиш ҳолати кузатилмайди.

ВГ га мавсумийлик ва касаллик тарқалиши даврийлиги хос. Кўпроқ касаллик куз-қиш давирларида кузатилади, ёзда кам учрайди. Эпидемик тарқалиши болалар муоассасаларида кўп учрайди.

ВГА билан касаллангандан сўнг турғун доимий иммунитет қолади.

ВГА да жигар паренхимасига тўғри цитопатик таъсир кўрсатади. Ушбу ҳолатни ҳисобга олиб касаллик патогенезини қуйидагича ифодалаш мункин.

Вирус сўлак ёрдамида озиқ маҳсулоти ёки сув билан ошқозонга тушади, сўнг ингичка ичакка ўтади. У ерда кўпайиб қонга сўрилади. Шиллик қаватдан фаол йўл билан лимфа тизимига сўрилади, лекин пассив “ўтказувчилар” транспортлик вазифасини бажарувчилар борлиги ҳам ундан мустасно эмас. Ингичка ичакдан ўтиш механизимидан қатъий назар вирус регионар лимфа тугунларида ушланиб қолмайди ва кўпаймасдан тезроқ умумий қон оқимига тушиб жигар паринхимасига ўтади. Вирус тезда гепатоцитларга жойлашиб, у ерда оптимал равишда кўпаяди. Вируснинг хужайра ичида жойлашиши биологикмикромалекулалар билан таъсирлашиб, детоксикация жараёнида қатнашади. Бундай биргаликда ишлаш оқибатида хужайра мембранасидан липидларнинг оксидланиши натижасида эркин радикаллар ажралиб чиқади. Қайта оксидланиш жараёнининг кучайиши натижасида мембрананинг липид компонент структурасининг ўзгаришига олиб келади. Қон зардобиде лизасомалар, митохондрия, цитоплазматик жигар-хужайра ферментлари фаоллиги ошишига, натижада биоэнергетик режимнинг пасайишига, кимёвий аралашувига олиб келади. Ҳамма турдаги мадда алмашинуви бузилади (оқсил, ёғ, углевод, пигмент ва бошқалар). Натижада гепатоцитда биоэнергетик патенциали ва энергияга бой бирикмаларнинг етишмовчилигига олиб келади. Альбумин синтези бузилади, қон ивиш омили, ҳар хил витаминлар синтези издан чиқади, глюкозанинг ўзлаштирилиши пасаяди, оқсил синтези учун аминокислотали мураккаб

оксил компонентлари, биологик фаол бирикмаларни ўзлаштирилиши пасаяди. Аминокислоталарнинг дезаминланиш ва қайта аминланиш жараёни сусаяди. Конъюгациялашган билирубин экскрецияси ва холестерин эстерификацияси қийинлашади ва бошқа бирикмалар глюкуронизацияси қийинлашиши – бу жигарнинг зарарсизлантириш фаолиятининг тезда бузилганидан далолат беради. Лекин шуни ҳисобга олиш керакки, ВГА да аутоагрессия механизми юз бермайди, шунинг учун бу турдаги гепатит оғир шакли умуман учрамайди.

Реконвалесценция ҳимоя омилининг ва репарация жараёнининг ошиши, вируснинг тўлиқ фиксацияси ва жигар функциясининг тикланиши билан характерланди. Кўпгина болаларда жигар структурасининг тўлиқ тикланиши касаллик бошлангандан 1,5-3 ой ичида юз беради.

ВГА морфологияси жигарнинг пункцион биопсияси асосида ўрганилган. Ўзгариш жигарнинг ҳамма тўқима компонентларида: паринхима, бриктирувчи тўқима, ретикулоэндотелий, ўт йўлларида аниқланган. Аъзоннинг зарарланиши даражаси эпителиал тўқима бўлагида дистрофик ва некротик ўзгаришлар енгил шаклда бўлиши мункин, лекин ВГА да тарқалган ўчоқли жигар некрози жигарнинг массив некрози кузатилмайди.

Касаллик типик кечувида 5 та давир алмашилиб келади: яширин (яширин) давр, бошланиш ёки продромал (сариклик олди), авж олиш (сариклик), сарикликдан сўнг ва реконвалесценция даврлари. ВГА да яширин давр 10 кундан 45 кунгача, ўртача 15-30 кун давом этади. Бу даврда касаллик клиникаси кузатилмайди, лекин қонда вирус агентини топиш мункин ва жигар-хужайра фермент фаоллиги юқори бўлади (АЛТ, АСТ, Ф-1, ФА ва бошқалар).

84% болаларда касаллик ўткир бошланади, тана ҳароратининг 38-39°C гача кўтарилиши билан ва заҳарланиш белгилари кузатилади: бехоллик, нохушлик, бош оғриши, иштаҳа пасайиши, кўнгил айниши, ўнг қовурға остида, эгастрал ва маълум бўлмаган локализацияда оғриқ

кузатилади. Болалар инжик, кўзгалувчан бўлиб қоладилар, ўйинга кизиқишлари йўқолади, ўқишга эътибор сусаяди, уйку бузилади. Кўпинча қисқа вақтли диспептик бузилишлар, метеоризм, ич қотиши, баъзида ич суюқ келиши кузатилади. Беморларда касалликнинг 1-2, баъзида 3-кунига келиб ҳарорат пасаяди ва захарланиш белгилари камаяди, лекин умумий ҳолсизлик, иштаҳа пастлиги, кўнгил айнаши сақланиши мумкин.

Касаллик бу даврида катта аҳамиятга эга белгилар бу: жигар ўлчамлари, катталаниши, унинг сезгирлиги, оғриқлигидир. Ушбу белгилар ҳамма беморларнинг қарийб ярмида касалликнинг биринчи ярмиданок пайдо бўлади; фақат алоҳида ҳолларда талоқ катталашади. Сарик олди даври охирига келиб кўпгина беморларда ахлат оқариши кузатилади.

Баъзи болаларда касаллик бошланғич даври белгилари кучсиз ифодаланган бўлади ёки умуман бўлмай, касаллик бирданига пешоб ва ахлат ранги ўзгариши билан бошланади. Гепатитнинг бундай кўриниши энгил ва ўта энгил шакилларида учрайди.

ВГА бошланғич даврида ўзига ҳос захарланиш белгиларининг жигар зарарланиши белгилари (шишиши, оғриқлилиги, қаттиқлашиши) билан биргаликда учраши асосида ташхис қилинади. Ташхисотга ҳос эпидемиологик ҳолат аниқланганда энгилашади ва лаборатор текширувлар билан тасдиқланади. Қарийб ҳамма жигар-хужайра ферментларининг (АЛТ, АСТ, Ф-1, ФА, сорбитдегидрогеназа, глютаматдегидрогеназа, урокиназа ва бошқалар) фаолиги ошиб кетади. Тимол кўрсаткичи ҳам ортиб боради. Касаллик бошида умумий билирубин миқдори ҳали ошмаган, лекин баъзида боғланган (тўғри) билирубин фракцияси миқдори ортганини аниқлаш мумкин. Касаллик биринчи кунлариданок пешобда уробилин миқдори ортади, сарик олди даври охирига келиб пешобда ўт пигментларини аниқлаш мумкин. ВГА да бошланғич (продромал, сарик олди) даврининг давомийлиги 2-7 куниташкил этади.

Касалликнинг бу даври бемор умумий аҳволи яхшиланиши ва шикоятлар камайиши билан изоҳланади. Сариклик пайдо бўлиши билан

беморларнинг ярмиси аҳволини қониқарли, бошқа ярмисини ўртача оғирликда деб баҳолаш мумкин. Аввал кўз оқи, кейин юз, бадан териси, каттиқ ва юмшоқ танглай, кечроқ оёқ-қўллар терси сарғаяди. Сариклик тез, 1-2 кун ичида ортиб бориб бемор сарғайиб қолади.

Сариклик даржасига қараб енгил (72%), ўртача (23%) ёки интенсив (5%) ифодаланган бўлиб, 7-14 кун ушланиб туради. Сариклик тери бурмалари, кулоқ супралари ва кўпроқ кўз оқи четларида узоқ вақт сақланиб қолиши мумкин.

Сариклик авжида жигар жуда катталашган, қаттиқлашган, пайпаслаганда оғрикли бўлади. Жигар бир хилда катталашади, лекин баъзида биргина чап қсмининг катталашини кузатилади. Талоқ ўлчамлари бу даврга келиб 13% беморларда катталашади. Бунда фақат талоқ чети ўртача каттиқ, баъзида сезгир бўлади. Сариклик авжида пешоб жуда тўқлашган, ахлат эса оқарган бўлади. Чиқиндилар ранги ўзгариши даражаси қондаги билирубин миқдorigа боғлиқдир. ВГА да бошқа аъзо ва тизимлар ўзгариши кучсиз бўлади. Бу давирда ферментлар ортиши ҳам энг юқори бўлади. Қондаги билирубин миқдори касаллик оғирлик даражаси билан тўғридан-тўғри боғлиқ. Гематологик ўзгаришлар хос эмас. Қон қизил қисми умуман ўзгармайди. Оқ қисмида нормацитоз ёки бироз нисбий нейтропенияли лейкопения, моноцитоз бўлади. Захарланиш авжида қонда плазматик хужайралар топилади, ЭЧТ ўзгармайди. Сариклик энг авжига чиққандан сўнг (касалликнинг 7-10 куни) бирданига пасайиши мумкин. Бу захарланиш белгиларининг тўлиқ йўқолиши, иштаха очилиши, диурез ортиши (полиурия) билан изохланади. Пешобда ўт пигментлари йўқолиб уробилин таначалари пайдо бўлади, ахлатга ранг киради. Касаллик циклик кечганда клиник белгилар 7-10 кун давомида йўқолади. Шундан кейин сарикликдан кейинги, тўртинчи давр бошланади. Бу давр жигар ўлчамларининг нисбатдан секин қисқариши билан изохланади. Болалар ўзини яхши ҳис қилса ҳам жигар, баъзида талоқ катталиги

сақланган, жигар функционал синамалри кўрсаткичлари ўзгарганлиги сақланиб туради.

Бешинчи, тикланувчи ёки реконвалесценция (тузалиш) даври жигар ўлчамлари, функцияси меъёрлашуви, бемор аҳволи қониқарли бўлиши билан изоҳланади. Баъзида болалар жисмоний ҳаракатдан тез чарчаб қолиш, қоринда оғриққа шикоят қилади, баъзида жигар катталиги, диспротеинемия, жигар ферментларининг баъзида ёки доимий ошиб туриши билан кузатилади. Бу белгилар алоҳида-алоҳида ёки биргаликда кузатилиши мумкин. Реконвалесценция даври давомийлиги 2-3 ҳафтагача давом этади.

Касаллик типик турига тери ва шиллик қаватлар сарғайиши билан кечадиган турлари киради. Унда енгил, ўртача оғир ва оғир шакиллари учрайди. Атипик турлари (сариксиз, билинар-билинемас, субклиник) оғирлик даражаларига бўлинмайди, чунки улар касалликнинг енгил кечиши деб баҳоланади. Касаллик оғирлиги касаллик бошида, лекин касаллик белгилари максимал пайдо бўлгандан кейин баҳоланади, бунда сариқ олди даври белгилари ҳам инобатга олинади. Касаллик оғирлигини баҳолаётганда умумий захарланиш белгилари даражаси, сариқлик даражаси, ҳамда биокимёвий текширувлар натижаси ҳисобга олинади.

Ҳароратнинг қисқа вақтли, бир оз кўтарилиши, кучсиз захарланиш, касаллик авжида бир неча енгил шикоятлар, жигарнинг бир оз катталаниши билан кечади. Қонда умумий билирубин миқдори 85 мкмол/л, протромбин кўрсаткичи нормал, тимол синамаси бироз ортган, жигар хужайра ферментлари 5-10 марта ошган. Касаллик циклик, яхши оқибатли кечади. Сариклик даври 7-10 кун давом этади. Жигар ўлчамлари касалликнинг 20-25 кунда ўз холига келади.

30% ҳолларда учрайди ва ўртача захарланиш белгилари билан ифодаланади. Бошланғич даврида тана ҳарорати 38-39°C гача чиқади. Ҳолсизлик, диспептик ўзгаришлар, қоринда оғриқ кузатилади. Сариклик пайдо бўлиши билан захарланиш белгилари пасаяди, лекин яна 2-3 кун

умумий ҳолсизлик, иштаҳа пастлиги, кўнгил айниши, бир марталик қусиш кузатилади. Сариклик ўртача даражадан кучли ифодалангангача бўлади. Жигар оғриқли, чети текис, қаттиқ, қовурға равоғидан 2-5см чиқиб туради. Талоқ 14% болаларда катталашади, брадикардия, гипотония кузатилади. Пешоб миқдори камаяди. Қонда умумий билирубин миқдори 85-200 мкмоль/л гача, шундан боғланмаган фракцияси миқдори 50 мкмоль/л бўлади. Кўп ҳолда ПТИ пасаяди (60-70% гача). Тимол синамаси ошади. Жигар-хужайра ферментлари фаоллиги 10-15 марта ошади.

Касаллик текис кечади. Захарланиш белгилар 10-14 кунгача, сариклик 2-3 ҳафта, ўртача 14 ± 5 давом этади. Жигар фаолиятининг тўлиқ тикланиши касалликнинг 40-60 кунгача чўзилади.

ВГА нинг оғир кечиши кам -1-3% беморларда учрайди. Бу шаклида умумий захарланиш белгилари ва сариклик кучли ифодаланади. Бошланғич давр белгилари ўртача оғир шаклидан кам фарқ қилади. Бунга қусиш, ҳолсизлик, анорексия хос. Фарқи сариклик даврининг биринчи кунларидан кузатилади. Оғир шаклида сариклик пайдо бўлиши билан захарланиш пасаймайди, балки кучаяди. Аптия, анорексия, бош айланиши, қайта қусиш, брадикардия, бурун қонаши, геморрагик тошмалар, диурез камайиши кузатилади. Жигар жуда катталашиб, оғриқли бўлади, талоқ катталашади. Қондаги умумий билирубин миқдори 50 мкмоль/л дан ошиб кетади, ПТИ 50-60% гача тушиб кетади. Тимол синамаси жуда ортиб, ферментлар фаоллиги 15-30 мартадан ҳам ортади. Касаллик ўткир кечиб, чўзилиб кечиш деярли кузатилмайди.

Бу шаклининг ўзига ҳос белгиси-касалик бошидан охиригача тери ва склераларда сариклик бўлмаслигидир. Қолган белгилар сариклик шаклидан фарқ қилмайди. Қсқа вақтли иситмалаш, иштаҳа пасайиши, ҳолсизлик, ланжлик, кўнгил айниши, ҳатто қусиш бўлиши мумкин. Бу белгилар фақат касалликнинг биринчи кунларида кузатилиб 3-5 кундан ошмайди. Сариксиз шаклининг асосий белгиси жигар катталашиб, қаттиқлашиши, оғришидир. Талоқ катталашини, баъзида пешоб қизариши

ва ахлати биров оқариши мумкин. Қонда доимий АЛТ, АСТ, Ф-1-ФА ва бошқа ферментлар ошиши кузатилади, тимол синамаси ва β-липопротеидлар ортади. Кўпинча боғланган билирубиннинг 1,5-2 марта ошиши кузатилади. Сариксиз шакли 20% гача болаларда учрайди.

Билирубин-билинемас шакли асосий белгиларининг, жумладан сарикликнинг ҳам кучсиз ифодаланиши ва бир неча кундан кейин йўқолиши билан изоҳланади. Бошланғич даври белгилари ҳам кучсиз. Кўпинча иситмалаш, холсизлик, инжиқлик, иштаха пасайиши бўлмайди, лекин баъзида кузатилади. Сариклик даврида захарланиш йўқолади, жигар биров катталашган бўлиб, пешоб қсқа вақт қизаради. Билинар-билинемас шаклини ВГА нинг ўта енгил, рудиментар шакли деб баҳоланади. Унинг аҳамияти сариксиз шаклидан ўз вақтида аниқланмаслиги ва бунинг оқибатида эпидемияга қарши чора-тадбирларнинг ўтказилмаслигидадир.

Клиник белгилар бўлмаслиги билан изоҳланади. Ташҳис бемор билан мулоқатда бўлганларни биокимёвий текширишда аниқланади. Булардан ферментлар ортиши ва мусбат тимол синамасидир. Ташҳисни қондаги IgM гуруҳига кирувчи антитаначаларни аниқлаш асослайди.

ВГА ўчоғида кўпинча болалар касалликнинг инапарант шакли билан оғрийди деб айтишга асослар бор ва улар кўпинча аниқланмай қолиб эпидемик жараёни ушлаб туради.

Холестатик шакли касаллик клиникасида биринчи ўринда механик сариклик белгилари чиқиши билан изоҳланади. Касалликнинг бу шакли ўзига хос клиник кўринишга эга. Холестаз белгилари касалликнинг ҳам енгил, оғир шакилларида юзага чиқиши мумкин. Унинг асосида жигар ичи ўт йўлларида ўт тикилиб қолиши ётади. Холестаз ВГА да кам -2% гача ҳолларда, кўпроқ қизларда пубертат олди ва пубертат даврида учрайди.

Холестатик синдром билан кечувчи ВГА клиникасида озми-кўпми ифодаланган, узоқ вақт (30-40 кун ва ундан ортиқ) давом этувчи сариклик ва тери қичишиши кузатилади. Сариклик кўпинча яшилсимон ёки шафрансимон бўлади, баъзида сариклик умуман бўлмай фақат тери

кичишиши кузатилади. Захарланиш белгилари кам, жигар ўлчамлари сезиларсиз катталашган, пешоб тўқ, ахлати оқарган. Қонда умумий билирубин фақат тўғри (боғланган) фракция ҳисобига ошган. Қонда умумий холестерин, β -липопротеидлар ва ишқорий фосфатаза фаоллиги ортиши хос. Холестатик синдром билан кечувчи вирусли гепатит А узок вақт кечади, лекин яхши оқибатли бўлиб, сурункали шаклига ўтмайди.

Вирусли гепатит А давомийлиги бўйича ўткир ва чўзилган, кечиши бўйича силлиқ, асоратсиз, зўрайишлар билан, ҳамда ўт йўллари томонидан асоратлар ва интеркуррент касалликлар қўшилиши билан кечиши мумкин.

