

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

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

“Тасдиқлайман”

Малака ошириш тармоқмаркази
директори доцент Баймаков С.Р.

“ ” _____ 2015 йил

**“Педиатрия фанларини ўқитишда
мутахассисликнинг долзарб масалалари”
МОДУЛИ БЎЙИЧА**

Ў Қ У В – У С Л У Б И Й М А Ж М У А

Тузувчи:

доцент Курбанова Д.Р.

Тошкент – 2015

МУНДАРИЖА

ИШЧИ ДАСТУР	3
КАЛЕНДАР РЕЖА	8
МАЪРУЗА МАТНИ	9
1-МАВЗУ. Болаларни жисмоний ривожланиш мониторинги	9
2-МАВЗУ. Болаларда аллергия касалликларнинг кечиш хусусиятлари	21
3 - МАВЗУ. Соғлом ва касал болаларни овқатлантириш.....	50
ТЕСТ САВОЛЛАРИ.....	64
НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ.....	68
ГЛОССАРИЙ	68

ИШЧИ ДАСТУР

I. Модулнинг мақсади ва вазифалари

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

“Педиатрия фанларини ўқитишда мутахассисликнинг долзарб муаммолари” модулининг вазифалари:

- педиатрия фанларини ўқитишда педагогик фаолият, олий таълимда ўқитиш жараёнинини технологиялаштириш билан боғлиқликда юзага келадиган муаммоларни аниқлаштириш;

- тингловчиларнинг педиатрия фанлари муаммоларини таҳлил этиш кўникма ва малакаларини шакллантириш;

- педиатрия фанлари муаммоларини ҳал этиш стратегияларини ишлаб чиқиш ва амалиётга татбиқ этишга ўргатиш.

Модулни ўзлаштиришга қўйиладиган талаблар

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

- педиатрия фанларини ўқитишда педагогик фаолият билан боғлиқликда юзага келадиган муаммолар ва уларни ҳал этиш стратегиялари; замонавий педагогик атамаларни қўллаш билан боғлиқ муаммолар; олий таълимда илғор педагогик технологияларни қўллаш билан боғлиқ муаммолар ва уларни ҳал этиш йўллари билиши керак;

- замонавий педиатрия фанлари муаммоларига доир кейслар тузиш, улардан амалиётда қўллаш кўникмаларига эга бўлиши зарур;

- педиатрия фанларининг муаммоларини аниқлаш, таҳлил этиш, баҳолаш ва умумлаштириш малакаларини эгаллаши лозим.

Модулнинг ўқув режадаги бошқа модуллар билан боғлиқлиги ва узвийлиги

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

Модулнинг олий таълимдаги ўрни

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

Модул бўйича соатлар тақсимоти:

№	Модул мавзулари	Тингловчининг ўқув юкلامаси, соат					
		Ҳаммаси	Аудитория ўқув юкلامаси				Мустақил таълим
			жами	жумладан			
				Назай	Амалий машғулот	Кўчма машғулот	
1.	Жисмоний ривожланиш мониторинги	2	2	2			
2.	Болаларда аллергик касалликларнинг кечиш хусусиятлари	2	2	2			
3.	Соғлом ва касал болаларни овқатлантириш тамойиллари	4	4		4		2
	Жами:	10	8	4	4		2

НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1-мавзу. Жисмоний ривожланиш мониторинги (2 соат)

Режа:

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

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

Режа:

1. Аллергия касалликларига таъриф бериш.
2. Бронхиал астмага таъриф бериш.
3. Бронхиал астмага олиб келувчи омилларни муҳофафа қилиш.
4. Бронхиал астма патогенези.
5. Тингловчилар билан БА кечиш хусусиятларини муҳофафа қилиш.
6. Қийосий таққослаш мезонларини намойиш этиш.
7. Даволаш, профилактика, реабилитация ва диспансеризация мезонларини муҳофафа қилиш.

Замонавий ўқитувчи фаолиятида юзага келадиган қийинчилар ва уларни бартараф этиш йўллари. Ўқитувчининг инновацион фаолиятини ташкил этиш ва инновацион салоҳиятини ривожлантириш – долзарб педагогик муаммо сифатида.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

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

Режа:

1. Табiiй, суъний ва аралаш овқатлантиришга тариф бериш;
2. Кўкрак сутининг афзалликлари;
3. Устама овқат ва унинг аҳамияти;
4. Бир ёшдан катта болаларни овқатлантириш хусусиятлари;

КЎЧМА МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

ҚВП модулида интерфаол таълимни ташкил этиш: илғор тажрибаларни ўрганиш ва таҳлил этиш.

МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ

1. Картагенер синдроми
2. Рея синдроми
3. Гельминтозлар
4. Аллергик касалликлар.
5. Болаларда атипик пневмониялар
6. Болаларда реактив артритлар.
7. Ўпканинг сурункали носпецифик яллигланиш касалликлари
8. Болаларда Рея синдроми.
9. Тизимли яллигланикасалликлари(СКВ, тизимли склеродермия, дерматомиозит)
10. Гастроэзофагал рефлюкс.
11. Митрал клапан пролапси.
12. Сурункали энтероколит
13. Жигар циррози.
14. Ирсий нефритлар

АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ

1. Ўзбекистон Республикаси Конституцияси. – Т.: Ўзбекистон, 2012.
2. Каримов И.А. Тарихий хотирасиз келажак йўқ. – Т.: Шарқ, 1998.
3. Каримов И.А. Биз келажакимизни ўз қўлимиз билан қураимиз, 7-жилд. – Т.: Ўзбекистон, 1999.
4. Каримов И.А. Ватан равнақи учун ҳар биримиз маъсулмиз, 9-жилд. – Т.: Ўзбекистон, 2001.
5. Каримов И.А. Истиқлол ва маънавият. – Т.: Ўзбекистон, 1994.
6. Каримов И.А. Миллий истиқлол мафкура – халқ эътиқоди ва буюк келажакка ишончдир. – Т.: Ўзбекистон, 2000.
7. Каримов И.А. Озод ва обод Ватан эркин ва фаровон ҳаёт пировард мақсадимиз, 8-жилд. – Т.: Ўзбекистон, 2000.
8. Каримов И.А. Оллоҳ қалбимизда, юрагимизда. – Т.: Ўзбекистон, 1996.
9. Каримов И.А. Ўзбекистон мустақилликка эришиш остонасида. Т.: “Ўзбекистон”. –Т.: 2011.-440 б.
10. Каримов И.А. Юксак маънавият – енгилмас куч. Т.: «Маънавият”. –Т.: 2008.-176 б.
11. Каримов И.А. Янгича фикрлаш ва ишлаш–давр талаби, 5-жилд.– Т.: Ўзбекистон, 1997.
12. Каримов И.А.. Хавфсизлик ва барқарор тараққиёт йўлидан. 6-жилд. – Т.: Ўзбекистон, 1998.
13. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2006 йил 16-февралдаги “Педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва уларни малакасини ошириш тизимини янада такомиллаштириш тўғрисида”ги 25-сонли Қарори.
14. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2012 йил 26 сентябрдаги “Олий таълим муассасалари педагог кадрларини қайта

- тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 278-сонли қарори.
15. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2011 йил 20 майдаги “Олий таълим муассасаларининг моддий-техника базасини мустаҳкамлаш ва юқори малакали мутахассислар тайёрлаш сифатини тубдан яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисидаги” ПҚ-1533-сон қарори.
 16. Виждон эркинлиги ва диний ташкилотлар тўғрисидаги Ўзбекистон Республикасининг қонуни, «Халқ сўзи», 1998 й., 15 май 2- бет.
 17. Миллий истиклол ғояси: асосий тушунча ва тамойиллар.- Т.:Ўзбекистон, 2000.
 18. Азизходжаева Н.Н., Образовательные технологии в деятельности преподавателя высшей школы// Матер.учебно-метод. конф. «Современные технологии обучения: итоги и перспективы» Ташкент, 2003. – С. 49-68.
 19. Ашкофт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. - С-Пб., 1997
 20. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей. - С-Пб., 1997
 21. Болезни детей раннего возраста - руководство для врачей под редакцией А.А.Баранова, -Москва-Иванова, 1998.
 22. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013
 23. Даминов Т.О., Холматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.
 24. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
 25. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010
 26. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераскин В.И. Торакальная хирургия детского возраста.-М., 1987
 27. Калиничева В.И. Анемии у детей.– М., 2000
 28. Немилова Т.К. Оперативная хирургия детского возраста. - С-Пб., 2000
 29. Острые пневмонии у детей, под редакцией В.К.Таточенко. – М., 1994
 30. Парийская Т.В. Справочник педиатра.-М., 2004
 31. Патология детей старшего возраста - под редакцией А.А.Баранова. – М., 1998
 32. Пыцкий Н.В. Аллергические заболевания. – М.,1999
 33. Синельников И.М. Неотложная помощь в педиатрии. – М., 2000
 34. Справочник педиатра. Санкт-Петербург.,Москва., 2004
 35. Справочник семейного врача (Педиатрия). - Минск, 2000
 36. Сулайманов А.С. ва бошқ. Болалар хирургияси.- Т., 2001
 37. Халматова Б.Т., Бобомуратов Т.А. Педиатрида синдромал диагностика.- Т., 2010
 38. A therapist’s guide to pediatric assessment, - Linda King-Thomas, Bonnie J. Hacker, 1987, USA
 39. Pediatrics, - Margaret C. Heagarty., William J. Moss, -1997, USA

40. The five Minute child Health Advisor. - M. William Schwartz, MD., - 1998, USA

Интернетдаги маълумотларни қуйидаги сайтлардан олинади:

<http://www.medmir.ru>,
<http://www.doctor.ru>,
<http://www.medbox.ru>,
<http://www.medicum.ru>,
<http://www.medline.ru>,
<http://www.smtueco.ru>,
<http://www.vshu.ru>,
www.cohrane.org,
www.medlinks.ru,
www.med-lib.

