

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

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

**ТТА ҲУЗУРИДАГИ ПЕДАГОГ КАДРЛАРНИ ҚАЙТА ТАЙЁРЛАШ ВА  
УЛАРИНИГ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ТАРМОҚ МАРКАЗИ**

**“БОЛАЛАР КАСАЛЛИКЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШНИНГ ЯНГИ  
УСУЛЛАРИ” МОДУЛИ БЎЙИЧА**

**Ў Қ У В – У С Л У Б И Й   М А Ж М У А**

**Тошкент – 2019**

**Мазкур ўқув-услубий мажмуа Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2019 йил 2 ноябрдаги 1023-сонли буйруғи билан тасдиқланган ўқув режа ва дастур асосида тайёрланди.**

**Тузувчилар:** ТТА 2-сон болалар касалликлари кафедраси  
доценти, т.ф.н. **Исканова Г.Х.**

**Такризчилар:** **Залман Д. Староста**  
Америка қўшма штатлари, Бруклин тиббиёт  
коллежи профессори  
**И.А. Каримжонов**  
ТТА 2-сон болалар касалликлари  
кафедраси мудири, профессор

**Ўқув-услубий мажмуа Тошкент тиббиёт академияси  
Кенгашиининг 2019 йил \_\_\_\_\_даги \_\_\_\_-сонли қарори билан  
тасдиққа тавсия қилинган.**

## МУНДАРИЖА

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| I.    | ИШЧИ ДАСТУРИ.....  | 4   |
| II.   | МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН<br>ИНТРЕФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ..... | 12  |
| III.  | НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР.....   | 20  |
| IV.   | АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ<br>МАТЕРИАЛЛАРИ.....                                 | 63  |
| V.    | КЕЙСЛАР БАНКИ.....   | 176 |
| VI.   | МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ .....                                      | 180 |
| VII.  | ГЛОССАРИЙ.....   | 181 |
| VIII. | АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.....  | 187 |

## I. ИШЧИ ДАСТУР

### КИРИШ

Мамлакатимизда умумэътироф 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 Дастур Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2015 йил 12 июндаги "Олий таълим муассасаларининг раҳбар ва педагог кадрларини қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги ПФ-4732-сонли, 2017 йил 7 февралдаги "Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида"ги ПФ-4947-сонли, 2019 йил 27 августдаги "Олий таълим муассасалари раҳбар ва педагог кадрларининг узлуксиз малакасини ошириш тизимини жорий этиш тўғрисида"ги ПФ-5789-сонли Фармонлари, шунингдек 2017 йил 20 апрелдаги "Олий таълим тизимини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги ПҚ–2909-сонли қарорида белгиланган устувор вазифалар мазмунидан келиб чиққан ҳолда тузилган бўлиб, у олий таълим муассасалари педагог кадрларининг касб маҳоратларини оширишга ҳамда олий таълим соҳасида амалга оширилаётган катъий ислоҳотлар мазмунини очиқ беришни мақсад қилади.

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 республикамизда таълим соҳасида катта ислоҳотлар амалга оширилди. Тиббиёт ходимларини профессионал билим даражасини ошириш мақсадида кадрлар тайёрлашни бир нечта босқичларда олиб бориш тизими яратилди. Дастур мазмунида олий таълимнинг долзарб масалаларини ўрганиш, глобал Интернет тармоғидан фойдаланган ҳолда ўқув жараёнига замонавий педагогик ва ахборот технологияларини жорий этиш, педагогнинг шахсий ва касбий ахборот майдонини лойиҳалаш,

педагогик маҳоратни ошириш, Ўзбекистоннинг энг янги тарихини билиш, фан, таълим, ишлаб чиқариш интеграциясини таъминлаш, тегишли мутахассисликлар бўйича илм – фанни ривожлантиришнинг устивор йўналишлари, илмий – тадқиқотлар ўтказишнинг самарали методларидан фойдаланишга ўргатиш асосий вазифалар этиб белгиланган.

### **Модулнинг мақсади ва вазифалари**

**“Болалар касалликларини олдини олишнинг янги усуллари”** модулининг мақсади: педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва малака ошириш курс тингловчиларини педиатрияда бугунги кунда қўлланилаётган замонавий профилактика усуллари билан таништириш.

**“Болалар касалликларини олдини олишнинг янги усуллари”** модулининг **вазифалари:**

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

### **Модул бўйича тингловчиларнинг билим, кўникма ва малакаси ва компетенцияларига қўйиладиган талаблар**

**“Болалар касалликларини олдини олишнинг янги усуллари”** модулини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида

#### **Тингловчи:**

- педиатрия фанларини замонавий диагностика усуллари кўллаш билан боғлиқликда юзага келадиган муаммолар ва уларни ҳал этиш стратегиялари;
- педиатрия фанларини ўқитишда замонавий диагностика технологияларни кўллаш билан боғлиқ муаммолар ва уларни ҳал этиш йўллари билимларига эга бўлиши;
- замонавий педиатрия фанлари диагностика усуллари доир кейслар тузиш, уларни амалиётда кўллаш **кўникма ва малакаларга эга бўлиши;**

#### **Тингловчи:**

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

### **Модулни ташкил этиш ва ўтказиш бўйича тавсиялар**

**“Болалар касалликларини олдини олишнинг янги усуллари”** курси маъруза ва амалий машғулотлар шаклида олиб борилади.

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

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

### **Модулнинг ўқув режадаги бошқа модуллар билан боғлиқлиги ва узвийлиги**

Модул мазмуни ўқув режадаги **“Болалар касалликларини ташхислаш ва даволашнинг инновацион усуллари”** ўқув модули билан узвий боғланган ҳолда педагогларнинг касбий педагогик тайёргарлик даражасини орттиришга хизмат қилади.

### **Модулнинг олий таълимдаги ўрни**

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

## Модул бўйича соатлар тақсимоти

| №                           | Модул мавзулари  | Тингловчининг ўқув юкلامаси, соат |                         |          |                 |                |  |                 |
|-----------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------|----------|-----------------|----------------|--|-----------------|
|                             |  | Хаммаси                           | Аудитория ўқув юкلامаси |          |                 |                |  | Мустақил таълим |
|                             |  |                                   | Жами                    | Жумладан |                 |                |  |                 |
|                             |  |                                   |                         | Назай    | Амалий машғулот | Кўчма машғулот |  |                 |
| <b>Назарий</b>              |  |                                   |                         |          |                 |                |  |                 |
| 1                           | 2018-2022 йиллар даврида болаларда туғма ва ирсий касалликларни барвақт аниқлаш Давлат дастури. Ҳозирги вақтда кенг тарқалган ижтимоий муаммо ҳисобланган болалар касалликларни барвақт аниқлаш ва олдини олиш муаммоларини ўрганиш. | 2                                 |                         | 2        |                 |                |  |                 |
|                             | Иммунопрофилактика.<br>Иммунизация янгиликлари.<br>Янги вакциналар.  | 2                                 |                         | 2        |                 |                |  |                 |
|                             | Жами   | 4                                 |                         |          |                 |                |  |                 |
| <b>Кўчма машғулот</b>       |  |                                   |                         |          |                 |                |  |                 |
| 1                           | Ўсмирлик даври муаммолари.   |                                   |                         |          |                 | 4              |  |                 |
| 2                           | Болалар тизимларининг анатомо-физиологик хусусиятлари  |                                   |                         |          |                 | 4              |  |                 |
|                             | Жами   |                                   |                         |          |                 | 8              |  |                 |
| <b>АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР</b>   |  |                                   |                         |          |                 |                |  |                 |
| <b>Поликлиник педиатрия</b> |  |                                   |                         |          |                 |                |  |                 |

|   |  |    |  |  |    |  |  |
|---|--|----|--|--|----|--|--|
| 1   | Иммунитетга таъсир кўрсатувчи дорилар, уларнинг қўлланилиши, ножўя таъсирлари. Болалар ўсма касалликларининг олдини олиш | 4  |  |  | 4  |  |  |
| 2   | Ўсмирларда артериал гипертензия синдроми. Семизликни олдини олиш. Қандли диабет  | 6  |  |  | 6  |  |  |
|   | <b>Жами:</b>   | 10 |  |  | 10 |  |  |
| <b>Болалар касалликлари пропедевтикаси. Педиатрия</b> |  |    |  |  |    |  |  |
| 1   | Болаларда танқис ҳолатлар профилактикаси   |    |  |  | 6  |  |  |
| 2   | Болаларда конституция аномалияларининг профилактикаси  |    |  |  | 4  |  |  |
|   |  |    |  |  | 10 |  |  |
| <b>Болалар неврологияси</b>                           |  |    |  |  |    |  |  |
| 1   | Болаларда эпилепсия касаллиги  |    |  |  | 6  |  |  |
| 2   | “Бўшашган бола” синдромининг сабаблари, клиник кечиши, даволаш. Минимал мия дисфункциялари.                              |    |  |  | 4  |  |  |
| <b>Неонатология</b>                                   |  |    |  |  |    |  |  |
| 1   | Чақалоқлар сепсисининг профилактикаси  |    |  |  | 6  |  |  |
| 2   | Чақалоқларни овқатлантириш муаммолари  |    |  |  | 4  |  |  |
| <b>Болалар инфекцион касалликлари</b>                 |  |    |  |  |    |  |  |
| 1   | Вирусли гепатитлар профилактикаси  |    |  |  | 4  |  |  |
| 2   | Ўта хавfli инфекцияларнинг дунёда тарқалиши, олдини олиш.  |    |  |  | 6  |  |  |
|   |  |    |  |  | 10 |  |  |
| <b>Болалар жарроҳлиги</b>                             |  |    |  |  |    |  |  |
|   | Болаларда меъда ичак йўлининг туғма тараққиёт норасоликлари ва аномалиялари  |    |  |  | 4  |  |  |



|  |   |  |  |  |    |  |  |
|--|---|--|--|--|----|--|--|
|  | Болаларда буйраклар ва пешоб йўллари туғма тараққиёт нуқсонлари ва аномалиялари |  |  |  | 6  |  |  |
|  |   |  |  |  | 10 |  |  |

## НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

### **1-мавзу: 2018-2022 йиллар даврида болаларда туғма ва ирсий касалликларни барвақт аниқлаш Давлат дастури.**

Ҳозирги вақтда кенг тарқалган ижтимоий муаммо ҳисобланган болалар касалликларни барвақт аниқлаш ва олдини олиш муаммоларини ўрганиш. Болалар диспансеризацияси. Поликлиникада профилактик куриклар. Оилавий тиббиёт тушунчаси. Оилавий поликлиника иш принциплари. Поликлиники хужжатлари. Касалликлар профилактикаси. Кўп касалланувчи болалар билан ишлаш. Тузалмайдиган бемор болалар билан ишлаш тамойиллари.

### **2-мавзу: Иммунопрофилактика**

Тиббиётда профилактика тушунчаси. Иммунопрофилактиканинг янги календари. Вакциналарнинг янги авлоди. Ноинфекцион касалликларга қарши вакциналар. ДНК вакциналари. Республикамиздаги вакцинациянинг самарадорлиги кўрсаткичлари. Совуқлик занжири. Вакциналарни ҚВП ва поликлиникада сақлаш. Янги вакциналар. Болаларни эмлашга тайёрлаш. Эмлашга қарши кўрсатмалар. Иммунопрофилактика асоратлари ва уларни бартараф қилиш.

## АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАЗМУНИ

### **Поликлиник педиатрия**

#### **1-амалий машғулот: Иммунитетга таъсир кўрсатувчи дорилар, уларнинг қўлланилиши, ножўя таъсирлари.**

Иммунодефицит тушунчаси. Иммуномодулятор препаратлар, уларнинг самараси, ножўя таъсирлари. Болалар иммун тизимининг узига хос хусусиятлари. Иммунокоррекциянинг ҳозирги замонда авж олиши. Иммуномодулятор препаратларнинг манбалари.

## **2-амалий машғулот: Ўсмирларда артериал гипертензия синдроми. Семизликни олдини олиш. Қандли диабет**

Болаларда артериал гипертензиянинг олдини олиш. Семизликни олдини олиш. Диабет касаллигини олдини олиш. Диетология. Рационал овқатлантириш. Соғлом ва баркамол авлодни тарбиялаш, аҳоли репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш, соғлом турмуш тарзини янада шакллантириш.

### **Болалар касалликлари пропедевтикаси. Педитария**

#### **1-амалий машғулот: Болаларда танқис ҳолатлар профилактикаси.**

Болаларда темир, фолат кислота танқислиги камқонликларининг сабаблари, диагностикаси, даволаш ва профилактика.

#### **2-амалий машғулот: Болаларда конституция аномалиялари**

**профилактикаси.** Экссудатив катарал, лимфатико-гипопластик ва асаб-артритик диатезлари сабаблари, диагностикаси, даволаш ва профилактика.

### **Болалар неврологияси**

#### **1-амалий машғулот: Чақалоқларда асаб тизимининг перинатал**

**зарарланиши синдроми сабаблари, диагностикаси, даволаш ва профилактикаси.**

**2-амалий машғулот: Минимал мия дисфункцияси сабаблари, диагностикаси, даволаш ва профилактикаси.**

### **Неонатология**

**1-амалий машғулот: Болаларда сепсис касаллиги сабаблари, диагностикаси, даволаш ва профилактикаси.**

**2-амалий машғулот: Чақалоқларни овқатлантириш муаммолари. Нотўғри овқатланишдан келиб чиқадиган касалликлар профилактикаси**

### **Болалар инфекцион касалликлари**

**1-амалий машғулот: Болаларда вирусли гепатитлар. Диагностика, даволаш, реабилитация, профилактика.**

**2 -амалий машғулот: Ўта хавфли инфекциялар. Дунёда эпидемияга сабаб бўлаётган инфекцион касалликлар. Диагностика, даволаш, реабилитация, профилактика.**

## **Болалар хирургияси**

**1-амалий машғулот:** Болаларда меъда ичак йўлининг туғма тараққиёт норасоликлари ва аномалиялари. Диагностика, даволаш, реабилитация, профилактика.

**2 -амалий машғулот:** Болаларда буйраклар ва пешоб йўллари туғма тараққиёт нуқсонлари ва аномалиялари. Диагностика, даволаш, реабилитация, профилактика.

### **ЎҚИТИШ ШАКЛЛАРИ**

Мазкур модул бўйича қуйидаги ўқитиш шаклларидан фойдаланилади:

- ўқув ишини ташкиллаштиришнинг интерфаол шаклларидан: бинар-маъруза, савол-жавобли маъруза, суҳбат-маърузалар орқали ташкиллаштириш назарда тутилган.
- ўқув фаолиятини ташкил этиш шакллари сифатида қуйидагилардан фойдаланиш назарда тутилган:
  - маъруза машғулотида оммавий, жуфтлик, индивидуал;

## II. МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН ИНТРЕФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ

### «ФСМУ» методи.

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

### Технологияни амалга ошириш тартиби:

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

|          |   |
|----------|---|
| <b>Ф</b> | • фикрингизни баён этинг                          |
| <b>С</b> | • фикрингизни баёнига сабаб кўрсатинг             |
| <b>М</b> | • кўрсатган сабабингизни исботлаб мисол келтиринг |
| <b>У</b> | • фикрингизни умумлаштиринг                       |

- иштирокчиларнинг муносабатлари индивидуал ёки гуруҳий тартибда тақдимот қилинади.

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

### Намуна:

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

**Топшириқ:** Мазкур фикрга нисбатан муносабатингизни ФСМУ орқали таҳлил қилинг.



**“SCAMPER” усули**

|   |  |
|---|--|
| <i>SUBSTITUTE</i><br>(АЛМАШТИРИШ)                       | нима билан алмаштириши мумкин?   |
| <i>COMBINE</i> (БИРЛАШТИРИШ)                            | нималарни бирлаштириши мумкин?   |
| <i>ADAPT</i> (МОСЛАШТИРИШ)                              | нимага мослаштириши мумкин?  |
| <i>MODIFY/MAGNIFY</i> (МОДИФИКАЦИЯ БОШҚА ТУРИ (ХОЛАТИ)) | Қандай яхшилашим мумкин?<br>(ортиқча ишланган, етмаяпти)                           |
| <i>PUT TO OTHER USES</i><br>(БОШҚАСОҲАЛАРДАҚЎЛЛАШ)      | Нима ўзгариши мумкин?<br>(маълумотни шакли, белгилар, ранг ва бошқалар)            |
| <i>ELEMINATE</i> (ҚИСҚАРТИРИШ)                          | яна қандай ҳолда қўллаш мумкин?  |
| <i>REARRANGE/REVERSE</i><br>(ТАРТИБИНИ ЎЗГАРТИРИШ)      | Нимани қайта тиклаш мумкин?<br>(Буюртмани ўзгартириши, компонентларни алмаштириши) |

**Технологиянинг мақсади:** мураккаб масалаларни ечишда янги идеялар қидириб топишга ёрдам берадиган самарали схема. Бу техноглогиянинг келиб чиқишига барча янги идеялар эскиларининг модифицирланган шакли эканлигига тасдиқловчи кузатувлар сабаб бўлган.

**Технологияни амалга ошириш тартиби:**

- қатнашчиларга мавзуга оид бўлган якуний хулоса ёки ғоя таклиф этилади;
- ҳар бир иштирокчига «SCAMPER» технологиясининг босқичлари ёзилган қоғозларни тарқатилади:
  - иштирокчиларнинг муносабатлари гуруҳий тартибда тақдимот қилинади.

«SCAMPER» усули қатнашчиларда касбий-назарий билимларни амалий машқлар ва мавжуд тажрибалар асосида тезроқ ва муваффақиятли ўзлаштирилишига асос бўлади.

**Намуна:**

**Фикр:** “Сурункали гепатитларни даволашда гепатопротекторларни самарадорлигини исботланг”.

**Топширик:** Мазкур фикрга нисбатан муносабатингизни «SCAMPER» орқали таҳлил қилинг.

### **“KWHL креатив” усули**

**Методнинг мақсади:** мавжуд назарий билимлар ва амалий тажрибаларни таҳлил қилиш, билимларни мустаҳкамлаш, такрорлаш, баҳолашга, мустақил, танқидий фикрлашни, ностандарт тафаккурни шакллантиришга хизмат қилади.

| <i>KWHL креатив таълим усули</i>                   |  |
|--|--|
| <i>Нималарни биламан:</i>                          | <i>Нималарни билишни хоҳлайман, нималарни билишим керак:</i> |
| <i>3. Қандай қилиб билиб ва топиб оламан:</i><br>- | <i>Нималарни билиб олдим:</i>                                |

#### **Методни амалга ошириш тартиби:**

- иштирокчилар машғулотнинг бошида ва машғулотнинг охирида олган билимларини намоиш этадилар.

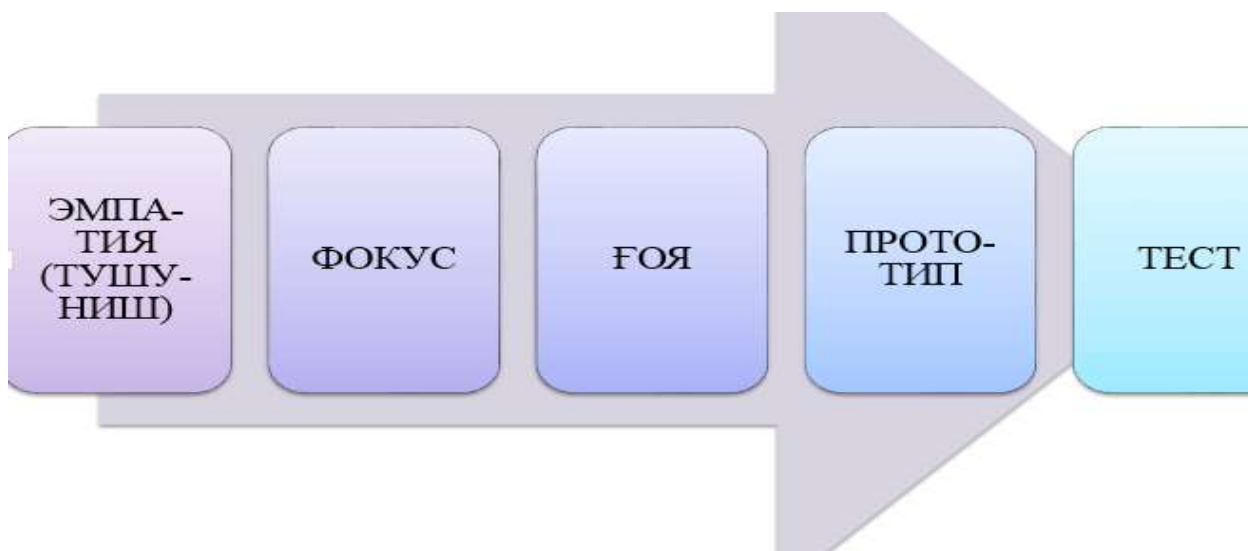
### **“Дизайн фикрлаш” усули**

**Методнинг мақсади:** кадамба кадам амалга ошириладиган усул бўлиб оддийдан мураккабга қараб боради. Билимларни мустаҳкамлаш, такрорлаш, баҳолашга, ностандарт тафаккурни шакллантиришга хизмат қилади.

**Эмпатия- 1** кадамда тингловчи мавжуд муаммога максимал “кўмилиши” керак

**Фокуслаш- 2** кадамда барча йиғилган билимлар масалани ечиш учун конкретлаштирилади. Аналитик фикрлаш ва асосийсини топишга ўргатади.

**Ғоя-3** кадам, мия хужуми ёрдамида турли вариантларни ичидан энг фойдалиси, камхаражатлиси танлаб олинади. Бу ғояни таклиф қилган ўқувчи уни химоя қила олиши керак.



**Прототип**- 4 кадам. Ушбу ғоянинг прототипини, моделини ёки макетини яшаш, ролли ўйин ёрдамида кўрсатиб бериш.



Мисол: Смартфон моделини танлаш



Мисол: Автобус бекати моделини танлаш



Мисол: “Ролли ўйин” орқали кўрсатиб бериш.

**ТЕСТ-5 қадам,** прототипни амалиётда синаб кўриш. Қайта боғланишни амалга ошириш.

### **Венн Диаграммаси методи.**

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

### **Методни амалга ошириш тартиби:**

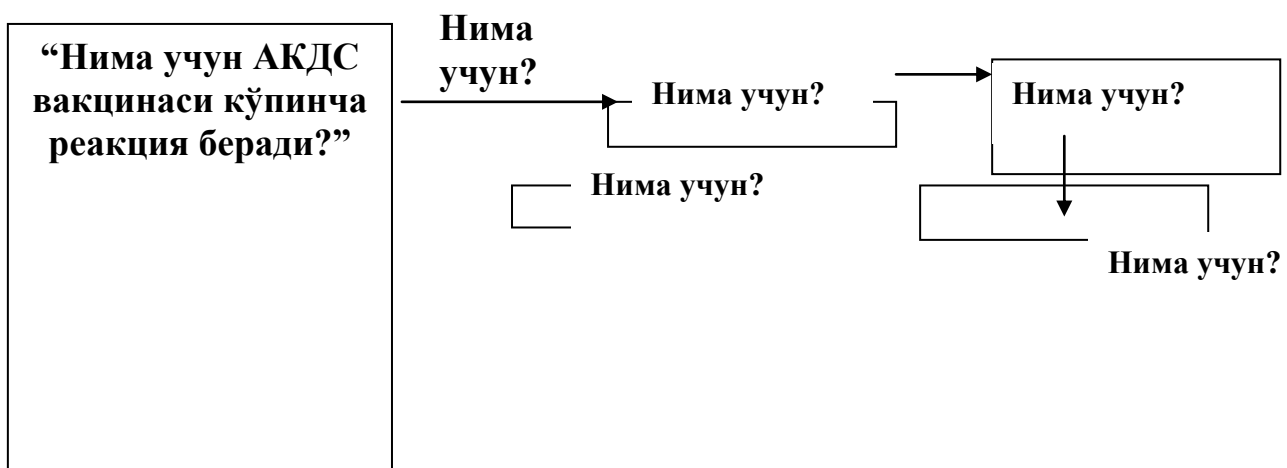
- иштирокчилар икки кишидан иборат жуфтликларга бирлаштириладилар ва уларга кўриб чиқиладиган тушунча ёки асоснинг ўзига хос, фарқли жиҳатларини (ёки акси) доиралар ичига ёзиб чиқиш таклиф этилади;
- навбатдаги босқичда иштирокчилар тўрт кишидан иборат кичик гуруҳларга бирлаштирилади ва ҳар бир жуфтлик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



## Намуна: КПК вакцинаси состави



## “Нима учун” техникаси

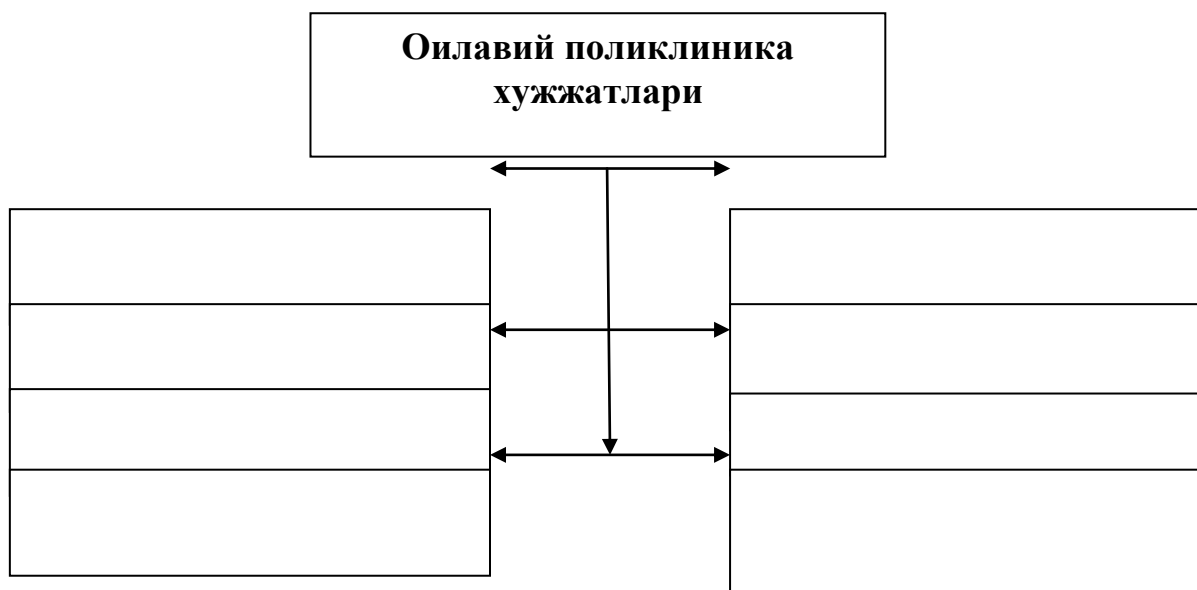


## «ASSESSMENT» УСУЛИ

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

## Кластер усули

Умумий амалиёт шифокори ҚВП шароитида қандай текширувларни ўткази олиши керак.



## ТАҚҚОСЛАШ УСУЛИ

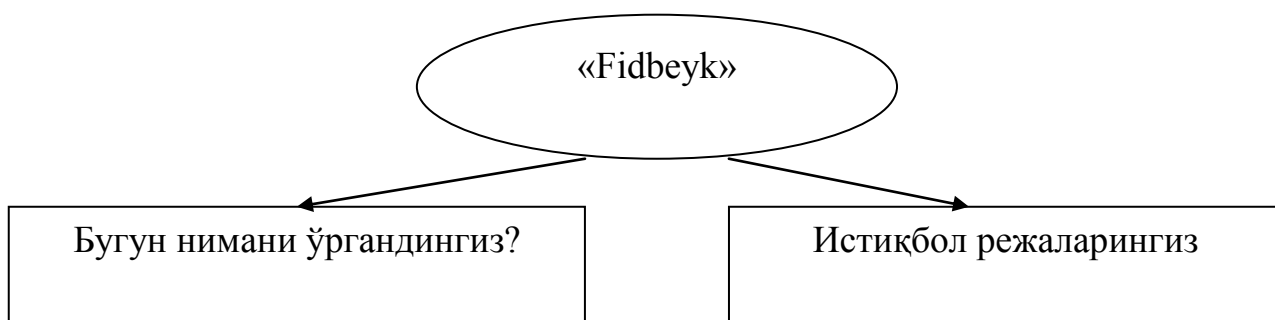
### Вакциналарни ўзаро таққослаш

| АҚДС | АДС |
|------|-----|
|      |     |

### Дориларни ўзаро таққослаш

| Кальций ДЗникомед | Актив кальций |
|-------------------|---------------|
|                   |               |

### “Fidbeyk” усули



### **III. НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР**

**1-мавзу: 2018-2022 йиллар даврида болаларда туғма ва ирсий касалликларни барвақт аниқлаш Давлат дастури.**

**Режа**

- 1. Болалар саломатлигини таъминлашга қаратилган Давлат дастурлари**
- 2. Болалар ва ўсмирлар саломатлиги**
- 3. Болаларда ижтимоий ривожланиш мезонлари**
- 4. Антенатал профилактика**

**Таянч иборалар:** туғма касалликлар, ирсият, скрининг, мутациялар, хромосом касалликлар, диспансеризация.

#### **1.1. Болалар саломатлигини таъминлашга қаратилган Давлат дастурлари**

Республикада соғлом болалар туғилиши, ҳомиладор аёллар ва чақалоқларда патологияни барвақт аниқлаш учун зарур шарт-шароитларни таъминлайдиган замонавий перинатал марказлар ҳамда “Она ва бола скрининг” марказлари тармоғи яратилди, туғруққа ёрдам берувчи ва педиатрия муассасаларининг моддий-техника базаси ва кадрлар салоҳияти мустаҳкамланди, туғма ва ирсий касалликларга ташхис қўйиш, даволаш ҳамда улар профилактикасининг замонавий усуллари жорий этилди. 2013-2017 йиллар даврида болалиқдан ногиронлар туғилишининг олдини олиш учун туғма ва ирсий касалликларни барвақт аниқлаш Давлат дастури доирасида барча “Она ва бола скрининг” марказлари ҳал қилиш имконияти юқори бўлган биокимёвий анализаторлар ва замонавий ультратовуш сканерлар билан жиҳозланди. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Республика “Она ва бола скрининг” марказлари чақалоқларда ва кичик ёшдаги болаларда ирсий касалликларнинг кенг доирасига ташхис қўйиш учун юқори технологик анализаторлар – тандем масс-спектрометрлар билан

жиҳозланди. Амалга оширилаётган тадбирлар натижасида 1,1 миллиондан ортиқ ҳомиладор аёл текширувдан ўтказилди, бу 21 минг нафардан ортиқ ривожланишида туғма нуқсонлар бўлган бола туғилишининг олдини олиш имконини берди. 1,7 миллиондан ортиқ чақалоқ туғма ва ирсий касалликлар юзасидан текширилди, 2,7 минг нафар болага ривожланишининг туғма нуқсонларини бартараф этиш юзасидан малакали тиббий ёрдам кўрсатилди. Шу билан бирга, туғма ва ирсий касалликларнинг олдини олиш бўйича профилактик ва даволаш-ташхис қўйиш тадбирларини, айниқса, қишлоқ жойларда бўлажак оналар ва болаларнинг соғлиғи ҳолати устидан патронаж тизимини янада такомиллаштириш, шунингдек, жаҳон амалиётига мувофиқ туғруққа ёрдам берувчи муассасаларнинг ва “Она ва бола скрининг” марказларининг моддий-техника базасини мустаҳкамлаш талаб этилади. Оналар ва болалар соғлиғини ҳар томонлама мустаҳкамлаш, соғлом авлод туғилиши ва уни тарбиялаш учун зарур шарт-шароитларни шакллантириш, ҳомиладор аёллар ва чақалоқларда патологияни барвақт аниқлаш давлат тизимини янада ривожлантириш, болаларда ногиронликни камайтириш, шунингдек, “Она ва бола скрининг” марказларининг кадрлар салоҳияти ва моддий-техника базасини ривожлантириш ва мустаҳкамлаш мақсадида: 2018-2022 йиллар даврида болаларда туғма ва ирсий касалликларни барвақт аниқлаш Давлат дастури тасдиқланди. “Она ва бола скрининг” марказларини юқори технологик диагностика тиббиёт ускуналари, бутловчи буюмлар, реагентлар ва зарур материаллар билан жиҳозлаш орқали уларнинг моддий-техника базасини мустаҳкамланмоқда. Ҳомиладорликнинг дастлабки уч ойида аёлларни марказий кўп тармоқли туман (шаҳар) поликлиникаларида туғишдан олдин оммавий текшириш ва хавф гуруҳига кирадиган ҳомиладор аёлларда генетик синдромларни биокимёвий текширишни босқичма-босқич жорий этиш йўли билан ҳомилада туғма ва ирсий

касалликларнинг олдини олиш ва уларга барвақт ташхис қўйиш чоратadbирларини такомиллаштиради. Ҳомилада ва кичик ёшдаги болаларда хромосом синдромлар диагностикасида лаборатория диагностикасининг замонавий усулларини, шу жумладан, цитогенетик ва молекуляр-цитогенетик технологияларни жорий этилади; Болаларда ирсий касалликларга барвақт ташхис қўйиш усулларини такомиллаштириш орқали чақалоқларни оммавий текшириш, шунингдек, бемор болаларни дори воситалари ва даволайдиган овқатлар билан таъминлаш орқали ирсий касалликларни даволаш самарадорлиги оширилмоқда; “Она ва бола скрининг” марказларининг кадрлар салоҳиятини мустаҳкамлаш ва амалий соғлиқни сақлашга замонавий жаҳон тажрибасини жорий этган ҳолда халқаро ҳамкорлик амалга оширилмоқда.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Нукус, Бухоро, Самарқанд ва Фарғонадаги “Она ва бола скрининг” марказларида минтақалараро цитогенетик лабораториялар ташкил этиш, уларни юқори технологик тиббиёт диагностика ускуналари билан жиҳозлаш режалаштирилмоқда.

## **1.2. Болалар ва ўсмирлар саломатлиги. Диспансеризация.**

Саломатлик — одамнинг жисмоний ва маънавий хусусиятларининг йиғиндиси: унинг узоқ умр куришининг ва ижодий режаларини амалга оширишининг жамиятимизбахт —саодати учун юқори меҳнатунумдорлиги, мустаҳкам, ахил оила яратиш, болаларнинг тугилиши ва тарбияни амалга оширишининг зарурий шартидир. Саломатликинсон ва жамият учун энг муқим ижтимоий ва иқтисодий омил, унинг ҳолати атроф —муҳит билан боғлиқ равишда узгаради.

Соғлом одам ташқи муҳитнинг учта— ижтимоий, руҳий ва табиий омилларига тула мослаша олади. Соғлом одам ҳар қандай шароитда қобилиятини юқори даражада ишлата олади. Жамият саломатлиги — ижтимоий бойликдир.

Саломатлик индивидуал (алохида бир кишининг соғлик ҳолати) ва ижтимоий (маълум бир жамоатчилик гуруҳнинг саломатлиги) бўлади. Ижтимоий саломатлик бир неча кўрсаткичлар билан таърифланади. Бундай курсаткичларга ҳаёт давоми, ўлим даражаси, болалар ўлими, касалланиш, ногиронлар сони ва бошқалар киради. Болалар саломатлик ҳолатини таҳлил қилишда умумий касалланиш, сурункали касалланишлар даражаси, саломатлик индекси, нормал жисмоний ва интеллектуал ривожга эга бўлган ва ногирон болаларнинг фоизи ва бошқа курсаткичлар қўлланилади.

Саломатлик — антропометрик, клиник, физиологик ва биокимёвий кўрсаткичларнинг йигиндиси натижасида аниқланади. Бу кўрсаткичлар ёш, жинс, тарбияланиш ва ўқитиш шароитига, иқлим ва географик шароитига боғлиқ. Касаллик — бу ташқи муҳитга нисбатан биологик ва ижтимоий адаптациянинг (мослашувининг) бузилишидир. Бугунги кунларда касалликнинг келиб чиқиш ва ривожланишида нафақат табиий, балки ижтимоий омиллар муҳим урин тутуди. Турли сурункали ва ўткир касалликлар — жисмоний ривожланишдаги, кўриш, эшитиш қобилиятидаги силжиш ва бошқалар болаларнинг иш қобилиятига анча таъсир қилади ва баъзан маълум бир касбни эгаллашга тусқинлик қилади.

Болалар касалланиши сабаблари.

Умумий касалланиш деб турли ёшда, турли жойларда, турли шароитдаги касалликларнинг ҳолатига айтилади. Бу кўрсаткич мамлакатимизнинг маълум бир худудида умумий касалланиш даражасини акс эттирувчи (барча касалликларнинг таркалиши) маълум бир вақтда тиббиёт хизматиға мурожаат қилувчиларнинг сонига ёки оммавий текширишлар натижасида олинган маълумотларға қараб аниқланади. Умумий касалланишнинг қонуниятлари ёш ошган сайин шароитға боғлиқ ҳолда ўзгаради. Кичик ёшдаги болаларда биринчи ўринларда турадиган туғма кучсизлик ва ривожланишдаги камчиликлар она қорнидаёқ ҳомилага турли омиллар таъсири натижасида юзага келади.

Умумий касалликларнинг тахлили турли ёшда турли касалликларнинг қай даражада учраганлигини ҳам уз ичига олади. Мактабгача ёшдаги болалар хасталиклари ичида биринчи ўринда нафас олиш аъзолари касалликлари туради. Икки ёшдан кейин болалар орасида юқумли, касалликлар сони ортади, бу ҳолат 7 ёшга етгунча давом этади. Нерв тизими ва сезги аъзолари касалликлари 3 ўринда туради, меъда ичак касалликлари 4 ўринни эгаллайди. 7 ёшдан бошлаб тери касалликлари 5 уринга чиқади. Барча ёшдаги болаларда ўткир нафас йулларнинг касалликлари ҳамма ёш гуруҳларида биринчи ўринни эгаллайди. Шунинг учун қам болаларни ҳар қандай ёшда чиниқтириш жуда муҳим аҳамиятга эга. Мактаб ёшидаги болаларда сурункали тонзилит касаллиги анча кўпаяди (20-30%). Кейинги йилларда ҳаво таркибининг ифлосланиши, турли доривор моддалар, озик —овқат синтетик қўшимчаларининг кенг қўлланилиши натижасида болаларда аллергия касалликларнинг сони кўпаймоқда. Гиподинамия, экология мувозанатининг силжиши натижасида юрак —томир тизими, таянч — ҳаракат аппаратининг функционал бузилишлари, эшитиш, кўришнинг ёмонлашуви мактаб ёшидаги болалар уртасида кўпайиб бормоқда. Кейинги йиллар давомида болалардаги кўз рефракцияси бузилишлари кўпайиб бормоқда. Республикамизда кучсиз даражадаги миопия бошланғич синф ўқувчилари орасида 2,5%ни ташкил этади, 16 ёшли ўсмирлар ичида бу кўрсаткич 19,3% гача кўпаяди. Табиий озуқа маҳсулотларни кам истеъмол қилганлиги, моддалар алмашинуви жараёнларини издан чиққанлиги сабабли мактаб ўқувчилари орасида тиш кариеси кенг тарқалган (70 — 80%) касалликлардан бири бўлиб қолди. Умумий таълим мактаб ўқувчилари орасида артерия босимнинг кутарилиши билан кечадиган юрак —томир тизимидаги функционал четлашишлар 8-10% га, махсус математика мактабларида эса 15 — 20% га узгарди. Нерв тизимининг функционал силжишлари юқори синф ўқувчилари орасида 11% гача ортиб борди. Уқувчиларнинг



купчилигида, асосан ўсмирлик ёшида тана вазнининг ортиқлиги кузатилмоқда. 12 % болаларда турли даражадаги семизлик аниқланган. Гавда кўринишлари ва елка ҳолати ассиметрияси, букриликлар, патологик узгаришлар ҳамма жойда бир хил эмас. Булар санитария гигиена ва эпидемияга зарши муолажалар утказиш ва уларни аниқ ташкил қилишга, жисмоний тарбия, болалар ва усмирларга тиббий ёрдам кўрсатишни жойига қўйишга боғлиқдир. Болаларни текширув пайтида уларда сурункали касалликлар борёки йўқлиги, тез — тез касалланиб турадиган болалар сони (%хисобиди) аниқланади. Тез —тез касалланадиган ёки сурункали огриб турадиган болалар деб, бир йил мобайнида 4 марта ва бундан кўпроқ бетоб бўлган болалар тушунилади. Маълумки, умумтаълим мактаб уқувчилари орасида саломатликҳолатида у ёки бу ўзгаришлари бўлган, сурункали касаллик билан оғриган (III саломатлик гуруқи) болалар ҳам купчиликни ташкил этадилар (15% гача). Айниқса, сурункали тонзиллит, кариес, куз функциясининг бузилиши каби хасталиклар куп учрайди. Ревматизм, аллергия, упканинг носпецифик сурункали касалликлари, жигар, буйрак, овзат хазм қилиш тизимининг касалликлари билан огриган нимжон, тез —тез касал булиб турувчи ҳамда астеник синдроми мавжуд булган болаларга жиддий эътибор бериш лозим. Сурункали касалликларга чалинган болалар соғломлаштиришни махсус соғломлаштириш муассасаларида, санаторийларда, ихтисослаштирилган мактабларда амалга ошириши яхши натижалар бермоқда.

Саломатлик индекси.

Саломатлик индекси барча текширилган болалар орасида бир йил умуман касал булмаган болаларнинг нисбий сонидир. Саломатлик индекси биринчи синф болаларида саккизинчи синф болаларига нисбатан 2 баробар кичик. Болаларнинг соғлиқ қолати улар ўсган сари мустахамланади. Тез ва узоқ касал булувчиларнинг сони мактаб

болаларнинг ёши ошган сайин 2, 5 баробар камаяди. Юқори синфларда қуйи синфларга нисбатан тез —тез касал буладиган (йилида 4 мартадан ортиқ) болаларнинг сони ҳам камаяди.

Амбулатория - поликлиника хизматини ташкиллаштириш ва ривожлантиришда умумий амалиёт шифокори асосий рол уйнайди. Унинг ишидаги асосий йуналишлар: профилактик, даволовчи - диагностик, илмий иш ва аҳолини тиббий билимини ошириш.

Поликлиника - юқори ривожланган, махсус даволовчи - профилактик муассаса булиб келган беморларга ва уй шароитида тиббий ёрдам курсатиш ва касаллик асоратларини даволаш ваолдини олишга қаратилган чора -тадбирлар йигиндисига айтилади.

Махаллий-худудий тамойил - педиатрик ёрдам курсатишда асосий ўринни эгаллайди, яъни узлуксиз кузатув, беморни юқори тоифалик профилактик куруви ва ривожланишдан орқада қолувчи ва касалликлари бор беморларни динамик кузатишга шароит яратади.

Ёш аҳолини диспансеризацияси уз ичига қуйидагиларни олади. Умумий ёш - физиологик белгилар буйича бирлаштирилган соғлом болалар гуруҳини даврий профилактик куруви ва маълум бир касалликка чалинган беморларни систематик фаол динамик куруви, шунингдек шу касалликларга қаратилган вақти ва комплекс равишда керакли даволовчи чора тадбирларини утказиш.

- профилактик иш шунингдек, эпидемияга қарши чора - тадбирлар
- оромгоҳ, реабилитация элементларини уз ичига олувчи тиббий иш
- соғломлаштириш чора - тадбирларини уз ичига олувчи санитар - ободонлаштириш иши
- коммуникатив функцияли беморлар қариндошлари билан ишлаш
- хужжатлар билан ишлаш
- квалификацияни ошириш
- она ва бола соғлигини сақлаш

- ушиб борувчи соғломлаштиришга қаратилган чора - тадбирлари комплексини ташкиллаштириш ва утказиш
- болаларда она сути ва рационал овқатланишини ташкиллаштириш
- тугма аномалиялар ва ирсий касалликлар сонини камайтириш ўсмирларни тиббий ва профилактик курувини ташкиллаштириш

Онага бола бурчаги яъни хонасини, болалар кийими ва бола парваришини тугри тайёрлашни ургатишга мақсад қуяди. Оилавий анамнез ва онада патология аниқланишини баҳолаш жуда муҳим. Оиладаги аҳолига баҳо берилади. Унинг мақсади боланинг соғлигига бўлган хавф - хатарани тахминий аниқлаш унинг кузатиш фаоллигини аниқлашдируйхатга олиш, диспансер кўрик ва комплекс даволаш, атроф муҳитни соғломлаштириш чора-тадбирлари, касалликларнинг олдини олиш, реабилитациялаш йўлида аҳолини маълум бир коитингентининг соғлигини динамик текшириш актив усули ҳисобланади<sup>1</sup>. Диспансеризация соғлом ва бемор болаларни даврий курик ва динамик текширувини куриб чиқади.

Чақалок I патронажида онага албатта шифокор ва хамширапинг исми, шарифи ва иш тартиби (соати), телефон рақами, парвариш, озиклантириш ва болани тарбиялашга оид тиббий адабиёт берилади. Чақалок I кўриги шифокор ва хамшира билан биргаликда бўлса, кейинги кўриклар навбатма - навбат бўлиб хамшира 1 - ҳафта ичида кунора ёки 2 кундан кейин, сўнг эса 1 ой давомида - ҳар ҳафта 1 марта кўриб туради. Шифокор эса уйда чақалок 7 кунлигида ва 20 кунлигида кўриқдан ўтказади. Шифокор ва хамшира ташрифларида она сути билан озиклантириш ва гипогалактияни олдини олиш масалаларига алоҳида урғу берилади. Онада сут кам бўлса авваламбор уни кўпайтириш лактацияни тиклаш чораларини кўриш.

---

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015. P.7691

3. Textbook of Neonatology. Janet M. Rennie, fifth edition Churchill Livingstone ELSEVIER .2015. P.451.

Бола 1 ойлик бўлгандан сунг ойига 1 марта поликлиника шароитида кўрилади. Бунинг учун хар бир поликлиникада соғлом бола кўриги куни тайинланади ва кўрикда масалалар хал қилинади.

Касал болалар диспансер кўриги. (УАШ ва тор мутахассисликлар томонидан кузатувлар). Болаларни соғломлаштириш учун оила ва болалар уюшмаларида шароит яратиш.

Ўз вақтида кўзғалишни олдини олиш даво чораларини кўриш касаллик қайта зўрайишини даволаш, сурункали инфекция учоқлари санацияси. Касал болалар диспансеризацияси актив динамик назорат ва доимий кўриклар ўз вақтида систематик даволаш ва соғломлаштиришдан иборат. Сурункали касалликлари бор болалар УАШ диспансер назорати ва тор мутахассислар "Д" назоратида туради. УАШ касал бола саломатлиги тўғрисида тўлиқ маълумотга эга бўлиши керак.

Асосий тиббий хужжат диспансер назорат килиш учун бу - касал ривожланиши тарихи - форма №112. ундан ташкари хар бир диспансер назоратида ва хисобот турган болага соғломлаштириш тадбирларини режалаштириш назорат карта - яъни форма №30/у тугилади. Болани хар бир ташрифи иккала хужжатда белгиланади. Бола текширувида сунгги якин ойларга профилактик ва даволаш ишлари режалаштирилади.

Болани даволаш ва профилактик ишлари УАШ ва тор мутахассислар билан бевосита биргаликда олиб борилади. Мактаб ўқувчилари ва боғча болаларини диспансер назоратини ўзининг шифокори олиб боради. Поликлиника маъмурияти болалар диспансер назорати сифатига бахо беради, яъни хужжатлар олиб бориш, касалликларни уз вақтида аниқлаш, фаол ва систематик назорат, сурункали касалликларни ўз вақтида даволаш, ўткир ва зурайган даврларда даволаш, санатор -курорт даволанишини қўллаш. Энг асосийси олиб бориладиган ишларни умумий самарадорлигини бахолашга ахамият берилишидир.

Диспансеризация- учётга олинган маълум худуд аҳолисини соғлиғини динамик кузатиш, касалликни эрта аниқлаш, диспансер кузатуви ва комплекс даволаш актив усулидир.

Болаларга кўрсатиладиган тиббий ёрдамнинг асосий тамойиллари:

- профилактик йўналганлик
- диспансер усулининг кенг қўлланилиши
- фаол патронаж тизими
- болаларга тиббий ёрдам кўрсатувчи шифокорларни ишга жалб қилиш
- тиббий ёрдам курсатиш босқичлари — поликлиника, стационар, санаторий (3 та босқич) ва гигиеник тарбия.

Саломатлик гуруҳлари.

Саломатлик кўрсаткичларидан соғломлаштириш тадбирларини ишлаб чиқиш ва асослашда фойдаланилади. Саломатлик тадбирларини самаралироқ ташкил этиш учун юқорида айtilган саломатлик кўрсаткичларига қараб 5 та саломатлик гуруҳлари ажратилади.

1 гуруҳ. Бу гуруҳга сурункали касалликларга чалинмаган, текшириш пайтида бирорта касаллик аниқланмаган ва ўз ёшига мувофиқ равишда жисмоний ҳамда ақлий жихатдан ривожланган соғлом болалар киради.

2 гуруҳ. Бу гуруҳ сурункали касаллиги бўлмаган, лекин айрим морфофункционал нуқсонлари бўлган ҳамда тез-тез (бир йилда 4 марта) дардга чалиниб турадиган болалардан ташкил топган.

3 гуруҳ. Бу гуруҳ сурункали касаллиги бор ёки компенсация даврида патологик ҳолати оғир бўлмаган, умуман узини хис этиши меъёрда бўлган болаларни бирлаштиради.

4 гуруҳ. Бу гуруҳни сурункали касалликлари бор, субкомпенсация даврида умумий ҳолати бузилган, узини ёмон хис эта бошлаган, ўткир юқумли касалликлардан сўнг тузалиши кечиккан болалар ташкил этади.

5 гуруҳ. Бу гуруҳга декомпенсация даврида бўлган, оғир сурункали касалликларга чалинган, камхаракат, болалар муассасаларига қатнай олмайдиган ногирон болалар киради.

Саломатликка таъсир этувчи омиллар эндоген ва экзоген омилларга бўлинади. Эндоген омилларга ирсий ёки тугма омиллар— турли ирсий касалликлар, муддатдан олдин туғилиши киради. Экзоген омиллар ўз ичига табиий, ижтимоий омилларни олади. Ижтимоий омиллардан санитария- гигиена турли касалликларни олдини олишда муҳим омиллардан биридир.

Тиббиёт фанидаги тадқиқотлардан маълум бўлишича, агар одамнинг соғлиги 100% деб олинса, унинг 50% ҳар қайси одамнинг турмуш тарзига, 20% насл хусусиятларига боғлиқ. Табиий омилларга — табиий муҳит, иқлимнинг ўзгариши ва бошқалар киради. Атроф — муҳитимизнинг табиий ҳолати илмий техника революцияси, шаҳарлар кўпайиши, қишлоқ-хўжаликни кимёлаштирилиши сабабли экологик мувозанатининг бузилишига олиб келди. Бу дисбаланс ижтимоий саломатлигига сезиларли даражада таъсир қилади. Бугунги кунда ҳам табиий, ҳам техноген омиллар таъсирида одамларнинг ривожланиши ва касалликларнинг кўринишлари ҳам ўзгариб кетди. Бугунги кунда юқумли касалликлар эмас, турли нейроэндокрин касалликларнинг сони ошиб бормоқда. Ривожланувчи оилавий ёрдам тиббий ёрдамга оилавий ёндашув оила аъзолари ва шифокор орасида ишончли муносабат туғилишига ёрдам беради, шифокорга оилавий анамнезни ўрганиб чиқиш кўпчилик касалликлар давоси ва профилактикасига индивидуал ёндашишига ёрдам беради. Педиатрия, акушерлик ва гинекология, терапия ва геронтология аспекти саволларига жавоб бера олиш, оилавий шифокор ишидаги кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини белгилаб беради. Ёш аҳоли диспансеризацияси ўз ичига қуйидагиларни олади. Умумий ёш - физиологик белгилар бўйича бирлаштирилган соғлом болалар гуруҳини даврий профилактик кўруви ва маълум бир касалликка чалинган беморларни систематик фаол динамик кўруви, шунингдек шу касалликларга қаратилган вақти

ва комплекс равишда керакли даволовчи чора тадбирлари и ўтказишдан иборат. УАШ функционал мажбуриятларига киради:

- профилактик иш шунингдек, эпидемияга қарши чора - тадбирлар
- оромгоҳ, реабилитация элиментларини ўз ичига олувчи тиббий иш
- соғломлаштириш чора - тадбирларни ўз ичига олувчи санитар - ободонлаштириш иши
- коммуникатив функцияли беморлар қариндошлари билан ишлаш
- хужжатлар билан ишлаш
- квалификацияни ошириш
- она ва бола соғлиғини сақлаш
- ўсиб боровчи соғломлаштиришга қаратилган чора - тадбирлари комплексини ташкиллаштириш ва ўтказиш
- болаларда она сути ва рационал овқатланишини ташкиллаштириш
- туғма аномалиялар ва ирсий касалликлар сонини камайтириш
- ўсмирларни тиббий ва профилактик кўрувни ташкиллаштиришдан иборат.

Маълум бир ҳудуддаги профилактик чора тадбирларнинг барча комплексини педиатр билан биргалликда участка хамшираси, СБХ хамшираси, эмлаш хонаси хамшираси олиб боради. Соғлом болалар диспансеризациясида мутахассис шифокорлар ва лаборантлар иштирок этади. Чақалоқлик даври якунлангандан кейин ташкиллаштирилмаган болалар диспансер кузатувини УАШ профилактик қабуллар вақтида амалга оширади. Оналар томонидан болалар поликлиникасига қуйидаги берилган вақтларда ташриф буюриш тавсия этилган:- бола ҳаётининг биринчи йилида –соғлом болалар ҳар ой, хавф гуруҳида бўлган болалар кузатуви эса кўпроқ бўлиши керак;

- бола ҳаётининг иккинчи йилида – 3 ойда бир марта;
- 3 ёшда – бойда бир марта;
- бола ҳаётининг 4,5,6 йилларида – бир йилда бир марта, туғилган ойида.

Профилактик кўрик вақтида УАШнинг асосий вазифаси.

УАШнинг асосий вазифаси боланинг ривожланиш ва соғломлилик даражасини аниқлаш, боланинг соғлигида ўзгаришлар мавжулгини аниқлаш ва шунга кўра коррекцияловчи чора тадбирларни белгилашдан иборат. Профилактик кўрикларнинг сифатли амалга оширилиши учун қуйидаги ҳаракатлар кетма-кетлиги тавсия этилган:

- бола ҳолатини қабул қилинган мезонлар бўйича текшириш;
- бола соғлиги ҳолатини комплекс баҳолаш. Соғломлилик гуруҳи ва хавф гуруҳини аниқлаш;
- бола соғлиги ҳолатидан келиб чиққан ҳолда тавсиялар бериш;
- бола ривожланиши тарихида эрикриз шакллантириш.

Поликлиникада профилактик кўриқдан олдин болани уйига тиббиёт хамшираси ташриф буюради ва қуйидагиларни аниқлайди:

- УАШ тавсиялари қандай бажарилганлиги;
- Онасида шикоятларнинг мавжудлиги;
- Болани озиклантириш характеридаги ўзига хос хусусиятларини.

Кўрик вақтида боланинг тери ва шиллиқ қаватлари рангига, физиологик ажралмаларига эътибор берилади. Шунингдек боланинг нерв-психик ривожланишига ва ўзини тутишигаалоҳидааҳамият берилади.Тиббиёт хамшираси болани парваришлаш, овқатлантириш бўйича маслаҳатлар беради. Онани уқалаш элементлари, гимнастика, чиниқтириш кўникмаларига ўргатади, ҳамда бола ривожланиш тарихида белгилаб қўйади ва она-болани педиатр кўригига таклиф қилади. Хар бир кўрик вақтида педиатр анамнезни қайта тасдиқлаши, бола бошидан ўтказган касалликлар ҳақида маълумотларни, овқатлантириш хусусиятлари ўзгаришларини, социал шароитидаўзгаришларни анализ қилиши, шикоятларни аниқлаши лозим. Қабул вақтида боланинг антропометрик текшируви ўтказилади (тана вазни, бўйи, бош ва кўкрак айланаси). Жисмоний ривожланиш даражаси центил жадвали бўйича баҳоланади. УАШ тиббиёт хамширасининг патронаж маълумотларигаасосланиб ҳамда боланинг ота-онаси билан боланинг нерв-психик ривожланиши ҳақида сўзлашувдан кейин нерв психик ривожланиш гуруҳини белгилайди. Бунда бола



Ўзини тутиши алоҳида обектив баҳоланади. Обьектив текширув амалга оширилгандан кейин шифокор болага қуйидаги ташхислардан бирини қўяди: «соғлом», «қандайдир патология хавфи мавжуд» (хавф гуруҳи) ёки «касал» (диагноз), ҳамда соғломлилик гуруҳи ёки хавф гуруҳини кўрсатади. Қабул вақтида онага боланинг умумий тартиб режими, рационал овқатлантириш, чиниқтириш муолажалари, болани тарбиялаш ҳақида тавсиялар берилади. Бундан ташқари болагапрофилактика мақсадида витамин Д, темир препаратлари ва бошқалар буюрилиши мумкин. Профилактик эмлаш масаласи кўриб чиқилади, агар қарши кўрсатмалар бўлса – тиббий қарши кўрсатма маълумотномаси ёзилади. Бола ота- онаси билан санитар оқартув ишлари олиб борилади. Барча маълумотлар бола ривожланиши тарихига унифицирланган ёзув ҳолатида киритиб қўйилади. Организациялашмаган 0-1, 1-7 ёшгача бўлган болалар профилактик кўриги таркиби ва ривожланиш тарихидаги ёзувлар аввалгидек қолади. Хавф гуруҳига киритиш учун асосан қуйидагиларга эътибор берилади:

- ўткир касалликлар билан касалланиш сони, давомийлиги, оғирлигига (резистентликни баҳолаш мақсадида);
- бола организми функционал ҳолати ва ўзини тутиши баҳоланади;
- МТМ гарсихологик тайёргарлик ва мослашиш прогнозига;
- профилактик эмлашларнинг ўтказилишига.

Бу ёшдаги болалар учун УАШ томонидан бериладиган тавсиялар ичидаасосий ўринни қуйидагилар эгаллайди:

- боланинг режими;
- овқатланишида ўзгаришлар;
- чиниқтириш методлари;
- жисмоний тарбиялаш;
- нерв-психик ривожланишга (хусусан, гапириш кўникмаларини ривожланишига). Белгиланган тавсиялар уйда бажарилишини патронаж хамшираси текшириб боради.

Лаборатор ва инструментал текширувлар.

Туғруқхонада чақалокларга фенилкетонурия, гипотиреоз, муковисцидоз, адреногенитал синдром, галактоземияга скрининг текширувлар, аудиометрик скрининг ўтказилади. Боланинг 1ойлигида умумий қон, сийдик анализи ўтказилади. Бола 1ёшга тўлганида бу текширувлар қайтадан бажарилади. Бола ҳаётининг 1ойлигида (ёки 3ойлигида) барча ички аъзолар ва чаноқ-сон бўғимлари УТГ текшируви, ЭКГ текшируви қилинади. 4 ёшлигида эшитиш ўткирлиги, кўриш ўткирлиги текширилади, плантография амалга оширилади, АБ ўлчанади.

### **1.3. Болаларда ижтимоий ривожланиш мезонлари**

Боланинг кун тартиби деганда қатъий белгиланган уйқу ва уйқудан ташқари, овқатланиш вақти, ҳамда уйғоқлик вақтида турли хил ҳаракат фаолиятини ўз вақтида алмашилиши тушунилади. Ёшга боғлиқ бўлган рационал кун тартиби физиологик жараёнлар ритмини эътиборга олади. Шунингдек бола ривожланиши оптимал бўлиши учун организм ва ташқи муҳитнинг ўзаро таъсирланишини ташкиллаштириб беради. Бундан ташқари боланинг кун тартиби болани туғри тарбиялашнинг муҳим қисми ҳисобланади. Бола дунёга келгач, унинг МНС функциясининг ривожланиши асосан ташқи муҳит таъсирида амалга ошади. Шу сабабли боланинг МНС функцияси учун уйқу вақти актив тормозланиши ҳимоя омилларидан бири бўлиб, унинг ўсиб бораётган нерв тизимини ташқи муҳитнинг ҳаддан ташқари кўзғатувчи таъсирдан сақловчи омил бўлиб ҳисобланади. Бола қанча ёш бўлса, уйқуга бўлган эҳтиёж шунчалик юқори бўлади. Янги туғилган чақалокқа унинг ҳолатидан келиб чиққан ҳолда, “эркин овқатлантириш” режимини тавсия этиш мумкин, яъни бола “овқат талаб қилган вақтда овқатлантириш”. Аммо бундай кун тартиби қўлланилганда, суткалик овқатлантиришлар (эмизишлар) сони 10-12 мартадан ошмаслиги, ҳамда эмизишлар орасидаги интервал 2 соатдан кам бўлмаслиги лозим. “Эркин овқатлантириш” режимини барча болаларга тавсия этиш мумкин<sup>3</sup>. Чақалок бир суткада 23 соатни уйқу билан ўтказди. Унинг актив уйғоқлик даври жуда кам бўлади ва 1ойнинг охирида уйғоқлик вақти 30-40

минутни ташкил этади.

Болани мактаб таълимига тайёрлаш мезонлари: Мактабнинг 1-синфига ота-оналар кузатуви остидаги етти, саккиз ёшли болалар қабул қилинади. Етти ёшли болаларни 1-сентябрда мактабга қабул қилинганда 6 ёш 6 ойни тўлдирган бўлиши керак. 1-синфга болалар қабули психо-тиббий- педагогик комиссиянинг боланинг таълимга тайёргарлиги ҳақидаги хулосасига асосан амалга оширилади. Ўқув йили бошлангунича 6 ярим ёшга тўлмаган болалар тарбияси мактаб шароитидаги ўқув-тарбиявий комплекс ёки болалар боғчасида барча гигиеник талаблар кузатуви остида ўтказилиши керак. Болалар мактабга функционал етук бўлиб чиқиши керак. Етилмаган болаларда ўқиш фаолияти организмнинг функционал ҳолати ва соғлиғига ёмон тасир кўрсатиши ва уларнинг кўпинча улгурмайдиган бўлиб қолишлари аниқланган. Функционал тайёр бўлмаган ўқувчилар 1-ўқув йилига мослаша олмайдилар. Болаларнинг таълимга тайёрлигини аниқлаш мактабда тиббий ва психофизиологик мезонлар асосида ўтказилади.

