

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

**ОЛИЙ ТАЪЛИМ ТИЗИМИ ПЕДАГОГ ВА РАҲБАР
КАДРЛАРИНИ ҚАЙТА ТАЙЁРЛАШ ВА УЛАРНИНГ
МАЛАКАСИНИ ОШИРИШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ БОШ
ИЛМИЙ - МЕТОДИК МАРКАЗИ**

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ҲУЗУРИДАГИ
ПЕДАГОГ КАДРЛАРНИ ҚАЙТА ТАЙЁРЛАШ ВА
УЛАРНИНГ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ТАРМОҚ
МАРКАЗИ**

“ПЕДИАТРИЯ”

йўналиши

**“ДАВОЛАШДА ЮҚОРИ
ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ”**

МОДУЛИ БЎЙИЧА

Ў Қ У В – У С Л У Б И Й М А Ж М У А

Мазкур ўқув-услугий мажмуа Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2016 йил 6 апрелидаги 137-сонли буйруғи билан тасдиқланган ўқув режа ва дастур асосида тайёрланди.

Тузувчилар: ТТА «Болалар касалликлари» кафедраси
доценти, т.ф.н. Курбанова Д.Р.
ТТА«УАШ-педиатрия» кафедраси доценти,
т.ф.н. Исканова Г.Х.

Ўризчи: Duck-Jong Han, M.D. Ph. D.Chairman of Board Medikal
Leaders Corporation

Ўқув-услугий мажмуа Тошкент тиббиёт академияси Кенгашининг 2016 йил 29 августдаги 1-сонли қарори билан нашрга тавсия қилинган.

МУНДАРИЖА

I. ИШЧИ ДАСТУР.....	2
II. МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН ИНТЕРФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ.....	8
III. НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР.....	15
IV. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАР.....	128
V. КЕЙСЛАР БАНКИ.....	143
VI. МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ	148
VII. ГЛОССАРИЙ.....	149
VIII. АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.....	154

I. ИШЧИ ДАСТУР

Кириш

Мамлакатимизда умумэътироф этилган шиор — "Соғлом она — соғлом бола" тамойили, ўз моҳиятига кўра, аҳолини жипслаштирувчи ва сафарбар этувчи даъват бўлиб, давлат ва жамият даражасига кўтарилган устувор вазифага айланди. Биз бу муҳим вазифанинг ижросига киришар эканмиз, одамлар саломатлигини муҳофаза қилишнинг бутун тизимини чуқур ислоҳ этиш ва модернизация қилиш асосидагина олдимизга қўйган мақсадга эришиш мумкинлигини теран англаб етганимизни таъкидлаб ўтмоқчиман”.

Мустақилликнинг илк кунларидан бошлаб Республикамиз халқ хўжалигининг барча соҳаларида чуқур ислохотлар бошланди. Аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш Президентимиз ва ҳукуматимизнинг доимий диққат марказида бўлиб, давлатимизнинг энг устивор ижтимоий масалаларидан бирига айланди .

Мустақил ривожланиш йилларида мамлакатимиз соғлиқни сақлаш тизимини барпо этишни давом эттириш ва янгилаш имконини бераётган мустаҳкам пойдевор яратилди. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 1998 йил 10 ноябрдаги ПФ-2107-сон Фармони билан шошилиш ва тез тиббий ёрдам тизими барпо этилди. Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастурининг энг муҳим қоидалари ва мақсадли вазифалари умуман муваффақиятли амалга оширилмоқда. Тиббий хизмат кўрсатиш тизими амалда тўлиқ қайта кўриб чиқилди, республикада соғлиқни сақлаш тизимини барпо этишнинг принципиал янгича ёндашувлари ишлаб чиқилди . Ўтган 25 йил ичида кадрлар тайёрлаш сифатини ошириш, янги давлат таълим стандартларини яратиш, ўқув жараёнига янги ахборот –коммуникацион, педагогик, таълим технологияларини жорий этиш, ҳозирги замон талабидан келиб чиққан ҳолда малакали тиббиёт ходимларини тайёрлаш бўйича республикада таълим соҳасида катта ислохотлар амалга оширилди. Тиббиёт ходимларини профессионал билим даражасини ошириш мақсадида кадрлар тайёрлашни бир нечта босқичларда олиб бориш тизими яратилди.

Модулнинг мақсади ва вазифалари

“Даволашда юқори технологияларни қўллаш” 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.

“Даволашда юқори технологияларни қўллаш” 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.

Модул бўйича тингловчиларнинг билими, кўникмаси, малакаси ва компетенцияларига қўйиладиган талаблар

“Даволашда юқори технологияларни қўллаш” модулини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида тингловчи:

- педиатриядабеморларни даволашда юқори технологияларни қўллашбилан боғлиқликда юзага келадиган муаммолар ва уларни ҳал этиш стратегиялари;
- педиатриядабеморларни даволашда юқори технологияларни ишлатишнингўрни;
- педиатриядабеморларни даволашда замонавий стандартларни қўллашхақида**билимларга эга бўлиши**;
- педиатриядабеморларни даволашда юқори технологияларни қўллаш;
- даволаш стандартларини амалиётда қўллаш;
- ўқув дастурларини яратиш; назарий ва амалий машғулотлар учун материалларни тўплаш ва уларни саралаш; ўқув ахборот (маълумот)ларини самарали излаш; назарий ва амалий машғулотлар учун дидактик ишланмалар тайёрлаш; назарий ва амалий машғулотлар учун ўқув топшириқлари турларини белгилаш; ўқув топшириқларини ишлаб чиқиш; ўқув топшириқлари учун иш қоғозларини ҳама ўқув фанлари бўйича жорий, оралиқ ва якуний назоратлар учун синов топшириқларини тайёрлашга креатив ёндашиш;
- мавзу моҳиятидан келиб чиққан ҳолда тўлиқ, ғоявий мазмун ва илмий асосларга эга, амалий қийматга эга ўқув материални тайёрлай олиш;
- маъруза машғулоти учун мўлжалланган матннинг визуал хусусият касб этиши (ўқув ахборотининг график (схема, жадвал, диаграмма, тасвир, гиперболик ва б.) кўринишда бўлиши)га эришиш **кўникмаларини эгаллаши**;
- маъруза ва амалий машғулотлар, шунингдек, рейтинг назорати учун кейслар ва даражали тестлар тўпламини шакллантириш;
- маънавий-маърифий тадбирларни ташкил этишда креативлик сифатларини тўлақонли намоиш этиш;
- мавзу моҳияти ва ўқув материалининг характеридан келиб чиққан ҳолда аудитория (жой)ни жиҳозлаш;
- маънавий-маърифий тадбир мавзуси, йўналиши ва характеридан келиб чиққан ҳолда у ўтказиладиган жой (хона, зал)ни жиҳозлашга креатив ёндашиш **малакаларини эгаллаши**;

- ўқув ва маънавий-маърифий ишлар жараёни муваффақиятли ташкил этиш;
- талабаларнинг илмий-тадқиқот фаолиятини самарали йўлга қўйиш;
- педиатриядабеморларни даволашда юқори технологияларни қўллашмуаммоларини аниқлаш, таҳлил этиш, баҳолаш ва умумлаштириш **компетенцияларни эгаллаши лозим.**

Модулни ташкил этиш ва ўтказиш бўйича тавсиялар
“Даволашда юқори технологияларни қўллаш” модулини ўқитиш жараёнида:

- маъруза дарсларида замонавий компьютер технологиялари ёрдамида презентацион ва электрон-дидактик технологиялардан;
- ўтказиладиган амалий машғулотларда техник воситалардан, экспресс-сўровлар, тест сўровлари, ақлий ҳужум, гуруҳли фикрлаш, кичик гуруҳлар билан ишлаш, коллоквиум ўтказиш, ва бошқа интерактив таълим усулларини

Модулнинг ўқув режадаги бошқа модуллар билан боғлиқлиги ва узвийлиги

Модул мазмуни ўқув режадаги “Педиатриядазамонавий диагностика усуллари” ва “Педиатрияда профилактикани ўрни” 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 тақсимооти:

№	Модул мавзулари	Тингловчининг ўқув юкламаси, соат				
		Ҳаммаси	Аудитория ўқув юкламаси			Мустақил таълим
			жами	жумладан		
		назарий		амалий машғулот		
1.	Пневмониянинг янги диагностика ва даволаш усуллари	6	4	2	2	2
2.	Бронхиал астмани замонавий даволаш	6	4	2	2	2
3.	Танқис анемияларни даволаш стандартлари	6	6	2	4	
4	Шошилинч холатларни даволаш	6	6	2	4	
5	Сурункали гепатитларни даволаш стандартлари	6	6	2	4	
	Жами:	30	26	10	16	4

НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1-мавзу: Пневмониянинг янги диагностика ва даволаш усуллари.

Пневмонияни тарқалиши ҳақида тушунча бериш. Касалликни этиопатогенези, ҳозирги вақтда кечиш хусусиятлари ҳақида тушунча бериш ва ҳар хусусиятга характеристика бериш. Пневмонияни ҳозирги замон даволаш тамойиллари билан таништириш.

2-мавзу: Бронхиал астмани замонавий даволаш.

Бронхиал астмага олиб келувчи омиллар. Бронхиал астма патогенези. Бронхиал астмани кечиш хусусиятлари. Қийсий таққослаш мезонлари. Даволаш, профилактика, реабилитация ва диспансеризация мезонлари.

3-мавзу: Танқис анемияларни даволаш стандартлари.

Темиртанқислик камқонлигини замонавий даволаш усуллари. Витамин В 12 камқонлигини замонавий даволаш усуллари. Оксилтанқислик камқонлигини замонавий даволаш усуллари.

4-мавзу: Шошилинч холатларни даволаш.

ССВ №225 буйруги буйича боланаинг ахволини шошилинч бахолаш усуллари. ССВ №225 буйруги буйича болани шошилинч даволаш усуллари

5-мавзу: Сурункали гепатитларни даволаш стандартлари.

Сурункали гепатитлар сабаблари, клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Сурункали гепатитларни замонавий даволаш стандартлари

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАЗМУНИ

1-амалий машғулот:

Пневмонияларни хозирги вақтда кечиш хусусиятлари ва даволаш стандартлари.

Пневмонияларни хозирги вақтда кечиш хусусиятларини кўриб чиқиш. Пневмониянинг замонавий даволаш стандартларини муҳокама қилиш. Атипик пневмонияларни даволаш тамойиллари.

2-амалий машғулот:

Бронхиал астмани таснифи ва ҳар хил ёшдаги болаларда кечиш хусусиятлари

Болаларни ёшига хос бронхиал астмани кечиш хусусиятлари ва шунга қараб даволаш стандартларини қўллаш ва терапиянинг самарадорлигини баҳолаш.

3-амалий машғулот:

Танқис анемияларни болаларда кечиш хусусиятлари.

Танқис анемияларни хозирги вақтда тарқалиши, турларига қараб кечиш хусусиятлари, текшириш усуллари ва даволаш стандартларини самарадорлиги.

4-амалий машғулот:

Шошилинч холатларни таснифлаш ва даволаш.

Шошилинч холатларни ССВ №225 буйруги буйича таснифлаш ва баҳолаш усуллари. Даволаш тамойиллари ва стандартлари.

5-амалий машғулот:

Сурункали гепатитларни турлари, кечиш хусусиятлари ва даволаш усуллари.

Сурункали гепатитларни таксифи, кечиш хусусиятлари , турларига караб даволаш стандартларини қўллаш.

ЎҚИТИШ ШАКЛЛАРИ

Мазкур модул бўйича қуйидаги ўқитиш шаклларидадан фойдаланилади: - маърузалар, амалий машғулотлар (маълумотлар ва технологияларни англаб олиш, ақлий қизиқишни ривожлантириш, назарий билимларни мустаҳкамлаш); - давра суҳбатлари (кўрилаётган лойиҳа ечимлари бўйича таклиф бериш қобилиятини ошириш, эшитиш, идрок қилиш ва мантиқий хулосалар чиқариш); баҳс ва мунозаралар (лойиҳалар ечими бўйича далиллар ва асосли аргументларни тақдим қилиш, эшитиш ва муаммолар ечимини топиш қобилиятини ривожлантириш).

БАҲОЛАШ МЕЗОНИ

№	Баҳолаш мезони	Баллар	Максимал балл
1	Кейс топшириқлари	1.5	2.5
2	Амалий топшириқлар	1.0	

II. МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН ИНТРЕФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ

1. “Кейс-стади” методи

«Кейс-стади» - инглизча сўз бўлиб, («case» – аниқ вазият, ходиса, «stadi» – ўрганмоқ, таҳлил қилмоқ) аниқ вазиятларни ўрганиш, таҳлил қилиш асосида ўқитишни амалга оширишга қаратилган метод ҳисобланади. Мазкур метод дастлаб 1921 йил Гарвард университетида амалий вазиятлардан иқтисодий бошқарув фанларини ўрганишда фойдаланиш тартибида қўлланилган. Кейсда очик ахборотлардан ёки аниқ воқеа-ҳодисадан вазият сифатида таҳлил учун фойдаланиш мумкин. Кейс ҳаракатлари ўз ичига қуйидагиларни қамраб олади: Ким (Who), Қачон (When), Қаерда (Where), Нима учун (Why), Қандай/ Қанақа (How), Нима-натижа (What).

“Кейс методи” ни амалга ошириш босқичлари

Иш босқичлари	Фаолият шакли ва мазмуни
1-босқич: Кейс ва унинг ахборот таъминоти билан таништириш	<ul style="list-style-type: none"> ✓ якка тартибдаги аудио-визуал иш; ✓ кейс билан танишиш(матнли, аудио ёки медиа шаклда); ✓ ахборотни умумлаштириш; ✓ ахборот таҳлили; ✓ муаммоларни аниқлаш
2-босқич: Кейсни аниқлаштириш ва ўқув топшириғни белгилаш	<ul style="list-style-type: none"> ✓ индивидуал ва гуруҳда ишлаш; ✓ муаммоларни долзарблик иерархиясини аниқлаш; ✓ асосий муаммоли вазиятни белгилаш
3-босқич: Кейсдаги асосий муаммони таҳлил этиш орқали ўқув топшириғининг ечимини излаш, ҳал этиш йўлларини ишлаб чиқиш	<ul style="list-style-type: none"> ✓ индивидуал ва гуруҳда ишлаш; ✓ муқобил ечим йўлларини ишлаб чиқиш; ✓ ҳар бир ечимнинг имкониятлари ва тўсиқларни таҳлил қилиш; ✓ муқобил ечимларни танлаш
4-босқич: Кейс ечимини ечимини шакллантириш ва асослаш, тақдимот.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ якка ва гуруҳда ишлаш; ✓ муқобил вариантларни амалда қўллаш имкониятларини асослаш; ✓ ижодий-лойиҳа тақдимотини тайёрлаш; ✓ якуний хулоса ва вазият ечимининг амалий аспектларини ёритиш

Муаммоли вазият

Бола 1-ёш, онаси қуйидаги шикоятлар билан клиникага келди: қизчада тез чарчаш, сочларини тўкилиши, иштаға пастлиги, тери қопламларини оқимтирлиги кузатилган.

Анамнездан қизча кўриқдан ўтказилганда гемоглобина 76 г/л ва ранг кўрсаткич 0,53. лиги аниқланган. Онаси қизчани орадан 2-хафта ўтиб госпитализация қилган.

Хаёт анамнези бола 1-хомиладорликдан, хомиладорлик ва туғруқ жараёни нормал кечган. Туғилгандаги тана вазни 3300 г, бўй узунлиги 51 см. билан туғилган. 2-хафталигидан бола сунъий овқатлантирилган. ("АГУ" аралашмаси бурилган – онаси талаба бўлган). 4-ойлигидан қизчани бувисиникига юборишган, у ерда болага эчки сути, шарбатлар бериб боқишган. Гўшт махсулотларини емаган, бабушқасини сўзидан гўшт махсулотлари берилса бола овқатдан бош тортган. Тез-тез тупроқ еб турган. Шу йиллар мобайнида врачга учрашмаганлар чунки қизча касл бўлмаган, проф. эмлашларни олмаган.

Касалхонага мурожат қилганда қизчани аҳволи оғир, ҳолсиз, атрофдагиларга бефарқ, эс-хуши ўзида, осмотрга реакцияси суст. Тери ва шиллик қаватлари оқимтир рангда. Қулоқ супраси жуда оқимтир, сариқ-кўкимтир рангда, лаб атрофларида ёрилишлар кузатилади.

Ўпкада пуэрил нафас бироз дағал. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик, юрак чўққисид ва йирик томирлар соҳасида систолик шовқин. Қорни юмшоқ оғриқсиз. Жигар +3,0 см қовурға равоғидан чиқиб туради. Талоқ қовурға равоғида, юмшоқ-эластик конситенцияли.

Сийдик ранги с/ж, ич келиши кунига 1-2 маҳал. Кўриш ва эшитиш бузилмаган. Жисмоний ривожланиши 9-10 ойлик болага ўхшайди. Общй кон тахлили: НБ-54 г/л. эр- $2,6 \times 10^{12}$ /л, р.к. - 0,63, ретик. - 2,9%, лейкоц - $7,2 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ - 14 мм/час.

2. «ФСМУ» методи

Технологиянинг мақсади: Мазкур технология иштирокчилардаги умумий фикрлардан хусусий хулосалар чиқариш, таққослаш, қиёслаш орқали ахборотни ўзлаштириш, хулосалаш, шунингдек, мустақил ижодий фикрлаш кўникмаларини шакллантиришга хизмат қилади. Мазкур технологиядан маъруза машғулотларида, мустаҳкамлашда, ўтилган мавзунини сўрашда, уйга вазифа беришда ҳамда амалий машғулот натижаларини таҳлил этишда фойдаланиш тавсия этилади.

Технологияни амалга ошириш тартиби:

- қатнашчиларга мавзуга оид бўлган якуний хулоса ёки ғоя таклиф этилади;
- ҳар бир иштирокчига ФСМУ технологиясининг босқичлари ёзилган қоғозларни тарқатилади:

Ф	• фикрингизни баён этинг
С	• фикрингизни баёнига сабаб кўрсатинг
М	• кўрсатган сабабингизни исботлаб мисол келтиринг
У	• фикрингизни умумлаштиринг

- иштирокчиларнинг муносабатлари индивидуал ёки гуруҳий тартибда тақдимот қилинади.

ФСМУ таҳлили қатнашчиларда касбий-назарий билимларни амалий машқлар ва мавжуд тажрибалар асосида тезроқ ва муваффақиятли ўзлаштирилишига асос бўлади.

Намуна.

“Бронхиал астмани асосий сабаби бўлиб аллергия ҳисобланади”	
Ф	• фикрингизни баён этинг
С	• фикрингизни баёнига сабаб кўрсатинг
М	• кўрсатган сабабингизни исботлаб мисол келтиринг
У	• фикрингизни умумлаштиринг

Топширик: Мазкур фикрга нисбатан муносабатингизни ФСМУ орқали таҳлил қилинг.

3. “Тушунчалар таҳлили” методи

Методнинг мақсади: мазкур метод талабалар ёки қатнашчиларни мавзу буйича таянч тушунчаларни ўзлаштириш даражасини аниқлаш, ўз билимларини мустақил равишда текшириш, баҳолаш, шунингдек, янги мавзу буйича дастлабки билимлар даражасини ташҳис қилиш мақсадида қўлланилади.

Методни амалга ошириш тартиби:

- иштирокчилар машғулот қоидалари билан таништирилади;
- ўқувчиларга мавзуга ёки бобга тегишли бўлган сўзлар, тушунчалар номи туширилган тарқатмалар берилди (

индивидуал ёки гуруҳли тартибда);

- ўқувчилар мазкур тушунчалар қандай маъно англатиши, қачон, қандай ҳолатларда қўлланилиши ҳақида ёзма маълумот берадилар;

- белгиланган вақт якунига етгач ўқитувчи берилган тушунчаларнинг тугри ва тулиқ изоҳини уқиб эшиттиради ёки слайд орқали намоиш этади;

- ҳар бир иштирокчи берилган тугри жавоблар билан узининг шахсий муносабатини таққослайди, фарқларини аниқлайди ва ўз билим даражасини текшириб, баҳолайди.

Намуна: “Анемияда тушунчалар таҳлили”

Тушунчалар	Сизнингча бу тушунча қандай маънони англатади?	Қўшимча маълумот
Анемия	Қонда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорини камайиши	
Пойкилоцитоз	Эритроцитларни ҳар хил шаклда бўлиши	
Анизоцитоз	Эритроцитларни ҳар хил ўлчамда бўлиши	
Эпителиал синдром	Анемияда тери ва шиллиқ қаватлардаги ўзгаришлар	

Изоҳ: Иккинчи устунчага қатнашчилар томонидан фикр билдирилади. Мазкур тушунчалар ҳақида қўшимча маълумот глоссарийда келтирилган.

4. Венн Диаграммаси методи

Методнинг мақсади: Бу метод график тасвир орқали ўқитишни ташкил этиш шакли бўлиб, у иккита ўзаро кесишган айлана тасвири орқали ифодаланади. Мазкур метод турли тушунчалар, асослар, тасавурларнинг анализ ва синтезини икки аспект орқали кўриб чиқиш, уларнинг умумий ва фарқловчи жиҳатларини аниқлаш, таққослаш имконини беради.

Методни амалга ошириш тартиби:

- иштирокчилар икки кишидан иборат жуфтликларга бирлаштириладилар ва уларга кўриб чиқиладиган тушунча ёки асоснинг ўзига хос, фарқли жиҳатларини (ёки акси) доиралар ичига ёзиб чиқиш таклиф этилади;

- навбатдаги босқичда иштирокчилар тўрт кишидан иборат кичик гуруҳларга бирлаштирилади ва ҳар бир жуфтлик ўз таҳлили билан гуруҳ аъзоларини таништириладилар;

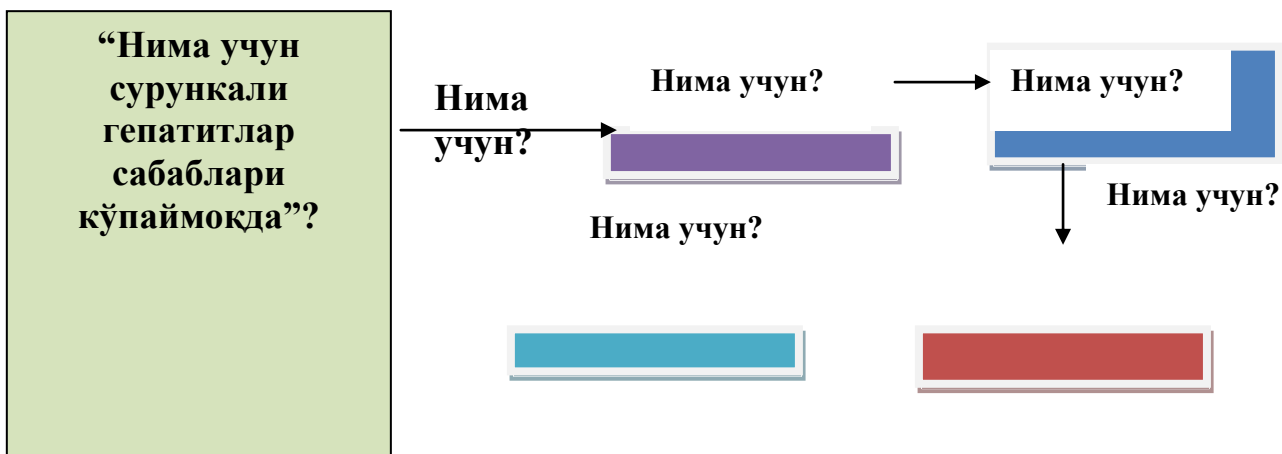
- жуфтликларнинг таҳлили эшитилгач, улар биргалашиб, кўриб чиқиладиган муаммо ёхуд тушунчаларнинг умумий

жиҳатларини (ёки фарқли) излаб топадилар, умумлаштирадилар ва доирачаларнинг кесишган қисмига ёзадилар.

Намуна: Типик ва атипик пневмонияларнинг фарқи



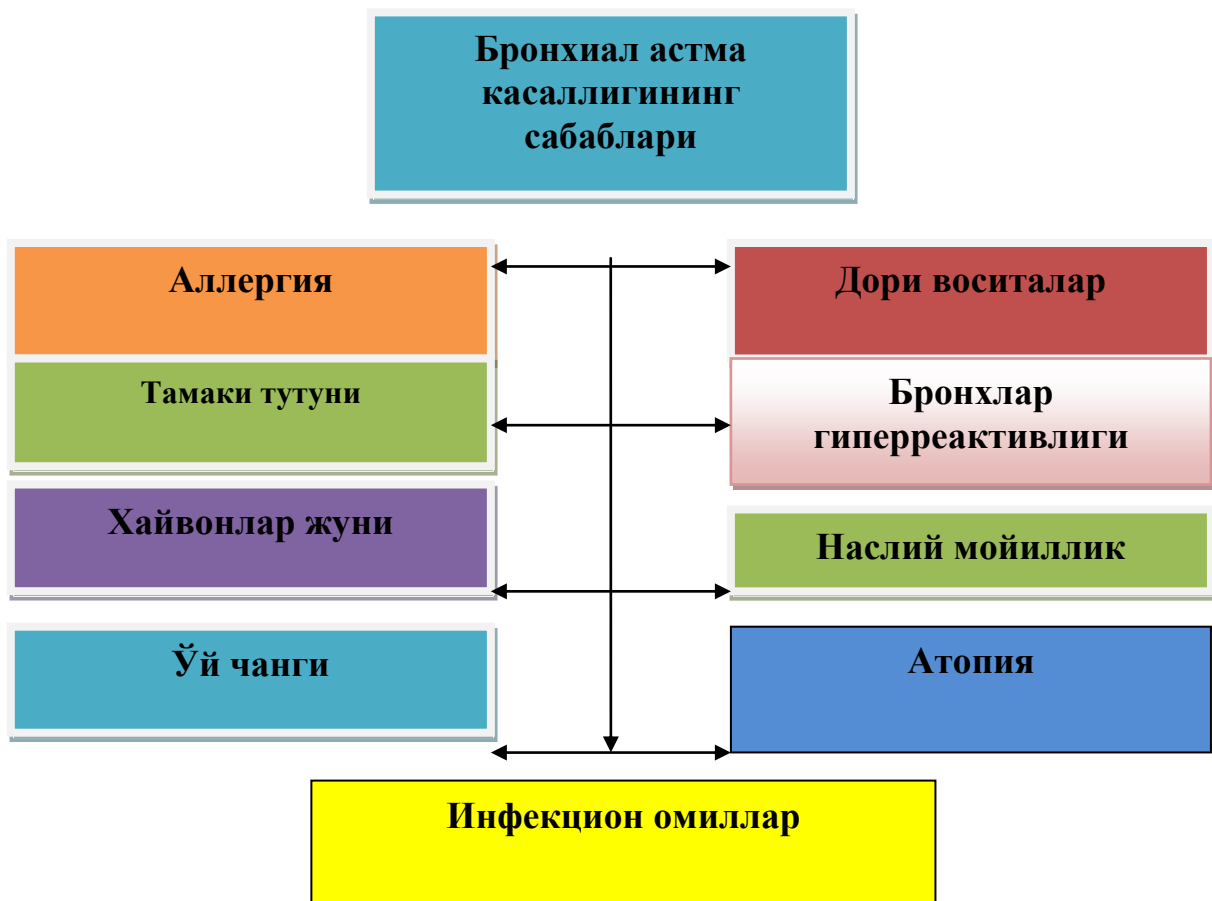
5. Хар бир тингловчиякка тартибда “Нима учун?” техникасини бажаради.



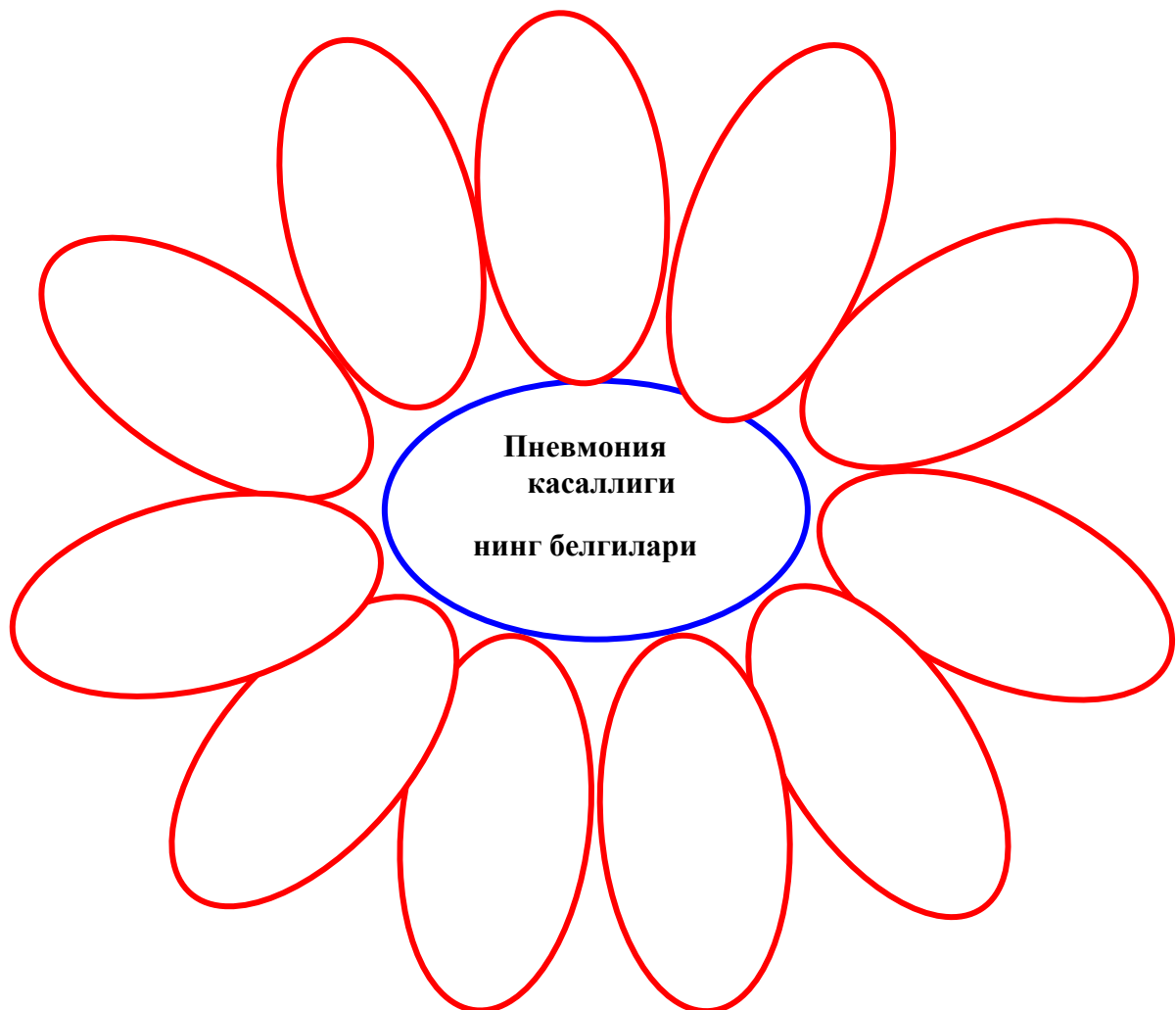
6. Хар бир тингловчиякка тартибда “Ассесмент?” техникасини бажаради.

<p>Тест Шошилич холатлар А) талваса В) кома С) шок Д) гипертермия</p>	<p>Муаммоли вазият Бола шок холатида келди. Сизнинг даволаш тактикангиз?</p>
<p>Симптом Шок бу -</p>	<p>Амалий кўникма Ушбу шошилич холатда даволаш стандарти қандай?</p>
<p>Хулоса:</p>	

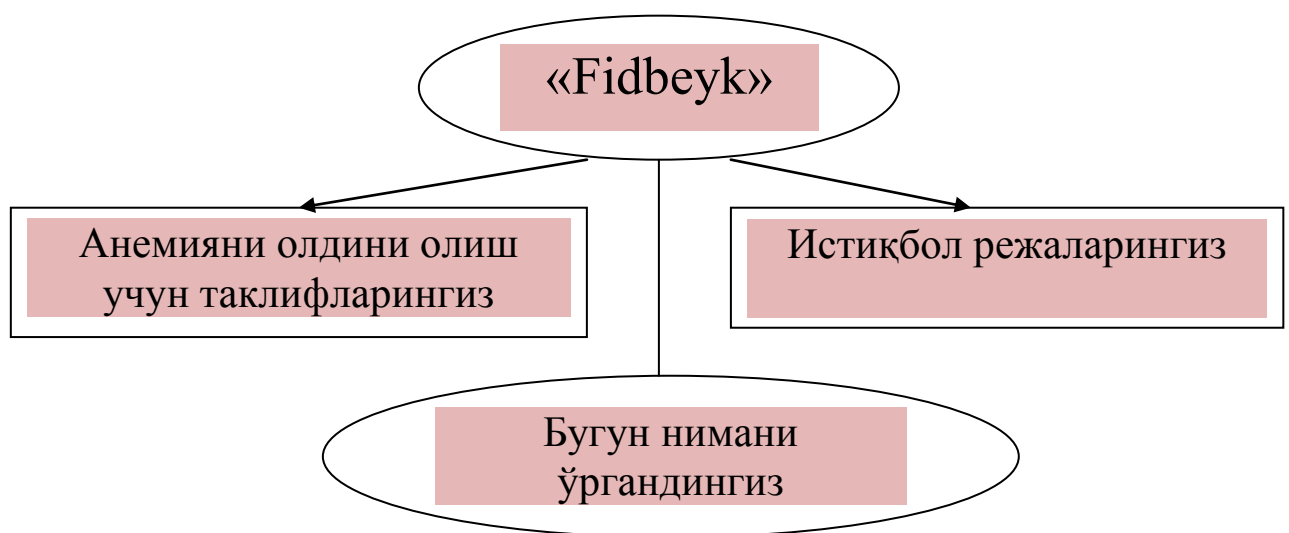
7. Кичик гуруҳларда ишлаш. Кластер методи асосида ўз фикрингизни билдириш.



8. Мойчечак методи. Якка тартибда ишлаш. Пневмония касаллигининг белгиларини киритинг.



9. Умумлаштирувчи савол-жавоблар



Ш. НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР

1-мавзу: Пневмония. Янги диагностик ва даволаш усуллари.

Режа:

1. Пневмонияни тарқалиши хақида тушунча бериш.
2. Касалликни этиопатогенези, хозирги вақтда кечиш хусусиятлари.
3. Пневмонияни хозирги замон даволаш тамойиллари .

Таянч иборалар: *пневмония, касалхонадан ташқари, касалхона ичи пневмонияси, атипик пенмония, даволаш стандартлари, антибиотиклар, макролидлар, цефалоспоринлар.*

1.1 Пневмонияни тарқалиши хақида тушунча бериш.

Пневмония – ўпка паренхимасининг ўткир яллиғланиш касаллиги бўлиб, нафас олиш етишмовчилиги синдроми, физикал хамда рентгенограммадаги инфильтратив ўзгаришлар намоён бўлиши билан характерланади.

Ҳар йили ер юзида ўткир респиратор касалликлардан ва уларнинг асоратларидан 2,2 млн. одам нобуд бўлади. Бундан пневмония 75% ўлимларнинг сабаби бўлиб ҳисобланади. Шимолий Америкада бронхопневмониядан ва крупоз пневмониядан бир йилдаги ўлимлар даражаси 5 ёшгача бўлган болалар орасида 100000 га 13,2 та; 1 ёшгача бўлган болалар орасида 50,1 та; Жанубий Американинг тропик районларида эса 281,8 ва 925,2; ривожланган мамлакатларда болалар барча тезкор консултацияларининг учдан бир қисми пневмониялар сабабли.

Ўткир пневмониялар 3 ёшгача бўлган болаларда кўп учрайди¹. Болаликда ўпка патологияси тизимида ўткир пневмония 80% ҳолларни ташкил этади, айниқса, кўп ҳолларда ўткир респиратор вирусли инфекциянинг (УРВИ) асорати сифатида юзага келади (ўрта ҳисобда 1 ёшгача болаларнинг 20% да, 3 ёшгача бўлган ларнинг эса 10% да). 6 ойгача бўлган болалардаги пневмонияларнинг 50% касалхона ичи инфекцияси фонида ривожланади^{1,2}.

Касалхона ичи пневмониялари — бу стационарга тушгандан кейин 48 ёки ундан кўп вақт ўтгач ривожланиб, рентгенолог томонидан тасдиқланган пневмониялар. Буларга яқинда стационардан чиқарилган болаларда ва уй шароитида антибиотиклар билан даволанган болаларда пневмония ривожланиш ҳоллари ҳам киради. Ёш болаларда ўткир пневмониялар оғир кечади, хаёт учун хавфли бўлган токсик синдромлар билан кечади. Бўлар боланинг индивидуал реактивлиги ва кўзгатувчининг токсиклигига боғлиқ. Хозирги вақтда ўткир пневмониялардаги ўлим курсаткичи нисбатан баланд (0,1—0,4). Бу эса уз навбатида антибиотикларга резистент бўлган штаммларнинг пайдо бўлиши ва тарқалишига боғлиқ.

Охирги йилларда пневмониялар этиологиясида сезиларли ўзгаришлар вужудга келди. Улар қуйидагилар билан боғлиқ:

1. Касалхона ичи пневмонияни келтириб чиқарувчи грамм манфий микроорганизмларнинг спекторининг кенгайиши;

2. Микроорганизм хужайравий ичида жойлашган атипик кўзгатувчилар (хламидия, микоплазма, легионеллар) пайдо бўлиши ва уларнинг кўпайиб бориши натижасида кенг қўлланувчи бетталактам тизимли антибиотикларнинг ва аминогликозидларнинг таъсир самарасининг йуқолиши;

3. Сезувчанлиги пасайган ёки бензилпенициллинга ва баъзи бир цефалоспоринларга резистент бўлган пневмококк штамmlарининг пайдо бўлиши ва тарқалиши;

4. Бетталактамаза ишлаб чиқарувчи микроорганизмлар штамmlарининг частотаси кўпайиш:

5. Ўммунтанқислик аниқланган беморларда пневмониянинг ўзига хос микроорганизмлар томонидан ривожланиш ҳоллари сонининг кўпайиши: *Pneumocystis carinii*, *Nocardia spp*, *Microbacterium spp*, токсоплазма, замбруғлар, вируслар.

бойгача бўлган гўдакларда касалхонадан ташқари пневмонияларикам учрайди. Одатда улар катта ёшдагилардан ва сибсдан инфицирланиш билан боғлиқ бўлиб ЎРВИ фонида ривожланади. Болаларда пневмония овқат луқмасини одатий аспирациясига олиб келувчи дисфагия ва рефлекслар билан боғлиқ бўлади; 7—10% ҳолларда пневмония тизимли касалликнинг биринчи манефестацияси бўлиб хисобланади. Масалан, бирламчи иммунодефицит ёки муковисцидоз. Одатда кўзгатувчи сифатида тилла рангли стафилококк ва ичак таёқчаси, кам ҳолларда *Naraxella cathatalis* муҳим ўрин эгаллайди. Перинатал даврда инфицирланиш натижасида келиб чиқадиган пневмониялар структураси кўпинча афебрил кечади ва рентгенограммада диффуз ўзгаришлар бўлади. Камдан — кам ҳолларда муддатдан олдин туғилган чақалоқларда пневмоцистозга ўхшаб кечади; чуқур чала туғилганларда эса, уреоплазма ва *Mycoplasma hominis*лар билан чақирилган пневмония кузатилади.

Ҳаётнинг иккинчи ярим йиллигида хламидияли пневмониялар деярли кузатилмайди, аспирацион пневмониялар эса кам учрайди^{1,2}.

Янги туғилган чақалоқларда она қорнида (анте ва интранатал) ва касалхона ичи (шу қаторда ухшаш сунъий вентиляцияси билан боғлиқ бўлган) инфицирланиш кўп учрайди. Касалхонадан ташқари пневмониялар эса, етилиб туғилганларда ҳаётининг 3 – 6 хафтасидан кейин, чала туғилганларда 1,5 – 3 ойдан кейин кузатилади.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 391, pages 2044-2049.

Она қорнида ривожланган пневмонияларни кўп ҳолларда В гурухига мансуб стрептококклар (*Streptococcus agalacticae*), *Sheria coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, антинатал инфицирланишда эса – G ва D гурухларига мансуб стрептококклар, *Listeria monocytogenes*, *Tritonemalar* кўзгатади.

Цитомегаловируслар, оддий герпес вируси, *Candida* авлодининг замбуруғлари билан ассоциацияси ҳам этиологик омил бўлиши мумкин. *Mycoplasma hominis* ва *Ureaplasma urelylicum* лар каби хужайравий ичи микроорганизмларнинг этиологик аҳамияти аниқ.

6 ойдан 4 ёшгача бўлган болалардаги касалхонадан ташқарипневмониялари кўзгатувчиси бўлиб кўпинча пневмококк ҳисобланади. Пневмококкли пневмония билан касалланишнинг ўсиши бола хаётининг биринчи йили охирида бошланади, чунки болага трансплацентар йўл орқали ўтган пневмококкларга қарши антителоларнинг энг пасайишикузатилади. В типига мансуб *Haemophilus influenzae* нинг капсулали формаси Марказий Осиёда ёш болалардаги пневмонияларнинг деструктив куринашларининг 20% да ошишига сабаб бўлади.

1—6 ойлик болаларда касалхона ташқи пневмониялар Бу ёшдаги пневмонияларни клиник келиб чиқишига қараб 2 гурухга бўлиш мумкин:

- 1 — **типик** — фокал (ўчоқли, кўшилган) — баланд иситма фонида ривожланадиган пневмониялар.
- 2 — **атипик** — ўпкада диффуз ўзгаришлар устунлиги билан ва юқори бўлмаган ёки нормал тана харорати билан кечадиган пневмониялар.

Типик пневмонияларнинг кўзгатувчилари бўлиб кўп ҳолларда вируслар (грипп, парагрипп ва бошқалар), ичак таёқчаси ва бошқа грамманфий ичак флораси, стафилакокклар, кам ҳолларда *Moraxella catharaelis* ва *Bordetella pertussis* лар ташкил қилади. Пневмококклар ва *Haemophilus influenzae* пневмонияни кам ҳолларда чақиради (10% атрофида), чунки болада онадан утган антителолари бор. Атипик пневмонияларнинг асосий кўзгатувчиси— *Chlamidia trachomatis*. *Chlamidia trachomatis* билан инфицирланиш тугруқ даврида содир бўлади. Хламидияли инфекциянинг биринчи клиник белгиси чақалоқ хётининг биринчи ойида қонъюнктивит бўлиб ҳисобланади. Пневмониянинг симптоматикаси эса, 6 — 8 хафтадан кейин намоён бўлади.

Биринчи ярим йилликда пневмония, муковисцидоз ва бирламчи иммунтанқисликнинг биринчи белгиси бўлиши мумкин, бу эса тегишли текширувларни ўтказишни талаб қилади. Пневмонияларни кўп фоизи овқат луқмасининг одатий аспирацияси (ошқозон — кизилунгач рефлюкси, дисфагия) билан боғлиқ. Буларнинг

этиологиясида ичак бактериалари ва спора ҳосил қилмайдиган анаэроблар асосий рол уйнайдилар.

Касалхонадан ташқари пневмония 6 ойдан 6 ёшгача бўлган болаларда пневмонияни вируслар (респиратор – синтициал, парагрипп (3 ва 1 типлар), грипп А ва В турлари кам ҳолларда аденовируслар) чақириши мумкин.

Болада 6 ойлигидан кейин энг кўп учровчи бактериал кўзғатувчи бўлиб пневмококк ҳисобланади. У барча касалхона ташқи пневмонияларининг ярмини келтириб чиқаради. Кейинги кўзғатувчи бу - *H. influenzae* (*Hib*—10% гача). Бу икки кўзғатувчи яна бошқа кўпгина ўпка деструкцияси ҳолларини ва плевритларнинг ривожланишида иштирок этади. *H. influenzae* ни капсуласиз шакли пневмококклар билан биргаликда ўпка пунктларидан усиб чиқади. Лекин уларнинг мустақил ҳолда пневмонияни келтира олиши ёки олмаслиги халигача ноаниқ.

6 ой - 6 ёшгача болаларда *Mycoplasma pneumoniae* пневмонияни кам ҳолларда келтириб чиқаради ва 10% ни ташкил қилади. *Chlamydia pneumoniae* эса, ундан ҳам кам ҳолатларда пневмонияни чақиради. Бактериал пневмониялар, деярли 50% ҳолатларда респиратор вирусли инфекциядан кейин ривожланади.

7 – 15 ёшли болаларда типик пневмонияларнинг асосий бактериал кўзғатувчиси пневмококк ҳисобланади (35 — 40%). Кам ҳолларда пневмонияни муртаклардан лимфоген йўл билан тарқаладиган пиоген стрептококк чақириши мумкин.

Мактаб ёшида атипик пневмонияларни частотаси ошади (20%гача ва ундан кўп). *Mycoplasma pneumoniae* томонидан ривожланган пневмония частотаси ошади (50% гача).

