

**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**

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

**“ДАВОЛАШДАЮҚОРИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ
ҚЎЛЛАШ”**

МОДУЛИ БЎЙИЧА

Ў Қ У В – У С Л У Б И Й М А Ж М У А

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

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

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

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

МУНДАРИЖА

I. ИШЧИ ДАСТУРИ.....	4
II. МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН ИНТРЕФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ.....	9
III. НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР.....	15
IV. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ УЧУН МАТЕРИАЛЛАР.....	71
V. КЕЙСЛАР БАНКИ.....	84
VI. МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ	89
VII. ГЛОССАРИЙ.....	90
VIII. АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.....	94

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

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

Модулнинг мақсади ва вазифалари

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

“Даволашда юқори технологияларни қўллаш” модулининг вазифалари:

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

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

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

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

- маънавий-маърифий тадбир мавзуси, йўналиши ва характеридан келиб чиққан ҳолда у ўтказиладиган жой (хона, зал)ни жиҳозлашга креатив ёндашиш **малакаларини эгаллаши**;

- ўқув ва маънавий-маърифий ишлар жараёни муваффақиятли ташкил этиш;

- талабаларнинг илмий-тадқиқот фаолиятини самарали йўлга қўйиш;

- педиатриядабеморларни даволашда юқори технологияларни қўллашмуаммоларини аниқлаш, таҳлил этиш, баҳолаш ва умумлаштириш **компетенцияларни эгаллаши лозим.**

Модулни ташкил этиш ва ўтказиш бўйича тавсиялар

“Даволашда юқори технологияларни қўллаш” модулини ўқитиш жараёнида:

- маъруза дарсларида замонавий компьютер технологиялари ёрдамида презентацион ва электрон-дидактик технологиялардан;

-ўтказиладиган амалий машғулотларда техник воситалардан, экспресс-сўровлар, тест сўровлари, ақлий хужум, гуруҳли фикрлаш, кичик гуруҳлар билан ишлаш, коллоквиум ўтказиш, ва бошқа интерактив таълим усулларини

Модулнинг ўқув режадаги бошқа модуллар билан боғлиқлиги ва узвийлиги

Модул мазмуни ўқув режадаги “Педиатриядазамонавий диагностика усуллари” ва “Педиатрияда профилактикани ўрни” ўқув модули билан узвий боғланган ҳолда педагогларнинг касбий педагогик тайёргарлик даражасини орттиришга хизмат қилади.

Модулнинг олий таълимдаги ўрни

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

Модул бўйича соатлар тақсимоти:

№	Модул мавзулари	Тингловчининг ўқув юкلامаси, соат					Мустақил таълим
		Ҳаммаси	Аудитория ўқув юкلامаси				
			жами	жумладан			
				назарий	амалий машғулот	қучма машғулот	

1.	Пневмониянинг янги диагностика ва даволаш усуллари	6	4	2	1	1	2
2.	Бронхиал астмани замонавий даволаш	6	4	2	1	1	2
3.	Танқис анемияларни даволаш стандартлари	6	6	2	3	1	
4	Шошилич холатларни даволаш	6	6	2	3	1	
5	Сурункали гепатитларни даволаш стандартлари	6	6	2	2	2	
	Жами:	30	26	10	10	6	4

НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1-мавзу. Пневмониянинг янги диагностика ва даволаш усуллари.

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

2-мавзу. Бронхиал астмани замонавий даволаш.

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

3-мавзу. Танқис анемияларни даволаш стандартлари.

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

4-мавзу. Шошилич холатларни даволаш.

ССВ №225 буйруги буйича боланаинг ахволини шошилич баҳолаш усуллари. ССВ №225 буйруги буйича болани шошилич даволаш усуллари

5-мавзу. Сурункали гепатитларни даволаш стандартлари.

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

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАЗМУНИ

1-амалий машғулот

Пневмонияларни ҳозирги вақтда кечиш хусусиятлари ва даволаш стандартлари.

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

2-амалий машғулот

Бронхиал астмани таснифи ва ҳар хил ёшдаги болаларда кечиш хусусиятлари

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

3-амалий машғулот

Танқис анемияларни болаларда кечиш хусусиятлари.

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

4-амалий машғулот

Шошилинч ҳолатларни таснифлаш ва даволаш.

Шошилинч ҳолатларни ССВ №225 буйруғи буйича таснифлаш ва баҳолаш усуллари. Даволаш тамойиллари ва стандартлари.

5-амалий машғулот

Сурункали гепатитларни турлари, кечиш хусусиятлари ва даволаш усуллари

Сурункали гепатитларни таснифи, кечиш хусусиятлари, турларига қараб даволаш стандартларини қўллаш.

ЎҚИТИШ ШАКЛЛАРИ

Мазкур модул бўйича куйидаги ўқитиш шаклларидан фойдаланилади: - маърузалар, амалий машғулотлар (маълумотлар ва технологияларни англаб олиш, ақлий қизиқишни ривожлантириш, назарий билимларни мустаҳкамлаш); - давра суҳбатлари (кўрилаётган лойиҳа

ечимлари бўйича таклиф бериш қобилиятини ошириш, эшитиш, идрок қилиш ва мантиқий хулосалар чиқариш); баҳс ва мунозаралар (лойиҳалар ечими бўйича далиллар ва асосли аргументларни тақдим қилиш, эшитиш ва муаммолар ечимини топиш қобилиятини ривожлантириш).

БАХОЛАШ 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
	Презентация	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

1. “Кейс-стади” методи

«Кейс-стади» - инглизча 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 тартибида қўлланилган. Кейсда очиқ ахборотлардан ёки аниқ воқеа-ҳодисадан вазият сифатида таҳлил учун фойдаланиш мумкин. Кейс ҳаракатлари ўз ичига қуйидагиларни қамраб олади: Ким (Who), Қачон (When), Қаерда (Where), Нима учун (Why), Қандай/ Қанақа (How), Нима-натижа (What).

“Кейс методи” ни амалга ошириш босқичлари

Иш босқичлари	Фаолият шакли ва мазмуни
1-босқич: Кейс ва унинг ахборот таъминоти билан	✓ якка тартибдаги аудио-визуал иш; ✓ кейс билан танишиш(матнли, аудио ёки

таништириш	медиа шаклда); ✓ ахборотни умумлаштириш; ✓ ахборот таҳлили; ✓ муаммоларни аниқлаш
2-босқич: Кейсни аниқлаштириш ва ўқув топшириғни белгилаш	✓ индивидуал ва гуруҳда ишлаш; ✓ муаммоларни долзарблик иерархиясини аниқлаш; ✓ асосий муаммоли вазиятни белгилаш
3-босқич: Кейсдаги асосий муаммони таҳлил этиш орқали ўқув топшириғининг ечимини излаш, ҳал этиш йўллари ишлаб чиқиш	✓ индивидуал ва гуруҳда ишлаш; ✓ муқобил ечим йўллари ишлаб чиқиш; ✓ ҳар бир ечимнинг имкониятлари ва тўсиқларни таҳлил қилиш; ✓ муқобил ечимларни танлаш
4-босқич: Кейс ечимини ечимини шакллантириш ва асослаш, тақдимот.	✓ якка ва гуруҳда ишлаш; ✓ муқобил вариантларни амалда қўллаш имкониятларини асослаш; ✓ ижодий-лойиҳа тақдимотини тайёрлаш; ✓ якуний хулоса ва вазият ечимининг амалий аспектларини ёритиш

Муаммоли вазият

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

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

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

Касалхонага мурожат қилганда қизчани аҳволи оғир, ҳолсиз, атрофдагиларга бефарқ, эс-хуши ўзида, осмотрга реакцияси суст. Тери ва шиллиқ қаватлари оқимтир рангда. Кулоқ 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

шовкин. 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. Обций қон таҳлили: НВ-54 г/л. эр- $2,6 \times 10^{12}$ /л, р.к. - 0,63, ретик. -2,9%, лейкоц - $7,2 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ -14 мм/час.

2. «ФСМУ» методи

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

Технологияни амалга ошириш тартиби:

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

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

- иштирокчиларнинг муносабатлари индивидуал ёки гуруҳий тартибда тақдимот қилинади.

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

Намуна.

“Бронхиал астмани асосий сабаби бўлиб аллергия хисобланади”

Ф

• фикрингизни баён этинг

С

• фикрингизни баёнига сабаб кўрсатинг

М

• кўрсатган сабабингизни исботлаб мисол келтиринг

У

• фикрингизни умумлаштиринг

Топшириқ: Мазкур фикрга нисбатан муносабатингизни ФСМУ орқали таҳлил қилинг.

3. “Тушунчалар таҳлили” методи

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

Методни амалга ошириш тартиби:

- иштирокчилар машғулот қоидалари билан таништирилади;
- ўқувчиларга мавзуга ёки бобга тегишли бўлган сўзлар, тушунчалар номи туширилган тарқатмалар берилади (индивидуал ёки гуруҳли тартибда);
- ўқувчилар мазкур тушунчалар қандай маъно англатиши, қачон, қандай ҳолатларда қўлланилиши ҳақида ёзма маълумот берадилар;
- белгиланган вақт якунига етгач ўқитувчи берилган тушунчаларнинг тугри ва тулиқ изоҳини уқиб эшиттиради ёки слайд орқали намоёниш этади;
- ҳар бир иштирокчи берилган тугри жавоблар билан узининг шахсий муносабатини таққослайди, фарқларини аниқлайди ва ўз билим даражасини текшириб, баҳолайди.

Намуна: “Анемияда тушунчалар таҳлили”

Тушунчалар	Сизнингча бу тушунча қандай маънони англатади?	Қўшимча маълумот
Анемия	Қонда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорини камайиши	
Пойкилоцитоз	Эритроцитларни ҳар хил шаклда	

	бўлиши	
Анизоцитоз	Эритроцитларни хар хил ўлчамда бўлиши	
Эпителиал синдром	Анемияда тери ва шиллик қаватлардаги ўзгаришлар	

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

4. Венн Диаграммаси методи

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

Методни амалга ошириш тартиби:

- иштирокчилар икки кишидан иборат жуфтликларга бирлаштириладилар ва уларга кўриб чиқиладиган тушунча ёки асоснинг ўзига хос, фарқли жиҳатларини (ёки акси) доиралар ичига ёзиб чиқиш таклиф этилади;
- навбатдаги босқичда иштирокчилар тўрт кишидан иборат кичик гуруҳларга бирлаштирилади ва ҳар бир жуфтлик ўз таҳлили билан гуруҳ аъзоларини таништирадилар;
- жуфтликларнинг таҳлили эшитилгач, улар биргалашиб, кўриб чиқиладиган муаммо ёхуд тушунчаларнинг умумий жиҳатларини (ёки фарқли) излаб топадилар, умумлаштирадилар ва доирачаларнинг кесишган қисмига ёзадилар.

Намуна: Типик ва атипик пневмонияларнинг фарқи



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

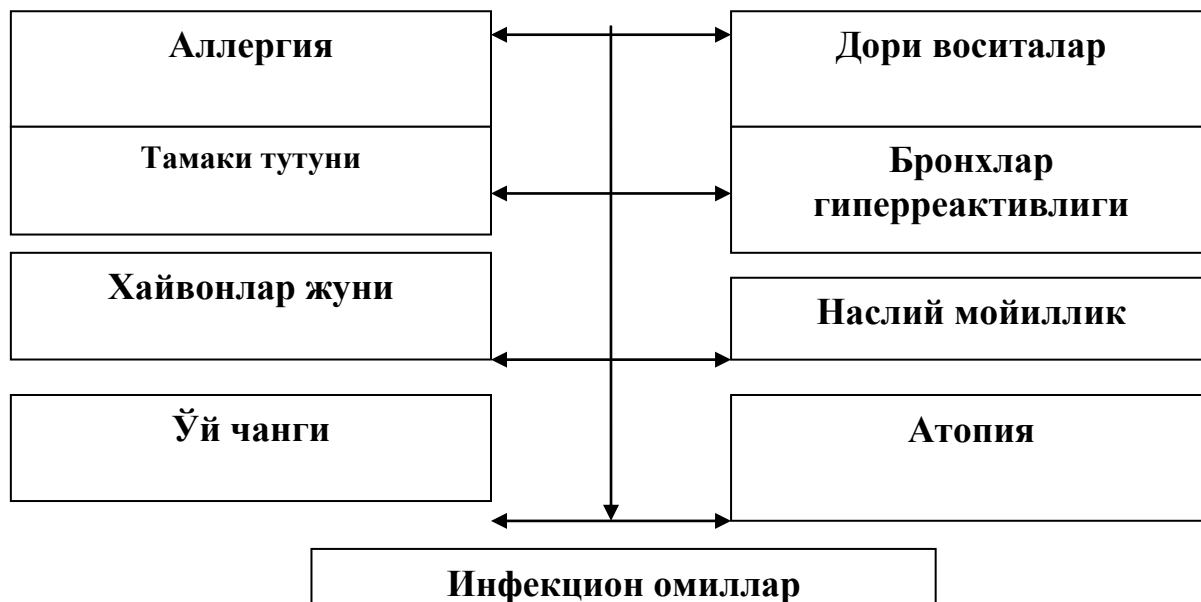


6. Хар бир тингловчиякка тартибда “Ассесмент?” техникасини бажаради.

