

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
БОШ ИЛМИЙ-МЕТОДИК МАРКАЗИ**

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ХУЗУРИДАГИ ПЕДАГОГ
КАДРЛАРНИ ҚАЙТА ТАЙЁРЛАШ ВА УЛАРНИНГ МАЛАКАСИНИ
ОШИРИШ МИНТАҚАВИЙ МАРКАЗИ**

«Тасдиқлайман»

Тошкент тиббиёт академияси
хузуридаги педагог кадрларини
қайта тайёрлаш ва уларнинг
малакасини ошириш тармоқ
маркази директори, доцент
_____ **У.А.Ташкенбаева**
« ____ » _____ 2015 й.

**“ПЕДИАТРИЯ ФАНЛАРИНИ ЎҚИТИШДА ИЛГОР
ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ” МОДУЛИ БЎЙИЧА**

Ў Қ У В – У С Л У Б И Й М А Ж М У А

Тузувчилар:

**профессор Холматова Б.Т.
доцент Курбанова Д.Р.**

Тошкент – 2015

МУНДАРИЖА

ИШЧИ ДАСТУР	3
МАЪРУЗА МАТНИ	8
1-мавзу. Болаларда аллергия касалликларнинг кечиш хусусиятлари.....	8
АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ	37
1-мавзу. БССЖ томонидан тавсия қилинган болаларнинг жисмоний ривожланиш мониторинги	37
2-мавзу. Соғлом ва касал болаларни овқатлантириш тамойиллари.....	49
АДАБИЁТЛАР	63
ТЕСТ САВОЛЛАРИ	64
ГЛОССАРИЙ	68

ИШЧИ ДАСТУР

I. Модулнинг мақсади ва вазифалари

“Педиатрия фанларини ўқитишда мутахассисликнинг долзарб муаммолари” модулининг мақсади: педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва малака ошириш курс тингловчиларини педиатрия фанларини замонавий муаммолари ҳақидаги билимларини такомиллаштириш, педиатрия муаммоларни аниқлаш, таҳлил этиш ва баҳолаш кўникма ва малакаларини таркиб топтириш.

“Педиатрия фанларини ўқитишда мутахассисликнинг долзарб муаммолари” модулининг вазифалари:

- педиатрия фанларини ўқитишда педагогик фаолият, олий таълимда ўқитиш жараёнинини технологиялаштириш билан боғлиқликда юзага келаётган муаммоларни аниқлаштириш;
- тингловчиларнинг педиатрия фанлари муаммоларини таҳлил этиш кўникма ва малакаларини шакллантириш;
- педиатрия фанлари муаммоларини ҳал этиш стратегияларини ишлаб чиқиш ва амалиётга татбиқ этишга ўргатиш.

Модулни ўзлаштиришга қўйиладиган талаблар

“Педиатрия фанларини ўқитишда мутахассисликнинг долзарб муаммолари” модулини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида тингловчилар:

- педиатрия фанларини ўқитишда педагогик фаолият билан боғлиқликда юзага келадиган муаммолар ва уларни ҳал этиш стратегиялари; замонавий педагогик атамаларни қўллаш билан боғлиқ муаммолар; олий таълимда илғор педагогик технологияларни қўллаш билан боғлиқ муаммолар ва уларни ҳал этиш йўлларини билиши керак;
- замонавий педиатрия фанлари муаммоларига доир кейслар тузиш, улардан амалиётда қўллаш кўникмаларига эга бўлиши зарур;
- педиатрия фанларининг муаммоларини аниқлаш, таҳлил этиш, баҳолаш ва умумлаштириш малакаларини эгаллаши лозим.

Модулнинг ўқув режадаги бошқа модуллар билан боғлиқлиги ва узвийлиги

Модул мазмуни ўқув режадаги “Педиатрия фанларини ўқитишда янги диагностик ва даволаш усуллари” ўқув модули билан узвий боғланган ҳолда педагогларнинг касбий педагогик тайёргарлик даражасини орттиришга хизмат қилади.

Модулнинг олий таълимдаги ўрни

Модулни ўзлаштириш орқали тингловчилар педагогик муаммоларни аниқлаш, уларни таҳлил этиш ва баҳолашга доир касбий компетентликка эга бўладилар.

Модул бўйича соатлар тақсимоти:

№	Модул мавзулари	Тингловчининг ўқув юкламаси, соат					
		Ҳаммаси	Аудитория ўқув юкламаси				Мустақил таълим
			жумладан				
			жами	Назай	Амалий машғулот	Кўчма машғулот	
1.	Болаларда аллергия касалликларнинг кечиш хусусиятлари	2		2			
2.	Ҳомила гипоксияси ва чақалоқлар асфиксияси	2		2			
3.	БССЖ томонидан тавсия қилинган болаларнинг жисмоний ривожланиш мониторинги	4			4		
4	Соғлом болаларни тўғри овқатлантириш тамойиллари (БССЖ кўрсатмалари асосида)	6			6		
	Жами:	14		4	10		

НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1-мавзу. Болаларда аллергия касалликларнинг кечиш хусусиятлари (2 соат)

Режа:

1. Аллергия касалликларига таъриф бериш.
2. Аллергия касалликларга олиб келувчи омиллар
4. Болаларда бронхиал астманинг кечиш хусусиятлари
5. Бронхиал астмани замонавий даволаш усуллари, профилактикаси, реабилитация ва диспансеризация ўтказиш мезонлари

Бугунги кунда болалар орасида кенг тарқалган аллергия касалликлар, уларни замонавий диагностика қилиш ва даволаш усуллари.

2-мавзу. Ҳомила гипоксияси ва чақалоқлар асфиксияси (2 соат)

Режа:

1. Гипоксия ва асфиксия тўғрисида замонавий тушунча
2. Гипоксия ва асфиксияга олиб келувчи сабаблар
3. Асфиксиянинг клиник белгилари, ташхисот мезонлари, даволаш тактикаси
4. Асфиксияни ўтказган боларани кейинги кузатув

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1-мавзу. Жисмоний ривожланиш мониторинги (5 соат)

Режа:

1. Болалик даврлари ҳақида тушунча бериш ва ҳар бир даврга характеристика бериш.
2. Жисмоний ривожланиш мониторинги билан таништириш.
3. ЖССТнинг тавсиялари билан таништириш

2-мавзу. Соғлом ва касал болаларни овқатлантириш тамойиллари (5 соат)

Режа:

1. Табиий, сунъий ва аралаш овқатлантиришга таъриф бериш;
2. Кўкрак сутининг афзалликлари;
3. Кўшимча овқат ва унинг бола ривожланишидаги аҳамияти;
4. Бир ёшдан катта болаларни овқатлантириш хусусиятлари;

КЎЧМА МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

Режада йўқ.

МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ

1. БССЖ томонидан тавсия қилинган тириклик мезонлари
2. Нафас бузилиш синдроми
3. Ўпканинг туғма нуқсонлари
4. Респиратор алергозлар
5. Терининг аллергик касалликлари
6. Оксил энергия етишмовчилиги
7. Гипоксик ишемик энцефалопатия
8. Томир ичи қон ивишининг бузилиш синдроми (ДВС-синдром)
9. Чақалоқларда сариқлик синдроми
10. Чақалоқларда анемиянинг кечиш хусусиятлари
11. Танқислик анемиялари
12. Болаларда микронутриентлар етишмовчилиги ва унинг оқибатлари

АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ

1. Ўзбекистон Республикаси Конституцияси. – Т.: Ўзбекистон, 2012.
2. Каримов И.А. Тарихий хотирасиз келажак йўқ. – Т.: Шарқ, 1998.
3. Каримов И.А. Биз келажакимизни ўз қўлимиз билан қурагимиз, 7-жилд. – Т.: Ўзбекистон, 1999.
4. Каримов И.А. Ватан равнақи учун ҳар биримиз маъсулмиз, 9-жилд. – Т.: Ўзбекистон, 2001.
5. Каримов И.А. Истиқлол ва маънавият. – Т.: Ўзбекистон, 1994.
6. Каримов И.А. Миллий истиқлол мафкура – халқ эътиқоди ва буюк келажакка ишончдир. – Т.: Ўзбекистон, 2000.
7. Каримов И.А. Озод ва обод Ватан эркин ва фаровон ҳаёт пировард мақсадимиз, 8-жилд. – Т.: Ўзбекистон, 2000.
8. Каримов И.А. Оллоҳ қалбимизда, юрагимизда. – Т.: Ўзбекистон, 1996.
9. Каримов И.А. Ўзбекистон мустақилликка эришиш остонасида. Т.: “Ўзбекистон”. –Т.: 2011.-440 б.
10. Каримов И.А. Юксак маънавият – енгилмас куч. Т.: «Маънавият». –Т.: 2008.-176 б.
11. Каримов И.А. Янгича фикрлаш ва ишлаш–давр талаби, 5-жилд.– Т.: Ўзбекистон, 1997.
12. Каримов И.А.. Хавфсизлик ва барқарор тараққиёт йўлидан. 6-жилд. – Т.: Ўзбекистон, 1998.
13. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2006 йил 16-февралдаги “Педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва уларни малакасини ошириш тизимини янада такомиллаштириш тўғрисида”ги 25-сонли Қарори.
14. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2012 йил 26 сентябрдаги “Олий таълим муассасалари педагог кадрларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 278-сонли қарори.
15. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2011 йил 20 майдаги “Олий таълим муассасаларининг моддий-техника базасини мустаҳкамлаш ва юқори малакали мутахассислар тайёрлаш сифатини тубдан яхшилиш чора-тадбирлари тўғрисидаги” ПҚ-1533-сон қарори.
16. Виждон эркинлиги ва диний ташкилотлар тўғрисидаги Ўзбекистон Республикасининг қонуни, «Халқ сўзи», 1998 й., 15 май 2- бет.
17. Миллий истиқлол ғояси: асосий тушунча ва тамойиллар.- Т.:Ўзбекистон, 2000.
18. Азизходжаева Н.Н., Образовательные технологии в деятельности преподавателя высшей школы// Матер.учебно-метод. конф. «Современные технологии обучения: итоги и перспективы» Ташкент, 2003. – С. 49-68.
19. Ашкофт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. - С-Пб., 1997
20. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей. - С-Пб., 1997
21. Болезни детей раннего возраста - руководство для врачей под редакцией А.А.Баранова, -Москва-Иванова, 1998.
22. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013

23. Даминов Т.О., Холматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.
24. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
25. Детские болезни, под ред. Н П. Шабалова. – М., 2010
26. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераскин В.И. Торакальная хирургия детского возраста.-М., 1987
27. Калиничева В.И. Анемии у детей.– М., 2000
28. Немилова Т.К. Оперативная хирургия детского возраста. - С-Пб., 2000
29. Острые пневмонии у детей, под редакцией В.К.Таточенко. – М., 1994
30. Парийская Т.В. Справочник педиатра.-М., 2004
31. Патология детей старшего возраста - под редакцией А.А.Баранова. – М., 1998
32. Пыцкий Н.В. Аллергические заболевания. – М.,1999
33. Синельников И.М.Неотложная помощь в педиатрии. – М., 2000
34. Справочник педиатра. Санкт-Петербург.,Москва., 2004
35. Справочник семейного врача (Педиатрия). - Минск, 2000
36. Сулайманов А.С. ва бошқ.Болалар хирургияси.- Т., 2001
37. Халматова Б.Т., Бобомуратов Т.А. Педиатрияда синдромал диагностика.- Т., 2010
38. A therapist's guide to pediatric assessment, - Linda King-Thomas, Bonnie J. Hacker, 1987, USA
39. Pediatrics, - Margaret C. Heagarty., William J. Moss, -1997, USA
40. The five Minute child Health Advisor. - M. William Schwartz, MD., - 1998, USA

Интернетдаги маълумотларни қуйидаги сайтлардан олинади:

1. www.medmir.ru,
2. www.doctor.ru,
3. www.medbox.ru,
4. www.medicum.ru,
5. www.medline.ru,
6. www.smtueco.ru,
7. www.cohrane.org,
8. www.medlinks.ru,
9. www.med-lib.

МАЪРУЗА МАТНИ

1-мавзу. Болаларда аллергия касалликларнинг кечиш хусусиятлари

Режа:

3. Аллергия касалликларига таъриф бериш.
4. Бронхиал астмага таъриф бериш.
- 3 Бронхиал астмага олиб келувчи омилларни муҳокама қилиш.
6. Бронхиал астма патогенези.
7. Тингловчилар билан БА кечиш хусусиятларини муҳокама қилиш.
8. Қийосий таққослаш мезонларини намоиш этиш.
9. Даволаш, профилактика, реабилитация ва диспансеризация мезонларини муҳокама қилиш.

Таянч иборалар: *Аллергия, сенсibiliзация, бронхиал астма, астматик хуруж.*

Бугунги кунда болалардаги аллергия касалликлар орасида бронхиал астма касаллиги алоҳида уринни эгаллайди. Бронхиал астма таърифи ханузгача турли мактаб ва муаллифлар томонидан турлича талкин қилиб келинмоқда. Бронхиал астма-енгил ташхисланувчи, лекин таърифланиши кийин булган касалликдир. (Д. 1979: Н.Р.Палеев ва б.к. 1990). Хақиқатдан ҳам, хозирги кунгача бронхиал астмани (БА) эътироф қилинган ягона таърифи йук. Ваҳолан-ки бу йуналишда жуда куплаб сай-харакатлар қилинган. Унга берилган таърифларнинг айримлари мисол тарикасида 2-жадвал келтирилган. Жадвалда зикр этилган дефинициялар маълум даражада бронхиал астманинг патогентик моҳиятини очиб берувчи тасаввурлар эволюциясини акс эттиради.

Охирги йилларда асосий мунозаралар БА да буладиган яллигланиш ва уни персистенцияси хақида давом этмоқда. Бу борада куплаб мамлакатларда (АҚШ, Англия, Австрия, Япония, Россия ав б.к.) миллий консенсуслар қабул қилинди интернационал ва халқаро маърузалар пайдо булди (Бронхиал астмага қарши курашиш буйича глобал стратегия, ВОЗ, 1995).

Буларда мавжуд муаммоларга маълум даражада нукта қуйилди десак хато қилмаган буламиз. Хусусан, бронхо-альвеоляр лавак ва бронхлар биопсияси натижаларига асосланиб, БА-огирлик даражасига карамасдан, нафас йулларини албатта яллигланиши билан ифодаланувчи касаликдир деган низом деярли шак шубҳасиз исботлаб берилди.

Бу БА ни билиб олишда узига хос бир инкилобий ходисадир, чунки мазкур нигоҳ билан боқиш мавжуд тасаввурларимизни касалликнинг даволаш муолажаларига нисбатан узгартиради ва базисли, узок муддатга мулжалланиб олиб бориладиган яллигланишга қарши терапия тушунчасини тиббиёт амалиётига киритди.

Бронхиал астмада бронхобструкция ва нафас йуллари гиперреактивлиги феноменлари етарли даражада асосланмай қилинаётган эди. Бу масалада ҳам ягона концепция яратилди: хусусан, бронхиал обструкциянинг бир неча турлари ажратилди: амалиётга «упканинг сурункали обструктив касалликлари» бирикмаси билан бронхообструкция-нинг маълум шакллари

бирлаштирилган холда киритилди. Булар «мулжалли» даволаш дастурлари яратилишига асос булди.

Маълумки, эпидемиология БА га оид самарали даволаш ва профилактика стратегиясини ишлаб чиқиш имконини яратади. Яқин йилларгача бу борада деярли маълумотларга эга эмас эдик. Лекин охириги 10-15 йиллар ичида БА га бағишланган эпидемиологик тадқиқотлар купайиши ва янги-янги этиологик омиллар аниқланди, бронхиал астмага қарши курашиш замонавий миллий дастурлари яратилиши учун пойдевор қуйилди.

Бронхиал астма фариэкономикаси жадал ишлаб чиқилад бошланди ва бу хасталикни даволаш ишларини такомиллаштирувчи замонавий йуналишлар белгиланди.

Умуман, хозирги даврга келиб бронхиал астмага оид тиб илми ютуқлари уни замонавий таърифи ва таснифи тулаконли равишда ойдинлаштириш ҳамда шакллантириш имконини беради.

БА таърифи ва унинг моҳияти ҳақида юқорида курсатиб утилганидек муайян тасаввурни шакллантириш мураккаб вазифа. Шунинг учун куплаб минтакалар асосида мазкур мунозарали муаммога нукта қуйиб амалиёт учун қулай булган таърифни тавсия этамиз. Бу таъриф А.Г.Чугалин ва Г.Б.Федосеевлар томондан (1987) берилган, деярли купчилик олимлар уни эътироф этганлар: «Бронхиал астма бу нафас йулларини асосан хасталик кечиш билан ифодаланувчи, бронхлар реактивлигини узғариши билан утувчи иммунологик ва ноиммунологик механизм таъсиротида ривожланадиган, асосий клиник аломати булиб бронхлар силлик мушаклари спазми ва уларнинг шиллик қаватлари шиши ҳамда гиперсекреция оқибатида келиб чиқувчи бугилиш хуружи ёки астматик холат хисобланадиган сурункали қайталаниб кечувчи касалликдир»

«Астма» сузи юнончадан олинган в з у тез тезлашган ва юзаки нафасни англатади. Эпидемиологик текширувлар далолат беришларича, БА болалар орасида 8 - 10% катталарда эса деярли 5% аҳолида учрайди. Охириги ун йил ичида бу касаллик 50 фоиздан купрокка усган. Африка китъасининг айрим мамлакатларида унинг тарқалиши 70 фоиз ва ундан купрокка ортган. Яна шуни таъкидлаб утиш керак-ки, БА нинг 20 фоизи ун энгил ва урта огир даражасига, 60 фоизи эса огир даражасига тугри келади. Молиявий ресурсларни сарфланиши ҳам шунга монанд булиб, 60 фоиздан зиёд маблаг огир БА га, 40 фоиз маблаг эса унинг уртача огир даражадаги турларини даволашга кетади. Шундай қилиб, энгил даражадаги БА профилактик дастурларга жалб қилинмай қолади.

АҚШ да БА билан хасталанган Америкаликлар 10 миллионга етган, уларнинг 80 фоизида яъни 8 млн аҳолида касалилликнинг энгил даражаси ва факат 5 фоизидагина огир даражаси учрайди.

БА нисбатаи куп учрайдиган мамлакатларга яна Австралия. Янги Зеландия ва Куба ҳам қирадилар. Бу улқаларда БА билан 10 фоиздан зиёд аҳоли хасталанганлар.

Тугри ташхис қуйиш учун касалликнинг таснифи ҳақида ойдин тасаввурга эга булиш муҳимдир. Бронхиал астмага оид куплаб таснифлар борки, уларнинг купчилиги узларининг номуфассаллиги оқибатида амалиётда

фойдаланиш учун нокулайликлар тугдиради. Хозирги пайтда А.Д.Адо ва П.К.Булатовлар томонидан (1969) ишлаб чиқилган ва Г.Б.Федосеев (1987 йил) томонидан тулдирилган БА таснифи қабул қилинган ва кенг қулланилади (жадвалларда илова қилинган).

Мазкур таснифга кура, бронхиал астмани икки тури тафовутланади: нафас аъзоларининг яллигланиш касалликлари сабабли пайдо бўлувчи инфекцион-аллергик (И) ва ноинфекцион таъсиротларга сезувчанлиги номуносиб тусда ортганлиги шахсларда ривожланувчи ноинфекцион-аллергик (атопик-А) шакллари. Уз навбатида уларнинг ҳар бири кечишига кура БА босқичлари (I ва II) ажратилди, бундай бўлиниш хасталик туфайли нафас аъзолари фаолиятларини оддийдан мураккаблашиб бузилиб боришини функционал силжувлардан органик узгаришларгача етиб боровчи патологик ходисаларнинг даражаларини акс эттиради. Бундан ташқари ҳар бир босқичда кузғалиш ва ремиссия фазалари ажратиб қуйилган.

БА I босқич бўғилиш хуружи билан намоён бўла бошлайди ва давом этади. Хуружнинг жадаллиги ва давомийлигига енгил, уртача оғир ва оғир.

БА енгил кечишида (I И, - ва IA₁) хуруж қисқа давом этади, йилда 2-3 марта кузғалади, хуруж тезда бартараф этилади. Хуружлараро даврда тулик ремиссия кузатилади ва яъни бронхоспастик синдром аломатлари умуман аниқланмайди. Уртача оғир даражада ифодаланиб кечувчи БА да эса (I И₂ - ва IA₂) касаллик давомида 3-4 марта қайталади, бўғилиш хуружи оғиррок утади ва факат Р моддалар инъекция қилингандан кейингина тухтайди. Хуружлараро доир нотулик ремиссия билан ифодаланади яъни қучсиз ифодаланган бўғилиш давом этиб туради.

Юқоридагилардан фарқли уларок оғир кечувчи БА (I И₃ - ва IA₃) тез-тез бўғилиш хуружи (йилига 5 ва ундан ортик) бўлиб туриши ва кузғалиш даври чузилиб давом этиши билан ифодаланади. Хуружи оғир утиб баъзида астматик ҳолатга айланади ва уни тухтатиш учун бир неча гуруҳ препаратлар қайта-қайта қулланилади. Ремиссия деярли кузатилмайди.