Госпитал пневмониялар қуйидагилар билан характерланади:

1. Кўзғатувчилар спектри билан;
2. Кўзғатувчиларни антибиотикларга резистентлиги билан;
3. Оғир кечиши ва асоратларнинг частотаси билан;
4. Юқори леталлик билан;

Госпитал пневмониянинг этиологиясида одатда антибиотикларга резистент бўлган касалхона флораси билан бир қаторда, бемор аутофлораси ҳам муҳим рол ўйнайди. Кўпинча госпитал пневмониянинг кўзғатувчилари: *E. coli*, *K. pneumoniae*, *Proteus spp.*, *Enterobacter spp.*, *Pseudomonas aeruginosae*: кам ҳолларда эса – *S. aureus* ҳисобланади. Грамманфий флора билан инфицирланиш даволаш ва диагностик муолажаларни бажарилишида содир бўлиши мумкин (катетеризация, бронхоскопия, торакоцентез, балғамни сўриб олиш).

Флоранинг характери стационар профилига ва эпидемиологик режимига боғлиқ.

Аутофлора билан инфицирланишда эса, кўзгатувчининг характери ва сезувчанлигини аниқлаш учун шу касаллик ривожланишидан олдин ўтказилган терапияни билиш ёрдам беради.

Касалхона ичи пневмонияларини ёки одатда антибиотикларга юқори резистент бўлган кўзгатувчиларни "касалхона" штаммлари (стафилококклар, клибсиеллалар, псевдомонас, протей) ёки беморнинг аутофлораси чақиради. Бунда пневмонияларнинг ривожланишида беморга ўтказилаётган антибактериал терапия "ёрдам беради". Чунки антибактериал терапия пневмотроп флорани сусайтиради, бунга эса, болада у ёки бу даражада иммунитет танқислиги бор. Натижада респиратор йўлнинг пастки қисмларини бегона флора эгаллашига йўл очилади (кўпинча ичак флораси).

Кўпинча госпитал пневмониянинг кўзгатувчилари бўлиб, грамм манфий микроорганизмлар саналади (*E. coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Legionella*, *p. aeruginosa*, *S. pneumoniae*). Шунингдек, этиологияда бемордаги турли хавф омиллари билан кўзгатувчиларнинг ассоциацияси муҳим урин тутуди (оғир ёндош патология, хирургик операциялар, медикаментоз терапия). Масалан, антибактериал ва глюкокортикоидли терапиялар, аментар етишмовчилик, трахеостома мавжудлиги, ўпканинг сунъий вентилляцияси каби факторлар *P. aeruginosa* ни этиологик ролини оширади. Госпитал пневмонияни стафилококкли этиологиясига шубҳа қилиш мумкин, қачонки беморда сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ), коматоз ҳолат, нейрохирургик операцияларидан кейин узок вақт давом этувчи ўпканинг сунъий вентилляцияси (ЎСВ) ҳолатлари бўлса, узок вақт глюкокортикоидли ёки цитостатикли терапия олаётган беморларда госпитал пневмониянинг кўзгатувчилари бўлиб *Legionella* ва *Aspergillus* авлодининг замбуруглари ҳам бўлиши мумкин. Кўп миқдорда ошқозон сақламасининг аспирацияси натижасида ёки торакоабдоминал анаэроб микроорганизмлар воситасида чақиради.

Вентилятор ассоциациялашган пневмониялар

Вентилятор ассоциациялашган пневмониялар (ВАП) — бу ўпканинг сунъий вентилляциясида бўлган беморда биринчи 72 соат ичида ривожланувчи пневмониялар. Кўпинча аутофлоралар томонидан чақиради (пневмококк, *H. influenza*). Ўпканинг сунъий вентилляцияси 4 — суткасида бошлаб бу кўзгатувчилар кўпинча кўк йирингли таёқча, клебсиелла, энтеробактер ва бошқа граммманфий бактерияларга, кам ҳолларда тилла ранг стафилококкга алмашади.

Агар ўпканинг сунъий вентилляцияси бемор стационарга тушгандан 3 - 5 кундан кейин ўтказилса, у ҳолда флоранинг характери нозокомиал бўлиш эҳтимоли юқори.

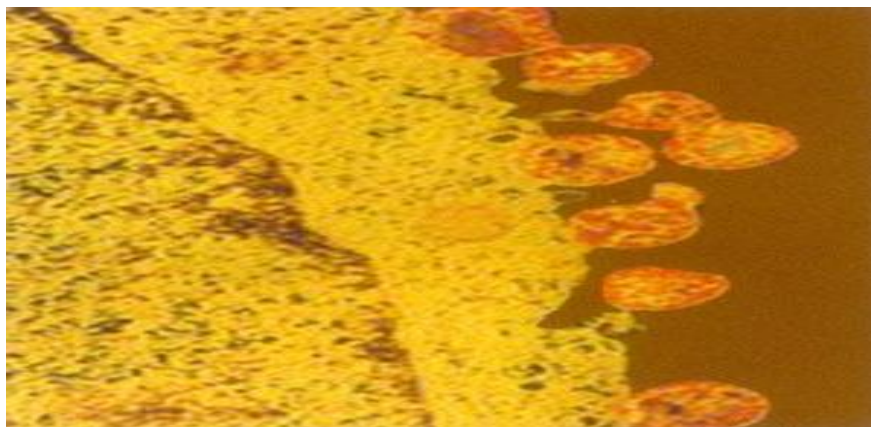
Иммунодефицити бор болаларда пневмониялар

Иммунотанқислик ҳолати кузатилган ҳолларда ўткир лейкозлар ва лимфома, трансплантант реципиентларида ва 14 кундан ошиқ глюкокортикоид препаратларини 2 мг/кг/сут дан кўп ёки 20 мг/сут кўп дозада қабул қилган болаларда ҳам пневмонияни одатдаги оппортунистик микрофлора чиқаради.

ВИЧ инфицирланган ОИТС билан касалланган ҳамда узоқ вақт давомида глюкокортикостероидли терапия олаётган болаларда пневмониянинг кўпинча *P. carinii*, кам ҳолларда цитомегаловируслар, атипик микробактериялар (*Mycobacterium avium* ва б.) ва замбуруглар чақиради. Ўткир лейкозда ва лимфомаларда нейтропения фонида пневмонияни ҳам бактериялар, ҳам вируслар (ре-вируслар, гетеровируслар, аденовируслар) ва аспергиллалар чақиради.

Атипик пневмониянинг қўзғатувчи штаммлари

Mycoplasma pneumoniae



Chlamydomphila pneumoniae.



Мухим органларни трансплантациясида пневмонияларни цитомегаловируслар чақиради. Суяккумигининг трансплантациясидан кейин нейтропения фонида - стафилококклар ва кўк йирингли таёқча билан, иммунодепрессия фонида - цитомегаловируслар, аденовируслар, герпесвируслар кўпинча *P. carinii* ва замбуруглар билан кеч даврда эса, пневмококк ва *H. influenzae* пневмонияларни чақиради.

1.2 Касалликни этиопатогенези, хозирги вақтда кечиш хусусиятлари.

Пневмониянинг ривожланишида асосий патофизиологик жараёнларга қуйидагилар киради: ташқи ва тўқима нафаси турли даражада бўлиши, нафас олиш етишмовчилиги, гипоксемия ва гипоксия, инфекцион агентни токсик таъсири биринчи ўринда МНС га, симпато-адренал ва юрак-қон томир системаларга, шунингдек, микроциркуляциянинг бузилиши, тўқима метаболизмини чуқур ўзгаришлари¹.

Гипоксемия пневмония патогенезини бошланғич звеноси бўлиб хисобланади. У инфекция агентнинг ўпка тўқимасига тушиши ва яллиғланиш ўчоғининг шаклланиши натижасида пайдо бўлади ва суюқлик ажралиши, альвеоларда эпидермиснинг кўчишини кучайиши, интерстициал тўқимани шиши ва газлар перфузиясини бузилиши билан характерланади. Бронхлар обструкцияси, ўпканинг шикастланмаган қисмларида эластик тўқима суст ривожланганлиги учун микроателектазлар ва викар эмфиземани ҳосил бўлиши газлар перфузиясини янада сусайтиради.

Гипоксемия нафас олиш етишмовчилиги, респиратор ацидоз ва қонда ис газининг кўпайиши билан кечади (гиперкапния). Бу эса, нафас марказини таъсирлайди ва компенсатор реакция - хансирашни чақиради (кичкина болада бу ноэффektiv), периферик капилляр турининг кенгайишига олиб келади.

Бундан ташқари кучайиб борувчи гипоксемия ва интоксикация тўқима нафас ферментларини функционал активлигини пасайишига ва уларнинг коферменти бўлиб хисобланган витаминлар захирасининг (С, В1, В2, В3, В6) сусайишига олиб келади. Полигиповитаминоз белгилари пайдо бўлади.

Гипоксия - патогенезнинг кейинги звеноси. Қондаги кислороднинг порциал босимини критик даражадан пастга тушиши натижасида келиб чиқади. Бундан бола организмнинг хужайравий кислородни узлаштириш хусусиятини йўқотади ва анаэроб типдаги алмашинув бошланади. Тўқималарда сут кислотаси ва бошқа оксидланмаган алмашинув махсулотлари тупланади, респиратор ацидозга метаболик ацидоз қушилади².

Қонда шу билан бирга веноз қонда аста-секин хужайралар томонидан утилизацияланмаган кислороднинг даражаси кўтарилади ва ис газининг миқдори пасаяди (гипокапния). Бу эса капиллярлар турини компенсатор спазмига ва қоннинг марказланишига олиб келади. Гипоксия гемодинамикани ва микроциркуляциясининг бузилиши натижасида биринчи навбатда хужайралари токсик таъсирга ва кислород етишмаслигига сезувчан бўлган аъзолар — МНС ва жигар зарарланади. Алмашинувнинг ҳамма турлари бузилади, нафас етишмовчилиги чуқурлашади. Тахипноэ диспноэ билан қисқа муддатли апноэ билан, Куссмаул ёки Чейн – Стокс типли нафас билан алмашинади, тери оқиш - кулранг тусга киради. Нафас мушакларининг кучайган ёки қўшимча дискоординациялашган иши организмнинг энергетик имкониятларини аста-секин сусайишига олиб келади.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 391, pages 2044-2049.

Дизергия – бу патологик жараёнининг ривожланишида энг хавфли босқичи хисобланади. Хужайравий даражасидаги алмашинувнинг чуқур ўзгаришлари бола реактивлигини ўзгартиради, хужайравий ва гуморал иммунитетлар сезиларли даражада пасаяди. Бу фонда хусусий бактериал флора активлашади, иккиламчи инфекция кўшилади, йирингли ўчоқлар пайдо бўлади, кейин эса, септикопиемия.

Кўп учрайдиган кўзгатувчилар:

- 1) Пневмококк, *H. influenzae*, стафилакокк, стрептококк, микоплазма *Ch. pneumoniae*, легионелла, вируслар.
- 2) Псевдомонадлар, клебсиеллалар, стафилаоокк, *E. coli*, *H. influenzae*, протей, *Brachanella*, серрарация, вируслар.
- 3) Стрептококк, грамманфий флора, хламидини, цитомегаловирус, *Brachanella*, пневмоциста, уреоплазма, вируслар.
- 4) Турли бактериялар, пневмоциста, замбуруглар, цитомегаловируслар, микобактериялар, вируслар.

Клиникаси

А) Умумий симптоматика – ўткир пневмония учун характерли: 3 кундан кўп фебрил иситма (38°C дан баланд). Яққол токсикоз. Беморда иштаҳа йўқ, ўзини тутиши ўзгаради (кузгалувчан, апатия), уйқуси бузилади, эммоционал тонус бузилади. Беморларнинг ярмида терининг рангпарлиги кўзга ташланади, оғир ҳолларда эса, тери мармарсимон, оёқлари совуқ. Цианоз одатда периорал. Токсикоз учун тахикардия характерли. Крупоз пневмониянинг жуда ўткир бошланишида қусиш кузатилиши мумкин. Нам йўтал 65% беморларда, қуруқ эса, 20% беморларда аниқланади.

Б) Нафаснинг ўзгариши.

Пневмония учун хансираш характерли. хансираш тахикардияга караганда камрок намоён бўлади. Шунинг учун пульс билан нафаснинг нисбати 3:1 дан паст бўлиши камдан – кам кузатилади.

Суст намоён бўлган обструктив ўзгаришлар кузатилиши мумкин нафас чиқаришнинг узайиши. (хуштаксимон хириллашлар). Плевра реакциясида оғриқли нафас олиш. Интерстициал пневмонияда нафас кескин тезлашган (90 – 100 та 1 мин ва ундан кўп).

В) Локал симптоматика. Массив шикастланишларда перкутор товуш қисқаради. Аускультацияда локал майда пуфакчали нам хириллашлар (беморларнинг ярмидан камроғида) эшитилади.

Хириллашлар касалликнинг бошида пайдо бўлиб, кейин йўқолиб ва сурилиш даврида яна ҳосил бўлиши мумкин. Касаллик давомида умуман эшитилмаслиги ҳам мумкин. Беморларнинг 70% да дагал ёки бронхиал нафас эшитилади. Сусайган нафас ўпканинг шикастланган қисмида бўлади. Кўпинча бронхофония ҳам аниқланади.

Г) *Гематологик силжишлар* лейкоцитоз, нейтрофилия чапга силжиши билан, СОЭ 20 мм/с ва ундан баланд.

Пневмококкли пневмониялар: қишда ва эрта баҳорда кўп учрайди. Бу пневмонияларнинг 25% бактеремия билан кечади ва касаллик ўлим билан тугаши ҳам мумкин. Кўпинча юқори бўлақларнинг пастки ва орқа сегментлари шикастланади.

Пневмококкли пневмонияда сегментар чегараланишлар йўқлигини морфологик ва рентгенологик жихатдан куриш мумкин.

Касаллик одатда иситмалаш билан ўткир бошланади. Йўтал, балғам ажралиши билан, интенсив плеврал оғриқлар кузатилади.

Кўпинча пневмонияга ўтмишдош бўлган респиратор инфекциянинг белгилари кўшилади. Бошида йўтал продуктив эмас, аммо кейинчалик “зангсимон” ёки яшил рангли, гохида эса, таркибида қон бўлган балғам ажралади. Сусайган нафас ва локал майда пуфакчали нам хириллашлар характерли. Кўп ҳолларда плевранинг шикастланиш шовқини эшитилади. Олдинлари эмфизема, менингит, эндокардит ва перикардит каби учраган асоратлар ҳозирги вақтда кам учрайди. Кўпинча экссудатив плевритлар кузатилади.

Касалхонадан ташқистафилококкли пневмония нисбатан кам симптомли ва хавфсиз кечади, лекин абсцесслар ҳосил бўлиши мумкин. 40% беморларда бактерияларда бактериемия кузатилади.

Микоплазмали пневмониялар. Микроплазма юқори вирулент кўзгатувчи бўлиб хисобланади ва хаво-томчи йўли билан юкади. Касалланиш эпидемик кутарилиши ҳам мумкин. Улар бир неча ой давомида учрайди.

Кўпинча продромал давр респиратор синдром, ҳолсизлик куринишида кузатилади. Пневмониянинг ривожланиши тез. Лекин иситма ёки субфибрилитет пайдо бўлиши билан аста-секин ривожланиши ҳам мумкин. Эт увишиши ва хансираш характерли эмас. Плеврал оғриқлар йўқ. Йўтал нопродуктив, ёки шиллик балғам ажралиши билан. Аускультацияда куруқ ёки нам хириллашлар эшитилади. Крепитация, перкутор товушнинг қисқариши, бронхиал нафас кузатилмайди. Плевра бўшлигига суюқлик камдан-кам ҳолатларда ажралади. Ўпкадан ташқари бўлган симптомлар хос: миалгия, кўп терлаш, кучли ҳолсизлик. Қонда оз микдорда лейкоцитоз (лейкопения). Лейкоцитар формула одатда

ўзгармаган., гохида анемия. Қонни экиб курганда — стерил, балғам — ноинформатив.

Рентгенологик текширувда ўпка расмининг кучайиши аниқланади. Инфилтратив ўзгаришлар кам бўлиши мумкин.

Микоплазмали пневмониялар учун белгилар диссоциацияси характерли: юқори иситмада нормал лейкоцитар формула ва шиллик балғам паст субфибрилитетда ёки нормал тана хароратида жуда кўп терлаш ва кучли ҳолсизлик. Хламидияли пневмония кўпинча респиратор синдром, қурук йўтал, фарингит, ҳолсизликдан бошланади. Пневмониянинг ривожланиши ўткир ости, эт увишиши ва юқори иситмалашларнинг пайдо бўлиши билан кечади. Йўтал продуктив, йирингли балғам ажралиши билан. Эрта муддатда аускультацияда крепитация ва локал нам хириллашлар эшитилади. Бўлакли пневмонияларда перкутор товушининг қисқариши, бронхиал нафас ва бронхофониянинг кучайиши аниқланади. Хламидияли пневмониялар плеврит билан асоратланиши мумкин. Бу плеврит плеврал оғриқлар ва плевра ишқаланиш шовкини билан келиб чиқади. Плеврал бўшлиқда суюқлик бўлган да перкуссияда тумтоқлик, аускультацияда эса, нафаснинг кескин сусайиши аниқланади, 5% беморларда синусит аниқланади. Типик ҳолатларда лейкоцитар формула ўзгармаган, лекин нейтрофилли лейкоцитоз бўлиши мумкин. Бир ёки ундан кўп бўлақларда инфилтратив ўзгаришлар топилади. Бу ўзгаришларнинг характери кўпинча перибронхиал.

Клебсиелла келтириб чиқарадиган пневмония ўткир бошланади ва турғун иситма, нафас олишда оғриқлар, хансираш, цианоз кузатилади. Балғам одатда желесимон, йирингли, гохида қон аралашган. Вақти-вақти билан қалтираш. Баъзи беморларда қон томир етишмовчилиги ривожланади. Кўпинча юқори бўлақларнинг орқа қисмлари ёки пастки бўлақлари шикастланади. Одатда пневмония ўнг томонлама бўлади.

Абсцесслар ҳосил бўлиши характерли. Ўпка паренхимасининг зарарланишига хос физикал белгилар: перкутор товуш қисқариши, бронхиал нафас, нам хириллашлар. Йирингли балғам келтириб чиқарадиган бронхлар обструкциясида нафас шовкинлари сусаяди. Ўпкадан ташқари асоратлар бўлиши мумкин: перикардит, менингит, гастроэнтерит, тери ва буғимнинг шикастланиши.

Касалхона ичи стафилакоккли пневмониясини кўпинча вирусли инфекциялар асоратлайди: Оғир касаллик ёки бўлиб ўтган операциядан кейин ётган беморларда ривожланади. Касалхонада узоқ вақт бўлиш ҳам стафилакоккли инфекция хавфини оширади. Стафилакоккли госпитал штамлари антибиотикорезистент ҳисобланади.

Йирик абсцесслар устида кутичасимон перкутор товуш: амфорик нафас эшитилади. Пневмония кўпинча плеврит билан асоратланади. Экссудати сероз, сероз — геморагик, йирингли бўлиши мумкин.

Легионеллез пневмониялар (легионерлар касаллиги) частотаси пневмонияларнинг умумий сонини 1 – 15% ни ташкил қилади (касалхона ичи пневмониялари 1—40% ни ташкил қилади). Эпидемиялар одатда кўзда бўлади. кўзғатувчи сувда яхши сақланади. Касалхона ичи пневмониялари кўшимча кортикостероидлар ва цитостатик қабул қилган беморларда ривожланади. Инкубацион давр 2-10 кун давом этади. Касаллик асосан ҳолсизликдан, уйкучанликдан ва иситмадан бошланади. Касалликнинг бошланишида 90% беморларда куруқ йўтал, 25 - 33% беморларда плеврал оғриқлар бўлади. Кўпгина беморларда кейинчалик йирингли балғам ажралади, айрим пайтларда қон тупуриш кузатилади. Клиникада пневмониянинг ҳамма симптомлари аниқланади: кўпинча нисбий брадикардия, 17% беморларда артериал гипотония кузатилади. Ўпкадан ташқари симптоматика, абдоминал дискомфорт, ич кетиши, бош оғриши, уйкучанлик. Пиелонефрит, синусит, парапроктит ва мия шиши ҳоллари ҳам кайд килинган. Перикардит ва инфекциян эндокардит кам учрайди. Лаборатор курсаткичлар: лейкоцитоз нейтрофилли силжиш билан, гипонатремия. Рентгенологик курсаткичлар тури касалликнинг бошланишида ўчоқли инфильтратлар хос. Плеврага тегиб турган инфильтратлар ўпка инфарктини эслатади. Ўпка абсцесси ривожланиши мумкин.

Аспирацион пневмония, ютиши бузилган (юмшок танғлай парези) беморларда ва назогастрал зонд мавжудлигида ривожланади. Иммунотанқислик бўлган болаларда пневмониялар: иммунотанқисликнинг гуморал формаларида пневмониялар пневмотроп флора томонидан чақирилади. Улар оғиркечади ва рецидивланишга мойил.

Иммунотанқисликни хужайравий формасида пневмоцистли пневмониялар учрайди: трансплантант реципиентларда цитомегаловирус томонидан чақирилган пневмониялар бўлади.

Ташҳислаш

Ўткир пневмония ташҳиси ўпка шикастланишини локал клиник симптомлар, токсикоз белгилари ва нафас етишмовчилиги: рентгенографияда ўчоқли, сегментар ёки лобар инфильтратив сояларнинг аниқланиши, таёқча ядроли силжиш билан нейтрофилли лейкоцитоз, СОЭ нинг ошиши; респиратор ёки арралаш ацидоз аниқланиш асосида қўйилади.

Кўзғатувчининг штаммини ва антибиотокларга сезувчанлигини аниқлаш учун микробиологик текширувлар ўтказилади. Текшириш учун қуйидагилар олинади: балғам, қон. Пневмония бактерия иштирокида кечаётгандагина гемокультурани ажратиб олиш мумкин. Шунингдек, яна

қўлланилади: билвосита иммунофлюоресценция реакцияси ёрдамида қонзардобда қўзғатувчининг антигенларини ва махсус антителоларни топиш мумкин; комплемент боғлаш реакцияси.

1.3. Пневмонияни ҳозирги замон даволаш тамойиллари^{1,2}.

Ўткир пневмонияларни даволаш қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Авайловчи режим.
2. Диета: боланинг ёшига ва талабига мос бўлиши керак; тез хазм бўлувчи, витаминларга бой бўлиши лозим.
3. Антибактериал терапия ташхис қуйилганидан бошлаб 10 — 14 кун давом эттирилиши керак.
4. Касалликнинг оғир формасида, хавфли кечишида эса, препаратларни алмаштириб, то клиник соғайишгача курс давом этади.
5. Микрофлора сезгир бўлган антибиотик тавсия қилинади.
6. Касалликнинг енгил формасида 1 та антибиотик ишлатилади.
7. Оғир формаларда кенг таъсирга эга бўлган препарат ёки 2 - 3 та антибиотикнинг комбинацияси берилади.
8. Яримсинтетик пенициллинларни биттаси ва аминогликозидларни ёки цефалоспоринларни бирга бериш энг самарали саналади.
9. 36-48 соат давомида даволаш самара бермаса, у ҳолда антибиотикларнинг 1 таси ёки 2 таси ҳам алмаштирилади.
10. Антибиотикларни узок вақт давомида қабул қилаётган беморларга замбуруғларга қарши препаратлар ҳам берилади: нистатин, флуказонзол, дифлюкан.

1.3 Пневмонияларнинг антибактериал терапияси.

Касалхонадан ташқарида юзага келган пневмониялар

Асоратланмаган пневмонияларда антибиотикларни ичишга буюриш мақсадга мувофиқ. Агар препаратларни парентерал юбориш билан бошланган бўлса, самара бергач, антибиотикларни перорал юборишга ўтиш керак (зинапоили терапия)

6 ойлик болаларда пневмонияларнинг типик формаларини даволаш стационар шароитларида ўтказилади ва антибиотиклар парентерал юборилади. Атипик формаларда танлов препаратлари бўлиб макролидлар ҳисобланади, типик формаларда эса, аминопенициллинлар ҳамда ингибитор - ҳимояланган пенициллинлар.

- Альтернатив антибиотиклар бўлиб цефазолин, аминогликозидлар ёки цефалоспоринлар II ва III авлодлари билан комбинацияси ҳисобланади. Анаэроб инфекцияда клиндамицин, метронидазол ишлатилади, пневмоцистли инфекцияда эса, ко-тримоксазол.
- 6 ойдан 6 ёшгача бўлган болаларда оғир бўлмаган, асоратланмаган пневмонияни даволаш амбулатория шароитларида ўтказилади ва перорал препаратлар тавсия қилинади. Танлов антибиотиклари эса, ингибитор — ҳимояланган пенициллинлар (амоксициллин, кловуланат, ауглинтин). Аллергик реакцияларга ёки ичак дисбактериози ривожланишига мойиллик бўлган беморларга макролидлар бериш мақсадга мувофиқ, чунки улар ичак микрофлорасига таъсир қилади.
- 6—15 ёшли болаларда оғир бўлмаган пневмониялар асосан уй шароитида ўтказилади ва периорал препарат берилади. Типик формада амоксициллин, бензатинфеноксиметилпенициллин, макролидлар тавсия қилинади. Атипик пневмонияда эса, даволашни макролидлардан бошлаш мақсадга мувофиқдир.
- Оғир формалар. Болаларда пневмониянинг оғир формаларида дарҳол госпитализация қилиш керак ва даволашни зинапоёли усул билан ўтказиш мумкин. Буюрилади пенициллинлар, шу қаторда яримсинтетик ва ҳимояланган (гемофилли этиологияга шубҳа бўлганда), пенициллин, цефалоспоринларнинг II авлоди аминогликозидлар билан комбинацияланган ҳолда.

Альтернатив препаратлар бўлиб цефалоспоринларнинг III авлоди, уларнинг аминогликозидлар билан комбинацияси ҳисобланади, кам ҳолларда хлорамфеникол.

Госпитал пневмониялар

Педиатрия стационарида кўзгатувчининг тури, унинг сезувчанлиги ва ўтказилган терапия орасида аниқ бир боғлиқлик мавжуд. Биринчи танланган препаратнинг таъсир самараси 36 - 48 соат давомида бўлса, унда бактериологик кўрсаткичлар асосида ёки эмпирик ҳолда альтернатив препаратга ўтилади. Оғирформаларда препаратни вена ичига юбориш лозим.

Жуда оғир ҳолларда, грамманфий флора томонидан чакирилган инфекцияларда фторхинолон гуруҳ препаратлари ишлатилиши мумкин: офлоксацин, цiproфлорксацин.

Жараённинг анаэроб характерида ингибитор — химояланган пенициллинлар қўлланилади. Курсатмалар асосан антибиотиклар замбуруғларга қарши препаратлар билан комбинация ҳолида ишлатилади (флуконазол).

Эрта пневмонияларда ингибитор — химояланган пенициллинлар (амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам) ёки цефалоспоринларнинг II авлоди буюрилади. III авлод цефалоспоринлари ва аминогликозидлар альтернатив препаратлар бўлиб ҳисобланади. Антибиотикни танлашда эмпирик терапия ҳисобга олинади.

Кечки пневмонияларда ингибитор — химояланган ва кўк йирингли таёкчага қарши бўлган пенициллинлар ҳамда кук йирингли таёкчага қарши активликка эга бўлган III — IV авлод цефалоспоринлар (тикарциллин, азлоциллин, цефазидим, цефоперазон, цефепим) аминогликозидлар билан биргаликда буюрилади. Альтернатив препаратлар бўлиб карбенициллин препаратлари (имипенем, меропенем) ҳисобланади.

Иммунтанқислик ҳолати бор беморларда пневмониялар. Бу гуруҳ беморларни даволаш, парваришlash иммунодепрессиясини максимал

боскичида профилактик антибактериал терапия ўтказишни талаб қилади. Бундан ташқари, этиотроп даволашни ўтказишга имқон берувчи, микрофлоранинг доимий мониторинги мақсадга мувофиқдир.

Бактериал табиатли пневмонияларда эмпирик терапия ўтказилади. Бунда цефалоспоринларнинг III-IV авлоди ёки ванкомицин аминогликозидлар билан (нетилмецин, амикацин) бирга қўлланилади. Пневмоцистозда ко-тримоксазол юқори дозаларда (20 мг/кг/сут) ишлатилади.

Замбуруғли инфекцияда — замбуруғларга қарши препаратлар (флуконазол, амфотерицин), герпетик инфекцияда ацикловир, ЦМВ инфекцияда — ганцикловир. Терапия доимийлиги 3 ҳафтадан кам бўлмаслиги керак. Протозоили ва замбуруғли пневмонияларда 4 — 6 ҳафта ва ундан кўп.

Антибиотикларсамарадорлигининг мезонлари^{1,2}

Пневмонияларда антибактериал терапиянинг самарадорлик гарови бўлиб, эффектни аниқ кайд қилиб бориш ва эффект бўлмаганда препаратни алмаштириш ҳисобланади.

- Тўлиқ самарадорлик: умумий ахволнинг яхшиланиши, иштаханинг кутарилиши ва хансирашнинг камайиши фонид асоратланган

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 391, pages 2044-2049.

пневмонияда эса ҳароратнинг 3 - 4 кун ичида 38 С дан пасайиши. Бу муддатларда рентгенологик ўзгаришлар кучаймайди ва камаяди.

- Қисман самарадорлик: юқорида курсатилган муддатларда тана ҳарорати субфебрил бўлиб сакланади. Токсикоз даражаси пасаяди, хансираш камаяди, салбий рентгенологик динамика йўқ. Одатда деструктив пневмонияларда метапневмоник плевритда кузатилади. Антибиотикнинг алмаштирилишини талаб қилади.

Антибиотикларни қўллашнинг давомийлиги

Даволашдан олдин ташхисни рентгенологик тасдиқлаш мақсадга мувофиқ. Барча ҳолларда, агар иложи бўлса, бактериологик (балғам, қон, плеврал суюқлик) ва серологик текширувлар учун материаллар олиниши керак. Бирламчи антибактериал воситани танлаш ва уни ноэффektivлигида алмаштириш деярли ҳамма вақт эмпирик олиб борилади.

Альтернатив препаратларга утиш учун курсатмалар: оғир бўлмаган пневмонияларга бирламчи танланган препаратнинг клиник эффекти 48 – 72 соат давомида, оғир пневмонияларда эса, 36 – 48 соат давомида самараси бўлмаса, шунингдек, дори воситаларига аллергик реакцияларнинг ривожланиши.

Терапиянинг давомийлиги кўзғатувчининг ҳаёт фаолиятини сусайтириш учун етарли бўлиши керак. Кўзғатувчининг элиминациясини эса, иммунологик механизмлар охирига етказилади. Антибиотикни адекват танланлаш ва самаранинг тез юзага келишида даволаш учун 6 — 7 кун етарли бўлади. Оғир ва асоратли пневмонияларда эса, даволаш узокрок давом этади. Ўтказилаётган терапиянинг таъсир самараси юзага чиқкандан кейин ҳам парентерал даволашни камида яна 2 кун давомида олиб бориш керак. Таъсир самараси юзага чиқкандан кейин препаратларни преорал юборишга утиш лозим (зинаполяли терапия).

Нафас етишмовчилигини ва гипоксемияни бартараф этиш

Нафас йўллариининг обструкциясини балғамни суюлтирувчи, балғам ажратувчи дорилар ёрдамида йўқотиш лозим. Вибромассаж ўтказиш, тана ҳолати билан дренаж ҳосил қилиш, бронхоскопия, рестректив нафас етишмовчилигини камайтириш (тозаловчи ва сифонли клизмалар ёрдамида ҳамда дибазол, прозерин, бронхова спазмолитик воситалар буюрилади), оксигено ва аэротерапиялар ўтказиш.

- Юрак-қон томир етишмовчилигини ва гиповолемиюни бартараф этиш: юрак гликозидлари, полиглюкин, поляризацияловчи аралашма қўлланилади. Томирлар ва капиллярлар спазмида папаверин ва никотин кислота ишлатилади.
- *Дезинтоксикация*: глюкоза-гузлизэритмаларни томчилаб юбориш.
- *Гипертермия билан курашиш*. Тана ҳарорати 38,5⁰С дан баланд

- бўлган да ўтказилади. Буюрилади:
- а) марказий таъсирга эга бўлган антипиретиклар (амидопирин, анальгин, ацетилсалицил кислотаси);
 - б) тери томирларининг спазмини йўқотувчи ва терморегуляциянинг периферик механизмларига таъсир килувчи препаратлар (пипольфен, аминозин);
 - в) литик аралашмалар;
 - г) физик совутиш усуллари (ошқозонни совуқ сув билан ювиш, сифон клизмалар, муз солинган пуфакларни бошга, жигар ва йирик томирлар соҳасига қўйиш);
- *Симптоматик терапия.* Енгил даражали гипоксия энцефалопатияда қўлланилади: антигистамин, седатив ва томир препаратлари, мияда микроциркуляцияни ва алмашинув жараёнларини яхшилаш учун ГОМК, глутамин кислотаси, ўрта оғирликда дегидратация ва мия шишини перцентив даволаш.
 - Томир тортишиш синдромида вена ичига седуксен, маннитол, преднизолон юборилади, диурезнинг назорати остида соатма-соат регидратация ўтказилади.
 - Астматик синдромда бронхолитиклар ва аэрозоллар куринишида балғамни суюлтирувчи воситалар, шамчалар, микстуралар қўлланилади; оғир ҳолларда вена ичига ва мушак орасига юборилади.
 - Буйрак усти безини пў стлок қисмининг шикастланиши ва функционал етишмовчилиги билан боғлиқ бўлган оғир токсик синдромларида гормонал терапия буюрилади.

ПНЕВМОНИЯ

Пневмония–упкапаренхимасининг уткиринфекцион касаллиги булиб хисобланади; нафас олиш етишмовчилиги синдроми ёки физикал курсаткичлар ҳамда рентгенограммадаги инфилтратив узгаришлар билан намоён булади^{1,2}.

Касаллик тарқалганлиги. Хар йили ер юзида уткир респиратор касалликлардан ва уларнинг асоратларидан 2,2 млн. одам нобуд булади. Бундан 75% улимларнинг сабаби булиб пневмония хисобланади. Шимолий Америкада пневмониялардан ва крупоз пневмониядан бир йилдаги улимлар даражаси 5 ёшгача булган болалар орасида 100000 га 13,2 та; 1 ёшгача булган болалар орасида 50,1 та;

ЖанубийАмериканингтропикрайонларидаэса 281,8 ва 925,2; ривожланганмамлакатлардаболаларбарчатеэкорконсултацияларининг гучданбиркисмипневмонияларсабабли.

Уткирпневмониялар 3 ёшгачабулганболалардакупучрайди. Болаликдаупкапатологияситизимидауткирпневмония 80% холларни ташкил этади, айникас, уткирреспираторвируслиинфекциянинг (УРВИ) купхоллардаасоратисифатидаюзагакелади(уртахисобда 1 ёшгачаболаларнинг 20% да, 3 ёшгачабулганларнингэса 10% да). 6 ойгачабулганболалардагипневмонияларнинг 50% касалхонаичиинфекцияфонидаривожланади.

Касалхонаичипневмониялари — бустационаргатушганданкейин 2 ёкиунданкупсуткаутгачривожланиб, рентгенологтомонидантасдикланганпневмониялар. Буларгаякиндастационарданчикарилганболалардавауйшароитидаантибиотикларбиландаволанганболалардапневмонияривожланишхолларихамкиради.

Ёшболалардауткирпневмонияларогиркечади, хаётучунхавфлибулгантоксиксиндромларбиланкечади. Буларболанингиндивидуалреактивлигивакузгатувчинингтоксиклигигабоглик. Хозиргивактдауткирпневмониялардагиулимкурсаткичинисбатанбаланд (0,1—0,4). Бу эса уз навбатида антибиотикларга резистент булган штаммларнинг пайдо булиши ва таркалишига боглик.

Рентгенологик кузатув билан утказилган текширувлар натижасига караганда, Узбекистонда 1 ойдан 15 ёшгача булган болалар орасида пневмония билан касалланиш 1000 тадан 4—17 тасида юзага келган. Грипп эпидемиялари даврида касалланиш купаяди. Касалхона ичи пневмонияларнинг учраш частотаси аник эмас.

1. Этиология.

Охирги йилларда пневмониялар этиологиясида сезиларли узгаришлар вужудга келди. Улар куйидагилар билан боглик:

6. Касалхона ичи пневмонияни келтириб чиқарувчи таёкчали микроорганизмларнинг спекторининг кенгайиши.

7. Микроорганизм хужайравий ичида жойлашган атипик кузгатувчилар (хламидия, микоплазма, легионеллар) пайдо булиши ва уларнинг купайиб бориши натижасида кенг кулланивчи бетталактам тизимли антибиотикларнинг ва аминогликозидларнинг таъсир самарасининг йуколиши.

Сезувчанлиги пасайган ёки бензилпенициллинга ва баъзи бир цефалоспоринларга резистент булган пневмококк штамmlарининг пайдо булиши ва таркалиши.

4. Бетгалактамаза ишлаб чиқарувчи микроорганизмлар штамmlарининг частотаси купайиши.

5. Иммунтанкислиги кузатилган беморларда пневмониянинг узига хос микроорганизмлар томонидан ривожланиш холлари сонининг купайиши:

Pneumocystiscarinii, *Nocardiaspp*, *Microbacteriumsp*, токсоплазма, замбруглар, вируслар.

6. Ойгача булган чакалоқларда касалхона ташки пневмониялари кам учрайди. Одатда улар катта ёшдагилардан ва сибсдан инфицирланиш билан боғлиқ булиб УРВИ фонида ривожланади. Болаларда пневмония овқат лукмасини одатий аспирациясига олиб келувчи дисфагия ва рефлюкслар билан боғлиқ булади; 7—10% холларда пневмония тизимли касалликнинг биринчи манефестацияси булиб хисобланади. Масалан, бирламчи иммунодефицит ёки муковисцидоз. Одатда кузгатувчи сифатида тилла рангли стафилококк ва ичак таёкчаси, кам холларда *Naraxellacathatalis*.

Болаларда овқат лукмалари одатий аспирацияда куп холларда ичак флорасининг бошка вакиллари хам ажралади.

Перинатал даврда инфицирланиш натижасида келиб чиқадиган пневмонияларни кузгатувчиларнинг роли охириги ярим йилликда муҳим ахамиятга эга. Улар купинча афебрил кечади ва рентгенограммада диффуз узгаришлар булади. Камдан — кам холларда муддатдан олдин тугилган чакалоқларда пневмоцитозга ухшаб кечади: чуқур чала тугилганларда эса, уреоплазма ва *Mycoplasma hominis* лар билан чакирилган пневмония хам кузатилган.

Хаётнинг иккинчи ярим йиллигида хламидияли пневмониялар деярли кузатилмайди, аспирацион пневмониялар эса кам учрайди.

Янги тугилган чакалоқларда она корнида (анте ва интранатал) ва касалхона ичи (шу каторда ухшаш сунъий вентиляцияси билан боғлиқ булган) инфицирланиш куп учрайди. Касалхона ташки пневмониялар эса, етилиб тугилганларда хаётининг 3 – 6 хафтасидан кейин, чала тугилганларда 1,5 – 3 ойдан кейин кузатилади.

Она корнида ривожланган пневмонияларни куп холларда В гурухига мансуб стрептококклар (*Streptococcus agalacticae*), *Sheria coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*. Антинатал инфицирланишда эса – G ва D гурухларига мансуб стрептококклар, *Listeria monocytogenes*, *Trichonema*.

Цитомегаловируслар, оддий герпес вируси, *Candida* авлодининг замбруглари билан ассоциацияси булиши мумкин. *Mycoplasma Hominis*

ва *Ureaplasmaurelylicum* лар каби хужайравий ичи микроорганизмларнинг этиологик ахамияти аник исботланган ва hozирда текширувлар предмети *Pneumoystiscarinii* томонидан хам чакирилиши мумкин.

6 ойдан 4 ёшгача булган болалардаги касалхона ташки пневмонияларида кузгатувчи булиб купинча пневмококк булади. Пневмококкли пневмония билан касалланишнинг усиши бола хаётининг биринчи йили охирида бошланади.

Буни эса болага трансплацентар йул оркали утган пневмококкларга карши антителоларнинг титрларини энг пастки даражасига тушиб кетишини таъминлайди. В типига мансуб *Haemophilus influenzae* нинг капсулали формаси Марказий Осиёда ёш болалардаги пневмонияларнинг деструктив куринишлари 20% да ошишини келтириб чикаради. 1—6 ойлик болаларда касалхона ташки пневмониялар Бу ёшдаги пневмонияларни клиник келиб чикишига караб 2 гурухга булиш мумкин:

3 — типик — фокал (учокли, кушилган) — Баланд иситма фонида ривожланадиган пневмониялар.

4 — атипик — упкада диффуз узгаришлар устунлиги билан ва юкори булмаган ёки нормал тана харорати билан кечадиган пневмониялар.

Типик пневмонияларнинг кузгатувчилари булиб куп холларда вируслар (респиратор — синтетиал, парагрипп ва бошкалар), ичак таёкчаси ва бошка грамманфий ичак флораси, стафилакокклар, кам холларда *Moraxellacatharaelis* ва *Bordetellepertussis* лар ташкил килади. Пневмококклар ва *Haemophilus influenzae* пневмонияни кам холларда чакиради (10% атрофида), чунки болада онадан утган антителолари бор. Атипик пневмонияларнинг асосий кузгатувчиси — *Chlamidiatrachomatis*. *Chlamidiatrachomatis* билан инфицирланиш тугрук даврида содир булади. Хламидияли инфекциянинг биринчи клиник белгиси чакалок хётининг биринчи ойида конъюнктивит булиб хисобланади. Пневмониянинг симптоматикаси эса, 6 — 8 хафтадан кейин намоён булади^{1,2}.

Биринчи ярим йилликда пневмония, муковисцидоз ва бирламчи имунтанкисликнинг биринчи белгиси булиши мумкин, бу эса тегишли текширувларни утказишни оклайди. Пневмонияларни куп фоизи овкат лукмасининг одатий аспирацияси (ошкозон — кизилунгач рефлюкси, дисфагия) билан боглик. Буларнинг этиологиясида ичак бактериалари ва спора хосил килмайдиган анаэроблар асосий рол уйнайдилар.

Касалхона ташки пневмонияси 6 ой – 6 ёшли болаларда. Бу ёшдаги болаларда пневмонияни вируслар (респиратор – синтетиал, парагрипп (3 ва 1 типлар), грипп А ва В ва кам холларда аденовируслар) чакириши мумкин.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 391, pages 2044-2049.

ойлигидан кейин энг купуч ровчи бактериал кузгатувчи булиб пневмококк хисобланади.

Убарча касалхоната шки пневмонияларининг ярминикелтириб чиқаради. Кейинги кузгатувчибу - *H. influenzae* (*Hib*—10% гача). Бу икки кузгатувчи яна бошқа купгина упка деструкцияси холларини ва плевритларнинг ривожланишида иштирок этади. *H. influenzae* ни капсуласиз шакли пневмококklar билан биргаликда упка пунктларидан усиб чиқади. Лекин уларнинг мустакил холда пневмонияни келтира олиши ёки олмаслиги халигача ноаник.

6 ой - 6 ёшгача болаларда *Mycoplasma pneumoniae* пневмонияни кам холларда келтириб чиқаради ва 10% ни ташкил қилади. *Chlamydia pneumoniae* эса, ундан хам кам холатларда пневмонияни чақиради. Бактериал пневмонияларга, деярли ярим холатларда респиратор вирусли инфекция утмишдош булиб хисобланади.

Касалхона ташки пневмония 7 – 15 ёшли болаларда типик пневмонияларнинг бу ёшдаги болаларда асосий бактериал кузгатувчи булиб пневмококк хисобланади (35 — 40%) *Hip* деярли кузатилмайди.

Кам холларда пневмонияни муртақлардан лимфоген йул билан тарқаладиган пиоген стрептококк чақириши мумкин.

Мактаб ёшида эса, атипик пневмонияларни частотаси ошади (20% гача ва ундан куп).

Mycoplasma pneumoniae томонидан ривожланган пневмония ошади (7% ва ундан куп).

Мактабгача булган даврда ва мактаб ёшида, микоплазмаларнинг ахамияти ошади. Усмирларда пневмония ривожланишида *Chlamydia pneumoniae* хам мухим рол уйнашини кузда тутиш лозим (томоқда яккол узгаришлар ва буйин сохасининг йирингсиз лимфаденити билан кечади).

Госпитал пневмониялар

Касалхона ташки пневмонияларидан куйидагилар билан фаркланади:

5. Кузгатувчилар спектри билан
6. Кузгатувчиларни антибиотикларга резистентлиги билан
7. Огир кечиши ва асоратларнинг частотаси билан
8. Юкори леталлик билан.

Госпитал пневмониянинг этиологиясида одатда антибиотикларга резистент булган касалхона флораси билан бир каторда, бемор аутофлораси хам мухим рол уйнайди. Купинча госпитал пневмониянинг кузгатувчилари: *E. coli*, *K. pneumoniae*, *Proteus spp.*, *Enterobacter spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*: кам холларда эса — *S. Aureus*

хисобланади. Грамманфий флора билан инфицирланишни даволаш ва диагностик муолажаларни бажарилишида содир булиши мумкин (катетеризация, бронхоскопия, торакоцентез, балгамни отсос килишда). Флоранинг характерли стационар профилига ва эпидемиологик режимига боғлиқ.