КАЛЕНДАР РЕЖА

№	Мавзулар	Машғулоти	Соати	Ўтказилиш муддати
1.	Жисмоний ривожланиш мониторинги	маъруза	2	ойнинг учинчи ҳафтаси
2.	Болаларда аллергия касалликларнинг кечиш хусусиятлари	маъруза	2	ойнинг учинчи ҳафтаси
3.	Соғлом ва касал болаларни овқатлантириш тамойиллари	амалий	4	ойнинг учинчи ҳафтаси

МАЪРУЗА МАТНИ

1-МАВЗУ. Жисмоний ривожланиш мониторинги

Режа:

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

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

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

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

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

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

Болалар касалликлари пропедевтикасида қуйидагилар ўрганилади:

1. Болаларнинг ёшига хос анатомо – физиологик хусусиятлари ва парваришlash тартиби.

2. Болани кўриш ва анамнез йиғиш.

3. Касал болаларнинг умумий семиотикаси.

4. Соғлом болаларнинг ёшига қараб, овқатлантириш техникаси, соғлом бола учун овқат тайёрлаш ва пархез тузиш.

БОЛАЛИК ДАВРЛАРИ

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

Бола туғилганидан бошлаб, катта бўлганга қадар, орган ва тўқималарнинг ривожланиш жараёни тўхтовсиз давом этади ва шу вақтнинг

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

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

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

Ҳомиладан ташқари боланинг ривожланиш даври қуйидагиларга ажратилади:

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

Ҳомила ичи ривожланиш даври

Бу даврга тез ўсиш ва она организми ҳисобига озикланиш характерлидир. Биринчи 2 ойликни ўз ичига олган эмбрионал ривожланиш фазасида органларнинг барпо бўлиши, ҳомиланинг шаклланиши ва ҳомила қобикларининг - сувли (амнион), тукли (хорион), сариқ пуфак ва аллактекснинг ривожланиши кузатилади. Озиқ моддалар билан таъминланиш сариқлик пуфаги ичидан ўтувчи томирлар орқали бажарилади. Бу сариқликдаги қон айланиш дейилади. Озиқ моддалар захираси бу ерда кўп эмас ва жуда тезда йўқолади, бу озикланиш ўрнини йўлдош (плацента) қон айланиши олади.

Биринчи ойнинг охирида эмбрион узунлиги 1 см, вазни 1 граммга тенг бўлади. Иккинчи ойнинг охирига келиб, эмбрион узунлиги 4 смга, вазни 5 граммга ошади. Биринчи 2 ойликда эмбрион ташқи кўриниши хайвон эмбрионидан фарқланмайди, лекин 2-чи ойнинг охирида бошчаси аниқ

билинади ва ҳомила узунлигининг 1/2 ни ташкил қилади, аввал бурун, лаблари, жағ, кўзлари ҳосил бўлади. Оёқ – кўлларида кафтларни фарқлаш мумкин ва бармоқларнинг билинар – билинмас шаклланиши кузатилади. Эмбрионал даврнинг охирига келиб, ҳомила ўзининг ташқи кўринишидан одам қиёфасини эслатади ва ҳомила номини олади.

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

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

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

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

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

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

Ҳомиладорликнинг еттинчи ойи охирида ҳомила узунлиги 35 см, вазни 1200 граммга етади. Териси ҳали бужмайган, ҳомила кўриниши қарияга ўхшайди. Бу муддатда ҳомила тирик туғилиши мумкин, нафас олади ва секин овозда йиғлайди. Бу ёшда ҳомила яшаши мумкин, лекин яхши ривожланмаганлиги сабабли, ташқи муҳитга мослашиниши қийин, алоҳида парвариш қилинишига қарамасдан, ҳомиланинг кўпчилиги нобуд бўлади.

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

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

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

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

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

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

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

Чақалоқлик даври

Бошқача айтганда,бу давр неонатал давр дейилади. Чақалоқлар учун ҳомиладорликдан ташқари янги муҳитга мослашиш ҳолати характерлидир. Бола туғилиши билан кислород ва озуқа моддаларни организмга кириши ўзгаради, ўпка нафаси ва доимий қон айланиш яратилади. Қоннинг морфологик ва физико – кимёвий хусусиятлари ўзгаради, овқатланиш

безларини секретияси бошланади. Бир вақтнинг ўзида киндикнинг мумификацияси ва тушиши, болада киндик ярасининг битиши ва бошқалар юз беради. Чақалокларда турли органларнинг функционал етишмовчилиги физиологик сариқлик, диспепсия, альбуминурия, транзитор иситма, тана вазнининг физиологик йўқолишига сабаб бўлади. Она организмнинг гормонал таъсири сабабли, чақалокларда мастит – кўкрак безлари шиши, киндан қон аралашма келиши ва вульвовагинитлар пайдо бўлади. Чақалоклик даври учун қуйидаги патологик ҳолатлар характерлидир: чалалик, функционал етишмовчилик ва бошқа ривожланиш нуқсонлари – фақатгина, чақалоклик даврида резус номуносивблик ҳолати учрайди, она ва бола ўртасида антиген номуносивблик, туғма гемолитик касаллик сариқлик билан, сариқсиз ва шиш билан учрайди.

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

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

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

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

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

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

Юқорида келтирилган кўрсаткичлар, боланинг бўйи ва вазни туғилганда етук туғилишнинг кўпроқ ёки камроқ ишончли белгилари ҳисобланади, лекин бу кўрсаткичларнинг ўзгариб туриши ушбу чақалокнинг етук ёки чала туғилганлигини белгиловчи асос бўла олмайди. Муддатидан олдин туғилган

йирик ҳомила етук туғилган чақалоқлардан ҳам каттароқ бўлиши мумкин. Шунинг учун тана вазнига – ўлчамига аҳамият бериб қолмасдан, ҳомиладорликнинг охириги ҳафталарида ҳомилада учрайдиган бошқа нисбий белгиларга ҳам эътибор бериш.

Етук туғилган ва чала туғилганлик нисбий белгиларига қуйидагилар киради:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Терморегуляциянинг бузилиши

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

Замонавий физиологияда терморегуляция маркази дейилганда тор сохалар эмас, бир – бирига боғлиқ тизимлар маркази тушунилади. Бу марказларга дўмбоқ ости (гипоталамус) ва кулранг дўмбоқ соҳаси киради. Улар билан томирлар, тер ажратиш, нафас маркази, моддалар алмашинуви маркази ва бошқа марказлар боғланган. Юқорида кўрсатилган марказлар ўз навбатида бош мия пўстлоғида жойлашган - терморегуляциянинг олий марказига бўйсинади. Иссиқлик марказларининг кўзғалиши шартли

рефлектор тарзда ўтади, лекин терининг сезувчи нервлари, айниқса қон орқали, ички секреция безлари гормонлари орқали ўтади (қалқонсимон без ёки гипофиз).

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

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

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

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

2.Нафас олишнинг бузилиши

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

3.Овқат – ҳазм қилиш трактидаги бузилишлар.

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

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

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

Чақалоқлик даври хусусиятлари

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

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

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

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

Бунда боланинг умумий аҳволи ўзгармайди. Пешоби тиник, ўт пигментлари йўқ, нажас нормал рангда (кучук нажаси ранги ёки оқ рангда эмас). Физиологик сариқликни ўтказган чақалоқлар қонида билирубин миқдори юқори бўлади. Физиологик сариқлик патогенезида бир қанча назариялар мавжуд. Замонавий қарашларга кўра, физиологик сариқликда асосий ролни эритроцитлар парчаланиши (гемолизи) ўйнайди. Туғилганда эритроцитлар сони 5 миллиондан ортиқ бўлади. Бунда кўп сонли эритроцитлар етарли даражада кислород билан таъминланмайди (ҳомиланинг артериал қонида кислород миқдори она артериясига нисбатан 4 марта кам).

