

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

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

ТТА ҲУЗУРИДАГИ ПЕДАГОГ КАДРЛАРНИ ҚАЙТА ТАЙЁРЛАШ ВА
УЛАРНИНГ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ТАРМОҚ МАРКАЗИ

“ПЕДИАТРИЯДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА
УСУЛЛАРИ” МОДУЛИ БЎЙИЧА

Ў Қ У В – У С Л У Б И Й М А Ж М У А

Тошкент - 2017

Мазкур ўқув-услубий мажмуа Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2017 йил 24 августдаги 603-сонли буйруғи билан тасдиқланган ўқув режа ва дастур асосида тайёрланди.

Тузувчилар: ТТА «№2 Болалар касалликлари» кафедраси
доценти, т.ф.н. Исканова Г.Х.
ТТА «№1 Болалар касалликлари» кафедраси
доценти, т.ф.н. Курбанова Д.Р.

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

Ўқув-услубий мажмуа Тошкент тиббиёт академияси Кенгашининг 2017 йил 25 августдаги 1-сонли қарори билан нашрга тавсия қилинган

МУНДАРИЖА

- I. ИШЧИ ДАСТУРИ.....**
- II. МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН
ИНТРЕФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ.....**
- III. НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР.....**
- IV. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ
МАТЕРИАЛЛАРИ.....**
- V. КЕЙСЛАР БАНКИ.....**
- VI. МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ**
- VII. ГЛОССАРИЙ.....**
- VIII. АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.....**

1.ИШЧИ ДАСТУР

Кириш

Мамлакатимизда умумэтироф этилган шиор "Соғлом она — соғлом бола" тамойили, ўз моҳиятига кўра, аҳолини жипслаштирувчи ва сафарбар этувчи давлат 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 ҳалқ 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

“Педиатрияда замонавий диагностика усуллари” модулининг мақсади: педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва малака ошириш курс тингловчиларини педиатрия фанларининг замонавий муаммолари ҳақидаги билимларини такомиллаштириш, педиатрия муаммоларини аниқлаш, таҳлил этиш ва баҳолаш кўникма ва малакаларини таркиб топтириш.

“Педиатрияда замонавий диагностика усуллари” 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 компетенция қўйиладиган талаблар

“Педиатрияда замонавий диагностика усуллари ” модулини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида:

Тингловчи:

- педиатрия фанларини замонавий диагностика усуллари қўллаш билан боғлиқликда юзага келадиган муаммолар ва уларни ҳал этиш стратегиялари;

- педиатрия фанларини ўқитишда замонавий диагностика технологияларни қўллаш билан боғлиқ муаммолар ва уларни ҳал этиш йўллари **билимларига эга бўлиши;**

Тингловчи:

- замонавий педиатрия фанлари диагностика усулларига доир кейслар тузиш, уларни амалиётда қўллаш **кўникма ва малакаларга эга бўлиши;**

Тингловчи:

- педиатрия фанларининг замонавий диагностика муаммоларини аниқлаш, таҳлил этиш, баҳолаш ва умумлаштириш **компетенцияларни эгаллаши лозим.**

Модулни ташкил этиш ва ўтказиш бўйича тавсиялар

“Педиатрияда замонавий диагностика усуллари” курси маъруза ва амалий машғулотлар шаклида олиб борилади.

Курсни ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий методлари, педагогик технологиялар ва ахборот-коммуникация технологиялари қўлланилиши назарда тутилган:

- 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 усуллари қўллаш назарда тутилади.

Модулнинг ўқув режадаги бошқа модуллар билан боғлиқлиги ва узвийлиги

Модул мазмуни ўқув режадаги “Даволашда юқори технологияларни қўллаш”, “Педиатрияда профилактикани ўрни” ўқув модуллари билан узвий боғланган ҳолда педагогларнинг касбий педагогик тайёргарлик даражасини орттиришга хизмат қилади.

Модулнинг олий таълимдаги ўрни

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

Модул бўйича соатлар тақсимоти:

№	Модул мавзулари	Тингловчининг ўқув юкلامаси, соат					
		Хаммаси	Аудитория ўқув юкلامаси				Мустақил таълим
			жами	жумладан			
				назарий	амалий машғулот	Кўчма машғулот	
1.	Кардиомиопатиянинг диагностика усуллари	7	7	2	2	3	
2	Хомила ичи инфекциясининг диагностика усуллари. Касалликларнинг антенатал диагностикаси	7	7	2	2	3	
3	ОИВ /ОИТСнинг диагностикаси	7	7	2	2	3	
4	Ювенил ревматоид артритларнинг диагностикаси	9	7	4	2	1	2
5	Ферментопатияларнинг диагностикаси	7	5	2	2	1	2

6	Буйрак касалликларининг диагностикаси	7	7	4	2	1	
	Жами:	44	40	16	12	12	4

НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1-мавзу: Кардиомиопатиянинг диагностика усуллари.

Кардиомегалиянинг диагностик алгоритми. Кардиомиопатияни ташхислашнинг янги усуллари. Трансплантацияга курсатмалар

2-мавзу: Касалликларнинг антенатал диагностикаси.

Касалликларнинг антенатал диагностикасида доплерографиянинг ўрни. Хомила ичи инфекциясига тушунча бериш. TORЧ инфекциянинг турлари, юқиш йўллари. Хомила ичи инфекцияси диагностикасининг янги усуллари. Диагностика ва дифференциал диагностика принципларини намойиш қилиш, даволаш, диспансеризация, реабилитация принциплари. TORЧ инфекциясининг асоратлари.

3-мавзу: ОИВ /ОИТСнинг диагностикаси.

Болаларда ОИВ инфекциясининг этиологияси, патогенези, клиник кечиши Перинатал инфирцирланишнинг олдини олиш. Марказий Осиёда ОИВ-инфекциясининг кайд қилиниш динамикаси. Болаларда оив-индукцияланган иммунопатогенезболаларда оив-инфекция клиник классификацис. ИФА, ПЦР ва иммуноблот усуллариининг ахамияти. Антиретровирус терапия.

4-мавзу: Артритларнинг диагностикаси.

Ювенил сурункали артритларнинг тарқалиши. Этиология ва патогенези. Клиникаси. Диагностик усуллари. Даволаш стандартлари.

5-мавзу: Ферментопатияларни ташхислаш.

Ферментопатия тушунчасини бериш.Мальабсорбциява целиакия тарқалганлиги ва келиб чиқиши сабабларини муҳокама қилиш.Даволаш, реабилитация, диспансеризация, профилактика усуллариини муҳокама қилиш.

6-мавзу: Буйрак касалликларининг диагностикаси.

Буйрак касалликларининг скрининг ташхислаш усуллари. Буйрак аномалияларининг антенатал диагностикаси. Буйрак касалликларида нур ташхиси ва мультиплейс диагностикани куллаш

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАЗМУНИ

1-амалий машғулот:

Кардиомиопатиянинг диагностик усуллари.

Кардиомегалияни келтириб чиқарувчи касалликлар. Гипертрофик, дилатацион, рестриктив кардиомиопатияларни ташхислаш. Гипертрофик, дилатацион, рестриктив кардиомиопатияларни ташхислаш. Юрак трансплантациясига кўрсатмалар

2-амалий машғулот:

Касалликларнинг антенатал диагностикаси.

Хомиладорлик даврида скрининг утказиш ахамияти. Касалликларнинг антенатал диагностикасида Допплерография, амниоцентезнинг урни. TORCH инфекцияси диагностикасининг янги усуллари.

3-амалий машғулот:

ОИВ /ОИТСнинг диагностикаси.

Болаларга ОИВ нинг юкиш йуллари, тарқалганлиги. ОИТС ни ташхислаш усуллари ва тарқалишини олдини олиш. Антиретровирус терапия

4-амалий машғулот:

Ювенил ревматоид артритларнинг диагностикаси.

Ювенил ревматоид артритларнинг тарқалиши. Этиология ва патогенез. Клиникаси. Диагностик усуллари. Даволаш стандартлари. Болаларда Стилл синдроми. Касаллик сабабларини муҳокама қилиш. Даволаш, реабилитация, диспансеризация, профилактика усуллари муҳокама қилиш.

5-амалий машғулот:

Ферментопатияларнинг диагностикаси

Болаларда целиакция, муковисцидоз ва дисахаридаз етишмовчиликларнинг кечиш хусусиятлари, ташхислаш усуллари. Касалликларни даволашда пархез давонинг ўрни

6-амалий машғулот:

Буйрак касалликларининг диагностикаси.

Буйракнинг тугма аномалиялари, уларнинг антенатал ташхисоти. Буйрак аномалияларининг турлари. Буйрак касалликларида нур ташхиси ва мультиплайс диагностикани куллаш

ЎҚИТИШ ШАКЛЛАРИ

Мазкур модуль бўйича қуйидаги ўқитиш шаклларида фойдаланилади:

- ўқув ишини ташкиллаштиришнинг интерфаол шаклларида: бинар-маъруза, савол-жавобли маъруза, суҳбат-маърузалар орқали ташкиллаштириш назарда тутилган.

- ўқув фаолиятини ташкил этиш шакллари сифатида қуйидагилардан фойдаланиш назарда тутилган:

- маъруза машғулотларида оммавий, жуфтлик, индивидуал;

БАҲОЛАШ МЕЗОНИ

№	Ўқув-топшириқ турлари	Максимал балл	Баҳолаш мезони		
		2,5	“аъло”	“яхши”	“ўрта”
1	Тест-синов топшириқларини бажариш	1,5	2,2-2,5	1,8-2,1	1,4-1,7
	Призентация	1			

Кўчма машғулот

Кўчма машғулот: 1. Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиникаси

2. Тошкент педиатрия тиббиёт институти Скрининг маркази

II. МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН ИНТРЕФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ

«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, мустақамлашда, ўтилган мавзуни 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:

Фикр: “Антивирус терапия Сурункали вирусли гепатитларнинг асосий базис давосидир”.

Топширик: Мазкур фикрга нисбатан муносабатингизни ФСМУ орқали таҳлил қилинг.

“SWOT-таҳлил” методи.

Методнинг мақсади: мавжуд назарий билимлар ва амалий тажрибаларни таҳлил қилиш, таққослаш орқали муаммони ҳал этиш йўллари топишга, билимларни мустаҳкамлаш, такрорлаш, баҳолашга, мустақил, танқидий фикрлашни, ностандарт тафаккурни шакллантиришга хизмат қилади.



Намуна: Кардиомиопатияларда юрак трансплантациясининг таҳлилини ушбу жадвалга туширинг.

S	Кардиомиопатияларда юрак трансплантациясининг кучли томонлари	Бемор Оғир юрак етишмовчилигидан бўлади халос
W	Кардиомиопатияларда юрак трансплантациясининг кучсиз томонлари	Трансплантация усулининг рестриктив кардиомиопатияда фойда бермаслиги, донорларни топиш мураккаблиги
O	Кардиомиопатияларда юрак трансплантациясининг имкониятлари (ички)	Бемор доимий дорилар билан даволанишдан халос бўлади, жисмоний меҳнатни бажара олади
T	Тўсиқлар (ташқи)	Республикада трансплантология яхши ривожланмаганлиги

Кейс-стади методи

«Кейс-стади» - англизча сўз бўлиб, («case» – аниқ вазият, ҳодиса, «stadi» – ўрганмоқ, таҳлил қилмоқ) аниқ вазиятларни ўрганиш, таҳлил қилиш асосида ўқитишни амалга оширишга қаратилган метод ҳисобланади. Мазкур метод дастлаб 1921 йил Гарвард университетиде амалий вазиятлардан иқтисодий бошқарув фанларини ўрганишда фойдаланиш тартибиде қўлланилган. Кейсде очик ахборотлардан ёки аниқ воқеа-ҳодисадан вазият сифатида таҳлил учун фойдаланиш мумкин. Кейс харакатлари ўз ичига қуйидагиларни қамраб олади: Ким (Who), Қачон (When), Қаерде (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: Кейсдеги 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 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

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

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

Кейсни бажариш босқичлари ва топшириқлар:

- Бемордаги муаммони келтириб чиқарган асосий сабабларни белгиланг(индивидуал ва кичик гуруҳда).
- Беморни диагноз қўйиш ва даволашдаги ишлар кетма-кетлигини белгиланг (жуфтликлардаги иш).

Венн Диаграммаси методи.

Методнинг мақсади: Бу метод график тасвир орқали ўқитишни ташкил этиш шакли бўлиб, у иккита ўзаро кесишган айлана тасвири орқали ифодаланadi. 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:

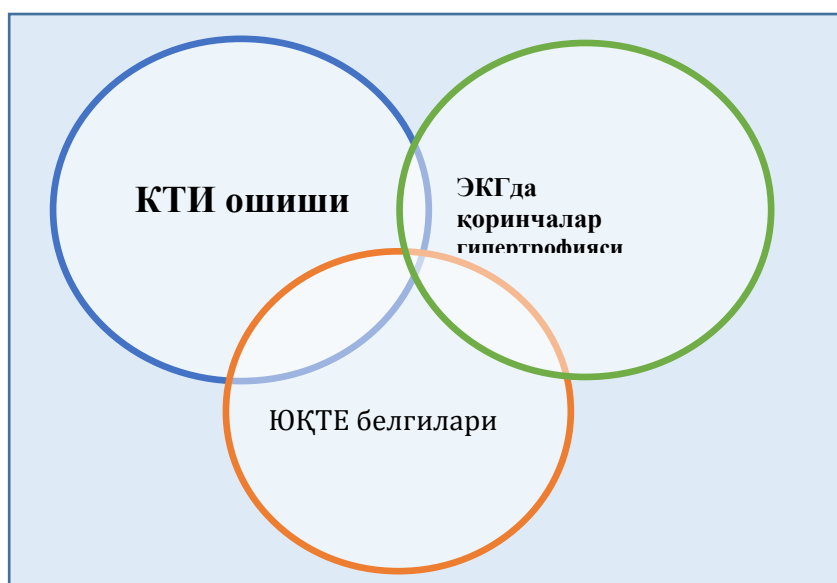
- иштирокчилар икки кишидан иборат жуфтликларга бирлаштириладилар ва уларга кўриб чиқиладиган тушунча ёки асоснинг

ўзига хос, фарқли жиҳатларини (ёки акси) доиралар ичига ёзиб чиқиш таклиф этилади;

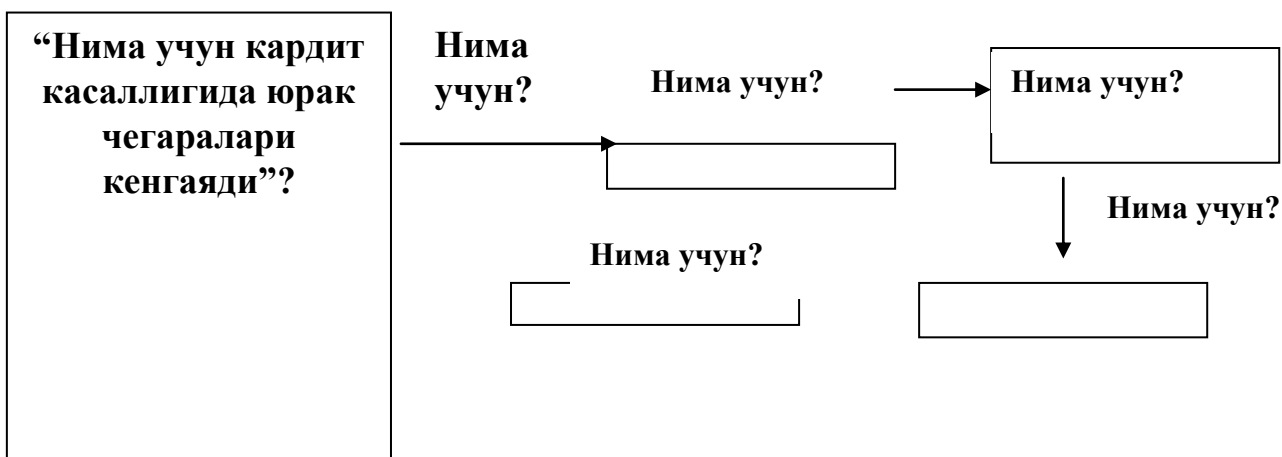
- навбатдаги босқичда иштирокчилар тўрт кишидан иборат кичик гуруҳларга бирлаштирилади ва ҳар бир жуфтлик ўз таҳлили билан гуруҳ аъзоларини таништирадилар;

- жуфтликларнинг таҳлили эшитилгач, улар биргалашиб, кўриб чиқиладиган муаммо ёхуд тушунчаларнинг умумий жиҳатларини (ёки фарқли) излаб топадилар, умумлаштирадилар ва доирачаларнинг кесишган қисмига ёзадилар.

Намуна: Кардиомегалия синдромига хос



“Нима учун” техникаси

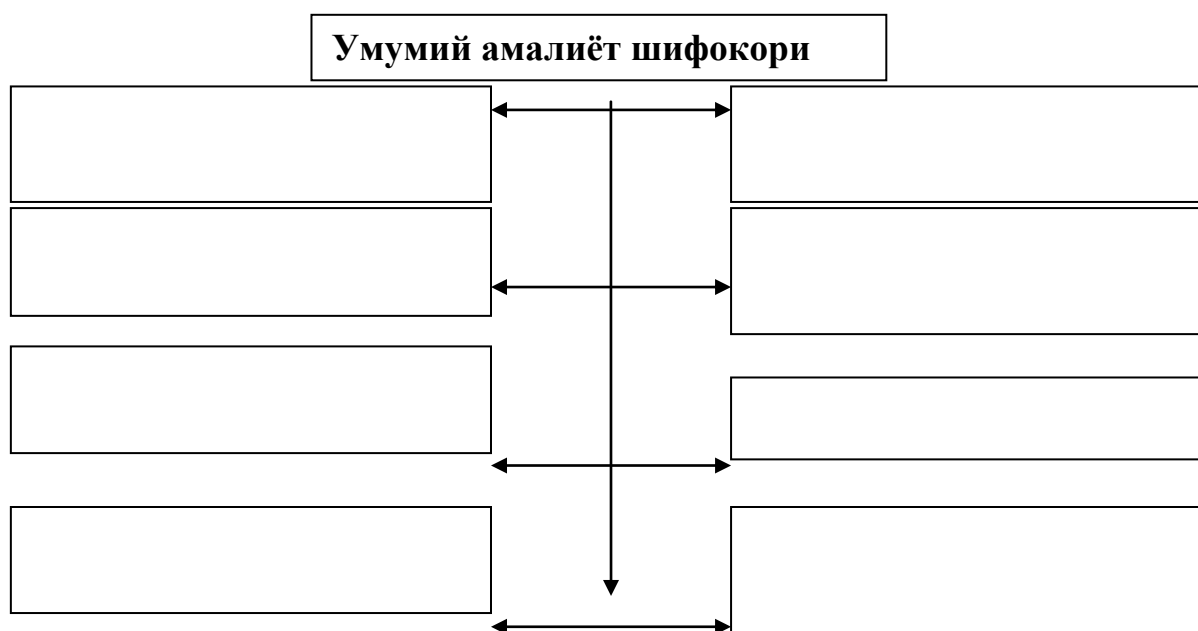


«Assesment» усули

<p>Тест</p> <p>Торч инфекциясининг турларига кирмайди</p> <p>А)хламидия</p> <p>Б)герпес</p> <p>В)токсоплазма</p> <p>Г)цитомегаловирус</p> <p>Д)клебсиелла*</p>	<p>Муаммоли вазият</p> <p>14 ешли бола Р. Шикоятлари: Ўнг тирсак бўғимида оғриқ, ҳаракат чекланишига, шиш, кизариш, оғриқли сийиш. Анамнезда 10 кундан бери касал, касалликнинг бошланишини совуқ сувда чўмилиш билан боғлайди. 3 кундан бери температура кўтарилиши кузатилган. Парацетамол 0,25г 4 марта кунига ичган, ахволи яхшиланган. 1хфтадан кейин сийиш оғриқли, сийдик ранги хиралашуви, ўнг тирсак бўғимида шиш, кизариш ва оғриқ кузатилган.</p>
<p>Альпорт синдроми бу-</p>	<p>Амалий кўникма</p> <p>Крамер шкаласи</p>

Кластер усули

Умумий амалиёт шифокори ҚВП шароитида қандай текширувларни ўткази олиши керак.



Таққослаш усули.

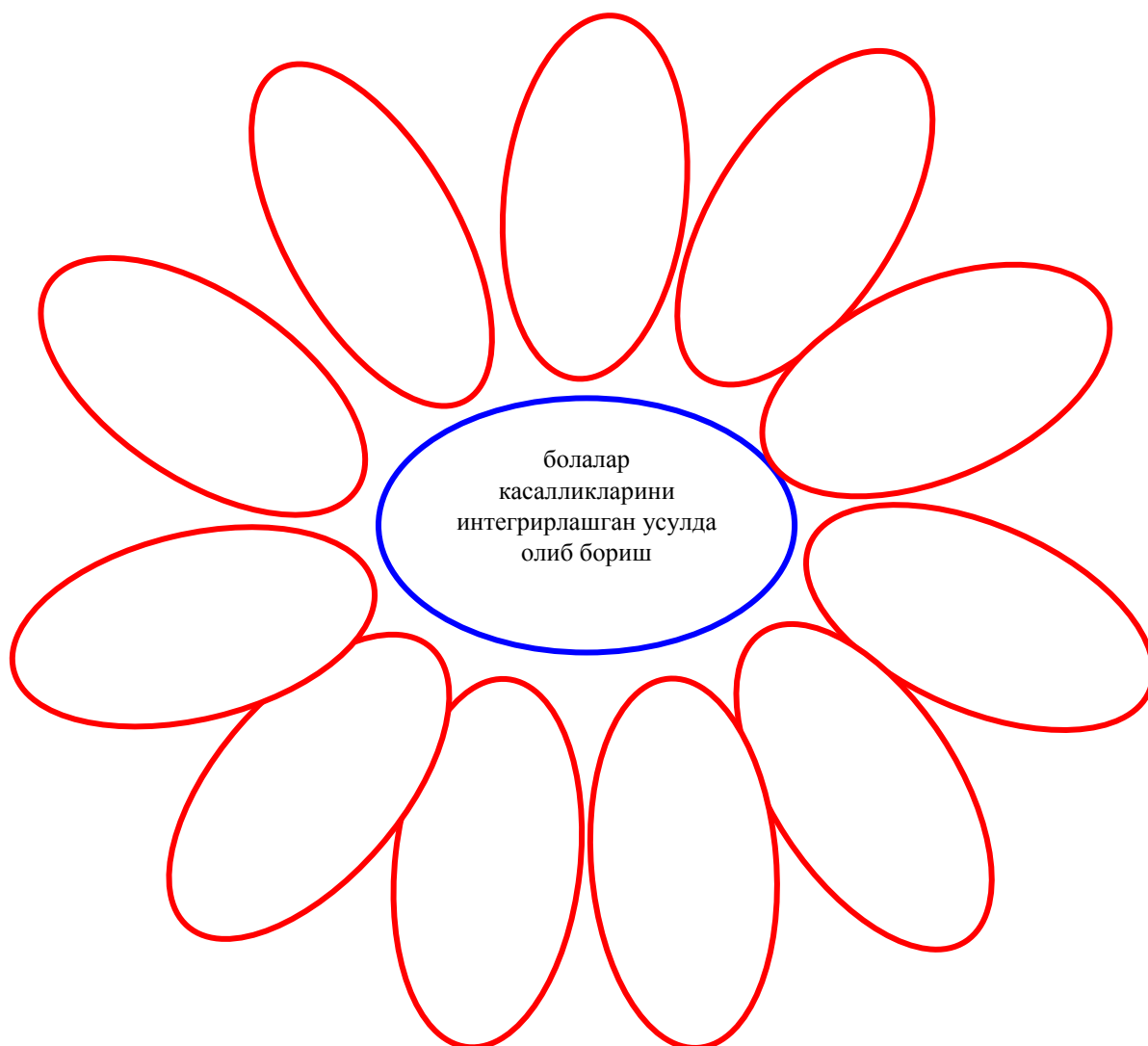
Касалликларни ўзаро таққослаш

Ревматик иситма диагностик мезонлари	Норевматик кардит диагностик мезонлари

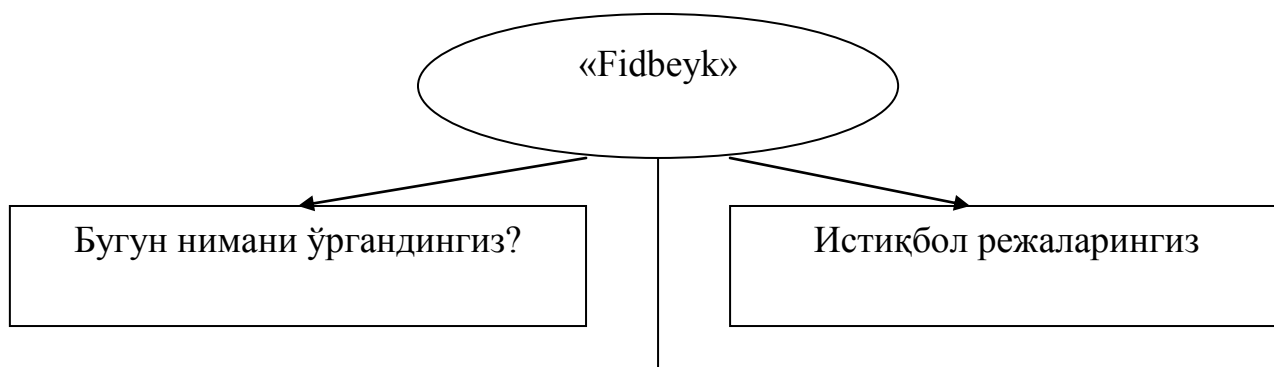
Дориларни ўзаро таққослаш

Метотрексат	Маптера

Мойчечак усули



“Fidbeyk” усули



“ИНСЕРТ” усули

белгилар	Нимани билдиради
“ √ ”	Мен буни биламан ва кушиламан
« + »	Мен учун янги информация
“ _ ”	Мен билган информацияларга зид
“ ? ”	Бу информацияни текшириб куриш керак

III. НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР

1-мавзу: Кардиомиопатиянинг диагностика усуллари

Режа

1. Кардиомегалия тушунчаси, диагностик алгоритми.
2. Норевматик кардитларнинг таснифи, диагностикаси, дифференциал диагностикаси
3. Кардиомиопатияни ташхислашнинг янги усуллари. Трансплантацияга кўрсатмалар.

Таянч иборалар: кардиомегалия, кардиоторакал индекс, кардиомиопатя, рестрикция, дилатация, гипертрофия, ЭхоКС, ЭКГ, трансплантация.

1.1. Кардиомегалия.

Кардиомегалия деб, юрак ўлчамларининг турли патологик катталашшига айтилади. Катталашшиш сабаблари бўлиб, юракнинг бир ёки бир нечта камералари кенгайиши, миокард гипертрофияси ёки инфильтрацияси, қоринчалар аневризмаси кабилар бўлиши мумкин. Кардиомегалия физикал текширувларда, кўпинча кўкрак қафаси рентгенографиясида аниқланиши мумкин. Кардиомегалия юрак ўлчамлари катталашшига олиб келувчи сурункали жараён натижаси бўлиб, бу беморни тўлиқ текширувдан ўтказишни талаб қилади.

Норевматик кардит – носпецифик яллиғланиш хусусиятли ўзгаришлар ҳисобига юрак мушакларининг шикастланиши. Аутопсия маълумотларига кўра болалар аҳолиси орасида катталарга қараганда кардитларнинг тарқалиши юқори; оғир шакллари эрта ёшдаги болаларда учрайди. Кўпинча кардитлар вирусли эпидемия вақтида анча кўпаяди.

Этиология ва патогенези. Кўзғатувчисидан қатъий назар турли инфекциялар касалликлар кардит билан асоратланиши мумкин. Лекин кўпчилик ҳолларда кардит ўткир вирусли инфекцияли болаларда ривожланади. Уларнинг пайдо бўлишида Коксаки вируси, айниқса А ва В

гурухлари ва ЕСНО вируси катта аҳамиятга эга. Бошқа этиологик омилларга грипп ва парагрипп, қизилча, паротит, цитомегаловирус ва бошқ. киради. Норевматик кардит бактериялар, риккетсиялар, замбуруғлар ва бошқа инфекцион агентлар томонидан чақирилиши мумкин. Ноинфекцион келиб чиқиш хусусиятига эга норевматик кардитлар ҳам фарқланади, жумладан аллергик ва токсик миокардитлар^{1,2}.

Бактериал кардитлар кўкрак ёшидаги болаларда тери, отоген сепсис

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.p. 2162

2. Current essentials Pediatrics. Judith M.Sondheimer. 2015, p. 298

сабабли ривожланади, анча катталарда эса – гематоген остеомиелит фонида пайдо бўлади. Замбуруғли кардитлар сурункали касалликлари мавжуд беморларда, узоқ вақт антибиотик олганларда пайдо бўлади.

Охирги йилларда ирсий омилар диққатни тортяпти. Бундай ҳолларда кардит кам симптомли, юрак етишмовчилиги ривожланиши фақат охирида бўлади. Унинг асосида генетик детерминирланган вирусга қарши иммунитет нуқсони ётади.