Зўрайишлар билан кечиши касаллик клиник белгиларининг кучайиши ва жигар синамаларининг ёмонлашуви билан изохлаиб, жигардаги патологик жарён ҳали сақланган бўлади. Зўрайишни касаллик рецидивидан (касаллик белгиларининг йўқолиб, сўнг яна пайдо бўлиши) фарқлаш керак. Рецидивлар сариқсиз кўринишда ҳам юзага чиқиши мумкин. Зўрайишлар ҳам рецидивлар ҳам жигар-хужайра ферментларининг ортиши билан бирга кечади ва одатда зўрайиш ва рецидив бўлаётгани ҳақида “хабар” беради.

Ўт йўллари зарарланиши билан кечиши. Бунда ўт йўлларида гипертоник характерига эга бўлган дискинетик ўзгаришлар кузатилади. Улар касалликнинг ҳамма турида, лекин кўпроқ холестатик синдром билан кечувчи ўртача оғир шакилларида кўпроқ учрайди. Ўт йўллари зарарланиши белгилари холестатик синдром белгиларига ўхшаши мумкин, лекин кўпинча кучсиз бўлиб, лаборатор таҳлили натижаларига асосланиб аниқланилади. Кўп болаларда ўт йўллари дискинезияси асосий касаллик белгилари йўқолиши билан бирга ҳеч қандай давосиз ўтиб кетади ва давомийлиги ўткир гепатит кечиш муддатига мос келади.

Вирусли гепатит А оқибатлари: жигар тузилишининг тўлиқ тикланиши билан соғайиш; қолдиқ фиброз билан соғайиш; ўт йўллар ва гастродуоденал соҳада асоратлар ривожланиши, ўт йўллар зарарланиши касаллик оқибати эмас, микроб флораси фаоллашуви натижасида келиб

чиққан вирусли гепатит А нинг асорати сифатида қабул қилинса тўғрироқ бўлади. Клиникасида ўнг қовурға остида оғриқ, кўнгил айниши, қусиш кабилар кузатилиб, улар одатда ВГА ни бошдан кечиргандан кейин 2-3 ой ўтиб юзага чиқади.

Вирусли гепатит А ташҳисоти клиник, эпидемиологик ва лаборатор таҳлил натижаларига асосланади. Клиник белгиларни асосий эпидемиологик сўроларни йўналтирувчи, лаборатор текширувларни эса ҳал қилувчи омил сифатида қаралади.

Вирусли гепатит А клиникасида аҳамиятга эга бўлганлари-булар касалликнинг ўткир бошланиши, қисқавақитли иситмалаш, кучсиз захарланиш, ҳолсизлик, иштаҳа пасайиши, кўнгил айниши, қусиш, тез чарчаб қолиш, бироз бош оғриши, уйқунинг бузилишидир.

Лаборатор натижалар махсус ва махсус бўлмаган текшириш усулларига бўлинади. Махсус усуллар кўзғатувчини, унинг антигени ва антитаначаларини аниқлашга асосланади. Вирусни аниқлаш учун иммун электрон микроскопия ва унинг модификациялари (радиоиммун, иммунофермент, иммунофлюоресцент ва бошқалар) қўланилади. Бироқ бу усуллар қийин ва қўтга харажат талаб этгани учун кенг қўланилмайди. Ҳозирги вақтда вирусли А гепатит махсус ташҳисоти қонда Ig M (анти ВГА- Ig M) ва Ig G (анти ВГА- Ig G) синфига кирувчи антитаначаларни аниқлашдан иборат.

Аниқланишича, анти ВГА- Ig M қонда касаллик биринчи белгилари намоён бўлмасданок пайдо бўлиб, ўткир даврида энг юқори бўлади. Кейин унинг титири камая бориб, 6 ойданкейин йўқолиб кетади.

Пигмент алмашинуви кўрсаткичлари аҳамият жиҳатидан энзим тестлардан орқада қолади, лекин улар вирусли гепатитлар ташҳисотини сезиларли равишда тўлдиради. Билирубин тестининг камчилиги шундаки, кўп беморларда пигмент алмашинуви умуман бузилмайди. Бундан ташқари боғланган билирубин миқдори вирусли гепатитларда анча кеч –

касалликнинг 3-5 суткасида ортиб боради, бу вақтда эса бошқа лаборатор тестлар мусбат бўлади (ферментлар, антитаналар). Пигмент алмашинувини эрта аниқлаш мақсадида пешобда уробилин ва ўт пигментларини аниқлаш мумкин.

Билирубин пешобда физиологик ҳолларда оддий миқдорий ва сифат усуллари билан аниқланмайди. Вирусли гепатитларда боғланган билирубин қондан ўт пигментлари кўринишида пешод билан кетади. Уробилинурия касаллик бошидан пайдо бўлиб, сариқ даври бошида энг юқори бўлади, сўнг камая боради. Кучли сарғайиш вақтида умуман пешобда аниқланмайди. Бунинг сабаби шуки, боғланган билирубин ичакка тушмай қонга ўтиб кетади ва ичакда уробилин миқдори камайиб кетади. Сариқлик пасайиб ўт йўллари очилганда билирубин яна ичакка туша бошлайди ва уробилин миқдори ортади. Уробилинуриянинг узок вақт давом этиши жигарда патологик жараён давом этаётганлигини билдиради.

1.3. Болаларда сурункали пиелонефрит клиник кечиш хусусиятлари

Сурункали пиелонефрит буйракнинг оралик (интерстициал) тўқимасининг бактериялар таъсири туфайли ўзига хос сурункали яллиғланиши бўлиб, буйрак жомлари ва паринхимаси ҳам шикасланади.

Сабаби ва ривожланиш жараёни. Сурункали пиелонефритни ичак таёқчаси ва энтерококклар келтириб чиқаради. Сийдик экиб кўрилганда булардан ташқари, стрептококк, стафилококк, вульгар протей, шунингдек хилма-хил бошқа микроблар топилади. Сурункали пиелонефритда аксариат бир неча хил микроблар топилади. Сийдикдаги микроблар тури ва микробларга антибиотикларнинг таъсири касалликни даволаш жараёнида ўзгариши мумкин. Инфекция буйракка 3 йўл орқали киради:

1. Қон орқали.
2. Сийдик чиқарув йўлларининг девори орқали.

3. Сийдик қопи – сийдик чиқариш найчаси рефлюкси натижасида.

Сийдик йўллариининг инфекцияси касалликнинг авж олишига йўл очади. Пиелонефрит баъзан зимдан ўтадиган интерстициал нефритдан кейин ҳам бошланди. Эндоген ва экзоген захарлар, айрим дори моддалари таъсири остида ҳам вужудга келиши мумкин. Аутоиммун ўзгаришлар пиелонефрит ривожланишига туртки бўлади. Пиелонефрит келтириб чиқарувчи омиллардан бири сийдик йўлида тўсиқлар пайдо бўлишидир. Буйрак тоши, сийдик йўлининг тоши ёки унинг торайиб қолиши, қийшайиши, унга ташқаридан ўсмаларнинг босиши, сийдик ажратиш йўллариининг ғайритабiiйлиги пиелонефрит келтирувчи омиллардан ҳисобланади. Пиелонефрит қандли диабет, подагра, колит каби сурункали касалликларда кўпроқ учраши мумкин.

Клиник манзараси. Касалликнинг белгилари унинг турига ва босқичига, қандай ўтаётганига, дарднинг бир ёки иккала буйракка тарқалганлаиғига, сийдик йўллари ўтказувчанлиғининг нечоғли бузулганлиғига боғлиқдир. Сурункали пиелонефритнинг тўрт тури тафовут қилинади.

- 1) Яширин, яъни зимдан ўтадиган,
- 2) Қўзиб турадиган,
- 3) Қон босими ошадиган
- 4) Азотемик

Яширин тури клиник белгиларнинг жуда ҳам кам бўлиши билан ифодаланади. Касаллар умумий дармонсизлик, тез чарчаб қолиш, баъзида субфебрил ҳароратдан нолийдилар. Баъзан касалларда сийдик тез-тез, кам, ачишиб ажралади. Пастернацкий симптоми мусбат бўлиб чиқади. Буйрак соҳасидаги оғриқ касаллик қўзиганда кучаяди. Аста-секин сийдикнинг нисбий зичлиги пасайиб боради (1006-1008). Сийдикни лабораторияда текширганда арзимас даражада оқсил ажралиши, кўп оқ қон таначалари ва бактерия ажралиши топилади, Каковский-Аддис, Нечипоренка усулида

текшириш лейкоцитурияни тасдиқлайди. Пиелонефритнинг қайталанадиган тури хаммасидан кўра кўпроқ учрайди. У ремиссия (касалликнинг қайтиб қолган) даври билан кўзиб турадиган давирларининг навбатлашиб туриши билан тавсифланади.

Ҳар хил сабабларга кўра пиелонефрит қайталаниши мумкин. Кўпинча гриппдан кейин, совқатганда, сийдик йўлари, қопчаси қайта яллиғланганда, бемор ҳолсизланганда пиелонефрит қайталанади.

Касаллар бел соҳасида ғалати сезги борлиги, дизурик-сийдик чиқишининг ўзгариш ходисалари, тана ҳароратининг $37-38^{\circ}\text{C}$ га кўтарилаётганидан нолийдилар. Касаллик зўрайиб борган сайин кучайиб боради. Сийдикда оқсил, лейкоцитлар, цилиндрлар кўпаяди, бактериялар, эритроцитлар топилади. Касаллик кўзиган давирда ўртача камқонлик ривожланади, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги (ЭЧТ) тезлашиб, 20-30 мм/с бўлиши мумкин. Қонни текширганда нейтрофил, лейкоцитоз топилади. Қон босимининг ошиш тури болаларда деярли кузатилмайди фақаткина айрим ҳоларда хафақон касаллигига хос белгилар билан намоён бўлади (бош оғриғи, бош айланиши ҳансираш, юрак соҳасида оғриқ, баъзан сийдикдаги ўзгаришлар) вақти-вақтида намоён бўлиб туради. Ана шу давирда қон босимининг баланд бўлиши сурункали пиелонефритнинг ягона белгиси ҳисобланади. Қон босими турғун баландлашган бўлади ва ёмон оқибатларга олиб боради. Аста-секин, ойлар йилар ўтгандан кейин буйрак етишмовчилиги бошланади. Азотемия бошланади, қонда қолдиқ азот, мачевина, креатинин меъеридан ошиб кетади, сурункали буйрак етишмовчилиги авж олади. Кўнгил айланиши, қусиш, ҳолсизлик, озиб кетиш ва лаборатория текширишларида олинадиган маълумотлар буйрак етишмовчилиги учун хос бўлади. Шулар жумласига полиурия, гипоизостенурия, никтурия, поллакиурия киради. Протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия билинар-билинемас бўлади. Азотемия эса турғун бўлиб, кўпайиб боради.

Сурункали пиелонефрит 10-15 йилгача давом этади ва бундан кўра кўпроқка чўзилади. Вақт ўтиши билан яллиғланиш жараёни буйракдаги каналча ва коптокча аппаратининг ҳалок бўлиши ва буйракларнинг бужмайиб қолишига оllib келади. Касалликнинг охирги даврида сурункали буйрак етишмовчилиги авж олади. Пиелонефритда сурункали уримиянинг ўтиши сурункали гломерулонефритдагидан кўр сустроқ зўрайиб борши билан ажралиб туради. Зўр бериб даво қилинадиган бўлса, уремия ҳам қайтиб кетиши мумкин. Сурункали пиелонефрит диагностикаси анамнез маълумотларига, клиник ўтиш хусусиятларига, сийдикни лабораторияда таҳлил қилиш, рентгенологик ва радиоизотоп йўли билан текшириш натижаларига асосланади. Сурункали пиелонефритга гумон туғулганда сийдикни такрор-такрор текшириб кўриш зарур. Шу жиҳатдан олганда Каковский-Аддис ёки Нечипоренко усули бўйича сийдик чўкмасида лейкоцитлар миқдорини текшириш пиелонефритнинг ўзига хос белгиси бўлиши лейкоцитуриянинг аниқлашга имкон беради. Сурункали пиелонефритни тасдиқловчи яна бир белгиси сийдикда ҳаракатчан лейкоцитлар-Штернгеймер-Мальбин таначаларининг топилишидир. Бу лейкоцитлар оддий текширув натижасида топилмаса, бемор томирига 20 мл преднизолон юбориб бир соат давомида сийдик билан ажраладиган лейкоцитлар сони саналади. Агар лейкоцитлар сони $0,4 \cdot 10^9$ /л ундан кўпроқ бўлса, сурункали пиелонефрит диагнозини қўйиш мумкин. Рентгенологик усуллар ичида экскретор урография ва ретроград пиелография тўла ахборот беради. Бир томондан буйрак шикастланган маҳалда J^{131} гиппуран билан ренография қилиш шикастланиш даражасини аниқлашга имкон беради. Ультратовуш ёрдамида текшириб буйрак жом-коса қисмида тўқималар зичлашгани, жом ва косачалар кенгайиб қинғир-қийшиқ ҳолга келганини кўриш мумкин. Сийдик чўкмасидан экиб кўриш касаллик чақирган бактерияларни аниқлашга ва уларнинг қайси дориларга сезгирлигини аниқлашга ёрдам беради.

Сурункали пиелонефритни сурункали гломерулонефрит, буйрак амилоидози, нефросклероздан фарқлаш керак.

Сурункали пиелонефритнинг олдини олиш. Сийдик йўллари ва улардан ташқаридаги инфекция ўчоғини, шунингдек сийдик чиқариш йўлларидаги маҳаллий ўзгаришларни бартараф этиш, организм реактивлигини кучайтириш, ўткир пиелонефритни тўлиқ даволаш сурункали пиелонефритнинг олдини оладиган омиллардандир.

Касаллик кўзиб қолган ҳолларда беморлар касалхонага жойлаштирилади. Сурункали пиелонефритнинг ҳамма турларида ўткир таомлар, табиий кофе, ичкилик ичиш тақиқланади. Овқат калорияли ва витаминларга бой бўлиши керак. Ичиладиган суюқлик миқдори кунига 2 л бўлиши лозим. Туз истеъмоли бирмунча чекланади (кунига 2 г гача) гипертония мудом сақланиб тураверса, болаларга фақат мева ейиш кунлари буюрилади. Камқонликда сабзавот, темирга бой масалликлар рационга қўшилади (олма, анор). Давонинг асосий йўналиши (антибактериал) бактерияларга қарши усулдир. Антибактериал препаратни танлашда сийдик экиб кўрилади. Қандай бактериялар борлиги аниқланилади. Ана шу микробларнинг антибиотикларга сезгирлиги текшириб кўрилгандан кейин керакли антибиотикни қўлаш зарур. Даволашни пенициллинни катта дозада юборишдан бошлаш лозим. Касалликнинг енгил формаларида бир ҳафта давомида кунига 4-6 г дан сульфаниламидлар қўланилади.

1.4. Вирусли гепатит А нинг пиелонефрит фон касалликлари билан кечганда клиник-биохимиявий хусусиятлар

Вирусли гепатитлар рўйхатга олинган ҳоллар сони бўйича умумий юқумли касалликлар орасида етакчи ўринни эгаллайди. Кўп сонли касалланиш, кечиш асоратлари каби ҳолатлар билан ўзининг долзарблигини сақлаб қолмоқда. Муаллифларнинг маълумотларига кўра

болаларда ўткир вируслигепатит А шифохонага ётқизилиши бўйича бошқа вирусли гепатитлар орасида 1-7% ни ташкил қилади. А. Р. Рейзис [7] замонавий юқори сезгир усуллар (ИФА, РИА) ёрдамида текширганда ВГА билан касалланганларнинг 37,5% ни 7-14 ёшдаги болалар ташкил қилади.

Болаларда вирусли гепатит А нинг асосий клиник кечиш хусусиятлари ўрганилганда пиелонефрит фон касалликлари бўлган болаларда оғир кечиш тасдиқланган. В. И. Халитов [11] маълумотларига кўра, болалар ўртасида ВГА оқибатида ўлим кўрсаткичи 0,001% ни ташкил қилади. Тошкент шаҳрида болалар ўртасида ВГА бўйича ўлим кўрсаткичи шу фоизларда сақланиб қолган.

ВГА билан оғриган болаларда сариқлик олди даврининг давомийлиги 1 кундан 5 кунгача давом этади. Кўп ҳолларда сариқлик олди даври белгилари катарал белгилар билан бошланганлиги сабабли, ВГА ташхиси сариқлик белгилари бошлангандан кейингина аниқланади.

Кўпинча сариқлик олди даврининг доимий клиник белгиларидан бири бўлиб жигар ўлчамларининг катталашishi ва оғриқлилиги ҳамда катталарга нисбатан болаларда бу белги кўпроқ фойизларда учрайди.

Х.А. Юнусованинг [27] маълумотларига кўра, ВГА нинг бошланғич даври меъда ичак тирактининг шикастланиши, 40% беморларда тана хароаратининг кўтарилаishi, 60% беморларда астено-вегитатив белгиларнинг пайдо бўлиши, билан намоён бўлади. Болаларда катарал белгиларнинг эрта ва яққол намоён бўлиши билан кузатилади.

ВГА да болаларда жигар ва талоқ ўлчамларининг меъёрлаishi касаллик бошланганидан 20-22 кунгача давом этади. Йўлдош касалликлари бўлган болаларда гепатомегалия янада узоқроқ чўзилади.

Болалардаги гипербилирубинемия тери ва склерадаги сариқлик интенсивлиги билан тахмин қилинади. ВГА иммунологик тасдиқланган болаларда катта ёшдаги болаларга нисбатан кичик ёшдаги болаларда пигмент алмашинувининг бузилиши камроқ бўлиши асосланган.

Цитологик синдромни яққоллик даражасини кўрсатадиган ферментлар орасида аланинаминотрансфераза (АлАТ) асосий ўрин эгаллайди. Н. И. Элатковская ва ҳаммуаълифлар[28], И.О. Абдуллаева [4] болаларда ВГА да АлАТ жараён оғирлигини, касаллик даврини ва гепатоцитларнинг шикастланиш оғирлигини пропорционал кўрсатади. Болаларда ВГА да АлАТ фаоллигининг камайиб бориши касалликнинг тузалиб бораётганлигидан, жигар тўқималарининг тикланаётганлигидан, цитолитик синдром камайганидан далолат беради.