Бола туғилгандан кейин гемоглобинни кислород ташиши кўпаяди, шунинг учун кўп сонли эритроцитлар ўлимига олиб келади, гемоглобин парчаланаяди, билирубин ҳосил бўлаяди. Бошқа томондан, чақалоқларда эритроцитларнинг кўп парчаланishi, улар резистентлигининг пастлиги, яхши шаклланмаганлиги билан тушунтирилаяди. Эритроцитлар парчаланishi натижасида ҳосил бўлган бўёвчи моддалар миқдори жигарга ўтади, лекин жигар физиологик етишмовчилиги натижасида уларни қайта ишлай олмайди ва бу моддалар қонга ўтади, билирубинемия ривожланыаяди. Капиллярлар ўтказувчанлигининг юқорилиги бу пигментларнинг териға ўтишиға сабаб бўлаяди, тери сариқ рангға киради.

3. Терининг физиологик қизариши (катар). Ҳамма чақалоқларда ҳаётининг 2 – кунидан бошлаб, ёруғлик, ҳаво, атроф – муҳит паст ҳарорати натижасида териси қизараяди. Бу қизариш чақалоқлар физиологик эритемаси дейилаяди. 2-3 кундан кейин ўтади, ўзидан кейин бир озгина тери шилинишини (кепакланиш) қолдираяди. Чала туғилган чақалоқларда терининг физиологик эритемаси ғишт – қизил рангға бўлаяди ва узоқ сақланыаяди.

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

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

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

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

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

6. Жинсий криз. Чақалоқлик даври хусусиятларига киради. Ўғил ва қиз болаларда кўкрак безларининг шиши (чақалоқлар мастити) учрайди. Бу шиш ҳаётининг 3-4 кунларида пайдо бўлаяди. Юқори даражаға 8-9 кунларида етади ва 2-3- хафталарнинг охирида йўқолаяди. Безни сиқиб кўрганда, бир неча томчи хира суюқлик ажралади, оғиз сутини эслатади. Секретни сиқиш ман этилаяди, чунки бу безнинг ифлосланишиға ва йиринглашишиға олиб келади. Агар шиш катта ўлчамгача етса, болада безовталиқ туғдирса, унда стерил ёғ

билан илиқ бойлам қўйиш лозим ва кўкрак безларини кийим билан босишдан сақлаш керак.

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

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

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

Кўкрак ёши даври

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

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

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

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

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

Мактаб олди ёши даври

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

Бу даврда атроф – муҳит билан мулоқотнинг кенгайиши инфекцион касалликлар билан касалланишга шароит яратади. Шунинг учун бу даврда

ўткир инфекциялар: қизамиқ, скарлатина, бўғма, сув чечак, дизентерия, паротит, кўк йўтал ва бошқалар кўп кузатилади.

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

Мактабгача ёш даври

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

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

Кичик мактаб ёши даври

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

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

Жинсий шаклланиш ёки катта мактаб ёши даври

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

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

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

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

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

Назорат саволлари:

1. Педиатрия фани нимани ўргатади?
2. Қайси ёшгачан болалик даври ҳисобланади?
3. Бизнинг Республикамизда мустақиллик йилларида тиббиётда қандай ўзгаришлар бўлиб ўтди?

4. Жисмоний ривожланиш мониторинги қандай олиб борилади?

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

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

2-МАВЗУ. БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Режа:

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

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

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

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

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

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

Бронхиал астамада бронхобструкция ва нафас йуллари гиперреактивлиги феноменлари етарли даражада асосланмай қилинаётган эди. Бу масалада ҳам ягона концепция яратилди: хусусан, бронхиал обструкциянинг бир неча турлари ажратилди: амалиётга «упканинг сурункали обструктив касалликлари» бирикмаси билан бронхобструкциянинг маълум шакллари бирлаштирилган ҳолда киритилди. Булар «мулжалли» даволаш дастурлари яратилишига асос булди.

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

Бронхиал астма фариэкономикаси жадал ишлаб чиқила бошланди ва бу хасталиқни даволаш ишларини такомиллаштирувчи замонавий йуналишлар белгиланди.

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

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

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

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

БА нисбатаи куп учрайдиган мамлакатларга яна Австралия. Янги Зеландия ва Куба хам кирадилар. Бу улкаларда БА билан 10 фоиздан зиёд ахоли хасталанганлар.

Тугри ташхис куйиш учун касалликнинг таснифи хакида ойдин тасаввурга эга булиш мухимдир. Бронхиал астмага оид куплаб таснифлар борки, уларнинг купчилиги узларининг номуфассаллиги окибатида амалиётда фойдаланиш учун нокулайликлар тугдиради. Хозирги пайтда А.Д.Адо ва П.К.Булатовлар томонидан (1969) ишлаб чикилган ва Г.Б.Федосеев (1987 йил) томонидан тулдирилган БА таснифи кабул килинган ва кенг кулланилади (жадвалларда илова килинган).

Мазкур таснифга кура, бронхиал астмани икки тури тафовутланади: нафас аъзоларининг яллигланиш касалликлари сабабли пайдо булувчи инфекцион-аллергик (И) ва ноинфекцион таъсиротларга сезувчанлиги номуносиб тусда ортганлиги шахсларда ривожланувчи ноинфекцион-аллергик (атопик-А) шакллари. Уз навбатида уларнинг хар бири кечишига кура БА боскичлари (I ва II) ажратиладиган, бундай булиниш хасталик туфайли нафас аъзолари фаолиятларини оддийдан мураккаблашиб бузилиб боришини функционал силжувлардан органик узгаришларгача етиб борувчи патологик ходисаларнинг даражаларини акс эттиради. Бундан ташкари хар бир боскичда кузгалиш ва ремиссия фазалари ажратиб куйилган.

БА I боскич бугилиш хуружи билан намоён була бошлайди ва давом этади. Хуружнинг жадаллиги ва давомийлигига енгил, уртача огир ва огир.

БА енгил кечишида (I И, - ва IA₁) хуруж киска давом этади, йилда 2-3 марта кузгалади, хуруж тезда бартараф этилади. Хуружлараро даврда тулик ремиссия кузатилади ва яъни бронхоспастик синдром аломатлари умуман аникланмайди. Уртача огир даражада ифодаланиб кечувчи БА да эса (I И₂ - ва IA₂) касаллик давомида 3-4 марта кайталанади, бугилиш хуружи огиррок утади ва факат P моддалар инъекция килингандан кейингина тухтайди. Хуружлараро доир нотулик ремиссия билан ифодаланади яъни кучсиз ифодаланган бугилиш давом этиб туради.

Юкоридагилардан фаркли уларок огир кечувчи БА (I И₃ - ва IA₃) тез-тез бугилиш хуружи (йилига 5 ва ундан ортик) булиб туриши ва кузгалиш

даври чузилиб давом этиши билан ифодаланади. Хуружи огир утиб баъзида астматик холатга айланади ва уни тухтатиш учун бир неча гурух препаратлар кайта-кайта кулланилади. Ремиссия деярли кузатилмайди.

БА нинг иккинчи боскичида асоратлар келиб чиккан булади, нафас тартиботи буйлаб чукур морфологик ва функционал узгаришлар кузатилади: таркоклашган сурункали бронхит, сурункали пневмония, упка интерстициал касалликлари, упка эмфиземаси, пневмосклероз, упка етишмовчилиги (III боскичи) ёки упка-юрак етишмовчилиги, декомпенсация даврида ифодаланувчи юрак етишмовчилиги

А.Д.Адо ва П.К.Булатовнинг бронхиал астмага оид таснифи сузсиз олдинга куйилган катта кадам. Лекин шу билан бирга айтиш керак-ки, БА ни нафакат иммуноологик балки ноиммуноологик вариантлари хам мавжуд. Шунин хисобга олиб Р.С.Фюдосеев маълум булган БА нинг икки турига янги клинко-патогенегик вариантларни киритди, яъни таснифи бойитди ёки у умумлашган холда куйидаги-ча ифодаланди:

1. Атопик
2. Инфекцияга мойил (инфекцион-аллергик)
3. Аутоиммун
4. Дисгормонал
5. Асаб-рухий зурикишли
6. Адренергик дисбалансли
7. Бронхлар реактивлиги бирламчи узгариши билан ифодаланувчи (бу гурухга аспирилли астма ва зурикишдаги астма хам киради)
8. Холинергик (А.Г.Чучалин ва Г.Б.Федосеев 1986).