Ўткир ва сурункали кардит патогенезитурлича. Ўткир кардитда инфекцион омил (бошловчи омил) таъсири аҳамията эга, яллиғланиш медиаторларини ажратиш, гиперсезувчанлик реакциясининг юқори бўлиши ва хужайра инфильтрацияси томирлар деворларини шикастлайди. Аутоаллергия касалликнинг ўткир кечишида фақат компонент бўлиши мумкин, лекин етакчи эмас. Иммунокомплексларнинг турли тузилиши, улар ўлчамлари, жойлашиш жойи ва миокарднинг репаратив реакциялари турли-туманлиги сабабли ўткир кардитнинг яхши сифатли ва ёмон сифатли оқибати бўлиши мумкин.

Сурункали кечишида кўзғатувчи асосий аҳамиятга эга эмас ва касаллик асосида аутоиммун бузилишлар ётади. Бу ҳолда аутоантитаначалар (антикардиал антитаначалар) ва/ёки сенсibiliзацияланган лимфоцитларнинг аутоаллергенлар билан ўзаро таъсир қилиши содир бўлади. Иккиламчи аутоантигенларга жавобан антикардиал антитаначалар пайдо бўлади, одатда агрессив. Бундай ҳолат ҳосил бўлиши Т-супрессорларнинг паст фаоллиги натижасидир, бу хелпер таъсир қилувчи ва гиперстимуляцияланган В-лимфоцитларга боғлиқ. Аввало сурункали кардитлар (ўз-ўзини тутиб турувчи жараён, тизимли хусусиятли, ёмон сифатли ва рецидивланувчи кечиши, терапияга резистентлиги) уларнинг шаклланишида аутоиммунн механизм ҳақида ўйлашни тақозо қилади.

Кўп йиллик кузатувлар асосида Белоконь Н.А. ҳаммуаллифлари билан болалардаги норевматик кардитларнинг ишчи таснифини беришди.

1.2. Норевматик кардитлар.

Норевматик кардитлар туғма ва орттирилган бўлади. Касаллик таснифи унинг кечишини акс эттиради. Норевматик кардитларда жадал бошланиши билан кечадиган, юрак-қон томир етишмовчилиги мавжуд ва нисбатан терапияга мойил ўткир кечиш турларини ажратиш мумкин.

Ўткир ости кардитлар баъзи ҳолларда худди ўткирдек бошланиши мумкин, лекин соғайиш 18 ойгача давом этади, бошқа ҳолларда касалликнинг анча енгил кечиши ва секин-аста ривожланиши бўлиши мумкин (бирламчи ўткир ости кечиши).

Давомли сурункали кардит (18 ойдан кўп) баъзи беморларда ўткир ёки ўткир ости бошланиш харакеига эга, бошқаларида эса у кузатилмайди (бирламчи сурункали кечиш).

Туғма кардитлар ҳам ўткир ва ўткир ости кечиш хусусиятларига эга. Кардит оғирлиги комплекс клиник-инструментал маълумотлар: юрак ўлчамлари, юрак етишмовчилиги ифодаланганлиги, ЭКГ даги ишемик ва метаболик ўзгаришлар даражаси, кичик қон айланиш доираси ҳолатига боғлиқ. Юрак етишмовчилигини баҳолаш кардитларда ўзининг хусусиятларига эга. Беморларни комплекс текшириш чап ва ўнг юрак етишмовчилиги даражаларини ажратишга имкон берди.

Норевматик кардитларнинг таснифи (Белоконь Н.А., 1984)

Касаллик пайдо бўлиш даври	Туғма (антенатал) – эрта ва кечки Орттирилган
Этиологик омил	Вирусли, вирус-бактериал, бактериал, паразитар, замбуруғли, иерсиноз, аллергик, идиопатик
Шакли (жараённинг асосий жойлашишига қараб)	Кардит Юрак ўтказувчи тизими шикастланиши
Кечиши	Ўткир – 3 ойгача Ўткир ости – 18 ойгача Сурункали – 18 ойдан анча кўп (рецидивланувчи, бирламчи сурункали): димланиш, гипертрофик вариантлари
Кардит оғирлиги	енгил

	ўрта оғирликдаги оғир
ЮЕ шакли ва даражаси	чап қоринчали I, IIА, IIБ, III даража ўнг қоринчали I, IIА, IIБ, III даража Тотал
Оқибати ва асоратлари	Кардиосклероз, миокардгипертрофияси, ўтказувчанликнинг бузилиши, гипертензия, клапан аппаратининг шикастланиши, констриктив миоперикардит, тромбоэмболик синдром

Туғма кардитлар

Агар юрак патологияси симптоми она қорнида ёки туғруқхонада аниқланса туғма кардит ташҳиси ишончли деб қаралади, агар улар бола ҳаётининг биринчи ойларида интеркуррент касалликсиз ва/ёки онанинг ҳомиладорлик даврида анамнестик маълумотлар бўйича аниқланса эҳтимолли деб қаралади.

Анатомик субстратлари бўйича туғма кардитларни эрта ва кечкиларга ажратишади. Эрта кардитнинг морфологик белгиси эндо- ва миокарднинг фиброэластоз ёки эластофиброзидир. Кечки туғма кардитлар бундай белгиларга эга эмас.

Эластик тўқиманинг кўп сонли бўлиши юракнинг эрта фетал даврда шикастланганлиги тўғрисида гувоҳлик беради (хомилаичи ривожланишининг 4-7 ойлари), бу даврда хомила тўқимаси альтерацияга эластоз ва фиброз тўқима пролиферацияси билан жавоб беради. Юрак зарарланиши ҳомиланинг 7 ойидан сўнг бўлса («кеч фетопатия») оддий яллиғланиш реакцияси ривожланади ва фиброэластоз кузатилмайди.

Макроскопик эрта туғма кардитларда дилатация ва чап қоринча миокард гипертрофияси билан кечувчи кардиомегалия аниқланади, унинг эндокарди анча қалинлашган бўлади. Деярли 2/3 беморларда клапан аппарати шикастланиши кузатилади (гемодинамик ёки яллиғланишдан кейинги).

Юрак зарарланишининг биринчи белгиси туғма кардитларнинг ушбу иккита вариантыда ҳаётнинг биринчи 6 ойида (баъзида 2-3-ёшлигида) пайдо бўлади.

Эрта туғма кардитларнинг таъхисий мезонлари

Анамнестик: юрак-қон томир касалликларига ирсий мойиллик; ҳомиладорлик пайтида онанинг касалланиши; туғилишида бола тана вазнининг пасайиши. Касалликнинг биринчи белгиси бола ҳаётининг биринчи ярмида кузатилади, постмиокардик эластофиброзда – ҳаётининг 6-18 ойларида кузатилиши мумкин.

Клиник:

Эстракардиал: тана вазнининг сабабсиз кам қўшилиши; жисмоний ривожланишда орқада қолиш; статистик функциялар ривожланишининг секинлашиши; рангпарлик, ланжлик, кўп терлаш, афония, сабабсиз безовталаниш хуружлари.

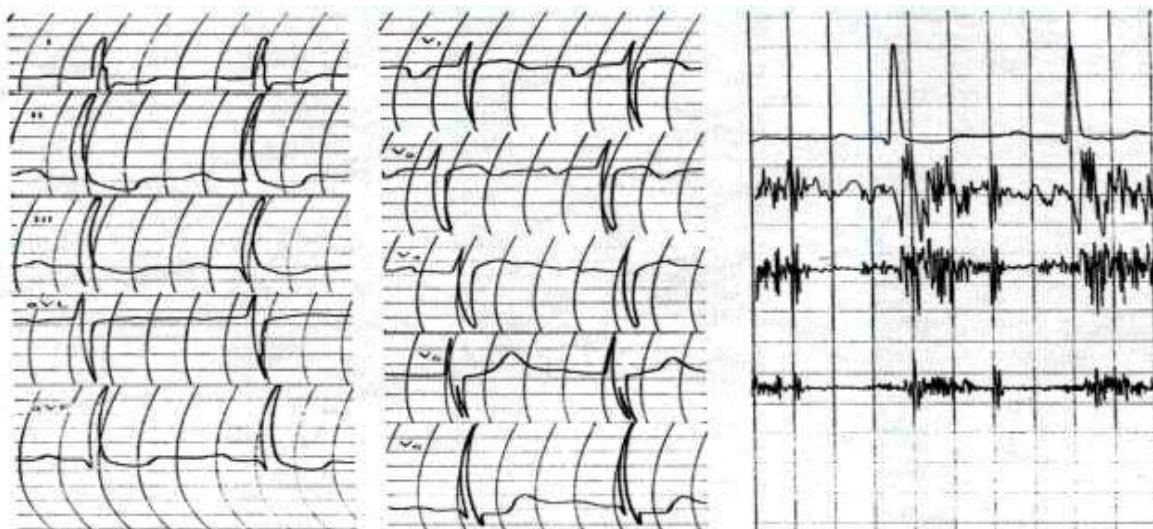
Кардиал: шиллик қаватларнинг, бармоқлар учларининг енгил цианози; чап томонлама юрак букри; юрак турткиси сусайган ёки аниқланмайди; тонларнинг бўғиқлашуви ёки пасайганлиги; даволашга резистент бўлган тахикардия; юрак-қон томир етишмовчилиги, одатда тотал, лекин чап қоринча етишмовчилиги устунлиги билан.

Параклиник:

Лаборатор: ЭЧТ, лейкоцитлар, қон зардоби оқсил фракциялари, АСЛ ва АСТ титри меъёрда бўлади ёки озгина ўзгарган.

Рентгенографик: чап ўпка пастки бўлаги ателектази. Юракнинг шарсимон ёки овал кўриниши, чап қоринчанинг кучли дилатацияси билан бирга юрак бўшлиқларининг катталаниши.

ЭКГ да: туғма фиброэластозда QRS комплексларининг юқори вольтажи, ригид тез маром (кўпинча маром суръати ва ўтказувчанлик бузилишларисиз), чап қоринча миокарди гипертрофияси, ишемия белгилари билан субэндокардиал бўлимларнинг ишемияси (ST сегментнинг изочизикдан пастга силжиши ва манфий Т тишча)



Кеч туғма кардитларнинг патоморфологик текшируви юрак қаватларининг бир ёки бир нечтасининг, ўтказувчи тизимнинг, баъзида коронар артерияларнинг патологик жараёнга қўшилишини аниқлайди, кардиосклероз ва миокард гипертрофияси ривожланади. Лекин касаллик давомийлиги унчалик аҳамиятли эмас, бу ҳақида эндо- ва миокардда эластик тўқима йўқлиги ва фаол яллиғланиш жараёни гувоҳлик беради.

Кеч туғма кардитларнинг ташхисий мезонлари

- **Клиник:**
 - *Экстракардиал:* туғилганда нормал тана вазни, кам ҳолларда бачадон ичи гипотрофияси учрайди; кўкрак билан овқатлантирганда боланинг чарчаб қолиши; ҳаётининг 3-5 ойидан кейин жисмоний ривожланишдан орқада қолиш; статистик функциялар ривожланишининг кечикиши; нафас аъзоларининг тез касалланиши; кўп терлаш; асаб тизимидаги ўзгаришлар; шовқинли нафас олиш.
 - *Кардиал:* хансираш, туғилганидан буён мавжуд тахи- ёки брадикардия; рангпарлик, шиллик қаватлар ва бармоқлар учларининг цианози; юрак-қон томир етишмовчилиги; кучайган, кўтарилувчи, пастга силжиган юрак учи турткиси; етарлича баланд юрак тонлари; систолик шовқин эҳтимоллиги; маром бузилиши.
- **Параклиник:**
 - *ЭКГ:* чап қоринча электропотенциаллари устунлиги, маром ва ўтказувчанлик бузилиши; ST сегментнинг изочизиқдан пастга силжиши.
 - *Рентгенологик:* юракнинг нормал ёки трапециясимон кўриниши. Юрак сояларининг барча бўшлиқлари, айниқса чап томон бўшлиқлари ҳисобига, дилатацияси ҳисобига катталашиши.
 - *Лаборатор:* периферик қонда ўзгаришлар йўқ, ревмотестлар манфий.

Орттирилган кардитлар

Клиник хоссалари ва кечиши бўйича орттирилган кардитлар ўткир, ўткир ости ва сурункали турларига бўлинади. *Ўткир кардитлар* орасидан миокарднинг диффуз зарарланиши ва кўпинча атриовентрикуляр блокада ҳамда турғун тахиаритмия кўринишидаги ўтказувчи тизим зарарланиши ҳолларини ажратиш мумкин. Ўткир кардитлар ҳар қандай ёшда учрайди, лекин оғир шакллари 3 ёшгача болалар учун хосдир. Улар вирусли инфекция вақтида ёки ундан кўп ўтмай пайдо бўлади. Кардит вужудга келишида бола организми олдинги сенсбилизацияси ва/ёки аллергик мойиллиги аҳамиятли ўринни эгаллайди. ЎРВИ белгилари пасайган сари юрак зарарланиши экстракардиал белгилари етакчи бўлади^{1,2}.

1.3. Кардиомиопатияни ташхислашнинг янги усуллари

Анамнестик: ҳомиладорлик пайтида онанинг касалланиши, ишлаб чиқаришдаги зарарали омилар таъсири, баъзи дори воситаларини узоқ вақт қабул қилиш, алкоғолни кўп истеъмол қилиш. Касалликнинг илк белгилари

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.p. 2164

2. Current essentials Pediatrics. Judith M.Sondheimer. 2015, p. 267

▪ **ЎРВИ** вақтида ёки ундан 1-2 ҳафтадан сўнг вужудга келади, бола организмнинг олдинги сенсibiliзацияси, конституция аномалиялари борлиги, эмлаш қоидаларига риоя қилмаслик хасталик келиб чиқишида аҳамиятга эга.

▪ **Клиник:**

Экстракардиал: иштаҳа пасайиши, тана вазни ортишининг орқада қолиши ёки ёмон ошиши, холсизлик, кўп терлаш, тез чарчашлик; жиззакилик, асабийлашиш хуружлари, баъзида ҳушидан кетиш, тиришишлар, гемипарез, безовталиқ ва тунлари инграб чиқиш; кўнгил айнаши ва қусиш; терининг кул ранг тусдаги рангпарлиги; тана вазияти ўзгарганда кучаювчи хирахандон йўтал.

Кардиал: аввалига чап қоринча, кейин тотал юрак етишмовчилиги; бурун-лаб учбурчаги цианози; акрацианоз; юрак ўтказувчанлигининг бузилиши; юрак учи турткиси кучсиз, резистент ёки мутлақо аниқланмайди; юрак нисбий тўмтоқлиги чегаралари силжиган; I тон пасайиши ёки бўғиқлиги, ўпка артерияси устида II тонакценти; функционал хусусиятли ёки митрал клапан нисбий етишмовчилиги систолик шовқини.

▪ **Параклиник:**

Лаборатор: лаборатор текширувлар натижалари кам маълумотли.

ЭКГ: юрак электр ўқининг ўнгга оғиши. QRS комплекси тишчалари вольтажининг пасайиши. Ўтказувчанликнинг турли бузилишлари. Т тишча ва ST сегментидаги ўзгаришлар (изочизикдан пастга силжиши).

Рентгенологик: ўпкада веноз димланиш, юрак соясининг катталашиви, чап қоринча дилатацияси. Биринчи кардиал белгилар бўлиб чап қоринча етишмовчилиги белгилари: ҳансираш, ўпкадаги хириллашлар, тахикардия ҳисобланади. Бундан кейин диурез камаяди, тўқималар керкиши пайдо бўлади, жигар катталашади. Юрак букри йўқ, бу касалликнинг ўткирлигидан гувоҳлик беради. Ўткир диффуз кардитларда юрак чегаралари кўпчилик ҳолларда ўртача кенгайган, камроқ ҳолларда эса кескин кенгайган бўлади.

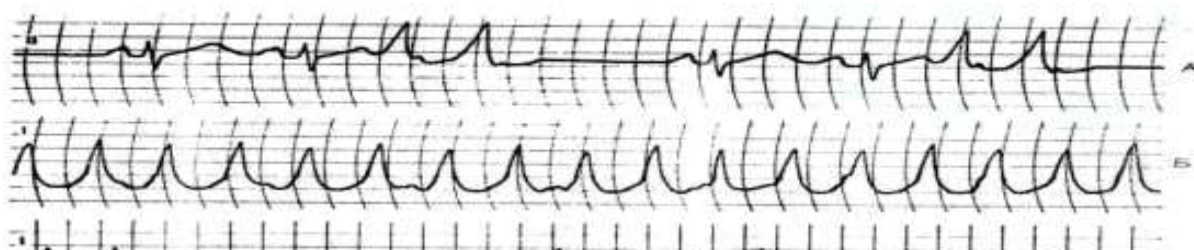
Аускультацияда юрак чўққисида I тон пасайиши ёки бўғиқлашуви, кардиомегалияда от дупури қайд қилинади. Шовқин ё йўқ, ё у функционал ва папилляр мушаклар дисфункциясига боғлиқ. Юрак ўтказувчи тизими зарарланиши мавжуд беморларда юрак тонлари кўпинча нормал бўлади,

тўлиқ атриовентрикуляр блокадада эса юрак чуққисида ўзгарувчан қарсилловчи “замбараксимон” I тон эшитилади. Тахиаритмия экстрасистолия, бўлмачалар ҳилпиллаши, сурункали эктопик тахиаритмия билан боғлиқ бўлади. Миокардитни ташхислашда аҳамиятга эга экстрасистолия 5,2% ҳолларда учрайди ва кўпинча даволаш вақтида ўтиб кетади. Пароксизмал тахикардия хуружларининг қатъийлиги жараёнга юрак ўтказувчанлик тизими қўшилганидан далолат беради. Ўткир диффуз кардитли беморларнинг барчасида юрак етишмовчилиги кузатилади ва асосан чап қоринчали бўлади, юрак ўтказувчи тизими шикастланишида унинг кўринишлари минималдир.

Болалардаги норовматик кардитларда юрак етишмовчилиги белгилари ва даражаси

Даража	Етишмовчилик	
	Чап қоринчали	Ўнг қоринчали
I	ЮЕ белгилари тинч ҳолатда йўқ ва тахикардия ёки ҳансираш кўринишида юкламадан сўнг пайдо бўлади	
II А	ЮҚС ва нафас сони нормага нисбатан мос равишда дақиқасига 15-30 ва 30-50% га ошган	Жигар қовурға равоғидан 2-3 смга чиқиб туради
II Б	ЮҚС ва нафа сони нормага нисбатан мос равишда бир дақиқада 30-50 ва 50-70% га ошган; акрацианоз, хирахандон йўтал, ўпкаларда майда пуфакчали нам хириллашлар бўлиши мумкин	Жигар қовурға равоғидан 3-5 смга чиқиб туради, бўйин веналари кенгайиши
III	ЮҚС ва нафа сони нормага нисбатан мос равишда дақиқасига 50-60 ва 70-100% га ошган; Ўпканинг шиши олди ва димланиши клиникаси	Гепатомегалия, шиш синдроми (юзда, оёқларда шишлар, гидроторакс, гидроперикард, асцит)

Пароксизмал тахикардия хуружларининг қатъийлиги жараёнга юрак ўтказувчи тизими қўшилганидан дарак беради



ЭКГ да QRSкомплекси вольтажи пасайиши кўринишидаги ўткир кардитнинг ташхисий мезони касалликнинг 2-3 ҳафталарида ахамиятга эга. Агар ЭКГ кўрсатилган муддатдан кечроқ амалга оширилган бўлса, унда вольтаж нормал ва ҳатто юқори бўлиши мумкин. Бундан ташқари юрак электр ўқининг ўнгга ёки чапга оғиши, чап қоринча зўриқиши хусусиятлидир. Ўткир кардитнинг ташхисий мезонларидан бири клиник ва инструментал маълумотларнинг 6-18 ой мобайнида қайта ривожланиши ҳисобланади. Соғайиш болаларнинг ярмида кузатилади, бошқаларида кардит ўткир ости ва сурункали кечишга ўтади.

Ўткир ости кардитлар. ЎРВИ дан 4-6 ойдан кейин юрак етишмовчилигининг аста-секин ошиши билан торпид ривожланиш хусусиятига (бирламчи ўткир ости кардитлар) эга бўлиши ва даволаш давомида узоқ давом этувчи жараёнга ўтувчи аниқ ўткир босқичга эга бўлиши мумкин. Ўткир ости кардитга ўткир кардитнинг барча белгилари хос, лекин юрак букри сезилади, кўп ҳолларда тонлар баланд, митрал клапан етишмовчилигининг систолик шовқини, ўпка артерияси устида турғун II тон акценти, даволашга қарамай торпид юрак етишмовчилиги қайд қилинади. ЭКГда ўзгаришлар ригид ритм, юрак электр ўқининг чапга оғиши, атриовентрикуляр ва қоринча ичи ўтказувчанлигининг бузилиши, чап қоринча ва иккита бўлмачаларнинг ортиқча юкломаси, кўпинча мусбат Т тишчаларидан иборат бўлади. Охирги иккита белги ўткир ости кардитларни ўткир кардитлардан фарқлайди¹.

Сурункали кардитла ркатта ёшдаги болалар норевматик кардитларида асосий ўринни эгаллайди. Сурункали кардит *бирламчи сурункали* (симптомсиз бошланадиган бошланғич клиник босқичи билан) ва *ўткир ёки ўткир ости кардитдан ривожланган* бўлиши мумкин. Сурункали кардитнинг учта варианты ажратилади:

– чап қоринча бўшлиғининг катталаниши ва унинг миокарди озгина гипертрофияси билан (*димланган ёки дилатацион вариант*), ифодаланган кардиосклероз билан, бунинг негизида асосан чап қоринча миокарди қисқариш функциясининг бузилиши ётади; миокарднинг кучли гипертрофияси ҳисобига чап қоринча бўшлиғининг нормал ва бир оз кичиклашиши билан (*гипертрофик вариант*);

– миокарднинг гипертрофияси ёки гипертрофиясиз чап қоринча бўшлиғининг кескин кичрайиши (*рестриктив вариант*); унинг асосида чап қоринча миокарди бирламчи диастолик функцияси бузилиши ётади. Сурункали кардитларнинг умумий клиник кўринишлари сифатида узоқ давомли нисбатан белгисиз кечиши, лекин экстракардиал белгилар: жисмоний ривожланишдан ортда қолиш, қайталанувчи пневмониялар, гепатомегалия, хушни йўқотиш хуружлари, қусиш ва бошқалар устун

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.p. 2176

келишини ҳисоблаш мумкин. Кўпинча ЎРВИ дан кейин ўткир юрак-қон томир етишмовчилигининг тўла клиник манзараси узоқ вақт давомида мавжуд бўлган юрак дардини илк бор аниқлаб беради². Сурункали кардитнинг дилатацион варианты энг типик белгиларига тана вазнидан орқада қолиш, тахипноэ, сустлашган юрак турткиси, юрак букри, юрак чегараларининг кескин кенгайиши, митрал клапан етишмовчилигидаги систолик шовқин, юрак ритмининг турғун бузилиши, кўпинча ўртамиёна жигар катталаниши киради.

Одатда *сурункали кардитнинг дилатацион вариантыда* кардиомегалия ва қоникарли аҳвол орасида номуносиблик аниқланади, бу узоқ касалланишда компенсатор механизмлар ривожланиши билан тушунтирилади. Юрак етишмовчилиги узоқ вақт бўлмайди, сўнг эса, айниқса чап қоринчали, сўнгра тотал кўринишга айланади. Кардиомегалиянинг асосий клиник симптомлари:

Юрак уриб кетиши, кардиалгия, ҳансираш, ритм ва ўтказувчанлик бузилишлари; физикал кўрсаткичлар: юрак чегаралари кенгайиши, тонлар бўғиқлиги, от дупури, функционал ва органик генезли шовқинлар.

Кардиомегалияга олиб келувчи касалликнинг специфик белгилари

Кардиомегалия билан кечувчи касалликларнинг моҳияти:

Юрак камералари кенгайиши билан кечувчи касалликлар (кардиомиопатия, норевматик кардитлар, ревматизм). Юрак клапанлари патологияси билан кечувчи касалликлар (ревматизм, инфекцион эндокардит).

Перикард касалликлари. Миокард гипертрофияси билан кечувчи касалликлар (“спортчилар юраги”, бирламчи ва иккиламчи гипертензиялар, туғма юрак пороклари). Юракнинг инфилтратив зарарланиши билан кечувчи касалликлар (эндокринопатиялар, бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари, юрак амилоидози).

Назорат саволлари

1. Норевматик кардит билан қайси касалликларни таккослаш лозим?
2. Сурункали кардит клиникасига нима хос?
3. Туғма кардит клиникасига хос белгилар.

4. Норевматик кардитни қайси касалликлар билан қиёсий ташхислаш керак?
5. Норевматик кардит асоратларига нималар қиради?
6. Норевматик кардитни даволашда қайси дорилар қўлланилади?.
7. Митрал клапан етишмовчилигининг ЭКГ белгиларига нималар қиради?
8. Митрал клапан стенозининг ЭКГ белгиларига нималар хос
9. Реполяризация фазасининг узгаришларига нималар қиради:
10. Фалло тетрадасига хос патологик ўзгаришлар
11. Очик Баталл йўли нуқсонига хос узгаришлар
12. Инфекцион эндокардитга характерли бўлган белгиларни айтинг?
13. Инфекцион эндокардитни даволашда гормонлар дозасини белгиланг.
14. Қон оқиши чапдан уннга шунт билан кечадиган нуқсонларга нималар қиради?

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

2-мавзу: Касалликларнинг антенатал диагностикаси. Хомила ичи инфекциясининг диагностика усуллари.

Режа

1. Хомила ичи инфекциясига тушунча бериш.
2. Хомила ичи инфекциясининг турлари. ЦМВ, токсоплазмоз, неонатал герпес, кизилча инфекциялари. Касалликка мойил факторлар ва патогенез. Диагностика усуллари. Даволаш. Профилактикада асосий кўрсатмалар.

3. Вирусли гепатит, туғма захм, листериоз, хламидиоз инфекциялари. Касалликка мойил факторлар ва патогенез. Диагностик усуллари. Даволаш. Профилактикада асосий кўрсатмалар.

Таянч иборалар: инфекция, иммунитет, хомила, туғма инфекция, TORCH инфекция, цитомегаловирус, хламидиоз, герпес.

2.1. Хомила ичи инфекциясига тушунча бериш.

Хомила ичи инфекциясида кўп ишлатиладиган термин, ташхис кўйишдаги айрим холатларда кўп чалкашликларга олиб келади. Шунинг учун уларга аниқлик киритишни жоиз деб биламиз.

Аввалам бор хомила ичи инфекцияси борасида фикр юритишдан олдин, «инфекцияланган» ва «инфекция» атамалари мавжудлиги ва унга тушунча киритиш лозим деб биламиз. «Инфекцияланган» термини инфекция омилининг организмга кирганлигига далолатдир.

Инфекцияланган деганда микроорганизмнинг макроорганизмга кириши тушинилади. Инфекцияланиш, яъни макроорганизмга микроорганизмнинг кириши инсон организми патологик холатга олиб келмайди. Организм инфекциялангандан сўнг микроорганизмларнинг кўпайиши ва уларнинг патогенетик хусусиятларининг кучайиши кузатилади. Шу вақтнинг ўзида макроорганизмда химоя тизимининг активлашуви юзага келиб инфекция агентларни элиминация қилишга келтиради. Бу жараёнда юзага келувчи макроорганизм билан кузгатувчининг холати «инфекцион жараён» ёки «инфекция» дейилади¹.

Инфекцион жараён (инфекция) – деганда, макроорганизмни инсон организмга кириб бориши натижасида юзага келадиган холат тушинилади.

Инфекцион жараён билан инфицирланиш бир-бирига синоним холат эмас! Инфцияланиш асосан эпидемиологик характерга эга, инфекция жараён эса кенгрок маънони, яъни клинко-эпидемиологик холатни англатади.

Кўзгатувчининг вирулентлигига, инфицирланиш даражаси ва макроорганизмнинг химоя кучларига боглик холда инфекция жараён турли шаклларда кечиши мумкин.

Инфекцион жараённинг шакллари:

1. Кўзгатувчининг тезликда элиминацияси жараёни;
2. Инфекцион касаллик;
 - манифест кечувли;
 - симптомсиз (инаппарант) кечувли;
 - субклиник кечувли;
3. Ташувчанлик.

“Хомиланинг инфицирланиши”- деганда фақат хомилани хомиладорлик даврида ёки туғруқ даврида инфекция омили билан зарарланиши тушинилади.

Бу атама асосан чақалоқларда инфекция касаллигининг клиник белгилари номоён бўлмаган холатларда лекин, анамнестик маълумотларга

кўра бунинг акси аниқланганида қўлланилади. “Хомиланинг инфицирланиши” атамаси қўлланилган ҳолатларда, чақалоқларда постнатал даврида инфекция-яллиғланиш жараёни ривожланиш ҳавфи борлигидан далолат беради. “Инфицирланиш” ва “хомиланинг инфекцияланиши” патологик ҳолатнинг нозологик бирлиги ҳисобланмайди ва ташхис сифатида қўлланилиши мумкин эмас.

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015, pages 400.

Хомиланинг инфекцияси— хомилани анте- ёки интранатал даврида инфекция касаллик билан касалланиши тушинилади. Бунда инфекция касалликнинг клиник белгилари аниқланади ва лаборатор текширувлар асосида ўз исботини топади.