Қатор муаллифлар ҳисоблайдики, касалликни оғир кечишига нобоп сурункали йўлдош касалликлар ва шифохонадан охиргача даволанмасдан эрта чиқиб кетиш сабаб бўлади.

Охирги йилларда ВГА нинг кечиш хусусиятларига ташқи муҳит омилларининг таъсири тўғрисидаги текширишлар бўйича қизиқишлар ошди. Болаларда сурункали касалликлар бўлиши касалликни чўзилган шакилда кечишига мойиллик олиб келиши эътиборни ўзига қаратади.

ВГА нинг бошланғич давир давомилиги ёки кечишига болалардаги сурункали пиелонефритнинг таъсири борми? Бундай ишлар адабиётларда жуда кам ёритилган.

Болаларда ВГА нинг оғир кечиши нобоп сурункали касалликлар, нотўғри парвариш ва касалликни охиргачам давб чиқмоқда.

Сурункали пиелонефрит буйракнинг паринхимасини шикасланишга билан кечувчи касаллик бўлиб, унда асосан кўзгатувчилари бактериялар ҳисобланади. Натижада одам инфекция билан курашиб иммун тизимини кучсизланишига олиб келади ва ВГА нинг организмга тушганда иммун тизимдан иммунитет ишлаб чиқариш жараёни етарлича ишлаб чиқармайди. Натижада ВГА билан касалланаган бемор болаларда оғирроқ ўтиши кузатилади.

I-боб хулосаси

Хулоса қилиб айтадиган бўлсак, ВГА нинг клиник кечиши ва лаборатор натижаларнинг қай даражада ўзгариши касалликни одам организмидаги йўлдош касалликлари мавжудлиги ёки болаларда сурункали пиелонефрит касалликларни намаён бўлиши билан боғлиқ бўлади. Айрим 3ёшдан 15 ёшгача бўлган болларда сурункали пиелонефрит касалликка чалиниш ҳолатларнинг мавжудлиги вирусли гепатит А касаллигининг кечиш типиклигига таъсир кўрсатади. Натижада вирусли гепатит А касаллигининг клиник белгилари яққолроқ намаён бўлади, лаборатор биокимёвий кўрсаткичлар ҳам ўзига мос равишда юқори кўрсаткичларни ташкил қилади, касаллик одатдагидан кўра оғирроқ ўтади ва касалликнинг соғайиш муддатлари ҳам узоқроқ давом этади.

Болаларда ВГА нинг оғир кечиши сурункали пиелонефрит фон касалликларига иммун тизимнинг кучсизланиши билан боғлаш устунлик қилмоқда. Сурункали пиелонефрит касалиги билан ВГА нинг била кечишида организмда кучли химоя функциялари яъни иммун тизимининг кучли ишлаши ва кераглигича етказиб бера олмаслиги бунга сабаб жигарда оқсил синтезининг бузулиши ва жигарнинг гепатацидлари шикасланиши билан изоҳланади.

II БОБ. МАТЕРИАЛЛАР ВА ТЕКШИРИШ УЧУЛЛАРИ

2.1. Текшириш материаллари

Текшириш учун 5- шюккш нинг вирусли гепатит А болалар бўлимидан 2012-2014 йиллар мобайнида 3 ёшдан 15 ёшгача бўлган ўткир ВГА билан оғриган 34 та бемор бола ва ўткир ВГА билан сурункали пиелонефрит фонидаги касалликлари бўлган 27 та бемор болалар ўрганилди.

Ўткир вирусли гепатит А (ЎВГА) билан касалланган болаларда касалликнинг оғирлик даражалари бўйича қуйдагича тақсимланади: энгил шакли -14(41%) та, ўрта оғир шакли-19 (56%) та, оғир шакли -1 (3%) та, бемор болаларда аниқланди.

ЎВГА билан 3 ёшдан 15 ёшгачам бўлган болалар ўрганилди. Бунда болаларнинг ёши 3-6 ёш, 7-10 ёш ва 11-15 ёш тариқасида тақсимланди. 3-6 ёшли болалар 16 тани, 7-10 ёшли болалар 12 тани ва 11-15 ёшли болалар эса 6 тани ташкил қилди. Бемор жинс бўйича тақсимланганда 18 та ўғил болаларда, 16 та қиз болаларда аниқланди.

ЎВГА ва сурункали пиелонефрит билан касалланган бемор болаларнинг жинс бўйича кузатилиши 10 та ўғил болаларни ташкил қилган бўлса, 17 таси эса қиз болаларни ташкил қилди. Уш бу беморларни ёш бўйича кузатилганда 3-6 ёш, 7-10 ёш ва 11-15 ёш гачам бўлган болларда учраш холалати қуйдагича кузатилди. 3-6 ёшли беморларда 1 та бемор болани, 7-10 ёшли беморларда 11 та бемор болаларни ва 11-15 ёшли беморлардан 15 та бемор болалар кузатилди. Беморларни оғирлик бўйича кузатилганда энгил шакли бўйича 1 та бемор бола, ўрта оғир шакли бўйича 20 та бемор болалар, оғир шакли бўйича 6 та бемор болалар кузатилди (2.1.1-жадвал).

**ВГА ва ВГА нинг сурункали пиелонефрит билан оғриган бемор
болаларнинг ёш ва жинси жихатидан тақсимланиши**

Жинси	Ёши					
	3-6 ёш		7-10 ёш		11-15 ёш	
	1-гурух	2-гурух	1-гурух	2-гурух	1-гурух	2-гурух
Ўғил болалар	8	-	7	4	3	6
Қиз болалар	8	1	5	7	3	9
Жами	16 (47,1%)	1 (4%)	12 (35,3%)	11 (41%)	6 (17,6%)	15 (55%)

ВГА ва ВГА сурункали пиелонефрит фонидagi беморларни ёши ва жинс бўйича кузатилганда 2.2.1-жадвалда кўриниб турибдики ўғил болаларга нисбатан қиз болалар кўпроқ учраганлиги ва кузатилганлиги кўриниб турибди. Ўғил болалар 28 та бемор болалар 46% ташкил қилган бўлса қиз болалар эса 33 та бемор болаларда кузатилди улар 54% ташкил қилди. Кузатувларга қараганда ўғил болалар ва қиз болалар ўртадаги фарқ 8 % ни ташкил қилди.

Касаллик оғирлик даражалари билан тақсимланганда асосан ўрта оғир даражаси кўпроқ фойизларни ташкил қилади (2.1.2-жадвал).

Вирусли гепатит А билан касалланган 30 та бемор болалар ўрганилди, шу ўрганилган болаларда сурункали пиелонефрит фонидagi касаллик аниқланди.

Назорат учун кузатиш ва текширишга ВГА билан касалланган 30 та йўлдош фон касалликлари бўлмаган болалар ўрганилди. Сурункали пиелонефрит фон касалиги билан оғриган бемор болалар 30 тани ташкил қилди.

Текширилган болалардан 12 таси ўғил болалар, 18 таси қиз болаларни ташкил қилди. Беморларни 3-15 ёшгача танлаб олинди ва

ўрганилди. Уларни 3-гурухга бўлиб 3-6 ёш 13 тани, 7-10 ёш 9 тани, 11-15 ёш 8 тани ташкил қилди.

2.1.2-жадвал

ВГА ва вГА нинг сурункали пиелонефрит билан оғриган бемор болаларнинг ёш ва касалликнинг даражасига қараб тақсимланиши

Оғирлик шакли бўйича	Ёши						Ҳам маси
	3-7 ёш		7-10 ёш		11-15 ёш		
	1-гурух	2-гурух	1-гурух	2-гурух	1-гурух	2-гурух	
Ўрта оғир шакли	5	-	10	11	4	9	39
Оғир шакли	-	-	-	-	1	6	7
Енгил шакли	11	1	2	-	1	-	15
жами	16	1	12	11	6	15	61

ВГА билан оғриган бемор болаларнинг ёшига қараб касалликнинг кечишини кузатилди. 3-6 ёшли бемор болаларда ўрта оғир шаклида 9 тани, оғир шаклида кузатилмади, сариқсиз шаклида 4 тани. 7-10 ёшда ўрта оғир шаклида 6 тани, оғир шаклида 1 тани, сариқсиз шаклида 2 тани. 11-15 ёшда ўрта оғир шаклида 7 тани, оғир шаклида 1 тани, сариқсиз шакли кузатилмади. Кузатувлар дан кўришиб турибдики ВГА нинг ўрта оғир шаклининг кўпроқ учраши жадвалдан кўришиб турибди (2.1.4-жадвал).

Жадвалдан кўришиб турибдики, сурункали пиелонефрит фонидagi касаллиги бўлмаган болаларда касалликни оғир шакли камроқ кузатилди. Сурункали пиелонефрит билан оғриган бемор болаларга нисбатан камроқ кузатилди. Вирусли гепатит А билан сурункали пиелонефрит билан оғриган бемор болаларда оғир кечиши 4тани яъни 13,3% бемор болага кўпроқ бўлди. Шунни таъкидлаш керакки, бу гуруҳдаги беморларда

касалликни сариксиз шакилда кечиши ва узокроқ ҳамда оғирроқ кечишига тасир этади.

Касалликни ўткир бошланиши 27 та (90%) беморда, аста-секин бошланиши 3 та (10%) беморда кузатилди .

ВГА нинг сурункали пиелонефрит фон билан кечганда юқоридаги болаларда сариклик даврининг давомийлиги ўртача 15,3 кунни ташкил қилган бўлса, фон касалликсиз кечган ВГА да сариклик даври давомийлиги 11,8 кунни ташкил этади (3.2.2- жадвал).

2.2. Текшириш усуллари

1. Анамнез маълумотлари

- а) эпиданамнез
- б) анамнез morbi
- в) анамнез vite

2. Объектив кўрув маълумотлари

- а) клиник белгилар

3. лаборатор текшириш усуллари:

- а) умумий қон, сийдик, ахлат тахлилари
- б) ферментлар фаоллиги (АЛТ)
- в) биокимёвий текширишлар (билирубин ва унинг фракциялари, умумий оқсил)
- г) серологик текшириш усуллари (ИФА)
- д) буйрак синамалари (Аддис-Каковский, Нечипоренка, Зимницкийлар)

4. Асбоблар ёрдамида тешириш: УТТ

Беморларни объектив кўрув ўтказилганда уларни умумий аҳволига эътибор берилди ва касалликнинг фаоллик даражаси баҳоланди. Бундан ташқари беморларда асаб- рухий тизимини ҳолати ўрганилиб, улардаги

ҳолсизлик, тез чарчаш, дармонсизликка аҳамият берилди. Бу ҳолатлар беморлардан сўраб-суриштириш орқали аниқланди.

Текширилган беморларда қоринда оғриқ, кўнгил айниши, қусиш, жигар ва талоқ ўлчамларининг катталашиси, иштаха суслиги каби белгилар ҳам ўрганилди.

Ўрганилган белгиларда касаллик ўрта оғир ва оғир кечганда кўпинча сариклик синдроми ҳам кузатилади ва беморларда сариклик даражаси тери, ҳамда кўз склерасидаги интенсивлигига қараб «±» - шубҳали, «++» - энгил, «+++» - сезиларли, «++++» - ўрта сезиларли каби белгилар билан белгиланди.

Клиник белгилардан ташқари беморларда юқорида санаб ўтилган лаборатор текширувлари ўтказилди.

Беморларда касалликнинг 1-ва 10-кунлари умумий қон ва сийдик таҳлиллари текширилди.

Текширишлар мобайнида қоннинг биохимик таҳлилида трансминазалар (АЛТ, АСТ) фаоллиги, билирубин ва унинг фракциялари аниқланди. Соғлом одам қон зардобининг аминотрансфераза фаоллиги унча катта эмас. У АсАт учун 0,1-0,45 мкмоль/соат мл, АлАт учун 0,1-0,68 мкмоль/соат мл.

Бунинг учун АЛТ, АСТ фаоллиги қуйдаги тартибда текширилди:

Текшириш тартиби

Текширилувчи материал янги қон зардобии.

Реактивлар фосфат буфери, 0,1 М (рН 7,4) эритмада; 14,2 натрий гидрофосфат 1 л дистирланган сувда эритилади (0,1 М); 13,6 г калий дигидрофосфат 1 л дистирланган сувда эритилади (0,1 М); Буфер эритма таёрлаш учун 840 мл 0,1 М натрий гидрофосфат ва 160 мл 0,1 М калий дигидрофосфат эритмалари аралаштирилади.

Керакли анжомлар: ФЭК, микропипеткалар, термостат.

Бажариладиган иш тартиби: АлАт фаоллигини аниқлаш. (КФ 2,6, 1,2).

Битта назорат ва битта текширув пробиркасига 0,5 мл субстрат қуйилади

(аланин ва альфа- КГК, янги эритилган аралашма) ва 37°С ли сув хаммомига 5 дақиқага қўйилади. Сўнгра тажриба пробиркасига 0,1 мл қон зардоби, текширув пробиркасига 0,1 мл дистирланган сув ва 0,5 мл 2,4-динитрофенилгидрозин эритмасидан иккала пробиркага солинади. Пробиркалар 37°С ли термостатда 30 дақиқадан сўнг олинади ва тажриба пробиркасига 0.5 мл 2,4-ДФГ эритмаси солиб аралаштирилади. Реакция кетиши учун хона ҳароратида 20 дақиқа қолдирилади. Сўнгра ҳар қайси пробиркага 0,4 н натрий гидроксид эритмасидан 5 мл дан солиниб, яхшилаб аралаштирилади ва хона ҳароратида ранг ҳосил бўлиши учун 10 дақиқа қолдирилади. Унинг оптик зичлиги 10мл ли кюветада ФЭК нинг яшил нур фильтри (500-560нм), теширув аралашма қаршисида ўлчанади. Фермент фаоллиги таёр ўлчов эгри чизиғига биноан ҳисобланади. Фермент фаоллиги бир мл қон зардоби учун нисбий бирликда ифодаланилади. АлАт нинг бир-бирлиги ферментнинг муайян шароитда бир мкг пирозум кислота ҳосил қила оладиган фаоллигига тўғри келади. Фермен фаоллигини ўлчашда қон зардобининг суюлтирилган даражаси ҳисобга олиниши керак:

$$X=a \cdot 10$$

X-фермент бирлиги.

10-бир мл ҳисобга ўтказиш. 0,1 мл қонзардобидаги ўлчов эгри чизиғидан топилган пирозум кислотанинг мкг даги миқдори.

Ушбу усул билан аниқланган соғлом одам қон зардобидаги аминотрансфераза фаоллиги 8 дан 40 гача.

Бир мл қон зардобининг 37°С да 1 соат давомида инкубациялаш натижасида ҳосил бўлган пирозум кислотанинг микромолда ифодаланган фермент фаоллиги қуйдаги формула бўйича ҳисобланади:

$$\text{АлАт} = x \cdot 10 / 88$$

X-0,1 мл қон зардобининг ўлчов эгри чизиғидан топилган миқдори,

88-бир мкмоль пироузум кислотанинг оғирлиги, АлАт нинг 37°С да бир соатда аниқланган коффициенти.

10-бир мл қон зардобига ўтказиш учун ҳисоблаш коффициенти.

Қонда АСТ фаоллиги ҳам худди АЛТ дагидек аниқланилади. Фақат субстрат эритма таркибида альфа-аланин ўрнига альфа-аспарагин бўлади.

Билирубин ва унинг фракциялари умумқабул қилинган Йендрашек усулида текширилди. Соғлом одамлар қон зардобигаги умумий билирубин миқдори 1,7-20,5 мкмоль/л, эркин билирубин 1,7-17,1 мкмоль/л, боғланган билирубин 0,86-4,3 мкмоль/л га тенг.

Текширилувчи материал: қон зардоби.

Реактивлар: сульфанил кислотанинг 0,5% ли эритмаси, натрий нитратнинг 0,5% ли эритмаси, кофеин реактиви, натрий гидроксиднинг 30% ли эритмаси.

Керакли анжомлар: пробиркалар, пипеткалар, бюреткалар, ФЭК, 1смқалинликдаги кюветалар.

Бажариладиган иш тартиби: битта текширув, битта назорат пробиркалари таёрланади. Диазоаралашма сульфанил кислотанинг 5% ли эритмасидан 10 мл олиб 0,3 мл 0,5% ли натрий нитрат аралашмаси билан аралаштирилади.

Текширув ва назорат эритмалари яхшилаб аралаштириладида 20 дақиқага қоронғу жойга қўйилади. Сўнг яшил нур фильтри (500-560нм тўлқин узунлигидаги) қаршисида колориметрланади. Агар ҳосил бўлган ранг оч бўлса, колориметрлашда олдин иккала пробиркага 3 томчи 30% ли натрий гидроксид эритмасисолинади. Бу ҳолда ранг яшил тусга, билирубин миқдори жуда кўп бўлса кўк тусга киради, кўпинча эритма тиниқлашади. Бу вақтда эритма ФЭК нинг қизил нур фильтрида колориметрланади. Унинг миқдори ўлчов эгри чизиги бўйича ҳисобланади.

Вирусли гепатитларнинг этиологик қўзғатувчиларини аниқлаш учун барча беморларда серологик усуллардан асосан, иммунофермент анализ (ИФА) усулида текширилди.

Текшириш техникаси: ВГА га текшириш учун.