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

БА - полиэтиологик касаллик хисобланади ва унинг келиб чиқишида мойиллик яратувчи хамда бевосита чакирувчи омиллар мухим урин тутуди. Булар тупламага куйидагилар киради: тугма ва орттирилган биологик нуксонлар (бир кисми генетик бузилишлар туфайли ривожланади, хомила ривожланиши жараёнида, чакалоклик ва ундан кейинги даврда), астма олди касалликлари, ирсий мойиллик, хомиладорлик патологиялари, профессионал омиллар, климатометеорологик ва экологик омиллар

Биологик нуксонлар жумласига - хужайралар бета-адренергик сезгирлигини сусайиши, циклик нуклеотидлар хосил булишида иштирок килувчи ферментлар тартиботининг узгариши, транзитор неонатал иммунодефицит, макрофаглар функционал фаоллигини камайиши, зардоб омилининг фаоллашуви - трипсин микдорининг камайиши, Т-супрессор фаоллигининг етишмовчилиги, бронх ва упкаларни сезувчанлиги ва реактивликларини биологик фаол моддаларга, аллергенларга, ирритантларга, турли химик ва физик омиллар таъсиротига сезувчанликларининг ортиши,

респиратор тизим семиз хужайралари гиперреактивлиги кабилар киради. Булар БА ни келтириб чиқаришида ахамият касб этувчи ички омиллар хисобланадилар. Бундан ташқари уни келиб чиқишида қатор ташқи омиллар устуворлик қиладилар: инфекциян аллергенлар, ноинфекцион аллергенлар, механик ва химик таъсиротлар, метеорологик ва физика - химик омиллар, рухий-зарба ҳамда асабий таъсирланишлар кабилар.

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

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

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

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

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

Айрим ҳолларда у касб билан боглик ҳолда, маълум таъсирлагичлар таъсирида ривожланади - дорихоначиларда (ипекакуона таъсири), жунчиларда (урсол таъсири), ёки аллергенларнинг такроран таъсири туфайли (гуллар) ҳам пайдо булади.

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

Бундан ташқари БА келиб чиқишига хомиладорлик патологияси сабаб булади, хусусан бола тугилиши пайтидаги ота-она ёши ахамият касб этади. Ёши утган ота-оналардан (20-30 ёшда - 77.1 фоиз ва 30-40 ёшда - 22,9 фоиз) тугилган болаларда купипча БА кузатилади. Чала тугилиш билан БА келиб чиқишида узаро узвийлик борлиги ҳам исботланган, астмаси бор оналардан

тугилган болаларда респиратор алергенлар купаяди. Хомиладорлик давридаги она шамоллаш касалликлари, умуртка узгаришлари (айникса Сш- Qv худудида), тугрук пайтида буйин чузлишлари ва бошнинг кучли буриб, тортиб олиш натижасида буйин умурткаларини кийшайиб колиши (вертебробазиляр шохобчаларда ишемия ривожланиши туфайли перинатал давр патологиялари кабилар бронхиал астма ривожланиши учун кулай шароит килиб берадилар. Умуман, БА келиб чикишига куйидаги омиллар мойилик тугдирадилар: кашандалик, респиратор инфекцияларга тез-тез чалиниб туриш, дорили ва нутритив (овкатдан буладиган) аллергия сунъий тарзда болани овкатлантириш, ошкозон ичак тартиботи бузилишлари ва конда E микдорининг ортиши.

Шуни айтиб утиш зарурки агарда мижозда кучли ифодаланган биологик дефектлар булса хам арзимаган ташки мухит салбий таъсироти БА келтириб чикариши мумкин. Ёкикучсиз биологик дефектлар мавжуд булганда атроф мухитнинг номакбул фаол таъсир килиши окибатида у ривожланади.

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

БА келиб чикишида иммуноглобуминларнинг алохида урни бор. Дисгаммаглобулинемия, E ва С микдорининг ортиши касаллик мойил яратади.

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

Юкорида санаб утилган омилларни урганиш асосида БА ни башорат килиш мумкин. Хусусан, бронхиал астма тахдиди аломатлари 9 та гурухга мужассамлаштирилади:

- 1 чи - анамнез буйича аникланган ирсий мойиллик:
- 2 чи - генетик маркерлари:
- 3 чи - конституция (гавда тузилиши) хусусиятлари:
- 4 чи - она касалликлари, хомиладорлик патологияси:
- 5 чи - болалар касалликлари ва болани узиши хусусиятлари:
- 6 чи - катталарни касалликлари, маиший ва иш шароити хусусиятлари:
- 7 чи - биологик дефектлар:
- 8 чи - астма олди холати аломатлари:
- 9 чи - ташки мухит номакбул омилари.

1 чи, 2 чи ва 3 чи гурухлар аломатларини булиши бронхиал астмага ирсий мойиллик борлигидан дарак беради: 4 чи гурух эса - хомила ривожланиши даврида биологик дефектлар шаклланганлигига гумон тугдиради: 5 чи ва 6 чи гурухлар – хаёт давомида биологик дефектлар келтириб чикариши мумкин булган номакбул омиллар борлигини ифодалайди: 7 чи - БА га мойиллик мазмунини очиб беради: 8 чи - астма

олди холати мавжудлигидан дарак беради ва нихоят, 9 чи - фаол ифодаланган ташки мухит омиллари борлигини курсатади ва улар таъсирида клиник аник ифодаланган бронхиал астма ривожланиши мумкин.

Климатометерологик омилларни роли хам алохида урин тутуди. Узбекистон шароитида, Тошкент шахрида бахор ва куз ойларида БА ни кескин купайиши аникланган (У.И.Шодмонов. 1984), Ленинградда апрель ва январь ойларида энг куп ва июлда кам даражада касаллик кузголишлари кузатилган (В.А.Игнатъев ва б.к., 1982).

Охирги йилларда аникланган маълумотлар буйича вирусли инфекция томонидан чакириладиган БА нисбатан купайган: короновируслар, риновируслар, аденовируслар ва герпетик гурухи вируслари Б нинг инфекцион-аллергик шаклини кузговчи асосий омиллардан саналадилар.

БА келиб чикишида простогландинлар хам рол уйнайдилар. Простогландин Б (бронхларда синтезланади) бронходилатация чакиради, простогландин Г-эса бронхоспазм беради (упка тукумасида синтезланади) ва иммунологик жараёнларда фаол катнашадилар.

Бронхиал астма клиникаси комплекс аломатларни маълум кетма-кетликда эволюцияланишга боглик холда турлича ифодаланди. Бронхиал астмада куйидагилар боскичма-боскич юз беради.

а) астма олди холати:

б) клиник - аник ифодаланган бронхнал астма-бугилиш хуружи ёки астма холатидан кейин;

в) бронхиал астма шакллари (иммунологик ва ноиммунологик):

г) юкорида зикр этиб утилган клинικο-патогенетик вариантлари:

д) кечиши:

с) касаллик фазалари

ж) асоратлари

Хар бир боскичда касаллик алохида белгилар билан ифодаланади.

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

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

Бир хил вазиятларда бош аломат тарзида хуружсимон курук йутал булади ва у Куршман ёзиб колдирганидай ёпишкок, тиник балгам ажралиши билан тухтайди. Балгам бор ёки йуклиги инобат килинган холда «намли» ва «курук» астмалар тафовутланади. Бошка бир вазиятда БА ни бошаломати булиб турли давомийлик билан ифодаланувчи ва балгамли ёки балгамсиз экспиратор тусдаги бугилиш хуружи хисобланади. Кам холларда касалликнинг клиник аломатлари хуружи нафас олишни кийинлашуви давилари билангина белги беради ва унда бронхостеноз белгилари

топилмади. Бунинг сабаби нафас мушаклари фаолиятларидаги дискоординиацияси, я (бошвоксизлик)дир. Айрим ҳолларда ҳар бир миждода узига хос қуринувчи ауралар БА хуружидан олдин қуриниб утади. Қасаллик хуружининг утиб кетиши агарда даволаш тадбирлари қилинмаган бўлса, секин асталик билан содир бўлади.

Умуман экспиратор хуружсимон бугилиш-фаол бронхостенознинг клиник акси-бронхиал астманинг узига хос аломатидир. Гоҳида у қон босимининг асимметрияси билан давом этади. Астма хуружи асосан тунда содир бўлади, чунки айнан шу пайтда маълум физиологик механизмларнинг бузилишлари қучаяди-чалқанча вазиятда упқа фаолияти сустлашади, бронхиал йуллар тораядилар, улар бушлиқларига секрет йиғилади, қорин бушлиғи аъзолари томонидан диафрагмага босим қучи ортади. Яна тунда буйрак усти беши фаолияти заифлашади, кортикостероид гормонлари ишлаб чиқарилиши, оқибатида маълум даражада хуруж қайталаниши учун шароит яратилади.