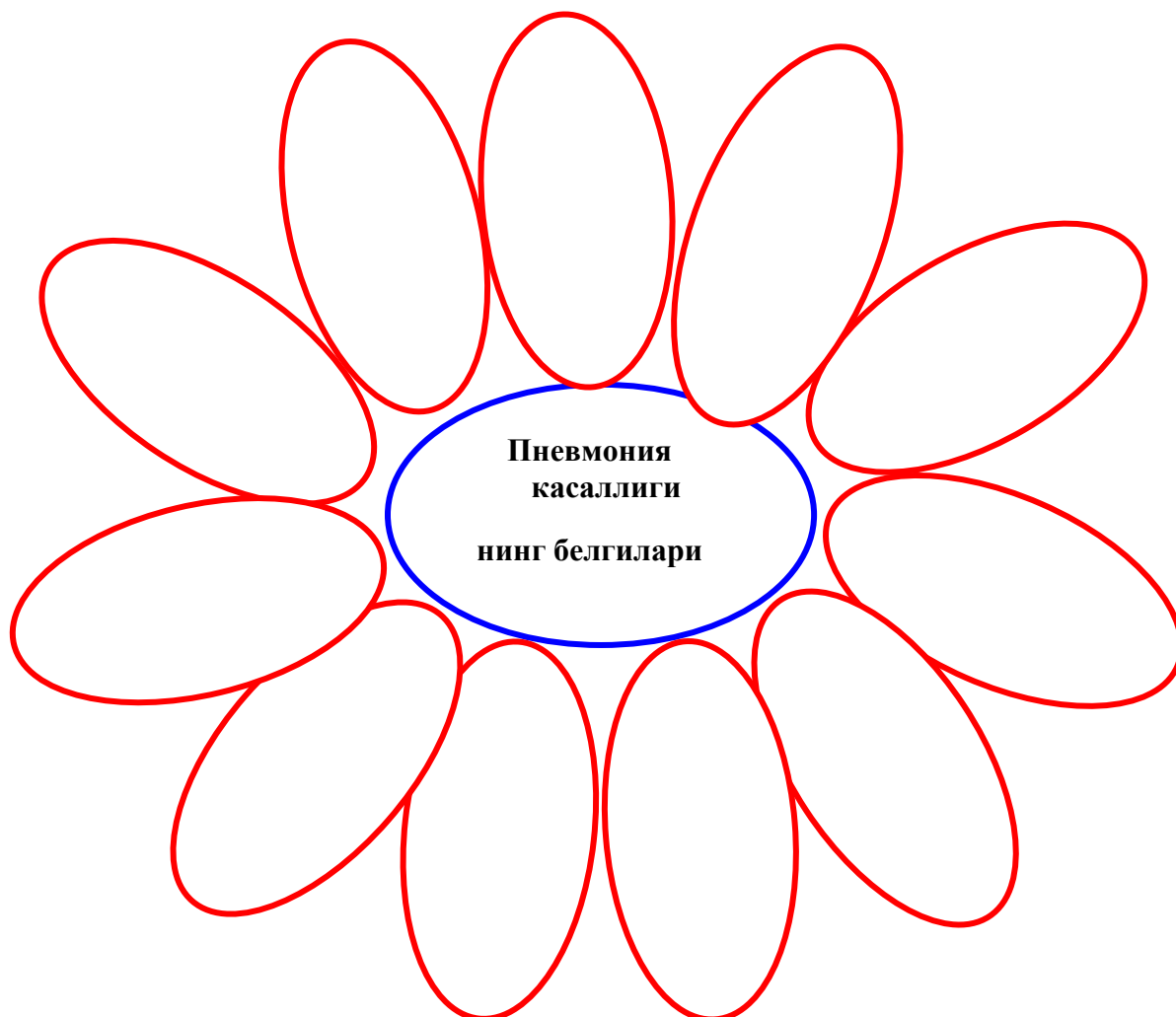
<p>Тест Шошилич холатлар А) талваса В) кома С) шок Д) гипертермия</p>	<p>Муаммоли вазият Бола шок холатида келди. Сизнинг даволаш тактикангиз?</p>
<p>Симптом Шок бу -</p>	<p>Амалий кўникма Ушбу шошилич холатда даволаш стандарти қандай?</p>
<p>Хулоса:</p>	

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

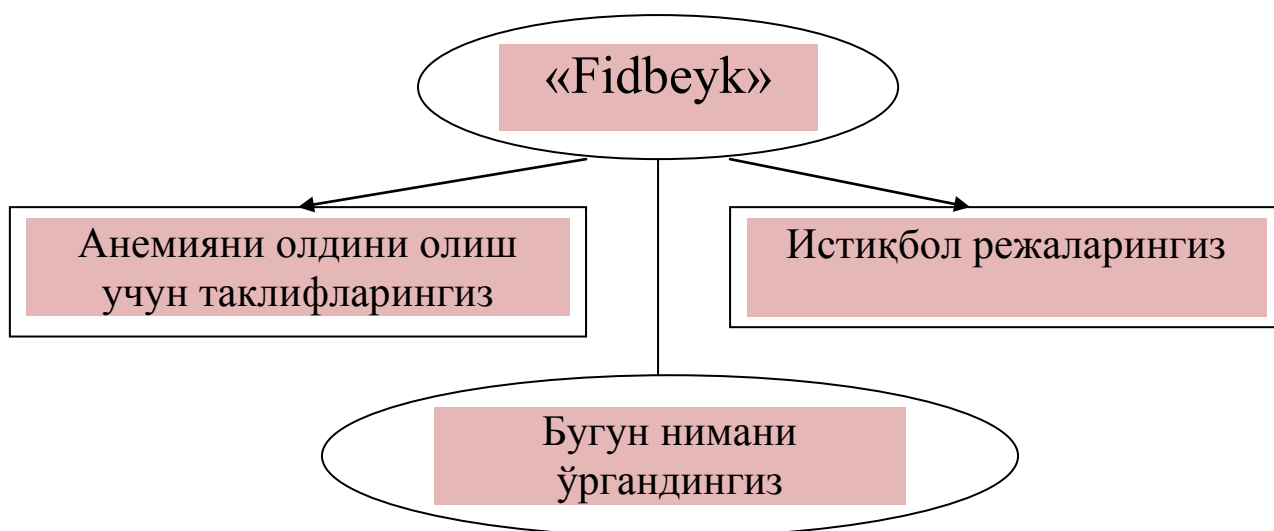
Бронхиал астма касаллигининг сабаблари



8. Мойчечак м... рния касаллигининг белгиларини киритинг.



9. Умумлаштирувчи савол-жавоблар



III. НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР

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

Режа

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

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

1.1 Пневмонияни тарқалиши ҳақида тушунча бериш

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

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

барча тезкор консултацияларининг учдан бир қисми пневмониялар сабабли.

Ўткир пневмониялар 3 ёшгача бўлган болаларда кўп учрайди¹.

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

Касалхона ичи пневмониялари — бу стационарга тушгандан кейин 48 ёки ундан кўп вақт ўтгач ривожланиб, рентгенолог томонидан тасдиқланган пневмониялар. Буларга яқинда стационардан чиқарилган болаларда ва уй шароитида антибиотиклар билан даволанган болаларда пневмония ривожланиш ҳоллари ҳам киради.

Ёш болаларда ўткир пневмониялар оғир кечади, хаёт учун хавфли бўлган токсик синдромлар билан кечади. Бўлар боланинг индивидуал реактивлиги ва кўзгатувчининг токсиклигига боғлиқ. Хозирги вақтда ўткир пневмониялардаги ўлим курсаткичи нисбатан баланд (0,1—0,4). Бу эса уз навбатида антибиотикларга резистент бўлган штаммларнинг пайдо бўлиши ва тарқалишига боғлиқ.

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

1. Касалхона ичи пневмонияни келтириб чиқарувчи грамм манфий микроорганизмларнинг спекторининг кенгайиши;
2. Микроорганизм хужайравий ичида жойлашган атипик кўзгатувчилар (хламидия, микоплазма, легионеллар) пайдо бўлиши ва уларнинг кўпайиб бориши натижасида кенг қўлланувчи бетгалактам тизимли антибиотикларнинг ва аминогликозидларнинг таъсир самарасининг йуқолиши;
3. Сезувчанлиги пасайган ёки бензилпенициллинга ва баъзи бир цефалоспоринларга резистент бўлган пневмококк штаммларининг пайдо бўлиши ва тарқалиши;
4. Бетгалактамаза ишлаб чиқарувчи микроорганизмлар штаммларининг частотаси кўпайиш
5. Ўммунтанқислик аниқланган беморларда пневмониянинг ўзига хос микроорганизмлар томонидан ривожланиш ҳоллари сонининг кўпайиши: *Pneumocystis carinii*, *Nocardia spp*, *Microbacterium spp*, токсоплазма, замбруғлар, вируслар.

бойгача бўлган гўдакларда касалхонадан таиқари пневмонияларикам учрайди. Одатда улар катта ёшдагилардан ва сибсдан инфицирланиш билан боғлиқ бўлиб ЎРВИ фонида ривожланади. Болаларда пневмония овқат луқмасини одатий аспирациясига олиб келувчи дисфагия ва рефлекслар билан боғлиқ бўлади; 7—10% ҳолларда пневмония тизимли касалликнинг биринчи манефестацияси бўлиб ҳисобланади. Масалан, бирламчи иммунодефицит ёки муковисцидоз. Одатда кўзгатувчи сифатида

тилла рангли стафилококк ва ичак таёкчаси, кам ҳолларда *Nagaxella cathatalis* муҳим ўрин эгаллайди.

Перинатал даврда инфицирланиш натижасида келиб чиқадиган пневмониялар структураси кўпинча афебрил кечади ва рентгенограммада диффуз ўзгаришлар бўлади. Камдан — кам ҳолларда муддатдан олдин туғилган чақалоқларда пневмоцистозга ўхшаб кечади; чуқур чала туғилганларда эса, уреоплазма ва *Mycoplasma hominis*лар билан чақирилган пневмония кузатилади.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Биринчи ярим йилликда пневмония, муковисцидоз ва бирламчи иммунтанқисликнинг биринчи белгиси бўлиши мумкин, бу эса тегишли текширувларни ўтказишни талаб қилади. Пневмонияларни кўп фоизи овқат лўқмасининг одатий аспирацияси (ошқозон — қизилунгач рефлюкси, дисфагия) билан боғлиқ. Буларнинг этиологиясида ичак бактериалари ва спора ҳосил қилмайдиган анаэроблар асосий рол уйнайдилар.

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

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

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

7 – 15 ёшли болаларда типик пневмонияларнинг асосий бактериал кўзгатувчиси пневмококк хисобланади (35 — 40%). Кам ҳолларда пневмонияни муртақлардан лимфоген йўл билан тарқаладиган пиоген стрептококк чақиритиши мумкин.

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

Госпитал пневмониялар қуйидагилар билан характерланади:

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

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

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

Касалхона ичи пневмонияларини ёки одатда антибиотикларга юқори резистент бўлган кўзгатувчиларни "касалхона" штаммлари (стафилококklar, клибсиеллалар, псевдомонас, протей) ёки беморнинг аутофлораси чақиради. Бунда пневмонияларнинг ривожланишида беморга ўтказилаётган антибактериал терапия "ёрдам беради". Чунки антибактериал терапия пневмотроп флорани сусайтиради, бунга эса, болада у ёки бу даражада иммунитет танқислиги бор. Натижада респиратор йўлнинг пастки қисмларини бегона флора эгаллашига йўл очилади (кўпинча ичак флораси)^{1,4}.

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

Вентилятор ассоциациялашган пневмониялар

Вентилятор ассоциациялашган пневмониялар (ВАП) — бу ўпканинг сунъий вентилляциясида бўлган беморда биринчи 72 соат ичида ривожланувчи пневмониялар. Кўпинча аутофлоралар томонидан

чақирилади (пневмококк, *H. influenza*). Ўпканинг сунъий вентилляцияси 4 — суткасидан бошлаб бу қўзғатувчилар кўпинча кўк йирингли таёқча, клебсиелла, энтеробактер ва бошқа грамманфий бактерияларга, кам ҳолларда тилла ранг стафилококкга алмашади.