Аутофлора билан инфицирланишда эса, кузгатувчининг характери ва сезувчанлигини аниқлаш учун шу касаллик ривожланишидан олдин утказилган терапияни билиш ёрдам беради.

Касалхона ичи пневмонияларини ёки одатда антибиотикларга юкори резистент булган кузгатувчиларни "касалхона" штамлари (стафилококklar, клибсиеллар, псевдомонас, протей) ёки беморнинг аутофлораси чакиради. Бундан пневмонияларнинг ривожланишида беморга утказилаётган антибактериал терапия "ёрдам беради". Чунки антибактериал терапия пневмотроп формани сусайтиради, бунга эса, болада у ёки бу даражада иммунитет бор. Натижада респиратор йулнинг пастки кисмларини бегона флора эгаллашига йул очилади (купинча ичак флораси).

Купинча госпитал пневмониянинг кузгатувчилари булиб, грамманорсит микроорганизмлар саналади (*E. coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Legionella*, *p. aeruginosa*, *S. pneumoniae*). Шунингдек, этиологияда бемордаги турли хавф омиллари билан кузгатувчиларнинг асоцияси мухим урин тутади (огир ёндош патология, хирургик операциялар, медикаментоз терапия). Масалан, антибактериал ва глюкокортикоидли терапиялар, элементар етишмовчилик, трахеостома мавжудлиги, упканинг сунъий вентиляцияси каби факторлар *P. aeruginosa* ни этиологик ролини оширади. Госпитал пневмонияни стафилококкли этиологиясига шубха килиш мумкин, қачонки беморда сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ), коматоз холат нейрохирургик операцияларидан кейин, узок вақт давом этувчи упканинг сунъий вентиляцияси (УСВ) холатлари булса, узок вақт глюкокортикоидли ёки цитостатикли терапия олаётган беморларда госпитал пневмониянинг кузгатувчилари булиб *Legionella* ва *Aspergillus* авлодининг замбуруглари ҳам булиши мумкин. Куп микдорда ошқозон сакламасининг аспирацияси натижасида ёки торакоабдоминал анаэроб микроорганизмлар чакиради.

Вентилятор ассоциациялашган пневмониялар

Вентилятор ассоциациялашган пневмониялар (ВАП) — бу упканинг сунъий вентиляциясида булган беморда биринчи 72 соат ичида ривожланувчи пневмониялар. Купинча аутофлоралар томонидан чакирилади пневмококк, *H. influenzae*. Упканинг сунъий вентиляцияси 4 — суткасида бошлаб бу кузгатувчилар купинча кук йирингли таёкча,

клебсиелла, ацинебактер, энтеробактер ва бошка грамманфий бактерияларга, кам холларда тилла ранг стафилококкга алмашади.

Агар упканинг сунъий вентиляцияси бемор стационарга тушгандан 3 - 5 кундан кейин килинса, у холда флоранинг характери назокоминал булиш эхтимоли юкори.

Иммунодефицити бор болаларда пневмониялар.

Иммунотанкислик холати кузатилган холаларда пневмонияларни, шунингдек, уткир лейкозлар ва лимфома, трансплантоит реципиентларида ва 14 кундан ошик глюкокортикоид препаратларини 2 мг/кг/сут дан куп ёки 20 мг/сут куп дозада кабул килган болаларда хам одатдаги кам оппортунистик микрофлора чикаради.

ВИЧ инфицирланган ОИТС билан касалланган хамда узок вакт давомида глюкокортикостероидли терапия олаётган болаларда пневмониянинг купинча *P. carinii*, кам холларда цитомегаловируслар, атипик микробактериялар (*Mycrobacteriummarium* ва б.) ва замбуруглар чакиради. Уткир лейкозда ва лимфомаларда нейтропения фониди пневмонияни хам бактериялар, хам вируслар (ре-вируслар, гетеровируслар, аденовируслар) ва аспергиллалар чакиради.

Мухим органларни трансплантацияда пневмонияларни цитомегаловируслар чакиради. Суяккумигининг трансплантациясидан кейин нейронемия фониди - стафилококклар ва кук йирингли таёкча билан, иммунодепрессия фониди - цитомегаловируслар, аденовируслар, герпесвируслар купинча *P. carinii* ва замбуруглар билан кеч даврда эса, пневмококк ва *H. influenzae* билан биргаликда пневмонияларни чакиради.

4. Патогетез

Пневмониянинг ривожланишида асосий патофизиологик жараёнларга куйидагилар киради: ташки ва тукима нафаси турли даражада булиши, нафас олиш етишмовчилиги, гипоксемия ва гипоксия, инфекцион агентни токсик таъсири биринчи уринда МНС га, симпато-адренал ва юраккон томир системаларга, шунингдек, микроциркуляциянинг бузилиши, тукима метаболизмни чукур узгаришлари.

Пневмония патогенизини бошлангич звеноси булиб гипоксемия хисобланади. У инфекцион агентнинг упка тукимасига тушиши ва яллигланиш учогининг шаклланиши натижасида пайдо булади ва суюклик ажралиши, альвеоларда эпидермиснинг кучишини кучайиши, интерстициал тукимани шиши ва газлар перфузиясини бузилиши билан характерланади. Бронхлар обструкцияси, упканинг шикастланмаган кисмларида эластик тукима суст ривожланганлиги учун микроателектазлар ва викар эмфиземани хосил булиши газлар перфузиясини янада сусайтиради.

Гипоксемия нафас олиш етишмовчилиги, респератор ацидоз ва конда ис газининг купайиши билан кечади (гиперкапния). Бу эса, нафас

марказини таъсирлайди ва компенсатор реакция - хансирашни чакиради (кичкина болада бу ноэффektiv), периферик капилляр турининг кенгайишига олиб келади. Бундан ташқари кучайиб борувчи гипоксемия ва интоксикация тукима нафас ферментларини функционал активлигини пасайишига ва уларнинг коферменти булиб хисобланган витаминлар захирасининг (С, В1, В2, В3, В6) сусайишига олиб келади. Полигиповитаминоз белгилари пайдо булади.

Гипоксия - патогенезнинг кейинги звеноси. Қондаги кислороднинг порциал босимини критик даражадан пастга тушиши натижасида келиб чиқади. Бундан бола организмнинг хужайравий кислородни узлаштириш хусусиятини йукотади ва анаэроб типдаги алмашинув бошланади. Тукималарда сут кислотаси ва бошка оксидланмаган алмашинув махсулотлари тупланади, респиратор ацидозга метаболик ацидоз кушилади.

Конда шу билан бирга веноз конда аста-секин хужайралар томонидан утилизацияланмаган кислороднинг даражаси кутарилади ва ис газининг микдори пасаяди (гипокапния). Бу эса капиллярлар турини компенсатор спазмига ва коннинг марказланишига олиб келади. Гипоксия гемодинамикани ва микроциркуляциясининг бузилиши натижасида биринчи навбатда хужайралари токсик таъсирга ва кислород етишмаслигига сезувчан булган аъзолар — МНС ва жигар зарарланади. Алмашинувнинг хамма турлари бузилади, нафас етишмовчилиги чуқурлашади. Тахипноэ алмашинувида диспноэ билан киска муддатли апноэ билан, Куссмаул ёки Чейн – Стокс типли нафас билан, тери окиш - кулранг тусга киради. Нафас мушакларининг кучайган ёки кушимча дискоординациялашган иши организмнинг энергетик имкониятларини аста-секин сусайишига олиб келади.

Дизергия – бу патологик жараёнининг ривожланишида энг хавфли боскичи хисобланади^{1,2}. Хужайравий даражасидаги алмашинувнинг чуқур узгаришлари бола реактивлигини узгартиради, хужайравий ва гуморал иммунитетлар сезиларли даражада пасаяди. Бу фонда хусусий бактериал флора активлашади, иккиламчи инфекция кушилади, йирингли учоклар пайдо булади, кейин эса, септикопиемия.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 391, pages 2044-2049.

Утқир пневмонияларнинг классификацияси

Жадвал— 1

Морфологик форма	Инфицирланиш шароитлари	Кечиши	Асоратлари	
			Упкага боғлиқ	Упкадан ташқари
Учокли	Касалхона	Утқир	Силпневмотик	Инфекционтоксик шок
Сегментар	Касалхона	Чузилган	Металпневмотик плеврит	ДВС синдром
Учокли кушилган	Перинатал инфицирланиш да		Упка реструкцияси	Юрак-контомир етишмовчилиги
Крупоз	Иммунотанкистик		Упка абсцеси	Респиратор дистресс - синдром
	Беморларда			Катталар типиди
Интерстициал			Пневмоторакс Пиопневмоторакс	

Куп учрайдиган кузгатувчилар:

- 5) Пневмококк, *H. influenzae*, стафилакокк, стрептококк, микоплазма *Ch. pneumoniae*, итонелла, вируслар.
- 6) Псевдомонадлар, клебсиеллар, стафилакокк, *E. coli*, *H. influenzae*, протей, *Brachanella*, серрарация, вируслар.
- 7) Стрептококк, грамманфий флора, хламидини, фитомегаловирус, *Brachanella*, пневмоцита, уреоплазма, вируслар.
- 8) Турли бактериялар, пневмоцита, замбуруглар, цитомегаловируслар, микобактериялар, вируслар.

6. Клиника.

А) умумий симптоматика – утқир пневмония учун характерли 3 кундан куп фебрил иситма (38С дан баланд). Яккол токсикоз. Беморда иштаха йук, узини тутиши узгади {кузгалувчан, апатия), уйкуси бузилади, эммоцинал тонус бузилади. Беморларнинг ярмида терининг рангпарлиги кузга ташланади, огир холларда эса, тери мармарсимон, оёқлари совук. Цианоз фақат J беморларда учрайди, одатда периорал. Токсикоз учун

тахикардия характерли. Крупоз пневмониянинг жуда уткир бошланишида кусиш кузатилиши

мумкин. Нам йутал 65% беморларда, курук эса, 20% беморларда аникланади.

Б) нафаснинг узгариши.

Пневмония учун хансираш характерли. хансираш тахикардияга караганда камрок намоён булади. Шунинг учун пульс билан нафаснинг нисбати 3:1 дан паст булиши камдан – кам кузатилади.

Суст намоён булган обструктив узгаришлар кузатилиши мумкин нафас чикаришнинг узайиши. (хуштаксимон хириллашлар). Плевра реакциясида огрикли нафас олиш. Интерстициал пневмонияда нафас кескин тезлашган (90 – 100 та 1 мин ва ундан куп).

Касаллик одатда иситмалаш билан уткир бошланади. Йутал, балгам ажралиши билан, интенсив плеврал огриклар кузатилади.

Купинча пневмонияга утмишдош булган респиратор инфекциянинг белгилари кушилади. Бошида йутал продуктив эмас, аммо кейинчалик “зангсимон” ёки яшил рангли, гохида эса, таркибида кон булган балгам ажралади. Сусайган нафас ва локал майда пуфакчали нам хириллашлар характерли. Куп холларда плевранинг шикастланиш шовкини эшитилади. Олдинлари эмфизема, менингит, эндокардит ва перикардит каби учраган асоратлар хозирги вақтда кам учрайди. Купинча экссудатив плевритлар кузатилади.

Крупоз пневмониянинг таянч диагностик белгилари.

Жадвал—2

Клиник белгилар	Рентгенологик белгилар	Гематологик узгаришлар	Лаборотор узгаришлар
Уткир бошланиши, калтираш, кусиш, нафас олишда кукрак кафасидаогрик	Булак ёки сегментнинг инфильтрация гомогенлиги	Яккол нейтрофилли лейкоцитоз	Гиперфибринонемия {12 мкмоль/л дан куп)
Цикликлиги, юкори ва тургун тана	Яккол плеврал реакция	Лейкоцитлар формуланинг силжиши таёкча-	Олигурия протеинурия цилиндрурия

хароратининг критик тушиб кетиши		ядроли нейтрофил 15% дан ортик. Периферик конда метамиелоцитлар	
Упкада аускультатив ва перкутор узгаришларнинг якколлиги		Нейтрофилларнинг токсоген донадорлиги	Балгамда пневмококк аникланиши
“зангсимон” ёки кунгир рангли, чузилувчан шишасимон балгам		Анэозинофилия	

Касалхона ташки стафилококкли пневмония нисбатан кам симптомли ва хавфсиз кечади, лекин абсцесслар хосил булиши мумкин. 40% беморларда бактерияларда бактериемия кузатилади.

Микроплазмали пневмониялар. Микроплазма юкори вирулент кузгатувчи булиб хисобланади ва хаво-томчи йули билан юкади. Касалланиш эпидемик кутарилиши хам мумкин. Улар бир неча ой давомида учрайди.

Купинча продромал давр респиратор синдром, холсизлик куринишида кузатилади. Пневмониянинг ривожланиши тез. Лекин иситма ёки субфибрилитет пайдо булиши билан аста-секин ривожланиши хам мумкин. Эт увишиши ва хансираш характерли эмас. Плеврал огриклар йук. Йутал нопродуктив, ёки шиллик балгам ажралиши билан. Аускультацияда курук ёки нам хириллашлар эшитилади. Крепитация, перкутор товушнинг кискариши, бронхиал нафас кузатилмайди. Плевра бушлигига суюклик камдан-кам холатларда ажралади. Упкадан ташкари булган симптомлар хос: миалгия, куп терлаш, кучли холсизлик. Қонда оз микдорда лейкоцитоз (лейкопения). Лейкоцитар формула одатда узгармаган., гохида анемия. Қонни экиб курганда — стерил, балгам — ноинформатив.

Рентгенологик текширувда упка расмининг кучайиши аникланади. Инфилтратив узгаришлар кам булиши мумкин.

Микроплазмали пневмониялар учун белгилар диссоциацияси характерли: юкори иситмада нормал лейкоцитар формула ва шиллик балгам

паст субфибрилитетда ёки нормал тана хароратида жуда куп терлаш ва кучли холсизлик. Хламидияли пневмония купинча респиратор синдром, курук йутал, фарингит, холсизликдан бошланади. Пневмониянинг ривожланиши уткир ости, эт увишиши ва юкори иситмалашларнинг пайдо булиши билан кечади. Йутал продуктив, йирингли балгам ажралиши билан. Эрта муддатда аускультацияда крепитация ва локал нам хириллалашлар эшитилади. Булакли пневмонияларда перкутор товушининг кискариши, бронхиал нафас ва бронхофониянинг кучайиши аникланади. Хламидияли пневмониялар плеврит билан асоратланиши мумкин. Бу плеврит плеврал огриклар ва плевра ишкаланиш шовкини билан келиб чикади. Плеврал бушликда суюклик булганда перкуссияда тумтоклик, аускультацияда эса, нафаснинг кескин сусайиши аникланади, 5% беморларда синусит аникланади. Типик холатларда лейкоцитар формула узгармаган, лекин нейтрофилли лейкоцитоз булиши мумкин. Бир ёки ундан куп булакларда инфилтратив узгаришлар топилади. Бу узгаришларнинг характери купинча перибронхиал.

Клебсиелла келтириб чикарадиган пневмония уткир бошланади ва прострацияли, тургун иситма, нафас олишда огриклар, хансираш, цианоз кузатилади. Балгам одатда жемсимон, йирингли, гохида кон аралашган. Вакти-вакти билан калтираш. Баъзи беморларда кон томир етишмовчилиги ривожланади. Купинча юкори булакларнинг орка кисмлари ёки пастки булаклари шикастланади. Одатда пневмония унг томонлама булади.

Абсцесслар хосил булиши характерли. Упка паренхимасининг зангланишига физикал белгиларга хос: перкутор товуш кискариши, бронхиал нафас, нам хириллалашлар. Йирингли балгам келтириб чикарадиган бронхлар обструкциясида нафас шовкинлари сусаяди. Упкадан ташкари асоратлар булиши мумкин: перикардит, менингит, гастроэнтерит, тери ва бугимнинг шикастланиши.

Касалхона ичи стафилакокк пневмония купинча вирусли инфекцияларни асоратлайди: Огир касаллик ёки булиб утган операциядан кейин резистентлиги булган стационар беморларда ривожланади. Касалхонада узок вақт булиш хам стафилакоккли инфекция хавфини оширади. Стафилакоккли госпитал штамлари антибиотикорезистент хисобланади.

Кук фонусли бронхопневмония типи буйича ривожланиши осон дренажланувчи перебронхиал абсцессларнинг ривожланиши стафилакоккли пневмония учун характерли. Касаллик бошланиши уткир: юкори иситма, кайта - кайта титраш, хансираш, плеврал, сарик ёки жигарранг йирингли балгамли йутал.

Упка тукумаси зичланиши учун хос физикал курсаткичлар: бронхиал нафас, курук ва нам хириллашлар, нафас сусайиши, плеврал бушликда суюклик йигилишибелгилари.

Йирик абсцесслар устида кутисимон перкутор товуш: амфорик нафас эшитилади. Пневмония купинча плеврит билан асоратланади. Экссудатли сероз, сероз — геморагик, йирингли булиши мумкин. Легионеллез пневмониялар (легионерлар касаллиги) частотаси пневмонияларнинг умумий сонини 1 – 15% ни ташкил килади (касалхона ичи пневмониялари 1—40% ни ташкил килади). Эпидемиялар одатда кузда булади. кузгатувчи сувда яхши сакланади. Касалхона ичи пневмониялари кушимча кортикостероидлар ва цитостатик кабул килганларда ривожланади. Инкубацион давр 2-10 кун давом этади. Касаллик асосан холсизликдан, уйкучанликдан ва иситмадан бошланади. Касалликнинг бошланишида 90% беморларда курук йутал, 25 - 33% беморларда плеврал огриклар булади. Купгина беморларда кейинчалик йирингли балгам ажралади, айрим пайтларда кон туфуриш кузатилади. Клиникада пневмониянинг хамма симптомлари аникланади: купинча нисбий брадикардия, 17% беморларда артериал гипотония кузатилади. Упкадан ташкари симптомика, абдоминал дискомфорт, ич кетиши, бош огриши, уйкучанлик. Пиелонефрит, синусит, парапроктит ва мия шиши холлари хам кайд килинган. Перикардит ва инфекцион эндокардит кам учрайди. Лаборатор курсаткичлар: лейкоцитоз нейтрофилли силжиш билан, гипонатремия. Рентгенологик курсаткичлар тури касалликнинг бошланишида учокли инфилтратлар хос. Плеврага тегиб турган инфилтратлар упка инфарктини эслатади. Упка абсцесси ривожланиши мумкин.

ДИАГНОЗ.

Уткир пневмония ташхиси упка шикастланишини локал клиник симптомлар, токсикоз белгилари ва нафас етишмовчилиги: рентгенографияда учокли, сегментар ёки лобар инфилтратив сояларнинг аникланиши, таёкча ядроли силжиш билан нейтрофилли лейкоцитоз, СОЭ нинг ошиши; респиратор ёки арралаш ацидоз усулида куйилади.

КузраЗтувчининг штаммини ва антибиотокларга сезувчанлигини аниклаш учун микробиологик текширувлар утказилади. Текшириш учун куйидагилар олинади: балгам, кон. Пневмония бактерия иштирокида кечаётгандагина гемокултурани ажратиб олиш мумкин. Шунингдек, яна кулланилади: билвосита иммунофлюоресценция реакцияси ёрдамида конзардобида кузгатувчининг антигенларини ва махсус антителиларни топиш мумкин; комплемент боглаш реакцияси. Экспресс — методларга киради: антигенларни балгамда аниклаш, бевосита иммунофлюоресценция реакцияси.

Даволаш.

Уткир пневмонияларни даволаш куйидагиларни уз ичига олади:

11. Сакловчи режим.

12. Диета: боланинг ёшига ва талабига мос булиши керак; тез хазм булувчи, витаминларга бой булиши лозим.

13. Антибактериал терапиянинг ташхиси куйилганидан бошлаб 10 — 14 кун давом эттирилиши керак. Касалликнинг огир формасида, хавфли кечишида эса, препаратларни алмаштириб, то клиник согайишгача курс давом этади. Микрофлора сезгир булган антибиотик тавсия килинади. 4 - гурух пневмококка боғлиқ булган касалликнинг енгил формасида 1 та антибиотик ишлатилади, одатда пенициллин ёки сульфаниламидлар билан биргаликда.

Огир формаларда кенг таъсирга эга булган препарат ёки 2 - 3 та антибиотикнинг комбинацияси берилади.

Яримсинтетик пенициллинларни биттаси ва аминогликозидларни ёки цефалоспоринларни бирга бериш энг смарали саналади. 36 — 48 соат давомида даволаш самара бермаса, у холда антибиотикларнинг 1 таси ёки 2 таси хам алмаштирилади. Антибиотикларни узок вақт давомида қабул килаётган беморларга замбурурларга қарши препаратлар хам берилади: нистатин, леворин.

Кузгатувчиларни антибиотикларга сезувчанлик *S. pneumoniae*. Россияда пневмококкни купгина штамлари пенициллинга сезувчан. Бу эса, касалхона ташки пневмонияларини даволашда пенициллин ва макролид препаратларини танлашга имкон беради. Пневмококкларни 1/3 қисми котримоксазолга сезувчан эмас. Шунингдек, пневмококклар, гентамицин ва бошқа аминогликозидларга умуман сезувчан эмас. Шунинг учун даволашда бу препаратлар қулланилмайди.

N. influenzae нинг купгина штамлари аминопенициллинларга (амоксициллинга, ампициллинга), эритромицинга, цефалоспоринларнинг II - III авлодларига, хлорамфениколга сезувчан. Гемофил таёкчанинг аминопенициллинларга резистентлиги бета — лактамазининг ишлаб чиқарилиши натижасида ривожланиши мумкин. Лекин бу холда ингибитор — химояланган пенициллинларга. (амоксициллин/клавулонат, ампициллин/сульбактам) ва цефалоспоринларнинг II — V авлодларига сезувчанлик сакланиши мумкин.

M. catarrhalis нинг купчилик штамлари бета — лактамаза ишлаб чиқаради, улар янги макролидларга, цефалоспоринларга, ингибитор — химояланган аминопенициллинларга сезувчан.

S. aureus касалхона ташки стафилококklar штамmlарининг оксациллинга, ингибитор - химояланган пенициллинларга, линкомицинларга (клиндамицинга ва линкомицинга), цефазолинга, макролидларга ва аминогликозидларга сакланган.

Спора хосил килмайдиган анаэроблар. Купчилик анаэроблар ингибитор – химояланган пенициллинларга, метронидазолга, хлорамфениколга, карбонемамга сезувчан.

Атипик пневмонияларнинг кузгатувчилари. Хламидиялар (*C. trachomatis*, *C. pneumoniae*) ва микоплазмалар макролидларга доимо сезувчан, хламидиялар – тетрациклинларга. Микроорганизмларнинг ушбу антибиотикларга орттирилган резистентлиги тутрисида аник маълумотлар йук.

Госпитал пневмонияларда сезувчанлик стационардаги эпидемиологик холатга ва кулланиладиган антибактериал терапия схемаларига боглик.

Пневмонияларнинг антибактериал терапияси.

8. Пневмониянинг турли шаклларида терапия.

8.1. Янги тугилган чакалокларда пневмония.

Янги тугилган чакалокларда пневмонияни даволаш деярли хамма вакт стационарда олиб борилади ва антибиотиклар парентрал йул билан юборилади.

Она корнида ривожланган пневмонияларда танлов препаратлари булиб, ампициллин, ампициллин/сульбактам аминогликозидлар билан биргаликда хисобланади. Лестериозда танлов препарати булиб гентамицин билан биргаликда ампициллин хисобланади.

Госпитал пневмониялар ва айникса, кечки вентилятор – ассоциациялашган пневмониялар (ВАЛ) давомида ингибитор – химояланган пенициллинларнинг ёки цефалоспоринларнинг Шавлодининг аминогликозидлар билан бирга комбинацияси яхши самара беради.

Пневноцистли инфекцияга шубха булганда кло-тримоксазол, замбуруг этиологияда – флуконазол ишлатилади.

8.2. Касалхона ташки пневмониялари.

Асоратланмаган пневмонияларда антибиотикларни ичга юбориш максадга мувофик. Агар терапияда препаратларни парентерал юбориш билан бошланган булса, самара бергунча антибиотикларни перорал юборишга утиш керак (зинапоели терапия).

6 ойлик болаларда пневмонияларнинг типик формаларини даволаш стационар шароитларида утказилади ва антибиотиклар парентерал юборилади. Атипик формаларда танлов препаратлари

булиб макролидлар хисобланади, типик формаларда эса, аминопенициллинлар ҳамда ингибитор - химояланган пенициллинлар. Альтернатив антибиотиклар булиб цефазолин аминогликозидлар ёки цефалоспоринлар II ва III авлодлари билан комбинацияси хисобланади. Анаэроб инфекцияда клиндамицин, метронидазол ишлатилади, пневмоцистли инфекцияда эса, кло — тримоксазол.

6 ойдан 6 ёшгача булган болаларда огир булмаган, асоратланмаган пневмонияни даволаш амбулатория шароитларида утказилади ва перорал препаратлар тавсия килинади. Танлов антибиотиклари булиб эса, ингибитор — химояланган пенициллинлар (амоксициллинРкловуланат), цефуроксим. Аллергик реакцияларга ёк ичак дисбактериози ривожланишига мойиллик булган беморларга макролидлар бериш мақсадга мувофик, чунки улар ичак микрофлорасини кам сусайтиради.

6—15 ёшли болаларда огир булмаган пневмониялар асосан уй шароитида утказилади ва периорал препарат берилади. Типик формада амоксациллин, бензатинфеноксиметилпенициллин, макролидлар тавсия килинади. Атипик пневмонияда эса, даволашни макролидлардан бошлаш мақсадга мувофикдир.

Огир формалар. Болаларда пневмониянинг огир формаларида дархол госпитализация килиш керак ва даволашни зинаполяли усул билан утказиш мумкин. Буюрилади пенициллинлар, у шу каторда яримсинтетик ва химояланган (гемофилли этиологияга шубха булганда), цефалоспоринларнинг II авлоди аминогликозидлар билан комбинацияланган холда. Альтернатив препаратлар булиб цефалоспоринларнинг III авлоди, шу каторда аминогликозидлар билан комбинацияси хисобланади, кам холларда хлорамфеникол.

Касалхона ташки пневмонияларида антибактериал терапия.

8.3. Госпитал пневмониялар.

Педиатрия стационарида кузгатувчининг тури, унинг сезувчанлиги ва утмишдан булган терапия орасида аник бир боғликлик мавжуд. Биринчи танланган препаратнинг таъсир самараси 36 - 48 соат давомида булса, унда бактериологик курсаткичлар асосида ёки эмпирик холда альтернатив препаратга утилади. Огирформаларда препаратни вена ичига юбориш лозим.

Жуда огир холларда, грамманфий флора томонидан чакирилган инфекцияларда фторхинолон гурух препаратлари ишлатилиши мумкин: офлоксацил, ципрофлаксацин.

Жараённинг анаэроб характерида ингибитор — химояланган пенициллинлар кулланилади. Курсатмалар асосан антибиотиклар

замбуругларга карши препаратлар билан комбинация холида ишлатилади (флуконазол).

ВАП

Эрта пневмонияларда (утмишдош антибиотик терапиясиз) ингибитор — химояланган пенициллинлар (амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам) ёки цефалоспоринларнинг II авлоди буюрилади. III авлод цефалоспоринлари ва аминогликозидлар альтернатив препаратлар булиб хисобланади. Антибиотикни танлашда утмишдош терапия хисобга олинади.

Кечки пневмонияларда ингибитор — химояланган ва кук ирингли таёкчага карши булган пенициллинлар ҳамда кук йирингли таёкчага карши активликка эга булган III — IV авлод цефалоспоринлар (тикарциллин, азлоциллин, цефазидим, цефонеразон, цефепим) аминогликозидлар билан биргаликда буюрилади. Альтернатив препаратлар булиб карбенициллин препаратлари (имипенем, меропенем) хисобланади.

8.5. Иммунтанкислик холати бор беморларда пневмониялар. Бу гурух беморларни парвариш иммунодепрессиясини максимал боскичида гнатобиологик шароитлар билан таъминланиши, шунингдек, профилактик антибактериал терапия утказишни талаб килади. Бундан ташкари, этиотроп даволашни утказишга имкон берувчи, микрофлоранинг доимий моноронги максадга мувофикдир.

Бактериал табиатли пневмонияларда эмпирик терапия утказилади. Бунда цефалоспоринларнинг III-IV авлоди ёки ванкомицин аминогликозидлар билан (нетилмецин, амикоцин) бирга кулланилади. Пневмоцистозда кло-тримоксазол юкори дозаларда (20 мг/кг/сут триметроприм) ишлатилади. Замбуругли инфекцияда — замбуругларга карши препаратлар (флуконазол, амфотерицин), гернетик инфекцияда ацикловер, ЦМВ — инфекцияда — ганцикловер. Терапия доимийлиги 3 хафтадан кам булмаслиги керак. Протозоили ва замбуругли пневмонияларда 4 — 6 [^]афта ваундан куп.

8.6. Антибиотиклар самарадорлигининг мезонлари.

Пневмонияларда антибактериал терапиянинг самарадорлик гарови булиб, эффектни аник кайд килиб бориш ва эффект булмаганда препаратни алмаштириш хисобланади.

Тулик самарадорлик: умумий ахволнинг яхшиланиши, иштаханинг кутарилиши ва хансирашнинг камайиши фонида асоратланган

пневмонияда эса, 3 - 4 кун ичида 38 С дан пасайиши. Бу муддатларда рентгенологик узгаришлар кучаймайди ва камаяди.

Қисман самарадорлик: юкорида курсатилган муддатларда тана харорати субфебрил булиб сакланади. Токсикоз даражаси пасаяди, хансираш камаяди, салбий рентгенологик динамика йук. Одатда деструктив пневмонияларда метапневмоник плевритда кузатилади. Антибиотикнинг алмаштирилишини талаб килади.

Антибиотикларни куллашнинг давомийлиги.

Даволашдан олдин ташхисни рентгенологик тасдиклаш мақсадга мувофиқ. Барча холларда, агар иложи булса, бактериологик (балгам, кон, плеврал суюклик) ва серологик текширувлар учун материаллар олиниши керак. Бирламчи ситибактериал воситани танлаш ва уни ноэффektivлигида алмаштириш деярли ҳамма вақт эмпирик олиб борилади. Альтернатив препаратларга утиш учун курсатмалар: огир булмаган пневмонияларга бирламчи танланган препаратнинг клиник эффекти 48 – 72 соат давомида, огир пневмонияларда эса, 36 – 48 соат давомида самараси булмаса, шунингдек, дори воситаларига аллергик реакцияларнинг ривожланиши.

Терапиянинг давомийлиги кузгатувчининг хаёт фаолиятини сусайтириш учун етарли булиши керак. Кузгатувчининг элиминациясини эса, иммунологик механизмлар охирига етказди. Антибиотикни адекват танланлаш ва самаранинг тез юзага келишида даволаш учун 6 — 7 кун етарли булади. ОГИР ва асоратли пневмонияларда эса, даволаш узокрок давом этади. Утказилаётган терапиянинг таъсир самараси юзага чиккандан кейин ҳам парентерал даволашни камида яна 2 кун давомида олиб бориш керак. Таъсир самараси юзага чиккандан кейин препаратларни преорал юборишга утиш лозим (зинапо्याли терапия).

Касалхона ичи пневмонияни даволашни бошлаш учун антибиотик танлаш.

Пневмониягача булган терапия	Қузгатувчи	Тавсия қилинадиган препаратлар
Утказилмаган	Пневмококк, микоплазмалар	Пенициллин, ампициллин мушак орасига ёки макролид (медикамицин).
Пенициллин, ампициллин	Стафилококк, микоплазма	Оксациллин, линкомицин, цефалоспоринларнинг авлоди ёки макролидлар
Цефалоспоринларнинг I авлоди, оксациллин, линкомицин	E. coli ва бошқа грамманфий флора резистентли стафилококк	Амоксициллин/клавуланат, гентамицин ва бошқалар. Аминогликозид, цефалоспоринларнинг I-III авлоди, карбонемлар, ванкомицин, клавуминат, тикарциллин.
Гентамицин ва бошқа аминогликозидлар	Пневмококк, грамманфий флора резистентли стафилококк	Пенициллинлар, ампициллин, эффект булмаса: урендопенициллинлар, рифамицин, карбонемлар, тикарциллин, клавуланат, ванкомицин, юкори дозаларда аминогликозидлар
Аминогликозидлар, цефалоспоринларнинг II – III авлоди билан комбинацияси	Резистентли грамманфий флора, резистентли стафилококк	Карбонемлар, тикарциллин клавуланат, ванкомицин, урендопенициллинлар, рифомпицин, юкори дозаларда аминогликозидлар

4. Нафас етишмовчилигини ва гепоксемияни бартараф этиш

Нафас йулларининг обструкциясини йукотиш лозим, балгамни суюлтирувчига балгам ажратувчи дорилар ёрдамида. Вибромассаж утказиш, тана холати билан дренаж хосил қилиш, бронхоскопия, рестректив нафас етишмовчилигини камайтириш (тозаловчи ва сифонли клизмалар ёрдамида ҳамда дибазол, прозерин, бронхова спазмолитик воситалар буюрилади), оксигено ва аэротерапиялар утказиш.

5. Юрак-кон томир етишмовчилигини ва гиповолемияни бартараф

этиш: юрак гликозидлари, полиглюкин, поляризацияловчи аралашма кулланилади. Томирлар ва капиллярлар спазмида папаверин ва никотин кислота ишлатилади.

6. Дезинтоксикация: гемодезни, глюкоза-тузли эритмаларни томчилаб юбориш.

7. Гипертермия билан курашиш. Тана харорати 38,5С дан баланд булганда утказилади. Буюрилади:

а) марказий таъсирга эга булган антипиретиклар (амидопирин, аналгин, ацетилсалицил кислота)

б) тери томирларининг спазмини йукотувчи ва терморегуляциянинг периферик механизмларига таъсир килувчи препаратлар (пипольфен, аминозин)

в) литик аралашмалар

г) физик совутиш усуллари (ошкозонни совук сув билан ювиш, сифон клизмалар, муз солинган пуфакларни бошга, жигар ва йирик томирлар сохасига куйиш)

8. Симптоматик терапия. Енгил даражали гипоксия энцефалопатияда кулланилади: антигистамин, седатив ва томир препаратлар, мияда микроциркуляцияни ва алмашинув жараёнларини яхшилаш учун ГАМК, глютамин кислота, урта огирликда дегидратация ва мия шишини первертив даволаш.

Томир тортишиш синдромида юкоридаги дозалар оширилади, вена ичига седуксен, курук плазма, маннитол, преднизалон юборилади, диурезнинг назорати остида соатма-соат регидратация утказилади. Астматик синдромда бронхолитиклар ва аэрозоллар куринишида балгамни суюлтирувчи воситалар, шамчалар, микстура ва сочмалар кулланилади; огир холларда вена ичига ва мушак орасига юборилади.

Буйрак усти безини пустлок кисмининг шикастланиши ва функционал етишмовчилиги билан боглик булган огир токсик синдромларида гормонал терапия буюрилади.

9. Стимулловчи терапия. Тугридан—тугри кон куйиш, дастлаб иммунизацияланган плазма ва кон, антистафилококкли ва бошка турлари куйилади. Организмининг химоя кучларини стимуллаш учун суксинат натрия, пентоксил, калий оротат, дибазол берилади.

10. Чалгитувчи ва сурдирувчи терапия. Килинади: УВЧ, горчичниклар, горчичникли бошкалар ва ёгли ураб куйишлар, гипоксияда - иссик ванналар. Жараён кайта ривожланишининг бошида тана харорати пасайишида индуктотермия, кейинчалик кальций хлорид билан электрофорез, алоэ ва бошка дори воситалари

билан, кукрак кафасига УФО килинади. 1 ойдан 12 ёшгача булган болаларда пневмонияни даволаш учун антибиотикларнинг дозалари.

Жадвал-6

Препарат	Доза	Жунатиш усуллари
	Ичга	Парентерал
Пенициллинлар		100-150 минг ед/кг/кун;
Бензилпенициллин		м/о, м/о, б/н
Ампициллин	50 мг/кг/кун	50-100 мг/кг/кун, м/о, в/и
Амоксициллин	50 мг/кг/кун	
Оксациллин	50-100 мг/кг/кун	50 мг/кг/кун
Бензатилфенок	100 мг/кг/кун	
Симетил		
Пенициллин		
<i>Ингибитор—зримояланган пенициллинлар</i>		
Амоксициллин клавуланот	40 мг/кг/кун овкатлиш давомида	90-120 мг/кг/кун; в/и
Ампициллин/сульба ктам	100 мг/кг/кун	100-150 мг/кг/кун; м/о, в/и
Цефалоспоринлар		
Цефазолин		50 – 100 мг/кг/кун; м/о, в/и
Цефалексин	30 – 40 мг/кг/кун;	
Цефуроксим		50 – 100 мг/кг/кун; м/о, в/и
Цефуроксил- аксетил	30 – 40 мг/кг/кун овкатлиш вактида;	
Цефотаксим		50 – 100 мг/кг/кун; м/о, в/и
Цефтазидим		30 – 40 мг/кг/кун; м/о, в/и
Цефтриаксон		50 – 75 мг/кг/кун; м/о, в/и
Карбаненемалар		
Иминенем		60 мг/кг/кун; м/о, в/и
Мероненем		60 мг/кг/кун; м/о, в/и
Монобактамлар		
Азтреонам		120 – 150 мг/кг/кун; м/о, в/и

Аминогликозидлар		
Гентамицин		5 мг/кг/кун; м/о, в/и
Амикацин		15 – 20 мг/кг/кун; м/о, в/и
Нетилмицин		5 мг/кг/кун; м/о, в/и
Фторхинолонлар		
Ципрофлоксацин	15 мг/кг/кун	10 мг/кг/кун; м/о, в/и
Офлоксацин	7,5 мг/кг/кун	мг/кг/кун; м/о, в/и
Тетрациклинлар		
Тетрациклин	25 – 50 мг/кг/кун	
Доксациклин	5 мг/кг/кун	мг/кг/кун; м/о, в/и
Макролидлар		
Эритромицин	40 – 50 мг/кг/кун	мг/кг/кун; м/о, в/и
Азитромицин	3 кунлик курс: 10 мг/кг/кун ёки 5 кунлик курс: 1 – кун 10 мг/кг/кун кейин 5 мг/кг/кун дан	
Кларитромицин	15 мг/кг/кун	
<i>Бошка гуруҳ препаратлари</i>		
Линкомицин	30 – 60 мг/кг/кун	10 – 20 мг/кг/кун; м/о, в/и
Клиндомицин	1 – 25 мг/кг/кун	20 – 40 мг/кг/кун; м/о, в/и
Ванкомицин		40 – 60 мг/кг/кун; м/о, в/и
Хлорамфенокол	50 – 100 мг/кг/кун в/и	50 – 100 мг/кг/кун; м/о,
Рифампицин	10 – 20 в/и	10 – 20 мг/кг/кун; м/о, в/и
Ко-тримоксазол	8 – 10 мг/кг/кун в/и	8 – 10 мг/кг/кун; м/о, в/и
Метронидазол	22,5 мг/кг/кун в/и	22,5 мг/кг/кун; м/о, в/и

Назорат саволлари:

1. Пневмонияни тарқалиши
2. Касалликни этиопатогенези, хозирги вақтда кечиш хусусиятлари
3. Пневмонияни хозирги замон диагностика тамойиллари
4. Пневмонияни хозирги замон даволаш тамойиллари

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.
2. Current essentials Pediatrics. Judith M. Sondheimer. 2015.
3. Textbook of Neonatology. Janet M. Rennie, fifth edition Churchill Livingstone ELSEVIER .2015.
4. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013
5. Даминов Т.О., Холматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.
6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
7. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010

2-мавзу: Бронхиал астмани замонавий даволаш.

Режа:

1. Бронхиал астмага таъриф бериш.
2. Бронхиал астмага олиб келувчи омиллари.
3. Бронхиал астмани кечиш хусусиятлари.
4. Даволаш, профилактика, реабилитация ва диспансеризация мезонлари.

Таянч иборалар: *Аллергия, сенсбилизация, бронхиал астма, астматик хуруж, лейкотриенлар, проофилактика.*

2.1. Бронхиал астмага таъриф бериш.^{1.8.}

- Бронхиал астма оғирлик даражасидан қатъий назар–
сурункалик касаллик бўлиб, унинг асосида *аллергик* яллиғланиш ётади.
- Болалардаги бронхиал астадаги сурункали аллергик яллиғланиш
бронхларнинг гиперреактивлиги билан кечади.
- Болалардаги бронхиал астма бронхоконстрикция, шилликнинг
гиперсекрецияси, бронхлар шиллик қаватининг шиши туфайли
ривожланган диффуз обструкция натижасида даврий равишда пайдо

бўлувчи нафас олишнинг қийинлашуви хуружлари билан ифодаланади.

- Болаларда бронхиал астма ривожланиши учун ирсий мойиллик муҳим роль ўйнайди.
- БА мойиллик омиллари – атопия, ирсий мойиллик, гиперреактивлик
- БА сабаблари – чанг, хайвон аллергенлари, замбуруғлар, овқат аллергенлари, дори воситалари, вакциналарва бошқалар.
- БА мойиллик туғдирувчи омиллар – тамаки тутуни, вирус инфекциялар, хомиладорлик даврининг патологик ўтиши, чала туғинганлик, нораціоналовқатланиш, хаводагиполлютантлар, атопик дерматит ва хаказо.
- БА триггерлари–жисмоний зўриқиш, совуқ ҳаво, эмоционалзўриқиш, кескин хидлар, озиқ моддаларни кўтараолмаслик, дорилар ва хаказо.

БА асосий белгилари

- ✓ Нафас олиш қийинлашуви
- ✓ Кўкрак қафасида ноҳушлик
- ✓ Хуштакли нафас, хириллашлар
- ✓ Йўтал
- ✓ Нафас қисиш хуружлари

Бронхиал астма (БА) - нафас йўлларининг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб қуйидаги белгилар билан намоён бўлади: нафас йўлларининг тўлиқ ёки қисман қайта обструкцияси, бронх силлик мушакларининг спазми, шиллик қават шиши, шиллик ости қаватининг яллиғланиш хужайралари билан инфильтрацияси, шиллик гиперсекрецияси, базал мембрананинг қалинлашиши; махсус триггер омиллар таъсирида юзага келувчи ва асосан кечқурин ёки эрталаб пайдо бўлувчи йўтал эпизодлари, хуштаксимон хириллашлар, ҳансираш, кўкрак қафасида сиқилиш ҳисси; нафас йўллари гиперреактивлиги^{1,8}.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 144, pages 1943-1952.

8. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2014. Москва. Российское респираторное общество. 2015.

Тарқалиши. Болалик даврида бронхиал астма энг кўп тарқалган сурункали касалликлардан бири ҳисобланади. Қайталанувчи бронх-ўпка патологияси структурасида астма 50-60%ни ташкил қилади.

Эпидемиологик маълумотлар, ISAAC (болаларда астма ва аллергияни халқаро ўрганиш муассасаси) маълумотларига асосан БА билан 5-20% болалар касалланган. Кўп ҳолларда ташҳис касаллик бошлангандан, 2-6 йил кейин қўйилади, бу касаллик оқибатини ёмонлаштиради.

2.2. Бронхиал астмага олиб келувчи омиллари.

Бронхиал астма этиологиясида икки гуруҳ омиллари фарқланади: антиген ва ноантиген.

Антиген омилларга экзоген аллергенлар киради, улар орасида ноинфекцион аллергенлар муҳим роль ўйнайди.

-“маиший” аллергенлар (чанг, эпидермал, ҳашорат ва курт-кумурсақлар, аквариумдаги баликларнинг овқати)

-гул чанги аллергенлари

-овқат аллерганлари

-дорилардан, жумладан гамма глобулин ва оксил дорилари.

Болаларда ноинфекцион сенсбилизация шаклланишининг аниқ қонуниятлари мавжуд. Эрта ёшда овқат аллергиясининг аллергодерматоз шакли кўп учрайди. Баъзи касалларда эрта овқатланиш сенсбилизациясида нишон-органи - ҳазм қилиш тракти ва нафас олиш тизими ҳисобланади. Эпидермал сенсбилизациянинг қўшилиши (ҳайвонлар жуни, пар ёстиқ ва бошқалар) кўпинча респиратор аллергозлар билан бир вақтда бошланади, бу босқичда респиратор аллергоз ринофарингит, ларинготрахеит ва респиратор аллергиянинг “кичик” шакллари билан юзага чиқади. Респиратор аллергик касалликларга баъзида инфекцион касаллик деб хато ташҳис қўйилади, бу ўз навбатида кўп дорилар ишлатилиши ва медикаментоз аллергиянинг ривожланишига олиб келади. Кўпгина болаларда бронхиал астманинг тарқоқ типик клиникаси уй чангига сенсбилизациянинг қўшилишидан кейин юзага келади. БА шаклланиши бола ҳаётининг 2-5 ёшига тўғри келади. Болаларда ўсимлик гулларига сенсбилизация катта ёшда шаклланади, эпидермис ва уй чанги аллергенларига сенсбилизация 2-5 ёшларда ҳам кузатилиши мумкин.