БА хуружининг давом этиши, ифодаланиши ва частотаси индивидуал тарзда ҳар хил ифодаланди, лекин шуниси ифодали-ки, улар ёхуд тумовсимон ҳолатдан кейин, ёки экстремал ҳолат туфайли, баъзида эса бирор бир илинжисиз пайдо бўладилар ва қучаядилар. БА ни оғир қуриниши бўлиб бронхоситматик статус ҳисобланади. У бронх упқа тизимини, бошқа аъзо ва организм функционал тартиботларини чуқур бузилишлари оқибатида ривожланади, аввал самара берувчи даволаш муолажалари уни бартараф қилишга ожиз бўлиб қолади. Бу ҳолат бронхлар ва упқа паренхимасида инфекцияларнинг фаоллашуви натижасида вужудга келади.

Айнан қурсатилган бузилишларига мос ҳолда БА кечилишининг уч даври тафовутланади. БА биринчи даври барча клиник аломатларнинг аввалломбор бронхостенознинг хуружсимон тарзда қуриниши билан ифодаланади. Мазкур босқичда хуружлараро даврда миждолар узларини деярли соғлом деб тасаввур қиладилар. Энг ёмони шуки, бу нисбатан қам учрайдишган ва енгил хуружлар шифокорлар томонидан англаниладию, аммо қупинча эътибордан четда қолдирилади, яъни даволаш тадбирлари амалга оширилмайди: ваҳоланки муолажалар албатта утқазилиши керак.

БА иккинчи даври хуружларни нафакат тез-тез бўлиб туриши ва давомийлиғи билан, балки хуруждан кейин ҳам сақланиб турадиган бронх-упқа аппарати ҳолатининг узғаришлари билан ҳам ифодаланиб намоён бўлади. Бу озгина жисмоний зуриқишда ҳам бугилиш пайдо бўлиши билан қуриниши, умумклиник текширувда эса упқа эмфиземаси ва упқа гипертензияси аломатлари аниқланади. Айрим ҳолларда беморлар иш қобилиятлари чегараланади.

БА ривожланишининг учинчи босқичи қуплаб аъзолар фаолиятларининг бузилишлари ва иш қобилиятини деярли тула йуқолиши билан ифодаланади. Юракда узғаришлар ривожланади: Унг қоринча гипертрофияси ва дилатацияси (упқа гипертонияси оқибатида), кейинроқ чап қоринча фаолияти бузилишлар авжланади: гемодинамик бузилиш натижасида эса жигар ва буйрак фаолиятларининг узғаришлари аниқлана бошланади.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Астматик холатни келтириб чикарувчи сабаблар жумласига симпатомиметикларни меъёрдан ортикча бериш, антигистминоларии седатив ва бошка дори-дармонлар микдорини ошириб юбориш,

глюкокортикоид гармонлар билан номувофик даволаш, анафилактик шок ва бошка шу кабилар кирадилар.

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

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

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

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

Унга бахо беришда куйидаги клиник аломатларга эътибор берилади:

1. Ксантин хосилалари ва симпатомиметикларнинг бронходилатация килиб таъсир- курсата олиш даражаси (самаралиги ва самарасизлиги).

2. Самарсиз йутал шаклланиши;

.Уткир нафас етишмовчилигини авжланиб боришитезлиги.

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

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

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

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

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

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

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

Гипоксемия (P_{aO_2} - 40-50 мм.сим.уст. Ва юкори) ва гиперкапния (P_{aCO_2} 80-90 мм. сим. уст ва юкори) хамда вентиляцион бузилишлар шиддатли тус оладилар.

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

Маълум булдики хомиладорлик даври 48% холларда астма хужайрани кайталанишига сабаб булади ва уткир вирусли инфекция, учогли

инфекциялар ва совкатиш кабилар мойиллик яратиши окибатида хуруж килади. БА ни кайталанишини 84,6% ни хомиладорликни биринчи ярмига тугри келадиган 64,8% холларда обструктив турлар ифодаланаувчи ташки нафас фаолиятини бузилиши кузатилади. БА урта огир ва огир кечганда хомиладорлик пайтида тула ремиссия булмайти, ремиссия боскичда ҳам бирон обструктив синдром аломатлари хуруж килиши давом этади (Л.Л.Молчанова ва б.к. 1996). Кучли гипоксия ва микроциркуляция тизимидаги салбий узгаришларни структурали давом этиши сабабли 14,4% хаста хомиладор аёлларда хомилани зудлик олиб ташлаш хавфини тахдид килувчи БА хуружи ривожланади, огир даражаси эса бундай холат 100,0 фоиз кузатилади.

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

Юкоридагилардан келиб чиккаи холда куйидагилар тавсия этилади: Хомиладор аёлларда уз вактида БА хавфли омилларни бартараф килиш йули билан касаллик кузголишини олдини олиб туриш лозим: юкори нафас йуллари сурункали инфекцияси учокларини эрта аниклаш ва фаол санация килиш даркор: уткир вирусли инфекциялардан мухофаза килиш ёки вактида даволаш тадбирларини куриш:

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

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

1-чи ТРИМЕСТРДА - мукамал текширувдаи утказиш учун ва ташки нафас фаолияти холатини анилаш максатида: албатта хомиладорликни давом эттириш ёки этирмаслик масаласи хал килиб олинади:

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

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

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

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

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

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

Атопик БА симптоматологияси хам бор катор хусусиятларга эга булади. Хусусан, бронхиал астманинг асосий симптомлари куйидагилардан иборат булади: бурун битиши, аксириш, ринорея ва хуружсимон йутал тутиш. Йутал уртача 2 ойдан то 8 ойгача давом этиб, айникса усимликлар гуллашлари даврида кузатилади. Нафасни огирлашиши, «шовкинли нафас» кабилар нисбатан кейинрок пайдо булади. Маиший аллергияларда бронхоспазм симптомлари тонда, яъни аллергиялар билан дуч келинганда кучаядилар. Бундан ташкари шуни унутмаслик керакки маиший преаастманинг барча аломатлари бемор врач хузурига келганда йуколиб кетади (аллергендан элиминацияланиш туфайли) ва бу ташхисий кийинчиликларга олиб келади, натижада бронхиал астма хуружини бартараф килиш учун утказиладиган профилактикани уз вактида бажариш имкониятини берувчи вакт омили бой берилади. Чанг-губорлар билан таъсирланиш натижасида юз берадиган астма учун юкоридаги симптомларни маълум фаслда булиши (иссик келиши-билан-мартдан то ноябргача) ва уни купинча риноконъюнктивал синдромлар билан кушилиб куриниши хосдир.

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

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

Диагноз куйиш-шифокор фаолиятидаги мухим боскич хисобланади. Амалиёт учун вирусологик диагноз куйиш маълум даражада мухум нарсадир, айрим холларда хаттоки бактериологик диагноз куйиш хам анча мушкул иш хисобланади. Аммо бу УАШ мазкур йуналишда фаолият курсатиш зарурияти йук деганм эмас. Диагноз куйиш услуги, авволомбор, нозологик, иккинчидан этиологик (имкониятдан келиб чиккан холда)

принципдан келиб чиқкап булиб, учиичидап-у БА патогенези хусусиятларини узида акс этирган булишлиги керак.

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

Бунинг учун аллерголик анамнез маълумотларини, аллергиянинг бошка қуринишларини, ирсиятни, ишора қилиб утилган илгариги хуружларини, хуружни у ёки бу аллерген таъсирига берилувчанлигини, тулик ремиссиялар булиш-булмаслигини, ташки нафас фаолияти курсатгичларини ва иммуноаллерголик текширув натижаларини бекаму куст этиб бера олиш керак ва таҳлил қилиш лозим. Чунончи, сурункали бронхитларда (қатта бронхлар касалланганда) даставвал бугилиш қузатилмайди ва устувор шикоят булиб қийинлик билан ажралувчи балгам хиобланади: упка узғаришлар булмайди ёхуд дагал нафас билан бир вақтда қурук хириллашлар эшитилиши мумкин, ташки нафас фаолиятига боглик қучли вентилицион бузилишлар қузатилмайди. Агарда бронхит майда ёки урта даражали бронхларни хасталаш билан кечаётган булса, устувор шикоят булиб жисмоний зуриқишдан кейин қучайиб боровчи бугилиш хисобланади. Бугилиш одатда тунлари булади, қалқанча вазиётда қучаяди: қупинча бугилиш хуружсимон тарзда булади ва қучли йутал билан давом этади. БА дан фарқли уларок бугилиш хуружи, уйқуда тупланиб қолган бронхиал секрет билан нафас йулларини қитикланиши натижасида вужудга келади. БА учун аллерген таъсиридан кейин қелиб қикадиган ва тулик ремиссия даври билан алмашилиб давом қиладиган анъанавий бугилиш хуружи характерлидир. Хуруж, одатдагидай уткир бошланади, тусатдан пайдо булади, қузилувчан шилликли балгамни ажралиши билан ифодаланиб турувчи йутал қелиши билан яқунланади. Обструктив бронхитда бугилиш қучли хуружсимон йутал билан бир иактда пайдо булади ва шиллик-йиршиш балгам ажралганидан кейин тухтайди, касаллик ремиссияси нотулик булалаи (муфассил маълумотлар жадвалда илова қилинган).