Планшет ҳар бир лункасига кўп каналли пипетка ёрдамида 100мкл РС (зардобни суюлтириш учун эритма) қўйилади. Кейин А1 лункага 50 мкл K^+ HBV AT (назорат мусбат зардоб) қўшилади. В1, С1 ва D1 лункаларга 50 мкл дан K^- HBVAT (назорат манфий зардоб) қўшилади. Қолган лункаларига 50 мкл дан текшириляётган зардоб намуналаридан солинади. Бунда эритмалар солинган лункаларга зардоб қўшиш вақтида 3 мартадан аралаштириш керак. Планшетга зардоб қўшиб бўлингандан кейин лункаларга махсус юпқа лента ёпиштирилади. Сўнгра планшет олдиндан қиздирилган $+42\pm 1^\circ C$ ҳароратдаги термостатга жойлаштирилади ва 41 ± 1 дақиқа инкубация қилинади. Инкубациядан кейин планшет 60 сонияли оралик билан буфер ювувчи эритмада 6 марта ювилади. Ювилган планшетни ҳар бир лункасига 100 мкл дан тайёрланган конъюгат эритма қўшилади, планшет ёпиштирилади ва 30 ± 1 дақиқа $+42\pm 1^\circ C$ ҳароратда инкубация қилинади. Инкубациядан кейин яна юқоридагидек ҳолатда планшет ювилади. Сўнгра планшетга янги тайёрланган хромоген (ТМБ) эритмасидан 100 мкл қўшилади ва қоронғу жойда хона ҳароратида 20 дақиқа инкубация ўтказилади. Реакция ҳар бир лункага 50 мкл дан стоп-реагент қўшиш билан тўхтатилади. Реакция тўлқин узунлиги 450 нм ли спектрофотометрда ёрдамида оптик зичлигини (ОП) санилиб, рўйхатга олинади.

Агар ўртача оптик зичлиги манфий назорат зардобда ОП_{ср} K^- 0,200 оптик бирликдан ошмаганда, мусбат назорат зардобда ОП K^+ 0,500 оптик бирликдан кам бўлмаганда реакция ҳисобга олинади.

Критик оптик зичлик формула ёрдамида ҳисобланади:

$$ОП_{кр} = 0,1 + ОП_{ср} K^-$$

Зардоб намуналари оптик зичлиги $ОП_{кр}$ дан кўрсаткичларидан юқори бўлса мусбат, $ОП_{кр}$ дан кам бўлса манфий бўлади.

Текшириш давомида барча беморларда коагулограмма текширилди. Бунда асосий эътиборни ПТИ ва фибриноген миқдорларини текширишга қаратилди.

ПТИ ни аниқлаш техникаси

Бемордан олинган қоннинг плазмасидан фойдаланилади. Пробиркага 0,1-0,2 мл 0,277% ли CaCl_2 эритмасига 0,1 мл тромбопластин солинади. Кейин 37°C да 30 секунд инкубация қилинади. Инкубациядан сўнг 0,1 мл текшириладиган цитратли плазма қўшилади. Шу заҳоти секундамер ишга қўшилиб биринчи лоқа ҳосил бўлиши аниқланилади ва фибрин иплари ҳосил бўлишигача дақиқа ҳисобланади. Кейин стандарт жадвалдан реакциянинг бошланиш ватугаш вақти кесишмасидаги рақам ПТИ кўрсаткичи ҳисобланади.

Беморларда азот алмашинуви маҳсулотларини қондаги миқдорини аниқлаш учун мочевина миқдорини аниқланилади.

Текширилувчи материал: қон зардоби.

Реактивлар: реактив (заҳарли тиосемикарбозид тутуди) 4-эталон эритма (мочевина 16,65 ммоль/сутка)

Керакли анжомлар: 0,01 мл ли микропипетка, бир дона

Бажариладиган иш тартиби: пробиркага 0,01 мл қон зардоби солинади. Унга 2,0 мл ишчи эритмаси солиб аралаштирилади. Пробирка алюмин қоғоздан тайёрланган қопқоқ билан беркитилади ва роса 10 дақиқа қайнаб турган сув ҳаммомида қиздирилади. Шундан сўнг 2-3 дақиқа давомида оқиб турган сув тагида совитилади. Ҳосил бўлган ранг солиштирувчи эритма қаршисида колориметрланади. Солиштира эритма аниқланувчи эритма ўрнига 2,0 мл ишчи реактив ишлатиб юқоридагидек аниқланади. Эритма совитилгач, 15 дақиқа орасида оптик зичлик 1 см қалинликдаги кюветада (490-540 нм тўлқин узунликда) ўлчанади. Шу қаторда иккита параллел пробиркаларда мочивинанинг 0,01 мл эталон эритмаси ва 2,0 мл ишчи реактив билан текшириш ўтказилади. Қон зардоби таркибидаги мочевина 23,3 ммоль/л дан ошса қон зардоби

дистилланган сув билан суюлтирилади ва натижа 2 га кўпайтирилади, оксиллар 5% ли учхлорсирка кислотанинг 1:10 (0,1 мл кон зардоби 1 мл УХСК) нисбатида чўктирилади. Анализ учун 0,1 мл мочевинонинг эталон эритмаси бир хилда суюлтирилган ҳолда олинади.

Мочевинани аниқлаш учун кон 1:50 ёки 1:100 нисбатда суюлтирилган бўлиши керак. Олинган натижа суюлтирилган (коэффициентига) сийдик сонига кўпайтирилиши керак.

Роса 10 дақиқа қайнаб турган сув ҳаммомида қиздирилади, совитилади, 15 дақиқа орасида аниқланувчи ва эталон эритмалар зичлиги солиштирувчи эритма қаршида 1см ли кюветада 525 нм да ўлчанади. Кейин аниқланган оптик зичликлар махсус формула ёрдамида ҳисобланади.

Беморларда асосан асбобий текширишлардан УТТ дан фойдаланилади. Бунинг учун АЛОКА-402М русумли УТТ аппарати қўлланилади. Текширишлар наҳорда беморларда оч қоринда касалликнинг 1-2 кунда ва даволанишдан сўнг касалхонадан чиқаришдан олдин ўтказилди. Айрим ҳолатларда беморларнинг жигарининг ҳолати даволаш давомида динамикада ҳам текширилиб турилди.

2.2.1-жадвал

Гуруҳларда буйрак синамалари

Синамалар	Касалликлар					
	ВГА+сурункали пиелонефрит			ЎВГА		
	3-6 ёш	7-10 ёш	11-15ёш	3-6 ёш	7-10 ёш	11-15ёш
Адциса-Каковского	31,4 + 7,9	71,4 + 7,7	84,0 + 7,3	2,4 ± 2,3	5,5 ± 5,3	16,7 ± 8,4
Нечипоренко	25,7 ± 7,4	40,0 ± 9,7	60,0 ± 8,4	2,4 ± 2,3	5,5 ± 5,3	16,7 ± 5,8 5
Зимницкого	20,0 + 6,8	32,0 ± 9,3	62,8 ± 8,2	0	0	0

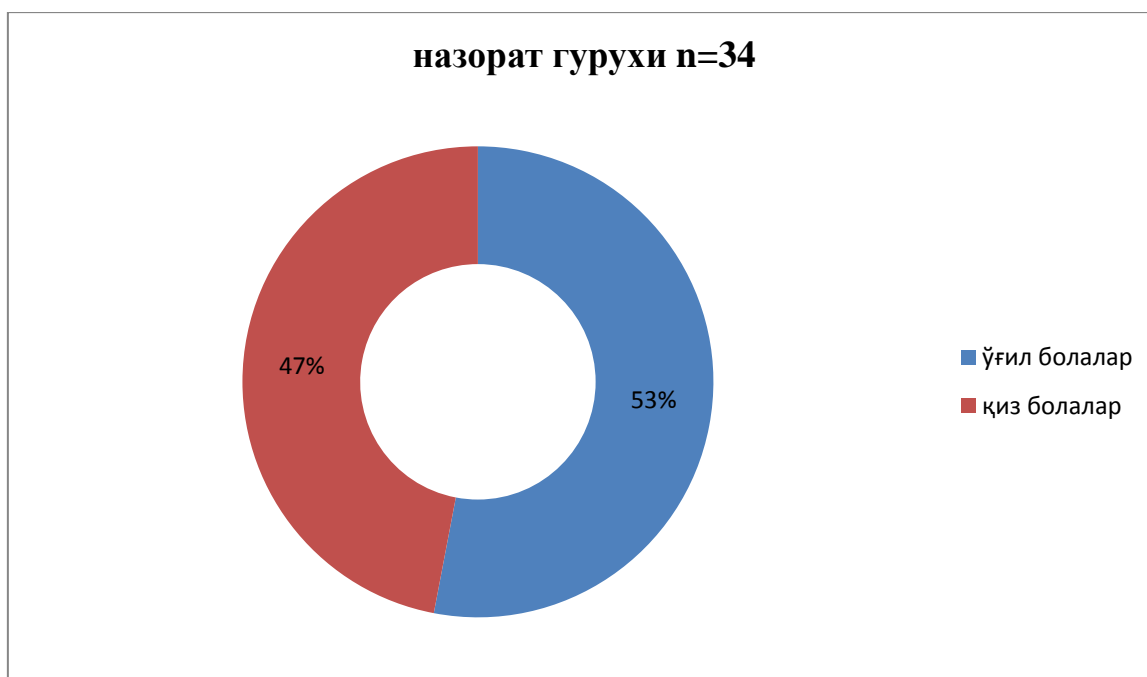
II-боб хулосаси

Шундай қилиб, олдимизга қўйилган мақсад ва вазифаларни бажариш учун ВГА билан касалланган ва бундан ташқари нобоп фон касалликлари бўлган асосий ва назорат гуруҳида 30 тадан 3 ёшдан 15 ёшгача бўлган болалар ўрганилди. Нобоп фон касалликларига ёшболаларда буйрак касалликларидан сурункали пилонефрит фонидаги касалликлар билан оғриган болалар ўрганилди. Ўрганиш жараёнида бемор болаларда клиник текширув маълумотлари, бундан ташқари лаборатор-асбобий текшириш усулларида фойдаланилди.

III БОБ. ХУСУСИЙ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ТАХЛИЛИ

3.1. Вирусли гепатит А нинг болаларда клиник кечиш хусусиятлари

Ўткир вирусли гепатит А (ЎВГА) билан касалланган болаларда касалликнинг оғирлик даражалари бўйича қуйдагича қилди тақсимландаи: Ўрта оғир шакли- 21 (70%) та, оғир шакли -3 (10%) та, сариқсиз шакли-6 (20%) та бемор боларда аниқланди. Беморлар жинс бўйича тақсимланганда 16 та ўғил болаларда, 14 та қиз болаларда аниқланди (3.1.1-расм).



3.1.1-расм. Назорат гурухидаги бемор болаларнинг жинс бўйича тақсимланиши

Касаллик оғирлиги даражалари билан тақсимланганда асосан ўрта оғир даражаси кўпроқ фоизларни ташкил қилди (3.1.1-жадвал).

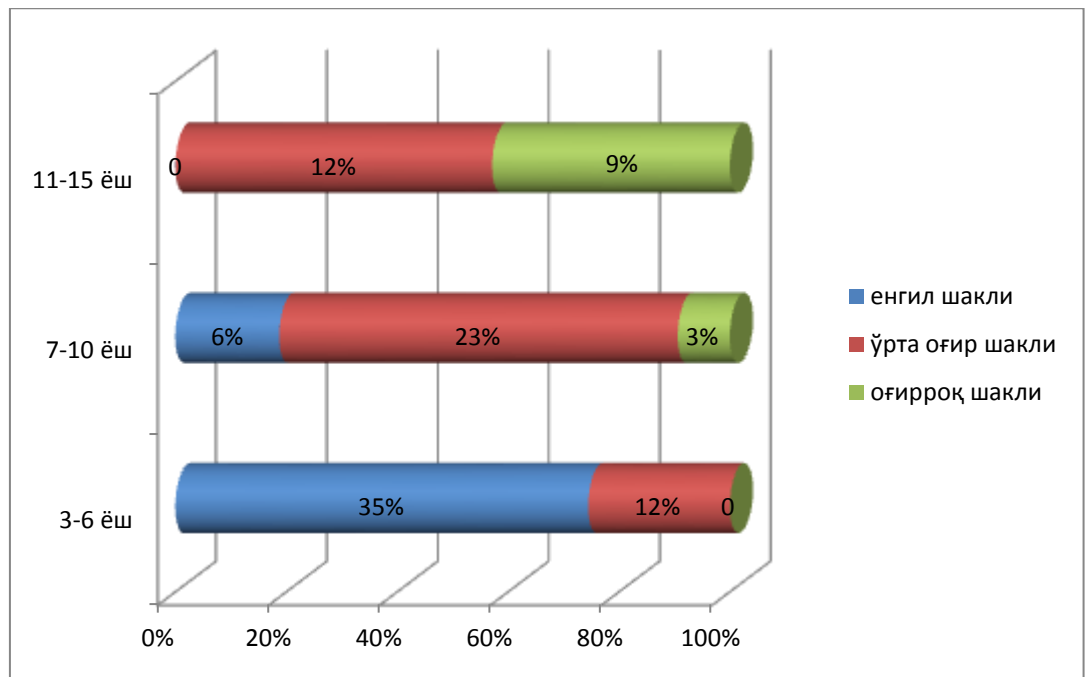
ЎВГА билан 3ёшдан 15 ёшгача бўлган болалар ўрганилди. Бунда болаларнинг ёши 3-6 ёш, 7-10 ёш ва 11-15 ёш тарикасида тақсимланди. 3-6 ёшли болалар 16 тани, 7-10 ёшли болалар 12 тани ва 11-15 ёшли болалар 6 тани ташкил.

3.1.1-жадвал

Беморларни ёш ва касалликни оғирлик шакллари бўйича тақсимланиши

Оғирлик шакллари	Ёши			
	3-6	7-10	11-15	Ҳаммаси
Енгил шакли	12	2	0	14
Ўрта оғир шакли	4	10	2	16
Оғир шакли	0	0	4	4
жами	16	12	6	34

Эпидемиологик анамнези таҳлил қилинганда касалликни юқишйўллари ва манбалари ўрганилди. Бунга кўра 3ёшдан 6 ёшгача бўлган болалардан 8 таси мактабгача таълим муассасасига, шунда 8 та боланинг эпидемалогик анамнезида боғчада вирусли гепатит А ҳолати борлигини кўрсатди, 7ёшдан 10 ёшгача бўлган болалардан 7 таси боланинг эпидемалогик таҳлилида 3 таси қариндошлари вирусли гепатит А билан касалланганини ва мулоқати борлигини билдирса, 4 та болада касаллик юқиш манбалари ва мулоқати аниқ эмас. 11 ёшдан 15ёшгача бўлган бемор болаларнинг барчаси мактабга боради, шу болларнинг 6 таси (50%) мактабда вирусли гепатит А ҳолати борлигини тасдиқлайди, 4 тасида касалликни қайердан юқтирганлик манбаси сифатида вирусли гепатит А билан касалланган қариндошлари ва қўшнилар билан бўлган мулоқат ва 2 та бемор болада касалликни аниқ юқтирган манбаси топилади ва санитар гигиена қоидаларига риоя қилмаганлик оқибатида юқтирган деган хулосага келинди. Ўрганилган болаларни бирортаси ҳам вирусли гепатит А га қарши эмланмаган.



3.1.2-расм. Беморларни ёши ва касалликни оғирлик шакллари бўйича тақсимланиши

Касаллик бошлангандан сўнг шифохонага келиб тушиш кунлари турлича бўлган; 2-5 кунларда 6 та бемор болалар (20%), 6-10 кунда 20 та бемор болалар (66,7%), 10 кундан ортиқ 4 та (11,3%) бемор болалар ётқизилган. Кеч муддатларда ётқизилган беморларнинг кўп қисмини касалликнинг сариксиз шакли билан кечиши ташкил қилган бўлса, айрим ҳолларда беморларни аввал уй шароитида даволаб, аҳволи яхшиланмагандан сўнг шифохонага олиб келинган. Эрта муддатларда шифохонага олиб келинган болаларни 3 ёшдан 6 ёшгача бўлган бемор болалар ташкил қилади. Бу маҳалла шифокорларининг болаларга нисбатдан эътиборлироқ эканлигини билдиради.

Жами 34 та беморда вирусли гепатит А ташхиси беморнинг шикояти, эпидемиологик анамнез, касаллик анамнези, клиник кўрув маълумотлари ва лаборатор таҳлилларга асосланиб тасдиқланган. Ташхисни асосли деб ҳисоблаш мақсадида 100% беморларда ИФА таҳлил ўтказилган ва бунда antiHAV IgM мусбат натижани берган.

Вирусли гепатит А нинг бошланғич, яъни сариқлик олди даври бир-неча клиник синдромлар билан бошланиши характерли хисобланади. Н. И. Нисевич ва ҳаммуаллифларнинг фикрига кўра, болаларда синдромларнинг маълум чегараланганлиги етарлича асосланмаган, кўпчилик ҳолатларда бир неча синдромлар қўшилиб келади ва асосий синдромни аниқлашга қийинчилик туғдиради. Шундай бўлсада биз ҳам асосий устунлик қилган сариқлик олди синдромларини аниқлашга ҳаракат қилдик (3.1.4-жадвал)

3.1.4-жадвал

Вирусли гепати А да сариқлик олди синдромларининг учраши

Ёши	Беморлар сони	Сариқлик олди давир синдромлари			
		Астено-вегетатив	катарал	диспепсик	Латент
3-6ёш	7	3/42,8%	2/28,6%	1/14,3%	1/14,3%
7-10ёш	11	2/18,2%	2/18,2%	5/45,4%	2/18,2%
11-15ёш	12	2/16,7%	3/25%	6/50%	1/8,3%
жами	34	7/23,3%	7/23,3%	12/40%	4/13,4%

Жадвалда кўриниб турибдики, 3ёшдан 6 ёшгачам асосан астено-вегетатив синдромлар устунлик қилган бўлса, 7 ёшдан 10 ёшгачам бўлган бемор болаларда диспепсик синдроми устунлик қилган. Қолган синдромлар камроқ фоизларда учраган ёки шу синдромларга қўшилиб келиш ҳолатлари учраган.

Сариқлик олди даврида субъектив симптомларни ҳисобга олиш даврида бир қанча қийинчиликларга дуч келинади. Чунки ота-оналар тиббиёт муассасалариг касалликни пигмент алмашинуви бузилиши даврида: пешоб тўлашганда, нажас оқарганда, тери ва склерада сариқлик пайдо бўлганда мурожат қилишади.

Вирусли гепатит А да клиник симптомларнинг учраш частатаси беморларни ёшига қараб 3.1.5-жадвалда келтирилган.