Тиббий мезонлар:

Биологик ривожланиш даражаси- агар жисмоний ривожланиш нормал (бўйи ёшига мос, вазн-бўйига), доимий тишларнинг сони қизларда 2-6 ва ундан ортиқ, ўғил болаларда 2-5 ва ундан ортиқ бўлса, биологик ёши паспорт ёшига мос келади(мусбат “филиппин” тести). Чидамлилиқ даражаси: яхши мактабга чиқиши учун йил бўйи ўткир касалликлар билан 3 мартадан кўп оғримаган бўлиши керак.

Соғломлик ҳолати: Соғломлик гуруҳи 1, 2 ёки компенсация ҳолатидаги 3 гуруҳга киритилганлиги. Ўтган йил давомида инфекция гепатит, пиелонефрит, ревматик миокардит, эпидемик менингит, менингоэнцефалит, сил, актив даврдаги ревматизм, қон касалликлари кузатилмаганлиги.

Психо-педагогик мезонлар:

Керн-Иерасек психометрик тести бўйича мактабга етуклиги 3 баллдан 5 баллгача баҳоланади. Бунда мактаб билим ва кўникмаларининг шаклланиши, болалар

боғчасида тарбиявий дастурларни тўлиқ ҳажмда ўзлаштириши назарда туғилади<sup>1</sup>. Шунингдек деффектсиз товуш талаффузининг сифати ва ёшига мос руҳий ривожланиш даражаси ҳам алоҳида баҳоланади. Бунга кўра болалар Р, С, З каби ҳарфларни тўлиқ ва равон талаффуз қилишлари керак. Болаларни мактаб таълимига тайёрлаш ва йўналтиришда қуйидаги болалар олинади: болалар боғчаси дастурини омадли ўзлаштирган, мактаб етуклиги ва руҳий ривожланиш даражаси нормал, бажарилган мотометрик тестнинг ижобий натижаси билан баҳоланган болалар, шу қаторда биологик ёши паспортникига мос келадиган, камдан - кам касалланадиган, сурункали касалликлар ва талаффуз дефектига эга бўлмаган болалар киритилади. Бу болаларда биологик анамнезда силжишлар кузатилмаган бўлиши керак. Мактаб таълимига шартли тайёрлаш ишлари болалар боғчасидаги тарбиявий дастурни маълум қийинчиликлар билан ўзлаштирадиган, компенсация босқичидаги сурункали касалликлари бор болалар билан олиб борилади. Улар ёш жиҳатдан биологик ёши паспортникидан ортда қолади. Асаб-руҳий ривожланишида ва хулқатворида бошланғич силжиш кузатилади, мактаб етуклик кўникмаси тўлиқ ривожланмаган бўлади. Керн-Иерасек тести 5 баллдан 7 баллгача - “етук” А вариант (прогноз яхши) ; 8 баллдан 9 баллгача - “етук” Б вариант (прогноз шартли яхши); бажарилган мотометрик тестнинг ижобий натижаси. 1 ёки 2 та талаффуз дефекти билан. Мактаб таълимига тайёр бўлмаганларга -хулқатворидаги ўзгаришлар ва функционал силжишлар билан ифодаланган, суб- ва декомпенсация босқичидаги сурункали касалликлари бор болалар киритилади. Мактаб кўникмалари шаклланмаган (Керн-Иерасек тести –қайта текширувларда 10 балл ва ундан ортиқ) ва биологик ёши паспортникига мос бўлмайди. Агар бола бошқа синамаларга боғлиқ бўлмаган ҳолатда Керн-Иерасек тестидан 10-15 балл олса етук ҳисобланмайди. Етилмаганлик мезонлари ҳисобланади:

Асаб-руҳий ривожланишдан ортда қолиши;

Жисмоний етишмовчилик;

Шахсининг асабий ривожланиши;

Интеллектни пасайиши;

Керн-Ирасек тести натижаларининг баҳоси.

Талаффуз сифатини текшириш. Болалар сўзнинг боши, ўртаси ёки охирида Р,Ж,С,З,С, Ч, Ш товушлари учрайдиган буюмларнинг расмини кўриб, товуш чиқариб айтиш керак. Битта дефектнинг учраши топшириқнинг бажарилмаганлигини билдиради. Мисол учун: рак-ведро-топор; жук-лижи-нож; шотка-яшериса-рлаш; “айланани кесиш” мотометрик тестни бажариш. Болага 30 мм диаметрдаги қалин чизикда тасвирланган айлана чизилган картон карточка берилади, унинг атрофида масофада бўлган ингичка чизикда тасвирланган 3 та катта ва 3 та кичик диаметрли айланалар жойлашган. Бола томонидан чизилган нуқталарнинг расми ва намунаси болага қайчи билан ўрта қалинликдаги чизик бўйлаб айлана қирқиш тавсия этилади. Боланинг карточкани кесиш бошланиш ва охириги вақтини секундамерда белгиланади. Агар бола 1 минутичида 8-9 айлана қирқса мотометрик тестни бажарган ҳисобланади. Бола иш жараёнида ингичка чизикларнинг бир ёки иккитасини кесиб юбориш мумкин, лекин иккитадан ортмаслиги керак. 2 та уринишга руҳсат этилади. Кўп сонли хатолар ва вақт бир минутдан ошса тест бажарилмаган ҳисобланади. Мактаб таълимига психофизиологик етилмаган болалар вақтинчалик мактабга қабул қилинмайди. Мактабга тайёргарликни аниқлаш бўйича шифокорнинг иши иккига бўлинади: мактабгача бўлган болаларни соғломлаштириш ва мактабга керакли вазифаларнинг ривожланиш коррекцияси кўриб чиқилади. Психофункционал тайёрликни аниқловчи биринчи текширув бола мактабга чиқадиган йилининг кузида ўтказилади. Болани УАШ, жаррох, ортопед, офтальмолог, отоларинголог, дерматолог, психоневролог, логопед, стоматолог ва педогог-рсихолог мутахассислари текширувдан ўтказди. Соғломлик ҳолати силжиган болаларга даволаш ва соғломлаштириш тадбирлари комрлекслари ўтказилади. Нутқ ривожланишида орқада қолган мактаб ёшигача бўлган болаларга врач логопед ёзиб берган дефектни тўғриловчи машқлар комплекси тавсия этилади. Ҳаракатни ривожлантириш бўйича машқлар болалар боғчаси тарбиячиси ёки ота-оналари томонидан ўтказилади. Барча болаларга уларнинг мактабга чиқишидан олдин мутахассислар билан қайта кўрик ўтказилади (аррел-

майда). Биринчи текширувларда мактабга тайёр эмаслик белгилари аниқланган болаларга бир вақтда психофизиологик текширувлар ўтказилади. Ушбу мақсадда ота-оналардан болаларда гиперреактивлик билан витаминтанқислик синдроми мавжудлигини аниқлаш учун анкета тўлдириб олинади ва болаларни ўқитиш қийин бўлганда қўшимда даволовчи профилактик тадбирлар ўтказилади. Болани мактабга шакллантиришдан олдин бевосита қайта мутахассислар кўриги ўтказилади. Бу мақсадда умумий қон таҳлили, сийдик ва гижжа тухумларини аниқлаш мақсадидаахлат таҳлили ўтказилади. Мактабга чиқишга функционал тайёргарлик болани соғломлик ҳолати ва ўтказилган давонинг эффективлиги билан баҳоланади.

### **Антенатал профилактика, хомиладор аёлларни соғломлаштириш.**

Антенатал профилактика ва хомиладор аёлларни соғломлаштириш онага бола бурчаги яъни хонасини, болалар қийими ва бола парваришини тугри тайёрлашни ургатишдан бошланади. Оилавий анамнез ва онада патология аниқланишини баҳолаш жуда муҳим. Айниқса унинг пархезининг хусусиятлари. Оиладаги аҳолига баҳо берилади. Унинг мақсади боланинг соғлигига булган хавф - хатарани тахминий аниқлаш унинг кузатиш фаоллигини аниқлашдир. Хомиладорнинг 1 патронажи кайд қилингандан кейин амалга оширилади. 2 си 32 хавфтада патронаж хақидаги маълумот муковасига ёзилади кейинчалик у болани ривожланиши тарихи (форма №112) га ёпиштирилади. Мехнат шартлари маиший ҳолатлари, соғлиги, зарарли одатларини топилиши аниқланади. Унга сут безларини латоцияга қандай тайёрлаши тушунтирилади. Дам олиш ва мехнат тартибларини ташкиллаштириш ва рационал овқатланиш буйича тавсиялар берилади. Хомиладор аёллар боланинг хомила ичи ривожланиши унинг соғлиги ва ҳаёти учун муҳимлигини тушунтириш катта аҳамиятга эга. Хомиладорни хомилази зарарланиши мумкинлиги, (агарда дориларни назортасиз қабул қилинса, алкогольни истеъмол қилинса) хақида огохлантириш зарур.

Кўпгина ҳолатлар акушерлик анамнезида ёмон окибатларни топилиши мавжуд бўлган хомиладорликни тушиб қолиши кузатилади. (хромосом касалликлар билан тугилган болалар, ёмон окибатли ирсий анамнез, қари ёшдаги ота-оналар ва бошқалар). Келажак авлод прогнози учун тиббий генетика консултацияси билан таъминлаш керак<sup>3</sup>.

Хомиладорнинг 1 патронажи қайд қилингандан кейин амалга оширилади. 2 си 32 ҳафтада патронаж ҳақидаги маълумот муқовасига ёзилади кейинчалик у болани ривожланиши тарихи (форма №112) га ёпиштирилади. Меҳнат шартлари маиший ҳолатлари, соғлиги, зарарли одатларини топилиши аниқланади. Унга сут безларини лактацияга қандай тайёрлаши тушунтирилади. Дам олиш ва меҳнат тартибларини ташкиллаштириш ва рационал овқатланиш бўйича тавсиялар берилади. Хомиладор аёллар боланинг хомила ичи ривожланиши унинг соғлиги ва ҳаёти учун муҳимлигини тушунтириш қатта аҳамиятга эга. Хомиладорни хомиласи зарарланиши мумкинлиги, (агарда дориларни назоратсиз қабул қилинса, алкогольни истеъмол қилинса) ҳақида огоҳлантириш зарур.

Кўпгина ҳолатлар акушерлик анамнезида ёмон окибатларни топилиши (мавжуд бўлган хомиладорликни тушиб қолиши, хромосом касалликлар билан тугилган болалар ёмон окибатли ирсий анамнез қари ёшдаги ота - оналар ва бошқалар). Келажак авлод прогнози учун тиббий генетика консултацияси билан таъминлаш керак.

Бола туғилганда туғруқхона турар жойидаги поликлиникага хабар беради. Бола туғруқхонадан чиққандан кейин патронаж ҳамшираси билан болани уйига 1 -3 кунликда борилади. Агар оилада 1 та фарзанд бўлса 1 кун борилади. Бу чакалок патронажи дейилади.

Эмлаш календари бўйича вакцинация ўтказилади, ҳар ой антропометрия ўтказилади. Жисмоний ривожланишини динамикасига баҳо берилади. Бола I ёшида мутахассислар кўригидан ўтиши зарур. Биринчи ойлигида ортопеддан, 3 ойдан бошлаб невропатолог ва офталмологдан 3 ойда клиник қон таҳлили ва умумий сийдик таҳлили. Бола 1 ёшида

невропатолог, ортопед, офталмолог, отоларинголог, стоматолог куригидан утказилади. Кайта кон ва сийдик тахлилллари ўтказилади.

Бола 6 ва 12 ойликга етганда босқичли эпикриз ёзилади. У ерда утган яшаш даврининг ичида боланинг ривожланиш натижалари кайд килинади бола 2 ёшида шифокор кватални 1 марта куздан кечиради. Жисмонан ва асаб - психологик ривожланишини баҳолайди. Курсатма буйича УКТ ва УСТ, йилига 1 марта ахлатни гижжа тухумларига текширилишини таъминлайди. 3 ёшдан ярим йилда бир марта 4 ёшдан йилиги 1 марта. Жисмоний ва асаб психологик ривожланишининг ёшга тугри келишини текширишдан ташқари суяк ва мушак тизимини ахволини кузатиш, комат бузилишини топиш, эшитиш ва гапириш бузилишлари топиш, кариес тишларининг мавжудлигини аниклаш зарур.

Бундан ташқари бола хаётининг 1-йилида бир канча мутахассислар томонидан курик утказилиши керак; 1-ойда ортопед. 3-ойгача невропатолог ва офтальмолог. Хаётининг 1-ойида (одатдатугрукхонада) фенилкетонурия, гипотиреоз, муковисцидозга скрининг текширув утказилади; 3-ойда - умумий кон тахлили ва умумий сийдик тахлили. 1 ёшда болани невропатолог, ортопед, офтальмолог, ЛОР, стоматолог куради ва кайтадан УКТ (ОАК) ва УСТ (ОАМ) олинади. 1 ёшда УАШ босқичли (этапный) эпикриз ёзади.

Жисмоний ва асаб психологик ривожланишининг ёшга тугри келишини текширишдан ташқари суяк ва мушак тизимини ахволини кузатиш, комат бузилишини топиш, эшитиш ва гапириш бузилишлари топиш, кариес нинг мавжудлигини аниклаш зарур.

Болаларга курсатиладиган тиббий ёрдамнинг асосий тамойиллари:

- профилактик йуналганлик
- диспансер усулининг кенг кулланилиши
- фаол патронаж тизимин
- болаларга тиббий ёрдам курсатувчи шифокорларни ишга жалб килиш



- тиббий ёрдам курсатиш боскичлар — поликлиника, стационар, санаторий ( 3 та боскич)
- гигиеник тарбия

Ривожланувчи оилавий ёрдам тиббий ёрдамга оилавий ёндашув оила аъзолари ва шифокор орасида ишончли муносабат тугулишига ёрдам беради, шифокорга оилавий анамнезни урганиб чиқиш купчилик касалликлар давоси ва профилактикасига индивидуал ёндашишига ёрдам беради.

### **Фойдаланилган адабиётлар**

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

## **2-мавзу: Иммунопрофилактика**

### **Режа**

1. Вакцина тушунчаси
2. Вакциналарнинг янги авлоди
3. Ноинфекцион касалликларга қарши вакциналар
4. ДНК вакциналари
5. Республикамиздаги вакцинациянинг самарадорлиги кўрсаткичлари

**Таянч иборалар:** вакцина, иммун жавоб, т-хужайралар, хелперлар, киллерлар, совуқлик занжири, иммунологик хотира.

### **2.1. Вакцина тушунчаси**

Бирқанчаинфекцион касалликларнинг иммунопрофилактикаси охирги икк и юз йил давомида миллионлабинсонларга ётнисақлашга имкониятди. Барча континентларда амалга оширилаётган аҳолининг иммунизацияси чечак

ниг

глобалдаражадайўқотилишига,

полиомиелитничеклашгаҳамдавакцинопрофилактикагабўйсунувчибошқ акасалликларнитарқалишиниетарлидаражадакамайишигаолибкелди.Ту рлиинфекцияданҳимояланишучунасосанпатогеннингбирқанчаасосийан тигенларгақаршииммунитетҳосилкилинишикерак.Аммотабиййвакцина ларниятувчиҳозиргизамоनावийтехнологияларҳамбундайюқоридаража дагитозаланишгайқинлашишимконинияратолмаяпти. Шунинг учун вакциналар у ёки бу миқдорда ўзида балласт моддалар тутади.«**Вакцина** – бу иммунитет ҳамда кузгатувчига нисбатан турғунлик ривожланишини таъминловчи препарат. Турли инфекциядан ҳимояланиш учун асосан патогеннинг бир қанча асосий антигенларга қарши иммунитет ҳосил килиниши керак.Аммо табиий вакциналарни яратувчи ҳозирги замонавий технологиялар ҳам бундай юқори даражадаги тозаланишга яқинлашиш имконини яратолмаяпти. Шунинг учун вакциналар у ёки бу миқдорда ўзида балласт моддалар тутади<sup>1,2</sup>. Вакциналарнинг сифати уларни микроблар антигенидан ёки бактериал токсинлардан тозаланганлик даражасига кўп жихатдан боғлиқ. Ер юзида вакцинация утказилиши купайиши, ножуя реакциялар ҳам купайишига олиб келди, вакцинага чин реакциялар ва эмлаш вақтида пайдо булган реакциялар аммо вакцинация билан боғлиқ эмас.Вакциналарни иккита асосий гуруҳга бўлиш мумкин:тирик ва ўлик (инактивацияланган) вакциналарга

Тирик вакцина – кузгатувчининг аттенуирланган штаммларидан олинган (кучсизлантирилган патогенлик билан)

Ўлик вакциналар:молекуляр: а)биологик синтез билан; б)химик синтез билан олинган; корпускуляр: а)бутун микроблардан б) молекула усти субхужайралар структурасидан. Традицион

вакциналар.Инактивацияланган вакциналар микроорганизмга кимёвий йул ёки қиздириш йули билан таъсир эттирилиб олинади. Анатоксинлар вакцина сифатида кулланилувчи махсус иммунитет ҳосил

килади(дифтерия, столбняк) Конъюгирланган вакциналарда антигенларни протеин еки анатоксинлар билан боғлаш усули кулланилади. Суббирликдаги вакциналар адекват иммун жавобни таъминлаб берувчи антиген фрагментларидан ташкил топган.

## **2.2. Вакциналарнинг янги авлоди**

Инфекцион касалликлар доимо инсониятнинг энг асосий душмани булиб келган. Инсониятни ўлат, чечак, вабо, ич терлама, дизентерия, грипп туфайли келиб чиққан эпидемиялар ларзага солган. Қадимги Рим ва Грецияни кулашига ҳам урушлар эмас айнан ўлат сабаб бўлган. 14 асда ўлат Европа аҳолисининг 3дан 1кисмини йўқ қилган. 30 миллионлик инклар империясини Кортес олиб келган чечак эпидемияси қуритган. «Испанка»га 1918-1920 йилларда 500 миллион аҳоли чалинган ва улардан 20 миллиони қирилиб кетган. Хаттоки қирғинбарот Иккинчи Жаҳон урушида йўқотиш бунчалик кўп бўлмаган (8 миллион). Молекуляр биологияни, генетика ва генетик мухандисликнинг тезкор ривожланиши янги вакциналар синфи - молекуляр вакциналарни келиб чиқишига олиб келди. Уларни синтезлашда бактериялар, вируслар, замбуруғларларнинг лаборатор синтезланган рекомбинат оқсиллари ёки парчаларидан фойдаланилади. Хозирча фақат учта бундай дори амалиётга киритилди: Гепатит В га қарши рекомбинат вакцина, Лайм касаллигига қарши ва Италияда ишлатиладиган АКДС таркибига киритилган детоксик кўкйўтал токсини. Вакциналар инсониятга инфекцияларга қарши курашда ажойиб натижаларга эришишга имкон берди. Дунёда чўчқа гриппи -хар йили миллионлаб инсонлар ҳаётига зомин бўладиган касаллик бутунлай йўқ қилинади. Бу йигирманчи асрнинг энг машхур воқеаларидан бири бўлиб, у одамнинг фазога учиишига тенг келади. Полиомиелит деярли йўқ қилинди, кизамиқ бутунлай йўқотилиши давом этмоқда. Дифтерия, кизилча, кўкйўтал, вирусли гепатит В ва бошқа хавфли юкумли касалликларнинг сони минглаб мартага камайди. Жиддий муваффақиятларга қарамадан, юкумли касалликлар ҳалигача ўлимнинг асосий сабабларидан бири бўлиб қолмоқда: Жаҳон соғлиқни сақлаш

ташкilotи (ЖССТ) маълумотларига кўра, улар сайёрамизда йилига 30 фоизгача ўлимга сабаб бўлади. Энг хавфли: нафас йўлларининг, айниқса, грипп ва пневмония инфекциялари, инсон иммунитет танқислиги вируси, ичак инфекцияси, сил касаллиги, вирусли гепатит В, безгак касаллиги шулар жумласидандир. Жахон соғлиқни сақлаш ташкilotи, Россия ва АҚШ экспертларининг прогнозларига кўра, янги ёки такрорий инфекцияларнинг келиб чиқиши хар қандай вақтда ва дунёнинг исталган нуқтасида пайдо бўлиши мумкин. ўтган 30 йил ичида биз 40 та янги хавфли микроорганизмларга дуч келдик, улар кўп холларда юз минглаб одамларнинг хаёти ва соғлиғига хақиқий хавф туғдирди. Улар орасида Эбол вируси, легионерлар касаллиги чақирувчиси, ОИВ, коронавирус ва бошқа патоген микроорганизмлар мавжуд. Кўпинча эпидемиологик фаровонлик фониди одамлар миллий соғлиқни сақлаш тизими томонидан тақдим этилган эмлашни тўхтатадилар, кейин эса узок вақтдан бери кузатилмаётган юқумли касалликлар қайтарилади. Сўнгги ўн йилликларда Япония, Россия, Озарбайжон, Грузия, Тожикистон, Украина, Гаити, Венесуэла ва Колумбияда кўкйўтал, дифтерия, полиомиелит ва қизамиқ эпидемияси хақида хабар берилган. Масалан, Россиянинг худудида 90-йилларнинг ўрталарига келиб, бу вақтга қадар фақатгина эпизодик кузатилган дифтерия касаллиги кўпайди, сабаби псевдо-мутахассислар томонидан амалга оширилган эмлаш кампаниясига қарши курашдир. Натижада 100 мингдан зиёд киши дифтерия касаллигига чалиниб, уларнинг бир неча минги вафот етди. Фақат болаларни оммавий эмлаш эпидемияга бархам беришга имкон берди. Одамлар ва хайвонлар кўчиши микроорганизмларнинг янги худудларга тарқалишига олиб келади. Юқумли касалликларнинг оммавий тарқалиши АҚШ каби яхши ривожланган соғлиқни сақлаш тизимига эга бўлган мамлакатларда ҳам рўй беради. 1999 йилда Нью-Йоркда Фарбий Нил иситмаси кузатилганлиги хақида хабар берилган, унинг вируслари кушлар томонидан олиб келинган. 2002 йилда ушбу касаллик 44 давлатда кузатилган. Деярли тўрт мингдан ортиқ одам касал бўлиб, улардан уч юзга яқини халок бўлган. 2003 йил май

ойида маймунлар чечаги вируси келтирган касаллик хақида хабар берилган. Қўшма Штатларда, экзотик уй хайвонлари сифатида Африкадан олиб келинган кемирувчилар, уни тарқатган. Касаллик фақатгина антиэпидемик чоралар ўз вақтида ўтказилганлиги сабабли кенг тарқалмаган.

Инсон популяциясига тахдид солган янги инфекциялардан деб Хитойда САРС (оғир ўткир респиратор синдром)деб аталадиган атипик зотилжамни ва қуш гриппи вируси (H1N1) ни айтиш мумкин. Биринчи холда, касалликни кўршапалаклар тарқатган ўзгартирилган коронавирус чақирган бўлса, иккинчи холатда парранда вируси билан 100дан ортиқ одам касалланган бўлиб, уларнинг ярми вафот етди. Яхшиямки бу вирус хали одамдан одамга узатилмаган ва шунинг учун одамлар ўртасида эпидемия у қадар кучаймади. Аммо баъзи олимлар қушлар ва инсонлар вируслари ўзаро ген алмашсалар ўта хавфли штамм келиб чиқиши мумкин.

### **2.3. "Ноинфекцион" касалликларга қарши вакциналар**

Йигирманчи асрнинг бошида буюк рус олими И.Мечников соматик касалликлар ва ўсма касалликлари инфекция томонидан чақирилиши мумкин деган фикрни ўртага сурган. Ваят ўтиб, деб ёзган у, паразитларни нафақат юқумли касалликларда, балки бутунлай бошқача касалликларда ҳам инсон организмида топиши мумкин. И.Мечниковнинг гипотезаси ўз тасдиғини топмоқда. Турли мамлакатларда эпидемиологлар гриппнинг мавсумий тарқалиши даврида юрак-қон томир касалликлари билан оғриган беморларнинг сони ва мияда қон айланишининг бузилиши холатлари кўпайишини ва шу сабабли ўлим сони ҳам кўпайишини таъкидлайдилар. АҚШда болаларни паротитга қарши эмлашни бошланганда, тасодифий эндокардит касаллиги кескин камайди. Тадқиқот шуни тасдиқладики, ушбу касаллик ўтказган болалар кичик ёшларда паротит ўтказганликлари учун уларда эндокардит келиб чиққан. Атеросклерознинг ҳам келиб чиқишида инфекциянинг роли бор деб айтилмоқда, сабаби атеросклеротик плакчаларда

хламидиялар аниқланган. Агар одам ретровирус, реовирус, цитомегаловирус ва Эпштейн-Барр вируси билан касалланган бўлса, инсулинга қарам диабетнинг ривожланишига олиб келадиган панкреатик хужайраларга қарши хужайралар пайдо бўлади.

Баъзи ҳолларда вирус фақат патологик жараёни бошлаб беради ва ўсманнинг ўсиши микроорганизмларнинг иштирокисиз ҳам давом этаверади. Бу гипотеза рус иммунологи Л. А. Зилбер томонидан ўсма пайдо бўлишининг вирусли назарияси кўринишида таклиф қилинган. Баъзида микроорганизмлар бошқа салбий омиллар таъсирини кучайтиради ва айрим ҳолларда патогенлар «мишень» орган хужайраларига қарши аутоиммун жараённи бошлаб юборади. Юқумли бўлмаган кўплаб касалликлар микроблар билан боғлиқ бўлганлиги сабабли, профилактика учун мавжуд вакциналардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Бунинг исботи шуки, гепатит Вга қарши эмланган Тайванлик болаларда , гепатокарцинома 50% га, жигар касалликларидан ўлим эса 70% га камайди. Папиллома вирусига қарши турли хил эмлашлар жинсий органларнинг ёмон сифатли ўсмалари ривожланишининг олдини олиши аниқланди. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасини олдини олиш учун Н. рүлогі хужайрасидан олинган вакцина ишлаб чиқилди.

#### **2.4. ДНК вакциналар**

Илгари тасдиқланган технологиялардан фойдаланган ҳолда янги вакциналар яратиш осон эмас. Баъзи микроорганизмлар, масалан гепатит В вирусини инактивланган вакцина олиш учун хужайра культурасида ўстириб бўлмайди.

Ўлдирилган микроблардан олинган вакциналар самарасиздир, тирик вакциналар эса хавфдан йироқ эмас. Рекомбинант оқсиллар-антигенлар асосида тайерланган вакциналардан катта умид қилинишига қарамай уларнинг суств иммун жавоб хосил қилиши аниқланди (1980 йилда бу тарзда гепатитига қарши вакцина яратилган эди). Сабаби бундай препаратларда "яланғоч" протеин мавжуд бўлиб иммунитетни кучайтириш учун зарур

бўлган бошқа молекуляр тузилмалар мавжуд эмас. Рекомбинатли вакциналарнинг самараси ортиши учун уларга антиген фаолликни кучайтирувчи воситалар –адювантлар қўшилиши керак бўлади.

Сўнгги 10 йил ичида янги йўналиш - генетик иммунизация соҳаси шаклланди. Уни ДНК вакцинация деб аташади, чунки организмга нафақат антиген оқсил балки оқсил ҳақида информация кодланган нуклеин кислотаси (ДНК ёки РНК) киритилади. Ушбу технологияни тиббиёт ва ветеринария тиббиётида ишлатиш учун ҳақиқий имконият 90-йилларида юзага чиқди. Янги ёндашув анча оддий, арзон ва, энг муҳими, универсалдир. Нуклеин кислоталарни тўқималарга самарали етказиб беришни таъминловчи хавфсиз тизимлар ишлаб чиқилди. Керакли ген плазмида (ДНКнинг халқаси) ёки хавфсиз вирусга киритилади. Бу ташувчи-вектор хужайрага киради ва керакли оқсилларни синтез қилади. Мазкур хужайра керакли вакцинани организм ичида ишлаб чиқариш учун "фабрика" га айланади. Вакцинанинг «фабрикаси» узоқ муддат (1 йилгача) ишлаши мумкин. ДНК вакцинация тўлиқ иммун жавоб ҳосил қилинишига олиб келади ва вирусли инфекцияга қарши юқори даражада химоя яратади. Шу плазмид ёки Вирусли вектордан фойдаланиб, зарур оқсиллар антигенларини кодловчи кетма-кетликни ўзгартириб, турли хил юқумли касалликларга қарши вакцина яратиш мумкин. Бу хавфли вируслар ва бактериялар билан ишлаш заруратини бартараф қилади, оқсилларни тозалаш учун мураккаб ва қимматли усулнинг кераги бўлмайди. ДНК вакциналари махсус сақлаш ва етказиб бериш шартларини талаб қилмайди, улар узоқ вақт давомида хона ҳароратида сақланиши мумкин.

Ҳозирги кунга келиб салмонеллез, сил, леишманиоз, безгак гепатит В ва С, грипп, лимфоцитар хориоменингит, кутуриш, инсон иммунитет танқислиги (ОИТС), Япония энцефалити ДНК вакциналари синовдан ўтмоқда. Ушбу инфекциялар инсоният учун ўта хавфлидир ва классик методлардан фойдаланган ҳолда уларга қарши вакциналар яратишга уринишлар

муваффақиятсизликка учраган. ДНК вакиналари - саратон касаллигига қарши курашнинг энг истиқболли соҳаларидан биридир. Хужайра ичига рақ антигенларини кодловчи турли цитокинлар ва иммуномодуляторлар генларини киритиш мумкин. Бу генлар бир вақтнинг ўзида турли хил куроллар билан катта хужум уюштиришга ёрдам беради. Бироқ ДНК вакиналари, улар билан қўзғатилган иммунитет давомийлиги ва иммун тизими учун ноҳўя таъсиралари бор йўқлигини ўрганмоқ лозимдир.

Сўнги йилларда геномикани, биоинформатика ва протеомикаларнинг жадал ривожланиши «тесқари вакцинология» деб аталадиган вақиналарни яратишга бутунлаы янгича ёндашишга олиб келди. Бу атама янги технологик услубнинг моҳиятини аниқ ифодалайди. Агар илгари вақиналар яратилишида, олимлар бутун микроорганизмдан унинг таркибий қисмларга бўлиб ёндашган бўлсалар, бугунги кунда геномдан унинг маҳсулотига томон ёндашув таклиф етилади: Ушбу ёндашув нинг сабаби шуки, аксарият химоя антигенлари оксил молекулаларидан иборат. Касаллик тарқатувчисининг барча таркибий қисмлари хақида тўлиқ маълумотга эга бўлибгина қайси компонентлар вақиналар таркибига киритиш учун потенциал номзодлар қаторига мос келиши мумкинлигини ва қайсилари мос келмаслигини аниқлаш мумкин. Юқумли микроорганизмлар тўлиқ геномининг нуклеотид кетма-кетлигини аниқлаш учун бир неча кун ёки бир неча хафта кифоя. Бундан ташқари, патоген ДНК клонлари "кутубхоналар" ини олиш бўйича дастлабки ишлар анчадан буён стандарт ферментлар тўпламидан фойдаланган холда бажарилмоқда. ДНК молекулаларида нуклеотид кетма-кетликни аниқлаш учун замонавий асбоблар йилига 14 млн реқцияни бажара олади. Геномнинг тўлиқ ўрганилиши ва унинг кодланган оксиллар рўйхати билан биргаликда тавсифлаш бир неча ойни талаб қилади.

## **2.5. Республикамиздаги вакцинациянинг самарадорлиги кўрсаткичлари**



Ўзбекистон– гуманитар давлатлардан бирга айланганлиги бугунги кунда мамлакатда ўртача умр ёшининг ошиб бораётганлигидан (2016 йил статистикаси бўйича 73,1 ёш) кўринади. 170 та давлат орасида 48-ўринга чиқиши, бир қатор касалликлар тарқалишининг (вабо, очлик, безгак, қизамиқ, дифтерия ва ҳ.к.) умуман бартараф этилганлиги билан ўз исботини топган. Соғлиқни сақлаш борасида бугунги кунда мамлакат миқёсида олиб борилаётган залворли ишлар орасида иммунопрофилактика тадбирлари ҳам муҳим ўрин тутди. Иммунопрофилактика тадбирлари, бу юқумли касалликларга қарши курашда профилактик эмлаш демакдир. Бундай тадбирларнинг самарали ўтказилиши натижасида Республикада, жумладан вилоятда 1995 йилдан бошлаб полиомиелит касаллиги, 2002 йилдан дифтерия, чақалоқлар қоқшоли, кейинги 2 йил давомида қизамиқ ва қизилча касалликлари ҳамда вирусли гепатитнинг “В” тури 14 ёшгача бўлган болалар ўртасида қайд этилмади.

Бугунги кунда дифтерия (бўғма), кўк йўтал, қоқшол, қизамиқ, қизилча, полиомиелит, сил, эпидемик паротит (тепки), вирусли гепатит “В”, гемофил инфекцияси (ХИБ), ротавирус ва пневмококкли инфекцияларга қарши профилактик эмлашлар миллий эмлаш таквимига киритилган бўлиб, шунга асосан янги туғилган чақалоқлар ва 16 ёшгача бўлган болалар оммавий эмлаш билан қамраб олинади. Иммунопрофилактиканинг асосий мақсади махсус эмлаш воситалари билан бошқарилувчи инфекцияларнинг йўқотилиши, юқумли касалликларни ва ўлим ҳолатларини камайтиришдир. 2002 йилда Ўзбекистон Республикаси полиомиелит кўзғатувчи вируслардан холи этилганлиги тўғрисида сертификат олди. Бундан ташқари, дифтерия касаллигининг олдини олиш, 2018-2020 йилларда қизамиқ ва қизилчанинг элиминациясига (йўқотилиши) эришиш, вирусли гепатит “В” касаллиги, ХИБ (гемофил инфекция), ротавирус ва пневмококк инфекциясини

камайтириш ҳамда ўлим ҳолатларининг олдини олиш, сил касаллигининг тарқоқ шаклини тугатиш ҳамда одам папилома вируси чақирадиган касалликнинг олдини олиш бўйича мамлакатимизда давлат миқёсида катта ишлар олиб борилмоқда. Эмлашларни амалга ошириш механизми қандай ташкил этилган? Аввало, чақалоқ туғилгандаёқ туғруқхонада дастлабки эмлаш ўтказилади ва профилактик эмлашларнинг муддати, ўтказилиши тўғрисида “Иммунизация паспорти” ёки 063/х (профилактик эмлаш картаси) берилади. Ушбу ҳужжатда ўтказиладиган эмлашлар муддати қайд этилади ва у оилавий поликликага юборилади. Вилоятда барча даволаш-профилактика муассасаларида эмланган болаларни қайд этиш мақсадида 063/х ва 112/х, мактабларда эса 026/х тиббий ҳужжатлар тўлиқ ташкил этилган. Вакцинани сақлаш ва ташиш вақтида “совуқлик занжири”га (температура режимига яъни +2С дан +8С гача шароитда) сақланишига риоя қилиш – вакцинанинг самарадорлиги ва эмлаш хавфсизлигини кафолатлашда энг муҳим вазифалардан бири ҳисобланади. Даволаш-профилактика муассасаларнинг барча врач ва ҳамширалари профилактик эмлаш тақвимини, эмлашга бўлган монеликлар, “совуқлик занжири” қоидаларига риоя қилишлари, эмлашдан кейинги асоратлар тўғрисида ва биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш ҳақида билишлари шарт. Профилактик эмлаш тақвимига биноан эмлашларда хорижда ишлаб чиқарилган ва рўйхатдан ўтган, Ўзбекистон Республикасида ишлатишга рухсат этилган, сертификациясига эга бўлган вакциналар қўлланади. Шу ўринда давлатимиз бепул эмлашларни таъмин этаётганидан халқимиз тўлиқ хабардор бўлиши керак. Бугунги кунда дифтерия, қоқшол, кўк йўтал, вирусли гепатитнинг “В” турига ва ХИБ инфекцияларига қарши 1 ёшгача бўлган болаларнинг ўртача эмланиши **99,6** фоизни ташкил этади. Шол касаллигига қарши эмланиш **99,6** фоизини ташкил этмоқда. Республикаимизда сил касаллигига қарши эмланиш ўртача **99,8** фоизни, вирусли гепатитнинг “В” турига қарши чақалоқларнинг эмланиши **99,8** фоизни ташкил этади. 2 ёшгача булган болаларнинг дифтерия, қоқшол,

кўк йўтал, шол касаллигига қарши эмланиши **99,2** фоизни ташкил этади. Ротавирусга қарши эмланиш **99,6%**ни, қизамиққа қарши 2 ёшгача болаларнинг эмланиши **99,4%**ни ташкил этади. Қизамиққа қарши 6 ёшгача болаларнинг эмланиши **99,9** %ни ташкил этади. Ота-оналарвакцинацияни касалликни олдини олишда муҳимлигини билишлари керак. Шифокорлар вакцинопрофилактиканинг механизми ва уларни аҳоли соғлигини сақлашдаги ўрни туғрисидаги аниқ маълумотларга эга бўлиши лозим. Давлат томонидан тўланадиган вакцинопрофилактика дастурлари вакциналар нарҳини туширишга ҳамда аҳолини барча катламларига етиб келишини таъминлашга қаратилган бўлиши керак. Вакцинопрофилактика тизими яхши йулга кўйилган бўлиши лозим.

### **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

## КЎЧМА МАШҒУЛОТЛАР

### **1 кўчма машғулот. Болалар организми тизимларининг анатомо-физиологик хусусиятлари**

Бола вужудини айнан катта одам вужудидек, аммо кичикроқ ўлчамда деб қараш мутлақо нотўғри бўлади. Боланинг эҳтиёжлари, дори моддаларининг киритилишига кўрсатадиган реакцияси ҳамда кимёвий ва физикал таъсиротларга жавоб бериш механизми катталарникидан кескин фарқ қилади.

Болани катталардан фарқлаб турадиган аломатлар орасида энг кўзга кўринадигани-тана ўлчамларининг кичиклигидир. Янги туғилган чақалоқ тана вазни катта ёшли одамнинг тана вазнини 21 / 1 қисмини, тана сатҳини 9/1 қисмини ва ниҳоят бўй узунлигининг 33/10 қисмини ташкил қилади. Ҳисоб-китоблардан кўришиб турибдики, болаларда тана сатҳи бошқа кўрсаткичлардан кўра каттароқ бўлар экан, бу ҳолат эса тана мутаносиблигининг катталарникидан фарқ қилишига, жадал моддалар алмашинувига ва ниҳоят суюқлик ва иссиқликнинг тезроқ йўқотилишига сабаб бўлади. Калланинг нисбатан катталиги, (чақалоқда калла диаметри кўкрак қафаси диаметридан каттароқ бўлади) бўйиннинг қисқалиги, елканинг торлиги, мушак аппаратининг нисбатан заифлиги на фақат операция ва наркоз пайтида, балки бола ҳатто ухлаган пайтида ҳам нафас йўллари ўтувчанлигини тутиб туришга кўшимча мураккабликлар туғдиради. Қорин олд девори мускулатурасининг шалвираб туриши ҳисобига кўкрак қафаси бўшлиғи қорин бўшлиғига нисбатан анча кичик бўлиб, қўл – оёқлар қисқа, мушаклари кам тараққий қилган.

Янги туғилган чақалоқларда асаб тизими тўлиқ шаклланмаган ва ривожланмаган. Катталарнинг бош мияси тана вазнининг 50/1 қисмини ташкил этгани ҳолда, бу кўрсаткич чақалоқларда 10/1 нисбатни ташкил этади. Аммо, шунга қарамасдан нерв ҳужайраларининг миқдори катталарнинг ҳужайралари миқдорининг бор-йўғи 25,0% қисмига тенгдир. Бола ҳаётининг дастлабки 6 ойи мобайнида миянинг ҳажми икки баробар, бир ёшга келиб эса уч баробар катталашади. Бу даврга келиб мия сопи ва пўстлоғи соҳасидаги нейронларнинг шаклланиши ва нейронлараро тўқималарнинг ривожланиши бола ҳаётининг 3 йилида ҳам асаб толаларининг миелинлашиши давом этади. Буларнинг барчаси болаларда, айниқса кичик ёшлиларда гипертермия, инфекция, жисмоний ва руҳий таъсиротларга умумий реакциялар берилишига олиб келади.

Марказий нерв системасининг вегетатив қисми чақалоқларда яхши тараққий қилган. Юрак-қон томир системасининг парасимпатик нерв системаси томонидан идора этилиши чақалоқ туғилмасидан аввалроқ бошланади. Невр системасининг симпатик қисми чақалоқ ҳаётининг 4-6 ойида тўлиқ шаклланиб бўлади. Шу билан бирга ҳимоя вазифасини ўтовчи рефлектор механизмлари шаклланиб бўлади. Шу боисдан нафас йўлларига сув, ёт жисм, ва ингаляцион анестетикларнинг кириб қолиши апноэ, брадикардия ва ларингоспазмларга олиб келиши мумкин. Шунини эътиборга

олиш лозимки, мазкур химоя рефлекслари чақалоқнинг ўлимига ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Турли ёшли болаларда жароҳатга нисбатан кўрсатиладиган рухий реакцияси агрессив норозилик ва ваҳимадан тортиб, депрессия ва апатияга қадар бўлиши мумкин. Кичик ёшли болаларда режали операциялар маҳали энг оғриқли ҳолат ота-оналардан йироқ бўлишидир. Каттароқ ёшли болаларда эса операциядан кейинги даврда оғриқ пайдо бўлишидан кўрқиш ва операция маҳали ўзини назорат қилишдан четлашиш ҳиссидир. Операция хонасига мажбуран киритилган болаларда, шунингдек кириш наркозида бўғилиш ни ҳис этиш операциядан кейинги даврда дудуқланиш, кўрқув, тунги пешоб тутолмаслиги каби асоратлар кузатилиши мумкин. Шу боисдан ҳам эмоционал омиллар болаларда жисмоний омилларга нисбатан кўпроқ безовталанишга олиб келади.

Болаларда юрак –қон томир системаси туғилгани заҳотиёқ, яъни фетал типдаги қон айланишининг катталар типдаги қон айланишга ўтиши муносабати билан катта ўзгаришларга юз тутади. Чақалоқ ҳаётининг дастлабки бир неча ойлари юрак –қон томир системаси гипоксия ва айидозга нисбатан жуда сезгир бўлади. Чунки, болаларда катталарга қараганда нисбий қон ҳажми кўпроқ бўлади. Турли манбаларга кўра катталарда айланувчи қон ҳажми 60-70 мл/кг, болаларда эса 80-150 мл /кг атрофида бўлади. Кичик ёшдаги болаларда қон айланиш тезлиги катталарникига қараганда 2 баробар тездир. Янги туғилган чақалоқлар ва кичик ёш гуруҳига мансуб болаларда айланувчи қоннинг асосий қисми марказий томирларда жамланган бўлиб, периферик қон айланиши нисбатан заифдир. Барорецепторлар заиф тараққий қилган. Шу сабабли кичик ёшли болалар ҳатто кам миқдорда қон йўқотилишига нисбатан ҳам жуда сезувчан бўлиб, ортостатик бузилишлар техз-тез учраб туради. Янги туғилган чақалоқда 50,0 мл атрофида қоннинг йўқотилиши катталарда 600,0 -1000,0 мл қоннинг йўқотилиши билан баробардир. Шунинг учун кичик ёш гуруҳларидаги болаларда ҳатто кам миқдордаги йўқотилган қоннинг ҳам ўрни тўлдирилиши шарт.

Янги туғилган чақалоқнинг нафас олиш системаси фаол функционал ва морфологик ривожланиш босқичида бўлиб, бу жараён бола ҳаётининг дастлабки бир неча йили мобайнида давом этади. Болалар ўпкасининг нафас юзаси 1 кг тана вазнига кўра катталарникидан камлигига қарамасдан, кислородга эҳтиёжи баландроқ бўлади. Қовурғалар горизонтал жойлашганлиги муносабати билан кўкрак қафаси нафас олишда кам иштирок этади, шу боисдан ҳам болаларда қорин типдаги нафас олиш устунлик қилади. Буларнинг барчаси болаларда қорин бўшлиғи аъзолари томонидан метеоризм, аэрофагия ва ичаклар парези каби бузилишлар кузатилганда нафас етишмаслигига олиб келади. Нафас олишда иштирок этувчи мушакларнинг заифлиги эса нафас етишмаслигининг тезроқ юзага келишига олиб келади.

Болаларда катталарга нисбатан нафас йўллариининг торлиги, шиллик қаватининг шишга мойиллиги боис нафас ўтувчанлиги бузилади. Тилнинг нисбатан катталиги, муртақларнинг яллиғланиш оқибатида катталашиши ва

лимфа аппаратининг ўзгариши нафас йўллари ўтувчанлигининг бузилишига сабаб бўлади.

Болаларда нафас йўллари шиллиқ қавати ҳар қандай таъсирловчига нисбатан сезувчанлиги юқори бўлиб, бу хусусият наркоз берган пайтида турли асоратларга олиб келиши мумкин. Нафас эпителийлари ва йўтал рефлюкси заиф тараққий қилган.

Кичик ёшдаги болаларда нафас маркази беқарор бўлиб, бу хусусият тез чарчаш, анестетиклар ва анальгетиклар таъсирига юққори сезувчанлик билан намоён бўлади. нафас марказининг идора этилиши механизмлари тўлиқ тараққий қилмаганлиги шу нарса билан аён бўладики, каттароқ ёшдаги болалар қатори гипоксемия нафас олишни рағбатлантормасдан, балки сусайишига олиб келади.

Чала туғилган болаларда нафас олишнинг бузилиши ўпка тўқималарининг морфологик жиҳатдан етишмаслиги, ҳамда алвеолаларнинг ёпишиб қолишига моненьлик қиладиган юза фаол фосфолипид субстанция-сурфактантнинг етишмаслиги билан боғлиқ. Бундай ҳолларда гиалин пардалари касаллиги ёки респиратор дистресс-синдром ривожланади.

Мутаносиб ҳаво алмашинувини тутиб туриш учун нафас олиш тизими зўриқиб ишлайди. Системадаги озроқ бузилишлар ҳам мувозанатлаш механизмини тезда издан чиқишига ва ҳаётий муҳим аъзолар вазифасининг ёмонлашишига олиб келади. Турли ёшдаги болаларда асосий моддалар алмашинуви катталарникига қараганда сезиларли даражада юқори бўлади. Алмашинувнинг юқорилиги дори моддаларининг дозасини нисбатан кўпроқ кўлланиши заруриятини келтириб чиқаради.

Янги туғилган чақалоқ вазнининг 80-85 қисмини сув ташкил қилишига қарамай (катталарда бу кўрсаткич 55-60%га тенгдир) улар сув танқислиги жуда сезувчандир. Айланувчи қон ҳажмининг кўплиги, тана юзасининг катталиги, моддалар алмашинувининг юқорилиги, бириктирувчи тўқималарнинг нисбатан кам ривожланганлиги бунга сабаб бўлади.

Турли ёшли болаларда электролит балансининг ўзига хослиги шундан иборатки, асосий анионлар ва катионларнинг танқислиги ёки ошиб кетишига сезувчанликнинг юқори бўлишидир. Болаларда катталардан фарқли равишда метаболик ацидозга мойиллик юқори бўлади. Қонда буфер захирасининг жуда кам бўлиши турли хирургик касалликларда, наркоз берилганида ва операция ўтказилганида ацидознинг тез тараққий қилишига олиб келади. асосий буфер тизимларидан бири-оксилнинг болалар қонида катталар қонига нисбатан камлиги ҳам шу хусусиятга олиб келади.

Кичик ёшли болаларда меъданинг бўшалиши катталарникига қараганда анча узоқ кечади; қабул қилинган маҳсулотнинг деярли ярми 8 соат ичидан меъдадан ичакка ўтади, бу эса наркоз маҳалида қусиш ёки регургитация бўлишининг эвазига аспирация хавфини туғдиради. Кардиал сфинктернинг заиф тараққий қилиши ва пилорик жомнинг спазмга мойиллиги ҳам юқоридаги асоратларга шароит туғдириб бериши мумкин.

Иссиқликни идора этиш тизим бола ҳаётининг дастлабки ойларида узил кесил шаклланиб улгурмаган. Тана юзасининг нисбатан катталиги, тери ости

ёғ қаватининг заиф ривожланганлиги хисобига юқори даражадаги иссиқликни ўтказувчанлик, тер алмашинувининг етарли эмаслиги, иссиқлик ишлаб чиқаришини таъминлаб берувчи мушак ва бошқа тўқималарнинг заиф ривожланганлиги каби омиллар иссиқлик алмашинуви жараёнлари бузилишини кучайтиради. Умумий оғриқсизлантириш маҳалида гипотермиянинг ривожланиш хавфи кескин ошади. Наркоз учун қўлланиладиган моддалар метаболик иссиқлик ҳосил бўлиши жараёнларини 30% гача камайтиради ва вужуддаги иссиқликни тақсимланишига салбий таъсир кўрсатади. Бундай хусусиятдан тиббиётнинг айрим жабҳаларида муваффақият билан фойдаланилади. Масалан, кардиохирургияда тўқималарнинг кислород танқислигига сезувчанлигини кескин камайтириш учун сунъий гипотермиядан фойдаланилади. Аммо, операциядан кейинги даврда гипотермияни қўллаш мумкин эмас, чунки у тўқималарнинг кислородга нисбатан сезувчанлигининг ошишига ва шунинг орқасидан метаболик ацидоз юзага келишига олиб келади. Айниқса янги туғилган чақалоқлар ва чала туғилганларнинг тана ҳароратини меъёрида тутиб туришнинг катта аҳамияти бор.

Бола вужуди ва руҳиятининг ўзига хослиги болалар хирургларининг фаолиятларига катта таъсир кўрсатади. Бу умумий педиатрик парвариш, бола билан мулоқотнинг деонтологик ва этик жиҳатлари ва яна айрим бошқа саволларга тақалади.

## **2 машғулот: Ўсмирлик даври муаммолари. Болалар диспансеризацияси**

Болаларни режали тиббий кўрикдан ўтказиш: 2-3 ёшдаги болаларни кварталда 1 марта, катталарни – ярим йилда 1 марта. Педиатр ва бошқа мутахасисларнинг чуқурлаштирилган кўриги йилда 1 марта ўтказилади (мутахасислар МБМга келишади). 4 ёш ва ундан катта болаларнинг чуқурлаштирилган кўригида ЎТС функционал кўрсаткичи, қўл бармоқларининг сиқиш кучи, пульс ва нафас олиш сонини, қон босими кўрсаткичи баҳоланади. Касаллик анқланган болалар ота онаси билан даволаниш ва соғломлаштириш учун поликлиникага юборилади, реабилитация МБМ да ўтказилади. Дубликат ф.№030 (динамик кузатув назорат картаси) участка шифокорига юборилади. Тез тез касал бўлувчи (йилига 4 мартадан кўп) ва узоқ муддат касал бўлувчи (бир касаллик бўйича 25 кундан кўп) болалар контингенти аниқланади.

МБМ дагитез тез ва узоқ касал бўлувчи болаларга ҳамда соғлом болаларга чиниқтириш усуллари ўтказилади (ҳаво, қуёш, сув муолажалари). Чиниқтиришнинг асосий қоидалари: секин асталик билан, регуля, индивидуал ёндошиш, юкломанинг адекватлиги. МБМ да чиниқтириш усулларида қуйидагилар кенг қўлланилади: соғломлаштирувчи йўлақлардан оёқ яланг юриш, қуёш ванналари, қишда УФО (индивидуал, гуруҳли), сув билан чиниқтириш. Тез тез касал бўлувчи болалар моддалар алмашинувини яхшилаш учун янги тайёрланган ачитқили ичимликлар, наъматак дамламаларини қабул қилишади.

МБМ шифокори рецидивланишга қарши ва тиббий соғломлаштирувчи тадбирлар ўтказилади. Организмнинг химоя кучларини ошириш учун *элеутерококк настойкаси, эхинацея, эстифан* буюрилади. Бурун томоқ санацияси (3 ёшдан катта болаларга танглайга УФО ва УВЧ, *девясил, календула, эвкалипт* ингаляцияси, *шалфей, горлянка, ромашка* эритмалари билан томоқни чайиш, *календула, эвкалипт, прополис настойкаларидан* – 1 чой қошиғини стакан сувга солиб томоқни чайиш 5-7 кун 2 маҳал қилинади), *витаминлар, алоэ* буюрилади. *Рибомунил* яхши эффеқтли хисобланади. Эпидемик хавфли мавсумда (куз баҳор) интерферон эндоназал, оксолин мази, тималин, дибазол микродозаларда ичишга буюрилади. Ўткир респиратор касалликлардан сўнг реабилитация даврида 20 кунга шадяший режим буюрилади. Йил охирида соғломлаштириш эффеқтивлиги, соғломлик гуруҳи баҳоланади. МБМ да кучсиз, тез тез касал бўлувчи болалар учун санатор гуруҳлар ташкиллаштирилиши мумкин. Бу гуруҳларда болалар сони 2 ёшгача 10 та бола. 2-3 ёшда 15 та, 3 ёшдан катта 20 тагача булиши мумкин. Санатор гуруҳга бориш давомийлиги 1 йилгача. Бу давр мобайнида асосий гуруҳда боланинг жойи сақланади. Болалар бу гуруҳларга махсус комиссия тасдиғи орқали олинади.

Мактабгача таълим муасасалари болалар соғлигини мустаҳкамлашга, болаларни мактабда ўқишга тайёрлашга ёрдам беради.

Мактабга тайёрликнинг тиббий мезонларига соғломлик ҳолатини комплекс баҳолаш киради (биологик ривожланиш даражаси, ўтган давр мобайнида касалланиш кўрсаткичи, психофизиологик мезонлари).

Янги ўқув йилининг бошланиши билан, йилнинг сентябрь октябр ойларида болаларни мактабга психофизиологик тайёргарлиги аниқланади. Тиббий педагогик комиссия (психолог, педиатр, педагог) ўқишга тайёр бўлмаган ўқувчиларни аниқлайди. Бундай болаларга махсус тайёргарлик зарур, натижаси эса йилнинг феврал март ойларида мактабга қайта қабул қилаётганда психофизиологик текширувлар орқали аниқланади. Психофизиологик ривожланмаган болалар яна бир йилга тайёрлов гуруҳларига қолдирилади.

Тиббий педагогик комиссиянинг якуний хулосаси янги ўқув йилининг бошланишидан олдин (июль-августда) хужжатлаштирилади.

*Боланинг мактабга тайёрлиги 3 босқичда кўриб чиқилади. Биринчи - морфофункционал ( физик ривожланиши, резистентлик, нейродинамик белгилар, нутқнинг, мушакларнинг, иш қобилиятининг ривожланиши ). Иккинчи босқич – ақлий тайёрлик (қабул қилиши, хотира, тасавур қилиши, фикрлаш). Учинчи босқич – шахсий тайёрлик ( мактабга, ўқув жараёни давомийлигига, тенгдошларига ва катталарга муносабати, ўзаро муносабатлар ўрната олиш, ўзига нисбатан муносабати чидамлилиқ даражаси, адекватлиги, ўзини баҳолаши ).* Психофизиологик ривожланганлигини махсус диагностик дастурлар орқали аниқланади, буларга турли хилдаги скрининг тестлар киради. Психофизиологик текширишлар ўтказишда бундан ташқари нутқнинг ривожланганлиги (расмга қараб ҳикоялар тузиш), ўзини бошқаришни даражаси ( хар хил ўйинли усуллар орқали), қўл моторикаси, физик тайёргарлик даражаси (югуриш, узоққа сакраш, мўлжалга олиш) баҳоланади. Натижада юқори даражада психофизиологик ривожланган болалар, ўрта даражада ривожланган (мотивациянинг етарли ривожланмаганлиги), паст даражадаги болалар аниқланади.



Болани мактабга ёки МБМ га жойлаштириш ва расмийлаштириш учун тиббий хужжатлар рўйхати тарқатма материалга қаранг.

Мактаб ёшижисмоний ривожланишнинг жадаллашуви, психосоциал ривожланиш ва организмда юз берувчи турли хил узгаришларни уз ичига олган даврдир. бу давр киз болаларда 10 ёш, угил болаларда 12 ёшдан бошланади. балогат даврининг тугалланиши катта одамга хос булган жисмоний, аклий, эмоционал, маданий хусусиятларни аникловчи мезонлар билан боғлиқдир.

*Жинсий етуклик* бу иккиламчи жинсий белгилар пайдо булувчи давр булиб, унинг давомийлиги аник вақт билан чегараланмаган, купинча 2-3 йил давом этади.

Балогат ёши даврлари

*Эрта давр.* Успиринларда баданда кечадиган узгаришлар билан характерланади. Улар иккиламчи жинсий аъзоларнинг ривожланишини кизикиш билан кузатадилар. Бу даврда успиринлар ота-оналарининг жамиятдаги урнига бошқача баҳо бера бошлайдилар.

*Урта давр.* Ушбу давр буйга чузилиш даври максимал тугаганидан сунг 1,5 йил давом этади, яъни кизларда 13-15 ёш, угил болаларда 16 ёш. Успиринларда бу даврда мустикалликка эришиш хисси устунлик килади, аклий ривожланиш тезлашади, турли хил гипотезаларни тузиш, келажак тугрисида фикр юритиш ва хар хил режалар тузиш хосдир

*Кечки давр.* 16-18 ёш. Успиринлар бу даврда булажак таълим ва иш жойи тугрисида купрок фикр юритадилар. Купчилик успиринларда уз ахлоқ кодекслари ва жинсий етукликларига ишонч пайдо булади. Бу даврда мантикий фикр юритиш устунлик килади.

**Ўсмирларда сексуал адаптация вариантлари**

**Трансвестизм-** угил болаларда аёлларга хос булган одатларга кизикиш (аёллар кийимини кийиш, безакларга куп эътибор килиш). Агар бола ота-она каршилигига карамай бундай одатларни давом эттирса, жинсий идентификация бузилиши тугрисида уйлаш керак булади.

**Транссексуализм-** бу биологик жихатдан бир жинсга тааллуқли одамнинг карама-карши жинсга мансублиги тугрисида уйлашидир. Транссексуализм карама-карши жинс кийимини катъиятлик билан кийишда ва психологик ишонишда намоён булади.

**Гомосексуализм.** Угил болаларда гомосексуал ориентация ривожланиш омилларидан бири бу уларда хакикий эркак эталони ёки намунаси йуклиги, ота-онаси ва уртоклари томонидан куллаб-куватлашнинг етишмаслигидир. Успиринларда гомосексуал ориентация уз кучи ва жинсий етуклигига ишончсизлик хиссидан келиб чиқади. Бундай угил болалар доимо психологик ёрдамга мухтож булади.

Кизларда гомосексуал ориентация купинча эрта балогат ёшида бошланади. Уларнинг анамнезида онаси билан кичик ёшидан зиддиятлар булганлиги аникланади, яъни узини кераксиз хис килади. Гомосексуал усмирлар албатта психолог назоратида булади.

Ўспиринлик даври учун аклий ва психосоциал ривожланишнинг тезлашуви хосдир. Улар уз ёшларига мос булган жисмоний ва эмоционал зарурат билан фарқланишади ҳамда юридик ҳуқуққа, шу жумладан врачлик сирига эга хисобланадилар. Моддалар алмашинуви, эндокрин безлар ва асаб тизимининг таранглашуви натижасида шартли рефлекслар стабилизацияси қийинлашуви, психоневрозлар ривожланиши кузатилади. Вегетатив нерв тизимида функционал бузилишлари: юрак соҳасида санчик, тахикардия. Жинсий ривожланиш бошланиши билан жинсий аъзолардаги турли нуқсонлар ҳам аниқлана бошлайди: дисменорея, аменорея, гипо- ва гипертиреоз, семириш ва х.к.

Ўспирин ёшда касалликка булган жавоб реакцияси ҳам ёш болаларникидан фарқ қилмасида, уларнинг психик ривожланиш даражаси касалликнинг кечиши ва оқибатига ўз таъсирини кўрсатиши мумкин.

#### **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

#### **Юрак туғма нуқсонларини клиникаси, таснифи, диагностика ва даволаш.**

Юрак туғма нуқсонлари – эмбрион ва ҳомилага турли хил зарарли омиллар таъсирида юрак ва магистрал томирларда у ёки бу нуқсоннинг пайдо бўлиши билан характерла нувчи патологик ҳолатидир. Ҳомиладорликнинг биринчи 6-8 хафтасида юрак туғма нуқсонлари ривожланиши ҳавфи юқоридир.

Юрак туғма нуқсонлари таснифи:

|                               |                  |                 |
|-------------------------------|------------------|-----------------|
| <b>Гемодинамик ўзгаришлар</b> | <b>Цианозсиз</b> | <b>Цианозли</b> |
|-------------------------------|------------------|-----------------|

|  |  |  |
|--|--|--|
| Кичик қон айланиш системасининг қонга тўйиниши билан | Очиқ артериал йўлак, қоринчалар аро тўсиқ нуқсони, бўлмачалар аро тўсиқ нуқсони, атриовентри-куляркоммуникация | Эйзенменгер синдромакомплекси, магистрал қон томирлар транспозицияси, умумий артериал ўзак |
|--|--|--|

**Юрак туғма нуқсонларининг кечиш даврлари:** *Биринчи давр (бирламчи адаптация)* бола организмнинг ўзгарган гемодинамикага мосланиши билан характерланади.

***Иккинчи давр – нисбий компенсация*** Бола ҳаётининг 2-3 йилидан кейин бошланади. Бола ҳолати ва ривожланишида ижобий силжиш кузатилади. Бу даврда касаллик оғир бўлишига қарамай субъектив шикоятлар камаяди.

***Учинчи давр – терминал.*** Бу даврда компенсатор имкониятлар тугаб, юрак мушагида ва паренхиматоз органларда дистрофик ҳамда дегенератив ўзгаришлар вужудга келади. Турли касалликлар ва уларнинг асоратлари бу босқич ривожланишини тезлаштиради.

**Ўпка гипертензиясининг кечиш даврлари:** *Гиперводемик* – томирларга кўп миқдорда қоннинг қуйилиши, лекин артериолаларнинг спазми кузатилмайди

***Аралаш*** –гиперволемияга жавобан ўпка томирларининг химоя спазми вужудга келади, ўпка артериясида босим ортади ва ўпка қаршилиги кучаяди, қоннинг чапдан ўнгга ўтиши камаяди

***Склеротик*** – ўпка томирларида ортга қайтариб бўлмайдиган ўзгаришлар вужудга келади.

**Қоринчалар аро тўсиқ нуқсони:** **Кичик нуқсон** (0,5 см гача): ўнг қоринчадаги босим ортиши учун етарли эмас. Ўпка қон айланишининг системали қон айланишга нисбати 1,75 дан катта эмас.