Ташхис қуйишда муҳим уринни ташки нафас фаолиятини текшириш эгаллайди. Бу усул обструтив

Бузилишларгина аниқлаб қолмай, балки обструкция характерини ҳам ойдинлатиб олиш имқониятини яратади (Бронхоспазим, шиши ва гиперсекреция). Жадвалдан қуриниб турганидек (М.П.Бақулин буйича илова қилинган) сурункали бронхитга қалинган беморларда яллигланишли шиш ва

шиллик кават безларининг гиперсекрецияси устувор булса, бронхиал астмада эса бронхоспазм етакчилик килади.

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

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

Кексаларда (60- ва ундан юкори ёшларда) сурункали юрак-томир касалликларига бугилиш хуружи – БА кушилиб куринадиган клиник вазиятлар ҳам учрайди. Буни кечки астма деб аталади. Бундай холларда бронхиал астма билан юрак астмасини тафовутлаш лозим булади. Бу ташхисий изланиш унча кийин утсада лекин барибир уларни бир-бирларидан ажратиш имкониятлари шифокорда етарлича булади. Хусусан, анамнез маълумотлари, артериал гипертонияни мавжудлиги, бошдан утказилган миокард инфарктига ишора килиш, миокард ишемияси аломатларини борлиги, узига хос кардиологик клиник манзарани куриниши ва юрак клапанлари хасталаниши кабиларни аникланиши, юрак астмаси ташхисини шубхасиз осонлаштиради.

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

Диагнозга ёрдамчи текшириш усуллари-бронхологик, рентгенологик ва б.к, ёрдам берадилар.

Трахея ва катта бронхлар бушликларини секин-аста бекилиб қолиши трахсобранхиал дискинезиялар ёки экспиратор стеноз деб ном олган алохида патологик жараёнларда ҳам кузатилиш мумкин. Бу туркум сабаблар туфайли ривожланган нафас қисишини шифокор бронхиал астма хуружи деб хатолик билан қабул қилиши мумкин. Аслида эса трахеобронхиал дискинезия -бу йирик бронхлар ва трахеяларнинг мембрана қисмлари чузилувчанликларини тугма ёки орттирилган бузилишларидир. Шунинг учун ҳам уларнинг орқа деворларни йутал вақтида ёки шиддатли нафас олиш натижасида (қурук ички босимини ортиши туфайли) нафас йулларига осилиб кириб борадилар ва хаттоки уларнинг деворларини тула ёпишиб (битиб) қолишигача олиб келадилар. Бу ҳасталик учун шиддатли ва қучли йутал хос бўлади, йутал хуружсимон тус олиб қучайиб боради, бемор вазияти узғариши билан қучайиши мумкин, уқтин-уқтин хушдан кетишгача олиб келади, диагноз фақат бронхологик текширувдагина тасдиқланишлиги мумкин.

Шундай қилиб юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда яна бир қарра таъкидлаб ўтиш лозим-ки, бронхиал астма диагнози билан даволаш муассаларига беморлар келиб тушганларида уни бошқа касалликларидан тафовутлаб олиш учун кенг қулламли ва чуқур текширувлар ўтказилиши керак. Бу ҳавфли усма ёки бошқа касалликларни вақтида аниқлаш имконини берали ва иккинчидан муқобил терапияни танлаш учун аҳамият қасб этди.

Умуман, БА диагнозига бориш йулини поғанама-поғана қуйидагича ташкил қилинишини мақбул деб ҳисоблаймиз.

2. Бронхиал астмани ўқта асосий қуринишлари бўйича ташхислаб олиш: бронхообструктив синдром аломатлари (экспиратор бўғилиш, бўғувчи йутал,масофада эшитилувчи хуштаксимон хириллашлар, ўтқир ўпка эмфиземаси, бронхлитикларни самара бериши, спирография (Тиффно синови) ва пневмотахометрия натижалари), аломатларни тез қайтиши ва ўтқир нафас етишмовчилиги (бошқа сабаблари бартараф қилинган бўлса) синдромлари таянч аломатлар ҳисобланадилар:

3. Бронхиал астманинг патогенетик турларини аниқлаш (атопик, инфекция-аллергик ва ҳок.):

4. Бронхиал астмани клиник турларини ажратиш (анъанавий хуружлар, астматик ҳолат ва б.к). Астматик ҳолат босқичларини тафовутлаб олиш (1-ўпкада нафас шовқинлари ва хириллашларни сакланиб қолиши): II-ўпкада хириллашларни қамайиб бориши ёки эшитилмай қолиши, нафас етишмовчилигини қучайиб бориши (диагноз, энцефалопатия, гипоксемия, ацидоз, гиперкапния): III-асфиксия, кома, қоллапс). Бу ҳолатни қелтириб чиқарувчи омилларни белгилаш:

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

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

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

Демак, БА диагностикасининг келажаги ва бугуни-уни донозолик босқичда аниклаш ва бартараф қилишдир. Бу йуналишда дунё миқёсида ижобий тажрибалар бор. Хусусан, БА ни даставвалчи босқичларида аниклаш учун кенг-қулламли оммавий текширувлар эпидемиологик тадқиқотлар утказила бошланди. Улардан мақсад БА тарқалиш даражасини ва унинг асосий сабабларини аҳоли уртасида аниклаш ҳамда улар асосида оммавий ёки индивидуал (оилавий) профилактикани ташкил қилишдир. АКШ да формуласи (1960) номли билан маълум булган виканинг сурункали ноинфекцион касалликлари профилактикаси дастури амалга оширилиб келинмоқда махсус текширувда касалликлар этиологогенезида келиб чиққан ҳолда барча аҳоли 4/гурух (босқич) га ажратилдилар: А босқичи (биологик тус олиб бошланиши) – диагностик синовларда организм узғаришлари аникланманди: Б босқичи касаллик клиник аломатлари пайдо булади, лекин беморлар шикоятлари булмайди: В босқичи - астма олди холати, Г босқичи - соғайиш ёки улим билан тугайди.

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

ВОЗ (1983) экспертлар гуруҳи БА келиб чиқиши хавфи бор гуруҳларда (кашандалар, хавоси огир жойларда истикомат қилувчи шахслар, респиратор касалликларга тез-тез чалиниб турувчилар, ирсий мойиллиги бор шахслар, экологик номақбул ҳудудларда яшовчилар) аҳолини бир бошдан махсус текширув (оммавий скрининг) утказиб бориш мақсадга мувофиқ деб тавсия этади. Бунинг учун махсус суровнома - анкеталар (собик иттифок пульмонология илмий текшириш институти анкетаси, Британия махсус кенгаши анкетаси, Европа иқтисодий кенгаши анкетаси, А.Г.Чучалин-Трутников анкетаси ва б.к. дан фойдаланилади. Бундай скрининг анкеталарни тулғизиш ҳар қандай профилактик дастурнинг устувор қисми булиши керак, чунки улар БА "қуртани"лидаёқ унинг қуринишларини

аниклаш имконини тугдириш (УАШ томонидан хар бир оила ёки ахоли учун тулгозилиб куйилиши керак), хавфли гурухларни мулжалли кузатиб боришга асос булади ва демак, мукобил терапия утказилади. Ана шундай анкеталардан бирини (Цюра Е.В. 1985) амалиёт учун тавсия этамиз ва у жадвалда илова этилган.

Бундан ташкари БА ни аниклаш учун ташки нафас фаолияти курсаткичлари (Тиффно синови ва бошка курсаткичлар), адреналин билан синов (0,01 фоизли эритмаси 0,5 мл тери остига), беротек ёки бошка симпатомиметикларни ингаляция килиш синовлари хам кенг кулланишлари керак (натижалари скрининг анкеталарда акс этириб куйилади). Масалан, агарда 0,5 мл адреналин тери остига юборилгандан кейин 30-40 дакика утгач нафас чикариш 0,5 л/с кучайса-синов ижобий деб бахоланади яъни у яширин бронхоспастик синдром мавжудлигидан далолат беради.

БА бошлангич боскичларида конда ёки балгамда аникланадиган зозинофилия хам ташхисий ахамият касб этади. Мазур текширув натижалардан келиб чиккан холда профилактика тадбирлари кенг йулга куйилади ва улар даволашдан хам устивор фаолият деб кабул килинишлари лозим.