Туғма инфекция— инфекция касалланиш ва касалликнинг манифестацияси хомила ичида юзага келади. Яъни чақалоқ инфекция касалликнинг аниқ клиник белгилари билан туғилади¹.

“TORCH – “синдром” кўп учрайдиган туғма инфекция касалликларни атамаси ҳисобланади ва у қуйидаги маъноларни англатади:

Кўп учрайдиган хомила ичи инфекциялари	Клиник кўринишлари
<u>T</u> (Toxoplasmosis) <u>O</u> (Other) <u>R</u> (Rubella) <u>C</u> (Cytomegalovirus) <u>H</u> (Herpes simplex virus)	хомила ичи ривожланишини орқада қолиши гепатоспленомегалия сариқлик экзантемалар ЮҚС бузилишлари МНС бузилишлари

Хомила ичи инфекцияларининг клиник белгиларини чақалоқлар ҳаётининг аксарият қисми уйқуда бўлганлиги учун уларни махсус лаборатор текширувларсиз бир-бирдан ажратиш мушкул ҳисобланади. 10% ҳолатларда фақат клиник белгиларига қараб ташхис тўғри қуйилиши мумкин. Хомила ичи инфекциясига олиб келувчи антенатал хавф омиллари:

Акушерлик анамнезида хомила ташлаш, ўлик туғилиш, муддатидан илгари туғилиш, кўп туғма нуқсонлар билан туғилиш, эрта неонатал даврида нобуд бўлиши. Ушбу хомиладорликни асоратли кечиши (хомила олди сувларининг хаддан зиёд кўплиги, хомила олди сувларини вақтдан илгари кетиши, хомила ташлашга хавф бўлиши, йўлдошни вақтдан илгари кўчиши)

Онадаги сийдик таносил тизимидаги касалликлар (бачадон бўйни эрозияси, эндоцирвицит, кольпит, вульвовагинит, тухумдон кистаси, сальпингит, сальпингоофарит, пиелонефрит, пиелит, уретрит)

Хомиладорлик даврида ўтказилган юқумли касалликлар, шу жумладан ЎРВИ. Хомилани гипотрофия, дизэмбриогенез стигмалари, ривожланиш нуқсонлари билан туғилиши. Ўткир неонатал гидроцефалия. Туғилганида терида экзантемаларни аниқланиши. Сабаби ноаниқ сариклик. Чақалоқни биринчи кунларида иситмалаши. Неврологик белгиларини туғилганидан кейинги биринчи кунларида намоён бўлиши

1.Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.page 401

Хомила ичи инфекциясига олиб келувчи интранатал хавф омиллари:

- Онасининг сийдик таносил аъзоларидаги сурункали инфекциялари
- Узоқ давомли сувсизлик вақти (12 соатдан кўп)
- Хомила олди сувларининг қўланса ҳидли бўлиши
- Хомиладор аёлни хомиладорлик даврида, туғруқдан сўнг бирданига иситмалаши ва оғир инфекцион жараёнларни ривожланиши
- Муддатидан илгари туғилиш
- Туғруқ даврида акушерлик қўлланмаларини қўлланилиши
- Чақалоқни асфиксияда туғилиши, реанимация муолажаларини бажарилиши
- Чақалоқлоқни туғилиши билан биринчи соатларида ахволини оғирлашиши, биринчи 2 кун ичида иситмалаши

2.2. Хомила ичи инфекциясининг турлари. ЦМВ, токсоплазмоз, неонатал герпес, кизилча инфекциялари. Касалликка мойил факторлар ва патогенез. Диагностик усуллари. Даволаш. Профилактикада асосий кўрсатмалар.

Неонатал герпес

Этиология. Неонатал герпеснинг патогенезида оддий герпес вируснинг серотипи ВПГ-1, ВПГ-2 катта аҳамиятга эга. Янги туғилган чақалоқларда оғир касалланиш ва ўлимга олиб келишга сабабчи асосан ВПГ-2 дир. Касалликка мойил факторлар ва патогенез. Туғма хасталиклар ва хомиладорликни вақтидан олдин тўхташига сабаб бўлувчи герпесни трансплацентар юқиш ҳоллари жуда кам учрайди. Чақалоқ асосан туғилиш жараёнида, туғилиш йўлларидаги секретларга тўғри контакт орқали касаллик юқади. Шу-нинг учун хомиладор аёлнинг охириги ой кунларида генетал герпес касаллигини бўлиши катта аҳамиятга эга. Бу ҳолатда вақтидан олдин хомила олди сувларининг кетиши герпес касаллиги болага юқиши мумкин.

Трансмиссив юқиш боланинг териси жароҳатланган ҳолатда ҳам кузатилади. Аммо энг катта хавф бола учун бу онадаги бирламчи генетал герпесдир. Шифохона ичидаги инфекцияни тарқалиши ҳолатини ҳам инкор қила бўлмайди.

Касалликнинг клиник кўриниши унинг турларига боғлиқдир. Симптомсиз кечиши ҳолатлари кам учрайди. Учқунинг тошиши кенг тарқалган ёки локал бўлиши мумкин. Локал ҳолатда тери ёки кўзнинг

зарарланиши кўпроқ учрайди. Кенг тарқалган ҳолатлар сепсис кўринишига эгадир. Марказий нерв тизимсини зарарланиши (герпетик менингоэнцефалит) юқори ҳарорат, ланжлик, иштаҳанинг йўқлиги, гипогликемия, ДВС-синдром ёки асаб-рефлектор кўзғалишини бузилиши синдроми ва ниҳоят фокал ёки кенг тарқалган тутқаноқ жараёнини кўриш мумкин. Касалликни аниқлашда везикул элементларини боланинг терисида ёки оғиз шиллик каватларида борлиги катта аҳамиятга эга.

Диагностик усуллари. Везикулларини ёки терининг жароҳати жойларидан қириндисидан микроскопия ёрдамида ёки тўғри иммунофлюоресцент усулида оддий герпес вирусини антигенини аниқлаш диагноз қўйишга ёрдам беради. Везикулларнинг суюқликлари, қон, ликвор, ҳамда томоқ ва кўз артерияларини текшириш. Онанинг вагинал, цервикал ёки бошқа герпетик ҳолатларини текшириш керак, ҳатто клиник кўриниши бўлмаганда ҳам вагинал экмаларини текшириш керак. Ондаги герпетик антителоларни миқдори ташҳис қўйишда аҳамиятга эга эмас. Агар янги туғилган чақалоқда ноаниқ тарқалган инфекция кузатилса ва антибактериал даво ёрдам бермаса кенг тарқалган герпетик инфекция билан сепсиси орасида дифференциал ташҳис ўтказиш керак.

Профилактикаси. Ҳомиладорликни III даврида аёлларда генитал герпес аниқланган бўлса янги туғилган чақалоқларни герпетик инфекцияни сақлашни энг эффе́ктив усули бу кесар қирқиш йўли билан ҳомилани қобил ёрилмасдан олдин операцияни қилиш керак ёки қобиғи ёрилган бўлса операцияни 4 соат ичида қилиш керак.

Туғма токсоплазмоз

Этиологияси: Токсоплазмоз - хужайра ичи паразити ҳисобланиб, Sporozoa синфига киради, асосий хўжайини бўлиб мушуксимонлар ҳисобланади. Хомилани токсоплазмоз билан инфицирланиши кўпинча хомиладор аёлни бирламчи инфицирланишида юзага келади. Хомиладор аёлни иккиламчи инфицирланишида хомилани зарарланиши эҳтимоли жуда кам. Хомиладорликда тахминан 1% аёллар зарарланадилар, шундан 30-40% холлардагина хомила зарарланиши мумкин.

Клиник кўриниши:

Хомилани эрта фетал даврида (9 дан – 29 хафтагача) токсоплазмоз билан зарарланишида хомилани ташлаш, гидроцефалия, муддатидан илгари туғилиш бўлиши мумкин. Паразитни МНСни зарарлаши натижасида менингоэнцефалит ва хориоретинит ривожланиши мумкин. Паренхиматоз органларни зарарланиши натижасида гепатит ва миокардит ривожланиши мумкин. Кечки фетопатияда иситма, лимфадинит, гепатоспленомегалия, сариклик, талваса, анемия, тромбоцитопения, экзантема, ички органларда кальцификатлар аниқланиши мумкин.

Диагностикаси:

Асосан серологик усуллардан фойдаланилади. РСК (комплементни боғловчи реакция) ёрдамида токсоплазмозга нисбатан антителолар титри

аниқланади. РНИФ- (бевосита иммунофлуорисценция реакцияси), ИФА- (иммунофермент анализ) қўлланилади.

Диагностик аҳамиятга эга бўлган кўрсаткичлар

	Пастки чегара	Ўрта даража	Юқори кўрсаткич
РСК	1:5 -1:20	1:40 -1:80	1:160 -1: 640
РНИФ	1:20 -1:80	1:60 -1:640	1:1280 ва>
ИФА	0,5- 1	1,0- 1,5	1,5

Токсоплазмозни даволашга кўрсатмалар

№	Клиник шакллари	Клиник ва лаборатор кўрсаткичлар	Даволаш
1.	Ўткир (манифест) Шакли	Ўткир яллиғланиш- дегенератив жараёнли белгилар Ig динамикаси: IgM - IgG антителолар титри юқори	Даволашни иложи борича тезроқ бошлаш керак.
2.	Токсоплазмозни қолдиқ белгилари а) хориоретинит б) менингоэнцефалит	Хориоретинит, пигментация, фиброз энцефалопатия, эписиндром, психомотор ривожланишдан орқада қолиш. Антителолар титри ўрта ва юқори даражада	Специфик даво керак эмас. Окулист кўриги ойига 1-2 марта
3.	Инфицирланиш ноинфекцион касалликлар билан бирга келганида а) ирсий касалликлар б) онкогематологик в) аллергия г) экопатологик д)гипертензион- гидроцефал синдром	IgG антителоларни аниқланиши. Ноинфекцион касалликни тасдиқланганлиги	Специфик даво шарт эмас.
4.	Ўткир субклиник инфицирланиш	Акушерлик ананезини инобатга олиш керак. IgM антителоларини онада ва болада аниқланиши.	Даволаш

5.	Соғлом болаларни инфицирланиши	IgG антителоларини ўрта ва паст титрларда аниқланиши	Даволаш шарт эмас.
----	--------------------------------	--	--------------------

Даволаш.Токсоплазмозни ўткир ва песистирловчи кечишида даволаш самарали ҳисобланади, чунки қонда паразитемия бўлади. Циста (брадизоит) шаклида эса дори воситалари таъсир қилмайди. Энг самарали воситалардан пириметамин (тиндуриин, дараприм, хлоридин) ҳисобланади, сульфаниламид препаратлари билан ҳамкорликда қўлланилади. Тиндуриин 1мг/кг/сут х 2махал.Сульфаниламид 0,1 мг/кг (3-4 махал) 5 кун тиндуриин, сульфаниламид 7 кун - 3та цикл 7 - 14 кун танаффуc билан берилади. Комбинирланган препаратлардан фансидар, метакельфин қўлланилади, таркибида сульфодоксин 500 мг, пириметамин 25 мг.

Пириметаминни ножўя таъсирларини камайтириш мақсадида фолат кислотасидан ҳам берилади. Лейковорин (кальциумфолинат) ҳам тафсия қилинади. Болаларга бактрим сироп 125мг 1 ч.қ. х 2 махал ичишга буюрилади.

Профилактикада асосий кўрсатмалар:

- 1) Пишмаган гўшт махсуотларини(фарш) таъмини кўрмаслик.
- 2) Гўшт махсулотларини яхшилаб пишириб истемол қилиш керак.
- 3) Мева ва сабзавотларни тозалаб ювиб истемол қилиш керак.
- 4) Мушуксимонларни ахлат ажралмаларини тозалаш.
- 5) Хавф гуруҳидаги хомиладорларни ўз вақтида текширувдан ўтказиш.
- 6) Хомиладорликда инфицирланганларни ўз вақтида даволаш.

Қизилча

Этиологияси: Кўзғатувчиси РНК сақловчи вирус (Rubella) ҳисобланади. Хомилага гемотоген йўл орқали юқади.

Клиникаси. Классик триадаси:

- туғма юрак пороги (очиқ артерия оқувчи йўл, ўпка артерияси стенози, қоринчалараро ёки бўлмачалар аро тўсиқ нуқсони)
- кўз зарарланиши (глаукома, катаракта, хориоретинит)
- эшитув аъзосини нуқсони (эшитув нервини зарарланиши)

Хомиладорлик даврида вакцинация тақиқланади, аммо тасодиғий эмланишда, ҳомилани бу касаллик билан касалланиши минимал. Вирус билан зарарланиши натижасидан ҳомила ривожланишида орқада қолиши жигар функцияси бузилиши, анемия, тромбоцитопения, МНС зарарланиши, иммунодефицит ва тишларни дисплазияси кузатилади¹.

Диагностика.

Сийдикдан ва фарингеал секретдан вирус ажралиши. Янги туғилганларда специфик қизилчага нисбатан IgM ёки специфик IgG антителоларнинг персистенцияси намоён бўлиши.

Даволаш.

Специфик антивирусли химиотерапияда мавжуд эмас. Даволашга тааллуқли ҳамма аномалиялар намоён бўлади. Туғма қизилча синдроми билан болаларни изоляция қилиш керак. Қизилча билан касалланганлар билан алоқада бўлса ҳамма ходимлар, ўзларида қизилчага қарши антитело ёки шу инфекцияни ўтказган ёки шунга қарши эмланган бўлиши керак.

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015. page 411

2.3. Вирусли гепатит, туғма захм, листериоз, хламидиоз инфекциялари. Касалликка мойил факторлар ва патогенез. Диагностик усуллари. Даволаш. Профилактикада асосий кўрсатмалар.

Вирусли гепатит

Вирусли гепатит этиологиясига А,В,С,Д шакллари фарқланади. Вирусли гепатит Анинг эпидемиологияси. НАVни янги туғилган чақалоққа онадан касалликнинг инкубацион даврида ёки касалликнинг ўткир даврида ва ундан ташқари қон қуйишда ўтади. Янги туғилганлар вирус нажас билан бирга бир қанча ҳафта давомида касалликнинг клиник кўринишисиз чиқиши мумкин. Лекин янги туғилганларни парвариш қилишни хавфли томони, инфекция фекаль ва орал йўли билан тарқалиши мумкин¹.

Ташхис. Гепатит Ани нажасда антиген топилиши ёки анти НАВ-IgM антителосини қонда топилиши билан тасдиқланади.

Даволаш :

- 1)Нажасда вирус топилса стационарга ётқизиш лозим.
- 2)Агар ҳомиладорликни охириги чорагида ўткир гепатит А билан оғриси у ҳолда чақалоққа туғилган захоти мускул орасига 0,02 мл/вазни дозасида Ig юборилиб олади.

Гепатит Внинг мойиллик факторлари ва патогенези

Йўлдош орқали ўтиш кам ҳолларда. HbS-Ag мусбат оналардан болага ўтиши туғруқ вақтида ёки дарҳол туғилишидан сўнг содир бўлади. Чақалоқни ўткир ёки сурункали вирусли гепатитдан ҳимоя қилиш учун HBIG ва вакцинадан фойдаланиш 90%ҳолларда чақалоқларда гепатит Вни олдини олади.

Туғма захм

Этиологияси: Захм қўзғатувчиси оқиш трепонема ҳисобланади - *Treponema pallidum*. Захмнинг инкубацион даври 3-4 ҳафтадан сўнг захмнинг бирламчи белгилари қаттиқ шанқр пайдо бўлади, 6-7 ҳафтадан сўнг захмнинг иккиламчи белгилари пайдо бўлади, яъни тери ва шиллиқ каватларда макуло-папулёз тошмалар тошади.

Клиникаси: Хомиладор аёлда захмнинг эрта яширин ва иккиламчи захм шаклларида хомилани зарарланиш эҳтимоли жуда катта ҳисобланади. Захмнинг бу шакллари захм билан касалланган аёлларда 85% учрайди ва бундай аёллардан 80-85% ҳолатларда туғма захм билан болалар туғилади.

Эрта туғма захм (ЭТЗ)- бу хомила ичи инфекциясини 2ёшга қадар намоён бўлиши тушунилади. Манифест ЭТЗда клиник белгилар намоён бўлади ва яширин ЭТЗда клиник белгиларсиз кечади. Эрта туғма захм белгилари асосан 2-4 хафталарда намоён бўлади. Учлик хос: ринит, пуфакча, гепатоспленомегалия. Ринит - курук, серозли, йирингли геморрагик ажралма ажралади. Эритематоз тошма кейинчалик макуло-папулёз тошмага айланади. Инфилтратив фонда 3-10мм ли мис-қизғиш рангли пуфакчалар товон

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015. P. 747

ва қафтда аниқланади. Гепатоспленомегалия, периостит, найсимон суяклар периоститини аниқлаш мумкин, пневмония, гемолитик анемия, оғиз ва тўғри ичак атрофида ёриқларни аниқланади, иситма, хориоретиниткузатилади. 60-85% холатларда МНС зарарланади, шунинг учун люмбаль пункция ўтказиш керак.

Кечки асоратлар асосан кўкрак ёшида намоён бўлади. Бунда ойна акси каби қафт, товон, юздаги инфилтрациялар (Гохзингер инфилтрациялари), папулёз тошма, тумов, анус атрофида кандилома, гепатоспленомегалия, нефрозонефрит, остеохондрит, псевдопаралич Парро, анемия, Фурнье чандиқлари. Мактабгача ёшдаги болаларда Гетченсон учлиги (паренхиматоз кератит, карлик, тишлар дистрофияси), эгарсимон бурун, ўроқсимон болдир, нейросифилис аниқланади.

Диагностика.

1. Серологик текширув туғилганидан кейин 7-8 куни КСР(РМП, РИФ, РИБТ), ИФА IgM аниқланади.
2. Найсимон суяклар R-графияси (остеохондрит, периостит)
3. Орқа мия суюқлиги текширилади

Листерия

Этиология. *Listeria monocytogenes*

Клиника. Чақалоқларда инфекция эрта бошланувчи сепсис кўринишида кечиши мумкин, одатда бу кам вазн билан туғилиши, акушерлик асоратлари билан ва онанинг инфекцияланиши билан биргаликда бўлади.

Хомила ичи инфекцияси юқори леталлик оғир гранулематозли интерстициалли зотилжамни чақиритиши мумкин. Касалликни кеч ланиши одатда туғилганда нормал вазнга эга бўлган чақалоқларда кузатилади,

Кечувида менингит кўринишида ва кўпинча юқори частотали акушерлик асоратлари ва онанинг инфекцияланиши билан биргаликда бўлади.

Даволаш.

Ампициллин ва гентамицин комбинацияси қўлланилади. Даволаш давомийлиги клиник синдромга боғлиқ, масалан сепсисда 7-10, менингитда 14 кун. Баъзи бир авторлар пенициллин ёки ампициллинли монотерапияси тавсия қиладилар. Деярли барча материалларда пенициллин группасидаги антибиотикларга чидамлилик ривожланади, шунинг учун бактерицид таъсирни ошириш учун аминогликозидлар қўшиш тавсия қилинади.

Хламидиоз

Этиология. Хужайра ичи облигат паразити дискрет қобикқа эга, кўп ҳолларда грамманфий бакте-рияга *Chlamydia trachomonatis*га ўхшаш.

Клиник кўриниши. Конъюнктивит одатда ҳаётининг 2 ҳафтасидан бошланади, гоҳида 3 кун ёки туғил-гандан кейин 5-6 ҳафтадан кейин ривожланади. 2-3 ҳафта ўтгач конъюнктивит давосиз ўтиб кетади, лекин кам ҳолларда сурункали кечувга эга бўлади. Зотилжамли синдром, интерстициал зотилжам ва бронхиолит кўринишида, 3-16 ҳафталигида юзага чиқади.

Диагностика.

Кўкрак қафасини диффуз интерстициал ёеи чегараланган инфилтратив ўзгаришлар эмфизема ўчоқ лари билан биргаликда R_0 текширувида аниқланади. Одамда қонда эозинофиллар сони ошади. Артериал қондаги pO_2 мувозанат камаяди, лекин pCO_2 норма ҳолатда қолади. Иммуноферментли методлар хламидиялар антигенларига IgM ни аниқлашга ёрдам беради. Конъюктивадан суртма олиб Гимза усулида бўяш, хламидияларни аниқлаш учун. Зотилжамда эритромицин т/о суткалик доза 3 га бўлинган ҳолда юборилади. Конъюктивитда -0,5% эритромицинли кўз малҳами (ёки 0,5% левомецетин эритмаси) кунига 5-6 марта *per os* эритромицин ёки шамча 50 мг/кг.сут. дозасида 4 маҳал 14 кун давомида қўлланилади.

Эритромицинни тизимли юборилганда унинг маҳаллий юборилиши керак эмас. Акушерлик анамнезида хомила ташлаш, ўлик туғилиш, муддатидан илгари туғилиш, кўп туғма нуқсонлар билан туғилиш, эрта неонатал даврида нобуд бўлиши. Ушбу хомиладорликнинг асоратли кечиши (хомила олди сувларининг хаддан зиёд кўплиги, хомила олди сувларини вақтдан илгари кетиши, хомила ташлашга хавф бўлиши, йўлдошни вақтдан илгари кўчиши)

Онадаги сийдик таносил тизимидаги касалликлар (бачадон бўйни эрозияси, эндоцирвицит, кольпит, вульвовагинит, тухумдон кистаси, сальпингит, сальпингоофарит, пиелонефрит, пиелит, уретрит) Хомиладорлик даврида ўтказилган юкумли касалликлар, шу жумладан ЎРВИ.

Хомилани гипотрофия, дизэмбриогенез стигмалари, ривожланиш нуқсонлари билан туғилиши. Ўткир неонатал гидроцефалия. Туғилганида терида экзантемаларни аниқланиши. Сабаби ноаниқ сариклик. Чақалокни биринчи кунларида иситмалаши. Неврологик белгиларини туғилганидан кейинги биринчи кунларида намоён бўлиши.

Туғма захмнинг антенатал профилактикаси

Бирламчи:

- Мактабларда жинсий тарбияни ташкиллаштириш
- Ўсмирлар орасида тарғибот-ташвиқот ишларини олиб бориш
- Туғруқ ёшидаги аёллар орасида тарғибот-ташвиқот ишларини олиб бориш
- Фохиша ва гиёхвандлар орасида тарғибот-ташвиқот ишларини олиб бориш

Иккламчи:

- Хомиладорларни 3 мартадан серологик текширувдан ўтказиш

(биринчи- хисобга турганида, иккинчи- 18-20 хафталикда, учинчи- 35 хафталикда), туғруқдан сўнг ҳам

- Захм аниқланган ҳолатларда тўлиқ даволаш ишларини олиб бориш керак

Хомилани ЦМВИ билан зарарланишига олиб келувчи асосий омиллар:

1. Эпидемиологик хусусияти: одам популяциясида кўп тарқалганлиги (кўп ҳолатларда латент- персистирловчи кечувчанлиги)
2. Хомиладар аёл организмнинг ўзига хос иммун тизимининг мослашуви (хужайравий иммунитетнинг функционал пасайиши).
3. Хомила ва чақалоқларнинг иммун тизимининг етилмаганлиги.

Этиологияси: Кузғатувчиси Cytomegalovirus hominis - ДНК сақловчи вирус хисобланиб, Herpesviridae оиласига киради. ЦМВИ билан касалланиш эҳтимоли аёлларда бирламчи инфекция бўйича ҳомила дорлик даврида бир фоиздан кам миқдорни ташкил қилади.

Хомиладор аёлни бирламчи ЦМВИ билан зарарланиши хомилани ЦМВМ билан инфицирланишига ва касалликнинг оғир шакллари келтириб чиқаришига сабабчи бўлади. Агар хомиладор аёлда бирламчи ЦМВИ пайдо бўлса, ҳар икки бемор аёлнинг бирида хомиланинг касалланиши кузатилади. Агар туғилган чақалоқларда туғма ЦМВИ кузатилса уларда турли соматик касалликлар ва психо- неврологик асоратлар 80% фоиз ҳолатларда учрайди¹.

Интра- ёки постнатал даврда юқган инфекция латент кечиш хусусиятига эгадир, яъни иммунитетнинг пасайган даврида ўзини намоеън қилади.

Хомиладор аёлни иккиламчи ЦМВИ билан зарарланиши хомилани фақат 0,2-1% ҳолатларда инфицирлагишига олиб келиши мумкин. Чунки она организмда анти-ЦМВ-антителалар тайёр ҳолатда ишлаб чиқилган бўлади ва вирусни қайтадан репликациясига йул қуймайди.

Клиник курунишлари гестациянинг қайси вақтида инфицирланишига боғлиқ.

Зарарланиш типи	Гестация даври	Зарарланиш хусусияти
	0-14 кун	Хомилани нобуд булиши, хомила ташлаш, тизимли патологияни ривожланиши
Эмбриопатия	15-75 кун	Орган ва туқима, хужайра даражасида нуқсонлар (чин нуқсонлар) Хомила ташлаш.
Эрта фетопатия	76-180 кун	Тарқалган яллиғланиш алтерация ва экссудация билан намоеън бўлади, орган ва туқималарда фиброзли -склеротик узгаришлар бўлади (ёлғон нуқсонлар). Хомилани эрта туғилиши
Кечки фетопатия	181 кундан туғилгунигача	Манифест яллиғланиш реакциялар орган ва тизимларнинг зарарланиши билан кечади

		(гепатит, энцефалит, тромбоцитопения, пневмония ва б.қ)
--	--	---

Туғма ЦМВИ клиник синдромининг яққол кўринишлари бу:

- Тромбоцитопеник пурпура (76 %)
- Сариклик (67 %)
- Гепатоспленомегалия (60 %)

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015. P. 652

- Микроцефалия (53 %)
- Чақалоқда вазн етишмовчилиги (50 %)
- Вақтдан илгари туғилиш (34 %)
- Гепатит (20 %)
- Энцефалит
- Геморрагик тошмалар
- Камқонлик
- Хориоретинит

Инкубацион давр камида 3 ҳафтани эгаллайди ва бу давр ўтгандан кейин чақалоқларда гепатоспленомегалияпайдо бўлади, лимфоаденопатия ва зотилжам ҳолатлари намоён бўлади.

Диагностика.

Туғма ЦМВни абсолют ташхисот мезонлари булиб, қонда кузгатувчини (виремия) ёки унинг геномини (ДНК-емия) ёки антигенини (АГ-емия) топилиши хисобланади.

Чақолоқларни ЦМВИга текширишга курсатма. Клиник:

1. МНС зарарланиши (ўчоқли неврологик белгилар, талваса, синдром угнитения, микроцефалия, гидроцефалия, нейросонографиядаги топилмалар-кисталар, кальцификатлар ва бошқалар)
2. Сариклик, билвосита гипербилурибинемия, гепатоспленомегалия, аминотрасферазаларнинг фаоллиги ошиши.
3. Геморагик синдром, тромбоцитопения, анемия ретикулоцитоз билан.
4. Муддатидан илгари туғилиш, хомила ривожланишидан орқада қолиши.

Анамнестик:

1. Онасини хомиладорлик даврида моноклеозсимон касалликни ўтказганлиги.
2. Онада хомиладорлик даврида цитомегалия вирусининг фаол репликацияланувчи маркерларини топилиши.
3. Онада хомиладорлик даврида цитомегалия вирусига нисбатан сероконверсияни аниқланиши.
4. Онасини акушер- гинекологик анамнезида хомила ташлаш , ўлик туғилиши.

Туғма ЦМВИ касалланиш ҳолатларидацитомегаловирус чақалоқнинг сўлак ва пешобида юқори титрда намоён бўлади. Шунинг учун уни енгил ва тез вирусологик текширувларда топиш мумкин.

А)Вирусни топиш учун сўлакни культурал муҳитлик идишга экиш керак. Пешобни (сийдикни) ва бошқа биологик суюқликларни лабораторияга муз идишда (0-4⁰С) юборилади.

Б) Йиғилган материални музлатиш вирусни ноактив ҳолатда (пассив ҳолатда) ушлайди.

Иммунофермент таҳлили(ИФА) ёрдамида чақалоқнинг киндик ёки периферик қони зардобдаги хусусий IgM ЦМВга нисбатан миқдори катта диагностик аҳамиятга эга бўлиши мумкин.

Электрон микроскоп орқали сўлакни, пешоб чўкмаси ёки жигарнинг биоптати текширилганда вирус заррачаларини топиш мумкин.

Пешобни чўкмасини ёки жигарнинг тўқималарини цитологик текширилганда (“укки кўз) гигант типик хужайраларни топиш мумкин.

Вируснинг ДНК-сини кўриш учун ПЦР(полимераз узликсиз (занжир) реакцияси қулай ҳисобланади.

Туғма ЦМВИ ташхисини ретроспектив ҳолатда исботлайдиган фактор бу 6-12 ҳафталик чақалоқларда юқори титрдаги хусусий анти ЦМВ антитело-IgGни муайян аниқланишидир.

ЦМВИ касаллигининг қай даражадалигини аниқлаш учун кўшимча диагностик услублар қўлланилиши лозим: нейросонография, калла суяги ва бош мияни компьютер томографияси ва кўкрак қафаси рентген суратлари ва жигарнинг биохимик функцияларини текшириш.

Даволаш ва олдини олиш.