БА нинг иккинчи босқичида асоратлар келиб чиққан бўлади, нафас тартиботи бўйлаб чуқур морфологик ва функционал узгаришлар кузатилади: тарқоклашган сурункали бронхит, сурункали пневмония, упка интерстициал касалликлари, упка эмфиземаси, пневмосклероз, упка етишмовчилиги (III босқичи) ёки упка-юррак етишмовчилиги, декомпенсация даврида ифодаланувчи юрак етишмовчилиги

А.Д.Адо ва П.К.Булатовнинг бронхиал астмага оид таснифи сузсиз олдинга қуйилган катта кадам. Лекин шу билан бирга айтиш керак-ки, БА ни нафақат иммунологик балки ноиммунологик вариантлари ҳам мавжуд. Шунинг хисобга олиб Р.С.Фюдосеев маълум бўлган БА нинг икки турига янги клинко-патогенетик вариантларни киритди, яъни таснифи бойитди ёки умумлашган ҳолда қуйидаги-ча ифодаланди:

1. Атопик
2. Инфекцияга мойил (инфекцион-аллергик)
3. Аутоиммун
4. Дисгормонал
5. Асаб-рухий зуриқишли

6. Адренергик дисбалансли

7. Бронхлар реактивлиги бирламчи узгариши билан ифодаланувчи (бу гурухга аспирилли астма ва зурикишдаги астма ҳам киради)

8. Холинергик (А.Г.Чучалин ва Г.Б.Федосеев 1986).

Хулоса килиш мумкин-ки, мантикан БА-этиологияси ва патогенези табиатан турли булган касалликлар йигмасидир, лекин амалиёт нуктаи назаридан уни бир бутун нозологик бирлик сифатида қабул килиш макбулдир. Хозирча хасталикни шу йуналишда талкин килишга тугри келади, аммо якин келажакда, эхтимол уни инсон иммун тартиботининг бузилиши билан боғлиқ касаллик деб атармиз... Хар қалай бундай башорат қилувчи олимларнинг тарафдорлари ортиб бормоқда.

БА - полиэтиологик касаллик ҳисобланади ва унинг келиб чиқишида мойиллик яратувчи ҳамда бевосита чакирувчи омиллар муҳим урин тутади. Булар тупламага қуйидагилар қиради: тугма ва орттирилган биологик нуксонлар (бир қисми генетик бузилишлар туфайли ривожланади, хомила ривожланиши жараёнида, чакалоклик ва ундан кейинги даврда), астма олди касалликлари, ирсий мойиллик, хомиладорлик патологиялари, профессионал омиллар, климатометеорологик ва экологик омиллар

Биологик нуксонлар жумласига - хужайралар бета-адренергик сезгирлигини сусайиши, циклик нуклеотидлар ҳосил булишида иштирок қилувчи ферментлар тартиботининг узгариши, транзитор неонатал иммунодефицит, макрофаглар функционал фаоллигини қамайиши, зардоб омилнинг фаоллашуви - трипсин микдорининг қамайиши, Т-супрессор фаоллигининг етишмовчилиги, бронх ва упкаларни сезувчанлиги ва реактивликларини биологик фаол моддаларга, аллергенларга, ирритантларга, турли химик ва физик омиллар таъсиротига сезувчанликларининг ортиши, респиратор тизим семиз хужайралари гиперреактивлиги қабилар қиради. Булар БА ни келтириб чиқаришида аҳамият қасб этувчи ички омиллар ҳисобланадилар. Бундан ташқари уни келиб чиқишида қатор ташқи омиллар устуворлик қиладилар: инфекциян аллергенлар, ноинфекцион аллергенлар, механик ва химик таъсиротлар, метеорологик ва физика - химик омиллар, рухий-зарба ҳамда асабий таъсирланишлар қабилар.

Азалдан хайвонлар ва усимликлар билан алоқадор кишиларда астма келиб чиқишлиги маълум (тушук астмаси, ут-уланли астма): оилавий, асаб тизими ва модда алмашинуви бузилишлари натижасида астмага мойиллик тугилиши мумкин.

Аллергенларга мувофиқ ҳолда нутритив астма, примулан буладиган астма, урсолдан буладиган астма, жун румолдан буладиган астма ва б.к.лар. ҳамда инфекциян астма ходисалари ҳам аён.

Невроген омил бевосита таъҳсирида ҳам астма ривожланади. Бундан ташқари «астма тугиб берувчи» махсус нукталар китикланиши натижасида ривожланувчи реффлектор астмалар ҳам булади. Хусусан, бурун касалликларида (полиплар, бурун тусиги қийшайиши) унинг шиллик қавати нукталарини китикланиши, упкани (перибронхитлар, пневмосклероз) ут йуллари жинсий аъзолар ва упкадан узокда жойлашган аъзоларни таъсирланиши туфайли ҳам реффлектор астма пайдо булади.

Астма касалига чалинган беморларнинг купчилигида совукни сезувчанлик ортган булади совукдан буладиган эшак емига ухшаб) ёки бундай ходиса озик-овкатларга (сут, тухум) нафас билан олинган хавога терига тегиб турувчи (сирпанувчи) анжомларга нисбатан ҳам кузатилиши мумкин.

Бош мия ярим шари пустлоги бузилишлари билан келиб чикувчи астма ҳам маълум. Масалан, «гулли» астма билан хасталанган беморнинг кузи сунъий гулга тушган захотиёк хуруж бошланиши кузатилган.

Айрим холларда у касб билан боғлиқ холда, маълум таъсирлагичлар таъсирида ривожланади - дорихоначиларда (ипекакуона таъсири), жунчиларда (урсол таъсири), ёки аллергияларнинг такроран таъсири туфайли (гуллар) ҳам пайдо булади.

Бронхиал астма-астма олди холати деб номланадиган патологик жараёнлардан кейин ривожланади. Астма олди холати биринчи булиб 1969 йилда А.Д.Адо ва П.К.Булатовлар томонидан талкин этилган ва унга БА пайдо булишига тахдид килиб турувчи барга патологик холатлар киритилади (уткир ва сурункали бронхитлар, бронхоспазм билан кетувчи уткир пневмония, вазомотор ринит, эшак еми, вазомотор шиш, нейродермит-эозинофилия ва балгамда эозинофиллар ортикча микдорда аниқланса). Бу холат иммунологик ва номмунологик патогенетик механизмларга кура ривожланади.

Бундан ташкари БА келиб чиқишига хомиладорлик патологияси сабаб булади, хусусан бола тугилиши пайтидаги ота-она ёши ахамият касб этади. Ёши утган ота-оналардан (20-30 ёшда - 77.1 фоиз ва 30-40 ёшда - 22,9 фоиз) тугилган болаларда купинча БА кузатилади. Чала тугилиш билан БА келиб чиқишида узаро узвийлик борлиги ҳам исботланган, астмаси бор оналардан тугилган болаларда респиратор аллергиялар купаяди. Хомиладорлик давридаги она шамоллаш касалликлари, умуртка узгаришлари (айникса Сш-Qv худудида), тугрук пайтида буйин чузлишлари ва бошнинг кучли буриб, тортиб олиш натижасида буйин умурткаларини кийшайиб қолиши (вертебробазиляр шохобчаларда ишемия ривожланиши туфайли перинатал давр патологиялари кабилар бронхиал астма ривожланиши учун кулай шароит килиб берадилар. Умуман, БА келиб чиқишига куйидаги омиллар мойиilik тугдирадилар: кашандалик, респиратор инфекцияларга тез-тез чалиниб туриш, дорили ва нутритив (овкатдан буладиган) аллергия сунъий тарзда болани овкатлантириш, ошкозон ичак тартиботи бузилишлари ва конда Е микдорининг ортиши.

Шуни айтиб утиш зарурки агарда миждо кучли ифодаланган биологик дефектлар булса ҳам арзимаган ташки мухит салбий таъсироти БА келтириб чиқариши мумкин. Ёкикучсиз биологик дефектлар мавжуд булганда атроф мухитнинг номакбул фаол таъсир килиши окибатидо у ривожланади.

Бронхиал астма кариндош-уругларда авлоддан-авлодга «суяк кувувчи» касаллик хисобланади. Бу махсус клинико-эпидемиолого-гинекология текширувлар билан тула уз исботини топган. А антиген системаси билан касаллик уртасида алокадорлик борлиги ҳам маълум (бу система А,В>С,Д,Дг ирсий бирликлар бирлаштирилган булади). Хусусан, БА ни купинча В₈ антигени ва А,В₈ гаплотиплари ассоциалланиши, огир кечими эса А₁₁, В₁₅, В₁₈, В_{№28}- В_{№41} антигенлари мавжуд булганда кузатилиши ҳам аниқланган.

БА келиб чиқишида иммуноглобулинларнинг алохида урни бор. Дисгаммаглобулинемия, E ва C микдорининг ортиши касаллик мойил яратади.

Шунингдек бронхиал астмани бирламчи профилактикасида тиббий-генетик маслаҳатнинг ахамияти бекиёсдир.

Юкорида санаб утилган омилларни урганиш асосида БА ни башорат қилиш мумкин. Хусусан, бронхиал астма таҳдиди аломатлари 9 та гуруҳга мужассамлаштирилади:

1 чи - анамнез буйича аниқланган ирсий мойиллик:

2 чи - генетик маркерлари:

3 чи - конституция (гавда тузилиши) хусусиятлари:

4 чи - она касалликлари, хомиладорлик патологияси:

5 чи - болалар касалликлари ва болани узиши хусусиятлари:

6 чи - катталарни касалликлари, майший ва иш шароити хусусиятлари:

7 чи - биологик дефектлар:

8 чи - астма олди ҳолати аломатлари:

9 чи - ташқи муҳит номақбул омилари.

1 чи, 2 чи ва 3 чи гуруҳлар аломатларини бузиши бронхиал астмага ирсий мойиллик борлигидан дарак беради: 4 чи гуруҳ эса - хомила ривожланиши даврида биологик дефектлар шаклланганлигига гумон тугдиради: 5 чи ва 6 чи гуруҳлар – ҳаёт давомида биологик дефектлар келтириб чиқариши мумкин булган номақбул омиллар борлигини ифодалайди: 7 чи - БА га мойиллик мазмунини очиқ беради: 8 чи - астма олди ҳолати мавжудлигидан дарак беради ва ниҳоят, 9 чи - фаол ифодаланган ташқи муҳит омиллари борлигини курсатади ва улар таъсирида клиник аниқ ифодаланган бронхиал астма ривожланиши мумкин.

Климатометерологик омилларни роли ҳам алохида урин тутади. Ўзбекистон шароитида, Тошкент шаҳрида баҳор ва куз ойларида БА ни кескин қупайиши аниқланган (У.И.Шодмонов. 1984), Ленинградда апрель ва январь ойларида энг қуп ва июлда кам даражада касаллик кузголишлари кузатилган (В.А.Игнатъев ва б.к., 1982).

Охирги йилларда аниқланган маълумотлар буйича вирусли инфекция томонидан чақириладиган БА нисбатан қупайган: короновируслар, риновируслар, аденовируслар ва герпетик гуруҳи вируслари Б нинг инфекция-аллергик шаклини кузговчи асосий омиллардан саналадилар.

БА келиб чиқишида простогландинлар ҳам рол уйнайдилар. Простогландин Б (бронхларда синтезланади) бронходилатация чақиради, простогландин Г-эса бронхоспазм беради (упка туқимасида синтезланади) ва иммунологик жараёнларда фаол катнашадилар.

Бронхиал астма клиникаси комплекс аломатларни маълум кетма-кетликда эволюцияланишга боглик ҳолда турлича ифодаланди. Бронхиал астмада қуйидагилар босқичма-босқич юз беради.

а) астма олди ҳолати:

б) клиник - аниқ ифодаланган бронхнал астма-буғилиш ҳуружи ёки астма ҳолатидан кейин;

в) бронхиал астма шакллари (иммунологик ва ноиммунологик):

г) юкорида зикр этиб утилган клинικο-патогенетик вариантлари:

- д) кечиши:
- с) касаллик фазалари
- ж) асоратлари

Хар бир боскичда касаллик алохида белгилар билан ифодаланади.

Бронхиал астмани олди холати турлича чузилиб давом этади ва унинг асосида узига хос кам аломат бериб кечувчи инфекцион жараён ётади. Унинг бош аломати-бронхлар сезувчанлигини турли таъсиротларга нисбатан ортиб кетганлигидир. Субъект холати совук хаводан нафас олгандан кейин, гоҳ турли хидлардан кейин ёмонлашади, лекин бронхоспастик синдром ҳам ривожланиб улгурмаган булади.

Ё эрта ёки кеч булса ҳам астма олди холати урнига БА келади ва у учта ривожланиш даврини босиб утиш билан ифодаланди. Уларнинг хар бирига махсус куринишлар бериб аломат берувчи хуружсимон бронхостенознинг вужудга келиши хосдир.

Бир хил вазиятларда бош аломат тарзида хуружсимон курук йутал булади ва у Куршман ёзиб колдирганидай ёпишкок, тиник балгам ажралиши билан тухтайди. Балгам бор ёки йуклиги инобат килинган холда «намли» ва «курук» астмалар тафовутланади. Бошка бир вазиятда БА ни бошаломати булиб турли давомийлик билан ифодаланувчи ва балгамли ёки балгамсиз экспиратор тусдаги бугилиш хуружи хисобланади. Кам холларда касалликнинг клиник аломатлари хуружи нафас олишни кийинлашуви давилари билангина белги беради ва унда бронхостеноз белгилари топилмади. Бунинг сабаби нафас мушаклари фаолиятларидаги дискоорднациялашади, я (бошвоксизлик)дир. Айрим холларда хар бир миждо узига хос куринувчи ауралар БА хуружидан олдин куриниб утади. Касаллик хуружининг утиб кетиши агарда даволаш тадбирлари килинмаган булса, секин асталик билан содир булади.

Умуман экспиратор хуружсимон бугилиш-фаол бронхостенознинг клиник акси-бронхиал астманинг узига хос аломатидир. Гохида у кон босимининг асимметрияси билан давом этади. Астма хуружи асосан тунда содир булади, чунки айнан шу пайтда маълум физиологик механизмларнинг бузилишлари кучаяди-чалканча вазиятда упка фаолияти сустлашади, бронхиал йуллар тораядилар, улар бушликларига секрет йигилади, корин бушлиги аъзолари томонидан диафрагмага босим кучи ортади. Яна тунда буйрак усти беги фаолияти заифлашади, кортикостероид гормонлари ишлаб чикарилиши, окибатида маълум даражада хуруж кайталаниши учун шароит яратилади.

БА хуружининг давом этиши, ифодаланиши ва частотаси индивидуал тарзда хар хил ифодаланди, лекин шуниси ифодали-ки, улар ёхуд тумовсимон холатдан кейин, ёки экстремал холат туфайли, баъзида эса бирор бир илинжисиз пайдо буладилар ва кучаядилар. БА ни огир куриниши булиб бронхоситматик статус хисобланади. У бронх упка тизимини, бошка аъзо ва организм функционал тартиботларини чукур бузилишлари окибатида ривожланади, аввал самара берувчи даволаш муолажалари уни бартараф килишга ожиз булиб колади. Бу холат бронхлар ва упка паренхимасида инфекцион жараёнларнинг фаоллашуви натижасида вужудга келади.

Айнан курсатилган бузилишларига мос холда БА кечишининг уч даври тафовутланади. БА биринчи даври барча клиник аломатларнинг аввалломбор бронхостенознинг хуружсимон тарзда куриниши билан ифолаланади. Мазкур боскичда. хуружлараро даврда мижозлар узларини деярли соглом деб тасаввур киладилар. Энг ёмони шуки, бу нисбатан кам учрайдиган ва енгил хуружлар шифокорлар томонидан англаниладию, аммо купинча эътибордан четда колдирилади, яъни даволаш тадбирлари амалга оширилмайди: вахоланки муолажалар албатта утказилиши керак.

БА иккинчи даври хуружларни нафакат тез-тез булиб туриши ва давомийлиги билан, балки хуруждан кейин хам сакланиб турадиган бронх-упка аппарати холатининг узгаришлари билан хам ифодаланиб намоён булади. Бу озгина жисмоний зурикишда хам бугилиш пайдо булиши билан куринади, умумклиник текширувда эса упка эмфиземаси ва упка гипертензияси аломатлари аникланади. Айрим холларда беморлар иш кобилиятлари чегараланади.

БА ривожланишининг учинчи боскичи куплаб аъзолар фаолиятларининг бузилишлари ва иш кобилиятини деярли тула йуколиши билан ифодаланади. Юракда узгаришлар ривожланади: Унг коринча гипертрофияси ва дилатацияси (упка гипертонияси окибатида), кейинрок чап коринча фаолияти бузилишлар авжланади: гемодинамик бузилиш натижасида эса жигар ва буйрак фаолиятларининг узгаришлари аниклана бошланади.

Бронхиал астма симптомларга бой касаллик хисобланади ва анъанавий тарзда кечганда уни ташхислаш кийин эмас. БА устувор аломатларини 27 тага (13 та хуруж пайтида ва 14 та хуружлараро даврда) шартли равишда ажратиш мумкин (жадвалда илова килинган). Энг куп учрайдиган асосий аломатлари – экспиратор бугилиш (96,8 фоиз), бурун битими (60,6 фоиз). туш сохаси буйлаб нохуш хис-сиётлари (57,4 фоиз), ортопноэ (72,4 фоиз), кутичасимон перкутор товуш (77,5 фоиз), хириллашлар (85,1 фоиз) ва б.к.

«Касалликнинг ички тасвири» аломатлари хам БА да узига хос ифодаланган булади ва уни тугри бахолай олиш мукобил фармакотерапия хамда ташхис учун катта ахамият касб этади.

«Касалликнинг ички тасвири» деганда» беморнинг бутун дунёси барча кечинма ва туйгулари, хиссиётлари карама-каршиликлари, рухий зурикиш ва зарбалари йигиндиси» тушунилади. «Касалликнинг ичи тасвири (дунёси)» мижознинг шахс сифатидаги хусусиятларига, хасталик огирлиги, даражаси ва давомийлигига, касаллик авжланиши жараёнига: беморнинг уз касаллиги хакидаги тиббий тасаввурига, ижтимоий омиллар ва б.к.ларга боглик булади (Р.А.Лурия).

Л.Л.Рохлин буйича «касалликнинг ички тасвирини» ифодалаб берувчи асосий манба булиб - мижоз томонидан касаллик хакида уйлаб кайгуриш турлари хизмат килади. Бошка саматик касалликларида булгани каби БА да беморлар-нинг касалликка нисбатан таъсирланишларини саккиз хили ажратилади: астенодепрессив, ипохондрик, истерик, истсриопохондрик, фобик. психастеник, эйфорик-анозогнозик ва хасталикни эътироф, килмаслик (Л.Л.Рохлин: З.Т.Костюнина: В.В.Ковалев).

Мазкур синдромлар ута хос клиник белгилар билан куруниш бералар. Хусусан. астенодепрессив турдаги таъсирланиш кайфиятни тушиб кетиши. касаллик хакида бидъатли ёмон фикрларга бориш. касаллик окибати албатта фожиага таркалиши хакида уйга толиб юриш кабилар билан ифодаланди. Мижозлар ута тушкунликка тушиб коладилар, хаёл сурадиган, камгап ва чигал фикрлар билан юрадиган кишиларга айланиб коладилар. Купчилик беморларда суицидал гоьлар пайдо булади, лекин уларни амалга оширишга ошикиш кузатилмайди. Уйку бузилади, болалардан ва жамоадан ажралиб колиш вахимаси пайдо булади.

Истероипохондрик таъсирланишга мойиллик булган беморлар эса уз касалликларининг аломатларини аник ва рангли килиб тасвирлаб берадилар. Узларига алохида эътибор килишларини талаб киладилар, улар хасталикларини бошкаларникига асло ухшаш эмаслигини уктуришга интиладилар:

Уларга шифокорлар нотугри ташхис куйиб, нотугри даволаш муолажалари утказилаётгандек туюлаверади ва шунинг учун хам куплаб мутахасисларга мурожаат киладилар, тартибсиз даволанадилар, купинча узини-узи даволашга уринадилар ва улар бошка хаётий мухим кизикишларини иши. оиласи ва б.к.ларни батамом унитиб куядилар. Улар учун «касаликка берилиб кетиш», касалликка ута енгил берилиш кабилар хосдир. Бу турлади кечинмалар ёшларда, ота-она томонидан ортикча эътибор булганда ва БА огир кечганда кузатилади.

Ипохондрик хилдаги кечинмалар кайфиятнинг тушиб кетиши. керагидан ортикча даражада уз холатига эътибор килиш, холати даражасига огирлаштириб бахо беришга мойиллик булиши, имкоятларни куплиги ва сенестопатиялар билан ифодаланадилар. Улар узларига янгидан-янги симптомларни «кашф киладилар» гуёки улар рак ёкн сил касаллигига гирифтор булганлар, «упка нафас ололмайдиган даражада шишиб кетган». Бу тоифа беморларни даволаш кийин масала. Бу тури купрок психастеникларда ва тутканоксимон аломатлари мавжуд беморларда кузатилади.

Бронхиал астмада фобик таъсирланишлар хам куп учраб туради. Бунда беморни куркув восвосаси кувлайди, доимо вахима босади: мижоз доимо йиглайди, безовталанади ва вас-васага тушиб колади. Бу хил кечинмалар астма хуружи даврида кучаяди, умумий холатнинг яхшиланиб бориши билан утиб кетади.

Беморларда анозогнозик таъсирланиш булганда, касаллик даражаси бемор томонидан номувофик (паст) бахоланади, беморлар узок муддат давомида ёрдамга мурожат килмайдилар, дори кабул килишдан бош тортадилар, муайян даволанмайдилар. Бундай тарзда узини тутиш интелекти паст беморларда, кучли интоксикацияда ва бош мия гипоксемиясида кузатилади.

Бундан ташкари БА да апатик таъсирланишлар (реакциялар) хам учрайди (И.П.Замотаев, В.Е.Рожнов, А.Султанова, 1983). Бунда беморлар ва текширувларга унамайдилар, уйкусизлик булади. Бундай холатлар купинча глюкокортикоидли гормонлар берилгандан кейин кузатилади.