Бактерия, вирусларнинг астма этиологиясида сенсбилизация ролини ўйнаши кўп текширувчилар томонидан инкор қилинмоқда, бироқ пубертат ёшда ва катталарда инфекцион сенсбилизациянинг қўшилиши мумкин.

Ноантиген омиллар. БА хуружига кўп физик омиллар (совуқ қотиш, инсоляция, қизиқ кетиш ва бошқалар), метеорологик шароит (шамол,

атмосфера босими ва температуранинг тушиши), психоген омиллар (кўрқув, кайғуриш, кўзғалиш), жисмоний зўриқиш сабаб бўлади.

Болаларда бронхиал астманинг эрта ривожланишига ҳомиланинг ҳомилаичи сенсбилизацияси, турли таъсирлар натижасида юзага келган, фетоплацентар барьернинг юқори ўтказувчанлиги сабаб бўлади. Касбий зарарли одатлар, актив ва пассив чекувчилар ҳам таъсир қилади. Постнатал сенсбилизация омиллари орасида антиген экспозиция бола ҳаётининг биринчи икки йиллигида муҳим аҳамиятга эга.

Болаларда бронхиал астманинг эрта ривожланишида патологик кечган ҳомиладорлик оқибатида МНСнинг перинатал зарарланиши, ҳомиланинг анти ва интранатал гипоксияси, туғруқ жароҳатлари сабаб бўлади.

Бронхиал астма ривожланишига мойиллик тугдирувчи омиллар:

Ирсият:

1. Агар боланинг ота-онасида атопия бўлмаса болада касллик ривожланиш хавфи 0-20% ни ташкил қилади
2. Агар атопия белгилари фақат отасида бўлса атопик белгилар болада 33%, астма эса 25% да ривожланади.
3. Агапр атопия белгилари фақат онасида бўлса у ҳолда атопия 48% сибсларда, астма эса 38% болаларда намоён бўлади
4. Агар атопия белгилари отасида ва онасида бўлса, у ҳолда атопия ва бронхиал астма ривожланиш хавфи 60-100%ни ташкил қилади.

Соғлом одам организмнинг иммун системаси эътиборга олмайдиган атроф муҳитдаги аллергенларга бўлган гиперсезувчанлик ирсият орқали ўтади. Атопик касалликларга ирсий мойиллик бўлган ҳолларда БА эрта ёшда бошланади ва оғир кечади.

Кичик ёшдаги болаларда БАнинг энг кўп учрайдиган сабабчиси организмга кучли сенсбилловчи таъсир кўрсатувчи ўткир респиратор вирусли инфекция бўлиб, у нафас йўллари зарарланган шиллик қаватларининг турли хил аэроаллергенларга ўтказувчанлигини оширади, вирусларнинг антиген хусусиятлари эса инфекцион жараён давомида макроорганизмнинг иммунологик қайта қурилишини чақиради. Кичик ёшдаги болаларда кўп вақтгача БА ўрнига “Обструктив синдромли ЎРВИ”, “қайталанувчи обструктив бронхит” ташҳиси қўйилади ва нораціонал даво белгиланади. Кўп йиллар ўтгач болага типик бронхиал астма ташҳиси қўйилади.

Патогенези. Патогенези бўйича БА икки вариантга ажратилади: иммунопатологик ва ноиммун. Иммунопатологик шакли орасида болаларда Gell ва Coombs классификациясида I тип бўйича амалга ошувчи атопик БА асосий ролни ўйнайди. Бу вариантнинг асосий сабаби кўпинча ноинфекцион

аллергенлар ҳисобланади. Кам ҳолларда этиологиясида ноинфекцион аллергиялар билан бир қаторда инфекция омиллари ҳам роль ўйнавчи касалликнинг иммунокомплекс варианты учрайди (Gell ва Coombs классификациясида III тип). Индивидуал патогенезда БАнинг кўрсатилган иммунопатологик шакллари бирга келиши мумкин.

Бронхиал астманинг ноиммунологик механизми асосида генетик детерминланган ёки БАнинг иммунопатологик шакли фонида орттирилган бронхларнинг нонспецифик гиперреактивлиги ётади. Бронхлар реактивлиги ортишида муҳим омилларидан бири ўткир ва сурункали бронх-ўпка касалликлари ҳисобланади. Инфекциянинг провоцирловчи таъсири механизми турлича, лекин уларнинг бари асосида қуйидагилар ётади: нишон-органлар эпителиал баръери ўтказувчанлигининг ортиши, специфик аллергиялар патологик таъсирга қаршилигининг пасайиши, нишон-органлар хужайра мембранаси рецепторларининг инфекция агентлари билан қўзғалиши.

Бронхиал астма хуружи патогенезида эрта ёшдаги болаларда анатомо-физиологик хусусиятларга асосан (бронхиал дарахт ёруғининг торлиги, мушак қаватининг кучсиз ривожланганлиги, қон ва лимфа томирларининг яхши ривожланганлиги) бронхоспазм етакчи механизм бўлаолмайди. Биринчи ўринда бронх шиллик қаватининг яллиғланиши туради, шиш ва шиллик гиперсекрецияси, С.Г.Звягинцева (1958 й) тушунчаси бўйича бу ёшда ўзига хос клиник манзарага хуружларнинг катта давомийлигига асосланган “хўл астма” киради. Бунда ўпкада кўп миқдорда нам хириллашлар эшитилади, 5-10 кунгача, баъзида узок муддат сақланади. Касалликни бундай кечиши – астматик бронхит кўринишида кечиши, баъзида, ўпканинг инфекция-яллиғланиш касалликларини гипердиагностикасига сабаб бўлади ва бу ёшда бронхиал астманинг гиподиагностикасига сабаб бўлади. Ҳозирги кунда БА эрта ёшда ҳам учраши кўрсатилган.

2.3. Бронхиал астмани кечиш хусусиятлари.

Классификацияси. Клиник белгиларга кўра БАнинг оғирлик даражаси классификацияси (кундузги симптомлар сони бир кунда, ҳафтада, тунги симптомлар сони ҳафтада, бета2 адреномиметикларни қўлланилиши, ПСВ ёки ОФВ1ни қиймати ПСВнинг суткалик ўзгариши) боғлиқ.

1-погона: интермиттирловчи БА:

Симптомлар ҳафтада 1 марта пайдо бўлади.

Қисқа қайталаниш.

Тунги симптомлар ойида 2 марта пайдо бўлади.

ОФВ1 ёки ПСВ $\geq 80\%$ бўлиши керак бўлган қийматидан

ПСВ ёки ОФВ1ни кўрсатгичи <20%.

2-поғона: енгил персистирловчи БА

Симптомлар ҳафтада 1 марта пайдо бўлади, баъзида кунида 1 марта.

Қайталаниши жисмоний фаоллигига, уйқуга таъсир қилади.

Тунги симптомлар ойда 2 марта пайдо бўлади.

ОФВ1 ёки бўлиши керак бўлган қийматидан ПСВ $\geq 80\%$

ПСВ ёки ОФВ1ни кўрсатгичи <20-30%.

3-поғона: ўрта оғирликдаги персистирловчи БА

Симптомлар ҳар куни пайдо бўлади.

Қайталаниши жисмоний фаоллигига, уйқуга таъсир қилади.

Тунги симптомлар ҳафтада 2 марта пайдо бўлади.

Қисқа таъсирга эга ингаляцион β_2 агонистларни ҳар куни қабул қилиш;

ОФВ1 ёки бўлиши керак бўлган қийматидан ПСВ 60% дан 80% гача.

ПСВ ёки ОФВ1ни кўрсатгичи >30%.

4-поғона: оғир персистирловчи БА

Симптомлар ҳар куни пайдо бўлади.

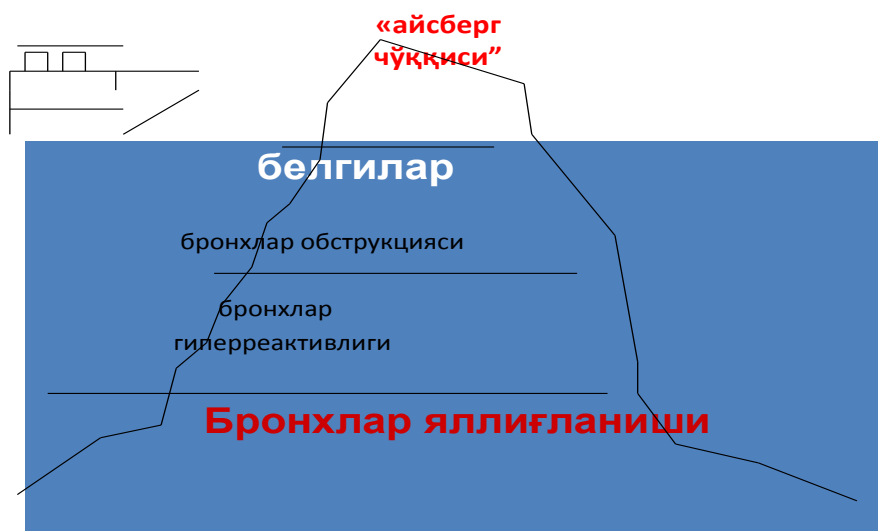
Қайталаниш кўпаяди.

Тунги симптомлар кучаяди.

Жисмоний фаоллик чегараланади.

ОФВ1 ёки бўлиши керак бўлган қийматидан ПСВ $\leq 60\%$

ПСВ ёки ОФВ1ни кўрсатгичи >30%



Кичик ёшдаги болаларда бронхиал астманинг кечиш хусусиятлари ва ташхисот мезонлари^{1,8}. Болалик даврида учрайдиган бронхиал астма GINA-2002 бўйича (Global initiative for asthma, 2002) “ташхис қўйишга қийин

бўлган ҳолатлар”га киритилган. Ишчи концепциясига кўра, йилида икки мартадан кўп йўтал, ҳуштаксимон нафас ёки ҳансираш билан шикоят қилган ҳар қандай бола бронхиал астмага гумон қилинган бемор ҳисобланади ва бу ташҳисни истисно қилиш ёки тасдиқлашни талаб қилади. Асосан бу эрта ёшдаги болаларга тегишли, чунки бу ёшда бронхиал астма кўпинча истисно тариқасида қўйилади ва муаммога тўлароқ тўхталишни талаб қилади. Бронхиал астма бу ёшдаги болаларда турли хил клиник кўриниши билан фарқланади. Касаллик аллергияга наслий мойиллик билан боғлиқ бўлади. 70-80% болаларда бронхиал астманинг ривожланиши эрта ёшдаги болаларга тўғри келади. Болаларда бронхиал астманинг эрта ривожланишига ҳомилаичи сенсibiliзацияси, турли таъсирлар натижасида юзага келган фетоплацентар барьернинг юқори ўтказувчанлиги сабаб бўлади. Касбий зарарли одатлар, актив ва пассив чекиш ҳам таъсир қилади. Постнатал сенсibiliзация омиллари ўртасида антиген экспозиция ҳаётининг биринчи икки йиллигида муҳим аҳамиятга эга. Бола ҳаётининг биринчи йилида асосий сенсibiliловчи омил овқат аллергенлари ҳисобланади. Энг аҳамиятлиси, товук оқсили, сигир сути, буғдой ва бошқа донлилар, балиқ, ёнғоқ, какао, цитруслар ва бошқа сариқ-қизил рангли мевалар, сабзавотларга бўлган сенсibiliзация ҳисобланади. Бола ҳаётининг биринчи йили охирида маиший аллергенларнинг ўрни ортади. Бу ёшда уй чангига ва қапа аллергенларига сенсibiliзация кўпгина беморларда аниқланади. 3-4 ёшларга келиб, чанг аллергенларининг ўрни ортади, бу турли хил иқлим географик зоналарда ҳар-хил бўлади.

Эрта ёшдаги болаларда сенсibiliзация спектрининг алмашиб туриши ҳар доим ҳам босқичма–босқич тарзда кузатилмайди. Кенг спектрли аллергенларга бўлган сенсibiliзация кўп аниқланади. Шунинг учун, эрта ёшдаги болаларда аллергологик ташҳис (бу ёшда провокацион, ингаляцион синамалар ўтказилмайди, тери синамалари кам сезгирли —скарификация ўрнида бўрсилдоқ кўпинча бўлмайди ва мусбат реакциянинг биргина белгиси эритема ҳисобланади), тўлиқ йиғилган анамнез муҳим роль ўйнайди. Болаларда бронхиал астманинг эрта ривожланишида патологик кечган ҳомиладорлик оқибатида МНСнинг перинатал зарарланиши, ҳомиланинг анти ва интранатал гипоксияси, туғруқ жароҳатлари сабаб бўлади.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 144, pages 1943-1952.

8. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2014. Москва. Российское респираторное общество. 2015.

Бола ҳаётининг биринчи йилида гипоксия ва жароҳатдан кейинги перинатал энцефалопатия белгилари асосий роль ўйнайди. 25% бемор болаларда неврологик бузилишлар катта ёшда ҳам сақланади, бронхиал астма кечишига таъсир қилади. Экспиратор ҳансирашни биринчи типик кечишига, атопик дерматит, турли хил овқат маҳсулотларига бўлган ўткир аллергик реакция, дори воситаларига, профилактик эмлашларга (экзантема, эшакэми, Квинке шиши, интоксикациясиз ва гипертермиясиз, аммо яққол катарал ҳолатлар билан кечадиган қайта респиратор касалликлар) сабаб бўлади. Респиратор аллергиянинг ушбу кўринишлари шифокорлар томонидан ўткир респиратор вирусли инфекция, бронхитлар, пневмония деб юритилади. Беморлар антибиотиклар билан даволанадилар, бу эса дори сенсбилизациясига олиб келади, дори аллергиясининг турли клиник кўриниши билан намоён бўлади.

Эрта ёшдаги болаларда бронхиал астманинг типик хуружи муҳим сабабга эга аллергенлар билан мулоқотда бўлгандан кейин ривожланади. 1-2 кун олдин хуруж даракчиси пайдо бўлади (бола йиғлок, кўзгалувчан ёки ланж бўлиб қолади), иштаҳаси пасаяди, терида қичишиш ва бошқа аллергик реакциялар пайдо бўлади. Йўталиш аста-секин қайталанувчи куруқ йўталга айланади. Нафас қисиш хуружи сутканинг ҳар қандай вақтида пайдо бўлади ва экспиратор ёки аралаш ҳансираш-экспиратор компонентни устунлиги билан кечади, кўкрак қафаси тортилиши, эмфизематоз шиш, баъзан қусишгача олиб келувчи асабли куруқ йўтал, куруқ ёки нам балғамли йўтал, ўпкада тарқоқ куруқ хириллашлар, шунингдек, турли калибрдаги нам хириллашлар эшитилади. Шовқинли хуштаксимон нафас масофадан эшитилади, тери ранги оқарган, оғиз-бурун учбурчагининг кўкариши, акроцианоз аниқланади. Хуруж динамикасида куруқ йўтал нам йўталга айланади. Эрта ёшдаги болаларда тўлиқ даволанмаган ёки тез-тез қайта хуружлар астматик ҳолатга олиб келади. Юқорида кўрсатилган хуруж даврининг варианты ўзига хос клиник ва функционал кўринишга эга бўлади. Болалар шикоят қилмасликлари мумкин, уларнинг ўзини ҳис қилиши ўзгармаслиги мумкин, болалар доимий нафас етишмовчилигига мослашган бўлади. Экспиратор ҳансираш яққол ифодаланмайди, аммо баъзан жисмоний зўриқишдан кейин зўраяди, болани доимий куруқ йўтал безовта қилади, кўкрак қафаси шишади, ўпкада кучсиз нафас, тарқоқ хириллашлар эшитилади, тери ранги оқариши, акроцианоз кузатилади.

Бу даврда инфекциянинг қўшилиши, стресс ҳолатлар, ўткир хуружлар ривожланиши бола ҳолатининг ёмонлашишига олиб келади. Буйрак усти бези пўстлоқ функциясининг бузилиши эрта ёшдаги болаларда астматик

холатни ривожланишига сабаб бўлади, шифокордан ўз вақтида мос даво ўтказишни талаб қилади.

Эрта ёшдаги болаларнинг анатомио-физиологик хусусиятлари туфайли (бронхиал дарахт ёруғининг торлиги, мушак қаватининг кучсиз ривожланганлиги, қон ва лимфа томирларининг яхши ривожланганлиги) бронхиал астма хуружи патогенезида бронхоспазм етакчи механизм бўлаолмайди. Болаларда бронхиал астма патогенезида биринчи ўринда бронх шиллиқ қаватининг яллиғланиши, шиш ва шиллиқ гиперсекрецияси туради. С.Г.Звягинцева (1958 й) тушунчаси бўйича бу ёшда ўзига хос “хўл астма” клиник манзарасини юзага келтиради, хуружлар узок давом этади. Бунда ўпкада кўп миқдорда нам хириллашлар эшитилади, 5-10 кунгача, баъзида узок муддат сақланади. Касалликнинг астматик бронхит кўринишида кечиши кўп холларда ўпканинг инфекцион-яллиғланиш касалликлари гипердиагностикасига сабаб бўлади ва бу ёшда бронхиал астманинг гиподиагностикасига олиб келади.

Бола ёши ва касаллик давомийлигига қараб, жисмоний ёки психоэмоционал зўриқиш, тамаки тутини, нам ёки ифлосланган атмосфера ҳавоси, бошқа носпецифик кўзғалувчилар бронхиал астма хуружи ривожланишига сабаб бўлади. Эрта ёшдаги болаларда бронхиал астма хуружи кўзғатувчиси ўткир респиратор вирусли инфекция бўлиб, организмга кучли сенсбилловчи таъсир кўрсатади, турли хил аллергенлар учун нафас йўллариининг зарарланган шиллиқ қаватини юқори ўтказувчанлигига олиб келади, шунингдек, вирусларнинг антиген хусусияти, макроорганизмнинг иммунологик жараёнга қайта тузилиши билан боғлиқ бўлади. Бронхиал астма хуружининг ўткир респиратор вирусли инфекция томонидан кўзгатилиши, ўткир обструктив бронхит билан клиник кўриниши, функционал ва лаборатор ўзгаришлари ўхшаш бўлиши дифференциал ташҳисни қийинлаштиради.

Эрта ёшдаги болаларда узок вақт давомида, бронхиал астма «бронхообструктив синдром билан кечувчи ЎРВИ», «қайталанувчи обструктив бронхит» деб талқин қилинади ва беморлар норационал даво олишади. Бир неча йиллардан кейин обструктив бронхит типик бронхиал астмага ўтганлиги аниқланади. Алоҳида кузатувлар натижаси шуни кўрсатдики, 8-10 йил ўтгандан кейин бу болалардан ярмида бронхиал астма билан касалланганлик аниқланади^{1,8}.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 144, pages 1943-1952.

8. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2014. Москва. Российское респираторное общество. 2015.

Эрта ёшдаги болаларда бронхиал астманинг обструктив бронхитдан фарқи наслий аллергик касалликларга юқори мойиллик, дориларга, овқат маҳсулотларига, профилактик эмлашларга аллергик реакциянинг юқорилиги, ЎРВИнинг бошланиш даврида бронхообструктив синдромнинг тез авж олиши ва кам давомийлиги; бронхолитик терапиянинг аниқ самарадорлиги, иммунологик реакциянинг яққол ривожланганлигидир. Лекин клиник белгиларнинг, лаборатор кўрсаткичларнинг кўплиги, дифференциал-диагностикада қийинчилик туғдиради. Амалиётда бу кўрсаткичларни ҳеч қайси бири обструктив бронхит ва бронхиал астманинг дифференциал-диагностик мезони бўлмайди.

<i>Белгилари</i>	<i>Бронхиал астма</i>	<i>Обструктив бронхит</i>
Ёши	1,5 ёшдан катта	1 ёшдан кичик
Бронхообструктив синдромнинг юзага чиқиши	ЎРВИнинг биринчи суткасида	ЎРВИнинг 3-куни ва кечроқ
Олдинги бронхообструктив синдром эпизодлари	2 марта ва ундан кўпроқ	Кузатилмаган ёки бир марта
Аллергик касалликларга наслий мойиллик	Бор	Йўқ
Она томонидан бронхиал астма	Бор	Йўқ
Овқат маҳсулотларига, дориларга, профилактик эмлашларга анамнезида аллергик реакция мавжудлиги	Бор	йўқ
Маиший антигенга зўриқиш, яшаш жойида зах, чанг бўлиши	Кузатилади	Йўқ

Ташиҳислаш

Анамнез ва физикал текиширишлар.

Анамнез йиғилганда қуйидагиларга эътибор бериш керак.

- Атопик дерматит, аллергик риноконъюнктивит, оиласида бронхиал астма ёки бошқа атопик касалликлар мавжудлиги.

Қуйидаги симптомлардан биттаси борлиги:

- йўтал, кечқурунлари кучаяди;
- қайталовчи хуштаксимон хириллашлар;
- қийинлашган нафас қайта эпизодлари;
- кўкрак қафасида сиқилиш ҳисси.

Симптомларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши:

- тунги вақтларда;
- ҳайвонлар билан мулоқотда бўлса;
- химик аэрозоллар билан;
- уй чанги;
- гул чангланиши;
- тамаки тутуни;
- атроф-муҳит ҳарорати тушганда;
- аспирин, адреноблокаторлар қабул қилинганда;
- жисмоний зўриқишдан сўнг;
- ЎРВИ;
- кучли эмоционал зўриқишдан сўнг;

Физикал текширишда БАнинг қуйидаги белгиларига аҳамият бериш зарур:

- кўкрак қафаси гиперэкспансияси;
- нафас чиқаришнинг узайиши;
- қурук йўтал;
- ринит;
- периорбитал цианоз “аллергик соялар” (кўз тагида қоронғи айлана, веналардаги димиқиш ҳисобига, назал обструкция фониди юзага келади)
- бурун қанотларида кўндаланг бурмалар
- атопик дерматит.

Шуни таъкидлаш керакки, ремиссия даврида патологик симптоматика бўлмаслиги мумкин (нормал физикал картина БА ташҳисини бартараф этмайди).

5 ёшгача бўлган болаларда БА ташҳиси асосан клиник текширишлар натижасига асосланган бўлади. Кўкрак ёшидаги болаларда триггерлар таъсирида 3 ёки ундан кўп хуштаксимон хириллаш эпизодлари бўлса, БАга гумон қилинади, текшириш ва дифференциал ташҳис ўтказилади.

Лаборатор ва инструментал текшириш

Спирометрия. 5 ёшдан катта болаларда ОФВ1 (нафас чиқаришнинг кучайтирилган ҳажми), ФЖЕЛ (ўпканинг ҳаётий кучайтирилган ҳажми) ва ОФВ1/ФЖЕЛни аниқлаш зарур. Спирометрия обструкция даражасини аниқлаб беради, унинг қайталаниши, шунингдек, оғирлик даражасини аниқлайди. ОФВ1 ва ФЖЕЛ кўрсаткичларини баҳолашда ёш градациясини ҳисобга олиш керак. Ўпканинг нормал функциясида ОФВ1нинг ФЖЕЛга нисбати 80%ни ташкил қилади, болаларда 90%дан юқори бўлиши мумкин. Қуйида келтирилган кўрсаткичлардан паст кўрсаткичлар бронхиал обструкция ҳақида ўйлашга имкон беради. Бронхолитик ингаляциясидан

кейин ОФВ1ни 12%га кўтарилиши, ёки глюкокортикоидлар билан ўтказилган синов давога жавоби БА ташҳисини қўйишга ёрдам беради.

Пикфлоуметрия. Пикфлоуметрия (нафас чиқаришнинг юқори тезлигини аниқлаш) - ташҳис қўйишнинг асосий усули бўлиб, БАнинг кейинги давосини назорат қилиш учун зарур ҳисобланади. Пикфлоуметрнинг охириги моделлари қиммат эмас, портатив, пластикдан ясалган ва 5 ёшдан катта беморларда уй шароитида ҳам ишлатса бўлади. Пикфлоуметр БА кечишида ҳар кунлик объектив мониторинг ўтказиш мақсадида ишлатилади. ПСВ (нафас чиқаришнинг юқори тезлиги) кўрсаткичини баҳолашда боланинг бўйини ҳисобга олиш зарур (махсус нормаграммалар бор), лекин индивидуал кўрсаткичларни аниқлаш учун 2-3 ҳафта давомида кунлик ПСВ мониторингини ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади. ПСВ эрталаб, кўрсаткич энг паст бўлганда ва кечқурун уйқудан олдин ПСВ энг юқори бўлганда ўтказилади. Бронхолитикларни қўллаганда эса ПСВни дорини қўллашдан олдин ва кейин ўтказилади. БАни даволашда симптомларни, пикфлоуметр натижаларини ва даво натижаларини ёзиб бориш учун кундалик тутиш муҳим аҳамиятга эга. ПСВ мониторинги касаллик хуружининг эрта белгиларини аниқлаш учун информатив ҳисобланади. ПСВ кундузги кўрсаткичи тарқоқлигининг 20% дан юқори бўлиши БАнинг ташҳисот белгиси ҳисобланади, нормага нисбатан силжиши эса касалликнинг оғирлик даражасига тўғри пропорционал ҳисобланади.

Нафас йўллари гиперреактивлигини аниқлаш

БАга характерли белгилар бўлган беморларда, ўпка функцияси кўрсаткичи нормал бўлса, нафас йўлларининг метахолин, гистамин ёки жисмоний зўриқишга бўлган таъсирини текшириш ташҳис қўйишда ёрдам беради. БА диагностикасида бу тестлар юқори сезувчанликка, лекин паст спецификага эга.

Баъзи болаларда БА белгилари фақат жисмоний зўриқишдан сўнг пайдо бўлади. Бу гуруҳда 6 дақиқалик зўриқиш тестини ўтказиш зарур. Бу тест билан бирга, ОФВ1 ёки ПСВни аниқлаш БА ташҳисини қўйишга ёрдам беради.

Лаборатор текширувлар. БА ташҳисини қўйишда тери тести ёки қон зардобида IgEни аниқлаш кам ахборот беради, лекин бу текширишлар мойиллик омилларини ва триггерларни аниқлашга ёрдам беради, улар асосида, атроф-мухит омилларига таллуқли назорат тавсия қилинади.

Дифференциал ташҳислаш БАни дифференциал ташҳислаш қуйидаги касалликлар билан ўтказилади.

-овоз бойламлари дисфункцияси (псевдоастма)

-бронхиолит

- кўкрак ёшдаги болаларда ёт жисм ёки сут билан аспирация
- муковисцидоз
- бирламчи иммунотанқисликлар
- бирламчи целиар дискинезия синдроми
- трахеобронхомалаяция
- томирлар ривожланиш нуқсонлари, нафас йўллари ташқи томондан босилиши
- нафас йўллари гемангиома ёки бошқа ўсмалари, гранулёма ёки кистаси, стенози ёки торайиши,
- облитерланувчи бронхиолит
- ўпканинг интерстициал касаллиги
- юрак димланиш нуқсонлари
- сил
- бронх-ўпка дисплазияси
- бўлакча эмфиземаси

Қуйидаги симптомлар аниқланганда БАга гумон қилинади:

Анамнез маълумотлари:

- касаллик симптомлари 2 ёшгача бўлган болаларда пайдо бўлиши;
- респиратор дистресс синдром ёки сунъий ўпка вентилияцияси;
- неонатал даврда неврологик дисфункция;
- бронхолитиклар қўлланилганда эффе́к_т йўқлиги;
- хуштаксимон хириллашлар, эмизиш ёки қусиш билан боғлиқ бўлса;
- ютишнинг қийинлашуви ёки қайталанувчи қусиш;
- диарея;
- тана вазнига кам қўшилиши;
- касаллик хуружидан кейин оксигенотерапияга бўлган талабнинг сақланиши.

Физикал маълумотлар:

- ноғора таёқчалари кўринишидаги бармоқлар деформацияси;
- юракдаги шовқинлар;
- стридор;
- ўпкадаги ўчоқли ўзгаришлар;
- аускультацияда крепитация;
- цианоз
- лаборатор ва инструментал текшириш натижалари:
- кўкрак қафаси органлари рентгенограммасида ўчоқли ёки инфилтратив ўзгаришлар;
- камқонлик;
- нафас йўлларида қайтмас обструкцияси;

-гипоксемия;

2.4. Даволаш, профилактика, реабилитация ва диспансеризация мезонлари.^{1,8.}

БА ни даволашдан мақсад касалликни назорат қилишга эришиш ва уни ушлаб туриш. Болаларда БАни даволаш қуйидагиларга қаратилган:

Ҳаёт учун хавfli бўлган ҳолатларни ва ўлимнинг олдини олиш;

Клиник белгиларни бартараф қилиш ёки камайтириш;

Ташқи нафас функцияси кўрсаткичларини нормаллаштириш ёки яхшилаш;

Боланинг активлигини тиклаш, жисмоний юкламаларга чидамлиликини ошириш;

Бронхолитик препаратларга муҳтожликни камайтириш;

Давонинг ножўя таъсирининг олдини олиш;

Ногиронликнинг олдини олиш.

Бронхиал астманинг комплекс давоси қуйидаги компонентларни ўз ичига олади:

Касал болаларни ва уларнинг ота-оналарини қуйидагиларга ўргатиш: давонинг мақсадини билиш, ўзини назорат қилишни ўрганиш, ингаляция қилиш техникаси, хуруж бошланганда ўзига ёрдам бериш

Касалликнинг авж олишига сабаб бўлувчи омилларни бартараф қилиш (элиминация)

Касаллик авж олишини олдини олувчи (яллиғланишга қарши) ва хуруж вақтида симптомларни камайтирувчи дориларни рационал қўллашни билиш (бронхолитиклар)

- Специфик иммунотерапия

Доимо врач назоратида бўлиш ва ўз вақтида давони коррекция қилиш

Ҳозирги вақтда БАни даволашда поғонали терапия усулидан фойдаланилмоқда, яъни, касалликни оғирлик даражасига қараб, дори моддаларни қўллаш тавсия этилмоқда. Дориларни қабул қилиш дозаси вақти касалликнинг оғирлик даражаси кўтарилганда ёки симптомлар бартараф қилинишига боғлиқ ҳолда ўзгартирилади.

Яллиғланишга қарши дорилар пролонгирланган таъсирга эга (β_2 -адреномиметиклар ёки теофиллин препаратлари) бронхкенгайтирувчилар билан бирга қўлланилади.

Амбулатор босқичда бронхиал астманинг енгил хуружида бирламчи ёрдам тез таъсир қилувчи β_2 -адреномиметиклар дозали аэрозол ингаляторларни қўллашдан иборат.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 144, pages 1943-1952.

8. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2014. Москва. Российское респираторное общество. 2015.

Ўрта оғир ва оғир хуружларда β_2 -адреномиметиклар такрор бир соат мобайнида 20-30 минут интервал билан қўлланилади, кейин заруриятга қараб, ҳар 4 соатда қўлланилади. Небулайзер терапиядан ҳам фойдаланилади.

Бронхкенайтирувчи таъсирни бромидлар қўллаш билан кучайтириш мумкин. Агар эффект етарли бўлмаса, преднизолон ичишга 91 ёшгача 1-2 мг/суткада, 1-5 ёшда 10-20 мг/сут) берилди ёки парентерал юборилди. БАНнинг қўзиш даврида будесонид суспензияси билан даволанади, уни физиологик эритмага аралаштириб қўлланилади, шунингдек, бронхолитик эритмалари (сальбутамол, бромид) билан қўшиб берилди. Дозаси болалар учун 0,25-0,5 мг (1 мг гача) кунига 2 марта берилди.

Беморларда оғир қўзиш даврида клиник картинасида ҳамма симптомлар ҳам намоён бўлмаслиги мумкин, цианоз, “соқов ўпка”, умумий ҳолсизлик, нафас чиқаришнинг юқори тезлиги 30%дан паст бўлса, шифокор бундай беморларни касалхонага ётқизиш ҳақида ўйлаш керак. Бир соат давомида ўтказилаётган даво эффективлиги билинмаса, беморни шошилиш равишида шифохонага юбориш зарур.

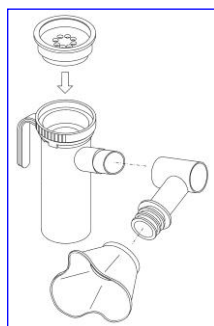
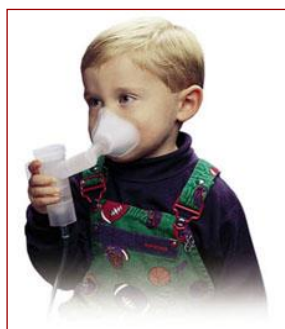
БАва аллергия ринитда базис терапия поғонали усулидан фойдаланиб ўз вақтида ва рационал қўллаш, узоқ ремиссияга сабаб бўлади, аллергия касалликларни авж олишини олдини олади.

Болаларда БАНнинг поғонали даволаш схемаси

<i>I поғона</i>	<i>II поғона</i>	<i>III поғона</i>	<i>IV поғона</i>
Касаллик симптомлар и кам бўлганлиги туфайли ҳар куни дори қабул қилишга эҳтиёж йўқ. Кромоглицин кислотаси ёки недокромилни ҳар 2-3 ойда қўллаш мумкин.	Кромоглицин кислотаси ёки недокромил 3-4 ой мобайнида, лейкотриен рецепторларининг антагонистлари	Самара бўлмаганда – катта спейсер орқали ингаляцион глюкокортикоидларнинг ўртача дозаси. Узоқ таъсир қилувчи β_2 -адреномиметиклар ёки секин озод бўлувчи теофиллинлар преднизолон ичишга ёки	Ўртача/юқори дозадаги ингаляцион глюкокортикоидлар узоқ таъсир қилувчи β_2 -адреномиметиклар билан ёки секин озод бўлувчи теофиллинлар билан комбинацияси ёки янги антилейкотриен препаратлар билан регулар. Самара бўлмаганда ингаляцион глюкокортикоидлар дозасини ошириш ёки преднизолон ичишга

		ингаляцион глюкокортикоид лар дозасини икки марта кўпайтириш	
Зарурият бўлганда тез таъсир қилувчи β_2 - адреномиме тиклар буюриш	Тез таъсир қилувчи β_2 - адреномиме- тиklarва/ёкиипр атропия бромид ва/ёки қисқа таъсир қилувчи теофиллин қисқа курс билан	Тез таъсир қилувчи β_2 - адреномиметикл арва/ёки ипратропия бромид ва/ёки зарурият бўлса қисқа вақт таъсир қилувчи теофиллин	Тез таъсир қилувчи β_2 - адреномиметикларва/ёк и ипратропия бромид ва/ёки зарурият бўлса қисқа вақт таъсир қилувчи теофиллин суткасига 4 мартадан кўп эмас

Болаларда небулайзерли ингаляциялар



PARI JuniorBOY



Бирламчи профилактика – юқори хавф гуруҳидаги шахсларда касалликни пайдо бўлишини олдини олиш.

Постнатал профилактика куйидаги тадбирларни ўтказишга қаратилган:

-гўдак ёшидаги болаларда кўкрак сути билан овқатлантиришни тарғибот қилиш;

-чекувчи ота-оналарга чекишни бола учун зарарли томонларини тушинтириш;

Иккиламчи профилактика. БА касаллиги ривожланмаган, лекин организмда сенсibiliзация бор болалар учун ўтказиладиган чора-тадбирларни ўз ичига олади.

- БА оилавий анамнез ёки аллергия (она томонидан ирсий мойиллик бор бўлса БА ривожланиш хавфи 50% гача).

-болада бошқа алергик касалликлар мавжудлиги (атопик дерматит, алергик ринит, риск БА — 10–20%).

-умумий IgEмиқдорининг 30 МЕ/млдан ортиқлиги, махсус IgE-АТ сигир сути оқсилига/тухум сариғига кузатилган бўлса;

*Учламчи профилактика*БАни чақирувчи омилларни камайтиришга қаратилган.

Назорат саволлари:

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

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.
2. Current essentials Pediatrics. Judith M. Sondheimer. 2015.
3. Textbook of Neonatology. Janet M. Rennie, fifth edition Churchill Livingstone ELSEVIER .2015.
4. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013
5. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.
6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
7. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010
8. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2014. Москва. Российское респираторное общество. 2015.

3-мавзу: Танқис анемияларни даволаш стандартлари.

Режа:

1. Темир танқислик камқонлигини замонавий даволаш усуллари.
2. Витамин В 12 (фолат кислотаси) камқонлигини замонавий даволаш усуллари.
3. Оксилтанқислик камқонлигини замонавий даволаш усуллари.

Таянч иборалар: *танқислик, темир, витамин В12, фолат, камқонлик, эритроцит, пойкилоцитоз, анизоцитоз, микроцитоз, макроцитоз.*

3.1. Темир танқислик камқонлигини замонавий даволаш усуллари¹.

Темир етишмовчилик камқонлиги (ТЕК) – темир танқисликлигининг кўриниши бўлиб, бирлик қон ҳажмида ва эритроцитларда гемоглобин

концентрациясининг камайиши, микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ранг кўрсатгичининг пасайиши, қон зардобда темир ва ферритин миқдорининг камайиши, трансферриннинг темир билан паст даражада тўйиниши, темир боғловчи хусусияти ва эритроцитар протопорфириннинг ошиши билан характерланади^{1,2}.

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

Темир етишмовчилик камқонлиги сабаблари:

Туғилганда темир миқдорининг камлиги. Хавф гуруҳи: чала туғилганлар; ҳомиладорлик вақтида камқонликка учраган оналар, шунингдек “ташландик болалар”; ҳомилаичи ривожланишидан орқада қолган болалар; перинатал даврда кўп қон йўқотган болалар.

1. Алиментар омиллар - темир етишмовчилиги камқонлигининг етакчи сабаби. Хавф гуруҳи: мослаштирилмаган аралашмалар билан сунъий овқатлантириладиган болалар; қўшимча овқатни кеч бериш; ҳар қайси ёшда фақат ўсимлик, сабзавотлар билан овқатлантириш; рационда сутни кўп ишлатиш (суткада 0,5 л дан юқори).

2. Темирни кўп миқдорда йўқотиш ёки унга бўлган юқори талаб. Хавф гуруҳи: ўткир ва сурункали юқумли касалликлар, асосан ошқозон-ичак тракти; ошқозон-ичак трактининг сурункали ноинфекцион, яллиғланиш касалликлари (мальабсорбция синдромида темирни кўп йўқотиш ёки етарли даражада организмга тушмаслиги); яққол (мелена, бурундан қон кетиш, гематурия ва бошқалар) ва яширин қон кетиши; ювенил гормонал ўзгаришлар; токсик омиллар; эссенциал.

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

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

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 455, pages 2323-2325.

Клиник кўринишида куйидаги синдромлар кузатилади:

Астеноневротик синдром: тез чарчаш, кўзгалувчанлик, асабийлашиш, эмоционал нотурғунлик, кўп терлаш, жисмоний ва психомотор ривожланишдан орқада қолиш; ланжлик, астения, апатия, иштаҳа пастлиги, диққат эътиборни пасайиши, ҳушдан кетиш, катта ёшдаги болаларда бош оғриши, бош айланиши, қулоқларда шовқин, кўз олдида бижирлаш, юрак соҳасида оғриқ, шунингдек, иштаҳа ва хид билишнинг ўзгариши, дизурик бузилишлар.

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

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

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

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

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

эритропоезнинг ёшариш белгилари характерлидир, бу қонда ретикулоцитоз билан тасдиқланади.

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

Давоси. Камқонликнинг оғир шаклларида стационар даво кўрсатилади.

Болаларнинг кун тартиби фаол бўлиши керак, кўпроқ тоза ҳавода бўлиши зарур. Парҳез билан темир танқисликлигини бартараф этиш мумкин эмас-темир дорилари тавсия қилиш керак.

Педиатрияда темир дориларини тавсия қилишнинг умумий усуллари куйидагилар:

- Дориларни асосан ичишга тавсия қилиш, парентерал юборишни чеклаш, чунки, дориларнинг ножўя таъсири юқори бўлади (аллергик реакция, инъекциядан кейинги абсцесс ва флебитлар, гипотензия, бактериал инфекцияларга хафв юқори, гемосидероз ва бошқалар);
- Дорининг суткалик дозаси элементар темир бўйича 5-6 мг/кг; юқори доза даво самарадорлигини оширмайди, аммо катта ножўя таъсир кўрсатади, дорининг суткалик дозаси уч қабулга бўлинади;
- Давонинг биринчи бир неча кунда бемор дорини қабул қилишини аниқлаш учун дозаси икки баробарга камайтирилади;
- Темир дориларни қабул қилишнинг муддати 3 ойдан кам бўлмаслиги керак, биринчи босқичда бу гемоглобин миқдорини ва темирни периферик захирасини тўлдирувчи терапия ҳисобланади, иккинчи босқичда темирнинг тўқимадаги захираларини тиклаш зарур ва учинчи босқичда қайталанишга қарши тадбирларни қўллаш лозим;
- Темир дориларини овқатланиш оралиғида бериш ва уларни сабзаёт ёки мева шарбатлари билан ичиш керак, темир дориларини сут билан ичиш ман қилинади.;
- Темир препаратлари билан бирга аскорбин кислота ва Вит Е бирга тавсия қилиш даво самарасини оширади;
- Махсус кўрсатма бўлмаганда темир дорилари билан бирга вит В6 ва вит В12, фолат кислота тавсия қилишни хожати йўқ;
- Темир дориларни парентерал тавсия қилишга кўрсатмалар: ичакда сўрилишнинг бузилиши, темир дориларини ичганда қабул қилаолмаслик. Препаратлар вена ичига 25 мг дозада томчилаб юборилади, кейин 3 кунда 50 мг юборилади. Курс тамомлангандан кейин темир дорилари ичишга буюрилади.

- Темир дориларини қўллашда кутилаётган натижалар: 72-96 соатдан кейин ретикулоцитознинг кўтарилиши ва 7-10 кундан кейин гемоглобин миқдорининг кўтарилиши (яхши натижа ҳафтада 5 г/л) ҳисобланади. Гемоглобин миқдори нормаллаштирилгандан кейин темир дорилари билан даволаш темирнинг тўқимадаги депосини тиклаш учун 4-6 ҳафтагача давом эттирилади. Темир дорилари билан даволаш вақтида қон зардобиди унинг миқдорини аниқлаш маълумотли ҳисобланмайди.
- Эритроцитар масса куйиш ҳаёт кўрсатмасига асосан, гемоглобин миқдори 70 г/лдан кам бўлса буюртирилади. Тоза қон куйишга шошилмаслик зарур.

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

- Ҳозирги кунда мамлакатимизда камқонликни олдини олиш учун куйидаги дастурлар амалга оширилмоқда
- Бугдой унини микронутриентлар ва темир моддаси билан бойитиш



- Темир препаратларини профилактик миқдорида ҳафтада 1 мартаба (чоршанба куни) истеъмол этиш
- Тўғри овқатланишни тарғибот қилиш
- Жамоат ташкилотларни, ахборот воситаларни тарғибот ишларига жалб этиш

3.2. Витамин В 12 (фолат кислотаси) камқонлигини замонавий даволаш усуллари¹.

Витамин В 12 (фолат кислотаси) танқислик камқонлиги мегабласт камқонликуруҳиига киради. Мегабласт камқонлик (МК) - самарасиз эритропоз натижасидаги камқонлик бўлиб, эритроцитларнинг шаклланиши ва морфологиясининг ўзгариши билан характерланади¹.

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

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

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

Оғирлик даражасига қараб классификация қилинади.

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

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

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 144, pages 1943-1952.

Дифференциал диагностикаси. В12 танқисликли камқонлик билан ўтказилади. Вит12 танқисликлиги камқонлигида пешобда метилмалон кислотаси ажралиши кўтарилган, уни фолат кислота камқонлигидан фарқлайди.

Давоси. Витамин В12 суткасига 100-200 мкгдан, фолат кислота ичишга сутка давомида 2-5 мгдан тавсия қилинади, 3 кундан кейин самара билинади, даво муддати 3 кундан кам бўлмаслиги керак.

Беморларда даво самараси бўлмаса, вит 12 танқисликлик камқонлиги ҳақида ўйлаш керак. Сўрилиш нуқсониди фолат кислота парентерал тавсия қилинади. Чала туғилганларга 2 ойлигидан бошлаб; талвасага қарши ва силга қарши сульфаниламидлар билан даво олганларга, целиакия билан касалланганларга ва мальабсорбциянинг бошқа шаклларида ҳар куни фолат кислотаси 0,2-0,5 мг дозада тавсия қилинади.

3.3. Оксил танқислик камқонлигини замонавий даволаш усуллари¹.

Очлик ва фақат углеводли овқатланишда оксил танқислиги ривожланади. Глобин синтези ва оксиллар функцияси бузилади, эритроцитлар, эритропоэз продукцияси камаяди, гормонлар ва ферментлар ишлаб чиқарилиши камаяди.

Умумий дистрофик бузилишлар хос. Блефарит, тери соч дисхромияси, синувчанлиги, кайт қилиш, ич кетиши, жигар қаттиқланиши ва катталашуви характерли. Анемиянинг оғир турига характерли, норморегенератив, нормохром, нормоцитар, лекин яққол анизо- ва пойкилоцитоз. Эритроцитлар яшаши икки мартага камаяди. Қон зардобиди оксил камаяди, яққол диспротеинемия.

Масалан: квашиоркор касаллигидаги анемия.