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

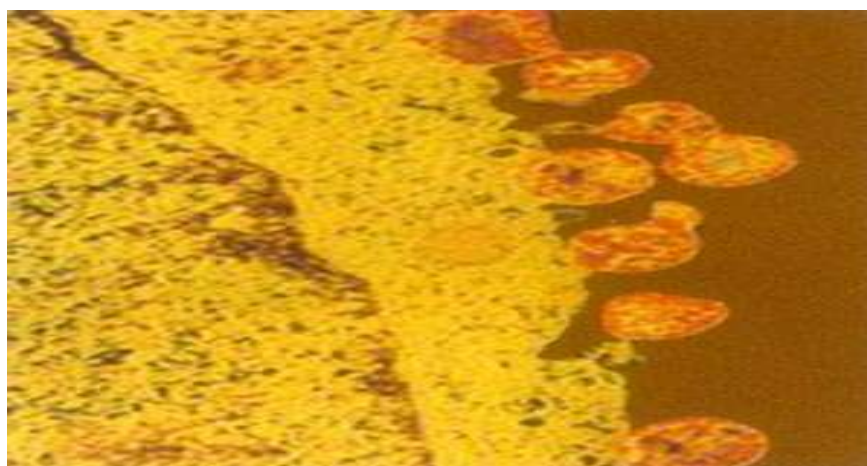
Иммунодефицити бор болаларда пневмониялар

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

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

Атипик пневмониянинг қўзғатувчи штаммлари

Mycoplasma pneumoniae



***Chlamydophila pneumoniae*.**



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

1.2 Касалликни этиопатогенези, хозирги вақтда кечиш хусусиятлари.

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

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

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

Бундан ташқари кучайиб борувчи гипоксемия ва интоксикация тўқима нафас ферментларини функционал активлигини пасайишига ва уларнинг

коферменти бўлиб хисобланган витаминлар захирасининг (С, В1, В2, В3, В6) сусайишига олиб келади. Полигиповитаминоз белгилари пайдо бўлади.

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

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

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

Дизергия – бу патологик жараёнининг ривожланишида энг хавфли босқичи хисобланади. Хужайравий даражасидаги алмашинувнинг чуқур ўзгаришлари бола реактивлигини ўзгартиради, хужайравий ва гуморал иммунитетлар сезиларли даражада пасаяди.

Бу фонда хусусий бактериал флора активлашади, иккиламчи инфекция кўшилади, йирингли ўчоқлар пайдо бўлади, кейин эса, септикопиемия.

Кўп учрайдиган кўзғатувчилар:

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

Клиникаси

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

Б) Нафаснинг ўзгариши.

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

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

В) Локал симптоматика. Массив шикастланишларда перкутор товуш қисқаради. Аускультацияда локал майда пуфакчали нам хириллашлар (беморларнинг ярмидан камроғида) эшитилади. Хириллашлар касалликнинг бошида пайдо бўлиб, кейин йўқолиб ва сурилиш даврида яна ҳосил бўлиши мумкин. Касаллик давомида умуман эшитилмаслиги ҳам мумкин. Беморларнинг 70% да дагал ёки бронхиал нафас эшитилади. Сусайган нафас ўпканинг шикастланган қисмида бўлади. Кўпинча бронхофония ҳам аниқланади.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Абсцесслар ҳосил бўлиши характерли. Ўпка паренхимасининг зарарланишига хос физикал белгилар: перкутор товуш қисқариши, бронхиал нафас, нам хириллашлар. Йирингли балғам келтириб чиқарадиган бронхлар обструкциясида нафас шовкинлари сусаяди. Ўпкадан ташқари асоратлар

бўлиши мумкин: перикардит, менингит, гастроэнтерит, тери ва буғимнинг шикастланиши.

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

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

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

Аспирацион пневмония, ютиши бузилган (юмшок танглай парези) беморларда ва назогастрал зонд мавжудлигида ривожланади.

Иммунтанқислик бўлган болаларда пневмониялар: иммунтанқисликнинг гуморал формаларида пневмониялар пневмотроп флора томонидан чақирилади. Улар оғиркечади ва рецидивланишга мойил.

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

Ташҳислаш

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

Кўзгатувчининг штаммини ва антибиотокларга сезувчанлигини аниқлаш учун микробиологик текширувлар ўтказилади. Текшириш учун

қуйидагилар олинади: балғам, қон. Пневмония бактерия иштирокида кечаётгандагина гемокультурани ажратиб олиш мумкин. Шунингдек, яна қўлланилади: билвосита иммунофлюоресценция реакцияси ёрдамида қонзардобда кўзгатувчининг антигенларини ва махсус антителиларни топиш мумкин; комплемент боғлаш реакцияси.

1.3. Пневмонияни ҳозирги замон даволаш тамойиллари¹.

Ўткир пневмонияларни даволаш қуйидагиларни ўз ичига олади:

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

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

10. Антибиотикларни узок вақт давомида қабул қилаётган беморларга замбуруғларга қарши препаратлар ҳам берилади: нистатин, флуказонол, дифлюкан.

1.3 Пневмонияларнинг антибактериал терапияси.

Касалхонадан ташқарида юзага келган пневмониялар

Асоратланмаган пневмонияларда антибиотикларни ичишга буюриш мақсадга мувофиқ. Агар препаратларни парентерал юбориш билан бошланган бўлса, самара бергач, антибиотикларни перорал юборишга ўтиш керак (зинапояли терапия)¹.

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

- Альтернатив антибиотиклар бўлиб цефазолин, аминогликозидлар ёки цефалоспоринлар II ва III авлодлари билан комбинацияси ҳисобланади. Анаэроб инфекцияда клиндамицин, метронидазол ишлатилади, пневмоцистли инфекцияда эса, ко-тримоксазол.

- 6 ойдан 6 ёшгача бўлган болаларда оғир бўлмаган, асоратланмаган пневмонияни даволаш амбулатория шароитларида ўтказилади ва перорал препаратлар тавсия қилинади. Танлов антибиотиклари эса, ингибитор — химояланган пенициллинлар (амоксициллин, клавуланат, аугментин). Аллергик реакцияларга ёки ичак дисбактериози ривожланишига мойиллик бўлган беморларга макролидлар бериш мақсадга мувофиқ, чунки улар ичак микрофлорасига таъсир қилади.
- 6—15 ёшли болаларда оғир бўлмаган пневмониялар асосан уй шароитида ўтказилади ва периорал препарат берилади. Типик формада амоксациллин, бензатинфеноксиметилпенициллин, макролидлар тавсия қилинади. Атипик пневмонияда эса, даволашни макролидлардан бошлаш мақсадга мувофиқдир.
- Оғир формалар. Болаларда пневмониянинг оғир формаларида дарҳол госпитализация килиш керак ва даволашни зинапояли усул билан ўтказиш мумкин. Буюрилади пенициллинлар, шу қаторда яримсинтетик ва химояланган (гемофилли этиологияга шубҳа бўлганда), пенициллин, цефалоспоринларнинг II авлоди аминогликозидлар билан комбинацияланган ҳолда.

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

Госпитал пневмониялар

Педиатрия стационарида кўзғатувчининг тури, унинг сезувчанлиги ва ўтказилган терапия орасида аниқ бир боғлиқлик мавжуд. Биринчи танланган препаратнинг таъсир самараси 36 - 48 соат

давомида бўлса, унда бактериологик кўрсаткичлар асосида ёки эмпирик ҳолда альтернатив препаратга ўтилади. Оғир формаларда препаратни вена ичига юбориш лозим.

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

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

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

Кечки пневмонияларда ингибитор — химояланган ва кўк йирингли таёқчага қарши бўлган пенициллинлар ҳамда кук йирингли таёқчага қарши активликка эга бўлган III — IV авлод цефалоспоринлар (тикарциллин,

азлоциллин, цефазидим, цефоперазон, цефепим) аминогликозидлар билан биргаликда буюрилади. Альтернатив препаратлар бўлиб карбенициллин препаратлари (имипенем, меропенем) хисобланади.

Иммунтанқислик ҳолати бор беморларда пневмониялар. Бу гуруҳ беморларни даволаш, парваришлаш иммунодепрессиясини максимал боскичида профилактик антибактериал терапия ўтказишни талаб қилади. Бундан ташқари, этиотроп даволашни ўтказишга имқон берувчи, микрофлоранинг доимий мониторинги мақсадга мувофиқдир.

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

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

Антибиотиклар самарадорлигининг мезонлари¹

Пневмонияларда антибактериал терапиянинг самарадорлик гарови бўлиб, эффеқтни аниқ кайд қилиб бориш ва эффеқт бўлмаганда препаратни алмаштириш хисобланади.

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

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

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

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

Антибиотикларни қўллашнинг давомийлиги

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

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

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

Нафас етишмовчилигини ва гипоксемияни бартарафэтиш

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

- Юрак-қон томир етишмовчилигини ва гиповолемияни бартараф этиш: юрак гликозидлари, полиглюкин, поляризацияловчи аралашма қўлланилади. Томирлар ва капиллярлар спазмида папаверин ва никотин кислота ишлатилади.
- *Дезинтоксикация*: глюкоза-гузлизэритмаларни томчилаб юбориш.
- *Гипертермия билан курашиш*. Тана ҳарорати $38,5^{\circ}\text{C}$ дан баланд бўлган да ўтказилади. Буюрилади:
 - а) марказий таъсирга эга бўлган антипиретиклар (амидопирин, анальгин, ацитилсалицил кислотаси);
 - б) тери томирларининг спазмини йўқотувчи ва терморегуляциянинг периферик механизмларига таъсир килувчи препаратлар (пипольфен, аминозин);
 - в) литик аралашмалар;
 - г) физик совутиш усуллари (ошқозонни совуқ сув билан ювиш, сифон клизмалар, муз солинган пуфакларни бошга, жигар ва йирик томирлар соҳасига қўйиш);
- *Симптоматик терапия*. Енгил даражали гипоксия энцефалопатияда қўлланилади: антигистамин, седатив ва томир препаратлари, мияда микроциркуляцияни ва алмашинув жараёнларини яхшилаш учун ГОМК, глутамин кислотаси, ўрта оғирликда дегидратация ва мия шишини первентив даволаш.
- Томир тортишиш синдромида вена ичига седуксен, маннитол, преднизолон юборилади, диурезнинг назорати остида соатма-соат регидратация ўтказилади.
- Астматик синдромда бронхолитиклар ва аэрозоллар куринишида балғамни суюлтирувчи воситалар, шамчалар, микстуралар қўлланилади; оғир ҳолларда вена ичига ва мушак орасига юборилади.

• Буйрак усти безини пў стлок қисмининг шикастланиши ва функционал етишмовчилиги билан боғлиқ бўлган оғир токсик синдромларида гормонал терапия буюрилади.

Назорат саволлари:

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

Фойдаланилган адабиётлар.

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

Режа

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

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

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

- Бронхиал астма оғирлик даражасидан қатъий назар—сурункалик касаллик бўлиб, унинг асосида аллергик яллиғланиш ётади.
- Болалардаги бронхиал астамадаги сурункали аллергияк яллиғланиш бронхларнинг гиперреактивлиги билан кечади.

- Болалардаги бронхиал астма бронхоконстрикция, шилликнинг гиперсекрецияси, бронхлар шиллик қаватининг шиши туфайли ривожланган диффуз обструкция натижасида даврий равишда пайдо бўлувчи нафас олишнинг қийинлашуви хуружлари билан ифодаланади.
 - Болаларда бронхиал астма ривожланиши учун ирсий мойиллик муҳим роль ўйнайди.
 - БА мойиллик омиллари – атопия, ирсий мойиллик, гиперреактивлик
 - БА сабаблари – чанг, хайвон аллергенлари, замбуруғлар, овқат аллергенлари, дори воситалари, вакциналарва бошқалар.
 - БА мойиллик туғдирувчи омиллар – тамаки тутуни, вирус инфекциялар, хомиладорлик даврининг патологик ўтиши, чала туғинганлик, нораціоналовқатланиш, хаводагиполлютантлар, атопик дерматит ва хаказо.
 - БА триггерлари–жисмоний зўриқиш, совуқ ҳаво, эмоционалзўриқиш, кескин хидлар, озиқ моддаларни кўтараолмаслик, дорилар ва хаказо.
- БА асосий белгилари
- ✓ Нафас олиш қийинлашуви
 - ✓ Кўкрак қафасида нохушлик
 - ✓ Хуштакли нафас, хириллашлар
 - ✓ Йўтал
 - ✓ Нафас қисиш хуружлари

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

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

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

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

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

2.2. Бронхиал астмага олиб келувчи омиллари.

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

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

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

-гул чанги аллергенлари

-овқат аллергенлари

-дорилардан, жумладан гамма глобулин ва оксил дорилари.

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

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

Ноантиген омиллар. БА хуружига кўп физик омиллар (совуқ қотиш, инсоляция, қизиб кетиш ва бошқалар), метеорологик шароит (шамол, атмосфера босими ва температуранинг тушиши), психоген омиллар (қўрқув, қайғуриш, кўзғалиш), жисмоний зўриқиш сабаб бўлади.

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

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

Бронхиал астма ривожланишига мойиллик туғдирувчи омиллар:

Ирсият:

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

4. Агар атопия белгилари отасида ва онасида бўлса, у холда атопия ва бронхиал астма ривожланиш хавфи 60-100%ни ташкил қилади.