Сабаби, беморда гормон берила бошландими «тамом, иложсиз холат ва энди касалликни умуман даволаб булмайдим» - деган номакбул ва салбий фикрни тугилиб келганлигидир.

Бронхиал астма мавзусида асосий уринишлардан бири килиб астматик холат белгиланиши лозим, чунки унинг аломатлари БА дан фаркли уларок бир мунча узига хос ифодаланиб куруниш беради ва иккинчидан, долзарб масала булиб хисобланади.

Замонавий концепцияларга кура унинг асосида бронхиал шажараларда жойлашган бетаадренергик рецепторлар фаолияти бузилиши туфайли келиб чикадиган уткир нафас етишмовчилиги синдроми ётади.

Астматик холат БА нинг хавфли асорати булиб, унинг частотаси 5-23,4 фоизни ташкил килади, 1,23-16 фоиз холларда улимга олиб келади.

Маълум булдики, астматик холатнинг охирги йилларда тобора купайиб бораётганлигини асосий сабаби БА кенг таркалганлиги ва унинг огир турларини йилдан-йил сари куп учраб турганлиги экан. Бу албатта турли омиллар (дори-дармонларнинг кенг кулланиши, кимёвий препаратларни куплаб ишлаб чиқарилиши, кишлок хужалигини химизациялаш ва х.к.лар, оқибатида аҳолини аллергизация даражасини ортиши) туфайли атроф мухитни ифлосланиши билан ҳам бевосита боғлиқдир.

Астматик холатни келтириб чиқарувчи сабаблар жумласига симпатомиметикларни меъёрдан ортикча бериш, антигистгминоларии седатив ва бошка дори-дармонлар микдорини ошириб юбориш, глюкокортикоид гармонлар билан номувофик даволаш, анафилактик шок ва бошка шу кабилар кирадилар.

Унинг асосий патогенетик механизмларини куйидагича ифодалаш мумкин: эронхлар бетаадренергик рецепторларини тула блокадаси бронхоспазм-эронхлар шиллик каватлари гиперсекрецияси ва шиши (димланиши яллиглачишли ва аллергик табиатга эга булган) кичик ва урта калибрли бронхларнинг экспиратор коллапси-гиперкапния-гипоксия-тукималар дегитратацияси-полицетемия ва уткир упка-юрак синдроми.

Алохида урини унинг ривожланишида простогландинлар алмашинуви ва иммун тизимининг бузилишлари эгаллайди. Умуман, хар кандай огир бугилиш хуружи астматик холатга утиши мумкин.

Академик А.Г.Чучалин буйича астматик холатни икки шокли тафовутланади: анафилактик ва аллергометаболик. Биринчиси камрок кузатилади ва пиразолон хосилалари, сульфаниламидлар, антибиотиклар ва бошка турдаги дори-дармонлар кабул килингандан кейин пайдо булади.

С.Ч.Бабичев ва б.к. эса унинг уч турини ажратишни таклиф этганлар: бронхоспазм етакчи синдром булиши билан ифодаланувчи астматик холат, бронхосекретор жараёнларни устуворлиги ва бронхларни кисман обструкцияси ривожланиши билан кечувчи тури ва тоталь упка обструкцияси билан ифодаланувчи тури.

- Унга бахо беришда куйидаги клиник аломатларга эътибор берилади:
1. Ксантин хосилалари ва симпатомиметикларнинг бронходилатация килиб таъсир- курсата олиш даражаси (самаралиги ва самарасизлиги).
 2. Самарсиз йутал шаклланиши.

Уткир нафас етишмовчилигини авжланиб боришitezлиги.

Артериал кондаги газлар мутаносиблиги ва кислота-ишкор холати узгаришлари ташхисий ахамият касб этади.

Астматик холатни верификация (ойдинлаштириб олиш) килиш учун 0,1%-ли адреналин эритмаси 0,3-0,5 мг дан хар 20 дакикада тери остига 3 марта киритилади (1:1000) мутаносибликда эритилгани) ёки адреналин 0.3 мл дан хар 30-60 дакикада тери остига (икки марта) берилади (Н.В.Путов. 1980). Бу максадда эуфиллинни 2.4%-ли эритмасидан хам фойдаланиш мумкин. Бунинг учун 2.4%-ли эуфиллин эритмаси 10 мл дан хар 30 дакикада (икки марта) вена ичига киритилади. Огирлик даражасига кура астматик холатни 3 боскичи ажратилади.

1. БОСКИЧ - нисбий компенсациялашган боскич. Бугилиш хуружи узок муддат давомида тухтамай давом этади (6 соатдан куп) симпатомиметик ва бошка бронходилататорлар ёрдам бермайди. Беморларни хуши жойида булади, рухий бузилишлар йук. Кучсиз ифодаланган тахипноэ ва окимтир цианоз, кузатилиб кам холларда куп терлаш булади. Упка экскурсияси чегараланган, перкуссияда-кутичасимон охангли товуш, аускультацияда-упка барча майдонлари буйлаб эшитиладиган везикуляр нафас, чикариш чузилган. ёйилган курук дискантли хириллашлар. Купинча юрак сохасида огрик сезилади ва у юрак гликозидларига кам бериладиган тахиаритмия (100-120 та бир дакикасига) билан хамда кон босимини кутарилиши билан давом этади.

Вена ичига эуфиллин юборилгандан сунг бош огриги, бош айланаши, кунгил айниш ва кайд килиш кузатилади. Унг коринча етишмовчилиги нимтик ифодаланади.

Бу боскичда яна шу ифодалики, вентиляция бузилишлар булмайди, кучсиз ифодаланган артериал гипоксемия (P_{aO_2} : 60-70 мм.сим.уст), норма ёки гипокапния (P_{aCO_2} нормада 35-45 мм.сим.уст га тенг булади) ёки P_{aCO_2} гипервентиляция натижасида 35 мм.сим.уст. дан камади.

2. БОСКИЧ - декомпенсация ёки «соков» упка боскичи. Умумий ахволи огир даражада. Рухиятнинг кучли бузилиши, психомотр кузгалишлар, галлюцимацияларда (депрессия, апатиялар билан алмашиб туради) бу давр учун хосдир. Беморлар елка худудини котириб турган холда мажбурият вазиятни эгаллаб туришга уринадилар, кукрак кафаси нафас чикариш боскичида туриб колади, ёрдамчи мушаклар нафас олишда катнашадилар. Цианоз шиддали тусда ифодаланган. Шовкинли, хуштаксимон нафас билан аускультатив феноменлар аннкланиши орасида номутаносиблик топилиши айникса мухим ташхисий калит хисобланади (упкада хириллашлар деярли топилмайди, нафас шовкинлари сусайган, упка айрим худудларида эса умуман эшитилмайди - вахоланки, хуштаксимон дагал нафас тасофада мезилади). Кичик пульс, тахикардия (дакикада то 140 тагача) купчилик холларда парадоксал пульс аритмия ва гипотония хам аникланилади. Бу боскичда бронобструктив синдром ва вентиляцион бузилишлар жадаллашадилар, гипоксемия (P_{aO_2} 50-60 мм сим.уст.) ва гиперкапния (P_{aCO_2} 50-70 мм.сим.уст. ва унданюкорига) кучаядилар.

3. БОСКИЧ - гипоксик ёки гиперкапник кома боскичи. Умумий ахвол

ута огир даражада булиб, клиник манзарасида асабий-рухий бузилишлар устуворлик килади, эс-хуши йуқолади ва хуш огишидан олдин чангак (акашак) бузилишлар кузатилиши мумкин. Ёйилиб ифодаланувчи диффузцианоз, терлаш, сулак оқиш, тухтаб-тухтаб нафас олиш, нафас олиш юзаки ва аритмик тусда булади, гипотония, коллапс ва ипсимон нозик пульс кабилар аникланади.

Гипоксемия ($P_a O_2$ - 40-50 мм.сим уст. Ва юкори) ва гиперкапния ($P_a CO_2$ 80 -90 мм. сим. уст ва юкори) ҳамда вентилиацион бузилишлар шиддатли тус оладилар.

Юкоридагилардан ташкари асмастик статус гиповолемия (кам холларда гиперволемия ва гипертанатриемия-Доп. 1984) билан гематокрит курсаткичлари ва кон зардоби оксиллари концентрациясини ортиб кетиши билан ҳам давом этади ёки намоён булади, аввал метаболик алколоз ва сунгра эса, асмастик статус даражаси ортиб бориши билан метаболик ацидоз ривожланади. Бронхиал астма ва хомиладорлик муносабатларига оид маълумотлар охириги йилларда куйиб бораётганлигини такрорлаб утиш лозим. Бу борада айниқса Ўзбекистонда ССВ томонидан ишлаб чиқишган ва тавсия этилгани тавсияномалар энг охириги тиб илми ютуқларини узида мужассамлаштирганлиги билан илмий-амалий ахамият касб этишни алохида кайд этиб утиш керак.

Маълум булдики хомиладорлик даври 48% холларда астма хужайрани кайталанишига сабаб булади ва уткир вирусли инфекция, учогли инфекциялар ва совкатиш кабилар мойиллик яратиши оқибатида хуруж килади. БА ни кайталанишини 84,6% ни хомиладорликни биринчи ярмига тугри келадиган 64,8% холларда обструктив турлар ифодаланаувчи ташки нафас фаолиятини бузилиши кузатилади. БА урта огир ва огир кечганда хомиладорлик пайтида тула ремиссия булмади, ремиссия босқичда ҳам бирон обструктив синдром аломатлари хуруж қилиши давом этади (Л.Л.Молчанова ва б.к. 1996). Кучли гипоксия ва микроциркуляция тизимидаги салбий узгаришларни структурали давом этиши сабабли 14,4% хаста хомиладор аёлларда хомилани зудлик олиб ташлаш хавфини тахдид қилувчи БА хуружи ривожланади, огир даражаси эса бундай холат 100,0 фоиз кузатилади.

Огир кечувчи гестоз урта даражада (26,7%) ва огир даражада утувчи БА билан огриган хомиладорлардан 20 фоиз албатта ривожланади. Бундан ташкари БА 29,5% холларда хомила гипоксиясига сабаб булади. 19,2% эса бола ташлашга олиб келади. Бундан ташкари 40% чакалоклар асфиксия холатидан дунёга келдилар. Тугрукдан кейинги даврда 14,7% аёлда БА кайталанади ва аёл жинсий аъзолари тартиботидан йиринг сепсислиги касалликларига чалиниш хавфи ортади. БА билан хаста аёллардан тугилган чакалокларда экссудатив диатез (27,3 фоизгача) ва уткир респиратор вирусли инфекцияларга чалиниши хавфи юкори булади (16,9 фоизгача).

Юкоридагилардан келиб чиқкаи холда куйидагилар тавсия этилади: Хомиладор аёлларда уз вақтида БА хавфли омилларни бартараф қилиш йули билан касаллик кузголишини олдини олиб туриш лозим: юкори нафас йуллари сурункали инфекцияси учоқларини эрта аниқлаш ва фаол санация қилиш даркор: уткир вирусли инфекциялардан мухофаза қилиш ёки вақтида даволаш тадбирларини қуриш:

БА билан хасталанган аёлларни II чи хавф гурухига (енгил ва уртача огир тури), айрим холларда (тугма нуксон булиши, доимий астматик холат, огир даражили БА) эса III гурухга киритиб хафтааро курув назорати урнатилади, кечки гестоз ва бошка инфекцияларни превентив даволаш тадбирларини куриш. Хомилани тухталиш ёки давом этиш масаласи биринчи 10-12 хафталардаёк хал килиниши лозим.

Агарда хомила усишига рухсат берилса (пульмонолог ва акушер-гинекологлар консилиуми бу масалани хал килади) тугрукгача булган даврда бемор хомиладор аёл хомиладорлар патологияси (экстрагенител касалликлар булими) булимига албатта уч маротаба ётказилиши лозим.

1-чи ТРИМЕСТРДА - мукамал текширувдаи утказиш учун ва ташки нафас фаолияти холатини анилаш максидида: албатта хомиладорликни давом эттириш ёки эфирмаслик масаласи хал килиб олинад:

2-чи ТРИМЕСТРДА - максид: динамикада аёлни кайта текшириб урганиш ва БА ни пульмонолог (УАШ терапевт) маслахатларига таяниб даволаш:

Хомиладорликни 32-38 чи хафталарида-касалик хавф даражасини яна бир бор мушохида килинади, хомила холат урганилади ва мукобил тугдириб олмш йули танланади:

Плацентар етишмовчилик профилактик максидда даволанади: Тугрукни табиий йулар оркали утказилади. Агарда нафас ва упка-юрак етишмовчилиги мавжуд булса ёки шиддатли ифодалана бошланса кесарча кесиш операцияси ёрдамида тугрук жараёни утказилиши керак:

Чилла даврида, тугрукдан кейинок профилактик антибактериал терапия утказилиши даркор ёки кечарга операциясидан кейин (жинсий аъзолар йирингли сепсис касалликларини олдини олиш максидида):

Уртача огир ваогир даражали БА да, айникса бронхообструктив синдром ёки вентилицион етишмовчилик аломатлари мавжуд булса хомиладорлик учун мутлок моънелик деб бахоланиши керак ва хомила олиб ташланиши лозим. БА енгил шаклларида хам (ннсбий монелик) хомиладор аёл ёши 30 дан ошган булса ва оилада фарзанди булса (асоратланмай кечаётган булса хам) хомилани тухтатиш тадбирлари белгиланишини максидга мувофик деб билинади.

Демак, БА хомиладор аёл ва хомила учун катта хавф тугдириб кечади. хомиладорларда нисбатан огир утади ва куп холларда хавфли асоратлар келтириб чикаради. Юкоридаги тавсияларга амал килинмаса касалик хомиладор аёл хаётини фожиа билан тугашига олиб келади.

Атопик БА симптоматологияси хам бор катор хусусиятларга эга булади. Хусусан, бронхиал астманинг асосий симптомлари куйидагилардан иборат булади: бурун битиши, аксириш, ринорея ва хуружсимон йутал тутиш. Йутал уртача 2 ойдан то 8 ойгача давом этиб, айникса усимликлар гуллашлари даврида кузатилади. Нафасни огирлашиши, «шовкинли нафас» кабилар нисбатан кейинрок пайдо булади. Маиший аллергияларда бронхоспазм симптомлари тонда, яъни аллергенлар билан дуч келинганда кучаядилар. Бундан ташкари шуни унутмаслик керакки маиший предастманинг барча аломатлари бемор врач хузурига келганда йуколиб кетади (аллергендан

элиминацияланиш туфайли) ва бу ташхисий кийинчиликларга олиб келади, натижада бронхиал астма хуружини бартараф қилиш учун утказиладиган профилактикани уз вақтида бажариш имкониятини берувчи вақт омили бой берилади. Чанг-губорлар билан таъсирланиш натижасида юз берадиган астма учун юкоридаги симптомларни маълум фаслда булиши (иссик келиши-билан-мартдан то ноябргача) ва уни купинча ринконъюнктивал синдромлар билан кушилиб куриниши хосдир.

БА да 16,3 фоиздан то 18,3 фоизгача (В.Г.Деянега, С.А.Харитонов) беттолепсия синдроми учрайди.

Беттолепсия-йутал хуружи авжида таъзида тиришиш билан асоратланиб ифодаланувчи хушни бузилишидир. Унинг асосий сабаби булиб транзитор тарзда бош мияда кон айланишининг бузилишлари хисобланади.

Диагноз куйиш-шифокор фаолиятидаги мухим боскич хисобланади. Амалиёт учун вирусологик диагноз куйиш маълум даражада мухум нарсадир, айрим холларда хаттоки бактериологик диагноз куйиш хам анча мушкул иш хисобланади. Аммо бу УАШ мазкур йуналишда фаолият курсатиш зарурияти йук деганм эмас. Диагноз куйиш услуби, авволембор, нозологик, иккинчидан этиологик (имкониятдан келиб чиккан холда) принципдан келиб чиккап булиб, учинчидан-у БА патогенези хусусиятларини узида акс этирган булишлиги керак.

Анъанавий тарзда кечиш билан ифодаланувчи бронхиал астмага диагноз куйиш унчалик кийин эмас. Касалликни утқир бошланиши бирон бир аллерген билан дуч келганда астма хуружини тез ва шиддатли бошланиши бронхолитик-ларни тезда ижобий натижа бериши, такроран аллерген таъсир килганда хуружни кайталаниши кабилар. БА диагнозига хеч кандай шубха колдирмайди. Шу билан бирга, амалиётда бронхиал астмани куйидаги касалликларда тафовутлаш зарурияти уз-уздан врач учун устувор вазифа булиб қолади: сурункали обструктив бронхитдан, сурункали ёки утқир пневмонияда буладиган брохоспастик синдромдан, бронхоспастик синдром билан куриниш бериб кечувчи катор касалликлар - юрак астмаси, упка, бронхлар ва трахея ус.ма хасталикларн, трахо-обронхиал дискинезия, упканинг бирламчи эмфиземаси, упка сили ва истерия кабилардан.

Бунинг учун аллерголик анамнез маълумотларини, аллергиянинг бошка куринишларини, ирсиятни, ишора килиб утилган илгариги хуружларини, хуружни у ёки бу аллерген таъсирига берилувчанлигини, тулик ремиссиялар булиш-булмаслигини, ташки нафас фаолияти курсатгичларини ва иммуноаллерголик текширув натижаларини бекаму куст этиб бера олиш керак ва тахлил килиш лозим. Чунончи, сурункали бронхитларда (катта бронхлар касалланганда) даставвал бугилиш кузатилмайди ва устувор шикоят булиб кийинлик билан ажралувчи балгам хиобланади: упка узгаришлар булмайди ёхуд дагал нафас билан бир вақтда курук хириллашлар эшитилиши мумкин, ташки нафас фаолиятига боглик кучли вентилицион бузилишлар кузатилмайди. Агарда бронхит майда ёки урта даражали бронхларни хасталаш билан кечаётган булса, устувор шикоят булиб жисмоний зурикишдан кейин кучайиб борувчи бугилиш хисобланади. Бугилиш одатда тунлари булади, чалканча вазиятда кучаяди: купинча бугилиш хуружсимон тарзда булади ва

кучли йутал билан давом этади. БА дан фаркли уларок бугилиш хуружи, уйкуда тупланиб колган бронхиал секрет билан нафас йулларини китикланиши натижасида вужудга келади. БА учун аллерген таъсиридан кейин келиб чикадиган ва тулик ремиссия даври билан алмашилиб давом киладиган анъанавий бугилиш хуружи характерлидир. Хуруж, одатдагидай уткир бошланади, тусатдан пайдо булади, чузилувчан шилликли балгамни ажралиши билан ифодаланиб турувчи йутал келиши билан якунланади. Обструктив бронхитда бугилиш кучли хуружсимон йутал билан бир иактда пайдо булади ва шиллик-йиршиш балгам ажралганидан кейин тухтайди, касаллик ремиссияси нотулик булалади (муфассил маълумотлар жадвалда илова килинган).

Ташхис куйишда мухим уринни ташки нафас фаолиятини текшириш эгаллайди. Бу усул обструктив

Бузилишларгина аниклаб колмай, балки обструкция характерини хам ойдинлатиб олиш имкониятини яратади (Бронхоспазм, шиши ва гиперсекреция). Жадвалдан куришиб турганидек (М.П.Бакулин буйича илова килинган) сурункали бронхитга чалинган беморларда яллигланишли шиш ва шиллик кават безларининг гиперсекрецияси устувор булса, бронхиал астмада эса бронхоспазм етакчилик килади.

Шунинг учун хам бетарцепторлар стимуляторлари билан куйиладиган синоз (вентолит алулент ва б.к.лар билан) аксарият бронхиал астмада, нисбатан камрок сурункали бронхити бор беморларда ижобий натижа беради. Обструктивли бронхитга дучор булган беморларда одатда вентилизациями обструктив тарзда тургун бузилиши кузатилса, бронхиал астмада вентилизацияни бузилиши унчалик чукурлашмаган булади, касаллик даврига боғлиқ холда даволаш муолажаларидан кейин +шишлиги хам мумкин. Колдик + упка хажми, функционал колдик хажмларни ортиши спирограмма курсаткичлари тезликларини камайиши ута характерли булади. Бронхиал астмада бу курсаткичларнинг бузилишлари сурункали бронхитга нисбатан кучлироқ ифодаланган булади. Маълумки, сурункали бронхитда, одатда, бронхиал утказувчанликни бузилиши тобора жадаллашиб боради, упка гипертензияси ривожланади, юрак унг булмалари зурикиши ва сурункали упка-юрак аломатлари авжланиб бориб, окибатда упка ва юрак (унг корингани) етишмовчилигини келтириб чикаради.

БА да муайян иммунологик бузилишлар хам кузатилади: супрессорлар тизимини (Соп-индуцирланган илакли ва киска умр курувчи супрессорларни, геофиолинган сезгир Е-РОКларни), Т-хелперларнинг микдорини камайиши, эффектор-хужайралар фаолликларини сусайиши (К-ва №К-хужайралари), УДЕ микдорининг кучли ортиши кабилар (М.П.Бакулин, 1983).

Кексаларда (60- ва ундан юкори ёшларда) сурункали юрак-томир касалликларига бугилиш хуружи – БА кушилиб куринадиган клиник вазиятлар хам учрайди. Буни кечки астма деб аталади. Бундай холларда бронхиал астма билан юрак астмасини тафовутлаш лозим булади. Бу ташхисий изланиш унча кийин утсада лекин барибир уларни бир-бирларидан ажратиш имкониятлари шифокорда етарлича булади. Хусусан, анамнез маълумотлари, артериал гипертензияни мавжудлиги, бошдан утказилган

миокард инфарктига ишора килиш, миокард ишемияси аломатларини борлиги, узига хос кардиологик клиник манзарани куриниши ва юрак клапанлари хасталаниши кабиларни аникланиши, юрак астмаси ташхисини шубхасиз осонлаштиради.