- яққол трофик ва ичак бузилишлари,
- тўқима шиши
- оксилни 60 гр/лдан камайиши- альбумин (35-40%),
- диспротеинемия,
- эритроцитлар яшаш даври камайиши, норморегенератив, нормохром анемия яққол анизо - пойкилоцитоз.

Даволаш маълум схема асосиди темир препаратлари ва витаминлар билан олиб борилади. Агар даволаш эрта бошланса, прогнози яхши .

1.Профилактика хомиладорларни даволаш, чала туғилишни олдини олиш, ҳамма ёшда рационал овқатлантириш, касалликларни (диарея, қон кетиши) даволаш. Диспансер кузатув, йилда камида икки марта умумий қон тахлили

- ва зардобдаги темирни аниқлаш. Хозирги кунда мамлакатимизда камқонликни олдини олиш учун қуйидаги дастурлар амалга оширилмоқда
- 2.Бўғдой унини микронутриентлар ва темир моддаси билан бойитиш
 - 3.Темир препаратларини профилактик миқдорида ҳафтада 1 маротаба (чоршанба куни) истеъмол етиш
 - 4.Тўғри овқатланишни тарғибот қилиш
 - 5.Жамоат ташкилотларни, ахборот воситаларни тарғибот ишларига жалб етиш

Назорат саволлари:

1. Болаларда асосан анемияни қайси тури кўпроқ учрайди?
2. Анемияни қандай турлари бор?
3. Темиртанқислик анемияни қандай диагностика усулларини биласиз?
4. Витамин В₁₂танқислик анемияни қандай диагностика усулларини биласиз?
5. Оқсилтанқислик анемияни қандай диагностика усулларини биласиз?
6. Бронхиал астма клиникаси қандай?
7. Анемияларни даволаш қандай ўтказилади?
- 8.Анемияларни даволаш стандартини айтинг.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.
- 2.Current essentials Pediatrics. Judith M.Sondheimer. 2015.
- 3.Textbook of Neonatology. Janet M. Rennie, fifth edition Churchill Livingstone ELSEVIER .2015.
- 4.Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013
5. Даминов Т.О., Холматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.
6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
7. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010

4-мавзу: Шошилинч ҳолатларни даволаш.

Режа:

1. ССВ №225 буйруги буйича боланинг ахволини шошилинч баҳолаш усуллари.
2. Болаларни шошилинч даволаш усуллари

Таянч иборалар: *шошилинч ҳолат, устивор белгилар, шок, кома, талваса, асфиксия, эпилепсия.*

4.1. ССВ №225 буйруги буйича боланинг ахволини шошилинч баҳолаш усуллари.

Касалхонага мурожаат қилган бемор болалар куйидаги гуруҳларга ажратилади:

1. Шошилинч ёрдамга муҳтож беморлар, яъни тезкор ёрдам кўрсатиб ўлим ҳолатларини олдини олиш.
2. Устивор белгилар, яъни бу беморларда ҳам вақтида даволаш ва чуқур диагностик тадбирлар ўтказилмаса ўлим ҳавфи кузатилиши мумкин.
3. Шошилинч ва устивор белгилар кузатилмаган беморлар. Агар беморларда куйида келтирилган шошилинч ёрдамга муҳтож белгилардан бирортаси аниқланса, дарҳол ёрдамга тажрибали мутахассисларни чакиринг, лаборатор текширувга қон олинг (глюкоза, суртма малярияга, гемоглобин). Шошилинч ёрдамга муҳтож бемор болаларда куйидагилар аниқланади^{1,9}:

I. Нафас йўллари йўтказувчанлиги:

* обструктив нафас бузилиши (асфиксия), ёки

* марказий цианоз, ёки

* оғир нафас етишмовчилиги

Ушбу белгилардан бирортаси аниқланса:

Ёт жисимлар аспирациясида

-3 схема буйича ёрдам кўрсатинг;

Ёт жисимлар аспирацияси бўлмаганда:

-Ўпка вентилляциясини 4 схема буйича тикланг;

-5 схема буйича кислород беринг;

-Болани иссиқлиниги таъминланг;

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 65, pages 474-477.

9. Болаларга стационар ёрдам кўрсатиш. Болалар стационар ёрдам кўрсатиш буйича ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган ва Ўзбекистон Республикаси мутахассислари томонидан мослаштирилган ўқув курси. Т.2013.

II. Қон айланиши ҳолати (шок белгилари):

Қўллари совуқ ва қўшимча:

*капиллярларга қон тўлишиш вақти 3 секунддан ортиқ ва

* кучсиз тезлашган пульс

Ушбу белгилардан бирортаси аниқланса:

-Қон кетишини тўхтатиш (агар кузатилса);

Шу билан бирга , бундай бемор болаларда оғир озиқланишни бузилиш белгилари бор ёки йўқлиги аниқланади.

Агар оғир озиқланишни бузилиш белгилари кузатилмаса:

- 7 схема бўйича томир орқали суюқлик юборишни бошланг (Рингер лактат ёки физиологик эритма томир орқали 20 мл/кг тез юборилади). Агар периферик томир орқали юборишни иложи бўлмаса, марказий вена катетеризациясини ўтказинг.

Агар оғир озиқланишни бузилиш белгилари кузатилса: Агар бола ҳушсиз бўлса:

- Глюкозани томир орқали 10 схема бўйича юборинг (кондаги глюкоза микдори дарҳол текширилади, агар <2,5 ммол/л, семиз болаларда <3 ммоль/л дан кам бўлса 10% глюкоза т/о тез юборилади;

– Системани томирга уланг ва суюқликларни 8 схема бўйича беринг(агар бола шок ҳолатида ёки ҳушсиз бўлса, болани тарозда тортиб ёки тахминий оғирлигини белгилаб 15 мл/кг 1 соат мобайнида Рингер лактат 5% глюкоза билан ёки физиологик эритма 5% глюкоза билан юборилади;

Агар бола ҳушида бўлса:

- Глюкозани оғиз ёки назогастрал зонд орқали беринг;

- дарҳол тўлиқ текширув ва даволашни бошланг;



III. Кома, шайтонлаш:

* коматоз ҳолат ёки

* текширув вақтида шайтонлаш

Ушбу белгилардан бирортаси аниқланса:

- Ўпка вентиляциясини 4 схема бўйича тикланг;

- Шайтонлашда диазепам ёки паральдегид 9 схема бўйича ректал юборинг;

- Хушсиз болани тўғри ётказинг (агар бош ёки бўйин травмасига шубҳа бўлса, 6 схема бўйича бўйин ҳолати стабилизация қилинади);

- 10 схема бўйича томир орқали глюкоза юборинг;

IV. Оғир сувсизланиш (диареяда):

*Заторможенность;

*Кўзларни киртайиши;

*Тери бурмаларини жуда секин тикланиши;

Диареяга кўшимча:

- **Болани иссиқлиниги таъминланг;**

Агар озиқланишни оғир бузилиши бўлмаса:

- Томир орқали 11 схемадаги В режа бўйича касалхонада диареяни даволашни олиб боринг;

Агар болада озиқланишни оғир бузидишлари бўлса:

- Томирга системани уламанг;

- дарҳол беморни тўлиқ текширувга киришинг;

Устивор белгилар: 2ДТН+ЗБО

* 2 ойгача бўлган болалар

* нафас бузилиши

* температура: бола жуда иссиқ

* травма ёки бошқа шошилинич хирургик ҳолатлар

*бола бошқа касалхонадан юборилган бўлса

* озиқланишни бузилиши: кўзга ташланадиган озиқланишни бузилиши

* яққол рангпарлик

* кучли оғриқ

* бола безовта, кўзгалувчан ёки акси, ҳолсиз

* заҳарланиш

* куйиш

* иккала товонида шиш

Изоҳ: Агар болада травма ёки бошқа шошилинич хирургик ҳолатлар

кузатилса, жарроҳ чақиртиринг ёки кўлланма бўйича ёрдам

кўрсатинг. Шошилинич ва устивор белгилар кузатилмаган беморлар кўрсатма

бўйича текширувдан ўтказилади ва даволанади.

Нафас етишмовчилиги ва нафас функцияси ҳолатини баҳолаш^{1,9}:

*Болани нафаси қийинлашганми?– Визуал белгилар ва кулок билан нафас олишда қийинлашув борлигини аниқланг.

*Оғир нафас етишмовчилиги борми? – Яққол нафас етишмовчилиги, ёрдамчи мушакларни иштирок этиши (болани бошини қимиллатиб туриши), бола жуда тез- тез нафас олади, тез чарчайди. Нафас олишни бузилиши натижасида бола ича олмайди.

* Марказий цианоз борми? – Тил, оғиз шиллиқ қавати ва бурун- лаб учбурчагида кўкариш борлиги кузатилади.

Қон айланиш ҳолати қандай баҳоланади (шок диагностикаси мақсадида) .

Болани бармоқлари совуқми текширилади? Агар совуқ бўлса:

* Капиллярларни қон билан тўлишиш вақти 3 сек.дан ошадими. Бунинг учун кўл ёки оёқ бош бармоқлари 3 сек. давомида босилади, сўнг қўйиб юборилганда капиллярларни тўлиш вақти ҳисобланади.

* Агар капиллярларни тўлиши 3сек.дан ошса, пульсни текширинг (сони ва тўлишишини). Агар пульс билан артериясида тезлашмаган ва яхши тўлишса, бу болан шок ҳолатда эмаслигидан далолат беради. Агар сиз пульсни аниқлай олмасангиз (1 ёшгача бўлган болаларда), елка ёки сон артерияларида аниқлашга ҳаракат қилинг. Агар бола каттароқ бўлса, пульсни уйқу артериясида аниқланг.

Шайтонлаш, коматоз ҳолат ёки бошқа бузилишларни аниқлаш:

* Бола кома ҳолатидами? (АГБО бўйича аниқланг):

- актив
- овозга реакцияси бор
- фақат оғрикқа реакцияси бор
- ҳушсиз агар бола актив бўлмаса

Талваса синдроми

Талвасани келиб чиқишида бир катор эндоген ва экзоген факторлар: интоксикация, инфекция, травма, МНС касалликлари. Чакалоқларда талвасани сабаблари асфиксия, гемолитик касаллик, МНС тугма нуксонлари булиши мумкин.

Талваса купрок кичик ёшдаги болаларда нейротоксикозларда, респиратор-вирусли инфекциялардан: грипп, аденовируслар, парагриппоз инфекциялар асорати сифатида келиб чиқиши мумкин.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 65, pages 474-477.

9. Болаларга стационар ёрдам кўрсатиш .Болалар стационар ёрдам кўрсатиш бўйича ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган ва Ўзбекистон Республикаси мутахассислари томонидан мослаштирилган ўқув курси. Т.2013.

Талваса синдроми давомийлиги, содир булган вақти, эс-хушини холати, таркалиши, куринишига караб хар хил булади.

Клоник талвасалар – бу мушакларни тез-тез, кетма-кет киска вақт кискариши булиб, мия пустлогини кузгалиши билан характерланади ва ритмик ва норитмик булади. Бунда талваса юз мушакларини тортишиши билан бошланиб, кейин кул-оёк мушакларига, сунг таркок куринишда булади. Шовкинли нафас, лабларда купик пайдо булади, тери ранглари окаради, тахикардия кузатилади. Бундай талвасаларнинг давомийлиги хмр хил булиб, улим холатлариги хам олиб келиши мумкин. Тоник талвасалар – мушакларин узок кискариши булиб, секин пайдо булади ва узок вақт давом этади. Бирламчи булиши мумкин ёки, клоник талвасалардан кейин келиб чиқади, хамда умумий ва жойлашган булиши мумкин. Тоник талвасалар пустлок ости тузилмасини кузгалишидан хосил булади.

Талаваса синдромида бола бирданига атрофдагилар билан мулоқатни йукотади, болани карашлари кузгалувчан булиб, сунг куз олмаси юкорига ёки атрофга фиксацияланади. Бош оркага кетади, кул ва бармоклари букилган, оёклари ёзилган, жаглари кисилган холатда булади ва хатто тилини тишлаб олиши мумкин. Нафас ва пульси секинлашган, апноэ хам булиши мумкин.



© *Л.этан* Агар нафас олиш йўллари ўтказувчанлигида тўсиқ бўлса зудлик билан нафас функциясини тиклаш учун даво чораларини бошланг.

- ◎ *II. этап.* Болада у ёки бу ҳолатлар борлигини текширинг: шок, хушнинг бузилиши, тутқаноқлар, кучли сувсизланишлар билан кечувчи диарея.

Реаниматология-организм ҳаёт жараенининг терминал даврине, шунингдек терминал еки клиник ўлим ҳолатда етган беморларни даволаш усулларни ўрганувчи фандир. Ҳозирги пайтда клиник тиббиетда асосий бўлимлардан реаниматологиянинг масалалари анча кенгайиб, қуйидаги ҳолатга келтирилди:

- организм ҳаётини фаолиятнинг терминал даврида, шунингдек оғир критик ҳолатларда патофизиологик жараёнларни ўрганиш.

- ҳаётини муҳим фаолиятлар кескин бузилганда, оғир ёки критик ҳолатда бўлган беморларни интенсив даволаш.

-терминал ҳолатда бўлган беморларни (реанимацион еки тирилиш реанимация) даволаш

-комплекс даволаш чора-тадбирлари-терминал ҳолатда ёки клиник ўлим ҳолатда бўлган беморларни ҳаётини муҳим аъзолар фаолиятини тиклашга қаратилган.

Интенсив терапия - бу беморларда бир ёки бир неча ҳаётини муҳим аъзолар фаолияти бузилган бўлиб, организмни сунъий йул билан ушлаб туришга қаратилган даво чора-тадбирларидир.

Интенсив даволаш доимо компенсатор характерга эга бўлиб, бутунлай йуқотилган ёки кескин бузилган аъзо фаолиятини сунъий ушлаб туриш. Масалан: ўпканинг сунъий вентиляцияси (ИВЛ), парентерал озиқлантириш, гемодиализ, бронхоскопик нафас йўллари санацияси - эркин ўтишини сунъий йўл билан ушлаб туриш усулидир.

Реаниматологларга дарҳол ташхис қўйиш ва патогенетик даволашни бошлаш кийинчилик туғдирадиган беморларга ёрдам беришга туғри келади.

Нафас етишмовчилиги.

Клиник манзарада- уларда бир ёки бир неча синдромлар устунлик қилиб, вақтида коррекция қилинмаса, бола нобуд бўлиши мумкин. Гап оғир нафас етишмовчилиги, метаболик ацидоз ва алкалоз синдроми, ўткир буйрак етишмовчилиги, шок, гипертермик ва тутқаноқ синдромлари ва бошқалар ҳақида гап кетяпти.

Интенсив даволашни ўзига хос 3чидан ўзига хос тарафи у еки бу оғир синдромда пайдо бўладиган патологик ейнинг барча звеноларига қаратилган бўлади.

Нафас етишмовчилиги- организмнинг шундай ҳолати ки натижада ташқи нафас қоннинг нормал газ таркибини тaминлай олмайди ёки зўриқиш билан ушлаб туради(хаддан ташқари энергия йўқотиш ҳисобига).

Сабаблари: нафас йулларининг зарарланиши (ОРЗ, бронхитдан сўнг, ёт жисм, зотилжам, бронхиал астма, пневмоторакс)

- ◎ - қон айланиш аъзоларнинг зарарланиши - юрак нуқсонлари, МНС зарарланиши
- ◎ кимевий дори воситалар билан заҳарланишда (барбитуратлар, салицилатлар, фосфоорганик бирикмалар)
- ◎ **Симптомлар:** диспноэ, цианоз

Клиника: аста-секин бошланиши, ҳансираш, цианоз, ҳансираш пульс ва нафас олиш нисбатининг ўзгариши билан, нафас олиш цианознинг кучайиши, гипертония, нафас олиш ритмининг бузилиши еки апноэ. Болаларда зотилжам ва бронхиолитда нафас олиш ҳажми камайиб, нафас олиш сони кўпаяди. Бронхиолитда-нафас йўлларнинг бекилишига олиб келадиган бронхорея. Тез нафас олиш аввал алкалозга, сўнг ацидозга олиб келади. Тез нафас олиш (гипервентиляция) нафас етишмовчилигисиз ҳам кузатилиши мумкин.

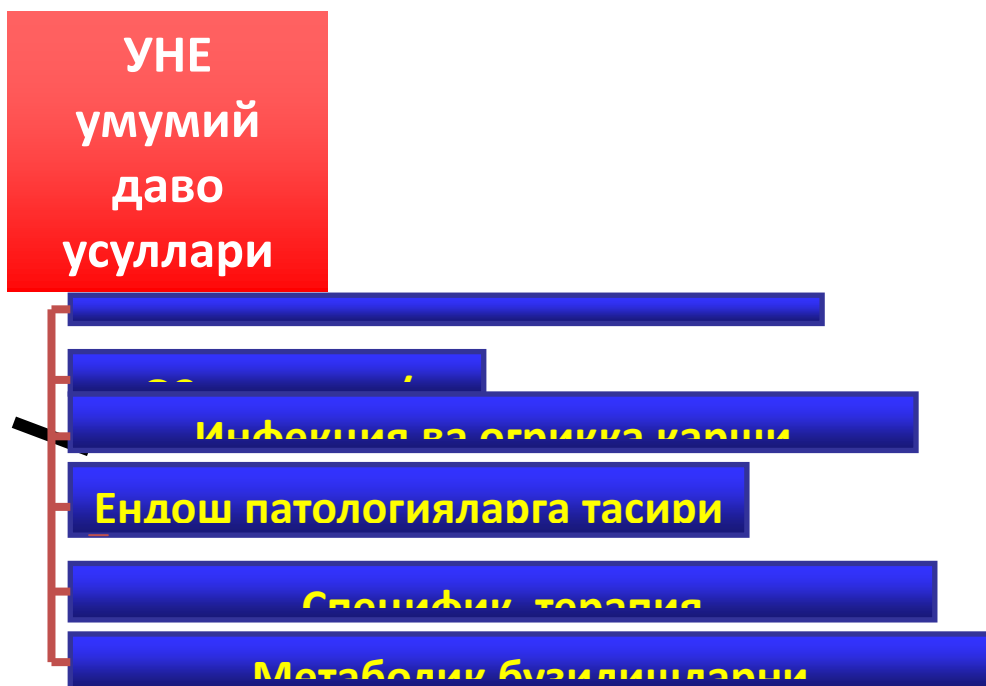
4.2. Болаларни шошилишч даволаш усуллари.

Кечиктириб бўлмайдиган ёрдам

1. Нафас йуллар ўтказувчанлиги ва етарли ўпка вентиляциясини таъминлаб бериш.

2. Нафас йўлларини эркин ўтувчанлигига, вентиляцияни оптимизациячлашга, гипоксияни йўқотишга, сунъий ўпка вентиляцияси, юқори нафас йўллардан секретни олиб ташлашга, йўтални кучайтиришга, тилни фиксация қилишга, бемор қорни билан етганда воздуховод киритганда нафақат тилни орқага кетишини, балки қусуқ массаларини аспирацияни олдини олишга қаратилган чора-тадбирлардир.

Ўткир нафас етишмовчилигида тез ёрдам.



Даволаш

- Кислород
- ИВЛ
- Балғам кучирувчи Муколитиклар

Ксантинлар

- Аминофиллин

P2-антагонистлар

- Изоэтарин (Bronkosoi)
- Метапротеренол (Alupent, Metaprel)
- Тербуталин (Brethine)
- Альбутерол (Proventil, Ventolin)

Седация

- Диазепам (Valium)
- Лоразепам (Ativan)

Мидазолам (Versed)

Анальгетиклар

Нейромускуляр моддалар

Панкурониум (Pavulon)

Векурониум (Norcuron)

Атракуриум (Tracrium)

Гиповолемияни даволаш

Суюқликлар инфузияси

Вазоактив дорилар

Ателектазни даволаш

Спирометрия

Бронходиллятаторлар

Йўтал ва чуқур нафас

Кўкракни физиотерапияси

1. Оксигенотерапиянинг самараси клиник маълумотларга, нафас олиш сонига, пульсга, артериал қон босимга, тери қопламларнинг рангига, имкон бўлса қондаги ЭЧТ га қараб баҳоланади.

2. Гипоксияни йўқотиш.

3. ЎСВ (ИВЛ)

4. Нафас йўллардаги шиллиққаватни шиши билан курашиш (20%-20 мг глюкоза э-маси, 10%-1,5мг СаСl э-маси, 2-4 мг/кг лазикс)

5. Бронхлар спазмини йўқотиш (эуфиллин 2,4%-0,2-0,5мл)

6. Юрак-қон томир етишмовчилиги билан курашиш.

7. Фермент етишмовчилигини даволаш (Вит С, В6, РР, ССВ, АТФ)

8. Буйракустибезиетишмовчилиги билан курашиш.

Спазмофилия – кичик ёшдаги болаларда экстацеллюляр суюқликда кальций миқдорини етишмовчилиги натижасида, клоник ва клонко тоник талвасалар билан кечадиган касаллик. Клиникасида яширин ва яққол спазмофилия ажратилади. Касаллик кўпроқ баҳорда ва рахит касаллигидан тузалиш даврида кузатилади^{1,9}.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 65, pages 474-477.

9. Болаларга стационар ёрдам кўрсатиш .Болалар стационар ёрдам кўрсатиш бўйича ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган ва Ўзбекистон Республикаси мутахассислари томонидан мослаштирилган ўқув курси. Т.2013

Касалликни яширин турида болалар ташқи кўринишидан амалий соғлом, ammo гиперкўзгалувчан бўлиб, безовталик, гиперестезия кузатилади. Хвостека, Эрба, Мюссе, Маслова, Люстра феноменлари кузатилади.

Яққол спазмофилияда бола купрок йиглаганда, кичкирганда ларингоспазм кузатилади. Бундай холатларда нафас олиш бир неча секунд тухташи (нафаси ичига тушиб кетади) мумкин. Бола дастлаб окаради, сунгра кукаради ва хушдан кетиш холатлари булиши мумкин. Хуруж чукур хурсиниш, жарангдор нафас олиш, «хуроз кичкириши» билан тугайди. Бемор бироз йиглаб бир неча дакикадан сунг уз холатига келади ва уйкуга кетади. Огир холатларда юрак фаолияти тухташи сабабли улим билан тугаши хам мумкин. **Диагностика**сида қондаги кальций миқдори аниқланади (0,85 ммоль/л дан камайганда, меъёр 1,0-1,4 ммоль/л).

Даволаш. Бурун шиллиқ қавати қитиклинади (бурунга пуфлаш, юзиги уриш, сув сепиш, вестибуляр анализатор қитикланади (бола «силкитилади»). Талаваса кузатилганда м/о седуксен (0,5% 0,1 кг ёшига), магний сульфат (25% 0,4 мл ёшига), ГОМК (20% 0,5 мл/кг), кальций глюконат (10% 1-2 мл ёшига).

Иситма педиатрия амалиётида кечиктириб булмайдиган тиббий ёрдамга мурожатнинг асосий сабабларидан бири булиб колмокда (Цибулькин Э.К., 1994).

Маълумки, болаларда тана хароратининг кутарилиши шифокорга мурожаат килишни энг куп учрайдиган сабабларидан бири булмай, балки хар хил дори воситалирининг назоратсиз ишлатилиши асосий сабаб хисобланади (В.К. Таточенко, 1999). Бунда иссиқликни туширувчи воситалар сифатида узок йиллар давомида турли НПВП (салицилатлар, пирозолон ва пара-аминофенол хосилалари) кулланиб келинган.

Бирок 70 йиллар охирида болаларда вирусли инфекцияда салицил кислота хосилаларини куллаш Рейе синдромини ривожланишига олиб келиши хакида ишончли маълумотлар пайдо булди.Рейе синдромини салбий окибатларини (улим - 80% гача, яшаб колганларда жиддий неврологик ва конгитив бузилишлар ривожланиши эхтимоллиги юкори) хисобга олган холда АКШда 80 йиллар бошларида болаларда грипп, ОРВИ ва чин чечакларда салицилатлар кулланиши таъкикланди.

Бундан ташкари таркибида салицилатлар кирадиган рецептсиз дори воситаларини эхтиёткорлик матни билан чикарила бошланди, чунки уларни хам болаларда грипп ва чин чечакларда куллаш Рейе синдроми ривожланишига олиб келиши мумкин. Буларнинг хаммаси АКШда Рейе

синдромини частотасини пасайтиришга каратилган чора-тадбирлар эди. Агар аспирин кабул килган болаларнинг (1980 йилда) 555 тасида Рейе синдроми аниқланган булса, 1987 йилда бу ҳолат 36 тага, 1997 йилга келиб эса бор-йўги 2 та ушбу синдромга чалинган болалар регистрация килинди. (CenterforDiseaseControl, 1999)

Бир вақтнинг узида бошқа антипиретикларнинг салбий эффе́ктлари туғрисида маълумотлар йиғила бошланди. Утган 10 йиллар ичида педиатрия амалиётида куп ишлатиладиган амидопирин узининг юкори токсиклиги туфайли ҳозирда дори препаратлари номенклатурасидан чиқариб ташланган. (М.Д. Машковский, 1993). Анальгин суяк кумигига салбий таъсир курсатиши, кон яратилиш жараёнини тухтатиб, фатал агранулоцитоз ривожланишигача олиб келиши туфайли куп мамлакатлар тиббий амалиётида унинг ишлатилиши чекланди. Болаларда ишлатиладиган турли анальгетиклар-антипиретикларнинг эффе́кти ва зарарсизлигини таккослаб, урганилиши тахлили натижасида педиатрия амалиётида кулланилувчи иссиқликни туширувчи дори воситаларни сони кискади. Ҳозирги вақтда болаларда фақат парацетамол ва ибупрофен иссиқ туширувчи зарарсиз ва эффе́ктли дори сифатида иситмада кулланилади. Бирок, болалар иситмасида ВОЗни антипиретикларни куллаш ва танлаш буйича аниқ тавсиясига карамасдан баъзи педиатрлар анальгин ва салицилат кислотани ишлатиб келмоқда.

Дори воситаларини кулланилиши буйича соғлиқни сақлаш амалиётида формуляр системани киритилиши иссиқликни туширувчи препаратларни танловини тартибга солади. Формуляр — бу дори воситаларини куллаш буйича ҳужжат булиб, унинг коидаларига риоя килиш даволашда оптимал клиник ва эконо́мик эффе́ктга эришишига имкон беради. (Ю.Б. Белоусов, 1999). Формулярда дори воситаларининг куллашга курсатмалари ва карши курсатмалари, дозаси ва режими катъий белгиланган булади. Формуляр асосида исботланган тиббиёт фактлари, касалликнинг структурисини пухта тахлили ва эффе́ктив даволаш программасида эконо́мик курсаткичларига асосланган холда халқаро ёки мамлакат миқёсида келишилган ва кабул килинган терапиянинг стандартлари ётади (А.Г. Чучалин и соавт., 2000). Шуниси кувонарлики, дори воситаларини ишлатиш буйича врачлар учун Федерал кулланманинг (Формуляр система, РФ ССВ, 2000) биринчи нашрида курсатилишича, ацетилсалицил кислотани 12 ёшгача булган болаларга куллаш таъқиқланади, анальгин эса фақат интенсив терапияда кулланиши мумкин. Дори воситаларини ишлатишда Федерал формулярда белгиланган принципларга катъий амал килиш нафақат шифокор хатосини

олдини олишга, балки куп таркалган касалликларнинг оптимал фармакотерапияга ёрдам беради (Ю.Л. Шевченко, 2000).

ОДАМ ОРГАНИЗМИДА ХАРОРАТ ГОМЕОСТАЗИНИ САКЛАБ ТУРИЛИШИНИ ФИЗИОЛОГИК МЕХАНИЗМИ.

Хайвонот дунёсининг вакиллари — кушлар ва сут эмизувчиларда эволюция натижасида ташки мухитнинг харорати узгариб туришига карамасдан, тана хароратини доимий бир хил ушлаб туриш хусусияти генетик мустахкамланган. Бу хусусият гомойотермик деб аталиб, у яшаш мухитда харорат узгарган вақтда организмда метаболизмни юкори интенсивлигини ва биологик активлигини сақлаб туришга имкон беради. Тана хароратини алмашинув жараёнлари интенсивлиги билан боглик холда ураб турувчи мухитнинг хароратига караб параллел узгартириб турадиган хайвонлардаги хусусият пойкилотермик деб аталади.

Гомойотермик (грек. Homois - бир хил, Therme - иссиклик) бу организмнинг ураб турувчи мухит хароратини узгариб туришидан катъий назар уз тана хароратини, алмашинув жараёнлари хамда биологик активлигини бир хилда ушлаб туриш қобилиятидир.

Пойкилотермик (грек. Poikilos - хар хил, Therme - иссиклик) бу организмнинг ураб турувчи мухит хароратини узгаришига мос холда уз тана хароратини узгартириб туриш қобилиятидир.

Гомойотерм хайвонларни тана хароратини доимий бир хил ушлаб туриш қобилияти қуйидагиларга боглик^{1,9}:

- * асосий алмашинувда иссиклик хосил булишининг юкори даражада эканлиги;
- * тана копламининг термоизоляция хусусияти;
- * терморегуляциянинг физиологик механизмлари борлиги;

Одатдаги шароитда одам органлари, кони ва миясидаги харорат 37 °С даражасида ушлаб турилади. Бу курсаткичнинг физиологик узгариш чегараси ±1,5 °С. Ички органларнинг нормал ва юкори летал температура орасидаги интервал 6 °С ни ташкил этади. Одам организми харорати +43 °С дан ошса амалий жихатдан улим билан тугайди. Пастки летал температураси -23 °С. Шунини таъкидлаш керакки, кон ва ички органлар хароратининг нормал даражадан ±2-2,5 °С га узгарса, организм физиологик функцияларини бузилишига олиб келади. Организм физиологик функцияларини сақлаш учун тана хароратининг бундай тор диапазонда узгариб туриши, терморегуляциянинг ахамияти ва ролини белгилайди.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 65, pages 474-477. 9. Болаларга стационар ёрдам кўрсатиш . Болалар стационар ёрдам кўрсатиш бўйича ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган ва Ўзбекистон Республикаси мутахассислари томонидан мослаштирилган ўқув курси. Т.2013.

Терморегуляция — иссиклик хосил булиши ва иссиклик ажралиши жараёнларини регуляцияси ёрдамида организм хароратини доимий ушлаб турувчи физиологик механизмлар мажмуи.

Организмда харорат гомеостазини ушлаб туриш учун иссиклик ажралиши жараёнига иссиклик хосил булиш жараёнларини адекват мослигини назорат килиб туриш керак.

Организмда модда алмашинув жараёни иссиклик энергиясини хосил булиши билан кечади. Шунинг учун, метаболизм интенсивлиги юкори булган органларда(жигар, буйрак, бош мия, физик ишда — мушаклар) иссиклик бошка органларга караганда купрок хосил булади.

Организм турли органлари ва органлар системаларида харорат бир хил булиши учун иссиклик куп хосил буладиган органлардан иссиклик ажралиши кечадиган (тери, упка) сохаларига иссиклик узатилади. Бу жараён катта иссиклик хажмига эга булган кон оркали бажарилади. Теридан иссиклик ажралиши жараёни интенсивлиги тери томирларида кон окиш тезлиги, томирларнинг кон билан тулиши ва тер ажралиши активлиги билан назорат килинади.

Иссиклик берилиши *конвекция, кондукция, бугланиш* ва *радиация* хисобига амалга оширилади.

Конвекция —иссиклик энергиясининг теридан организмни ураб турувчи (хаво) харакатланувчи мухитга узатилиши хисобига иссиклик ажралиши содир булади.

Кондукция — организм билан бевосита контактда булган предметлар(кийим) га иссиклик энергиясининг узатилиши хисобига иссиклик ажралади.

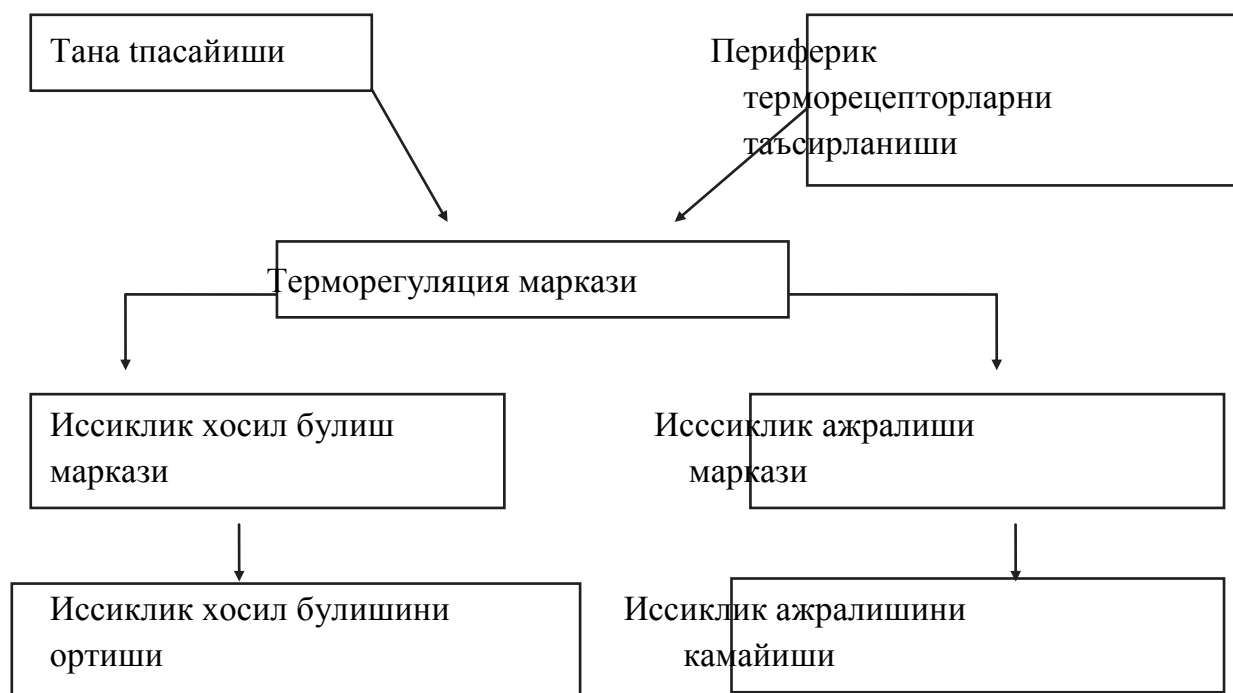
Иссиклик хосил булиши ва иссиклик ажралиши жараёнлари мувозанатини терморегуляция маркази булган гипоталамус олдинги булагада жойлашган преоптик сохадан бошкарилади.

Терморегуляция маркази нейронлари капилярларнинг зич тури билан копланган. Кон гипоталамус олдинги булагини периптик сохасидаги капилярлардан утиб, организм харорати баланси тугрисида терморегуляция марказига маълумот беради. Бундан ташқари, терморегуляция маркази периферик терморцепторлардан хам маълумот олади. Кон харорати ва периферик терморцепторларнинг узгариши терморегуляция маркази нейронларини активлаштиради. Бу эса гипоталамусда жойлашган иссиклик хосил булиши ва иссиклик ажралишини бошкарувчи марказларнинг активлигини координацияли узгартиради.

1 ва 2 чи расмларда физиологик шароитларда харорат кутарилиши ва тушиши холларида гомеостазни ушлаб туришга каратилган терморегуляция механизми схематик равишда курсатилган.

1-расм

Тана харорати пасайганда терморегуляция механизми.



1. Калконсимон ва буйрак усти беzi гормонлари синтези
2. Метаболик жараёнлар интен-сивлигининг ортиши
3. Кискармайдиган термогенез
4. Кискарувчи термогенез

1. Тери томирлари оркали кон окиш тезлигини камайиши ва томирлар тонусини оши ши (конвекция, кондукция ва радиациани сусайиши)
2. Тер безларининг активлиги ни камайиши (бугланиш хисобига иссиклик ажрали-шининг камайиши)

Тана хароратини нормаллашуви

Тана хароратининг пасайиши кон хароратини ва периферик терморецепторларни таъсирланишини пасайиши билан кечади. Совуган кон гипоталамус капиллярлари оркали утиб, терморегуляция марказига тана хароратининг пасайганлиги тугрисида “ахборот” беради. Бир вақтнинг

узида терморегуляция маркази нейронлари харорат гомеостази узгарганлиги тугрисида периферик терморцепторлардан афферент импульсларни олади. Натижадатерморегуляция маркази исиклик хосил булиш ва исиклик ажралиши марказлари фаолятини узгартиради. Улар томонидан органларга тана хароратини нормаллаштириш тугрисида эфферент сигналлар юборилади. Аввалига исиклик ажралиши камаяди. Бу тери томирларидан кок окишнинг камайиши хисобига содир булади. Тери томирлари тонусининг ортиши уларнинг кон билан тулиши ва кон окиш тезлигини камайтиради. Бу эса терини исиклик утказувчанлигини камайтиради. Исикликнинг конвекция, кондукция ва нурланиш оркали йукотилиши камаяди. Бир вақтнинг узида тер ажралиши камаяди, бу хам исикликнинг бугланиш оркали йукотилишини камайтиради⁹.

Агар юкоридаги барча компенсатор механизмлар тана хароратини нормаллашуви учун етарли булмаса исикликнинг хосил булишини кучайтирилишига каратилган жараёнлар бошланади. Бунда алмашинув жараёнлар интенсивлиги ортади, аввалига кискармайдиган термогенез (энергияга бой субстратлар — ёг ва углеводларнинг хужайра метаболизми кучаяди), кейинчалик эса мускуллар кискариши (“мускул калтираши”) натижасида “мускул исиклиги” синтези ортади (кискарувчи термогенез).

Шундай килиб, тана харорати пасайганда терморегуляция механизми исиклик энергиясини хосил булишини кучайтириш ва исикликнинг ташки мухитга берилишини камайтиришга каратилган¹. Юкорида келтирилган жараёнларни координацияли амалга оширилиши тана ни харорат гомеостазини нормаллаштириб туришга имкон беради(1 расм).

2 расмда тана харорати ошганда терморегуляция жараёнларининг кайта узгариши механизми схематик равишда келтирилган.

Тана хароратининг ортиши кон темпратурасининг ва периферик терморцепторлар таъсирланишининг ортиши билан бирга кечади. Кон гипоталамус капиллярларидан утиб, терморегуляция марказига организм гомеостази узгарганлиги тугрисида ахборот беради. Бир вақтнинг узида терморегуляция маркази танани харорати ошганлиги тугрисида периферик терморцепторлардан афферент импульсларни кабул килади. Бунинг натижасида терморегуляция маркази исиклик хосил булиш ва исиклик ажралиши марказлари фаолятини узгартиради⁹.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 65, pages 474-477.

9. Болаларга стационар ёрдам кўрсатиш .Болалар стационар ёрдам кўрсатиш бўйича ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган ва Ўзбекистон Республикаси мутахассислари томонидан мослаштирилган ўқув курси. Т.2013.

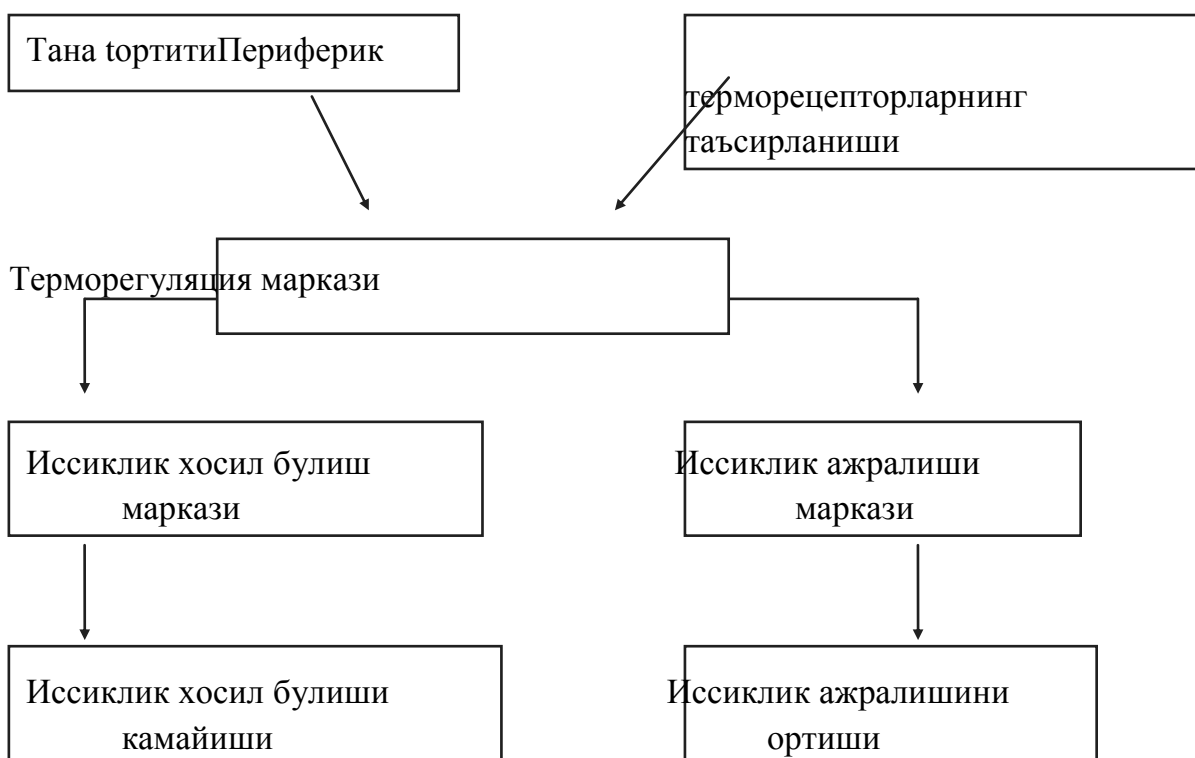
Иссиклик хосил булиш ва ажралиш марказларидан тана хароратини нормаллаштирувчи механизмларни бошлаш мақсадида орган ва туқималарга эфферент импульслар юборилади.

Тери томирлари орқали кон окимининг кучайиши ҳисобига иссиклик ажралиши кучаяди.

Тери томирлари тонусининг пасайиши бу томирларда кон окиш тезлигини ортишига ва кон билан тулишини ошишига олиб келади. Буларнинг ҳаммаси терини иссиклик утқазувчанлигининг ортишига сабаб бўлади. Конвекция, кондукция ва нурланиш жараёнлари кучайиши натижасида иссиклик йукотилиши кучаяди. Бир вақтнинг узида иссиклик хосил булишини камайтириш мақсадида алмашинув жараёнлари интенсивлиги сусаяди. Тана харорати ошганда терморегуляция механизмлари зуриқиши ҳолларида иссиклик ажралиши нафас йуллари орқали перспирация натижасидаги тахипноэ ҳисобига ортади.

2 расм.

Тана харорати ортганда терморегуляция механизми.



1. Калконсимон ва буйрак усти беги гормонлари синтези камайиши
2. Метаболик жараёнлар интенсивлиги камайиши

1. Тери томирлари орқали кон окиш тезлигининг ортиши ва томир тонуси камайиши
2. Тер безларининг активлиги ортиши.

Тана хароратининг нормаллашуви

Демак, тана харорати узгарганда терморегуляцияси узгариши механизми иссиқлик ҳосил бўлиши ва ажралиши жараёнлари функцияси активлигини ҳамкорликда ва нозик мувозанатда узгартиришга қаратилган бўлиб, бу организм гомеостазини доим бир хилда сақлаб туришга имкон беради.

БОЛАЛАР ОРГАНИЗМИДА ТЕРМОРЕГУЛЯЦИЯНИНГ ЁШГА ХОС ХУСУСИЯТИ.

Етук нормал тугилган болалар терморегуляция даражаси бўйича гомойотерм, лекин фақат кичик диапазондаги ташки хароратда тана хароратини доимий бир хилда тутиб тура олади. Бундай гомойотермлик хусусияти нисбий тургун эмас, шунинг учун янги тугилган чакалоқларда осонгина тана харорати кутарилиши ёки пасайиши мумкин. Бу янги тугилган чакалоқлар организмда терморегуляция механизмининг зуриқиши ва ёшга боғлиқ анатомио-физиологик хусусиятга боғлиқ деб тушунтирилади.

Янги тугилган болаларда терморегуляция хусусиятлари (Н.П. Шабалов, 1995)

- * иссиқлик ҳосил бўлишига нисбатан иссиқлик берилиши юқорилиги;
- * исиб кетганда иссиқлик ажралиши кучайиши қобилияти чегараланганлиги;
- * совиб кетганда иссиқлик ҳосил бўлишини кучайиши хусусияти чегараланганлиги (қисқарувчи термогенезни йуқолиши; тана оғирлиги бирлигига нисбатан қупрок иссиқлик ишлаб чиқарилиш зарурияти);
- * харорат гомеостазини иситма типиди қайта узгартириш қобилиятига эга эмаслиги (лейкоцитар пирогенларга нисбатан терморегуляция марказининг нисбий резистентлиги; қон зардобиди аргинин-вазопрессин қонцентрациясининг юқорилиги);

Етилмаган ва чала тугилган чакалоқларда харорат узгашиб турадиган мухит диапазониди организм харорат гомеостазини сақлаш қобилияти тулик тугилган ва етилган чакалоқларга нисбатан ёмон бўлади. Бунга сабаб уларда терморегуляция механизмларининг тулик ривожланмаганлигидир.