Вирусли гепатит а да клиник симптомларнинг учраш частатаси

Клиник белгилар	3-6 ёш	7-10 ёш	11-15 ёш
Иштаҳа сустлиги	6	9	10
Ҳолсизлик, дармонсизлик	5	10	9
Диспепсик бузилишлар	3	6	7
Тана ҳароратининг кўтарилиши	4	8	9
Катарал белгилар	4	7	8
Қоринда оғриқ	2	5	7
Безовталиқ	5	4	7

Санаб ўтилган клиник белгилардан, иштаҳа сустлиги, ҳолсизлик, дармонсизлик ва тана ҳароратининг кўтарилиши беморларни ота-оналарни тиббий муассасаларга мурожат қилишга олиб келган.

Касалликни авжолиш даврида 3 ёшдан 6 ёшгача клиник белгилар қуйдагича бўлди: дармонсизлик, ҳолсизлик-5 та беморда, иштаҳа сустлиги-6 та беморда, диспепсик бузилишлар-3 та беморда, тана ҳароратининг кўтарилиши ва катарал белгилар-4 тадан беморда, қоринда оғриқ-2 та беморда кузатилди.

3 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларда 100% ҳаммасида жигарнинг катталашishi кузатилди. 4 та беморда жигар 3,5 см гача, 3 та беморда 5 см гача қовурға равоғидан чиқиб турибди. Вирусли гепатит А ли бемор болаларда касалликни биринчи ҳафтасида оғриқ кузатилди. Жигар жуда узоқ муддатга, яъни эрта реконвалесценция даврида меъёрлашди.

Қоринда оғриқ 2 та бемор болада кузатилди. Спленомегалия 2 та беморда кузатилди.

3.1.5-жадвалдан кўриниб турибдики, 7 ёшдан 10 ёшгача бемор болаларда иштаҳа сустлиги, ҳолсизлик, дармонсизлик, диспепсик бузилишлар, тана

хароратининг кўтарилиши, катарал белгила, қоринда оғриқ каби клиник симптомлар кузатилди.

Диспепсик белгилар 6 та беморда, катарал белгилар 7 та бемор болаларда кузатилди, бу эса 3ёшдан 6 ёшгача бемор болаларга нисбатдан кўпроқ ҳисобланади.

Иштаха сустлиги 9 та, дармонсизлик 10 та, тана ҳароратининг кўтарилиши 8 та бемор бемор болаларда рўйхатга олинди.

11ёшдан 15 ёшгача бўлган бемор болаларда ҳам иштаха сустлиги, дармонсизлик диспепсик белгилар ва тана ҳароратининг кўтарилиши каби клиник белгилар яққол намоён бўлади.

Иштаха сустлиги 10 та бемор болада, дармонсизлик ва ҳолсизлик 9 та бемор болада кузатилди. Бу эса 11 ёшгача бўлган болаларга нисбатан кўп кўрсаткични ташкил қилади.

Тана ҳароратининг кўтарилиши ҳам 9 та бемор болада кузатилган бўлса, шу беморларнинг деярли барчасида, яъни 8 тасида катарал белгилар ҳам кузатилди. Диспепсик белгилар эса 7 та бемор болада кузатилди.

Гепатомегалия барча бемор болаларда кузатилди, 7 та бемор болада жигар қовурға равоғидан 2,5-3см чиқиб турган бўлса, 5 та беморда 1,5-2,0 см катталашган. Спленомегалия ҳам 7 та бемор болаларда кузатилди.

Вирусли гепатит А да етакчи клиник белгилар солиштирма таҳлил ўтказилганда 3ёшдан 6 ёшгача бўлган бемор болаларга нисбатдан 7ёшдан 10 ёшгача бўлган болаларда клиник белгилар яққолроқ намоён бўлади.

Касалликнинг асосий клиник белгиларидан бири бу тери ва склеранинг сариқлиги ҳисобланади. Тери ва склеранинг сариқлик жадаллиги касаллик оғирлигини ҳар доим ҳам белгилаб бера олмайди. Вирусл гепатит А да кичик ёшдаги болаларда сариқлик нисбатдан камроқ намоён бўлади (3.1.6-жадвал). Текширув натижаларига кўра 6 та (20,0%) беморда тери ва склерада сариқлик аниқланмади, шунинг учун бу бемор болаларда касалликнинг сариқсиз шакли гуруҳига критилди. Сариксиз шакли 3ёшдан 6 ёшгача бўлган бемор болаларда 2 та (6,6%), 7ёшдан 10 ёшгача бемор

болаларда 3 та (10%) ва 11 ёшдан 15 ёшгача бўлган бемор болаларда 1 тани (3.3%) беморларда кузатилди. Бу кичик ёшдаги болаларда сариқсиз шакли нисбатан кўпроқ ўтишини билдиради.

3.1.6-жадвал

Тери ва склерада сариқлик даражаларини ёш гуруҳлари бўйича тақсимланиши

Ёш	Беморлар сони	Сариқлик даражаси			
		±	+	++	+++ ва кўп
3-6 ёш	5	-	3	2	-
7-10 ёш	8	-	3	3	2
11-15 ёш	11	-	3	3	5
жами	27	-	9	8	7

Жадвалда кўриниб турибдики, субиктерик сариқлик умуман кузатилмаган, лекин 3 ёшдан 6 ёшгача бемор болаларда + ва ++ даражадаги сариқлик кузатилган бўлса, 7 ёшдан 10 ёшгача бўлган бемор болаларда +++ ва ундан кўп даражадаги сариқлик 5 тасида кузатилди. Бу нисбатдан катта ёшдаги болаларда сариқлик интенсивлигининг юқорилиги кўп учрашини тасдиқласа, иккинчи томондан бу ёшдаги болаларда гижжалар инвазиялари кўп учраши ҳам шу ҳолатни кузатишига олиб келади.

Тери ва склерадаги сариқлик даражаси касалликнинг оғир енгиллигига қараб туриб, ўрта оғир кечишида касаллик эртароқ яхшиланади, оғир шакилларида давомийлиги чўзилади (3.1.7-жадвал).

Жадвалдан кўриниб турибдики, сариқлик давомийлиги касалликнинг оғирлик шаклига боғлиқ: оғир шаклида 3 ёшдан 6 ёшгача бўлган бемор болаларда кузатилмаган, 7 ёшдан 10 ёшгача бўлган бемор болаларда 9,8 кун, 11 ёшдан 15 ёшгача бўлган бемор болаларда эса 11,7 кунни ташкил қилган бўлса, ўрта оғир шаклида 3 ёшдан 6 ёшгача бўлган бемор болаларда 8,7 кунни, 7 ёшдан 10 ёшгача бўлган бемор болалар 9,8 кунни, 11 ёшдан 15

ёшгача бўлган бемор болаларда 11,7 кун давом этган. Шунини таъйидлаб ўтиш жоизки, сариқлик давомийлиги кичик ёшдагиларга нисбатан катта ёшдаги болаларда узоқроқ давом эган.

3.1.7-жадвал

Вирусли гепатит А да сариқлик давомийлигини ёши ва касаллик оғирлик даражасига қараб тақсимланиши

Оғирлик шакли	Сариқлик давомийлиги (кун)		
	3-6 ёш	7-10 ёш	11-15 ёш
Ўрта оғир шакли	8,7	9,8	11,7
Оғир кечиши	-	13,0	16,2

Жигарда патологик жараён фаоллигини баҳолаш учун цитоплазматик ферментлар: аланин аминотрансфераза (АлАт) ва аспартат-аминотрансфераза (АсАт) кўрсаткичи қўлланилди (3.1.8-жадвал).

Жадвалда кўриниб турибдики, 3 ёшдан 6 ёшгача бўлган бемор болаларга нисбатан 7 ёшдан 15 ёшдаги бўлган бемор болаларда АлАт фаоллиги сезиларли юқорилиги кузатилади. Худи шундан сариқсиз шаклда кечганда ҳам шу ҳолат намоён бўлди.

3 ёшдан бешгача бўлган бемор болаларда АлАт фаоллиги оғир шаклида 214,6 U/L, ўрта оғир шаклида 186,4 U/L, сариқсиз шаклида 167,5 U/L бўлган бўлса, 7 ёшдан 10 ёшгача бўлган болаларда эса мос равишда оғир шаклида 256,1 U/L, ўрта оғир шаклида 219,3 U/L, сариқсиз шаклида 184,5 U/L бўлган бўлса, 11 ёшдан 15 ёшгача бўлган бемор болаларда мос равишда оғир шаклида 305,7 U/L, ўрта оғир шаклида 257,8 U/L, сариқсиз шаклида 189,2 U/L кўрсаткичлар кузатилди. АсАт фаоллиги ҳам касаллик оғирлик шаклларига мос равишда ошиб борган. Маълумки, вирусли гепатит А оғирлик шаклига мос равишда энзимлар фаоллиги ошиб борган.

**ВГА да биохимик кўрсаткичларни динамик ўзгаришини
касалликнинг оғирлик шакли ва ёшига қараб тақсимланиши**

Касаллик шакли	Ёш	АЛА т U/L	АсА т U/L	Умумий билирубин н мкмоль/л	Эркин билирубин н мкмоль/л	Боғланган билирубин н мкмоль/л	Тимол синам а ЕД
Оғир шакли	3-6 Ёш	214,6	186,4	106,6	79,1	27,05	29,8
	7-10 ёш	256,1	204,6	135,0	83,5	51,5	26,8
	11-15 ёш	305,7	227,1	182,4	102,3	80,1	26,7
Ўрта оғир шакли	3-6 ёш	186,4	164,8	62,9	34,9	28,0	24,3
	7-10 ёш	219,3	198,4	79,9	60,4	19,5	26,7
	11-15 ёш	257,8	203,0	106,4	73,5	32,9	24,6
Сариқси з шакли	3-6 ёш	167,5	106,4	18,2	5,4	12,8	12,1
	7-10 ёш	184,5	129,7	22,6	7,3	15,3	14,6
	11-15 ёш	189,2	167,3	21,8	8,2	13,6	15,2

Бизнинг текширувларимизда касалликнинг оғирлик шаклига қараб билирубиннинг таркибий тебраниши кузатилди.

Касалликнинг ўрта оғир ва оғир шакилларида эркин билирубиннинг юқорилиги устунлик қилган бўлса, сариқсиз шаклида билирубин кўрсаткичлари меъёр даражасида бўлган. Алоҳида эътибор бериб қараладиган касалликнинг оғир шаклида бошқа ёш гуруҳларга нисбатан 11-15 ёшдаги бемор болаларда билирубиннинг тебраниш кўрсаткичи 130-220 мкмоль/л ни ташкил қилди.

Болаларда ВГА да вирусли гепатит В нисбатан шуниси характерлики, касаллик авжига чиққанда, яъни билирубин кўрсаткичлари юқори кўрсаткичларга етганда беморнинг умумий ахволи енгиллашади, иштаҳаси очилади, дармонсизлик белгилари йўқолади, бемор болаларни ўзи фаоллашиб қолади.

Пигмент алмашинуви бузилгандан кейин пешоб ва нажас рангида ҳам ўзгаришлар кузатилади. 24 (80%) та бемор болаларда пешоб ва нажас рангида ўзгаришлар бўлди, лекин 6 та (20%) бемор болаларда касаллик сариқсиз шаклида кечганлиги сабабли, пигмент бузилишлар намоён бўлмади.

Нажас рангининг жуда узоқ муддат давом этмади ва касалликнинг 5 кунигача давом этди. Пешоб рангининг тўқлашуви деярли барча беморларда 7-10 кунда ўзининг олдинги рангига тикланди.

Тимол синамаси кўрсаткичлар таҳлилида кўриндики, ВГА нинг қандай ёш гуруҳда бўлишидан қатий назар ўрта оғир ва оғир шакилларида тимол синамаси меъёридан 4-5 марта юқори кўрсаткичлар қайд этилди. Лекин ВГА нинг сариқсиз шаклида тимол синамаси меъёридан 2-3 марта ошиши кузатилди.

Касалликнинг бошланғич даврида асосий клиник белгилардан интоксикация симптоми намоён бўлади. Интоксикация белгилари касалликнинг оғирлик даражалари ва беморнинг ёшига боғлиқ ҳолда давом этади (3.1.9-жадвал).

Интоксикация белгилари сариқлик белгилари пайдо бўлиши билан камайиб борди. Касалликнинг сариқсиз шаклида интоксикация белгилар сариқлик белгилари кузатилмаганлиги сабабли тахминан ўртача 1 кундан ортиқроқ давом этган деб ҳисобланади. Касалликнинг ўрта оғир шаклида интоксикация белгилари 3-6 ёшда ўртача 3,4 кун, 7-10 ёшда ўртача 3,9 кун, 11-15 ёшда ўртача 4,3 кунни ташкил қилган бўлса, оғир шаклида 3-6 ёшда ўртача 5,8 кун, 7-10 ёшда ўртача 6,4 кун, 11-15 ёшда ўртача 7,3 кунни ташкил қилди.

3.1.9-жадвал

ВГА да интоксикация белгиларининг давомийлиги оғирлик даражаси ва бемор ёшига қараб тақсимланиши (кунларда)

Ёши	Оғирлик даражаси		
	Оғир	Ўрта оғир	Сариқсиз шакли
3-6 ёш	5,8	3,4	1,2
7-10 ёш	6,4	3,9	1,4
11-15 ёш	7,3	4,3	1,3

Вирусли гепатит А нинг умумий кечиши таҳлил қилинганда даволаш муолажалардан кейин 100% беморларда соғайиш кузатилди. Юқоридаги 3.1.9-жадвалда вирусли гепатит А билан касалланган бемор болаларда интоксикация белгиларининг давомийлиги, оғирлик даражаси ва бемор ёшига қараб тақсимланиши (кунларда) батавсил ёритиб берилди ва амалиётда қўллаш учун тавсия этилди.

3.2. ВГА нинг сурункали пиелонефрит фон бўлганда кечиш хусусиятлари

Вирусли гепатит А билан касалланган 30 та бемор болалар

ўрганилди, шу ўрганилган болаларда буйрак касалликларидан сурункали пиелонефрит касаллиги аниқланди.

Назорат учун кузатиш ва текширишга ВГА билан касалланган 30 та сурункали пиелонефрит билан оғриган бемор болаларни олинди.

3.2.1-жадвал

ВГА нинг сурункали пиелонефрит фон касалликнинг ёшга ва жинсга қараб тақсимланиши

Жинс	Ёши			
	3-6	7-10	11-15	Ҳаммаси
Ўғил болалар	1	6	3	10
Қиз болалар	3	11	3	17
Жами	4	12	11	27

Кўпчилик ҳолатларда асосий касалликка фон касаллигига сифатаид буйрак касалликларидан сурункали пиелонефритни мисол қилиб олдик. Биз ўрганган беморларимизда кўпроқ қўилиб келадиган сурункали пиелонефрит касалликка чалинган бемор болаларда вирусли гепатит А нинг кечиш хусусиятларини ўргандик. Вирусли гепатит А ни кечиши сурункали пиелонефрит билан 27 беморда кузатилди (3.1.3-жадвал).

Текширилган бемор болалардан 14 таси ўғил болалар, 16 таси қиз болаларни ташкил қилди. Беморларда касалликнинг оғирлик даражаларининг кечиши 3.2.1-жадвалда кўрсатиб ўтилди.

3.2.1-жадвалдан кўриниб турибдики, сурункали пиелонефрит фон касалликлари бўлмаган бемор болаларга нисбатан сурункали пиелонефрит билан касалланган бемор болаларда касалликни сариқсиз шакилда кечиши камроқ кузатилди, аксинча, оғир кечиши 2 та бемор болага кўпроқ бўлди. Шунини такидлаш керакки, бу гуруҳдаги беморларда сурункали пиелонефрит фон касалиги, бўлганлиги сабабли касаликни кечиш оғирлигига таъсир этади.

3.2.1-жадвал

**Сурункали пиелонефрит фон касалликлари бўлган беморларни ёши
ва касалликни оғирлик шакллари бўйича тақсимланиши**

Оғирлик шакллари	Ёши			
	3-6 ёш	7-10ёш	11-15 ёш	Ҳаммаси
Ўрта оғир шакли	6	6	9	21
Оғир шакли	-	2	3	5
Сариқсиз шакли	3	1	-	4
жами	9	9	12	30

Касалликни ўткир бошланиши 27 та (90%) беморда, аста-секин бошланиши 3 та (10%) беморда кузатилди.

3.2.2-жадвал

**Болаларда ВГА сурункали пиелонефрит фон касаллиги билан
кечганда асосий клиник белгиларнинг кечиш давомийлиги**

Асосий белгилар	клиник	Ёши			
		3-6	7-10	11-15	Ҳаммаси
Катарал		3,4	3,5	3,4,5	
Пигмент алмашинувининг бузилиши		8,12	10,16	12,16	
Диспептик		2,3	3,4,5	4,5,6	
Қориндаги оғриқ		1,2	2,3	3,4	

ВГА нинг сурункали пиелонефрит фон касаллиги билан кечганда гуруҳдаги болаларда сариқлик даврининг давомийлиги ўртача 15,3 кунни ташкил қилган бўлса, сурункали пиелонефрит фон касалликларсиз кечган

ВГА да сариклик даври давомийлиги 11,8 кунни ташкил этди (3.2.2-жадвал).

Захарланиш белгилари 26 та беморда кузатилди. Тана ҳароратининг кўтарилиши эса 21 та беморда кузатилди (3.2.3-жадвал)

3.2.3-жадвал

Болаларда вга нинг сурункали пиелонефрит фон касаллиги бўлганда асосий клиник белгиларнинг учраш сони

Клиник белгилар		ВГА билан оғриган беморлар сони			
		Назорат гуруҳи		Асосий гуруҳ	
		абс	%	абс	%
Дармонсизлик, иштаҳа сустлиги, инжиқлик		20	67	24	80
Температура	Субфебрил	10	33	20	67
	Юқори	2	6,7	5	18,3
Қусиш		12	40	24	80
Қоринда оғриқ		11	37	24	80
гепатомегалия		24	80	26	87

Гепатомегалия барча беморларда кузатилди. 4 (13,2%) болаларда жигар коворға равоҳидан 4 см чиқиб турибди, сурункали пиелонефрит фон касаллиги бўлмаган бола-ларда бундай ҳолат 1 та бемор болада кузатилди. Ультра товуш текширувида жигар паренхимасининг қаттиқлашиши сурункали пиелонефрит касаллиги билан оғриган болаларнинг 5 та (18%) да кузатилди. Спленомегалия 8 та (26%) болаларда кузатилган бўлса, шулардан 3 тасида талоқ ўлчамлари 3-3,5 см катталашган. ВГА сурункали пиелонефрит касаллигисиз кечганда 1 та беморда талоқнинг шундай ўлчамларда катталашгани кузатилди. Гепатомегалия давомийлиги

сурункали пиелонефрит фон касаллиги билан кечганда ўртача 20,8 кунни ташкил қилган бўлса, ВГА сурункали пиелонефрит касаллигисиз кечганда ўртача 18,5 кунни ташкил қилди.