**Ўрта нуқсон** ( 0,5 дан 1,0 см гача) ўнг қоринчадаги босимнинг ортиши учун деярли етарли ва чап қоринча босимининг ярмига тенг, ўпка қон айланишининг системали қон айланишга нисбати 3,5 гача

**Катта нуқсон** (1 см дан кўп): бунга аорта ўлчамига тенг ва ундан катта нуқсонлар киради.

**Қоринчалар аро тўсик нуқсони клиникаси:** Тез чарчаш, жисмоний зўриқишдан сўнг хансираш; Юрак букри, юрак турткисининг кучайиши, кўкс суягидан чап томонда 3-5 қовурғалар оралиғида систолик титраш; Ўпка артерияси устида II тон акценти, юрак устида дағал систолик шовқин, максимал эшитилиш жойи кўкс суягидан чапда 3-4 қовурға оралиғида.

**I вариант**– 0,5 см гача бўлган нуқсон, 25 % кўкрак ёшидаги болаларда учрайди ва қуйидаги белгилар билан кечади:

Юқори нафас йўллариининг тез тез яллиғланиши; систолик титраш;

аускультатив дағал систолик шовқин; Юрак ўлчамлари катталашмаган;

ЭКГ – ёшга оид норма, чап қоричанинг бир оз зўриқиши белгилари;

Гемодинамик бузилишлар яққол эмас, ўпка томирларидаги қаршилик ўзгармаган; Оператив даво кўрсатилмаган. Бактериал эндокардитнинг олдини олиш.

**II вариант**- Тана вазнининг ортмаслиги, такрорий респиратор касалликлар, овқатлантиришдаги қийинчиликлар, гипотрофия.

**Объектив:**юрак букри, юрак учи турткиси кучайган ва пастнга силжиган, 3-4 қовурғалар оралиғида систолик шовқин, ўпка артерияси устида II тон кучайган ва иккиланган, юрак ўлчамлари катталашган.

ЭКГ - юрак электр ўқи чапга силжиган, чап қоринча ва баъзан ўнг қоринча гипертрофияси. Бир оз ёки яққол намоён бўлган ўпка артерияси гипертензияси. Ўпка артериясидаги босим ортган. Чап қоринча зўриқиш билан ишлайди. Оператив даво кўрсатилган.

**III вариант**- Боланинг ахволи оғир, доимий пневмониялар туфайли касалхонадан чиқмайди.

**Объектив:** кескин гипотрофия, кўпинча акроцианоз, тинч холатда хансираш, кўкрак қафаси кескин деформацияланган. Юрак ўлчамлари катталашган, систолик шовқин интенсивлиги бир оз камайган, ўпка артерияси устида II тон акценти кучайган. Ўпканинг пастки қисмларида майда пуфакчали димланишли хириллашлар.

жигар катталашган, периферик шишлар, юрак етишмовчилиги белгилари.

**ЭКГ** – чап ва ўнг қоринча гипертрофияси, Гисс тутами ўнг оёқчасининг блокадаси.

**Гемодинамик ўзгаришлар:** кучли ўпка гипертензияси, ўпка артерияси босими системали босимга тенг. Ўпкада сурункали шиш холати. Ўнг қоринча гипертрофияси кўшилади.

Консерватив даво ( юрак гликозидлари ,капотен, калий препаратлари ва сийдик хайдовчи дорилар), кечиктириб бўлмайдиган оператив даво.

**Эйзенменгер синдроми:** Бу қоринчалар аро тўсиқ нуқсони кечишидаги асорат бўлиб, бунда ўпка артерияси гипертензиясининг склеротик, ортга қайтмас ўзгаришлари ривожланади. Ўнг қоринчада босим кучли бўлганлиги туфайли вено-артериал қон ташлаш вужудга келади. Клиникада юз соҳасида, лабларда, панжаларда цианоз пайдо бўлади, у аввалига қизғиш рангда, кейин эса кўк ва сиёх ранг тус олади, секин аста “ноғора таёқчалари” ва “соат ойнаси” симптомлари пайдо бўлади. Бурундан қон кетиши, юрак уриши, юрак соҳасида оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Систолик шовқин йўқолади, лекин ўпка артерияси устида II тоннинг кескин акценти эшитилади. Юрак ўлчамлари кичраяди (юрак мушаклари гипотрофияси ривожланади).

**Бўлмачалар орасидаги тўсиқ нуқсони (ботн):** Анатомик қуйидаги вариантлар кузатилади: БОТН иккиламчи нуқсони (овал тешиқ соҳасидаги нуқсон – 60% гача учрайди);

БОТН бирламчи нуқсони – тўсиқнинг пастки қисмида атриовентрикуляр клапан устида жойлашган. Бу вариант 26% да учрайди;

Бўлмачалар орасидаги тўсиқнинг йўқлиги – умумий бўлмача.

**Бўлмачалар орасидаги тўсиқ нуқсонининг клиникаси:**

Тез чарчаш, жисмоний зўриқишда хансираш; Тери қопламлари ва шиллик каватларнинг рангпарлиги; Юрак нисбий чегараларининг чапга силжиши;

Ўпка артерияси устида II тоннинг акценти ва иккиланиши, кўкс суягидан чап томонда 2-3 қовурғалар оралиғида систолик шовқин.

**Очиқ артериал йўлак:** Бу нуқсон II асрда Гален томонидан таърифланган, лекин биринчи бўлиб С.Аranzio (1964) бу ҳақда ахборот берган. Нуқсоннинг номи XVI асрда нуқсон тўғрисида батафсил ёзган италиялик врач Л.Боталло номига берилган. Йўлакнинг функционал ёпилиши: туғилгандан сўнг 15-20 соатдан кейин. Йўлакнинг бутунлай ёпилиши ва унинг ligamentum arteriosum га айланиши бола ҳаётининг 2 дан 10 хафтасигача юз беради.

Патогенез: қон аортадан ўпка артериясига ўтади ва чап қоринчага қайтади, бу эса кичик қон айланида қоннинг кўпайишига олиб келади.

Клиник кўриниши: хансираш, умумий холсизлик ва тез чарчаш, кардиалгия.

Умумий кўрув, пальпация, перкуссия: тери қопламларининг рангпарлиги, систолик титраш, катта пулсли босим, юрак ўлчамлари чапга ва ўнгга кенгайган. Аускультация: кўкс суягидан чап томонда 2-3 қовурға оралиғида систолодиастолик шовқин.

**Катта қон томирлар транспозицияси:** Гемодинамик ўзгаришлар: аорта ўнг қоринчадан, ўпка артерияси эса чап қоринчадан чиқади. Катта қон айланиш доирасига кислородга тўйинмаган веноз қон қуйилади

Клиникаси: Тўлиқ транспозицияда туғилгандан цианоз ва хансираш;

Агар болада қоринчалар аро тўсиқ нуқсони ҳам бўлса хансираш, тахикардия, гепатомегалия ва юрак етишмовчилигининг бошқа белгилари кузатилади.

Бунда цианоз яққол намоён бўлмайди. Агар транспозиция ўпка артерияси стенози билан бирга бўлса гипоксемия симптомлари устунлик қилади.

Цианоз яққол намоён бўлган. Жисмоний ривожланишда ортда қолиш. ЎРВИ билан тез-тез касалланиш.

## IV. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАРИ

### Поликлиник педиатрия

#### 1 -амалий машғулот

**Иммунтанқислик. Иммуниетга таъсир кўрсатувчи дорилар, уларнинг қўлланилиши, ножўя таъсирлари.**

Ишдан мақсад: Иммунодефицит тушунчаси. Иммуномодулятор препаратлар, уларнинг самараси, ножўя таъсирларини билиш. Интерферон индукторлари, рекомбинант интерферонларнинг қандай қўлланилишини билиш.

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**

- Иммунодефицит ҳолатини аниқлай олиш
- Соғлом ва бемор болалар гуруҳини аниқлаш
- Иммунограммани таҳлил қилиш
- Иммуномодуляторлар асоратини олдини олиш ва даволаш

#### **Ишни бажариш учун намуна**

Амалий машғулот ни мустаҳкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

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

### **БИРЛАМЧИ ВА ИККИЛАМЧИ ИММУН ТАНҚИСЛИК**

Иммун танқислиги деб иммун системанинг заиф ҳолати тушунилади, иммун танқислигига мойил бўлган кишилар инфекция касалликлар билан кўпроқ касалланадилар, шу билан бирга соғлом одамларга қараганда уларни даволаш жиддий ва қийинроқдир.

Келиб чиқишига кўра иммун танқислиги бирламчи (туғма) ва иккиламчи (орғтирилган) турга бўлинади.

Бирламчи иммун танқислиги-иммун системанинг туғма бузилиши бўлиб, иммун системанинг бир ёки бир қанча дефектларининг бузилиши билан, айниқса- ҳужайравий ва гуморал иммунитетга боғлиқ.

Бирламчи иммунтанқислик ҳолатларини 20 дан ортиқ клиник формалари бор. Туғма иммунтанқислик клиник кўринишида янги туғилганликнинг биринчи ҳафтасидаёқ иммунитет паст, бу пассив иммунитет болада турли хил касалликлар – пневмония, гайморит, отит келтириб чиқаради.

Бола ривожланишсан орқада қолади, нимжон, кўп ҳолларда юра олмайди, ақлий ривожланишдан орқада қолади.

Транзитор гипергаммаглобулинемияда янги туғилган ва кўкрак ёшидаги болаларда гаммаглобулинларнинг вақтинча етишмовчилиги ёшига нисбатан ривожланишдан орқада қолади.

Бирламчи ҳужайравий иммунитет етишмовчилигида безларнинг аплазияси ва гипоплазиясига олиб келади- бу Ди Джорджи, Незелоф синдромлари, гипопластик анемиялардир.

Ди Джорджи синдромида ўзак ҳужайралар ва Т лимфоцитларнинг дифференцияси бузилиши билан характерланади. Иммуно реакция ва иммуноглобулинлар синтезида ўзгаришлар кузатилмайд.

Иммуно системасининг туғма касалликлари- бирламчи классик иммуно етишмовчилик учта асосий синдромга бўлинади:

1. Септикопиемия бўғим, суяк, терининг йирингли зарарланиши.
2. Микробли-яллиғланиш касаллиги синдроми (отит, пневмония, пиелонефрит)
3. Малабсорбция синдроми, сурункали дисбактериоз, энтерит, энтереколит, кандидоз.

### ИККИЛАМЧИ ИММУНТАНҚИСЛИК

Иккиламчи иммунотанқислик ҳолатлари организмда бир қанча ёт факторлар ва турли хил инфекциялар туфайли келиб чиқади.

Бирламчи ва иккиламчи иммуноетишмовчиликда система бир хил бўлса ҳам, иммуно системанинг алоҳида қисмларида бузилишлар юз беради. Иккиламчи иммуно танқисликда (иммуно етишмовчилик, ВИЧ инфекцияси билан алоқадорлиги) даво натижасида ҳолати яхшиланади.

Иккиламчи иммуно етишмовчилигини турли хил сабаблари:

Турли хил факторлар таъсирида иккиламчи иммунотанқислик юзага келади. Организмдаги турли хил ички ва ташқи факторлар иккиламчи иммунотанқисликларни келтириб чиқаради. Бу факторлар организмда моддалар алмашинувининг бузилишига олиб келади, турли хил сабабларга кўра иккиламчи иммунотанқислик келиб чиқади. Турли хил ташқи факторлар таъсирида, узоқ вақт дори моддалари қабул қилганда, доимий стресс ва ҳаддан ташқари кўп зўриқиш. Бу факторлар организмга зарарли таъсир қилиб, иммуно системани бузилишига олиб келади. Зарарланган ташқи таъсирлар остида яшовчилар, ишчилар инфекцион, онкологик касалликлар билан касалланадилар. Касалликнинг фаол ва нофаол кечиши иммуно системага боғлиқ.

Иккиламчи иммунотанқисликни ички факторлар таъсирида келиб чиқиши:

Сурункали бактериал ва вирусли инфекциялар ва паразитар инвазиялар (туберкулёз, стафилакоккоз, пневмакоккоз, герпес, сурункали вирусли гепатит, қизилча, ОИВ, малярия, токсоплазмоз, лейшманиёз, аскаридоз ва б.). Турли хил сурункали инфекцион характерли касалликларда иммуно системаси жиддий ўзгаришларга учрайди: иммунореактивликнинг бузилиши, микроб антигенларига қарши сенсбилизациянинг кучайиши. Булардан ташқари, сурункали инфекцион ҳолатда организмнинг интоксикацияси ва қон яратувчи тизимнинг сусайиши кузатилади. Иммунотанқислик ҳолатида ОИВ вируси иммуно системаси ҳужайраларини емириши билан кечади.

- Ёмон сифатли ўсмалар – организмдаги барча системалар фаолиятини издан чиқаради. Иммуноитетнинг сусайиши асосан қон тизими хавфли



ўсмаларида(лейкемия) ва қизил суяк кўмигида ўсма метастазлари тарқалганда юз беради. Лейкемия фонида иммун хужайралар сони ўнмингтагача, ҳатто юз ва минг мартагача кўпайиши кузатилади, лекин бу хужайралар етилмаган бўлгани учун организмнинг иммун ҳимоясини таъминлай олмайди.

- Озиқланишнинг бузилиши ва организмнинг умумий қувватсизланиши ҳам иммунитетнинг пасайишига олиб келади. Умумий қувватсизлик организмнинг барча ички органлар фаолиятини бузилишига олиб келади. Иммун система айниқса витаминлар, минераллар ва озиқ моддалар етишмовчилигига жуда сезгир, чунки иммун ҳимоя энергия сарфланиши билан кечадиган жараёндир. Кўпинча иммунитетнинг пасайиши мавсумий витаминлар етишмовчилиги пайтига тўғри келади.
- Аутоиммун касалликлар иммун система функциясининг бузилиши натижасида юзага келади. Бундай касалликлар жараёнида ва уларни даволашда иммун системасининг етарлича ишламаслиги ва нотўғри ишлаши тўқималарнинг ўз-ўзини емиришига ва инфекцияга қарши кураша олмаслигига олиб келади.

Бирламчи иммунотанқислик одатда бола туғилганидаёқ ёки бироз муддатдан сўнг юзага келади. Патологик жараёнга аниқ ташхис қўйишда қатор иммунологик ва генетик анализлар ўтказилади, бу иммун тизимининг бузилиш жойини ва касаллик чақирган мутация типини аниқлашда ёрдам беради. Иккиламчи иммунотанқислик ҳаётнинг турли даврларида юзага келади. Тез-тез рецидивланувчи инфекцияларда, инфекцион касалликларнинг сурункали формаларига ўтиб кетиши, самарасиз даволар, тана ҳароратининг узоқ вақт паст даражада кўтарилиши иммунотанқисликка шубҳа уйғотади. Иммунотанқисликка аниқ ташхис қўйишда қуйидаги анализ ва тестлар ёрдам беради: қон умумий таҳлили, қондаги оксил фракциялари миқдори, махсус иммунологик тестлар.

### Замонавий иммунокоррекция методлари

Иммунотерапия (ИТ) – иммун тизимига патологик жараёнларнинг тўхтатилиши мақсадида таъсир қилишнинг методлари тушунилади.

Иммунопрофилактика (ИП) – соғлом одамларда инфекцион жараёнларнинг олдини олишнинг услублари тушунилади.

Иммунокоррекция – иммун тизимини тўғирловчи даволовчи методлар жамланмаси. Тимуснинг, қизил суяк кўмигининг кўчириб ўтказилиши, ва асосан иммунотанқисликнинг ген терапияси ёрқин мисолдир.

Иммуномодуляция- иммунреактивликнинг ошиши ёки тушиши билан кечадиган жараёндир.

Иммунореабилитация- иммунологик комплекслар, иммунокоррегрланган, иммунопрофилактик, социал, экологик, биотиббий тадбирлар беморларда иммунологик реактивликнинг қайта тиклашига ёрдам беради.

Бемор учун иммунокоррегирланган тавсия, клиникада ҳар доим иммуномодуляр моддалар ва лаборатор ташхислар бўлиши керак.

Иммуномодуляр моддалар организмга юқори спектрда таъсир қилади. Иммун системасини бир неча кўрсатмалар ва кузатувлар бўйича текшириш мумкин.

Иммунотерапия ва иммункоррекциянинг асосий мақсади:

-пасайган иммунореактивликни ошириш

-аллергия ва аутоаллергенга иммунореактивликни ошириш.

Бирламчи иммунодефицитли болаларда актив ва пасив вакцинация тактикаси.

Ҳар қандай иммунодефицит ҳолатидаги пациентларда ҳамма инактивланган вакциналар ишлатилиши мумкин ва кўп ҳолларда уларда худди соғ одамдагидай қўлланади. ИТХдаги пациентларда соғломларга қараганда вакцина антигенларига пастроқ жавоб бериши мумкин, шу сабабли уларда вакцинанинг қўшимча дозаларига эҳтиёж туғилиши мумкин, лекин бу ҳам етарли маълумот олиш учун кафолат бера олмайди. Иммунитетнинг чуқур гуморал бузилиши бўлган болаларда антителла синтезланмаслиги сабабли вакцинация қилиш мақсадга мувофиқ эмас.

Бирламчи ИТХдаги болаларда специфик антителлалар ҳимоя даражасини ушлаб туриш учун ўз вақтида ревакцинация қилиш керак. ИТХдаги болаларда иммунитетнинг тез сўниши сабабли индивидуал эмлаш календарини ревакцинация муддатини қисқартириш ҳисобига оптималлаштириш керак. Ревакцинациядан кейин антителлар синтези бузилганлиги сабабли специфик антителлалар титрини назорат қилиб туриш мақсадга мувофиқ. Ҳимоя титрларининг йўқлигида вакцинани қайта юбориш ўтказилади.

Аттенуирланган тирик вирус вакциналари хужайра ва комбинирланган иммунодефицит ҳолатларида вирус репликацияси хавфи мавжудлиги сабабли берилмайди. Антитела ишлаб чиқариш чуқур бузилган болалар тирик полиоваксина (ОПВ) паралитик зарарланиш (вакциноассорсирланган полиомиелит-ВАП) кўринишида асорат бериши мумкин. Аттенуирланган штаммларнинг вирулент формаларга трансформацияси ичаклардан ўтганда ҳосил бўлади. ИТХ ва унинг атрофидагиларга инактивирланган полиомиелит вакцинасини қилинади. Лимфоид ва иммун системасидаги комбинирланган иммун бузилишлари бўлган болаларда қизамиқ, қизилча, паротит кабиларнинг тирик вирусли вакцинасини ишлатиш мақсадга мувофиқ эмас. Бу вирусларнинг фақат тирик вакцинаси борлиги учун специфик ҳимоя сифатида мос равишда имуноглобулинлар ишлатилади. Полиовакцинадан фарқли равишда қизилча, қизамиқ паротитда сибсларга ёки атрофидагиларга ҳам қилиниши мумкин.

БСЖ вакцинаси билан туберкулёзга қарши вакцинация ўтказиш ОКИХ (оғир комбинирланган иммунодефицит ҳолат) да фетал генерализасион БЦЖ инфекция ривожланиш хавф борлиги учун қатъиян мумкин эмас. ИТХли болаларда оғир сепсис ҳолатни келтириб чиқарувчи грипп, пневмококк,

менингококк, гемофил тип В, гепатит А ва Б ларга қарши режалидан ташқари кўшимча эмлаш ўтказиш тавсия қилинади.

Вакцинацияни асосий касалликнинг базис давоси фонида олиб боориш мумкин. ИТХли болаларда ўринбосар терапия фонида донор антителаларидан фойдаланиш мумкин ва бунда қизамиқ, паратит, қизилча кабилар билан эмлашда ва қон препаратларини юборишда орада 3ой интервални сақлаш керак.

### **Назорат саволлари**

1. Иммунодефицит, иммун жавоб нима?
2. Т-хужайралар, хелперлар, киллерлар тўғрисида нималарни биласиз?
3. Интерферон индукторлари, рекомбинант интерферон препаратлари гурухларига қайси препаратлар киради?
4. Иммунодефицитларнинг профилактикасини биласизми?

### **Фойдаланилган адабиётлар**

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

### **2 -амалий машғулот**

#### **Ўсмирларда артериал гипертензия синдроми**

#### **Семизлик. Қандли диабет.**

#### **Режа:**

Ишдан мақсад: Артериал гипертензия ташхиси ва диагностикаси. Профилактикаси. Овқатланиш меъёрларини билиш, оксил, ёғ, карбонсувлар мувозанатини билиш. Семизлик, гиподинамия, диабет касалликларини олдини олиш.

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**

- Артериал гипертензия механизми ва сабабларини аниқлаш
- Артериал гипертензияда болалар учун рационал фармакотерапия ўтказиш
- Соғлом ва бемор болалар диета столларини аниқлаш
- Семизликни коррекцияловчи пархез
- Диабет асоратини олдини олиш ва даволаш

## **Ишни бажариш учун намуна**

Амалий машғулот ни мустахкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

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

Ўспиринлик даврида гипертония хақидаги маълумот Alvarez томонидан айтилган. Ўз маълумотларига асосан Alvarez шундай хулосага келди-ки, гипертония пайдо бўлиши одам етилиши давригача бўлиши мумкин экан.

Мамлакатимиз адабиётларида ювенил гипертония хақида биринчи бўлиб И.Г.Гельман ахборот берган. Муаллиф ўз ишида қайд этдики, ёш пайтида систолик босим ошиши кшпинча юрак-қон томир тизимидаги гипертония томонга биринчи силжиш белгиси бўлиб хизмат қилади, ва шу ошишдан кейингина гемодинамиканинг анча турғун катталиги ошиб боради – диастолик босим. Гипертониянинг анча тўли клиник хусусияти кейинчалик А.М.Гельфанд томонидан ишлаб чиқилган.

Кейинги йилларда кўпгина чет эл ва мамлакатимиз олимлари гипертониянинг ўспирин ва ёш пайтида тарқалишини ўрганишди. Шу билан бирга бу ёшлик гипертониясинин анча кенг тарқалганлигидан далолат беради.

Мавжуд маълумотларнинг турли-туманлиги нафақат ёш гуруҳлар номуносивблиги билан, балки текширув учун олинган ва шохслар сони ва анча кўп миқдорда артериал босимнинг қайси катталиги артериал гипертензия мавжудлиги хақида маълумот бериши бўйича ягона фикр йўқлиги ҳисобига содир бўлган. Америкалик олимлар 150/90 мм сим. уст. ни ҳамма ёшлар учун нормал босим чегараси деб ҳисоблашади. ВОЗ тавсияномаси билан гипертоник касаллар қаторига 160/95 мм. сим. уст. қайд қилинган инсонлар киритилади.

Болалар ва ўспиринлардаги артериал гипертензия болалар ва ўспиринларда – юрак-қон томир тизимининг энг тарқалган касаллиги, у кейинчалик атеросклероз, юрак ишемик касаллиги, церебрал асоратлар, қариялардаги юрак етишмаслиги ривожланиши хавфли омили бўлиб ҳисобланади.

Бирламчи артериал гипертензиянинг бошланишини болалик ва ўспиринлик даврларидан излаш керак, яъни юрак-қон томир ва артериал босимнинг нейроген, гуморал механизмлар шаклланиб бошланганда.

**Артериал гипертензия** – САБ ва/ёки ДАБ нинг ўртача даражаси АБ нинг тарқалиш эгрилиги 95 процентилига тенг ёки ундан ошиқ бўлган ҳолат деб тушунилади.

Артериал гипертензия бирламчи (эссенциал) ёки иккиламчи (симптоматик) бўлиши мумкин.

**АГ нинг этиологик омиллари:**

- яқин қариндошлари орасида гипертоник касаллик бўйича ирсий оғирлашган вазият;
- ортиқча тана вазни;
- шахсининг патохусусиятологик алоҳидалиги;
- оиладаги ноадекват психологик муҳит;
- қон липид таркибининг бузилиши;
- етарли бўлмаган ҳаракат фаоллиги;
- тузга бўлган юқори сезувчанлик пороги;
- симпатикотония ва етарли бўлмаган вегетатив таъминланиш;
- ўчоқли инфекциянинг тез қўзиши;
- перифрик қаршилик ошиши билан гемодинамиканинг гипокинетик типи;
- физик ва жинсий етилишнинг эрта бошланиши;
- сийдик кислотасининг қон зардобидида ошиши (гиперурикемия).

**Бирламчи ёки эссенциал АГ** – алоҳида касаллик, бунда асосий клиник симптомлари бўлиб САБ ва ёки ДАБ ошиши ҳисобланади.

**Лабил АГ–АБ** нинг турғун бўлмаган ошиши. Лабил АБ ташхиси фақат АБ ошиши доимий бўлмаганда белгиланади (динамик кузатувда).

**Иккиламчи ёки симптоматик АГ** – маълум сабаблар – турли аъзо ва тизимларда паологик жараённинг бўлишида АБ нинг ошиши.

**Гипертоник касаллик (ГК)**–сурункали кечувчи касаллик, унинг асосий кўриниши патологик жараён борлиги билан боғланмаган артериал гипертензия синдроми ҳисобланади, АБ ошиши маълум сабаблар билан боғлиқ (симптоматик артериал гипертензиялар).

**Патогенези.** Организмнинг табиий гипотензив (депрессорным) ҳимоя тизимига таалуқли:

а) барорецепторлар тизими (АБ ошганда томирлар девори чузилишига реакция қилади) каротид синусда ва аорта равоғида. АГда барорецепторларнинг янги, анча юқори критик даражага қайта тикланиши содир бўлади, қачонки уларнинг таъсирчанлиги АБ ошишига сезувчанлиги пасайганда улар фаолияти юзага чиқади. Бу билан балким антидиуретик гормон фаоллиги ошиши ҳам боғлиқ бўлиши мумкин.

б) Кинин ва простагландинлар тизими (асосан “А” ва “Е” простагландинлари, улар буйракнинг интертсинал қаватида ишлаб чиқарилади). Меъёрда АБ критик сатҳдан ошиши кинин ва простагландинлар синтезини кучайтиради ва аорта ҳамда синокаротид зона барорецепторлари ишлаб бошлайди, натижада босим тезда нормаллашади. АГда бу ҳимоя механизми бузилган бўлади.

Кинин ва простагландинлар таъсир қилиши: буйрак қон айланиши кучайиши, диурез кучайиши, натрий-урез кучайиши. Демак, улар идеал салуретиклар ҳисобланади. Касаллик прогрессирланиши билан бу ҳимоя тизимлари камаяди, натрий-урез тушади, натрий организмда ушланиб қолинади, бу охир-оқибат босим ошишига олиб келади.

Бирламчи артериал гипертензиянинг патогенетик механизмлари қатор йиллар давомида Х.М.Марков ва ҳаммуаллифлари томонидан ўрганилган. Олимлар фикрига кўра, болаларда ва ўспиринлардаги бу

касаллик моҳияти бўйича “бошқарилиш касаллиги” деб аталади: артериал босимнинг нейрогуморал регуляция тизими фаоллиги ва ўзаро таъсир қилиши бузилади, гипертензия прогрессивланиши билан томирлар структур ўзгариши ривожланади, асосан хужайра мембраналарининг. Мос шароитларда бу ўзаро таъсир қилувчилар бир бирини кучайтиради, охир оқибат бу прессор механизмлар устун келиши ва артериал гипертензия ривожланишига олиб келади. Натрий, калий ва асосан кальций ионларининг трансмембран оқими бузилиши алоҳида ўрин эгаллайди, буларга нисбатан хужайра мембранаси ўтказувчанлиги ошган бўлади. Шу билан бирга саркоплазматик ретикулум томонидан кальций ушланиши пастлиги кузатилади, бу хужайра ичи кальций даражаси ошишига, шунингдек қон томир ва юрак мускул хужайралари контрактил аппарати фаоллиги кўпайишига олиб келади.

Марказий ва периферик гемодинамикани ўрганиш шуни кўрсатдики, болалар ва ўспиринлардаги бирламчи артериал гипертензия бошланғич босқичлари учун циркуляциянинг гиперкинетик типи хосдир, бунда симпатико-адренал тизим фаоллашиши ҳал қилувчи ролга эга.

**Артериал гипертензия клиникаси.** Касаллик бошланғич босқичларида клиникаси аниқ ифодаланмаган, бемор узоқ вақт АБ ошганлиги ҳақида билмаслиги мумкин. Лекин айнан шу даврда у ёки бу даражада ифодаланган қуйидаги носпецифик шикоятлар: тез чарчашлик, жиззакилик, меҳнат қобилиятининг пасайиши, ҳолсизик, уйқусизлик, бош айланиши ва бошқ. кузатилади. Айнан ушбу шикоятлар билан бемор биринчи марта шифокорга мурожаат қилади.

Артериал гипертензиянинг болалардаги асосий белгилари қуйидагилар:

а) бош оғриқлар: кўпинча энса ва чаккада жойлашган; эрталаблари ёки иш куни охирига келиб “оғир бош”. Одатда оғриқлар горизонтал ҳолатда кучаяди ва юришдан кейин сусаяди. Бундай оғриқлар артериолалар ва веналар тонуси ўзгариши билан боғлиқ. Аксар оғриқлар бош айланиши ва кулоқдаги шовқинлар билан бирга кечади.

б) юрак соҳасидаги оғриқлар: АБ ошиши юрак иши кучайиши (кўтарилган қаршиликни енгиш учун) билан боғлиқлиги учун компенсатор равишда миокард гипертрофияси ривожланади. Гипертрофия натижасида миокард имконияти ва эҳтиёжи орасида диссоциация пайдо бўлади, бу клиникада стенокардия типидagi ЮИК кўринишида намоён бўлади. Бундай ҳолат кўпинча кекса ёшдаги ГКда кузатилади. Стенокардик оғриқлардан ташқари, юракдаги оғриқлар кардиалгия типидa – юрак чуққиси соҳасидаги узоқ давом этувчи симилловчи оғриқлар бўлиши ҳам мумкин.

в) кўз олди жимирлаши, кўз олдида парда, чакмоқсимон жимирлашлар ва бошқалар кузатилади. Уларнинг ҳосил бўлиши кўз тўр пардаси артериолаларининг спазми ҳисобига содир бўлади. Ёмон сифатли АГда тўр пардага қон кўйилишлар кузатилиши мумкин, бу кўришнинг тўлик йўқолишига олиб келади.

## Артериал босим даражасини баҳолаш алгоритми

Ошган артериал босимни баҳолаш учун процентил услуби қўлланилади, у БЖССТ томонидан турли давлатларда олинган маълумотларни таққослаш учун тавсия этилади. Артериал босимошган ҳисобланади-ки, агар унинг систолик ёки диастолик қиймати популяциядаги ушбу кўрсаткичлар 95-процентилли тарқалиш эгрилигидан ошса. Болалардаги ва ўспиринлардаги артериал босим нормативлари ҳар 15-20 йилда қайта кўрилиши керак. Шу сабабли, болалар ва ўспиринлардаги АБ ёш, жинс, вазн ва бўйин узунлигига боғлиқ, 18 ёшдан катталарда қўлланиладиган АГ ташхислаш услуби бу категория болаларида ишлатилиши мақсадга мувофиқ эмас.

Болалар ва ўспиринларда АГ ташхисоти популяцион текширишлар натижалари асосида тузилган махсус жадвалларни қўллаш орқали амалга оширилади, ва қуйидаги босқичлардан иборат:

махсус жадвал бўйича бемор ёши ва жинсига таалукли бўй процентилини аниқлаш; 2-3 дақиқа интервалда амалга оширилган АБни уч ўлчами асосида САД ва ДАД нинг ўртача қийматини аниқлаш;

битта ташрифда уч карра ўлчанган АБ натижалари бўйича САД ва ДАД нинг ўртача қийматини аниқлаш, жинс, ёш ва бўй процентилига мос келувчи АБ нинг 90 ва 95 процентиллари билан солиштириш; учта ташрифда, ҳар бир ташриф орасида 10-14 кун интервал бўлган, САД ва ДАД нинг ўртача қийматини жинс, ёш ва бемор бўйи процентилига мос АБ процентиллари билан солиштириш.

Агар 10-14 кун интервалли ташрифда аниқланган САД ва ДАД нинг учта ўртача қиймати нормал, юқори ва нормал АБ ёки АГ қийматига тўғри келса мос ташхис қўйилади.

**Нормал, юқори нормал АБ ва артериал гипертензиянинг мезонлари**  
**Нормал АБ** – учта ташрифдаги САД ва ДАД нинг ўртача қиймати ушбу ёш, жинс ва бўй учун 90 процентилнинг ўртача қийматидан кам.

**Юқори нормал АБ** – учта ташрифда САД ва/ёки ДАД нинг ўртача даражаси 90 процентил қийматига тенг ёки ундан катта, лекин ушбу ёш, жинс ва бўй учун 95 процентил қийматидан кам.

**Артериал гипертензия** – учта ташрифда САД ва/ёки ДАД ўртача қиймати ушбу ёш, жинс ва бўй учун 95 процентил қийматига тенг ёки ундан ошдиқ.

## Бирламчи ва иккиламчи АГ ташхиси ва дифференциал ташхисоти алгоритми.

**Анамнез йиғиш.** Мақсад: умр анамнези ва касаллик анамнезидан маълумотларни йиғиш, улар тўғри ташхис қўйиш учун ёрдам беради. Анамнез йиғишда қуйидаги маълумотларга эътибор бериш керак:

- шиқоятлар (бош оғриши, қусиш, уйқу бузилиши);
- АБ даражаси ва АГ давомийлиги;
- ҳомиладорлик ва туғруқ патологияси (вақтидан илгари туғруқлар);
- эрта ёшдаги патология (чала туғилганлик, она қорнидаги гипотрофия, бронх-ўпка дисплазияси ва бошқ.);

- калла-мия шикасти ва қорин шикасти;
- вақтидан илгари жинсий ривожланиш (иккиламчи жинсий белгилар пайдо бўлиши қизларда 8 ёшгача, болаларда 10 ёшгача);
- пиелонефрит (тана ҳароратининг сабабсиз ошиши эпизодлари, лейкоцитурия, дизурияларнинг анмнезида учраши бўйича тахмин қилиш мумкин);
- аввалги амалга оширилган гипотензив терапия;
- ош тузини кўп истеъмол қилиш (тайёр бўлган овқатни кўшимча тузлашга мойиллик), тана вазни, физик фаолликнинг даражаси ва хусусияти ўзгаришлари;
- алкогол қабул қилиш, чекиш, баъзи дори воситаларини қабул қилиш (амфетаминлар, прессор дорилар, стероидларва ностероид яллиғланишга қарши дорилар, трициклик антидепрессантлар, орал контрацептивлар), наркотик воситаларни ва бошқа стимуляторларни, шу жумладан ўсимликдан келиб чиққанларини ҳам (овқат кўшимчалари);
- ГК, бошқа юрак-қон томир касалликлар ва қандли диабет бўйича оғирлашган ирсият (бу касалликларнинг ота-оналарда 55 ёшгача бўлиши);
- руҳий ва муҳитий омиллар (ўқиш ва иш хусусияти, оиладаги атмосфера, ота-оналар ёки васийларнинг таълим ва эмоционал статуси, оиланинг ижтимоий ва иқИТСодий кўрсаткичлари, уй-жой шароити, ота-оналар меҳнати хусусияти, бир-бирини тушуниш даражаси).

**Клиник текшириш.** Мақсад: тўғри ташхис қўйиш учун ёрдам берадиган симптомларни аниқлаш. Клиник текшириш АГ кўринишини ва нишон-аъзолар зарарланишини аниқлаш, шунингдек иккиламчи АГ ни истеъсно қилиш учун олиб борилади. Мақсадга йўналтирилган объектив текшириш қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

Антропометрик ўлчамлар (тана вазни ва узунлиги, тери бурмалари қалинлиги) – тана вазни индексини – Кетле индексини ҳисоблаш (кг лардаги тана вазнининг  $m^2$  даги тана узунлигига нисбати) ва унинг клиник аҳамиятлилигини баҳолаш;

Артериал босимни қўл ва оёқларда ўлчаш – қўлдаги АБ оёқдаги АБ дан катта ёки унга тенг (аорта коарктациясида);

Тери қопламларини кўздан кечирш: “сутли қахва” рангидаги доғлар (нейрофиброматоз); livedoreticularis (тугунчали периартериит); стриялар (гиперкортизолизм); нейрофиброматоз тугунлар (нейрофиброматоз); тери намлигининг ошганлиги (тиреотоксикоз, феохромоцитома);

Кўз тубини текшириш: артерияларнинг спазми ва қисилиши; геморрагиялар; экссудация; кўрув нерви сўрғичи шиши;

Бўйин соҳасидаги текширувлар: аускультацияда уйқу артерияси устида шовқин; бўйинтуруқ веналарининг буртиши; қалқонсимон без шиши;

Юрак-қон томир тизимини текшириш: иккал қўлда томир уришини баҳолаш (томир уриши йўқлиги Такаясу касаллигида); юрак қисқаришлари тезлиги ва мароми; чуққи турткиси; юрак зарбаси; чиқиллашлар, шовқинлар, ШваIV тонлар;

Бронх-ўпка тизимини текшириш: ҳансираш; хириллашлар;



Қорин бўшлиғи аъзоларини текшириш: хажмли тузилмалар, патологик пульсация; қорин аортаси устида шовқин;

Қўл-оёқларни текшириш: периферик артерияларда томир уриши; сон артериясида шовқин; шишлар;

Неврологик статусни текшириш: илгариги мия гемодинамикаси бузилишлари симптомлари;

Таннер шкаласи бўйича жинсий ривожланишни баҳолаш.

### **Турли ёш даврларида артериал гипертензиянинг энг кўп сабаблари**

1 ёшгача бўлган болалар:

- Буйрак артериялари ёки веналарининг тромбози;
- Буйрак артериялари стенози;
- Буйрак туғма нуқсонлари;
- Аорта коарктацияси;
- Бронх-ўпка дисплазияси.

1 – 6 ёшгача бўлган болалар:

- Буйрак артерияси стенози;
- Буйрак паренхиматоз касалликлари;
- Вильмс ўсмаси;
- Нейробластома;
- Аорта коарктацияси;
- Буйрак усти безлари ўсмаси;
- Иценко-Кушинг касаллиги;
- Феохромоцитома;
- Тугунчали периартрит.

7 – 12 ёшгача бўлган болалар:

- Буйрак паренхиматоз касалликлари;
- Реновакуляр патология
- Аорта коарктацияси;
- Эссенциал АГ;
- Иценко-Кушинг синдроми;
- Феохромоцитома;
- Неспецифик аорто-артериит;
- Тугунчали периартериит.

Ўспиринлар:

- Эссенциал АГ;
- Буйраклар паренхиматоз касалликлари;
- Реновакуляр АГ;
- Буйрак усти беги пўстлоқ қавати туғма дисфункцияси;
- Феохромоцитома;
- Иценко-Кушинг синдроми;
- Тугунчали периартрит.

## Артериал гипертензия таснифи

Болалар ва ўспиринларда АГ нинг 2 даражасини ажратиш мақсадга мувофиқ:

**I даража** – учта ўлчовдан олинган САД ва /ёки ДАД нинг ўртача қиймати ушбу ёш гуруҳи учун аниқланган 95 перцентил қийматига тенг ёки ундан катта (10 мм сим. уст. дан камроқ).

**II даража** (оғир) – учта ўлчовдан олинган САД ва/ёки ДАД ўртача қийматининг шу ёш гуруҳи учун аниқланган 95 перцентил қийматидан 10 мм.сим.уст.дан ва кўпроқ устун келиши.

Агар САД ва ДАД ўртача қиймати турли категорияларга тушса, унда АГ даражаси иккита кўрсаткичнинг анча юқори қиймати бўйича белгиланади. АГ даражаси биринчи ташхисланган АГ да ва гипотензив дорилар қабул қилмаётган беморларда ҳам аниқланади.

### **Гипертоник касаллигининг ташхисини ва босқичини аниқлаш.**

Болалардаги ва ўспиринлардаги АГ ўзига хослигини ҳисобга олган ҳолда (вегетатив дисфункция билан боғлиқлиги, кўпинча лабил хусусиятли АГ), гипертоник касаллиги ташхисини фақат 16 ёшдаги ва ундан катта ўспиринларда бирламчи АГ 1 йил мобайнида ёки кўпроқ сақланганидагина ва эртароқ – нишон-аъзолар шикастланиши мавжуд бўлганда қўйиш мумкин.

Гипертоник касаллик I босқичи– нишон-аъзоларда ўзгаришлар йўқлигини тахмин қилади.

Гипертоник касаллик II босқичи– битта ёки бир нечта нишон-аъзоларда шикастланиш борлиги.

### **Артериал гипертензиянинг дифференциал ташхисоти**

Ташхис қўйишда гипертония аниқланган ҳар бир алоҳида вазиятда ошган босимни тушунишга дифференциал ёндошиш тақоза этилади.

#### **I. Буйрак генезига эга гипертония**

а) сурункали диффуз гломерулонефритда; анамнезида аксар буйрак патологияси мавжудлиги, энг бошланишида сийдик томонидан ҳеч бўлмаса минимал ўзгаришлар –унча катта бўлмаган гематурия, протеинурия, цилиндрурия бор. ГБ да бундай ўзгаришлар фақат анча чуқурлашган босқичларда бўлади. АБ стабил, жуда катта бўлмаслиги ҳам мумкин, кризлар кам. Буйрак биопсияси ёрдам беради.

б) сурункали пиелонефритда: бактериал табиатли патология, инфекция белгилари бор. Дизурик бузилишлар. Анамнезида–титрашлар билан ўткир яллиғланиш, иситма, белдаги оғриқлар, баъзида буйрак санчиғи. Пиелонефритдабуйракларнинг коцентрацион функцияси зиён кўради (фақат 2 томонлама шикастланишда), эрта чанқаш ва полиурия пайдо бўлади. Кўпинча белни уриб кўриш симптоми мусбат. Сийдик таҳлилида лейкоцитурия, катта бўлмаган ва муътадил протеинурия. Сийдикни экиш алоҳида аҳамиятга эга – колонияларнинг кўп миқдори аниқланади. Бактерурия бўлиши мумкин.

в) поликистоз буйракҳам АБ ошиши сабабчиси бўлиши мумкин. Бу туғма касаллик, шунинг учун патология оилавий хусусиятига эга. Поликистоз тез-тез буйрак ўлчамлари катталаниши билан кечади, буйраклар осонгина аниқ пайпасланади, буйракнинг концентрацион функцияси эрта бузилиши кузатилади, чанқаш ва полиурия эрта аниқланади.

### ***II. Эндоген генезли артериал гипертензия:***

а) Иценко-Кушинг синдроми буйрак усти безлари пўстлоқ қавати зарарланиши билан боғлиқ, глюкокортикоидлар чиқиши кескин ошади. Беморларнинг типик қиёфаси хосдир: ойсимон юз, ёғ клетчаткаси қайта тақсимланиши.

б) феохромоцитома: мия қавати етук хромоаффин тўқимасидан пайдо бўлган ўсма, камроқ ҳолларда аортал паратугунлар ўсмаси, симпатик нерв тугунлари ва чигаллари ўсмаси. Хромофин тўқимаси адреналин ва норадреналин ишлаб чиқаради. Одатда феохромоцитомада катехоламинлар қон ўзанига даврий чиқарилади, бу билан катехоламинли кризлар пайдо бўлиши тушунтирилади. Феохромоцитома клиникаси бўйича иккита вариантда кечади:

1) кризли артериал гипертензия;  
2) доимий артериал гипертензия. АБ тўсатдан кўтарилади (10 мм сим. уст. дан кам эмас). Аниқ ифодаланган вегетатив кўринишлар: юрак уриши, қалтираш, терлаш, қурқув ҳисси, ҳавотирсизлик, тери кўринишлари билан намоён бўлади. Катехоламинлар фаол равишда модда алмашинувига кўшилади – қондаги қанд миқдори ошади, шунинг учун криз вақтида чанқаш, кейин эса полиурия кузатилади. АБ нинг ортостатик тушишига мойиллик тўғилади, бу горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтишда ҳушдан кетиш билан кузатилади (ортостаздаги гипотония). Феохромоцитомада тана вазни камайиши учрайди, бу асосий алмашинув ошиши билан боғлиқ.

в) акромегалия. АБ буйрак усти беши функцияси ошиши ҳисобига намоён бўлади.

г) тиреотоксикоз: буйрак орқали кальций чиқарилиши содир бўлади, бу тошлар ҳосил бўлишига мойиллик яратади ва охир оқибат АБ ошишига олиб келади.

***III. Гемодинамик артериал гипертензиялар*** йирик қон томирларнинг бирламчи зарарланиши билан боғлиқ.

а) аорта коарктацияси – туғма касаллик, аорта бўйинчаси соҳасида мускул қавати қалинлашиши. Қоннинг қайта тақсимланиши юзага келади – қисилишдан юқорида, яъни тананинг юқори бўлимидаги томирларнинг қон билан тўлиши юзага келади; оёқ томирлари эса қонни кам олади ва секин қонга тўлади. Касалликнинг асосий белгилари жинсий балоғат ёшига етганда кузатилади, одатда 18 ёшда. Субъектив бош оғриқлари, исиш ҳисси, бурундан қон кетишлар кузатилади.

б) пульс йўқлиги ёки Такаясу синдроми. Синонимлари: панаортит, аорта ёки шохлари панартериити, аорта равоғи касаллиги. Инфекцион-аллергик табиатли касаллик, тез-тез ёш аёлларда учрайди. Аорта деворларининг пролифератив яллиғланиши кузатилади, кўп даражада интимасининг,

некрозлар натижасида бляшкалар ҳосил бўлади, фибриноид бўкиш юзага келади. Анамнезида узоқ субфебрилитет, ва аллергик реакциялар.

Қўл-оёқлар ва мия томирларида ишемик синдром юзага келади, бу хушидан кетишлар, бош айланишлар, кўриш йўқолиши, ҳушнинг қисқа вақт йўқотилиши, қўллардаги ҳолсизлиқлар билан намоён бўлади. Қон қайта тақсимланиши натижасида артериал гипертензия ривожланади. Бу касалликни “тескари коарктация” деб ҳам аташади. Қўлларда босим пасайган, бунинг устига носимметрик, оёқларда эса босим катта. Кейинчалик вазоренал ёки ишемик гипертония қўшилади. Буйрак шунти пайдо бўлади.

**IV. Марказий артериал гипертониялар, бош мия зарарланиши билан боғлиқ** – энцефалит, ўсмалар, қон қуйилишлар, ишемия, калаа шикастлари ва ҳоказо. Мия ишемиясида гипертензия компенсатор хусусиятга эга ва мия қон айланиши яхшиланишига қаратилган. Гипертония ривожланишида гипоталамик структуралар шикастланиши ва функционал ўзгариши аҳамиятга эга, бу артериал босимнинг марказий нерв регуляцияси бузилиши билан кечади.

#### **V. Дори артериал гипертонияси:**

адренергик воситаларни қабул қилганда: эфедрин, адреналин. гормонал воситалар (глюкокортикоидлар) билан узоқ даволашда.

буйракка шикастловчи таъсир қилиши мумкин дорилар (фенацетин) билан даволанганда.

#### **Артериал гипертензиянинг давоси ва профилактикаси**

*АБ даволаш мақсади* эрта юрак-томир касалликлари ва ўлим олдини олиш учун АБ нинг турғун нормализациясига эришишдан иборат.

*АГ даволаш масалалари:*

-АБ нинг мақсадли стаҳига эга бўлиш, у мос ёшга, жинсга ва бўй 90 процентилига тенг АБ даражасига эришишдан иборат;

-бемор ҳаёт сифатини яхшилаш;

-нишон-аъзолар зарарланишини профилактикаси ёки уларда мавжуд ўзгаришларнинг қайта ривожланиши;

-гипертоник кризлар профилактикаси.

#### **АГ ли болалар ва ўспиринларни олиб боришнинг умумий тамойиллари.**

-Бола ёки ўспиринда АГ аниқланганда медикаментоз терапия олиб борилмайди. Номедикаментоз даволаш ва кузатув тайинланади;

-Бола ёки ўспринида “артериал гипертензия биринчи даражали” тушунчасига мос келадиган АГ аниқланганда, медикаментоз терапия номедикаментоз даволашнинг 6-12 ой ичида сарасизлигида медикаментоз терапия тайинланади;

-Бола ёки ўспиринда гипертензиянинг иккинчи босқичи аниқланганда медикаментоз даволаш номедикаментоз терапия билан бир вақтда олиб борилади;

-Агар ўспирин 16 ёш ва ундан катта ва юқори хавф гуруҳига мансуб бўлса медикаментоз терапия номедикаментоз терапия билан бирга АГ даражасига қармасдан тайинланади;

-Дори танлаш беморнинг индивидуал хоссалари, ёши, бирга келган ҳолатлар (семириш, қандли диабет, вегетатив нерв тизими ҳолати, чап қоринча миокарди гипертрофияси, буйраклар функционал ҳолати ва бошқ.) дори тайинланади;

-Даволаш минимал дозалардан бошланади ва фақат битта дори билан, натижада ножўя таъсир камайтиради. Агар препаратнинг етарли бўлмаган таъсири намоён бўлса, ушбу дори воситаси дозасини кўпайтириш мақсадга мувофиқдир;

-Гипотензив таъсир йўқлиги ёки дори воситасини яхши кўтараолмасликда дорини алмаштириш тавсия этилади;

-Тор таъсир қилувчи дорилар берилиши мақсадга мувофиқ, улар АБ назоратини 24 соат ичида бир марта қабул қилганда бажариши лозим;

-Монотерапиянинг самарасизлиги натижасида дори воситаларини кам дозаларда бирга қўшиб қабул қилиш тавсия этилади;

-Гипотензив таъсир баҳоланиши даволаш бошидан, кейин 8-12 ҳафта ичида амалга оширилади;

-Медикаментоз терапиянинг оптимал давомийлиги ҳар бир конкрет вазиятда аниқланади. Медикаментоз даволашнинг минимал давомийлиги - 3 ой, афзалроқ – 6 -12 ой;

-Адекват танланган терапияда узлуксиз даволашдан кейин 3 ой ўтиб дори дозаси секин-аста камайиши мумкин, ҳатто дорини олиб ташлашгача, кейин номедикаментоз терапия бажарилади.

-Номедикаментоз терапия самараси 3 ойда бир марта амалга оширилади.

### **Артериал гипертензияни номедикаментоз даволаш.**

Болалар ва ўспиринларни номедикаментоз даволашга кўрсатмалар уларда юқори нормал АБ ёки АГ мавжудлигидир. Номедикаментоз даволаш барча болаларга тавсия қилиниши керак.

Номедикаментоз даволаш ўз ичига қуйидаги компонентларни олади:

1. Ортиқча тана вазнининг камайиши
2. Физик фаолликнинг оптималлашиши
3. Овқатланишнинг рационализацияси

-Шу билан бирга даволаш овқатланишнинг асосий тамойиллари бўлиб хизмат қилиши керак:

-Рационнинг физиологик тўла қимматлилиги, рацион ўзида овқатланишнинг барча омилларини бола ва ўспирин эҳтиёжига мос асосий овқат моддалари ва энергиясига мос ҳолда тутиши керак;

-Натрий ва сув истеъмолини чеклаш, шу билан бирга организмда калий ва магний даражасини кўпайтириш;

-Оптимал ёғ-кислота таркибини сақлаш, парҳез умумий ёғлар миқдоридан 30% дан кам бўлмаган ўсимлик ёғларини тутиши керак.

### **Артериал гипертензияни медикаментоз даволаш**

Ҳозирги вақтда АГ ли болалар ва ўспиринларни даволаш учун 5 та асосий гуруҳ гипотензив дорилари фойдаланилиши мумкин:

- диуретиклар;
- b-адреноблокаторлар;
- ангиотензин айлантирувчи фермент ингибиторлари;
- кальцийли каналлар блокаторлари;
- ангиотензин II рецепторлари антагонистлари.

АБ ни 24 соат назорат қилувчи узоқ таъсир этувчи препаратлар аҳамиятли. Медикаментоз даволаш олдидан боланинг ўзидан, агар у 14 ёшга кирган бўлса, ва ота-оналаридан медикаментоз дорилардан фойдаланишга рухсат олиш керак.

### **Диуретиклар**

Диуретиклар болалар ва ўспиринларда АГ ни узоқ вақт мобайнида даволаш учун қўлланилади. Гипотензив воситалар сифатида кам дозалардаги тиазид ва тиазидсимон диуретиклар қўлланилиши мумкин. Қовузлок диуретиклари фақат гипертоник кризлар ва буйрак етишмовчилиги мавжуд бўлгандагина қўлланилади.

#### **Гидрохлортиазид (25 мг таблеткалари)**

Дозалаш тартиби: болалар: 1-3 мг/кг/кун. перорал 2 қабулга; ўспиринлар: 12,5 -25 мг кунига (перорал).

Алоҳида қайдлар: ножўя таъсирлар ривожланиши муносабати билан калий, глюкоза, қон липидлари назорати олиб борилиши керак, даволашнинг ҳар 4 ҳафтасида ЭКГ ўтказилиши зарур. Дорининг паст дозалари (6,25 мг кунига 1 маҳал) бошқа гипотензив дорилар самарадорлигини оширади.

#### **Индапамид ретард (1,5 мг ли таблеткалар)**

Дозалаш тартиби: ўспиринлар: 1,5 мг перорал кунига 1 маҳал. Доза ошиши амалга оширилмайди.

Алоҳида қайдлар: қондаги калий даражасини назорати, ҳар 8 ҳафта ичида ЭКГ назорати.

### **b-адреноблокаторлар**

Аввал b-блокаторлар қатор диуретиклар билан бирга болалар ва ўспиринлардаги АГ ни даволашнинг асосий дорилари деб қараларди. Ҳозирги вақтда уларнинг кўпгина ножўя таъсири аниқлаштирилгандан кейин, уларнинг болалар ва ўспиринларда қўлланилиши чекланган.

#### **Проперталол (10 и 40 мг таблеткалар)**

Дозалаш тартиби: чақалоқларда: 0,25 мг/кг перорал кунига 3-4 марта(максимал 5 мг/кг/кун); болалар ва ўспиринлар: 0,5-1 мг/кг/кунига перорал 2-3 қабули билан (максимал 8 мг/кг/кунига).

#### **Метопролол (50 мг ли таблеткалар).**

Дозалаш тартиби: ўспиринлар: 50-100 мг/кун 1-2 қабул учун.

**Атенолол (50 мг ли таблеткалар)** Дозалаш тартиби: болалар: 0,8-1 мг/кг/кун перорал 1-2 қабул учун; ўспиринлар: 25-50 мг кунига 1-2 қабул учун.

Алоҳида қайдлар: қонда глюкоза, қанд даражаси назорати, даволаш бошидан ҳар 4 ҳафта мобайнида ЭКГ назорати, бемор эмоционал ҳолати регуляр текшириш, мускул тонусини баҳолаш

### **АПФ (ангиотензин алмаштирувчи фермент) ингибиторлари**

АПФ ингибиторлари юқори самарали, хавфсиз кардиопротектив таъсир қилиши ва буйрак функциясига ижобий таъсир қилиши билан хусусиятланади. АПФ ингибиторлари самарадорлиги кичик ёшдаги болаларни даволашда энг кўп таъсир этиши ҳақида маълумолар бор. Тератоген таъсири туфайли АПФ ингибиторларини юқори сексуал фаоллик мавжуд ўспирин-қизларда катта эҳтиёткорлик билан қўллаш керак.

**Каптоприл** (25 мг ли таблеткалар) Дозалаш тартиби: чақалоқлар: 0,05-0,1 мг/кг перорал кунига 1-3 маҳал (максимал 2 мг/кг/кун); болалар: 0,1-0,5 мг/кг кунига 2-3 маҳал (максимал 6 мг/кг/кун); ўспиринлар: 12,5-25 мг кунига 2-3 маҳал.

**Эналаприл** (таблетки по 5, 10 и 20 мг) Дозалаш тартиби: чақалоқлар: 0,05-0,1 мг/кг перорал кунига 1 -3 маҳал (максимал 0,3 мг/кг/кун); болалар: 0,1-0,2 мг/кг/кун кунига 1-2 қабул қилиш учун (максимал 0,5 мг/кг/кун); ўспиринлар: 5-40 мг кунига перорал 1-2 қабул учун.

**Фозиноприл** (таблетки по 10 и 20 мг) Дозалаш тартиби: ўспиринлар: 5-20 мг кунига битта қабул учун.

Алоҳида қайдлар: калий, буйрак функциялари, лейкоцитар формула назоратини ҳар 8 ҳафта давомида олиб бориш керак, қиз-ўспиринларни даволашда ҳомиладорлик тести ҳар 8 ҳафта олиб борилиш керак.

#### **Кальций канали блокаторлари**

Ҳозирги вақтда болалар ва ўспиринларда АГ ни даволашда пролонгирланган дорилар, дигидроперидин ҳосилалари фойдаланиши мумкин.

**Амлодипин** (5 ва 10 мг таблеткалари) Дозалаш тартиби: болалар – 0,3 мг/кг/кун битта ичиш учун; ўспиринлар – 5-10 мг кунига 1 маҳал.

Алоҳида қайдлар: бемор эмоционал статусини, мускул тонусини тартиб билан аниқлаш тавсия этилади. Оёқлар шиши кузатилиш мумкин.

**Нифедипин ретард** (20 мг ли таблеткалар) Дозалаш тартиби: ўспиринлар: 20 мг перорал кунига 1 маҳал. Доза оширилиши олиб борилмайди.

#### **Ангиотензин II рецепторлари антагонистлари**

Ангиотензин II рецепторлари антогонистлари гипотензив препаратларнинг янги синфи, уларнинг АГ ни даволашдаги ўрни охиригача аниқланмаган. Йўтал туфайли АПФ ингибиторларни қўллаш иложи бўлмаганда улар альтернатив сифатида фойдаланилиши мумкин.

**Лозартан** (50 и 100 мг таблеткалар) Дозалаш тартиби: ўспиринлар: 25-50 мг/кун 1 марта қабул қилиш учун. Дозанинг кунига 100 мг гача ошиши мумкин.

Алоҳида қайдлар: жигар патологияси мавжуд беморларда кичик дозаларни тайинлаш лозим. Буйрак артерияларининг икки томонлама стенозида ёки ягона буйрак артериялари стенозида (буйрак функцияси бузилиши хавфида), буйрак функциясининг ўртамиёна ва оғир бузилишларида, димланиш юрак етишмаслигида қўлланилмайди.

Симптоматик АГ медкаментоз гипотензив терапияси АГ табиати, АБ ошиш даражаси, гемодинамика хусусияти ва асоратлар мавжудлигига боғлиқ:

- бирламчи ва иккиламчи альдостеронизмда (Na/K индекси ошганлиги)
- калий сакловчи дорилар (верошпирон);
- ренал ва томирсимптоматик АГ да – АПФ ингибиторлари;
- феохромоцитомада - селектив а-адреноблокаторлар;
- АКТГ да – бирламич гиперальдостеронизмда - дексаметазон;
- сурункали пиелонефритда гипотензив таъсир антибактериал дорилар қўлланилиши билан ҳам чақирилиши мумкин.

Кўпгина симптоматик АГ да (битта буйрак гипоплазияси, буйрак артерияси стенози, феохромоцитома, ўсма, буйрак кистаси, альдостерома, аорта коарктацияси)хирургик даволаш қўлланилиши мумкин.

### **Шишлинч ҳолатларни (гипертоник кризни) даволаш**

**Гипертоник криз** – АБ нинг бирдан ошишига боғлиқ умумий аҳволнинг тўсатдан ёмонлашиши. Гипертоник кризлар кўпинча симптоматик АГ да (ўткир гломерулонефрит, бириктирувчи тўқима тизимли касалликлари, реноваскуляр патология, феохромоцитома, калла-мия травмалари ва бошқ.) ҳосил бўлади.

Болалар ва ўспиринларда гипертоник кризларнинг икки типи фарқланади:

-гипертоник кризнинг биринчи типи нишон-аъзолар (МНТ, юрак, буйраклар) томонидан симптомлар ҳосил бўлиши билан кечади;

-гипертоник кризнинг иккинчи типи вегетатив симптоматикали симпатoadренал пароксизм кўринишида кечади.

Гипертоник кризнинг клиник манзараси умумий аҳволнинг тўсатдан ёмонлашиши билан кечади; систолик АБ кўтариллиши (150 ммсим. уст. дан баланд) ва/ёки диастолик босимнинг (95 мм сим. уст. дан баланд), кучли бош оғриғи, бош айланиши, кўриш бузилиши, кўнгил айниши, қусиш, титраш, рангпарлик ёки юзнинг гиперемияси, қурқув ҳисси.

**Гипертоник криз йўқотилишининг асосий мақсади** – асоратлар олдини олиш учун АБ ни ҳавфсиз даражагача пасайтириш. Кескин артериал гипотензия вужудга келиши ҳавфи борлиги учун АБ ни бирдан тушириш мумкин эмас. Одатда АБ меъёргача камайиши (маълум ёш, жинс ва бўй учун 95 процентилдан паст) босқичма-босич амалга оширилади: биринчи 6-12 соатларда АБ ни режалаштирилаётган камайтиришнинг 1/3 гача пасйтиради; биринчи кунлар ичида эса АБ яна 1/3 гача пасайтиради; кейинги 2-4 кун мобайнида АБ ни тўлиқ меъёрлаштириш амалга оширилади.

#### Гипертоник кризни йўқотиш учун зарур:

- максимал тинч муҳитни яратиш;
- гипотензив дориларни қўлаш;
- седатив терапия.

Болалардаги гипертоник кризни даволаш учун қуйидаги гипотензив дорилар қўлланилиши мумкин:

- вазодилататорлар;



- а-адреноблокаторлар;
- b-адреноблокаторлар;
- кальций канали блокаторлари;
- диуретиклар

### **Вазодилататорлар**

**Гидралазин** – тўғри таъсир қилувчи вазодилататор, вена ичига юборилганда энг кўп таъсир қилади, шу билан бирга дархол самара беради, мускул ичига юборилганда натижа 15-30 дақиқадан сўнг пайдо бўлади. Дори буйрак қон айланишига таъсир этмайди, ортостатик гипотонияга кам олиб келади. Бошланғич дозаси вена ичига 0,15-0,2 мг/кг. Самара йўқлигида дори дозаси ҳар 6 соатда максималгача (1,5 мг/кг) кўтарилиши мумкин.

**Натрий нитропруссид** - артериалва веноз дилататор. У буйрак қон айланишини кучайтиради, юрак ҳайдаб чиқаришига минимал таъсир қилади, вена ичига юборганда АБни назорат қилади. Бошланғич дозаси болалар ва ўспиринларда 0,5-1 мкг/кг/дақ., кейинчалик дозасини 8 мкг/кг/дақ. гача кўтариш билан. Узоқ вақт қўлланганда (>24 соат) метаболик ацидоз ривожланиши мумкин.