Терморегуляция системасининг етилиш қритерийлари(А.В. Мазурин, И.М. Воронцов; 1986)

- ҳаво харорати 20-22 °С ди ректал хароратнинг тургунлиги;
- ректал ва аксилляр харорат орасиди тафовут борлиги;
- тана хароратининг сутқалиқ ритмини мавжудлиги;
- инфекция қасаллиқларди иситманинг ривожланиши;

Чала тугилишдан ва морфо-функционал етилмаганликдан ташкари терморегуляция дисфункциясини бошка патологик ҳолатлар ҳам чакириш мумкин (гипоксия, калла суяги ичидаги тугма травмаси, хомиладорликдаги МНС ни шикастланиши билан кечадиган инфекция касалликлар).

Янги тугилган чакалоқлар организмда иссиқлик ҳосил булишининг узига ҳос хусусияти шундан иборатки, улар организмда қисқармайдиган термогенезнинг бошка иссиқлик энергияси ҳосил қилувчи механизмлардан устун туришидир. Соғлом тугилган болаларда қисқармайдиган термогенез асосан кунгир ёғ туқималарининг метаболизи хисобига амалга оширилади. Шу сабабли шуни эсда тутиш лозимки, соғлом янги тугилган чакалоқларда иссиқлик ҳосил қилувчи ёғ туқимаси захираси тезда қамайиб, неонатал даврга бориб минимум даражага етади. (А.В. Мазурин, И.М.Воронцов; 1986). Мана шу даврдан бошлаб қисқарувчи термогенез механизми шакллана бошлайди.

Янги тугилган болалар организмда иссиқлик ажралишини узига ҳос хусусияти шундан иборатки, иссиқлик энергиясини конвекция ва кондукция йуллари билан йукотилиши пассив даражада булишидир. Бу ушбу ёшдаги организмда тери тузилишининг узига ҳос хусусиятига — кон томирларга бойлигига ва иссиқлик изоляция қилувчи қаватининг жуда юпкалигига боғлиқ. Бундан ташкари юкори даражада иссиқлик берилишини тана массасига бирлигига нисбатан танани юзаси қатталиги имкон яратади. Тери юзасидан бугланиш хисобига иссиқликнинг ажралиши кечроқ — тер ажралишининг адекват механизмлари шакллангандан сунг бошланади. Умуман олганда иссиқлик ажралиши регуляциясининг шаклланиши 7-8 ёшга келиб тугайди.

Соғлом болалар хаётининг дастлабки йилларида тана хароратига куп факторлар таъсир курсатади. Мас; уйку вақтида ва оч қолган пайтларда тана харорати пасаяди, овқат егандан кейин, мускуллар зуриқишидан, психик ва эмоционал таъсирланишлардан кейин тана харорати ортади. Тана хароратининг суткалик узгариб туриши 15-18 соатларда максимал рақамлар билан ва эрталаб 4-6 соатларда минимал рақамлар билан аниқланади. Бу фарқ ёш болаларда 0,6 °С ни, озгина қаттароқ болаларда эса 0,3 °С ни ташкил этади. Айниқса болалар хаётининг дастлабки 6 ойларида тана харорати лабил булади.

ИСИТМА

Эволюция жараёнида хайвонот оламининг гомойотерм вакилларида турли патоген таъсирловчилар таъсирига жавобан типга хос терморегулятор химоя-мослашув реакцияси ишлаб чиқарилган ва генетик мустахкамланган. Хар хил патоген таъсирловчилар(пирогенлар) таъсирига жавобан тана харорати ошишига йуналтирилган ва харорат гомеостазини кайта узгартириш билан намоён буладиган реакцияни — иситма деб номлаш мумкин.

Иситма организмдаги хаддан ташқари куп исиклик хосил булиши ёки ажралиши раекцияларидан принцип жихатдан фаркланади. Бу харорат пасайганда ҳам (хаво шароити туфайли организм совкотиши ва бошк.) тана хароратини нормаллаштириш учун терморегулятор марказни механизми сакланиб қолишига боғлиқ. Иситмада эса терморегуляция организм харорати ортиши ва харорат гомеостазининг узгаришига жавобан исикликни хосил булиши ва ажралиши жараёнларини мақсадга мувофиқ узгартиради. Бундан ташқари иситмада харорат гомеостази анча юкори даражада узгаради(“термостатнинг янги нуқтасини урнатилиши”), у нормал термогенез ва терморегуляция маркази активланиши механизмларидан принцип жихатдан фарк қилади.

Иситма организмнинг носпецифик химоя реакцияси ҳисоблангани учун, уни чакирувчи сабаблар ҳам хар хилдир. Амалий мақсадда иситмани инфекцион касалликларда ривожланувчи(инфекцион иситма) ва асептик яллигланишда, турли туқима шикастланишларида ва МНС функцияси бузилишларида ривожланувчи ноинфекцион турларга ажратилади.

Инфекцион иситма вирус ёки бактериал табиатга эга булган пирогенлар таъсирига жавобан ривожланиб, жуда куп учрайди.

Ноинфекцион табиатли харорат реакцияси генези жуда мураккаб. Тана хароратининг ноинфекцион характерда ортиши куйидагилар сабаб булади:

- * централ генезли (МНС турли қисмларининг шикастланиши —кон куйилиши, усма, травма, мия шиши, ривожланиш дефекти);
- * психоген генезли (олий нерв фаолиятининг функционал бузилишлари — невроз, психик ва эмоционал зуриқишлар, гипноз таъсири);
- * рефлектор генезли (буйрак-тош, ут-тош касалликларида, корин парда таъсирланганда ва бошк. огрик синдроми);
- * эндокрин генезли (гипертиреоз, феохромоцитома);
- * резорбцион генезли (лат ейиш, эзилиш, кесилиш, куйиш, некроз, асептик яллиглиниш, гемолиз оксил табиатли пирогенлар(нуклеин кислоталар) хосил булишига сабаб булади);

* дорили (ксантин препаратлари, метилен куки, гиперосмолляр эритмалар, эфедрин, сульфаниламидларни антибиотиклар энтерал ёки парентерал кулланганда);

Юкоридаги иситманинг вариантларида терморегуляция бузилиши умумий механизмда боришига карамай, хар бирининг клиник манзараси ва патогенези специфик хусусиятга эга. Ноинфекцион табиатли харорат реакциясини ривожланиши эндоген пирогенлар, гормонлар ва медиаторларнинг централ ва периферик таъсир килишига боғлиқ. Мазкул холат патогенези асосида исиклик хосил булиши ортмасдан исиклик ажралиши камайиши ётади.

Иситманинг этиологияси ва гипертермиянинг клиник ахамиятлари тугрисидаги саволларни синчиклаб урганиш учун Библиографик руйхатда курсатилган М.И. Лоуриннинг “лихорадка у детей” монографиясини(1985), Н.Г. Зернов ва О.Ф. Тарасов “Семиотика детских болезней;(1984) китобининг “семиотика лихорадки” булимини, бундан ташкари И.Андреев тахрири остида чиккан “Дифференциальная диагностика важнейших симптомов детских болезней” китобининг “Повышение температуры тела” булимини укиш тавсия этилади.

ИСИТМА ПАТОГЕНЕЗИ

Иситма ва нормал термогенез механизмлари орасидаги фарк анча олдинлари тахмин килинган, лекин 19 аср охирлари 20 аср бошларидагинабу тахминлар исботланди. Текширувлар натижаси шуни курсатадики иситма асосида исиклик алмашинувини бошкарувч нерв марказлари фаолиятининг узига хос узгаришлари ётар экан. Бу узгаришлар бир вақтнинг узида исиклик хосил булишини оширилиши ва исиклик ажралишини чеклаб куйилиши хисобига харорат гомеостазини юкори даражадага кайта узгартиришга йуналтирилган. Тиббиётда иммунология ва биохимия сохасилари ривожлангандан кейин иситманинг патогенези тулик урганилишига имкон берди.

Шу нарса маълумки, иситма патогенези интегал компоненти булиб, коннинг фагоцит килиш хусусиятига эга хужайралари (нейтрофиллар, моноцитлар) ва тукима макрофаглари хисобланади. Грамм манфий кузгатувчилар эндотоксинининг пироген хусусияти улар таркибидаги хужайра мембранаси липополисахаридарига боғликлиги исботланган. Инфекцион инвазияда ёки ноинфекцион яллигланиш жараёнларида организм гомеостазини узгариши тана хароратининг ортишига олиб келувчи фагоцитозни активланишига ва фагоцитлар томонидан биологик актив моддаларнинг ишлаб чикарилиши кучайишига сабаб булади ва шунга монанд эндоген ёки лейкоцитар пирогенлар деб белгиланади. Кейинчалик

аникландики, лейкоцитар пироген гомоген эмас, балки оксил моддасидан ташкил топган, улар орасида нсибий молекуляр массаси 13000-20000 булган 2 та актив полипептид ажратилган. Мана шу полипептидлар ДЖ. Оппенгейм, К.Мельтцер ва О. Мицел томонидан 1979 й. **интерлейкин-1** деб номланди.

Интерлейкин-1 (эндоген ёки лейкоцитар пироген) — биологик актив модда, яллигланиш уткир фазасида хужайралараро узаро таъсирнинг медиатори ролини бажаради¹.

ИЛ-1 иситма ривожланиши ва яллигланиш уткир фазасининг бошка жараёнларида асосий бошловчи медиатор хисобланади (С.В. Saper, С.Д. Breder, 1992). ИЛ-1 простогландинлар, А ва Р амилоидлар, С реактив оксил, гаптоглобин, α_1 -антитрипсин ва церулоплазмин секрециясини стимуллайди. ИЛ-1 таъсирида Т-лимфоцитлар томонидан интерлейкин-2 нинг хосил булиши бошланади ва хужайра рецепторлари экспрессияси ортади. Бундан ташкари В-лимфоцитлар пролиферацияси кучайиши, антитела ва мембрана Ig рецептори экспрессияси стимуляцияси содир булади.

Нормал шароитларда ИЛ-1 гематоэнцефалик барьер оркали ута олмайди. Лекин иммун гомеостазни бузилишида(инфекцион ёки ноинфекцион яллигланиш) ИЛ-1 гипоталамус олдинги кисмининг преоптик сохасига етиб боради ва терморегуляция маркази нейронлари билан таъсирлашади. (J.C/Foreman. 1989). Бунинг натижасида ЦОГ активлашади, бу эса циклик аденозин-3',5'-монофосфат (цАМФ) нинг хужайра ичи даражаси ортиб кетишига олиб келади. цАМФ концентрацияси ортиши хужайра ичида Са ионларининг тупланишига, Na/Ca муносабатининг узгаришига ва иссиклик хосил булиши ва иссиклик ажралишини бошқарувчи марказлар фаолиятининг узгаришига сабаб булади. Бу уз навбатида иссиклик энергиясининг хосил булиши ошишига ва иссиклик ажралиши камайишига олиб келади⁹.

Иссиклик хосил булиши кучайиши метаболик жараёнларнинг кучайиши ва кискарувчи термогенез хисобига амалга ошади. Бир вақтнинг узида тери ва тери ости клеткаси томирлари торайиши, периферик кон томирларда кон окими тезлиги камайиши кузатилади, бу иссиклик ажралишининг камайишига олиб келади. Тана хароратининг ортишига олиб келадиган, энг юкори нукта — харорат гомеостазини янги даражаси белгиланади(3-расм).

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 65, pages 474-477.

9. Болаларга стационар ёрдам кўрсатиш .Болалар стационар ёрдам кўрсатиш бўйича ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган ва Ўзбекистон Республикаси мутахассислари томонидан мослаштирилган ўқув курси. Т.2013.

3-расм
Иситма патогенези



Иситманинг ривожланиши

ИСИТМАНИНГ КЛИНИК ВАРИАНТЛАРИ ВА БИОЛОГИК АХАМИЯТИ.

Иссиликни туширувчи ва антибактериал воситаларнинг тиббиёт амалиётига кириб келишигача булган вақтда иситма реакцияси кечиш хусусиятини тахлили муҳим диагностик аҳамиятга эга булган. Бунда турли инфекция касалликларда (корин тифи, малярия, тошмали тиф ва бошқ.) иситманинг специфик хусусиятлари аниқланди. БУ вақтда С.П.Боткин 1985 йилда иситманинг характеристикасида абстракцияси ва шартлилигига эътибор қаратди (Н.П. Веселкин, 1980). Бундан ташқари шуни ҳисобга олиш керакки, иситманинг характери нафакат қузғатувчини патогенлигига, пирогенлигига, инвазияси массивлигига ёки асептик яллигланиш

жараёнларининг ифодаси даражасига боғлиқ булмай балки, пациентнинг ёш ва конституцион хусусиятига, ҳолатига ҳам боғлиқ.

Иситмани тана ҳарорати ошиш даражасига, иситма даврининг давомийлигига ва ҳарорат эгрилиги характеристикасига қараб баҳоланади.

Тана ҳарорати ошиш даражасига қура:

- **Субфебрил** 37,2° -38,0°С
- **Паст фебрил** 38,1° - 39 °С
- **Юкори фебрил** 39,1°-40,1° С
- **Хаддан ташқари фебрил** 41,1°С дан юкори

Иситма даврини давомийлигига қура:

- **Эфемер** — бир неча соатдан бир неча кунгача;
- **Уткир** — 15 кунгача;
- **Уткир ости** — 45 кунгача;
- **Сурункали** — 45 кундан куп.

Ҳарорат эгрилиги характериға қура:

1. **Доимий иситма (febriscontinua)** — суткалик узғариши 1°Сдан кам булган тана ҳароратининг ортиши.
2. **Бушаштирувчи иситма (febrisremittens)** —суткалик узғариши 1°С дан куп ублиши билан характерланадиган тана ҳароратининг ошиши, ҳарорат 38° гача тушиши мумкин, лекин нормал ҳолға тушмайди.
3. **Навбатланиб турувчи иситма (febrisintermittens)** — сутка давомида нормал ва ошган температура даврлари галма-гал алмашиб турадиган иситма.
4. **Айниган иситма (febrisinvera)** — суткалик ҳарорат ритми бузилиши, эрталабки соатларда жуда юкорига кутарилиши билан характерланувчи иситма.
5. **Холдан тойдирувчи иситма (febrishectica)** — тана ҳароратини юкорига кескин кутарилиб, тезда пастга тушиши билан характерланадиган иситма. Сутка давомида ҳароратнинг ошиши ва тезда тушиши бир неча марта такрорланади. х
6. **Нотугри иситма (febrisatypia)** — бирон бир қонуниятлари йуқолган иситма.

Шуни таъкидлаш лозимки, ҳозирги вақтда инфекцион касалликларнинг эрта даврларида этиотроп (антибактериал) ва симптоматик(иссиклини туширувчи)дори воситаларини қулланиши амалиётда иситманинг типик ҳарорат эгрилиги кам қуринмоқда.

Харорат реакцияси тахлилида нафакат унинг кутарилиш хажмини, давомийлиги ва узгашиб туришини бахоллаш, балки уни боланинг холати ва касалликнинг клиник шаклланиши билан солиштириб куриш лозим. Бу диагностик изланишларни енгиллаштириб колмай, балки, пациентни даволаш ва текширувни тугри тактикасини танлашга, ҳамда касалликнинг кандай кечишини олдиндан айтиб бериш имконини беради.

Айникса исиклик ажралишининг клиник эквиваленти кучайган исиклик хосил булиши даражаси билан мос келишига эътибор бериш керак, яъни иситма болалар индивидуал хусусияти ва холатига караб, хатто гипертермиянинг бир хил даражасида ҳам турли кечиши мумкин. Мас; агар тана харорати ошганда исиклик ажралиши исиклик хосил булиши билан мос булса, бу иситманинг адекват кечишидан далолат беради. Клиник жихатдан бунда бола узини яхши хис килади, тери ушлаб курилганда кизгиш ёки кучсиз гиперемияли рангга буюган, нам ва исик булади. Бу иситманинг ижобий варианты эканлигидан далолат беради.

Агар тана харорати ошганда исиклик ажралиши периферик кон айланишининг бузилиши хисобига исиклик хосил булиши билан номутаносиб булса, бунда иситма кечиши буйича ноадекват тус олади. Клиник жихатдан бунда болаланинг ахволи бузилганлиги ва узини ёмон хис килиши, калтираш, тери копламанинг рангпарлиги, акроцианоз, товон ва тупикларнинг совуклиги кузатилади. Бундай клиник белгилар иситманинг салбий кечишидан ва зудлик билан ёрдам курсатишга далолат беради.

Иситманинг биологик ахамияти шундан иборатки, бунда организм реактивлиги табиий ортади. Тана хароратининг ортиши фагоцитоз интенсивлигини кучайтишига, интерферонлар синтезини кучайтишига, лимфоцитлар трансформацияси усишига ва антителогенезнинг стимулланишига олиб келади. Тана хароратининг ошиши купгина микроорганизмларнинг купайтишига тускинлик килади.

Бирок иситма хар кандай носпецифик химоя-мослашув реакцияси булиши билан бир каторда, компенсатор механизмлар бузилганда ёки гиперергик вариантда купгина патологик холатларни (мас: гипертермик синдром) ривожланишига сабаб булади. Айникса шуни таъкидлаш лозимки, иситманинг салбий асоратлари ривожланишида огирлаштирилган преморбитнинг индивидуал факторларини ахамияти катта. Мас: юрак-кон томир ва нафас олиш системасида жиддий касаллиги бор булган болаларда иситма ушбу системалар декомпенсация ривожланишига олиб келади. МНСда патологияси бор болаларда иситма тутканок ривожланишини кузгатади. Боланинг ёши ҳам иситмада патологик холатларнинг ривожланишида катта ахамиятга эга. Бола канча ёш булса, унда метаболик

бузилишлар прогрессив ривожланиши, мия шиши, трансминерализация ва витал функцияларнинг бузилиши каби узгаришларнинг ривожланиши эхтимоли билан боғлиқ тана хароратининг ошиши шунчалик тез ва осон булади.

ГИПЕРТЕРМИК СИНДРОМ

Иситманинг салбий кечувчи вариантларидан бири гипертермик синдромдир. Бу патологик ҳолатнинг симптоматикаси биринчи бўлиб 1922 йилда аниқланган (L. Ombredanne, 1922). Ёш болаларда гипертермик синдромнинг ривожланишига токсикоз билан бирга кечувчи инфекцион яллигланиш сабаб булади¹. Микроциркулятор алмашинув жараёнларининг уткир бузилиши фони остида ривожланувчи иситма асосида ётувчи токсикоз (капиллярлар дилатацияси билан кечувчи спазм, артерио-веноз шунтланиши, тромбоцитлар ва эритроцитлар ёпишиши (сладж феномени), усиб боровчи метоболик ацидоз, гипоксия ва гиперкапния, трансминерализация ва бошқ.) патологик жараённинг чуқурлашувига олиб келади. (А.В.Папаян, Э.К. Цыбульский, 1984; А.В. Чебуркин, 1997). Иссиклик хосил булишини кескин кучайиши, иссиклик ажралишини ноадекват пасайиши билан терморегуляция декомпенсацияси содир булади ва иссиклик туширувчи препаратлар эффект бермайди.

Гипертермик синдром, адекват иситмадан фарқли равишда зудлик билан комплекс терапия килиш талаб этади.

Гипертермик синдромда тана харорати юкори цифрларга (39-39,5 °С ва юкори) кутарилади⁹. Шунинг эса тутиш лозимки, гипертермик синдромни алоҳида вариантга ажратилиши харорат реакциясини конкрет цифрларга ортиши даражаси эмас, балки унинг клиник кечиш хусусияти иситмадагидек булишидандир. Бу болалар индивидуал ёши ва преморбит хусусиятларига кура иситманинг турли кечиш вариантларида гипертермиянинг бир хил даражада булиши билан боғлиқ. Шунинг учун иситма кечишини аниқловчи фактор гипертермиянинг даражаси эмас балки, терморегуляциянинг адекватлиги — яъни иссиклик ажралиши ва иссиклик хосил булиши жараёнларининг мувозанати хисобланади.

Шундай килиб, гипертермик синдром иситманинг патологик варианты бўлиб, унда микроциркуляциянинг, метаболизмнинг бузилиши ва хаёт учун зарур органлар ва системаларнинг усиб боровчи дисфункцияси билан бирга кечувчи хароратнинг тез ва ноадекват ошиши кузатилади.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 65, pages 474-477.

9. Болаларга стационар ёрдам кўрсатиш. Болалар стационар ёрдам кўрсатиш бўйича ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган ва Ўзбекистон Республикаси мутахассислари томонидан мослаштирилган ўқув курси. Т.2013.

5. ПЕДИАТРИЯ АМАЛИЁТИДА ИССИКЛИК ТУШИРУВЧИ ПРЕПАРАТЛАР

Иссикликни туширувчи препаратлар (анальгетиклар-антипиретиклар) — тиббиёт амалиётида кун ишлатиладиган дори воситаларидан биридир.

Иссикликни туширувчи эффектга эга препаратлар НПВП гурухига мансуб.

НВПВ уларнинг механизми аниқланмасдан олдин топилган. 1763 йил тол пустлогидан олинган иссикликни туширувчи таъсирга эга булган биринчи препарат олинди.(R.E. Stone 1763). Кейинчалик тол пустлогидан актив таъсирни бошловчи модда салицилин эканлиги аниқланди. Аста-секин терапия амалиётида салицилиннинг табиий бирикмалари урнини синтетик аналоглари(натрий салицилат ва ацетилсалицил кислота) эгаллай бошлади.

Кейинчалик салицилатларнинг иссикликни туширувчи эффектдан бошка яна яллигланишга карши ва огрик колдирувчи таъсирлари аниқланди. Бир вақтнинг узида у ёки бу даражадаги аналогик терапевтик эффектга эга булган бошка химиявий бирикмалар синтезлана бошланди(парацетамол, фенацетин ва бошк).

Яллигланишга карши, иссикликни туширувчи ва огрик колдирувчи активликка эга булган, лекин глюкокортикоидлар аналогли хисобланмайдиган дори воситалари НПВС гурухига киритилди.

НПВС гурухи препаратлари таъсир механизми простогландинлар синтез килиб олингандан сунг, яъни 70 йиллар бошларида аниқланди.

Ностероид яллигланишга карши воситалар (НПВС) — гормонал активликка эга булмаган, лекин простогландинлар синтезтини тухтатиш хисобига яллигланишга карши, иссикликни туширувчи ва огрик колдирувчи эффектга эга булган дори воситалари.

5.1 ИССИКЛИКНИ ТУШИРУВЧИ ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ ТАЪСИР МЕХАНИЗМИ.

Анальгетик-антипиретикларнинг иссикликни туширувчи эффекти асосида циклооксигеназанинг активлигини камайтирилиши хисобига простогландинлар синтезини тухтатиши ётади. 4 расмда циклогеназанинг простогландинлар хосил булишидаги роли схематик равишда келтирилган.

Простогландинлар манбаи булиб хужайра мембранаси фосфолипидларидан хосил булувчи арахидон кислота хисобланади. ЦОГ таъсирида арахидон кислота циклик эндопероксидга айланади. Эндопероксид синтета (простогландинсинтетаза, тромбоксансинтетаза, простоциклин-синтетаза)ларнинг ферментатив таъсирга учраб, шуларга

тегишли равишда простогландин, тромбоксан ва простоциклин хосил килади. Бундан ташкари арахидон кислота липооксигеназа(ЛОГ) нинг ферментатив таъсири остида лейкотриенлар(улар орасида анафилактик реакцияни секин регуляция килувчи модда алохида ахамиятга эга) хосил килади(4 расм).

Нормал шароитда арахидон кислота метаболизми активлиги организмда простогландин, тромбоксан, простоциклин ва лейкотриенларнинг физиологик сарфланиши ҳисобига каътий белгиланади. Маълумки, циклик эндопероксидларнинг ферментатив узгариши арахидок кислота метаболизми кечадиган хужайралар типига ҳам боғлиқ. Мас: циклик эндопероксидларнинг купгина қисмидан тромбоцитларда тромбоксан, кон томирлар эндотелийси хужайраларида эса простоциклин хосил булади.

4-расм

Арахидон кислота метаболизми



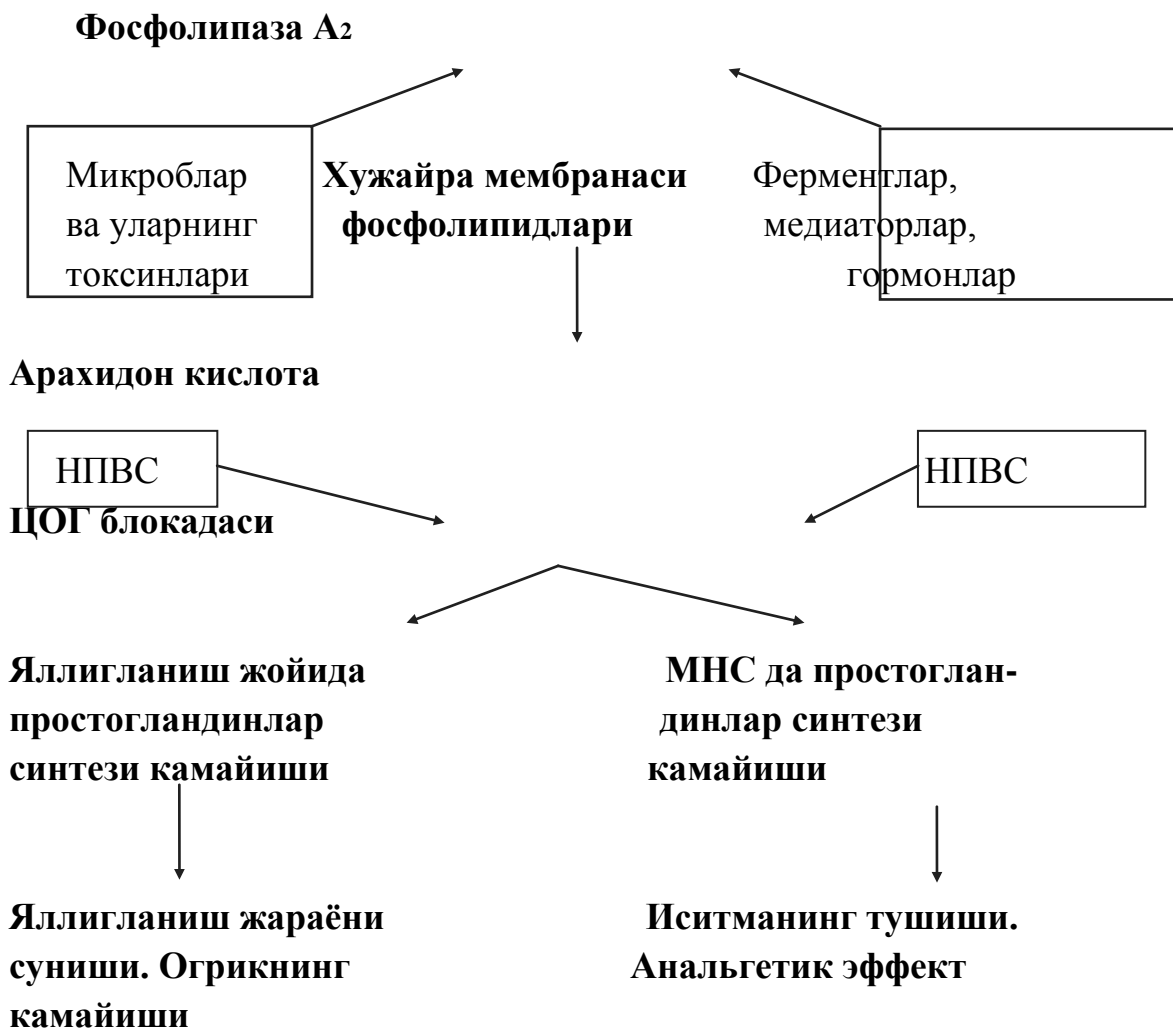
ЦОГ нинг 2 та изоферменти мавжуд. Биринчиси ЦОГ-1 факат одатдаги шароитда арахидон кислота метаболизмида иштирок этиб простогландинлар хосил килади, бу простогландин организм физиологик функцияларида (ошқозон шиллик каватида цитопротекторлар таъсири (ПГЕ2, ПГІ1), тромбоцитлар функционал активлигини ва кон окимининг

микроциркулятор адекват регуляцияси ва бошк) иштирок этади. Иккинчи изоферменти ЦОГ-2 факатгина цитокинлар таъсирида яллигланиш жараёнларида хосил булади(J.L. Masferreretal., 1990; P. Isacson, 1997).

Яллигланишда арахидон кислота метаболизми интенсивлиги кескин ошади. Микроорганизмлар токсинлари, ферментлар таъсирида фосфолипаза А₂ активлашади. Бу эса хужайра мембраналаридан фосфолипидлар ажралишини ва арахидон кислотаси хосил булишини ошишига олиб келади. Яллигланиш сохасида цитокинлар таъсирида ЦОГ-2 синтезланади ва ЦОГ-1 активлашади. Бу шикастланган жойда простогландинлар ва лейкотриенлар синтезига ва тупланишига сабаб булади. Бир вақтда яллигланган туқималарда фагоцитлардан брадикинин, гистамин, кислород эркин радикаллари, NO ажралиши ошади ва оғрик рецепторларининг сезувчанлиги ҳам ошади. Маълумки, простогландинлар, биоген аминлар, кислород эркин радикаллари, NO ва анафилаксияни секин регуляция қилувчи моддалар яллигланишнинг эрта босқичлари учун жавобгардир. (A.G. Johnsonetal., 1994).

НПВС ларнинг ЦОГни блокада қилиши натижасида простогландинлар хосил булиши камаяди. Шикастланган сохасда простогландинлар концентрацияси нормаллашуви брадикинин, гистамин, эндоген пирогенлар ва бошқа биологик актив моддалар, кислород радикаллари ва NO нинг хосил булишининг камайишига, бу эса уз навбатида яллигланиш жараёни активлигининг пасайишига ва оғрик рецепциянинг йуқолишига олиб келади(периферик эффект). НПВС ларнинг ЦОГ ни МНС даги концентрациясини камайтириши натижасида орқа мия суюқлигида простогландин микдори камаяди, бу эса тана хароратининг пасайишига олиб келади ва анальгетик эффект беради(марказий таъсир).

НПВС нинг таъсир механизми



Шундай қилиб, НПВС лар ЦОГ га таъсир этиб, простогландинлар синтезини камайтириши ҳисобига яллигланишга қарши, иссиқни туширувчи ва огрик қолдирувчи таъсир курсатади.

Педиатрия амалиётида иссиқни туширувчи препаратлар сифатида қуп йиллар давомида турли НПВСлар(салицилатлар, пирозолин ҳосилалари ва пар-аминофенол) қулланиб келинган. Лекин 70 йилларда шундай маълумотлар тупландики, бу дори воситаларни қуп қуллаш салбий эффектлар ривожланиши мумкинлиги аниқланди. Шу нарса исботландики, вирусли инфекцияда болаларда салицил кислота ҳосилаларини ишлатиш Рейе синдроми ривожланишига сабаб булади. Бундан ташқари анальгин ва амидопириннинг юқори токсиклиги тугрисида маълумотлар олинди. Буларнинг ҳаммаси педиатрия амалиятида қулланилувчи иссиқни туширувчи дори воситаларининг сонини камайишига сабаб булди. Қупгина мамлакатларда анальгин ва амидопирин дорилар руйхатидан олиб ташланди

ва ацетилсалицилат кислотани болаларда врач курсатмасиз куллаш таъкикланди.

ВОЗ мутахассислари тавсиясига биноан, ацетилсалицилат кислота аналгетик-антипиретик сифатида 12 ёшдан кичик болаларда ишлатиш катъий маън килинди. (WHO, 1993)/

Шу нарса исботланганки, барча иссикни туширувчи дори воситалари орасида факат ибупрофен ва парацетамол юкори терапевтик эффектга эга ва зарарсиз булиб, педиатрия амалиётида куллаш тавсия этилади (WHO, 1993; LeskoS.M. etal., 1997 ва бошк).

Педиатрия амалиётида иссикни туширувчи ва оғрик колдирувчи восита сифатида аналгин факат куйидаги холлардагина ишлатилиши мумкин:

- юкоридаги препаратларни (ибупрофен, парацетамол) ишлатиш мумкин булмаган холларда;
- интенсив терапия да аналгетик-антипиретикларни парентерал куллаш керак булганида ёки танланган препаратларни перектал ёки перорал ишлатишнинг иложи булмаганда;

Шундай килиб, хозирги вақтда **факат ибупрофен ва парацетамол болаларда иситмада эффектив ва зарарсиз иссикни туширувчи восита сифатида ишлатиш тавсия килинган.**

Шуни таъкидлаб утиш жоизки, **ибупрофен парацетамолдан фаркли равишда ЦОГ ни МНСдан ташкари яллигланган жойда хам блокаб куяди ва нафакат иссикни туширувчи балки, яллигланишга карши(антипиретик таъсири хисобига)эффектга эгадир.**

5.2. БОЛАЛАРДА ИСИТМАДА ИССИК ТУШИРУВЧИ ВОСИТАЛАРНИ ТАШЛАШ КРИТЕРИЙЛАРИ ВА ПАТОГЕНЕТИК АСОСИ

Болаларда тана хароратининг ошиши — педиатрия амалиётида турли дори воситаларини назоратсиз куллашнишининг окибатларидан бири (Таточенко В.К., 1999). Айрим холларда дори воситаларини шу жумладан, иссик туширувчи препаратларни хеч қандай асоссиз тавсия килинади. Иситмада иссик туширувчи препаратларнинг нотугри тавсия этилишини олдини олиш учун маълум конунуларга таяниб иш юритиш керак.

Биринчи навбатда, тана хароратини ошганлиги сабабабини тугри тушунтириш ва бола зудлик билан курсатилиши керак булган ёрдамга мухтожлигини аниклаш лозим. Анамнез билан танишиб чиқиш болада иситмани турли жиддий окибатлари ривожланишга мойиллик бор-йуклигини аниклаш мумкин. Тулик олинган клиник-анамнестик

маълумотларнинг тахлиliga караб хар кандай холларда терапевтик фаолиятни индивидуал текширув ва рационал тактикаси ташланади.

Клиник-анамнестик маълумотларга караб болаларда иситмада терапевтик тактикани дифференциаллаш учун 2 гурухга ажратилади:

- * бошлангич соглом гурух;
- * асорати буйича хатарли гурух.

Иситма реакцияларида асоратлари ривожланиши буйича **хатарли гурухга** киради:

- * 2 ойгача булган болалар 38°C дан юкори хароратда;
- * анамнезида фебрил тиришлари булган болаларда;
- * МНС касалликлари булган болаларда;
- * Кон айланиш органларининг сурункали патологияси бор болаларда;
- * Ирсий метаболик касалликлари булган болаларда.

Бундан ташкари генези буйича иситмалар инфекцион яллигланишли ва яллигланишсиз турлари булади.

Болаларда купинча иситма инфекцион-яллиглинишли касалликларда юзага келади. Хаммага маълумки болаларда преморбит фондаги харорат реакцияси ижобий характерга эга (“пушти иситма”), бунда харорат 39°C дан ошмайди ва боланинг ахволига салбий таъсир килмайди, шу пайтда дори воситаларини беришдан саклиниш керак. Бу холларда куп суюкликлар ичиш тавсия килинади. Болада иссиклик ажралишини кучайтириш учун уни ечинтириш керак, хона хароратидаги сув билан артиш керак. Бола танасини совук арок, спирт ёки муз билан артишнинг фойдаси йук, чунки бу томирларнинг кескин спазмига олиб келади ва иссиклик ажралишини камайтиради.

ВОЗ мутахассисларнинг тавсиясига асосан соглом болаларда харорат $39-39,5^{\circ}\text{C}$ дан паст булмагандагина иссилик туширувчи терапия утказилади. Лекин болалар иситма фонида гипертермия даражасидан каътий назар ахволи ёмонлашса, миалгия, хуши бузилса, терилари окарса ва токсикознинг бошка белгилари юзага келса унда зудлик билан антипиретик терапия утказилиши тавсия килинади.

Иситма фонидаги асоратлари ривожланиши буйича хатарли гурухга кирувчи болаларга иссилик туширувчи препаратларни хатто субфебрил тана хароратида хам берилиши лозим.

3 таблицада болаларда иссилик туширувчи препаратларни куллаш учун курсатмалар келтирилган.

Клиник-анамнетик маълумотлар иссик туширувчи терапия утказишни муҳимлигини курсатса ВОЗ тавсияларини куллаш керак ва самарали ҳамда зарарсиз дориларни куллаш керак.

Болалар иситмасида танланган препаратлар парацетамол ва ибупрофендир. Парацетамол ҳам самарали бўлганда ёки унга қарши курсатмалар бўлган ҳолларда ибупрофен бошланғич терапия сифатида кулланилади (FDA, 1992). Парацетамол 1 марталик дозаси 10-15 мг/кг массага, ибупрофен 1 марталик дозаси 5-10 мг/кг массага. Болалар учун препаратларни ишлатилганда (суспензия, сироплар) упаковкадаги чой қошиқчалардан фойдаланилади. Агар оддий чой қошиғида дори берилса унинг дозаси 1-2 мл га камайиб кетади (В.К.Таточенко, 1998). Иссикни туширувчи препаратларни қайта ишлатиш фақат 4-5 соатлардан кейин мумкин бўлади.

Иситманинг бирор бир сабабини аниқлашдан туриб антипиретиклар курсини куллаш мумкин эмаслигини алоҳида таъкидлаб ўтиш лозим. Агар бу препаратларни ҳадеб кулланаверса, ташхис қўйишда (зотилжам, менингит, пиелонефрит, аппендицит ва бошқ қаби жиддий инфекция-яллигланишли касалликлар симптомини “утказиб юбориш”) ҳаттога йул қўйиш мумкин. Антибиотикотерапия даврида ҳам регуляр равишда иссикни туширувчи препаратларни куллаш антибиотикни қачон узгартириш кераклигини аниқлашга ҳалақит беради. Бу антимикроб препаратларнинг терапевтик самарадорлигининг эрта ва объектив критерийларидан бири тана ҳароратининг пасайиши билан тушунтирилади.

“Рангпар иситма” ҳолатида иссик туширувчи препаратлар билан бир пайтда томирларни кенгайтирувчи препаратлар (папаверин, дибазол, папазол) ини ва танани совутишнинг физик методларини куллаш керак. Бунда препаратларнинг бир марталик дозаси стандарт бўлади. Томирларни кенгайтирувчи препаратларни орасида купрок папаверин ёшга қараб 5-20 мг дозасида ишлатилади.

Гипертермик синдромдагидек боланинг ахволи ёмонлашуви, токсикоз белгилари билан истма ривожланса, унад антипиретиклар, томирларни кенгайтирувчи препаратлар ва антигистамин препаратлари биргаликда кулланилади. Бундай ҳолатда иссикни туширувчи препаратларни (парацетамол, ибупрофен) перорал ва перректал ишлатилмайди, балки антипиретик сифатида анальгин ишлатилади.

Гипертермик синдромда тез ёрдам курсатиш учун антипиретиклар, томирларни кенгайтирувчи ва антигистамин препаратларини парентерал йул билан ишлатиш керак. Мушаклар орасига юборилганда бу дорилар

битта шприцда аралаштирилади. Курсатилган препаратлар бир марталик дозаси куйидагича булади. (И.В.Марков, В.И. Калинин, 1987):

* **анальгиннинг 50% ли эритмаси:**

1 ёшгача булган болаларда — 0,01 мл/кг;

1 ёшдан катталарга — 0,1 мл/ёши

• **дипразин(пипольфен) 2,5 % ли эритмаси:**

1 ёшгача булган болаларда — 0,01 мл/кг;

1 ёшдан ошган булса — 0,1-0,15 мл/ёши;

• **папаверин гидрохлорид 2 % ли эритмаси:**

1 ёшгача булган болаларда — 0,1-0,2 мл

1 ёшдан катта булса — 0,2 мл/ёши;

Гипертермик синдром кузатилган болаларга, шунингдек, тушмаётган “рангпар иситма” кузатилган болаларга тез ёрдам курсатиб булгандан кейин госпитализация килиниш керак^{1,9}.

Шуни таъкидлаш керакки, “яллигланишага боғлиқ булмаган иситма”да иссиқ туширувчи препаратлар ёрдамида харорат тушмайди. Бу шу билан изохланадикки, “яллигланишсиз иситма” да анальгетик-антипиретиклар таъсир нуктаси (“нишон”и) йук, чунки уларнинг гипертермия генезида простогландинлар ва ЦОГ роль уйнамайди. Бу беморларда фебрилитга нисбатан реакция яхши, шунинг учун харорат ошиши мос равишда пульс тезлашиши кузатилмайди. Антибактериал ва яллигланишга карши терапия эффект бермайди. Бола ушиб МНС ни бузилган функциялари компенсация булиши билан марказий генезга эга булган харорат ошиши реакцияси узидан-узи нормаллашиши мумкин.

Иситма ошиши билан кузатиладиган вегетатив бузилишлар купинча мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда айникса пубертат даврда энг куп учрайди. Харорат купинча уйғониш даврида, харакат активлигида ва эмоционал зуриқишда кутарилади. Харорат ошиши даврлари сезон характериға эга(купинча куз ва кишда) ва бир неча хафтадан бир неча йилгача давом этиши мумкин. Купинча жинсий вояға етгандан кейин купчилик усмирларда харорат нормаллашади. Вегетатив генезли иситмаларда антипиретик кулланилмайди. Седатив таъсирға эга препаратлар кулланилади. Даволовчи бадан тарбия, массаж игнарефлексотерапия, гипнотерапия, аутоген машклардан яхши эффект олинган.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 65, pages 474-477.

9. Болаларға стационар ёрдам кўрсатиш .Болалар стационар ёрдам кўрсатиш бўйича ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган ва Ўзбекистон Республикаси мутахассислари томонидан мослаштирилган ўқув курси. Т.2013.

Тана хароратининг ошиши натижасида гормонлар(тироксин, катехоламин) нинг куп хосил булгани учун антипиретикларнинг катта дозаси тавсия килинмайди. Бунда харорат асосий касалликни даволаганда нормаллашади.

Янги тугилганлар ва болаларнинг дастлабки уч ойларида харорат ошиши жиддий тиббий кузатувни талаб килади. Мас: агар янги тугилган чакалокда хаётининг биринчи хафтасида харорат ошса, катта вазни билан тугилган болаларда кузатилганидек куп масса йукотиш натижасида сувсизланиш хафви кузатилмайди. Бундай холларда регидратация утказиш курсатилади. Чакалоklar ва бир ойлик болаларда ута таъсирланиши ва кизиб кетиши натижасида тана харорати ошиши мумкин. Бунака холатлар морфофункционал етилмаганлик хусусияти билан тугилган чала болаларда кузатилади. Бунда хаволи ванна тана хароратини тезда нормаллашига олиб келади.

Шундай килиб, иссик туширувчи препаратлар факат яллигланишли-инфекцион иситма холларида, яъни қачонки гипертермик реакция бола ахволига хавфли таъсир килса ёки жиддий асоратлар ривожланиш хавфи булса буюрлади. “Яллигланишсиз иситма” вақтида иссикни туширувчи дори воситаларини куллашда, асосланмаганлигини ва мумкин эмаслигини тан олиш керак.

Назорат саволлари:

1. Педиатрияда шошилич белгилари қандай?
2. Педиатрияда устувор белгилари қандай?
3. Қандай шошилич белгиларини таснифлаш стандартларини биласиз?
4. Шошилич белгиларини даволаш стандартларикандай?
5. Қандай ССВ №225 буйруги буйича таснифлаш ва баҳолаш усулларини биласиз?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.
2. Current essentials Pediatrics. Judith M. Sondheimer. 2015.
3. Textbook of Neonatology. Janet M. Rennie, fifth edition Churchill Livingstone ELSEVIER .2015.
4. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013
5. Даминов Т.О., Холматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.

6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
7. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010
8. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2014. Москва. Российское респираторное общество. 2015.
9. Болаларга стационар ёрдам кўрсатиш. Болалар стационар ёрдам кўрсатиш бўйича ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган ва Ўзбекистон Республикаси мутахассислари томонидан мослаштирилган ўқув курси. Т.2013.

5-мавзу: Сурункали гепатитларнинг даволаш стандартлари.

Режа:

1. Этиология ва патогенез
2. Клиника
3. Диагностик усуллари
4. Даволаш стандартлари

Таянч иборалар: *гепатит, вирус, гепатоспленомегалия, иммунитет, гиперферментемия, диспротеинемия, интерферон.*

5.1. Этиология ва патогенез¹.

Бу касаллик, клиник турғун гепатоспленомегалия, гиперферментемия ва диспротеинемия, кўпинча прогрессив, прогрессиранувчи кечигишга эга, баъзида цирроз шаклланишига олиб келадиган жигардаги узоқ давом этувчи (6 ойдан кўпроқ) дистрофик, пролифератив, яллиғланишли жараён¹.

Сурункали вирусли гепатитлар – педиатриянинг энг долзарб ижтимоий-тиббий муаммоси. Бу эрта болалик ёшида улар шаклланишининг анча ошиши, самарали терапия йўқлиги ва башоратининг олдиндан аниқланмаслиги билан боғлиқ. Ер шарига вирусли гепатитга чалинган 300 млн. бемор бор.