Шу билан бирга ёши утиб келган беморларда бугилиш хуружини булиши шифокорни усма ёки сил жараёнига нисбатан сергаклантирип лозим. Усма касалликларига одатда киска анамнез (2-3 ойдан то 1 йилгача) хос булади, купинча доимий тарзда нафас олишни кийналишиб туриши кузатилади, аксарият холларда йуталсиз пайдо булган бугилиш хуружи авжланади, нафас олиш ёки нафас чикариш пайтида ёки аралаш тусли нафас кисиши тарзида кечади. Упкада хириллалашлар аникланмасликлари мумкин. Энг хавфлиси шуки, бугилиш хуружи билан давом этувчи энтикиш одатда трахеялар бушликларининг 2/3 ва ундан купрокгача кисилиши руй бергандагина келиб чикади. Бундай вазиятларда, бронх ва трахеяларнинг секин-асталик билан торайиб борши, касалликнинг "хакикий башарасини" туманлашишига, окибатда усмани кечикиб аникланишига сабаб булади. Диагнозга ёрдамчи текшириш усуллари-бронхологик, рентгенологик ва б.к, ёрдам берадилар.

Трахея ва катта бронхлар бушликларини секин-аста бекилиб колиши трахсобранхиал дискинезиялар ёки экспиратор стеноз деб ном олган алохида патологик жараёнларда хам кузатилиш мумкин. Бу туркум сабаблар туфайли ривожланган нафас кисишини шифокор бронхиал астма хуружи деб хатолик билан кабул килиши мумкин. Аслида эса трахеобронхиал дискинезия -бу йирик бронхлар ва трахеяларнинг мембрана кисмлари чузилувчанликларини тугма ёки орттирилган бузилишларидир. Шунинг учун хам уларнинг орка деворларн йутал вактида ёки шиддатли нафас олиш натижасида (курук ички босимини ортиши туфайли) нафас йулларига осилиб кириб борадилар ва хаттоки уларнинг деворларини тула ёпишиб (битиб) колишигача олиб келадилар. Бу хасталик учун шиддатли ва кучли йутал хос булади, йутал хуружсимон тус олиб кучайиб боради, бемор вазияти узгариши билан кучайиши мумкин, уктин-уктин хушдан кетишгача олиб келади, диагноз факат бронхологик текширувдагина тасдикланишлиги мумкин.

Шундай килиб юкоридагилардан келиб чиккан холда яна бир карра таъкидлаб утиш лозим-ки, бронхиал астма диагнози билан даволаш муассаларига беморлар келиб тушганларида уни бошка касалликларидан тафовутлаб олиш учун кенг кулламли ва чукур текширувлар утказилиши керак. Бу хавфли усма ёки бошка касалликларни вактида аниклаш имконини берали ва иккинчидан мукобил терапияни танлаш учун ахамият касб этди.

Умуман, БА диагнозига бориш йулини поганама-погана куйидагича ташкил килинишини макбул деб хисоблаймиз.

2. Бронхиал астмани учта асосий куринишлари буйича ташхислаб олиш: бронхообструктив синдром аломатлари (экспиратор бугилиш, бугувчи йутал,масофада эшитилувчи хуштаксимон хириллалашлар, уткир упка эмфиземаси, бронхилитикларни самара бериши, спирография (Тиффно синови) ва пневмотахометрия натижалари), аломатларни тез кайтиши ва уткир

нафас етишмовчилиги (бошка сабаблари бартараф килинган булса) синдромлари таянч аломатлар ҳисобланадилар:

3. Бронхиал астманинг патогенетик турларини аниклаш (атопик, инфекция-аллергик ва хок.):

4. Бронхиал астмани клиник турларини ажратиш (анъанавий хуружлар, астматик холат ва б.к). Астматик холат боскичларини тафовутлаб олиш (I-упкада нафас шовкинлари ва хириллашларни сакланиб қолиши): II-упкада хириллашларни камайиб бориши ёки эшитилмай қолиши, нафас етишмовчилигини кучайиб бориши (диагноз, энцефалопатия, гипоксемия, ацидоз, гиперкапния): III-асфиксия, кома, коллапс). Бу холатни келтириб чиқарувчи омилларни белгилаш:

5. Бронхиал астма асоратларини аниклаш: сурункали нафас етишмовчилигини (I, II, III даражалари), упка етишмовчилиги, упка-юрак етишмовчилиги.

Унинг патогенетик ва клиник турлари ҳамда асоратларидан келиб чиққан холда диагноз шакллантирилади.

Маълумки, касалликни даволашдан кура уни олдини олиш осонроқ деган ибора таъбақчилар орасида тез-тез қулоққа чалиниб туради. Лекин бунга деярли амал қилинмайди, профилактик фаолият кенг шифокорлар амалиётида ҳалигача том маънода урнини олмаяпти. Ваҳоланки касаллик олди холатини аниклаш (бирламчи профилактика), уни авжланишига сабаб бўлувчи ва касаллик келтириб чиқарувчи хавфли омилларни бартараф қилиш (иккиламчи профилактика) ва касалликни уз вақтида аниқлаб, уни тухтатиш тадбир муолажаларини қуриш, (учламчи профилактика) замонавий тиббиётнинг, жумладан Ўзбекистон тиб илмини бош мақсадларидан ҳисобланади. Мазкур фаолият айнан бронхиал астмага таалуклидир. Бу йуналишда мукамал ҳаракат қилиш дастурига эга бўлиш (нафақат илмни муассасаларда, балки соғлиқни саклашни ташкил қилишнинг бирламчи бугимларида КВП, ШВП, СКАЛ ва махсус касалхоналарда ҳам) БА ни маълум ҳудудларда ёки оила ҳамда давлат микёсида кам ҳаражат қилиб тула бартараф этилишига ёхуд ундан буладиган ижтимоий талофатларни кескин камайишига олиб келади.

Демак, БА диагностикасининг келажаги ва бугуни-уни донозологик боскичда аниқлаш ва бартараф қилишдир. Бу йуналишда дунё микёсида ижобий тажрибалар бор. Хусусан, БА ни даставвалчи боскичларида аниқлаш учун кенг-қулламли оммавий текширувлар эпидемиологик тадқиқотлар утказила бошланди. Улардан мақсад БА тарқалиш даражасини ва унинг асосий сабабларини аҳоли уртасида аниқлаш ҳамда улар асосида оммавий ёки индивидуал (оилавий) профилактикани ташкил қилишдир. АКШ да формуласи (1960) номли билан маълум бўлган виканинг сурункали ноинфекцион касалликлари профилактикаси дастури амалга оширилиб келинмоқда махсус текширувда касалликлар этиологогенезида келиб чиққан холда барча аҳоли 4/гуруҳ (боскич) га ажратиладилар: А боскичи (биологик тус олиб бошланиши) – диагностик синовларда организм узгаришлари аниқланманди: Б боскичи касаллик клиник аломатлари пайдо бўлади, лекин

беморлар шикоятлари булмайди: В боскичи - астма олди холати, Г боскичи - согайиш ёки улим билан тугайди.

БА нинг бирламчи профилактикасининг утказиш учун уни А боскичида ташхислаш лозим, айнан мазкур пайтда унинг хавфли омиллари шаклланиб улгургун булиб бронхиал астма келиб чиқиш хавфи тахдид килиб туради.

ВОЗ (1983) экспертлар гурухи БА келиб чиқиши хавфи бор гурухларда (кашандалар, хавоси огир жойларда истикомат килувчи шахслар, респиратор касалликларга тез-тез чалиниб турувчилар, ирсий мойиллиги бор шахслар, экологик номакбул худуддарда яшовчилар) аҳолини бир бошдан махсус текширув (оммавий скрининг) утказиб бориш мақсадга мувофиқ деб тавсия этади. Бунинг учун махсус суровнома - анкеталар (собик иттифок пульмонология илмий текшириш институти анкетаси, Британия махсус кенгаши анкетаси, Европа иктисодий кенгаши анкетаси, А.Г.Чучалин-Трутников анкетаси ва б.к. дан фойдаланилади. Бундай скрининг анкеталарни тулғизиш ҳар қандай профилактик дастурнинг устувор қисми булиши керак, чунки улар БА "қуртани"лидаёқ унинг қуринишларини аниқлаш имконини тугдириш (УАШ томонидан ҳар бир оила ёки аҳоли учун тулғозилиб қўйилиши керак), хавфли гурухларни мулжалли қузатиб боришга асос булади ва демак, муқобил терапия утказилади. Ана шундай анкеталардан бирини (Цюра Е.В. 1985) амалиёт учун тавсия этамиз ва у жадвалда илова этилган.

Бундан ташқари БА ни аниқлаш учун ташқи нафас фаолияти курсаткичлари (Тиффно синови ва бошқа курсаткичлар), адреналин билан синов (0,01 фоизли эритмаси 0,5 мл тери остига), беротек ёки бошқа симпатомиметикларни ингаляция қилиш синовлари ҳам кенг қулланишлари керак (натижалари скрининг анкеталарда акс эттириб қўйилади). Масалан, агарда 0,5 мл адреналин тери остига юборилгандан кейин 30-40 дақиқа утгач нафас чиқариш 0,5 л/с қучайса-синов ижобий деб баҳоланади яъни у яширин бронхоспастик синдром мавжудлигидан далолат беради.

БА бошланғич боскичларида қонда ёки балғамда аниқланадиган зозинофилия ҳам ташхисий аҳамият қасб этади. Мазур текширув натижалардан келиб чиққан ҳолда профилактика тадбирлари кенг йулга қўйилади ва улар даволашдан ҳам устивор фаолият деб қабул қилинишлари лозим.

БА диагностикасига оид маълумотлар якунида яна шуни эслатиб қўйиш керак-ки, таъабат амалиётида анча-мунча булсада учраб турадиган клиник синдромлар бор ва улар БА астмага жуда ухшаб кечадилар, аммо лекин бошқача муносабатда булишини ва даволашни узгача ташкил қилишни тақозо этадилар.

Уларга тухталиб утамиз.

8. ЛЕМУАН-СИНДРОМИ. Бу трахея ва бронхлар пролапси туфайли, уларнинг дистонияси натижасида келиб чиқадиган симптомокомплексдир. Бронхоскопия ёрдамида ташхис қўйилади ёки БА дан тафовутлаб олинади.

БА ва унинг хавфи тахдидини аниқлаш учун скрининг-анкета (Г.Б.Федосеев ва А.М.Убязуллаевдан олинди, 1989).

1. Қун давомида ёки эрталаб йуталиб турасизми?

2. Йил давомида суриб уч ой давомида йуталасизми?

3. Икки йил ва ундан узок вақт мобайнида суриб йуталасизми?
4. Йутал билан балгам чиқадими?
5. Шамоллаш касалликлари йил давомида икки ва ундан ортик маротаба булиб турадими?
6. Юкорида кутарилганда, тенгкурларга тенглашиб тез юрганингизда энтиқиш пайдо буладими?
7. Хид ёки оғир хавога боғлиқ холда бугилиш сезасизми?
8. Сезсангиз, уларни айтиб бера оласизми?
9. Киш ойларида иссиқдан совуқга /ёки аксинча/чиққанингизда йутал пайдо буладими?
10. Жнсмоний зуриқишда, шамоллаш касалликларидан Сизда "хуштак" ли нафас буладими?
11. Чекасизми?
12. Неча йилдан бери чекасиз? (ёки чекканмисиз)
13. Нечтадан уртача кунига папирос (сигарет) чекасиз (чекканмисиз)?
14. Куйидаги касалликларни бирон бири билан огрнганмисиз – фронтит, синусит, гайморит, бурун кийшайиши, бурун полипозиди?
15. Кариндош-уруғларингиздан кимлар куйидаги касалликлар билан хасталанганлар сурункали бронхит, бронхиал астма, сурункали пневмония?
16. Упка сили билан огриганмисиз?
17. Куйидаги аллергик касалликлар сизда булганми: эшак еми, дориларга таъсирланиш, вазомотор ринит, кичима?
18. Сиз узингизни упка касали деб биласизми? ЭСЛАТМА: I. Суровнома буйича текширувдан утган аҳоли 3 гуруҳга ажратилади:

1. Соглом кишилар
2. БА ривожланиш хавфи бор кишилар
3. БА га чалинган кишилар

II. Суровнома соглом аҳоли учун мулжалланган ва хар йили динамикада урганилиб борилса максадга мувофиқ булади.

I. МАКЛАУДА СИНДРОМИ - бир томонлама упка томирлари патологияси ва бронхиолалар обструкциясига хос клинико-рентгенологик симптомо-комплекс. Бирон бир сабабсиз шиддатли тус олиб пайдо булган энтиқиш ва бронхитга хос аломатлар билан ифодаланади. Рентгенологик текширувда упкани бир томонлама кенгайиб кетганлиги учун характерлидир.

2. МЕНДЕЛЬСОН СИНДРОМИ - бу меъда суюкликларини нафас йулларига кетиб қолиши натижасида келиб чиқадиган оғир астмасимон касаллиқдир. Асосан операциялар ва тугрук пайтида берилган умумий наркоз асорати натижасида келиб чиқади. Наркоз берлигидан кейин 2-3 соат утгач-цианоз, астмасимон халлослаш, қушиш (кон купик аралаш моддалар билан), тахикардия ва иситмалаш қабилар пайдо булади. Мазкур синдромни келиб чиқишига хикилдок рефлексларининг заифланиб қолиши сабаб булади. Рентгенологик текширувда унчалик қучли булмаган «броихопневмония» манзараси ва лекин оғир клиник вазият қузатилиши қаби номутаносиб холат-бу синдром даракчисидир.

3. **ФАНКОНИ-ХЕГЛИН СИНДРОМИ** - (ночинсифилитик пневмония) Аллергик диатез ва бронхитлар кайталаниб-кайталаниб давом этади, кейинчалик акроцианоз, йутал ва у билан балгам ажралиши, энтикиш сингари симптомлар авжланади. Вассерман синови даставвал мусбат ва кейинрок манфий натижа беради, спленомегалия ҳамда менингеал аломатлар булишлиги мумкин. Рентгенологик текширувда-милиар бронхопневмония ёки нотекис доғларга ухшаш узгаришлар кузатилади.

4. **ХАММЕН-РИЧА СИНДРОМИ**. Бу кенг куламда таркалиб ва шид-дат билан тобора кучайиб бориш билан ифодаланувчи упканинг интерстициал фиброзидир. Бунинг учун упка димланишига хос рентгенологик аломатлар, «ногора таёкчалари» симптоми, полиглобулия, кон тушириш каби алохида белгилар хос булади. Упка биопсиясига асосланиб тулик диагноз куйилади.

5. **ХАРКЕВИ СИНДРОМИ**. Бу тукималар ва конда эозинофилиялар билан ифодаланиб кечадиган аллергик симптомокомплекс хисобланиб, унда абактериал эозинофилли полисерозит, эозинофилли васкулит, паренхиматозли упка инфилтратлари, лейкоцитоз, эозинофилия, эозинофилли миокардит ва БА хуружлари кузатилади. ЭКГ да-декстрограмма ва миокард шикастланишлари аломатлари кузатилади.

6. **ЭНГЕЛ СИНДРОМИ**. Бу усимлик ва дарахтлар чангларидаи нафас олиш натижасида ривожланадиган аллергик симптомокомплексдир. Купинча бахор ойларида кузатилади: кучли йутал, бутилиш ва упкашишуви ҳамда эозинофилия унинг учун хос симптомлар булиб хисобланади.

7. **ЯНУС СИНДРОМИ**. Бу тугма бир томонлама упка эмфиземаси ёки бронхоэктазлар мавжудлиги хисобига упканинг бир томонида хаво алмашинувининг бузилиши окибатида келиб чикадигаи клинко-рентгенологик симптомокомплексдир. Синчковлик утказилган рентгенлогик текширувда ташхисланади.

Бронхиал астманинг келгуси долзарб муаммоси-хавфсиз ва самарали даволашни утказишдир. Даволашга киришишдан олдин анамнез маълумотлари мукамал урганилиши керак (аввалги даволаш усуллари ва уларнинг натижалари, кузгатувчи омиллар, аллергия холатлари ва х.к.)- чунки улар дориларни танлаш ва миқдорини белгилаш асос килиб олинади. Бундан ташқари, хуруж даражаси ҳам аниқ булиб олинishi керак: нафас частотаси бир дақиқада 30 дан зиёдлиги, кискаришларини 120 дан ортик булиши, парадоксал пульс, аникланиши кон босимини пастлиги ёки юкорилиги беморни огир холатда эканлигидан дарак беради.

Бронхиал астмани даволаш дастурлари турли туман булиб муаллифлар томонидан айрим холларда улар бир-бирларига зид холда талкин этилади. Бунинг устига фармакологиянинг БА га таалукли замонавий ютуқлари хозирча тула конли равишда акс этирилган деб булмайди.

Бронхиал астмани куплаб омиллар келтириб чикариши мумкинлигини, унинг патогенези, мураккаблигини ва кечиши индивидуал хусусиятларга эга эканлиги 1 назарда тутилса-барча беморларга бир хил даволаш тизимини буюриш мутлако мумкин эмаслиги уз-узидан равшан булади ва шунинг учун ҳам терапияни асосий йуналишлари хақидагина суз юритиш мақсадга

мувофик хмсобланади. Куйидаги хар бир бемор хусусиятлари эътиборга олинган холда астма терапияси йуналишларини баён этамиз.

АСТМАНИ ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ БОШ ЙУНАЛИШЛАРИ КУЙИДАГИЛАРДАН ИБОРАТ БУЛИШ КЕРАК:

Беморга даволаш муолажаларига оид куникмаларни ургатиш ва уни бу жараёнда фаол маслакдош кплиб олишга эришиш.

Симптомларга ва упка функционал холатини белгиловчи мезонларга асосланган холда астманинг даражасини баҳолаб ва кузатиб туриш.

Астмани кузгатувчи омиллардан беморни халос килшп ёки улардан доимо огох булиб туриш.

- Узок муддатни кузлаб даволашнинг шахсий режасини ишлаб чпкиш.

- Касалликнинг такрорий хуружларини даволаш режаларини тузиш ёки мулжаллаб олиш.

Киска муддатли таъсир курсатувчи теофиллин (эуфиллин, аминофиллин) болюс холида ёки томчилаб юборилади.

- Кортикостероидлар ва натрий кромогликат ингальяциясидан хуружни тухтатиш максадида фойдаланиш хато хисобланади. Улар режали даволаш учун ишлатилиши керак.

- Мураккаблашган композицияли препаратлар (Дитэк,Метал, плюс).

БРОНХИАЛ АСТМАНИ УЗОК МУДДАТ ДАВОЛАШ УЧУН КУЛЛАНИЛАДИГАН ДОРИ-ДАРМОНЛАР ВА УЛАРДАН ПРОФИЛАКТИК МАКСАДДА УНУМЛИ ФОЙДАЛАНИШ:

- Узок таъсир курсатувчи яллигланпшга карши ва бронхларни кенгайтирувчи дорилар: натрий кромогликат (Иитал, Кромолин) ва натрий педокромил (Тайлед). Мазкур препаратларни ингальяция килигунича кадар (15-20 дакика илгари) одатда-адреномиметиклар ингальяция килинади, чунки бунда балгам енгил ташланиб, бронхлар кенг кулламда очилади ва натижада юкоридаги дори-дармонлар кулланилгандан кейин уларниш таъсир килиш доираси кенгайди ва ортади.

- Дитэк (кромогликат +фенометрoл).

- Интал Плюс (Натрий кромогликат+сальбуматол)

- Кортикостероидлар: улар ингальяция шаклида (беклометазон, Будесониад, флунизолид, флуктиказон) ва перораль хамда парентераль йул билан кулланилади.

- 12-14 соат давомида таъсир килувчи теофиллин-бронхолитиклар: теопэк, теотард, эуфиллин-ретард ва эуфилонг (ичиш учун буюриладилар).

- Ингальяция килиб юборилгандан, 12-соатгача чузилиб таъсир этувчи аммлатомиметиклар: сальметерол (Серевент) ва формотерол.

- Профилактик махсад билан даволаш олиб борилаётганда, айникса астмани узок даволаш ингальяция йули билан ташкил этилганда халкум ва огиз бушлиги кандидози ривожланиши хавфи тугилади. Уни олдини олиш учун спейсерлардан фойдаланиш ёки огиз бушлигини муайян чайкаб туриш тавсия этилади.

БРОНХИАЛ АСТМАДА КОРТИКОСТЕРОИДЛАРНИ КУЛЛАШ ҚОИДАЛАРИ:

- Астманинг 1чи поганасида (енгил кечиши) кортикостероидларни куллаш ман килинади.

- Антиастматик терапиянинг 2чи поганасида, яъни агарда симптомомиметиклар ингаляция холида кунига 3-4 марта кулланилишлилига карамасдан астма хуружи тухтамаса, кортикостероидлар ингаляция шаклида 200-500 мгк/сут. микдорида кулланилади.

- Бронхиал астма (БА) уртача огир даражада утганда (III-чи погонаси) ингаляцион кортикостероидлар 200-800 мгкс\т микдорида ва албатта, узоктаъсир курсатувчи теofilлинлар ёхуд симпатомиметиклар ва холинолитиклар билан хамкорликда кулланилади.