### **α-адреноблокаторлар и β-адреноблокаторлар**

**Празозин** - селектив α-1-адреноблокатор. Нисбатан антигипертензив таъсир қилиши билан хусусиятланади. Ошқозон-ичак трактидан тезда сўрилади. Биринчи доза қабул қилинганидан сўнг энг кўп ифодаланган терапевтик таъсири қад қилинади, ортостатик дизрегуляция содир бўлиши мумкин. Шу сабабли дори қабул қилганидан сўнг бемор горизонтал ҳолатда бўлиши керак. Бошланғич дозаси 0,5 мг.

**Фентоламин** - носелектив α-адреноблокатор, ҳам α-1-адренорецепторлар, ҳам α-2-адренорецепторлар қисқа муддатли ва қайтар блокадасини чақиради. Фентоламин қисқа вақтли таъсирли антигипертензив дори ҳисобланади. Феохромацитомадаги гипертоник ризни даволашда қўлланилади. Ножўя таъсири α-2-адренорецепторларни блокада қилиш билан боғлиқ (юрак уриши, синусли тахикардия, тахиаритмиялар, кўнгил айниши, қусиш, диарея ва бошқ.). Фентоламин 20 мл физиологик эритмасида томчилаб ёки оқим билан вена ичига юборилади (2 мг, лекин 10 мг дан кўп эмас, ҳар 5 дақиқада).

Атенолол ва эсмолол – β-адреноблокаторлар. β-адреноблокаторлар қўлланилишига мақсад гипертоник кризда ортиқча симпатикотоник таъсирларни йўқотишдан иборат. Бу дорилар АБ кескин ифлдаланган тахикардия ва юрак мароми бузилиши билан келганда қўлланилади. Селектив β-1-адреноблокаторларни қўллаш мақсада мувофиқ.

**Атенолол** 0,7 мг/кг тана вазнига дозасида қўлланилади. Анча оғир ҳолларда, атенололнинг натижаси бўлмаганда эсмолол инфузиялари вена ичига амалга оширилади.

**Эсмолол** ультратра қисқа таъсир қилувчи селектив β-1-адреноблокатордир, ички симпатикомиметик ва мебранастимулловчи фаоллигига эга эмас. Биринчи дақиқа мобайнида дори 500-600 мкг/кг бошланғич дозасида берилади. Натижа бўлмаганда дозаси ҳар 5-10 дақиқада 50 мкг/кг/дақиқа

максимал дозача 200 мкг/кг/дақ. ошириб борилиши мумкин. Ярим парчаланиш даври 9 дақиқага тенг, 20 дақиқа давомида эсмолол тўлиқ парчаланеди ва буйрақлар томонидан 24-48 сот ичида чиқарилади. Ножўя таъсир қилиши: гипотензия, брадикардия, миокард қисқариш функцияси пасайиши, ўткир ўпка шиши.

### **Кальций канали блокаторлари**

**Нифедипин** гипертоник кризларни йўқотиш учун самарали дори воситаси ҳисобланади. Дори сублингвал ёки перорал 0,25 мг/ кг дозада қўлланилади. Таъсири 6-дақиқада ривожланади, 60-90 дақиқага келиб таъсирнинг максимуми юзага чиқади.

**Верапамил** ОПСС, артериоляр дилатация, диуретик ва натрийуриетик таъсири натижасида босимни пасайтиради. Дорини 40 мг дозада перорал қўллаш мумкин, унинг самарасизлигида – секин-аста вена ичига 0,1-0,2 мг/кг ҳисобидан.

**Диуретиклар** фуросемид вена ичига 1 мг/кг дозада юборилади.

**Седатив терапия** (гипертоник кризни даволашнинг ёрдамчи компоненти).

**Седуксен** (реланиум) 5 мг таблетка кўринишида ёки 1-2 мл эритма сифатида мускул ичига юборилади.

### **Диспансер кузатув тамойиллари ва профилактикаси**

Диспансеризация – бу аҳоли, шу жумладан болалар ва ўспиринлар саломатлиги устидан фаол диспансеризация услубидир. Диспансер кузатув остига ГК, юқор нормал АБ, АГ ва ГК бўйича оғирлашган ирсият мавжуд барча бола ва ўспиринлар тушади.

Диспансеризация ўз ичига қуйидаги тадбирларни олади:

-Тиббий ҳисоботга ГК, юқори нормал АБ, АГ ва ГК бўйича оғирлашган ирсият бор барча бола ва ўспирин ёшидаги шахслар олинади;

-Даврий тиббий текширувлар бу шахсларда АГ прогрессириланишини олдини олишга имкон беради;

-АБ меъёрлашувига қаратилган соғломлаштирувчи ва даволаш тадбирларини олиб бориш;

-Жинси ва ёши инотга олинган ҳолда болалар ва ўспиринларни тиббий-професионал косультациялари ва профориентациясини ўтказиш.

ГК, юқори нормал АБ бўйича оғирлашган ирсияти мавжуд болалар и ўспиринлар врач-педиатр томонидан 6 ойда 1 марта кўриқдан ўказилиши керак (текширув антропометрия ва АБ ни уч карра текшириш билан чекланади холос). Кўрсатилган контингент саломатликнинг II гуруҳига киритилиши лозим.

АГ ёки ГК ташхиси тасдиқланганида (эссенциал ёки симптоматик) бола ва ўспирин врач-педиатр томонидан 3-4 ой 1 маротаба текширилади. Диагностик тадбирлар ҳажмини, номедикаментоз ва медикаментоз даволаш тактикасини ва хавф омиллари билан курашиш масалаларини аниқлаш учун кардиоревматолог кўригидан ўтиши керак (АГ да – 6 ойда 1 марта, ГК да – 3 ойда 1 марта). Кўрсатмалар бўйича бола ёки

ўспирин нефролог, окулист ва невропатолог маслаҳатидан ўтади. Зарурий текширувлар 1 йилда бир мара қўлланилиши мумкин.

АГ ли болалар и ўспиринлар III гуруҳ соғломлиларга киритилиши мумкин, ГБ ли эса – IV гуруҳга.

Болалар ва ўспиринларни стационар текширувдан ўтказиш учун кўрсатмалар: АБ нинг турғун кўтарилиши, томирли кризлар мавжудлиги, амбулатор шароитларда даволанганликнинг самараси йўқлиги.

АГ бирламчи профилактикаси амалга оширилади:

-популяцион даражада (барча аҳолига таъсир этиш);  
-хавф гуруҳларида (оғирлашган ирсият мавжуд, юқори нормал даражали АБ, тана вазнинг ортиқча бўлган, паст физик фаолликли болаларда).

Профилактик таъсир қуйидагиларга қаратилган бўлиши керак:

-ортиқ тана вазнини пасайтириш ёки нормал тана вазнини сақлаш  
-физик фаолликни оптималлаштириш.

### **Назорат саволлари**

1. АГ профилактикаси қандай амалга оширилади
2. Диабет касаллигининг сабаблари, белгилари ва профилактикаси.
3. Метаболик синдром нима?
- 3.Певзнер бўйича қандай пархез турларини биласиз?
- 4.Қонда кортизол миқдорининг ошганлиги нимадан дарак беради?
5. Оқсил энергетик етишмовчилик давоси қандай?

### **Фойдаланилган адабиётлар**

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

## **Болалар касалликлари пропедевтикаси. Педиатрия 1-амалий машғулот**

### **Танқис анемияларнинг болаларда кечиш хусусиятлари ва профилактикаси.**

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

#### **Масаланинг қўйилиши:**

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

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

#### **Ишни бажариш учун намуна**

##### **Темир танқислик камқонлиги.**

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

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

Темир етишмовчилик камқонлиги сабаблари:

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

1. Алиментар омиллар - темир етишмовчилиги камқонлигининг етакчи сабаби. Хавф гуруҳи: мослаштирилмаган аралашмалар билан сунъий овқатлантирилладиган болалар; қўшимча овқатни кеч бериш; ҳар қайси

ёшда фақат ўсимлик, сабзавотлар билан овқатлантириш; рационда сутни кўп ишлатиш (суткада 0,5 л дан юқори).

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

Темир танқисликлгида 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 куйидаги синдромлар кузатилади:

*Астеноневротик синдром:* тез чарчаш, кўзғалувчанлик, 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 куруклиги ва кепакланиши; тери, тирноқ, соч, оғиз шиллик қавати, тилнинг дистрофик ўзгариши (оғиз бурчагида бичилиш, ангуляр стоматит, тил сўрғичларининг яссилиги, лакланган тил, тилнинг қизариши, атрофик глоссит), қаттиқ овқатларни ютишнинг бузилиши; гастрит; дуоденит, мальабсорбция ва мальдигестия билан кечувчи энтеропатия, нотурғун нажас; кўнгил айнаши; баъзида терининг алебастр-яшил рангда бўлиши (хлороз) кузатилади.

*Юрак қон-томир синдроми:* тахикардия, артериал гипотонияга мойиллик, юрак тонларининг сусайиши ва юрак нисбий чегарасининг кенгайиши, юрак чўққисидан 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 ташхисоти 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 ташхис* 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 куйидагилар:

- Дориларни асосан ичишга тавсия қилиш, парентерал юборишни чеклаш, чунки, дориларнинг ножўя таъсири юқори бўлади (аллергик реакция, инъекциядан кейинги абсцесс ва флебитлар, гипотензия, бактериал инфекцияларга 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 камайтиради;
- Темир дориларни қабул қилишнинг муддати 3 ойдан кам бўлмаслиги керак, биринчи босқичда бу гемоглобин миқдорини ва темирни периферик захирасини тўлдирувчи терапия хисобланади, 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 хожаги 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
- Буғдой унини микронутриентлар ва темир моддаси билан бойитиш
- Темир препаратларини профилактик миқдорида ҳафтада 1 маротаба (чоршанба куни) истеъмол этиш
- Тўғри овқатланишни тарғибот қилиш
- Жамоат ташкилотларни, ахборот воситаларни тарғибот ишларига жалб этиш

Витамин В 12 (фолат кислотаси) танқислик камқонлиги мегабласт камқонликгуруҳига киради. Мегабласт камқонлик (МК) - самарасиз эритропоз натижасидаги камқонлик бўлиб, эритроцитларнинг шаклланиши ва морфологиясининг ўзгариши билан характерланади<sup>1</sup>.

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, эксудатив 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 гемопоестик 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.

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

**Оқсил танқислик камқонлиги.** Оқлик ва фақат углеводли овқатланишда оқсил танқислиги ривожланади. Глобин синтези ва оқсиллар функцияси бузилади, эритроцитлар, эритропоз продукцияси камаяди, гормонлар ва ферментлар ишлаб чиқарилиши камаяди.

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

Масалан: квашиоркор касаллигидаги анемия.

- яққол трофик ва ичак бузилишлари,
- тўқима шиши
- оқсилни 60 гр/лдан камайиши- альбумин (35-40%),
- диспротеинемия,



- эритроцитлар яшаш даври камайиши, норморегенератив, нормохром анемия яккол 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 ҳафтада 1 мартаба (чоршанба куни) истеъмол етиш
- 4.Тўғри овқатланишни тарғибот қилиш
- 5.Жамоат ташкилотларни, ахборот воситаларни тарғибот ишларига жалб етиш

#### **Назорат саволлари:**

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

#### **Фойдаланилган адабиётлар.**

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

## **2 -амалий машғулот**

### **Болаларда конституция аномалиялари профилактикаси.**

#### **Режа:**

Ишдан мақсад: Болаларда конституция аномалиялари. Экссудатив катарал, лимфатико-гипопластик ва асаб-артритик диатезлари сабаблари, диагностикаси, даволаш ва профилактика.

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**

- Болада конституция аномалиясини ташхислаш
- Экссудатив катарал, лимфатико-гипопластик ва асаб-артритик диатезларини клиник белгиларини билиш
- Коррекцияловчи пархез тавсия этиш
- Даволаш ва профилактик чора-тадбирларини ўтказиш.

#### **Ишни бажариш учун намуна**

Амалий машғулот ни мустахкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

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

#### **Конституция аномалиялари.**

Диатез ўзига хос генетик, баъзан бола организмнинг ташқи муҳит шароитига адаптациясининг бузилиши билан кечувчи конституцион аномалиядир.

Экссудатив-катарал диатез (ЭКД).

Барьер тўқималар (тери ва шиллиқ қаватлар)нинг юқори сезгирлиги ва жароҳатланиши, инфекция агентларга қаршиликнинг камайиши, тез-тез юзага келадиган аллергия реакциялар бўлиши билан характерланади. Клиник белгилар гўдақлар ҳаётининг илк кунларидан пайдо бўлиб, 80-90% болаларда 2-3 ёшга келиб йўқ бўлиб кетади.

Етакчи омил – генетик мойиллик. Хавф омиллари қаторига хомила ичи ривожланишнинг ноқулай шароитлари, хомила гипоксияси, туғруқ вақтида МНСнинг шикастланиши, инфирцирланиш ва массив антибактериал терапия, атроф-муҳит ифлосланиши ва озиклантириш характери киради.

ЭКДли болалар рангпар ва шишинқираган бўлишади. Тана массаси нотўғри ошиб боради. Диатез доимий белгилари бу-теридаги белгилар ҳисобланади: аввалигабу гнейс - катта лиқилдоқ атрофидава тепа суяги соҳасида ёғли себореяли қипиқлиниш пайдо бўлади. Тери шиллиқ қаватлари ўзгариши, доимий бурун оқишлар, конъюнктивит, блефарит, фарингит, ангина, стоматит, сохта круп, рецидивланувчи бронхит, «Географик тил»хос. Периферик лимфатугунлар катталашади. Бундай болалар, ЎРЗ, ошқозон ичак касалликлари билан тез-тез оғрийдилар.

1.Қон,сийдик,ахлат умумий тахлили.

2.Қон биохимик тахлили.

3. Аллергологик синамалар.

4.Оилавий аллергиялогик анамнез.

Лаборатор текширувлар: эозинофилия, гипо- и диспротеинемия, альбумин ва гамма – глобулинлар камайиши, аминокислоталар дисбаланси, гипохолестеринемия, қонда қанд микдорининг кўтарилиши, ацидоз.

ЭКД, атопик дерматит, дермореспираторва дермоинтестинал симптомларнинг иммунологик маркерлари бўлиб хисобланади: IgEнинг ошиши, Т-супрессор, IgA, IgG2 антитела блокловчиларнинг камайиши Кўп болаларда 2-3 ёшга бориб фермент ва иммун система шаклланади, тери ва шиллик қаватларнинг барьер функциялари тикланади, алмашинув жараёнлари стабиллашади. Айрим болалардагина “аллергик касаллик” трансформацияси кузатилади.

Даволаш .

1. Болаларни тўғри тарбиялаш ва озиқлантиришнинг барча гигиеник амалларига риоя қилиш.

2. Пархез бола ёшига ва озиқланишига ҳам микдор ҳам сифат жихатдан мос келиши керак. Болаларга ширинликлар, бўтқалар, кисел ва нон ва макарон махсулотлари истеъмолчегараланади. Мева, сабзавот ва шунингдек калий препаратлари киритиш тавсия қилинади. 1 ёшдан кам бўлган гўдакларга энг оптимал бўлиб бу кўкрак сути билан озиқлантириш хисобланади. Сут ва сутли махсулотлар тавсия қилинади.

Специфик гипосенсибилизация – узоқ муддат тери остига кичик дозадаги антигенларни врач аллергиялог назорати остида юбориш. Антиген билан контактни бартараф қилиш керак.

Носпецифик гипосенсибилизация: Шарт хисобланади. Ёшга қараб антигистамин воситалари билан даволаш курслари кальций, рутин ва аскорбин кислоталари билан қўшиб ўтказилади, (0,25—0,5 г 1 кунда 2—3 махал). Курс давомийлиги 1 ойдан кам бўлмаслиги керак. Кейинроқ 1 йил давомида қисқа муддатли такрорий курслар ўтказилади. Хар ойда 10 кун, сўнг 20 кунлик танаффус билан.

Хуруж даврида седатив терапия ҳам тавсия қилинади. Бу ўз ичига валериана, триоксазин, кичик дозали ухлатувчилар (фенобарбитал, элениум) олади.

Махаллий даволаш - хўл экземанинг ўткир фазасида ўсимлик ёғи буровский суюқлиги, резорцин эритмаси ёки кумуш нитрат билан намланган боғламлар тавсия қилинади. Қуруқ экземаларда эса- танинли ванналар, эман пўстоғи дамламалари, калий перманганат, итқуйруқ (череда), мойчечак дамламалари, крахмалли ванналар яхши самара беради.

Интеркуррент касалликларни медикаментоз даволаш эҳтиёткорликни талаб қилади. Антибиотиклар ва сульфаниламидларни ўрта дозаларда қисқа курсларда гипосенсибилизацияловчи препаратлар фонида ва фақат абсолют кўрсатма бўлгандагина буюрилади.

Диспансеризация.

Бола 1 ёшга тўлгунга қадар хар ойда 1 марта, 1-4 ёшда эса 1 кварталда 1 та кўрик, 4-ёшдан кейин 1 йилда 1 марта ВОП кўриги ўтказилади.

Диспансеризация бола 3 ёшга тўлгунга қадар , турғун ремиссия давомийлиги 1 йил бўлиши керак. Вакцинациядан аввал 10 кун давомида гипосенсибилизацияловчи терапия ўтказилиши керак.

Лимфатико-гипопластик диатез (ЛГД)

Лимфоаденоид тўқимани диффуз гиперплазияси (70% ҳолларда бир вақтнинг ўзида айрисимон без катталашини хос) шунингдек бир қатор ички аъзо ва безларнинг гипоплазияси, эндокрин дисфункция, иммун етишмовчилик билан характерланиб, натижада боланинг атроф-мухит шароитларига реактивлигининг ўзгариши ва мослашувининг камайиши юзага келади.

ЛГД этиопатогенези масаласи охиригача ҳал қилинмаган бўлиб, лекин ташқи мухитнинг асосий ўрни борлиги тахмин қилинади. Туғруқ травмалари, узоқ муддатли хомила ичи гипоксияси, оғир сурункали инфекциялар, аллергия реакциялар буйрак усти беши пўстлоғининг шикастланишига олиб келади.

ЛГДли болалар одатда ортиқча тана вазли, тана узунлиги эса диспропорционал яъни қисқа тана ва қисқа бўйин, оёқ қўллар узун, чўзилган курак суяклари хос. Болалар ланж ва апатик бўладилар. Тери рангпар , цианотик, яққол мармарсимон тусли бўлиб "Қуруқ" тошмалар кўпинча думба ва оёқларга тошади, турғун опрелости - бўйин бурмалари ва қулоқ орқасида жойлашган. Барча гуруҳ лимфа тугунлари, талоқ ва жигар катталашган бўлади. Тимус гипертрофияси, буйрак ва юрак морфофункционал етилмаганлиги кузатилади.

1. Қон умумий тахлили: анемия, эозинофилия, нейтро- ва моноцитопения, абсолют лимфоцитоз, ЭЧТ ошиши.

2. Қон биохимияси: КИМ ацидоз томонга силжиши, липидлар ва холестерин миқдори ошиши.

3. Гормонлар миқдорини аниқлаш: кортикостероидларнинг камайиши, АКТГ ва СТГнинг ошиши.

4. Айрисимон безнинг рентгенографияси: тимико-торакокардиал индексни аниқлаш (ТТКИ).

ЛГД ташхиси ривожланишнинг диспропорционаллиги ва лимфоид тўқимани систем гиперплазиясининг тимус катталашини ва иммунитетни тўсатдан тушиб кетиши билан биргаликда кечади ва ташхис шунга асосланиб қўйилади.

Башорат қилиш одатда қийин. Баъзида жинсий ривожланиш орқада қолади, буйрак усти беши ўткир етишмовчилиги натижасида юзага келадиган стресслар оқибатида тўсатдан ўлим содир бўлиши мумкин.

Даволаш . Химоя қилиш тартибга қаттиқ риоя қилиш, ахвол стабиллишгунга қадар вакцинацияларни тўхтатиш, гипоаллергенли пархез, қисқа курсли индивидуал кортикостероид, иммуноглобулин ва иммуномодуляторлар қабули тавсия қилинади. Ўткир буйрак усти беши етишмовчилигида зудлик билан изотоник эритмалар, гидрокортисон, преднизолон, плазма ва норадреналин қилиш керак. Тери остига - мезатон, ичишга эса— юқори дозали аскорбин кислота буюрилади.

Диспансеризация ва реабилитация тез-тез касал бўлувчи болалар сингари олиб борилади. Кузатув муддати 7 ёшгача. Кузатув 1 йилда 2 марта олиб борилади то бола 3 ёшга тўлгунга қадар, сўнг 1 йилда 1 марта олиб борилади. Эндокринолог ва иммунолог 1 йилда 2 марта 3 ёшга тўлгунга қадар. Лаб. Тахлиллар 3 ойда 1 марта. тимомегалияда иммунограмма, 17-окс-в моче ,конда липид ва холестерин .кўрсатмага кўра кўкрак қафаси рентгени, ЭКГ-6 8 ойда 1 марта.

Нерв-артритик диатез (НАД)-модда алмашинувининг генетик асосланган бузилиши ва унга боғлиқ холда МНС нинг юқори кўзгалувчанлиги.

Яққол клиник манзара 7—14 ёшли болаларга хосдир.

НАД ни этиологиясини наслий омилларга боғлашади.(пурин асослари ва сийдик кислота алмашинувининг генетик нуқсони) ва ташқи мухит таъсири ( оксил махсулотлари билан ўта тўйинтириб юбориш).

Бемор ёшига боғлиқ бўлиб куйидаги синдромлар билан намоён бўлади:

Тери синдроми. Аллергиктошмалар Квинке шиши, эшакеми, прурито, нейродермит, куруқ ва себореяли экзема кўринишида тошади. Шиллиқ қаватлар тери сингари кам шикастланади. Астматик бронхит юзага келиш эхтимоли бор.

Неврастеник синдром. 84%холларда учрайди. Кўзгалувчанлик устунлик қилиши билан намоён бўлади ва бу эрта психик, эмоционал ривожланишига олиб келади. Лекин тиксимон ва хореик гиперкинезлар, кашель, қайт қилишлар, аэрофагия, энурез хам характерлидир.

Алмашинув бузилиш синдроми. Ўтиб кетувчи, одатда кечаси юзага келадиган, бўғимли оғриқлар, дизурик бузилишлар, салурия,оғизда ацетон хидли даврий ацетонемик қусишлар билан намоён бўлади.

Спастик синдром. Бронхоспазм, мигренсимон бош оғриқлар, гипертензия ва кардиалгияга мойиллик, буйрак, жигар ва ичак санчиқлари, ич қотиши ва спастик мембраноз колит ривожланади.

Оилавий анамнезда алмашинув касалликлар мавжудлигига, бола МНС кўзгалувчанлиги ошиш белгиларига, модда алмашинувининг яққол бузилишларига, спазмга мойиллик ва ўзига хос аллергия белгилар билан намоён бўлишига асосланиб қўйилади.

Катталарда атеросклероз, гипертония касаллиги, подагра, алмашинув артритлари, диабет, ўт тош касаллиги, атопик бронхиал астманинг эрта шаклланиши мумкин.

Даволаш. Диетотерапия –пурин асоси ва шавель кислота сақловчи гўшт ва балиқ бульонлари ва сабзавотлар чекланади. Ацетонемик қусишларда 12 соатгача очлик пархези тавсия қилинади, совутилган тузли эритмалар ва кичик порцияли глюкоза ичиш тавсия қилинади.

Диспансеризация УАШ, эндокринолог ва невропатолог биргаликда ўтказилади, кўрик хар бойда 1 марта олиб борилади. Лабаратор тахлиллар йилига 2 марта топширилади.

Профилактика.

Антенатал профилактика куйидагилардан таркиб топган: хомиладорликни рационал олиб бориш, касбий зарарли таъсиротларни инкор қилиш,

профилактик диетотерапия. Туғрукни рационал олиб бориш. Постнатал профилактика: бола ва она учун гипоаллергенли пархез, дори воситаларининг чегараланган қабули, мавжуд патологияни коррекциялаш, терининг тўғри парвариши, гипоаллергенли пархех, индивидуал график асосида эмлаш. Профилактик эмлашлар эмлаш календарига асосланиб тартиб бўйича амалга оширилади ва фақат антигистамин препаратлар фонида 10 кун давомида буюрилади. Витаминотерапия В-5, В-6 (1-2 хафта).

Реабилитация: кун тартибини нормаллаштириш, пархезга риоя қилиш, сурункали инфекция ўчоқларни санация қилиш, адаптогенлар тавсия қилинади, стимуляцияловчи препаратлар, иммунномодуляторлар, буйрак усти беги стимуляцияси 1йилда 2 марта, массаж, гимнастика, ферментотерапия. Реабилитацион терапия НАД да йилига 4марта 2-3 хафта давомида.

Диатезлар профилактикаси:

1. болаларда озикланишни тўғри ташкиллаштириш, ортиқча озиклантиришни ва очликни бартараф қилиш.
2. ёшга мос равишда тартибни тўғри белгилаш;
3. ДЖТбилан систематик шуғулланиш.
4. сувли муолажаларни қўллаш.
5. Витаминлар (В1,В2, РР, А ваD)
6. профилактик эмлашларни хамма тошмалар йўқолмагунча тўхтатиб туриш керак. Айрим беморларга эмлашларни фақатгина айрим эпид. кўрсатмалар бўлгандагина қилинади.

Диатезлар профилактикаси –хомиладорларни рационал озиклантириш, аллергик хусусиятга эга озик моддалар (ширинликлар, шўр ва ўткир) ни хаддан ортиқ истеъмол қилишни чегаралаш, гўдакларни қўшимча овқатлантиришни адекват муддатларини белгилаш,диатезнинг илк белгилари пайдо бўлганда она пархезидан ширинликлар, ўткир,аччик,шўр таомлар,какао,кофе шоколад пишлоқ колбаса консервалар чиқариб ташланади. Тез тез юзага келадиган респиратор инфекцияларни олдини олиш учун – адаптогены- элеутерококк, женьшень, калий оротат,А,С, В ва Егурухли витаминлар, иммуномодуляторлар, зарур пайтларда ЛОР аъзолари санацияси тавсия қилинади.

НАДда –овқат таркибидан хайвон ёғларини,жигар,мия,буйрак,какао исмалоқ ва яшил нўхот чекланади. Психик зўриқишларни камайтириш ва психоневролог назоратини ташкиллаштириш.

### Назорат саволлари

4. Хомсемизлик, бичилишлар қайси конституция аномалиясига хос?
5. Ацетонемик қусишлар қандай болаларда ва нима сабабдан кузатилади?
3. Боланинг бош қисмда гнейс қайси касалликда кузатилади?
4. Касалликларнинг болаларда қанақа ўзига хос хусусиятлари мавжуд?
5. Конституция аномалияларининг давоси қандай?

6. Касалликнинг профилактикаси.

### **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

## **БОЛАЛАР НЕВРОЛОГИЯСИ**

### **1-амалий машғул**

#### **Болаларда асаб тизимининг перинатал зарарланиши**

##### **Режа:**

Ишдан мақсад: Асаб тизимининг перинатал зарарланишининг сабаблари, клиник кечиши, диагностикаси, давоси билан танишиш. Реабилитацияси ва профилактикаси.

Ушбу амалий машғул давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**

- Асаб тизимининг перинатал зарарланиши ташхислаш
- Асаб тизимининг перинатал зарарланиши сабаблари, диагностикаси, давоси, профилактикаси
- Асаб тизимининг перинатал зарарланишини даволаш, реабилитация ва профилактик чора-тадбирларини ўтказиш.

#### **Ишни бажариш учун намуна**

Амалий машғул ни мустаҳкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

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

Асаб тизимининг перинатал зарарланиши ҳозирги кунда нафақат педиатр ва неврологларнинг, балки барча тиббиёт ходимлари учун муаммоли мавзу, чунки сўз келажак авлоднинг соғлиги тўғрисида бормоқда. Болалар инвалидланишида асаб тизимининг перинатал зарарланиши 60-80%ни

ташқил этади. Учраши 712:100, 90% неонатал стационарларда асосий ва қушимча диагноз кўринишида келади.

Асаб тизимининг перинатал зарарланиши -турли сабабларга кўра бош миянинг антенатал даврда, туғруқ даврида ва постнатал даврдаги келиб чиққан зарарланишидир.

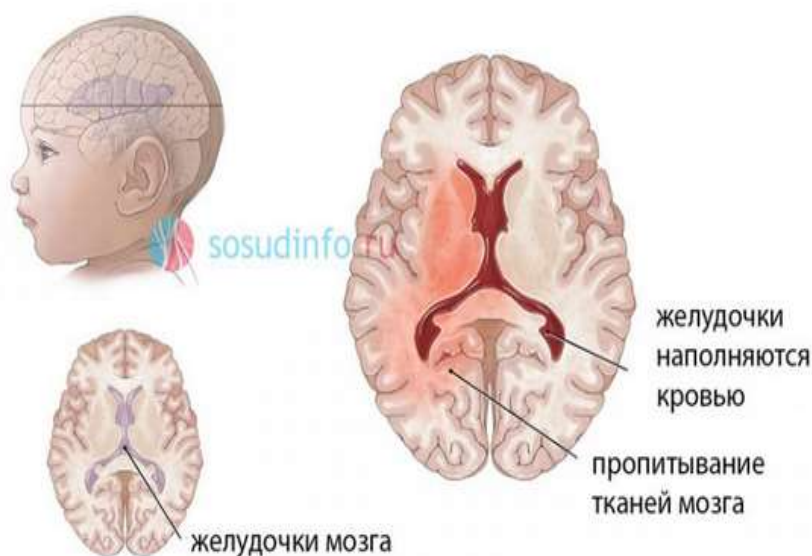
Бу гуруҳга миянинг ривожланиш аномалиялари ва функционал бузилишлари билан боғлиқ бўлган бир қатор ҳолатлар киради.

Перинатал давр – хомила даврининг 24 ҳафтасидан бошлаб туғилгандан кейинги 7 кунни ўз ичига олади. Чақалоқларда асаб тизимининг перинатал зарарланиши — кенг тарқалган, 5-55% ҳолатларда учрайди. Кўпинча енгил ва тез ўтиб кетади. Оғир шакллари 1-10% ҳолатларда учрайди. Чала туғилганларда кўпроқ кузатилади.

Бластопатиялар-хомила ичи ривожланишининг биринчи 3 ҳафтасида келиб чиқади. Эмбриопатиялар-эмбрионал даврнинг 4-12 ҳафтасидан плацента ҳосил бўлишигача давом этган давр. Фетопатиялар-хомиланинг 12-28 ҳафтасигача бўлган даврда кузатилади.

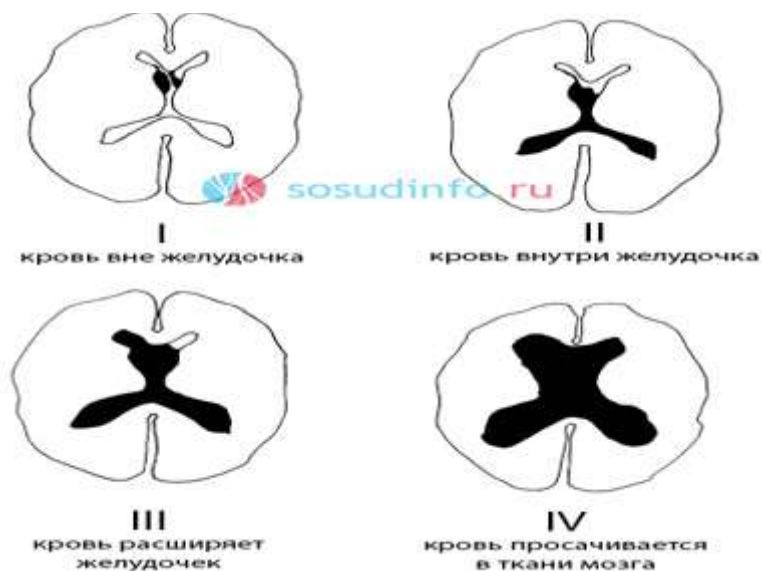
#### Касалликни келтириб чиқарувчи **антенатал омиллар**

- Онанинг касалликлари: хомиладорлик даври инфекциялари
- Эндокрин касалликлари
- Юрак қон томир касалликлари
- Жинсий йўл билан юкувчи касалликлар
- Хомиладорлик давридаги дорилар
- Асабий бузилишлар
- Плацентар етишмовчилик, киндик тизимчасига ўралиш



- *внутрижелудочковое кровоизлияние у новорожденного*





### Интранатал сабаблар

- Хомила асаб тизими жарохатлари
  - Асоратли туғруқ, акушерканинг нотўғри харакатлари, бошидан тортиш, бошини бураш, эгиш, Кесар кесиш асоратлари ва х.
  - Жарохатлар-церебрал, спинал, церебро-спинал, умуртқа-спинал

Хар йили 1 миллион чақалоқлар неонатал даврда хомиладорлик патологияси туфайли нобуд бўлади. Антенатал парваришнинг яхши йўлга кўйилиши ва асбоб ускуналарнинг сифатлилиги перинатал патологияни камайтиради. Самарали неонатал реанимация асфиксияни бартараф этишда катта роль уйнайди. Клиник кўрик бола холатини баҳолашнинг асосий усули бўлиб қолади ва у тез-тез ўтказилиб туриши керак

Исботланмаган фикрлар-

Апгар бўйича паст баҳо олиш хар доим хам ППНС белгиси эмас.

Диагноз фақат нейрофизиологик ва невровизуализацион текширувлардан кейин қўйилади

Гипероксигенация мияни асрайди

Халқаро касалликлар классификаторидаги ўрни-МКБ10-ППНС(Р 91.0), Коринчалар ичига кон қуюлиши (Р52.0),Церебрал депрессия (Р 91.4), Церебрал кузгалиш(Р 91.3)Неонатал кома (91.5)ГИЭ, ПЭП, ППНС . Интенсив фармакотерапиянинг асфиксияни даволаши роли катта. ПЕринатал давр-антенатал, интранатал ва эрта неонатал даврларни уз ичига олади ППНС турлари-гипоксик, травматик, токсико-метаболик, инфекцион. Касалликнинг антенатал ва интранатал даврда асосий сабабчиси-гипоксиядир.

Гипоксия ўз ўрнида –гемореологик, микроциркуляр ва метаболик бузилишларга олиб келади, натижаси-геморрагик инфаркт ва мианинг ишемияси.

Неонатаал манипуляциялар ҳам сабаб бўла олади- бу гиперосмоляр эритмалар, ОЦКнинг ошиши, ИВЛ (СО<sub>2</sub> камайиши мианинг гипоперфузиясига олиб келади).

Сабаблари

Аntenатал омиллар-ХИИ, интоксикации, генетик мойиллик, плацентар барьер бузилиши. Интранатал-Сувсиз қолиб кетиш, тугрукнинг сустлиги ва стимуляция, бачадон буйи очилмаслиги. Тез туғилиш, Кесар кесиши, қўл билан тортиб олиш,ўқиға ўралиш, вазни катта бўлиши. Постнатал-нейроинфекция ва жарохатлар сабаб бўлади.

Клиник таснифи.

1. Этиология

2. Касаллик даври

Ўткир-1 ойгача (чала туғилганлар 2 ойгача)

Эрта тикланиш 3-4 ой (чала туғилганлар бойгача)

Кеч тикланиш 4-12 ойдан 2 ёшгача

Қолдиқ асоратлар -2 ёшдан кейин

- Ўткир даврда:
- Юқори асаб рефлектор қўзғалувчанлик синдроми
- Умумий тормозланиш (угнетение) синдроми
- Гипертензион синдром
- Гипертензион-гидроцефал синдром
- Талваси синдроми
- Коматоз холат

Тикланиш даври синдромлари

Астеноневротик

Вегетатив висцерал дисфункциялар

Харакатлар бузилиши синдроми

Эписиндром

Гидроцефал синдром

Психомотор ривожланишдан орқада қолиш

**Ўткир даврда:** родзалда реанимацион чоралар.

**Даволаш**

Мия шиши:

- Концентр. куруқ плазма 5-10 мл/кг в/и 1 марта,
- Маннитол 0,5-1г куруқ модда 1 кг.га 1-2 махал/кунига в/и 10% р-р;
- Лазикс 2-3 мг/кг в/и 2-3 р/сут,
- Пирацетам 50-100 мг/кг в/и 2 марта/сут.

**Назорат саволлари**

1. Болаларда асаб тизимининг перинатал зарарланиши сабаби нима?
2. Болаларда асаб тизимининг перинатал зарарланиши диагностикаси?
3. Болаларда асаб тизимининг перинатал зарарланиши таснифи?
4. Касалликларнинг болаларда қанақа ўзига хос хусусиятлари мавжуд?
5. Болаларда асаб тизимининг перинатал зарарланиши клиникаси қандай?
6. Болаларда асаб тизимининг перинатал зарарланишининг профилактикаси.

### **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 машғул**

### **Болаларда эпилепсия касаллиги**

Ишдан мақсад: Болаларда эпилепсия касаллигининг сабаблари, клиник кечиши, диагностикаси, давоси билан танишиш. Реабилитацияси ва профилактикаси.

Ушбу амалий машғул давомда қуйидагиларни **бажариш лозим**

- Болаларда эпилепсия касаллигини ташхислаш
- Болаларда эпилепсия касаллигининг сабаблари, диагностикаси, давоси, профилактикаси
- Болаларда эпилепсия касаллигини даволаш, реабилитация ва профилактик чора-тадбирларини ўтказиш.

### **Ишни бажариш учун намуна**

Амалий машғул ни мустаҳкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

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

### 3. Анализлар намунаси, даволаш усуллари.

**ЭПИЛЕПСИЯ** – бу бош миёни турли этиологияли сурункали касаллиги бўлиб, ута кучли (куп) нейронли разрядлар натижасида юзага келадиган ва турли хил клиник ва параклиник белгилар билан бирга кузатиладиган такрорланувчи тутканоклар хуружи билан характерланади.

#### ХАЛҚАРО ТАСНИФИ

##### 1. Парциал (бошланиши локал)

1. Оддий парциал  
2. Мураккаб парциал (хушини узгариши билан кузатилади) 3. Иккиламчи генерализацияланган парциал тутканоклар

II. Генерализацияланган (билатерал симметрик, бошланишида локаллик йук)

1. Абсанслар
2. Миоклоник тутканоклар
3. Клоник тутканоклар
4. Тоник тутканоклар
5. Тонико-клоник тутканоклар
6. Атоник тутканоклар

##### ЭТИОЛОГИЯ ВА ПАТОГЕНЕЗ

Эпилепсияга олиб келадиган асосий этиологик омилларга бош миё жарохати, бош миё усмалари, асаб системасини инфекцион касалликлари ва интоксикацияси (шу жумладан алкоғолли интоксикация), ирсий фактор киради.

Куп бошка сабаблар ҳам бу касалликни ривожланишига олиб келиши мумкин. Тиббиёт амалиётида охириги вақтларда замонавий усулларни куллаш касаллик сабабини аниқроқ ифодалашга имкон беради, «Ноаник этиологияси эпилепсия» диагнози купрок учрамоқда.

Хамма пароксизмал (хуружли) қуринишлар ҳам эпилептик деб баҳоланмайди. Шу жумладан купгина хушни йукотиш, хансираш хуружлари, хулк-атворидаги бузилишлар, йикилиш хуружлари, кома ва бошка ҳолатлар эпилептик тутканок дейишдандан узоқдир.

Пароксизмал бузилишларни эпилептия деб ҳисоблаш мумкин, қачонки хуруж асосида гиперсинхрон нейронли разряд етса. Бу деганики, охиригача ривожланиш механизмлари урганилмаган бош миё ярим шарлари пустлоғи, базал ядро ва миё устунининг куп сонли нейронлари маълум бир вақт ичида асаб системаси фаолиятига гайритабиий, ноодатий катгий ритмга буйсунади ва уни эгаллайди.

Асаб тизимида буюрилган ушбу ритмда нейронлар ишини уз энергетик имкониятлари тугагандан сунг тухтатади. Табиийки бу ҳол унинг учун изсиз утмайди. Бу гиперсинхрон разрядлар, айниқса агар улар киска вақт ораликларида юзага келса, нейронларга ушбу буюрилган ритмларнинг таъсири янада чуқурлашади. Эпилептик тутканок ривожланиши учун асосий шарт бўлиб, патологик ритмга катта ярим шарлар пустлок каватини куплаб соҳасини нейронларининг қушилиши ҳисобланади.

Маълумки, катта ярим шарлардаги ҳар бир нейрон бирор вақт ичида турли функционал тизимлар таркибида куплаб фаолият бажаради, шунинг учун нейронлар функциясининг бузилиши, ҳамда уларнинг нобуд бўлиши касаллик яққол неврологик ва рухий дефектнинг пайдо бўлишига олиб келади.

Эпилептик тутканокларнинг асоси бўлиб, ярим шарлар пустлоғидаги тутканокка мойиллик ҳисобланади. Вақт утиши билан касаллик жараёнида бошка эпилептик учоклар ҳам (янги жойлашган гомолатерал ярим шарнинг бошка булагиди, «ойнали») яъни карама-қарши ярим шарнинг симметрик майданида) шаклланади. Иккиламчи эпилептик учоклар пайдо бўлса, тутканокларнинг шакли узгаради, сони купаяди, даволаниш кескин қийинлашади, даво чоралари эффекти пасайиб кетади.

## КЛИНИКА

Эпилепсияни клиник курунишлари жуда турли тумандир . Лекин пароксизмал холат ва тургун, аста-секин кучайиб борувчи бузилиш холатлари ажратилади (асосан психик фаолиятдаги дефектлар билан боглик булган).

Пароксизмал курунишлар.

Уларни клиник ва ёки электроэнцефалографик курунишлар буйича генерализацияланган эпилептик тутканоклар (бирламчи ва иккиламчи генерализацияланган), парциал эпилептик тутканокларга булинади – харакат - джексон, адверсив ва бошка; сезги – соматосенсор, курув, хид билишлии ва бошка тутканоклар.

Юкоридаги тасниф даражасида яна мураккаб парциал тутканоклар ажратилади – хушни номозшомсимон холати (автоматизмлар – хуши узгарган холатда тортибли максадга мувофиқ харакатлар), дисфориялар.

Тутканокларни бир неча турини куриб чикамиз:

Тонико-клоник тутканок (катта)

Шартли равшида уни ривожланишида туртта фаза ажратилади: биринчи фаза-аура. Аурани мавжудлиги тутканокни иккиламчи генераллашган характерга эга эканлигини курсатади; бирламчи генераллашган тутканокда – аура йук, тутканок бирданига йикилиш ва тиришишдан бошланади. Аура харакат, сезги, хид билиш, эшитишли, психик булиши мумкин.

Аура характери эпилептик учокни локализациясини курсатади, бу ердан патологик ритм генерализацияси бошланиб, бош мия ярим шарлар пустлоги, базал ядро ва мия устунни структураларига таркалади. Масалан, чап томонлама мимик мушакларини тортишиши курунишидаги харакат аураси эпилептик учокни контрлатерал (бу холатда унг томон) ярим шарнинг марказ олди (прецентрал) эгатини пастки булимида жойлашганлигини курсатади.

Эпилептик учок локализациясини билиш хирургик даволашда катта амалий ахамиятга эга. Натижада патологик ритм генерализацияси юзага келмайди.

Биринчи фаза бемор хушини йукотмай, олдинги ва шу вақтдаги ходисаларини эслаб коладиган ягона фаза хисобланади. Аура давомийлиги – бир неча секунд, кейин 2 фаза бошланади.

Иккинчи фаза – тоник тиришишлар фазаси. Бемор хушини йукотиб, йикилади. Бу пайтда баъзан беморлар узига хос кичкирик чикаришади. Нафас тухтайди. Юзи аввал окаради, кейин кизаради ва тезда кукимтир рангга киради, Нафас бузилишилари нафас олишда иштирок этувчи мушакларни бирданига кискариши ва тоник таранглашиши билан боглик. Бемор боши ён томонга кайрилган ёки оркага бирор тортилган булади. Кузлари хам ён томонга ёки юкорига караган булади. Куз корачиклари кенгайган ва ёрузликка реакцияси кузатилмайди. Буйин веналари буртади, жаглари катик ёпилган. Огиз атрофида шиллик, сулак, баъзан эса кон булади. Куллари тирсак бугимларида ёзилган, бармоклари муштга тугилган булади. Оёклари кескин тос-чанок ва тизза бугимларида ёзилган булади. Кукрак кафаси нафас чикариш холатида туради. Корин мушаклари таранглашган тутканокни тоник боскичида бемор бугилиш клиникасини эслатади. Фазани давомийлиги – бир неча секунддан 40 сек.гача. Уни охирида титраш юзага келиб, кейинчалик учинчи даврга характерли булган клоник тиришишлар билан алмашинади.

Бу фазани хавфли томони шундаки, бемор хушини йукотиб йикилганда боши билан ерга ёки бошка каттик буюмга урилиши мумкин, баландликдан йикилиши мумкин (баландликда ишлаганда). Куйидаги шахслар учун бу фаза хавф тугдиреди – харакатланувчи механизмда ишловчилар (масалан, металлга ишлов берувчи ёки бошка станок), автомобиль хайдовчиси, сув, олов билан ишловчилар. Кулай шароитларда бу фаза бемор хаётига хавф тугдирмаслиги хам мумкин, лекин 10-40 сек. Бош мия гипоксияси билан кечувчи куп такрорланувчи тутканок хуружлари тикланмайдиган узгаришларга олиб келиши мумкин, яъни ярим шарлар пустлоги ва бош мия тузилмаларини куплаб нейронлари нобуд булишга.

Учинчи фаза – клоник тиришишлар боскичи. Чукур нафас олиши ва мустакил нафас пайдо булиши (одатда хирриловчи) билан бошланди. Жуда тез юздаги цианоз ва акроцианоз утиб кетади. Бир вақтнинг узида турли гуруҳ мушакларида ритмик кискаришлар юзага келади – оёқ, кул, тана, буйин, юз, куз мушакларида. Одатда ҳаракатлар кескин, кучли, машинасимон. Баъзан тепа ва пастки жағни ритмик ҳаракати кузатилади. Тил, пастки лабни тишлаб олиш ҳолатлари кузатилиши мумкин. Айниқса, тил учини тишлаб олиб хавфли, чунки тил кон томирларга жуда бой, кучли кон кетиш юзага келиши мумкин. Кон кетиш уйдан ташқарида, тиббий муассасадан узоқда руй бериши ахволни мураккаблаштириш мумкин.

Шуни эслатиб утиш керакки, клоник тиришиш фазаси хушсиз ҳолатда кузатилади. Машинасимон ҳаракатлар кул-оёқ, танани жароҳатланишга олиб келиши мумкин.

Айниқса бошни ритмик ҳаракати хавфли булиб, бу ҳолат бош мия жароҳати, юз, куз шикастланишига олиб келиши мумкин. Пульс тезлашади, тана тер билан копланди.

Аста-секин клоник тиришишлар интенсивлиги камаяди ва ҳаракат фаоллиги тулик тугайди. Фаза давомийлиги – 1 мин.гача.

Туртинчи фаза – эпилептик кома, кайсики аста-секин уйкуга утиб кетади. Тиришишлар тугагач куз корачиклари ёругликка реакцияси суёт ёки маълум вақтгача чакирмайди. Оғрикли таъсиротларга бемор жавоб бермайди. Пай ва периостал рефлекслар одатда чакирилмайди, лекин баъзан кучайиши ҳам мумкин. Купинча букувчи ва ёзувчи турдаги патологик белгилар пайдо булади. Фаза давомийлиги – 30 мин.дан бир неча соатгача.

Уйкудан тургач бемор умумий мадорсизлик, оғир, давомли иш бажаргандек бутун танада симиллаб турувчи оғрикли сезади. Уйгонгандан кейин бемор нима булганини эслай олмайди (айниқса хуруж аурасиз булса), нима сабабдан атрофида тез ёрдам шифокорлари, кариндош, кушнилари йигилганини тушунмайди. Эпилепсиянинг энг хос ва доимий хусусияти – тулик амнезия кузатилади.

Худди шундай тутканок уйку пайтида ҳам юзага келиши мумкин. Бу ҳолатда агар бемор бир узи ухласа (ёки алоҳида хонада ухласа), у узоқ вақтгача тутканоклар борлигини билмаслиги мумкин, лекин баъзан уйкудан турганда мадорсизлик бошда оғирлик, тил ёки лабини ташлагани кузатилиши мумкин, баъзи ҳолатларда кечкурунги тутканок вақтида ноихтирий сийдик ажралиши мумкин. Купинча беморни текшириш ва диагнози аниқлаш турли психик ва неврологик симптоматика пайдо булган ва кучая бошлагандагина бошланади. Бундай ҳолатни вақтида аниқланмаслик эффектив даволаш учун қулай фурсатни қулдан чиқариб юборишга олиб келади. Шу билан биргаликда шуни айтиш керакки, уйку эпилепсиясини даволаш анча мураккаб ва кийин масала.

Биз катта эпилептик тутканокни ривожланиш схемасини курсатиб утдик, лекин бир одамни узидагина бу тутканоклар давомийлиги, тутканок структурасида алоҳида фазаларининг бор – йуклиги буйича фаркланади.

Одатда битта тутканок ҳаёт учун хавф тугдирмайди. Эпилептик тутканоклар кетма-кет (серияли) келиши ҳам ҳаёт, ҳам саломатлик учун хавфлироқ, булади – бу ҳолатда маълум бир вақт ичида бир канча тутканоклар юзага келадик (м.кунига 8-10 тутканок), бунда тутканоклар оралигида бемор хушига келади ва нафас, юрак-кон томир фаолияти, моддалар алмашинувининг асосий параметрлари нормага – меъёрига келади.

*Эпилептик статус.* Бу ҳаёт учун энг дахшатли ва хавфли ҳолат ҳисобланиб, бунда тутканоклар киска вақт организмда кетма-кет келади. Кетма-кет келаятган икки тутканоклар орасида бемор нафакат хушига келмайди, нафакат ҳаётининг муҳим функциялар меърига қайтмайди, балки ҳар бир тутканокдан кейин мия комаси чуқурлашиб боради, юрак кон томир, нафас, алмашинув жараёнлари бузилиши кучайиб боради. Охириги пайтларгача эпилептик статусда булган беморлар утказиладиган давога қарамосдан 60%дан купроки ҳолларда улим билан тугалланади.

*Джексон эпилепсияси.* Парциал эпилептик тутканокларнинг алохида шакли. 1863 й. да бу парциал эпилепсияга клинико-аналитик анализ берган таникли инглиз невропатологи Джексон номича куйишган.

Джексон эпилепсияси тутканокларига олиб келиши мумкин булган сабабларга бош мия усмаси, жарохати, менингоэнцефалит, шу жумладан бош мия кистаси, цистерози, эхинококкози, солитер туберкулема, захм, арахноидит, пахименингит, кон томирли бузилишлар киради.

Джексон эпилепсияси бемор хуши сакланган холда клоник тиришишлар хуружи билан бошланади, хуруж у ёки бу гурух мушакларидан бошланиб, маълум бир кетма-кетликда, таркалади, ва кетма-кет янги-янги, кулни мушакларни эгаллаб боради. Баъзан жараенга бир томонлама кул, оёк, тананинг ярми кушилади.

Джексон эпилепсияси факат вакти-вакти билан такрорланадиган тутканоклар билан кузатилиб, бемор хушини йукотмайди. Лекин бошка вариант хам кузатилиши мумкин, бунда теришишлар генерализацияси юзага келиб, тутканок чуккисида бемор хушини йукотади ва хуруж катта эпилептик тутканок характерига эга булади.

Баъзан Джексон эпилепсияси сенсор характерга эга булиши мумкин, бунда хуруж парестезия ёки огрик сифатида тананинг маълум бир кисмида юзага келиб, кетма-кет янги-янги теримайдонларига таркалади. Кечрок тутканок генераллашиши мумкин. Бу – сенсор Джексон тутканогии дейилади.

*Кожевников эпилепсияси.* Биринчи марта 1894 й. да неврологияси асосчиси А.Я.Кожевников томонидан таърифлаб берган. Бу формани у *epilepsiacorticalisivepartialiscontunia* (чегараланган, даимий эпилепсия) деб белгилаган. Бу шаклда бошка эпилептик тутканоклардан фаркли равшида тутканоклар орасида маълум бир мушак гурухида доимий клоник тиришишлар кузатилади.

Бу тутканок узининг интенсивлигига узгайиб туриб, генерализацияланиши ва катта эпилептик тутканокка утиши мумкин.

Бу кам учрайдиган шакл. Россиянинг марказий вилоятларига караганда Сибирь ва Уралда купрок учрайди. Купчилик холларда канали энцефалитнинг сурункали кучайиб борувчи шакли Кожевников эпилепсиясига сабаб булади. Лекин бошка этиологик омиллар хам кузатилган – захм, цистециркоз ва бошка.

*Абсанс.* (Кичик эпилептик тутканок). Клиникасида бир неча секундга хушини йукотиш билан кузатилади.

*Мураккаб парциал тутканок.* Мураккаб психик курунишлар билан характерланади – у ёки бу даражада хотира бузилиши, галлюцинациялар пайдо булиши, качондир курган, эшитган ёки хеч качол курмаган, эшитмаган сезгиси пайдо булади.

Эпилептик автоматизм тутканок бошланган вақтда булаётган харакатнинг давом этиши ёки аксинча эс-хушнинг пароксизмал коронгилашиши билан бирга янги харакат фаоллигининг юзага келиши билан кузатилиши мумкин.

Эпилепсияда рухий бузилишлар. Эпилептик характер шаклланиши билан характерланади.

*Эпилептик характер.* Иккита симптом хос: 1) рухий фаолият инертлиги; 2) эмоционал нотургунлиги, портловчанлик.

Эпилепсияли беморлар педантиз булади. Уларда инстинткларкучи ошган, майллари кузгалган булади. Беморларга эмоциялар кутблилиги, лаганбардорлик тилёгламалик, характерли булиб, булар жahlдорлик, захархандалик, кескин эффектив портлашлар билан бирга кузатилади.

Аффект холатида беморлар агрессив, кахрли буладилар.

Аффектив кучи уни чакирган сабабга тугри келмайди.

Психик жараёнларнинг инертлиги интеллектуал сохага хам таъсир килади – эпилепсия билан огриган беморлар яхши шугулланиши, диккат-эътиборли, узини тутиб туриши хос. Лекин улар, бир фаолиятдан бошка турига утиш кийинлашган булади. Ассоциациялар камайганлиги, асосийсини тез англаб ололмаслик,

умумийлаштира олмаслик, хаддан ташкари майдаланиш (детализация) – эпилептик характерли асосий хусусиятларини ташкил этади.

Даво олиб бормаласа эпилепсия прогредиент кечади. Контрлатерал яримшарда «ойнади» учоклар шаклланади. Бир турдаги тутканок бошка турдагиси билан кушилади, тез-тез такрорлашади. Психик ва характерологик узгаришлар уткирлашади.

#### ДИАГНОСТИКА

Эпилепсияга шубха тугилса комплексли текшириш утказиш керак. Биринчи навбатда тулик касаллик ва хаёт анамнези йигилади. Бунда нафакат бемордан, балки унинг кариндошлари, кушнилари, таниш-билишларидан сураб-суриштирилади. Шуни эсда тутиш керакки, бемор эпилепсия диагностикаси учун мухим булган фактларни билмаслиги ёки эслай олмаслиги мумкин (эпилептик тутканоклар одатда амнезияси кузатилади). Шу билан бирга бундай беморларда хотира пасайиши кузатилади.

Анамнез йигишда хар доим тугрук жарохати, тугилгандан кейин бош жарохати булган, булмаганлиги суриштирилади (уларни характери, жарохат юзага келган шароит, утказилган даво).

МНСни бошка касалликлари, шу жумладан инфекцион касалликлар хам (менингит, энцефалит ва б.) хисобга олинади. Касаллик кечишида бемор характери ва хулкидаги узгаришларга эътибор берилади.

Кейин чукур неврологик текшириши утказилиб, умуммия ва локал шикастланиш симптомлари аникланади.

Эпилепсия диагностикасида ЭЭГ текширув мухим ахамиятга эга. Эпилепсия учун «пик-тулкин» комплекслари энг типик ЭЭГ-феномен хисобланади.

Электроэнцефалография утказишда провокация усулларидан фойдаланилади, қачонки фон ёзувида юкорида айтилган комплекслар кузатилмаса: эпилепсияли беморларда деяри хамма вақт гипервентиляция (чукур нафас олиш) кулланилади; киска таъсирли уйку дорилари берилади (одатда «пик-тулканлар» уйкуга кетаётганда ёки уйғонаётганда нисбатан купрок ва аниқрок кайд килинади) баъзи холларда уйку депривацияси (ухламаслик) кулланилади. Бемор бир кун ва ундан куп ухламайди ЭЭГ-текширув олдидан.

Бу усул хам эпилепсияга хос булган омилларни аниқлаш имкониятини оширади.

Бошка ЭЭГ-текширув усуллари хам бор; уйку вақтида монитор ЭЭГ-уши; кун давомида телемонитор усулини куллаш (бунда бемор бешига куйилган электродлар билан холада эркин харакатланиши мумкин, чунки датчиклар ёзувчи мослама билан боғланланган).

Бу учун айниқса шубхали холларда, эпилепсияни кам учрайдиган шаклларида, илмий текширишларда мухим диагностик ахамиятга эга.

Охирги йилларда эпилепсия диагностикасида рентгенографияга нисбатан юкори диагностик имкониятга эга булган КТ ва МРТ катта ахамият касб этмокда. Шу билан бирга ташхисни аниқлаш учун калла суяги рентгенографиясидан (обзор ва баъзи махсус усуллар) фойдаланиляпти.

Куз тубини текшириш зарурдир. Зарурат булганда люмбал пункция бажарилади (бош мия усмалари, менингит ва б. Истисно килиши максатида). Курсатмалар буйича бошка соха (терапевт, ЛОР, хирург ва б.) шифокорлари малахатларидан фойдаланилади.

#### ДАВОЛАШ

Охирги 20-25 йил ичида эришилган ютукларга карамай, эпилепсияни даволаш халигача огир хисобланади.

Эпилепсияни даволаш комплексли, узок вақт, индивидуал равишда олиб борилиши лозим. Эпилепсия давосида куйидаги принципларга риоя килиши лозим.

Умумий режим. Бемор учун экстремал холатларни (иссиклик, совук, огир жисмоний меҳнат рухий сикилиши ва б.) чегаралаш керак. Овқатланиш тартиби. Аччик ва тузли таомлар таъкикланади суюклик ичиш камайтирилади. Алкогол ичимликлари (айниқса пиво) умуман таъкикланади. Кофе ва аччик чой микдори кескин камайтирилади, Инсоляция ва исиб кетишдан сакланиш лозим. Уйку ва дам олиш тартиби. Уйкуга хар кун бир хил вақтда



етиш лозим, уйку етарли вақт булиши. Фаол ҳаёт тарзи. Фаол ҳаракатчанлик ва мусбат эмоциялар тутканок ривожланиши тормозлайди деб ҳисобланилади.

Медикоментоз даволаш:

а) тутканокка қарши воситалар. Асосий восита булиб фенобарбитал ҳисобланади. У тутканокка қарши самарадорлиги 100% деб ҳисобланади. Бошқа барча воситалар нисбатан пастроқ самарадорликка эга булиб, «фенобарбитал коэффициенти» билан баҳоланади. Масалан, дифенин да бу коэф. 0,5; бензоналда – 0,5; карбомезепеида (финлепсин, тигретол) – 0,25; суксилепда – 0,2 ва б.

Эпилепсияси комплекс даволашда яхши самарага эга булган сийдик хайдовчилар кулланилади. Яхши маълум булган диакарб воситаси нафақат пешоб хайдовчи, балки тутканокга қарши даволаш самарасига ҳам эга. Охириги йилларда янги восита – ламиктал пайдо булди. Унинг таъсир механизми бошқа тутканокка қарши воситалар таъсиридан фарқ қилади. Унинг самараси тугрисида ҳулоса чиқариш ҳали эртадир, чунки у кам кулланиланган.

б) тутканокка қарши воситаларнинг ноҳуя таъсирлари симптомларини даволаш. Баъзи вақтларда тутканокка қарши воситаларнинг катта бир маргалик ва суткалик дозаларида ишлатишга тугри келади. Шу сабабли ноҳуя таъсир симптомлари юзага келиши мумкин. Ушбу симптомларни даволаш мақсадида поливитами́нлар (аскорбин, никотин, фолий кислоталарининг бирикмалари, рибофлавин, пиридоксин) кулланилади. Бушашиш, уйқучанликда кофеин, ацефен, сидиокарб ва б. буюрилади. Тутканокка қарши воситаларининг узок вақт катта дозаларда қабул қилиш натижасида турли асоратлар келиб чиққанда, шу воситаларни тухтатиш ва махсус даво буюриши лозимдир.

в) тутканокни даволашда купинча дегидратация (диокарб, глицерин ва б.) усулидан фойдаланилади. Шуни едда тутиш керакки, тутканок купинча бош мия жароҳатлари, бош мия инфекцияси касалликлари натижасида шаклланган гипертензион-гидроцефан синдром мавжуд булган беморларда ривожланади.

г) Дисфорияни даволаш. Баъзи ҳолларда тутканокни даволашда дисфория ҳолатини даволашга тугри келади. Уларни енгин турларида бензодиазеплар (флосепам, сибазан); дисфория ҳолатларда (кузгалувганлик, жаҳлдорлик, агрессия) фенотиазинлар – аминазин, трифтазин, левопромазин ва б.; депрессиялар билан кузатиладиган депрессияларда амитриптилин, немизин; аффектив галюцинатор-параноид ҳолатли дисфорияларда бутирофенонлар – галоперидол, трифлупфидол буюрилади.

д) уйку эпилепсияда карбомезепин (тигретол, финлепсин), дифенин препаратларини ишланиш мақсадга мувофиқ.

е) Хирургик даволаш усуллари. Нисбатан куп булмаган муддатли касалликда (одатда 3-5 йил), ҳамда иккиламчи эпилептик учоқлар шаклланмаган ҳолатда эпилептик учоқ олиб ташланилади..

### **Назорат саволлари**

3. Болаларда эпилепсия касаллигининг сабаби нима?
4. Болаларда эпилепсия касаллигининг диагностикаси
3. Болаларда эпилепсия касаллигининг таснифи
4. Касалликларнинг болаларда қанақа ўзига хос хусусиятлари мавжуд?
5. Болаларда эпилепсия касаллигининг клиникаси қандай?
6. Болаларда эпилепсия касаллигининг профилактикаси.