БА диагностикасига оид маълумотлар якунида яна шуни эслатиб куйиш керак-ки, табобат амалиётида анча-мунча булсада учраб турадиган клиник синдромлар бор ва улар БА астмага жуда ухшаб кечадилар, аммо лекин бошкача муносабатда булишини ва даволашни узгача ташкил килишни такозо этадилар.

Уларга тухталиб утамиз.

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

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

1. Кун давомида ёки эрталаб йуталиб турасизми?
2. Йил давомида суриб уч ой давомида йуталасизми?
3. Икки йил ва ундан узок вақт мобайнида суриб йуталасизми?
4. Йутал билан балгам чикадимми?
5. Шамоллаш касалликлари йил давомида икки ва ундан ортик маротаба булиб турадимми?
6. Юкорида кутарилганда, тенгкурларга тенглашиб тез юрганингизда энтикиш пайдо буладими?
7. Хид ёки огир хавога боглик холда бугилиш сезасизми?
8. Сезсангиз, уларни айтиб бера оласизми?
9. Киш ойларида иссиқдан совуқга /ёки аксинча/чикканингизда йутал пайдо буладими?
10. Жнсмоний зурикишда, шамоллаш касалликларидан Сизда "хуштак" ли нафас буладими?
11. Чекасизми?
12. Неча йилдан бери чекасиз? (ёки чекканмисиз)
13. Нечтадан уртача кунига папирос (сигарет) чекасиз (чекканмисиз)?

14. Куйидаги касалликларни бирон бири билан огрнганмисиз – фронтит, синусит, гайморит, бурун кийшайиши, бурун полипозиди?
15. Кариндош-уруглариингиздан кимлар куйидаги касалликлар билан хасталанганлар сурункали бронхит, бронхиал астма, сурункали пневмония?
16. Упка сили билан огриганмисиз?
17. Куйидаги аллергик касалликлар сизда булганми: эшак еми, дориларга таъсирланиш, вазомотор ринит, кичима?
18. Сиз узингизни упка касали деб биласизми? ЭСЛАТМА: I. Суровнома буйича текширувдан утган ахоли 3 гурухга ажратилади:

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

II. Суровнома соглом ахоли учун мулжалланган ва хар йили динамикада урганилиб борилса махсадга мувофик булади.

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

2. МЕНДЕЛЬСОН СИНДРОМИ - бу меъда суюкликларини нафас йулларига кетиб колиши натижасида келиб чикадиган огир астмасимон касалликдир. Асосан операциялар ва тугрук пайтида берилган умумий наркоз асорати натижасида келиб чикади. Наркоз берлигидан кейин 2-3 соат утгач-цианоз, астмасимон халлослаш, кусиш (кон купик аралаш моддалар билан), тахикардия ва иситмалаш кабилар пайдо булади. Мазкур синдромни келиб чикишига хикилдок рефлексларининг заифланиб колиши сабаб булади. Рентгенологик текширувда унчалик кучли булмаган «броихопневмония» манзараси ва лекин огир клиник вазият кузатилиши каби номуаносиб холат-бу синдром даракчидир.

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

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

5. ХАРКЕВИ СИНДРОМИ. Бу тукумалар ва конда эозинофилиялар билан ифодаланиб кечадиган аллергик симптомокомплекс хисобланиб, унда абактериал эозинофилли полисерозит, эозинофилли васкулит, паренхима-

тозли упка инфилтратлари, лейкоцитоз, эозинофилия, эозинофилли миокардит ва БА хуружлари кузатилади. ЭКГ да-декстрограмма ва миокард шикастланишлари аломатлари кузатилади.

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

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

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

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

Бронхиал астмани куплаб омиллар келтириб чиқариши мумкинлигини, унинг патогенези, мураккаблигини ва кечиши индивидуал хусусиятларга эга эканлиги 1 назарда тутилса-барча беморларга бир хил даволаш тизимини буюриш мутлако мумкин эмаслиги уз-узидан равшан булади ва шунинг учун хам терапияни асосий йуналишлари хақидагина суз юритиш мақсадга мувофик хисобланади. Куйидаги хар бир бемор хусусиятлари эътиборга олинган холда астма терапияси йуналишларини баён этамиз.

АСТМАНИ ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ БОШ ЙУНАЛИШЛАРИ КУЙИДАГИЛАРДАН ИБОРАТ БУЛИШ КЕРАК:

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

Симптомларга ва упка функционал холатини белгиловчн мезонларга асосланганхолда астманинг даражасини бахолаб ва кузатиб туриш.

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

- Узок муддатни кузлаб даволашнинг шахсий режасини ишлаб чпкиш.

- Касалликнинг такрорий хуружларини даволаш режаларини тузиш ёки мулжаллаб олиш.

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

- Кортикостероидлар ва натрий кромогликат ингаляциясидан хуружни тухтатиш максатида фойдаланиш хато ҳисобланади. Улар режали даволаш учун ишлатилиши керак.

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

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

- Узок таъсир курсатувчи яллигланпшга қарши ва бронхларни кенгайтирувчи дорилар: натрий кромогликат (Интал, Кромолин) ва натрий педокромил (Тайлед). Мазкур препаратларни ингаляция қилигунича қадар (15-20 дақиқа илгари) одатда-адреномиметиклар ингаляция қилинади, чунки бунда балғам енгил ташланиб, бронхлар кенг қулламда очилади ва натижада юкоридаги дори-дармонлар қулланилгандан кейин уларниш таъсир қилиш доираси кенгайди ва ортади.

- Дитэк (кромогликат + фенометрал).

- Интал Плюс (Натрий кромогликат+сальбуматол)

- Кортикостероидлар: улар ингаляция шаклида (беклометазон, Будесониад, флунизолид, флутиказон) ва перораль ҳамда парентераль йул билан қулланилади.

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

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

- Профилактик мақсад билан даволаш олиб борилаётганда, айниқса астмани узок даволаш ингаляция йули билан ташқил этилганда халқум ва огиз бушлиги кандидози ривожланиши хавфи тугилади. Уни олдини олиш учун спейсерлардан фойдаланиш ёки огиз бушлигини муайян чайқаб туриш тавсия этилади.

БРОНХИАЛ АСТМАДА КОРТИКОСТЕРОИДЛАРНИ КУЛЛАШ ҚОИДАЛАРИ:

- Астманинг 1чи поганасида (енгил кечиши) кортикостероидларни қуллаш ман қилинади.

- Антиастматик терапиянинг 2чи поганасида, яъни агарда симптомомиметиклар ингаляция холида қунига 3-4 марта қулланилишлилига қарамасдан астма хуружи тухтамаса, кортикостероидлар ингаляция шаклида 200-500 мгк/сут. миқдорида қулланилади.

- Бронхиал астма (БА) уртача огир даражада утганда (III-чи поганаси) ингаляцион кортикостероидлар 200-800 мгкс\т миқдорида ва албатта, узоктаъсир курсатувчи теofilлинлар ёхуд симпатомиметиклар ва холинолитиклар билан ҳамкорликда қулланилади.

- БА огир утганда (IV-чи поганаси) ннгаляцион кортикостероидлар миқдори 800-2000 мгк/ сутгача етказиб берилади ва бундан ташқари қушимча парентераль йул билан ёки болюс шаклда юборилади.

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

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

Даволашнинг иккинчи поғанаси (астманинг энгилдаражасида) астманинг кайталанишини олдини олиб турувчи препаратларни учок муддат давомида бериб бориш билан ташкил килинади. Бу максатда Интал, Кромоллин, Тайлед, кетотифен (Задитен) ва ингаляцион кортикостероидлар (беклометазон дипропионат-БДП, будесонид, флунизолид, флуктиказон пропионат) кичик дозаларда ишлатиладилар.

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

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

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

- Умуман, астмани «поғонама-поғона» тизимида даволашнинг асосий максати ингаляцион кортикостероидлар мавкесини оширишдан иборат, у юкори самара беради ва бемор хаёти сифатини тубдан яхшилашга олиб келади хамда умрни узайтиради. Демак, хам тиббий ва хам ижтимоий ахамият касб этади.

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

1. Бемор кукрагини кийимлардан холос килиб очиб куйиш, уни ортопноэ вазиятига утказиш, тоза хаво кимини беморга йуналтириш ёки оксигенотерапияни зудлик билан бошлаш.

2. Агарда хуруж пайтида беморда тусатдан кон тупириш ёки упкадан кон кетиш пайдо булса, уни мутлако кимирлатмаслик керак ва бемор ортопноэ вазиятида ушлаб турилади. Балгам ташлаб туриш учун алохида идиш беморга тутказилади. Имконияти борича бемор кайфияти кутарилиши

ва тинчлантирилиши зарур (мазкур муолажаларни узлуксиз бажариб туриш учун алохида хамшира беморга ажратилади.