- БА огир утганда (IV-чи поганаси) ннгаляцион кортикостероидлар микдори 800-2000 мгк/ сутгача етказиб берилади ва бундан ташкари кушимча парентераль йул билан ёки болнос шаклда юборилади.

- Астма даражаси сустлашганда, кортикостероидлар микдори аввалги погонда микдоргача пайтирилиб борилади. Умуман, ингаляцион кортикостероидлар билан БА ни даволаш аввалрок бошланади ва сунгра, кейинрок анъанавий тарзда кулланишга утилади.

Даволашнинг биринчи поганаси (астмани интермиттир тусда кечиши) да хуружни тухтатиш учун кулланиладиган, киска таъсир курсатувчи бронходилататорлар буюрилади.

Даволашнинг иккинчи поганаси (астманинг енгилдаражасида) астманинг кайталанишини олдини олиб турувчи препаратларни учок муддат давомида бериб бориш билан ташкил килинади. Бу максатда Интал, Кромоллин, Тайлед, кетотифен (Задитен) ва ингаляцион кортикостероидлар (бекллометазон дипропионат-БДП, будесонид, флунизолит, флутиказон пропионат) кичик дозаларда ишлатиладилар.

- Даволашнинг учинчи поганасида (астманинг уртача огир кечишида кулланилади) ингаляцион кортикостероидлар микдори кутарилади ва уларга узок таъсир этувчк бронходилататорлар кушилади (Р-адреномиметиклар ёки теofilлинлар). Киска таъсир курсатувчи ингаляцион Р-адреномиметиклар зарурият булганда кулланилади, лекин кулланиш доираси суткасига 3-4 мартагача чегараланган булиши керак.

- Даволашнинг туртинчи поганаси-астманпнг огир даражада утадиган шаклларида кулланилади ва унда бронходилататорлар хамда ингаляцион кортикостероидлар турли комбинациялар билан бир вақтда буюрилади, зарурият буйича, имконияти борига стероид препаратлар ичиш учун хам тавсия этилади.

- Анаънавий тарзда (болнос шаклида ёки томчилатиб) кортикостероидли терапия киска муддатли курслар билан, астма хуружини тухтатиш учун даволашнинг хар кандай боскичида буюрилиши мумкин (хаётга тахдид вужудга келган холатларда).

- Умуман, астмани «погонама-погона» тизимида даволашнинг асосий мақсади ингаляцион кортикостероидлар мавқесини оширишдан иборат, у юқори самара беради ва бемор ҳаёти сифатини тубдан яхшилашга олиб келади ҳамда умрни узайтиради. Демак, ҳам тиббий ва ҳам ижтимоий аҳамият касб этади.

АСТМА ХУРУЖИНИ УРГЕНТ ДАВОЛАШ ТАДБИРЛАРИ, УСЛУБИ, ҚОИДАСИ ВА ЙУНАЛИШЛАРИ:

1. Бемор кукрагини кийимлардан холос қилиб очиқ қуйиш, уни ортопноэ вазиятига утқизиш, тоза ҳаво қимини беморга йуналтириш ёки оксигенотерапияни зудлик билан бошлаш.

2. Агарда хуруж пайтида беморда тусатдан қон тупириш ёки упкадан қон кетиш пайдо бўлса, уни мутлақо қимирлатмаслик керак ва бемор ортопноэ вазиятида ушлаб турилади. Балғам ташлаб туриш учун алоҳида идиш беморга тутқазилади. Имқонияти борица бемор қайфияти қутарилиши ва тинчлантирилиши зарур (мазкур муолажаларни узлуксиз бажариб туриш учун алоҳида ҳамшира беморга ажратилади).

3. Қуйидагилар астма хуружи пайтида мутлақо ман этилади:

- седатив препаратлар
- ультратовушли агрозоллар
- Кромолик (интал)
- Ацетилцистент Совук аэрозоллар
- Трамстрахеаль аспирация
- Интермиттирли тусда вентиляция (босим билан).

4. Медикаментоз дорилардан хуруж пайтида фойдаланиш тартиби:
БЕТА-АДРЕНЕРГИК МОДДАЛАР

а) 0,10/0-ли адреналин эритмаси, тери остига, микдори вазн огирлигига боғлиқ холда белгиланади (бошқа Р-адренергик моддалардан фойдаланиш имқонияти йук бўлганда мазкур кетма-кетликдан фойдаланилади): вазн 60 кг дан кам бўлса

- 0,3 мл киритилади, вазн 60-80 кг бўлса-0,4 мл киритилади. вазн 80 кг дан ортиқ бўлса-0,5 мл микдорда буюрилади ёки 5% ли эфедрин гидрохлорид эритмасидан 1 мл тери остига киритилади ёки сув ёхуд физиологик эритма билан 1:3 нисбатда суюлтириб тайёрланган 0.06%-ли алупент эритмаси 0,3 мл микдорда аэрозоль тусда берилади.

б) Агар 15-30 дақиқа ичида бемор аҳволи яхшиланмаса бетаадренергик моддалар такроран киритилади.

в) Яна 15-30 дақиқадан сунгра ҳам хуруж тухтамаса, даволаш эуфиллин билан давом эттирилади.

ЭУФИЛЛИН БИЛАН ДАВОЛАШ

а) Агарда илгари зуфиллин беморга буюрилмаган, эуфиллин 5 мг/кг микдорда 20 дақиқа ичида вена ичига томчилаб юборилади ва сунгра эса урта меъёр микдорда-0,6 мг/кг вазнга мос холда бмр соат ичида томчилатилади ёки мана шу микдорда даволаш давом эттирилади.

б) Агарда бемор эуфиллин олиб улгирган булса, у холда эуфиллин соатига 0,6 мг/кг тезликда юборилиши керак.

4.3. ЭУФИЛЛИН ЮБОРИЛИБ ТУРИШЛИЛИГИГА КАРАМАСДАН 1-2 СОАТМУДДАТ ИЧИДА АСТМАХУРУЖИ УТИБ КЕТМАСА У ХОЛДА:

а) Эуфиллин яна кайтадан киритилади.

б) Ёки атропик сульфат 1-3 мг микдорда ингаляция килинади.

в) Ёки куйидагилардан бирортаси ингаляция килинади:

- АЛУПЕНТ АЭРОЗОЛИ (1-2 аэрозоль микдорда). Юбориш услуги: хуруж авжида аэрозоль I дозаси берилади, натижа булмаса 5 дакика утгач такрорланади. Агарда бундан кейин хам нафас олиш енгиллашмаса, 5 дакика муддат утказиб аэрозолнинг учунчи дозаси киритилиши мумкин. навбатдаги такроран юбориш факат иккин соатдан кейингина тавсия килинади. Бу препарат кулланиши ман килинадиган холотлар: гипертиреоз, субаорталь стеноз ва тахиаритмиялар.

БЕРОДУАЛЬ АЭРОЗОЛИ. Дастлабки беродуални икки доза микдорида нафас олдиради. Самара бермаса, 5 дакика утказиб яна икки аэрозоль дозаси буюрилади. Кейинчаликхар икки соада мазкур дозани бериб туриш мумкин (лекин кунига 8 дозадан ортирилмаслик керак!).

- БЕРОДУАЛНИ ИНГАЛАЦИЯ УЧУН ЭРИТМАСИ. Беродуални 0,5-1 мл (10-20 томчи) эритмаси, натижа булмаганда 2,0-3,0 мл (40-60 томчи) гача микдорда ингаляция килинади. Тавсия этиладиган препарат дозалари 3-4 мл умумий хажмгача физиологик эритма билан суюлтирилади ва албатта небулизатор оркали 6-7 дакика ичида юборилади. Уни дистилланган сувда суюлтириш мумкин эмас. Зарурият булса ингаляцияни куплаб хар 4 соатда такрорлаб туриш мумкин. Беродуал берилиши ман килинадиган холотлар: идиосинкрания холати, огир юрак хасталиклари (стенокардиялар, тахикардия).

- БЕРОТЕК /БЕРОТИК 100. Даставал 1 ингаляцион дозаси берилади. сунгра 5 дакика ичида хуруж тухтамаса иккинчи дозаси юборидади. Куп марта куллашга эхтиёж булганда у 1-2 ингаляция дозадан кунига 8 ингаляцион дозагача ишлатилиши мумкин, уни кулланилиши ман этиладиган холотлар: гипертрофик кардиомиопатия, тахиаритмия ва препаратга гиперсенсбилизацияни булиши.

4.4. ЮКОРИДАГИЛАРДАН КАМ НАТИЖА БУЛГАН ТАҚДИРДА ЁКИ ИЖОБИЙ САМАРА БУЛМАСА

Эуфиллинни томчилаб юбориб туриш ва бета-адренергик моддалар ингаляция килиб даволаш давом эттирилади, симптоматик астма (хирургик йул билан муолажа килиш талаб этадиган!) шубха килинади.

4.5. АСТМА ХУРУЖИ ДАВОМ ЭТСА ЛИМФОТРОП ДАВОЛАШ УСУЛИГА МУРОЖАТ КИЛИНИШИ ЛОЗИМ

(регионал, умумий пре-ва паратрахеаль ва х.к йулар билан). Бу максатда факат тери остига юборилиши мумкин препаратлардан фойдаланилади. Ёки махсус парасимпатик блокада хамда бошка муолажалар бажарилади. (шифохона-клиника имконияти билан)

1.7. ДАВОЛАШ САМАРАСИЗ КОЛАВЕРСА, АЙНИКСА БОЛАЛАРДА, ГИПЕРБАРИК ОКСИГЕНАЦИЯ (ГБО) БУЮРИЛАДИ.

ГБОга курсатмалар: чузилувчан астма, симпатомиметиклар аэрозолларидан ижобий натижа булмаслиги, астмага йулдош бронхлар яллигланиш касалликларни мавжудлиги, метаболик ацидоз аломатлари, илгариги боскич даволаш чораларини (симпатомиметик ва миотроп терапиялардан) мутлако самарсизлиги.

ГБО курси 7-12 сеансдан иборат буладн: муолажа хар куни. 1.5-1.7 ага. Даражасидаги босим билан 30-40 дакика давомида «Ока-МТ» барокамерасида утказилади.

1.6. АСТМА ХУРУЖИ ТУХТАМАГАН ТАҚДИРДА ВА БАРЧА ТЕРАПИЯ НАТИЖАСИЗ КОЛАЁТГАН БУЛСА, АСОСАН БОЛАЛАРДА, АСТМАНИНГ ЯНГИ ХУРУЖЛАРИНИ ПРОФИЛАКТИКА КИЛИШ УСУЛЛАРИ:

Агарда астма хуружи факат бета-адренергик моддалар билан тухтатилган булса, кейинчалик хам айнан мазкур гурух препаратлар билан узлуксиз тарзда даволаш (ичиш ёки ингаляция йули билан) давом эттирилади.

Агарда астма хуружи бетаадренергик препараглар ва эуфиллин билан тухтаган булса, кейинчалик хам терапия мазкур иккала гурух дорилар давом эттирилиши керак (перораль).

Агарда, астма хуружи учта препарат (бета-адренергик моддалар зуфиллин ва кортикостероидлар) кулланилиб тухтатилган булса, кейинчалик хуруж кайталанишини олдини олиб туриш даволаш бета-адренергик препаратлар ва эуфиллин билан (перораль) давом эттирилади, кортикостероидлар микдори секинлик билан камайтирилади.

ХУРУЖЛАРАРО ДАВРДА ВА АСТМА ОЛДИ ЖАРАЁНИНИ ДАВОЛАШ УСЛУБЛАРИ:

Кичик, астма хуружига йул куймайдиган дозада у ёки бу медикаментоз препаратлар.

Номедикаментоз даволаш усуллари:

1. Аутопатоген таъсиротларлан огох булиб туриш
2. Гипоаллергенли пархезга риоя килиш.
3. Кукрак кафасини ультрафиолет нурлар билан нурлантириш
4. УВЧ - терапия
5. Амплипульстерапия
6. Дециметрли терапия (ДМВ-терапия)
7. Дориворли электрофарез ва Биттнер бальзамидан фойдаланиб туриш.
8. Электр уйку
9. Аэрозоль терапия
10. Кукрак кафасини массаж килиш
11. Нафасни ихтиёрли бошкара олишга беморни ургатиш (Л.Г. Свежннцева усули).
12. Психотерапия, гипносуггестив терапия

13. Баротерапия
14. Спелеотерапия
15. Фитотерапия
16. Апитерапия.
17. Су в билаи даволаш

Специфик гипосенсибилизация. У куйидагича утказилади:

Специфик гипосенсибилизация утказиш куйидаги холларда мутлако мумкин эмас: аутоиммун касалликлар, жигар ва буйрак касалликлари, кандли диабет, юрак етишмовчилиги, хомиладорликнинг охирги ойлари, ошқозон ва 12 бармокли ичак яра касаллиги, сил ва усма касалликларининг беморда булиши, узок вақт давомида глюкокортикоидлардан фойдаланиш холатлари - Вакцинотерапия. Бу даволаш усули куйилдагича утказилиши керак:

- Астмани тухтовсиз даволаш давом эттирилади ва уни биринчи схемада курсатилганидек олиб борилиши маъкул хисобланади.

АСТМАТИК ХОЛАТНИ ДАВОЛАШ ТАРТИБИ:

- Кислород бериш давом эттирилади, эуфиллин 0,6 мг/кг хксобидан хар соатга мулжаллаб томизилиб турилади, токи бемор умумий ахволи яхшиланганича кадар. Лекин унинг микдори суткасига 2 граммдан ортирилмаслиги керак.

- Гидрокортизон эритмаси 125 мг дан (ёки бунга эквивалент микдорда бошка стероидлар) вена ичига хар 6 соатда юборилади. Агар биринчи дозадан ижобий самара булмаса, иккинчи инъекцияда гидрокортизон микдори икки баробарга оширилади ва шундай килиб то ижобий натижага эришилгунча кадар доза куйиштирилиб борилади. Статусдан бемор чикканидан кейин хам кортикостероидлар дозаси камайтирилмасдан яна 48 соатгача давом эттирилади, сунгра хар суткада уларнинг микдори 25%-дан камайтирилади, минималь дозага туширилади ёки олиб ташланади.

3000-3500% мл/сут микдорида суюклик куюлади, Урта меъёр гемодилуцияга (гематокрит 30-50%) эришиш мақсадга мувофиқ хисобланади. Куйиладиган суюкликлар таркибига куйидагилар киради: 5%-ли глюкоза эритмаси натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан биргаликда юбориладиган реологик фаол препаратлар (реополиглюкин гемодез ва б.к.). Охирги суюкликлар киритилаётган суюкликларни 30 фоизини ташкил килишликлари керак. Албатта инфузион терапия давомида марказий веноз босими (120 мм.с.у. столбасидан ортмаслиги керак!) ва сийдик чикиб туриши (салуретикларсиз 80 мл/соатдан кам булмаслиги керак!) устидан муайян назорат олиб борилади. Куйилаётган эритмаларга 4-6 г микдорда натрий гидрокарбонат кушилади. Метаболик ацидозда кислота-ишкор мутаносиблигини назорат остига олган холда 20-30% ли трисамин эритмаси киритилиши мақсадга мувофиқ хисобланади.

- Д II-IV худудида 1-3 сутка давомида эпидураль анестезия утказилиб, перидураль бушликга хар 1,5-3 соатда тримекаиннинг 2%-ли эритмасидан 10-15 мл микдорда киритилади. Оксигенотерапия.

Трахеобронхиал дренаж-лаваж Упка сунъий вентиляцияси унинг учун курсатмалар:

1. Юрак-упка етишмовчилиги,
2. Авжланиб борувчи гипоксемия (конда газ микдорини аниклаш, кушнинг хириллашиб бориши ва кома ривожланиши):

3. Интенсив давлашга карамасдан клиник холатнинг огирлашиб бориши.
БА да асосий куч факат диагностикага эмас балки даволаш натижаларини назорат қилиб боришга қаратилиши керак ва шундагина, бу муаммо самарали хал қилинади. Профессор Б.Е.Ветчалнинг «Хар бир терапевт-узи билан тонометрдан ташқари пневмотахометр ҳам доимо олиб юрадиган замон» хақидаги орзуси амалга ошадиган давр айнан келди деб уйлаймиз. Факат пневмотахометрдагина эмас, балки пиклоуметриядан ҳам беморлар муайян фойдаланиб туришлари керак. Бу ижобий натижалар гаровидир.

БА нинг инфекцион-аллергик турини даволашда кулланиладиган носпецифик герация услуби узига хос булади.

Бу йуналнишда Ўзбекистон олимлари, хусусан Республика аллергология маркази тупланган тажрибалари эътиборга лойикдир (А.Аназаров ва О.К. 1985). Комплекс терапия ва пархезли овкатлар буюриш билан бир вақтда пиразолон катори препаратларига таъсирланиши юкори булган астмаси бор беморларга («аспиринли астма») куйидагиларни истеъмол қилиш ман этилади:

2. Пирамидон (амидопирин) ва аналгин (антипирин, бутадиион, реопирин) га якин препаратлар ёки аналгин ва амидопиринларни таркибида тутувчи дори-дармонлар (апикодин, новомигрофен, пенталгин, пираминал, пиркофен, кофадин, кофальгин, андипал, анапирин ва б.к.лар):

3. Аспиринга якин ёки аспирин таркибида булган препаратлар (натрий салицилат, аскофен, асфен, акофин, новоцефальгин, цитрамон):

4. Консервалар, гастрономия махсулотлари (колбаса ва унинг махсулотлари, тортлар, мева шарбатлари, кандлар (карамел, мармелад) ва б.к.лар, чунки улар таркибига кура аспиринга якин буладилар:

1. Сарик рангли кават билан уралган таблеткалар. Яллигланишга қарши воситалар сифатида сульфаниламид препаратлари (сульфапиридазин, сульфадиметоксин-1,0-2,0 биринчи суткада, сунгра 0,5-1,0 дан купинча 7-10 кун давомида) ва антибиотиклар буюрилади. Пенициллин аллергия чақириш эхтимоли юкори булишлигини хисобга олиб даволаш тавсия этишмайди. Уни урнига бисептол-480 (2 таблеткадан 2 махал-эрталаб ва кечкурун овкатдан кейин, 5-14 кун давомида), олететрин (250000 СД дан суткасига 4 махал), рондомицин (300000 ЕД дан суткасига 3 махал), тетраолеан (100000 ЕД дан суткасига 2-3 махал м/ога 7-10 кун давомида). Бу максатда саримсокпиез шарбати аэрозол холида куллани-шилилиги ҳам мумкин (ёки пиез шарбати). Бунинг учун майдаланган саримсокпиез заррачалари физиологик эритма билан 1:2 ёки 1:3 нисбатда аралаштирилади ва филтрланади. Ундан 1:5-2,0 мл микдорига 6:5 томчи бронхолитик препаратга кушилади ва бир марта ингаляция учун буюрилади (даволаш 15-20 кунгача олиб борилади). Кунига икки марта ингаляция қилинади (пиез шарбати 1:10, 1:5, 1:1 нисбатда олиниб кунига 5 мартагача ингаляция қилинади), Стафилококкли БА да 0,25-фоизли

хлорофилит эритмасини ингаляция қилиш яхши самара бериши қайд этилган.

Замбуруглар билан келтириб чиқарилган БА да нистатин (500000 ЕД дан суткасига 4-5 марта. 10-12 кун давомида) препаратини буюриш яхши натижа келтиради. БА нинг иммунологик босқичида глюкокортикостероидлар кенг қулланилиши керак (прунозолон 5 мг, дексасетазон 1 мг, триамцинолон 4 мг, метилпреднизолон 4 мг. кеналог - 2:4:8 мг. синтизол 6,65). Узок вақт пормонотералия утказил-гайла буйрак усти безини физиологик таъсирланиш учун синактен схема буйича 0.1-0.2-0.3-0.4-0.5 мг дан м/с га қунаро буюрилади. Гармонларни тухтатиш пайтида ёки микдорлари кескин пасайтириш чоғларида қунаро цинк-кортикотрипин мускул орасига суткасига 10 ЕД дан киритиб турилади. (секин асталик билан то 40 ЕД гача етказиш мумкин). Шу мақсад билан глицирам (0.25 г дан) ва этимизол (0.1 г дан суткасига уч маҳал бир ой давомида) ҳам ишлатишлари мумкин. Гармонотерапия самарадорлигини ошириш учун спленидан ҳам фойдаланилади: 1-фоизли спленин эритмаси 1 мл дан ҳар қуни инъекция қилинади (16 кунгача). Охири йилларда левамизол препарати ҳам БА ни даволашда кенг қулланилмоқда.

У 75 мг дан бир маҳал қунига 4 кун давомида узлуксиз берилади ва икки кунлик танаффуслар билан яна давом эттирилади (даволаш курси учун 900 мг микдорда белгиланади). Бундан ташқари БА ҳуружини тухтатиш учун Гемодез кенг қулланиши мумкин. У 400 мл дан вена ичига ҳар 2-3 кунда киритилади (даволаш курси 10-12 та инъекция). Иммунобиологик курсатгичларни ижобий сил-жувига олиб келиши бемор ахволи тез яхшиланади.

Юқорида БА марказий нерв тартиботида функционал узғаришлар ҳосил қилиб кечиши ҳақида айтиб утилган эди. Даволаш давомида улар эътиборга олинишлари керак, аниқроғи психотерапияга кенг урин жратилиши лозим ва фармакотерапияга психотроп препаратлар қушилиши керак. Астендепрессив, апатик ва истероипохондрик реакцияларда реакцияларда-седуктен (5мг дан қунига 2-5 маҳал, 7-10 кун давомида), сиднокарб (5 мг дан қунига 2-3 маҳал. 7-8 кун давомида): ипохондрида - седуксен ва амитритилин, уйқу бузилишларида эуноктин (10 мг дан тунга), фобик реакцияларда-седуксен (қунига 15-20 мг дан) ёки элениум (20-30 мг/сут) ёки френолон (30 мг/сут)лар буюриладилар.