### **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

## НЕОНАТОЛОГИЯ

### 1-амалий машғулот

**Чакалоқларда терининг йирингли касалликлари. Сепсис, клиник кечиши, диагностикаси, профилактикаси.**

**Режа:**

Ишдан мақсад: Болада терининг йирингли касалликлари. Сепсиснинг сабаблари, клиник кечиши, диагностикаси, давоси билан танишиш. Реабилитацияси ва профилактикаси

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**

- Терининг йирингли касалликларини ташхислаш
- Чакалоқлар сепсисининг сабаблари, диагностикаси, давоси
- Коррекцияловчи пархез тавсия этиш
- Даволаш ва профилактик чора-тадбирларини ўтказиш.
- Иммунитетни коррекциялаш.

### Ишни бажариш учун намуна

Амалий машғулот ни мустахкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

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

Чакалоқлардаги йирингли инфекцион касалликлар ҳозирги кунда ҳам долзарб муаммолардан булиб қолган. Госпитал инфекциялар билан зарарланиш 1 - 3 % туғруқхоналарда ва 20 - 25 % ини эса интенсив терапияда ташкил этади. Янги туғилган Чакалоқларда локал ва генерализацияланган йирингли яллиғланишли касалликлар нисбати 10:1. Туғруқхонада локал яллиғланган касаллик аниқланиши билан дарҳол болани махсус булимларга олиш керак.

**1. Везикулопустулёз** - касаллиги эрта неонатал даврнинг урталарида бошланиши мумкин. Сон, думба, табиий бурмалар, бош терисида улчами бир неча миллиметрли юза жойлашувчи пуфакчалар булиб, узида аввал

тиник, кейинчалик хира суюклик саклайди. Касалликнинг морфологик субстрати булиб эккрин тери безлари чиқарув найинингяллиғланиши хисобланади. Касаллик кечиши хавфсиз. Ҳосил бўлган пуфакчалар 2-3 кундан кейин ёрилади ва эрозиялар пайдо булиб, улар устини курук пустлок коплаб олади. Сунгра кипикланиб тушиб кетади. Узидан кейин чандик ҳамда пигментация колдирмайди.

**2. Чакалоқлар пуфакчаси**(пемфигус, пиококкли, пемфигоид) 2 хил шаклда кечиши мумкин: хавфсиз ва хавфли.

А. Хавфсиз шакли. Эритематоз доғлар фонида сероз йирингли пуфакчалар ва улчами катта булмаган (0,5-1 см) пуфакчалар пайдо булиши билан характерланади. Бу пуфакчалар турли ривожланиш боскичида булиб, атрофида венчикли (халкасимон) гиперемия булади. Одатда кориннинг пастки булагиди, киндик ёнида, оёк-кул ва табиий бурмаларда жойлашади. Пуфакчалар тошиши 1 неча кун давом этиши мумкин. Никольский симптоми манфий. Пуфаклар ёрилгандан сунг эрозиялар пайдо булади. Эски пуфаклар усти пустлок билан копланмаслиги узига хос хусусият хисобланади. Бола умумий ахволи узгаришсиз ёки урта огирликда булиши мумкин. Тана хароати субфебрил, интоксикация белгилари булмайди. Лекин болада безовталиқ ёки бушашганлик кузатилади.

Б. Хавфли шакли. Чакалоқлар терисида куп сонли, диаметри 2-3см ли (бундай пуфаклар фликтеналар деб аталади) бушашган пуфаклар булиши характерли. Пуфаклар бир-бирига қўшилиши ва Никольский симптоми мусбат булиши мумкин. Бола умумий ахволи огир, интоксикация белгилари яккол намоён булади. Тана харорати фебрилгача кутарилади. Бола ташки куриниши худди сепсис билан касалланган бемор хабитусига ухшаб колади. Конда: лекоцитоз, нейрофиллёз, лейкоцитар формулани чапга ёш шаклларгача силжиши, ЭЧТ ошиши, анемиянинг турли даражалари.

**3. Риттер эксфолиатив дерматити.** Стафилококкли пиодермиянинг огир шакли булиб, уни пемфигусни септик вариантли кечиши билан солиштириш мумкин. Бу дерматит тилларанг стафилококк- госпитал шакли билан чақирилади ва узидан экзотоксин - эксфолиатинни ишлаб чикарди. Касаллик 1-хафта охир 2-хафтадан кизарган, намланган тери фонида яъни, киндик сохасида, чов бурмаларида, огиз атрофида ёриклар пайдо булиши билан бошланади. Касаллик огир кечиши билан характерланади. Бир неча соатда эритема бутун тана, корин хатто, оёк-кулларгача таркалади. Кейинчалик тананинг турли сохаларида бушашган пуфаклар, ёриклар, эпидермис каватининг кўчиши кузатилади. Натижада теридаги бундай узгаришлар узидан кейин кенг майдонни эгаллайдиган эрозиялар колдиради. Купчилик болаларда Никольский симптоми мусбат булади. Чакалоқ баданидаги тери худди, кайнок сув билан куйган тери куринишига киради. Касалликнинг огир кечишида турли инфекцион касалликлар ривожланади: омфалит, отит, конъюктивит, энтероколит, пневмония. Касал умумий ахволи ута огир, бола куракни эмишдан бош тортади, безовталанади, интоксикация

белгилари яккол намоён булади, тана харорати фебрил. Қонда яллиғланиш курсаткичлари яккол намоён булади. Касаллик бошлангандан 1-2 хафтадан сунг чакалок бутун танасидаги тери гиперемияланади, эрозиялар жуда катта майдонни эгаллайди. Асосий сабаб булиб, эпидермис остида куп микдорда экссудат тупланиши хисобланади. Натижада юкоридаги клиник белгиларга эксикоз симптомлари хам қўшилади. Касалликнинг эритематоз ва эксфолиатив босқичларидан сунг тери эпителизацияси бошланиши унинг ижобий яқунланишидан далолат беради. Бу эса чандик ва пигментация каби асоратларсиз битишига олиб келади.

**4. Фигнер сохта фурункулёзи**- касаллик худди перипорит каби бутун тер безларига таркалиш билан кечиши мумкин. Тери остида бирламчи , ўлчами 1 неча мм дан 1-1,5 см гача булган тук-кизил рангда тугунлар пайдо булади. Кейинчалик тугунларда йиринг тупланади. Купрок таркалган сохаларига - бошнинг сочли кисми , буйин орка юзаси, бел, думба ва оёк-кул териси киради. Тана хароратининг кутарилиши интоксикация симптомлари, регионал лимфа тугунларнинг реактив катталаниши, йирингли учокнинг метастазланиши узига хос хусусиятларидан хисобланади. Қон анализида: лейкоцитоз чапга силжиши, нейтрофиллёз, анемия , ЭЧТ ошиши.

**5. Чакалоқлар мастити.** Оғир касаллик бўлиб, физиологик каттиклашиш фонида кечади. Клиник кечишидаги узига хослиги факат битта кукрак безининг катталаниши ва инфилтратланиши билан намоён булади. Биринчи кунларида гиперемия булмаслиги мумкин. Пальпацияда бола оғрикдан йиғлайди ва безовталанади. Без устидаги гиперемия кучайиб, тери остига инфилтрат микдорининг туланишининг ошиши оқибатида флюктуация симптоми мусбат булади. Умумий ахволи ёмонлашади, эмиш харакатлари сустлашади, тана харорати кутарилади ва интоксикация белгилари кутилади. Кукрак безлари ареола атрофи босиб курилганда ёки ўз-ўзидан механик таъсирларсиз хам йирингли ажралмалар ажралиши кузатилади. Касаллик йирингли септик жараённинг метастазланиши билан хавфли.

**6. Чақалоқлар некротик флегмонаси**- яллиғланиш- йирингли касалликларнинг оғир кечувчи турларидан хисобланади. Касаллик гиперемияланган, зичлашган доғдан бошланади. Касаллик 4 та босқичда ривожланади:

I. Бошлангич босқич (ўткир яллиғланиш даври) - касаллик тез, 1 неча соатда яллиғланган учокларни катталаниши ва таркалиши билан характерланади. Тери ости каватидаги йиринг тупланиш ва жарохатланиш процесслари - тери юза каватидаги патологик узгаришлардан устунлик килиши, бошка касалликлардан фаркли жихати хисобланади. Бу жараённинг тез суръатда ривожланишига тери ости ёғ кавати лимфа томирлари ва улардан хосил булган лимфа турлари билан яхши таъминланганлиги хисобланади.

II. Альтернатив-некротик боскич - касаллик бошлангандан 1-1,5 суткадан кейин бошланади. Зараланган тери сохаси тук-кук ёки ционатик тусга киради ва учок марказида юмшокланиш пайдо булади. Баъзи холатларда зараланган учок перифериясидан марказга томон пайпасланганда «минус- тўқима» симптоми мусбат булади.

III. Тери кучиш боскичи - тери катламининг некрозланиши натижасида юзага келади. Кучиб тушган тери урнида атрофи нотекис жарохат дефектлари ва йирингли чунтакчалар хосил булади.

IV. Репарация боскичи - тери юзаси эпителизацияси билан бошланиб, узидан кейин чукур чандикдар қолдириб битади.

Интоксикация белгилари асосан 2- боскичда намоён булади. Иситма, қусиш, диспептик узгаришлар, йирингли учоклар метастазланиши сепсис клиникаси билан адаштириши мумкин.

#### **Даволаш. Эпидемияга қарши чора -тадбирлар.**

Тугрукхонада пиококкли пемфигид билан касалланган чакалок дархол болалар касалхонасининг махсус булимига утказилиши шарт. Касаллик аниқланган палатага бемор қабул қилиш тухтатилади. Чакалок билан мулоқатда булган ҳамма чакалоқлар урин-қурпалари ва тагликлари алмаштирилади. Бифидумбактрим бактериал дисбалансини олдини олиш мақсадида тавсия этилади. Стандарт курсатмаларга асосланган санитар тозалаш ишлари олиб борилад. Навбатчи шифокор бемор билан битта палатада ётган чакалоқни ҳар галги йургақланиш вақтида баданини яхшилаб қуздан кечириши керак.

#### **Маҳаллий даво.**

Везикулопустулёз. Одатда гигиеник ванначкалар қулланилади, киндик жарохатини ҳисобга олган ҳолда. Дезинфекцияловчи воситалардан калий перманганат 1:10000 нисбатдаги эритмаси, ромашка дамламаси қулланилади. Гигиеник ванначкалар утказишдан аввал йирингчаларни 70% ли спирт эритмаси билан шимдирилган доқа салфетка ёрдамида олиб ташланади. Бундан ташқари қунига 2 маротаба 1-2% ли анелин буёқлари булмаган спиртли эритма ёки бриллиант қуқи билан маҳаллий қулланади. Шунингдек ксероформ қуқуни ҳам дезинфекцияловчи хусусиятга эга. Баъзи ҳолларда тошма элементлар миқдори қуп булганда, умумий аҳволи оғир чакалоқларда, температура реакцияси булганда, қонда яллиғланишга ҳос узгаришлар аниқланганда беморни госпитализация қилиш ва пемфигус давосини қуллаш мақсад мувофиқ булиб ҳисобланади.

Чакалок пуфакчалари. Пуфакчаларни тешиш ва ажралган суюқликни бактериоластик текширишдан бошланади. Сунгра пуфакчаларни мупипроцин мази (бактробан) билан обработка қилинади. Бу муолажани утказаетганда пуфакчалар ичидаги суюқликни соғлом терига тушишига йул қуймаслик керак.

Эксфолиатив Риттер дерматити. Тана температурасини нормал ушлаб туриш, сув электролит балансини мувозанатлаштириш, тери тозалигига риоя қилиш зарур. Биринчи тадбир чакалоқни иссиқлик нури берувчи стол ёки

махсус каркас, кувезларга жойлаштириш ва тана температурасини хар 2 соатда улчаш ва атроф мухит хавосини шу температурада ушлаб туриш керак. Агар боланинг холати яхши булса кунига 1-2 марта 37-38° С хароратли ромашка кайнатмаси солинган стерилл ванналарда чумилтириш мумкин. Зарарланмаган тери сохасига 1-2% анилин буёкларини сувдаги эритмасига Буров суюклигини кушиб компресслар килинади, натрий хлориднинг изотоник эритмасига кумуш нитрат (0,1%) ли эритмаси кушилган эритмани ва калий перманганатни 5%ли эритмаси суртилади. Унча катта булмаган эксфолиатив сохаларга бацитроцин мази суртиш мумкин. Юмшатувчи витамин А кремине терини куриган сохаларига суртилади. Барча пиодермия билан касалланган болаларга стерил плёнка ва бошка жихозларни терини минимал жароҳатланишига алоҳида ахамият бериш лозим. Сероз суюклик хисобига куп микдорда намлаишиши адсорбциялаш максидида ва терини йургак билан таъсирланишидан химоя килиш учун рух оксидининг 5%ли кукуни (присипка) тальк билан кулланилади. Бокс хонасидаги хавони кунига 4 марта бактериоцид лампа билан зарарсизлантирилади (бунда болани усти ёпиб турилади).

Фигнер псевдофурункулезни, маститни, флегмонани некротик шаклини даволаш чора- тадбирларини педиатр ва болалар жаррохи биргаликда амалга оширади. Бунинг учун энг аввало тугри дренаж турини танлаш ва утказиш, касалликни даволашдаги энг асосий омил булиб хисобланади. Ўрта огир ва огир стафилодермия формасини даволаш антибактериал, инфузион, симптоматик, витаминотерапия, шунингдек, иммунотерапия каби даво муолажаларини уз ичига олади. Антибиотиклардан ярим синтетик пеницилинлар ( метицилин, оксацилин) ёки химояланган пеницилинлар (уназин, амоксиклав, аугментин), цефалоспоринлардан 1-авлоди, одатда аминогликазидлар (гентамицин, линкомицин, тобрамицин, амикацин) билан бирга кулланилади. Яхши натижага специфик иммунотерапия, яъни антистафилококкли иммуноглобулинлар, плазма куллагандан сунг эришиш мумкин. Инфузион терапия хам самарадорлиги юкори хисобланади.

Овкатланиш стафилодермия билан касалланганларни кукрак сути билан озиклантириш олиб борилаётган муолажаларни яхши самара беришига ердам беради. Она сути факат стериллигига шубха булмагандагина куллаш мумкин.

**Стрептодермиялар. 1. Бирламчи сарамас.** Касаллик асосан юз ва киндик атрофи терисини жароҳатлайди ва тезда бошка сохаларга таркалади («саёхат килувчи сарамас», «дайди сарамас»). Одатдаги холларда касаллик фебрил температура, холсизлик, махаллий гиперемия ва тери ости ёг катламининг инфльтрацияси билан бошланади. Учок атрофи нотугри шаклда, чегараси ноаник, махаллий гипертермия ва гиперестезия булиши характерли. Янги тугилган хакалокларда «ок сарамас» кузатилиши мумкин, бунда гиперемия аникланмайди, зараланган соха териси окаради, баъзида пуфакчалар хам пайдо булади, тери ости абсцесслари ва некрозлари аникланади. Касалликни кечиши одатда огир, болаларнинг ахволи ёмонлашибборади, бола ланж булиб колади, кукракни эмишдан бош тортади,

диспептик узгаришлар ҳам кушилади. Миокардит, менингит ва буйрак зарарланиш белгилари пайдо булади.

**2. Папулоэрозив стрептодермия.** Зич кукимтир-кизгиш рангдаги, улчами 0,1-0,3 мм ли папулаларнинг думба ва сон орка юзаси терисида пайдо булиши билан характерланади. Папулалар тез эрозияланади ва калоклар билан қопланади. Зарарланган терига якинрок булган сохаларда янги элементлар, шунингдек, пиококкли элементлар пайдо булади.

**4. Вульгар эктима-** стрептодермиянинг ярали шакли ҳисобланади. Жарохатланган учокда стрептококкдан ташкари стафилококк, *Pseudomonasaeruginosa* каби бактериялар ҳам аниқланади. Касалликни 2 хил тури фарқланади:

А. Оддий эктима- пустулаларни ҳосил булиши ва купинча оёқларда жойлашиши билан характерланади. Пустула ёрилгандан сунг яралар пайдо булиб, туби йиринг ва жигар рангли калоклар билан қопланади. Яра битиши бир неча ҳафта давом этади ва чандик пайдо булиши билан яқунланади.

Б. Тешиб кирувчи эктима- куп сонли эктималар пайдо булиши ва бир-бирига кушилиб кетиши билан характерланади. Жараён юкори температура, интоксикация ва регионар лимфа тугунларнинг катталашиши билан кечади.

**5. Паронихия** – тирноклар валикларини инфекцион зарарланиши булиб, стрептококк ва стафилококк кузгатувчи касалликдир. Стрептококк билан зарарланишни типик кечиши гиперемия фонида пуфакчаларни шиши ва эрозиялар ҳосил булиши билан намоён булади.

#### **Стрептодермияларни даволаш.**

Махаллий даво -худди, стафилококкли инфекция билан зарарланган терида олиб бориладиган тадбирлар каби утказилади. Панариций ва эктимани тешиб кирувчи шаклида даво педиатр билан болалар жаррохи томонидан утказилади. Панарицияда махаллий даво сифатида калий перманганатли эритмадан фойдаланилади.

Умумий даволаш. Антибактериал давода антибиотикларни комбинациясини куллаш мақсадга мувофиқ булади.

**Киндик ярасининг инфекцион касалликлари. Катарал омфалит (намланувчи киндик).** Киндикдан сероз суюқлик ажралиши, эпителизацияланишини секинлашуви, енгил гиперемия ва киндик халққасини инфильтрациясини булиши билан характерланади. Киндик қолдиғи тушгандан сунг 1-кунларида қонли калок пайдо булиши ва унинг остида сероз-йирингли ажралма тупланиши мумкин. Чакалок умумий ахволи узгармайди дана харорати меъёрий чегараларда булади. Қонда узгаришлар аниқланмайди. Киндикда пульсация аниқланмайди.

Даволаш. Махаллий киндикни (суткасига 3-4 махал) 3%ли водород пероксид эритмаси, кейин эса 5% ли йод эритмаси ёки 2% ли бриллиант кўки спиртли эритмаси билан ишлов берилади. Куйидаги кушма таркибли эритма яхши самара беради: Viridis nitentis, Mthyleni coerulei aa 0,1 Spiritus aethylici 70%. Бацитрацин ва полимиксин мазини куйиш мумкин. Шунингдек, УФ нурларидан фойдаланиш курсатма хисобданади.

**Омфалит.** Киндик тубинп, киндик халкасини, киндик халкаси атрофидаги тери ости ёг кавати киндик томирларини бактериал яллпгланиши хисобламади. Касаллик эрта неонатал даврда ёки чакалок хаётининг 2-хафтасида катарал омфалит белгилари билан бошланади. Бир неча кундан сунг киндик пиореяси - киндик ярасидан йирингли ажралма ажралиши, ҳамда киндик халкаси шиши ва гиперемияси, киндик атрофи тери ости ёг кавати инфильтрацияси кузатилади. Натижада киндик корин олд девори кутарилиб қолади. Киндик атроф териси гиперемияланган ушлаб қурилганда иссиқ корин олд девори томирлари кенгайган (венотурни кучайиши), лимфангоит кушилиши оқибатида кизил чизиклар пайдо бўлиши кузатилади. Болани ахволи оғирлашиши, холсизланиши, куракни сусти эмиши, калкиб кетишлар, тана массасини камайиши билан кечади. Тана харорати фебрил. Кон анализиди лейкоцитоз, чапга силжиш билан, ЭЧТ ни ошиши.

Оқибати: уз вақтида тугри қулланилган даво чора-тадбирлари натижаси яхши, баъзан инфекцион учоқни метастазланиши ёки генерализацияланиши ҳам мумкин.

**Сепсис**- ациклик касаллик бўлиб, унинг асосида организмнинг бактерияларга ва шартли инфекцияларга (асосан госпитал инфекция) қарши ноадекват систем яллигланиш жавоби ётади. У эса уз навбатида томирлар эндотелийсини генерализацияланган турда жароҳатланишига, микроциркуляцияни бузилишига, гемостаз тизимини издан чиқишига, ДВС синдромининг ривожланишига ва органлар етишмовчилигига олиб келади.

Этиология. Сепсис билан касалланганлар 2 гуруҳга бўлинади:

- 1) эрта (Streptococcus agalactiae, Escherichia coli, Klebsiella, Listeria);
- 2) кечки (Escherichia coli, Klebsiella, Serratia marcescens, Proteus,

Citrobakter diversus)

### **Олиб келувчи факторлар**

Табиий химоя барерини инфекцияга қарши қурашиш қобилятини камайишига олиб омилар:- марказий вена ва киндикни узоқ муддат катетеризацияси, трахея интубацияси, ИВЛ, аралаш инфекцияли уткир респиратор касаллик, терини тугма нуксонлари ва умумий аллергия касаллиги ёки тери жароҳати (қуйиш, тухрук вақтидаги травматизация, оператив муолажа вақтида травма олиш ва хлоргексидин билан катта хажмда ишлов бериш ёки 95% ли спирт қайта ишлатилганда), энтерал овқатланиш йуклиги туфайли ичак колонизация резистентлигини камайиши, ичак дисбактериозлари.



Янги тугилган чакалокта иммунологик реакцияни камайтирувчи омиллар: хомиладор аёл овкатланишдаги дефект, антенатал давридаги ва тугруқ давридаги асоратлар, асфиксияга олиб келувчи сабаблар, тугруқдаги мия ичи травмаси, вирусли касалликлар, бактериал фон, наслий иммун дефицит холат, галактоземия ёки бошка модда алмашинув касалликлари.

Чакалоқларда массив бактериал холатни оширувчи ва касалхона ичи микрофлораси билан касалланишга олиб келувчи омиллар: онада бактериал вагиноз, 2 соатдан ортик сувсизланиш, касалхонадаги ва тугруқхонадаги санитар -эпидемиологик холатни яхши эмаслиги, манипуляцион инструментларда инфекция коланизацияси, «гурухли» йирингли - септик касалликлар, тугруқ вақтидан олдин ва ундан сунги онадаги огир бактериал инфекцион жараёнларнинг бўлиши.

Вақтдан олдин тугилишга юкоридаги 2 икки омил келиб чиқишига олиб келади

### **Патогенез.**

Инфекцияни кириш дарвозаси булиб хисоланади: киндик кесилган қисм, жарохатланган тери ва шиллик каватлар (инъекция килинган соха, катетер, зонд, интубацион трубка киритилган жой), ичаклар, кўз, упка, жуда кам холларда урта кулок, ташки сийдик ажратувчи йуллар хисобланади. Агар сепсис ривожланишида кириш дарвозасини аниқлаш иложи булмаса, унда криптоген сепсис деб ташхис қуйилади. Инфекция учоғи булиб она тиббий ходим, бошка касал чакалоқ булиши мумкин .

Инфекция юқиш йуллари - онанинг тугруқ, йуллари, тиббий ходим куллари, тиббий анжомлар, асбоб ускуналар ва парваришлаш жихозлари булиши мумкин.

Г.Н. Сперанский сепсис патогенезини асосини кириш дарвозасини бўлиши, махаллий яллиғланиш учоғи, бактеремия, организмни иммунологик холатини қайта қўрилиши ва сенсбилизацияси, септицемия ва септикопиемияга ажратади. Сепсис билан касалланганларда қон- бактерия ташувчи транспорт бўлибгина қолмасдан улар учун озик мухит бўлиб хисобланади. Бунда қон микробларни ўлдириш қобилятини йўқотган бўлади. Шу билан септицемия бактеремиядан ажралиб туради. Септик холат бу - организмни иммун дефицит холати хисобига микробларни организмдан чиқариб ташлаш хусусиятининг йўқолишидир.

Клиника: Фақатгина сепсис касаллиги учун хос булган абсолют клиник белгилар мавжуд эмас. Сепсисга хос булиб септик хабитус хисобланади, яъни, тез юзага чиқувчи безовталаниш, холсизлик, адинамия, тери рангини ок-кулранг рангга кириши, темир ранггига ухшаш, геморрагия, йирингчалар, склерема учоклари булиши, тери тургорини узгариши, коринда газ тупланиши, корин пастки қисмида шиш ва венотурни қуриниб туриши, калкиб кетиш купинча сафро билан, қусиш, ич кетиши, анорексия, юз кирралари уткирлашиши, «хафа булган қиёфа» ёки амимик юз, тана массасини камайиб бориши, шунингдек, гепатоспленомегалия қузатилади.

Ой кунига етмай туғилган чакалоқлар хаётининг 1- хафталарида сепсис куйидаги клиник симптомлар билан бошланади: хансираш, брадикардия, апноэ, брадикардия, суриш рефлексини йуклиги ва тана массасини ошиб борувчи камайиши, мушаклар гипо- ва дистонияси, холсизлик, тез совук қотиши, гипорефлексия, калкиб кетиш, ич кетиши, корин дам булиши, шиш синдроми, тери саргайиши ёки оқариш, склерема учоклар, тана харорати субфебрил ёки меъёрда. Фаол даволаш фонида бемор умумий ахволи бироз яхшилашади ва хатто юкорида курсатилган симптомлар йўқолиши мумкин. Агар бу жараёнга вирусли инфекция кўшилса ёки олиб борилаётган даво тадбирлари тўхтатилса, бемор ахволи яна оғирлашади. Бу ҳолатда ичакларни некротик-энтероколитик типи буйича зарарланиши, пневмония, пиурия, токсикоз белгиларини кучайиши, кайтадан сариклик белгиларининг пайдо булиши ёки тери рангини кулранг тусга кириши ва геморрагик синдром вужудга келиши кузатилади. Микробларни кондан «чикиш» жойида аста-секинлик билан инфекция учоклари пайдо булади, бу жараённи Г.Н.Сперанский «септик халқа» деб номлаган. Купинча бир неча соат мабойнида септик ҳолат уткирлашиб боради, бир нечта йирингли учоклар пайдо булади, упкани, ичакларни, суякни зарарланиши, менингит ва х.к. Ой кунига етмай туғилганларда бу вақтда «беркинган киндик» симптоми пайдо булиб, бу ҳолат киндик халқаси атрофида бирданига ҳосил булган дефект киндик яраси орқали ичак туткичларига утиб кетиши билан намоён булади. Стафилококкли сепсис учун йирингли жараённинг типик локализацияланиши тери, тери ости ёғ қавати, киндик (пемфигус, некротик флегмона, омфалит ва б.), упка (деструктив пневмония), суяклар (остеомиелит, максиллит), кулоқда (йирингли отит, мастоидит), куз ва бошка сохалар булиб, аммо юкоридагиларга нисбатан уткир токсикоз, гипертермия, кузгалувчанлик каби белгиларни устунлик қилиши билан кечиши узига хос хусусиятлардандир. Сепсис диагностикасида болада хавф омилларининг булиши (2 ва ундан ортиқ), генерализацияланган инфекция клиникасини булиши ва лаборатор белгилар асосида куйилади. Агар болада учокли инфекция булса, бундай ҳолатларда ташхис куйиш учун сепсис клиникасини 4 та ва генерализацияланган инфекциянинг 3 та лаборатор белгисини аниқланиши етарли ҳисобланади.

Сепсис диагностикасида куйидаги қушимча текширувлардан фойдаланилади: бактериологик, иммунологик, умумий клиник.

Бактериологик экма. Бунинг учун бемордан олинган турли материаллар кайта экилади, буларга кон, ахлат, пешоб, йиринг, оғиз бушлигидаги шиллик, орқа мия суюклиги (агар люмбал пункция қилинган булса) ва б. қиради. Барча экмалар антибиотикотерапия кулланилишига қадар бажарилиши мақсадга мувофиқ, булади ва грамм манфий бактерияларни, замбуругларни, анаэроб флорани аниқдаш учун стандарт муҳитлардан фойдаланиш лозим. Бемор конини 2 маротабан 1 мл дан кам булмаган микдорда экилиши шарт.

Агар 2 хил жойдан олинган материалда бир хил микроб ёки микроблар ассоциацияси аниқданса сепсис ташхиси асосли деб ҳисобланади. Ҳомила ичи суюклиги ёқимсиз хид билан аниқланганда, чакалоқ, хаётининг

дастлабки 30 минда ошкозон махсулотлари ва ташки кулоқдан олинган суртма материалларидан экма тайёрлаш тавсия этилади.

Антибиотикотерапия утказишни тез хал килиш учун чакалок, меъда суюклиги, балгам ёки нафас йулларидаги шиллик бактериоскопияси ва конда лейкоцитлар концентрациясини текшириш лозим. Сепсис учун биологик материаллар ( кон, йиринг ) кайта экилганда, антибиотикларга резистентлик юкори булиши характерли.

Ой кунига етмай тугилган чакалоқларда сепсисга гумон килинганда хомила ичи инфекциялари (ЦМВ, микоплазма, хламидия,токсоплазма)га текшириш керак.

Сепсис авж даврида кон зардобиди гипопротепнемия альбумин камайишп билан бирга  $a_1$  ва  $a_2$  -глобулинлар микдори ошиши, С-реактпв оксилга мусбат реакция, жигар ферментлар активлиги, билирубин, сиал кислотаси ошиши кузатилади. Гамма глобулинлар, иммуноглобулин-А,М,С, ва В-,О-лимфоцитларнинг бирданига кутарилиши сепсисни оғир даражаси учун хос. Гиперергик сепсисда иммуноглобин-М,-А ва В - лимфоцитларни юкори даражада ошиши кузатилади. Сепсис учун нейтрофиллар функциясини бузилиши, тугалланмаган фагоцитоз, хемотаксис дефект, оксил катионлари ва плазма фибриногени камайиши хос.

Қийёсий ташхислаш. Сепсис учун хос булган абсолют клиник белгилар булмасада, у бошка оғир ва генерализацияланган инфекциялардан утказилган антибиотикотерапиянинг ноэффektivлиги хамда, жараённинг кучайиб бориши билан фаркланади.

Даволаш. Касал чакалок махсус булимлардаги боксларга госпитализация килиниши керак. Болани янги соғилган она сути ёки кукрак билан озиклантириш керак. Эмизиш сони одатдагига нисбатан 1-2 марта оширилади. Оғир холларда болани бутилка ёки зонд ёрдамида озиклантирилади. Она сути ёки донор сути булмаса, таркибида тирик микрофлорага туйинган сут аралашмалари махсулотлари билан озиклантирилади. Ҳар бир аралашманинг 1 порциясига 10 мг дан лизоцим кушиш оркали дисбактериозни олди олинади ва ичакда колонизация резистентлигини кучайтиради.

Оптималь парваришни ташкиллаштириш. Она иштирокида болага эътибор бериб парваришлаш, бемор психологик статусини(рухий холатини) ижобий ушлаб туриш, тери ва шиллик каватларни систем туалетини доимий утказиб туриш, кушимча инфекция тушишини ва совук котишини олдини олиш. Ҳамда, бемор ётган хонани регулар тозалаб туришдан иборат.Бемор даво муолажалари стерил боксларда олиб борилиши даво эффективлигини оширади.

Антибактериал химиотерапия. Сепсис авж даврида энг мухим даво чора - тадбирлардан хисобланади. Одатда, 2 турдаги бактериоцид таъсирга эга булган, лекин бир гуруҳга кирмайдиган антибиотик катга дозаларда вена ичига юборилади, ичишга (энтерит, энтероколитларда), абсцесс бушликдарига, пневмонияда кукрак кафасига ва омфалитда киндик томирига

электрофарез ёрдамида юбориш мумкин. Антибиотикларни максимал дозаси факат инфузион йул билан киритиш мумкин.

Бактериологик текширувлар натижалар чиққунига кадар одатда, ампициллин (300-400 мг/кг/сут, 4-6 махал) аминогликазид билан бирга (гентамицин, тобрамицин 7,5-10 мг/кг/сут ёки амикоцин 22,5-30,5 мг/кг/сут 3 махал) ; цефалоспоринлар (200 мг/кг/сут 4 махал) билан бирга карбенциллинлар ва аминогликазидлар билан бирга комбинациялашган тарзда кулланилади. Ҳар 7-10 кунда антибиотиклар алмаштирилади. Агар танлаган антибиотик ноэффектив булса 2-суткада алмаштирилади.

Иммунокорригацион терапия. Сепсисни бошлангич ва авж олиш даврида урин босувчи яъни, пассив иммунитет хосил килади - кузгатувчи аниклангандан сунг юборилиш йули танланади. Стафилококкли сепсисда кунига антистафилококкли плазма ( 10-15 мл/кг) ёки антистафилококкли иммуноглобулин ( 20 АЕ/кг ) 7-10 кун давомида куйилади. Граммманфий флора аникланганда кулранг таёкчага, протейга, клебсиеллга карши плазма 10-15 мл кг микдорида 3-5 кун давомида кулланилади. Вирусли инфекция фонида пайдо булган сепсисда эса специфик (герписга, гриппга, ЦМВ га карши) иммуноглобулинлар кулланилади.

Махаллий даво. Пиемик учокларни махаллий даволашни, абсцессларни, псевдофурункулни, остеомиелит учокларини очиш педиатр ва болалар жаррохи билан биргаликда олиб борилади. Упкаларда патологик жараён аникланганда махаллий даво сифатида антибиотикли аэрозол, йирингли эндобронхитларда антисептик эритма ёрдамида бронхлар ювилади. Йирингли учок сохасига физиотерапевтик муолажа сифатида аввал махаллий СВЧ, сунгра электрофарез антбиотик билан бирга кулланилади.

Поликлиннкадаги диспасер назорати. Бемор касалхонадан чиккандан сунг 3 йил давомида касаллик кечишидан катъий назар педиатр, невропатолог, иммунолог ва бошка мутахасислар назоратида булади. Профилактик эмлаш чора-тадбирлари согайгандан ярим йилдан сунг олиб борилади. Сепсис утказган болаларда минимал церебрал дисфункция келиб чикишини хисобга олган холда фенибут, пантогам ёки аминолон, энцефабол, ноотропил ( 1- 1,5 ой давомида) каби дорилар тавсия этилади. Темир танкислик анемиями, рахит ривожланишини олдини олиш максалида чиниктириш, массаж ва гимнастик машқларни мунтазам равишда куллаш.

Окибати. Сепсисда улим курсаткичи уни этиологияси караб 5 дан 50 % гача ташкил этади. Максимал улим сони яшин тезлигида кечувчи сепсисда, кук йиринг ва анаэроб сепсисда кузатилади. Болаларнинг ярмида неонатал сепсисдан тузалгандан сунг хар хил дарждадаги энцефалопатия белгилари булиши мумкин.

Профилактика. Чакалоқлар йирингли - септик касалликлар профилактикаси хомиладор аёлларда уз вақтида бактериал вагинозни аниклаш ва санация килиш, сурункали яллиғланиш учогини аникдаш, уткир инфекцион жараёнларни олдини олиш, аёллар консультациясини динамикада кузатиш, хомиладорликни тугри кечишини ва вақтидан илгари тугилишни олдини олиш чора- тадбирларни куллашдан иборат.

## **Назорат саволлари**

5. Сепсис касаллигининг сабаблари?
6. Болаларда терининг йирингли касалликлари турларини биласизми?
3. Сепсиснинг қандай турлари кузатилади?
4. Касалликларнинг болаларда қанақа ўзига хос хусусиятлари мавжуд?
5. Касалликнинг давоси қандай?
6. Касалликнинг профилактикаси.

## **Фойдаланилган адабиётлар**

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

## **2-амалий машғулот**

### **Чақалоқларни овқатлантириш муаммолари. Кўкрак билан эмизиш муаммолари.**

#### **Режа:**

Ишдан мақсад: Чақалоқларни овқатлантириш муаммолари, кўкрак билан эмизиш муаммолари, ривожланишдан орқада қолиш сабабларини ўрганиш.

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**

- Табиий овқатлантириш
- Гипогалактиянинг сабаблари, диагностикаси, давоси
- Сутли қуруқ аралашмаларни тавсия этиш
- Даволаш ва профилактик чора-тадбирларини ўтказиш.
- Оксил энергетик етишмовчиликни коррекциялаш.

### **Ишни бажариш учун намуна**

Амалий машғулот ни мустахкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

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

### **Кўкракдан озиклантиришнинг афзалликлари:**

ВОЗни “Янги туғилган чақалоқларни парваришlash ва кўкракдан озиклантириш” 2002 ўқув семинар материалларида турли сут турлари орасидаги фарқ ҳақида қисқа маълумотлар келтирилган:

\*она сутини таркибида сигир сути ва сутли аралашмаларда бўлмаган инфекцияга қарши фактор ва ўсиш фактори бор.

\*она сути енгил ўзлаштириладиган оксил тутати.

\*сигир сутида ҳазм бўлмайдиган казеин кўп.

\*она сутида бола мияси ва кўзни ривожланиши учун керакли асосий еғ кислоталар етарли миқдорда. Она сутида липаза бўлиб, у еғларни ҳазм қилади. Ҳайвон сутида асосий еғ кислота ва липаза йўқ.

\*она сутида керакли миқдорда минераллар бор, Ҳайвон сутидаги минераллар эса жуда кўп. Сутли аралашмаларда минерал миқдори кам, агар аралашмаларда темир моддаси кўп бўлса, уни ўзлаштириш қийин бўлади.

\*она сутида витаминлар етарли миқдорда, Ҳайвон сутида витамин А ва С бўлмаслиги мумкин. Болалар аралашмасига витаминлар қўшилади. Шундай қилиб Ҳайвон сути ва аралашмалар ҳеч қачон она сутини ўрнини боса олмайди.

*Бола учун бошқа фойдали томонлари:*

- Тўсатдан ўлим ҳолатини камайтиради.
- Диабет, рақ, кулоқ касалликлари хавфини камайтиради.
- Касалликка қарши кураш ва вакцинацияга реакцияси яхшиланади.
- Тиш ва жағ муаммолари камаяди (шунингдек, кариес ҳолати камаяди).
- Психомотор ва эмоционал яхши ривожланади.

*Она учун фойдалиликлар:*

- Эмизиш вақтида окситоцин гормони ажралади. У бачадонни қисқартириб туғруқдан кейинги қон кетишини тўхтатади. Шунинг учун эмизишни туғруқдан сўнг дарҳол бошлаш ва тез тез давом эттириш муҳимдир.
- Эмизадиган аеллар энергия запасига эга, уларда фойдаланилган калория миқдори чегараланганда ҳам сут ажралади.
- Сут беши ва тухумдон ўсмаси хавфи камаяди.
- Тез тез эмизиш менструацияни тиклайди ва ҳомиладорликдан сақлайди, туғиладиган болалар орасидаги ораликни узайтиради.

1980 йиллар охирида ВОЗ ва ЮНИСЕФ экспертлари қуйидаги программани ишлаб чиқишди:

### **Муваффақиятли кўкракдан озиклантиришда 10 та қадам:**

1. Кўкракдан озиклантириш бўйича фиксацияланган езма политика мавжуд ва у тиббиет ходимларигача етиб борган.
2. Ушбу сиесатга киришда тиббиет ходимлари етарлили билимларга эга бўлишлари керак
3. Барча ҳомиладор аелларга кўкракдан озиклантиришнинг техникаси ва афзалликлари ҳақида маълумот бериш.

4. Туғруқдан кейинги бир соат давомида онага кўкрақдан озиклантиришда ердам бериш.
5. Онага қандай эмизиш ва лактацияни сақлашни кўрсатиш керак, ҳатто уларни вақтинчалик ажратилганда ҳам.
6. Янги туғилган чақалокларга бошқа ҳеч қандай овқат еки ичимлик бериш мумкин эмас, истисно ҳолат тиббий кўрсатмалар бўлганда.
7. Амалда сутка давомида она ва болани 1 та палатага етқизиш.
8. Болани жадвал бўйича эмас, эҳтиёжга кўра эмизиш.
9. Кўкрақдан озикланадиган янги туғилган чақалокқа ҳеч қандай тинчлантирувчи препаратлар ва сўрғичлар бериш мумкин эмас.
10. Онага кўмак гуруҳини яратиш бериш ва туғруқхонадан чиққандан сўнг шу гуруҳга онани йўналтириш.

### **Кўкрақ сути таркиби**

- **Молозиво** иммуноглобулинга бой, демак етилган сутга нисбатан кўп антитело ва инфекцияга қарши омил тутади, аллергиядан ҳимояни таъминлайди. Таркибида етилган сутга нисбатан кўп оксил бор.  
\* Молозивода инфекциядан ҳимоя қилувчи лейкоцитлар етилган сутга нисбатан кўп.
- Молозиво инфекцияга қарши оксил ва лейкоцитга бой бўлиб, у касалликка қарши 1 ламчи иммунитетни таъминлайди. Молозиво янги туғилган чақалокни бактериал инфекциядан ҳимоя қилади.
- Молозиво юмшоқ сурги эффеқтига эга, бу бола ичагини меконийдан тозалайди (бирламчи тўқ яшил ахлат), шу билан бирга сариқликни ривожлантирувчи билирубиндан ҳам тозалайди.
- Молозиво ўсиш факторига эга, бунда бола ичаги ривожланади. Молозиво антитело сақлайди, у болани аллергия ва овқат кўтаролмасликдан ҳимоя қилади.
- Молозиво таркибига кўра бир неча витаминга бой. Витамин А болада инфекцияни оғирлик даражасини камайтиради.

**Кейинги овқатлантириш.** Ҳаётининг 1- 2 кунидан она болани ўтирган еки турган ҳолатда эмизади (агар оралиқ ерилиши, перинеотомия, эпизиотомия бўлса)

**Етилган сут** —бу, кўп миқдордаги туғруқдан бир неча кундан кейин пайдо бўладиган сут. Бунда кўкрақ тўлиқ, қаттиқ ва оғир бўлади.

Бу жараенни сутни қуйилиши дейилади.

**Олдинги сут** — бу, кўкиш рангли эмизишни бошлаганда ажраладиган сут.

**Орқа сут** —бу, тўйинган оқ рангли сут бўлиб, эмизишни охирида ажралади. Таркибида кўп миқдорда еғ тутади. Кўп миқдордаги еғ сут рангига тўйинган оқ ранг беради, шунингдек сутни юқори энергетиклигини таъминлайди. Шунинг учун болани еғга бой орқа сутни кўпроқ эмишини таъминлаш керак. Бола қанча хоҳласа шунча эмизиш керак: бу еғга бой орқа сутни қабул

килишига шароит бўлади. Олдинги сут кўп миқдорда ва унда кўп оксил, лактоза ҳамда бошқа озуқа моддалари кўп.

Олдинги сутни кўкиш ранги баъзида оналарни безовта қилади: улар сутни жуда қаттиқ деб ўйлайдилар. Сут ҳеч қачон қаттиқ бўлмайди. Бола ҳам олдинги ҳам орқа сутни қабул қилиши муҳим, бу уни тўлиқ рационини таъминлайди. Бирдан олдинги сутдан орқа сутга ўтиб бўлмайди, бу секин-аста кечади---эмизишни бошлагандан охиригача. Айтилганларни ҳисобга олиб, кўкракка биринчи қўйиш ва тери-терига контакти онадан болани ажратилгандан, киндик боғлангандан ва киндик қолдиғига ишлов берилгандан кейин ўтказилиши керак.

Болани кўкракка қўйиш техникаси:

*Кўкракка тўғри қўйиш: қадам бўйича.*

1. Қулай ҳолатда ўтиринг, бўшашинг. Қулай ҳолатни олинг: ўтиринг еки етинг, чунки нисбатан узокроқ вақт болани кўкракка яқин ушлаш керак. Эмизишни кўп усуллари бор: ўтириб, етиб, карточкада. Агар сиз бўшашган бўлсангиз ва бола қулай жойлашган бўлса, улардан ҳеч бирини тўғри еки нотўғри деб баҳолашингиз керак эмас.

2. Болани шундай ушлангки, болани бўйни тортилган бўлмасин. Кимга бўйнини чўзиб овқатланиш еқади? Демак болангиз учун қулай ҳолатда бўлишингиз лозим.

3. Болани кўкракка яқин ушланг, бола эмиш вақтида кучли чўзилмасин. Агар бола кўкрагингиз сўрғичларини оғзида тутиш учун максимал ҳаракат қилса, сўрғичлар шикастланиши мумкин.

4. Болани бошидан эмас орқасидан ушланг. Агар болани боши қаттиқ сиқилса, у инстинктив тортиб чиқазади ва кўкрак учун курашади.

5. Болани бурничаси сўрғич билан бир даражада бўлиши керак. Бу демак, болани бошини бироз буришига ердам беради.

6. Бола бурничаси ва кўкрак орасидаги масофани бармоқлар билан тўғрилаш мумкин эмас. Бармоқ билан кўкракни сиққанда сиз уни шаклини бузасиз, бу болангизни сўрғични қоплаб олишига қийинчилик туғдиради. Тўғри ушланган бола бурун қирраси орқали нафас олади.

7. Кўкракни бутилкага ўхшаб ҳаракатланторманг ва ушламанг, сизнинг бу ҳаракатингиз болага халақит беради. Бола сўрғичлар ва ореолани тўлиқ қоплаб олиши керак. Агар кўкракни тутиб туриш керак бўлса кафтингиз билан пастки қисмидан ушлаб туринг, бармоқларни сўрғичдан 10 см масофада ушланг.

8. Агар бола уйқучан еки безовта бўлса, бармоқ еки сўрғич билан оғзига еки еноғига енгил тгиш билан уни эмишга жалб қилиш керак. Сут томчисини оғзига томизсангиз, бу болани иштаҳасини стимуллайди, бола оғзини очиб тилини сўрувчи ҳаракат қилади.

9. Сиз болангизга эътибор берган бўлсангиз, оғзи кенг очилган, тилчаси оғизни пастида бўлади: дарҳол болангизни эмизишингиз керак. Болани эмизишда тажриба бўлиши керак, ҳамма ҳам 1-уринишдан эмиза олмайди, бунинг учун ўрганиш лозим.



10. Агар бола кучли оч қолса еки йиғласа унга кўкрак берилса у тилини юқорига кўтаради, уни эмизиб бўлмайди. Болани аввал тинчлантириб кейин эмизинг. Бунда болани эмизиш учун исталган имкониятдан фойдаланинг, қачонки имкони пайдо бўлса. Агар бола 1та кўкракни афзал кўрса ,болага ўшани беринг.

11. Эсда тутинг бола кўкракни ўзига тортади, сиз унга кўкрак бермайсиз.

*Кўкракка тўғри қўйишни текшириш варағи:*

- Онани қулай ўтирганлиги ва бўшашганлигини текширинг.
- Сиз ҳам шундай ўтиринг, шунда унга ердам беришингиз осон бўлади.
- 4та калит пунктини яхши англаганингизга ишонч ҳосил қилинг:
  1. Болани боши ва танаси текис чизикда бўлиши керак.
  2. Болани юзи онани кўкрагига қараган бўлиши керак, бурун-сўрғич қаршисида туради.
  3. Она бола танасини ўзига қаттиқ сиққан бўлади.
  4. Агар бола янги туғилган чақалоқ бўлса, уни фақат елка ва бошини эмас, бутун танасини ушлаш керак.
- Онага кўкракни қандай ушлашни ва уни болага беришни кўрсатинг:  
— унинг бармоқлари кўкрак қафасида кўкракни остидка эркин етиши керак, кўрсаткич бармоқ кўкрак асоси учун таянч бўлади. Бу кўкрак шаклини яхшилаб бола эмиши учун осон бўлади. Кўкракни сўрғичга жуда яқин тутмаслик керак.
- Болани оғизчаси кенг очик ва лаблари чуччайган бўлиши керак. Кейин уни кўкракка қўйиш керак. Болани пастки лаби сўрғични пастида бўлиши керак, унинг энгаги кўкракка епишган бўлиши керак.
- Кўкракка тўғри қўйганда болани лаби ва милклари ареолага босим беради.
- Тили оғизни пастки қисмида жойлашади. Тили ва пастки жағини биргаликдаги иши тўлқинсимон ҳаракат билан сут синусларини эзади ва сут чиқади.
- Тилни болани лаби ва она кўкраги орасида кўриш мумкин.
- Бола бир хилда ва секин сутни сўради ва ҳаракатлар баъзида қулоққача тарқалади. Унинг эмишини эшитасиз.
- Энгак ва бурни она кўкрагига тегиб туради, сизни унинг нафас олиши безовта қилмасин, табиат шу ҳолатда тўлиқ нафас олиш имконияти билан яратган. Истисно, қачонки бола кўкрак учун курашса, бошини эркин ҳаракат қилолмаса курашиш бошланади, масалан: агар катта одам қўли билан уни бошини сиқса.
- Болани тўғри ҳолатда эмизилса оғриқсиз бўлади. Онани реакциясига эътибор беринг, онадан болани эмизганда нимани сезишини сўранг.
- Барча белгиларни болани кўкракка тўғри қўйганда текширилади..

**Кўкракка кеч қўйишга кўрсатма бўлиши мумкин:**

**1) Бола томонидан:** асфиксия билан туғилган, туғруқ травмасига шубҳа, кефалогематома, умумий ахволи қоникарсиз бўлган янги туғилган чақалоқлар, чуқур чала туғилган болалар, ривожланиш нуқсонлари, резус номослик.

**2) Она томонидан:**

Туғруқ вақтидаги хирургик аралашувлар, преэклампсия ва эклампсия туғруқ ҳолати, туғруқ вақтида кўп қон йўқотиш, исталган инфекция жаран, болани эмизиш учун онани ҳолати тўғри келмаса, унга туғилгандан кейин 1-2 соатда бутилкадан донор сути бериш керак

### **Кўкракдан озиқланишга қарши кўрсатмалар:**

Туберкулезни очик шакли, юрак, буйрак, қон касалликларини декомпенсация босқичи, емон сифатли ўсма,

Психик касал она психиатр билан келишган ҳолда эмизиши мумкин, Болани сут эмишига қарши кўрсатмалар,

Моддалар алмашувининг ирсий аномалиялари— фенилкетонурия, галактоземия, лейциноз, алактазия, гипогалактозия. Бу касалликлар янги туғилган чақалоқда аниқланса сутсиз овқатланишга ўтказиш керак.

**Кўкрак сутида оксил, еғ, углевод нисбати 1: 3 : 6.**

### **Энергияга эҳтиёж**

*ВОЗ нинг “кўкрак ешидаги ва эрта ешли болаларни эмизиш ва озиқлантириш” ўқув семинар материалида айтилган:*

*Энергияга эҳтиёж-бу озуқанинг энергетик миқдори бўлиб, тўқимада тўпланадиган энергия ва сарфланадаган энергияни муносабатга олиб келиш учун керак.*

*Энергия сарфланишини асосий алмашинувга (умумий энергия сарфини 50-60% га тўғри келади), физик ривожланиши (умумий энергия сарфини 30-40% га тўғри келади) ва термогенезга (умумий энергия сарфини 5-8% га тўғри келади) бўлиши мумкин. Физик ривожланиши учун талаб қилинадиган энергия миқдори тузилганда УЭС ни 35% гача, 1 ешида 5% гача тез камаяди. Асосий алмашинувни ҳаёт фаолиятини таъминлашга эҳтиёж деб ўйлаш мумкин. Шундай қилқб энергия сарфи биосинтезга, моддалар алмашувига, нафас ва юрак функционал ишлаши учун кетади.*

### **Оксилга эҳтиёж**

Оксилни ичакда парчаланишини ҳисоблаб янги туғилган чақалоқларда эрта неонатал даврини охирида оксилга суткалик эҳтиёжи 2,25г/кг/сут ни ташкил этади. ВОЗ ни ўқув семинарларида неонатал даврда она сутига эҳтиёж кунига ўртача 800мл, оксилга эҳтиёж 1,4г/кг ни ташкил этиши кўрсатилган. Чуқур чала туғилган болаларда (тана вазни 1500г дан кам) оксил озуқаларини оширишга тавсиялар ишлаб чиқилган (4-4,5 г/кг/сут). Оксилни эрта юкламасида 4,0г/кг/сут кўпинча метаболик ацидоз, гипераммониемия, азотиемия, патологик аминокислотурия ривожланиши мумкин. Кейинчалик ақлий қобилияти пасайиши кузатилади.

### **Ёғга эҳтиёж**

Янги туғилган чақалоқларнинг ошқозон-ичагида еғни парчаланиши оксил ва углеводни сўрилишига нисбатан анча паст бўлади, ҳатто етилиб туғилган болаларда ўт кислота синтези пастлиги ҳисобига уғ мальабсорбцияси 10-15% ни ташкил этади.

### **Углеводга эҳтиёж**

Ҳомиладорликда ҳомилага глюкоза 4-5 мг/кг/мин. Тезликда ўтиб туради. Туғилгандан кейин глюкозанинг ушбу манбаи тўхтайти ва бола ташқаридан(овқатлар,парентерал ) ҳамда хусусий глюконеогенез ҳисобига глюкоза билан таъминланади. Ичакда лактоза ва сахарозани дисахаридга парчаловчи энзимларнинг ривожланиши ҳомила ичи ривожланишининг 8-ойи келиб тўлиқ тўхтайти ва одатда чала туғилган болаларда дисахаридларни парчаланиши билан боғлиқ муаммо бўлмайди. Лактоза ва сахарозанинг активлиги ичак касалликларида ва фототерапияда пасаяди, натижада лактоза парчаланмайди ва диарея ,ацидозга олиб келади.

### **Витаминга эҳтиёж**

Кўкрак сутидаги миқдори қараб аниқланади. Баъзида ҳомила ичида ривожланиш шароитига, гестация вақтига, перенатал паталогия, озикланиш характерига боғлиқ бўлади. Витаминга эҳтиёж юқори бўлиши мумкин. ВОЗ (1985) тавсияси бошқа маълумотлардан деярли фарқ қилмайди, улардан бир қанча витамин ва минерал моддалар 3ой гача бўлган болалар учун хавфсиз ҳисобланади. Тузилган норматив эҳтиёжга кўра коэффицент 15% га ўзгаради: фолий кислота-16мкг/сут, витамин В12-0,1мкг/сут, аскорбин кислота-20мг/сут, а-токоферол—0,15-2мкг/кг/сут.

**Янги туғилган чақалоқларнинг биринчи 10 кунлигида керак бўладиган сут миқдори қуйидагича ҳисобланади:**

1) А.Ф.Тура модификациясида Финкельштейн формуласи: сут миқдори суткада (мл) =  $\eta\chi$  70 еки 80,  $\eta$ — ҳаётини куни. 1 сутка давомида бола учун керакли сут миқдорини (мл) аниқлаш учун унинг кунлик сонини 70 га кўпайтирамиз (туғилгандаги тана вазни 3200г дан кам) еки 80га (туғилгандаги тана вазни 3200г дан кўп). Бу формуладан 7-8-кунликкача фойдаланиш мумкин.

2)ошқозонни функционал ҳажмидан келиб чиқиб: сут миқдори (мл) 1 марта эмиш учун = 3 мл ҳаётини куни тана вазни (кг).

Ҳаётининг 10-кунидан бошлаб сутнинг суткалик миқдори тана вазнини 1/5ни ташкил этади ,700—750 млдан ошмайди.

Эгизаклар навбат билан эмизилади, кўпроқ безовта болани эмишидан бошланади, 2-бола худди шу кўкракка унинг тўлиқ бўшаши учун қўйилади. Кейинги эмишиш 2- бола озикланган охирги кўкракдан бошланади.

*Гипогалактия* –лактация даврида сут безлари фаолиятини секретор пасайиши Бўлиши мумкин: 1) эрта(туғилгандан кейинги 1- 10 кунлигида аниқланади) ва кечки(10кундан кейин); 2) бирламчи (соғлом аёл гормонал ўзгариши билан асосланади) ва иккиламчи (онани соматик касалликлари фонида,оғир туғруқдан кейин, руҳий травмалар.).

*Кам эмишиш*бола учун сут етишмовчилигининг тарқалган сабабларидан бири. Агар эмишиш сони 5-6 дан кам бўлса сут етишмовчилиги келиб чиқади.

**Сут миқдори камлиги белгилари:**

1. Чақалоқ тана вазнини кам қўшилиши (ойига 500 г дан кам, туғилгандан 2 ҳафтадан кейин унинг тана вазни камаяди)
2. кам сийиш
3. кўп йиғлаш
4. жуда тез-тез эмиш
5. жуда узоқ эмиш
6. бола кўкракдан бош тортади
7. нажаси қаттиқ, қуруқ, яшил
8. она сут соғолмайди
9. бола эмишдан қоникмайди
10. ҳомиладорлик вақтида сут безлари катталашмайди
11. туғруқдан кейин сут ажралмайди

### **Сут камлиги сабаблари:**

Эмизиш билан боғлиқ омиллар  
 Кам эмизиш  
 Тунда эмизмаслик  
 Эмизиш давомийлиги кам  
 Кўкракка нотўғри қўйиш  
 Бутилка, сўрғичлар  
 Докорм, прикорм киритиш  
 Онага таъсир қилувчи руҳий факторлар  
 Безовталиқ, стресс  
 Ишончни етишмаслиги  
 Кўкракдан эмизишга қаршилик

*Тунда эмизмаслик онада сутни камайишига олиб келади.*

*Қисқа вақт эмизиш шошилиши ва бошқа сабабга кўра бўлади.*

Сутни ажралиши ва кўкракни бўшалиши камайишига олиб келади.

- Баъзида оналар 1-3 дақиқа эмизацилар. Бунда бола дам олиш учун тўхтайтиди оналар бунга боламли қорни тўйди деб ўйлайди.
- Баъзида бола эмишдан тез тўхтайтиди. масалан: жуда иссиқ кийинтирилганда.
- Агар эмизиш вақти жуда қисқа бўлса, бола еғли ва энергетик орқа сутни етарли ололмайди.

*Кўкракка нотўғри қўйиш ҳам болани эмишига қийинлик тугдиради. ..*

*Бутилка ва сўрғичлар. Бола бутилкадан озикланса кўкракни олишдан кўрқади, бутилкадан қўшимча овқатлар берилса унинг она сугига қизиқиши йўқолади, кам эмади.*

*Болага 4-ойлигидан бошқа овқатлар( сок, ширин сув, эзилган олма) берилса кўкракни кам эмади, бу ҳам сутни камайишига олиб келади..*

Гипогалактии профилактикаси

*Сабабни изланг:*

1. Онани эшитинг, ундан нимани ҳис қилганлигини сўранг.
2. Кўкракдан озиклантириш тарихини тузинг.

3. Кўкракдан озикланишни баҳоланг.

4. Болани соғлиғини текширинг.

5. Онани сут безларини текширинг.

*Она билан суҳбатлашинг:*

- Қанча керак бўлса шунча эмизинг;
- Сут ўрнини босувчиларни керакли миқдорда беринг;
- Кўшимча овқатни чашкадан беринг;
- Кўшимчани кунига 1-2 марта беринг;
- Она ва бола кун давомида бирга бўлиши керак;
- Кўкрак сутини соғиб туринг .

*Кун ва озикланишининг рационал тартиби.:*

- Она уйкусини тартибга солиш (суткада 7—8 соат);
- Турли хил овқатланиш, 1 л дан кам бўлмаган сигир сути еки сут маҳсулотлари, сутни кўпайтирувчи асал, грек енғоғи, судак ларни истеъмол қилиш.
- Ҳар бир эмизишдан сўнг кўкракни соғиш ( охирги томчигача) . электротсосдан фойдаланиш эффектив. Сутни соғандан сўнг дарҳол сут безларига иссиқ ванна қилиш ва қайта соғиш. ;
- Сут беги массажи яхши эффект беради (1 кунда 2 марта, 3 минутдан)

Сутнинг миқдори ҳақида онанинг фикри

Боласига ва эмизишга унинг ҳис-туйғулари

Кўкракка болани кўйиш усулини яхшиланг

Кўкракни бўшалишини яхшиланг

Ажралаётган сутни эмизишини тушунтиринг

Қайси ҳолатда эмизишни тушунтиринг

Бутилкадан овқатлантиришни тўхтатинг

Тез-тез, узоқ, тунда ҳам эмизинг

Стрессни йўқотиш усулини топинг

Агар бола касал бўлса шифокорга кўрсатинг

Агар она эстероген тутган, диуретик таблеткалар қабул қилса бошқа препарат танлашига ердам беринг

Она ва болани ҳар куни кўриб туринг, бола вазн кўшиб бошлагандан кейин ҳар ҳафта кўриб туринг

*Дори моддалар:* никотин кислота (0,05 г 3 маҳал эмизишдан

20—30 мин аввал) еки глутамин кислота ( 0,5 г 3 маҳал), апилак ( 0,1 г 2 маҳал в день тил остига ), витамин Е ( 0,015 г 2 маҳал), витамин С ( 1 г 2 маҳал), пирроксан ( 0,015 г 2 маҳал).

Эрта 1 ламчи гипогалактияда лактацияга лактина 70—100 ЕД 1—2 маҳал маммофизином 0,5—1,0 мл 1—2 маҳал яхши таъсир кўрсатади. Сульпирид (0,05 г 3 маҳал ичишга) 2 ҳафта давомида

Фитотерапия — *Қичитқийт* (20 г скурук баргларини 1 л қайнаган сувга солинади, 1 ош қошиқдан 3 маҳал), *Д.Йорданов йиғмаси* ( аниса, укропа, фенхеля, трава душицы 25 г; 1 стакандан 2—3 маҳал в ичилади)

Иглоотерапия, УФО, УВЧ ва электрофорез

никотин кислота билан.

## **Чала туғилган чақалоқларни овқатлантириш методикаси.**

### *Бирламчи овқатланиш.*

Оғир соматик паталогия йўқ бўлган ҳолларда ҳамма чала туғилган чақалоқларни энтерал озиклантириш ҳаётининг 1-суткасида бошланади, уни ўтказиш методикаси функционал етилганлигига, тана вазнига, гестация вақтига боғлиқ. Гестация вақти 35-37 ҳафта билан чала туғилган чақалоқларни туғилгандан 2-3 соатдан кейин еки дарҳол эмизиш мумкин. Соғлом бола бўлса кўкракка қўйиш мумкин. Бутилкадан овқатлантиришда сўрувчи ҳаракатлар учун куч сарфланади. Ютиш ва нафас, тилча ва хиқилдоқ усти тоғайи ердамида бурун ва хиқилдоқ йўллари қайта бекилиши, ичак моторикаси координацияси гестацион ёши 33-34 ҳафтадан кам бўлган чала туғилган чақалоқларда бўлмади. Кўкракка қўйишнинг иложи бўлмаган ҳолатларда қошиқча ёки чашкачадан овқатлантирилади. Гестацион ёши 33-ҳафтадан кам бўлган чала туғилган чақалоқни асосий овқатланиш принциплари --эҳтиётлик ва кетма-кетликдир.