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

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

Патогенези. Патогенези бўйича БА икки вариантга ажратилади: иммунопатологик ва ноиммун. Иммунопатологик шакли орасида болаларда Gell ва Coombs классификациясида I тип бўйича амалга ошувчи атопик БА асосий ролни ўйнайди. Бу вариантнинг асосий сабаби кўпинча ноинфекцион аллергенлар ҳисобланади. Кам ҳолларда этиологиясида ноинфекцион аллергенлар билан бир қаторда инфекция омиллар ҳам роль ўйновчи касалликнинг иммунокомплекс варианты учрайди (Gell ва Coombs классификациясида III тип). Индивидуал патогенезда БАнинг кўрсатилган иммунопатологик шакллари бирга келиши мумкин.

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

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

гипердиагностикасига сабаб бўлади ва бу ёшда бронхиал астманинг гиподиагностикасига сабаб бўлади. Ҳозирги кунда БА эрта ёшда ҳам учраши кўрсатилган.

2.3. Бронхиал астмани кечиш хусусиятлари.

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

1-поғона: интермиттирловчи БА:

Симптомлар ҳафтада 1 марта пайдо бўлади.

Қисқа қайталаниш.

Тунги симптомлар ойида 2 марта пайдо бўлади.

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

ПСВ ёки ОФВ1ни кўрсатгичи $< 20\%$.

2-поғона: енгил персистирловчи БА

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

Қайталаниши жисмоний фаоллигига, уйкуга таъсир қилади.

Тунги симптомлар ойида 2 марта пайдо бўлади.

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

ПСВ ёки ОФВ1ни кўрсатгичи $< 20-30\%$.

3-поғона: ўрта оғирликдаги персистирловчи БА

Симптомлар ҳар куни пайдо бўлади.

Қайталаниши жисмоний фаоллигига, уйкуга таъсир қилади.

Тунги симптомлар ҳафтада 2 марта пайдо бўлади.

Қисқа таъсирга эга ингаляцион β_2 агонистларни ҳар куни қабул қилиш;

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

ПСВ ёки ОФВ1ни кўрсатгичи $> 30\%$.

4-поғона: оғир персистирловчи БА

Симптомлар ҳар куни пайдо бўлади.

Қайталаниш кўпаяди.

Тунги симптомлар кучаяди.

Жисмоний фаоллик чегараланади.

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

ПСВ ёки ОФВ1ни кўрсатгичи $> 30\%$



Кичик ёшдаги болаларда бронхиал астманинг кечиш хусусиятлари ва ташхисот мезонлари^{1,8}. Болалик даврида учрайдиган бронхиал астма GINA-2002 бўйича (Global initiative for asthma, 2002) “ташхис қўйишга қийин бўлган ҳолатлар”га киритилган. Ишчи концепциясига кўра, йилида икки мартадан кўп йўтал, ҳуштаксимон нафас ёки ҳансираш билан шикоят қилган ҳар қандай бола бронхиал астмага гумон қилинган бемор ҳисобланади ва бу ташхисни истисно қилиш ёки тасдиқлашни талаб қилади. Асосан бу эрта ёшдаги болаларга тегишли, чунки бу ёшда бронхиал астма кўпинча истисно тарихида қўйилади ва муаммога тўлароқ тўхталишни талаб қилади. Бронхиал астма бу ёшдаги болаларда турли хил клиник кўриниши билан фарқланади. Касаллик аллергияга наслий мойиллик билан боғлиқ бўлади. 70-80% болаларда бронхиал астманинг ривожланиши эрта ёшдаги болаларга тўғри келади. Болаларда бронхиал астманинг эрта ривожланишига ҳомилаичи сенсбилизацияси, турли таъсирлар натижасида юзага келган фетоплацентар барьернинг юқори ўтказувчанлиги сабаб бўлади. Касбий зарарли одатлар, актив ва пассив чекиш ҳам таъсир қилади.

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

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

Постнатал сенсбилизация омиллари ўртасида антиген экспозиция ҳаётининг биринчи икки йиллигида муҳим аҳамиятга эга. Бола ҳаётининг биринчи йилида асосий сенсбилловчи омил овқат аллергиялари ҳисобланади. Энг аҳамиятлиси, товуқ оқсилли, сугир сути, буғдой ва бошқа донлилар, балиқ, ёнғоқ, какао, цитруслар ва бошқа сариқ-қизил рангли мевалар, сабзавотларга бўлган сенсбилизация ҳисобланади. Бола ҳаётининг биринчи йили охирида маиший аллергияларнинг ўрни ортади. Бу ёшда уй чангига ва қапа

аллергенларига сенсibiliзация кўпгина беморларда аниқланади. 3-4 ёшларга келиб, чанг аллергияларининг ўрни ортади, бу турли хил иқлим географик зоналарда хар-хил бўлади.

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

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

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

ўпкада кучсиз нафас, тарқоқ хириллашлар эшитилади, тери ранги оқариши, акроцианоз кузатилади.

Бу даврда инфекциянинг кўшилиши, стресс ҳолатлар, ўткир хуружлар ривожланиши бола ҳолатининг ёмонлашишига олиб келади. Буйрак усти беши пўстлоқ функциясининг бузилиши эрта ёшдаги болаларда астматик ҳолатни ривожланишига сабаб бўлади, шифокордан ўз вақтида мос даво ўтказишни талаб қилади.

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

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

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

Эрта ёшдаги болаларда бронхиал астманинг обструктив бронхитдан фарқи наслий аллергик касалликларга юқори мойиллик, дориларга, овқат маҳсулотларига, профилактик эмлашларга аллергик реакциянинг юқорилиги, ЎРВИнинг бошланиш даврида бронхообструктив синдромнинг тез авж олиши ва кам давомийлиги; бронхолитик терапиянинг аниқ самарадорлиги, иммунологик реакциянинг яққол ривожланганлигидир. Лекин клиник

белгиларнинг, лаборатор кўрсаткичларнинг кўплиги, дифференциал-диагностикада қийинчилик туғдиради. Амалиётда бу кўрсаткичларни ҳеч қайси бири обструктив бронхит ва бронхиал астманинг дифференциал-диагностик мезони бўлмайди.

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

Таъхислаш

Анамнез ва физикал текширишлар.

Анамнез йиғилганда қуйидагиларга эътибор бериш керак.

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

Қуйидаги симптомлардан биттаси борлиги:

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

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

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

Симптомларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши:

- тунги вақтларда;
- хайвонлар билан мулоқотда бўлса;
- химик аэрозоллар билан;
- уй чанги;
- гул чангланиши;
- тамаки тутуни;
- атроф-муҳит ҳарорати тушганда;

- аспирин, адреноблокаторлар қабул қилинганда;
 - жисмоний зўриқишдан сўнг;
 - ЎРВИ;
 - кучли эмоционал зўриқишдан сўнг;
- Физикал текширишда БАнинг куйидаги белгиларига аҳамият бериш зарур:
- кўкрак қафаси гиперэкспансияси;
 - нафас чиқаришнинг узайиши;
 - курук йўтал;
 - ринит;
 - периорбитал цианоз “аллергик соялар” (кўз тагида қоронғи айлана, веналардаги димиқиш ҳисобига, назал обструкция фониди юзага келади)
 - бурун қанотларида кўндаланг бурмалар
 - атопик дерматит.

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

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

Лаборатор ва инструментал текшириш

Спирометрия. 5 ёшдан катта болаларда ОФВ1 (нафас чиқаришнинг кучайтирилган ҳажми), ФЖЕЛ (ўпканинг ҳаётий кучайтирилган ҳажми) ва ОФВ1/ФЖЕЛни аниқлаш зарур. Спирометрия обструкция даражасини аниқлаб беради, унинг қайталаниши, шунингдек, оғирлик даражасини аниқлайди. ОФВ1 ва ФЖЕЛ кўрсаткичларини баҳолашда ёш градациясини ҳисобга олиш керак. Ўпканинг нормал функциясида ОФВнинг ФЖЕЛга нисбати 80%ни ташкил қилади, болаларда 90%дан юқори бўлиши мумкин. Қуйида келтирилган кўрсаткичлардан паст кўрсаткичлар бронхиал обструкция ҳақида ўйлашга имкон беради. Бронхолитик ингаляциясидан кейин ОФВ1ни 12%га кўтарилиши, ёки глюкокортикоидлар билан ўтказилган синов давога жавоби БА ташҳисини қўйишга ёрдам беради.

Пикфлоуметрия. Пикфлоуметрия (нафас чиқаришнинг юқори тезлигини аниқлаш) - ташҳис қўйишнинг асосий усули бўлиб, БАнинг кейинги давосини назорат қилиш учун зарур ҳисобланади. Пикфлоуметрнинг охири моделлари қиммат эмас, портатив, пластикдан ясалган ва 5 ёшдан катта беморларда уй шароитида ҳам ишлатса бўлади. Пикфлоуметр БА кечишида ҳар кунлик объектив мониторинг ўтказиш мақсадида ишлатилади. ПСВ (нафас чиқаришнинг юқори тезлиги) кўрсаткичини баҳолашда боланинг бўйини ҳисобга олиш зарур (махсус нормаграммалар бор), лекин индивидуал кўрсаткичларни аниқлаш учун 2-3 ҳафта давомида кунлик ПСВ мониторингини ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади. ПСВ эрталаб, кўрсаткич энг паст бўлганда ва кечкурун уйқудан олдин ПСВ энг юқори бўлганда ўтказилади. Бронхолитикларни қўллаганда эса ПСВни дорини қўллашдан олдин ва кейин ўтказилади. БАни даволашда симптомларни, пикфлоуметр натижаларини ва даво натижаларини ёзиб бориш учун кундалик тутиш

муҳим аҳамиятга эга. ПСВ мониторинги касаллик хуружининг эрта белгиларини аниқлаш учун информатив ҳисобланади. ПСВ кундузги кўрсаткичи тарқоқлигининг 20% дан юқори бўлиши БАнинг ташҳисот белгиси ҳисобланади, нормага нисбатан силжиши эса касалликнинг оғирлик даражасига тўғри пропорционал ҳисобланади.

Нафас йўллари гиперреактивлигини аниқлаш

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

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

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

Дифференциал ташҳислаш БАнидифференциал ташҳислаш қуйидаги касалликлар билан ўтказилади.

- овоз бойламлари дисфункцияси (псевдоастма)
- бронхиолит
- кўкрак ёшдаги болаларда ёт жисм ёки сут билан аспирация
- муковисцидоз
- бирламчи иммунотанқисликлар
- бирламчи целиар дискинезия синдроми
- трахеобронхомаляция
- томирлар ривожланиш нуқсонлари, нафас йўлларини ташқи томондан босилиши
- нафас йўлларини гемангиома ёки бошқа ўсмалари, гранулёма ёки кистаси, стенози ёки торайиши,
- облитерланувчи бронхиолит
- ўпканинг интерстициал касаллиги
- юррак димланиш нуқсонлари
- сил
- бронх-ўпка дисплазияси
- бўлакча эмфиземаси

Қуйидаги симптомлар аниқланганда БАга гумон қилинади:

Анамнез маълумотлари:

- касаллик симптомлари 2 ёшгача бўлган болаларда пайдо бўлиши;
- респиратор дистресс синдром ёки сунъий ўпка вентилияцияси;
- неонатал даврда неврологик дисфункция;
- бронхолитиклар қўлланилганда эффе́кт йўқлиги;
- хуштаксимон хириллашлар, эмизиш ёки қусиш билан боғлиқ бўлса;
- ютишнинг қийинлашуви ёки қайталанувчи қусиш;

- диарея;
 - тана вазнига кам қўшилиши;
 - касаллик хуружидан кейин оксигенотерапияга бўлган талабнинг сақланиши.
- Физикал маълумотлар:*
- ноғора таёқчалари кўринишидаги бармоқлар деформацияси;
 - юракдаги шовқинлар;
 - стридор;
 - ўпкадаги ўчоқли ўзгаришлар;
 - аускультацияда крепитация;
 - цианоз
 - лаборатор ва инструментал текшириш натижалари:
 - кўкрак қафаси органлари рентгенограммасида ўчоқли ёки инфилтратив ўзгаришлар;
 - камқонлик;
 - нафас йўлларида кайтмас обструкцияси;
 - гипоксемия;

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

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

- Ҳаёт учун хавfli бўлган ҳолатларни ва ўлимнинг олдини олиш;
- Клиник белгиларни бартараф қилиш ёки камайтириш;
- Ташқи нафас функцияси кўрсаткичларини нормаллаштириш ёки яхшилаш;
- Боланинг активлигини тиклаш, жисмоний юкларга чидамликни ошириш;
- Бронхолитик препаратларга муҳтожликни камайтириш;
- Давонинг ножўя таъсирининг олдини олиш;
- Ногиронликнинг олдини олиш.

Бронхиал астманинг комплекс давоси қуйидаги компонентларни ўз ичига олади:

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

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

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

Касалликнинг авж олишига сабаб бўлувчи омилларни бартараф қилиш (элиминация)

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

- Специфик иммунотерапия

Доимо врач назоратида бўлиш ва ўз вақтида давони коррекция қилиш

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

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

Амбулатор босқичда бронхиал астманинг енгил хуружида бирламчи ёрдам тез таъсир қилувчи β_2 -адреномиметиклар дозали аэрозол ингаляторларни қўллашдан иборат. Ўрта оғир ва оғир хуружларда β_2 -адреномиметиклар такрор бир соат мобайнида 20-30 минут интервал билан қўлланилади, кейин заруриятга қараб, ҳар 4 соатда қўлланилади. Небулайзер терапиядан ҳам фойдаланилади.