Махсус вирусга қарши эффе́ктив бўлган даво йўқ. Ганцикловирни ЦМВИкасал-лигини даволашда фойдаси бор-йўқлиги аниқланмаган, лекин бу дорининг ўзи чақалоқ организмга заҳарлилиги аниқ.

Виремия симптомларини камайтириш мақсадида “Биотест фарма“ (Германия) фирмасининг “Цитотект” номли антицитомегаловирус Ig-ни ишлатилади. Цитотект 2,0 мл/кг ҳар 2 кунда ёки 4 мл/кг ҳар 4 кунда вена орқали юборилиб цитомегалия йўқ бўлгунга қадар даволанадилар.

Туғма ва умуман ЦМВИ хасталигида чақалоқ туғилгандан кейин гаранглик ривожланиши мумкин. Шунингучун динамик равишда эшитиш қобилиятини текшириб турилиши керак (чақирилган эшитиш потенциаллари методини қўллаб). Лаборатория усуллари билан аниқланган туғма ЦМВИ касалланган чақалоқлардан бошқаларга бу касаллик юқиши мумкин, шунинг учун уларни олдиға ҳомиладор аёлларни қолдириш тавсия қилинмайди.

Трансфузион ЦМВИ касаллигини профилактика мақсадида ҳамма банкдаги донорлик қонни ЦМВга тўлиқ текшириш керак ва қон урнини босувчи препаратлардан фойдаланган мақсадға мувофиқ.

ЦМВИ касаллигини жараёнини тўхтатиш ҳозирча иложи йўқ. Ҳозирги кунда тиббиётда олимлар тамонидан вирусга қарши тирик вакцина ишлаб чиқариш юзасидан илмий ишлар олиб борилмоқда.

Асосий кўрсатмалар:

Туғма ЦМВИ билан чақалоқлар инфекция манбаи бўлганлиги учун, уларни парвариши учун серонегатив хомиладорлар қўйилмаслиги керак.

Серопозитив она ўз боласини кўкрак сути билан боқишни давом эттириши керак, чунки болани ЦМВ билан инфицирланиши анти-ЦМВ-антинелолар (сут орқали) фонида бўлади. Шундай қилиб чақалоқда анти-ЦМВ пассив иммунизацияси хосил бўлади.

Серонегатив чақалоқларни серопозитив бўлган донор она сути билан боқиш мумкин эмас.

Назорат саволлари

1. Педиатрия фани нимани ўргатади?
2. Қайси ёшда ТОРЧ инфекция учрайди?
3. ТОРЧ инфекция диагностикаси қандай олиб борилади?
5. Болаларда асосан қайси инфекциялар кўп учрайди?
6. ИФА, ПЦР нима?
7. Хомила ичи инфекцияси даволаш усуллари.
8. Қандай даволаш усуллари биласиз?
9. Хомила ичи инфекцияси профилактикаси 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.

3-мавзу: Болаларда ОИВ /ОИТСнинг хусусиятлари.

Режа

1. Болаларда ОИВ инфекция ташхисини қўйиш мезонлари. ОИВ инфекцияни онадан болага ўтиш йўллари.
2. Перинатал инфицирланишни олдини олиш. ИФА, ПЦР, Иммуноблот усулининг ахамияти.

Таянч иборалар: ОИВ, ОИТС, ИФА, ПЦР, эмбриофетопатия, иммуноблот, серо позитив, серонегатив, антиретровирус терапия.

3.1. Чақалоқларда ОИВ/ОИТС (ВИЧ/СПИД).

ОИВ-инфекцияси билан яшаётганлар: 33,2 миллион киши Катта ёшдагилар – 30,8 миллион аёллар – 15, 4 миллион 15 ёшгача булган болалар – 2, 5 миллион .ОИВ инфекцияси касаллик сифатида биринчи марта 1981 йилда 5 нафар гомосексуалист беморда пневмония ташхиси билан кайд килинган (кузгатувчиси- *Pneumocystis carini*). 1983 йилда Люк Монтанье рахбарлигида бир гуруҳ француз олимлари бемор лимфа тугунидан; Роберт Галло рахбарлигидаги америкалик олимлар бемор конидан касаллик кузгатувчиси – ретровирусни аниклади. 1986 йилга келиб аниқ Human immunodeficiency virus-1 (ОИВ-1) аникланди. Бу вақтгача касаллик оғир чала тугилган болаларда ва цитостатикларни куп қабул қилган онкологик беморларда оғир турдаги пневмония сифатида аникланиб келинган. Академик Покровский маълумотига кура, дунёнинг ривожланган мамлакатларида (масалан: Россияда) ОИВ – инфекцияси бир неча босқичда ривожланди: 1986-87йй. Касаллик асосан иммигрантларда ва улар билан жинсий алоқада булган одамларда кайд килинди. 1988-89йй. Россиянинг бир неча шаҳарларида (Элиста, Волгоград, Ростов) касалхона ичи ОИВ инфекцияси аникланди, шу жумладан болаларда ҳам. 1990-95йй.- бу давр ВИЧ инфекциянинг секин усиши билан характерланади. 1996йилдан- инфекция асосан куйидагиларда аникланмоқда: инъекция олувчи гиёхвандларда ва гомосексуалистларда. ОИВ - ретровируслар оиласига киради. Вируснинг 2та типи бор: ОИВ-1 ва ОИВ-2, улар структураси ва антигени хусусияти билан фаркланади. Чидамлилиги: Суёқ мухитда +23-27°да 15 кун давомида уз фаоллигини сақлаб қолади. Қон препаратиде вирус бир йил яшай олади, музлатилган кон зардобиде 10 йилгача активлиги сақланади. Дезинфекция таъсирида тез улади, УФО, +56° С да 30 мин. фаоллигини йукотади. Сулак ва тернинг химоя ферментлари таъсирида фаоллигини йукотади. Вируснинг хаёт циклини ферментлар таъминлайди: кайтувчи транскриптаза, интеграза ва протеаза. ОИВ уз хаёт циклида мутацияга мойил булиб, бу грипп вирусига нисбатан 5 марта юкоридир.

Этиология: Қўзғатувчиси - РНК сақловчи бўлиб, ретровируслар оиласига киради. Редуктаза, ДНК-полимераза, интеграза ферментларини ўзида сақлайди. Бу ферментлари ёрдамида хўжайин организмиде киради ва кўпаяди. P7, P17, P24 специфик оксилари хисобланади.

Эпидемиология. ВОЗ нинг маълумотига караганда 2005 йил ВИЧ билан зарарланганлар дунёда 44 мил. га етади, шулардан 50% – туғруқ ёшидаги аёлларга тўғри келади. Йилига 1,5 мил ВИЧ ли аёлларда хомиладорлик тафовут қилинади. Улар ўз навбатида 600 минг чаклокни инфекцияланишига сабаб бўлади. Хар куни ВИЧ-инфекция билан 1600 бола зарарланади¹.

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015. P. 918

Ўзбекистонда ОИВ-инфекцияланган аёллардан 68 нафарида хомиладорлик қайд қилинган. 2005 йил ОИВ билан инфекцияланганлар сони – 5612та, шулардан 32 таси болалардир. 2004 йилда янги аниқланганлар сони – 2016та. Бу кетишда яқин 1-2 йил ичида бу кўрсаткич икки хиссага ошиши мумкин. Вирус организмга тушгандан сўнг, коннинг моноклеар хужайраларда жуда тезли билан купаяди. Вируснинг юзаки протеинлари ва хужайин-хужайралари коплиментлари хисобига вируслар хужум уюштириб хўжайин-хужайраларини фагоцитоз қилади¹.

T-хелпрлар, моноцитлар/макрофаглар ва микроглия хужайралари ВИЧ-1 га хужайра рецепторлари мавжудхужайралар ёки CD4 деб номланади.

Антиген gp120 хужайин-хужайраси ва вирус орасидаги боғлиқликга жавоб беради. Вирус CD4 дан сўнг, gp120 молекуласи энзиматик реакция чақириб ўзгаради ва унда gp41 хосил бўлади, у эса вирусга хужайрага кириш учун жуда керак, шу орқали вирус хужайинхужайраси цитоплазмасига кириб олади.



© Chakib, SPE, 2003

Капоши саркомаси

3.2. Перинатал инфирцирланишнинг олдини олиш.

ОИВ инфекцияни онадан болага ўтиш йўллари:

I. Транспланцетар йул (хомиланинг 8 хафтасидан бошлаб).

II. Туғруқ пайтида (интранатал).

III. Кўкрак билан боқиш даврида (кўкрак билан боқишнинг сони ва узоклигига пропорционал боғлик).

АҚШ маълумотларига қараганда вируснинг ўтиши эхтимоли:

- Хомила даврида – 20%
- Туғруқдаврида – 60%
- Постнатал даврда – 20% ташкил этади.

Болаларда ОИВ - инфекциянинг кечиши

ОИВ инфирцирланган болаларда СПИД клиникаси 14-15% холатларда 1 ёшгача боаларда тана хароратини кўтарилиши, периферик лимфа тугунларини катталашини, гепатоспленомегалия, диарея, терида папулёз тошмалар, гемморагик синдром, тромбоцитопения, пневмония бўлиши мумкин.

ОИВ – эмбриофетопатия клиникаси

Хомила ичи ривожланишдан орқада қолиши, бўлаксимон бош тузилиши, пешона дўнглари бўртганлиги, бурнинг асоси кенгайган, калта бурун, гипертелоризм, юқори лаби бўртган ва лаб кемтиги V симон, кўзнинг рангдор пардаси мовий рангли бўлади.

Тана вазнинг 10% ошиқ йўқотилиши, сурункали диарея (кунига 2 мартадан кам бўлмаган суюқ нажас, 30 кун давомида иситма, 30кун давомида кондаги ўзгаришлар: анемия (80 г/л дан кам); нейтропения (1000мм³ дан кам); тромбоцитопения (100000мм³ дан кам 30 кун ичида).

Чунки она қонидаги Ig (иммуноглобулинлар) туғруқ вақтида бола қонига ўтиб кетиши мумкин ва ИФА анализа ёлғон “мусбат” натижа кўрсатиши мумкин. Даволаш: АСТG 076 протоколи бўйича ўтказилади.

Туғруқдан олдин: АЗТ (азидотимидин) 300мг дан х2 махал кунига ёки 100мг дан х 5 махал кунига, 14-34 хафтагача туғруқ давригача ичилади.

Туғруқ даврида: АЗТ 2мг/кг биринчи соатида, 1мг/кг токи бола туғилгунигача т/о юборилади. Чақалоққа: АЗТ сироп шаклида 2мг/кг дан хар 6 соатда биринчи бхафта давомида, агарда бола оғиз орқали қабул қила ОИВ инфицирланган аёлларни хомиладор бўлишини олдини олиш;
ОИВ инфицирланган хомиладорларга антиретровирус препаратларини тафсия қилиш;

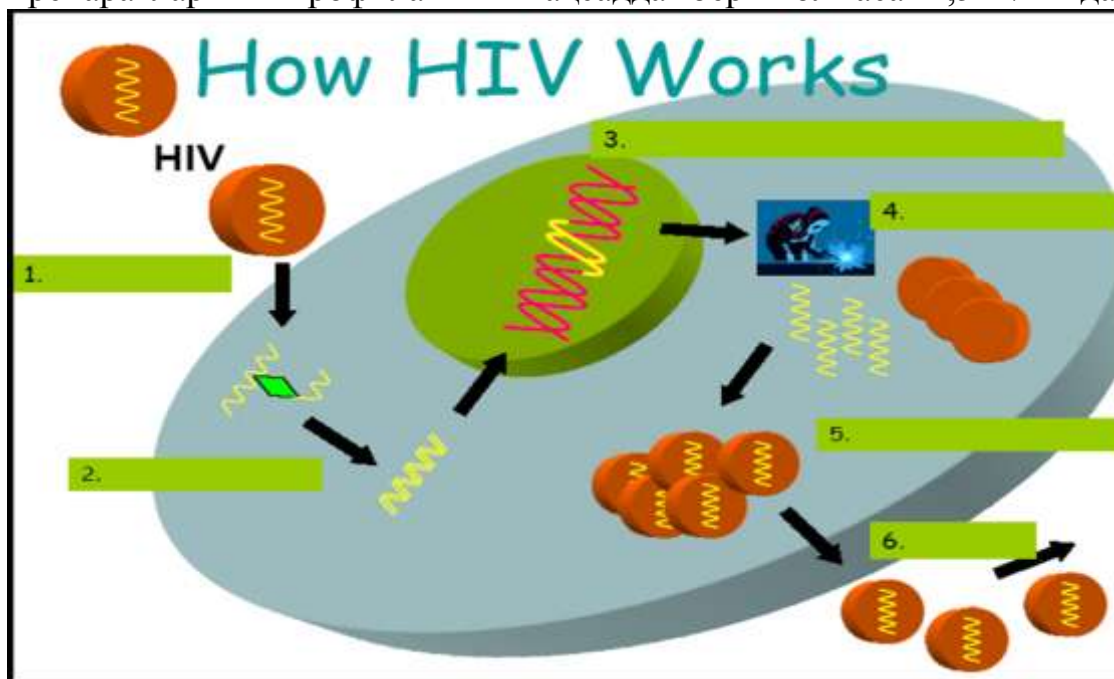
Туғруқни кесар кесиш усули орқали олиб бориш;

Зинхор она сути билан боқмасликга ҳаракат қилиш;

ОИТС хозир бирлашган миллатлар ташкилоти ва жахон соглиқни сақлаш ташкилоти назоратида турган асрнинг долзарб ва глобал муаммоси ҳисобланади.

ОИТС касллигига 1981 йилда америкалик олимлар томонидан асос солинган. 1980-1981 йилларнинг қишида Америка Қўшма Штати нинг Нью-Йорк университети госпиталига 1972- йилда венгриялик олим Морит Капоши томонидан аниқланган Капоши саркомаси (тери раки) ташхиси билан бир неча бемор ётқизилган.

ОИВ инфицирланган онадан туғилган чакалоққа антиретровирус препаратларини профилактик мақсадда беришолмаса 1,5мг/кг дан хар 6



Бизга малумки, бу касаллик бадан терисида жигарранг- кизғиш ёки кўкимтир кизғиш тугунчаларнинг пайдо бўлиши, уларнинг яраларга айланиши, ва яралар қуриш кўтир ҳосил қилиб битиб кетиши билан кечадиган касаллик бўлиб, кўпроқ 60 ёшдан ошган қарияларда учрайди. Беморларда касалликка қарши дори- дармонлар билан даволаш ишлари ўз вақтида олиб борилганда, улар батамом тузалиб кетадилар. Бундан ташқари Капоши саркомаси АҚШ ва Ғарбий Европа давлатларида жуда кам учрайди.

Нью -йорк университети госпиталига тушган беморларнинг ёши эса 30 ёшлар атрофида бўлиб, аксарияти жинсий бузуқликлар гомосексуалистлар- (ўз жинси билан жинсий алоқа қилувчилар бесоқолбозлар) эканлиги аниқланди. Уларда Капоши саркомаси хавфли шаклга ўтиб бир неча ой ичида халокатга учрадилар. 1981-йилнинг баҳорида Лос-Анжелесдаги клиникалардан бирига ўпка тўқимасининг яллиғланиши билан кечадиган пневмосицали пневмония (зотилжам) касаллиги ташхиси қўйилган беморлар ётқизилди. Беморларни кучли тасир этадиган антибиотиклар ёрдамида даволашга қарамасдан, уларнинг барчаси халок бўлди. Текширишлар натижасида бу беморларнинг гомосексуалистлар эканлиги аниқланди. Олимларни ташвишга солгани, бу беморларнинг организмида иммунитетнинг кескин пасайиб кетганлиги бўлди. 1981-йилнинг ёзида АҚШда 116 та шундай ҳолат аниқланди.

1983-йилда ОИТС Ғарбий Европа давлатларида ҳам қайд қилинди. 1985-йилда дунёнинг 40 та давлатида ОИТС қайд қилинган бўлиб, 1987-йилда АҚШда 47 минг, Африкада 8,5 минг, Европада 9 минг, Осиёда 200дан ортик киши рўйхатга олинди.

Илмий кузатишлар натижасида ОИТС нинг кўпинча жинсий бузуқлар, фохишалар, гиёхвандларда ва қон касалликлари бор беморларда учраши аниқланди.

Касалликнинг тўсатдан бошланиши, тарқалиши, хатарли ўсмалар, зотилжам, таносил касалликлари билан боғлиқлари, яширин даврининг узок давом этиши, даволашнинг самарасиз бўлиб, беморларнинг 100% ҳалокатга учраётгани мутахассис олимларнинг ҳайратлангирди ва ташвишга солди.

Янги номалум хавфли касалликни ўрганиш учун малакали вирусолог, иммунолог, инфекционист, эпидемиологлар жалб этилди. 1984-йил АҚШ Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги учун ОИТС энг муҳим муаммо деб элон қилинди ва Нью-Йоркда махсус институт очилди. ОИТС касаллигини келиб чиқиш сабабларини аниқлаш ва унинг қўзғатувчисини топишда америкалик ва франсиялик мутахассис олимларнинг хизматлари катта бўлди.

1983-йилда ОИТСни қўзғатувчи вирус топилди ва уни ҳар-хил номлар билан номлашди. Фақатгина 1986-йилдан қўзғатувчига одам иммун танқислиги вируси (ОИВ) деб ном берилди. Ер юзида бир-кеча кундузда 8.5-9 минг киши ҳар дақиқада эса 19 киши ОИВ ни юқтирмоқда. Агар кўрсаткич шу тарзда шиддат билан ўсиб бораверса, дунё аҳолисининг яқин йилларда 10-15% гача қирилиб кетиш хавфи туғилади. Бу ҳолат бутун дунёдаги мутахассис олимларни ташвишга солмоқда.

ОИВ одам организмида иммун тизимининг фаолиятини издан чиқаради. У қондаги Т-лимфоцитларнинг асосий таркибий қисми Т-хелперларга таъсир қилиб, уларни емиради. Кейин одам ҳужайрасига бирикиб ёпишиб олади, шу ерда озикланиб, кўпаяди ва ҳужайрани ёриб ташқи муҳитга чиқади.

ОИВ одамнинг қони, сўлаги, кўз ёши ва шаҳват суюқлигида бўлади. У ташқи муҳитга чидамсиз, тезда ҳалок бўлади, дезинфекцияловчи моддалар таъсирига ҳам чидамсиз. Қайнатилганда 30 дақиқада 3% хлораминда ва 70% этил спиртида ўша захоти ўлади. Қон, шиллиқ ва сперма суюқлигида 10-15 кунгача сақланиб қолади.

2000 йилгача дунё бўйича 30-40млн киши ОИВ билан зарарланган бўлса, шундан 12-18 млн одамда ОИТС ривожланган. ОИТС да касаллик манбаи ОИТС билан оғриган бемор ва ОИВ билан зарарланган вирус ташувчи одам ҳисобланади. Касаллик фақат одамдан одамга юқади.

Ҳозирги пайтда ОИТС нинг қуйидаги йўллари орқали юқиши тасдиқланган: 1. Жинсий алоқа. Бунда касаллик жинсий бузуқлар (гемосексуалистлар)-ўз жинси билан алоқа қилувчилар, бисексуалистлар - ўз жинси ва қарама-қарши жинс вакиллари билан алоқа қилувчилар, фохишалар орқали юқади.

2. Парентерал йўл (вирус билан зарарланган шприц игналари, жарроҳлик асбоб ускуналари, донор қони ва ва қон препаратлари қуйилганда қон орқали)

3. Транспласентлар (хомиладорлик вақтида онадан хомилага йўлдош орқали ўтиши), туғруқ вақтида ва туғилгандан кейин она сути орқали юқиш йўли.

ОИТС аниқлангандан кейинги дастлабки йилларда касалликнинг жинсий алоқа йўли устунлик қилган бўлса ҳозирги вақтда парентерал усулнинг шприц игналари ёрдамида гиёҳвандлардан юқиш йўли энг асосий йўллардан бири бўлиб қолди.

ОИТС нинг юқишида ҳаво томчи, оғиз орқали, кийим-кечаклар, идиш-товоқлар чойшаблар (билвосита мулоқот) орқали юқиш йўллари ҳеч қандай асосий аҳамиятга эга эмас. Демак касаллик бу йўллар билан юқмайди.

ОИТС нинг яширин даври 6 ойдан 15-20 йилгача, ўртача 3-4 ойдан 5 йилгача давом этиши ва бу давр касаллик жинсий алоқа орқали юққанда, қисқароқ бўлади.

Касалликнинг ривожланиши одам организмининг иммун хусусиятлари билан боғлиқ бўлиб, ОИВ организмга тушгандан кейин вирус ва иммунитетга дахлдор ҳужайралар (Т-лимфоцитлар, В-лимфоцитлар, макрофаглар) ўртасида кескин кураш кетади. Иммун тизими вирусга қарши кўп миқдорда антителолар ишлаб чиқаради ва одамда ОИТС ривожланишига тўсқинлик қилиб туради.

ОИТС нинг ривожланишида, ОИТС олди даври характерли бўлиб, у 1 ойдан 6 ойгача давом этади, бу даврда ўзига хос носпесифик - умумий белгилар пайдо бўлади. Буларга дармонсизлик, кўп терлаш, кечкурунлари номалум тарзда тана ҳароратининг кўтарилиши, озиб кетиш, ич кетиш, оғиз бўшлиғида замбуруғлар пайдо бўлиши, йўтал, терида тошмалар пайдо бўлиши, терининг қичишиб туриши, лимфа тугунларининг катталашуви кабилар киради^{1,2}.

ОИТС нинг ўзига хос аломатлари йўқ, организмга қандай микроблар кирса ўшалар кўзгатадиган касалликларнинг аломатлари пайдо бўлаверади.

Кўпчилик беморларда "Совуқ оқ бармоқлар" синдромини кузатиш мумкин. Бу ҳолат қон томирларда қон айланиши секинлашиб қолганлигидан далолат беради. Умуман олганда ОИТС аста-секин бошланади. Органлар ва тизимлар фаолиятининг бузилишига қараб касалликни шартли равишда 5 та клиник шаклларга ажратиш мумкин.

1. Ўпка шакли.
2. Мия (церебрал) шакли.
3. Меъда- ичак шакли.
4. Дифференциаллашмаган шакли.
5. Диссеминациялашган шакли.

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.p. 2199

2. Current essentials Pediatrics. Judith M.Sondheimer. 2015, p.451

Ўпка шакли. Беморда пневмоцистали пневмония (зотилжам) аломатларига ўхшаш

белгилар кузатилади. Бемор нафас олишда қийналади, хансирайди, тез-тез юзаки нафас олади, оғиз бурун атрофлари кўкаради, йўталади, қон туфлайди.

Мия шакли. Беморда бош мия раки, менинго энсефалит касалликларига хос бўлган аломатлар пайдо бўлади. Кучли бош оғриғи қусиш, хушдан кетиш, талвасага тушиш

бош мия нервларининг зарарланиши (невритлар), парез параличлар каби клиник кўринишлар билан намоён бўладиган бу шакл ОИТС билан касалланган беморларнинг 20-30% ини ташкил этади.

Меъда ичак шакли. Беморда меъда ичак йўллариининг яллиғланиши (езофагит,гастроентероколит) га ўхшаш белгилар пайдо бўлади. Беморнинг оғиз бўшлиғининг кандидоз (замбуруғлар) яллиғланиши (стоматит) пайдо бўлади. Оғиз ва халқум қизилўнгач шиллик қаватида яра-чақалар ҳосил бўлади, беморнинг ютиши қийинлашади, қон аралаш қусади. Қоринда кучли оғриқ бўлади, қорин дамлайди, ичи кетади, ахлат суюқ, қон аралаш бўлади.

Дифференциаллашмаган шакли. Бунда беморда айнан бир тизимнинг зарарланишига хос аломатлар кузатилмайди. Клиник кўриниш умумий белгилар билан намоён бўлади. Бемор дармонсизланади, боши оғрийди, тез чарчайди, хотираси пасаяди, кайфияти тушади, иштаха йўқолади, уйқуси бузилади.

Диссеминациялашган шакли. Касалликнинг бу кўринишида бир вақтнинг ўзида ҳамма аъзолар ва тизимларнинг зарарланишига хос ўзгаришлар кузатилади. ОИТС билан оғриган беморларнинг кўпчилиги рак касалликларига дучор бўлади. Айниқса уларда хавфсиз ҳисобланган Капоши саркомаси (тери раки) нинг хавфли шакллари ривожланади¹.

ОИТС нинг клиник кўринишларининг енгил шакли бўлмайди, касаллик фақат оғир кечади, оқибатда албатта ўлим билан тугайди.

Шундай қилиб, ОИТС билан касалланган бемор организми иммун қобилятининг кескин пасайиб кетиши оқибатида ҳар қандай микроб айниқса, пневмоцисталар, замбуруғлар, токсоплазмалар, кокклар, гижжалар, бактериялар каби микроорганизмлар келтириб чиқарадиган оғир касалликлар осонгина келиб чиқади. Энг хавфлиси беморда рак хужайралари ўсиб, кўпаяди, бемор раkning оғир формаларидан халок бўлади.

ОИВ билан зарарланиш ва ОИТС касаллигини аниқлаш учун субъектив (шикоятлар, сўраб-суриштириш, ҳаёт ва касаллик - анамнези), объектив инструментал, ва лабаратория текширув усулларида фойдаланилади.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти тавсиясига кўра, қуйидаги далиллар асосида ОИТС ташхиси ҳақида гумонсираш мумкин.

1. 60 ёшдан ошмаган одамларда Капоши саркомаси аниқланса;
2. 1-2 ойдан узоққа чўзиладиган сурункали ич кетар касаллигида энтеропатоген микроблар топилмаган ва кўп миқдорда криптоспорадиум

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.p. 2193

топилса;

3. узоқ чўзиладиган номалум иситма бўлганда;
4. марказий нерв тизимсининг лимфомаси ривожланганда;

5. одатдаги химиотерапия усули билан даволашда тузалмайдиган ва пневмосист кўзгатган пневмония аниқланганда;
6. бемор сабабсиз озиб 10% ортиқ вазнини йўқотганда;
7. номалум сабабли лимфопения бўлганда;
8. ҳар хил бактериялар, вируслар, замбуруғлар, бир ҳужайрали, содда жониворлар, кўзгатадиган ва тез-тез қайтарилиб турадиган экзоген ва эндоген реинфекциялар кузатилганда.

Лаборатория усули ОИВ вирусини ёки унга қарши пайдо бўлган антителоларни аниқлашда энг ишончли усулдир.

Ҳозирги кунда ОИВ вирусининг одам организмда бор-йўқлигини аниқлашда бир нечта замонавий лаборатория текширув усуллари мавжуд.

ОИВ вирусини беморнинг қонида, лимфасида, сперма, кўз ёши суюқлигида, сўлагида, сутида топиш анча қийин. Организмга вирус тушгандан кейин қонда ҳосил бўлган антителоларни аниқлаш қулайроқ. Лекин бу антителоларни вирус юққандан 3-5 ойдан кейин пайдо бўла бошлайди.

ОИВ вирусига қарши пайдо бўлган антителоларни аниқлаш усули ҳозир кенг қўлланилмоқда. Бунинг учун қуйидаги усуллардан фойдаланилади.

1. Иммунофермент усули.
2. Радиоиммунологик анализ усули.
3. Умумий иммунологик усули.
4. Иммунобиологик усули.

Иммунофермент усулида қондаги антитело ва унинг концентрациясини аниқлаш учун махсус тест тизим-диагностикум - антиген ферментлар билан иш олиб борилади.

Радиоиммунологик усулида - антителоларни аниқлашда изотоплардан фойдаланилади.

Умумий иммунологик усулда иммуноглобулар фракциясини аниқлаш йўли билан иш олиб борилади. Иммунобиологик усули 2 марта ижобий натижа берса, иммунобиологик усулида яна қайта текширилади. Бунда вируснинг баъзи бир оқсилларга қарши пайдо бўлган антителолар аниқланади.

Агар иммунобиологик усули ижобий натижа берса, ОИТС ташхиси ижобий бўлади.

ОИВ инфекциясига текширув ишлари шифокор пациент келишилган ҳолда, аноним

(яширинча) тарзда олиб борилиши керак. Текшириш учун қон олиш ва уни лабораторияга юборишда тасодифан зарарланишнинг олдини олиш чораларини кўриш

зарур. Ҳозирги вақтда кўпгина ривожланган мамлакатларда мутахассис олимлар томонидан ОИТС ни даволашда самарали натижа берадиган дори-дармонлар тайёрлаш устида кенг кўламда илмий изланишлар олиб борилмоқда. Ҳар хил кимёвий тузилишга эга бўлган ОИВ вирусига қарши таъсирга эга бўлган синтетик дори воситалар яратилмоқда. Лекин бу

воситаларнинг таъсири биологик шароитда (организмда) пучга чиқмоқда. Касалликни даволашда қуйидаги тамойилларга амал қилиш керак:

1. ОИВ вирусига таъсир қилиш.
2. Организмнинг ҳимоя (иммун) қобилятини яхшилаш, кучайтириш (иммуностимуляция)
3. Касалликка ёндош бўлган (оппортунистик) касалликларга қаратилган даволаш ишларини олиб бориш.

Бир неча йиллар давомида олиб борилган изланишлар натижасида ҳам ОИВ вирусига таъсир кўрсатувчи дори яратилгани йўқ¹.