Овқатлантириш трофик озиклантиришдан бошланади. Овқатланиш ҳажми секин аста оширилади. Тўлиқ энтерал озикланишга ўтиш учун 1 неча ҳафта керак бўлади. 32-ҳафтагача туғилган болаларда кўкрак сути чала туғилган бола учун оптимал овқат шубҳасиз она сутидир. Чала туғилган болада кўкрак билан озиклантиришни йўлга қўйишда қийинчиликлар мавжуд. Она сути бола учун керакли бўлган озуқа моддалари, биологик актив моддалар ва химоя факторлари (иммуноглобулин, гормонлар, ўсиш факторлари, таурин, бифидоген факторлар) манбаи. Чала туғилган чақалоқларда НЯК, диарея, сийдик йўллари инфекцияси кам учрайди. Агар улар гестациянинг 33-ҳафтасида она сути билан озиклантирилган бўлса зонд орқали амалга оширилади. Зонд орқали озиклантириш узлукли ва давомли (томчи). Узлукли юборилганда сутнинг керакли бўлган марталик порцияси юборилади ва кейин дарҳол олинади (ҳар 3 соатда). Зонд узунлиги қаншардан ханжарсимон ўсиққача ўлчанади (10-12 см атрофида). Зонднинг эркин учидан шприцни киритиш учун тешик бўлади. Шприцда ўлчанган миқдордаги сут секин юборилади. Сут илиқ бўлиши лозим. Орогастрал зонд назогастрал зонддан афзалроқ. Назогастрал зонддан ҳавони ўтишига қўшимча қаршилик туғилади. Бунда апноэ келиб чиқишига имкон бўлади. Зонд орқали сутни узлукли юбориш гормонларни циклик ажралишига олиб келади ва бу чала туғилган чақалоқларда ошқозон ичакни ривожланишини стимуллади.

ОНМТ (1500 гдан кам) бўлган чақалоқлар, шунингдек жуда катта лекин ҳолсиз болаларга доимий зонд қўйилади. Зонд ошқозонда 3-7 кун сақланади. Сут махсус томизгичларда томчилаб юборилади. Бир неча текширувларга кўра, сутни давомли юборишда вазн яхши қўшилади, шунингдек энергия сарфи узлуклига нисбатан кам бўлади. Озиклантириш ҳажмини оширганда, асосан интенсиф даволанган болаларда ҳар бир сут юборишдан олдин ошқозон таркибини поршенли шприц ёрдамида сўриб олиш керак. Агар у ҳаво ёки шиллик бўлса, озиклантириш стандарт схема бўйича давом

эттирилади. Агар бунда аввалги киритилган сут ҳажмидан 10% кўп олинса, сут порцияси камайтирилади (минимум 50% гача) ва кейин кам-камдан оширилади.

Аспиратда патологик аралашмалар (ўт) бўлса, ёки димланиш бўлса, энтерал озиклантириш вақтинча тўхтатилади. Энтерал озикланишни бузилиши сабаблари аниқланади ва йўқотилгандан кейин яна кичик ҳажмда (2-3 мл) ошириб бориш мақсадга мувофиқ. Қусиш, сригивания, қорин дамлиги стандарт озиклантириш (сабаблари аниқлангунча) схемасини бекор қилиш учун кўрсатма бўлади.

Энтерал озиклантиришни имкони бўлмаганда энтерал озиклантириш парентерал билан бирга олиб борилади.

Энтерал озиклантириш қуйидаги умумий схемадан бошланади:

1. Доимий зонд киритилади кейин 30-40 минут давомида ҳаётий муҳим функциялар бузилиши йўқлигига ишониш.
2. Озиклантиришга толерантлик пробаси—дистилланган сув юборилади (чала туғилган чақалоқлар тана вазни 1000г дан кам бўлганда 1мл, қолганларга 2-3мл ) 3 соат давомида қоринда шиш ва бошқа ҳолатларда кузатилмаслигига ишониш.
3. Бир қанча дистилланган сув юбориш (жуда оғир болалар учун) ёки ўсиб боровчи ҳажмда 5% глюкоза эритмаси 1-3мл (5-7мл дан кўп эмас) тунгги танаффуссиз ҳар 3соатда. Бу проба индивидуал юборилади.
4. Трофик озикланишни тўлиқ энтералга секин-аста ўтказилади. Озиклантириш 2000-1500г тана вазнига 5-7мл ҳажмда бошланади ва 5мл дан ошириб борилади. 1500-1000г тана вазни бола учун биринчи ҳажм 2-4мл ни ташкил этади, кейин 2-3мл га оширилади. 1000г дан оғир бўлган болалар ҳар 3 соатда овқатлантирилади. (суткасига 8 марта). ЭНМТ болалар учун озикланиш (1000г гача бўлган тана вазни) 1-2мл она сути киритишдан ёки махсус аралашма ва дистилланган сув (1:1) киритишдан бошланади, ҳар 3 соатда тунгги танаффусларсиз. Кейинчалик суткасига 1-2 мл дан ошириб борилади.

Ҳомиладорликнинг 24-ҳафталигида туғилган бола бир неча этапларда бутилкадан ёки кўкрак сути билан озиклантирилади. Барча фойдаланилган методлар ҳар бир бола учун индивидуал танланади. Адекват озиклантиришни назорати тана вазнини етарли қўшилиши. Ҳар кунги қўшиладиган тана вазнини нормасини аниқлашда ҳомиладорликнинг 3-триместрида ҳомила тана вазнини ошиши ҳисобга олинади, ўртача 15г/кг/сут. Кейинги ойларда соғлом чала туғилган чақалоқларда тана вазнини қўшилиши ҳаётининг биринчи йилида гестация вақтига боғлиқ. Агар ҳаётининг биринчи ойида тўлиқ туғилган чақалоқлардан кам бўлса кейин интенсивлик анча ортади.

Туғилгандан кейинги яқин соатларда энтерал озикланишнинг имкони бўлмаса парентерал озиклантирилади (ОНМТ болалар учун туғилгандан кейин 1 соатдан кўп бўлмаган вақтда).

Парентерал озиклантириш ҳаётининг 1-кунида суюқлик, глюкоза, кальций юборилади. ОНМТ болаларда 2-кунда оқсилга эҳтиёж бўлади.

Бундан ташқари аминокислотани эрта киритиш унда венага глюкоза юборишдаги толерантлик яхшиланади.

Чала туғилган чақалоқларни парентерал озиклантириш принциплари:

\*сезиларли йўқотилган суюқлик ,озуқа ўрнини коплаш,керак бўлганда соматик ёки хирургик бузилишларни коррекциялаш.

\*Электролитлар ва суюқликлар миқдорини (ҳар 12-24 соатда) доимий ҳисоблаш.

\*Монитор кузатув (КОС,глюкоза,электролитлар даражаси,ажраладиган суюқлик миқдори,тана вазни динамикаси) туғилгандан кейинги узок парентерал озиклантириш (интенсив терапияда) ошқозон-ичак шиллик қавати атрофиясига ва ривожланишини тўхташига олиб келади. Бу ҳолатлар энтерал озикланишга ўтказилганда тикланади. Она сутини ошқозон-ичак трактида киритилганда у ошқозонни стимуллайди. Парентерал озикланишдан энтерал озикланишга секин-аста ўтказилади. Ошқозон-ичакни энтерал озикланишга тайёрлашда трофик озиклантириш методикаси қўлланилади (минимал,бошланғич.камкалорияли ). Жахон адабиётларида бошланғич хажмни жуда катта диапозони келтирилган :

Тахминан 0.1 дан 20 мл/кг/сут гача, кўпинча 10-14 мл/кг/сут ва концентрацияси ошириб борилади.

Ҳозирги вақтда шунга ўхшаш ишонарли тактика ўз исботини топган :

-ошқозон- ичак трактининг морфологик ва функционал ривожланиши яхшиланади.

-ошқозон-ичак трактида гастрин ва бошқа гормонларни синтезланиши яхшиланади.

-гипербилирубинемия камаяди (боғланмаган билирубин).

-суяқларни метабolik касалликлари частотаси камаяди (чала туғилган чақалоқларнинг остеопатияси).

-холестатик сариқлик частотаси камаяди.

### **Назорат саволлари**

- 1.Бирламчи кўкракка кўйиш техникаси қандай?
2. Зонд орқали болани овқатлантириш қандай амалга оширилади?
- 3.Сутни соғиш ва уни сақлаш қандай амалга оширилади?
- 4.Эгизакларни овқатлантириш
- 5.Кўкрак сутининг сигир сутидан фарқи нимада?

### **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

## **БОЛАЛАР ИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРИ**

**1-амалий машғулот: Болаларда вирусли гепатитлар.** Диагностика, даволаш, реабилитация, профилактика.

### **Режа:**

Ишдан мақсад:

- энтерал ва парентерал вирусли гепатитларнинг асосий клиник-лаборатор синдромлари билан таништириш;
- турли хил этиологик гуруҳдаги вирусли гепатитларнинг оқибати, диагностика услублари ва беморларни даволаш принципларининг хусусиятлари;
- вирусли гепатитлар муаммосига қизиқиш хиссини тарбиялаш;
- вирусли гепатитлар билан оғриган беморлар ҳаётига бўлган жавобгарлик хиссини тарбиялаш;
- бемор олдида илмий, мантиқий фикрлашини шакллантириш;
- вирусли гепатитлар билан касалланган беморларни диагностика ва даволаш масалаларига ижодий ёндашиш.

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**

- вирусли гепатитли беморларнинг шикоятларини йиғишни;
- беморларнинг эпидемиологик ва касаллик анамнезини йиғишни;
- беморларни аъзо ва тизимлар бўйича кўриқдан ўтказишни;
- вирусли гепатитга хос бўлган симптомларни ажратиб олишни;
- тахминий клиник ташхисни шакллантиришни;
- лаборатор текширув натижаларини баҳолашни;
- вирусли гепатитли беморларнинг касаллик баённомасини тўлдиришни;
- вирусли гепатитли беморларда даволаш режасини тузишни.

### **Машғулот ўтказиш жойи, жиҳозланиши**

- аудитория;
- вирусли гепатитлар бўлими;
- қабул бўлими;
- бокс бўлими;
- диагностика бўлими;
- поликлиника бўлими;
- лабораториялар (клиник, биохимик, бактериологик, иммунологик).
- техник воситалар: тематик беморлар (ВГА, ВГВ, ВГС, ВГД, ВГЕ билан оғриган беморлар); оверхед; мультимедиа проектори; TV-видео; ўргатувчи-

назорат қилувчи дастур; янги педагогик технология усуллари сценарийлари; вазиятли масалалар.

## **ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР.**

Ҳозирги вақтда инсонларда учрайдиган вирусли гепатитлар А, В, С, Д, Е турлари алоҳида шаклланган нозологик гуруҳларга бўлиниб улар бир-биридан бир қанча хусусиятлари: захарли маҳсулотлар ишлаб чиқариши, юқиш йўллари ва омиллари, патогенез ва иммуногензи, клиник белгилари, кечиш оғирликлари ва асоратлари, даволлаш усуллари ва профилактикаси билан фарқланади. Уларни бирлаштирувчи хусусиятлари бошқа аъзоларга нисбатан кўпроқ жигарни зарарлаш ва жигар фаолиятини бузишдир.

Ҳозирги вақтда гепатитлар юқиш механизми бўйича икки гуруҳга; оғиз орқали юқадиган – А, Е ва парентерал йўл билан юқадиган – В, С, Д гуруҳларига бўлинади.

Энтерал – оғиз орқали юқадиган гепатитлар – бу оғиз-нажас орқали юқиб, касаллик кўпинча енгил кечиши, оғир шакллари камроқ учраши, 1,5-2 ой мобайнида тўлиқ тузалиши, сурункали шаклга ўтмаслиги билан фарқланади.

Микст гепатитлар бу бир вақтда бир неча хил вируслар билан зарарланиб ёки организмда бор инфекцияга бошқаси келиб қўшилиши натижасида пайдо бўлади. Бу касаллик узоқ давом этади, оғирроқ кечиб, ҳар хил асоратларга олиб келади.

Вирусли гепатит А. Гепатит А РНК сақлайдиган пикорновируслар оиласига киради. Гепатит В вирусидан фарқли равишда ичида седцевинаси ва қобиғи йўқ. Вирусга тегишли бўлган 7 та генотип қават битта НАА сақлайди. Бу унинг моноколониал хусусиятини билдириб фақат битта анти-НАV антителио ишлаб чиқишини билдиради.

НАА нажасдан аниқланади (нажас антигени). Қон зардобида касалликнинг бошланишида М гуруҳига тегишли анти-НАV, кейинчалик эса G гуруҳига тегишли антителио топилиб улар қайтадан касалланишни олдини олади.

Гепатит А вируси кислота ва ишқорларга чидамли, эфир ва хлороформда зарарсизланмайди, қайнатилганда 5 дақиқада ўлади, куруқликда 10 кун, суюқликларда 3-10 ойгача, биологик ажратмаларда 30 кунгача сақланиб туриши аниқланган.

Эпидемиологияси. Гепатит А вируси оғиз-нажас йўли орқали юқадиган касалликларга ўхшаб спорадик ва эпидемик тарқалишга мойил. Бу вирус мулоқот орқали тез юқиши мумкин бўлганлиги учун эпидемик жараён фаоллашган бўлиши мумкин.

Гепатит А Ер юзида кенг тарқалган. Касаллик манбаи бўлиб касалликнинг ҳамма клиник шакллари билан касалланган беморлар ҳисобланади. Вирусларнинг организмда репликацияси ва ташқи муҳитга ажралиб чиқиши юқиш содир бўлгач 2-4 ҳафтагача давом этади. Касалликнинг сариклик шаклида бу давр яширин даврнинг охири ва

сариклик даврининг бошларига тўғри келади. Сариклик даврининг ўрталарида вируслар ажралиши кескин камая бошлайди.

Юқиш йўллари бошқа ичак инфекциялариникига ўхшайди.

Патогенези. Гепатит А да иммунитет ҳосил бўлиши юқори бўлганлиги учун гепатит В дан фарқ қилади ва организмлар ўзини химоя қиладиган инфекция гуруҳига киради. Организмда пайдо бўладиган тезкор иммунитет вируслар репликациясини (бирикишини) тўхтатиб вирусларни бошқа соғлом гепатоцитларга тарқалишини олдини олади. Некрозли гепатоцитлар аутолизиди ажралиб чиққан вируслар ва антигенлар иккиламчи вирусемияга сабаб бўлиши мумкин. Ажралиб чиққан антигенлар Т-лимфоцитлар реакциясига таъсир этади, макрофаглар фаолиятини оширади ва танада махсус IgM ва аутоантителоларни йиғилишига олиб келади. Бу ўз навбатида вирусларни организмдан тезда тозаланиши ва жигар некроз жараёнини камайишига сабаб бўлади. Гепатит А дан кейин доимий турғун иммунитет қолади ва қайтадан касалланмасликни кафолатлайди.

Гепатит А ни ташхисда аниқланадиган маркерлар – анти-HAV IgM касалликнинг ўткир босқичида, анти-HAV IgG касалликни охирида ёки касаллик ўтказганларда бир умр сақланиб қолади.

Клиникаси. Касалликнинг яширин даври 10-40 кун, ўртача 25-30 кун. Касаллик ўткир бошланиб гриппсимон кўринишда инфекция-токсик белгилар билан кечади ва кейинчалик диспептик белгилар кўшилади. Болаларда касаллик абдоминал белгилар – қорин оғриши билан бошланиб 1-2 кунда ўтиб кетади. Сариклик белгилари бошланиши билан беморлар аҳволи яхшиланади. Юқумлилик жараёни 1,5-2 ой давом этиб сурункали шаклга ўтмасдан тугайди.

Вирусли гепатит Е. Гепатит Е вируси бир қатордан тузилган РНК сақлайдиган вирус бўлиб, қобиғи йўқ. Ҳозирча бу вирус тўлиқ ўрганилмаган. Вируснинг 3 та асосий генотиби: Мексика ва 2 та Осиё тури бор. Ҳамма генотиплар бир серотипга тегишли бўлганлиги учун серологик ташхисда иккаласи ҳам ижобий бўлиши мумкин.

Эпидемиологияси. Вирусли гепатит Е вирусли гепатит А га ўхшаб оғиз-нажас орқали юқадиган антропоноз касалликдаир. Касаллик манбаи бўлиб латент ва сариксиз шакли билан оғриган беморлар ҳисобланади. Касаллик юқиш йўли асосан сув орқали, алиментар йўл билан юқиши мумкин. Гепатит А дан фарқли равишда маиший мулоқот орқали жуда кам ҳоллардагина юқиши мумкин. Гепатит Е нинг гепатит А га нисбатан юқумлилик даражаси камроқ бўлганлиги учун 5-10 ёшдаги болалар касалланади. Кўпроқ 15-40 ёшдагилар касалланадилар.

Патогенези деярли гепатит А га ўхшаб кетади. Вирус гепатотропизм хусусияти тўлиқ ўрганилмаган.

Гепатит Е ўтказгандан кейин қоладиган иммунитет гепатит А дан фарқ қилиб, доимий эмас.

Клиникаси. Касалликнинг яширин даври 2-8 ҳафта, ўртача 5-6 ҳафта, гепатит А га нисбатан узокроқ. Клиник белгилари гепатит А га яқинроқ туради. Гепатит Е эпидемияларида сариклик шаклига нисбатан сариксиз

шакли 5 ва ундан ортиқ маротаба кўп учрайди. Гепатит А дан фарқли равишда гепатит Е да продромал даврида диарея белгилари бўлади. Касаллик 2-3 ҳафта давом этиб кўпчилик беморларда соғайиш билан тугайди.

Гепатит Е да ўзига хос хусусиятларидан бири ҳомиладор аёлларда касаллик оғир кечиб ўлимга олиб келиши мумкин. Кўпроқ ҳомиладорликнинг охириги ойларида хавфли ҳисобланади. Бунда касаллик фульминант шаклда кечиб, кучли жигар некрози ва бош миянинг етишмовчилиги бўлади. Беморларда ҳомила тушиши кузатилиб аҳволи кескин оғирлашади.

Гепатит Е нинг ташхиси қуйидаги маркерлари – анти-HEV IgM, HEV РНК касалликнинг бошланишида, HEV IgG – касалликнинг якунида аниқланишига қараб қўйилади.

Вирусли гепатит В. В гепатит вируси ҳозирги гепадновирус оиласига тегишли бўлган ДНК сақловчи вирусдир. ДНК узукка ўхшаш, иккита спиралдан ташкил топган бўлиб мусбат занжир манфийсига нисбатан 30%га қисқароқдир. Гепатит В вируси юмалоқ шаклга эга. Вируснинг ички қавати нуклеокапсидан тузилган бўлиб вирус асосини (сердцевинасини) ташкил қилади. Унда вирусларнинг асосий оқсиллари – антигенлари, вирус репликацияси фаоллигини таъминотчилари бор. Бу ички ёки юраксимон антиген – HBsAg ва унга яқин бўлаг HBeAg тузилиши ўхшаб биргаликда келади. HBeAg HBsAg нинг эрувчи қисмидан ташкил топади. Жигар хужайралари ядросидан ташкил топилган HBsAg HBeAg дан фарқ қилиб HBeAg қонда айланиб юради. HBeAg нинг қонда топилиши биринчи навбатда HBsAg нинг жигар тўқималарида борлигини тасдиқлайди.

Гепатит В вируси ташқи қобиғи оқсил моддасини юзаки антиген HBsAg ташкил этади.

Гепатит В вируси кимёвий ва физик таъсирларга, совуқ шароитга чидамлидир. Хона шароити ҳароратида 3 ойгача, музлатгичларда 6 ойгача, музлатилганда 15-20 йил, қуритилганда плазмада 25 йилгача сақланиши мумкин. Қайнатилагнда 30 дақиқадан кейингина вируслар зарарсизланиш исботланган. Вируслар деярли ҳамма дезинфекцияловчи моддалар ва қон консервантларига чидамлидир. Автоклавда 120°Сда қиздирилганда вируслар 5 дақиқада, қуруқ иссиқда (160°Сда) 2 соатда зарарсизланиши кузатилган.

Эпидемиологияси. ВГВ эпидемиологияси антропоноз, трансмиссив бўлмаган қон орқали юқадиган касалликлар қонуниятларига асосланган. ВГВ эпидемиологияси хусусиятларидан бўлиб касаллик манбаи ва юқиш йўллари – табиий ва сунъий ҳисобланади. Касаллик манбаи бўлиб касалликни ўткир, сурункали шакли билан касалланган беморлар ва вирус ташувчилар ҳисобланади. ВГВ да касалликнинг асосий манбаи бўлиб қуйидагилар ҳисобланади: қон, сперма, аъзолар топширувчи донор ва реципиентлар; гиёҳвандлар; тиббиёт ходимлари – жарроҳлар, стоматологлар, лаборантлар; гемодиализ бўлими ходимлари ва беморлари, онкология ва сил касалликлари бўлими ходимлари ва беморлари; бесоқолбозлар(гомосексуалистлар); ҳар хил кимсалар билан тартибсиз жинсий алоқа қилувчилар; вирус ташувчи

оналардан туғилган болалар; руҳий касалликлар муассасалари ходимлари ва беморлари; гиперэндемик ўчоғлардан кўчиб келган аҳоли.

Касалликни асосий юқиш йўли – қон аралашган буюм ёки моддаларни қонга тушиши – парентерал. Касалликни юқиш омиллари бўлиб сперма, қин суюқлиги, хайз қони бўлиб ҳисобланиши мумкин. ВГВ нинг юқиш омиллари бўлиб уй-рўзғор буюмлари, устара ва маникюр асбоблари, тароқлар, тиш чўткалари ва яхши тозаланмаган кесиш асбоблари бўлиши мумкин.

Касаллик манбаидан қатъий назар ВГВ нинг асосий юқиш йўли парентерал.

Сунъий юқиш йўллари – тиббий ва нотиббий (наркотиклар юбориш, татуировка қилиш, қулоқни зирак тақиш учун тешиш ва ҳ.к.) муолажалар.

Табиий юқиш йўллари – жинсий, парентерал (плацента орқали, чақалоқлар туғилаётганда), жароҳатланган тери (маиший алоқа) орқали. Касаллик оналар сути орқали юқиши ҳам исботланган.

Патогенез. ВГВ вируси тўғридан-тўғри цитопатологик таъсир кўрсатмайди. Вируснинг зарарлаш таъсири бевосита унинг иммунопатоген таъсирига боғлиқ бўлади. Бошқа вирусли гепатитлар каби ВГВ да ҳам патоморфологик ўзгаришларнинг заминида гепатоцитлар цитолизи ва кучайиб борадиган некробиотик ўзгаришлар ётади. Гепатоцитлар цитолизи ҳужайра ичидаги метаболик ўзгаришларда намоён бўлиб, бунда ҳужайралар ташқи қобиғи тузилиши ўзгаради, уларнинг ўтказувчанлиги ортади. Гепатоцитларда моддалар алмашинуви бузилади. Ҳужайра ичидаги натрий, калий ионлари ва ферментлар ҳужайра ташқарисидаги микроэлементлар концентрацияси билан алмашилиб улар орасидаги мувозанат ўзгаради. Бунда ҳужайраларда ацидоз ва гипоксия силжишлари кузатилади, энергия ишлаб чиқариш камаяди, ҳужайраларнинг биоэнергетика кучи кескин камаяди. Оксиллар, витаминлар синтези, қон ивиш фаолияти бузилади. Глюкоза утилизацияси, аминокислоталар дезаминацияси ва переаминация жараёни, холестеринлар эстерификацияси, билирубин конъюгацияси камаяди. Жигарнинг зарарсизлантириш фаолияти камаяди.

Вируслар асосан гепатоцитларга бирикиб олади. ВГВ вирусининг гепатоцитларда узоқ сақланиб туриши уларни ҳужайра ичига кириб генетик жараёнга таъсир қилишига олиб келади. Бу эса ўз навбатида организмни иммун фаолияти вирусларга етарлича таъсир қила олмаслигига, инфекция жараёнининг сурункали шаклга ўтишига олиб келиши мумкин.

ВГВ патогенезида, айниқса сурункали кечишида гуморал ва ҳужайра иммунитетига боғлиқ бўлган аутоиммун жараён муҳим аҳамият тутаяди. Бу турдаги иммунитет вирусларни оксил тузилишига қараб аниқлаб олади. Вируслар ДНК си ўз оксил тузилишини гепатоцитлар қобиғи оксил тузилишига яқинлаштириб олишлари сабабли гуморал иммунитет таъсирида “бегона” оксил моддалари ўрнига “хусусий” соғлом гепатоцитларни парчалашига ҳам сабаб бўлади.

Клиникаси. Касалликнинг яширин даври 45-160 кун, ўртача 3-4 ой. Касаллик босқичма-босқич келиб, сариқлик олди, сариқлик ва соғайиш

даврлари фарқланади. Гепатит А дан фарқли равишда ВГВ да сариқлик даврида интоксикация белгилари кучаяди.

Клиник шакллари бўйича: манифест (типик сариқ, сариқ холестатик компонент билан, сариқ атипик), сариқсиз, субклиник, HBs-Ag ташувчилик фарқланади.

Касаллик оғирлиги бўйича енгил, ўртача оғирликда, оғир, фульминант шакллари фарқланади.

Касаллик кечиши бўйича: циклик (1-3 ой), чўзилган (3-6 ой), сурункали (давом этаётган инфекцион жараён 6 ойдан ортиқ) шакллари бўлади.

Касалликнинг манифест шакли клиник белгилари, лаборатория кўрсаткичлари ва хусусий маркёрларга асосланиб ташхис қилинади.

Касалликнинг типик сариқлик шакли сариқлик белгилари борлигига, гепатомегалия, цитоллиз синдроми, клиник кечишида сариқлик олди, сариқлик ва тузалиш даврларининг аниқ белгилари борлигига қараб фарқланади.

Холестатик компонент билан кечадиган шакли оддий сариқ шаклидан сариқлик даврининг узок муддат (3-4 ҳафта) бўлиши, кучли билирубинемия ва нисбатан юқори гиперферментемия бўлади.

Сариқлик атипик шакли камроқ учраб кучли ва давомли сариқлик белгиси 30-40 кунгача, кучли бадан қичишиши, кучсиз интоксикация белгиларива кучсиз ферментемия, субфебрилитет, юқори ЭЧТ, ишқорий фосфотаза миқдорининг ортиб кетиши билан фарқланади.

Вирусли гепатитларнинг субклиник шакли касалликка хос бўлган клиник белгилари ва гепатомегалия бўлмаслиги, лекин қонда гепатитларга тегишли маркёрлар ва ферментлар ортишига қараб аниқланади.

HBs-Ag ташувчанлик деб – қонда ВГВ га тегишли маркёр бўлса ва клиник белгилари кузатилмаслиги билан бир қаторда биохимия, морфологик кўрсаткичлар (УЗД қилинганда жигарда ўчоқли ўзгаришлар бўлмаслиги ва томирлар фаолияти сақланганлиги) меъёрида бўлганда ташхис қўйилади.

Вирусли гепатитларда касалликнинг оғирлик кечиши кўрсаткичлари қўйидагиларга боғлиқ: интоксикация белгилари даражасига; геморрагик белгилар борлигига; лаборатория кўрсаткичлари даражасига; ВГ ларнинг оғирлик кечишига мойиллиги бор омиллар.

Интоксикация синдроми белгилари: ҳолсизлик, лоҳаслик, тез чарчаш, кайфиятсизлик, уйқунинг бузилиши, бош айланиши, “кўз олдида нишон” лар, иштаҳасизлик, кўнгил айнаш, қайт қилиш, тана ҳароратининг кўтарилиши.

Геморрагик синдром белгилари: тери ва конъюнктивга майда қон қуйилишлар, инъекция ўрнида кўкаришлар, милқдан, бурундан, ичакдан қон кетишлар, ҳайз кўришининг муддатидан олдин келиши ва узок давом этиши.

Лаборатория кўрсаткичлари: билирубин ва ферментлар миқдори юқори, тимол ва сулема синамаларининг ўзгариши, протромбин индекси кўрсаткичи меъёридан паст бўлиши.

Оғир шаклига мойил бўладиган омиллар: бир ёшгача бўлган болалар, хомиладорлик, эмизикли аёллар, продром даврида руҳий ва оғир тан

жароҳатлари олган, абортлар, спиртли ичимликлар ичиш, гепатотоксик моддалар таъсири, микст гепатитлар, генетик омиллар – оиласида гепатитнинг оғир ҳоллари кечганлар, кўшимча касалликлари – қандли диабет, туберкулёз, қон касалликлари, ошқозон ва 12 бармоқ ичак яра касалликлари, камқонлик, зотилжам.

Фульминант шакли – интоксикация белгилари жуда кучли, кома олди, кома белгилари, жигар ҳажмининг тезда кичрайиши, геморрагик белгилар, ПТИ кўрсаткичи жуда паст, билирубин-фермент ва билирубин-протеин диссоциацияси. Фульминант шаклида кетма-кет келувчи 4 та босқич бўлади: кома олди (прекома) I, кома олди II, кома I, кома II.

Прекома I. Асосий патогномик белгилари йўқ. ВГВ оғир кечишидан беморлар асаб руҳий ҳолатдаги ўзгаришларни аста-секин кучайиб боришидан фарқланади. Беморларда кўз олдида ҳар хил нарсалар кўриниши, бош оғриши, кўрқинчли тушлар кўриш, кундузи уйқучанлик ва кечаси уйқусизлик, ҳолсизлик ва беморларда кайфиятсизлик, айрим ҳолларда вақт ва атроф-муҳитга бефарқлик, нутқнинг ноаниқлиги кузатилиши мумкин. Беморлар ўз касаллик оғирлик даражасини фарқлай олмайди, аммо ўлим хавфини сезиб туришади. Эс-ҳуши жойида бўлади. Бунда беморларда ўнг қовурға равоғи остида оғриқ, пальпация қилинганда жигарда оғриқ ва ҳажмининг кичкиналашиши, тахикардия, оғзидан жигар ҳиди келиши кузатилади. Протромбин кўрсаткичининг кескин камайиши, билирубин-фермент диссоциацияси, геморрагик синдромнинг кучайиши касаллик оғир кечиши ва оғир асоратларга олиб келишидан далолат беради.

Прекома II. Прекома I да бўладиган клиник белгилар кучаяди. Кўшимча равишда беморларда эс-ҳушнинг ноаниқлиги, атроф-муҳитни аниқ фарқлай билмаслик кузатилади. Беморлар оддий топшириқларни қийинлик билан бажарадилар, мураккабларини бажара билмайдилар. “Кўл бармоқларининг титраши” белгилари ижобий бўлади. Беморларда вақти-вақти билан эс-ҳушидан айрилиш, психомотор алаҳсираш ва безовталиқ, талваса, галлюцинация кузатилади. Пешоб ва нажаснинг ўз-ўзидан ажралиши кузатилади.

Прекома I ва II нинг ўзига хос хусусиятидан бўлиб бемор аҳволининг маятниксимон ўзгариши, яъни клиник белгиларнинг прекома I ёки II ҳолатига ўтиб туришидир.

Кома I. Беморда эс-ҳуши йўқ, кучли таъсирларга реакция сақланган. Кўз қорачиғининг ёруғликка реакцияси йўқ. “Сувда сузаётган кўз олмаси” белгиси, Бабинский, Гордон патологик рефлекслари ижобий, клоник тиришишлар хуружи кузатилади. Юмшоқ мушаклар парези ҳисобига ичакларда атония, сийдик қопада сийдик йиғилиб қолиши ҳисобига қориннинг шиши кузатилади.

Кома II. Беморда эс-ҳуши бутунлай йўқ, арефлексия, ҳеч қандай сезгилар йўқ, Куссмаул ёки Чейн-Стокс типидagi патологик нафас бўлади.

Вирусли гепатит C. Гепатит C кўп учрайдиган касаллик бўлиб, аниқ маълумотларга кўра Ер юзи аҳолисининг 10% и шу касаллик билан зарарланган. Бошқа вирусли гепатитларга қараганда гепатит C вируси кўпроқ

сурункали шаклга ўтишига мойиллиги бор. Ҳамма сурункали жигар касалликлари, цирроз, гепатокарциномаларнинг кўпчилигини келиб чиқишига асосий сабаб HCV-инфекция ҳисобланади.

Гепатит С вируси бир занжирли РНК дан ташкил топган кичик вируслар туркумига киради. Гепатит С вирусининг ўзига хос хусусиятларидан бири генетик жиҳатдан мустақкам бўлмай, нуклеотидларини ўрни тез-тез алмашишиб туради. Бунда вируснинг янги генотип ва субтиплари пайдо бўлиб бу вирусга қарши вакцина тайёрлашни қийинлаштиради.

Эпидемиологияси. Гепатит С гепатит В ва гепатит Д га ўхшаб антропоноз трансмиссив бўлмаган қон орқали юқадиган инфекция ҳисобланади. Юқиш механизми парентерал, юқиш йўллари кўп бўлиб табиий ва сунъийга бўлинади. Касаллик манбаи бўлиб гепатит С билан оғриган беморлар ва вирус ташувчилар ҳисобланади. Эпидемиологик жиҳатдан тарқалиши бўйича қон ва қон моддалри, эритроцит ва плазма, иммуноглобулинлар юқори ўринда туради. Тиббий муолажалар орқали юқиши ҳам кўпроқ учрайди. Жинсий алоқа ва плацента орқали юқиши камроқ учрайди, чунки гепатит С вирусининг юқумлилиқ даражаси гепатит В вирусига нисбатан камроқ.

Патогенези. Касаллик ривожланиши учун асосий омил гепатит С вирусларининг гепатоцитлар билан репликациясидир (бирикиши). Гепатит В га ўхшаб гепатит С вируслари ҳам қон моноклеар ҳужайралари билан ҳам бирикиш хусусиятига эга.

Гепатит В дан фарқли равишда гепатит С да гепатоцит ҳужайралари генлари билан вирус генлари интеграцияси (қўшилиб ўхшаш бўлиши) кузатилмайди, чунки вирусда оралиқ ДНК йўқ. Гепатит С вируси тўғридан тўғри цитопатик хусусиятга эга бўлиб гепатоцитларни цитоллиз қила олади. Иккинчи томондан гепатит С вируслари антигенларининг иммуногенлик хусусияти кам бўлганлиги учун кучли иммунопатологик реакцияларда қатнашмайди. Гепатит С да гепатит В га нисбатан гуморал иммунитет ҳам пастдир. Гепатит С вируси химоя воситаси ишлаб чиқаролмаслиги сабабли кўпроқ сурункали шакли ўтиб кетади ёки реинфекция жараёни кузатилади.

Гепатит С вирусларининг организм иммунитет назорати фаолиятидан четлаб ўтишига асосий сабаб вируслар ҳар дақиқада антиген тузилишларини ўзгаририб туришдир. Бунда бир вақтнинг ўзида гепатит С вирусининг бир неча яқин хиллари организмда бўлиши мумкин, аммо иммунологик тузилиши бошқача бўлади. Гепатит С нинг бундай кўп штаммлиқ хусусиятига мос равишда организмда турли хилдаги антигенлар ишлаб чиқарилади, аммо вируслар ўзгариб тураверганлиги учун антигенлар миқдори ертарли бўлмайди.

Гепатит С га ташхис қўйишдаги асосий маркёрлар anti-HCV, HCV РНК.

Вирусли гепатит С клинкаси. Касалликнинг яширин даври 3-4 ҳафтадан 4-6 ой ва кўпроқ, ўртача 7-8 ҳафта. Клиник белгилари сустроқ ривожланади. Кўпгина ҳолларда касалликнинг ўткир босқичи аниқланмай



колиши мумкин. Касаллик латент ёки кам белгилар билан кечганлиги учун бошланишида аниқланмай қолади, кейинчалик жигар циррози гепатоцеллюляр карцинома ривожланса клиник белгилар юзага чиқади.

Ўткир гепатит С га ташхис қўйиш учун асос бўладиган белгилар: вирус маркерлари биринчи марта аниқланиши; жигарда сурункали жараён бўлмаслиги (диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия, УЗД кўрсаткичлари; анамнезда 1-2 ой ичида қон қуйилганлик ёки жарроҳлик муолажалари олганлиги.

Вирусли гепатит Д. Гепатит Д вируси илгари маълум бўлган вирусларга ўхшамайди. У ички ва ташқи қобикларга эга ҳам эмас. Геноми бир қаторли РНК дан ташкил топган ва кичкина молекуляр массага эга.

ГД вирусининг ўзига хос хусусиятларидан бири бўлиб унинг бошқа бир вирусга – В гепатит вирусига боғлиқлиги ҳисобланади. Ва у В вирусининг ташқи қобиғига ўрнашиб олади. Гепатит Д учун ёрдамчи вирус унинг бирикиб олишигагина эмас, балки хужайра ичига ҳам кириб олиши учун керак бўлади. Гепатит Д вирусидан ГВ вирусидан фарқли равишда хусусий полимеразаси йўқ. Унинг функциясини гепатоцит полимеразаси бажаради. Иккала вирус билан зарарланиш бир вақтда бўлган бўлиши мумкин ва коинфекция шаклланади. Суперинфекцияда – гепатит Д вируслари илгаридан маълум бўлган сурункали HBs-Ag ташувчилар вирусларига кейинчалик ўрнашиб олади.

Гепатит Д ҳам гепатит В га ўхшаб антропоноз касаллик бўлиб қон орқали тарқалади ва юқиш йўллари ҳам хилма-хилдир. Гепатит Д нинг эпидемиологик хусусиятлари гепатит В ники билан деярли бир хилдир.

Касаллик манбаи бўлиб асосан HBs-Ag ташувчилар ва сурункали ВГВ билан оғриган беморлар ҳисобланади. Гепатит Д га оилавий ўчоқларда зарарланиш хосдир.

Гепатит В дан фарқли равишда гепатит Д вируси ўзи ҳам цитопатик таъсирга эга бўлганлиги учун клиникасида қисқа яширин даври ўртача 35 кунлиги билан фарқланади ва кўпроқ гепатит А га яқин туради.

Касаллик клиникасида микст гепатит В+Д (коинфекция) ва гепатит Д (суперинфекция) фарқланади. Микст гепатит В+Д га касалликни ўткир бошланиб босқичма-босқич кечиши ва соғайиб кетиши хосдир. Гепатит В га нисбатан касалликнинг фульминант ва сурункали шакллари кўпроқ учрайди. Клиник белгиларига кўра кўпроқ ВГВ га ўхшайди. Продромал даври клиник белгилари ўткир бошланиб юқори иситма билан кечади ва ВГВ га ўхшаб кетади. Сариклик пайдо бўлиши билан бемор аҳволи яхшиланмайди, интоксикация белгилари кучаяди. Сариклик даварида субфебрил тана ҳарорати сақланиб туриши мумкин. Касалликнинг ўзига хос хусусиятларидан бўлиб касаллик бошланишидан 2-3 ҳафта ўтгач клиник белгилар яна қайталанади ёки ферментлар кўтарилади. Касаллик кечиши кўпроқ ўртача оғирликда бўлади.

Гепатит Д га (суперинфекция) фульминант ва сурункали шаклда кечиши, циррозга айланиш хосдир.

Гепатит Д га таъхис қўйишда асосан HBs-Ag дан таъқари anti-HDV IgM, anti-HDV ва PНК-HDV ҳам муҳим аҳамиятга эга. Коинфекцияда яна anti-HBc IgM топилади, суперинфекцияда топилмайди.

Вирусли гепатитларнинг кечиш шакллари.

Касалликнинг ўткир босқичма-босқич кечишида касаллик 1-1,5 ой давом этиб тўлиқ тузалиши билан яқунланади. Касалликнинг бундай кечиши гепатитнинг кўпроқ энтерал йўл билан юқадиганларига хос бўлиб, парентерал йўл билан юқадиганларида камроқ учрайди. Касалликнинг чўзилган шакли 6 ойгача давом этиб, бу кўпроқ парентерал йўл билан юқадиганларга хос.

Сурункали кечиши 6 ойдан ортиқ давом этиб бунда организмда вируслар сақланиб қолади, бу парентерал йўл билан юқадиган гепатитларда учрайди.

Сурункали гепатитларга этиологик таъхис қўйишда асос бўладиган маркерлар:

Сурункали В гепатитда HBsAg, ДНК-HBV. Сурункали гепатит В да бириктириш хусусиятига эга бўлган HBeAg топилиши беморда этиотроп дорилар қўллашга асос бўлади. Сурункали гепатит В да интегратив турида қонда HBeAg аниқланмай анти-HBeAg топилади.

Сурункали гепатит Д да HBsAg, anti-HDV, ДНК-HDV бўлади.

Сурункали гепатит С да anti-HCV, PНК-HCV бўлади.

Гепатит С да касаллик жуда кўп ҳолларда сурункали шаклга ўтиб кетишини ҳисобга олиб ва касалликнинг ўткир босқичи клиникаси суғ кечганлиги учун кўпроқ сурункали касалликлар қаторига қўшилади.

Сурункали гепатитларда инфекциян жараённинг фаоллик даражаси қон зардобида АЛТ ва АСТ миқдорига қараб аниқланади: суғ – меъеридан 1,5-2 марта кўп, паст – меъеридан 2-3 марта кўп, ўртача – меъеридан 3-5 марта кўп, қучли – меъеридан 5 мартадан кўп.

Вирусли гепатитларда ўтказилиши керак бўлган текширув усуллари:

Ўткир вирусли гепатитларда: 1. Қонни биохимия текширув усуллари: АЛТ (меъерида 0,68 ммоль/л); АСТ (меъерида 0,48 ммоль/л); умумий билирубин (меъерида 20 мкмоль/л), боғланган билирубин (меъерида топилмайди), боғланмаган билирубин (меъерида 20 мкмоль/л); протромбин кўрсаткичи (меъерида 80-100%); тимол синамаси (меъерида 4 ед); сулема синамаси (меъерида 1,8-2,3 ед). 2. Гемограмма (вирусли гепатитларда – лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, моноцитоз, ЭЧТ пасайиши). 3. Сийдик таъхили (сийдик тўқ сариқ рангда, ўт пигментлари ижобий). 4. Вирусли гепатитларнинг серологик маркерларини аниқлаш.

Сурункали гепатитларда қўшимча: умумий оксил ва унинг фракциялари (меъерида 65-86 г/л, альбумин – 40-50 г/л, альфа-глобулин 2-6,7%, бета-глобулин – 9,2%, гамма-глобулин – 16,8 % ); ишқорий фосфатаза (меъерида 1,0-3,0 ммоль/л); жигар ва ўт йўллариини УЗД ёрдамида текшириш; жигардан биоптат олиш ва морфологиясини текшириш.

Вирусли гепатит билан оғриган беморларни касалхонага ётқизиш учун кўрсатма.

Ўткир вирусли гепатитларни енгил ва ўртача оғирликдаги кечишида касаллик этиологшиясидан қатъий назар, агарда ижтимоий-маиший шароити яхши бўлса участка врачлари ва инфекционист рухсати билан беморлар уй шароитида даволанишлари мумкин.

Касалхонада даволаниши шарт бўлган беморлар: ўткир вирусли гепатитнинг оғир кечишидаги беморлар; касаллик оғир кечишига мойил бўлган беморлар (қўшимча касаллиги бор беморлар).

Ҳомиладор аёллар вирусли гепатит билан касалланса улар махсус юқумли касалликлар бўлимига ётқизиблиб гинеколог ва инфекционист назоратида бўлишлари керак, чунки аёлга ва болага тез тиббий ёрдам керак бўлиб қолиши мумкин бўлади.

Вирусли гепатит билан оғирган беморлар уй шароитида даволанаётганда кўриладиган чоралар: касаллик авж олган ва касаллик белгилари сусайган даврда ҳар куни врач назоратида бўлиши керак; интоксикация белгилари кучайса, иштаҳасизлик, кунига 2 ва ундан ортиқ марта қайт қилса, тахикардия, уйқусизлик бўлса беморлар касалхонага ётқизилади.

Қон таҳлилини текшириш учун 10 кунда бир мартаба уйда, реконволесценция даврида эса поликлиникада олинади.

Вирусли гепатитларни даволаш асослари.

Вирусли гепатитларни даволаш жигардаги актив жараёни камайтириш ва асоратларини олдини олишга қаратилган патогенетик усулга ва вирусларга қарши таъсир кўрсатадиган этиотроп даволашга асосланган.

Ҳамма вирусли гепатитларда патогенетик даволаш усуллари бир хил бўлади, чунки касаллик белгилари кўзгатувчилар турига боғлиқ бўлмайди.

Даволашнинг асосий шартлари бўлиб беморнинг ёши ва қўшимча касалликлари, касалликнинг кечиш оғирлигига қараб эрта бошлангани мақулдир.

Патогенез бўйича даволаш базис дориларисиз ва дорилар билан даволашга бўлинади. Базис дориларсиз даволашга пархез ва ётоқ тартиби киради.

Вирусли гепатитлар билан оғирган беморлар уй ва касалхонада даволанишидан қатъий назар ҳар хил оғир юмушлардан ҳоли бўлган эҳтиёт ётоқ тартибига амал қилишлари керак. Касаллик енгил ва ўртача оғир кечганда беморлар хонада юришлари, столда ўтириб овқатланишлари, хожатхонага ва ювинишга ўзлари боишлари, кароватда ўтирган ҳолда дам олишлари мумкин. Бундай тартиб 8-10 кун давом этиб, кейинчалик бемор аҳволи яхшилангач мураккаброқ вазифаларни бажаришга рухсат берилиши мумкин.

Касаллик оғир кечганда қатъий ётоқ тартибига амал қилиниб беморларга туриб юришга (ҳатто хожатга ва ювинишга боришга ҳам), ҳар хил актив ҳаракатлар қилишга рухсат берилмайди. Қатъий ётоқ тартибига амал қилиш, касалликнинг кечишига қараб, интоксикация белгиларининг даражасига қараб ўзгартириб турилади. Бу билан бир қаторда беморларни руҳий ҳолатини яхшилаб туриш керак, ортиқча телевизор кўриш, китоб

ўқиш, асаб бузувчи ҳаракатлар таъқиқланади. Касаллик авжига чиққан даврда беморлар ич келишини назорат қилиб туриш керак.

Вирусли гепатитларни патогенези бўйича дорилар билан даволаш.

Патогенези бўйича даволашни амалга оширишда қуйидаги қоидаларга амал қилиш керак: бир вақтда кўп миқдорда дорилар буюриш керак эмас; дориларни беришда босқичма-босқич бериш керак; дорилар дозаси кунлик дозанинг ўртача миқдоридан ортмаслиги керак; даволаш муддати иложи борича қисқа бўлиши керак; қўшимча касалликлар (агарда тез ёрдам кўрсатиш лозим бўлмаса) реконволесценция даврида даволаниши керак.

Патогенез бўйича даволашнинг биринчи босқичида дезинтоксикация чоралари ўтказилиб, бунда томир орқали 5% глюкоза эритмаси. Гемодез, реополиглюкин, кўп ионли эритмалар (трисоль, хлосоль, дисоль) юборилади. 5% ли глюкоза эритмаси юборилаётган вақтда электролитлар дисбалансини тўлдириш учун 1 литрга 1-2 г. калий тузлари эритмаси қўшилади. 5% ли аскорбин кислотаси ҳамда кокарбоксилаза ҳам кучли дезинтоксикацион хусусиятга эга. Аскорбин кислота кунига 10 мл, кокарбоксилаза 100 мг юборилади.

Патогенези бўйича даволашнинг кейинги босқичида моддалар алмашувини мувофиқлаштирувчи дорилар: рибоксин, калий оротат, гепатопротекторлар берилади. Сафро ҳайдовчи дорилар нажас ранги тўқ рангга келгач берилади. Глюкокортикостероидлар касалликнинг фульминант шаклида мумкин бўлган ҳолларда ва турғун холестаза шаклида берилади. ГКС ларни ноўрин берилиши касалликнинг сурункали шаклига ўтиб кетишини тезлаштиради.

Вирусли гепатит билан оғриган эмизикли аёллар физиологик ва рухий кайфиятлари яхши бўлса болаларини эмизишлари мумкин. Болани она сути орқали касалланиши бола оғзидаги шиллик қаватларда жароҳатлар бўлмаса кузатилмайди. Агарда болани эмизишдан тўхтатилса тезда сутни қайтарувчи чоралар қўллаш керак.

Реконвалесцентларни касалхонадан чиқариш ва диспансер назоратига олиш қоидалари.

Вирусли гепатитлар билан оғриган беморларни уйига рухсат бериш касалликнинг барча клиник белгилари тугагач, жигари қисқаргач, лаборатор кўрсаткичлари меъёрига келгач амалга оширилади. Қон зардобиди HBsAg борлиги ва оксиллар чўқиш синамаларидаги ўзгаришлар касалхонадан чиқаришга монелик қила олмайди.

Вирусли гепатитлардан сўнг қоладиган асоратлар: қолдиқ гепатомегалия – беморларда шикоятлар бўлмаган ҳолда, лаборатор кўрсаткичлари меъёрида бўлган ҳолда жигарнинг катталашиши кўпроқ ёш болаларда, камроқ катта ёшдагиларда кузатилади; ўт йўллари дискинезияси – лаборатория кўрсаткичларида ўзгариш бўлмаган ҳолда беморларда ўнг биқин соҳасида оғриқ бўлиши, оғизда тахир таъм бўлиши, овқатларга иштаҳасизлик шикоятлари бўлиб, кўпроқ аёлларда кузатилади; юкумли касалликлардан кейинги астенизация – ҳолсизлик, тез чарчаб қолиш, уйқунинг бузилиши;

гепатитдан сўнгги гипербилирубинемия – лаборатория кўрсаткичлари ва жигар меърида бўлсада билирубин миқдори 2-3 баробар кўтарилиши.

Энтерал вирусли гепатитларда (ВГА, ВГЕ) диспанчеризация 30 кундан сўнг яшаш жойидаги поликлиниканинг юқумли касалликлар хонасида, участка врачлари, болалар эса педиатр назоратида бўладилар. Агарда биохимия кўрсаткичларида ўзгаришлар бўлса 3 ойгача назоратда бўладилар. Парентерал гепатитларда (ВГВ, ВГС, ВГД) диспансеризация беморлар касалхонадан чиққач 2-, 3-, 6-, 9-, 12-ойларда амалга оширилади. Биринчи кузатув бемор даволанган касалхонада, кейингилари эса поликлиникада амалга оширилади. Парентерал гепатитларда реконвалесцентларни поликлиника диспансер назоратидан ўчириш лаборатор ва клиник белгилар меърида бўлгач ва организм вируслардан тозалангач бир йилдан сўнг амалга оширилади. Бунда охириги икки текширув натижалари ҳисобга олинади. Назоратдан чиқариш албатта инфекционист маслаҳатидан сўнг амалга оширилади. Агарда сурункали жараён белгилари кузатилса беморлар доимий назоратда қолдириладилар.

Ўқувчилар ва талабалар 6-12 ойгача жисмоний тарбия дарсларидан озод қилинади. Катта ёшдагиларга 6-12 ой давомида оғир меҳнат билан шуғулланиш, кечки навбатчилик, машиналарда узок масофага бориш таъқиқланади.

6 ой давомида профилактик эмлашлар (антирабик ва қоқшолга қаршилардан ташқари), режали жарроҳлик, ҳомиладор бўлиш ҳам таъқиқланади.

Пархез тартиби ва руҳий ҳолатлар таъсиридан сақланиш бир йил давомида олиб борилади. Спиртли ичимликлар ичиш қатъиян таъқиқланади.

Вирусли гепатитларнинг сурункали шаклини диспансеризация қилиш беморларни даволаш тартибларига амал қилиш, юқумлилик жараёнининг кечиши, этиотроп даволаш кўрсатмалари, реабилитация режаларини тўғри амалга ошириш орқали олиб борилади. Бемор аҳволини ёмонлашиши, клиник белгиларнинг қайта пайдо бўлиши беморларни қайтадан касалхонада даволанишлари учун кўрсатма бўлади.

Сурункали гепатитли беморлар ва HBsAg ташувчилар яшаш жойларидаги поликлиникада, лозим бўлганда гепатология марказларида, ташхис марказларида, юқумли касалликлар шифохоналарида диспансеризация назоратида туришлари мумкин. Диспансер назорати ҳар 6 ойда амалга оширилади. Сурункали гепатит беморларни ва HBsAg ташувчиларни қайтадан касалхонада даволанишлари камдан-кам ҳолларда кузатилади.

Вирусли гепатитлар билан оғриган ҳомиладор реконвалесцентлар ҳамма қатори олиб борилади ва туғишдан олдин албатта текширувдан ўтказилади.

Сурункали гепатит билан оғриган ёки HBsAg ташувчи ҳомиладор аёллар яшаш жойларида инфекционист ва гинеколог назоратида бўладилар. Текширув муддати бемор аҳволига қараб, бола туғилгунга қадар икки мартадан кам бўлмаслиги керак. Лозим бўлганда ҳомиладор аёллар

гепатология марказларига ёки юқумли касалликлар шифохонасига маслаҳат учун юбориладилар.

Ўткир вирусли гепатит реконвалесцентлари ёки HBsAg ташувчи ҳомиладор аёллар махсус туғуруқхоналарга юбориладилар. У ерда инфекционист, жигар фаолиятини тўлиқ текширув мосламалари, қон ва қон препаратлари етарли миқдорда бўлиши керак.

Акушерликдаги чоралар. Ҳомиладор аёлларда кўпроқ ВГВ ёки ВГА учраши мумкин. Вирусли гепатитлар ҳомиладорлик кечишига салбий таъсир кўрсатиб кўпинча ҳомила тушишига олиб келади. Ҳомила тушиши ёки муддатидан олдин туғилиш кўпроқ авж олган даврда ёки сариклик белгилари камайган вақтда учрайди. Бундай ҳолатлар вирусли гепатитлар кечиш оғирлигига боғлиқ бўлади. Ҳомила тушиши кўпинча биринчи 3 ойликдаги муддатига тўғри келади. Беморларда бачадондан қон кетиш, гепаторенал белгилар кузатилади. Вирусли гепатитларда ҳомиладор аёлларда ҳомила олди сувининг вақтидан олдин кетиши, туғиш фаолиятининг кескин сусайиши, қон кетишлар кузатилиши мумкин.

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш касалликнинг ўткир босқичида бемор аҳволининг оғирлашишига олиб келади. Касаллик енгил ва ўртача оғирликда кечса ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлигида беморнинг хошишига кўра ҳомиладорликни давом эттириш ёки тўхтатиш мумкин. Бунда туғиш даврига қадар бемор соғайиб болада ҳар хил ножўя аломатлар билан туғилиш деярли кузатилмайди.

Вирусли гепатит оғир кечганда ҳомила муддати ва бемор аёл розилигига қараб ҳомиладорликни тўхтатиш мумкин. Бунда ҳомиладорликни тўхтатиш вирусли гепатитнинг клиник белгилари тугагач ва биохимик кўрсаткичлари меъёрига тушгач амалга оширилади.

Вирусли гепатитларда ҳомиладорликнинг иккинчи уч ойлигида аборт қилиш мумкин эмас. Агарда қўшимча касалликлари бўлса ёки бемор соғлигига салбий таъсир этса, унда гепатитнинг реконвалесценция даврида абортга рухсат бериш мумкин. Бу даврда хавфсиз ва самарали фойда берадиган усул бўлиб амнион ичига гипертоник эритмалар юбориш, простогландинлар қўллаш саналади.

Ҳомиладорлик сақланган ҳолларда туғиш муддати вирусли гепатит авж олган даврга тўғри келган беморларда кома ҳолатлари, геморрагик ва гепаторенал белгилар кўпроқ учрайди. Бу кўпроқ бола туғилгандан кейинги 1-2 кунликда, ҳомиладорликнинг иккинчи 3 ойлигидаги бола туғишлардан сўнг учрайди. Туғилиш вирусли гепатитларнинг реконвалесценция даврига тўғри келса болада, онасида бўладиган асоратлар камроқ бўлади. Шуларни ҳисобга олиб инфекционист ва гиненкологларнинг асосий вазифаси вирусли гепатит билан оғриган ҳомиладор аёлларни тўғри даволашни, диспансер назоратини вақтида ўтказишни, ҳомиладорликни сақлаб қолиш, эрта туғишни ва ҳомила тушишини олдини олишни ташкил этади.

Вирусли гепатит билан оғриб ўтган аёллар бир йил давомида гормонал ҳомила олдини олувчи дорилар қабул қилмасликлари керак. Кейинчалик жигар фаолияти яшхилангач бундай дорилар қабул қилишга рухсат этилади.

### **Назорат саволлари**

1. Вирусли гепатитлар таърифи.
3. Вирусли гепатитларэпидемиологияси.
4. Вирусли гепатитларпатогенези.
5. Вирусли гепатитлартаснифи.
6. Вирусли гепатитларнинг сариклик олди даври клиникаси.
7. Вирусли гепатитларнингсариклик даври клиникаси.
8. Вирусли гепатитларнинг лаборатор диагностикаси.
9. Вирусли гепатитларнинг дифференциал диагностикаси.
10. Вирусли гепатитларнинг оқибати ва асоратлари.
11. Вирусли гепатитларни даволаш.
12. Вирусли гепатитларнинг профилактикаси.
13. Вирусли гепатитларда қандай амалий кўникмалар қўлланилади?

### **Фойдаланилган адабиётлар**

1. Юкумли касалликлар.Ахмедова М.Д., Тошкент-2008.
2. Рахmatov O. B. Bolalar yuqumli kasalliklari. - Т.: Cho'lpon, 2008y
3. Инфекционные болезни с детскими инфекциями. В 2-х ч. //Под редакцией академика АН РУз Даминов Т.А., учебник,Ташкент, «Тиб-китоб» 2011.-448с.
4. Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев А.П., Лесников А.Л. // "Дифференциальная диагностика инфекционных болезней". 2001
5. Шлоссберг., Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. 2004.
6. Васильев В.С., Комар В.И., Цыркунов В.М. //Практика инфекциониста. Минск, 1994.
7. Казанцев А.П., Зубик Т.М., Иванов К.С, Казанцев В.А. //Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. Москва, 1999.
8. Эмонд Р., Роуланд Х., Уэлсби Ф. //Инфекционные болезни. Цветной атлас. Москва, 1998.

### **2 -амалий машғулот:**

**Ўта хавфли инфекцияларнинг дунёда тарқалиши, олдини олиш.**

**Режа:**

Ишдан мақсад:

- ЎҲИ клиник диагностикасига интеграл ёндашган кўникмаларни ишлаб чиқиш. ЎҲИ га шубҳа бўлган бемор аниқланганда шифокор тактикаси,

шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш, диспансеризация ва реконвалесцентларни реабилитация қилишни ўргатиш;

- бемор ётоғида, лабораторияларда, шу жумладан, ўқув хонасида мавзуни муҳокама қилишда талабаларда мутахассисликка бўлган қизиқишларини уйғотиш ва беморга нисбатан жавобгарлик ҳиссини ривожлантириш;
- тематик саволларни муҳокама қилиш мисолида илмий фикрлаш, клиник масалаларни ечишда ижодий жиҳатдан ёндашиш, шунингдек, мустақил қарор қабул қилишга ўргатиш. Мантиқий фикрлашни ва ўз фикрини касбий тилда етказиб беришини ривожлантириш.

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**

- профессионал анамнез йиғиш ва беморни кўриқдан ўтказиш;
- эрта ва қиёсий ташхислаш асосида тахминий ташхисни шакллантириш;
- ЎХИга шубҳа бўлган бемор ҳақида белгиланган тартибда хабар бериш;
- шошилиш ҳолатни ташхислаш ва госпитализациягача бўлган даврда 1-чи тиббий ёрдам кўрсатиш;
- реконвалесцентларнинг реабилитациясини таъминлаш.

### **Машғулот ўтказиш жойи, жиҳозланиши**

- аудитория;
- қабул бўлими;
- бокс бўлими;
- диагностика бўлими;
- техник воситалар: тематик беморлар; оверхед; мультимедиа проектори; TV-видео; ўргатувчи-назорат қилувчи дастур; янги педагогик технология усуллари сценарийлари; вазиятли масалалар.

### **ЎТА ХАВФЛИ ИНФЕКЦИЯЛАР.**

**Умумий маълумотлар:** ЎХИ гуруҳига асосан юқумлилик жараёни юқори, клиник кўриниши оғир бўлган, юқори леталлик билан кечадиган касалликлар киради. Халқаро тиббий-санитар қонун-қоидаларга асосан (1969), Бутун Жаҳон соғлиқни сақлаш ассамблеясининг XXII сессиясининг 1971 йил 1 январидан кучга кирган қонунига асосан карантин инфекцияларга ўлат, вабо, чин чечак, сариқ иситмалар киритилди. Сўнгги йилларда баъзи Африка ва Жанубий Америка давлатларида юқори контагиоз ГВИлар пайдо бўлган, буларга: Ласса иситмаси, Марбург иситмаси, Эбол иситмаси ва бошқалар киради. Осиё, Африка ва жанубий америкада ўлат ҳамда вабонинг номуқим эпидемик ҳолати аниқланган. МДХ давлатларида ўлатнинг табиий ўчоғига қатъий эпидемияга қарши чора кўрилмаганлиги сабабли, кемирувчилардан одамларга юқиш эҳтимоли кўплиги аниқланган.

**Ўлат (тоун).** Ўлат (тоун) ўта хавфли юқумли касаллик бўлиб, кучли интоксикация, иситма, лимфа тугунлари, ўпка ва бошқа органларнинг яллиғланиши билан таърифланади. Кўзгатувчиси – *Yersiniapestis*, унча катта



бўлмаган грамм (-) таёқча. Катталиги 1,5x1,5 мкм, полиморф. Ўлат микроби табиий шароитда ёввойи кемирувчи ҳайвонларда учрайди. Одамларга ўлат асосан трансмиссив йул билан юқади. Яъни ҳайвон бургаси ўлат билан оғриган кемирувчи ҳайвонни чаққанда унинг қони билан бурганинг хазм йўлига ўлат микроблари тушиб шу ерда кўпаяди. Ана шу бурга одамни чаққанда одам терисига бир талай ўлат микроби тушади. Бурга чаққан жойни қашиганда микроблар тери орасига киради ва касаллик юқади. Ўлат контакт йўли билан ҳам юқади. Масалан: кемирувчи ҳайвоннинг терисини шилаётганда одам териси ёки шиллиқ пардасининг ёрилган, тирналган жойидан ўлат микроби кириши мумкин. Ўлатнинг ўпка шакли ҳаво-томчи йўли билан юқади. Ниҳоят, ўлат билан оғриган ҳайвон (туя, сайғоқ) гўштини истеъмол қилинганда касаллик алиментар йўл билан юқади.