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

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

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

Болаларда БАНинг поғонали даволаш схемаси

<i>Ипогона</i>	<i>Ипогона</i>	<i>III погона</i>	<i>IV погона</i>
Касаллик симптомлар и кам бўлганлиги туфайли ҳар куни дори қабул қилишга эҳтиёж йўқ. Кромоглицин кислотаси ёки	Кромоглицил кислотаси ёки недокромил 3-4 ой мобайнида, лейкотриен рецепторларининг антагонистлари	Самара бўлмаганда – катта спейсер орқали ингаляцион глюкокортикоидларнинг ўртача дозаси. Узоқ таъсир қилувчи β_2 -адреномиметиклар ёки секин	Ўртача/юқори дозадаги ингаляцион глюкокортикоидлар узоқ таъсир қилувчи β_2 -адреномиметиклар билан ёки секин озод бўлувчи теofilлинлар билан комбинацияси ёки янги антилейкотриен препаратлар билан регуляри. Самара бўлмаганда

недокромил ни ҳар 2-3 ойда қўллаш мумкин.		озод бўлувчи теофиллинлар преднизолон ичишга ёки ингаляцион глюкокортикоид лар дозасини икки марта кўпайтириш	ингаляцион глюкокортикоидлар дозасини ошириш ёки преднизолон ичишга
Зарурият бўлганда тез таъсир қилувчи β_2 - адреномиме- тиклар буюриш	Тез таъсир қилувчи β_2 - адреномиме- тикларва/ёки ипратропия бромид ва/ёки қисқа таъсир қилувчи теофиллин қисқа курс билан	Тез таъсир қилувчи β_2 - адреномиметикл арва/ёки ипратропия бромид ва/ёки зарурият бўлса қисқа вақт таъсир қилувчи теофиллин	Тез таъсир қилувчи β_2 - адреномиметикларва/ёк и ипратропия бромид ва/ёки зарурият бўлса қисқа вақт таъсир қилувчи теофиллин суткасига 4 мартадан кўп эмас

Болаларда небулайзерли ингаляциялар





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

Постнатал профилактика куйидаги тадбирларни ўтказишга қаратилган:

-гўдак ёшидаги болаларда кўкрак сути билан овқатлантиришни тарғибот қилиш;

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

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

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

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

-умумий IgЕмиқдорининг 30 МЕ/млдан ортиқлиги, махсус IgЕ-АТ сигир сути оксиги/тухум сариғига кузатилган бўлса;

*Учламчи профилактика*БАни чақирувчи омилларни камайтиришга қаратилган.

Назорат саволлари:

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

Фойдаланилган адабиётлар.

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

3-мавзу. Танқис анемияларни даволаш стандартлари.

Режа:

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

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

3.1. Темир танқислик камқонлигини замонавий даволаш усуллари¹.

Темир етишмовчилик камқонлиги (ТЕК) – темир танқисликлигининг кўриниши бўлиб, бирлик қон ҳажмида ва эритроцитларда гемоглобин концентрациясининг камайиши, микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ранг кўрсаткичининг пасайиши, қон зардобидида темир ва ферритин миқдорининг камайиши, трансферриннинг темир билан паст даражада тўйиниши, темир боғловчи хусусияти ва эритроцитар протопорфириннинг ошиши билан характерланади^{1,5,7}.

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

Темир етишмовчилик камқонлиги сабаблари:

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

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

1. Алиментар омиллар - темир етишмовчилиги камқонлигининг етакчи сабаби. Хавф гуруҳи: мослаштирилмаган аралашмалар билан сунъий овқатлантирилладиган болалар; кўшимча овқатни кеч бериш; ҳар қайси ёшда фақат ўсимлик, сабзавотлар билан овқатлантириш; рационда сутни кўп ишлатиш (суткада 0,5 л дан юқори).
2. Темирни кўп миқдорда йўқотиш ёки унга бўлган юқори талаб. Хавф гуруҳи: ўткир ва сурункали юқумли касалликлар, асосан ошқозон-ичак тракти; ошқозон-ичак трактининг сурункали ноинфекцион, яллиғланиш касалликлари (мальабсорбция синдромида темирни кўп йўқотиш ёки етарли даражада организмга тушмаслиги); яққол (мелена, бурундан қон кетиш, гематурия ва бошқалар) ва яширин қон кетиши; ювенил гормонал ўзгаришлар; токсик омиллар; эссенциал.

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

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

Клиник кўринишида қуйидаги синдромлар кузатилади:

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

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

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

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

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

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

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

Давоси. Камқонликнинг оғир шаклларида стационар даво кўрсатилади. Болаларнинг кун тартиби фаол бўлиши керак, кўпроқ тоза ҳавода бўлиши зарур. Парҳез билан темир танқисликлгини бартараф этиш мумкин эмас-темир дорилари тавсия қилиш керак.

Педиатрияда темир дориларини тавсия қилишнинг умумий усуллари қуйидагилар:

- Дориларни асосан ичишга тавсия қилиш, парентерал юборишни чеклаш, чунки, дориларнинг ножўя таъсири юқори бўлади (аллергик реакция, инъекциядан кейинги абсцесс ва флебитлар, гипотензия, бактериал инфекцияларга ҳафв юқори, гемосидероз ва бошқалар);
- Дорининг суткалик дозаси элементар темир бўйича 5-6 мг/кг; юқори доза даво самарадорлигини оширмайди, аммо катта ножўя таъсир кўрсатади, дорининг суткалик дозаси уч қабулга бўлинади;
- Давонинг биринчи бир неча кунда бемор дорини қабул қилишини аниқлаш учун дозаси икки баробарга камайтирилади;
- Темир дориларни қабул қилишнинг муддати 3 ойдан кам бўлмаслиги керак, биринчи босқичда бу гемоглобин миқдорини ва темирни периферик захирасини тўлдирувчи терапия ҳисобланади, иккинчи босқичда темирнинг тўқимадаги захираларини тиклаш зарур ва учинчи босқичда қайталанишга қарши тадбирларни қўллаш лозим;
- Темир дориларини овқатланиш оралиғида бериш ва уларни сабзавот ёки мева шарбатлари билан ичиш керак, темир дориларини сут билан ичиш ман қилинади.;

- Темир препаратлари билан бирга аскорбин кислота ва Вит Е бирга тавсия қилиш даво самарасини оширади;
- Махсус кўрсатма бўлмаганда темир дорилари билан бирга вит В6 ва вит В12, фолат кислота тавсия қилишни хождати йўқ;
- Темир дориларни парентерал тавсия қилишга кўрсатмалар: ичакда сўрилишнинг бузилиши, темир дориларини ичганда қабул қилаолмаслик. Препаратлар вена ичига 25 мг дозада томчилаб юборилади, кейин 3 кунда 50 мг юборилади. Курс тамомлангандан кейин темир дорилари ичишга буюрилади.
- Темир дориларини қўллашда кутилаётган натижалар: 72-96 соатдан кейин ретикулоцитознинг кўтарилиши ва 7-10 кундан кейин гемоглобин миқдорининг кўтарилиши (яхши натижа ҳафтада 5 г/л) ҳисобланади. Гемоглобин миқдори нормаллаштирилгандан кейин темир дорилари билан даволаш темирнинг тўқимадаги депосини тиклаш учун 4-6 ҳафтагача давом эттирилади. Темир дорилари билан даволаш вақтида қон зардобиди унинг миқдорини аниқлаш маълумотли ҳисобланмайди.
- Эритроцитар масса қуйиш ҳаёт кўрсатмасига асосан, гемоглобин миқдори 70 г/лдан кам бўлса буюртирилади. Тоза қон қуйишга шошилмаслик зарур.

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

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



- Темир препаратларини профилактик миқдорида ҳафтада 1 мартаба (чоршанба куни) истеъмол этиш

- Тўғри овқатланишни тарғибот қилиш
- Жамоат ташкилотларни, ахборот воситаларни тарғибот ишларига жалб этиш

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

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

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

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

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

Оғирлик даражасига қараб классификация қилинади.

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

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

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

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

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

Беморларда даво самараси бўлмаса, вит 12 танқисликлиги камқонлиги ҳақида ўйлаш керак. Сўрилиш нуқсониди фолат кислота парентерал тавсия қилинади. Чала туғилганларга 2 ойлигидан бошлаб; талвасага қарши ва силга

карши сульфаниламидлар билан даво олганларга, целиакия билан касалланганларга ва мальабсорбциянинг бошқа шаклларида хар куни фолат кислотаси 0,2-0,5 мг дозада тавсия қилинади.

3.3. Оксил танқислик камқонлигини замонавий даволаш усуллари¹.

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

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

Масалан: квашиоркор касаллигидаги анемия.

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

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

1.Профилактика хомиладорларни даволаш, чала туғилишни олдини олиш, хамма ёшда рационал овқатлантириш, касалликларни (диарея, қон кетиши) даволаш. Диспансер кузатув, йилда камида икки марта умумий қон тахлили ва зардобдаги темирни аниқлаш. Хозирги кунда мамлакатимизда камқонликни олдини олиш учун қуйидаги дастурлар амалга оширилмоқда

2.Бўғдой унини микронутриентлар ва темир моддаси билан бойитиш

3.Темир препаратларини профилактик миқдорида хафтада 1 маротаба (чоршанба куни) истеъмол етиш

4.Тўғри овқатланишни тарғибот қилиш

5.Жамоат ташкилотларни, ахборот воситаларни тарғибот ишларига жалб етиш

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

Назорат саволлари:

1. Болаларда асосан анемияни қайси тури кўпроқ учрайди?

2. Анемияни қандай турлари бор?
3. Темиртанқислик анемияни қандай диагностика усулларини биласиз?
4. Витамин В₁₂танқислик анемияни қандай диагностика усулларини биласиз?
5. Оқсилтанқислик анемияни қандай диагностика усулларини биласиз?
6. Бронхиал астма клиникаси қандай?
7. Анемияларни даволаш қандай ўтказилади?
8. Анемияларни даволаш стандартини айтинг.

Фойдаланилган адабиётлар.

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

4-мавзу: Шошинч холатларни даволаш.

Режа:

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

Таянч иборалар: *шошинч холат, устивор белгилар, шок, кома, талваса, асфиксия, эпилепсия.*

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

Касалхонага мурожаат қилган бемор болалар куйидаги гуруҳларга ажратилади¹.

1. Шошинч ёрдамга муҳтож беморлар, яъни тезкор ёрдам кўрсатиб ўлим холатларини олдини олиш.
2. Устивор белгилар, яъни бу беморларда ҳам вақтида даволаш ва чуқур диагностик тадбирлар ўтказилмаса ўлим ҳавфи кузатилиши мумкин.

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

3. Шошинч ва устивор белгилар кузатилмаган беморлар. Агар беморларда куйида келтирилган шошинч ёрдамга муҳтож белгилардан бирортаси аниқланса, дарҳол ёрдамга тажрибали мутахассисларни чақиринг, лаборатор

текширувга қон олинг (глюкоза, суртма малярияга, гемоглобин).
Шошилич ёрдамга муҳтож бемор болаларда қуйдагилар аниқланади^{1,9}:

I. Нафас йўллари йўтказувчанлиги:

* обструктив нафас бузилиши (асфиксия), ёки

* марказий цианоз, ёки

* оғир нафас етишмовчилиги

Ушбу белгилардан бирортаси аниқланса:

Ёт жисимлар аспирациясида

-3 схема бўйича ёрдам кўрсатинг;

Ёт жисимлар аспирацияси бўлмаганда:

-Ўпка вентиляциясини 4 схема бўйича тикланг;

-5 схема бўйича кислород беринг;

-Болани иссиқлиниги таъминланг;

II. Қон айланиши ҳолати (шок белгилари):

Қўллари совуқ ва қўшимча:

*капиллярларга қон тўлишиш вақти 3 секунддан ортиқ ва

* кучсиз тезлашган пульс

Ушбу белгилардан бирортаси аниқланса:

-Қон кетишини тўхтатиш (агар кузатилса);

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

Агар оғир озикланишни бузилиш белгилари кузатилмаса:

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

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

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

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

Агар бола ҳушида бўлса:

- Глюкозани оғиз ёки назогастрал зонд орқали беринг;

- дарҳол тўлиқ текширув ва даволашни бошланг;

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

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



III. Кома, шайтонлаш:

* коматоз ҳолат ёки

* текширув вақтида шайтонлаш

Ушбу белгилардан бирортаси аниқланса:

- Ўпка вентилизациясини 4 схема бўйича тикланг;

- Шайтонлашда диазепам ёки паральдегид 9 схема бўйича ректал юборинг;

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

- 10 схема бўйича томир орқали глюкоза юборинг;

IV. Оғир сўвсизланиш (диареяда):

*Заторможенность;

*Кўзларни киртайиши;

*Тери бурмаларини жуда секин тикланиши;

Диареяга кўшимча:

- Болани иссиқлиниги таъминланг;

Агар озиқланишни оғир бузилиши бўлмаса:

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

Агар болада озиқланишни оғир бузидишлари бўлса:

- Томирга системани уламанг;

- дарҳол беморни тўлиқ текширувга киришинг;

Устивор белгилар: 2ДТН+ЗБО

* 2 ойгача бўлган болалар

* нафас бузилиши

* температура: бола жуда иссиқ

* травма ёки бошқа шошилишч хирургик ҳолатлар

* бола бошқа касалхонадан юборилган бўлса

- * озиқланишни бузилиши: кўзга ташланадиган озиқланишни бузилиши
- * яққол рангпарлик
- * кучли оғриқ
- * бола безовта, кўзгалувчан ёки акси, ҳолсиз
- * заҳарланиш
- * куйиш
- * иккала товонида шиш

Изоҳ: Агар болада травма ёки бошқа шошилиш хирургик ҳолатлар кузатилса, жарроҳ чақиртиринг ёки қўлланма бўйича ёрдам кўрсатинг. Шошилиш ва устивор белгилар кузатилмаган беморлар кўрсатма бўйича текширувдан ўтказилади ва даволанади.