Россияда Фанлар Академияси молекуляр биология илмий-текшириш институтида синтез қилинган препарат азидотимидин вирусга қарши қисман таъсир кўрсатиши ва ОИТС нинг сўнгги босқичларида беморнинг умрини узоғи билан бир йилгача чўзиб туриши мумкин. Лекин азиотимидин ўта захарли бўлиб суяк кўмигига таъсир қилади. Азиотимидин америкалик олимлар томонидан ҳам ОИТС ни даволашда текшириб кўрилди, лекин самара ижобий бўлгани йўқ. Олимлар яратилган дори-дармонлар таъсирини самарасиз бўлаётганлигини ОИВ вирусининг биологик хусусиятлари билан боғлашмоқда, чунки вирус ўз тузилиши ва хоссасини тез-тез ўзгартириб туриш хусусиятига эга. Шунга қарамасдан касаллик вирусига таъсир этувчи жуда кўп дорилар яратилган бўлиб, улар клиник синовдан ўтказилмоқда.

Иммуни тизими фаолиятини яхшилаш ва уни кучайтириш (иммуностимуляция) усули касалликни даволашда ижобий самара беради. Бунинг учун интерферон, интерлейкин, тактивин, тималин каби иммуноциммуляторларни вирусга таъсир этувчи азидотимидин, вирозол, реоферон каби дорилар билан биргаликда қўллаш мақсадга мувофиқдир.

ОИТС ни даволашда касалликка ёндош бўлган юкумли ва бошқа касалликларни ўз вақтида даволаш яхши натижа беради².

Хулоса қилиб айтганда, бу чоралар одамни ОИТС дан батамом халос этолмайди ва касалликни даволаш масаласи энг оғир долзарб муаммолигича қолмоқда. ОИТС нинг профилактикаси қуйидаги йўналишларда олиб борилиши лозим:

1. ОИТС нинг жинсий йўл билан тарқалишини тўсиш
2. Парентерал тарқалиш йўлини тўсиш.
3. ОИТС нинг вертикал йўл билан юқишини олдини олиш.

ОИТС нинг жинсий алоқа йўли орқали тарқалишини тўсиш жуда муҳимдир, бу орада аҳолини, айниқса ёшларни сексуал (жинсий) тарбиялаш соҳасида ишлар олиб бориш зарур. Сексуал хулққа таъсир қилувчи воситалар 3 хил бўлиб улар қуйидагилар:

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.p. 2343

2. Current essentials Pediatrics. Judith M.Sondheimer. 2015, p. 458

1. Аҳолини касаллик ҳақида хабардор қилиш;
2. Тиббий ижтимоий хизматлар кўрсатиш;
3. Контрацептив воситаларни қўллаш.

Барча эркак ва аёлларга ОИТС ҳақида маълумот бериш, тушунтириш лозим. Вируснинг қандай юқишини, хавфсиз чоралари (презервативлар) дан фойдаланишни билиши ўз хохиши билан чуқур текширувдан ўтиши кераклиги тушунтирилади. Вагинал жинсий алоқада ОИТС кўпроқ эркаклардан аёлларга юқади. Орал ва анал алоқада эса "пассив" партнёр кўпроқ ўзига юқтиради. ОИТС нинг кенг тарқалишига ахлоқий бузуқлик, пала партиш жинсий алоқалар сабаб бўлади. Фохишаллик ва фохишабозлик, бесоқолбозлик, гиёхвандлик касалликнинг тарқалишига муҳим ўрин тутади.

ОИВ вирусининг парентерал йўл орқали юқиш йўлини тўсиш учун турли инъекцияларни пала-партиш қабул қилавермаслик керак. Донор қони ва қон препаратларини қатъий текширувдан ўтказиш, тўғридан тўғри қон қуйишда эҳтиёт чораларини кўриш муҳим аҳамиятга эга.

ОИТС ни вертикал йўл билан юқиш йўлини тўсиш тиббиёт ходимлари соҳасида жуда катта масъулият юкланмоқда, чунки касалликнинг онадан болага хомиладорлик вақтида, туғруқ ва эмизиш пайтида ўтиш ҳоллари кўп учрамоқда.

Профилактиканинг асосий мақсади ОИВ вирусининг онадан болага юқиш хавфини камайтиришдир. Бизга маълумки вирус хомилага йўлдош орқали хомиладорликнинг 8-12 ҳафтасидаёқ ўтиши, кўпинча эса туғруқ вақтида ўтиши мумкин. Хавфли гуруҳларга кирувчи аёлларга тегишли маслаҳатларни бериш, текширишни таъминлаш зарур. Зарурат бўлганда уларга фарзандининг ОИВ вируси билан туғилиши эҳтимоли борлигини тушунтириб, хомиладан воз кечиш тавсия қилинади. Лекин асосий қарорни аёлни ўзи чиқаради. ОИТС нинг олдини олишда юқорида қайд этилган умумий чора - тадбирлар билан бир қаторда махсус профилактика, яни, эмлаш ишларини йўлга қўйиш энг муҳим долзарб муаммо бўлиб қўмоқда. ОИТС нинг вируслар кўзгатадиган юқумли касаллик эканлиги аниқ бўлгандан бошлаб, мутахассис олимлар томонидан касалликка қарши эмдори (вакцина) ишлаб чиқариш устида олиб борилаётган изланишлар, ижобий натижа берганича йўқ. Ҳар йили дунё бўйича ОИТС га қарши вакцина яратиш учун 3 млн АҚШ доллари сарфланмоқда. Бу жараён 10 йилдан буён давом этаётганлигини ҳисобга олсак, вакцина яратиш учун кетган харажат 3 млрд АҚШ долларини ташкил этади, лекин вакцина хали яратилгани йўқ.

Умуман олганда, вакцина олдида куйидаги талаблар қўйилади:

- вакцина ОИВ га қарши одамда иммунитет ҳосил қилиши керак;
- ОИВ билан зарарланган одамларда, касаллик ОИТС га ўтмаслиги керак;
- вакцина арзон бўлиши керак;
- хамма вакцинани олиш имкониятига эга бўлиши керак.

Ҳозирги вақтда ОИТС нинг олдини олишнинг бирдан -бир йўли аҳолини маънавий-маърифий, санитария-гигиеник маданиятини оширишдан иборат.

ОИТСнинг клиник белгилари ва диагностикаси.ОИТСнинг клиник ривожланиши бир неча даврларга бўлинади: Касалликни яширин

(инкубацион) даври, 2-3 ҳафтадан 1-2 ойгача ва айрим малумотларга қараганда 3-5 йилгача давом этиши мумкин. Касаллик жинсий йўл билан юкса яширин даври қисқа бўлади. Гомосексуалистларда яширин давр 8 йилгача давом этади. 1. Касаллик бошланишидан олдинги давр, продмал даври: 1 ойдан 6 ойгача бўлиб носпецефик кўринишда кечади. Бу давр ўз навбатида 3 босқичдан иборат) ўткир иситма босқичи. б) белгисиз босқичи. с) лимфоаденопатиянинг кучайиш босқичи. 2. Касалликнинг ўткир ривожланган даври. Бу давр эса ўз навбатида уч босқичдан иборат. а) Биринчи босқичда тана ўз массасини 10 % йўқотади, терива шиллиқ қаватларнинг устки қисми замбуруғ вирус ва бактериялар билан зарарланади. б) Иккинчи босқичда тана массаси 10 % дан кўп йўқолади, номалум диарея ёки иситма 1 ойгача давом этади, ўпкату биркулёзи, ички органларни бактерия, вирус, замбуруғлар билан зарарланиши Капоши саркомасининг вужудга келиши билан характерланади. с) Учинчи босқичда юқоридаги касалликларнинг оғирланиши пневмония, ҳазм қилиш тизимининг кандидоз, Капоша саркомасининг кучайиши, марказий нерв тизимсининг зарарланиши. 3. Касаллик тугалланиш даври. ОИТСнинг клиникаси ҳар турли оппортунистик (ёндош) инфекция ва инвазиялар ҳамда хатарли ўсма касалликларнинг симптоми лекслари билан характерланади^{1,2}. ОИТСнинг зарарланган оналардан болаларга ўтиши 25-30% ни ташкил этади. Ҳомиладорликнинг ўзи ОИТСнинг ривожланишига яхши шароит яратиб беради, ҳамда шу билан бирга иммунитет бузилиши билан кузатилади, хусусан ҳужайрали иммунитет депрессияси билан кечади. Нормал ҳомиладорлик вақтида бош мезон бўлиб, учунчи ойликда Т-хелперлар миқдори Т-супрессорларга нисбатан пасайиб кетади. Туғилишдан уч ой муддат ўтганидан кейин иммунитет тикланади. Ҳомиладор аёлларда ОИТСга нисбатан мойиллик юқори бўлади ҳамда ОИВ билан зарарланган аёлларда туғилиш жараёни касалликни яна ҳам тез ривожланишига туртки бўлади. Гўдакларни касаллик юқтириб олиш вақти асосан бачадонда, туғилиш йўлларида ва туғилгандан кейинги вақтга тўғри келади. ОИВ йўлдош орқали кириш хусусиятига эга. Гўдакларни зарарланиши она сути билан эмиш даврида бўлиши ҳам мумкин, чунки она сутида вирус доим топилади. Шундай ҳодисалар ҳам бўлганки, бемор онадан туғилган эгизакларнинг бири соғ иккинчиси зарарланган ҳолда туғилган. Онадан касаллик юқтириб олган гўдакларда асосан 4-6 ой ўтганидан сўнг беморлик бошланади ва улар икки йил мобайнида ўлиб кетадилар. ОИТС болаларда алоҳида хусусиятлари билан ажралиб туради. Уларда касалликни яширин даври катталарникига нисбатан қисқароқ бўлади, яни йиллар бўйича давом этмай бир неча ойни ташкил қилиши мумкин. Болаларда касаллик бошланган вақтда диагноз қўйиш (1

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.p. 2344

2. Current essentials Pediatrics. Judith M.Sondheimer. 2015, p. 490

ёшгача вақтда) анча қийин. Бу шу билан тушунтириладики, болалар қонида ОИВга қарши антитаналарни аниқлашда қийинчилик муаммолари, яни гўдак ҳомила вақтида йўлдош орқали она қорнида антитана олганлиги ёки вирус билан зарарлангандан кейин бола организмда ишлаб чиқарила бошланган

масала аниқ эмасдир. Бу муаммони вирус ажратиб олгандан кейин ҳал қилинади. Лекин буни ечиш қийин. Бу вақтда болаларда нафас йўлларининг қайталанувчи инфекцияси лимфоидли интерстициал пневмония кузатилади. Болаларда марказий нерв тизимсининг зарарланиши натижасида уларда ўсишнинг камайиши кузатилади. Масалан: бола шу ёшга хос ривожланишида ўтириш ва гапириш керак бўлган ҳолда бундай хусусиятларни йўқотади. Унда бош ўлчамининг катта бўлиши тўхтайди. Бошланғич белгиларига тана вазнининг камайиши, сурункали ич кетиш ва бактериал инфекциялар характерлидир. ОИТСга чалинган боланинг иммунологик хусусиятлари алоҳида ўрин тутаяди, яни уларнинг қонларида иммуноглобулин миқдорининг юқорилиги ва антигенларни киритилиш вақтида антителаларни бир вақтда ишлаб чиқара олмаслик ҳолатлари мавжуд. Шундай қилиб туғилиш вақтида йўлдош орқали ёки қон қуйиш вақтида ОИВ билан зарарланиш келиб чиқади, буни болаларда башорат қилинганда нохуш ҳолатлар билан тугаши аниқланган, уларда МНСнинг зарарланиши ўсиб бориши кузатилади, яни ОИВга бевосита мослашган ҳолатда кечади. Юқорида айтиб ўтилганлар шундай хулосага олиб келади: ОИВ билан зарарланган аёлларнинг туғиши мумкин эмас, фақат зарарланганлар эмас балки ОИВ билан зарарланган эркаклар билан мулоқотда бўлган аёлларга ҳам туғиш тавсия этилмайди.

Назорат саволлари

1. ОИВ нинг қандай юқиш йўлларини биласиз?
2. Болаларда кўпинча қайси йўл билан касаллик юўади?
3. Касалланган она боласини эмизиши мумкинми?
4. АРВ терапияга қайси дорилар киритилган?
5. Сўнгги йилларда даволаш ва диагностиканинг қандай янги усулларитопилди?

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: Ювенил ревматоид артритнинг диагностикаси

Режа

1. Ювенил ревматоид артритнинг тарқалиши, Этиология ва патогенез
2. Клиникаси, таснифлаш.
3. ЮРА нинг диагностик мезонлари
4. Бошка аъзо ва тизимлардаги (висцеритлар, увеитлар) ўзгаришлар шаклланиш клиникаси.

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

4.1. Ювенил ревматоид артритнинг тарқалиши

ЮРА- сурункали бириктирувчи тукима касаллиги булиб, бевосита периферии к бугимларнинг эрозив деструктив полиартрит типиди кучайиб борувчи зараланиши билан кечади. Шу билан бирга патологик жараен бошка орган ва тималарни ҳам камраб олади. Этиологияси наслий мойиллик, кластридиялар, микоплазмалар, хламидиялар, грипп ва герпес вируслари, травма инсоляция иммун дефицит холатлари билан боғлиқ. ЮРАнинг асосий патогенези иммунопатологик реакция ривожланиши ҳисобланади. Бунинг сабаби Т, В лимфоцитларнинг дисбаланси ҳисобига келиб чикувчи иммун жавобнинг назоратининг бузилишига жавоби ҳисобланади. Айнан Т лимфоцит тизимсининг иммунодефицитини В лимфоцитларни назоратсиз тарзда ажратмаларини ва қисман IgG ни синтезига олиб келади. Бунинг натижасида бўғимлар синовиал қобигини этиологик омиллар таъсирида зараланиши ва маҳаллий иммун реакция ривожланишига олиб келади. Иммун реакция антиген-антитела типиди кечади. Синовиал қобикнинг плазматик хужайралари узгарган IgG ни бегона антиген сифатида қабул қилиб, IgG ва IgM синфига кирувчи ревматоид омилларни ишлаб чиқаради. Ревматоид омиллар ва иммуноглобулинлар таъсирида иммун комплекс ҳосил бўлади. Улар эса уз навбатида бир қатор занжир реакцияларни чақиради. Буларга ивиш тизимсининг активланиши, лимфоцитлардан лимфотоксинларни ажралиши комплемент компонентларни активланиши қиради. Нейтрофиллар таъсирида иммун комплекслар фагоцитоз ива уларни парчаланиши бир қатор яллигланишга қарши моддалар яллигланиш медиаторларини (протейolitik лизосомал ферментлар, гистамин ва б.) ни ажралишига олиб келади. Булар яллигланиш ривожланишига кейин эса бугимларда, томирларда ва ички органларда диструкцияларга олиб келади¹.

1.Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015 p.1173

Бунда барча ешдаги болалар купинча киз болалар касалланади. Этиологик омилларни таъсирдан сунг 1-2 хафта утгач касалликнинг

биринчи белгилари юзага чиқади. Касалликнинг продромал белгилари касаллик ривожланишидан бир неча hafta еки ой олдин пайдо бўлади. Купинча бутун бадандаги карахтлиқ кул ва оекларда кучлироқ бўлади. Карахтлиқ актив харакатлардан сунг йуколади. Бу синдромни келиб чиқишини буйрак усти безида эндоген гидрокортисон ишлаб чиқарилиши нормал ритмини бузулиши билан боғланади. Бундан ташқари продромал белгилар об хавога боғлиқ булган бугимлардаги Оғриқ, иштаха пасайиши, озиш, юрак уриб кетиши, куп терлаш, субфебрилтана харорати, ЭЧТ нинг бироз ошиши курилишида кечиши мумкин. Касаллик купинча ўткир ости курилишида бошланади. Аста секин тургин полиартралгия еки артрит (купинча кул ва оек панжасининг майда бугимлари) пайдо бўлади. Оғриқлар эрталабга яқин кучаяди. Кун давомида Оғриқлар камайиб боради. Оғриқлар умумий ва махали йкарахтлиқ билан бирга кечади. Кисиб турган кулкоп симптомим еки карсет симптоми пайдо бўлади. Бу белгилар беморни уридан туришини еки кийинишини кийинлаштиради.

4.2. Клиник кўрилиши.

Эрта даврларда тизза ва билак панжа бугимлари (кам холларда болдир товон бугимлари) зараланади. 70 % холларда бугимлар зарарланиши симметрии кечади. Касалликнинг эрта босқичларида бугимлар зараланиши экссудатив бўлади. Пальпация килниганда кучли Оғриқли ва флюктуация аникланади. Бу бугимларда суюклик борлигини билдиради. Тегилганда иссик . Зарланган бугимларда бугим туқимасининг ва атроф мушакларнинг рефлектор спазми хисобига харакат чекланган ва Оғриқли бўлади. Бармоқларда букувчи контрактуралар характерли.

ЮРА да бугимлардан ташқари белгилар хам юзага чиқади. Уларга куззараланиши – сурункали увеит хос. Увеитда триада симптом хос:

- Иридоциклит
- Катаракта
- Шох парда дистрофияси

Куз зараланиши 70% холларда икки томонлама бўлади.

ЮРА нинг тизимли вариантлари 5 та диагностик мезонларни ўз ичига олади:

-иситма- интермиттирловчи ва ремиттирловчи характерга эга. (39.5- 40) Калтираш билан бирга кечади. Иситма кўпинча кечки пайт ёки эрталабга яқин пайдо бўлади.

-тошма макулез характерли пушти полиморф, нотурғун, иситма кўтарилганда пайдо бўлади ва исима тушганда йўқолади.

-лимфоаденопатия

-гепатолиенал синдром

-артралгия- артрит

ЮРА нинг бўғимдан ташқари белгилари: экссудатив периартрит, миокардит, плеврит, пневмония, гломерулонефрит, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, буйрак амилоидози.

4.3 ЮРА нинг диагностик мезонлари.

1. Касаллик 16 ешгача бошланади.

2. 1 еки ундан куп бугимларни зарарланиши, шиш, суюклик йигилиши билан характерланади, хамда 2та куйидаги белгиларни булиши, харакат чекланиши, бугим контрактураси, пальпацияда Оғрикли, махаллий температура, мушаклар атрофияси.

3. Майда бугимлар симметрик зарарланиши.

4. Бўйин умуртқаларини зарарланиши.

5. Бўғимдаги ўзгаришлар 6 хафтадан кўп давом этиши.

6. Эрталабки карахтлик.

7. Увеит.

8. Ревматик тугунлар.

9. ЭЧТ ни 35 мм/с. ошиши.

10. Ревматоид омилни аникланиши.

11. Синовиал кобикдан биопсиясида характерли узгаришлар.

Б. Рентгенологик

12. Остеопороз

13. Бўғим тирқишларини торайиши.

14. Суяк ўсишини бузилиши.

Алергетик-септик варианты бир мунча огир утади. Унга ўткир бошланиш ва калтирок билан кечувчи юкори харорат ва куп тер ажралиши характерлидир. Септик вариантыда иситма тургун булиб 2-3 хафтадан 2-3 ойгача чузилиши мумкин. Купрок полиформ, догли-папулез, баъзан уртикар тошмалар, тургун аллергия хосдир. Касаллик бошланишида миоперикардит ва плевропневмония куринишидаги висцерал патология аникланади. Болалар миоперикардитда туш

остида оғриққа, безовталаниш каби шикоятлар билан келишади. Перикардда озгина суюклик булса ҳам мажбурий холатини эгаллайди ва хансираш, акроцианоз юрак тонлари бугиклашиши, юрак чегараларининг кенгайиб кетиши кузатилади. Перикардит кушилган булса, перикардни ишкаланиш шовкини эшитилади. Бир вақтнинг узида плевропневмония ривожланиши бемор ахволи янада огирлаштиради. Хансираш ва цианоз ортади, бошида курук сунг хул йутал пайдо бўлади. Ўпканинг икки томонида ҳам турли калибрли хириллашлар, плевра ишкаланиш шовкини эшитилади. Стилл синдромидан фарқланиб, бўғимлардаги патологик жараен фақатгина артралгия билан чегараланиб, ойлар ётгандан сўнг ўзгаришлар пайдо бўлади. Баъзан бу ўзгаришлар касаллик бошланишидан йиллар ўтганидан сўнг пайдо бўлиши мумкин. Касалликнинг висцерит варианты бўғим ва бўғимли висцерал шаклнинг оралиги куринишида намоен бўлади. Касаллик бошланиши купинча нимўткир еки сурункали бўлади. Бўғимларнинг шикастланиш сони 4-6 тадан ошмайди, унга бўғимда эрта фиброз узгаришлар руй бериши характерлидир. Кейинчалик фиброз перикардит, плеврит ва упкани диффуз, фиброз-склеротик узгаришлари ривожлан. Таянч-харакат аппарати ва ички аъзоларда ҳам узлуксиз усиб борувчи фиброз ривожланади¹. ЮСА ни куз шикастланиши билан кечадиган шаклида бўғимдаги узгаришлар кам ифодаланиб, моно-олигортрит куринишда кечади. Кузнинг бирламчи ревматоид артритини ташхис килиш жуда кийин, кўпроқ кўзнинг қон томири қобиғи шикастланиб иридоциклит еки увеит руй беради. Ўзига хос триада симптомлари: иридоциклит, катаракта ва тасмасимон қорачиқ дистрофияси хосил бўлади. Кўриш қобиғияти сезиларли пасайиши ёки унинг тўлиқ йуқолиши кузатилиши мумкин. Увеит (ёки иридоциклитнинг) – бу кўзнинг камалак пардали ва цилиар танасининг яллиғланишидир. Олигоартикуляр ЮСА билан касалланганларнинг 20% ни, полиартикуляр ЮСА билан касалланганларнинг 5% ни ташкил қилади. Лекин 2 та гуруҳда увеит ривожланиши хавфи булган беморлар купрок антинуклеарлар антитела (АНА) топилган беморлардир. АНА топилган 7 ешгача булган беморлар хар 3-4 ойда офтальмологик текширувидан утиши керак. ЮСАнинг бўғим висцерал шакли билан касалланганларнинг 2% дан камида кўзда яллиғланиш жараёнлари ривожланади. Бундай болалар йилда 1 марта окулист куригидан утиши керак. Кўрикларнинг мунтазамлиги ниҳоятда муҳим булиб, увеит билан касалланганларнинг кўпчилигида шикоят бўлмайди. Классик латекс-тест ердамида аниқланганидан РО IgM синфидаги анти – IgG антитела бўлиб хисобланади. Ревматоид артрит билан касалланган катталарнинг 80% ини қон зардобиде РО топилади, фақат 5-10% гина ЮСАли болаларда (касалликнинг полиартикуляр шакли асосан катта ешдаги кизларда), 20% РА – серонегатив

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015, p.1156.

холларда учрайди. Елгон мусбат натижани тизимли кизил югурик, Шегрен синдроми, бириктирувчи тукима касалликлари, вирус ва паразитар инфекцияли саркоидозда, бактериал эндокардитни ним Ўтқир турида бериши мумкин.

Шунинг учун РО аниқлаш ЮСА ташхисини куйиш еки уни инкор этишга ердам бермайди. РАга уртача гипохром анемия (НВ 100-110 гл, камида 80 гл) ЭЧТ ошиши ва яллигланиши Ўтқир фазали курсаткичларнинг (фибриноген, С-реактив оксил) купайиши хос. РАда анемиянинг асосий сабаби булиб, РЭС томонидан темирни ортикча ушланиши хисобланади. РА да периферик конда лейкоцитлар ва нейтрофиллар микдори одатда мьерида бўлади. Юкори истимада еки глюкокортикостероидлар билан доволанганда $20-50 \times 10^9$ хл гача лейкоцитоз кузатилади. Фелти синдромида лейкопения кузатилади. Камрок холларда, бўғимдан ташкари белгилар билан кечадиган РА касалларда LE-хужайраларини топиш мумкин. Бунда суюкликларда характерли узгаришлар булиши мумкин.

ЮРА диагнози мустасно килиш усули билан қўйилади. ЮСА нинг узига хос хусусиятлари куйидагилар:

- касалликни 16 ешгача ривожланиши;
- артрит клиникаси (буғимлар шиши, суюкликни борлиги, буғим сохасида харорат кутарилиши, харакат хажмининг чегараланганлиги ва Оғрик);
- касаллик 6 ой ва ундан куп давом этиши;
- ЮРА нинг асосий шакллари (бўғим-висцерал, олигоартикуляр, полиартикуляр) ташхисланади:

а) иситма бор еки йуклиги; б) касалликнинг биринчи 6 ойида шикастланган бўғимлар сони билан.

-артрит ривожланишига бошка сабаб бўлмаган холда.

Касалликни бирламчи текширганда, ЮРА га тахмин килинганда куйидаги текширувни ўтказиш керак:

- 1) Тромбоцитларни сони хисобланган коннинг умумий тахлили ва кконни формуласини аниқлаш;
- 2) ЭЧТ ни аниқлаш;
- 3) С - реактив оксилни текшириш;
- 4) Сийдик умумий тахлили;
- 5) Бўғиздан олинган ювиндини экиш.

Лаборатор тестлар болада артритнинг бошка шаклини биринчи навбатда мустасно килишни талаб этади (реактив ревматик, инфекцион, паранеопластик), лекин ЮРА диагностикасига ердам бермайди. Шунинг учун, болаларда касаллик симптомлари 2 хафтадан ортик сакланганда биринчи навбатда АНА аниқлаш ва имунноглобулинларни микдорий текширув тавсия килинади. Алохида холларда эса, РО, антистрептолизин – О ва Лайм касаллиги кузгатувчисига карши антителаларни аниқлаш курсатилган. Ташхис тургун артрит булганда ва шунга ухшаш бошка касалликлар мустасно килинганда куйилади.

Кўзнинг зарарланиши кузнинг олдинги камерасини тиркишли ламза ердамида куриш оркали аниклаш мумкин. Бунда увеитнинг эрта лойкаланиш симптомини аникласа бўлади, бу эса яллигланиш учун жавобгар хужайралар ва оқсиллар концептрациясининг ошиши хисобига вужудга келиши мумкин. Анча кечки симптомларга орқа шох пардада доғ пайдо булиши (бу шохлар преципитатларига боғлиқ) ноадекват еки корачикнинг суст реакцияси (камалак парда ва гавхар уртасида синехий хосил булишига боғлиқ) лентасимон кератопатия, катаракта ривожланиши киради.

ЮРА нинг ташхис мезонлари.

1. 3 ой ва ундан куп давом этган артрит.
2. 3 ой ва ундан кечрок руй берган иккинчи бўғим артрити.
3. Кичик бўғимлар симметрик шикастланиши.
4. Контрактура.
5. Тендосиновит еки бурсит.
6. Мушак атрофияси.
7. Эрталаб харакат чекланиши.
8. Кузнинг ревматоид шикастланиши.
9. Ревматоид тугунлар.
10. Бўғим бўшлиғида суюқлик.

Рентгенологик белгилар:

11. Остеопороз, эпифиз суяк тузимининг кичик кистози кайта тузилиши.
12. Бўғим ёриқлари торайиши, суяк эрозияси, бўғимлар анкилози.
13. Суяк ўсишининг бузилиши.
14. Умуртка погонасининг буйин кисми шикастланиши.

Лаборатор белгилар:

15. Мусбат ревматоид омил.

16. Синовиал кобикдан олинган биопсия мусбатлиги мусбат белгилар умумий микдори:

ЮРА га эхтимол (3 белги)

ЮРА аникланган (4 белги)

Классик ЮРА (8 белги)

4.4 Бошқа аъзо ва тизимлардаги (висцеритлар, увеитлар) ўзгаришлар шаклланиш клиникаси.

Кўпроқ моно ва олигоартикуляр вариантларда бўғимда оғриқ бўлмаслиги, уларда қизариш ва касалнинг умумий ахволи ёмонлашуви

(масалан ревматизм, СКЮ, септик жараенлари учун хос булган, бундан ташқари увеит ривожланиши мумкин). ЮРА нинг тизимли варианты бошланишида ревматоид тошма тошиш муҳим таккосий ташхис ахамиятига эга. ЮРА ревматизмдан фаркланиб унда факат чегараланган перикардит учрайди; тургун артрит ва миграция қилиш характериға эға эмас. Антистрептолизин - О титрининг ошиши 1F3 беморларда унча куп булмаган микдорда ошади.

Тизимли қизил югурик билан ЮРА нинг таккосий ташхис утказиш СКЮ нинг эритема, алопеция, МНС шикастланиши, неврит каби характерли белгилар топилгунча қийин бўлади. Кўрсаткичлардан LE-тести мусбатлиги, натив ДНК га нисбатан антителол титрининг баландлиги топилиши ЮРА нинг тизимли вариантыға характерли эмасдир. Кўпроқ болаларда катталарға қараганда ўткир инфекцияларда: (қизилча, қизамик, гепатит-В, сепсис, туберкулез) артрит кузатилади.

Даволаш. Замоनावий усуллар. Даволаш боскич билан стационарда, поликлиникада ва санаторияда комплекс чора-тадбирларни қуллаган холда утказилади. Асосий даволашни яллигланиш жараенини ва аллергик реакцияни туликча пасайтиришға каратилган патологенетик таъсир этувчи воситалар ташкил қилади. Шу билан бир каторда, бўғимдаги жараенға махаллий таъсир этувчи препаратлар фойдаланилади. Бундан ташқари, сурункали инфекция учокларини йукотишға каратилган чоралар қўлланилади.