Биокимёвий маълумотлар кўрилганда, ВГА сурункали пиелонефрит касаллиги билан кечганда гипербилирубинемия ўртача 14,2 кун давом этган бўлса, сурункали пиелонефрит касаллигисиз кечганда гипербилирубинемия ўртача 10,5 кунни ташкил қилди. Бизга маълумки, гипербилирубинемия кўп ҳолларда касалликни оғирлик даражасини белгилаб беради.

Гиперферментемия давомийлиги сурункали пиелонефрит бўлган бемор болаларда ўртача 18,3 кун бўлган бўлса, ВГА да сурункали пиелонефрит фон касаллигисиз кечганда гиперферментемия ўртача 11,6 кун давом этди.

Бемор болаларни шифохонада даволаниш кунлари солиштирилиб кўрилганда ВГА да сурункали пиелонефрит фон касаллиги билан кечганда ўртача 19,4 кунда уйига чиқарилган бўлса, ВГА да сурункали пиелонефрит фон касаллигисиз кечганда ўртача 13,4 кунда уйига чиқарилди. Беморларнинг кейинги назорати диспансер кўригига келганда амалга оширилди.

3.3. Вирусли гепатит а нинг сурункали пиелонефрит фонида кечаётган беморларда даволаш усуллари, солиштира тахлили ва натижалари

ИЗОХИ

Болаларда вирусли гепатит А нинг сурункали пиелонефрит билан кечганда, бемор болаларнинг даво муолажалари тубдан фарқ қилишини кўрдик. Вирусли гепатит А нинг даволашида даражаларига қараб энгил шаклида асосан суюқликни peros орқали буюрилса, ўрта оғир шаклида эса 80% peros берилса 20% эса парентерал йўллар орқали юборилади. Оғир

шаклида эса асосан 60% парентерал йўл орқали бўлса 40% peros йўли орқали буюрилади (3.3.1-жадвал).

3.3.1-жадвал

Гурухларда даволашдаги фарқ

Даво турлари	Касалликнинг оғирлик даражалри					
	Енгил шакли		Ўрта оғир шакли		Оғир шакли	
	1-гурух	2-гурух	1-гурух	2-гурух	1-гурух	2-гурух
Базисний терапия	+	+	+	+	+	+
ЎТ хайдовчи дамламалар	+	+	+	+	+	+
Гепатопротектор	-	+	-	+	+	+
Инфузия	-	+	-	+	+	+
Антибиоти клар	-	-	-	-	-	+

Жадвалда кўриниб турибдики ВГА ва ВГА нинг сурункали пиелонефрит билан таққосланганда умумий ётоқ тартиби, диета стол №5а хар иккала гурухга буюрилди.

Мисол сифатида касаллик баён кўчирмасидан қуйдагиларни келтириб ўтамиз.

3.3.1-жадвал

Кўзгатувчиларнинг антибиотикограммаси

Антибиотиклар	кўзгатувчилар			Натижалар
	Ичак т-ча	Стафилококк	энтерококк	
Амоксиклав	+++	++++	+	таъсирчан
Цефотоксим	++++	+++	++	Кучлирок
Ультрацеф	++++	++++	+++	Юқори
Нитроксолин	++	+	++++	Таъсирчан
Фурадонин	+	++	+++	Таъсирчан
Бисептол	+++	+++	++	Юқори
Ципролет	++++	+++	++++	Юқори

Мисол №1: Бола А.С., 3 ёшда, шаҳар 5-сон юқумли касалликлар клиник шифохонасига 2013 йил 14 январда дармонсизлик, иштаҳа сустлиги, қоринда оғриқ, кўнгил айниши, 2 марта қусиш, пешобнинг тўқлашиши каби шикоятлар билан келди ва ВГА бўлимига ётқизилди.

Анамнездан 9 январ куни тана ҳарорати 38,9°С гача тана ҳарорати кўтарилган, томоғида енгил қизариш аломатлари пайдо бўлган. Онаси болада ЎРВИ га тахмин қилиб, парацетамол ва анаферон таблеткаларини ичишга берган. 3 кун давомида тана ҳарорати вақти-вақти билан кўтарилиб турган, бемор дармонсизланган, иштаҳаси йўқолган, болада ётоқчираш ҳолатлари кузатилга. Ётганда қорнини пастга қилиб ётган, инжиқланган. 13 январ куни эрталабки пешоби ранги тўлашгани кўрган онаси болани оилавий поликлиникага олиб борган ва қон таҳлилини топшириш тавсия этилган. 14 январ қон таҳлилида АлАт- 3,8 мэкв/л, АсАт-1,2 мэкв/л га ошганлиги аниқланган ва эпид ташувчи орқали юқумли касалликлар шифохонасига юборилган.

Эпидемиологик анамнездан 2012 йил сентябр ойида ўткир юқумли ичак касаллиги билан даволанган, ноябр ойида икки томонлама зотилжам ташхиси билан даволанган ва вена ичига, мушак орасига инъекциялар олган, декабир ойининг ўрталарида сувчечак билан оғриган ва уй шароитида даволанган. Шаҳардан четга чиқмаган, ВГВ га қарши эмланган.

2012 йил декабир ойининг охирида уйга меҳмон бўлиб ВГА билан касалланган қаридоши келиб кетган. Ҳозирда қариндоши ҳам ВГА ташхиси билан даволанмоқда.

Ҳаёт анамнезидан бемор бола 2 ҳомиладорликдан 2 фарзанд. Туғилиш муддатида бўлган ва туғилгандаги вазни 2550 г, 8 ойлигига қадар кўкрак сути билан боқилган, 3 ойлигида прикорм берилган. оилавий паликлинакага сурункали пилонефрит билан ҳисобда туради.

Келганда умумий аҳволи ўрта оғир, дармонсиз, инжиқ, безовта. Бола озғин, тана вазни 10кг 200г. Мушаклар тонуси паст, 20 тиши чиққан, краниотабис кузатилади. Тери қопламалари тоза, тери тургори пасайган. Кўз ва оғиз бўшлиғи шилиқ қаватлари рангпар, тили енгил караш билан қопланган, қуруқ. Томоғида енгил қизариш аломатлари бор. Ўпкада везикуляр нафас эшитилади. Юрак тонлари бўғиқ, пульси ритмик, ўрта тўлаликда ва тарангликда. Қорин одатдаги ҳолатда, юмшоқ, бироз шишган. Жигар қорин чегараси 5 қовирға оралиғида, пастки чегараси-2,5+3,0+3,5 см қовирға равоғидан чиқиб турибди, ўрта қаттиқликда. Талоқ +1,0 см. Сийдик ажратиш ровон, ранги тўқлашган, нажаси оқиш рангда.

Лаборатор текширувларда: умумий қон таҳлилида Нв-103 г/л, эр.- $3,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.- $6,0 \times 10^9$ /л, п/яд.-8%, с/яд.-57%, лимф.-34%, СОЭ-6 мм/ч. Копрология ўзгаришсиз. Сийдик таҳлилида ўт пигментлари-мусбат, лейкоц.- 15×10^9 /л. Биохимик таҳлилларда: билирубин умумий-76,3 мкмоль/л, эркин-48,6 мкмоль/л, боғланган-27,7 мкмоль/л, АлАт-256 U/L, АсАт-184 U/L, тимол синамаси-28 ед; ИФА таҳлилида antiHAV IgM-мусбат, HbsAg-манфий, antiHCV- манфий.

Клиник ташхис: вирусли гепатит А antiHAV IgM-мусбат, ўткир сариқ тури, ўрта оғир кечиши.

Йўлдош: сурункали пиелонефрит яширин шакли.

Бемор шифохонада базис терапия муолажаларини олди. Касалликнинг 19 куни қониқарли аҳволда гепатитдан кейинги гепатомегалия (жигар

ковурға равоғидан+3,5+4+4см чиқиб турибди) билан шифохонадан чиқарилди.

Мисол №2: Бола Ш.А., 4 ёшда, шахар 5-сон юқумли касалликлар клиник шифохонасига 2013 йил 24 ноябрда дармонсизлик, иштаха сустлиги, коринда оғрик, кўнгил айниши, 6 марта қусиш, пешобнинг тўқлашиши каби шикоятлар билан келди ва ВГА бўлимига ётқизилди.

Анамнезидан 16 ноябр куни тана ҳарорати 37,9°С гача тана ҳарорати кўтарилган, томоғида томоғида қизариш аломатлари пайдо бўлган. Онаси болада сурункали тонзиллитга тахмин қилиб, парацетамол, азимак таблеткаларини ичишга берган ва цефазалин 1.0 г дан 2 маҳал мушвк орасига қилган. 6 кун давомида тана ҳарорати вақти-вақти билан кўтарилиб турган, бемор дармонсизланган, иштаҳаси йўқолган, болада ётоқчираш ҳолатлари кузатилган. Ётганда қорнини пастга қилиб ётган, инжиқланган, овқат ейишдан қатий бош тортган. Онаси мажбурлаб овқат берган, лекин бола шу заҳоти қайт қилиб ташлаган. Кун давомида 4 марта қайт қилган. 23 ноябир куни эрталабки пешобининг ранги тўқлашган, нажаси оқиш кулрангда рангда эканлигини кўрган онаси оилавий поликлиникага олиб борган ва қон таҳлилини топшириш тавсия этилган. 24 ноябрда қон таҳлилида АлАт -5,7мэкв/л, АсАт -2,8 мэкв/л га ошганлиги аниқланган ва эпид ташувчи орқали юқумли касалликлар шифохонасига юборилган.

Эпидемиологик анамнезида бола тез-тез шамолаб турганлиги сабабли амбулатор равишда вена ичига, мушак орасига инекциялар олган, шахардан четга чиқмаган, ВГВ га қарши эмланган. Юқумли касалликлар билан мулоқатни билмайди. Ҳар куни қўшни болалар билан ҳовлида ўйнайди.

Ҳаёт анамнезидан бемор бола 2 ҳомиладорликдан 1 фарзанд. Туғулиши муддатида бўлган ва туғилгандаги вазни 2830 г, 6 ойлигига қадар кўкрак сути билан боқилган, 3 ойлигида прикорим берилган. Оилавий поликлиникага 6 ойлигида чиқанда УСА топширган натижада

сыйдик умумий таҳлилида бироз лейкоцитлар кўплиги аниқланилган. Кейин антибиотиклар олган инексия шаклида, қайта текширилганда лейкоцитлар бироз пасайганлиги кузатилган аммо лекин давомуолажасини олиб борвурган. 3 ойдан сўнг яна қайта текширув ўтказилганда боланинг УСА да лейкоцитлар миқдори ошганлигини кузатилган ва оилавий поликлиникага назорат гуруҳига олиб қўйилган, сурункали пиелонефрит ташхиси билан.

Келганда умумий ахволи ўрта оғир, дармонсиз, инжиқ, безовта. Бола озғин, тана вазни 11 кг 600г. Мушаклар тонуси паст. Тери қопламлари тоза, тери тургори пасайган. Кўз ва оғиз бўлиғи шилиқ қаватлари рангпар, тили караш билан қопланган, куруқ. Томоғида қизариш аломатлари бор. Муртак безлари катталашган. Ўпкада суст везикуляяр нафаст эшитилади. Юрак тонлари бўғиқ, пульси ритмик, ўрта тўлалаикда ва тарангликда. Қорни одатдаги ҳолатда, юмшоқ бироз шишган. Жигар юқори чегараси 5 қовурға оралиғида, пастки чегараси-+3,5+4,0+4,5 см қовурға равоғидан чиқиб турибди, ўрта қаттиқликда. Талоқ-+3,0 см. Сийдик ажратиш равон, ранги тўқлашган, нажаси оқиш рангда.

Лаборатор текширувларда: умумий қон таҳлилида Нв -82г/л, эр.- $3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.- $6,3 \times 10^9$ /л, п/яд. -9%, с/яд.-56%, лимф.-30%, СОЭ-12мм/ч. Копрология ўзгаришсиз. Сийдик таҳлилида ўт пигментлари-мусбат, лейкоц.- 18×10^9 /л, оқсил-36%. Биохимик таҳлилларда: билирубин умумий.-114,2 мкмоль/л, эркин билирубин- 76,6 мкмоль/л, боҳланган-37,6 мкмоль/л; АлАт-420U/L, АсАт-216 U/L, тимол синамаси-22 ЕД; ИФА таҳлилида antiHAV IgM-мусбат, HBsAg- манфий, antiHCV- манфий.

Клиник ташхис: вирусли гепатит А antiHAV IgM-мусбат, ўткир сариқ тури, охир кечиши.

Йўлдош: Срункали пиелонефрит яширин кечиши.

Бемор шифохонада базис терапия муолажаларини олди. Касалликнинг 26 куни қониқарли аҳволда гепатитдан кейинги гепатомегалия (жигар

ковурха равоҳидан +2,5+3+3 см чиқиб турибди) билан шифохонадан чиқарилди.

III-бобга хулоса

Вирусли гепатит А касаллиги учраш ҳолатини ўрганганда жинс бўйича назорат гуруҳида 53 % ўғил болалар 47% қиз болалар ташкил қилди. Ёш бўйича кузатилганда 3-6 ёшга нисбатан 11-15 ёшлиларда 2,6 марта камроқ касалланиш кузатилди.

Вирусли гепатит А билан оғриган болаларда сурункали пиелонефрит касаллиги билан келганда, интоксикация белгилари чўзилганлиги ва касалликнинг оғир кечишига олибкелади.

Вирусли гепатит А нинг сурункали пиелонефрит билан кечганда антибиотикларни эрта берилиши касалликнинг клиник белгиларни енгилроқ ўтиши кузатилди.

ХОТИМА

Болаларда вирусли гепатит А нинг асосий клиник кечиш хусусиятлари ўрганилганда сурункали пиелонефрит касалликлари бўлган болаларда оғир кечиш тасдиқланган [48,70]. В.И. Халитов ва ҳаммуалифларнинг маълумотларига кўра, болалар ўртасида ВГА оқибатида ўлим кўрсаткичи 0,001% ни ташкил қилади. Тошкент шаҳрида болалар ўртасида ВГА бўйича ўлим кўрсаткичи шу фоизларда сақланиб қолган.

Қатор муаллифлар ҳисоблайдики, касалликнинг оғир кечишига сурункали пиелонефрит каби фон касалликлар ва бошқа йўлдош касалликлар ҳамда беморлар охиргачам шифохонада даволанмасдан чиқиб кетишлар сабаб бўлади.

Ўткир вирусли гепатит А (ЎВГА) билан касалланган болаларда касалликнинг оғирлик даражалари бўйича қуйдагича тақсимланди: ўрта оғир шакли -21 (70%) та, оғир шакли -3 (10%) та, сариқсиз шакли-6 (20) та бемор болларда аниқланди.

ЎВГА билан 3 ёшдан 15 ёшгача бўлган болаларда ўрганди. Бунда болаларнинг ёши 3-6 ёш, 7-10 ёш, 11-15 ёш тариқасида тақсимланди. 3-6 ёшли болалар 7 тани, 7-10 ёш бўлган бемор болалар 11 тани, 11-15 ёшли бўлган бемор болалар эса 12 тани ташкил қилди. Бемор болалар жинс бўйича тақсимланганда 14 та ўғил болаларда, 16 та қиз болаларда аниқланди.

Касаллик бошлангандан сўнг шифохонага келиб тушиш кунлари турлича бўлган; 2-5 кунларда 6 та бемор болалар (20%), 6-10 кунда 20та бемор болалар(66,7%),10 кунда ортиқ 4 та (11,3%) бемор болалар ётқизилган. Кеч муддатларда ётқизилган беморларнинг кўп қисмини касалликнинг сариқсиз шакли билан кечиши ташкил қилган бўлса, айрим ҳолда беморларни аввал уй шароитида даволаб, аҳволи яхшиланмагандан сўнг шифохонага олиб келинган. Эрта муддатларда шифохонага олиб

келинган болаларни 3 ёшдан 6 ёшгача бўлган бемор болалар ташкил қилади. Бу маҳалла шифокорларининг эрта ёшдаги болаларга нисбатан эътиборлироқ эканлигини билдиради.

Эпидемиологик анамнез таҳлил қилинганда касалликнинг юқиш йўллари ва манбалари ўрганилди. Бунга кўра 3 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларда 4 таси, мактабгача таълим муассасасига, шундан жами 4 та бемор боланинг эпидемиология анамнезида боғчада вирусли гепатит А ҳолати борлигини кўрсатади. 7-15 ёшли бемор болаларнинг барчаси мактабга боради, шу болаларнинг 7 таси (60%) мактабда ВГА ҳолати борлигини тасдиқлайди, 4 тасида касалликни қаердан юқтирганлик манбаси сифатида ВГА билан касалланган қариндошлари ва қўшнилар билан бўлган мулоқот ва 2 та бемор болада касалликни аниқ юқтирган манбаси топилмади. Санитар гигиена қоидаларига риоя қилмаганлик оқибатида юқтирган деган хулосага келинди. Ўрганилган бемор болаларни бирортаси ҳам ВГА га қарши эмланмаган.

Жами 30 та беморда вирусли гепатит А ташхиси беморнинг шикоятлари, эпидемиологик анамнез, касаллик анамнези, клиник кўрув маълумотлари ва лаборатор таҳлилларга асосланиб тасдиқланган. Ташхисни асосли деб ҳисоблаш мақсадида 100% беморларда ИФА таҳлил ўтказилган ва бунда antiHAV IgM-мусбат натижасини берган.

Кўпчилик ҳолатларда асосий касалликка фон касаллиги сифатида сурункали пиелонефрит, сурункали танзиллит ва бошқа йўлдош касалликлар билан қўшилиб келиши кузатилган. Биз ҳам ўрганган беморларимизда кўпроқ қўшилиб келадиган сурункали пиелонефрит фонидаги вирусли гепатит А нинг клиник кечиш хусусиятларини ўргандик. Вирусли гепатит А ни сурункали пиелонефрит билан кечиши 30 та бемор болаларда кузатилди.