Жигар сурункали касалликлари ўсиш сабаби ва этиологик структураси дунёнинг турли регионларида ҳар хилдир. Улар хилма-хил экологик вазият, овқатланиш ҳақратери, гастроинтестинал инфекция ва бошқа касалликларнинг юқори тарқалганлиги, лекин биринчи навбатда вирусли гепатит билан боғланган.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 358, pages 1096-1115.

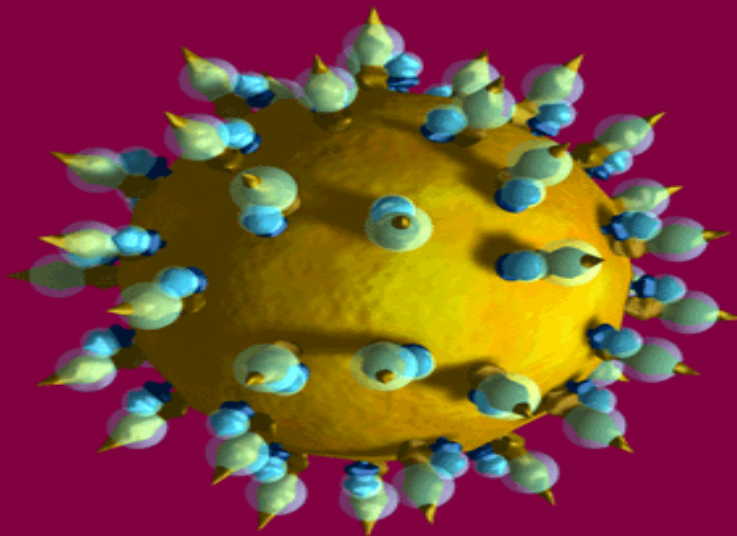
Ўзбекистонда сурункали вирусли гепатит тарқалиши ҳақида аниқ маълумотлар ҳозирги вақтгача йўқ. Эрта болалик ёшида сурункали гепатит кўпгина ҳолларда НВУ ва Вирусли гепатит С билан этиологик боғлиқ. Ҳозирги вақтга 7 та вирусли гепатитни: А, В, С, дельта, Е, О, F идентификацияловчи сезгир серологик тестлар ишлаб чиқилган. Уларнинг юқиш йўллари кўрсатилган: А ва Е вируслари мавжуд беморларда орал-фекал ва В, дельта, С, Q, P лар учун парентерал.

Сурункали вирусли гепатит шаклланиши асосан организмга В гепатити вируситишида содир бўлиши кўрсатилган. Жигардаги жараён сурункали бўлиши патогенезининг хилма-хиллиги аниқланган.

. В гепатит вирусини цитотоксик эмаслиги аниқланган.

Патогенези. Сурункали вирусли гепатит В да жигарнинг асосий шикастланиши элементи бўлиб гепатоцитларнинг вируснинг иммунокомпотент тизимлари билан ўзаро алоқаси ҳисобланади. В гепатити вирусини персистенцияси хўжайин организмиде адекват иммун жавоби йўқлиги, интерферогенезнинг кескин пасайиши билан боғлиқ. Вирусли гепатит В нинг “нуқсонли” вируслари – ДНК нуклеотид кетма-кетилиги билан фарқланувчи мутантлар маълум бўлди, улар одам организмиде осонгина кириб олади ва иммун элиминацияга кучсиз учрайди. Мутантлар интерферон билан даволанишга ёмон таъсирчан. В гепатити вирусидан оқсил детерминантлари билан фарқ қилувчи дельта вирус дефектли ҳисобланади, сабаби унинг репликацияси учун В гепатити вирусини бўлиши зарурийдир. Дельта вирус В гепатити вирусини билан умумий юза антигенига эга РНК-геномидан ташкил топган. В гепатити вирусини ва дельта вирус ассоциацияланиши уларнинг патогенетик потенциалланишига олиб келади. Жараённинг сурункалига ўтиш хавфи кучаяди. В- ва дельта инфекциянинг организмиде бир вақтда ёки кетма-кет тушишига боғлиқ равишда жигар сурункали касалликлари кечишининг турли вариантлари: коинфекция ва суперинфекция аниқланади. Дельтасуперинфекцияда В гепатити репликацияси босилиши аҳамиятга эга, сабаби унинг антигени дефектли дельта вирус томонидан ўзининг репликацияси учун ишлатилади. Дельтасуперинфекцияда патогенетик механизмларнинг комбинацияси аниқланади: аутоиммун реакциялар ва тўғри цитопатоген таъсирлар ўрин олади. Клиник дельта-суперинфекция кўпинча икки босқичли гепатит билан намоён бўлади, бунда касалликнинг биринчи авжга чиққан пайти гепатит В га тўғри келади, иккинчиси эса – дельта инфекция кўшилишига, шу билан бирга коинфекцияда, яъни гепатит В ва дельта вирусларининг организмиде бир вақтда тушишида цитопатоген самара устун келади, аутоиммун компонент эса ифодаланмаган.

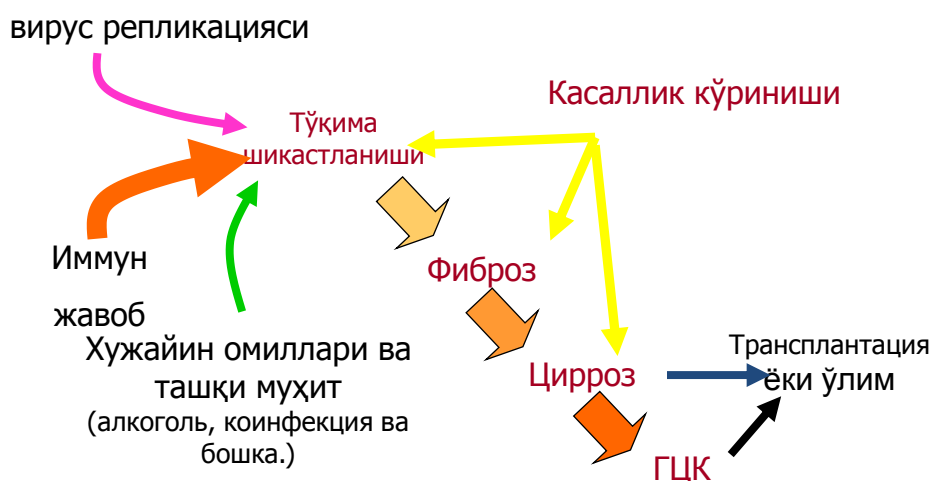
Model of Human Hepatitis C Virus



Гепатит С нинг клиник ва морфологик хусусиятлари батафсил ўрганилган. С вирусининг қондаги концентрацияси паст. Ўткир гепатит С, одатда латент кечиши аниқланган, 5-10 йилдан кейин эса сурункали гепатит аниқланади^{1,2}. Шунга боғлиқ ҳолда гепатит С “ёқимли қотил” деб номланган. Кўпгина тадқиқотчилар, беморларнинг кўпчилигида (60-75%) ўткир гепатит С сурункали гепатит шаклланиши билан тугашини тасдиқлашади, 29% да эса – жигар циррози. В+Д, В+С, В+Д+С гепатитларининг коинфекцияси касаллик кечишини оғирлаштиради. Демак, вирусли этиологияли сурункали жигар касалликлари шакллари ривожланиши В вирусли гепатитнинг дельта инфекция юилан бирга келишида ёки вирусли гепатит С аниқланганда содир бўлади.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 358, pages 1096-1115.

Сурункали вирусли гепатитлар патогенези.



5.2.Таснифи. 1994 й. бир гуруҳ амаерика тадқиқотчилари гепатит С нинг янги вирусини ажратишди, у А ҳам, В ҳам, С ҳам эмас ўткир ва сурункали гепатитда, кўпинча В ва С вирусли гепатитлар бирга келишида, шунингдек хавф гуруҳи шахсларида (наркоманлар ва кўп гемотрансфузия олувчи шахсларда) аниқланади.^{1,5.}

Шундай қилиб, фандаги тараққиёт анча даражадаги этиологик янги тасниф шаклланишига имқон берди. Сурункали гепатитнинг қуйидаги шакллари фарқланади.

1.Уни чақирган вирус (В, дельта, С, О, Р) кўрсатилган ёки вирус идентификация қилинмаган деб аталган сурункали гепатит.

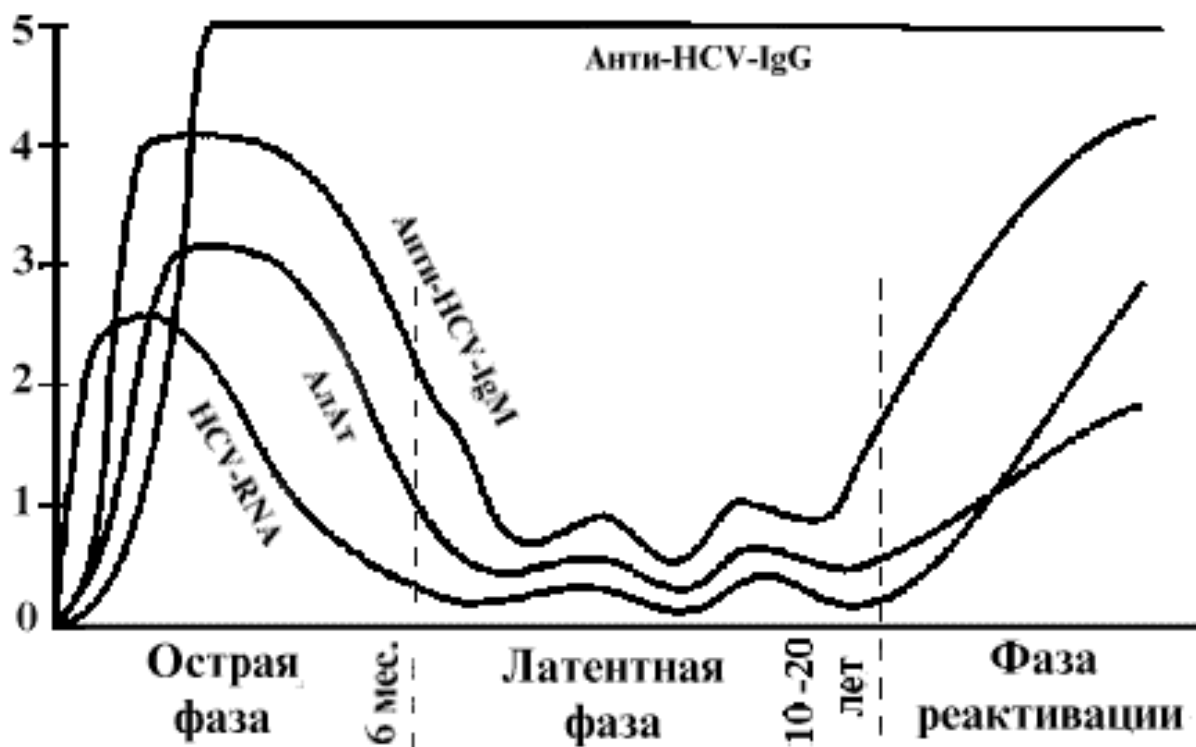
2.Аутоиммун гепатит. Бу шакл иммунитетнинг гуморал занжири гиперпродукцияси: гипергаммаглобулинемия, гипериммуноглобулинемия, силлиқ мушакларга аутоантитаначалар, антиядроли таначалар пайдо бўлиши билан ассоциирланади. Аутоиммун гепатитда гепатитлар вирусини серологик маркерлари бўлмайди. Бу шакллар асосан аёлларда, болалик ёшида эса пубертант ёшидаги қизларда учрайди. “Сурункали аутоиммун гепатит” термини тавсия қилинмаган.

3.Дори билан индуцирланган сурункали гепатит.

Фаоллиги бўйича фаолмас гепатит ва 3 даражадаги: а) минимал; б) ўртамиёна; в) ифодаланган фаоллик фарқланади. Фаоллик даражасини баҳолаш асосида морфологик ўзгаришлар ифодаланганлигини аниқлаш ётади; а) кўприксимон некрозлар мавжуд перипортал некроз; б) бўлакчалар ичи дегенерацияси; портал трактдаги яллиғланиш. Минимал даражада перипортал зинасимон некрозлар перипортал зоналар билан

чекланган, фақат портал трактларнинг қисман шикастланиши кузатилади, ифодаланган фаолликда некрозлар бўлакчалар ичига киради, қўшилиб кетган кўприксимон некрозлар пайдо бўлади.

АлАТ меъёрий сатҳининг 3 гача ошиши жараён фаоллигини минимал, 10 гача бўлса – ўртамиёна, 10 дан кўп бўлса – ифодаланган фаоллик деб қарашга имкон беради.



Расм. HCV маркерлари динамикаси.

Таснифда фиброзланиш жараёнларининг ифодланганлиги ва тарқалганлиги: кучсиз ифодаланган, ўртамиёна ва ифодаланган фиброз, бўлакча структураси бузилиши ва жигар циррози шаклланиши бўйича касаллик босқичини баҳолаш кўзда тутилган.

Шундай қилиб, янги таснифда “сурункали фаол гепатит” ва “сурункали персистирловчи гепатит” ташхислари йўқ. Замонавий таснифда сурункали персистирловчи гепатит термини “минимал ёки ўртамиёна даражада ифодаланган сурункали вирусли гепатит” билан, сурункали фаол гепатит эса аутоиммун гепатит ёки кескин ифодаланган ёки ўртамиёна даражадаги сурункали вирусли гепатит билан алмаштирилади

Клиник манзараси. Клиник кўринишлари ва кечиш хусусияти сурункали гепатит фаоллигига боғлиқ. Сурункали минимал фаолликдаги гепатит кучсиз ифодаланган клиник кўринишлар билан хусусиятланади. Болалар одатда шикоятлар қилишмайди, уларда иштаҳа сақланган, сариклик йўқ, томирли ўзгаришлар доимий эмас. Касалликнинг етакчи, баъзида ягона

белгиси жигарнинг, камроқ талокнинг катталашиши ва зичлашиши ҳисобланади. Қон зардобда катта доимийликда жигар-ҳужайралари ферментлари (асосан АлАТ, АсАТ) нинг кучли фаоллиги, баъзида ўртамиёна диспротеинемия, баъзида тимол синамаси кўрсаткичлари ошганлиги аниқланади. Доимий равишда HbsAg аниқланади. Реогепатограмма ва эхогепатограммадаги ўзгаришлар етарлича ифодаланган ва сурункали персистирловчи гепатит ташхисланишида муҳим аҳамиятга эга. Сурункали персистирланувчи гепатит кечиши доимо яхши сифатли.

Сурункали ифодаланган фаолликли гепатитга ўтиши кузатилмайди. Жигар циррози шаклланмайди. Бундай гепатитнинг энг кўп оқибати - соғайиш, қолдиқ фиброз ёки жигар функционал синамаларининг меъёрлигидаги клиник кўринишларисиз узок давом этувчи (умрбод) персистирланувчи НЬ-антигенемия.



Расм. Иктериклик.

Сурункали ифодаланган фаолликли гепатит клиник симптоматика ва жигар функционал синамаларининг анча силжиши билан хусусиятланади. Болалар умумий ҳолсизликка, тезда чарчашга, иштаҳа пасайишига, қориндаги оғриқларга, метеоризм, камроқ турғунсиз ич келишига шикоят қилишади. Кўпинча тери ва склераларнинг сариқлиги аниқланади. Тери қопламлари қуруқ, рангпар. Юзда, кўкракда, қўл панжасида томирли юлдузчалар – телеангиэктазияларни аниқлаш мумкин, кўпинча пальмар эритема, субфебрилитет аниқланади, бурундан қон кетиши, петехиал яллиғланишлар ягона эххимозлар бўлиши мумкин. Жигар ва талокнинг анча

катталашиши хусусиятли. Жигар пайпаслашда зич, баъзида оғриқли, юзаси силлик, чети ўткир, баъзида нотекис. Қон зардобиди жигар ҳужайралари ферментлари юқори фаоллиги, ифодаланган диспротеинемия доимо аниқланади, тимол синамаси кўрсаткичлари ва бета липопротеидлар миқдори ошган, протромбин индекси ва сулема титри пасайган. HBs ва HBeAg вируслари антигенлари персистенциялаши хос, кўпинча Анти-HBc, баъзида фақат анти-HBc нинг юқори концентрацияси билан бирга. Эхогепатограммада портал гипертензия бошланиш белгилари билан бошланувчи кўп сонли зичлашиш ўчоқлари аниқланади. Сурункали фаол гепатит кечиши кўпинча ёмон. Жигар циррози шаклланиши мумкин^{1,2}.



Расм. Жигар энцефалопатияси

Сурункали дельта-инфекция, одатда интоксикация, сариклик ошибориши, жигар ва талоқнинг катталашиши, жигар-ҳужайрали етишмовчилигининг чуқур биокимёвий кўринишлари билан содир бўладиган аоритез-тез ифодаланган кўзишлар билан кечади. Дельта инфекция учун классик сурункали гепатит В га қараганда касалликнинг оғир кечиши хос.

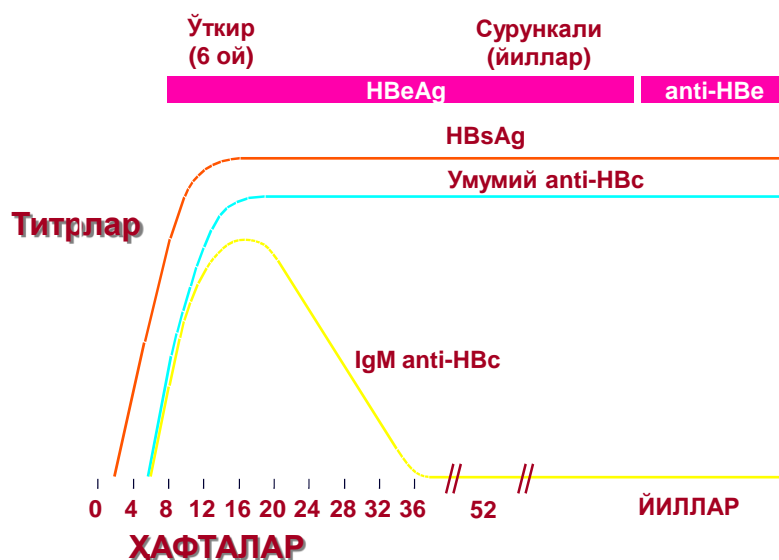
Сурункали минимал фаол гепатит кучсиз ифодаланган клиник кўринишлари билан хусусиятланади. Болалар одатда шикоят қилишмайди, уларнинг иштаҳаси яхши, сариклик йўқ, томирлар ўзгариши доимий эмас. Касалликнинг етакчи, кўпинча ягона симптоми жигарнинг, камроқ ҳолларда талоқнин катталашиши ва зичлашишидир.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 358, pages 1096-1115.

Қон зардобида катта доимийликда жигар-хужайра ферментларининг (асосан АлАТ, АсАТ) ошган фаоллиги аниқланади, кўпинча ўртамиёна диспротеинемия, баъзида тимол синамаси кўрсаткичлари ошиши. HbsAg доимий равишда аниқланади. Реогепатограмма ва эхогепатограммадаги ўзгаришлар етарлича ифодаланган ва сурункали гепатит ташхиси учун муҳим аҳамиятга эга. Сурункали гепатит кечиши доим яхши сифатли. Сурункали фаол гепатитга ўтиши кузатилмайди. Жигар циррози шаклланимайди. Бундай гепатитнинг энг тез оқибати соғайиш, қолдиқ фиброз ёки клиник кўринишларсиз ва нормал жигар функционалсинамалари билан узок вақтли (умрбод) персистирланувчи HBs антигенемия. Сурункали фаол гепатит ифодаланган клиник симптоматика ва жигар функционал синамаларининг кучли силжишлари билан кечувчи касаллик. Болалар умумий ҳолсизликка, тез чарчашга, иштаҳа пасайишига, қориндаги оғриқларга, метеоризм, камроқ турғунсиз ич келишига шикоят қилишади. Кўпинча тери ва склера сариқлиги аниқланади.

Тери қопламлари қуруқ, рангпар. Юзда, кўкракда, қўл панжасида томирли юлдузчалар –телеангиоэктазиялар, кўпинча пальмар эритема, субфебрилитет аниқланади, бурундан қон кетишлари, петехиал яллиғланиш, битта-яримта экхимозлар бўлиши мумкин. Жигар ва талокнинг катталашishi хусусиятли. Пайпаслашда жигар зич, баъзида оғриқли, унинг юзаси текис, чети ўткир, баъзида нотекис. Қон зардобида доимий равишда жигар-хужайрали ферментларнинг кучли фаоллиги, ифодаланган диспротеинемия топилади, тимол синамаси ва бета липопротеидлар миқдори ошган, протромбин индекси ва сулемали титр пасайган. HBs ва KbsAg вируслари антигенлари персистенцияси хос, кўпинча анти-HBs билан бирга, баъзида фақат юқори концентрациядаги HBs билан. Эхогепатограммада кўп сонли зичлашиш ўчоқлари аниқланади, кўпинча бошланаётган портал гипертензия белгилари билан. Сурункали фаол гепатит кечиши ёмон. Жигар циррози шаклланиши мумкин.

СВГВда касаллик авж олиш давридаги маркерлари



5.3. Диагностик усуллари.

Сурункали гепатит В ни НВ-вирус билан боғланган жигарда (6 ойдан ошиқ) кечаётган дистрофик-пролифератив яллиғланишли жараён асосида ташхисланади, бунда етакчи классик симптомлар қаторига астеник ва диспептик белгилар ва шунингдек томирли ўзгаришлар билан келувчи турли даражадаги гепато- ёки гепатоспленомегалия киради. Ремиссия даврида сурункали гепатит клиник белгилари жуда оз, шунинг учун диагностика мақсадида кўшимча параклиник текширув услублари муҳим аҳамият касб этади. Улар орасида турли субхужайра локализациясидаги ферментларни аниқлаш энг қимматли баҳога эга. Сурункали гепатитда энг кўп доимийликда АлАТ ва АсАТ фаоллигининг ошиши аниқланади, шу билан бирга АсАТ фаоллиги АлАТ га қараганда кўпроқ ошади, натижада АсАТ/АлАТ нисбатини акс эттирувчи Ритнс коэффициенти бирдан кўп бўлади. Катта доимийликда ҳатто ремиссия даврида ҳам ЛДГ нинг 5-фракцияси ва МДГ нинг 3-фракцияси ошиши аниқланади, шунинг учун сурункали гепатит ташхисоти учун ЛДГ ва МДГ нинг изоэнзим спектрини аниқлаш мақсадга мувофиқдир. Ф-1-ФА, Ф-1-6-ФА фаоллигини, сорбит дегидрогеназани ва бошқ. Аниқлаш камроқ ташхисий аҳамиятга эга.

Сурункали гепатит учун глобулинли фракция, одатда гаммаглобулинлар миқдори ошиши ҳисобига турғун диспротеинемия ва альбуминлар миқдори пасайиши хос. Кўпгина беморларда тимол синамаси,

бета-липопротеидлар кўрсаткичларининг турғун ошиши, сулема титри пасайиши аниқланади.

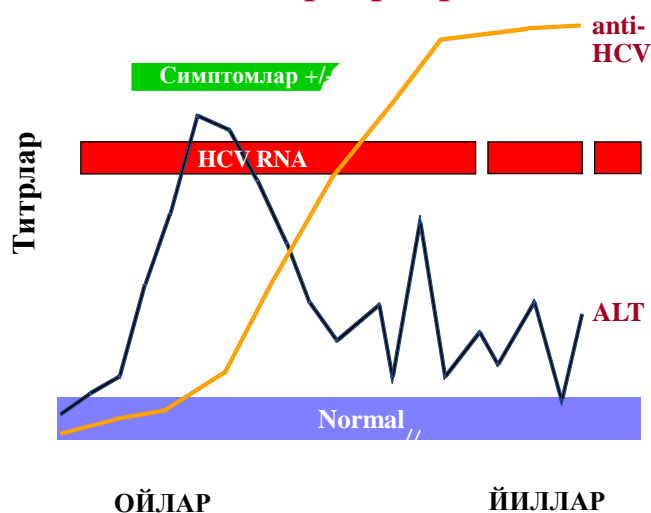
Сурункали гепатит В ни ташхислаш учун билирубин миқдорини қон зардобидида аниқлаш унчалик аҳамиятли эмас, сабаби унинг миқдорининг ортиши фақат кўзиш даврида бўлади. Сурункали гепатит В да жоимо қон зардобидида умумий холестерин миқдори ошади ва ишқорий фосфатаза фаоллиги ортади, кўпинча протромбин ва фибриноген пасайиши қайд қилинади.

Ташхислашнинг специфик услубларидан НВ-вируси маркерларини аниқлаш ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Сурункали гепатит учун келгусида НbeAG нинг анти Нbe га сероқонверсияси содир бўладиган узоқ давомли НВs- ва НВЕ-антигенемия хос. Бир вазиятларда сероқонверсия касаллик ўткир босқичининг босилиши ҳақида гувоҳлик берса, бошқа ҳолларда аутоиммун механизмлар устунлиги мавжуд касалликнинг анча фаол шаклига ўтиши ҳақида далолат беради.

Сурункали гепатит шаклини аниқлаш учун иммунитетнинг хужайра ва гуморал омиллари кўрсаткичлари катта аҳамиятга эга. Иммуноглобулинларнинг, асосан М синфининг қон зардобидида турғун ошиши, антядероли ва антимитохондриал антитанчаларнинг юқори титри, Т-супрессорлар пасайиши ҳисобига Т-лимфоцитларнинг паст миқдори, ойна тестида макрофагларнинг кучсиз ифодаланган миграцияси сурункали фаол гепатитга ишонарли кўрсатма бўлади.

Анти-НВs, IgM, НbeAg серологик маркерлари ёрдамида вируслар репликацияси босқичини баҳолаш имқонияти ва занжирли полимераз реакциясин аниқлаш имқонияти пайдо бўлди. Охиргиси вируснинг ядро компонентларини – нуклеин кислоталарни: Гепатит В вируси ДНК си, вирусли гепатит А, С, дельта, RYPHK сини аниқлаш имқонини беради. Вирусли гепатит С га антитаначалари мавжуд 70% беморларда қон зардобидида занжирли полимераз реакцияси ёрдамида вирус РНК си аниқланади, бу ушбу антитанчаларнинг вирус репликацияси билан корреляциясини кўрсатади. Текширишнинг инструментал услубларига: эхография, гепатореография, компьютер томография, радионуклеидли текширишлар исследования; рентгенологик: спленопортография, гепатовенография, тўғри портография, холецистография; эндоскопия, жигар биопсияси киради.

Сурункали гепатит Снинг серологик маркерлари



Сурункали гепатитни ташхислаш учун қўшимча услублар ичидан жигар тўқимасини ультратовуш орқали текшириш борган сари катта аҳамиятга эга бўлмоқда. Ушуб услуб ёрдамида жигар паренхимасининг зичланиш даражаси ва склерозланишини аниқ аниқлаш мумкин. Сурункали гепатитдаги жигар ичи қон айланиши ҳолати ҳақида муҳим қўшимча маълумотни реогепатография услубини қўллаганда олиш мумкин. Қўшимча текширув услубларининг шунчалик кенг тўпламига эга бўлиб, кўпчилик ҳолларда нафақат сурункали гепатитни ўз вақтида ташхислаш мумкин, балки фаоллик босқичини ва ҳатто аъзодаги морфологик ўзгаришлар хусусиятини аниқлаш мумкин. Ушбу масалалар ҳал этилиши имқонияти бўлмаган ҳолларда жигарнинг пункцион биопсияси кўрсатилган, унинг ёрдамида жигардаги патологик жараённинг хусусиятини (персистирловчи ёки фаол) аниқлаш мумкин. Биопсия материали натижаларини клиник симптомлар йиғилмаси ва лаборатор текширувлар маълумотлари билан бирга баҳолаш керак.

Дифференциал ташхислаш. Сурункали гепатит В ни кўпинча ўткир гепатит қолдиқ ҳодисаларидан, пигмент гепатозлар, модда алмашинуви касалликларидаги жигар шикастланишларидан дифференциация қилиш керак. Ўткир гепатит қолдиқ ҳодисалари касаллик бошланишидан биринчи 3-6-ойларда бартараф қилинади, сурункали гепатитларда эса клиник симптомлар ва жигар функционал бузилишлари 3 ойдан кўпроқ вақтда ҳам кузатилади. 2-3 ойдан кўп вақтда гиперферментемия, гипергаммаглобулинемия, гипербилирубин емия сақланган ҳолларда сурункали гепатитни юқори ишончлилилик билан тахмин қилиш мумкин.

Сурункали гепатит учун қон зардобида HBs - Ag нинг турғун ошиши, Ybe – антигенемия хос. Шу билан бирга ўткир вирусли гепатит В қолдиқ ҳодисалари мавжуд болаларда иммунитетнинг ҳужайра ва гуморал кўрсаткичлари кам ўзгарган, HBV антигенлари аниқланмайди. Телеангиэктазиялар, “пальмар эритема” каби томир ўзгаришлари қолдиқ ҳодисалар учун умуман хос эмас.

Ирсий пигмент гепатозлар (Жильбер, Дабин-Джонсон, Ротор синдромлари) сариқлик мавжудлиги билан намоён бўлади. Болаларнинг умумий ҳолати бузилмайди, жигар ва талоқ ўлчамлари меъёрда, қон зардобида қонъюгирланмаган билирубин миқдорининг ошганлиги (Дабин-Джонсон ва Ротор синдромлари) аниқланади, жигарнинг бошқа функционал синамалари ўзгармаган. Реоэхогепатограмма ҳам ўзгаришсиз. HBV антигенлари аниқланмайди.

Ирсий боғланган модда алмашинуви касалликларида (гепатолентикуляр дегенерация, гликогеноз, тирозиноз, амилоидоз ва бошқ.) жигар шикастланиши специфик қиёфага эга эмас. Ташхис ушбу касалликларга хос симптомларга асосланган ҳолда қўйилади. Масалан, гепатолентикуляр дегенерация учун марказий нерв тизими шикастланиши, шох парданинг периферияси бўйлаб ва унинг ички юзасида яшил-қўнғир рангли пигмент чўкиши хосдир. Тирозиноз учун умумий дистрофия, жигар циррози, суякларнинг рахитсимон ўзгаришлари ва буйрак каналчалари шикастланиши хусусиятли. Гликогенли касалликда (IV тип) асосий симптомлар бўлиб гепатомегалия, ўсишнинг орқада қолиши, гиперлипидемия ва гипогликемия ҳисобланади. Яқуний ташхис махсус текширув услублари ёрдамида қўйилади.

Сурункали гепатит В дан фарқли улароқ жигар циррози боланинг физик ривожланишда орқада қолишининг кескин кўринишдалиги, кўп сонли телеангиэктазиялар, пальмар эритема, қоиндаги томир тўрининг кучайиши, жигарнинг кескин зичлашиши ёки ғадир-будирлиги, гиперспленизм ҳодисалари билан спленомегалия, геморагик диатез кўринишлари (бурундан қон кетиши, теридаги геморагиялар, ичак қон кетишлари), асцит билан харктерланади. Жигар циррози учун лаборатор текширувларнатижаларидан сулема титрининг (1 мл гача) ва альбуминларнинг кескин пасайиши, жигар-ҳужайрали ферментларининг нисбий фаоллигида гамма-глобулинларнинг анча ошиши хос. Реогепатограммада қон тўпланишининг жадаллиги ва тезлигининг кескин камайиши, қон оқиб кетиш қийинлашиши ва димланиш ҳодисалари, шунингдек жигар ичи томирлари тонусининг ортиши қайд қилинади. Ультратовуш текширувида кўп сонли регенратлар тугунлари топилади.

Фиброхолангиокситоз, ёки жигарнинг туғма фибрози клиник жиҳатдан гепатоспленомегалия, ошқозон-қизилўнғач қон кетишлари билан портал гипертензия, камроқ рецидивланувчи ўт йўллари инфекциялари кўринишидаги холангитлар биланнамоён бўлади. Жигарнинг функционал синамалари бу касалликда кам ўзгарган. Эхогепатограмма кисталар кўплиги ва зичланишларнинг чизиқли бўлиши оқибатида катакчали кўринишни беради.

5.4. Даволаш стандартлари

Парҳез, ҳаракат тартиби ва дори воситаларини тайинлаш жараён фаоллиги, гепатит шакли, интоксикация даражаси ва жигарнинг функционал етишмовчилиги билан аниқланади. Терапиянинг асосий тамойиллари қуйидагилардир:^{1,2}

1. Сурункали вирусли гепатитда вирус репликациясини босиш;
2. Бола организми иммун реакция қилинишини ҳисобат қилиш, ушбу жараённи иммун коррекциялаш;
3. Жигар ҳужайрасининг бузилган метаболизмни тиклаш.

Сурункали вирусли гепатитда вирусга арши дориларни қўллаш кутилган самарани бермади, уларнинг барчаси ифодаланган даражадаги гепатотоксик бўлиб чиқди. Бу борада бола организмнинг вирусга қарши энг асосий омили ҳисобланган ва бир вақтнинг ўзида иммуномодулирловчи таъсирга эга интерферон шубҳасиз муҳим аҳамиятга эга. Интерферон ўзининг таъсирини вируснинг ҳужайра ичи репродукцияси босқичида намоён қилади, бунда у вирус РНК сининг трансляциясини бузади. Сурункали вирусли гепатитда ва вирусли этиологияли жигар циррозида жараённинг сурункали шаклига ўтишида муҳим омилларнинг бири ҳисобланган интерферогензнинг кескин пасайиши аниқланади. Демак, ушбу касалликларни интерферон билан даволаш патогентик асосланган бўлади.

Интерферонларнинг 3 та тури фарқланади:

- а - интерферон – лейкоцитар, лейкоцитлар томонидан ишлаб чиқарилади;
- б - интерферон, эпителиод ҳужайралар томонидан ишлаб чиқарилувчи;
- в - интерферон – иммун, лимфоцитлар томонидан ишлаб чиқарилади.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 358, pages 1096-1115.

Энг кенг қўлланиладиганлари:

- 1) мамлакатимизда ичлаб чиқариладиган – реаферон (02 - интерферон)
- 2) роферон А - А-а₂α интерферон;
- 3) нитрон А - 1х2β-интерферон

Даволашнинг биринчи ҳафтасида цитолитик криз – трансаминазалар фаоллигининг кескин ошиши кузатилиши мумкин. Энг тез ножўя таъсири грипсимон ҳолат ҳисобланади: фебрил тана ҳарорати, артралгиялар, инфекциядан кейин 2-5 соат ичида пайдо бўлувчи. Ушбу ҳодисаларнинг олдини олиш мақсадида парацетамолни қабул қилиш ва дори воситасини уйқудан олдин юбориш тавсия қилинади. 2-интерфероннинг анча юқори дозалари қўлланилади. Катталардаги сурункали вирусли гепатитда 10.000.000 МЕ дозаларини ҳафтасига 3 марта 6 ой мобайнида м/о, дельта гепатитда ва гепатит С да 12-24 ой мобайнида қўллаганда ремиссияга эришиш имқони бўлди. Қайта курслар тайинлаш тақзо этилади. Болалар ёшидаги гепатологияда №1 дори воситаси бўлиб ошиб борувчи дозалардаги виферон-ген-инженерли, рекомбинант а₂-интерферон (унга антиоксидантлар – витамин Е ва С лар қўшилган) ҳисобланади. Виферон шамчалар кўринишида ректал киритилади. Кичик мактаб ёшидаги болаларда 500000МЕ дозаси кунига икки маҳал қўлланилади ва 4 ёшгача бўлган болаларда кунига 2 маҳал 250000 МЕ дозадан. Даволаш курси давомийлиги 5-10 кун ҳар куни ва кейинги тутиб турувчи терапия 3-6 ой мобайнида ҳафтасига 3 марта.

Сурункали вирусли гепатит В ва жигар циррозида интерферогенез кўрсаткичларининг кескин тушиб кетиши кузатилади. Виферон терапияси шароитида бу кўрсаткичлар 2-4 карра кўтарилади, лекин бу етарли эмас. Шунинг учун 3 ойдан кейин интерфероннинг қайта курслари тавсия қилинади. Гепатит В да Виферон билан тутиб турувчи терапиянинг чўзилган курси схемаси – ҳафтасига 3 маҳал 12 ой мобайнида, ва дельта инфекция ва гепатит С да анча узоқ терапияси – ишлаб чиқариляпти.

Иммунокорректорлардан левамизол, БЦЖ вакцинаси, Т-активин, тималин қўлланилади. Тималин кунига бир марта 1 кг тана вазнига 0,11 мг ҳисобидан 5 кун мобайнида қўлланилади. Қайта курс 3 ойдан кейин тавсия қилинади. Минимал фаоллик мавжуд болаларда клиник-биокимёвий яхшиланиш, хужайравий иммунитет коррекцияси кузатилади, лекин ифодаланган фаолликда жараённинг фаоллашуви кузатилиши мумкин.

Детоксикация мақсадида сурункали вирусли гепатитда ва жигар циррозида экстракорпорал услублар қўлланилади: плазмаферез ва гемосорбация. Ушбу услублар бир вақтнинг ўзида иммунитетнинг гуморал занжири гиперпродукциясини пасайтиради, аутоиммун компонентни

камайтиради. Энг оптимал схема – 5 кун интервалли 3 та сеанс. Умумий оксил, альбуминлар миқдори камайиши плазмаферез учун қарши кўрсатма ҳисобланади. 1 сеанс ичида циркуляцияловчи зардобнинг 60-70% чиқарилади. Плазма ўрини босиш кристаллоид ва декстранли эритмалар билан 3:1 нисбатда амалга оширилади¹.

Аутоиммун гепатит ва фаол жигар циррозида даволашнинг асосий тури кортикостероид терапия ҳисобланади, у жараённинг тўлиқ стабилизациясигача давом эттирилади. Аввал даволаш курси, кейин тутиб турувчи курс тайинланади. Одатда аутоиммун шаклларида учрайдиган жигардаги жараённинг кучли ва кескин ифодаланганлигида преднизолон кунига 1,0-1,5 мг/кг дозада берилади, бу мактабгача ёшдаги болалар учун кунига 15-25 мг ни, мактаб ёшидаги болалар учун – кунига 30-50 мг ни ташкил этади. Ушбу дозани бола 2-3 ой мобайнида клиник-юиологик ремиссия пайдо бўлгунча олади. Секин-аста бола преднизолоннинг тутиб турувчи терапиясига 2 йил мобайнида ўтказилади. Минимал фаолликдаги сурункали гепатит В кортикостероидлар билан даволашга муҳтож эмас. Аутоиммун гепатитга қараганда ифодаланган фаолликда иммунопатологик жараённи босиш учун преднизолон қисқа курслар билан тайинланади. Реаферон дори воситалари преднизолон дозаси 19 мг ва ундан камга туширилганда тайинланади. Жигар сурункали касалликларини даволашда янги альтернатив ёндошиш сифатида одам фетал тўқималарини трансплантация (имплантация) қилиш ҳисобланади, у фетал тўқималардаги биологик фаол моддалар билан организмни таъминлашга асосланган.

Гепатит В га қарши эмлаш. Пассив иммунизация учун HBsAgга юқори титрдаги антитанчаларни тутувчи специфик Ig ишлатилади. Вакцинацияни вирусли гепатит В билан зарарланиш хавфи юқори бўлган кишиларда амалга оширилади. Фаол эмлашга инфекция ривожланиш хавфи юқори бўлган шахслар киритилади:

- вирусли гепатит билан касалланган оналардан тўғилган болалар ёки HBsAg ташувчилар, сабаби бунда 30-40% болаларнинг инфицирланиши кузатилади;
- гемодиализ ва гепатологик бўлимларнинг тиббий ходимлари, шунингдек бемор қони билан бевосита қонтактда бўлган шахслар, тиббий институтлар ва ўрта тиббий муассасалари талабалари ишлаб чиқариш амалиётлари олдидан;
- сурункали вирусли гепатит беморлар оиласи;
- эпидемиологик ноқулай регионларга кетаётган саёҳлар;

– аҳоли орасида HBsAg ташувчиларнинг юқори даражаси (8-15% ва кўпроқ) мавжуд туманлардаги шахслар;

– чақалоқларни режа асосида иммунизацияси, популяцияда ташувчилар сони 2% дан кўп бўлса ва 8-15% га етса. Гепатит В га қарши биринчи эмлаш соғлом ота-оналардан тўғилган соғлом чақалоқларга БЦЖ эмлашидан олдин АКДС нинг 2-эмлашидан кейин боланинг 5-6-ойларида амалга оширилади.

– хавф гуруҳидан тўғилган чақалоқларга эмлаш 4 марта: хаётининг 1-кунда, 1, 2 ва 12 ойдан кейин амалга оширилади. Гепатит С га қарши вакцина ҳали ишлаб чиқарилмаган.

Вакциналарнинг қуйидаги турлари ишлатилади: гепатит В га қарши рекомбинант вакцина “Комбиотех ЛТД” фирмасиники, HBV ах Е, Энджерикс - В, Рес-HnsAg. Биринчи учта вакцина қўлланилганда 10 ёшдан катта болалар ва катталар учун 20 мкг/1мл доза киритилади, HBVax вакцинаси қўлланилганда 11-19 ёшдаги болаларга 5 мкг/0,5 мл дозаси, 20 ёшли ва катта шахсларга 10 мкг/1 мл дозаси киритилади.

Назорат саволлари:

1. Сурункали гепатитларни сабаблари қандай?
1. Сурункали гепатитларни таснифи айтиб беринг.
2. Сурункали гепатитларни диагностик стандартларини биласизми?
3. Сурункали гепатитларни даволаш стандартларини айтиб ўтинг.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.
2. Current essentials Pediatrics. Judith M. Sondheimer. 2015.
3. Textbook of Neonatology. Janet M. Rennie, fifth edition Churchill Livingstone ELSEVIER .2015.
4. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013

IV. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАРИ

1 – амалий машғулот:

Пневмонияларни hozirgi vaqtda kechish xususiyatlari va davolash standartlari.

Ишдан мақсад : Пневмонияларни hozirgi vaqtda kechish xususiyatlarini кўриб чиқиш. Пневмониянинг замонавий davolash standartlarini муҳокама қилиш. Атипик пневмонияларни davolash tamoyillari.

Масаланинг қўйилиши:

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни **билиши лозим:**

- Пневмонияни турларига қараб клиник кечишини
- Атипик пневмонияларни кечиш хусусиятларини
- Пневмониянинг замонавий davolash standartlarini
- Атипик пневмонияларни davolash tamoyillari.

Ишни бажариш учун намуна:

1—6 ойлик болаларда касалхона ташқи пневмониялар кўпроқ учрайди. Бу ёшдаги пневмонияларни клиник келиб чиқишига қараб 2 гуруҳга бўлиш мумкин:

5 — **типик** — фокал (ўчоқли, қўшилган) — баланд иситма фонида ривожланадиган пневмониялар.

— **атипик** — ўпкада диффуз ўзгаришлар устунлиги билан ва юқори бўлмаган ёки нормал тана харорати билан кечадиган пневмония.

Госпитал пневмониялар қуйидагилар билан характерланади:

1. Қўзғатувчилар спектри билан;
2. Қўзғатувчиларни антибиотикларга резистентлиги билан;
3. Оғир кечиши ва асоратларнинг частотаси билан;
4. Юқори леталлик билан;

Госпитал пневмониянинг этиологиясида одатда антибиотикларга резистент бўлган касалхона флораси билан бир қаторда, бемор аутофлораси ҳам муҳим рол ўйнайди. Кўпинча госпитал пневмониянинг қўзғатувчилари: *E. coli*, *K. pneumoniae*, *Proteus spp.*, *Enterbacter spp.*, *Pseudomonas aeruginosae*: кам ҳолларда эса — *S. aureus* хисобланади. Грамманфий флора билан инфицирланиш davolash va diagnostik muolajalarni bajarilishiда содир бўлиши мумкин (катетеризация, бронхоскопия, торакоцентез, балғамни сўриб олиш).

Флоранинг характери стационар профилига ва эпидемиологик режимига боғлиқ.

Даволаш тамойиллари

Ўткир пневмонияларни даволаш қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Авайловчи режим.
2. Диета: боланинг ёшига ва талабига мос бўлиши керак; тез хазм бўлувчи, витаминларга бой бўлиши лозим.
3. Антибактериал терапия ташхис қуйилганидан бошлаб 10 — 14 кун давом эттирилиши керак.
4. Касалликнинг оғир формасида, хавфли кечишида эса, препаратларни алмаштириб, то клиник соғайишгача курс давом этади.
5. Микрофлора сезгир бўлган антибиотик тавсия қилинади.
6. Касалликнинг енгил формасида 1 та антибиотик ишлатилади.
7. Оғир формаларда кенг таъсирга эга бўлган препарат ёки 2 - 3 та антибиотикнинг комбинацияси берилади.
8. Яримсинтетик пенициллинларни биттаси ва аминогликозидларни ёки цефалоспоринларни бирга бериш энг самарали саналади.
9. 36-48 соат давомида даволаш самара бермаса, у ҳолда антибиотикларнинг 1 таси ёки 2 таси ҳам алмаштирилади.
10. Антибиотикларни узок вақт давомида қабул қилаётган беморларга замбуруғларга қарши препаратлар ҳам берилади: нистатин, флуказанол, дифлюкан.