РАни замоनावий дори-дармон билан даволаш уз ичига бир вақтнинг узида 2 хил синфға кирувчи дори воситалари – тез таъсир этувчи ва яллигланишиға карши препаратлар (стероид еки ностероид) бундан ташқари базисли ревматоид жараенни жуда чукур ва стабил даволовчи таъсир килувчи, секин таъсир.



этувчи дорилар ишлатилади. Купгина холатларда давони касалликнинг хар кандай вариантларида одатда ацетилсалицил кислотасидан (кунига 75 – 100

мг.кг) бошланади. Препаратни катта дозаларда ҳам болалар яхши кштради ва куринарли Оғрикка карши ва яллигланишга карши самара курсатади. Хозирги вақтда купгина болалар ревмотологлари аспириини даволашдан бошламайди, яъни яллигланишга карши бошка препаратлар купрок қўлланиш ноужа таъсирлари ҳам камрок. Салицил булмаган препаратлардан ибупрофен, напроксен, натрий толметин купрок тавсия этилади. Барча яллигланишга карши препаратларнинг ноужа таъсири яллигланишга карши бир хил ошкозоничак бузилишлари ва кон кетиши, еки баъзан жигар трансминазалари микдорининг ошиши, бош огриги ва нефротик самара (интерстициал нефрит, капилляр некроз ривожланиши мумкин). Оғрикнинг камайиши ва бўғимда харакат чекланишининг камайиши даволашнинг бошлангандан 7-10 кун утиб бошланади, 2-3 хафтадан сунг практик жихатдан бўғим шиши умуман йуколади. Тургун яхшиланиш 6 ойдан сунг вужудга келади. Юкорида курсатилган даволашни етарли самараси булмаганда, 4-6 ой утгандан сунг, айникса полиартрит голатларда, узок таъсир этувчи антиревматоид препаратлар қўлланилади. Базис воситаларига олтин препаратлари, Д-пенициллин, левамизол, хинолин унумлари, цитостатик иммуноденрессантлар (циклофосфамид метатрексат, азатиоприн) ва баъзи сульфопрепаратлар (сульфасалозин ва сульпиридозин) киради. Баъзи препаратлар организмда узок вақт кумуляция кобилиятига эга, шунинг учун препаратларни олиб ташлаганда ҳам яхшиланиш ва ремиссиянинг кечиши бир неча ойларгача сакланади, лекин купинча жиддий ноужа таъсирлар булиши ҳам мустасно эмас. Олтин тузлари (кризанол) битта инъекцияда 1 мг кристалл олтин юборилади. Хафта утгандан сунг яхши кутарса 5 мг юборилади ва кейинчалик инъекцияни 5 мг дозада хар хафта юборилади. Даволаниш муддати камида 20 хафтагача олиб борилади. Хинолин унумлари (делагил, планквенил) биринчи 6-8 хафтада 5-7 мг.кг.кунига хисобга олиб, кейинчалик 2 даробар кам доза буюрилади. Кортикостероидларнинг яллигланишга карши ва иммунодипрессант таъсири куринарли булганлиги туфайли улар ЮСА ни асосий даволаш урнини эгаллайди. Глюкокортикостероидлар узига хос курсатмалар



булганда ва одатда киска муддатда буюрилади. ЮРА ни даволаш учун асосий курсатмалар.

- 1) Хаёт учун хавф солувчи патологик ҳолатлар (кардит);
- 2) НЯКП ларга чидамли булган тургун иситма.
- 3) Артритнинг куринарли равишда ҳаракат чекланишининг огир шаклларида.
- 4) Увейтни маҳаллий даволашнинг зарурлиги (маҳаллий даволашга чидамли булганда тизимли таъсир этувчи стероидлар куллаш керак).
- 5) Алоҳида бўғимларнинг огир шикастланишида (бунда кортикостероидлар бўғим ичига юборилади). ЮРА билан касалланган болаларда, катталарга караганда ГКС узок муддатда қўлланилганда купрок ва тез асоратлар (усишнинг бузилиши, гиперкортицизм, ошқозон-ичак трактининг шиллик каватида эрозив-яралли узгаришлар) ривожланишга олиб келади. Ножуя таъсирлар якколлигини стероидларни кун ора-бера камайтириш мумкин. Баъзи ҳолларда даволаш касалликдан хавфли булиши мумкин. Кортикостероидларнинг юкори дозаларини кабул килингандан энг куп учрайдиган муаммолар руйхатини “ CUSHINGOD MAP “ (кушингоид режаси – инглизча) аббревиатураси ердамида эслаб олиш мумкин.

C – cataracts (катаракталар)

U – Ulcers (яра)

S – Strial (стрия)

H – Hypertension (гипертензия)

I – Infections complications (инфекцион асоратлар)

N – Necrosis of bone (avascular) (аваскуляр остеонекроз)

G – Growth retardation (ўсишнинг секинлашуви)

O – Osteoporosis (остеопороз)

I – Increased intracranial pressure (бошнинг ички босими ошиши)

D – Diabetes mellitus (қандли диабет)

M – Myopathy (миопатия)

A – Adipose tissue hypertrophy (ёғ тўқимаси гипертрофияси)

P – Pancreatitis (панкреатит)

Прогнози. ЮРА нинг прогнози нисбатан яхши. Купгина беморларда узок вақт ремиссия кузатилади: артритнинг курилиши куп йиллар давомида ушанча яққоллигича қолиши мумкин. Шикастланган бўғимлар сони қоидага кура чегараланган. Нисбий функционал бузилишлар камдан-кам ривожланади. 1/3 касалларда сурункали усиб боровчи артритнинг доимий булиши, бўғимларда харакат чекланиши, контрактура ва анкилозларни ривожлантиради.

Айниқса, бу холат касалликнинг бошланишида тизимли ва полиартикуляр вариантлар билан касалланган беморларда булса, увеит ва 2ламчи амилоидоз ривожланиши прогнозини кескин емонлаштиради.

Энг оғир оқибат Стилл синдроми – бўғим висцерал шаклда ва аллергосептик вариантларда кузатилади.

Профилактика. ЮРА нинг бирламчи махсус профилактикаси мавжуд эмас. Носпецифик профилактик чораларга, болалардаг реактивлиги узгарганда ва сурункали инфекция учоги булганида уларни врач томонидан назорат қилиш керак. Бу учокларни санация қилиш зарур, бундан ташқари умумий соғайтирув чораларини утқазил: касаллик қайталанишини олдини олишга имкон яратади. ЮРА билан касалланган болаларни диспансер назорати утқазилади. Назоратда педиатрлар ва ревматологлар, балки ортопедлар, окулист, физиотерапевт ва ЛФК врачлари хам катнашади. Уйда ва мактабда тартиб уюштирилади ва санатория-курорт даволаш утқазилади.

Назорат саволлари

1. ЮРА нинг диагностик критерийлари.
2. Касаллик неча ёшдан бошланади.
3. Бўғимларнинг симметрик зарарланиши қайси касалликка хос?
4. ЮРА қайси касалликлар билан қиёсий ташхисланади.
5. ЮРА ни даволашда қандай ЯКНВ қўлланилади.
6. ЮРА аллергосептик шаклига нима хос?
7. ЮРА ни лабаратор текширувларига нима характерли
8. LE хужайралар қайси касалликда аниқланади?

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-мавзу: Ферментопатияларни ташхислаш.

Режа

1. Болаларда ичак дисфункциялари синдроми, уларнинг келиб чиқиш механизмлари, ичак дисфункцияларининг дифференциал - диагностика мезонлари
2. Ферментопатиялар. Мальабсорбция тушунчасини бериш
3. Мальабсорбция, дисахаридаз етишмовчилик ва целиакия тарқалганлиги ва келиб чиқиши сабабларини муҳокама қилиш.
4. Даволаш, реабилитация, диспансеризация, профилактика усулларини муҳокама қилиш.

Таянч иборалар: целиакия, глиадин, лактаза, мальтаза, мальабсорбция, сурункали диарея, метеоризм, фермент.

5.1. Ичак дисфункцияси.

Ичак микроэкологияси муаммоси охириги йилларда факат педиатрларни эмас, балки бошқа соҳа шифокорларининг ҳам эътиборини узига жалб қилмоқда (гастроэнтеролог, неонатолог, инфекционист, бактериолог). Маълумки, болалар ҳамда катта ешдаги одамларнинг микроэкологияси филогенетик мураккаб динамик комплекс булиб, таркиби сон ва сифат жиҳатидан мураккаб микроорганизмлар ассоциациясидан иборатдир. Ичак нормал микрофлорасининг узгаришининг ж\да ҳам куп сабаблари мавжуддир. Бу узгаришлар вақтинча булиши мумкин -дисбактериал реакциялар, еки турғун бўлиши мумкин - дисбактериоз. Ичак дисфункциялари қуйидаги гуруҳларга булинади; 1. Функционал табиатли касалликлар. 2. Инфекция сабабли касалликлар. 3. Ошқозон ичак тракти нуксонлари.

Ноинфекцион диареялар. Мальабсорбция синдроми. Ноинфекцион диареялар орасида мальабсорбция синдроми асосий уринлардан бирини эгаллайди. Мальабсорбция синдроми - бу ичак ичи деворида овқат хазм қилиниши ва транспортининг бузилиши оқибатида келиб чиқувчи клиник қуринишлар комплексидан иборатдир. Болаларда энг куп учрайдиган шакли бу дисахаридазларнинг етишмовчилиги билан боғлиқ шаклидир - асосан лактазани хазм бўлмаслиги ва целиакиядир^{1,2}.

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.p. 3462
2. Current essentials Pediatrics. Judith M.Sondheimer. 2015, p. 157

Мальабсорбция синдромининг сабаблари хилма-хилдир.

- 1.Ошқозоннинг преэнтерал касалликлари.
- 2.Энтерал касалликлар - дисахаридозлар етишмовчилиги, целиакия.
- 3.Баъзи наслий ва тугма касалликлар.

Диагностика ва даволаш мезонлари

Мальабсорбция синдроми аниқ клиник курунишларга эга эмас. Дисахаридлар етишмовчилиги учун глюкозанинг сурилиши бузилиши тугма хлоридорея ва суюқ стул характерлидир. Муковисцидозда ва целиакияда эса стеотарея характерлидир. Мальабсорбция синдроми клиникасининг гетерогенлигини ҳисобга олганда, куплаб биохимик ва инструментал текширув усулларини куллашга тугри келади. Лекин асосий уринни тугри анамнез йиғиш эгаллайди.

Дифференциал диагноз утказиш учун касалликнинг биринчи белгилари қачон пайдо булганини билиш ката ахамиятга эгадир. Чакалоклик даврида бирламчи ва иккиламчи лактаза етишмовчилиги манифестация қилади. 2ойликдан 2 ешқача эса сахароза -изомальтаза етишмовчилиги катта ахамиятга эгадир.

Давоси. Мальабсорбция синдромида асосий даво чоралари - пархез даволовчи овқатлантиришдир. Бунинг асосида сабабчи овқат махсулотини аниқлаш ва элиминациясидан иборатдир. Бемор учун меню тузиш шифокордан катта малакани талаб қилади, бунда куйидагиларга ахамият бериш керак бўлади;

1. Гипотрофия даражаси ва овқатга толерантликни аниқлаш .
2. Оқсил ва еғларни хазм қилишда қатнашувчи аъзолар - жигар ва ошқозон ости безининг ҳолатини аниқлаш.
3. Болалар ичагининг осмотик юкламага таъсирчанлигини билиш.

5.2. Ферментопатиялар

Дисахаридлар етишмовчилигида парчаланмаган углеводлар ичак бўшлигида тўпланади, осмотик босим ошиб кетади ва бу эса ичак бушлигига ортикча сув тўпланишига олиб келади. Дисахарилар микрофлора орқали утилизация қилинади ва катта миқдорда органик кислоталар тўпланади . Бунинг оқибатида суюқ ва кўпикли ахлат пайдо бўлади, дисахарилар парчаланмаган ҳолатда фекалиялар орқали ажрала бошлайди.

Лактоза етишмовчилиги

Хомиладорлик даврида хомиланинг ичаги стерил ҳолатда бўлади . туғилиш жараёнида боланинг оғзи орқали она туғирик йўлларидаги микроорганизмлар колонизацияси содир бўлади. Бола туғилганидан 10 кун утгач, унинг ошқозон

ичак трактида бифидобактерия ва бактероидларнинг хар- хил штаммлари пайдо бўлади. Она сути билан боқиладиган болаларнинг ичагида бифидобактерийлар миқдори кўпроқ бўлади, 2 ешдан кейин болалар ичак микрофлораси катта ешдаги одамларнинг ичак микрофлорасидан деярли фарқ қилмайди.

Муквисцидознинг ичак шаклининг клиник курилиши ошқозон ости без ива ичаклар функциясининг бузилиши симптомларидан иборатдир. айниқса болани сунъий овқатлантиришга утказилганидан кейин бу симптомлар яққол намоён бўлади. клиникасида кўп миқдордаги, егли, епишқок стул характер лидир. кўпинча тугри ичакнинг тушиб қолиши кузатилади . Бошқа абдоминал синдромлардан бири бу корин соҳасида Оғриқлар пайдо булишидир. Оғриқлар хар -хил характерга эга-хуржсимон Оғриқлар, метеоризм, жигар соҳасидаги Оғриқлар ва ҳакозо.

Диагностикаси. Ташхис асосан касалликка ҳос булган симптомлар асосида қўйилади . Ташхис тер таркибидаги хлоридлар миқдорини аниқлаш орқали асосланади. Соғлом болаларда тер таркибидаги натрий ва хлор миқдори 40 ммоль/ л. дан ошмаслиги керак. Тўғри ташхис қўйишда бу ионларнинг миқдори 60 ммоль/ л. дан юқори бўлиши шартдир. Копрологиянинг текширилиши ҳам катта аҳамиятга эга, бунда нейтралё моддаларидан ташўари клетчатка ва крахмал доначалари ҳам кўринади.

Давоси. Балғам ёпишқоқлигини камайтириш мақсадида физик, химик усуллар комбинациясидан фойдаланишга тўғри келади. Ҳамма касалларга муколитик терапия берилиши шартдир. Унинг самарадорлиги постдурал дренаж билан биргаликда яна ҳам ошади , вибрацион массаж ва даволовчи физкультура ҳам яхши самаралар беради.

Ошқозон ости безининг функциясини язшилаш мақсадида панкреатин ва бошқа ичак ферментлари қўлланилади, масалан; полизим, панзинорм, мексаза ва бошқалар. Даволаш самарадорлиги стулнинг нормаллашуви ва ва ахлатда нейтрал ег моддаларининг йуқолиши ҳисобланади. Овқат моддаларининг ичакда сурилишининг бузилиши клиникада боланинг озиб кетиши ва ич қотиши билан характерланади, бунда фекалий да ег қолдиқлари кўринади, еки ахлат унитазга епишиб қолади . Лекин ҳамма болаларда озиш ва диарея синдроми бир хилда кечмайди. Бундан ташқари бемор болаларда витамин етишмовчилиги симптомлари яққол куринади, бундай клиник симптомларга ; бармок тирноқларида чизиклар пайдо булиши, шишлар пайдо булиши, еки кон кетишлар, тунги куз хиралашуви, хейлоз, глоссит, там билишнинг пасайиши милкларнинг қонаши, деменция, тетания, аменорея, кулок олди безларининг шиши ва яраларнинг ёмон битиши киради.

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.p. 3469
2. Current essentials Pediatrics. Judith M.Sondheimer. 2015, p. 199

Даволашнинг асосий принциплари.

Бола тугилганидан бошлаб сутсиз овкатлантиришга утказилиши керак. Сут урнини босувчи бир неча супъий аралашмалар таклиф этилган, уларнинг таркибига сут урнига соя ва миндал сутлари кирган. Овкат ингредиентларининг микдори худди сунъий овкатлантиришдаги булиши керак. Кушимча овкат нормадан бир аввал киритилиши керак. Бўтқалар сабзовот ва гўшт сувларида тайёрланиши керак. Сут махсулотлари рациондан камида 3 йилга чиқариб ташланиши керак.

Муковисцидоз.

Муковисцидоз - ошқозон ости безининг поликистозидир, систем касаллик булиб аутосом -рецессив типда тарқалади. Касаллик асосиза генлар мутацияси етади . Ага рота-она гетерозигот булса, оилада боланинг муковисцидоз касаллиги билан тугилиш хавфи 25 фоизни ташкил қилади. Гетерозигот наслий моиллик 2-3 фоизни ташкил қилади.

Клиникаси.

Касалликка полиморфизм хосдир. Куйидаги клиник курунишлари фарк қилинади;

1. Аралаш - упка-ичак шакли, 75-80 фоих холларда учрайди .
2. Респиратор шакли -15-20 фоиз холларда учрайди.
- 3 Ичак шакли - 5 фоиз холларда учрайди .

Анамнезида тугилишнинг биринчи кунларидан қайталама, огир кечувчи бронхитлар учрайди, доимий йутал, ичак дисфункциялари , озикланишнинг бузилишлари кузатилади. Клиник картинасида рнафас олиш тизимидаги узгаришлар доменантлик қилади. Епишкок шилликли балгам нафас йулларининг инфицирланишига олиб келади. Аускультацияда упка устида нам майда пуфакчали хириллашдар эшитилади.

Летал холатлар 50-60 фоизни ташкил қилади, айникса кўкрак ёшидаги болалар орасида летал холатлар кенг тарўалган. Муковисцидозга мойилликни аниқлашга ёрдам берадиган геннинг кашф этилиши бу касалликнинг эрта ташхисланишига катта ёрдам берди. Касалликнинг профилактикасида оилаларни тиббий-генетик консултациядан ўтказиш катта ахамиятга эгадир.

5.2. Целиакия

Бу - сурункали генетик детермициялашкан касаллик булиб, глютен оксилени хазм килолмаслик билан характерланади. Касаллик ичак шиллик каватининг атрофияси билан кечади. Целиакия касаллигининг тарқалиши хар-хил тадқиқодчиларнинг фикрича хар-хилдир, тахминан 1-500 дан 1-3000

гачадир. Касаллик патогенези хали охиригача номаълумдир. Касаллик аутосом - рецессив йўли билан тарқалади².

Касалликнинг 4 хил шакли мавжуддир:

Энтероцидларнинг генетик детерминант дефектлари орқали глицин парчаланганининг бузилиши билан кечувчи шакли .

Глютенга сенсбилизация ривожланиши туфайли ичак шиллик каватида аутоиммун процесснинг ривожланиши туфайли кечадиган шакли.

Ичак шиллик кавати эпителиоцитларининг тугма нуксонлари туфайли глициннинг патологик парчаланishi орқали келиб чикувчи шакли.

баъзи ташки таъсирлар туфайли ичак энтероцитларининг ичакда глицин сурилишининг бузилиши билан кечувчи шаклининг пайдо булиши. Умумий қабул қилинган ташхиси йук. Шакллари:

1. Типик шакли .
2. Атопик шакли.
3. Яширин шакли .

Типик шакли. Касалликнинг типик шакли асосан кушимча овқат киритилганидан. 1-2 ой утганидан кейин тахминан 8-12 чи ойларда ривожланади. Касаллик манифестацияси купинча инфекцион касалликдан кейин боҳланади. Касалликнинг биринчи белгиси асосан эмоционал лабиллик бўлади , иштаханинг пасайиши, тана вазнининг купаймаслиги кузатилади. Касалликка хос булган белгилар: Ич кетишининг кузатилиши. Полифекалия. Стеаторея. Кориннинг катталашуви. Тана вазнининг камайиши. Суюқларнинг тез синиши. Талваса синдроми. Полиурия. Полидипсия. Касалликнинг кечиши ремиссия ва зуриқиш даврлари билан кечади. Касаллик ташхиси учун серологик текширувлар утказиш мақсадга мувофиқдир. Конда антиглиадин антителоларни аниқлаш мумкин. Хозирги даврда конда антиглутаминазани аниқлаш мақсадга мувофиқдир ва албатта конда иммуноглобулин А ва иммуноглобулин G ни аниқлаш.

Давоси: умрининг охиригача глютенсиз овқатланиш тавсия этилади

Дисбактериоз.

Ичак дисбактериози-ичакда микобактериялар мувозанатининг бузилиши билан характерланади. Нормода одам организмида 300 дан ортиқ микобактериялар яшайди, уларнинг куп қисмини ичак овқат хазм қилишда иштирок этувчи микроорганизмлар ташкил қилади . Бола оламга стерил ҳолатдаги ичак билан тугилади , ичакда бактериялар пайдо булиши бола тугилиши билан бошланади, кейинчалик ичак микрофлораси пайдо булишида оғиз сути ва кейинчалик она сути роль уйнайди , лекин фойдали микроорганизмлар билан бир вақтда ичакда касаллик чакирувчи микроорганизмлар ҳам пайдо булла бошлайди , уларга қарши - лакто ва -

бифидо бактериялар ҳам юзага кела бошлайди. Лактобактериялар- ичакда патоген микробларнинг сони купайишини назорат килиб туради

Бифидобактериялар эса - одам организмига овқат ва хаво орқали кириб келувчи патоген микробларга карши химоя вазифасини бажаради. Бифидо ва лактобактериялар дан ташкари одам ичагида нопатоген ичак микрофлораси ҳам булиб, улар ичак инфекциясининг ривожланишига карши ишлайди, жигар вазифасини енгиллаштиради ва аллергия ривохланишининг олдини олади. Ичакда имкроблар мувозанатининг бузилиши ва бифидо-латобактерийлар сони камайиши билан патоген микрофлора купая бошлайди -бу холат дисбактериоз деб номланади. Дисбактериозда ичакда чириш процесси бошланади. Дисбактериознинг икки хил тури фарқланади - бирламчи ва иккиламчи. Бирламчи ичак дисбактериози болани эрта сунъий овқатлантиришга ўтказилганда ривожланади. Дисбактериознинг тўртта даражаси фарқланади. Касллик даражаси ичакни микробиологик текшируви натижасида аникланади^{1,2}.

Биринчи даражали ичак дисбактериозида болада хеч кандай клиник белгилар бўлмади, лекин болада қабзият ва кўнгил айниши кузатилиши мумкин. **Иккинчи** даражада стул суюклашади , иштаха пасаяди , боланинг умумий ахволи емонлашади. **Учинчи** даражали дисбактериозда -иштаханинг пасийиши, бола умумий ахволининг янада емонлашуви кузатилади. **Туртинчи** даражали ичак дисбактериозида боланинг умумий ахволи янада огирлашади , вазн камомати, тери копламларининг оқариши, иштаха пасайиши, шилликли ва суюк ич келиши тез -тез кузатилади . ТАШХИС - фекалий микрофлорасини текшириш орқали тасдикланади.

Ичак дисбактериозини **даволаш** ошқозон -ичак тракти микрофлорасини нормаллаштиришдан иборатдир . Зозирги вақтда ичак микрофлорасини нормаллаштирувчи хилма-хил дори препаратлари мавжуддир. Ичак микрофлорасини нормаллаштирувчи **махсус бифидо кефир** ва **бифидо йогуртлар** мавжуддир. Лекин ичак дисбактериозининг биринчи симптомлари пайдо булиши билан болани албатта мутахассисга курсатиш тавсия этилади. Пархез овқат рационидан бугдой махсулотлари, кондитер махсулотлари ва таркибида ун булган овқат махсулотларини бериш тавсия этилмайди. Ошқозон, ошқозон ости беги фаолиятини стимулловчи овқат махсулотларини болага едириш тавсия этилмайди . Овқатга ишлов бериш ; хамма овқат махсулотлари бугда пиширилади ва сувда кайнатилади. Касаллик клиникаси огирлик даражасига караб овқат махсулотлари майдаланган еки ғалвирдан утказилган холатда бўлиши керак. Овқатнинг кимевий таркиби ва энергетик балланти куйидагича булиши керак. Оқсиллар 100-140 г, ёғлар 100-120 г, углеводлар 3000-3700 г . Овқатнинг термик холати 57-52 градус

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.p. 3481
2. Current essentials Pediatrics. Judith M.Sondheimer. 2015, p. 321

5.4. Мальабсорбция тушунчасини бериш

Мальабсорбция синдроми деганда –ингичка ичакда нутриентлар, яъни витаминлар ва микроэлементлар сўрилиши натижасида келиб чиқадиган бузилишлар комплекси тушунилади. Хозирги пайтда бу термин таркибига хазм қилиш бузилиши синдроми ҳам қўшишмоқда, чунки бу синдромда ривожланадиган ҳар хил хазм қилиш бузилишлари иккиламчи равишда сўрилиш жараёнларини бузилишига олиб келади.

Целиакция – ичакда сўрилиш бузилишининг классик синдроми бўлиб, мальабсорбция синдроми ичида кенг тарқалган, бу куриниш дунё миқёсида учраши 1:1000 – 1:2000 ни ҳисобга олиб, бизнинг регионда бу касалликни аниқлаш паст деб айтсак бўлади. Бўшликдаги хазм бўлишни бузилиши билан кечадиган деворий (мембранадаги) хазм бўлишни бузилиши билан кечадиган у ёки бу нутриентлар сўрилишига жавобгар бўлган, энтероцитларнинг апикал юзасида жойлашган транспорт оқсиллар функциясининг бузилиши иккиламчи бузилиш – ингичка ичак шиллик пардаси атрофияси фонида хужайра ичи метаболизмнинг бузилиши ОИТ бутунлиги (транзити) бузилиши. энтероцитлар функцияси бошқарилишини бузилиши хужайра ичидаги хазм бўлишнинг етишмовчилиги бирламчи ёки иккиламчи энтеропатия билан боғлиқ бўлиб, унинг асосида генетик асосланган ёки орттирилган дисахаридлар ёки баъзи оқсилларни кўтара олмаслик ётади. II – урта оғир даража. Беморларда тана вазни сезиларли камаяди (50% ҳолларда 10кг дан ортиқ), поливитамин етишмовчилик ва электролитлар (калий, кальций) дефицити белгилари намоён бўлиши; анемия, жинсий безлар гипофункцияси. Кўпчилик беморларда тана вазни дефицити 10 кгдан ортиқ. Ҳамма беморларда поливитамин етишмовчилик ва электролитлар (калий, кальций) дефицити белгилари намоён бўлади; талвасалар, остеопороз, анемия, шишлар пайдо бўлиши мумкин; эндокрин тизимси дисфункцияси кузатилади. -қунига ўрта ҳисобда 5 – 8 марта ипир-ипир, кўпикли ич келиши (полифекалия).

-қоринни нисбий катталашини билан кечадиган озиш

-қоринда оғриқ (кўпроқ киндик атрофида).

-иштаҳанинг ўзгариши – бутунлай йўқолишидан тортиб, кескин ошишигача-оғирлик ва ўсиш кўрсаткичларидан орқада қолиши

1. -доимий чарчаш ҳисси-суяк тизимси жароҳатланиши-токсик энцефалопатия юзага келиши-терини аллергик жароҳатланиши – қичиши, қуриши-А, В,С группа витаминлари гиповитаминози.

-микроэлементлар етишмовчилиги юзага келиши

Беморларни оғир ҳолатида, дистрофик ўзгаришларда, буйрак усти беши етишмовчилигида, преднизолон ишлатилади(2 мг/кг тана вазнига 3 ҳафта мобайнида). Анаболик стероидлар, Ретаболил (0,5-1,0 мл ойда бир марта, неча марта қўлланилиши беморнинг бўйи ва тана вазни кўрсаткичлари ва суяк ёшига қараб белгиланади).

Беморларга талвасага мойиллик ва остеопороз бўлганда кальций ва витамин Д бериллади. Магний дефицитида магний сульфат (талвасаларда в/и га) ёки МАГНЕ В6 билан тўлдирилади. Гипокалиемия коррекцияси. А,Е,К,В1,В6,В12 витаминларини парентерал киритиш мақсадга мувофиқ. Ичак дисбиозлари касалликни чўзилиб кечишига ва асоратлар ривожланишига олиб келади. Бифидофлорани камайиши метеоризм, ич котиши ривожланишига шароит яратади, вазни камайишига олиб келади ва иммун тизим сусаяди.

Назорат саволлари

1. Дисахаридаза етишмовчилигини асосий клиник белгилари нима?
2. Дихсаридларни қабул қила олмайдиган ҳолатда қўлланадиган давога нима қиради?
3. Целиакиянинг қайси ташхиси қайси касалликлар билан ўтказилади?
4. Целиакияни муҳим белгилари нималардан иборат?
5. Целиакия клиник белгилари ривожланиши нимани истъеомол қилиш билан боғлиқ?
6. Глютенга бой маҳсулотларни кўрсатинг.
7. Орттирилган диареяларга нималар қиради
8. Болаларда алиментар диареяга олиб келувчи сабаблар
9. Дисахаридазани кўтара олмасликда нималар маҳсулотлар қўлланилади?
10. Муковисцедозда биринчи навбатда қайси органлар зарарланади?
11. Экссудатив энтеропатия патогенези асосида нима ётади?

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

6-мавзу: Буйрак касалликларини ташхислаш.

Режа

1. Гломерулонефрит касаллигига таъриф, сабалари, тарқалиши.
2. Касалликнинг патогенези. Зхамонавия концепциялар.
3. Гломерулонефритларнинг клиникаси.
4. Даволаш, реабилитация, диспансеризация, профилактика усулларини муҳокама қилиш.