Касалликнинг авж олиш даврида 3-6 ёшда клиник белгилар қуйдагича бўлди: дармонсизлик, холсизлик -5 та беморда, иштаха сустлиги -6 та беморда, диспепсик бузилишлар -3 та беморда, тана ҳароратининг

кўтарилиши ва катарал белгилар -4 та беморда, қоринда оғриқ-2 та беморда кузатилди.

3-6 ёшдаги болаларда 100% ҳаммасида жигарнинг катталашини кузатилди. 4 та беморда жигар 3,5 см гача, 3 та беморда 5см гача қовурға равоғидан чиқиб турибди. Вирусли гепатит А ли бемор болаларда касалликнинг биринчи хафтасида оғриқ кузатилди. Жигар жуда узоқ муддатга, яъни эрта реконвалесценция даврида меъёрлашди.

Қоринда оғриқ 2 та бемор болада кузатилди. Спленомегалия 2 та беморда кузатилди.

7-10 ёшли бемор болаларда иштаха сустлиги, ҳолсизлик, дармонсизлик, диспепсик бузилишлар, тана ҳарорати кўтарилиши, катарал белгилар, қоринда оғриқ каби клиник симптомлар кузатилди.

Диспепсик белгилар 6 та беморда, катарал белгилар эса 7 та бемор болаларда кузатилди, бу эса 3-6 ёшдаги бемор болаларга нисбатан кўпроқ ҳисобланади. Иштаха сустлиги 9 та, дармонсизлик 10 та, тана ҳароратининг кўтарилиши 8 та бемор болаларда рўйхатга олинган.

11-15 ёшдаги бемор болаларда ҳам иштаха сустлиги, дармонсизлик, диспепсик белгилар ва тана ҳароратининг кўтарилиши каби клиник белгилар яққол намоён бўлади.

Иштаха сустлиги 10 та бемор болада, дармонсизлик ва ҳолсизлик 9 та бемор болада кузатилди. Бу эса 7 ёшгача бўлган болаларга нисбатан кўп кўрсаткични ташкил қилади.

Тана ҳароратининг кўтарилиши ҳам 9 та бемор болада кузатилган бўлса, шу беморларнинг деярли барчасида, яъни 8 тасида катарал белгилар ҳам кузатилди. Диспепсик белгилар эса 7 та бемор болада кузатилди.

Гепатомегалия барча бемор болаларда кузатилди, 7 та беморда жигар қовурға равоғидан 2,5-3 см чиқиб турган бўлса, 5 та беморда 1,5-2,0 см катталашган. Спленомегалия ҳам 7 та бемор болаларда кузатилди.

ВГА да етакчи клиник белгилар солиштирма тахлили ўтказилганда 3-6 ёшга нисбатан 7-15 ёшдаги болларда клиник белгилар яққолроқ намоён бўлади.

Касалликнинг асосий клиник белгиларидан бири бу тери ва склеранинг сариқлиги ҳисобланади. Тери ва склеранинг сариқлик жадаллиги касаллик оғирлигини ҳар доим ҳам белгилаб бера олмайди. ВГА да кичик ёшдаги болаларда сариқлик нисбатан камроқ намоён бўлади. Текширув натижаларига кўра 6 та (20%) беморда тери ва склерада сариқлик аниқланмайди, шунинг учун бу бемор болаларда касалликнинг сариқсиз шакли гуруҳига киритилди. Сариқсиз шакли 3-6 ёшда 2 та (6,6%), 7-10 ёшда 3та (10%) ва 11-15 ёшда 1 та (3,3%) беморларда кузатилди. Бу кичик ёшдаги болаларда сариқсиз шакли нисбатан кўпроқ ўтишини билдиради.

Жадвалдан кўришиб турибдики, субиктерик сариқлик умуман кузатилмаган, 3 ёшдан 7 ёшгача бемор болаларда + ва ++ даражадаги сариқлик кузатилган бўлса, 7-15 ёшли бемор болаларнинг 5 тасида +++ ва ундан кўп даражадаги сариқлик кузатилди. Бу нисбатан катта ёшдаги болаларда сариқлик интенсивлигининг юқорилиги кўп учрашини тасдиқласа, иккинчи томондан бу ёшдаги болаларда гижжалар инвазиялари кўп учраши ҳам шу ҳолатни кузатилишига олиб келади.

Сариқлик давомийлиги касалликнинг оғирлик шаклига боғлиқ: оғир шаклида 3-6 ёшда кузатилмаган, 7-10 ёшда 9,8 кун, 11-15 ёшда 11,7 куни ташкил қилишган бўлса, ўрта оғир шаклида 3-6 ёшда 8,7 кун, 7-10 ёшда 9,8 кун, 11-15 ёшда 11,7 кун давом этган. Шунини такидлаб ўтиш жоизки, сариқлик давомийлиги кичик ёшдагиларга нисбатан катта ёшдаги болаларда узоқроқ давом этган.

Жадвалдан кўришиб турибдики, 3-6 ёшдаги болаларга нисбатан 7-15 ёшдаги болаларда АлАт фаоллиги сезиларли юқорилиги кузатилади. Худди шундан сариқсиз шаклда кечганда ҳам шу ҳолат намоён бўлади. 3 ёшдан бешгача бўлган бемор болаларда АлАт фаоллиги оғир шаклида 214,6 U/L, ўрта оғир шаклида 186,4 U/L, сариқсиз шаклида 167,5 U/L

бўлган бўлса, 7 ёшдан 10 ёшгача бўлган болаларда эса мос равишда оғир шаклида 256,1 U/L, ўрта оғир шаклида 219,3 U/L, сариқсиз шаклида 184,5 U/L бўлган бўлса, 11 ёшдан 15 ёшгача бўлган бемор болаларда мос раишда оғир шаклида 305,7 U/L, ўрта оғир шаклида 257,8 U/L, сариқсиз шаклида 189,2 U/L кўрсаткичлар кузатилди. АсАт фаоллиги ҳам касаллик оғирлик шакилларига мос равишда ошиб борган. Маълумки, вирусли гепатит А оғирлик шаклига мос равишда энзимлар фаоллиги ошиб борган.

Пигмент алмашинуви бузилгандан кейин пешоб ва нажас рангида ҳам ўзгаришлар кузатилади. 24 (80%) та бемор болаларда пешоб ва нажас рангида ўзгаришлар бўлди, лекин 6 та (20%) бемор болаларда касаллик сариқсиз шаклида кечганлиги сабабли, пигмент бузилишлари бўлмаган, шунинг учун пешоб ва нажас рангида ўзгаришлар бўлмади.

Нажас рангининг жуда узоқ муддат давом этмади ва касалликнинг 5 кунигача давом этди. Пешоб рангининг тўқлашуви деярли барча беморларда 7-10 кунда ўзининг олдинги рангига тикланди.

Интоксикация белгилари сариқлик белгилари пайдо бўлиши билан камайиб борди. Касалликнинг сариқсиз шаклида интоксикация белгилари сариқлик белгилари кузатилмаганлиги сабабли тахминан ўртача 1 кундан ортиқроқ давом этган деб ҳисобланди. Касалликнинг ўрта оғир шаклида интоксикация белгилари 3-6 ёшда ўртача 3,4 кун, 7-10 ёшда ўртача 3,9 кун, 11-15 ёшда ўртача 4,3 куни ташкил қилган бўлса, оғир шаклида 3-6 ёшда ўртача 5,8 кун, 7-10 ёшда ўртача 6,4 кун, 11-15 ёшда ўртача 7,3 кун бўлди.

ВГА нинг сурункали пиелонефрит фон билан кечганда гуруҳдаги болаларда сариқлик даврининг давомийлиги ўртача 15,3 куни ташкил қилган бўлса, фон касаллигисиз кечган ВГА да сариқлик даври давомийлиги 11,8 кунни ташкил этади.

ХУЛОСАЛАР

1. Таҳлил қилиб чиқилганда 3-6 ёшдаги болаларда касалликнинг клиник белгиларининг намоён бўлиши ҳам енгилроқ ва кечиш давомийлиги ҳам қисқа бўладиган бўлса, 7-15 ёшдаги бемор болаларда касалликнинг дастлабки белгилар ҳам яққол намоён бўлади, кечиш давомийлиги узокроқ муддатларгача давом этади.
2. Сурункали пиелонефрит фон касаллиги бўлган бемор болаларда вирусли гепатит А нинг оғир шаклида кечиш 30 % ни ташкил қилди.
3. Вирусли гепатит А сурункали пиелонефрит фон касаллиги билан бирга келганда гипербилирубинемия 14,2 кун, гиперферментемия 18,3 кун ва ўрин жой кунлари 19,4 кун давом этиши кузатилди.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Болаларда сурункали пиелонефрит фон касаллиги билан вирусли гепатит А нинг кечиши ва оқибатларига таъсир кўрсатганлиги сабабли маҳалла шифокорларида касалликка нисбатан эътиборлироқ бўлиш, ўз вақтида лаборатор текширувларда фойдаланиш зарур бўлади.
2. Сурункали пиелонефрит фон касалиги бўлган болаларда вирусли гепатит А оғир шаклда кечиш ҳолатлари юқори бўлганлиги сабабли даво муолажалари ўз вақтида тўлақонли олиб борилади.
3. Вирусли гепатит А сурункали пиелонефрит фон касаллиги билан бирга келганда беморлар стационардан чиқариб юборилгандан кейин ҳам Д кўрувини ўз муддатида ўтказиш зарур бўлади, болаларга гепатопротекторлар ва витаминотерапияни давом эттириш масалалари ҳал этилади.

ЧОП ЭТИЛГАН ИЛМИЙ ИШЛАР РЎЙХАТИ

- 1.Тезис Зокирходжаев А.Х., Юсупов А.С., Файзиев Б.О. “Болаларда сурункали пиелонефритнинг сурункали вирусли гепатит В кечишига таъсири ва даволаш усуллари”. // Педиатриянинг долзарб муаммолари Республика илмий-амалий конференцияси. Тошкент-2013- тезислар тўплами. 78 бет.
2. тезис Файзиев Б.О., Зокирходжаев А.Х. “Ўткирвирусли гепатит А касалигида сурункали пиелонефрит кечиши ва даволаш хусусиятлари”. // Ёш олимларнинг “соғлом бола йили”га бағишланган. “XXI аср-интеллектуал авлод асри” шиори остидаги “тиббиётнинг долзарб муаммолари” мавзусидаги илмий-амалий анжумани. Тезислар тўплами-Тошкент 2014 йил. 263 бет.
3. тезис Таджиев Б.М., Юсупов А.С., Файзиев Б.О. “Сравнительный анализ клинического течения у детей с вирусным гепатитом А при сопутствующей патологии мочевыделительной системы”. //VI Конгресса педиатров стран СНГ “Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания”. 9-10 октября 2014 года Национальная библиотека Беларуси Минск, проспект Независимости, 116 стра-144.
4. тезис Файзиев Б.О., Юсупов А.С. “Болаларда сурункали пиелонефритнинг ўткир вирусли гепатит А касаллигида кечиш хусусиятлари”. // Ёш олимларнинг “XXI аср-интеллектуал авлод асри” шиори остидаги “тиббиётнинг долзарб муаммолари” мавзусидаги илмий-амалий анжумани. Тезислар тўплами Тошкент-2015 йил. 207 бет.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А.Каримовнинг асарлари

1. И.А.Каримов. Юксак маънавият – енгилмас куч.-Т. “Маънавият” нашриёти, 2008. -76 б.
2. Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А. Каримов асарлари. Президент Ислом Каримов ташаббуси билан ташкил қилинган “Маълумотли ва интеллектуал авлодни тайёрлаш – мамлакатни барқарор ривожлантириш ва модернизация қилишнинг муҳим шарти” халқаро конференцияси иштирокчилари билан учрашув - Тошкент 17.02.2012
3. «Соғлом авлод учун» фонди ташкил қилинганлигининг 20 йиллигига бағишланган «Соғлом авлод – миллат келажаги» халқаро илмий-амалий конференция иштирокчилари билан учрашув - Тошкент, 24.04.2013
4. Президент Ислом Каримовнинг Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси Қонунчилик палатасининг биринчи ташкилий йиғилишидаги нутқи.-Тошкент 13.01.2015
5. Ўзбекистон Республикаси конституцияси 22 йиллигига бағишланган И.А. Каримов маърузаси

Асосий адабиётлар

6. Зокирходжаев А.Х. “Болалар юкумли касалликлари”. Тошкент.2008й. 156-159
7. Зокирходжаев А.Х. Таджиев Б.М. “Вирусные гепатиты”. Тошкент.2009й. 12-18

8. Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф. “Инфекционные болезни у детей”. Москва. 1991 г
9. Махмудов О.С. “Болаларда вирусли гепатитлар”. Тошкент.1994 г.
10. Мажидов В.М. “Юкумли касалликлар”. Тошкент. 1992 й
- 11.Шувалова Е.П. Инфекционные болезни. Л. 1995 г.
- 12.Блюгер А.Ф.Вирусные гепатиты. Рига 1990 г.
13. Анадалийска А; Кынчев К; Кретьова Н. Желтуха как симптом пиелонефрита в раннем грудном возрасте. // Современна медицина. - София. - 1980 - № 8. С. 455-457.
14. Андреев Г.В.; Поленцева Л.Р.; Подоральская А.В. Фибринолитические свойства плазмы крови, мочи и отечных жидкостей у больных с нефротическим синдромом. // Тер.архив. - 1982 - № 7. -С.53-57.
15. Андриуца К.А. Клиническая и изоферментная характеристика вирусного гепатита, протекающего на фоне других заболеваний. -Клин, медицина. - 1986 - Т.64. - № 11. - С. 62-67.
- 16.Арипходжаева Ф.А. Клинико-патогенетические особенности вирусного гепатита В у больных терминальной хронической почечной недостаточностью // Автореф. дисс. канд. мед. наук. -Ташкент, 1993 -14 С

Қўшимча адабиётлар

- 17.Абзалов М.Я. Роль эхографии в диагностике пиелонефритов у детей : научное издание / М.Я. Абзалов, Д.А. Умарова, Ш.Н. Хамидова // Педиатриянинг замонавий кйралари. Фан ва амалиёт: республика илмий - амалий анжумани материаллари 25 март 2008 йил. - Ташкент, 2008. - С. 35-36

- 18.Агзамходжаева Т.С.Структура возбудителей пиелонефрита у детей : научное издание / Т. С. Агзамходжаева, Х. К. Нурмухамедов, Ж. Р. Исматуллаева // IX Республиканский съезд эпидемиологов, гигиенистов, санитарных врачей и инфекционистов Узбекистана: материалы съезда (21-22 мая, Ташкент). - Ташкент, **2010**. - С. 12-13
- 19.Альмухамбетова Р. К. Иммунореактивность подростков, страдающих артериальной гипертензией на фоне хронического пиелонефрита, пути коррекции : научное издание / Р. К. Альмухамбетова // Кардиология Узбекистана. - Ташкент, 2013. - Том 28 N1-2K9/2013/1-2. - С. 152
- 20.Яровой С.К. Современное состояние антибиотикорезистентности основных возбудителей пиелонефрита : научное издание / С. К. Яровой, В. А. Максимов, Н. Л. Шимановский, Е. Н. Карева // Урология. - Москва, 2010. - №2. - С. 21-27. - Библиогр.: 18 назв
- 21.Туйчиев, Л. Н.Тяжелое течение вирусного гепатита А [Текст] : научное издание / Л. Н. Туйчиев, С. Г. Алимов [и др.] // Медицинский журнал Узбекистана. - 2013. - N3. - С. 132-133. - Библиогр.: 3 назв.
- 22.Айдинов Г.Т.Эпидемический процесс и вакцинопрофилактика вирусного гепатита А в Ростовской области / Г.Т. Айдинов; М.М.Швагер, В.Ю.Рыжков и др. // Лечащий Врач. - 2002. - №3. - С. 30-34
- 23.Алиева Г.Р.Клинико-эпидемиологическая характеристика острого вирусного гепатита А : научное издание / Г. Р. Алиева, А. Закирходжаева, А. С. Юсупов // IX Республиканский съезд эпидемиологов, гигиенистов, санитарных врачей и инфекционистов Узбекистана: материалы съезда (21-22 мая, Ташкент). - Ташкент, 2010. - С. 20
- 24.Бударина Н.А.Показатели клеточного иммунитета у детей, больных вирусным гепатитом А : научное издание / Н.А. Бударина, С.Г. Пак, О.Ф. Белая, В.П. Чуланов и др // Клинич. лабораторная диагностика. - М., 2002. - №9. - С. 32

- 25.Бударина Н.А.Характеристика показателей клеточного иммунитета у детей, больных острым вирусным гепатитом А / Н.А. Бударина, О.Ф. Белая, В.П. Чуланов и др. // Терапевт.архив. - М., 2003. - №11. - С. 31-35. - Библиогр.: 13 назв
- 26.Даминов Т. О.Фосфолипидный состав желчи у детей-реконвалесцентов вирусного гепатита А и В в зависимости от методов лечения : научное издание / Т. О. Даминов, Л. Н. Туйчиев [и др.] // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2013. - №2. - С. 11-13 (Шифр М9013). - Библиогр.: 8 назв.
- 27.Даминова Л.Т.Эффективность применения Мебеверина при вирусном гепатите А : научное издание / Л.Т. Даминова, Г.К. Худайкулова, Л.Ю. Аладова, Г.С. Авезова // Мед.журнал Узбекистана. - Т., 2006. - №5. - С. 29-31. - Библиогр.: 9 назв.
- 28.Джамагулова А.Б. Качество лабораторной диагностики вирусных гепатитов и выявление причин, влияющих на достоверность получаемых результатов : научное издание / А.Б. Джамагулова, Т.В. Калашникова, Ж. Дробенюк, Р.К. Усманов и др // Клинич. лаб. диагностика. - М., 2001. - №12. - С. 41-44. - Библиогр.: 12 назв.
- 29.Ибадова Д.Н.Реабилитация детей перенёсших вирусный гепатит "А" : научное издание / Д.Н. Ибадова, Х.Г. Гафурова // Современные аспекты медицинской реабилитации и физиотерапии: Тез. Респ. науч.-практ. конф. (6 июня 2006 г.,г. Ташкент). - Т., 2006. - С. 111-112
- 30.Иваненко А.В.Техногенная эпидемическая вспышка вирусного гепатита А (часть 1) : научное издание / А.В. Иваненко, Ю.П. Солодовников, Н.В. Ефремов, Б.Е. Зайцев // Журн. микробиол, эпидемиол. и иммунобиол. - М., 2006. - №7. - С. 117-118
- 31.Иваненко А.В.Техногенная эпидемическая вспышка вирусного гепатита А (часть 2) : научное издание / А.В. Иваненко, Ю.П. Солодовников, Н.В. Ефремова, Б.Е. Зайцев // Журн. микробиол, эпидемиол. и иммунобиол. - М., 2006. - №7. - С. 119-121