Терапияга берилмайдиган БА ҳуружларини тухтатишда донор талокларини (чучканики) экстракорпорол йул билан қуллаш услуби ҳам яхши клиник натижалар беради ва барча шифохоналарда қуллаш мумкин (А.Б.Ўтин).

Бронхиал астма ҳуружини ошиғич (драматик) Даволаш усулига алоҳида зийраклик билан ёндошиш оғир клиник вазиятлар ривожланганда ҳам беморга аксарият ҳолларда «иккинчи умр» баҳшида этади.

БА драматик терапияси қуйидагича ташкил қилинади:

1. Ҳар қандай астма ҳуружини даволашда энг асосий усул-кислород бериш бўлишлилиги керак: у бурунча қуйилган катетр орқали 2-6 мл/дан тезликда ингаляция қилинди:

2. Номакбул муолажалар ва дори-дармонлар кулланишликларига йул куймаслик керак:

3. Бронхолитик терапия адренормонетикларни куллашдан бошланиш керак (изопронеланин, астмопент, беротек, сальбутамол ва б.к.). Натижа бермаса, 15-30 дакикадан сунг (вена ичига ёкй ингаляция йули билан) такроран юборилади.

4. Адренормиметиклардан ижобий натижа булмаса. 15-30 дакикадан кейин эуфиллин вена ичига томизиш бошланади:

5. Гипогидратацияни олдини олиш учун бир вақтни узида то 3-3.5 л/сут микдорда суюкликлар киритилади (5%-глюкоза, физиологик эрнтма).

Бундай пайтда марказий вена босими (120 мм.суб.устунидан ошмаслиги керак) ва диурез (80 мл/соатдан кам булмаслиги керак) устдан назорат олиб борилиши керак:

6. Юкоридагилардан самара булмаса кортикостероидлар буюрилади: даставвал 4-5 мг/кг микдорда 15 дакика давомида вена ичига, сунгра 3 мг/кг дан хар 6 соатда то хуруж бартараф булгунча. Ёки гидрокортизон 250-500 мг дан хар 2-3 соатда вена ичига юбориб турилади. Ижобий натижага эришилгандан сунг преднизолон таблеткасига утилади: суткасига 12 таблетка (60 мг) дан бошланади ва хар куни битта таблеткадан (ТО у тухтатулгунича) камайтириб борилади. Барча дозасини (суткалик) б»р марта килиб эрталабда ичиш хам мумкин.

7. Юрак гликозидларидан суистеъмол килиб фойдаланмаслик керак. акс холда гликозидлар билан захарланиш хавфи ортади.

Назорат саволлари:

1. Болаларда асосан қайси аллергик касалликлар кўп учрайди?
2. Атопия нима?
3. Бронхлар гиперреактивлиги нима?
4. Қандай аллергенларни биласиз?
5. Бронхиал астма этиологияси қандай?
6. Бронхиал астма клиникаси қандай?
7. Бронхиал астмани даволаш қандай ўтказилади?

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова, 2010
2. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова, 2010
3. Bolalarkasalliklari. Т.О.Даминов, Б.Т. Халматова, У.Р.Бабаева, 2012
4. Анемии у детей, В.И.Калиничева, 2000,
5. «Болезни детей раннего возраста», - руководство для врачей под редакцией А.А.Баранова, -Москва-Иваново, 1998, -с.241-257.
6. Неотложная помощь в педиатрии, И.М.Синельников, 2000
7. Острые пневмонии у детей, под редакцией В.К.Таточенко, 1994
8. Патология детей старшего возраста - под редакцией А.А.Баранова, М, -1998
9. Парийская Т.В.. Справочник педиатра. ЭКСМО. Москва 2004 г.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1-мавзу. БССЖ томонидан тавсия қилинган болаларнинг жисмоний ривожланиш мониторинги

Режа:

1. Ўзбекистонда педиатриянинг ривожланиш тарихи билан таништириш.
2. Болалик давлари ҳақида тушунча бериш ва ҳар бир даврга характеристика бериш.
3. Жисмоний ривожланиш мониторинги билан таништириш.
4. ЖССТнинг тавсиялари билан таништириш

Таянч иборалар: *жисмоний ривожланиш, мониторинг, болалик давлари.*

Педиатрия юнонча “педос” - бола, “иатрия” – даволаш сўзларидан келиб чиққан бўлиб, болаларнинг ривожланиш қонуниятларини, касалликларнинг сабаблари ва механизми, даволаш ва олдини олишни ўрганеди. Катта одамлардаги кўп касалликларнинг келиб чиқиши гўдаклик ёшига бориб тақалади. Шунинг учун, болалик даври, ривожланиш шароити ва бола тарбияси қандай ўтган бўлса, катта одамнинг соғлиги ҳолати худди шундай бўлади.

Педиатрия боланинг ўсиш ва ривожланиш давларини, бола ҳаётининг ҳар бир ёш босқичларига хос алоҳида морфологик, физиологик ва психологик ўзгаришларни ўргатади. Шу сабабли боланинг клиник анатомияси тўғрисидаги билимлар ўз вақтида текшириш усулларини ўтказиш ва олинган натижаларни баҳолашга асос бўлади. Бундан ташқари, асосий анатомо-физиологик хусусиятларни ҳисобга олиш, боланинг кун тартиби ва ҳаёт муҳитини аниқ ташкиллаштиришга асос бўлади. Педиатр бола ва унинг ота – онаси билан доимий мулоқотда бўлади. Болалар шифокори яхши психолог ва педагог бўлиши керак. Бу унга ота – она ва бемор олдида ўз обрўсини кўтаришга ёрдам беради, натижада болани тезроқ тузалишига олиб келади.

Бола организми нозик бўлади, шунинг учун болани парваришлаш тартиби бузилса, бола тез-тез касалланади. Бола инжиқ, йиғлоқи бўлиб қолади, сизга кўринишдан бош тортади. Аммо сиз болани чуқур кўриқдан ўтказишингиз, тўғри ташҳис қўйишингиз ва даволашингиз шарт.

Бола организми катталарникидан ўзининг ёшига хос анатомо – физиологик хусусиятлари билан яққол фарқ қилади. Болалар касалликлари пропедевтикаси педиатриянинг асоси ҳисобланади.

Болалар касалликлари пропедевтикасида қуйидагилар ўрганилади:

1. Болаларнинг ёшига хос анатомо – физиологик хусусиятлари ва парваришлаш тартиби.
2. Болани кўриш ва анамнез йиғиш.
3. Касал болаларнинг умумий семиотикаси.
4. Соғлом болаларнинг ёшига қараб, овқатлантириш техникаси, соғлом бола учун овқат тайёрлаш ва парhez тузиш.

БОЛАЛИК ДАВРЛАРИ

Болалик туғилгандан эмас, ҳомиладорлик давридан (кўпайишдан) бошланади. Болаларнинг орган ва тизимлари катталарга нисбатан морфологик структураси ва функцияси билан фарқланади. Бола организми ўсувчи ва ривожланувчи бўлиб, ўзига хос анатомио – физиологик хусусиятларга эга, боланинг ўсиш даври ўзига хос характерли ўзгаришларни ўз ичига олади.

Бола туғилганидан бошлаб, катта бўлганга қадар, орган ва тўқималарнинг ривожланиш жараёни тўхтовсиз давом этади ва шу вақтнинг ўзида алоҳида орган ва тизимларнинг ривожланиши бир тенгликда бормайди. Боланинг ўсиши ва ривожланиши маълум давр ва босқичларни ўтади, шу даврда боланинг анатомио – физиологик хусусиятлари ўзгаради. Шу билан бирга ташқи муҳит шароитига қараб, бола характери ва касалликларнинг кечиши ўзгаради. Бир хил касалликлар, масалан, пневмония чақалоқларда ва мактабгача, мактаб ёшидаги болаларда ҳар – хил кечади. Эрта ёшда учрайдиган баъзи касалликлар, катта ёшдаги болаларда учрамайди. Болалардаги бу ёшга оид хусусиятлар касаллик профилактикаси ва унинг давосига дифференциал ёндошишни талаб қилади. Индивидуал ёндошишни енгиллаштириш учун бутун болаликни алоҳида даврларга бўлишга эҳтиёж туғилади, улар аниқ даражада бир – биридан фарқланади. Болаликни даврларга бўлиш ҳар бир ёш даврлари учун характерли бўлган морфофункционал ва физиологик хусусиятларга асосланади. Н.П.Гундобин таклиф этган ва А.Ф.Тур қўшимча қилган болалик даврлари схемаси асос ҳисобланади.

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

- а) эмбрионал (эмбрион) ривожланиш фазаси, 2 – ойгача давом этади.
- б) йўлдош (ҳомила) ривожланиш фазаси, 3 – ойдан 10 – ойгача.

Ҳомиладан ташқари боланинг ривожланиш даври қуйидагиларга ажратилади:

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

Ҳомила ичи ривожланиш даври

Бу даврга тез ўсиш ва она организми ҳисобига озикланиш характерлидир. Биринчи 2 ойликни ўз ичига олган эмбрионал ривожланиш фазасида органларнинг барпо бўлиши, ҳомиланинг шаклланиши ва ҳомила қобиқларининг - сувли (амнион), тукли (хорион), сариқ пуфак ва аллактексининг ривожланиши кузатилади. Озиқ моддалар билан таъминланиш сариқлик пуфаги ичидан ўтувчи томирлар орқали бажарилади. Бу

сарикликдаги қон айланиш дейилади. Озиқ моддалар заҳираси бу ерда кўп эмас ва жуда тезда йўқолади, бу озиқланиш ўрнини йўлдош (плацента) қон айланиши олади.

Биринчи ойнинг охирида эмбрион узунлиги 1 см, вазни 1 граммга тенг бўлади. Иккинчи ойнинг охирига келиб, эмбрион узунлиги 4 смга, вазни 5 граммга ошади. Биринчи 2 ойликда эмбрион ташқи кўриниши хайвон эмбрионидан фарқланмайди, лекин 2-чи ойнинг охирида бошчаси аниқ билинади ва ҳомила узунлигининг 1/2 ни ташкил қилади, аввал бурун, лаблари, жағ, кўзлари ҳосил бўлади. Оёқ – қўлларида кафтларни фарқлаш мумкин ва бармоқларнинг билинар – билинмас шаклланиши кузатилади. Эмбрионал даврнинг охирига келиб, ҳомила ўзининг ташқи кўринишидан одам қиёфасини эслатади ва ҳомила номини олади.

3 ойликдан бошлаб ҳомила ўсади, она организмдан йўлдош орқали олаётган озуқа моддалар ва кислород ҳисобига ривожланади. Йўлдош, ҳомила учун муҳим, ҳаёти учун керакли органдир. Йўлдош орқали озуқа моддаларни етарли даражада келмаслиги ҳомиланинг нормал ўсиш ва ривожига таъсир кўрсатади. Шунингдек, йўлдошда газ алмашувининг бузилиши она ва ҳомиланинг ҳолатига таъсир қилади. Мисол учун, ҳомиладорликда анемия, иситма ҳолатлари, шунингдек ўпка тўқимаси функцияси пасайиши касаллиги (пневмония) оксидланиш жараёни ва нормал газ алмашинуви бузилишига сабаб бўлади, бу эса ҳомилада ривожланишни бузилишига олиб келади, ҳомила ичи асфиксиясига ва ҳомила нобуд бўлишига сабаб бўлади.

Учинчи ойнинг охирига келиб, ҳомила узунлиги 8 – 9 см, вазни 20 – 25 граммга етади. Оёқ- қўл бармоқлари аниқ фарқланади, ташқи жинсий аъзолар билинади.

Тўртинчи ойнинг охирида ҳомила 15 – 16 смга, вазни 100 – 120 граммга катталашади. Ҳомиланинг жинси аниқ билинади. 4 ойликда қалла суяги шакллана бошлайди. Оёқ – қўлларида актив ҳаракатлар пайдо бўлади, 4-5 ойлигидан бошлаб, ҳаракатлар кучли бўлади, онаси сезади - бу ҳомиланинг биринчи ҳаракати дейилади.

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

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

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

Ҳомиладорликнинг еттинчи ойи охирида ҳомила узунлиги 35 см, вазни 1200 граммга етади. Териси ҳали бужмайган, ҳомила кўриниши қарияга

ўхшайди. Бу муддатда ҳомила тирик туғилиши мумкин, нафас олади ва секин овозда йиғлайди. Бу ёшда ҳомила яшаши мумкин, лекин яхши ривожланмаганлиги сабабли, ташқи муҳитга мослашиниши қийин, алоҳида парвариш қилинишига қарамасдан, ҳомиланинг кўпчилиги нобуд бўлади.

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

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

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

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

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

Ҳомила ичи ривожланишининг 4–ойлигидан бошлаб, ҳомиланинг касаллиги *фетопатия* деб аталади. Фетопатия наслий бўлиши мумкин. Орттирилган фетопатияда патоген агентлар бевосита ҳомилага таъсир кўрсатади ёки йўлдошни зарарлайди, ҳомила нобуд бўлишига олиб келади, ҳомила гипоксияси ёки муддатидан олдин туғруққа сабаб бўлади. Инфекцион фетопатиялар вужудга келишига сув чечак вируси, Коксаки, бактериялар сабаб бўлади. Наслий фетопатияларга муковисцидоз, фиброэластоз ва бошқалар киради. Барча ҳомила ичи касалликлари, эмбрио ва фетопатиялар ҳам, *кимотопатиялар* деб аталади.

Ҳомиланинг тўғри ривожланиши учун туғруқгача (антенатал) даврда ҳомилани муҳофаза қилиш катта аҳамиятга эга. Умуман аёллар соғлиғини муҳофаза қилишга тўғри келади. Шундай қилиб, ҳомила ичи ривожланиш даврида бир қанча профилактик тадбирлар қўлланилиши мумкин. Натижада ҳомиладорлик нормал ўтган соғлом аёлдан 10 – ойликнинг охирида соғлом етук бола туғилади.

Чақалоқлик даври

Бошқача айтганда,бу давр неонатал давр дейилади. Чақалоқлар учун ҳомиладорликдан ташқари янги муҳитга мослашиш ҳолати характерлидир. Бола туғилиши билан кислород ва озук модаларни организмга кириши ўзгаради, ўпка нафаси ва доимий қон айланиш яратилади. Қоннинг морфологик ва физико – кимёвий хусусиятлари ўзгаради, овқатланиш безларини секрецияси бошланади. Бир вақтнинг ўзида киндикнинг мумификацияси ва тушиши, болада киндик ярасининг битиши ва бошқалар юз беради. Чақалоқларда турли органларнинг функционал етишмовчилиги физиологик сариклик, диспепсия, альбуминурия, транзитор иситма, тана вазнининг физиологик йўқолишига сабаб бўлади. Она организмнинг гормонал таъсири сабабли, чақалоқларда мастит – кўкрак безлари шиши, киндан қон аралашма келиши ва вульвовагинитлар пайдо бўлади. Чақалоқлик даври учун қуйидаги патологик ҳолатлар характерлидир: чалалик, функционал етишмовчилик ва бошқа ривожланиш нуқсонлари – фақатгина, чақалоқлик даврида резус номутаносиблик ҳолати учрайди, она ва бола ўртасида антиген номуносиблик, туғма гемолитик касаллик сариклик билан, сариксиз ва шиш билан учрайди.

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

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

Чақалоқларда марказий нерв системаси етук эмаслиги, ҳимоя вазифаси етарли ривожланмаганлиги юқори ўлим ҳолатига олиб келади. Шунинг учун чақалоқлар учун аниқ санитария – гигиена шароитини яратишга тўғри келади. Агар бола муддатидан олдин туғилса (270 – 280 кундан олдин) у чала туғилган дейилади, лекин яшаши мумкин, яъни бачадон ичидан ташқарида (ҳомила ичидан ташқари) ҳам ўсиши мумкин. Ҳомиладорлик муддатидан олдин юзага келса, бола чала, етук бўлмай туғилади.

Бундай чала туғилган бола, ҳомиладан ташқари шароитга етарли даражада мослашмаган ва алоҳида парваришга муҳтож бўлади. Шунинг учун аниқлаш зарур, у етук туғилганми ёки чала туғилганми?

Боланинг етук туғилганлигини аниқлаш учун биринчи навбатда бола туғилгандан сўнг бўйи ва вазнини ҳисобга олиш керак, улар яққол белгиларга киради. Юқорида айтиб ўтилганидек, етук туғилган боланинг туғилгандаги ўртача вазни 3.200-3.600 г, бўйи 48-52 см. етук туғилган болада туғилгандаги энг кичик вазни 2.500 г, бўйи 45-46 см. Чақалоқ болалар, туғилганда 2500 г дан кам вазни бўлса ва бўйи 45 смдан, кичик бўлса бола чала туғилган дейилади. Умуман олганда, ҳомила 6 ойликдан олдин туғилса ва вазни 900-1000 г бўлса, у яшамайди.

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

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

Етук туғилган ва чала туғилганлик нисбий белгиларига қуйидагилар киради:

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

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

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

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

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

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

6. Етук туғилганларда кулоқ супралари қаттиқ тоғай тўқимадан иборат ва тасвири яхши билинади ва калладан алоҳида туради. Чала туғилганларда улар юмшоқ ва каллага ёпишиб туради, тасвири яхши билинмайди.

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

Юқорида кўрсатилганлардан ташқари бола туғилганда етукми ёки йўкми, чалалик бир қатор белгилар билан характерланади, асосий орган ва тўқималарнинг функциясининг етишмовчилиги билан характерланади.

1. Терморегуляциянинг бузилиши

Катта ёшдагилар уларни ўраб турган атроф – муҳит ҳароратининг ўзгариб туришига қарамасдан, тана ҳароратини доимий ушлаб турадилар. Бу доимийлик махсус механизмлар мавжудлиги билан таъминланади, иссиқлик ҳосил бўлиши ва иссиқлик ажратиш механизмларини бошқарилади, шунинг учун бу икки жараён бир хил тенгликда боради.

Замонавий физиологияда терморегуляция маркази дейилганда тор сохалар эмас, бир – бирига боғлиқ тизимлар маркази тушунилади. Бу марказларга дўмбоқ ости (гипоталамус) ва кулранг дўмбоқ соҳаси киради. Улар билан томирлар, тер ажратиш, нафас маркази, моддалар алмашинуви маркази ва бошқа марказлар боғланган. Юқорида кўрсатилган марказлар ўз навбатида бош мия пўстлоғида жойлашган - терморегуляциянинг олий марказига бўйсинади. Иссиқлик марказларининг кўзғалиши шартли рефлектор тарзда ўтади, лекин терининг сезувчи нервлари, айниқса қон орқали, ички секреция безлари гормонлари орқали ўтади (қалқонсимон без ёки гипофиз).

Юқорида кўрсатилган, терморегуляциянинг барча механизмлари бир – бири билан ўзаро боғлиқ, бир бутун мураккаб системанинг занжири ҳисобланади, олий регулятор марказ - бош мия пўстлоғига бўйсинади. Болаларда ушбу терморегуляция тизими етарли ривожланмаган. Бола қанча ёш бўлса, бу хусусияти шунча кам ривож топган.

Чақалоқларда терморегуляциянинг яхши ривожланмаганлиги, айниқса чала туғилганларда бош мия пўстлоғининг иссиқлик марказларининг яхши ривожланмаганлиги, ҳамда терининг (периферик терморегуляция аппарати) функционал етук эмаслигига боғлиқ.

Чақалоқларда терининг терморегуляция функцияси анатомик хусусияти жихатдан етарли эмас. Қон томирлар тўрининг кўплиги, тери мушакларининг кучсиз ривожланиши, тана юзасининг нисбатан катталиги (катталарникига нисбатан 2–3 марта кўп) ва иссиқлик марказларининг етарли ривожланмаганлиги бунга сабаб бўлади. Чала туғилган болаларда асаб системаси марказлари яққол шаклланмаган, тери ости ёғ қавати кучсиз ривожланган.

Бола совуқ қотганда тана ҳарорати паст рақамларгача 35-32°C тушади, атроф – муҳит юқори температурасида тез исиб кетади ва тана ҳарорати 40°C гача кўтарилади. Бундан шундай хулоса келиб чиқадики, чала туғилганларда организм иссиқлигини сақлаш учун сунъий чоралардан фойдаланилади ва бу иситиш хаддан ташқари тана ҳароратининг кўтарилишига олиб келмаслиги керак.

2. Нафас олишнинг бузилиши

Нафас марказларининг, кўкрак қафаси, ўпканинг етарли ривожланмаганлиги ва нафас олиш мушаклари кучсизлиги сабабли чала туғилганларда юзаки ва нотўғри нафас бўлади, ритм ва амплитуда бузилади. Уларда кўпроқ Чейн – Стокс нафас олиш тури аниқланади. Тез – тез нафас олиш йўналиши чала туғилганларда, баъзида узоқ нафас тўхташи, яъни кислород етишмаслиги, асфиксия хуружи юзага келиши мумкин. Чала туғилганлар бўғилиб кўкаради, бу қонда кислороднинг камлиги сабабли юз беради. Бундан ташқари бола ҳаётининг биринчи кундаёқ чуқур нафас олишнинг етарли бўлмаслиги уларда ателектаз риволанишига сабаб бўлади.

3. Овқат – ҳазм қилиш трактидаги бузилишлар.

Чала туғилганлар сўриш ҳаракатларининг кучсизлиги билан ажралиб туради. Улар хар доим ҳам ўзлари кўкракни эмаолмайдилар. Чалаликнинг юқори даражасида оч қолиш ҳисси умуман бўлмайди ва бола ютина олмайди.