Таянч иборалар: целиакия, глиадин, лактаза, мальтаза, мальабсорбция, сурункали диарея, метеоризм, фермент.

6.1. Гломерулонефрит касаллигига таъриф.

Гломерулонефрит (ГН) - бу генодекион аллергик, нўмалум табиатли касаллик бўлиб, унинг асосида буйрак коптокча аппаратининг диффуз ёки учокли йирингсиз яллигланиши ётади, ҳамда буйрак ва буйракдан ташқари симптомлари билан характерланади. Гломерулонефрит, ёки иммун гломерулопатиялар, гетоген касалликлар гуруҳи булиб, унга яллигланишнинг иммунологик клиник-морфологик белгилари хос. Бунда биринчи навбатда коптокча аппарати шикастланади.

Кўп ҳолларда «нефрит» термини ГН эквиваленти сифатида қўлланилади. Аслида, нефроннинг турли қисмида яллигланиши булганда нефрит ҳақида гапирилади. Диффуз гломерулонефрит - бу клиник термин, асосан гломерулопатияларнинг жараёнга бирламчи тартиби билан кечувчи, буйрак туқимасининг икки томонлама яллигланиши билан ифодаланади. У коптокчаларнинг сегментар ва факат бирламчи ГН термини. ГНнинг бириктирувчи туқима тизимли касалликларни ёки сурункали инфекциялар билан боғлиқ булмаган ҳолда алоҳида ривожланишини англатади. Диффуз ва бирламчи ГНлар синонимлар ҳисобланади. Ўткир ГН-стрептококкли касалликлардан сунг ривожланади ва циклик кечади. Сурункали ГН-тулқинсимон чузилган латент кечувчи ГНнинг эквивалент ҳисобланади. Бунда жараённинг зурайиш характерига эга эканлиги ва буйрак туқимасида дистрофик ва склеротик узгаришлар булиши кузда тутилади.

«Тез ривожланувчи» ГН-касалликнинг салбий кечувчи шакли булиб, Ўткир бошланди ва хавфли кечади ва купинча бир неча ой ичида сурункали буйрак етишмовчилигига олиб келади. ГНнинг гематурик шакли клиник курсаткичи бўйича сийдик синдромида ва эритроцитларнинг булиши курсатиб утади. Бу патологик гуруҳга Ig A-нефропатия (Берже касаллиги) киради. ГН гематурик шакли «никоби» остида ҳар хил гломерулопатик, тубулоинтерстинал туқималар ва буйрак томирлари касалликлари ётади.

ГНнинг аралаш шакли-морфологик асоси коптокчаларнинг склерозланиши булган проградент характерли, яққол булган ренал ва экстраренал куринишларда кечувчи оғир касалликдир. «Сурункали ГН бироз ёки алоҳида сийдик синдроми билан» ташхисда биопсия натижалари билан тасдиқланиши шарт. Ташхисда морфологик узгаришлар типи, кечиш варианты, жараён активлиги даражаси ва буйраклар дисфункцияси характери курсатилиши керак.

Эпидемиологияси. Ўткир ГНнинг баъзи симтомларини тахлил қилган Гнатюк (1980) нинг таъкидлашича, охирги 20 йил ичида касаллик курсаткичи секин аста, сезиларли даражада ошди, (1953-1963 йиллар 3,5 ; 1970-1975 йилларга келиб 20.8 фоизга ошган). Касалликнинг шишларсиз, гипертензиясиз кечувчи моносимптомли хили 3 марта ошган. Албатта бу болаларга нисбатан жамлаштирувчи «Нефрит» терминидан фойдаланиш мумкин, бироқ уларнинг бир қисмида нефритга ухшаш касаллик булиши мумкин деб уйлаш мумкин.

ГН манифестацияси ва хатто ривожланишнинг куп даражаси шу регионда устунлик қилаётган у ёки бу инфекцияга боғлиқ. Хусусан маляриядан сунг ривожланувчи нефрит Африка когнтинентининг куп мамлакатларига хос, постстрептококкли нефрит-Малайзия учун хосдир. Шуни эсда тутиш керакки, постстрептококкли нефрит антибактериал таъсирларга чидамли микроб шакллари келиб чикканлиги билан боғлиқ булиши мумкин.

Этиологияси. Ўткир гломерулонефрит (УГН) этиологиясида куйидагилар фаркланади.

1.Стрептококкли инфекцияга (купинча бу бетта–гемолитик стрептококкнинг А гурухи 1:2:4 типлари). Ангина, стрептококкли импетиго ва бошка касалликларни утказгандан сунг.

2.Стафилоккок

3.Пневмококк

4.Вируслар: цитомегаловируслар. (Япон пулецияси ёш болаларда УГН чакиради).

5.Малярия плазмодийлари, захм кузготивчиси.

6.Шунингдек УГН бошка сабаблар натижасида ривожланиш мумкин.

1.Эмлашдар, дори воситалари.

2.Илон ва ари захарлари.

3.Организмни совукда қолиши.

УГН наслий табиатли булиши хам мумкин. Бу Альпорт синдроми ва Гудпасчер синдроми.

КБМ—бу калинлиги 300нмли 3 каватли матрикс гликопротеидлардан иборат, уз ичига фибропептин, ламинин, 4-тип коллаген, манфий зарарланган гепарансульфат протеогликанларни олади.

4-тип коллагеннинг турли вариантли занжирлари бор, улар кз навбатида g6 гача 4 тип коллаген деб белгиланади. Хар бир занжирни уз гени кодлайди. Бу генлар жуфт холда 3та турли хромосомаларда жойлашади. 4 тип коллагенининг 2 та занжири билан энг мухим клиник синдромлар боғлиқ: Альпорт, Гудпасчер.

6.2. ГН патогенези (замонавий концепциялар).

Хозирда УГН патогенези КБН шикастланиши хакида аввалги фикрлар йук. Бунга депозитлар утиришини тушинтирувчи куплаб назариялар мавжуд, аммо биз коптокчалар шикастланишини етарли тушунтирувчи иккитасида тухтаб утамиз. Буйрак коптокчаларида яллигланиш реакцияси (эпителиал ва мезенхимал хужайралар пролиферацияси, экссудатив узгаришлар) иммун хосилалар таъсирида ривожланади, бунда иккиламчи патогенетик омиллар сифатида ивитувчи тизим, комплемент тизимси иштирок этади.

Нефритоген стрептококклар патогенлик хусусиятини намоён килувчи маълум АНГ тутди. Бу АНГ гепарансульфатпротеогликанлар хисобига манфий зарядга эга булган капилляр базал мембранаси билан боғланади. Натижада структуралар бир-бири билан бирикади. Бу жараён давомида бириктирувчи тукима дезорганизацияси руй беради. Фиксацияланган АНГ га мос иммуноглобулин G ишлаб чиқаради, лекин баъзан иммуноглобулин M, A ишлаб чиқариши мумкин. 3 ёшгача булган болаларда КБМ тартибига неонатал типдаги ПНГ киради, қайси КБМнинг неоколлаген структураси билан боғланган. Бу АНГ га АНТ хосил булмайди ёки жуда секин хосил бўлади. Гудпасчер синдромини 3 ёшгача булган болаларда учрамадлигини шу билан тушунтириш мумкин.

Иккинчи механизм. Бола организмига инфекция тушади. Тушган АНГга нисбатан мос равишда IgG2, IgG3, IgA хосил буади. Конда айланиб юрувчи ИХлар хосил бўлади. Лекин IgG макрофаглар (вазифаси ИХлар элиминацияси) рецептори билан кам ухшашликка эга, шунинг учун ИХлар конда узок айланади. ИХларни КМБга фиксацияси ҳам заряд хисобига амалга ошиши мумкин. Яъни мусбат зарядланган. ИХ КМБга ёпишади. Натижада ута сезувчанликнинг секин турида КМБда иммун яллигланиш ривожланади. Бу механизм Ўткир ва Ўткир ости ГН учун характерли. Агар бириктирувчи тукима (шунингдек унинг ноколлаген структураси) АНГ сифатида юзага чиқса аутоиммун яллигланиш ривожланади, яъни КБМ аутологик ИХларни тутди. Бунда ута сезувчанликнинг секин турли намоён бўлади. У ГНнинг мезангиал шакли билан ифодланади. Хусусан иммунокомплекс механизмига қоринда купрок учрайди¹.

КБМ шикастланишига гумарал реакциялар жавобгар - катта роль комплемент тизимсига қаратилган. Буйрак коптокчаларининг энг оғир шикастланиши иммунологик реакцияларининг иккинчи турида бўлади.

Комплемент активацияси - кетма-кет комплементнинг маълум 11та компоненти хосил бўладиган мураккаб жараён АГ, АТ ва комплементдан иборат комплекс таъсирида мембранадан катионлар транспорти кескин узгаради, калий хужайрадан ташқарига чиқади ва осмотик лизис

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.p. 726

кузатилади. Жараёнга буйрак тукумасини кушилишида асосий урин комплементининг С3 реакциясига каратилган.

Комплемент активациясининг иккита йули мавжуд: тугри ва альтернатив тугри йулда IgG ва IgM синфига кирувчи АТ билан АГ узаро муносабатда бўлади ва С1-С3 оркали С9 томонга каскад реакциялар кетади. Айлана йул билан активацияланганда тугридан-тугри АГ, АТ реакцияси кузатилмайди. Бу холда лимфоцитлар, полисахаридлар, мембранолиз махсулотлари, плазма оксиллари (пропердин) билан таъсирлашади ва С3, колган занжирлар тугридан-тугри активланади. Комплементнинг айланма йул билан активланган ГВ, Берже касалликлари ривожланишда катта роль уйнаши хозирда исботланган. Конда циркуляцияланадиган ва капиллярлар БМга фиксацияланадиган биринчи навбатда коптокчалар Бмга, ИХлар «тукумани шикастлашдан саклаш»га каратилган тизимда кетма-кет узгаришлар чакиради. Булар ичида мухим урин гемостаз тизимсига каратилган. Бу тизим активланиши локал гиперкоагуляция курунишида бўлади.

Коптокчаларга фиксацияланган ИХ лар таъсирида капиллярлар эндотелияси шикастланади, тромбоцитлар ва бошка шаклли элементлар агрегацияланади, капилляр стази кузатилади: прогрессияланувчи ГНда фибринолиз депрессияси, паракоагуляция кузатилади ва коптокча капсуласи бушлиги ёнида фибрин тупланишига шароит яратади, бу эса склеротик шакллари ривожланишига шароит яратилади, бу эса склеротик шакллари ривожланишига асос бўлади. Шунга боглик холда ГН турли шаклларида турли характер ва даражадаги ДВС-синдром ривожланади. ГНда учровчи ДВС синдром куруниши булиб хисобланади: коптокчада фибрин топилиши, плазмада, конда ва сийдикда ПДФ ва фибриноген топилиши. Гемостаз бузилишида простагландин, каликреин-кинин тизимси иштирок этади. Бунда ривожланувчи циркулятор ва нейроэндокрин силжишла-ГНнинг клиник курунишларни тасдикловчи турли хил синдромларга олиб келади.

Патологик анатомияси. Топографиясига кўра интра ва экстракапилляр хиллари фаркланади, яллигланиш характерига кура - экссудатив, пролифератив ва аралаш турлари мавжуд, кечишига кура: 1) Ўткир; 2) Ўткир ости; 3) сурункали яллигланиш жараёни, таркалганлигига кура: 1) диффуз; 2) учокли.

Ўткир ГН-дастлабки кунлари коптокчалар гиперемияси устунлик қилади, кейинчалик эндотелий ва айникса мезенхимал хужайралар лейкоцитар инфильтрацияси кўшилади. Шунинг учун куйидаги фазалар фаркланади:

1. Экссудатив
2. Экссудатив-пролифератив
3. Пролифератив

Баъзан ўткир некротик ГН куринишида учраши мумкин. Буйрак катталашган ва шишган. Пирамидалар қорамтир ва кизил рангда, пустлок кулранг симон кунгир рангда, кесма юзасида майда кизил тошмалар куринади. Бу узгаришлар кайтар булиши ёки бир йилгача сакланиши ва сурункали ГН га утиб кетиши ҳам мумкин.

Ўткир ости ГН - бу тез ривожланувчи, хавфли ГН. Унга нефротелий ва подоцитлардаги экстракапилляр продуктив узгаришлар хос булиб, яримойсимон хосилалар хосил қилади. Буйрак қизил кўринишида бўлади.

Сурункали ГН-иккита шаклда учрайди:

- 1) мезангиопротлифератив-нисбатан хавфсиз кечади.
- 2) мезангиокапилляр гломерулонефрит-тез ривожланади ва буйрак етишмовчилигига олиб келади.

Буйрак куриши: катта, рангпар, пустлокда сарик доғлар билан .

Фибропластик – сидероз ва гиалиноз жараёнлари устунлик қилади. Бу жараён диффуз ёки учокли булиши мумкин. Одатда буйраклар кичик, каттиқлашган, юзаси майда донадор.

Бирламчи гломерулонефрит таснифи.

Гломерулонефрит шакли	Буйракдаги жараён активлиги	Буйраклар функцияси
Ўткир ГН	Бошлангич куришилар даври	Буйраклар функцияси бузилмаган
Нефротик синдром билан	Ортга ривожланиш даври	Буйрак функциясини бузилиши билан
Алохида сийдик синдроми билан Нефротик синдром билан Гематурия ва гипертония билан	Клиник-лаборатор ремиссия	Ўткир буйрак етишмовчилиги
Сурункали ГН	Авж олиш даври	Буйрак функцияси бузилишисиз

Нефротик шакли	Кисман ремиссия даври	Буйрак функциясини бузилиши билан
Гематурик шакли	Бутунлай клиник лаборатор ремиссия даври	Сурункали буйрак етишмовчилиги
Аралаш шакли Ўткир ости (хавфли) ГН		Буйрак функциясини бузилиши билан. Сурункали буйрак етишмовчилиги.

Хозирги кунда жахон тиббий амалиёти ва МДХ давлатлари буйича нефрит ташхисини куйишда Панаян А.В. ва Савенькова Н.Д.(1997) таснифномаси кўлланилмокда.

Гломерулонефрит таснифномаси. Панаян А.В. ва Савенькова Н.Д.

Гломерулонефрит шакллари	Кечиши буйича	Этиологик омил буйича	Буйракдаги жараён активлиги буйича	Буйрак функцияси буйича
<p>А. Бирламчи</p> <p>1. - Бирламчи А)нефритик(гематурик) Б)нефротик - Иккиламчи</p> <p>2. Фаоллик даражаси буйича - Актив - Ноактив(клиник-лабаратор ремиссия тулик кисман)</p> <p>3. Огирлиги буйича - Уртача огир - Огир - Жуда огир</p> <p>4. Глюкокортикоид терапияга жавоб варианты буйича - Гормонга сезгир - Гормонга боглик - Гормонга чидамли</p> <p>5. Кечиши буйича - Ўткир - Персистик - Тез прогрессирланувчи (хавфли ярим Ўткир)</p> <p>6. Буйрак функцияси буйича - Сакланган(БЕ) - Ўткир давр буйрак етишмовчилиги(УДБЕ) - Сакланган(БЕ) - Ўткир давр буйрак етишмовчилиги (УДБЕ)</p>	<p>1.Ўткир 2.сурункали Кайталанувчи Персистик Прогрессивланувчи Клиникаси буйича Нефротик Гематурик Аралаш Буйракдаги жараён Фаолиги буйича Кайталаниш Даври кисман ремиссия тулик клиник-лабаратор ремиссия Буйрак функцияси буйича Узгаришсиз Бузилган СБЕ (Винница 1976) 3.ярим Ўткир (Тез прогрессияланувчи) хавфли</p>	<p>1.инфекцион 2.постинфекцион (Maurer S. Shail.1976)</p>	<p>1. бошлан-гич симптом - лар даври. 2. оркага ривожлниш даври . 3. сурункалига утиш даври. (Винница 1976)</p>	<p>1.буйрак функцияси узгармаган 2.буйрак функцияси бузилган. УБЕ</p>

УБЕ ва СБЕ 7. Асоратлари - Нефротик криз - Буйрак эксклампияси - Тромбоз ва инфекция - Дори асорати В. Аралаш С. Морфология буйича ГН - Минимал - Мембраноз - ФСГС - Мезангиопролифератив - Мембранозно-пролифератив - Экстракапилляр - Полулен ва фибропластик - Узгаришлар				
---	--	--	--	--

6.3. Касалликнинг клиникаси.

Ўткир ГНнинг клиник кетиши, курилишлари ва лаборатор курсаткичларини кискача характерлаш мумкин эмас.

Ўткир ГН, А гуруҳга кирувчи беттагемолитик стрептококк чакирган, утказилган фарингитдан 7-14 кундан сунг ёки утказилган пиодермиядан 14-21 кундан сунг ривожланади, шунингдек Ўткир ГН утказилган вирусли инфекциядан кейин ҳам ривожланади, яъни гриппдан кейинги даврдир. Барча беморларда (85-95%) УГН циклик кетишини ифодаловчи 3та даврдан иборат.

1. Бошлангич давр.

2. Симптомларни ортга ривожланиш даври.

3. Тўлиқ клиник-лаборатор ремиссия даври.

10-15% холларда УГН циклик кечмайди (салбий) ва ривожланиш давомида сурункали шаклига трансформацияланиши мумкин. (СГН)

Шунингдек асорати туфайли летал холатга олиб келиши ҳам мумкин. Масалан УБЕ асорати туфайли аксарият беморларда 4-6 хафта мобайнида юзини шишганлиги, тери копламлари ранг-парлигини ва диурез 200-300 мл/суткасига камайганлиги аникланади. Сийдик ранги хира, баъзан гушт ювундиси рангида. АБ биров кутарилган (130-180-150-190 мм.сим.уст.), баъзан корин ва бел сохасида номаълум огриклар, бош огриги ва кушиш кузатилади¹.

Кейинги 5-9 кун мабойнида кўз туби узгармаган холда гипертензия ошиши мумкин. Бу даврда гематурия макрогематурияга етиши мумкин.

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.p. 739

Протеинурия 0,5-3,5г/кун етади, баъзи беморларда унчалик катта булмаган, киска муддатли (3-5 кун) лейкоцитурия (10-20 мл суткасига) шунингдек эритроцитар цилиндрурия кузатилади. Купинча анемия, лейкоцитоз, эозинофилия бўлади. Буйраклар функцияси бузилмаган ёки биров бузилган. Ренал функцияларни сезирани бузилганлигини ифодаловчи УБЕдаги олигуриядан фаркли уларок, бу олигурияди сийдик нисбий зичлиги юкори бўлади (1013 гача).

Коптокчалар камроқ пасайган (50-60 мл/мин эндоген креатинин клиренси бўйича). Концентрациялаш ва Н⁺ионлари экскреция килиш чекланиши мумкин, Сбн1206 максимал реабсорбцияланади. Зардобди мочевино микдори ошиб

(«Ўткир давр» гиперозотемиyasi), 3-5 кун мобайнида сақланади.

Касаллик циклик кечганда 2-3 хафта охиридан бошлаб симтомлар оркага кайта бошлайди, гипертензия ва шиш, гематурия, протеинурия аста секин камаяди ва йуколади. Алохида симтомлар 6 ойдан куп вақт сақланса сурункали шакли хакида гапириш мумкин.

УГН бошлангич даврида кузатилади:

- 1) Ўткир нефротик синдром-шишлар, гипертензия, гематурия, протеинурия – 2 г/кун ва ундан куп.
- 2) Алохида сийдик синдроми - гематурия, шиш ва гипертензиясиз, протеинурия
- 3) Нефротик синдром - шишлар, протеинурия 2,5 г/кундан куп, гиперлипидемия. Бошлангич даврида гипертензия фониди ва Ўткир буйрак етишмовчилиги кузатилиши мумкин, шунингдек УБЕ каби кичик асоратлар руй бериши мумкин.

Академик Шанин таърифлашича нефротик синдром - бу организм патологик холати булиб, сийдик билан урта молекулали оксилларни йукотиш ва унинг кон плазмасида концентрацияси камайишига каратилган гомеостаз тизимсининг реакцияси хисобланади.

Протеинурия жараёнида организм кичик ва ўрта ўлчамли (5.5 нм гача) оксиллар, эритропоэтин, транспорт оксиллари. Бунга жавобан жигарда липопротеин ишлаб чиқариш функцияси ошади. Жигар массаси катталашган. Бу ерда альбумин ва трансферрин билан бир каторда ультрафиолетга тушмаган йирик оксиллар-аполипопротеин В, Е фибриноген хосил бўлади.

Уларнинг кон зардобиди микдори ошади. Кон плазмаси таркиби бутунлай узгарган. ОНКО – ва ОСМО тик бисим тушади. Бу плазмани томирдан ташкарига - интерстицийга чиқишини таъминлайди. Шиш хосил бўлади. Хужайралараро суюклик хажми ошади бу буйракнинг натрий уритик гормонга нисбатан ареактивлигини, шунингдек паренхимасидаги патологик

узгаришлар натижасида бўлади. Лаборатор текширишлар натижасига кура жигарда оксил хосил булиши 4 марта ошади. Шунга карамасдан оксил микдори нормага нисбатан 25% га тушиб кетади (хусусан альбумин). Баъзи оксилларни йукотиш жигарда улар синтезнинг интенсивлигини ошириш билан тулдириб булмаганидек, нефротик синдром эритропоэтин етишмовчилигини, трансферрин йукотишидан анемия билан кечади. IgL йукотилиши натижасида ортирилган иммунодефицит ҳолати юзага келади. Шунингдек гормонлар ташувчилари етишмовчилигидан эндокринопатиялар вужудга келади. Альбумин билан боғланган эстроген ва андрогенларни йукотилиши натижасида клиник жihatдан сезиларсиз гипогонадизм ривожланиши мумкин. Яна витаминлар ташувчи оксиллар ҳам йукотилади - рахит ривожланади (витамин Д етишмовчилиги), сийдик билан кичикрок оксиллар (ивиш ингибиторлари- антитромбин 111, С ва S оксиллар) йукотилади - гиперкоагуляция ривожланади. Буйрак веналари тромбози юзага келиши мумкин. Жигарда липопротеинлар куп ишлаб чиқарилишига жавобан конда холестерин микдори ошади.

УГНни сурункали шаклга (5-15% ҳолларда) утиши-сурункали ГН дейилади. СГН куйидаги касалликларда ривожланади.

- 1) Мембранопротролифератив ГН
- 2) Мембраноз нефропатия
- 3) Альпорт синдроми
- 4) Тизимли кизил югурик (СКВ)
- 5) Диффуз гломерулосклероз
- 6) Геморрагик васкулит
- 7) Тез авж олувчи ГН
- 8) Берже касаллиги.

СГН нинг 3-та шакли фаркланади:

1) Нефропатик шакли - мактаб болаларда кайталанувчи кечишга эга. Клиник жihatдан турли даражадаги шишлар, 2,5 г/кундан ошган протеинурия, диспротеинемия, гиперлипидемиялар билан ифодаланади. Морфологик коптокчаларда минимал узгаришлар. Кам ҳолларда мезангиопротролифератив ва бошка узгаришлар. Буйрак функцияси сакланган. Кортикостероид ва цитостатик препаратлардан фойдаланиш ижобий натижа беради. Гематурия ва гипертензия кузатилмайди¹.

2) Аралаш шакли - асосан мактаб ёшдаги болаларда учрайди. Клиник нефротик ва гематурик синдромларни кушилиши билан характерланади. Шуниндек уларга гипертензия кушилиши ҳам мумкин (прогноз салбий). Коптокчалар филтрацияси ва буйракнинг концентрация функцияси барвакт бузилади буйрак биоптатида кузатилади. СБЕ бу шаклини авж олиши танланган даволаш муддати ва усулларига боғлиқ.

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.p. 815

3) Гематурик шакли – гематурия шаклида факат сийдик синдроми билан номоён бўлади. Микро- ва макрогематурияга бирозгина протеинурия (1г/кунгача) кушилиши мумкин. Буйраклар функцияси сакланган, АБ нормал. Буйрак биоптатада учр холларида диффуз МПГИ, каналчалар эпителийси дистрофик узгаришлари, интерстициал тукима учокли склерози аникланади. Люминисцент микроскопияда Ig G, M, комплемент фибриннинг ошиши кузатилади. 40-50% холларда иммуноглобулин А нинг олдида ёки тотал огиши кузатилади. Ig G нормал даражада булганда зардобда иммуноглобулинлар ошади. Бундай вариантли ГН, уни биринчи булиб тарифлаган автор номи билан Берже касаллиги дейилади (ёки IgF-ГН). Глютеннинг антиген стимуляцияси IgA гиперпродукциясини инкор этмаган холда, касаллик ривожланиши персистерловчи вирус инфекцияси билан боглик деб тахлил килинади.

Ташхиси ва солиштирма ташхиси. УГНни ташхиси юкорида айтилган инфекцион (купинча стрептококкли) ва неоинфекцион факторлар таъсир этгандан сунг тусатдан бошланиши, шунингдек асосий симптомларни кушилиб келиши (шишлар, гипертензиялар, сийдик синдромига) кура куйилади.

УГНни СГН фарклаш лозим. СГН 1 йилдан ортик давом этади, ГНнинг турли морфологик турларида экссудатив компонентлари суст ривожланган иккиламчи ГНдан, буйраклар тугма дисплазияси натижасида ривожланган ГНдан, пиелонефритдан фарклаш лозим. Алохида сийдик синдроми (гематурия, унча катта булмаган протеинурия) буйраклар функциясининг сакланганлиги, Ig A ва Ig A сакловчи ЦИК асосидаги Берже касаллиги гломеруляр чукмалар, айнан Ig A СГН нинг гематурик шаклига ташхис куйишда асос бўлади. ГНнинг ушбу шаклини гематурия ва протеинурия, каналлар функциясининг чекланиши билан номоён булиши, алмашинув ва бошка табиатли интерстициал нефритдан фарклаш лозим.

ГНга шубха килинганда кандай лаборатор текширувлар килинади:

- Сийдик тахлили
- Зардобда компонентни аниклаш (С3 ва С4)
- Зардобда стрептококкга карши антителоларни аниклаш
- Антинуклеар омилни топиш
- Гепатит В маркёрларини топиш
- Антинуклеар цитоплазматик антителолар титрини аниклаш

Ўткир диффуз Гнни буйракни токсик шикастланишидан, Ўткир пиелонефритдан, ДВС - синдроми ёки у билан боглик патологик холат, гемолитико-уремик синдромдан, тромботик,тромбоцитопеник пурпураддан, СГН зурайишларидан, ирсий нефритдан дифференциялаш лозим. Болаларда буйракни токсик шикастланишлари, Ўткир инфекцион касалликларда

микроорганизмнинг буйраклар томир тизимсига токсикосклеротик таъсири остида ривожланади. Буйракнинг токсик шикастланиши кам ифодаланган сийдик синдроми билан намоён бўлади (сийдик оксиди, микрогематурик, сийдик чуқмасида якка цилиндр ва буйрак эпителийлари) кайсики инфекция касалликлар авжида топилади, кейин йуқолиб кетади

УГНни бирламчи ўткир пиелонефритдан фарқлаш кейин. Лекин охирига яккол умумий интоксикация, анорексия, кунгил айнаш, қусиш, тана вазнини йуқотиш, чанқаш, яккол намоён булган дизурия, нейтрофилурия, бактериурия хос. УГН учун характерли: шиш синдроми, артериал гипертензия, гематурия, олигурия буйракнинг концентрациялаш функциясининг бузулиши.

Гемолитик-уремик синдромлари, ошқозон - ичак ўткир касалликлари, бир канча дорилар ичиш натижасида келиб чиқади. Касаллик эрта ёшда бошланади (2-3 ёшгача). Гемолитик- уремик синдром учун ўткир ривожланувчи гемолитик анемия, гемолитик синдром билан бирга келувчи тромбоцитопения характерли. УБЕ келиб чиқиши мумкин. ўткир ГН чузилган формасини сурункали ГНнинг ўткирлашиш даври билан фарқлаш керак. Бунда анамнези чуқур текширилади. Бундан олдин бемор буйрак касалликлари билан оғриганлиги, сурункали учоқлар бор ёки йуқлиги аниқланади.

Шуни айтиб керакки сурункали ГН ўткирлашиши бирор инфекция 2-4 кун утгандан сунг бошланади. ўткир ГНда бошланиш даври узокрок (14-12 кун), агар ўткир ГН анамнезида умумий интоксикация белгилари борлиги, артериал гипертензия, анемия, диспротеин- ва гипопротеинурия, буйрак канали функцияси бузилиши, буйракда кетаётган жараёнлар бир йилдан ортик давом этаётган булса - бу сурункали ГН эканлигидан далолат беради.

6.4. Даволаш (этиотроп ва патогенетик).

1. Режим ва электролит балансини сақлаш
2. Антибактериал терапия
3. Витаминотерапия
4. Гипотензив терапия
5. Диуретик моддалар
6. Патогенетик терапия
- 6.1 Глюкокортикоидлар
- 6.2 Иммунодепрессив моддалар

Режим ва электролит балансини аниқлаш. ўткир ГН да касаллик бошланишидан 1,5 ой ичида ётоқ режим белгиланади. Ярим ётоқ режимга-верандаларга чиқканда рухсат берилади. Эркин касалхона режимида-бола сайр қилиши керак, массаж ва пархез белгиланади.