БОЛАЛАР ПУЛЬМОНОЛОГИЯСИДАГИ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ СТАНДАРТЛАРИ

	МКБ-10	Нозологик тури	Диагностик муолажа 1.Лаборатор 2.Функционал 3.Консултация	Текширувга мухтожлар %	текширув сони	Даволаш муолажаси	Средние сроки наблюдения			Критерии оценки
							7-10 дней	До 10 дней	Ежедневно	
1.	Ж-13	Ўткир пневмония (касалхонада нташқари)	Лаборатор: Умумий қон анализи	100	2 март а	Режим ташкиллаштириш.	7-10	До 10	Ежедневно	Клинические признаки улучшения состояния больного: выздоров
			Билирубин умумий ва фракциялари АЛТ	100	1 март а	Антибактериал терапия.				
			АСТ	100	1 март а	Бронхолитиклар.				
			Умумий	100	1	Йўталга қарши препарат				

		сйдик анализи		март а	лар. Антигист амин препарат лар кўрсатма га қараб Кислород терапия. Симптом атик терапия (иситма туширувчи, аналгетик , спазмоли тиклар). Физиолеч ение. Кўкрак қафаси массажи. Нафас машқлар и.	с т о й к о с г о с т о я н и я р е б е н к а	вле ние, исchezно вение клиниче ских симптом ов и лаборат орных признаков ов.
		Умумий ахлат анализи	100	1 март а			
		ЭКГ	Кўрсатм ага қараб	1 март а			
		Балғамни бак. экиш	70	1 март а			
		КИМ, қон газлари	Кўрсатм ага қараб	1 март а			
		Кўкрак қафаси R-графияси	50	1 март а			
		Спирография	Кўрсатм ага қараб	1 март а			
		Қоннинг иммунологик текшируви	По показан иям	1 март а			
		Консультация лар: ЛОР,	Кўрсатм ага қараб	1 март а			
		кардиолог,	Кўрсатм ага қараб	1 март а			
		невропатолог,	Кўрсатм ага қараб	1 март а			
		фтизиатр,	Кўрсатм ага қараб	1 март а			
		хирург	Кўрсатм ага қараб	1 март а			

Назорат саволлари:

1. Пневмонияни қандай турларини биласиз?
2. Ўткир пневмонияларни таснифини айтинг.
3. Пневмонияларни диагностик стандартлари қандай?

4. Атипик пневмонияларни кечиш хусусиятлари қандай?
5. Пневмониянинг замонавий даволаш стандартларини айтиб ўтинг.
6. Атипик пневмонияларни даволаш тамойилларини айтиб ўтинг.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.
2. Current essentials Pediatrics. Judith M. Sondheimer. 2015.
3. Textbook of Neonatology. Janet M. Rennie, fifth edition Churchill Livingstone ELSEVIER .2015.
4. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013
5. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.
6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
7. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010

2 – амалий машғулот:

Бронхиал астмани таснифи ва ҳар хил ёшдаги болаларда кечиш хусусиятлари.

Ишдан мақсад : Болаларни ёшига хос бронхиал астмани кечиш хусусиятлари ва шунга қараб даволаш стандартларини қўллаш ва терапиянинг самарадорлигини баҳолаш

Масаланинг қўйилиши:

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни **билиши лозим:**

- Бронхиал астма огирлигига қараб қараб клиник кечишини
- Болаларда бронхиал астмани кечиш хусусиятларини
- Бронхиал астмани замонавий даволаш стандартларини
- Бронхиал астмани даволаш тамойиллари.

Ишни бажариш учун намуна:

Бронхиал астмада диагностика ва даволаш стандартлари

	МК Б- 10	Ноз оло гик тур и	Диагностик муолажа 1.Лаборатор 2.Функциона л 3.Консультац ия	Текшир увга мухтожл ар %	текши рувсо ни	Давола ш муолаж аси	Средние сроки наблуде ния	Критерии оценки	
9.	J45. 1	Бро нхи ал аст ма	Лаборатор: Умумий қон анализи	100	2март а	Диетот ерапия. Антиби отикот ерапия кўрсат мага қараб. Адрена лин и адрено мимети klar. Бронхо литик. Мукол итик ва мукоки нетик. Бета-2 блокатор. Глюко кортик остеро идлар систем али, ингаля цион кўрсат мага қарабА	10-14 Д дней о 10 д не й	Е же е д н е в н о й д о с т о й к о г о у л у ч ш е н и я о	Прекращен ие приступов удушья, улучшение функции дыхания. Улучшение показателе й лабораторн о- функциона льных исследован ий
			Билирубин умумий ва фракциялари АЛТ	100	1 марта				
			АСТ	100	1 марта				
			Умумий сийдик анализи	100	1 марта				
			Умумий ахлат анализи	100	1 марта				
			Балғамни бак экиш.	50	1 марта				
			ЭКГ	80	1 марта				
			Кардиоинтер валография	75	1 марта				
			Пикфлоумет рия.	100	4 марта				
			Ўпка рентгенограф ияси.	60	1 марта				
			спирография.	Кўрсатм ага қараб	1 марта				
			ЦИК ва иммуноглобу лин Е ни аниқдаш.	Кўрсатм ага қараб	1 марта				

		Консултация пульмонолог ,	Кўрсатм ага қараб	1 марта	нтилей котрие нкўрса тмага қараб Оксиге нотера пия кўрсат мага қараб Симпт оматик терапи я (иситм а туширу вчи, аналгет ик, спазмо литикл ар) кўрсат мага қараб). Антиги стамин препар алар. Иммун омодул яторла ркўрса тмага қараб Ферме нтпреп аратлар . Вегето троп препар		б ш е г о с о с т о я н и я р е б е н к а
		ЛОР-врач,	Кўрсатм ага қараб	1 марта			
		кардиолог,	Кўрсатм ага қараб	1 марта			
		невропатолог ,	Кўрсатм ага қараб	1 марта			
		психолог.	Кўрсатм ага қараб	1 марта			

						атлар. Физиол ечение Нафасг имнаст икаси			
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Назорат саволлари:

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

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.
2. Current essentials Pediatrics. Judith M. Sondheimer. 2015.
3. Textbook of Neonatology. Janet M. Rennie, fifth edition Churchill Livingstone ELSEVIER .2015.
4. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013
5. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.
6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
7. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010

3-амалий машғулот:

Танқис анемияларни болаларда кечиш хусусиятлари.

Ишдан мақсад : Танқис анемияларни ҳозирги вақтда тарқалишини, турларига қараб кечиш хусусиятларини, текшириш усуллари ва даволаш стандартларини самарадорлигини ўрганиш.

Масаланинг қўйилиши:

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни **билиши лозим:**

- Танқис анемияларни турига қараб қараб клиник кечишини
- Танқис анемияларни кечиш хусусиятларини

- Танқис анемияларни замонавий даволаш стандартларини
- Танқис анемияларни турига қараб даволаш тамойиллари.

Ишни бажариш учун намуна:

ҚВПда анемияларни дифференциал диагностикаси

Анемия тури	Гемоглобин	Эритроцлар сони	Рангли кўрсаткич	Темир препаратлари
Темирдефицит	пасайган	норма	пасайган	Берилади
В 12 дефицит	пасайган	пасайган	Ошган	Берилмайди
Фолийдефицит	пасайган	пасайган	Ошган	Берилмайди
Апластичек	пасайган	пасайган	Норма	Берилмайди
Гемолитик	пасайган	пасайган	Норма ёки ошган	Берилмайди
Дизэритропоз	пасайган	пасайган	норма	Противопоказаны

Вилоят кесимида анемияларни дифференциал диагностикаси

Лаборатор кўрсаткичлар	ТТА	ГА	АПЛАСТИК	В 12 н ФТА
Гематокрит	Норма ёки ошган	Пасайган	Норма	Пасайган
Ретикулоциты	Норма	Ошган	Норма	Пасайган
Гемограмма, морфология и диаметр эритроцитов	Норма	Эритроцитлар сони камайган, микроцитоз	Эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитлар, сони камайган, микроцитоз	Эритроцитлар сони камайган, диаметри катталашган-мегалобластлар, тромбоцитопения
Сывороточное железо	Пасайган	Пасайган	Норма	Норма
Непрямой билирубин	Норма	Пасайган	норма	Норма
миелограмма	норма	норма	Аплазия	Мегалобластлар,

Назорат саволлари:

1. Болаларда асосан анемияни қайси тури кўп учрайди?
2. Анемияни қандай турлари бор?

3. Темиртанқислик анемияни қандай диагностика усуллари биласиз?
4. Витамин В₁₂танқислик анемияни қандай диагностика усуллари биласиз?
5. Оксилтанқислик анемияни қандай диагностика усуллари биласиз?
6. Бронхиал астма клиникаси қандай?
7. Анемияларни даволаш қандай ўтказилади?
8. Анемияларни даволаш стандартини айтинг.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.
2. Current essentials Pediatrics. Judith M. Sondheimer. 2015.
3. Textbook of Neonatology. Janet M. Rennie, fifth edition Churchill Livingstone ELSEVIER .2015.
4. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013
5. Даминов Т.О., Холматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.
6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
7. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010

4-амалий машғулот:

Шошилич холатларни таснифлаш ва даволаш.

Ишдан мақсад : Шошилич холатларни ССВ №225 буйруги буйича таснифлаш ва баҳолаш усуллари кўриб чиқиш. Даволаш тамойиллари ва стандартларини муҳокамаси.

Масаланинг қўйилиши:

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни **билиши лозим:**

- Педиатрияда шошилич белгиларини
- Педиатрияда устувор белгиларини
- Шошилич белгиларини таснифлаш стандартларини
- Шошилич белгиларини даволаш стандартларини
- ССВ №225 буйруги буйича таснифлаш ва баҳолаш усуллари.

Ишни бажариш учун намуна:

Педиатрияда шошилич белгилар

- ◎ асфиксия
- ◎ оғир нафас етишмовчилги
- ◎ марказий цианоз
- ◎ шок симптомлари (совук қўллар, капилляр тўлиш вақтини 3 секунддан кўп бўлиши, кучсиз тезлашган пульс)
- ◎ кома
- ◎ тутқаноқлар
- ◎ диарея хисобига болаларда оғир сувсизланиш белгилари (тормозланиш, (летаргик холат , кўзларнинг ботиши, терида бурма хосил қилганда жуда секинлик билан тўғирланиши – юқорида кўрсатилган белгилардан 2 таси)

Педиатрияда устувор белгилар

- ◎ Устувор белгиларни бўлиши беморда ўлим холатини хавфи борлигини кўрсатади.
- ◎ Дастлаб шошилич белгилар борлигини процессни 2та асосий этапга бўлган холатда текшириш керак.
- ◎ *I.этан* Агар нафас олиш йўллари ўтказувчанлигида тўсиқ бўлса зудлик билан нафас функциясини тиклаш учун даво чораларини бошланг.
- ◎ *II. этан.* Болада у ёки бу холатлар борлигини текширинг: шок, хушнинг бузилиши, тутқаноқлар, кучли сувсизланишлар билан кечувчи диарея.

Агар шошилич белгилар бўлмаса устувор белгилар борлигини текширинг

- ёши 2 ойликкача бўлган
- нафас олишнинг бузилиши
- юқори харорат
- травма ёки бошқа тезкор хирургик холатлар
- агар бола бошқа тиббий маскандан шошилич йўлланма билан жўнатилган бўлса.
- етарли миқдорда озиқланмаслик
- рангпарлик
- кучли оғриқ
- бола нотинч, жиззаки ёки аксинча
- захарланиш
- куйиш
- оёқларда шиш

Назорат саволлари:

6. Педиатрияда шошилич белгилари қандай?
7. Педиатрияда устувор белгилари қандай?
8. Қандай шошилич белгиларини таснифлаш стандартларини биласиз?
9. Шошилич белгиларини даволаш стандартлари қандай?
10. Қандай ССВ №225 буйруғи буйича таснифлаш ва баҳолаш усулларини биласиз?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.
2. Current essentials Pediatrics. Judith M. Sondheimer. 2015.
3. Textbook of Neonatology. Janet M. Rennie, fifth edition Churchill Livingstone ELSEVIER .2015.
4. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013
5. Даминов Т.О., Холматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.
6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
7. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010

5-амалий машғулот:

Сурункали гепатитларни турлари, кечиш хусусиятлари ва даволаш усуллари.

Ишдан мақсад : Сурункали гепатитларни таснифи, кечиш хусусиятлари , турларига қараб даволаш стандартларини қўллашни ўрганиш.

Масаланинг қўйилиши:

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни **билиши лозим:**

- Сурункали гепатитларни сабабларини
- Сурункали гепатитларни таснифи
- Сурункали гепатитларни диагностик стандартларини
- Сурункали гепатитларни даволаш стандартларини

Ишни бажариш учун намуна:

Сурункали гепатитларда диагностика ва даволаш стандартлари

№ п/п	МК Б-10	Нозологик тури	Диагностика муолажа 1.Лаборатор 2.Функционал 3.Консултация	Текширувга мухтожлар %	текширувсони	Даволаш муолажаси	Средние сроки наблюдения			Критерии оценки	
							Стационар	Политклиника	Осл.		
											Н
1	2	3	4	5	6	7	8			9	
1	В18	Сурункали вирусли гепатит минимал фаоллигида	ЛАБОРАТОР			Диетотерапия Дезинтоксикационная терапия; Гепатопротекторлар; Спазмолитиклар; Десенсибилизация препаратлари; Ўт хайдовчилар; : холеретиклар ёки холекинетиклар; Витаминотерапия; Кўрсатмага қараб: Вирусга қарши терапия; Физиотерапия; Хамрох патологияни даволаш.	-	15	дней	Неперывное наблюдение населения согласно диспансеризации	1.Клиническая ремиссия; 2.Биохимическая ремиссия; 3.Вирусологическая ремиссия.
			Умумий қон, сийдик, ахлат анализи	100	Кўрсатмага қараб						
			Билирубин умумий ваунинг фракциялари	100	Кўрсатмага қараб						
			АлАТ	100	Кўрсатмага қараб						
			АсАТ	100	Кўрсатмага қараб						
			Тимол синамаси	100	Кўрсатмага қараб						
			Умумий оксил	100	Кўрсатмага қараб						
			Оксил фракциялари	Кўрсатмага қараб	1 раз						
			Ишқорий фосфатаза	100	Кўрсатмага қараб						
			Гаммаглутамилтранс-пептидаза	100	Кўрсатмага қараб						
			Коагулограмма	100	Кўрсатмага қараб.						
			Умумий холестерин	Кўрсатмага қараб	1 марта						
			СЕРОЛОГИК								
			ИФА-анализ:								
			HBsAg	100	1 марта						
			HbsAgга қарши-антитана	Кўрсатмага қараб	1 марта						

			HBeAg	Кўрсатмага қараб	1 марта					
			HBeAgга қарши-антитана	по показ.	1 марта					
			HbcoгAg totalга қарши-антитана	100	1 марта					
			HCVга қарши-антитана	100	1 марта					
			HDVга қарши-антитана	Кўрсатмага қараб	1 марта					
			ПЦР-анализ (миқдорий ва сифатли)							
			HbV-ДНК	Кўрсатмага қараб	1 марта					
			HCV-РНК	Кўрсатмага қараб	1 марта					
			HDV-РНК	Кўрсатмага қараб	1 марта					
			ФУНКЦИОНАЛ							
			Жигар, талоқ, ўтқопиваўтчи қаришиўлла риУЗДси	100	1 марта					
			КОНСУЛЬТАЦИЯ							
			Тор мутахассислар	Кўрсатмага қараб	1 марта					
1	2	3	4	5	6	7	8		9	
			ЛАБОРАТОР							
2	B18	Сурункали вирусли гепатит ўрта фаоллиги	Умумий қон, сийдик, ахлат анализи	100	2 марта	Диетотерапия; Дезинтоксикационная терапия; Гепатопротекторлар; Спазмолитиклар; Десенсибилизация препаратлари; Ўт хайдовчилар;	20	15	Неперывное наблюдение согласование диспансериза	1.Клиническая ремиссия ; 2.Биохимическая ремиссия ; 3.Вирусологическая ремиссия.
			Билирубин умумий вауниг фракциялари	100	2 марта					
			АлАТ	100	2 марта					
			АсАТ	100	2 марта					
			Тимол синамаси	100	2 марта					
			Умумий оксил	100	2 марта					
			Оқсил фракциялари	100	Кўрсатмага қараб					

		Ишкорий фосфатаза	100	по показ.	ёкихолекинет иklar; Витаминоте рапия; Кўрсатмага қараб: Вирусга қарши терапия; Иммунодепрессантлар, Физиотерапия; Хамрох патологияни даволаш.			ции	
		Гаммаглутамилтранс-пептидаза	100	2 марта					
		Коагулограмма	100	Кўрсатмага қараб					
		Умумий холестерин	100	1 марта					
		Мочевина	100	1 марта					
		Креатинин	100	1 марта					
		Антинуклеар антитана (ANA)	Кўрсатмага қараб	1 марта					
		SMA	Кўрсатмага қараб	1 марта					
		SLA	Кўрсатмага қараб	1 марта					
		LKM	Кўрсатмага қараб	1 марта					
		СЕРОЛОГИК							
		ИФА-анализ:							
		HBsAg	100	1 марта					
		HbsAgга қарши-антитана	Кўрсатмага қараб	1 марта					
		HBeAg	Кўрсатмага қараб	1 марта					
		HBeAgга қарши-антитана	Кўрсатмага қараб	1 марта					
		HBcorAg totalга қарши-антитана	100	1 марта					
		HCVга қарши-антитана	100	1 марта					
		HDVга қарши-антитана	100	1 марта					
		ПЦР-анализ (миқдорий ва сифатли)							
		HBV-ДНК	Кўрсатмага қараб	1 марта					
		HCV-РНК	Кўрсатмага қараб	1 марта					
		HDV-РНК	Кўрсатмага қараб	1 марта					

			қараб					
		Генотиплар HBV, HCV, HDV	Кўрсатмага қараб	1 марта				
		ФУНКЦИО НАЛ		1 марта				
		Жигар, талок, ўтқопиваўтч иқаришйўлла риУЗДси	100	1 марта				
		Жигар томирларини доплерогра фияси	Кўрсатмага қараб	1 марта				
		ЭКГ	Кўрсатмага қараб	1 марта				
		КОНСУЛЬ ТАЦИЯ						
		Тор мутахассисла р	Кўрсатмага қараб	1 марта				

Назорат саволлари:

1. Сурункали гепатитларни сабаблари қандай?
2. Сурункали гепатитларни таснифи айтиб беринг.
3. Сурункали гепатитларни диагностик стандартларини биласизми?
4. Сурункали гепатитларни даволаш стандартларини айтиб ўтинг.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.
2. Current essentials Pediatrics. Judith M. Sondheimer. 2015.
3. Textbook of Neonatology. Janet M. Rennie, fifth edition Churchill Livingstone ELSEVIER .2015.
4. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013
5. Даминов Т.О., Холматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.
6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
7. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010

IV.КЕЙСЛАР БАНКИ

1. Муаммоли вазият

5 ёшли бола касалхонага куйидаги шикоятлаг билан етказилди: қайталланувчи йўтал, хуштаксимон нафас олиш, қийинлашган нафас. 2 ёшгача ривожланиши нормал бўлган. 3 ёшида яна бир ОРВИ кассалиги натижасида нафас қисиш эпизодлари кузатилган, салбутамол ингальяцияси 4 соатдан сўнг ёрдам берган. Кейинчалик эпизодлар 3-4 ойда бир қайталанарди, янги хуружлар ОРВИ касаллигидан сўнг ёки бола шоколад, цитрус мевасини истеъмол қилганидан сўнг пайдо бўлларди. Оилавий анамнез: отасида ва ота тарафидан дўдасида - бронхиал астма, онасида - экзема. 3 кун олдин кассаланди. Тана хароратини 38.2С кўтариллиш фўнида бурун оқиши ва аксириш кузатилган. Ахволини оғирлашиши, хуружсимон йўтал, нафас қисиши борасида стационар давога йўлланган. Кўрик давомида: ахволи ўрта оғирликда. Тана харорати 37.7С, хуружсимон йўтал, хуштаксимон нафас.1 минутда 32 марта нафас. Кўкрак қаафаси шишган. Перкуссияда ўпкада кутисимон ўпка товуши. Аускултацияда икки томонлама хуштаксимон вукув ва нам хириллаш эшитилган. Юрак уриши сони минутига 88та.

Умумий қон тахлили: Нб – 120 г/л, Эр – 4,6x10¹²/л, Лейк – 4,8x10⁹/л, п/я – 3%, с – 51%, э – 8%, л – 28%, м – 10, СОЭ – 5 мм/соат.

Кўкракнинг рентгенограммасида ўпка расми кучайган, шаффоф. Ўчоқли соялар аниқланмаган.

Топшириқлар:

1. Ташҳисингиз ва асосингиз?
2. Ташҳисни тасдиқлаш учун қандай текширувларни ўтказиш керак?
3. Қайси касалликлар билан дифференциал ташҳис ўтказиш лозим?
4. Умумий амалиёт шифокори тактикасини кўрсатинг.

2. Муаммоли вазият

Бемор К., 7 ёш, тез ёрдам врачлари тана харорати кўтарилиши ва қориндаги оғриқ бўйича кўрган.

Анамнездан маълум бўлдики, бола бирдангина касал бўлган, тана харорати 39,4°С кўтарилган. Онаси боланинг ахволи бирдан ёмонлашганини, шишасимон балғам ва оғриқли йўтал, қориннинг ўнг соҳасида оғриқ пайдо бўлганини сезган. Кечаси безовта бўлган, тана харорати юқори даражада бўлган. Эрталаб онаси тез ёрдам чақирган.

Кўрикда бола оғир, тери ва шиллик қаватлари оқимтир, ёноқлари кизарган (асосан ўнг томонда), бола жим турганда аралаш хансираш кузатилади. Бола ўнг ен бошига, оёғлари букилган ҳолатда етибди. Нафас олишда ўнг ўпка нафас олишда орқада қолади. Ўнг упканинг пастки қисмида перкутор товушнинг қисқаргани эшитилади. Аускультацияда хириллашлар эшитилмайди. Пулсни нафасга нисбати 2:1.

Умумий қон тахлили: Нб - 84 г/л. Эр - 4.8x10¹² /л. Лейк - 16.2x10⁹ /л. | нейтрофиллар - 2%. п/я - 8%. с - 64%. л - 24%. м - 2%. ЭЧТ - | 22 мм/соат.

Кўкрак қафаси рентгенограммасида: ўнг ўпканинг пастки бўлагида инфилтратиф зона аниқланди, ўнг томонлама ўпка тиниқлиги ошган.

Саволлар:

- 1.Ташҳисингиз ва асосингиз?
- 2.Ташҳисни тасдиқлаш учун қандай текширувларни ўтказиш керак?
- 3.Қайси касалликлар билан дифференциал ташҳис ўтказиш лозим?
- 4.Умумий амалиёт шифокори тактикасини кўрсатинг.

3. Муаммоли вазият

Бола 10 ойлик. Муддатидан олдин 2300,0 г вазн билан туғилган. Хомиладорлик гестоз билан кечган. Бола 1 ойлигидан бошлаб сунъий овқатлантиришда. Хафта мобайнида атиги 2-3 марта 1 соатдан тоза ҳавода сайр қилинган. Қўшимча овқат 6 ойлигидан бошланган, манна ва гуруч бўтқаси, баъзида сабзавотли пюре берилган. Ўтказган касалликлари: пневмония, стафилококкли энтероколит.

Объектив: аҳволи қониқарли, пешона ва энса дўнгликлари яққол ифодаланган, қовурғаларида тасбехлар, қорин тўғри мушаклари диастази, "рахитик букр," бўғимларнинг серхаракатчанлиги, кўп терлаш, адинамия.

Топшириқлар:

- 1.Ташҳисингиз ва асосингиз?
- 2.Ташҳисни тасдиқлаш учун қандай текширувларни ўтказиш керак?
- 3.Қайси касалликлар билан дифференциал ташҳис ўтказиш лозим?
- 4.Умумий амалиёт шифокори тактикасини кўрсатинг.

4. Муаммоли вазият

Бола 1-ёш, онаси қуйидаги шикоятлар билан клиникага келди: қизчада тез чарчаш, сочларини тўкилиши, иштаға пастлиги, тери қопламларини оқимтирлиги кузатилган.

Анамнезидан қизча кўриқдан ўтказилганда гемоглобин 76 г/л ва ранг кўрсаткичи 0,53. лиги аниқланган. Онаси қизчани орадан 2-хафта ўтиб госпитализация қилган.

Хаёт анамнези бола 1-хомиладорликдан, хомиладорлик ва туғруқ жараёни нормал кечган. Туғилгандаги тана вазни 3300 г, бўй узунлиги 51 см. билан туғилган. 2-хафталигидан бола сунъий овқатлантирилган. ("АГУ" аралашмаси бурилган – онаси талаба бўлган). 4-ойлигидан қизчани бувисиникига юборишган, у ерда болага эчки сути, шарбатлар бериб боқишган. Гўшт махсулотларини емаган, бабушкасини сўзидан гўшт махсулотлари берилса бола овқатдан бош тортган. Тез-тез тупроқ еб турган. Шу йиллар мобайнида врачга учрашмаганлар чунки қизча касл бўлмаган, проф. эмлашларни олмаган.

Касалхонага мурожат қилганда қизчани аҳволи оғир, ҳолсиз, атрофдагиларга бефарқ, эс-хуши ўзида, осмотрга реакцияси

суст. Тери ва шиллиқ қаватлари оқимтир рангда. Қулоқ супраси жуда оқимтир, сариқ-кўкимтир рангда, лаб атрофларида ёрилишлар кузатилади.

Ўпкада пуэрил нафас бироз дағал. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик, юрак чўққисида ва йирик томирлар соҳасида систолик шовқин. Қорни юмшоқ оғриқсиз. Жигар +3,0 см қовурға равоғидан чиқиб туради. Талоқ қовурға равоғида, юмшоқ-эластик конситенцияли.

Сийдик ранги с\ж, ич келиши кунига 1-2 маҳал. Кўриш ва эшитиш бузилмаган. Жисмоний ривожланиши 9-10 ойлик болага ўхшайди. Общй кон тахлили: НБ-54 г/л. Эр- $2,6\delta 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,63, Ретик. -2,9%, Лейк - $7,2\delta 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ -14 мм/час.

Топшириқлар

1. Сизнинг ташхисингиз ва уни исботланг?
2. Қайси касалликлар билан қиёсий ташхис ўтказасиз?
3. УАШ тактикасини кўрсатинг

5. Муаммоли вазият

Болалар уйида тарбияланувчи 6 ёшли қизча касалхонага куйидаги шикоятлар билан келтирилган: паархезнинг бузилишига боғлиқ бўлган қориндаги оғриқ, тез туйиниш сезгиси, кабзият ва кекириш. Оғриқлар 2 ойдан буён безовта қилади. Объектив курувда: териси курук, гиперкератоз, соч ва тирноклари хиралашган ва синувчан. Лаб хошияси Еркин, бурчакли хейлит. Эпигастрал соҳа ва ўнг қовурға остида, Ўт пуфаги соҳасида оғриқ аниқланган. 2 кундан буён ичи келмаган. Сигмасимон ичаги каттик ва оғриқсиз.

ФГДС қилинганда ошқозон шиллиқ қавати шиши ва диффуз гиперемияси, антрал қисмида гиперплазияли лимфоид фолликулалар. 12 бармоқли ичак шиллиқ қавати ўзгаришсиз.

Топшириқлар

1. Сизнинг тўлиқ таҳминий ташхисингиз?
2. Дифференциал ташхис
3. УАШ тактикаси ва давоси

6. Муаммоли вазият

Бемор болаИ, 3 ёш, ҚВП га онаси билан келган.

Анамнезидан маълумки, бола 5 кун олдин ЎРИ ўтказган. Тартибсиз даволанган. Кейинчалик онаси бола тана хароратининг субфебрилкўтарилишини сезган, катарал холат кузатилмаган. Шифокорга мурожат қилишган, қон анализи ўзгаришсиз. Қўйилган ташхис: грипп, астеник синдром. Бемор 7 кун мобайнида оксациллин олган, лекин эффект бўлмаган ва шу сабабли шифохонага жўнатилган.

Ахволи оғир, бола инжиқ, тажанг, тез чарчайди. Шикоятлари хансираш, холсизлик. Ўпкада везикуляр нафас, димланган хириллашлар

эшитилади. Юрак сохасида визуал текширувда ўзгариш йўқ. Юрак чегаралари: ўнг – тўшнинг ўнг қирғоғида, юқори - III қовирға бўйлаб, чап – ўртағумров чизигидан 1 см ичкарида. Юрак тонлари бўғиқлашган, тахикардия, кўпол бўлмаган систолик шовқин чўққида эшитилади, 1 тон сусайган, от дупир эшитилади. Талоғи пайпасланмайди.

Умумий қон таҳлили: НБ - 90 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - $10,5 \times 10^9$, п/я - 2%, с-46%, э-2%, л-48%, м-2%, СОЭ-20 мм/час. С – ректив оқсил++.

Умумий сийдик таҳлили: солиштирама оғирлик - 1018, оқсил - аБс, лейкоцитлар -2-3 в п/з, эритроцитлар - йўқ

Топшириқлар

1. Ташҳисингиз ва асосингиз?
 2. Ташҳисни тасдиқлаш учун қандай текширувларни ўтказиш керак?
 3. Қайси касалликлар билан дифференциал ташҳис ўтказиш лозим?
- Умумий амалиёт шифокори тактикасини кўрсатинг.

7.Муаммоли вазият

8-ёшли қизча ЛОР врачиди «сурункали тонзиллит» ташҳиси билан кузатувда туради. 1-ёшида енгил аллергодерматоз кузатилган. 7-ёшлигида фолликуляр ангина ўтказган. Сийдик таҳлиллари ўзгаришсиз бўлган.

Касаллик ўткир бошланган, субфебрил харорат, ютишида томоқда оғрик, қуруқ йўтал кузатилган. Симптомати давқоланишган. 5-7 кундан кейин белгилари йўқолган. 10 кун ўтиб бирданига ахволи ёмонлашган: тана харорати 38,3 С, холсизлик, уйқучанлик, бош оғриши, анорексия; бир марта қайт қилган. 3 кундан кейин қовоқларида, оёқларида ва қоринни олд деворида шишлар кузатилган. Кейинчалик диурез камайган: қизча 1 л атрофида суюқлик ичган, 500 мл сийдик ажралган. Юзида, оёқларида бел сохаларида шишлар пайдо бўлган. Терисида тошмалар йўқ, томоғи қизарган, миндалинаси II-III катталашган. Пульс 100 уд/мин, ўртача тўлаликда ва тарангликда. Юрак тонлари аниқ, ўпкада дағал нафас, хириллашлар йўқ. АД 145/110 мм см.ус. Қорни бироз димланган. Жигар 2,5 см. Катталашган.

Қон таҳлили: Нв-117 г/л, Эр- $4,0 \times 10^{12}$ /л, Ц.п.-0,87; лейкоц.- $9,4 \times 10^9$ /л, сегментоядер нейтрофиллар-73%, лимфоцитлар-27%, СОЭ-44 мм/ч.

Сийдик таҳлили: цвет-қизил, лойқа, нордон реакцияли, нисбий зичлиги-1027, оқсил-0,66 г/л, лейкоцит-20 в п/з, эритроц.-кўриш майдонини эгаллаган..

Топшириқлар:

1. Сизнинг ташҳисингиз
2. Сизнинг фикрингизча қайси касалликлар билан қиёсий ташхисланади.
3. Умумий амалиёт шифокорининг тактикаси.

8.Муаммоли вазият

Бола 12 ёш. Шикоятлари: бўғимларда оғриқ, шиш ва қизариш. Терида халқасимон тошмаларнинг бўлиши. 2 хафта олдин сурункали тонзиллит хуружини бошдан ўтказган. Об'ектив кўрганимизда: умумий ахволи оғир. Тери ранги оқарган. Йирик бўғимлар соҳасида аннуляр эритема. Ўнг болдир-товон бўғими ва иккала тизза бўғимлари гиперимияланган, катталашган, температураси ошган ва оғриқли. Юрак чегаралари чапга силжиган, юрак тонлари бўғиқлашган, чўққида систолик шовқин эшитилади. Ps 110та/мин, АҚБ 90/60мм.сим.уст.ўпкада везикуляр нафас. Қорин юмшоқ, оғриқсиз. Жигар ва талоқ катталашмаган. Хожатга чиқиши нормада. УҚТ: Л. - $12,6 \times 10^9$ /л. СОЭ - 58 мм/соат. Қоннинг биохимик анализи: СРБ (++++), протеинограмма: альбумин - 40%, глобулин: альфа1 - 6%, альфа2 - 16%, бета - 10%, гамма- 28%. ЭКГ –PR интервалининг узайиши, ST – изолиниядан паст, ЭХО КГ– митрал регургитация белгилари, атриовентрикуляр блокада 1-даража, мушакларда ўзгаришлар.

Саволлар:

- 1.Ташҳисингиз ва асосингиз?
- 2.Ташҳисни тасдиқлаш учун қандай текширувларни ўтказиш керак?
- 3.Қайси касалликлар билан дифференциал ташҳис ўтказиш лозим?
4. Умумий амалиёт шифокори тактикасини кўрсатинг.

Амалий топшириқлар:

1. Атипик пневмонияларда даволаш режасини тузинг.
2. 6 ёшли бола. Ташҳис: энгил даражали темир танқислик анемияси. Даволаш режасини тузинг.
3. Оқсил танқислик анемияси профилактикасини тузинг.
4. Бола 10 ойлик, ўткир пневмония белгиларини айтинг.
5. Обструктив бронхит, муковисцидоз ва бронхиал астмани таққослаб Венн диаграммаси тузинг.
6. Сурункали гепатитда диагностика усулларини айтинг
7. Вирусга қарши препаратларни 5 ёшли болага дозасини ҳисобланг.
8. Икки хил интерферон препаратларини (циклоферон ва одам интерферони) дифференциал таққосланг. Концептуал жадвал тузинг.
9. «SWOT» тахлили ёрдамида иммунодепрессантларни тахлил қилиб беринг.

VI. МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ

Мустақил ишни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Мустақил иш муайян модулдан ўқув дастурида белгиланган билим, кўникма ва малаканинг маълум бир қисмини тингловчи томонидан ўқитувчи маслаҳати ва тавсиялари асосида аудитория ва аудиториядан ташқарида ўзлаштиришига йўналтирилган тизимли фаолиятдир.

Мустақил ишни бажаришдан *асосий мақсад* –тингловчиларни модулни узлуксиз ўрганишини ташкил этиш, олинган билим ва кўникмаларни янада мустаҳкамлаш, келгусидаги машғулотларга тайёргарлик кўриш, янги билимларни мустақил равишда излаб топиш кўникмаларини ривожлантиришдан иборат.

Мазкур модул бўйича тингловчиларнинг мустақил ишини ташкил этишда *қуйидаги шакллардан* фойдаланиш мумкин:

- модул мавзуларини ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш, ўқув манбалари билан ишлаш;
- семинар машғулотларига тайёргарлик кўриб бориш;
- белгиланган мавзулар бўйича ишланмалар тайёрлаш;
- тестлар ечиш;
- амалиётдаги мавжуд муаммонинг ечимини топиш бўйича кейслар ечиш;
- мунозарали саволлар ва топшириқларга тайёргарлик кўриш;
- кўргазмали воситалар тайёрлаш;
- ахборот ресурс марказида белгиланган мавзулар бўйича назарий, амалий ва статистик маълумотларни йиғиш, қайта ишлаш ва муайян тизимга солиш;
- белгиланган мавзулар бўйича замонавий ахборот технологиялари ёрдамида тақдимот материаллари тайёрлаш.

Мустақил таълим мавзулари:

- 1.Картагенер синдромининг диагностика ва даволаш усуллари
- 2.Рея синдроминингдиагностика ва даволаш усуллари
- 3.Гипо- ва апластик анемияларнингдиагностика ва даволаш усуллари
- 4.Аллергик касалликларнинг диагностика ва даволаш усуллари
- 5.Болаларда атипик пневмонияларнингдиагностика ва даволаш усуллари
- 6.Сурункали холециститнингдиагностика ва даволаш усуллари
- 7.Ўпканинг сурункали носпецифик яллигланиш касалликларинингдиагностика ва даволаш усуллари
8. Гепатозларнингдиагностика ва даволаш усуллари
- 9.Туғма гепатитларнингдиагностика ва даволаш усуллари
- 10.Ўт йўллари дискинезиясинингдиагностика ва даволаш усуллари
- 11.Бронхитларнингдиагностика ва даволаш усуллари
- 12.Жигар циррозиларинингдиагностика ва даволаш усуллари

VII. ГЛОССАРИЙ

Термин	Ўзбек тилидаги шарҳи	Инглиз тилидаги шарҳи
Антимикроб резистентлик	Микробларга қарши юборилган дориларга нисбатан қаршилик	antimicrobial resistance
АРВ терапия	Антиретровирус терапия (ОИТСда қўлланилади)	antiretroviral medicine/antiretroviral drug
анамнез	Анамнез, касаллик тарихи	Medical history
АПТ	Актив парциал тромбопластин вақти	activated partial thromboplastin time.
АДС	Адсорбланган дифтерия-қоқшол вакцинаси	diphtheria, tetanus vaccine (DT), DT
АКДС	Адсорбланган дифтерия-қоқшол кўкйўтал вакцинаси	diphtheria, tetanus and acellular pertussis vaccine (DTaP), DPT with acellular pertussis
Алажилл синдроми	Алажилл синдроми, жигар томирларининг аномалияси	Alagille syndrome, hepatic vascular anomaly
Валеология	Соғлом турмуш тарзи ва унинг қонуниятлари йуналиши	the interscientific and interdisciplinary direction studying regularities, ways and mechanisms of formation and ensuring health and a healthy lifestyle
АС	Юрак аортал клапани стенози. Ревматик иситма ва эндокардитнинг асоратига киради	Stenosis of the aortic heart valve. It is a complication of rheumatic fever or endocarditis
билирубин	Гемоглобиннинг парчаланишидан ҳосил бўладиган сариқ рангли пигмент. Билирубин ўт билан ичакка ажралади. Турлари : умумий, боғланган, боғланмаган. Механик ва паренхиматоз сариқликда	Pigment yellow. Formed as a result of destruction of hemoglobin. There are direct, indirect and total bilirubin. Changes to the composition of bile into the intestine.

	билирубинни барча фракцияларининг миқдори ошади, гемолитик сарикликда эса фақат боғланмаган билирубиннинг миқдори ошади.	
Гиподинамия	Кам ҳаракатлануши ҳаёт тарзи. Инсоннинг гипокинезия ҳолати	the complex of violations in activity of an organism which is a gipokineziya consequence; changes cover practically all functional systems (the musculoskeletal device,
Гипокинезия	Ҳаракат камлигидан келиб чиқадиган ҳолат. Кам ҳаракатли турмуш тарзида учрайдиган организмнинг физиологик етилмаганлиги.	decrease in any movements and their volume, the lowered physical activity; develops at an inactive way of life, physiological immaturity of an organism; it is shown by a bradikineziya (slowness of movements), an oligokineziya (the complicated start of motion, fast fatigue, impossibility of any variation of force, amplitude and speed of the movement)
Гипоплазия	Орган, тана қисмининг етук ривожланмаганлиги. Урта курсаткичлардан 2 стигмадан ортиқ оғиш	the underdevelopment of fabric, body, part of a body exceeding a deviation from average values in two sigma
Декомпенсация	Организмнинг структуравий дефектларининг функционал ва органик бузилишларини компенсациялашнинг ишдан чиқиши.	insufficiency or failure of adaptive mechanisms of restoration of the functional and structural defects of an organism providing compensation caused by an illness or a condition of violations
Диагноз	Организмни ҳар томонлама тиббий ва биологик	the conclusion about a state of health and the nature of

	текширувидан кейинги унинг соғлиги еки касаллиги хақидаги хулоса	an illness of the person on the basis of his comprehensive medical biological inspection; distinguish preliminary, exact, early, final, clinical, complex, differential, etc. Diagnoses
диарея	сувсизланишга олиб келувчи ич кетиши	Severe diarrhea, which leads to dehydration
Диагностика	Инсонни текширув жараёнида унинг тиббий биологик ва ижтимоий ҳолатини аниқлаб берувчи текширувлар мажмуаси	process of research of the person, supervision and analytical estimates for determination of specific medical biological and social features, his states;
Иммуноглобулин	қонда ва бошқа суюқликларда айланиб юрадиган оксил. 5 синф иммуноглобулинлар — М, G, А, Е, D.	5 classes distinguished immunoglobulinov- M, G, A, E, D. Components immunity proteins
иммуносупрессия	Иммунитетнинг бўғилиши	immunosuppression
Карнитин	витаминсимон бирикма. Гушт махсулотлари таркибида куп учрайди. Ёғ кислотадан энергия пайдо бўлишида иштирок этади.	Vitamin-metabolic compound. Carnitine in many meat products.
Касалланиш	Ахоли ва унинг алоҳида гуруҳларининг соғлиғи, касалланишининг кўрсаткичи	indicator of a state of health of the population in general and in separate groups (age, professional); characterizes prevalence, structure and dynamics of diseases in a percentage ratio of number of the diseased to the total number of the population for the concrete period of time
Касалхона ичи инфекцияси	Касалхонада тушгандан сўнг 48 соат ичида юққан касаллик	hospital infection
Контактда	Юқумли касаллик билан	contact case (contact)

бўлган	контактда бўлган одам	
КПК	Қизамиқ, паротит, қизилчага қарши вакцина	measles - mumps - rubella vaccine (MMR)
Контрол гурух	Фарқ лаш гурухи	control group
мониторинг	кузатув	Monitoring
метеоризм	ошқозон ва ичакларда ҳавонинг бўлиши.	The presence of gas in the cavity of the stomach or intestine
НГИ	Ноаниқ генезли иситма	FUO (Fever of Unknown Origin)
Ножўя таъсир	Даволаш давомида келиб чикувчи кутилмаган ҳолат	TEAE (Treatment Emergent Adverse Event)
Объектив текширув	Объектив текширув(тана вазни, буйи, тери ранги, тизимлар буйича текширув)	Objective measurement
обструкция	Ковак аъзолар, бронх, қон ёки лимфа томирлари юзасини бекилиб қолиши ва ўтказувчанлигини бузилиши	Violation of the conductivity in the lumen of the bronchus, the vessel or hollow organ
пиелонефрит	буйрак паренхимаси ва жом тизимининг яллиғланиши	Inflammation of the renal pelvis system of kidneys
пирогенлар	тана хароратини кутарадиган модда	Substances that increase the body temperature
плеврит	Плевранинг яллиғланиши. Плевра 2 варақдан иборат : париетал – кўкрак қафасини ички томондан ўраб туради ва висцерал – ўпкани ўраб туради.	Inflammation of the lung membranes
ПЭТ	позитрон-эмиссион томография	Positron Emission Tomography
Поствакцинал асорат	Боланинг иммунизациядан кейинги ахволидаги манфий ўзгариш	adverse event following immunization (AEFI)
соғлиқ	Инсоннинг тўлиқ жисмоний, рухий ва социал томондан оптимал ахволи (ЖССТ)	condition of full physical, spiritual and social wellbeing, and not just absence of diseases and physical defects (definition of World Health Organization)
ОИВ	Одам иммун танқислик	HIV (Human

	вируси	Immunodeficiency Virus
Совуқлик занжири	Вакциналарни доимий бир хил оптимал хароратда сақлаш	cold chain system
Ургент ҳолат	Шошилинч ҳолат	emergency medicine
ELISA	иммуноферментный анализ (ИФА).	Enzyme Linked Immunosorbent Assay
ESR	Эритроцитлар чўкиш тезлиги	Erythrocyte Sedimentation Rate
ОАП	Боталлов йўлаги очиклиги	Atrioventricular Canal Defect
Хужайра иммунитети	Оранизм иммун тизимининг хужайралари томонидан таъминланадиган касалликларга қарши курашувчанлик	cellular immunity (cell-mediated immunity) (CMI)
хламидиоз	жинсий йўл билан юқадиган касаллик. Хламидиоз куйидаги касалликлар кўринишида учрайди: эркакларда - эпидидимит; аёлларда - цервицит, эндометрит, сальпингит, бартолинит ; ўткир ва сурункали конъюнктивит.	Sexually transmitted infections. It occurs in men as epididymitis, cervicitis in women. A child becomes infected from a sick mother in children can cause pneumonia and cardit.

VIII. АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

Махсус адабиётлар:

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.
2. Current essentials Pediatrics. Judith M. Sondheimer. 2015.
3. Textbook of Neonatology. Janet M. Rennie, fifth edition Churchill Livingstone ELSEVIER .2015.
4. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013
5. Даминов Т.О., Холматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.
6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
7. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010
8. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2014. Москва. Российское респираторное общество. 2015.
9. Болаларга стационар ёрдам кўрсатиш .Болалар стационар ёрдам кўрсатиш бўйича ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган ва Ўзбекистон Республикаси мутахассислари томонидан мослаштирилган ўқув курси. Т.2013.

Интернет ресурслар:

1. [www. Ziyonet. uz](http://www.Ziyonet.uz)
2. www. edu. uz
3. Infocom.uz электрон журнали: www.infocom.uz
5. Ўзбек интернет ресурсларининг каталоги: www.uz
6. Axborot resurs markazi <http://www.assc.uz/>
7. www.tma.uz
8. www.medlincs.ru
9. www.medbook.ru
10. www.medafarm.ru