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

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

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

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

Қон айланиш ҳолати қандай баҳоланади (шок диагностикаси мақсадида)

Болани бармоқлари совуқми текширилади? Агар совуқ бўлса:

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

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

Шайтонлаш, коматоз ҳолат ёки бошқа бузилишларни аниқлаш:

* Бола кома ҳолатидами? (АГБО бўйича аниқланг):

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

Талваса синдроми

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

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

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

Талваса купрок кичик ёшдаги болаларда нейротоксикозларда, респиратор-вирусли инфекциялардан: грипп, аденовируслар, парагриппоз инфекциялар асорати сифатида келиб чикиши мумкин. Талваса синдроми давомийлиги, содир булган вакти, эс-хушини холати, таркалиши, куринишига караб хар хил булади.

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

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



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

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

Реаниматология-организм ҳаёт жараёнининг терминал даврини, шунингдек терминал ёки клиник ўлим ҳолатда етган беморларни даволаш усулларни ўрганувчи фандир. Ҳозирги пайтда клиник тиббиётда асосий бўлимлардан реаниматологиянинг масалалари анча кенгайиб, қўйидаги ҳолатга келтирилди:

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

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

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

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

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

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

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

Нафас етишмовчилиги.

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2. Болаларни шошилиш даволаш усуллари.

Кечиктириб бўлмайдиган ёрдам

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

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

Ўткир нафас етишмовчилигида тез ёрдам.



Даволаш^{1,4}

- Кислород
- ИВЛ
- Балғам кучирувчи Муколитиклар

Ксантинлар

- Аминофиллин

P2-антагонистлар

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

Седация

- Диазепам (Valium)
- Лоразепам (Ativan)

Мидазолам (Versed)

Анальгетиклар

Нейромускуляр моддалар

Панкурониум (Pavulon)

Векурониум (Norcuron)

Атракуриум (Tracrium)

Гиповолемияни даволаш

Суюқликлар инфузияси

Вазоактив дорилар

Ателектазни даволаш

Спирометрия

Бронходиллятаторлар

Йўтал ва чуқур нафас

Кўкракни физиотерапияси

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

2. Гипоксияни йўқотиш.

3. ЎСВ (ИВЛ)

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

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

6. Юрак-қон томир етишмовчилиги билан курашиш.

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

8. Буйрак усти бези етишмовчилиги билан курашиш.

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

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

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

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

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

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

Назорат саволлари.

1. Педиатрияда шошилинич белгилари қандай?
2. Педиатрияда устувор белгилари қандай?
3. Қандай шошилинич белгиларини таснифлаш стандартларини биласиз?
4. Шошилинич белгиларини даволаш стандартлариқандай?
5. Қандай ССВ №225 буйруги буйича таснифлаш ва бахолаш усулларини биласиз?

Фойдаланилган адабиётлар.

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.
2. Current essentials Pediatrics. Judith M. Sondheimer. 2015.
3. Textbook of Neonatology. Janet M. Rennie, fifth edition Churchill Livingstone ELSEVIER .2015.

4. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013
5. Даминов Т.О., Холматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.
6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
7. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010
8. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2014. Москва. Российское респираторное общество. 2015.
9. Болаларга стационар ёрдам кўрсатиш .Болалар стационар ёрдам кўрсатиш бўйича ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган ва Ўзбекистон Республикаси мутахассислари томонидан мослаштирилган ўқув курси. Т.2013.

5-мавзу. Сурункали гепатитларнинг даволаш стандартлари

Режа

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

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

5.1. Этиология ва патогенез

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

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

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

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

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

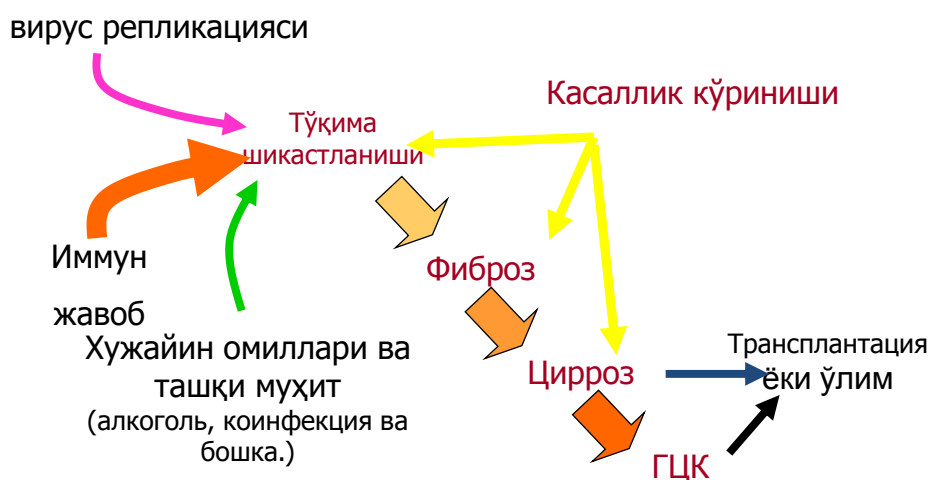
Сурункали вирусли гепатит шаклланиши асосан организмга В гепатити вируси тушишида содир бўлиши кўрсатилган. Жигардаги жараён сурункали бўлиши патогенезининг хилма-хиллиги аниқланган.

. В гепатит вируси цитотоксик эмаслиги аниқланган.

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

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

Сурункали вирусли гепатитлар патогенези.



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

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

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

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

3. Дори билан индуцирланган сурункали гепатит.

Фаоллиги бўйича фаолмас гепатит ва 3 даражадаги: а) минимал; б) ўртамиёна; в) ифодаланган фаоллик фарқланади. Фаоллик даражасини баҳолаш асосида морфологик ўзгаришлар ифодаланганлигини аниқлаш ётади; а) кўприксимон некрозлар мавжуд перипортал некроз; б) бўлакчалар ичи дегенерацияси; портал трактдаги яллиғланиш. Минимал даражада перипортал зинасимон некрозлар перипортал зоналар билан чекланган, фақат портал трактларнинг қисман шикастланиши кузатилади, ифодаланган фаолликда некрозлар бўлакчалар ичига киради, қўшилиб кетган кўприксимон некрозлар пайдо бўлади.

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

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

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

Клиник манзараси. Клиник кўринишлари ва кечиш хусусияти сурункали гепатит фаоллигига боғлиқ. Сурункали минимал фаолликдаги гепатит кучсиз ифодаланган клиник кўринишлар билан хусусиятланади. Болалар одатда шикоятлар қилишмайди, уларда иштаҳа сақланган, сариқлик йўқ, томирли ўзгаришлар доимий эмас. Касалликнинг етакчи, баъзида ягона белгиси жигарнинг, камроқ талокнинг катталаниши ва зичланиши ҳисобланади. Қон зардобидида катта доимийликда жигар-ҳужайралари ферментлари (асосан АлАТ, АсАТ) нинг кучли фаоллиги, баъзида ўртамиёна диспротеинемия, баъзида тимол синамаси кўрсаткичлари ошганлиги аниқланади. Доимий равишда HbsAg аниқланади. Реогепатограмма ва эхогепатограммадаги ўзгаришлар етарлича ифодаланган ва сурункали персистирловчи гепатит ташхисланишида муҳим аҳамиятга эга. Сурункали персистирланувчи гепатит кечиши доимо яхши сифатли. Сурункали ифодаланган фаолликли гепатитга ўтиши кузатилмайди. Жигар циррози шаклланмайди. Бундай гепатитнинг энг кўп оқибати - соғайиш, қолдиқ фиброз ёки жигар функционал синамаларининг меъёрлигидаги клиник кўринишларисиз узоқ давом этувчи (умрбод) персистирланувчи НВ-антигенемия.

Сурункали ифодаланган фаолликли гепатит клиник симптоматика ва жигар функционал синамаларининг анча силжиши билан хусусиятланади. Болалар умумий ҳолсизликка, тезда чарчашга, иштаҳа пасайишига, қориндаги оғриқларга, метеоризм, камроқ турғунсиз ич келишига шикоят қилишади. Кўпинча тери ва склераларнинг сариқлиги аниқланади. Тери қопламлари қуруқ, рангпар. Юзда, кўкракда, қўл панжасида томирли юлдузчалар – телеангиэктазияларни аниқлаш мумкин, кўпинча пальмар эритема, субфебрилитет аниқланади, бурундан қон кетиши, петехиал яллиғланишлар ягона экхимозлар бўлиши мумкин. Жигар ва талокнинг анча катталаниши хусусиятли. Жигар пайпаслашда зич, баъзида оғрикли, юзаси силлиқ, чети ўткир, баъзида нотекис. Қон зардобидида жигар ҳужайралари ферментлари юқори фаоллиги, ифодаланган диспротеинемия доимо аниқланади, тимол синамаси кўрсаткичлари ва бета липопротеидлар миқдори ошган, протромбин индекси ва сулема титри пасайган. HBs ва HbeAg вируслари антигенлари персистенциялаши хос, кўпинча Анти-НВс, баъзида

фақат анти-НВс нинг юқори концентрацияси билан бирга. Эхогепатограммада портал гипертензия бошланиш белгилари билан бошланувчи кўп сонли зичлашиш ўчоқлари аниқланади. Сурункали фаол гепатит кечиши кўпинча ёмон. Жигар циррози шаклланиши мумкин^{1,2}.

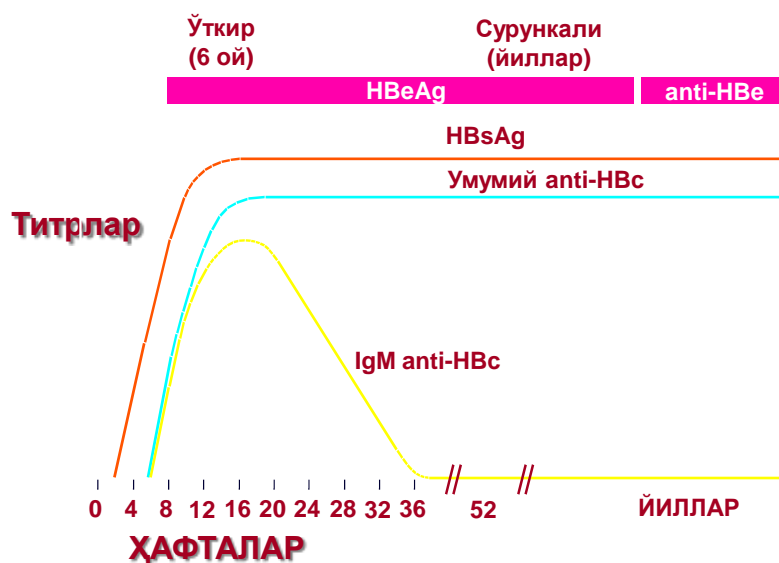
Сурункали дельта-инфекция, одатда интоксикация, сариклик ошиб бориши, жигар ва талоқнинг катталашиви, жигар-хужайрали етишмовчилигининг чуқур биокимёвий кўринишлари билан содир бўладиган аоритез-тез ифодаланган кўзишлар билан кечади. Дельта инфекция учун классик сурункали гепатит В га қараганда касалликнинг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

Сурункали минимал фаол гепатит кучсиз ифодаланган клиник кўринишлари билан хусусиятланади. Болалар одатда шикоят қилишмайди, уларнинг иштаҳаси яхши, сариклик йўқ, томирлар ўзгариши доимий эмас. Касалликнинг етакчи, кўпинча ягона симптоми жигарнинг, камроқ ҳолларда талоқнин катталашиви ва зичлашишидир. Қон зардобида катта доимийликда жигар-хужайра ферментларининг (асосан АлАТ, АсАТ) ошган фаоллиги аниқланади, кўпинча ўртамиёна диспротеинемия, баъзида тимол синамаси кўрсаткичлари ошиши. HbsAg доимий равишда аниқланади. Реогепатограмма ва эхогепатограммадаги ўзгаришлар етарлича ифодаланган ва сурункали гепатит ташхиси учун муҳим аҳамиятга эга. Сурункали гепатит кечиши доим яхши сифатли. Сурункали фаол гепатитга ўтиши кузатилмайди. Жигар циррози шаклланмайди. Бундай гепатитнинг энг тез оқибати соғайиш, қолдиқ фиброз ёки клиник кўринишларсиз ва нормал жигар функционал синамалари билан узоқ вақтли (умрбод) персистирланувчи НВс антигенемия. Сурункали фаол гепатит ифодаланган клиник симптоматика ва жигар функционал синамаларининг кучли силжишлари билан кечувчи касаллик. Болалар умумий ҳолсизликка, тез чарчашга, иштаҳа пасайишига, қориндаги оғриқларга, метеоризм, камроқ турғунсиз ич келишига шикоят қилишади. Кўпинча тери ва склера сариклиги аниқланади.