Буйракка боглик булмаган даври эканлигидан катъий назар бундай беморларга аллергия чакирувчи мевалар, куп туз ейиши, экстрактли моддалар катъиян ман килинади.

Бундай беморларга мева ва сабзавот махсулотларини, стероид терапия утказиш даврида эса куритилган мевалар (К⁺тутувчи) тавсия этилади. ГН Ўткир фазаси 2-3 актив даражасида касаллик Ўткирлашганда хайвон оксиди, чекланган тузсиз овкатлар бериледи. Шунини ёддатутиш керакки, тузсиз архездеги озик – овкат таркибида Na тутганлиги (20 ммоль Na) сабабли гипонатриемия келиб чикмайди.

Ион мувозанат бузилиши-гипокалиемия, бу мушак кучсизланиши, парези, ичак утказувчанлиги бузилиши, запорлар, ритм бузилиши, фибриляцияга олиб келади.

Калий эритмаларини юборишнинг максимал тезлиги ва концентрацияси К⁺ни коррекция қилиш учун юборилади. Бунда К⁺ эритмада 40 мекв/л (агар периферик венага юборилса) микдорда булиши керак. Инфузия тезлиги бунда 0.3 мекв/кг/с булиши керак. Агар тез юборилса парестезия ва флебитга, юрак фаолияти тухташига олиб келиши мумкин. Агар боланинг хаёти хавф остида булса (ритм бузилиши, фибриляция) унда 1 мекв/кг/с гача инфузия тезлигини ошириш мумкин. Натрийнинг камайиши гипонатриемия дейилади. Агар клиник симптомлари бошланса коррекция килинади. У турлича булиши мумкин: ошкозон-ичак бузилишидан тортиб, рухий статус бузилиши, талваса ва комагача булиши мумкин. Бу беморларга 3% гипертоник эритма юборилади. 1 мл эритма юборганда Na концентрацияси 1 мекв/л га ошади.

Антибактериал терапия. Постстрептококк ГНда актив антибактериал терапия пенициллин ва шу каторга кирувчи полусинтетик препаратлар билан касаллик бошланишидан 1.5 ой ичида утказилади. Касаллик манифестацияси бошланишдан 1.5-2 ой инфекция учоклари пайдо булса, сурункали тонзиллитда оператив санация утказилади. Узок муддат стероид терапия утказилиши антимикроб химоя ишлатишга сабаб бўлади. Аммо бу асоратлар ичида дисбактериоз 1чи уринда туради. Бунда ичак микрофлорасини танлаш учун колибактерия, лактобактерия, бифидумбактерия, бификол каби препаратлар ичирилади. Антибактериал препаратлар ичида ГНни даволаш учун нефротик таъсирга эгалари (мономицин, канамицин) қўлланилмайди. Болада тонзиллэктомия операциясини тугри бажариш учун операция уз вақтида белгиланиши ва 10 кун давомида (операциядан сунг) антибиотик ва антигистамин препаратлари қўлланиши керак.

Витаминотерапия. Ангиопротектив таъсур учун витамин С кам дозада бериледи. Витамин А (ретинол) бириктирувчи тукима дезорганизациясига каршилиқ қилади. Витамин Д антирахитга эффект беради. В группа витаминлари хам қўлланилади.

Гипотензивтерапия. Гипотензив моддалар 4 гурухга булинади. 1-гурухга МНСни тинчлантирувчи препаратлар: валериана, пустырник киради. Улар гиперкортицизм белгилари пайдо булганда қўлланилади. 2-гурухга антиадренергик моддалар: рауфольвин, клофелин, ганглиоблокаторлар киради. 3-гурухга нитропруссид ва апрессин киради. Бу моддалар ГНни даволашда хозир қўлланилмайди. ГНни даволашда асосан 4-гурух препаратлари диуретиклар купрок қўлланилади. Хозирда гипотензив моддалар: нифедипин, кальций каналлари блокаторлари: каптоприл қўлланилмокда.

Ўсмирларда артериал гипертензияда кандай текширишлар утказилади? Бунда буйракнинг яширин патологиясини, хирургик коррекцияга олиб келувчи бузилишларни аниклаш учун текширув олиб берилади. Агар оилавий анамнезида эссенциал гипертензия булса текширувлар натижасиз хисобланади.

Текширув: сийдик тахлили, креатин, мочевиани аниклаш, буйраклар КЗИси, агар болада диастолик босим 120 мм.сим.уст. булган гипертензия булса- ангиография утказилади.

Диуретиклар. Нефротик характердаги шишларда гипотензив моддалар, тузсиз диета, ёток режими қўлланилади. Нефротик ва аралаш генезли шишларда диуретиклар қўлланилади. Диуретиклар таъсир механизмига кура 3 турга булинади.

1-гурухга салуретик моддалар (дихлотиазид, фуросемид, урегит, бринальдекс) киради. Дихлотиазид ГНда шиш булганда қўлланилади. Фуросемид - яккол ёки унчалик яккол булмаган нефросклеротик узгаришларда қўлланилади. Диуретик эффект 4 соат ичида 1-5 мг/кг бола огирлиги дозасида кузатилади. Гипотиазиддан фаркли равишда фуросемид кам микдорда К+уретик таъсир курсатди. Буйраклар функцияси бирданга пасайиши- склеротик жараёнларда алохида транспорт тизимлар бузилади ва диуретик моддаларга нисбатан сезгирлик ошади.

2- гурухга организмда К+тутиб турувчи моддалар киради (альдактон ва верошпирон).

3- гурухга томирда осмотик босимни узгартирувчи моддалар киради. Уларга маннит, реополиглюкин киради. Осмотик диуретикларга яна альбумин, тузсиз протеин киради. Улар томирга куп микдорда юборилади.

Тиазид гурухи диуретиклари фуросемиддан нимаси билан фарк қилади?

Дихлотиазид дистал каналларда ва Генли ковузлогига нисбатан куп холда Na, Cl реабсорбциясини ингибирлайди. Таъсир юборилгандан сунг 1-2 соат ичида юзага сикиб энг юкори таъсири 4-6 соат ичида юзага келади. Таъсири фуросемидга нисбатан узокрок давом этади. Тиазидлар шишларда камрок, лекин гипертензияда эффективрок, гиперкальциурияда проксимал буйрак каналчаларига боглик ацидоз коррекцияда яхши наф беради. Гиповолемия ва

гипокалиемияни чакиради.

Фуросемиднинг диуретик таъсири нимага асосланган? Фуросемид Генле қовузлоғининг кўтарилувчи оёқчасига таъсир кўрсатади. Бу билан Na, K, Cl ни блоклайди. Бу билан Ca²⁺ ва Mn²⁺ ресорбциясини сусайтиради. В/и юборилганда 5 мин дан сунг ва энг юкори таъсири 2 соатдан сунг бошланади.

Патогенетик терапия. Асосий рольни иммуномодуляция уйнайди. Бунда ортикча антитело хосил булишидир, бирламчи гипоиммун ҳолат фонида пайдо бўлади. Бу билан бирга яллигланиш медиатори тормозланиши, комплемент, конда протеазлар активлиги, тромбоцитлар, кинин, лимфокин, гистамин, простогландинлар тормозланиши ҳам бўлади.

Глюкокортикоидлар-мезенхимиал хужайраларга катаболик таъсири туфайли ГНни даволашга кенг қўлланилади. Бу пролифератив-склеротик жараёнлар тормозланишига олиб келади. Бу асосан преднизолонни антикоагулянтлар ва антиагрегантлар билан бирга қўлланганда купрок намоён бўлади. Таъсир механизмига кура иммунодепрессив моддалар бир неча гуруҳга булинади:

1-гуруҳ антимитотик моддалар (циклофосфан, хлорбутил)

2-гуруҳ антиметоболитлар (6-меркаптопурин, азатиоприн)

3-гуруҳ ферментлар (L- аспарагиназа).

4-гуруҳ алкалоидлар (винбластин, винркистин, колхицин).

5-гуруҳ антибиотиклар (хлорамфеникол, митоцин С, актиномицинС ва Д).

Нефритларни даволашда патогенетик замонавий моддалар ичида антиагрегант-дипиридамоп (курантил) роли катта. Бу модда тромбоцитлар агрегациясини тормозлайди, микроциркуляцияни яхшилади, майда томирлар спазмини камайтиради. Преднизолонни хлорбутил ва гепарин билан кушиб куллаш ГНда тез диуретик таъсир керак булганда ва буйрак туқимасини фибробластик узгаришлари булганда яхши ёрдам беради. Шу максатда терапевтик моддалар комплексига 4 компонентлар-курантил ҳам қўшилади. Бу 4 компонентли терапия куп таркалган мембранопротролифератив ГНни даволашда яхши наф беради. Цитостатик уринда бу холларда купинча хлорбутин урнига азатиоприн 2-3 мг/кг 1 кунда дозада қўлланилади. Гепарин 150-200 ед/кг кун парентерал, курантил 3-5мг/кг кун дозада қўлланилади. Преднизолон дозаси 1 мл/кг кундан ошмайди. Терапия давомийлиги бой.

Глюкокортикостероидлар ГНда карши курсатма хисобланади. Бундан ташкари буйрак дисплазиясини, ГНнинг склеротик вариантларида, гормонорезистентлиги пайдо булганда, гормонал терапия асоратларида

(калтираш, катаракта, стероид диабет, остеопороз, ОИС яра касаллигида, артериал, мия ичи гипертензияларида) инфекцияларда қўлланилмайди.

ГНни даволашда индометацин ҳам ишлатилади. Бу препарат ГНнинг активлиги ошганда, буйрак дизэмбриогенез белгилари йуқолганда алохида ёки бошқа препаратлар билан бирга қўлланилади.

Асорати. Азотемия-асосий асоратларидан бири. Бу буйрак етишмовчилиги туфайли келиб чиккан конда азот ва мочевина микдори ошиши билан характерланади. Мочевина ажратиш тезлиги истемол килинган оксил микдорига боғлиқ. Буйрак огир патологиясида мочевина эскрецияси бузилиб реобсорбцияси кучаяди. Бу уз навбатида конда мочевина купайишига олиб келади. Лекин бошқа патологик холларда ҳам мочевина микдори ошиши мумкин. Шунинг учун буйракка боғлиқ азотемия эканлигини аниқлаш учун буйракда креатинин балансини аниқлаш лозим. Креатинин мушакларда аргинин ва метиониндан хосил бўлади. Креатин маълум микдорда креатининга айланади ва мушукдан сийдикка утади.

Конда кислота-ишкор мувозанати узгаради. Электролит баланс бузилади. Анемия юзага келади. Бу синдром булган бола физик ривожланишдан орқада қолади. Шиш ва гипертензив синдром кучаяди.

Назорат саволлари

1. Гломерулонефрит касаллигининг сабалари.
2. ГН эпидемиологияси ва патогенезининг замонавий концепциялари.
3. Ўткир ва сурункали гломерулонефритлариклиник кечиши. Нефротик синдромининг узига хос хусусиятлари нималардан иборат?
4. Гломерулонефритни ыайси касалликлари билан солиштирма ташхисланади?
5. Касалликни даволаш қандай (Этиотроп ва патогенетик) олиб борилади?
6. ГН асоратларига нималар киради?
7. Альпорт синдромига хос белгилар нималар?
8. Берже касаллиги қандай касаллик?
9. Гипокалиемиянинг клиник ва физиологик окибатлари қандай?

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. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАРИ

1-амалий машғулот

Болаларда кардиомиопатиялар

Ишдан мақсад: Болаларда кардиомиопатиянинг хусусиятлари. Кардиоторакал индексни улчаш. Дилатацион, рестриктив ва гипертрофик кардиомиопатиялар. Замонавий диагностика усуллари. Даволаш.

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни **бажариши лозим:**

- Кардиомегалияни аниқлашни билиш.
- Болаларда кардиоторакал индексни аниқлаш
- Анализлар интерпретацияси
- Беморда касалликнинг белгиларини аниқлай олиш
- Бемор болага давони белгилаш.

Ишни бажариш учун намуна

Амалий машғулот ни мустахкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

1. Муляж, таснифлар, расмлар, презентациялар
2. Диагностик усуллар. Янги диагностик усуллар хақида информация
3. Анализлар намунаси, даволаш усуллари.

Назорат саволлари

1. КМПнинг этиологиясини биласизми?
2. КМПнинг рентгенологик хусусиятларини биласизми?
3. Ревмопроба нима мақсадда ўтказилади?
3. Касалликнинг қандай турларини биласиз?
4. Касалликнинг болаларда қанақа ўзига хос хусусиятлари мавжуд?
5. Касалликни даволаш қандай ўтказилади
4. Касалликнинг профилактикасини биласизми?

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-амалий машғулот

Хомила ичи инфекциясининг диагностика усуллари

Ишдан мақсад: Хомила ичи инфекциясининг янги диагностик ва даволаш усуллари билиш, бу касалликун и эрта ташхислашни билиш кўникмаларига эга бўлиш.

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**

- ТОРЧ инфекциясининг таснифини билиши
- ИФА ва ПЦР усуллари интерпретацияси
- Беморда касалликнинг белгиларини аниқлай олиш
- Бемор болага давони белгилаш

Ишни бажариш учун намуна

Амалий машғулот ни мустахкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

2. Муляж, таснифлар, расмлар, презентациялар
3. Диагностик усуллар
4. Анализлар намунаси
5. видеофильм

Назорат саволлари

1. ТОРЧ инфекциясининг таснифини биласизми?
2. ИФА ва ПЦР усуллари нима мақсадда ўтказилади?
3. Беморда касалликнинг қандай белгиларини биласиз?
4. Туғма токсоплазмознинг қандай белгилари бор?

5. Неонатал герпес клиникаси қандай?
6. Хомила ичи инфекциясини 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

3 – амалий машғул

Болаларда ОИВ /ОИТСнинг хусусиятлари

Ишдан мақсад: Болаларда ОИВ инфекция ташхисини қўйиш мезонлари. ОИВ инфекцияни онадан болага ўтиш йўллари. Перинатал инфицирланишни олдини олиш. ИФА, ПЦР, Иммуноблот усулининг ахамияти. Болаларда ОИТСни даволаш.

Ушбу амалий машғул давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**

- ОИВ инфекциясининг юқиш йўллари билиш
- ОИТСнинг замонавий таснифини билиш
- ИФА, ПЦР ва иммуноблот усулларининг интерпретацияси
- Беморда касалликнинг белгиларини аниқлай олиш
- Бемор болага давони белгилаш

Ишни бажариш учун намуна

Амалий машғул ни мустахкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

1. Муляж, таснифлар, расмлар, презентациялар
2. Диагностик усуллар. ИФА, ПЦР усуллари ҳақида информация
3. Анализлар намунаси, видеофильм.

Назорат саволлари

1. ОИВ инфекциясининг юқиш йўллари биласизми?
2. ИФА ва ПЦР усулларини нима мақсадда ўтказилади?

3. Беморда касалликнинг қандай белгиларини биласиз?
4. Касалликнинг болаларда қанақа ўзига хос хусусиятлари мавжуд?
5. ОИВ инфекциясини даволаш қандай ўтказилади
6. Касалликнинг профилактикасини биласизми?

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

Болаларда ЮРАнинг хусусиятлари

Ишдан мақсад: Болаларда ЮРА ташхисини қўйиш мезонлари. ЮРАнинг диагностик мезонлари. Касалликни эрта ташхислаш. Замонавий диагностика усуллари

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**

- ЮРАни ташхислашни билиш
- Болаларда бугим ҳаракатчанлигини аниқлаш
- Ревмопроба, ИФА, ПЦР усулларининг интерпретацияси
- Беморда касалликнинг белгиларини аниқлай олиш
- Бемор болага давони белгилаш

Ишни бажариш учун намуна

Амалий машғулот ни мустаҳкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

1. Муляж, таснифлар, расмлар, презентациялар
2. Диагностик усуллар. Янги диагностик усуллар ҳақида информация
3. Анализлар намунаси, даволаш усуллари.

Назорат саволлари

1. ЮРАнинг этиологиясини биласизми?
2. ЮРАнинг рентгенологик таснифини биласизми?
3. Ревмопроба нима мақсадда ўтказилади?
3. Касалликнинг қандай турларини биласиз?
4. Касалликнинг болаларда қанақа ўзига хос хусусиятлари мавжуд?
5. Касалликни даволаш қандай ўтказилади
5. Касалликнинг профилактикасини биласизми?

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

Болаларда ферментопатияларнинг хусусиятлари

Ишдан мақсад: Болаларда ферментопатия ташхисини қўйиш мезонлари. Касалликни эрта ташхислаш. Замонавий диагностика усуллари

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**

- Муковисцидоз, целиакия, лактаз етишмовчиликларни ташхислашни билиш
- Анализлар интерпретациясини билиш
- Беморда касалликнинг белгиларини аниқлай олиш
- Ичак касалликларнинг дифференциал диагностикаси
- Бемор болага пархез ва давони белгилаш

Ишни бажариш учун намуна

Амалий машғулот ни мустахкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

1. Муляж, таснифлар, расмлар, презентациялар
2. Диагностик усуллар. Янги диагностик усуллар ҳақида информация

3.Анализлар намунаси, даволаш усуллари.

Назорат саволлари

1. Дисахаридаза етишмовчилигини асосий клиник белгилари нима?
2. Дихсаридларни кабул кила олмайдиган ҳолатда қўлланадиган давога нима киради?
3. Целиакиянинг киёсий ташхиси қайси касалликлар билан ўтказилади?
4. Целиакияни муҳим белгилари нималардан иборат?
5. Целиакия клиник белгилари ривожланиши нимани истъёмол қилиш билан боғлиқ?
6. Глютенга бой маҳсулотларни кўрсатинг.
7. Орттирилган диареяларга нималар киради
8. Болаларда алиментар диареяга олиб келувчи сабаблар
9. Дисахаридазани кўтара олмасликда нималар маҳсулотлар қўлланилади?
10. Муковисцедозда биринчи навбатда қайси органлар зарарланади?

6 – амалий машғулот

Болаларда буйрак касалликларининг хусусиятлари

Ишдан мақсад: Болаларда гломерулонефрит ташхисини қўйиш мезонлари. Касалликни эрта ташхислаш. Замонавий диагностика усуллари

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**

- Гломерулонефритни ташхислашни билиш
- Анализлар интерпретациясини билиш
- Беморда касалликнинг белгиларини аниқлай олиш
- Буйрак касалликлари ва шишли касалликларнинг дифференциал диагностикаси
- Бемор болага давони белгилаш

Ишни бажариш учун намуна

Амалий машғулот ни мустаҳкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

1. Муляж, таснифлар, расмлар, презентациялар
2. Диагностик усуллар. Янги диагностик усуллар ҳақида информация
3. Анализлар намунаси, даволаш усуллари.

Назорат саволлари

1. Гломерулонефрит касаллигининг сабалари.

2. ГН эпидемиологияси ва патогенезининг замонавий концепциялари.
3. Ўткир ва сурункали гломерулонефритларикlinik кечиши. Нефротик синдромининг узига хос хусусиятлари нималардан иборат?
4. Гломерулонефритни қайси касалликлар билан солиштирма ташхисланади?
5. Касалликни даволаш қандай (Этиотроп ва патогенетик) олиб борилади?
6. ГН асоратларига нималар киради?
7. Альпорт синдромига хос белгилар нималар?
8. Берже касаллиги қандай касаллик?
9. Гипокалиемиянинг klinik ва физиологик оқибатлари қандай?

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

V. КЕЙСЛАР БАНКИ

1 муаммоли вазият

14 ешли бола Р. Шикоятлари: Унг тирсак бўғимида Оғрик, ҳаракат чекланишига, шиш, кизариш, оғриқли сийиш. Анамнезда 10 кундан бери касал, касалликнинг бошланишини совуқ сувда чўмилиш билан боғлайди. 3 кундан бери температура кўтарилиши кузатилган. Парацетамол 0,25г 4 марта кунига ичган, ахволи яхшилашган. 1 ҳафтадан кейин сийиш Оғриқли, сийдик ранги хиралашуви, бундан кейин шиш кизариш ва унг тирсак бўғимида Оғрик кузатилган.

Топшириқлар:

- Дифференциал ташхис ўтказинг
- Қўйилган ташхисни асослаб беринг
- УАШ тактикаси

2 муаммоли вазият

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

Анамнездан қизча кўриқдан ўтказилганда гемоглобин 76 г/л ва ранг кўрсаткичи 0,53. лиги аниқланган. Онаси қизчани орадан 2-ҳафта 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-ҳафталигидан бола сунъий овкатлантирилган. (“АГУ” аралашмаси буюрилган – онаси талаба). 4-ойлигидан қизчани бувисиникига юборишган, у ерда болага эчки сути, шарбатлар бериб боқишган. Гўшт махсулотларини емаган, бувисини сўзидан гўшт махсулотлари берилса бола овқатдан бош тортган. Тез-тез тупроқ еб турган. Шу йиллар мобайнида врачга учрашишмаган чунки қизча касал бўлмаган, проф. эмлашларни олмаган.

Касалхонага мурожат қилганда қизчани ахволи 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 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. Обҳий

кон тахлили: НЬ-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.

Топшириклар:

- Сизнинг ташхисингиз ва уни исботланг?
- Қайси касалликлар билан қиёсий ташхис ўтказасиз?
- УАШ тактикасини кўрсатинг

3-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 куруқ, 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 шиллик қавати шиши ва диффуз гиперемияси, антрал қисмида гиперплазияли лимфоид фолликулалар. 12 бармоқли ичак шиллик қавати ўзгаришсиз.

Топшириклар:

- Сизнинг тўлиқ тахминий ташхисингиз?
- Дифференциал ташхис
- УАШ тактикаси ва давоси

4-муаммоли вазият

Бемор бола И, 3 ёш, ҚВП га онаси билан келган. Анамнезидан маълумки, бола 5 кун олдин ЎРИ ўтказган. Тартибсиз даволанган. Кейинчалик онаси бола тана хароратининг субфебрил кўтарилишини 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 соҳасида визуал текширувда ўзгариш йўқ. Юрак чегаралари: ўнг – тўшнинг ўнг қирғоғида, юқори - Шқовирға бўйлаб, чап – ўртағумров чизигидан 1 см ичкарида. Юрак тонлари бўғиқлашган, тахикардия, қўпол бўлмаган систолик шовқин чўққида эшитилади, 1 тон сусайган, от дупури 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 – реktiv оксил++.

Умумий сийдик таҳлили: солиштирма оғирлик - 1018, оксил - аБс, лейкоцитлар -2-3 в п/з, эритроцитлар – йўқ.

Топшириқлар:

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

5-муаммоли вазият

8-ёшли қизча ЛОР врачига «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, ютишда 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 соҳаларида 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 тахлили: цвет-қизил, лойқа, нордон реакцияли, нисбий зичлиги-1027, оқсил-0,66 г/л, лейкоцит-20 в п/з, эритроц.-кўриш майдонини эгаллаган.

Топшириқлар:

- Сизнинг ташхисингиз
- Сизнинг фикрингизча қайси касалликлар билан қиёсий ташхисланади.
- Бемор ҳолатини таҳлил қилиш асосида тахминий ташхис қўйиш, зарурий текширувларни ўтказиш, беморни кейинчалик даволаш учун асосли тўхтамга келиш.

6-муаммоли вазият

18 кунлик чақалоққа УАШнинг 1-патронаж кўруви. Бола 1-хомиладорликдан. Хомиладорлик даврида онаси икки марта ЎРВИ ўтказган (8, 32 ҳафтада). Бола туғилибоқ йиғлаган. Вазни-3200, бўйи-50см, Апгар шкаласи-7/9 балл. Эмизгани 2 кундан сўнг берилган, суст эмган. Туғруқхонада боладасустлик, териқопламикулрангсимон 1-кун бўйинвачовбурмаларида пиодермия элементларианиқланган. 3-куни пиодермия генерализациясива интоксикация кучайгани учун касалхонага ўтказилган. 17-куни қониқарли ҳолатда жавоб берилган. Онасида гипогалактия бола сунъий овқатлантиришда бўлган.

Кўрувда: бола бўш, мускул гипотонияси, гипорerefлексия. Териқоплами: тоза, пушти, човбурмаларида гиперемия. Киндикярасиэпителизацияланган. Шилликпардалартоза. Ички органларда патология йук. Ахлати-бурда-бурда, кунига 3-5 маҳал, патологикбелгисиз.

- Сизнинг тахминий ташхисингиз?
- Болани қандай мутахассислар кузатиб бориши керак?
- Сепсис профилактикасибуйичаонагақандаймаслаҳатберилади?
- Касаллик прогнози қандай?

7- муаммоли вазият

Бемор 3 ёш. Анамнезидан бола тугилгандан бери теривашилликкаватларидатаркок цианоз кузатилган. Келганда тери ва шиллик қаватлари бироз кўкимтир, акроцианоз, бармоқлар ‘ногора таёкчаси’, тирноқлар ‘соат ойнаси’ кўринишида. Кукрак қафаси деформациялашган, юрак нисбий чегаралари : унг-парастернал чизикдан 1 см ўнгда, чап- аксилляр чизик бўйлаб, юқори- 2-қовурға. Аускультатив: тонлар ритмик, ЧСС –160, туш суяги чап қирраси 3- қовурга оралигида ўрта интенсивликдаги систолик шовқин, чапдан 2- қовурға оралигида 2-тон

акценти. Нафас олиш сони 40. Нафас олиши чукур, шовқинли. Жигар ўнг когурға ёйи остидан +3 см.

- УКТ: Нб –148, эр – 4.9, лей – 6.3, ранг кўр – 0.9, СОЭ – 3мм/соат.
- Сизнинг ташхисингиз?
- Қандай кушимчатекирувлар ўтказишкерак?
- Дифференциал диагнозни қайси касаллик билан ўтказасиз?
- Касаллик давомида қандай фазалар мавжуд?

Амалий топшириқлар

1. Хомиладор аел қонида ТОРЧ инфекциясининг(цитомегаловирус) титри баландлиги аниқланди, даволаш режасини тузинг.
2. Крамер шкаласи буйича бола киндик сохасигача сарғайганлиги аниқланди. Билирубин миқдори тахминан неччига тенг?
3. Боллард шкаласи параметрларини айтинг.
4. Бола 3 ойлик, тана вазни 4000 грамм, туғилгандаги вазни 3000 грамм. Боланинг сутга кунлик эhtiёжини хисобланг.
5. Обструктив бронхит, муковисцидоз ва бронхиал астмани таққослаб Венн диаграммаси тузинг.
6. Боланинг юрак сохасида систолодиастолик шовқин эшитилди. Болани тўлик текширинг.Ташхис қўйинг.
7. Юрак гликозидларини дифференциал таққосланг. Дигоксин ва коргликонни таққосланг ва концептуал жадвал тузинг.
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

Тингловчи мустақил ишни муайян модулни хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиб тайёрлаши тавсия этилади:

- меъерий ҳужжатлардан, ўқув ва илмий адабиётлардан фойдаланиш асосида модул мавзуларини ўрганиш;
- тарқатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш;
- автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи дастурлар билан ишлаш;
- махсус адабиётлар бўйича модул бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш;
- тингловчининг касбий фаолияти билан боғлиқ бўлган модул бўлимлари ва мавзуларни чуқур ўрганиш.

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. Болаларда ўсишнинг бузилиши
2. Болаларда қоринда оғрик синдромини текширувлари
3. Болаларда бош оғриғи
4. Ўсмирларда суикасдлик
5. Ўсмир қизлар муоммолари
6. Оила ва ўсмир
7. Ўсмир ва шифокор
8. Болаларда СПИД, ВИЧ- инфекция
9. Болаларда танқис ҳолатлар
10. Тизимли васкулитлар

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 вакти	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 ҳаракатлануви 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 хар томонлама тиббий ва биологик текширувидан кейинги унинг соғлиги еки касаллиги хақидаги хулоса	the conclusion about a state of health and the nature of 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,	indicator of a state of health of the population in general

	касалланишининг кўрсаткичи	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 юкқан касаллик	hospital infection
Контактда бўлган	Юқумли касаллик билан контактда бўлган одам	contact case (contact)
КПК	Қизамиқ, паротит, қизилчага қарши вакцина	measles - mumps - rubella vaccine (MMR)
Контрол гуруҳ	Фарқ лаш гуруҳи	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 чиқувчи 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	Substances that increase the

	модда	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 вируси	HIV(Human 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 иммунитет	Оранизм иммун тизимининг хужайралари томонидан	cellular immunity (cell-mediated immunity) (CMI)

	таъминланадиган касалликларга қарши курашувчанлик	
хламидиоз	жинсий йўл билан юқадиган касаллик. Хламидиоз қуйидаги 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., 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

Интернет маълумотлари

1. [www. Ziyonet. uz](http://www.Ziyonet.uz)
2. www. edu. uz
3. Infocom.uz электрон журнали: www.infocom.uz
4. Ўзбекистон Республикаси Президентининг Матбуот маркази сайти: www.press-service.uz
4. Ўзбекистон Республикаси Давлат Ҳокимияти портали: www.gov.uz
5. Ахборот-коммуникатсия технологиялари изохли lug'ati, 2004, UNDP DDI: Programme www.lugat.uz, www.glossaiy.uz
6. Ўзбек интернет ресурсларининг каталоги: www.uz
7. Ахборот resurs markazi <http://www.assc.uz/>
8. www. tma. uz
9. www. Medbook. ru
10. www. Medlinks. ru