4. Чала туғилганларда склерема пайдо бўлади. Склерема – бу тери ва тери ости ёғ қаватининг қаттиқлашуви. Баъзида бу ҳолат шиш билан кечади – склередема деб аталади. Склерема оёқлардан бошланади, кейинчалик қовуқ ва танага, қўлларга тез ўтади. Склерема атроф – муҳит паст ҳароратида ва боланинг етарли шаклланмаганлигида юзага чиқади. Чала туғилганларда склерема сабаби олеин кислотасининг етарли эмаслигидир.

5. Чалаликнинг энг муҳим хусусиятларидан бири қонталашларга мойилликдир, асосан калла ичи, томирларда эластик туқиманинг етарли эмаслиги сабаб бўлади.

Чақалоқлик даври хусусиятлари

Уларга қуйидагилар характерлидир: тана вазнининг физиологик йўқотилиши; физиологик сариқлик; терининг физиологик қизариши (катари); транзитор лихорадка (безгак), сийдик нордон инфаркти ва жинсий криз.

1. Вазни физиологик йўқотиши. Ҳамма етук туғилганларда, ҳаётининг биринчи кунидан кейин тана вазнини йўқотиш кузатилади. Тана вазнини йўқотиш биринчи 3–4 кунда, баъзида 6– кунларигача чўзилиши мумкин. Тана вазнини йўқотиш боланинг умумий аҳволига таъсир кўрсатмайди, бу физиологик ҳолат, бундан вазнининг физиологик тушиши термини келиб чиққан. А.Ф.Тур бўйича қуйидагича аниқланади: *вазни йўқотиши қиймати* б дан 10% гача, етук туғилганларда 150 – 300 граммни ташкил қилади. Чақалоқларда тана вазнининг бундай тушиши, танадан сув йўқотиш, асосан ўпка ва тери орқали сув йўқотади (70 – 75%). 10 – 20%ни сийдик, нажас ва қусиқ моддалари, туғруқ вақтида ҳомила олди сувининг ютиши ва онанинг туғруқ йўлларидаги бошқа ажралмаларни ютиши ташкил этади. Чақалоқлар йўқотган сув тўқима суви ва қисман организм тўқимаси парчаланиши, оксил, ёғ парчаланиши натижасида ҳосил бўлади.

Бола ҳаётининг биринчи кунларида жароҳатланса уларда ланжлик пайдо бўлади, овқатланиши бузилади. Бирдан сарғайиб кетишда ҳам болалар ланж бўлади, тана вазнини йўқотади. Атроф температурасининг етарли бўлмаслиги, чақалоқни совуқ қотишига олиб келади, иссиқлик ажратиш кўтарилади ва тана вазнининг кўп йўқотилишига сабаб бўлади. Физиологик тана вазнини йўқотишнинг асосий сабаби етарли овқатланмаслик ҳисобланади. Биринчи йўқотилган вазнининг тўлиқ тикланиши ҳаётининг 2 – ҳафтасига тўғри келади.

2. Физиологик сариқлик. 80–90% чақалоқларда 2 – 3 кундан бошлаб, тери ранги, шиллик қавати, склераси сарғайиши кузатилади. Терининг сарғайиши юзда, кўкракда, орқада кузатилади, баъзида фақатгина юзи, оёқ – қўл қафтларида кузатилади. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватлари, милк, танглай яққол сарғаяди. Бу сағайишлар ҳар хил даражада оқ рангдан, лимонли – сариқ, зайтун рангигача бўлади. Чала туғилганларда сариқлик яққол ривожланади. Бу сариқлик 2-3 кундан кейин кўпаяди ва ҳаётининг 10-15 кунларида йўқолади. Баъзида 3-4 ҳафта, чала туғилганларда 6 ҳафтагача сақланади.

Бунда боланинг умумий аҳволи ўзгармайди. Пешоби тиник, ўт пигментлари йўқ, нажас нормал рангда (кучук нажаси ранги ёки оқ рангда эмас). Физиологик сариқликни ўтказган чақалоқлар қонида билирубин миқдори юқори бўлади. Физиологик сариқлик патогенезида бир қанча назариялар мавжуд. Замонавий қарашларга кўра, физиологик сариқликда

асосий ролни эритроцитлар парчаланиши (гемолизи) ўйнайди. Туғилганда эритроцитлар сони 5 миллиондан ортиқ бўлади. Бунда кўп сонли эритроцитлар етарли даражада кислород билан таъминланмайди (ҳомиланинг артериал қонида кислород миқдори она артериясига нисбатан 4 марта кам). Бола туғилгандан кейин гемоглобинни кислород ташиши кўпаяди, шунинг учун кўп сонли эритроцитлар ўлимига олиб келади, гемоглобин парчаланаяди, билирубин ҳосил бўлади. Бошқа томондан, чақалоқларда эритроцитларнинг кўп парчаланиши, улар резистентлигининг пастлиги, яхши шаклланмаганлиги билан тушунтирилади. Эритроцитлар парчаланиши натижасида ҳосил бўлган бўёвчи моддалар миқдори жигарга ўтади, лекин жигар физиологик етишмовчилиги натижасида уларни қайта ишлай олмайди ва бу моддалар қонга ўтади, билирубинемия ривожланади. Капиллярлар ўтказувчанлигининг юқорилиги бу пигментларнинг териغا ўтишига сабаб бўлади, тери сарик рангга киради.

3. Терининг физиологик қизариши (катар). Ҳамма чақалоқларда ҳаётининг 2 – кунидан бошлаб, ёруғлик, ҳаво, атроф – муҳит паст ҳарорати натижасида териси қизаради. Бу қизариш чақалоқлар физиологик эритемаси дейилади. 2-3 кундан кейин ўтади, ўзидан кейин бир озгина тери шилинишини (кепакланиш) қолдиради. Чала туғилган чақалоқларда терининг физиологик эритемаси ғишт – қизил рангга бўлади ва узок сақланади.

4. Транзитор ёки ўтиб кетувчи безгак. Бу чақалоқларнинг алоҳида ҳолати ҳисобланади, чақалоқлар тана ҳарорати юқори рақамларгача (39-40°С) кўтарилади. Ҳароратнинг тушиши ҳаётининг 3-4 кунларида бўлади ва бир неча соатдан 2-3 кунгача давом этади. Боланинг умумий ҳолати кам ўзгаради, баъзан болалар ланж бўлади. Транзитор безгакнинг келиб чиқиш сабаби, оксилга бой озуқаларни истеъмол қилганда суюқликнинг кам бўлиши, асосан чақалоқ ҳаётининг биринчи кунларига тўғри келади.

Баъзи муаллифлар фикрича, бунда организмнинг унда циркуляцияланувчи пироген моддаларни нейтраллаш хусусияти пасаяди.

Транзитор безгакда ҳеч қандай медикаментоз даво талаб қилинмайди. Оғиз орқали кўпроқ суюқлик ичириш керак.

5. Сийдик – нордон инфаркти. Бола туғилгандан кейин ҳаётининг биринчи кунда сийдик ажратишдан олдин қаттиқ (баланд) йиғлаш кузатилади, сийдик ажралиши у учун оғриқли бўлади. Бу уратларнинг кўп миқдорда эканлиги, сийдикда сийдик нордон тузлари миқдори кўплигидан далолат беради. Одатда, бу уратлар сийдикда эрийди, лекин чақалоқларда, сийдик жуда озлиги сабабли, бу тузлар каналчалар ва буйрак жомчаларида тўпланади, сийдик нордон инфаркти ҳосил бўлади.

Бола кўп суюқлик ва кўкрак сутини қабул қилганда сийдик миқдори кўпаяди, бунда сийдик нордон тузлари эрийди, сийдик ажралишида бола безовталиги йўқолади. Сийдик – нордон инфаркти ҳеч қандай давосиз ўз – ўзидан ўтиб кетади.

6. Жинсий криз. Чақалоқлик даври хусусиятларига киради. Ўғил ва қиз болаларда кўкрак безларининг шиши (чақалоқлар мастити) учрайди. Бу шиш ҳаётининг 3-4 кунларида пайдо бўлади. Юқори даражага 8-9 кунларида етади ва 2-3- хафталарнинг охирида йўқолади. Безни сиқиб кўрганда, бир неча томчи

хира суюқлик ажралади, оғиз сутини эслатади. Секретни сиқиш ман этилади, чунки бу безнинг ифлосланишига ва йиринглашишига олиб келади. Агар шиш катта ўлчамгача етса, болада безовталиқ туғдирса, унда стерил ёғ билан илиқ бойлам кўйиш лозим ва кўкрак безларини кийим билан босишдан сақлаш керак.

Кўкрак безларининг катталашуви ва без тўқималари вақтинчалиқ гиперемиясини чакалоқларда оғиз сути ажралиши ва секретор жараён деб қараш керак. Бу ҳолатнинг сабаби чақалоқ организмига онасидан гормонларнинг ўтиши, бу гормонлар аёлларда лактацияни чақиради, улар бир эмас, бир қанча гормонлардир.

Жинсий кризнинг бошқа кўриниши – қиндан шиллиқ, баъзида қон аралаш ажралманинг келишидир. Бу ҳолатларнинг сабаби, она организми томонидан гормонал таъсир билан тушунтирилади.

Онадан болага ўтадиган гормонлар таъсирида, қиз боланинг қин ва бачадони гиперемияси ва шиллиқ қавати ўзгариши юзага келади, бу органлар ҳолати катта аёллардаги хайздан олдинги даврни эслатади. Бундай ҳолатларга, қиз болаларда учрайдиган катта жинсий лаблар шиши ва ўғил болаларда ёрғоқ шиши (туғилгандан кейин пайдо бўлади ва бир неча кунгача сақланади) киради.

Кўкрак ёши даври

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

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

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

Бирламчи пассив иммунитет секин – аста камаяди, орттирилган иммунитет хали кузатилмайди. Шунинг учун кўкрак ёши болалари 4 – 5 ойлигидан бошлаб қизамиқ, сув чечак, скарлатина, кўк йўтал, грипп ва бошқа ҳаво томчи инфекциялари билан оғрийди.

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

Мактаб олди ёши даври

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

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

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

Мактабгача ёш даври

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

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

Кичик мактаб ёши даври

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

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

Жинсий шаклланиш ёки катта мактаб ёши даври

Бу давр жинсий безларнинг шаклланиши ва ишга тушиши билан характерланади. Қиз болаларда жинсий шаклланиш 12 ёшдан бошланади ва 16 – 18 ёшларда тугайди, ўғил болаларда бу давр 13 – 14 ёшдан бошланади ва 18 – 20 ёшларда тугайди. Иссиқ иқлим шароитида жинсий шаклланиш 1 – 2 йил эрта бошланади.

Бу даврда иккиламчи жинсий белгилар юзага келади: қовуқ ва қўлтиқ ости соҳасида (сочлар) туклар ўсиши, қизларда кўкрак безлари ривожланиши, ўғил болаларда овоз йўғонлашуви вужудга келади.

Жинсий безларнинг етуклиги ва функционал тайёрлигини кўрсатадиган белгилар қиз болаларда хайз келиши ва ўғил болаларда уйқу вақтида полноция бўлиши ҳисобланади.

Бу даврда юрак қон-томир тизимида функционал бузилишлар, ўсмир юраги, ўсмирлар гипертонияси ва неврози кузатилади. Жинсий шаклланишда нуқсонлар аниқланади.

Калла суягининг юз қисми ўсиши устунлиги, мия қисми ўсиши секинлашуви кузатилади. Кўкрак қафаси ва оёқлар тез ўсади.

Назорат саволлари:

1. Педиатрия фани нимани ўргатади?
2. Қайси ёшгачан болалик даври ҳисобланади?

3. Бизнинг Республикамизда мустақиллик йилларида тиббиётда қандай ўзгаришлар бўлиб ўтди?
4. Жисмоний ривожланиш мониторинги қандай олиб борилади?

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова, 2010
2. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова, 2010
3. Bolalarkasalliklari. Т.О.Даминов, Б.Т. Халматова, У.Р.Бабаева, 2012
4. Анемии у детей, В.И.Калиничева, 2000,
5. «Болезни детей раннего возраста», - руководство для врачей под редакцией А.А.Баранова, -Москва-Иваново, 1998, -с.241-257.
6. Неотложная помощь в педиатрии, И.М.Синельников, 2000
7. Острые пневмонии у детей, под редакцией В.К.Таточенко, 1994
8. Патология детей старшего возраста - под редакцией А.А.Баранова, М, -1998
9. Парийская Т.В.. Справочник педиатра. ЭКСМО. Москва 2004 г.
10. Справочник педиатра. Санкт-Петербург, Москва, 2004
11. «Справочник семейного врача» (Педиатрия), - Минск, 2000,- с.390-398, 417-420.

2-мавзу. Соғлом ва касал болаларни овқатлантириш тамойиллари

Режа:

5. Табiiй, суъний ва аралаш овқатлантиришга тариф бериш;
6. Кўкрак сутининг афзалликлари;
7. Устама овқат ва унинг аҳамияти;
8. Бир ёшдан катта болаларни овқатлантириш хусусиятлари;

БОЛАЛАРНИ РАЦИОНАЛ ОВҚАТЛАНТИРИШ

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

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

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

Она ва бола соғлиги учун кўкрак сути билан эмизишнинг афзалликлари

Эмизикли бола учун:

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

Она учун:

- Бола туғилгандан кейин кўкрак билан эмизишни эрта бошлаш, онанинг туғруқдан кейин куч тиклашига, бачадон инволюцияси тезлашувига ва қон кетишни олдини олишга, шу билан бирга оналар ўлимини пасайишига, онада гемоглобин заҳирасини сақлашга, қон кетишини пасайиши ҳисобига, унинг организмда темир миқдорини кўпайишига олиб келади
- Климакс олди ёши даврида кўкрак беги сарамасига мойилликни камайтиради
- Тухумдонлар сарамасига мойилликни пасайтиради
- Суяклар минерализациясини яхшилади ва шу орқали климакс олди ёши даврида сон суяги синишига мойилликни пасайтиради

Чақалоқлар ҳаётининг биринчи кунларида оғиз сутининг аҳамияти.

Оғиз сути характеристикаси

Оғиз сути – сариқ ёки кулранг-сариқ рангдаги елимсимон, қуюқ суюқлик, хомиладорликнинг охирида ва туғруқдан кейин биринчи 3 кунда ажралади. Иситилганда енгил эрийди. Оғиз сутида оксил, вит А, каротин, аскорбин кислотаси, вит В12, Е, тузлар, доимий сутга нисбатан кўп бўлади. Альбумин ва глобулин фракциялари казеиндан кўпроқ. Казеин лактациянинг 4-кундан бошлаб пайдо бўлади, унинг миқдори аста-секин кўпаяди. Болани кўкракга қўйишдан олдин оғиз сутида IgA, ёғ ва сут шакари етук сутга нисбатан кам бўлади. Оғиз сути оксигени бола оксил зардобига ўхшашлиги сабабли ўзгармаган ҳолда сўрилади. Оғиз сути гемотроф ва амниотроф озикланиш давлари ўртасидаги оралик шакли ва лактотроф озикланиш бошланиши ҳисобланади. Биринчи кунларда оғиз сутининг энергетик қиймати 1500 ккал/л, 2-кунда - 1100ккал/л, 3 - кунда 800 ккал/лга тенг келади.

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

Эрта сут - эмизишнинг бошида ишлаб чиқилади.

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

Она сутининг афзалликлари:

1. Оғиз сути ва она сутида ичак инфекцияси чакирувчисига, эшерихий, шигелла, энтеровирус, респиратор инфекцияга, вирусли касалликлар кўзгатувчисига, бактериал инфекцияларга қарши антителолар бор.
2. Оғиз сутида иммуноглобулинларнинг барча синфлари, асосан IgA (90%) бор. Лактацияда унинг миқдори камаяди, лекин суткалик талаби юқорилигича қолади. Бу иммуноглобулин инвазияга қарши биринчи ҳимоя вазифасини

ўтайди, бактериялар адгезиясини пасайтиради, вирусларни нейтраллайди, аллергизацияни камайтиради.

3. Лактациянинг биринчи 4-ҳафтасида она сутида лактоферрин (50-100мг/л) бўлади, у фагоцитозни активлаштиради, ичакда ионизациялашган темирни боғлайди, бактериал флорани янгидан ҳосил бўлишини блоклайди. У сутдаги умумий оқсилни 15-20%ини ташкил қилади. Сигир сутида лактоферрин 10-15 марта кам.

4. Оғиз сутида С3 комплемент компонентлари (30мг кунда) ва С4 (10мг кунда) мавжуд.

5. Она сутида сигир сутига қараганда лизоцим миқдори 100-300 марта юқори бўлади. Унинг таъсири бактерия қобигини зарарлашдан иборат, сўлакда амилазанинг ҳосил бўлишини стимуллайди, ошқозон кислоталигини кўтарди.

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

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

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

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

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

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

12. Она сутида сигир сутига қараганда кул камроқ бўлади.

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

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

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

16. Кўкрак сутида кальций ва фосфорнинг нисбати 2-2,5:1, сигир сутида -1:1, бу уларнинг сўрилиши ва ҳазм бўлишигатаъсир кўрсатади. Кўкрак сутида кальцийнинг ҳазм бўлиш коэффициенти 60%, сигир сутида - жами 20%. Она сути сигир сутига қараганда темир, мисс, цинк, ёғда эрийдиган витаминларга бой бўлади.

Кўкрак ёшидаги бола учун керакли сут миқдорини аниқлаш усуллари

Агар навбатдаги эмизидан кейин гўдак кўкракни қўйиб юборса, «қоникқан» кўринишга эга бўлса, кейинги эмизидан тинч ухласа, демак сут унга етарли бўлади. Сут ҳажмининг етарли эканлигининг объектив белгиларига ёш нормаси, тана вазнига қўшилиши, бошқа антропометрик кўрсаткичларнинг кўпайиши, тери ҳолатининг яхшилиги, юмшоқ тўқималар тургорининг сақланганлиги, пешоб ва ахлат ажралишининг нормал миқдори киради.

Бола ҳаётининг биринчи 10-кунда керакли сут миқдори етук туғилган бола учун қуйидаги формула билан аниқланади:

Сунъий ва аралаш овқатлантириш

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

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

4-10% тукқан аёлларда адекват лактация бўлмайди.

Она томонидан табиий овқатлантиришга қарши кўрсатмалар:

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

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

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

Табиий овқатлантирилганда дори воситалар (Таточенко В.К., 2000)

Қарши кўрсатма	Ишлатмаслик ёки жуда эҳтиёткорлик билан қабул қилиш	Эҳтиётлик билан қабул қилиш
Амфетаминлар Бромкриптин Диэтилстилбэстрол Иммунодепрессантлар Тавегил Мепробамат Метамизол Олтин препаратлари Литий препаратлари Йўталга қарши дорилар Йод тузлари Тетрациклинлар Тиоурацил Фениндион Хлорамфеникол Циклоспорин Циметидин Эрготамин	Антрахинонлар кучсизлантирувчилар (сано, шолғом, итшумурт пўстлоғи) Бромидлар Витамин D Метаклопрамид Метронидазол Наркотиклар Орал контрацептивлар Психотроп дори воситалари Резерпин Салицилатлар (аспирин) Фенобарбитал Эстрогенлар	Аминазин Анестетиклар Антибиотиклар Антигистаминлар (тавегилдан ташқари, у қарши кўрсатилган) Антикоагулянтлар Антитиреоид дори воситалари Витаминлар Галоперидол Гипотензив дори воситалари Индометацин Кодеин Сийдик ҳайдовчи дорилар Мушак релаксантлари Парацетамол Преднизолон Талвасага қарши Юрак гликозидлари Эуфиллин

Бола томонидан кўкрак сутини эмишига қарши кўрсатмалар:

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

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

Сунъий овқатлантириш техникаси

Аралаш овқатлантирилганда фақат битта аралашмани ишлатиш, сунъий овқатлантирилганда иккитадан ортиқ бўлмаган аралашмани қўллаш қулайдир. Нордонроқ аралашмаларни ширин ёки чучук билан бериш мумкин, у суткалик овқат ҳажмининг 1/3-1/2 қисмини ташкил қилади. Агар нисбатан эрта аралаш овқатлантиришга ўтказиш зарурияти бўлса (3-5 ойлардан олдин) лактацияни қўзғатиш учун эмизиш сонини кўпайтириш керак, кейин бир неча ҳафта давомида аралашмалар билан тўлиқ бўлмаган устама овқатлантириш берилади, сўнг тўлиқ қўшимча овқат билан эмизиш сонини олдинги ҳолатига қайтилади. Агар лактация бир меъёردа бўлса (200-400 мл) аралаш овқатлантиришда болани аввал кўкракка тутиш, сўнгра сутли бўтқани бериш керак бўлади. Аралаш ва сунъий овқатлантиришда икки поғонали овқатлантириш тизимидан фойдаланиш маъқул: сут миқдорини аниқлаш ва аралашмани танлаш.

Бир ёшгача бўлган болаларни сунъий овқатлантириш

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

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

Сунъий овқатлантиришдаги энг асосий муаммо бу бола организмга зарар етказмайдиган, оптимал адаптирланган сут аралашмаларини танлаш ҳисобланади. Бугунги кунда Ўзбекистон худудида “Nestle” (Швейцария) компанияси томонидан тавсия этилган сут-қатиқ маҳсулотлари кенг қўлланиб келинмоқда. Бир ёшгача бўлган болаларга замонавий мослаштирилган сут-қатиқ аралашмаси зарур. Янги “NAN нордон сутли” 1 ва 2 аралашмалари ичак микрофлораси таркибини яхшилаш, иммунитетни мустаҳкамлаш, ўткир ичак инфекциялари ривожланиш хавфини пасайиши, оқсилнинг осон ҳазм бўлиши

ва сингиши, микроэлементларнинг мукамал тарзда сингиши ва яхши ҳазм қилиниши билан бошқа сут аралашмаларидан тубдан фарқ қилади. “NAN нордон сутли” 1 ва 2 аралашмалари она сути бўлмаганда ёки етишмаганда берилади.