Инкубацион даври 3-6 кун. Ўлат тўсатдан бошланади. Беморнинг бадани тиришиб ҳарорати 39-40°C гача кўтарилади, кучли интоксикация бошланади. Беморнинг дармони қурийд, боши оғрийд, уйқусизлик, мушакларда оғриқ, кўнгли айнаб қусади. Бемор безовталанади, юрганда чайқалади, тўшакдан сакраб туради, қочишга ҳаракат қилади. Оғир ҳолларда васваса ва галлюцинациялар кузатилади. Бош оғриши ва бутун тана бўйлаб оғриқ кучаяди, қизиб кетиш, юз ва конъюнктивада гиперемия билан кузатилади. Оғиз бўшлиғи кўрилганда тили оппоқ қалин қараш билан қопланган бўлади (бўрланган тил) ва шишади. Оғиз қуриши билан биргаликда тили ғўлдираб қолади, бу ҳолат маст кишини эслатади.

Беморнинг ташқи кўриниши ҳам ўзгаради: юз ифодаси ўткирлашган, илтижоли тус олади, кўрқув пайдо булади.

Тери қоплами қуруқ, ушлаб кўрилганда иссиқ, оғир ҳолларда баданида петехиялар кўзга ташланади. ЮҚТТда ҳам ўзгаришлар кузатилади (пульс 120-160 та 1 минутда). Қонда нейтрофил лейкоцитоз бўлади, лейкоцитар формула чапга силжийди.

Г.П.Руднев (1972) ўлатнинг қуйидаги клиник-эпидемиологик таснифини киритган.

А. Маҳаллий шакллари: 1) тери; 2) бубон; 3) тери-бубон.

Б. Ички тарқалган шакллари: 1) бирламчи септик; 2) иккиламчи септик.

В. Ташқи тарқалган шакллари: 1) бирламчи ўпка; 2) иккиламчи ўпка; 3) ичак шакли.

**Тери шакли.** Камдан-кам учрайди (3-4%). Терида қуйидаги ўзгаришлар кузатилади: доғ, папула, везикула, пустиула ва яра. Бироқ бу этапларнинг ҳаммаси ҳам кузатилмайди. Амалиёт шифокорига беморлар пустиула ёки теридаги яра билан мурожаат қилишади. Пустиула атрофи қизарган бўлади. Пустиула ёрилгач ўрнида таги каттиқ ярага айланади. Бу яра худди қуйдиргига ўхшаш бўлади. Ўлатда яра жуда секин тузалади, тузалгандан сўнг ўрнида чандиқ қолади.

**Бубон шакли.** Бу шаклида юқори ҳарорат ва интоксикация билан бир қаторда беморнинг лимфа тугунларининг яллиғланиши кузатилиди. Бубон кўп ҳолларда 1 та бўлади. Камдан-кам ҳолларда бир нечта бўлади. Кўпинча бубон (55%) тананинг пастки қисмида (чов соҳасида), кам ҳолларда қўлтиқ

соҳаси ва бўйинда кузатилади. Бубоннинг эрта белгиси – бубон пайдо бўлган соҳада кучли оғриқ бўлади. Бемор мажбурий ҳолатда оёқ-қўллари, бўйни букилган (ғужанак) бўлади. Бубоннинг биринчи кунларида кескин оғриқли ҳосила пайдо булади. Бубон устидаги териси биринчи кунларида ўзгаришсиз, катталашган сари қизаради, таранглашади ва баъзан ялтирайди. Лимфангит ўлат учун хос эмас. Лимфа тугунида яллиғланиш жараёни тери ости тўқимасига ҳам ўтади. Бубонда флюктуация аниқланади. Бубон ёрилганда кўп миқдорда сариқ-яшил рангли қуюқ йиринг чиқади. Антибиотиклар билан даволаганда (антибиотикотерапия) бубон сўрилиб кетади.

**Тери-бубонли шакли.** 6 кун давомида ўзгарувчи иситма кузатилади. Касаллик оғирлиги интоксикация турига қараб аниқланади.

**Бирламчи септик шакли.** Жуда кам учрайди (1-3%). Ўлатнинг бу шаклида тери, лимфа тугунларининг шикастланиши кузатилмайди. Қисқа муддатли инкубация давридан сўнг касаллик тўсатдан бошланади. Беморнинг тана ҳарорати кўтарилади, эти увушади, қалтирайди, кучли бош оғриғи кузатилади. Бемор алаҳлаб тажовузкорлик ҳаракатларини қилади. Бир неча соатдан сўнг ИТШ кузатилиши мумкин. Бу шаклида интоксикация оқибатида геморрагик синдром кузатилади: терисида геморрагиялар, ички органларга қон кўйилиши (буйрак, жигар, ичаклар ва бошқа) кузатилади. Қонли қусуқ, бурундан, ўпкадан қон кетади. Гематурия, ич келиши қонли. Жигар ва талоқ катталашади. Баъзи ҳолларда менингоэнцефалит белгилари аниқланади. ЮҚТТ ўзгаришлар кузатилади, ps 150-160 та.

**Бирламчи ўпка шакли.** Бу ўлатнинг энг оғир шаклидир. Инкубацион даври 1 неча соатдан 1-3 кунгача. У тўсатдан бошланади. Бемор эти увушиб, қалтирайди, тана ҳарорати кўтарилади, боши қаттиқ оғрийди, кўкраги санчийди, йўталади, тахикардия, кучли ҳансираш кузатилади. Йўталганида олдин тиниқ шилликдан иборат, кейин қон аралаш балғам ташлайди. Кейинги характерли белгиларидан бири плевропневмония – лобар ва псевдолобар пневмониянинг ривожланишидир. Ўпкаларда тўмтоқ перкутор товуш аниқланади (тукиллатганда). Нафас олиши сусайган, аускультацияда нам хириллаш эшитилади. Кўкракдаги оғриқ борган сари кучаяди. Нафас етишмовчилиги белгилари, цианоз, нафас олиш юзаки бўлади (1 минутда 50 та). Касалликнинг 3-5-куни бемор ўлади. Бунга сабаб ўпка шиши ва циркулятор етишмовчилик ривожланишидир. Ўлат иккиламчи касаллик кўринишида намоён бўлади (кўпроқ бубон шаклида).

**Ичак шакли.** Охирги йиллардаги илмий далилларга кўра ўлатнинг бу шакли септик жараён оқибатида юз беради. Ташхис қўйиш учун беморни клиник кўрув ва чуқур сўраб-суруштириш керак. Асосий эътибор маиший омилларга қаратилиши керак. Яъни (суғур овлаш, кемирувчи билан контакт, туя гўштини истеъмол қилиш ёки силаганлиги ва бошқа). Бундан ташқари оилавий анамнез ҳам йиғилиши керак. Ўлатнинг бу турини аниқлаш унчалик қийинчилик туғдирмайди. Бунда беморда: тана ҳарорати кўтарилган, кучли интоксикация, лимфа тугунларининг шикастланиши, ЮҚТТ ва асаб системаси шикастланади. Бундай ҳолларда беморларни ўлат учун

мўлжалланган стационарларда аниқ лаборатор текширувларга асосан даволаш керак.

**Вабо (холера).** Ўткир антропоноз юқумли касаллик. Вабо тинмай ич кетиши, қусиш оқибатида бемор организмда суюқлик ва тузлар камайиб кетиши ва беморни оғир аҳволга тушиб қолиши билан тарифланади.

Вабони қўзғатувчи микроб – вабо вибрионидир. Унинг *Vibrio cholerae* турлари мавжуд. Вабо вибрионининг 3 хил серовари бор. Булар: “Огава”, “Инаба”, “Тикошима”. Вабо вибрионининг ўлчами 1,5-3х0,2-0,6 мкм. Шакли вергулга ўхшайди, 1 та хивчини бор. Грамм (-) факультатив аэроб, анилинли бўёқларда яхши бўялади. Вабо шу касаллик билан оғриган бемор ва вибрион ташувчи кишилардан юқади. Бемор тез-тез ич кетиши оқибатида 1 кеча-кундузда ўртача 10-20 литргача суюқ ахлат чиқаради. Ичакка тушган вибрионга ингичка ичакда кўп миқдорда пептон бўлиши ҳам қулайлик туғдиради. Ичакда вибрионларнинг парчаланиши натижасида улардан токсин ажралади. Экзотоксин (холероген) ичак эпителий хужайраларидаги аденилатциклаза ферментини фаоллаштиради. Бу ц-АМФ синтезини кучайтиради. АМФ таъсирида ингичка ичак шиллиқ пардасидан жуда кўп миқдорда изотоник эритма ажралиб чиқади. Баъзи ҳолларда организмдан чиққан суюқлик тана вазнидан 2 баробар кўп бўлиши мумкин.

Инкубацион даври 1-6 кун, ўртача 1-2 кун. Касаллик кучли диарея билан бошланади. Ич келиши 1 кунда 10 мартагача бўлиши мумкин. Баъзан қоринда дискомфорт кузатилади. Ахлати суюқ, аниқроғи аввал ахлат одатдаги рангда, кейин бўтқасимон, кейинчалик суюқ (сув) кўринишда бўлади. Ахлат кўрилганда худди гуруч ювиндиси рангида бўлади. Ич кетиши оқибатида беморда кўнгил айнимасдан қусиш кузатилади. Қусуқ моддаси бирламчи овқат қолдиқлари, сўнг ўт суюқлиги, кейинчалик сувсимон бўлади. Кўрилганда бу ҳам гуруч ювиндисини эслатади. Иштаҳаси пасаяди, кўп чанқайди, мускуллари кучсиз бўлади, тана ҳарорати нормал, баъзан субфебрил, гипотония, тахикардия кузатилади. Тили қуруқ, караш билан қопланган. Қорни тортилган, оғриқсиз, ингичка ичак ғулдираши эшитилади. В.И.Покровский тавсияси бўйича, органларда суюқлик ва тузлар йўқотилганлигига қараб дегидратациянинг 4 та даражаси тафовут қилинади.

Дегидратациянинг I даражаси – йўқотилган суюқлик тана вазнининг 3%ини ташкил қилади. Бемор қониқарли аҳволда бўлади. Кўпинча беморларда умумий ҳолсизлик, чанқаш, оғиз қуриши, ич кетиши ва қусиш кузатилади. Физик ва биокимёвий кўрсаткичлар деярли ўзгармайди: плазма зичлиги 1023-1025 г/см<sup>3</sup>; гематокрит индекси 40-50%; рН – 7,33-7,36; касаллик давомийлиги 1-2кун.

Дегидратациянинг II даражаси – йўқотилган сув миқдори тана вазнининг 4-6%ини ташкил қилади. Касаллик кучли ич кетиши (1 кунда 10-15 марта) билан бошланади, ахлат ўзини рангини тезда йўкотади (гуруч ювиндиси). Ич кетиши билан бирга қусиш ҳам кузатилади (кўнгил айнишсиз). Организмда сувсираш (дегидратация) ҳолати юз беради. Тўсатдан беморда умумий ҳолсизлик, чанқаш, оғиз қуриши кузатилади. Тери қуруқ,

рангпар, тургори пасайган, лаблар цианози, овоз хириллаши кузатилади. Баъзи беморларда қисқа талвасалар кузатилади. Тана ҳарорати нормал, кам ҳолларда субфебрил, тахикардия, кучсиз гипотония, олигурия бошланади. Плазма зичлиги ошади  $1028-1035 \text{ г/см}^3$ ; гематокрит индекси –  $55-65\%$ , артериал қонда метоболик ацидоз кузатилади,  $\text{pH} = 7,3$ .

Дегидратациянинг III даражаси – йўқотилган сув тана вазнининг  $7-9\%$ ини ташкил қилади. Касалликнинг дастлабки кунларидан бетўхтов ич кетиши ва кетма-кет қайт қилиш кузатилади. Кўпчилик беморларда эксикоз ривожланади: қўл-оёқ мушакларида тортишиш, терида цианоз, шиллиқ қават ва тери қуруқлиги, тери тургори пасайиши (кир ювган одам қўли), афония, ҳароратнинг  $35,5-36,0^0$  Сгача тушиши, олигурия ёки анурия кузатилади. Лаборатор текшириш: плазма зичлиги  $1038-1040 \text{ г/см}^3$ ; гематокрит –  $70\%$ ; қон қуюқлиги 20 ХБ (норма 5);  $\text{pH} = 7,2$ , гемодинамика бузилади. Метаболик ацидоз ривожланади. Ўпка гипертензияси кузатилади.

Дегидратациянинг IV даражаси (жуда оғир, алгид) – сувсизланиш тана вазнининг  $10\%$ ини ташкил қилади. Организмда суюқлик камайиб кетгани сабабли ич кетиши ва қусиш камаяди. Беморнинг аҳволи жуда оғир бўлади. Бемор юзининг ифодаси ўзгаради. Кўз атрофлари кўкаради (қора кўзойнак симптоми). Бемор худди нажот истаб қараётгандек бўлиб кўринади. Териси қуруқ, тургори кескин пасайган, умумий цианоз, умумий тоник тиришишлар, қорни ичига тортилган бўлади. Булардан ташқари афония, коллапс, анурия, нафас қисиши ва гиповолемик шок ривожланади. Қонда – эритроцитлар  $7 \times 10^{12}/\text{л}$  гача кўтарилади, лейкоцитлар  $20-60 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофилёз, формуланинг чапга силжиши билан, қон шаклли элементларининг агрегацияси, гипокалемия  $2,5 \text{ ммоль/л}$ , метоболик ацидоз ривожланади. ЭКГда ўпка гипертензияси ва тахикардия кузатилади.

Вабони ташхислаш унчалик қийинчилик туғдирмайди. Асосан лаборатор-инструментал текширишлар асосий рол ўйнайди: қусуқ массани текшириш, ахлат текшируви, серологик текширув (агглютининларни аниқлаш, қон зардобиди вибрионсимон антителаларни аниқлаш,  $\text{pH}$  ва бошқа). Қоннинг физик ва кимёвий ҳолати (плазманинг зичлиги, гематокрит кўрсаткичи,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Na}^+$ ,  $\text{Cl}^+$ ).

**Маймун чечаги.** 1979 йил Республикада биринчи марта шу касаллик вируси билан зарарланган одамда қайд этилган. Клиникаси одам чечагидан фарқ қилмайди. Бундан ташқари маймун чечаги билан касалланган одамлар Нигерияда, Лионда ва бошқа худудларда қайд этилган. Маймун чечаги вируси РНК сақловчи поксивируслар оиласига мансуб.

Маймун чечагининг клиник кўриниши оддий чечакникига ўхшаш. Инкубацион даври 7-17 кун, ўртача 14 кун. Касаллик ўткир бошланиб, қалтираш ва ҳарорат кўтарилиши билан кузатилади. Эрта симптомлари: бел соҳасида оғриқ, бош оғриғи, бош айланиши, анорексия баъзан қусиш кузатилади. Баъзи бир беморларда касалликнинг 2-кунида тез йўқ бўлиб кетадиган тошма тошади. Касалликнинг 3-4-куни ҳарорат нормал даражага пасаяди. Шиллиқ қаватлар юзасида энантемалар пайдо бўлади. Везикула мацерацияси натижасида эрозия ва яралар ҳосил бўлади, бунинг натижасида

оғиз бўшлиғида оғриқ пайдо бўлади, бунда бемор овқат истеъмол қила олмайди, натижада ютинганда оғриқ кучаяди, диурез оғриқли бўлади. 3-4-кунлари ҳарорат нормаллашгандан сўнг бош терисида, юзда ва кафтда тошмалар пайдо бўлади. Худди чин чечакдаги каби марказдан қочувчи экзантема кузатилади. Тошма қўл ва оёқларни симметрик зарарлайди. Экзантема қуйидаги тартибда кечади: доғ, папула, везикула, пустиула, яра, чандик. Пуфакчалар кўп камерали бўлади. Тошма асосан нормал ёки субфебрил ҳарорат фонида тошади.

Везикула пустиулага айланаётганда беморда ҳарорат яна кўтарилади. (39-40<sup>0</sup> С), умумий аҳволи оғирлашади: умумий ҳолсизлик, нафас олишнинг қийинлашиши, тахикардия, гипотония кузатилади. Баъзи беморларда васвасалар ривожланади. Пустиула даврида тери, асосан юз териси шишиб, кучли қичишиш кузатилади. Пустиула ёрилганда яра ҳосил булади, булар иккиламчи инфекция учун дарвоза ҳисобланади. Касалликнинг 9-10-кунларида пустиуланнинг куриши кузатилади. Тана ҳарорати нормаллашади, умумий аҳволи яхшиланади, пустиуладан сўнг унча чуқур бўлмаган яра пайдо бўлади.

Клиник кечишига қараб касаллик оғир, ўрта оғир ва енгил шаклларга бўлинади. Касалликнинг интоксикация даражаси, тошмалар сони, ички аъзолардаги ўзгаришларга қараб оғирлиги қуйидагича бўлади. Оғир шаклда чечак тошмалари 100 дан кўп, меҳнатга яроқлилиги тўлиқ йўқолади, ётоқ режими зарур. Ўрта оғир шаклида чечак тошмалари 25 дан кўп, меҳнат яроқлилиги пасайган, бироқ бемор ўзини ўзи бошқара олади. Енгил шаклида беморда чечак тошмалари 25 дан кам, меҳнат қобилияти пасаймайди.

Периферик қонда бошланғич даврида лейкоцитоз, абсолют лимфоцитоз билан бирга, пустиулизация даврида эса нейтрофил гиперлейкоцитоз кузатилади.

Маймун чечагини ташхислашда клиник-эпидемиологик маълумотларни тўлиқ йиғиш орқали ташхис қўйилади. Якуний ташхисни фақат лаборатор текширувларга асосланган ҳолда қўйилади. Вирусни топиш учун электрон микроскопия ва биологик усуллардан фойдаланилади. Серологик методни преципитат реакция учун қўлланилади.

**Сарик иситма.** Ўткир вирусли касаллик бўлиб, трансмиссив йўл билан юқади. Бу касаллик 2 фазали иситма, интоксикация, сариклик, гемолитик синдром, жигар ва буйрак зарарланиши билан кечади. Қўзғатувчиси РНК сақловчи вирус (Flavivirus) бўлиб, арбовируслар оиласига мансуб. Сарик иситма антропоноз инфекция бўлиб, тропик минтақаларда Африка ва Америкада учрайди. Икки хил ўчоғи маълум:

1. Табиий ёки қуюқ ўрмонзордаги ўчоқ.
2. Шаҳарлардаги ўчоқ.

Қуюқ ўрмонзордаги ўчоғида инфекция манбаи – маймунлар, кемирувчилар ҳисобланади. Инфекцияни чивинлар юктириб тарқатади. Инфекция тарқалиши учун ўз цикли бўлиб бу: маймун → чивин → маймундир. Одам бу циклнинг ичига тўсатдан (иккиламчи бўлиб) тушади.

Касаллик кўпроқ овчиларда, ўрмон дарахтларини кесувчиларда учрайди. Шаҳар шароитида иситманинг манбаи бемор одам ҳисобланади. Шаҳарларда инфекцияни *Aedes aegypti* деб аталадиган чивин юктиради. Бемор касалликнинг дастлабки 3 кунни касаллик манбаи ҳисобланса, чивин одамни чаққандан 6-30 кундан сўнг инфекцияланган ҳисобланади ва вирус унинг организмида умрбод қолади (1-2 ой).

Инкубацион даври 3-6 кун давом этади, айрим ҳолларда 10 кун. Касаллик ўткир бошланади: бунда тўсатдан умумий ҳолсизлик, кучли бош оғриғи, бош айланиши, белда ва оёқларда оғриқ билан кузатилади. Тана ҳарорати 39-40<sup>0</sup> С гача ва ундан юқори бўлиши мумкин, қалтираш кузатилади. Беморнинг ташқи кўриниши: юзи, бўйни ва кўкраги қизарган, конъюнктивит, склера қон томир инъекцияси, юзининг шишганлиги, ковоклари, лаблари шишган, тили ёрқин-қизил рангда бўлади. Беморлар кўпинча алаҳлайди, ҳар хил ножўя ҳаракатлар қилади, васваса ва галлюцинациялар кузатилади. Бундан ташқари, кўнгил айниш, қайт қилиш, тахикардия кузатилади. АҚБ нормал, юрак тонлари бўғиқлашган. Касалликнинг 3-кунни беморнинг аҳволи оғирлашади, цианоз, тери ва склера сарғайиши, гемолитик синдром (милклардан, бурундан қон кетиш белгилари) кузатилиши мумкин. Жигар ва талоқ бироз катталашган, пальпацияда қўлга уннайди. Шу вақтдан бошлаб интоксикация, лейкопения, олигоурия ва альбуминурия ҳисобига брадикардия кузатилади. Беморнинг юзи шишган, ҳавотирли, кўзлари ялтироқ, конъюнктивит, лаблари ёрқин-қизил рангда, фотофобия ва кўздан ёш оқиши кузатилади. Касалликнинг 4-5-кунларида ремиссия фазаси бошланади (давомийлиги бир неча соатдан бир неча кунгача). Ҳарорати пасаяди, беморнинг умумий аҳволи яхшиланади, бош ва мушакларидаги оғриқ камаяди, уйқу ва иштаҳаси яхшиланади. Касалликнинг енгил шаклида бу фаза реконвалесценция даври билан алмашади. Ўрта оғир ва оғир шаклида ремиссиядан сўнг веналардаги стаз даври бошланади. Бунда беморнинг аҳволи ёмонлашади, ҳарорати қайта кўтарилади, интоксикация, гемолитик ва сариқлик синдроми кузатилади. Буйрак етишмовчилиги, альбуминурия, олигоурия кейинчалик анурия, баъзи ҳолларда протеинурия кузатилади. Терида гиперемия ўрнида кўк рангли шиш пайдо бўлади (веноз стаз ҳисобига).

Бу даврда брадикардия, гипотония баъзан коллапс ривожланиши мумкин. Жигар катталашган, пальпацияда оғриқли, қон зардобиди билирубин, трансфераза активлиги ошади. Геморрагик синдром кузатилади: геморрагик экзантема, гематурия, ошқозон-ичакдан, бурундан қон кетиши. Қонда лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, ЭЧТ ошиши кузатилади. Бемор токсик энцефалит ва уремик кома сабабли ўткир буйрак етишмовчилигидан ҳалок бўлади. Реактив фазаси одатда 3-4 кун давом этади (кам ҳолларда 10-14 кун) сўнгра реконвалесценция даври бошланади.

Сариқ иситма ташхисини қўйиш учун беморнинг эпидемиологик анамнезига, клиникасига (иситма, интоксикация, геморрагик ва сариқлик синдроми, жигар-буйрак етишмовчилиги ва лаборатор текширувларга

(касалликнинг 3-4-куни қонда вирус топилиши, касалликнинг 2-чи ҳафтасида РСК ва РТГА)) асосланган ҳолда қўйилади.

**Контагиоз ГВИ.** ГВИнинг асосий хусусиятларидан бири шуки хайвондан, зарарланган бемордан бу вируслар бошқа одамларга ҳаво-томчи йўли орқали ёки алиментар йўл билан юкиб, инфекциянинг ўчоқдан ташқари жойларга тарқалишига олиб келади.

**Ласса иситмаси.** Юқори контагиоз, вирусли зооантропоноз, табиий ўчоқли касаллик. Касаллик номи ва вирус қўзғатувчиси 1969 йил Нигерияда Ласса аҳолиси орасида ноъмалум геморрагик иситма қайд қилинган. Сўнгги 10 йил ичида касаллик Сьерра-Леон ва Либерияда қайд қилинган.

Касаллик қўзғатувчиси Ласса вируси бўлиб, аденовирусларга мансуб.

Инфекциянинг асосий манбаи ёввойи кемирувчилар (кўп сўрғичли каламушлар) ҳисобланади. Вирус уларнинг сийдиги ва сўлаги орқали ташқи муҳитга тушади ва сув, озуқа маҳсулотларини зарарлайди. Касаллик асосан кемирувчиларларни овлаётган пайтда ёки уларнинг терисини ишлаётганда, зарарланган маҳсулотларни ва сувни ичганида юқади. Одамлар орасида вирус ҳаво-томчи, аментар, жинсий йўл орқали, бундан ташқари шикастланган тери орқали юқади. Инкубацион даври 3 кундан 17 кунгача, кам ҳолларда 7-8 кун.

Касаллик – ҳарорат кўтарилиши, умумий ҳолсизлик бош оғриши, миалгия билан бошланади ва мушакларда оғриқлар кучаяди, беморда ҳолсизлик, ланжлик, уйқучанлик, кўкрак ва қорин оғриши, кўнгил айниши, қайт қилиш, диарея кузатилади. Терисида геморрагик тошмалар тошади.

Бошланғич даврида нисбий брадикардия, гипотония, лейкопения кузатилади. Ласса иситмаси кечиши бўйича қорин тифига ўхшаб кетади. Касалликнинг 3-4-куни конъюнктивит, ярали некротик фарингит, нафас олганда ва йўталганда томоқ ва кўкрак қафасида оғриқ кузатилади. Лаб шиллик қаватида, лунжида, юқори нафас йўлларида яра пайдо бўлади. Бўйнида лимфаденит ва жигарнинг катталашуви кузатилади. Геморрагик диатездан сўнг, қонли йўтал, қон қусиш, бачадондан қон кетишлар кузатилади. Касалликнинг оғир турида анурия ва азотемия кузатилади. Кўп ҳолларда касаллик энцефалит (ҳотира бузилиши билан) психомотор қўзғалувчанлик, патологик рефлекслар пайдо бўлиши ва ўчоқли симптоматика ривожланади.

Касалликнинг ўткир даври 2-4 ҳафта давом этади, сўнгра ҳарорат аста-секин пасаяди, асосий симптомлар йўқолади. Касалликнинг оғир шакли 36-67% ҳолларда учрайди. Маҳаллий аҳоли ўртасида субклиник шакли кузатилади.

**Эбол иситмаси.** Касалликни антропоноз вирусли инфекциялар чақиради. Касаллик қўзғатувчи вирус рабдовируслар оиласига мансуб. Касаллик ўчоғи 1976 йил Судан ва Зоир қишлоқ-хўжалик аҳолисида қайд қилинган. Инфекция манбаи – одам бўлиб, юкиш йўли ҳаво-томчи, маиший контакт ва парентерал йўл орқали. Кўпинча касаллик билан тибийёт муассасаларида ишловчилар касалланади.

Инкубацион даври 4-16 кун. Касаллик ўткир ва юқори иситма (39-40° С) билан бошланади. Беморда: умумий ҳолсизлик, кучли бош оғриғи, сўнгра оғриқ бўйин ва бел соҳаси мушакларига тарқалади, бўғим ва мушакларда оғриқ ва конъюнктивит ривожланади. Бемор – қуруқ йўталга, бош ва кўкракдаги оғриққа, томоқ қуришига ва тилдаги яраларга шикоят қилади. Касалликнинг 2-3-куни қоринда оғриқ, қусиш ва ич кетиши кузатилади. Бир неча кундан сўнг ахлат ёрқин қизил тусга киради. Баъзан касалликнинг 5-куни беморларнинг ташқи кўриниши ўзига хос бўлади: кўзлари ботган, тери тургори пасайган бўлади. Касалликнинг 5-6-куни аввал кўкрак соҳасида, сўнг белида ва оёқларида доғли – папулёз тошма тошади ва бу тошмалар 2 кундан сўнг йўқолиб кетади. 4-7-куни геморрагик диатез ва оғир ангина ривожланади. Оғир ҳолларда мия шиши, энцефалит кузатилади. 8-9-куни бемор кўп қон йўқотиши ва шокдан ҳалок бўлади.

**Марбург касаллиги.** Вирусли церкопетик гемолитик иситма, биринчи бўлиб 1967 йил Марбург ва Белградда касаллик лаборатория ишчилари Угандан эксеперемент учун олиб келинган Африка маймунлари қони ва тўқимасидан зарарланганлар. Маймунларни боқувчи ишчилар бу касаллик билан зарарланмаган эдилар.

Касаллик қўзғатувчиси – РНК сақловчи вирус бўлиб, у рабдовируслар оиласига мансуб. Касалликнинг асосий манбаи Африканинг яшил мартишкаси. Одам эса бу касалликнинг ўта хавфли манбаи ҳисобланади. Вирус – томоқ, бурун шиллиқ қаватида, қусуқ массасида, қонда ва спермада бўлади. Юқиш йўли ҳаво-томчи, алиментар ва жинсий алоқа орқали. Касаллик Кения, Уганд ва Жанубий Родезияда қайд қилинган.

Инкубацион даври 4-9 кун. Касаллик ўткир, юқори ҳарорат, кучли бош оғриғи билан бошланади. Касалликнинг 3-4-куни асосий симптомлари: қоринда оғриқ, кўнгил айниш, қусиш (қонли) бир кунда 10-15 марта, меленасимон ич кетиши билан ривожланади. Диарея бир неча кун давом этади. 5-6-кунлари кўпчилик беморларда аввал танасида, сўнг қўл, бўйин ва юз соҳасида макуло-папулёз тошма тошади. Конъюнктивит кузатилади. Геморрагик синдром: терида петехиялар, қон қуюлишлар (инъекция соҳасида), қаттиқ ва юмшоқ танглайда геморрагик энантемалар ва гематурия кузатилади. МНСда парестезиялар, ступор, тиришишлар, менингеал синдром кузатилади. 7-8-кунга келиб ҳарорат аста-секин пасаяди, қусиш тўхтайтиди, бироқ ич келиши бир неча кун давом этади. Касалликнинг 2-ҳафтасидан бошлаб тошма ўрнида қипикланиш кузатилади. Баъзан касаллик бактериал пневмония, миокардит, орхит ва гепатит асоратларини беради. Қонда тромбоцитопения, лейкоцитар формулани чапга силжиши, атипик лимфоцитларни пайдо бўлиши кузатилади. 35% ҳолларда касаллик ўлим билан тугалланади. Оғир ҳолларда ўлим касалликнинг 7-17-куни юз беради. Бемор ўткир юрак-қон томир етишмовчилигидан ҳалок бўлади.

### **Ўта хавфли инфекцияларга шубҳа бўлганда шифокор тактикаси.**

Умумий ташкиллаштириш чоралари: ЎХИга шубҳали бўлган бемор аниқланганда, барча бирламчи эпидемияга қарши чоралар, клиник-эпидемик



маълумотлар асосида қўйилган дастлабки ташхис асосида олиб борилади. Якуний ташхисни аниқлаштиригандан сўнг ҳар бир нозологик шакл инструкторив-услугий кўрсатмалар асосида ўчоқларни локализацияси ва ликвидацияси чора-тадбирлари таъминланади.

Эпидемияга қарши чора-тадбирларни ташкиллаштириш ишлари ҳамма инфекция учун бир хил бўлиб қуйидаги тартибда олиб борилади:

Беморни аниқлаш.

Аниқланган бемор тўғрисида маълумот.

Ташхисни аниқлаштириш.

Беморни изоляция ёки госпитализация қилиш.

Беморни даволаш.

Текшириш, карантин ва бошқа чеклаш чора-тадбирлари.

Бемор билан контактда бўлганларни аниқлаш, изоляция қилиш, шошилич профилактика чора-тадбирларини қўллаш.

Вабо, ўлат, ГВИ, маймун чечагига шубҳа бўлган беморларни госпитализация қилиш.

Номаълум сабабдан ўлганлар мурдасини патологик ёриш ва улардан лаборатор, бактериологик, бактериоскопик текширувлар учун аъзо ва тўқималардан намуналар олиш, сўнгра мурдани дезинфекциялаб кўмиш. ГВИдан ўлганлар мурдаси аъзо ва тўқималаридан бактериоглогик текширув учун намуна олинмайди, юқиш эҳтимоллиги юқори бўлганлиги сабабли.

Дезинфекцияловчи чоралар.

Аҳоли орасида шошилич прфилактика ишларини олиб бориш.

Аҳолини тиббий кузатув.

Ташқи муҳитни санитар кузатув (вабо).

Санитар-оқартув ишлари.

Бу келтирилган ҳамма чора-тадбирлар ўлатга қарши муассасалар, методик бошқармалар билан келишилган ҳолда амалга оширилади.

Барча даволаш-профилактика ва сан.эпидемик муассасаларда этиотроп ва патогенетик терапия учун заҳира медикаментлар бўлиши керак. Яъни бемор (мурда) аъзолардан намуна олиш (лаборатор текширув) учун. Дезинфекцияловчи воситалар, дераза ва эшик тирқишларини беркитиш учун лейкопластир ва бошқалар.

ЎХИга шубҳа бўлганда бемор ҳақида 3 та жойга ҳабар берилади: даволаш-профилактика муассасаси бош шифокорига, тез тиббий ёрдам станциясига ва СЭС бош шифокорига.

Бирламчи эпидемияга қарши чора-тадбирлар, дастлабки ташхис қўйилгач, қуйидаги муддатларда ўтказилади: ўлатда – 6 кун, вабода – 5 кун, Ласса иситмасида – 21 кун, маймун чечагида – 14 кун.

Вабо билан касалланган бемор билан контактда бўлганлар тиббий хизматчилардан касалликнинг клиник кўриниши юзага чиққанларидан текширув учун материал олинади, ўлатда эса бемор жойлашган муассаса ходимлари, контактда бўлган СЭС ходимларидан намуналар олинади. ЎХИ билан касалланганлар беморлар билан контактда бўлганлар якуний ташхис

ёки эрта инкубацион давргача изоляторда ётади. Бундай одамлар шифокор эпидемиолог кўрсатмасига асосан қатъий кузатувда бўлади.

Тиббий профилактика муассасаларида бирламчи чора-тадбирлар.

Эпидемияга қарши чоралар барча тиббий профилактика муассасаларида ягона режа асосида ўтказилади.

Вабога, ўлатга, маймун чечагига шубҳа бўлганда, поликлиника ёки шифохонада беморга қуйидаги бирламчи чора-тадбирлар ўтказилади:

Беморни изоляция қилиш чораси.

Транспортировка қилиш керак бўлган беморлар махсус сан.эпид. транспортларда шундай беморлар учун мулжалланган стационарга олиб келинади. Транспортировкага муҳтож бўлмаган беморларга шу жойнинг ўзида тиббиёт ходимлари томонидан ёрдам кўрсатилади.

Тиббиёт ходими мажмуа бошлиғидан керакли дори-препаратларини, химоя кийими ва шахсий гигиена учун керакли жиҳозларни мажмуадан чиқмаган ҳолда телефон орқали сўрайди.

Маълум вақт тиббиёт муассасасига кириш ва чиқиш таъқиқланади.

Қаватлараро мулоқот тўхтатилади.

Палаталарга, эшик олдида ва шу этажга пост қўйилади.

Бўлим ичида беморларни юриши таъқиқланади.

Вақтинча беморларни қабул қилиш, уларни касалхонадан чиқариш ва бошқалар тақиқланади.

Беморларни қабул қилиш (тезкор ҳолатда) фақатгина изолирланган жойда ўтказилади.

Бемор ётган хонанинг ойна ва эшиклари ёпилади, вентиляция тўхтатилади ва очиқ жойлар лейкопластир билан ёпиштирилади.

Мулоқотда бўлган бемор алоҳида палаталарга ёки боксга жойлаштирилади.

Ҳимоя кийимини олгунча тиббиёт ходими қўлда тайёрланган ниқоб билан оғзи ва бурнини вақтинча беркитиши керак.

Ҳимоя кийимини (костюмни) олгандан сўнг, ички кийимларни ечмасдан кийилади.

Оғир беморларга тиббий бригада келгунча тиббий ёрдам кўрсатилади.

Махсус асбоблар билан бемордан бактериологик текширув учун материал олади.

Бемор ётган хона дезинфекцияланади.

Тиббий бригада келгандан сўнг беморни кўрган тиббиёт ходими шифокор-эпидемиологнинг барча айтганларини бажаради.

Агарда беморни ҳаётий муҳим кўрсатмалари бўйича зудлик билан госпитализация қилиш керак бўлса, у ҳолда тиббиёт ходими беморни махсус стационарга кузатиб боради. Шифокор-эпидемиолог маслаҳатидан сўнг тиббиёт ходими сан.ишловга жўнатилади; ўлатнинг ўпка шаклида, ГВЛ ва маймун чечагида – изоляторга юборилади.

### **Назорат саволлари**

1. ЎХИ гуруҳига қандай касалликлар киради?
2. Вабо касаллигининг клиник кечишидаги ўзига хос хусусиятлари?

3. Ўлат касаллигининг клиник кечишидаги ўзига хос хусусиятлари?
4. Маймун чечагининг клиник кечишидаги ўзига хос хусусиятлари?
5. Ўзбекистон ГИнинг клиник кечишидаги ўзига хос хусусиятлари?
6. ЎХИ аниқланганда шифокор тактикаси?
7. “30-шакл”, “058-шакл”ларни тўлдириш тартиби?

### **Фойдаланилган адабиётлар**

9. Юқумли касалликлар.Ахмедова М.Д., Тошкент-2008.
- 10.Рахmatov O. B. Bolalar yuqumli kasalliklari. - Т.: Cho'lpon, 2008y
- 11.Инфекционные болезни с детскими инфекциями. В 2-х ч. //Под редакцией академика АН РУз Даминов Т.А., учебник,Ташкент, «Тиб-китоб» 2011.-448с.
- 12.Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев А.П., Лесников А.Л. // "Дифференциальная диагностика инфекционных болезней". 2001
- 13.Шлоссберг., Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. 2004.
- 14.Васильев В.С., Комар В.И., Цыркунов В.М. //Практика инфекциониста. Минск, 1994.
- 15.Казанцев А.П., Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев В.А. //Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. Москва, 1999.
- 16.Эмонд Р., Роуланд Х., Уэлсби Ф. //Инфекционные болезни. Цветной атлас. Москва, 1998.

## **БОЛАЛАР ХИРУРГИЯСИ**

### **1 машғулот. Болаларда меъда ичак йўлининг туғма таракқиёт норасоликлари ва аномалиялари ( пилоростеноз, мальротация синдроми, атрезиялар, мегаколон, меъда –ичак йўлининг кўшалокланиши. Даволаш, профилактика ва реабилитация**

Ишдан мақсад:

Диагноз аниқланганда шифокор тактикаси, шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш, диспансеризация ва реконвалесцентларни реабилитация қилишни ўргатиш;

- бемор ётоғида, лабораторияларда, шу жумладан, ўқув хонасида мавзуни муҳокама қилишда беморга нисбатан жавобгарлик ҳиссини ривожлантириш;
- тематик саволларни муҳокама қилиш мисолида илмий фикрлаш, клиник масалаларни ечишда ижодий жихатдан ёндашиш, шунингдек, мустақил қарор қабул қилишга ўргатиш. Мантиқий фикрлашни ва ўз фикрини касбий тилда етказиб беришини ривожлантириш.

- Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**
- профессионал анамнез йиғиш ва беморни кўриқдан ўтказиш;
- эрта ва қиёсий ташхислаш асосида тахминий ташхисни шакллантириш;

- шошилиш ҳолатни ташхислаш ва госпитализациягача бўлган даврда 1-чи тиббий ёрдам кўрсатиш;
- профилактика ва реабилитациясини таъминлаш.

### **Машғулот ўтказиш жойи, жиҳозланиши**

- аудитория;
- қабул бўлими;
- диагностика бўлими;
- техник воситалар: тематик беморлар; оверхед; мультимедиа проектори; TV-видео; ўргатувчи-назорат қилувчи дастур; янги педагогик технология усуллари сценарийлари; вазиятли масалалар.

Туғма ичак тугилиши – чақалоқларда шошилиш жарроҳлик ёрдамини талаб қилувчи ҳолатлар орасида нисбатан кўп учрайдиганидир.

Туғма ичак тугилишига олиб келувчи сабаблар жуда кўп бўлиб, уларни кўйидаги гуруҳларга тақсимлаш мумкин;

- Ичак найи ривожланишининг норасоликлари ( атрезиялар, стенозлар)
- Ичак найининг ташқи томондан сиқилишига олиб келувчи норасоликлар ( ҳалқасимон меъда ости беши, аберрант қон томири, энтерокистома)
- Ичак деворининг туғма тараққиёт нуқсонлари( аганглиоз-Гиршпрунг касаллиги, нейронал дисплазия, гипоганглиоз).
- Ичак бўшлиғини қуюқ меконий билан тўлиб қолишига олиб келувчи норасоликлар ( Муковисцидоздаги меконийли илеус).
- Ичаклар булариши ва ичактутқичнинг фиксациясидаги бузилишлар оқибатида юз берадиган ичак тугилишлари ( Ледда синдроми, ўрта ичакнинг алоҳидалашган буралиши)

Ичак норасоликларининг сабаблари жуда кўп бўлиб, ирсий йўл билан бериладиган, ёки спорадик турлари тафовутланади.

Норасолик ҳомили ҳаётининг 3-4 ҳафтасида, яъни органогенез даврида пайдо бўлади, чунки шу даврда ичак девори, унинг бўшлиғи ва буралиш жараёнлари юз беради.

Тараққиёт жараёнида овқат ҳизм қилиш найи « яхлитлик босқичи» ни ўтайди. Бу босқичда ичакнинг бўшлиғи эпителий билан тўла, яъни яхлит ҳолатда бўлиб, ундан кейин бошланадиган вакуолизация жараёнлари натижасида най шаклига киради. Агар вакуолизация жараёнлари бузиладиган бўлса, унда ичак бўшлиғи ҳосил бўлмасдан қолади, агар ушбу жараён унчалик катта бўлмаган масофада бузиладиган бўлса, пардали атрезия рўй беради. Агар реканализация жараёни бошланиб, пардада кичик тешик ҳосил бўлса, унда пардали стеноз деб аталадиган норасолик кузатилади. Агар ичак бўшлиғи катта масофада ёпиқлигича қолса, унда фиброз ипсимон атрезия кузатилади. Атрезиянинг бундай тури ичактутқич артериясининг бир қисми ривожланмай қолиши эвазига ҳам бўлиши мумкин. Атрезия сосискасимон бўлиши ҳам мумкин.(кўпламчи атрезия). Кўрсатиб

Ўтилган норасоликлар аксарият ҳолларда мураккаб эмбриологик жараёнлар юз берувчи соҳаларда ; ўн икки бармоқли ичакнинг катта сўрғичи, ўн икки бармоқли ичакнинг оч ичакка ўтадиган қисмида шунингдек ёнбош ичакнинг дистал қисмида рўй бериши мумкин

Ичак найчаси ичида кечувчи жараёнлар билан бирга ичакнинг буралиши жараёни кечади. (ўн икки бармоқли ичакдан кўндаланг чамбар ичакнинг ўртасига қадар). Буралиш жараёнлари ҳомила ҳаётининг 5 ҳафтасидан бошланиб, учта даврда кечади

Буралишнинг иккинчи босқичи 10-12 ҳафталаргача давом этиб, ичак қовузлоқларининг қорин бўшлиғига қайтиб киришини таъминлайди. Бунда ичаклар соат милига тескари 90 даражага буралиб, қорин бўшлиғига қайтиб киради. Агар иккинчи босқичдаги буралиш тўхтаб қолса, бола ичакнинг тугалланмаган буралиши билан туғилади. Бунда ўрта ичак юқори ичактутқич артерияси соҳасига фиксацияланиб қолиб кетади. Ингичка ичакнинг қовузлоғи қорин бўшлиғининг ўнг томонида, кўричак эпигастрал соҳада ва ниҳоят йўғон ичак чап томонда жойлашади. Бундай фиксация юқори ичактутқич артерияси атрофида буралиш оқибатида ўткир странгуляцион ичак тутилишига олиб келади. Эпигастрал соҳада жойлашувчи кўричак эмбрионал чандирлар воситасида ўн икки бармоқли ичакни ташқи томонидан сиқиб , ўтувчанлиги бузилишига олиб келади. Ўн икки бармоқли ичакнинг сиқилиши билан ўрта ичакнинг буралиши кўшилиб келиши Ледда синдроми дейилади.

Ҳомила ҳаётининг 18-20 ҳафтасидан бошлаб, болада ютиш рефлекси пайдо бўлади, бу эса ўз навбатида ичак тутилиши аломатлари пайдо бўлишига олиб келади. Ҳомила атрофи сувининг ютилиши атрезия соҳасидан юқорида тўпланиб, ковак аъзонинг кенгайишига, пастки қисмларда эса кулранг тусдаги ичак найи шираси ва кўчган эпителийдан иборат модданинг тўпланишига олиб келади .

Туғма ичак тутилиши қуйидагича классификацияланади;

- Юқори ва қуйи( чегара –ўн икки бармоқли ичак)
- Тўлиқ ( атрезия) ва қисман ( стеноз)
- Обтурацион ( атрезия , ичак бўшлиғининг энтерокистома ёки ҳалқасимон меъда ости беши томонидан сиқилиши , меконийли илеус Гирсшпрунг касаллиги )ва странгуляцион ( ичакнинг буралиши, ичакнинг сиқилиши, ичак инвагинацияси).

Туғма ичак тутилиши ҳомила ҳаётининг 18-20 ҳафталаридан то туғилган маҳалигача давом этиши эътиборга олиниб, туғилган пайтида норасоликнинг сатҳи ва турига хос аломатлар пайдо бўлади.

Туғма ичак тутилиши учун хос бўлган асосий аломатлардан бири –ич келмаслиги ва патологик аралашмалар билан қусишдир. Юқори ичак тутилиши учун хос бўлган аломатларга бола туғилганидан кейин ўт аралаш қусиш киради. Қуйи ичак тутилишида бола туғилганидан қорни катталашган бўлади. Странгуляцион ичак тутилиши бола йиғлаганда ва безовталанганида кўкқисдан оғриқ билан намоён бўлади. Ичак тутилишининг бу тури бола ҳаётининг 3-5 кунлари , кўкқисдан пайдо бўлади.

Қусиш-чақалоқларда энг кўп учрайдиган симптомлардан бири бўлиб, унинг хажмини, пайдо бўлиш вақтини, жадаллигини, қусуқ массасининг характерини, тана ҳолати ва динамиканинг ўзгариши билан боғлиқлигини баҳолаш лозим.

6 ҳафтагача бўлган болаларда тез тез қусиш ва кекириш кардиал қисмнинг вояга етмасганлиги ва етишмовчилиги билан боғлаш мумкин.

Функционал ичак тутилишида қусиш мунтазам бўлмасдан, қусуқ массасининг миқдори қабул қилинган овқатнинг массасидан кам, консерватив терапия самара беради.

Хар қандай этиологияли инфекцион токсикоз ичак фалажлиги оқибатида юз берадиган тутилиш бўлиб, бола даставвал сут, кейин ўт аралаш, ва касаллик авж олгани сайин ичак аралашмалари билан қусишга олиб келади.

Механик ичак тутилишида патологик аралашмали қусиш мунтазам кучайиб бораверади.

Димланиш оқибатида келиб чиқадиган қусиш фарқланади, бунда бола бирваракайига катта хажмда қусади. Қусишнинг ушбу тури обтурацион ичак тутилиши учун хосдир. Странгуляцион ичк тутилишида бола рефлексор равишда, тез-тез, оз-оздан қусади.

Қусуқ массасининг таркибига қараб, тутилиш сатҳини аниқлаш мумкин.

- Тўсиқ агар ўн икки бармоқли ичакнинг Фатер сўрғичидан юқорида бўлса қусуқ массаси таркибида меъда маҳсулоти бўлади.
- Тўсиқ агар ўн икки бармоқли ичакнинг Фатер сўрғичидан пастида бўлса қусуқ массаси таркибида ўт суюқлиғи бўлади. (узоқ муддатлик димланиш ҳисобига).
- Ўн икки бармоқли ичакнинг стенозида қусуқ массасининг таркиби стенознинг даражасига боғлиқ бўлади.
- Ўн икки бармоқли ичак сатҳида ичакнинг ўткир буралиши кузатилса, бола ўт суюқлиғи аралаш қусади.
- Пасткиичактутилишларида бола ичак аралашмалари билан қусади.

Ўн икки бармоқли ичак атрезияси аксарият ҳоғларда дистал қисмда, стенозлари эса проксимал қисмида топилди. Атрезиянинг энг кўп учрайдиган тури – пардали атрезия ҳисобланади. Парда Фатер сўрғичидан юқорида, ёки пастда жойлашиши мумкин. Беморларнинг 21% қисмида атрезиянинг сабаби сифатида меъда ости безининг ҳалқасимон шаклда эканлиги аниқланади. Беморларнинг 60% дан ортиғида ўн икки бармоқли ичак атрезиялари бошқа аъзо ва тизимлар норасоликлари билан, 30% дан ортиғи Даун касаллиги билан ва 20% дан ортиғи юракнинг туғма тараққиёт нуқсонлари билан уйғунлашиб келади.

Ўн икки бармоқли ичакнинг атрезиясида клиник манзара сурункали юқори ичак тутилиши аломатлари билан кечиби, бола туғилгани заҳотиёқ кўкимтир тусда қусади, қорин пучаяди, ичи келмайди. Фатер сўрғичидан юқоридаги атрезияда меъда аралашмалари билан қусади, туғри ичак кўздан кечирилганида кўкимтир тусдаги шилимшиқ тиқин аниқланади. Ўн икки бармоқли ичакнинг атрезияси билан туғилган болаларни текшириш

юқорида келтирилган дастур асосида амалга оширилади. Ташҳисни ойдинлаштириш учун икки проекцияда қорин соҳаси рентген тасвирига олинади

Операциядан аввалги тайёргарликлардан кейин шошилиш хирургик муолажа ўтказилади. Пардали атрезияда дуоденотомия ва пардани кесиш операцияси ўтказилади. Ҳалқасимон меъда ости безида дуоденодуоденоанастомоз ўтказилади. Бошқа турларида дуоденоеюноанастомоз бажарилади.

Операцияни бошдан кечирган беморлар 6-12 ой мобайнида диетасиз кузатуви остида бўладилар. Болалар ичак биоценози коррекциясига ва бузилган моддалар алмашинувининг меъёрлаштирилишига муҳтож бўладилар. Фермент препаратларидан, поливитаминлардан буюриш, оқилонга озиклантириш меъда-ичак тизими фаолиятини меъёрлаштиришга шароит яратади.

Ўн икки бармоқли ичакнинг стенози барча ичак стенозларининг 50% га яқин қисмини ташкил қилади. Бунда пардали атрезиянинг ўртасида тешик кузатилади. Ўн икки бармоқли ичакнинг стенози ичакнинг ҳар қандай қисмида учраши мумкин, аммо шунга қарамадан аксарият ҳолларда ўн икки бармоқли ичакнинг катта сўрғичи атрофида жойлашади

Ўн икки бармоқли ичакнинг стенози юқори ичак тутилиши аломатлари билан зоҳир бўлади. Касалликнинг етакчи аломати – ўт аралаш қусиш бўлиб, ҳар гал озиклантирилганидан кейин кучаяди. Тана вазнининг камайиши ва дегидратация кучайиб бораверади. Қориннинг пасти қисми пучайган, ичи мекониал ва жуда кам миқдорда келади. Ўн икки бармоқли ичакнинг стенози рентгенологик усулда ойдинлаштирилади. Обзор рентген тасвирида қориннинг юқори қисмида иккита суюқлик сатҳи, ва пастки қисмларида ичакларнинг газлар билан етарлича тўлмаслиги аниқланади.

Ўн икки бармоқли ичакнинг стенози дуоденотомия ва пардани кесиш орқали оператив даво воситасида даволанади.

Ўрта ичакнинг туғма буралиши ичакнинг меъёрий буралиши маҳалидаги дуоденал тирсак ва кўричак ўзининг ўрнига келмаса ва ичактутқич қориннинг орқа деворига меъёрдагидек бирикмаса, рўй беради.

Ўрта ичакнинг тутқичи бунда фақат битта нуктага бириккан бўлиб, унинг ўзи юқори ичактутқич артериясига осилиб турган бўлади. Ўрта ичакнинг боши ва илеоцекал бурчак бевосита бир –бирига яқин жойлашган бўлиб, соат мили йўналиши баралиш юз бериш эҳтимоли ошади.

Патология юқори странгуляцион ичак тутилиши аломатлари билан намоён бўлиб, туғилганидан 3-4 кун ўтиб, тез-тез қусиш ва қорин соҳасидаги оғриқлар, ичак перистальтикасининг кучайиши, ич келмаслиги, тўғри ичакдан шилимшиқ аралаш қон кетиши билан ифодаланади.

Ташҳис рентгенологик усуллар билан ойдинлаштирилади. Болани вертикал ҳолатга қўйиб, обзор рентгенограмма олинганида меъда соҳасидаги ягона ҳаво пуфакчаси кўринади. Касалликнинг эрта босқичларида ичак қовузлоғида яқкам – дуккам кичик ҳаво пуфакчалари кўринади

Ўрта ичакнинг туғма буралиши ичак атрезияларининг барча турларида ва

обтурацион ичак тутилишларида қориннинг барча соҳалари юмшоқ ва оғриқли, странгуляцион ичак тутилишида эса оғриқли ва таранглашгандир. Ўткир аппендицит ва ярали –некротик энтероколитда аксарият ҳолларда ўнг ёнбош соҳасида, локал оғриқли нуқталар аниқланади. Тарқоқ перитонитда қорин қаппайган, оғриқли ва барча соҳаларида таранглашган, айрим ҳолларда қорин олд девори ҳам патологик жараёнга улашиб кетган.

Механик ичак тутилишининг муҳим аломатларидан бириғичак перистальтикасининг кучайиши ва эшитилиши бўлиб, динамик ичак тутилишида перистальтика заифлашади ёки бутунлай йўқолади.

Чақалоқлар перитонитининг асосий сабаби –ковак аъзонинг перфорацияси бўлиб, бу асорат туғма таракқиёт норасоликларининг айрим турларида, ва ярали -некротик энтероколитда кузатилади. Қорин бўшлиғида эркин ҳаво йиғилганида жигарни перкуссиялаш орқали аниқлаш имкони йўқолади.

Қорин олд девори қалинлиги кам бўлганлиги учун чақалоқлар перитонитида қорид олд девори тўқималари ҳам шишади, ўғил ботдан тўғри ўтказиладиган бўлса, буралиш қайталанмайди. Аммо, ичакнинг охиригача буралмаганлиги эътиборга олиниши ва агар чувалчангситмон ўсимта яллоиғланадиган бўлса атипик жойлашиш эҳтимолини хотирдан фаромуш қилмаслик лозим.

Ингичка ичакнинг атрезияси туғма ичак тутилиши нинг энг кўп учрадиган турларидан биридир. оч ичакнинг атрезияси 50% ни, ёнбош ичакнинг атрезияси 43%ни, иккала ичакнинг бирваракайига атрезияси эса 7% ни ташкил қилади.

Ингичка ичак атрезияси фиброз ипсимон тусда бўлиб, беморларнинг 50% дан ортиғида эмбрионал даврда ичак буралиши ва адгезив перитонит кўшилиб келади.

Ингичка ичакнинг атрезияси пастки ичак тутилиши ва обтурацион ичак тутилиши аломатлари билан намоён бўлади. Бола туғилгани захотиёқ қорин ўлчамлари ҳаддан ташқари катта бўлиб, бу ҳолат эмбрионал даврда қағанок сувининг кўп миқдорда ютилиши билан боғлиқ. Агар атрезия ичак буралиши ва адгезив перитонит билан асоратланмаган бўлса қорин пайпасланганида юмшоқ ва оғриқсиз бўлади. Аускультацияда ичак перистальтикаси кучайган. Меъда ювилганда димланган маҳсулотлар, тўғри ичакдан эса шилимшиқ тиқин олиш имкони бўлади.

Ингичка ичакнинг атрезиясида қорин бўшлиғининг обзор рентген тасвирида қориннинг юқори қаватида кўплаб суюқлик сатҳи, пастки қаватида эса сояланиш кўринади Дифференциал диагностика паретик ичак тутилишлари, динамик ичак тутилишлари билан ўтказилади. Паретик ичак тутилишлари учун перистальтиканинг камайиши хосдир. Рентгенологик текширишларда кўплаб суюқлик сатҳлари аниқланади. Динамикадаги рентгеноконтраст текширишлар контраст модданинг пассажини кўрсатади, бу ҳолат механик ичак тутилиши ташҳисини истимсно этишга имкон беради.

Дастлабки операция олди тайёргарликларидан кейин оператив даво ўтказилади.



Юқори кўндаланг лапаротомия орқали ичак жароҳатга олиб чиқилиб синчиклаб тафтиш қилинади, ундан мақсад кўшпламчи атрезияларни истисно этишдир. Туғма атрезияларда ичак атрезияланган қисмлари диаметрларидаги ўзаро катта фарқ борлиги учун олиб келувчи қовузлоқдан 10-12 см қирқиб олиб ташланади. Учма-уч, ёки Т симон анастомоз қўллаш афзалдир.

Энтерокистомалар - турли ўлчамли ва шаклли шарсимон ёки цилиндрсимон туғма ҳосилалар бўлиб, ичак девори билан биргаликда меъда ёки ичакка хос бўлган шиллиқ қават билан қопланган. Агар меъдага хос бўлган шиллиқ қават билан қопланган бўлса киста ичидаги суюқлик нордон характерга эга бўлиб, геморрагик тусда бўлади. Киста ичак бўшлиғи билан камдан-кам ҳолларда кўшилган бўлади. Бундай кисталар ичакнинг ҳар қандай соҳасида бўлиши мумкин, аммо шунга қарамадан илеоцекал бурчакда учраш эҳтимоли кўпроқ бўлади.

Мазкур норасолик умуртқа поғонасининг битмаслиги, орқа мия чурраси ва пешоб таносил тизими аъзоларининг туғма норасоликлари билан уйғунлашиб келади.

Энтерокистомалар ўткир ичак тугилиши аломатлари билан намоён бўлади. Қорин ўлчамлари катталашиб, перистальтика кучаяди, чақалоқ қуюқ меъда аралашмалари билан қусади, унинг таркибида озроқ микдорда ўт суюқлиғи ҳам аниқланади.

Энтерокистома диагнози УТТ ва рентген текширишлари воситасида ойдинлаштирилади.

Энтерокистома фақат хирургик йўл билан даволанади. Одатда патологияга учраган ичак резекция қилиниб, энтероэнтероанастомоз қўйилади. Ўз вақтида ташҳисланиб, тўғри даво ўтказилса, прогноз яхши.

Меконийли илеус – туғма ичак тугилиши аломатлари билан намоён бўлувчи ва чақалоқлар перфоратив перитонити билан 50,0% дан ортиқ ҳолда асоратланувчи оғир туғма тараққиёт нуқсони бўлиб, меконий ажралишининг бузилиши билан намоён бўлади. Касаллик муковисцидозга учраган болаларнинг 20,0% дан катта қисмида асорат сифатида учраб, ўғил ва қиз болаларда бир хил жадалликда аниқланади.

Организм ички секреция безлари кўшпламчи яллиғланиши оқибатида қуюқлиги юқори бўлган шира ажралади, бу эса меъда ости бези, ичаклар ва ўпкаларда иккиламчи ўзгаришлар келиб чиқишига сабаб бўлади.

Касаллик пастки обтурацион ичак тугилиши аломатлари билан намоён бўлади. Қорин ўлчамлари катталашади, ичак перистальтикаси кучаяди. Бола кўп марта лаб ўт аралаш қусади, тўғри ичак текширилганида ампуласи гипоплазияга учраган, клранг шилимшиқ тиқин ажралади. Қорин бўшлиғи аъзоларини обзор рентген тасвири ташҳисни ойдинлаштиради. Қорин бўшлиғи бироз катталашиб, пастки қисмлари сояланган, юқори қаватида ингичка ичак қовузлоғи кенгайиб, суюқлик сатҳлари аниқланади. Айрим ҳолларда кальций тузларининг йиғилиши ҳисобига йўғон ичак йўналиши бўйича кальцификатлар топилади.

Дифференциал диагноз Гиршпрунг касаллиги билан ўтказилади. Бундай

мақсадлар учун сувда эрувчи контраст модда билан ирригография ўтказилади. Меконийли илеусда йўғон ичакнинг барча қисмлари гипоплазияга учраган, Гиршпрунг касаллигида эса сигмасимон ичакнинг тор дистал қисми супрастенотик кенгайиш соҳасига ўтганлиги кўринади.

Тиббий -ирсий текширишлар воситасида муковисцидозни тасдиқлаш лозим.

Меконийли илеус хирургик йўл билан даволанади. Кенгайган ичак қовузлоғи устидан энтеротомия ўтказилиб, ичак қовузлоклари меконийли суюлтирувчи фермент препаратлари билан бошидан охирига қадар ювилади. Энтероэнтероанастомоз қўйилади. Операциядан кейинги даврда ўрнини олувчи ферментотерапия ўтказилади.

Прогноз жиддий бўлиб, умрбодлик давони талаб қилади.

### **Адабиётлар.**

- 1.Исаков Ю.Ф. Детская хирургия. - М.: Медицина, 1983.
- 2.Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни у детей.- М.: Медицина, 1993.
- 3.Руководство по торакальной хирургии у детей. - Ю.Ф. Исаков и соавт. 1978.
- 4.Срочная хирургия у детей. - Баиров Г.А. 1997., С-П.
- 5.Детская хирургия. - Ашкрафт К.У. 1997.
- 6.Болалар хирургияси. Сулайманов А.С. 2000

### **2-амалий машғулот. Болаларда буйраклар ва пешоб йўллари туғма тараққиёт нуқсонлари ва аномалиялари (буйраклар норасоликлари, супра ва инфравезикал обструкциялар)**

Ишдан мақсад:

Диагноз аниқланганда шифокор тактикаси, шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш, диспансеризация ва реконвалесцентларни реабилитация қилишни ўргатиш;

- бемор ётоғида, лабораторияларда, шу жумладан, ўқув хонасида мавзунини муҳокама қилишда беморга нисбатан жавобгарлик ҳиссини ривожлантириш;
- тематик саволларни муҳокама қилиш мисолида илмий фикрлаш, клиник масалаларни ечишда ижодий жиҳатдан ёндашиш, шунингдек, мустақил қарор қабул қилишга ўргатиш. Мантиқий фикрлашни ва ўз фикрини касбий тилда етказиб беришини ривожлантириш.

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**

- профессионал анамнез йиғиш ва беморни кўриқдан ўтказиш;
- эрта ва қиёсий ташхислаш асосида тахминий ташхисни шакллантириш;
- шошилиш ҳолатини ташхислаш ва госпитализациягача бўлган даврда 1-чи тиббий ёрдам кўрсатиш;
- профилактика ва реабилитациясини таъминлаш.

Болаларда буйраклар ва пешоб таносил тизими аъзоларининг туғма норасоликлари барча нуқсонларнинг 35-40% қисмини ташкил қилади. Патологоанатомик текширишлардан маълум бўлишича 10% га яқин одамлар

пешоб таносил тизими аъзоларининг туғма норасоликлари ва ангомалиялари билан дунёга келадилар. Урогшенитал норасоликлар орасида 10% га яқинини буйракларнинг туғма нуқсонлари ташкил қилади.