- 32.Исак М.Вирусный гепатит А в Республике Молдова / М. Исак, П. Яровой, К. Рымиш // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - М., 2007. - №4. - С. 117-118
- 33.Ковтунович Е.Л.Возможность использования ультразвукового исследования при определении степени тяжести острого вирусного гепатита (обзор литературы): обзор / Е.Л. Ковтунович, А.Т. Балашов // Медицинская визуализация. - М., 2007. - №1. - С. 32-37. - Библиогр.: 61 назв.
- 34.Ковтунович Е.Л.Эхография как дополнительный критерий в определении степени тяжести острого вирусного гепатита : научное издание / Е.Л. Ковтунович, А.Т. Балашов // Медицинская визуализация. - М., 2007. - №2. - С. 44-49. - Библиогр.: 10 назв.
- 35.Макаров В.К.Липиды сыворотки крови в диагностике тяжести острого вирусного гепатита А : научное издание / В.К. Макаров, Е.А. Чайникова // Клиническая лабораторная диагностика. - М., 2006. - №10. - С. 18-19. - Библиогр.: 13 назв.
- 36.Махмудова И. Профилактика вирусного гепатита "А" : Актуальная тема / И. Махмудова // Здравоохранение Узбекистана. - Ташкент, 2014. - N29 (25 июля). - С. 6
- 37.Михайлов М. И.Эпидемиология вирусных гепатитов / М. И. Михайлов, Е. Ю. Малинникова [и др.] // Журнал микробиологии эпидемиологии и иммунобиологии. - М., 2013. - N1. - С. 78-85
- 38.Орлова С.В. Динамика заболеваемости вирусным гепатитом А в г. Минск / С.В. Орлова, А.С. Петкевич, С.Ф. Кретьова, Т.Н. Заикина и др // Журн. микробиологии,эпидемиологии и иммунобиологии. - М., 2005. - №4. - С. 77-80
- 39.Рузиев Д.Н. Эффективность вакцинации против вирусного гепатита А в Навоийской области / Д.Н. Рузиев, Э.И. Мусабаев, К.Х. Юлдашев, И.С. Радченко // Гепатология. - М., 2004. - №4. - С. 27-28

- 40.Савилов Е.Д. Клинико-эпидемиологические особенности вирусного гепатита А у детей в районах с разным уровнем техногенного загрязнения окружающей среды / Е.Д. Савилов; С.В.Ильина, В.Т.Киклевич // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2001. - №5. - С. 15-18. - Библиогр.: 10 назв.
- 41.Старинская Е. А. Некоторые аспекты течения и исходов вирусного гепатита А у больных с отягощенным преморбидным фоном. / Е. А. Старинская, Г. А. Ибадова // Проблемы биологии и медицины. - Самарканд, 2009. - №3. - С. 82-84. - Библиогр. : 11 назв.
- 42.Сурдина Т.Ю. Предварительные результаты исследования эффективности вторичной профилактики вирусного гепатита А / Т.Ю. Сурдина, Е.А. Карпова, J.Ch. Viktor, P.C. Идрисова, М.О. Фаворов // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - Бишкек, 2005. - №1. - С. 58-60. - Библиогр.: 8 назв.
- 43.Ташбаев Б.Ю. Оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости вирусным гепатитом "А" в Уч-Тепинском районе г. Ташкента : научное издание / Б. Ю. Ташбаев, А. В. Юлдашев, Л. Исакова // IX Республиканский съезд эпидемиологов, гигиенистов, санитарных врачей и инфекционистов Узбекистана: материалы съезда (21-22 мая, Ташкент). - Ташкент, 2010. - С. 143
- 44.Чередниченко Т.В.Вакцинопрофилактика вирусных гепатитов А и В у детей : научное издание / Т.В. Чередниченко // Леч. врач. - М., 2006. - №6. - С. 64-67. - Библиогр.: 12 назв.
- 45.Чередниченко Т. Гепатиты тайные и явные : научное издание / Т. Чередниченко // Наука и жизнь. - М., 2004. - №6. - С. 44-47
- 46.Чубирко М.И. Эпидемиологическая ситуация и санитарно-противоэпидемические мероприятия при вирусном гепатите А в Воронежской области (1990-2004) : научное издание / М.И. Чубирко, Ю.И. Степкин, Л.Ф. Шарипова, О.Т. Агеева и др // Журн.

- микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - М., 2007. - №1. - С. 97-98
47. Ющук Н.Д. Вирусный гепатит А / Н.Д. Ющук, Г.Н. Кареткина // Медицинская помощь. - М., 2004. - №4. - С. 7-11. - Библиогр.: 27 назв.
48. Бутабаев М.Т. Гидролитические ферменты крови, слюны и мочи у детей, страдающих вирусными гепатитами "А" и "В" / М.Т. Бутабаев, Ш.К. Кодиров, Г.Д. Байбекова // Журн. теоретич. и клинич. мед. - Ташкент, 2003. - №4. - С. 80-83. - Библиогр.: 6 назв.
49. Лаврентьева Н.Н. Современные особенности клиники вирусного гепатита А у взрослых / Н.Н. Лаврентьева; М.И. Пермитина // Актуал. вопр. инфекционной патологии: Сб. ст., посвящ. 40-летию инфекц. отд. клиники Челябинской гос. мед. академии. - Челябинск, 2001. - С. 85-86
50. Митрикова Л.Ц. Исследование показателей Fas - зависимого апоптоза в сыворотке крови больных острыми вирусными гепатитами А и В / Л.Ц. Митрикова, Е.А. Климова, Н.Д. Ющук и др. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - М., 2003. - №2. - С. 59-63. - Библиогр.: 11 назв.
51. Ниязатов Б.И. Серологическая дифференциация вирусного гепатита А от кишечного иерсиниоза / Б.И. Ниязатов ; Б.Т. Сеидханова, С.С. Саидалиев // Инфекция, иммунитет и фармакология. - Т. : Узфармсанот. - 2000. - №3. - С. 43-44. - Библиогр.: 3 назв.
52. Белов А. "Хаврикс 720" - вакцина №1 против гепатита А в мире / А. Белов // Эпид. и инф. болезни. - М. : Медицина. - 2000. - №4. - С. 45-46
53. Васильев К.Г. Современная эпидемиология и парадоксы гепатита А : научное издание / К.Г. Васильев, Е.В. Козишкурт // Эпидемиология и инфекционные болезни. - Москва, 2009. - №3. - С. 12-18. - Библиогр.: 20 назв.
54. Даминов Т. А. Эффективность комплексного лечения, включающего вобэнзим, при вирусном гепатите А у часто болеющих детей на фоне лимфатического диатеза : научное издание / Т. А. Даминов, Д. М.

- Турсунова // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2008. - №1. - С. 35-37 (Шифр М9/2008/1). - Библиогр.: 9 назв.
- 55.Лучшев В.И. Гепатит А: лекция : научное издание / В. И. Лучшев, Б. И. Санин, С. Н. Жаров // Российский медицинский журнал. - Москва, 2010. - №3. - С. 47-52
- 56.Малинникова Е.Ю. Сравнительная клиническая характеристика гепатитов Е и А при групповой заболеваемости : научное издание / Е. Ю. Малинникова, О. В. Зайцев [и др.] // Инфекционные болезни. - Москва, 2011. - №4. - С. 11-16. - Библиогр.: 23 назв.
- 57.Миндлина А.Я. Демографическая структура населения и уровни заболеваемости гепатитом А в России и за рубежом : научное издание / А. Я. Миндлина, Р. В. Полибин // Эпидемиология и инфекционные болезни. - Москва, 2010. - №2. - С. 4-7. - Библиогр.: 11 назв
- 58.Михайлов М. И. Эпидемиология вирусных гепатитов / М. И. Михайлов, Е. Ю. Малинникова [и др.] // Журнал микробиологии эпидемиологии и иммунобиологии. - М., 2013. - №1. - С. 78-85
- 59.Попова О.Е. Эпидемиологический и молекулярно-биологический анализ причин подъема заболеваемости гепатитом А в Республике Тыва в 2008 году : научное издание / О. Е. Попова, К. К. Кюрегян [и др.] // Журнал микробиологии эпидемиологии и иммунобиологии. - Москва, 2010. - №3. - С. 23-26. - Библиогр.: 6 назв.
- 60.Сабанин Ю.В. Оценка эффективности вакцинопрофилактики гепатита А и напряженности поствакцинального иммунитета у военнослужащих внутренних войск МВД России : научное издание / Ю. В. Сабанин, В. В. Рихтер, С. Н. Кузин // Журнал микробиологии эпидемиологии и иммунобиологии. - Москва, 2010. - №1. - С. 35-39. - Библиогр.: 3 назв.
- 61.Сурков А.Н. Случай затяжного течения острого вирусного гепатита А у ребенка с синдромом Беквита-Видемана : научное издание / А. Н. Сурков, О. С. Гундобина [и др.] // Вопросы диагностики в педиатрии. - Москва, 2010. - №1. - С. 34-39. - Библиогр.: 14 назв.

62. Тайманов Т. Некоторые особенности эпидемического процесса гепатита А среди сельского населения / Т. Тайманов, А. Буриев, А. Хасанов, С. Бобоев, Ц. Хазраткулов // Актуальные проблемы гигиены, токсикологии, эпидемиологии и инфекционных заболеваний в Республике Узбекистан : Матер. УП съезда гигиенистов, санитарных врачей, эпидемиологов и инфекционистов Республики Узбекистан. - Ташкент, 2000. - С. 135
63. Чуланова В. П. Современные особенности эпидемического процесса гепатита А в России и странах Европы, определяющие стратегии его профилактики / В. П. Чуланова, Н. Н. Пименов, И. В. Карандашова, С. В. Комарова // Эпидемиология и инфекционные болезни. - М., 2012. - №3. - С. 28-34. - Библиогр.: 29 назв
64. Мухамедова Г.М. Особенности течения вирусного гепатита А у детей с железодефицитной анемией и хроническим вирусным гепатитом В : Дис. ... канд. мед. наук : 14.00.09 / Ин-т Вирусологии. / Мухамедова Г.М. - Т, 1999. - 133 с.
65. Рихсиева, Гульнора Махамаджановна. Клинико-иммунологические характеристики острых вирусных гепатитов А и В у детей, родившихся от матерей, злоупотребляющих алкоголем : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.10 / Гульнора Махамаджановна Рихсиева ; МЗ РУз, Ташк. педиатрич. мед. ин-т. - Т, 2012. - 124 с
66. Саипов Ф.С. Клинико-патогенетическое значение изменений желчи и желчевыводящей системы у реконвалесцентов вирусных гепатитов А и В : Дисс.. канд. мед. наук : 14.00.10 / 2-й Ташк. гос. мед. ин-т / Саипов Ф.С. - Т, 2000. - 112 с
67. Ярмухамедова М.К. Значение иридодиагностики при вирусных гепатитах А и В у детей : Дисс.. канд. мед. наук : 14.00.10 / Самаркандский мед. ин-т / Ярмухамедова М.К. - Т, 1993. - 153 с
68. Accetto B. Beneficial hemorheologic therapy of chronic peripheral arterial disorders with pentoxifylline. / Amer. Heart J., 1982, 103. : 864-869.

69. Bayer T.D., Zia P., Reunolols T.B. Effect of Onolo-methacin **and** prostoylanolin A, on renal function and plasma renin activity in alcoholic liner cliseuse// Gastroenterology. - 1979. - V. 77. - P. 215-222.
70. Berthous P. et Laurent B. Membranoproliferative glomerulonephritis with subenclotheial deposits (type I) associated with hepatitis B\irus Orbection in a renal transplant recipient// Am. J. Nephrol. - 1999. - 19. -P. 513.
71. Chien N.T., Dundov G., Noran M. H. Seroprevalence of viral hepetrtris in an older nursing home population// J. Am. Geriatr. Soc. - 1999. - № 9. -P. 1110-1113.
72. Chonko AM., Bay W.H., Stein S.H., Ferris T.F. The role of renin and aldosterone in the solt retention of eolena. // A on. J. Med. -197". -V.63.-P.881-889.
73. Conte J.I., Fourme K.L. Antigene Australia et glomerylonephrites Nouv. Presse med. - 1975. - v. 4. - P. 429.
- 74.Howard C.R.M., Kardhigesu V.D., Allison L.M.C.M. Hepatitis B virus variants with altered a determinants causing infections in immunised children// Viral Hepatitis and Liver Disease. New Jork. -1994.-P. 252-256.
- 75.Isunel F., Cacoub P. Treatment of autoimmune and extrahepatic manifestations of hepatitis B virus infection// J. Hepatol. - 1999. -№ 7. -P. 210-216.
- 76.Jounossi Z.N. et Braun W.E. Chronic viral hepatitis or renol transplant recipients with allografts functioning for more than 20 years// Transplantation. - 1999.-1. -P. 272-275.
- 77.Kan M.A., Clements J. Hepatitis B. - New York. - 1993. -P. 321-330.
- 78.Krane N.K. et Gaglio P. Viral hepatitis as a cause of renal disease// South Med. J. - 1999 - 4. - P. 354-360
- 79.Kright R., Schultz M., Hosking D. Progress report. Intestinal parasites Gut.- 1973.-14.-P. 145-168.
- 80.Kright R., Wrihgd C Progress report. Intestinal parasites Gut. - 1978. -19.-P.

940-953.

81. Liehr H., Jacob A.I. Enolotoxin and renal failure in bivor cliseuse.// *The Kidney in Liver Disease*. - Elsevier. - 1983. - P. 535-547.
82. Manns M.R., Ranbusch E.G. Autoimmunity and extrahepatic manifestations in hepatitis B virus infection// *J. Hepatol.* - 1999. - № 7. -P. 39-42.
83. Martin P., Freidman L.S. Chronic viral hepatitis and management of chronic renal failure.// *Kidney Intern.* - 1995. - v. 47. - P. 1231-1241.
84. Matei L, Tanasescu C, Voioibu R. Treatment with alpha-interferon in chronic Hepatitis// *Rar.J. Intern Med.* - 1998. - 7. - P. 227-237.
85. Me Mahon B.J., Iberts S.K., Wainwright R.B. Hepatitis B - related sequelace. Prospective Alaska native carriers// *Arch. Odern. Med.* -1990. - v. 150. - № 5. P. 1051-1054.
86. Oda T. Viral hepatitis and hepatocellular carcinoma prevention strategy in Japan// *Jpn. J. Cancer. Res.* - 1999. - № 10. - P. 1051-1060.
87. Papadakis M.A., Ariebb A.I. Progressive cleterrioration of renal function in non-arotenic cirrhotic patients with ascites// *Kidney Intern.* -1985.-27.-P. 149.
88. Papper S. Hepatorenol Syndrome.// *The Kidney in Liver Disease*. -Elsevier. - 1983. - vol. 2. - P. 87-106.
89. Porter J.M., Cutler B.S., Lee B.Y. et al. Pentexifylline effioacy in the treatment of intermittent claudication// *Amer. Heart J.*, 1982, 104, I, 66-72.
90. Riess R et Griges H. An immunal cause of hepatorenal symptoms// *Med. Klin.* - 1999. - № 5. - P. 274.
91. Ring-Larsen H., Hesse B., Henriksen J.H. Sympathetic nervous activity and renal systemic hemodynamics in cirrhosis: plasma norepinephrine concentration, hepatis extraction and renal release// *Hepitology.* - 1982. - 2. - P. 304-310.
92. Sohnsn R.J., Gretch D.R., Ianabe H. Membranoproliferodi we glomerulonephritis associated with hepotitis C virus infection// *N. Engl. J.*

Med. - 1993. - v. 318. - P. 465-470.

93. Some haemorheological factors in patients with arteriosclerosis obliterans after treatment of trental /R. Chyzy, H.Lukjan, D.Robs, et. 2H.IIFoliaHaemat. - 1987. -V.114, № 4. -P. 549-554.
94. Stark K., Cunther M. Immunogenicity and safety of hepatitis A vaccine in liver and renal transplant recipients//Orbect Dis. - 1999. -№6.-P. 2014.
95. Takagi H., Kakizaki S., Satih K. Prevalence of hepatitis B virus in liver disease// Can J. Gastroenterol. - 1999. - 12. - P. 823-826.
96. Trife B., Petennann D. Prevalence of GBV-C/HGV-RNA, virus genotypes, and anti-E₂ antibody in autoimmune hepatitis. - Am. J. Gastroenterol. - 1999. - 11. -P.3336-3340.
97. Van Damm P. Hepatitis B - a global problem// Viral hepatitis. - 1995. -vol. 3-№2.-P. 4-7.
98. Vathsala A. Viral hepatitis is real transplantation// Transplant. Proc. -1999.- 3.-P. 337-339.
99. Verucchi G., Calca L., Chioclo F. Viral hepatitis B with atypical course. Clinical, biochemical and virologic study of 7 cases// Ann. Ital. Med. Int. - 1999. - 10. - P. 239-245.
100. Vetter D., Doffoel M., Backel J. Aspect immunologiques de la physiopathologie des hépatites virales B. Première partie des hépatites aiguës// Gastroenterol, clin. Biol - 1989. - Vol.13 - № 11. - P. 916-921.
101. Zimmerman F.H., Wormser G.P. Exposure to hepatitis B: Review of current concepts// Bull. № 9. Acad. Med - 1989. - v. 65. - № 7. 742-756.
102. Zipser R.D., Kronborg I., Rector W. Therapeutic trial of thromboxane synthesis inhibition in the hepatorenal syndrome. - Gastroenterology-1984.- 87.-P. 1228-1232.