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

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

СВГВда касаллик авж олиш давридаги маркерлари



5.3. Диагностик усуллари.

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

Сурункали гепатит учун глобулинли фракция, одатда гаммаглобулинлар миқдори ошиши ҳисобига турғун диспротеинемия ва альбуминлар миқдори пасайиши хос. Кўпгина беморларда тимол синамаси, бета-липопротеидлар кўрсаткичларининг турғун ошиши, сулема титри пасайиши аниқланади.

Сурункали гепатит В ни ташхислаш учун билирубин миқдорини қон зардобиди аниқлаш унчалик аҳамиятли эмас, сабаби унинг миқдорининг ортиши фақат қўзиш даврида бўлади. Сурункали гепатит В да жоимо қон

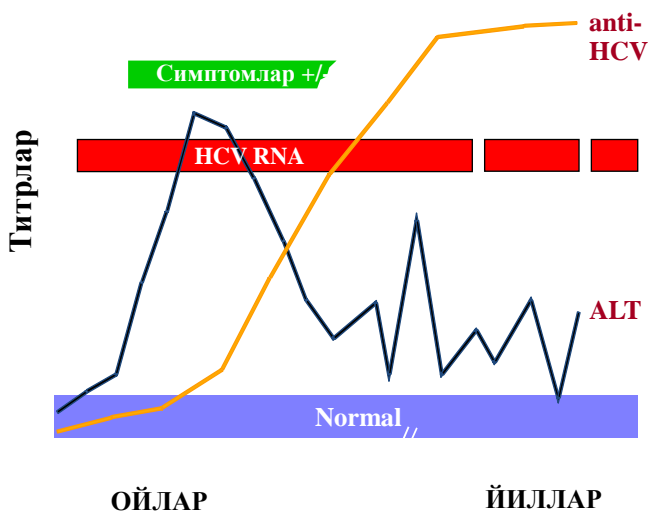
зардобида умумий холестерин миқдори ошади ва ишқорий фосфатаза фаоллиги ортади, кўпинча протромбин ва фибриноген пасайиши қайд қилинади.

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

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

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

Сурункали гепатит Снинг серологик маркерлари



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

Дифференциал ташхислаш. Сурункали гепатит В ни кўпинча ўткир гепатит қолдиқ ҳодисаларидан, пигмент гепатозлар, модда алмашинуви касалликларидаги жигар шикастланишларидан дифференциация қилиш керак. Ўткир гепатит қолдиқ ҳодисалари касаллик бошланишидан биринчи 3-6-ойларда бартараф қилинади, сурункали гепатитларда эса клиник симптомлар ва жигар функционал бузилишлари 3 ойдан кўпроқ вақтда ҳам кузатилади. 2-3 ойдан кўп вақтда гиперферментемия, гипергаммаглобулинемия, гипербилирубин емия сақланган ҳолларда сурункали гепатитни юқори ишончлиликл билан тахмин қилиш мумкин. Сурункали гепатит учун қон зардобиди HBs - Ag нинг турғун ошиши, Ybe – антигенемия хос. Шу билан бирга ўткир вирусли гепатит В қолдиқ ҳодисалари мавжуд болаларда иммунитетнинг ҳужайра ва гуморал кўрсаткичлари кам ўзгарган, HBV антигенлари аниқланмайди. Телеангиэктазиялар, “пальмар эритема” каби томир ўзгаришлари қолдиқ ҳодисалар учун умуман хос эмас.

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

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

симптомлар бўлиб гепатомегалия, ўсишнинг орқада қолиши, гиперлипидемия ва гипогликемия ҳисобланади. Якуний ташхис махсус текширув услублари ёрдамида қўйилади.

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

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

5.4. Даволаш стандартлари

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

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

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

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

Интерферонларнинг 3 та тури фарқланади:

а - интерферон – лейкоцитар, лейкоцитлар томонидан ишлаб чиқарилади;

б - интерферон, эпителиод хужайралар томонидан ишлаб чиқарилувчи;

в - интерферон – иммун, лимфоцитлар томонидан ишлаб чиқарилади.

Энг кенг қўлланиладиганлари:

1) мамлакатимизда ишлаб чиқариладиган – реаферон (02 - интерферон)

2) роферон А - А-а₂α интерферон;

3) нитрон А - 1х2β-интерферон

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

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

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

Детоксикация мақсадида сурункали вирусли гепатитда ва жигар циррозида экстракорпорал услублар қўлланилади: плазмаферез ва гемосорбация. Ушбу услублар бир вақтнинг ўзида иммунитетнинг гуморал занжири гиперпродукциясини пасайтиради, аутоиммун компонентни камайтиради. Энг оптимал схема – 5 кун интервалли 3 та сеанс. Умумий оксил, альбуминлар миқдори камайиши плазмаферез учун қарши кўрсатма ҳисобланади. 1 сеанс ичида циркуляцияловчи зардобнинг 60-70%

чиқарилади. Плазма ўрини босиш кристаллоид ва декстранли эритмалар билан 3:1 нисбатда амалга оширилади¹.

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

Гепатит В га қарши эмлаш. Пассив иммунизация учун HBsAg га юқори титрдаги антитанчаларни тутувчи специфик Ig ишлатилади. Вакцинацияни вирусли гепатит В билан зарарланиш хавфи юқори бўлган кишиларда амалга оширилади.

Фаол эмлашга инфекция ривожланиш хавфи юқори бўлган шахслар киритилади:

– вирусли гепатит билан касалланган оналардан тўғилган болалар ёки HbsAg ташувчилар, сабаби бунда 30-40% болаларнинг инфицирланиши кузатилади;

– гемодиализ ва гепатологик бўлимларнинг тиббий ходимлари, шунингдек бемор қони билан бевосита қонтактда бўлган шахслар, тиббий институтлар ва ўрта тиббий муассасалари талабалари ишлаб чиқариш амалиётлари олдида;

– сурункали вирусли гепатит беморлар оиласи;

– эпидемиологик ноқулай регионларга кетаётган саёхлар;

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

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

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

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

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

Назорат саволлари.

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

Фойдаланилган адабиётлар.

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

1 – амалий машғулот

Пневмонияларни ҳозирги вақтда кечиш хусусиятлари ва даволаш стандартлари.

Ишдан мақсад : Пневмонияларни ҳозирги вақтда кечиш хусусиятларини кўриб чиқиш. Пневмониянинг замонавий даволаш стандартларини муҳокама қилиш. Атипик пневмонияларни даволаш тамойиллари.

Масаланинг қўйилиши:

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

- Пневмонияни турларига қараб клиник кечишини

- Атипик пневмонияларни кечиш хусусиятларини
- Пневмониянинг замонавий даволаш стандартларини
- Атипик пневмонияларни даволаш тамойиллари.

Ишни бажариш учун намуна

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

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

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

Госпитал пневмониялар қуйидагилар билан характерланади:

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

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

Даволаш тамойиллари

Ўткир пневмонияларни даволаш қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Авайловчи режим.
2. Диета: боланинг ёшига ва талабига мос бўлиши керак; тез хазм бўлувчи, витаминларга бой бўлиши лозим.
3. Антибактериал терапия ташхис қуйилганидан бошлаб 10 — 14 кун давом эттирилиши керак.
4. Касалликнинг оғир формасида, хавfli кечишида эса, препаратларни алмаштириб, то клиник соғайишгача курс давом этади.
5. Микрофлора сезгир бўлган антибиотик тавсия қилинади.
6. Касалликнинг енгил формасида 1 та антибиотик ишлатилади.
7. Оғир формаларда кенг таъсирга эга бўлган препарат ёки 2 - 3 та антибиотикнинг комбинацияси берилади.
8. Яримсинтетик пенициллинларни биттаси ва аминогликозидларни

- ёки цефалоспоринларни бирга бериш энг самарали саналади.
9. 36-48 соат давомида даволаш самара бермаса, у ҳолда антибиотикларнинг 1 таси ёки 2 таси ҳам алмаштирилади.
10. Антибиотикларни узок вақт давомида қабул қилаётган беморларга замбуруғларга қарши препаратлар ҳам берилади: нистатин, флуказонзол, дифлюкан.

БОЛАЛАР ПУЛЬМОНОЛОГИЯСИДАГИ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ СТАНДАРТЛАРИ

	МКБ - 10	Нозологик тури	Диагностик муолажа 1.Лаборатор 2.Функционал 3.Консултация	Текширувга мухтожлар %	текширув сони	Даволаш муолажаси
1.	J13	Ўткир пневмония (касалхон адан ташқари)	Лаборатор: Умумий қон анализи	100	2 март а	Режим ташкиллаштириш. Антибактериал терапия. Бронхолитиклар. Йўталга қарши препаратлар. Антигистамин препаратлар кўрсатмага қараб Кислород терапия. Симптоматик терапия (иситма туширувчи, аналгетик, спазмолитиклар). Физиолечение. Кўкрак қафаси массажи. Нафас машқлари.
			Билирубин умумий ва фракциялари АЛТ	100	1 март а	
			АСТ	100	1 март а	
			Умумий сийдик анализи	100	1 март а	
			Умумий ахлат анализи	100	1 март а	
			ЭКГ	Кўрсатмага қараб	1 март а	
			Балғамни бак. экиш	70	1 март а	
			КИМ, қон газлари	Кўрсатмага қараб	1 март а	
			Кўкрак қафаси R-графияси	50	1 март а	
Спирография	Кўрсатмага	1				

			қараб	март а
		Қоннинг иммунологик текшируви	По показаниям	1 март а
		Консултациялар: ЛОР,	Кўрсатмага қараб	1 март а
		кардиолог,	Кўрсатмага қараб	1 март а
		невропатолог,	Кўрсатмага қараб	1 март а
		фтизиатр,	Кўрсатмага қараб	1 март а
		хирург	Кўрсатмага қараб	1 март а

Назорат саволлари

1. Пневмонияни қандай турларини биласиз?
2. Ўткир пневмонияларни таснифини айтинг.
3. Пневмонияларни диагностик стандартлари қандай?
4. Атипик пневмонияларни кечиш хусусиятлари қандай?
5. Пневмониянинг замонавий даволаш стандартларини айтиб ўтинг.
6. Атипик пневмонияларни даволаш тамойилларини айтиб ўтинг.

Фойдаланилган адабиётлар.

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

Бронхиал астмани таснифи ва ҳар хил ёшдаги болаларда кечиш хусусиятлари

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

Масаланинг қўйилиши:

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни билиши лозим:

- Бронхиал астма огирлигига қараб қараб клиник кечишини
- Болалардабронхиал астмани кечиш хусусиятларини
- Бронхиал астмани замонавий даволаш стандартларини
- Бронхиал астманидаволаш тамойиллари.

Ишни бажариш учун намуна

Бронхиал астмада диагностика ва даволаш стандартлари

	МК Б-10	Нозологик тури	Диагностик муолажа 1.Лаборатор 2.Функционал 3.Консултация	Текширувга мухтожлар %	текширувсони	Даволаш муолажаси
9.	J45.1	Бронхиал астма	Лаборатор: Умумий қон анализи	100	2март а	Диетотерапия. Антибиотикотерапия кўрсатмага қараб. Адреналин и адреномиметиклар. Бронхолитик. Муколитик ва мукокинетик. Бета-2 блокатор. Глюкокортикостероидлар системали, ингаляцион кўрсатмага қараб Антилейкотриенкўрсатмага қараб Оксигенотерапия кўрсатмага қараб
			Билирубин умумий ва фракциялари	100	1 марта	
			АСТ	100	1 марта	
			Умумий сийдик анализи	100	1 марта	
			Умумий ахлат анализи	100	1 марта	
			Балғамни бак экиш.	50	1 марта	
			ЭКГ	80	1 марта	

		Кардиоинтервалография	75	1 марта	Симптоматик терапия (иситма туширувчи, аналгетик, спазмолитиклар) кўрсатмага қараб). Антигистамин препаратлар. Иммуномодуляторлар кўрсатмага қараб Ферментпрепаратлар. Вегетотроп препаратлар. Физиолечение Нафас гимнастикаси
		Пикфлоуметрия.	100	4 марта	
		Ўпка рентгенографияси.	60	1 марта	
		спирография.	Кўрсатмага қараб	1 марта	
		ЦИК ва иммуноглобулин Е ни аниқдаш.	Кўрсатмага қараб	1 марта	
		Консултация пульмонолог,	Кўрсатмага қараб	1 марта	
		ЛОР-врач,	Кўрсатмага қараб	1 марта	
		кардиолог,	Кўрсатмага қараб	1 марта	
		невропатолог,	Кўрсатмага қараб	1 марта	
		психолог.	Кўрсатмага қараб	1 марта	

Назорат саволлари:

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

Фойдаланилган адабиётлар.