Буйраклар норасоликлари жадаллиги унинг мураккаб эмбриогенези билан боғлиқ. Эмбриогенезнинг меъерий жараёнлари бузилиши оқибатида аномалияларнинг турли шакллари пайдо бўлади.

Буйраклар норасоликлари қуйидаги турларга бўлинади; миқдор, ўлчам, жойлашиш, ўзаро жойлашиши ва таркиби норасоликлари.

Буйрак аномалиялари классификацияси;

А.миқдор аномалиялари;

1. Аплазия (бир, икки томонлама)
2. Буйрак қўшалокланиши (бўлиқ, тўлиқсиз)
3. Қўшимча буйрак

Б. Ўлчам аномалиялари

1. Гипоплазия жойлашиш аномалиялари

1. Кўкрак дистопияси

2. бел дистопияси

3. ёнбош дистопияси

4. тоз дистопияси

5. кесишмали дистопия

г) Ўзаро мутаносибликаномалияси

1. симметрик: тақасимон, галетасимон

2. асимметрик: 2- ва 8-симмон буйраклар

д) Тузилиш аномалиялари

1. буйрак дисплазияси:

а) рудиментар буйрак

б) паканабуйрак

2. Буйракларнинг кистозли касаллиги:

а) мультикистоз

б) поликистоз

в) буйракнинг оддий кисталари

3. губгасимон буйрак

е) Косача-жомча тизими аномалияси. 1. Миқдор аномалияси: а) жомча аплазияси

б) Жомчани иккиланиш, учланиш ва б.ш. 2. Тузилиш аномалияси:

а) полимегакаликс

б) косача дивертикули

в) жомча кистаси

**Сонлар аномалияси.** Ушбу сонли аномалияларга бир ёки икки томонлама буйрак аплазияси ва қўшимча буйрак киради. Бир қанча авторлар бачадон ичи хомилада аъзолар ривожланиш муддати тугаши қараб аплазия ва агенезия терминларга турли тушунчалар киритишган. Аммо ҳамма клинисистлар таъкидлайдики ушбу тушунчалар клиник, рентгенологик ва прогностик аҳамиятга эга эмас. Шунга кўра клиник таснифда мақсадга кўра битта термин

ишлатилади. М.Ф.Трапезников бўйича «буйрак аплазияси» термини ушбу талабга жавоб беради.

*Бир томонлама аплазия одатда кўпроқ учрайди.* Бу аномалия контралатерал аъзоларни нормал ривожланишида клиник намоён бўлмайди. Аммо ушбу аномалия бўлганда, жарохат билан боғлиқ бўлган ягона бўлган буйракни олиб ташлашда юзага келиши мумкин бўлган оғир тиббий хатоликларни инкор қилиш мақсадда, шуни эсда тутиш керак.

В большинстве случаев аплазия почки сопровождается отсутствием мочеточника, а также атрофией соответствующего участка мочепузырного треугольника. Однако у ряда детей имеются устья мочеточников и отсутствуют изменения треугольника, поэтому на основании цистоскопии нельзя сделать заключения об отсутствии или наличии почки. Установить правильный диагноз позволяют только эхография почек, экскреторная урография, нефросцинтиграфия и аортография. Буйраклар аплазияси жинсий аъзолар аномалиялари билан 70% қизларда ва 20% ўғил болаларда биргаликда келади.

*Икки томонлама буйрак аплазияси* хаётга мос келмайдиган, анча кам учрайдиган аномалия бўлиб хисобланади. Ушбу аномалия кўпроқ эркак жинсдаги инсонларда учрайди.

*Кўшимча учинчи буйрак нисбатан кам учрайдиган аномалия.* Дунё адабиётларида манбада фақатгина 3-4 табутунлай бир биридан ажралган буйраклар хақида маълумот келтирилган. Клиник маълумотларда нуқсон аниқланмайди отадта фақатгина тасодифан урологик текширувларда топилади. Бироқ учинчи буйракда турли хил асоратлар ривожланганда, ушбу ривожланиш нуқсонини диагностикаси қийинчилик туғдирмайди. Асорат юзага келганда, консерватив давога бўй сунмайдиган кўшимча буйракда пиелонефритнинг зўрайиб кечишида, зарарланган аъзони олиб ташлаш кўрсатма бўлиб хисобланади.

**Хажмлик аномалиялари.** Хажмли аномалияларга *буйраклар гипоплазияси* киради (буйраклар хажми кичрайиши). Буйрак паренхимаси нормал морфологик тузилиши ва уни функцияси бузилмаслиги билан намоён бўлади. Гипоплазия кўпроқ бир томонлама, нисбатан кам холларда икки томонлама бўлади. Кам бўлмаган холларда гипоплазиранган буйракда пиелонефротик жараён юзага келади. Ташхис одатда ултратовуш диагностика, экскретор урографи ва радиоизотоп сканерлаш маълумотларига асосланиб қўйилади. Ангиография маълумотлари гипоплазияни оддий шаклини пиелонефритдаги иккиламчи бужмайишдан дифференцировка қилиш имконини беради. Шуниси аниқланганки функциясини йўқотган гипоплазияга учраган буйракнинг артериялар диаметри шу даражада кичикки, уни хаттоки селектив ангиографияда ҳам аниқлаб бўлмайди.

Буйракни косача ва жомчалари экскретор урогаммада текшириш катта диагностик ахамиятга эга: нормада одатда ўнтадан ортиқ, гипоплазияда эса бештадан кам бўлади. Жомча ўрта косачаларсиз тўғри жомчадан бошланувчи, учбурчак ёки ампуляр шаклдаги майда косачалардан иборат. Нефросцинтиграфияда паренхиматоз ва қон томирларда препаратнинг

нормал транспорти фониди, каналчалар ва артериялар хажми камайиши кузатилади.

Бир томонлама буйрак гипоплазияси клиник намоён бўлмаслиги мумкин. Бироқ ундай холда соғлом буйракга қараганда турли касалликлар кўпроқ учрайди. Икки томонлама қарама-қарши гипоплазия дефектни намоён бўлиш даражасига, асоратига, инфекция кўшилишига қараб гипертония, буйрак етишмовчилиги симптомлари билан намоён бўлади. Буйраклар гипоплазиясини даволаш мақсади унинг функциясини бузулиш даражасига қараб аниқланади. Гипотензив ва антибактериал терапия билан консерватив даволаш фойда бермаслигига ишонч ҳосил қилингандагина оператив даволашга мурожат этилади. Артериал гипертония ва оғир пиелонефрит билан асоратланган бир томонлама буйрак гипоплазиясида одатда нефроэктомиа ўтказилади. Коллатерал буйракда нефросклеротик ўзгаришлар кузатилганда нефроэктомиага қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Гипоплазиранган почкада пуфакли- сийдик найи рефлюксида функцияси 30% дан паст бўлса антерефлюкс операция тавсия этилади. Буйраклар аплазияси ёки гипоплазиясида контралатерал аъзо организмнинг функциясини адекват таъминлаш мақсадида викар гипертрофияга учрайди.

**Жойлашиш аномалиялари.** Жойлашиш аномалиялари кўпинча ёш болаларда ташхис қилинади. Буйрак ўзининг онтогенетик буралишида юқорига кўтарилиш босқичларининг турли қисмида фиксацияланиши мумкин. Бунда у тугалланмаган ротациясида қолади. Статистик маълумотларига кўра янги туғилган чақалоқларнинг 800-1000 дан бирида буйрак дистопияси (эктопия) кузатилади. Буйрак дистопияси бир томонлама ёки икки томонлама бўлиши мумкин.

Кўпинча буйрак дистопиясига сийдик ажратиш тизими аномалиялари билан бирга бошқа аъзолари аномалияси ҳам кўшилиб келади. Дистопирланган буйрак қанчалик пастда жойлашган бўлса унинг дарвозаси шунчалик вентрал жойлашган бўлади; жом олдинга қараган. Эхографияда ва экскретор урографияда бундай буйрак олдинги орқа йўналишда қалинлашган, ўлчамлари нормал ривожланган буйракга нисбатан кичрайган бўлади. Сийдик найи одатдагидан калта, тўғри ва бироз кенгрок бўлади.

Гомолатерал дистопиялардан яна бири ва клиник ахамиятга эга бўлгани чаноқ дистопиясидир. Яққол даражада намоён бўлган чаноқ дистопиясида буйрак чуқур жойлашган: эркак жинсдагиларда тўғри ичак ва сийдик қопи ўртасида, аёлларда бачадон ва тўғри ичак ўртасида. Чаноқ дистопияси бир томонлама ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Дистопирланган буйрак ўзгариши мумкин.

Аномалиянинг клиник кўриниши кўшни аъзоларнинг ўзаро бирикиши натижасида уларнинг нормал функциясини бузилиши ёки дистопирланган буйракнинг ўзида юзага келувчи патология натижасида юзага чиқади. “Чаноқ буйраклари” га характерли симптом бўлиб оғриқ ҳисобланади, у перманент ёки интермитирланган характерда бўлиши мумкин. Одатда оғриқ ҳаракат вақтида пайдо бўлади. У чаноқнинг пастки қисмида бўлиб ўткир аппендицит

хуружини эслатиши мумкин. Катта ёшдаги кизларда эса оғриқ менструал цикл даври билан бирга келиши мумкин.

Бимануал пальпацияда чанокда жойлашган буйракни пальпация қилиш мумкин. Тўғри ташхис эхография ва экскретор урография натижаларга асосан қўйилади. Буйрак функцияси сусайганда жом сояси, думғаза суягининг зич соясига устма-уст тушиб қолади ва аниқ кўринмайди. Бундай ҳолатларда ретрогад урография ва буйрак ангиографиясининг нефрографик фазаси муҳим диагностик аҳамиятга эга.

Дистопирланган буйракда патологик жараён юзага келганда оператив давога кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Одатда трансперитонеал кириш қўлланилади. Шунинг билан керакки дистопирланган буйракда аъзо сақловчи операция ўтказиш қийин чунки унинг ноодатий васкулизацияси ва топографияси бунга имкон бермайди. Шунинг билан чиказмаслик керакки дистопирланган буйрак қон томирлари жуда калта, худди буйрак томир устида ётгандек. Шундай ҳолатларда ҳам дистопирланган буйрак гидронефрозидан аъзо сақловчи операция ўтказиш керак.

Ёнбош буйрак дистопияси ёнбош суягининг гребидан пастда жойлашади. Шунинг билан керакки бундай дистопия турида буйрак қалинлашган шаклда бўлади ва унинг паранефрал клетчаткаси бўлмайди.

*Бел соҳаси дистопияси* буйракларнинг бел соҳасидан пастда жойлашиши билан характерланади. Буйрак кўндаланг ўқ атрофида ротацияланган унинг жами эса олдинга қараган ёки вентрал жойлашган – медиал позиция. Бундай ҳолатларда оператив даволаш фақатгина буйракнинг аъсоратлари ёки ёндош касалликлар кўшилганда амалга оширилади. Юқорида тавсифланган дистопия турлари гомолатерал дистопия турларига киради. Кам ҳолларда гетеролатерал ёки кесишган турлари ташхисланади, бунда иккала буйрак умуртқа поғонасининг бир томонида, сийдик найи эса улардан пастроқда умуртқани кесиш ўтади ва одатдагидек сийдик қопага тушади. Кесишма дистопияда кўп ҳолларда буйрак қўшилиб кетади. Сийдик найи тораимаси цистоскопияда симметрик жойлашади шунинг учун ҳам буйрак аномалиясига шубҳа қилинмайди. Кесишма дистопия специфик симптоматика намоён қилмайди. Дистопирланган аъзо жойлашган соҳада оғриқ бўлиши мумкин. Буйрак аъсоратланганда кесишма дистопирланган буйрак бир қисми операция қилиниши мумкин.

*Нефроптоз* –бу буйракнинг фиксацияловчи аппаратининг туғма нимжонлиги билан қўшилиб келган ташқи муҳит сабаблари қўшилиши натижасида юзага келувчи ҳаддан ортиқ буйракнинг ҳаракатчанлигидир. Нефроптознинг ҳаракатчан (тана горизонтал ҳолатга ўтганда анатомик ҳолатига қайтади), фиксацияланган (буйрак атрофида ривожланган чандиқлар ҳисобига фиксацияланиб қолган) турлари фарқланади. Кўпинча ҳаракатчан буйракда ўсма аниқланади. Болаларда нефроптоз давоси асосан консерватив: бандаж қўллаш, гимнастика, сурункали пиелонефрит аниқланганда яллиғланишга қарши терапия. Консерватив даво ноэффektiv бўлганда (буйрак функцияси ёмонлашиши, оғриқ синдроми ўсиб бориши, тиббий препаратлар билан бартараф қилиб бўлмайдиган артериал босим

ошиши ва б.ш.) Лопаткин бўйича нефроэктомия кўрсатма бўлиб хисобланади. Оператив давога мухтож бўлган болалар сони кўп эмас.

**Ўзаро мутаносибликаномалияси.** Ўзаро мутаносиблик аномалияси тушунчаси остида буйракларнинг бир бирига нисбатан буралиши тушунилади. Буйракларнинг кутблари ўзгариши билан уларнинг бўйлама ўқига қараб S-,  $\alpha$ - и I-галетасимон ва тақасимон буйраклар ажратилади.

Бу гуруҳ аномалияларда амалиёт томонидан тақасимон буйрак ахамиятга эга, бунда буйракнинг бир хил кутбларининг қўшилиб кетиши кузатилади. Қоидага кўра бундай буйрак катта ёки кичик даражада эктопирланган ва 4 ёки 5 бел умуртқаси соҳасида жойлашади. Тақасимон буйракда кам холларда чуқур тос дистопияси кузатилади.

### **Жомча ва сийдик найи ривожланиш нуқсонлари**

Урологик касалликлар ичида жомча ва сийдик найи ривожланиш нуқсонлари катта гуруҳни эгаллайди.

**Жомча ривожланиш нуқсонлари.** *Тугма жомча йўқлиги* доимо буйраклар аплазияси, ва кўп холларда сийдик найини ҳам аплазияси билан бирга келади. Охирги холатда цистоскопияда сийдик қопи учбурчагида гемиатрофия аниқланади.

*Жомнинг иккиланиши ёки ажралиши* сийдик ажратиш зачаткасининг метанефростик бластемага ўтгунча ажралиши натижасида юзага келади. А.Я. Пытеля (1969) маълумотларига кўра камдан кам холатларда буйрак паренхимасидан ташқари жомнинг трифуркацияси учраши мумкин. Шундай холатлар кузатилганки жом буйрак дарвозаси соҳасида олти бўлакка бўлинган. Кўп холатларда жомнинг иккиланиши сийдик найининг иккиланиши билан қўшилиб келади. Бундай холатларда бу нуқсон юқори сийдик йўллари иккиланиши деб номланди.

Сийдик найи аплазияси. Сийдик найини икки томонлама аплазияси хар доим буйракнинг икки томонлама аплазияси билан қўшилиб келади. Бундай аномалия хаёт билан мос келмайди ва клиник ахамиятга эга эмас. Бир томонлама аплазия сийдик найини зачаткасининг етилмаганлигига асосланган. Баъзан сийдик найи ўзини проксимал ёки дистал қисми билан намоён бўлади.

Сийдик найининг иккиланиши. Кўп холатда жомнинг иккиланиши билан бирга қўшилиб келади ва 150/1 нисбатда учрайди. Бу нуқсон қиз болаларда ўғил болаларга нисбатан беш маротаба кўп учрайди. Қизларда эктопирланган сийдик қопидан ташқари торайма ораликга, қинга, бачадонга очилиши мумкин. Бу холатга характерли белги бўлиб қизларда нормал сийдик ажратиш акти билан бирга доимий томчили сийдик тутолмаслик хисобланади. Жуда кам холларда сийдик найининг тораймаси ичакга эктопирлангани учрайди.

Юқори сийдик йўллариинг иккиланиши бир томонлама ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Сийдик найини тўлиқ иккиланишида хар бир сийдик найи сийдик пуфагига алоҳида торайма билан очилади. Сийдик пуфагида битта торайма ягона сийдик найининг чаноқ қисми билан юқорида

икки тармоққа ажралувчи хар бири ўзининг жомига эга холатларда юқори сийдик йўллари нотўлиқ иккиланиши ўрин эгаллайди.

Юқорида тасвирланган топография аномалияларида асоратлар ривожланиши учун юзага келтирувчи омил бўлиб хисобланади. Шундай қилиб латералрок жойлашган тораймага эга бўлган сийдик найининг пастки сегменти калта шиллиқ ости тунеллига эга. Бу сийдик найига везикоренал рефлюкс бўлиш частотасини изохлайди. Аксинча холатларда кўпинча эктопирландиган сийдик найи юқори сегменти уретрогидронефроз бўлишга моил, бунга унинг дистал қисми стенози сабаб.

Сийдик найининг иккиланиши эхография экскретор урография, цистоскопия ва ретроград урография натижаларига асосланиб ташхисланади. Жуда кам холатларда сийдик найи ва жоми учланиши кузатилиши мумкин. Бу аномалиянинг асоратланиши (пиелонефрит, гидронефрит, калкулёз) ва консерватив давонинг эффеќти кузатилмаганда мустахкам шаклланган абзони оператив коррекцияси тавсия этилади.

Операция хажми ва тури уродинамика бузилишлари, боланинг ёши ва холатига муофиќ танланади: буйракнинг бир сегментининг функцияси тўлиқ йўқолганда геминефроуретерэктомия (буйрак ангиографиясининг нефрографик фазасида сцинтиграфияга ўхшаб нофункционал паренхиманинг ва ўлчамни аниқ аниқлашга ёрдам беради). Иккала сегментнинг функцияси сақланган холатларда абзо сақловчи операция ўтказилади. Сийдик пуфаги – сийдик найи рефлюксида бир ёки иккала сийдик найи ёки битта сийдик найини сийдик пуфагига антирефлюкс химоя билан неоимплантация, ёки “ягона блок” билан антирефлюкс операция (Лидбеттер Политано типиди) кўрсатма бўлиб хисобланади. “Ягона блок” операция кенг тарқалмоқда, у иккала сийдик найини сийдик пуфаги олди холатида ажралганида улар умумий адвентициал қинга эга бўлганида озиқланишини бузмайди.

Жом-сийдик найи ва сийдик найлари аро анастамозлар қўйиш сийдик найининг чўлтоғини очиш билан операциялари кейинчалик ривожланиши мумкин. Кўрсатмаларга кўра бу операциялар қолган сийдик найининг антирефлюкс химоя хосил қилиниши билан тугатилади. Операцияга қадар албатта уретромиография ва уретромонография ёрдамида сийдик найи функциясини бузулиш даражасини аниқлаш керак. Буйрак сегменти ва сийдик найи функцияси сақланганлигига ишонч хосил қилинганда анастомоз қўйиш мумкин.

**Ретрокавал сийдик найи** – кам урчайдиган аномалия, хомилани веноз тизими аномал ривожланиши оқибатида юзага келади, қачонки орқа олдинги кардиал вена редукцияга учрамайди, сийдик найини ўраб олувчи пастки кавак венага трансформацияланади. Бундай жойлашиш уродинамикани бузади ва кейинчалик гидронефроз ривожланишига олиб келади. Ретрокавал сийдик найи клиник жихатдан зарарланган буйракда инфекция ривожланиши баъзан буйрак коликаси билан намоён бўлади. Гидронефроз ва сийдик найини медиал кесишмаси экскретор урография натижаларига асосаланган холда ташхис қўйилади. Даволаш фақат оператив: сийдик найини кесиш ва охирга охир антевазал анастамоз қўйиш.



**Гидронефроз** – бу ривожланиб борувчи ва сийдик ажралишининг бузилиши билан кечувчи жом ва косачанинг кенгайиши. Сўнгги йилларда “гидронефротик трансформация” термини қўлланилади. Болаларда гидронефроз ривожланишига сабаб пелвиоуретрал сегментдаги органик ва функционал ўтказувчанликнинг бузилишидир. Кўпинча шу сегментда туғма тутилиш, камроқ эса клапан ёки сийдик тоши, деворидан ташқари эса сийдик найининг юқоридан чиқиши, сийдик найининг ретрокавал жойлашиши, сегментнинг абберант томир билан босилиши, фиброз тортмалар билан тортилиб қолиши натижасида юзага келади.

Динамик тутилишнинг асосида туғма жом-сийдик найи тораймаси ётади. Баъзи клинцистлар бу тутилишни жом олди сегментининг хомила ичи ривожланишидаги ишимия натижасида атрофияси билан боғлайдилар. Уларнинг маълумотларига кўра эмбрион ривожланиш даврида “сийдик найили буйрак” буйракнинг бош қисми ноқулай шароитда жойлашади. Аноксия оқибатида шу сегментда мушак қавати ривожланиши бузилади ва склеротик фиброз тўқима билан ўрин алмашади.

*Сийдик найининг юқоридан чиқиши.* Бу нуқсон хақида аниқ қараш йўқ. Баъзи урологлар гидронефротик ўзгарган буйрак ва сийдик найининг юқориги 3/1 тушишига тўсқинлик бўлишини тасдиқлашади. Бошқалар эса пелвиоуретрал сегментининг юқоридан жойлашишлари жомнинг пастки қисмини кенгайиши билан тушунтирадилар. Учинчи гуруҳ эса туғма нуқсон сифатида қарайдилар. Ташхис экскретор урограммадан сўнг қўйилади.

Кўп холларда гидронефроз ривожланишига сабаб жом сийдик найи сегментидаги клапан ва бурмалар бўлади. Буни эрта ёшдаги болаларда бўлиши тасдиқлайди. Зонд ёки катетерни сийдик найи жомчасидан ўтказиб бўлмаганда бу патология фақат жомни очгандан сўнг аниқланади. Кўпгина урологлар томонидан сийдик найини юқори қисмини босувчи пастки кутбли томир босиши натижасида ривожланувчи гидронефрозга турлича қарашади. Баъзиларнинг фикрига кўра пелвиоуретрал сегментдаги уродинамикани бузилиши, кўшимча қон томир мавжудлиги сабаб деб таъкидлашади. Бошқалар эса яллиғланиш натижасида тўқиманинг склерозланиши ва шу сегментни босишини бирламчи жараён сифатида кўрсатишади. Қолганларнинг фикрича қон томирдаги босимнинг натижасида буйракнинг тушиши кузатилади.

*Ретрокавал сийдик найи* – веноз тизим аномалияси: сийдик найи пастки кавак венанинг орқасидан ўтади. Кузатишларга кўра доимий равишда сийдик йўллариининг юқори қисмида уродинамиканинг бузилиши гидронефроз ривожланиши билан асоратланади. Алохида холатларда гидронефроз ривожланишига жом ва сийдик найи ўртасидаги фиброз тортмалар сабаб бўлади.

Гидронефроз катталарда 58% ва болаларда 87% холларда пиелонефрит билан асоратланади. Резицирланган пельвиоуретрал сегмент морфологик текширилганда нерв элементлари камайиши билан бирга сегмент деворида сурункали яллиғланиш аниқланади.

*Клиник кўриниш ва диагностика.* Туғма гидронефроз узок вақт давомида симптомсиз кечади. Пельвиоуретрал тирқиш пиелонефрит ва яққол ифодаланган уродинамика бузилишлари бўлмаган ҳолатларда сўнгги даврлардагина оғриқга шикоят қилишлари мумкин. Бошланғич даврларда оғриқ характери ёқимсиз босим ҳисобига қорин соҳасида кузатилади ва баъзида ғижимловчи типда кузатилади. Кичик ёшдаги болаларда бундай оғриқни ошқозон ичак тизимидаги бузилишлари билан боғлайдилар. Уларни йўқолиши ота-оналар ва шифокорларни тинчлантиради. Оғриқлар кучайганда биринча марта болани текширган педиатр жигар касаллиги, ўт ажраташи тизимидаги касаллиги ёки ошқозон ичак тракти касаллиги ҳақида ўйлайди лекин сийдик ажратиш тизими функциясини текширмайдилар (айниқса сийдикда патологик ўзгаришлар бўлмаганда).

Айнан шу вазиятларда болалардаги пельвиоуретрал сегменти стенозини ихтисослаштирилган стационарга кеч госпитализация қилиниши билан тушунтирилади. Шу сегментнинг яққол обструкциясида оғриқ интенсив ва давомийлиги билан ажралиб туради. Касалликнинг узок вақт кечишида оғриқни интенсивлиги буйрак паренхимасининг кўп қисми ўлиши натижасида камаяди.

Кичик ёшдаги болаларни текширганда айтиқса оғриқнинг характери ва локализациясини аниқлаш қийинчилик туғдиради. Ўткир оғриқ пайтида болалар жуда безовта бўлади ва кўнгил айтиш қайт қилиш ҳолатлари кузатилади. Кўпинча бу симптомлар ошқозон ичак тизими касалликларининг намоён бўлиши сифатида баҳоланади. Гидронефртик трансформациянинг ривожланганда ва айтиқса пиелонефрит кўшилганда клиник картина типик бўлиб қолади: қоринда ёки белдаги оғриқ устунлик қилади ва ноаниқ характерга эга бўлади (буйрак санчиғидан то ўтмас ва ўювчи оғриқгача). Диуретик воситалар тавсия этилганда оғриқ кучаяди. Ўсмасимон ҳосиланинг пальпацияланиши ўтувчи гидронефроздан дарак беради. Косача ва жомча тизими кенгайишини ултратовуш текшируви орқали аниқланади. Экскретор урограммада ҳам шундай картина аниқланади. Жомнинг буйрак ичи жойлашишида асосий косача ҳисобига кенгайган. Сийдик найи контрасланмайди. Ташхис ноаниқ бўлган ҳолатларда узок муддатли рентген тасвир (3-6 соатдан кейин) олинади. Форсирланган диурез вақтида буйрак жомчаси хажми 20% дан ортиқ кенгайди. Буйракнинг концентрацион функцияси сезиларли ўзгаришларда узайтирилган инфузион урография тушириш тавсия этилади.

Ташхисни аниқлаш мақсадида баъзи ҳолатларда ретроград пиелографияга мурожат қилинади. Буйрак паренхимасининг турли соҳаларининг функционал активлигини аниқлаш мақсадда радиоизотоп текширув усули ўтказилади. Гидронефрознинг биринчи босқичи буйракнинг буйрак ичи тозалаш функциясини компенсацияси ва қон ажралишини нормал кўрсаткичлари билан характерланади. Иккинчи босқичда буйрак паренхимасининг турли қисмларида тозалаш функцияси пасайиши кузатилади. Буйракларнинг кўп қисмли функционал бузулишлари учинчи босқичда аниқланади. Юқорида кўрсатилган стандарт текширув методлари

хардоим хам гидронефротик трансформацияни аниқлаш имконини бермайди. Шубхали холатларда кўшимча текширувлар шулар қаторида экскретор урография ва диуретиклар фонида радиоизотоп текширувлар тавсия этилади. Ренограмма ва рентгенограммада диуретик юборишдан олдин ва кейин пельвиоуретераль сегменти обструкциясининг сақланиши уродинамиканинг патологик бузлиши фойдасига рол уйнайди. Баъзи бир урологлар ноаниқ холатларда (пиелоектация ноаниқ кўриниши) буйрак жомчасидаги сийдик босими ва оқимини аниқлашни таклиф қиладилар. Бошқа авторлар фикрига кўра у ердаги босимнинг сийдик қопидаги босимдан баланд бўлиши операцияга абсолют кўрсатма бўлиб хисобланади. Охирги йилларда шуни аниқландиги жомдаги босимни баланд бўлиши пельвиоуретрал сегментда хар доим хам обструкция бўлмаслигидан далолат берди. Чунки, сурункали обструкцияда кам бўлмаган холларда пастъ босим аниқланади. Текширув жараёнида жом-сийдик найи тораймасига таъсир қилувчи нерв ва гуморал омиллар перфузия тезлигини хисобга олиш керак. Гидронефрозда буйрак функциясини аниқлаш мақсадида кам холларда аортаграфиядан фойдаланилади, айниқса соқов буйрак деб номланувчи симптомлар юзага келганда, бу эса даво тактикасини тўғри танлашга ёрдам беради.

Шунингдек буйрак ангиографияси кўшимча томирни аниқлаб гидронефрознинг этиологик сабабини хам топиши мумкин. Гидронефроз ва гидрокаликозни дифференциал диагностикасида буйрак ангиографияси ахамиятли хисобланади. Гидронефрозда барча косача жом тизимини сезиларли даражада катталашиши характерли бўлса, гидрокаликозда эса фақат косачаларнинг ўзи кенгайиши кузатилади. Бу эса гидронефроз ва гидрокаликоз дифференциал диагностикасида фарқловчи ахамиятга эга, лекин экскретор урографияда ва радиоизотоп текширувда доим аниқлаб бўлмайди.

Икки томонлама кенгайган бўшлиқлари хар доим хам гидронефроз бўлавермайди. Шуниси аниқки гидронефротик буйракдаги морфофункционал ўзгаришларда коллатерал аъзо компенсатор равишда гиперфункцияси кузатилади. Буйрак артериясининг калибри ва аъзо ичидаги қон томирлар калибрли кенгайди, натижада фильтрацион фаолияти кучаяди. Фильтрацион хусусият 1,5-2 баробар ортади; шунга мувофиқ жом хажми хам ошади. Коллатерал буйракда пластик операция ўтказишдан олдин пельвиоуретериал сегменти уродинамикасида бузилиш борлигига ишонч хосил қилиш керак.

Функционал текширувларга асосан гидронефрознинг учта стадияси тафовут этилади. Биринчи босқичда буйрак плазма оқими камаяди, иккинчисида коптокчали фильтрация хам камаяди, учинчисида зарарланган буйракнинг порциал функцияси кескин камаяди. Уродинамика бузулиш даражалари жомча ичи босими кўрсаткичлари аниқ кўрсатади. Рентгенологик текширув натижаларига асосан бошланғич, яққол намоён бўлган ва терминал босқичлар фарқланади. Бошланғич босқичга рентгенограммада соялар коллатерал буйрак паренхимасига нисбатан камроқ юпқалашади. Бу босқичда косача ва жом патологияси кўпроқ намоён бўлади. Жом ичи босими

хисобига (10,7+-7,5 мм,сим,устунигача) косачалар хажми катталашади ва конфигурацияси ўзгаради.Қадахларнинг ўлчами катталашиси билан бир вақтда жом хажми ҳам катталашади яъни гидрокаликозга пиелоектазия кўшилади.

*Сийдик чўкмасидаги ўзгариш.* Эрта босқичларда форниксларнинг ёрилиши натижасида ёки кечки босқичларда буйракдаги веноз димланиш хисобига микро- ва макрогематурия юзага келади.Педиатрик амалиётда бу симптом 10% кузатувларда аниқланади. Гематурия давомий бўлмайди. Сурункали пиелонефрит билан асоратланганда сийдикда яққол лейкоцитурия аниқланади.

Гидронефрознинг асосий асоратлари бўлиб сурункали пиелонефрит (87%), буйрак гипертонияси (43,5%) ва нефролитиаз (8,7%) (катталарда мос равишда 15,7; 28 ва 27% кузатилади). Кўпчилик урологлар болаларда гидронефроз асоратларини буйрак паренхимсидаги диспластик ўзгаришлар билан боғлайдилар.

*Гидронефрознинг давоси оператив.* Хозирги кунда кўпчилик клинцистлар гидронефротик трансформациянинг бошланғич шаклларини коррекцияловчи операцияга тўғридан тўғри ва абсолют кўрсатма деб хисоблайдилар, бу гидронефрознинг ривожланишини ва кейинчалик нефроэктомия бўлишини олдини олади.

Гистологик ва гистохимик текширув натижаларига кўра кўпчилик болаларда уродинамиканинг тикланиши патологик жараённи орқага қайтишига, аъзо сақловчи операциянинг мақсадини кенгайтиради. Радиоизотоп текширув ва кон томир текширувлари орқали асосланган ва баъзи холатларда экспресс биопсия маълумотлари орқали тасдиқланган буйрак функциялари ўлимида кам холатларда нефроэктомия ўтказилади. Тахминий тери орқали ёки операцион нефростомия уросепси ривожланганда, боланинг оғир холати пластик операцияга қарши кўрсатма бўлганда, сурункали буйрак етишмовчилиги билан асоратланган ягона буйрак бўлганда кўрсатма бўлади. Пластик операциянинг хажми ва тури буйрак функцияси бузулиш даражаси, жомнинг жойлашиш тури анатомик ва функционал тўсиқларнинг бўлишига қараб индивидуал хал қилинади. Операция турини аниқлашга ноқулайликлар юзага келганда (аъзо сақлаб қолувчи ёки аъзо либ ташловчи операция) тери орқали нефростомия бажариш тавсия этилади.

Хозирги кунга келиб гидронефрозда пластик операциянинг 60 дан ортик тури маълум: улардан бири сийдик найини очмасдан ташқи сабабларни йўқотишдан иборат, бошқалари пельвиоуретрал сегментнинг тикланишига ва нихоят учинчиси янги пельвиоуретрал торайма хосил қилади.

Болалардаги турли хил пластик операцияларда қўлланиладиган анализ тахлиллари кўпгина урологлар таъкидлашича жомча – сийдик найи сегментида фиброз склеротик ўзгаришлар узок вақт кечгани сабабли натижалар кўп холларда қониқарсиз чиқади. Мана шунинг учун кўп холатларда жаррохлар пельвиоуретрал сегмент жом ва янги тораймалар хосил қилишда кенг резекция қилиш тарафдоридирлар. Ушбу оператив

коррекция тури буйракдан ташқари жомнинг буйракдан ташқари шаклида кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Буйрак ичи шаклида пельвиоуретрал сегмент жомни кенг резекция қилинмаслик маъқул кўрилади. Бу операция тури адабиётларда турли хил номлар билан аталган.

У турли таклифлар еғиндиси ҳисобланади Andersen, Hynness и Kuss). Чуқур морфологик изланишлар билан. Жомнинг резекцияси зарурлигини I. Kusera асослаган. Айтилганларни ҳисобга олиб бу операция турини Андерсен — Гайнеса — Кюсса — Кучернинг комбинирланган операцияси деб номлаш керак. Жомчанинг буйрак ичи шакли алохида жаррохлик бўлиб (Г.А. Бариров ва шу қатор клиницистлар) Фолею бўйича пластикасига мурожат қиладилар.

Узоқ вақтлар давомида абберант томир чақирган пельвиоуретрал сегментдаги уродинамик бузулишда жаррохлик тактикаси мунозарали бўлиб келди. Бир қанча урологлар тавсия қиладики буйрак паренхимасидаги қон айлиниши  $1/2 - 1/3$  қисмини йўқолиши ёки кичик калибрдаги қон томирларда қон айланишни бузулиши кесишни ўтказишни таъкидлашди. Бошқалар уни боғлашни тавсия қилишган. Хозирги вақтда кўпгина изланувчилар фикрига кўра бу операция нофизиологик, буйрак паренхимасида локал ишемияга олиб келади, сўнгида эса доимий гипертонияни чақиради. Шунинг учун кўпгина урологлар (томир ажратилгандан сўнг) антевазаль пиелоуретрал анастомозга мурожат этадилар.

Алохида клиницистлар аномал томир аниқланганда уни чандиқлардан озод қилиш ва жом деворига ёки буйрак капсуласига фиксациялаб қўйиш билан чегараланишни тавсия этади. *Андерсона - Гайнеса - Кюсса - Кучеры операцияси*. Федеров бўйича бел кесмаси ўтказилади. Буйракни яланғочланади. Тўмтоқ йўл билан сийдик найининг юқори учдан бири ажратилади ва резина ушлагичга олинади. Гидронефроза сабаби аниқланади: функционал тугулиш, Абберантный томир, эмбрионал чандиқ, сийдик найини атипик чиқиши, сийдик найини ретрокавал жойлашиши. Оғир ҳолатлар нормал диаметрда эга бўлган сийдик найи, ёки девори ривожланмаган, папирус қоғозини эслатувчи ва кичик диаметрдаги 2,3-3мм ли бўлганда юзага келади. Оператив даво мақсади бўлиб пельвиоуретрал сегментни резекция қилишдан иборатдир. Резинали ушлагичдан максимал тортиш билан жомчани ажратилади. Бундан сўнг пельвиоуретрал сегмент функциясига макроскопик баҳо беришади. Обструкциянинг кўринарли сабаби аниқланмаса сийдик найининг юқори қисмида қисқариш тўлқини сақланади ва кейинчалик узулиб ортга қайтади. Фақат анчагина вақт ўтгандан сўнг шу сегментнинг кенгайганлиги аниқланади. Жом – сийдик найининг сегментининг қисқариши ва бўшашиши бўлмаса пельвиоуретрал сохани кесишга тўғридан тўғри кўрсатма бўлади. Операциянинг биринчи куниданок сурункали пиелонефритни олдини олиш мақсадида антибактериал терапия қўлланилади ва сезувчанликни ҳисобга олган ҳолда кенг спектрдаги тури қўлланилади (гентемицин, эритромицин, ампицилин, пенициллин). 10-12 кунига тезда антибиотик алмаштирилади, стационардан чиқариш маълумотномасига консерватив терапия буюрилади. 72,5% беморларда

операциядан кейинги ҳолат энгил ўтади. Алохида натижаларни клиник лаборатория рентген натижалар асосида баҳоланади.

Алохида натижаларни баҳолашнинг ягона критерийси бўлмагани учун турли даволаш муассасаларида қўлга киритилган натижаларни солиштириш қийин. Клиник тикланиш ҳардоим ҳам косача дом тизимининг дилатацияси билан кечмайди. Пластик жаррохлик натижалари гидронефроз даражаси ва пиелонефрик жараёнини яққоллигига боғлиқ. Аъло ва яхши натижаларнинг кўрсаткичи 50 дан 95 гача бўлиши мумкин. Қониқарсиз натижалар 4-17,6% ҳолатларда регистратсия қилинади.

**Сийдик найининг нерв мушак дисплазияси** (мегауретер) сийдик найининг ўлчамларини катталашини ёки кенгайиши билан намоён бўлувчи туғма касалликни изохлаш учун «мегауретер» атамаси қўлланиши қўлланилиши ҳақида ёзма манбалар бор. Мегауретер муаммоси урологияда ва умуман болалар урологиясида долзарблигича қолмоқда. Шу соҳадаги етакчи мутахассисларнинг тасвирий ифодасига кўра “болалар урологиясида мегауретердан кўра кўпроқ муаммоли долзарблиги, даволаш методларининг турлилигидек бошқа нарса йўқ”.

*Этиология ва патогенез.* Адабиётларда мегауретер механизми ва табиати ҳақида аниқ маълумотлар йўқ. Мегауретер сийдик найининг пуфак олди ўсиғида, сийдик пуфаги бўйинчасида ёки сийдик чиқазиш каналидаги туғма механик ва функционал тўсиқлар натижасида юзага чиқади. Бошқача қилиб айтганда мегауретернинг икки хил тури фарқланади: 1) Сийдик найининг интрамурал ёки юкставезикал қисмига туғма механик ва функционал тўсиқ натижасида; 2) Иккиламчи мегауретер, сийдик пуфаги бўйинчаси ёки уретердаги туғма механик ва функционал тўсиқ натижасида юзага келади.

Мегауретер комплекс тушунча бўлиб, патологик жараёнларнинг турли генездалигини билдиради. Сийдик найини улчамини узайиши ва кенгайиши бу жараёнларни асосини ташкил қилади. Мегауретерни шундай тури аниқланадики пуфак сийдик найи сегментида структур ўзгаришлар аниқланмайди.

Бутунсоюз урологлар плениумида (Ленинград, 1981) (мегауретер) атамасини ташхис сифатида қабул қилиш ва уни даволаш тактикаси, сийдик найини нейро мускул дисплазиясига оид саволларга турли қарашлар бўлди. Ахалазияни, мегауретер ва гидроуретеронефроз жараёнининг босқичлари сифатида қаралади.

Патоморфологик изланишлардан шуниси аниқ бўлдики болалардаги сийдик найини юкставезикал бўлимини торайишида уродинамикани бузилиши, кичик ёшдагиларда одатда катта бўлмаган сохаларда (0,5-0,7 см.) намоён бўлади, каттароқ ёшдаги болаларда эса 1-5 см кузатилади. Дилатацияланган сийдик найининг сиқилиш соҳаси 1,5 см ва ундан кўпини ташкил қилади.

Гистологик изланишларда сийдик найининг турли қисмларидан турли хил бузулишлар аниқланади, қайсики 40 ортиқ касалликлар билан боғлиқ. Сийдик найининг интрамурал қисмида яққол ифодаланган мушак толаларининг склерози ва шиллиқ ости қаватининг фибрози ва мускуллараро бириктирувчи тўқимада периваскуляр мононуклеар инфилтрат аниқланади.

Эластик толалар фақатгина қон томир адвентиция қаватида кузатилади. Тос қисмининг дистал соҳасида сегментар уретрит ички кўндаланг қаватининг мушаклар атрофияси ва деворининг склерози билан аниқланади. Эластик толалар мушакли бириктирувчи тўқимада жойлашган. Нерв элементлари миқдори кескин камаяди.

Мушак толаларини зарарланиши бўйича учта босқичга ажратилади: 1) нормал мушак хужайралари камдан кам хужайралари атрофиси билан; 2) мушак хужайраларда пикнотик активликни пасайиши ва митохондриялар сонини камайиши билан кечиши; 3) мушак хужайраларининг атрофияси коллаген депозитининг кўпайиши. Гликоген гранулаларининг целюллар структураси бузилиши рўйхатга олинади. Бунинг ҳаммаси сийдик хажмининг қисқариши бузилишига ва импульс ўтишининг секинлашишига олиб келади. Барча беморларда оператив даво (геминефроуретерэктомия, нефроуретерэктомия) буйрак тўқимасини бужмайиш босқичида пиелонефротик ўзгаришларда ўтказилади. Буйрак капсуласи қалинлашган. Кортикал қаватда кўп миқдорда лимфоид гистоцитар инфилтрат билан тумшуксимон соҳалар бўлади, кенгайган лимфатик томирларда “оқсил тромблари” бўлади. Йойсимон артерия деворида сегментар склероз ва гиперэластоз интима бўлади. Бўлақлараро артериялар мембрананинг кўполлашиши ва унинг сегментар гиперплазияси бўлади.

#### **Назорат саволлари**

1. Буйрак аномалиялари қандай турларга бўлинади.
2. Андерсона - Гайнеса - Кюсса – Кучеры операцияси қандай бажарилади
3. Жомча ва сийдик найи ривожланиш нуқсонлари
4. Гидронефрознинг сабаблари нима?
5. Бел соҳаси дистопияси ва нефроптоз қандай даволанади?

#### **Адабиётлар.**

1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия. - М.: Медицина, 1983.
2. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни у детей. - М.: Медицина, 1993.
3. Руководство по торакальной хирургии у детей. - Ю.Ф. Исаков и соавт. 1978.
4. Срочная хирургия у детей. - Баиров Г.А. 1997., С-П.
5. Детская хирургия. - Ашкрафт К.У. 1997.
6. Болалар хирургияси. Сулайманов А.С. 2000

## V.КЕЙСЛАР БАНКИ

### 1- муаммоли вазият

Қабулга 4 ойлик болани онаси олиб келди. Шикоятлари: инжиқлик, эмишининг ёмонлиги,  $t^{\circ} - 37,4C$ . Кўриқда умумий ахволи нисбатан қониқарли, тери ва шиллиқ қаватлари тоза, ЛОР врач кўригида қўйилган диагноз: ўткир катарал отит, керакли даволашни тавсия этган.

### Кейс топшириқлари

- Шу пайтгача болага қандай режали эмлашлар ўтказилган бўлиши керак.
- Бугунги ташрифдан бола қандай вакцинани олиши керак эди?
- Қанча вақтдан кейин болани эмлаш мумкин.

### 2- муаммоли вазият

Қабулга онаси 5 ойлик болани олиб келди. Бола невропатологда ГИЭ эрта тикланиш даври диагнози билан диспансер рўйхатида туради. Болага АКДС олиш бўйича 2 ойга тиббий варақа берилган. Невропатолог қайта кўригидан сўнг болага вакцина олишга рухсат этилади.

- АКДС учун шахсий режа тузинг.
- Бола шу пайтгача ОПВ вакцинани нечта олиши керак.
- Неча ёшда бола АКДС олади.

### 3- муаммоли вазият

Қабулга она 3 ойлик болани олиб келди. Онасининг сўзига кўра бола муддатига етиб, уйда туғилган, ҳеч қандай эмлашлар ўтказилмаган. Кўриқда она ҳеч қандай шикоят билдирмади, бола соғлом, жисмоний ва психомотор ривожланиш ёшига тўғри келади.

- УАШ тактикаси
- Эмлашни нимадан бошлаш керак?
- Кейинги вакцинацияни қачон ўтказиш керак?

### 4-муаммоли вазият

Бемор бола И, 3 ёш, ҚВП га онаси билан келган.

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

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

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

### **Топшириқлар:**

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

### **5-муаммоли вазият**

10 ёшли бола кўрукда. 1-ёшида енгил аллергодерматоз кузатилган. 7-ёшлигида фолликуляр ангина ўтказган. Сийдик таҳлиллари ўзгаришсиз бўлган. Касаллик ўткир бошланган, субфебрил харорат, ютишда томоқда оғрик, курук йўтал кузатилган. Симптоматик даволанган. 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: кизча 1 л атрофида суюқлик ичган, 500 мл сийдик ажралган. Юзида, оёқларида бел сохаларида шишлар пайдо бўлган. Терисида тошмалар йўқ, томоғи қизарган, миндалинаси II-III катталашган. Пульс 100 уд/мин, ўртача тўлаликда ва тарангликда. Юрак тонлари аниқ, ўпкада дағал нафас, хириллашлар йўқ. АД 145/110 мм см.ус. Қорни бироз димланган. Жигар 2,5 см. Катталашган.

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

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

### **Топшириқлар:**

- Сизнинг ташҳисингиз
- Сизнинг фикрингизча қайси касалликлар билан қиёсий ташҳисланади.

- Бемор ҳолатини таҳлил қилиш асосида тахминий ташҳис қўйиш, зарурий текширувларни ўтказиш, беморни кейинчалик даволаш учун асосли тўхтамга келиш.

### **6-муаммоли вазият**

Бола 20 кунлик, 1-хомиладорликдан. Хомиладорлик даврида онаси икки марта ЎРВИ ўтказган (8, 32 ҳафтада). Бола туғилибоқ йиғлаган. Вазни-3200, бўйи-50см, Апгар шкаласи-7/9 балл. Эмизгани 2 кундан сўнг берилган, суст эмган. Туғруқхонада боладасустлик, тери қоплами кулрангсимон 1-кун бўйинвачовбурмаларида пиодермия элементлари аниқланган. 3-куни пиодермия генерализацияси ва интоксикация кучайгани учун касалхонага ўтказилган. 17-куни қониқарли ҳолатда жавоб берилган. Онасида гипогалактия бола сунъий овқатлантиришда бўлган.

Кўрувда: бола бўш, мускул гипотонияси, гипорефлексия. Тери қоплами: тоза, пушти, човбурмаларида гиперемия. Киндик яраси эпителизацияланган. Шиллик пардалар тоза. Ички органларда патология йук. Ахлати-бурда-бурда, кунига 3-5 маҳал, патологик белгисиз.

- Сизнинг тахминий ташҳисингиз?
- Болани қандай мутахассислар кузатиб бориши керак?
- Сепсис профилактикаси бўйича онага қандай маслаҳат берилади?
- Касаллик прогнози қандай?

### **7- муаммоли вазият**

3 ёшли қизчанинг анамнезидан тугилгандан бери тери ва шиллик қаватларида тарқоқ цианоз кузатилган. Келганда тери ва шиллик қаватлари бироз кўкимтир, акроцианоз. Кўуқрак қафаси деформациялашган, юрак нисбий чегаралари: унг-парастернал чизикдан 1 см ўнгда, чап- аксилляр чизик бўйлаб, юқори- 2-қовурға. Аускультатив: тонлар ритмик, ЧСС –160, туш суяги чап қирраси 3-қовурға оралигида урта интенсивликдаги систолик шовқин, чапдан 2-қовурға оралигида 2-тон акценти. Нафас олиш сони 40. Нафас олиши чуқур, шовқинли. Жигар ўнг қовурға ёйи остидан +3 см

- УКТ: Нь –148, эр – 4.9, лей – 6.3, ранг кур – 0.9, СОЭ – 3мм/соат.
- Сизнинг ташҳисингиз?
- Қандай кушимчате текширувлар ўтказиш керак?
- Дифференциал диагнозни қайси касаллик билан ўтказасиз?
- Касаллик давомида қандай фазалар мавжуд?

### **Амалий топшириқлар**

1. Эмлаш календари бўйича 4 ойлик бола қайси вакциналарни олган бўлиши керак?
2. Чақалоқ 1800 гр тана массаси билан 35 хафтада туғилган. БЦЖ вакцинаси қачон қилиниши мумкин.
3. 2 ойлик бола АКДСга эмланди. Боланинг иссиғи кўтарилиб, шайтонлаш синдроми кузатилди. Кейинги эмлаш амалга ошириладими, қандай чоралар кўриш лозим.
4. ҚВПда кечаси чироқ учган. Музлатгичда вакциналар бор эди. Ушбу вакциналарни болаларга юбориш мумкинми. Қандай чоралар кўрасиз.
5. Режали эмлашга ташриф буюрган 1 ёшли болада 37 градус иситма аниқланди. Сизнинг тьяктикангиз.
6. Боланинг терисида гемангиома аниқланди. Бу болани эмлаш мумкинми? Қайси вакцинацияларни ўтказишни тавсия этасиз?

## VI. МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ

### Мустақил ишни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

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

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

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

- модул мавзуларини ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш, ўқув манбалари билан ишлаш;
- семинар машғулотларига тайёргарлик кўриб бориш;
- белгиланган мавзулар бўйича ишланмалар тайёрлаш;
- тестлар ечиш;
- амалиётдаги мавжуд муаммонинг ечимини топиш бўйича кейслар ечиш;
- мунозарали саволлар ва топшириқларга тайёргарлик кўриш;
- кўرғазмали 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

- Эбол вируси ва унинг глобал тус олиши.
- Атипик зотилжам ва унинг болаларда кечиши
- Иммунотанқис ҳолатлар. Болаларда иммуномодуляторларни тқўллашнинг фойдали ва зарарли томонлари.
- Эмлаш календари. Турли давлатларда эмлашга бўлган муносабатлар.
- Вакциналар. Турли мамлакатларда ишлаб чиқарилган вакциналар. Ўзбекистонда қўлланилаётган вакциналар хақида маълумот.
- Поликлиника шароитида эмлашни ташкил этишдаги ютуқлар ва камчиликлар.

## VII. ГЛОССАРИЙ

| Термин                                       | Ўзбек тилидаги шарҳи  | Инглиз тилидаги шарҳи   |
|--|---|---|
| <b>Антими<br/>кроб<br/>резист<br/>ентлик</b> | Микробларга қарши юборилган дориларга нисбатан қаршилак                         | antimicrobial resistance  |
| <b>АРВ<br/>терапи<br/>я</b>                  | Антиретровирус терапия (ОИТСда қўлланилади)                                     | antiretroviral medicine/antiretroviral drug   |
| <b>анамнез</b>                               | Анамнез, касаллик тарихи  | Medical history   |
| <b>АПТ</b>                                   | Актив парциал тромбопластин вақти   | activated partial thromboplastin time.  |
| <b>АДС</b>                                   | Адсорбланган дифтерия-қоқшол вакцинаси  | diphtheria, tetanus vaccine (DT), DT  |
| <b>АКДС</b>                                  | Адсорбланган дифтерия-қоқшол кўкйўтал вакцинаси                                 | diphtheria, tetanus and acellular pertussis vaccine (DTaP), DPT with acellular pertussis  |
| <b>Алажил<br/>л<br/>синдро<br/>ми</b>        | Алажилл синдроми, жигар томирларининг аномалияси                                | Alagille syndrome, hepatic vascular anomaly   |
| <b>Валеоло<br/>гия</b>                       | 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 |
| <b>АС</b>                                    | 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   |
| <b>билиру<br/>бин</b>                        | Гемоглобиннинг парчаланишидан ҳосил   | Pigment yellow. Formed as a result of   |

|                    |  |   |
|--------------------|--|---|
|                    | <p>бўладиган сарик рангли пигмент. Билирубин ўт билан ичакка ажралади. Турлари : умумий, боғланган, боғланмаган. Механик ва паренхиматоз сарикликда билирубинни барча фракцияларининг миқдори ошади, гемолитик сарикликда эса фақат боғланмаган билирубиннинг миқдори ошади.</p> | <p>destruction of hemoglobin. There are direct, indirect and total bilirubin. Changes to the composition of bile into the intestine.</p>  |
| <b>Гиподинамия</b> | <p>Кам ҳаракатлануши ҳаёт тарзи. Инсоннинг гипокинезия ҳолати</p>  | <p>the complex of violations in activity of an organism which is a gipokineziya consequence; changes cover practically all functional systems (the musculoskeletal device,</p>  |
| <b>Гипокинезия</b> | <p>Ҳаракат камлигидан келиб чиқадиган ҳолат. Кам ҳаракатли турмуш тарзида учрайдиган организмнинг физиологик етилмаганлиги.</p>  | <p>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</p> |

|                      |   |  |
|----------------------|---|--|
|                      |   | of the movement)   |
| <b>Гипоплазия</b>    | Орган, тана кисмининг етук ривожланмаганлиги. Урта курсаткичлардан 2 стигмадан ортик огиш                     | the underdevelopment of fabric, body, part of a body exceeding a deviation from average values in two sigma  |
| <b>Декомпенсация</b> | 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  |
| <b>Диагноз</b>       | Организмни хар томонлама тиббий ва биологик текширувидан кейинги унинг соғлиги еки касаллиги хақидаги хулоса  | the conclusion about a state of health and the nature of an illness of the person on the basis of his comprehensive medical biological inspection; distinguish preliminary, exact, early, final, clinical, complex, differential, etc. Diagnoses |
| <b>диарея</b>        | сувсизланишга олиб келувчи ич кетиши  | Severe diarrhea, which leads to dehydration  |
| <b>Диагностика</b>   | Инсонни текширув жараёнида унинг тиббий биологик ва ижтимоий ҳолатини аниқлаб берувчи текширувлар мажмуаси    | process of research of the person, supervision and analytical estimates for determination of specific medical biological and social features, his states;  |
| <b>Иммуно</b>        | қонда ва бошқа  | 5 classes distinguished  |

|                                 |   |  |
|---------------------------------|---|--|
| <b>глобулин</b>                 | суюқликларда айланиб юрадиган оксил. 5 синф иммуноглобулинлар — М, G, A, E, D.                                      | immunoglobulinov-<br>M, G, A, E, D.<br>Components<br>immunity proteins   |
| <b>иммуносупрессия</b>          | Иммунитетнинг бўғилиши  | immunosuppression  |
| <b>Карнитин</b>                 | витаминасимон бирикма. Гушт махсулотлари таркибида куп учрайди. Ёғ кислотадан энергия пайдо бўлишида иштирок этади. | Vitamin-metabolic compound. Carnitine in many meat products.   |
| <b>Касалланиш</b>               | 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 |
| <b>Касалхона ичи инфекцияси</b> | Касалхонада тушгандан сўнг 48 соат ичида юққан касаллик   | hospital infection   |
| <b>Контактда бўлган</b>         | Юқумли касаллик билан контактда бўлган одам   | contact case (contact)   |
| <b>КПК</b>                      | Қизамик, паротит, қизилчага карши вакцина   | measles - mumps - rubella vaccine (MMR)  |
| <b>Контрол</b>                  | Фарқ лаш гурухи   | control group  |



|                            |   |  |
|----------------------------|---|--|
| <b>гурух</b>               |   |  |
| <b>мониторинг</b>          | кузатув   | Monitoring   |
| <b>метеоризм</b>           | ошқозон ва ичакларда ҳавонинг бўлиши.   | The presence of gas in the cavity of the stomach or intestine                          |
| <b>НГИ</b>                 | Ноаниқ генезли иситма   | FUO (Fever of Unknown Origin)  |
| <b>Ножўя таъсир</b>        | Даволаш давомида келиб чикувчи қутилмаган ҳолат   | TEAE (Treatment Emergent Adverse Event)  |
| <b>Объектив текширув</b>   | Объектив текширув(тана вазни, буйи, тери ранги, тизимлар буйича текширув)   | Objective measurement  |
| <b>обструкция</b>          | 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 |
| <b>пиелонефрит</b>         | буйрак паренхимаси ва жом тизимининг яллиғланиши  | Inflammation of the renal pelvis system of kidneys                                     |
| <b>пирогенлар</b>          | тана хароратини кутарадиган модда   | Substances that increase the body temperature  |
| <b>плеврит</b>             | Плевранинг яллиғланиши. Плевра 2 варақдан иборат : париетал – кўкрак қафасини ички томондан ўраб туради ва висцерал – ўпкани ўраб туради. | Inflammation of the lung membranes   |
| <b>ПЭТ</b>                 | позитрон-эмиссион томография  | Positron Emission Tomography   |
| <b>Поствакцинал асорат</b> | Боланинг иммунизациядан кейинги ахволидаги манфий ўзгариш   | adverse event following immunization (AEFI)  |
| <b>соғлиқ</b>              | Инсоннинг тўлиқ   | condition of full  |

|                           |  |   |
|---------------------------|--|---|
|                           | жисмоний, рухий ва социал томондан оптимал ахволи (ЖССТ)   | physical, spiritual and social wellbeing, and not just absence of diseases and physical defects (definition of World Health Organization)                                       |
| <b>ОИВ</b>                | Одам иммун танқислик вируси  | HIV (Human Immunodeficiency Virus)  |
| <b>Совуқлик занжири</b>   | Вакциналарни доимий бир хил оптимал хароратда сақлаш   | cold chain system   |
| <b>Ургент ҳолат</b>       | Шошилиш ҳолат  | emergency medicine  |
| <b>ELISA</b>              | иммуноферментный анализ (ИФА).   | Enzyme Linked Immunosorbent Assay   |
| <b>ESR</b>                | Эритроцитлар чўкиш тезлиги   | Erythrocyte Sedimentation Rate  |
| <b>ОАП</b>                | Боталлов йўлаги очиклиги   | Atrioventricular Canal Defect   |
| <b>Хужайра иммунитети</b> | Оранизм иммун тизимининг хужайралари томонидан таъминланадиган касалликларга қарши курашувчанлик   | cellular immunity (cell-mediated immunity) (CMI)  |
| <b>хламидиоз</b>          | жинсий йўл билан юқадиган касаллик. Хламидиоз қуйидаги касалликлар кўринишида учрайди: эркаларда - 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**

### **I. Ўзбекистон Республикаси Президенти асарлари**

1. Мирзиёев Ш.М. Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини биргаликда барпо этамиз. – Тошкент: Ўзбекистон, 2016.
2. Мирзиёев Ш.М. Танқидий таҳлил, қатъий тартиб интизом ва шахсий жавобгарлик ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалик қондаси бўлиши керак. – Тошкент: Ўзбекистон, 2017.
3. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажагимизни мард ва олийжаноб халқимиз билан бирга қурамиз. – Тошкент: Ўзбекистон, 2017.
4. Мирзиёев Ш.М. Қонун устуворлиги ва инсон манфаатларини таъминлаш – юрт тараққиёти ва халқ фаровонлигининг гаровидир. – Тошкент: Ўзбекистон, 2017.
5. Мирзиёев Ш.М. Миллий тараққиёт йўлимизни қатъият билан давом эттириб, янги босқичга кўтарамиз. 1-жилд. – Тошкент: Ўзбекистон, 2017.
6. Мирзиёев Ш.М. Халқимизнинг розилиги бизнинг фаолиятимизга берилган энг олий баҳодир. 2-жилд. – Тошкент: Ўзбекистон, 2018.
7. Каримов.И.А. Юксак маънавият-енгилмас куч. Т.: Ўзбекистон, 2008
8. Каримов.И.А. Демократик ислохотларни янада чуқурлаштириш ва фуқаролик жамиятини шакллантириш – мамлакатимиз тараққиётининг асосий мезонидир. 19-жилд. Т.: Ўзбекистон, 2011.
9. Каримов.И.А. Ўзбекистон мутақилликка эришиш оstonасида. Т.: Ўзбекистон, - 2011.
10. Каримов И.А. Она юритимизнинг бахту иқболи ва буюк келажаги йўлида хизмат қилиш – энг олий саодатдир. Т.: Ўзбекистон, 2015.

### **II. Ўзбекистон Республикаси Қонунлари**

11. Ўзбекистон Республикасининг Конституцияси. – Тошкент: Ўзбекистон, 2018, 40-бет.
12. Ўзбекистон Республикасининг "Таълим тўғрисида"ги Қонуни. Т, 1997.
13. Ўзбекистон Республикаси "Кадрлар тайёрлаш Миллий дастури". Т, 1997.
14. "Ёшларга оид давлат сиёсати тўғрисида" Ўзбекистон Республикасининг Қонуни, 2016 йил 14 сентябрь, ЎРҚ-406-сон.

### **III. Ўзбекистон Республикаси Президенти Фармонлари ва Қарорлари**

15. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги "2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида"ги ПФ-4947- сонли Фармони.
16. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 апрелдаги "Олий таълим тизимини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги ПҚ-2909-сонли Қарори.

17. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 21 сентябрдаги “2019-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини инновацион ривожлантириш стратегиясини тасдиқлаш тўғрисида” Фармони.

18. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 25 февралдаги “Ўзбекистон Республикасининг халқаро рейтинглар ва индекслардаги ўрнини яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-4210-сонли Қарори.

19. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 29 апрелдаги “Ўзбекистон Республикаси халқ таълими тизимини 2030 йилгача ривожлантириш концепциясини тасдиқлаш тўғрисида”ги Фармони.

20. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 8 майдаги “Ўзбекистон Республикаси мактабгача таълим тизимини 2030 йилгача ривожлантириш концепциясини тасдиқлаш тўғрисида”ги Қарори.

21. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 11 июлдаги “Олий ва ўрта махсус таълим соҳасида бошқарувни ислоҳ қилиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПФ-5763-сон Фармони.

22. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 11 июлдаги “Олий ва ўрта махсус таълим тизимида бошқарувнинг янги тамойилларини жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-4391-сонли Қарори.

23. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 27 августдаги “Олий таълим муассасалари раҳбар ва педагог кадрларининг узлуксиз малакасини ошириш тизимини жорий этиш тўғрисида”ги ПФ- 5789-сонли Фармони.

### **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. Детские болезни. Учебник в 2 томах. Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитоновна Л.А. 2013.
9. Детские болезни, учебник. Н.А. Геппе, 2018.
10. Педиатрия. Авдеева Т.Г. 2016

### **Интернет ресурслар**

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