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

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

OPTI PRO ажойиб оқсил компоненти – оқсилнинг осон ҳазм бўлиши ва сингишига ёрдам беради.

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

Овқат аллергияси, атопик дерматит, экземаси бор болаларга Nestle компаниясининг “Alfare” гипоаллерген аралашмаси тавсия этилади.

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

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

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

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

Гипогалактиянинг эрта (туғруқдан кейинги биринчи 10 кун) ва кечги тури бор.

Боланинг суткалик эҳтиёжига кўра сут дефицитига боғлиқ ҳолда гипогалактиянинг 4 даражаси ажратилади:

I – танқислик 25% гача;

II – 50%;

III – 75%;

IV – 75% юқори

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

Лактацияни ушлаб туриш усуллари

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

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

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

4. Р.И.Зейтц бўйича душ ва массаж қабул қилиш: болани эмизгандан сўнг ва сутни соғиб бўлгандан сўнг кўкрак безига иссиқ сув қўйиш (45° С) билан бир маҳалда массаж (юқоридан пастга сўрғичдан периферияга) ўтказилади, шу вақтда сут соғилади. Давомийлиги 5-10 дақиқа, муолажа кунига икки маҳал ўнг ва чап кўкрак учун ўтказилади.

5. Эмизидан 30 дақиқа олдин сутли чой ичилади.

6. Эмизиклик онага поливитаминлар буюрилади.

ҚЎШИМЧА ОВҚАТЛАНТИРИШ

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

Нима сабабдан қўшимча овқат буюриш зарур ва бунда нимага асосланиш керак?

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

Қўшимча овқатни қандай бериш керак ва қайси маҳсулотларни бунда ишлатиш мумкин?

Қўшимча овқат 2 турга бўлинади:

- Оралиқ давридаги овқат – бу махсус қўшимча овқат бўлиб, эмизикли болани физиологик ва специфик овқатга бўлган эҳтиёжларини қондириш учун қаратилган.
- Оила дастурхонидан овқат ёки уй овқати – бу эрта ёшдаги болаларнинг қўшимча овқат учун ишлатиладиган маҳсулотлари бўлиб, бошқа оила аъзолари қабул қиладиган маҳсулотлар билан ўхшаш бўлади.

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

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

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

Кўкрак ёшидаги ва эрта ёшдаги болаларда нерв тизими ривожланиши ва унинг турли даврларди қандай маҳсулотларни ишлатиши мумкинлигидаги аҳамияти?

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

	тишларга жойлаш тириш	ажратилган овқат ёки маҳсулот	қайнатилган ва майдаланган мева ва сабзавотлар, хом мева ва сабзавотлар, бошоқдилар ва нон.
12 - 24	Айланма чайнаш ҳаракати, жағлар турғунлиги	Оила столдан овқат	

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

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

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

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

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

Кўшимча овқат киритишнинг асосий қоидалари

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

Кўшимча овқат кам-камдан чой қошигидан бошлаб секин асталик билан купайтириб борилади. Бунинг учун ўртача қуюқликдаги бир массали бўтқалардан, масалан гуручли сутли бўтқа ёки картошкали бўтқадан (пюре) бошлаш мумкин. Бола кўшимча овқатга осон ўрганиши учун овқатга соғилган кўкрак сутини кўшиш мумкин. Кўкрак сути камайишининг олдини олиш мақсадида болага кўшимча овқатни кўкрак сути берилганидан сўнг буюриш мумкин.

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

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

Кўшимча овқат асортименти бўйича ҳар хил маҳсулот бўлиши керак.

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

Камқонликни олдини олиш мақсадида, темир депоси бўлган гўшт бир ёшгача бўлган болаларнинг овқат рационига энг керакли маҳсулот

хисобланади. Гўшт бола 6 ойлик бўлганидан сўнг қиймаланган қайнатма ҳолда, кейинчалик тўғралган ҳолда буюрилади. Болани овқатлантиришда ёғсиз мол, қўй, парранда гўшtidан фойдаланилади.

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

Қўшимча овқатни нотўғри буюриш нималарга олиб келиши мумкин?

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

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

Қўшимча овқатланишни ўз вақтида бошламаслик билан боғлиқ бўлган хавф

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

Турли ёшдаги болаларни овқатлантириш учун тавсия этиладиган озук маҳсулотлари («овқатланиш савати»)

- *6-11 ойлик бола*
- Бўтқа (гуручли, гречкали, арпали)+сариеғ+сут (аралаштирилган 1:1)
- Нон
- Картошкали ва сабзавотли бўтқа
- Гўшт, балиқ, жигар, тухум сариеғи
- Қатик, кефир, сузма
- Мевалар бўтқаси ёки шарбати

12-23 ойлик бола

- Гуруч, макарон маҳсулотлари ёки бўтқа
- Бўтқа (гуручли, гречкали, арпали)+сариеғ+сут (аралаштирилган 1:1)
- Нон
- Картошкали ва сабзавотли бўтқа
- Гўшт, балиқ, жигар, тухум сариғи
- Қатик, кефир, сузма
- Мевалар

24 ойлик ва ундан катталарга

- Нон+сариеғ ёки гўшт
- Қатик+творог
- Нон, печенье
- Қайнатилган картошка ва сабзавот
- Мевалар
- Сигир сути ёки қатик

Шиша ва сўрғичлар нима учун зарарли?

- Шиша идишдан эмизиш ич кетишига мойилликни кўпайтиради, тиш ва ўрта қулоқ яллиғланишини кучайтиради ва оғиз бўшлиғи динамикасини ўзгартиради
- Кўкрак ёшидаги бола овқатлантириш вақтида етарли даражада диққат эътибор ололмасликлари хавфи ортади.
- Шиша идиш ва сўрғичларни чўтка билан доимий ювиб, кейин қайнатиб стерилизация қилиш лозим, бунда иссиқлик энергияси кўп йўқотилади. Шунинг учун республикамизнинг қишлоқ шароитида буни амалга ошириш қийин.
- Кўп ҳолларда шишадаги аралашмаларга ширин қаттиқ моддалар кўшилади, бу эса тишлар кариесига мойилликни оширади, худди сўрғичларни асал ва шакарга хўллаб берилган сингари.
- Шиша идишдан овқатлантирилган бола кўкрак сутини яхши эма олмайди. Бу кўкрак билан эмизиш сони ва интенсивлигини бузади.
Кўкрак ёшидаги болаларни эмизишни альтернатив усули пиёладан овқатлантириш ҳисобланади. Бу усулни кўпинча кўкрак билан эмизишни кечроқ бошлаш керак бўлган болаларга тавсия қилинади. Пиёладан тўғри овқатлантириш болага овқат киришини назорат қилишни бошқаришга ёрдам беради; болани оғзига сутни қуймаслик керак.

Пиёладан овқатлантиришнинг афзалликлари:

- Бола овқатлантирилганда тилидан фойдаланади
- Бола ўзи пиёладан овқатланади, қанча овқат қабул қилиш ва унинг вақтини ўзи белгилайди
- Пиёла шишага қараганда хавфсиз, уни сув ва совунда осон ювса бўлади.

- Шишага қараганда пиёлани камроқ олиб юрилади шунинг учун бактериялар кўпайишига имконият камроқ бўлади.
- Она ёки болани парваришлайдиган бошқа шахс пиёладан овқатлантирилганда болани ушлаб туриши ва у билан кўпроқ мулоқотда бўлиши мумкин, бу эса шишадан овқатлантиришга нисбатан, болани рухий стимуллайди.
- Пиёла билан овқатлантиришни 6-ойгача қўллаш қулай, чунки қошиқ билан овқатлантириш кўп вақтни талаб қилади ва она бола тўйгунча овқатлантиришни тўхтаттиб қўйиши мумкин.

6-9-ойлик болалар учун тахминий меню

- Бола талабига кўра кўкрак сути берилади
- Бўтқа (гуручли, маржумак (гречка), арпали) – сигир сути билан аралаштирилган (1:1)-150-200 гр+4 гр сариеғ
- картошкали ва сабзавотли бўтқа – 150 гр, майдаланган гўшт (қуш ёки балиқ) - 10-30 гр+ ўсимлик ёғи 5 гр, мева бўтқаси ёки шарбати 50 гр.
- Творог (сузма) 10-40 гр+қатиқ - 100-150 гр, печенье 5 гр, тухум сариеғи ½ дона

9-12-ойлик болалар учун тахминий меню

- Бола талабига кўра кўкрак сути
- Бўтқа (гуручли, гречкали, арпали) сигир сутига аралаштириб (1:1)-150-200 гр+4 гр сариеғ
- Картошка ва сабзавотлар майдаланган ёки булакчаларга кесилган 150 гр, майдаланган гўшт (қуш ёки балиқ) -30-60 гр+ўсимлик ёғи - 5 гр, мева бўтқаси ёки шарбати 50 гр.
- Творог (сузма) 40-50 гр+ қатиқ 150 гр, нон 5-10 гр, тухум, сариеғ ½-1 дона, сигир сути - 100-150 гр

12-23 ойлик болалар учун тахминий меню

- Бола талабига кўра кўкрак сути
- Бўтқа (гуручли, гречкали, арпали) сигир сутига аралаштириб 250 гр+5 гр сариеғ, нон 10 гр, тухум 1-дона
- Қатиқ (кефир) 200 гр, булочка-25 гр
- Сабзавотли ва гўштли шўрва (40-50 гр)-200 гр, нон-10 гр, мевалар- 100 гр ёки
- Шовла (гўшт 40-50 гр) – 200 гр, нон – 10 гр, мева шарбати – 100 гр ёки
- Мошли шўрва -200 гр, нон 10 гр, мевалар – 100 гр, творог (сузма)-60 гр+қатиқ 200 гр, печенье – 15 гр
- Сигир сути 200-300 гр

24 ойлик ёшдаги болалар тахминий менюси

- Бўтқа (гуручли, гречкали, арпали) сигир сутига аралаштириб 250 гр+10 гр сариеғ, нон 20 гр, тухум 1-дона
- Творогли блинчик ёки сомса, мевалар -100 гр
- Қовурилган картошка гўшти билан - 200 гр, сабзавот ва кўкатли салат 50 гр, нон – 40 гр, мевали шарбат - 100мл
- Қатиқ (кефир) 200 гр+булочка 50 гр
- Маства – 200 мл, нон 40 гр, қатиқ - 100 мл

АДАБИЁТЛАР

Асосий:

1. Детские болезни, под ред. Л.А. Исаевой. 1994.
2. Пропедевтика детских болезней, А.В.Мазурин, И.М.Воронцов, 1995
3. Детские болезни, под ред. Н П. Шабалова, 2002
4. Детские болезни, под ред. Н П. Шабалова, 2010
5. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова, 2010
6. Детские болезни, Т.О.Даминов, Б.Т. Халматова, У.Р.Бабаева, 2012

Кўшимча:

1. «Болезни детей раннего возраста», - руководство для врачей под редакцией А.А.Баранова, - Москва-Иванова, 1998, -с.241-257.
2. Клиническая медицина. Справочник практического врача. М., 1997, Т.1
3. Парийская Т.В.. Справочник педиатра. ЭКСМО,. Москва 2004 г.
4. Руководство по детской нефрологии, М.С.Игнатова, Ю.Е.Вельтищев, 1995
5. Руководство по детской артрологии. Под ред.акад. АМН СССР М.Я. Студеникина и порф. А.А.Яковлевой. – Л. 1987. – С . 162- 170.
6. Справочник врача общей практики. Под редакцией акад. РАМН. Н.Р.Палеева. ЭКСМО 2002 г
7. Справочник врача общей практики. ЭКСМО, Под редакцией акад.РАМН Н.Р. Палеева. 2002
8. Справочник педиатра. Санкт-Петербург, Москва, 2004
9. «Справочник семейного врача» (Педиатрия), - Минск, 2000,- с.390-398, 417-420.
10. The five Minute child Health Advisor/ - M. William Schwartz, MD., - 1998, USA
11. A therapist's guide to pediatric assessment, - Linda King-Thomas, Bonnie J. Hacker, 1987, USA
12. Pediatrics, - Margaret C. Heagarty., William J. Moss, -1997, USA
13. www.tma.uz
14. www.medlincs.ru
15. www.medbook.ru
16. www.medafarm.ru

ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. **Кўкрак сутининг қиймати нима билан белгиланади:**

- A.Кўкрак сутида бола учун керакли барча элементлар бор
- B.ширин
- C.Таркиби узгармайди
- D.суюк ҳолатда

2. **Кўкрак сути билан овқатлантириш қоидалари:**

- A.Бола талабига биноан
- B.биринчи овқатлантириш тугрукдан 3-кундан сўнг
- C.соатлик интервал билан
- D.кечқурун овқатлантирмаслик

3. **Кўкрак сути билан овқатлантиришга қарши кўрсатмалар:**

- A.Онада ўпка туберкулёзининг актив формаси
- B.Оператив йўл билан туғиш
- C.эгизаклар
- D.бола хохламаганда

4. **Гипотрофиянинг 1 даражасига хос белгини кўрсатинг:**

- A.Тери ости ёғ қаватининг қоринда камайиши
- B.иштахани булмаслиги
- C.Кўп терлаш
- D.тери ости ёғ қаватини қўлларда ва оёқларда камайиши

5. **Соғлом туғилган чақалок қанча вақтдан кейин кўкракга берилади:**

- A.2 соатгача
- B.4 соатдан кейин
- C.12 соатдан кейин
- D.5 соатдан кейин

6. **Она боласини кўкрак сути билан овқатлантираётганда ундан қандай гормон ажралиб чиқади:**

- A.окситоцин
- B.эстроген
- C.прогестерон
- D.андроген

7. **Табийий овқатлантиришда бўлган болага қайси ёшдан бошлаб қўшимча овқат берилади:**

- A.6 мес
- B.3 мес
- C.8 мес
- D.7 мес

8. **Биринчи қўшимча овқат нима бўлиши мумкин:**

- A.Сабзавотли бўтқа
- B.гўшти шўрва
- C.Сабзавотли шўрва
- D.печенье

9. **Целиакияда боланинг овқат рационига киритилади:**

- A.гуручли бўтқа
- B.печенье

С.Овсянкали бўтка

Д.нон

10. Крупоз пневмония қайси ёшда кўп кузатилади:

А..Мактаб ёшида

В.1-3 ёшда

С.чақалоқларда

Д.1 – 6 ойликда

11. Куйидаги белгилар қайси пневмония учун характерли: ўткир бошланади, ёноқларнинг қизариши, зангсимон балғамли йўтал, тана харорати 39-40⁰С:

А.крупоз пневмония

В.интерстициал пневмония

С.сегментар пневмония

Д.учогли пневмония

12. Болаларда қўйидаги антибиотиклар қўлланилмайди:

А.етрациклин

В.пенициллин

С.цефалоспоринлар

Д.макролидлар

13. Бола иситмалаётганда қўйидаги белгилар кузатилса тезда шифохонага ётқазилш керак:

А.Тери қоламлари окимтир мармарсимон рангда

В.йуталдан сунг қайт қилиш

С.Томогида қизариш

Д.Тана харорати 38 с

15. Туғруқдан неча кун ўтганидан кейин оралиқ сути ажралади:

А.4-5

В.15-20

С.11-12

Д.6-7

16. Ревматоид артрит қайси касалликлар билан таққосланади:

А.бруцеллез

В.сурункали ва уткир панкреатит

С.сепсис

Д.сурункали гастрит

17. Болаларнинг кўриш аъзоларининг физиологик хусусиятларига киради:

А.ёругликдан кўрқилш

В.диплопия

С.птоз

Д.анизокория

18. Эрта ёшдаги болаларда тери ости ёғқатлами ташкил этади:

А.тана массасини 12%

В.тана массасини 18%

С.тана массасини 14%

D.тана массасини 10%

19. Янги туғилган чақалоқларда физиологик сариғлик давом этади:

A.3-10 кун

B.1-5 кун

C.1-3 кун

D.10-15 кун

20. Болаларнинг қайси ёшида лимфа тугунларнинг тузилиши ва функцияси катталарникига ўхшайди:

A.12-13 ёшда

B.5 ёшда

C.3 ёшда

D.4 ёшда

21. Лимфатик - гипопластик диатез симптомларига киради:

A.лимфа тугунларнинг диффуз катталашиши, ҳаракатчанлиги ва оғриқсизлиги

B.лимфа тугунларнинг маҳаллий катталашиши ва ҳаракатсизлиги

C.лимфа тугунларнинг маҳаллий катталашиши, атрофдаги туқималар билан жипслангани

D.лимфа тугунларнинг диффуз катталашиши ва ҳаракатсизлиги

22. Болалар суягининг химик таркибида устун туради:

A.сув ва органик моддалар

B.анорганик моддалар

C.сув ва анорганик моддалар

D.сув ва минерал моддалар

23. Катта ликилдок қаерда жойлашган:

A.Пешона ва тепа суяклари ўртасида

B.тепа ва энса суяклари ўртасида

C.Пешона суяклари ўртасида

D.тепа суяклари ўртасида

24. Нормада тишларнинг чиқиш вақти:

A.6-7 ойда

B.8 ойда

C.3-4ойда.

D.5 ойда.

25. нормада 2-ойлик бола:

A.бўйинини яхши тутди

B.қорнидан орқасига ўгирилади

C.қиска сўзларни «ба», «па». «ма» гапиради

D.тишлари чиқа бошлайди

26. Янги чақалоқлик даврига хос:

A.хамма аъзо ва тизимлар туқималарининг етимаганлиги

B.Бош мия пуслогининг яхши дифференцирланганлиги ствол ва орка миянинг миелинизацияси

C.дендритлар пайдо булади,

D.туқималар миелинизацияси кузатилади

27. Болаларнинг неча ёшида нейтрофиллар ва лимфоцитлар сонининг иккинчи кескиши кузатилади:

- A. 5-6 ёшида
- B. 5 кунлигида
- C. 1 ёшида
- D. 10 ёшида

28. Ҳомила ичи қон айланишида қайси аъзолар кислородга энг бой қон билан таъминланади:

- A. мияси
- B. фақат жигар
- C. оёқлари
- D. қўл ва оёқлари

29. Эрта ёшдаги болаларнинг меъда-ичак тракти ҳамма бўлимларига хос морфологик хусусиятини кўрсатинг:

- A. шиллик ости қавати нозик
- B. эластик ва мушак туқима яхши ривожланган
- C. без туқималарини юқори секретор фаолияти
- D. шиллик ости қавати қон билан яхши таъминланмаган

30. Янги туғилган чақалокларнинг юрак ва томирларнинг ўзига хосликларини айтиб беринг:

- A. ўнг ва чап қоринчалари бир бири билан тенг
- B. ўнг қоринча чап қоринчадан каттароқ
- C. Чап қоринча ўнг қоринчадан каттароқ
- D. Артерия ва веналарнинг бўшлиқлари тенг

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Педиатрия фани нимани ўргатади?
2. Қайси ёшгачан болалик даври ҳисобланади?
3. Бизнинг Республикамизда мустақиллик йилларида тиббиётда қандай ўзгаришлар бўлиб ўтди?
4. Жисмоний ривожланиш мониторинги қандай олиб борилади?
5. Болаларда асосан қайси аллергия касалликлар кўп учрайди?
6. Атопия нима?
7. Бронхлар гиперреактивлиги нима?
8. Қандай аллергияларни биласиз?
9. Бронхиал астма этиологияси қандай?
10. Бронхиал астма клиникаси қандай?
11. Бронхиал астмани даволаш қандай ўтказилади?

ГЛОССАРИЙ

Бола ривожланиши ҳомила ичи даври “**ҳомиладорлик болалиги**” 10 ой (акушерлик ойлиги) давом этади ёки ўртача 270 – 280 кун ва бу давр ўз навбатида қуйидагиларга бўлинади:

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

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

Ҳомиладан ташқари боланинг ривожланиш даври қуйидагиларга ажратилади:

1. **Чақалоқлик даври** – 3-4 хафтагача;

2. **Кўкрак ёши** даври ва кичик ясли ёши, 3-4 хафтадан 1 ёшгача давом этади;

3. **Мактабгача** (ёки ясли) даври 1 ёшдан 3 ёшгача;

4. **Мактаб олди** – 3-7 ёш;

5. **Кичик мактаб ёши** 7-11 ёш;

6. **Катта мактаб ёши (пубертат давр)** 12 ёшдан 17-18 ёшгача.

Оғиз сути – сариқ ёки кулранг-сарик рангдаги елимсимон, қуюқ суюқлик, ҳомиладорликнинг охирида ва туғруқдан кейин биринчи 3 кунда ажралади.

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

Эрта сут- эмизишнинг бошида ишлаб чиқилади.

Кечки сут-эмизишнинг охирида ишлаб чиқилади. Ранги оқ, эрта сутга нисбатан унда ёғлар кўп.

Гипогаляктия – лактация вақтида сут безлари ажратиш функциясининг камайишига айтилади.

Қўшимча овқат бериш – эмизикли болаларга овқат маҳсулотлари ва суюқликларни кўкрак сутига қўшимча равишда беришга айтилади.

Оралик давридаги овқат – бу махсус қўшимча овқат бўлиб, эмизикли болани физиологик ва специфик овқатга бўлган эҳтиёжларини қондириш учун қаратилган.

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