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

Танқис анемияларни болаларда кечиш хусусиятлари.

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

Масаланинг қўйилиши:

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни билиши лозим:

- Танқис анемияларни турига қараб қараб клиник кечишини
- Танқис анемияларни кечиш хусусиятларини
- Танқис анемияларни замонавий даволаш стандартларини
- Танқис анемияларни турига қараб даволаш тамойиллари.

Ишни бажариш учун намуна

ҚВПда анемияларни дифференциал диагностикаси

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

Вилоят кесимида анемияларни дифференциал диагностикаси

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

Назорат саволлари:

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

Фойдаланилган адабиётлар.

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

4-амалий машғулот

Шошилинч холатларни таснифлаш ва даволаш.

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

Масаланинг қўйилиши:

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни билиши лозим:

- Педиатрияда шошилинч белгиларини
- Педиатрияда устувор белгиларини
- Шошилинч белгиларини таснифлаш стандартларини
- Шошилинч белгиларини даволаш стандартларини
- ССВ №225 буйруги буйича таснифлаш ва баҳолаш усулларини.

Ишни бажариш учун намуна

Педиатрияда шошилинч белгилар

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

Педиатрияда устувор белгилар

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

Агар шошилинч белгилар бўлмаса устувор белгилар борлигини текширинг

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

Назорат саволлари:

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

Фойдаланилган адабиётлар.

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

5-амалий машғул

Сурункали гепатитларни турлари, кечиш хусусиятлари ва даволаш усуллари

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

Масаланинг қўйилиши:

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни билиши лозим:

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

Ишни бажариш учун намуна

Сурункали гепатитларда диагностика ва даволаш стандартлари

№ п/ п	МК Б- 10	Нозологик тури	Диагностик муолажа 1.Лаборатор 2.Функционал 3.Консультация	Текширу вга мухтожл ар %	текширув сони	Даволаш муолажаси
1	2	3	4	5	6	7
1	B18	Сурункали вирусли гепатит минимал фаоллигида	ЛАБОРАТОР Умумий қон, сийдик, ахлат анализи	100	Кўрсатмага қараб	Диетотерапия; Дезинтоксикацион ная терапия; Гепатопротекторлар; Спазмолитиклар; Десенсибилизация препаратлари; Ўт хайдовчилар;; холеретиклар ёки холекинетиклар; Витаминотерапия; Кўрсатмага қараб: Вирусга қарши терапия; Физиотерапия; Хамрох патологияни даволаш.
			Билирубин умумий ваунинг фракциялари	100	Кўрсатмага қараб	
			АлАТ	100	Кўрсатмага қараб	
			АсАТ	100	Кўрсатмага қараб	
			Тимол синамаси	100	Кўрсатмага қараб	
			Умумий оксил	100	Кўрсатмага қараб	
			Оксил фракциялари	Кўрсатмага қараб	1 раз	
			Ишқорий фосфатаза	100	Кўрсатмага қараб	
			Гаммаглутамилтранс- пептидаза	100	Кўрсатмага қараб	
			Коагулограмма	100	Кўрсатмага қараб.	
			Умумий холестерин	Кўрсатмага қараб	1 марта	
			СЕРОЛОГИК			
			ИФА-анализ:			
			HBsAg	100	1 марта	
			HBsAgга қарши-антитана	Кўрсатмага қараб	1 марта	

			НВеAg	Кўрсатмага қараб	1 марта	
			НВеAgга қарши-антитана	по показ.	1 марта	
			НВсogAg totalга қарши-антитана	100	1 марта	
			НСVга қарши-антитана	100	1 марта	
			HDVга қарши-антитана	Кўрсатмага қараб	1 марта	
			ПЦР-анализ (миқдорий ва сифатли)			
			НBV-ДНК	Кўрсатмага қараб	1 марта	
			НСV-РНК	Кўрсатмага қараб	1 марта	
			HDV-РНК	Кўрсатмага қараб	1 марта	
			ФУНКЦИОНАЛ			
			Жигар, талок, ўтқопиваўтчиқаришўллар иУЗДси	100	1 марта	
			КОНСУЛЬТАЦИЯ			
			Тор мутахассислар	Кўрсатмага қараб	1 марта	
1	2	3	4	5	6	7
			ЛАБОРАТОР			
2	B18	Сурункали вирусли гепатит ўрта фаоллиги	Умумий қон, сийдик, ахлат анализи	100	2 марта	Диетотерапия; Дезинтоксикацион ная терапия; Гепатопротекторлар; Спазмолитиклар; Десенсибилизация препаратлари; Ўт хайдовчилар;: холеретиклар ёкихолекинетиклар; Витаминотерапия; Кўрсатмага қараб: Вирусга қарши терапия; Иммунодепрессантлар, Физиотерапия; Хамрох патологияни даволаш.
			Билирубин умумий ваунинг фракциялари	100	2 марта	
			АлАТ	100	2 марта	
			АсАТ	100	2 марта	
			Тимол синамаси	100	2 марта	
			Умумий оксил	100	2 марта	
			Оксил фракциялари	100	Кўрсатмага қараб	
			Ишқорий фосфатаза	100	по показ.	
			Гаммаглутамилтранс-пептидаза	100	2 марта	
			Коагулограмма	100	Кўрсатмага қараб	
			Умумий холестерин	100	1 марта	
			Мочевина	100	1 марта	
			Креатинин	100	1 марта	
			Антинуклеар антитана (ANA)	Кўрсатмага қараб	1 марта	
			SMA	Кўрсатмага қараб	1 марта	
			SLA	Кўрсатмага қараб	1 марта	
			LKM	Кўрсатмага қараб	1 марта	
			СЕРОЛОГИК			
			ИФА-анализ:			

	HBsAg	100	1 марта
	HBsAgга қарши-антитана	Кўрсатмага қараб	1 марта
	HBeAg	Кўрсатмага қараб	1 марта
	HBeAgга қарши-антитана	Кўрсатмага қараб	1 марта
	HBcorAg totalга қарши-антитана	100	1 марта
	HCVга қарши-антитана	100	1 марта
	HDVга қарши-антитана	100	1 марта
	ПЦР-анализ (микдорий ва сифатли)		
	HBV-ДНК	Кўрсатмага қараб	1 марта
	HCV-РНК	Кўрсатмага қараб	1 марта
	HDV-РНК	Кўрсатмага қараб	1 марта
	Генотиплар HBV, HCV, HDV	Кўрсатмага қараб	1 марта
	ФУНКЦИОНАЛ		1 марта
	Жигар, талок, ўтқопиваўтчиқаришўллар иУЗДси	100	1 марта
	Жигар томирларини доплерографияси	Кўрсатмага қараб	1 марта
	ЭКГ	Кўрсатмага қараб	1 марта
	КОНСУЛЬТАЦИЯ		
	Топ мутахассислар	Кўрсатмага қараб	1 марта

Назорат саволлари:

4. Сурункали гепатитларни сабаблари қандай?
5. Сурункали гепатитларни таснифи айтиб беринг.
6. Сурункали гепатитларни диагностик стандартларини биласизми?
7. Сурункали гепатитларни даволаш стандартларини айтиб ўтинг.

Фойдаланилган адабиётлар.

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

6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010

7. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010

V.КЕЙСЛАР БАНКИ

1. Муаммоли вазият

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

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

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

Топшириқлар:

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

2. Муаммоли вазият

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

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

Кўриқда бола оғир, тери ва шиллиқ қаватлари оқимтир, ёноқлари қизарган (асосан ўнг томонда), бола жим турганда аралаш хансираш кузатилади. Бола ўнг ен бошига, оёғлари букилган ҳолатда етибди. Нафас олишда ўнг ўпка нафас олишда орқада қолади. Ўнг упканинг пастки қисмида

перкутор товушнинг қисқаргани эшитилади. Аускультацияда хириллашлар эшитилмайди. Пулсни нафасга нисбати 2:1.

Умумий қон тахлили: Нб - 84 г/л. Эр - 4.8×10^7 л. Лейк - 16.2×10^9 /л. | нейтрофиллар - 2%. п/я - 8%. с - 64%. л - 24%. м - 2%. ЭЧТ - | 22 мм/соат.

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

Саволлар:

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

3. Муаммоли вазият

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

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

Топшириқлар:

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

4.

5. Муаммоли вазият

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

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

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

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

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

Сийдик ранги с\ж, ич келиши кунига 1-2 маҳал. Кўриш ва эшитиш бузилмаган. Жисмоний ривожланиши 9-10 ойлик болага ўхшайди. Общй қон таҳлили: 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.

Топшириқлар

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

6. 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 қуруқ, гиперкератоз, соч ва тирноклари хиралашган ва синувчан. Лаб хошияси Еркин, бурчакли хейлит. Эпигастрал соҳа ва ўнг қовурға остида, Ўт пуфаги соҳасида оғриқ аниқланган. 2 кундан буён ичи келмаган. Сигмасимон ичаги каттик ва оғриқсиз.

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

Топшириқлар

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

7. Муаммоли вазият

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

Анамнездан маълумки, бола 5 кун олдин ЎРИ ўтказган. Тартибсиз даволанган. Кейинчалик онаси бола тана хароратининг субфебрил кўтарилишини сезган, катарал ҳолат 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 - III қовирға бўйлаб, чап – ўртағумров чизигидан 1 см ичкарида. Юрак тонлари бўғиқлашган, тахикардия, қўпол бўлмаган систолик шовқин чўққида эшитилади, 1 тон сусайган, от дупир эшитилади. Талоғи пайпасланмайди.

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

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

Топшириқлар

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

7.Муаммоли вазият

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

Касаллик ўткир бошланган, субфебрил харорат, ютишида томоқда оғрик, қуруқ йўтал кузатилган. Симптомати давқоланишган. 5-7 кундан кейин белгилари йўқолган. 10 кун ўтиб бирданига ахволи ёмонлашган: тана харорати 38,3 С, холсизлик, уйқучанлик, бош оғриши, анорексия; бир марта қайт қилган. 3 кундан кейин қовоқларида, оёқларида ва қоринни олд деворида шишлар кузатилган. Кейинчалик диурез камайган: қизча 1 л атрофида суюқлик ичган, 500 мл сийдик ажралган. Юзида, оёқларида бел 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 таҳлили: цвет-қизил, лойқа, нордон реакцияли, нисбий зичлиги-1027, оқсил-0,66 г/л, лейкоцит-20 в п/з, эритроц.-кўриш майдонини эгаллаган..

Топшириқлар:

1. Сизнинг ташҳисингиз
2. Сизнинг фикрингизча қайси касалликлар билан қиёсий ташҳисланади.

3. Умумий амалиёт шифокорининг тактикаси.

8.Муаммоли вазият

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

Саволлар:

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

Амалий топшириқлар

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

VI. МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ

Мустақил ишни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

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

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

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

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

Мустақил таълим мавзулари

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

VII. ГЛОССАРИЙ

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

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

	соғлиги еки касаллиги хақидаги хулоса	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 холатини 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 алохида гурухларининг соғлиғи, касалланишининг кўрсаткичи	indicator of a state of health of the population in general and in separate groups (age, professional); characterizes prevalence, structure and dynamics of diseases in a percentage ratio of number of the diseased to the total number of the population for the concrete period of time
Касалхона ичи инфекцияси	Касалхонада тушгандан сўнг 48 соат ичида юққан касаллик	hospital infection
Контактда бўлган	Юқумли касаллик билан контактда бўлган одам	contact case (contact)
КПК	Қизамиқ, паротит, қизилчага	measles - mumps - rubella

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

	сақлаш	
Ургент ҳолат	Шошилинч ҳолат	emergency medicine
ELISA	иммуноферментный анализ (ИФА).	Enzyme Linked Immunosorbent Assay
ESR	Эритроцитлар чўкиш тезлиги	Erythrocyte Sedimentation Rate
ОАП	Боталлов йўлаги очиклиги	Atrioventricular Canal Defect
Хужайра иммунитети	Оранизм иммун тизимининг хужайралари томонидан таъминланадиган касалликларга қарши курашувчанлик	cellular immunity (cell-mediated immunity) (CMI)
хламидиоз	жинсий йўл билан юқадиган касаллик. Хламидиоз 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., Холматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.
6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
7. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010
8. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2014. Москва. Российское респираторное общество. 2015.
9. Болаларга стационар ёрдам кўрсатиш .Болалар стационар ёрдам кўрсатиш бўйича ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган ва Ўзбекистон Республикаси мутахассислари томонидан мослаштирилган ўқув курси. Т.2013.

Интернет маълумотлари:

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