3. Куйидагилар астма хуружи пайтида мутлако ман этилади:

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

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

а) 0,10/0-ли адреналин эритмаси, тери остига, микдори вазн огирлигига боглик холда белгиланади (бошка Р-адренергик моддалардан фойдаланиш имконияти йук булганда мазкур кетма-кетликдан фойдаланилади): вазн 60 кг дан кам булса

- 0,3 мл киритилади, вазн 60-80 кг булса-0.4 мл киритилади. вазн 80 кг дан ортик булса-0,5 мл микдорда буюрилади ёки 5% ли эфедрин гидрохлорид эритмасидан 1 мл тери остига киритилади ёки сув ёхуд физиологик эритма билан 1:3 нисбатда суюлтириб тайёрланган 0.06%-ли алулент эритмаси 0,3 мл микдорда аэрозоль тусда берилади.

б) Агар 15-30 дакика ичида бемор ахволи яхшиланмаса бетаадренергик моддалар такроран киритилади.

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

ЭУФИЛЛИН БИЛАН ДАВОЛАШ

а) Агарда илгари зуфиллин беморга буюрилмаган, эуфиллин 5 мг/кг микдорда 20 дакика ичида вена ичига томчилаб юборилади ва сунгра эса урта меъёр микдорда-0.6 мг/кг вазнга мос холда бмр соат ичида томчилатилади ёки мана шу микдорда даволаш давом эттирилади.

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

4.3. ЭУФИЛЛИН ЮБОРИЛИБ ТУРИШЛИЛИГИГА КАРАМАСДАН

1-2 СОАТМУДДАТ ИЧИДА АСТМАХУРУЖИ УТИБ КЕТМАСА У ХОЛДА:

а) Эуфиллин яна кайтадан киритилади.

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

в) Ёки куйидагилардан бирортаси ингаляция килинади:

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

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

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

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

4.4. ЮКОРИДАГИЛАРДАН КАМ НАТИЖА БУЛГАН ТАКДИРДА ЁКИ ИЖОБИЙ САМАРА БУЛМАСА

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

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

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

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

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

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

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

Агарда астма хуружи факат бета-адренергик моддалар билан тухтатилган булса, кейинчалик хам айнан мазкур гурух препаратлар билан

узлуксиз тарзда даволаш (ичиш ёки ингаляция йули билан) давом эттирилади.

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

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

ХУРУЖЛАРАРО ДАВРДА ВА АСТМА ОЛДИ ЖАРАЁНИНИ ДАВОЛАШ УСЛУБЛАРИ:

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

Номедикаментоз даволаш усуллари:

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

Специфик гипосенсибилизация. У куйидагича утказилади:

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

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

АСТМАТИК ХОЛАТНИ ДАВОЛАШ ТАРТИБИ:

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

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

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

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

Трахеобронхиал дренаж-лаваж Упка сунъий вентиляцияси унинг учун курсатмалар:

1. Юрак-упка етишмовчилиги,
2. Авжланиб борувчи гипоксемия (конда газ микдорини аниклаш, хушнинг хириллашиб бориши ва кома ривожланиши):
3. Интенсив давлашга карамасдан клиник холатнинг огирлашиб бориши.

БА да асосий куч факат диагностикага эмас балки даволаш натижаларини назорат килиб боришга каратилиши керак ва шундагина, бу муаммо самарали хал килинади. Профессор Б.Е.Ветчалнинг «Хар бир терапевт-узи билан тонометрдан ташкари пневмотахометр хам доимо олиб юрадиган замон» хакидаги орзуси амалга ошадиган давр айнан келди деб уйлаймиз. Факат пневмотахометрдагина эмас, балки пиклоуметриядан хам беморлар муайян фойдаланиб туришлари керак. Бу ижобий натижалар гаровидир.

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

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

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

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

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

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

Замбуруглар билан келтириб чиқарилган БА да нистатин (500000 ЕД дан суткасига 4-5 марта. 10-12 кун давомида) препаратини буюриш яхши натижа келтиради. БА нинг иммунологик босқичида глюкокортикостероидлар кенг кулланилиши керак (прунозолон 5 мг, дексасетазон 1 мг, триамцинолон 4 мг, метилпреднизолон 4 мг. кеналог - 2:4:8 мг. синтизол 6,65). Узок вақт пормонотералия утказил-гаила буйрак усти безини физиологик таъсирланиш учун синактен схема буйича 0.1-0.2-0.3-0.4-0.5 мг дан м/с га кунаро буюрилади. Гармонларни тухтатип пайтида ёки микдорлари кескин пасайтириш чоғларида кунаро цинк-кортикотрипин мускул орасига суткасига 10 ЕД дан киритиб турилади. (секин асталик билан то 40 ЕД гача етказиш мумкин). Шу мақсад билан глицирам (0.25 г дан) ва этимизол (0.1

гдан суткасига уч махал бир ой давомида) хам ишлатишлари мумкин. Гармонотерагшя самарадорлигини ошириш учун спленидан хам фойдаланилади: 1-фоизли спленин эритмаси 1 мл дан хар кунни инъекция килинади (16 кунгача). Охирги йилларда левамизол препарати хам БА ни даволашда кенг кулланилмокда.

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

Юкорида БА марказий нерв тартиботида функционал узгаришлар хосил килиб кечиши хакида айтиб утилган эди. Даволаш давомида улар эътиборга олинислари керак, анокроги психатерапияга кенг урин жратилиши лозим ва фармакотерапияга психотроп препаратлар кушилиши керак. Астендепрессив, апатик ва истероипохондрик реакцияларда реакцияларда-седуктен (5мг дан кунига 2-5 махал, 7-10 кун давомида), сиднокарб (5 мг дан кунига 2-3 махал. 7-8 кун давомида): ипохондрияда - седуксен ва амитритилин, уйку бузилишларида эуноктин (10 мг дан тунга), фобик реакцияларда-седуксен (кунига 15-20 мг дан) ёки элениум (20-30 мг/сут) ёки френолон (30 мг/сут)лар буюриладилар.

Терапияга берилмайдиган БА хуружларини тухтатишда донор талокларини (чучканики) экстракорпорол йул билан куллаш услуги хам яхши клиник натижалар беради ва барча шифохоналарда куллаш мумкин (А.Б.Цътин).

Бронхиал астма хуружини ошигич (драматик) Даволаш усулига алохида зийраклик билан ёндошиш огир клиник вазиятлар ривожланганда хам беморга аксарият холларда «иккинчи умр» бахшида этади.

БА драматик терапияси куйидагича ташкил килинади:

1. Хар кандай астма хуружини даволашда энг асосий усул-кислород бериш булишлилиги керак: у бурунча куйилган катетр оркали 2-6 мл/дан тезликда ингаляция килинди:

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

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

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

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

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

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

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

Назорат саволлари:

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

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

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

АМАЛИЙ МАШГУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1-мавзу. Соғлом ва касал болаларни овқатлантириш тамойиллари

(2 соат)

Режа:

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

БОЛАЛАРНИ РАЦИОНАЛ ОВҚАТЛАНТИРИШ

Табиий - кўкрак сути билан овқатлантириш. Бу бола туғилгандан 1-1,5 йил ичида адекват овқатлантиришнинг табиий шакли ҳисобланади. Кўкрак сути билан эмизиш бола ҳаётининг биринчи 6-ойлигида тўғри

овқатлантиришнинг ягона усули ҳисобланади. Туғруқхонада чақалоқни биринчи марта кўкракга қўйиш биринчи мулоқот муоложаси билан олиб борилади.

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

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

Она ва бола соғлиги учун кўкрак сути билан эмишнинг афзалликлари

Эмизикли бола учун:

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

Она учун:

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

Чақалоқлар ҳаётининг биринчи кунларида оғиз сүтининг аҳамияти.

Оғиз сүти характеристикаси

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

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

Эрта сүт - эмизишнинг бошида ишлаб чиқилади.

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

Она сүтининг афзалликлари:

1. Оғиз сүти ва она сүтида ичак инфекцияси чакирувчисига, эшерихий, шигелла, энтеровирус, респиратор инфекцияга, вирусли касалликлар кўзгатувчисига, бактериал инфекцияларга қарши антителолар бор.
2. Оғиз сүтида иммуноглобулинларнинг барча синфлари, асосан IgA (90%) бор. Лактацияда унинг миқдори камаяди, лекин суткалик талаби юқориликча қолади. Бу иммуноглобулин инвазияга қарши биринчи ҳимоя вазифасини ўтайди, бактериялар адгезиясини пасайтиради, вирусларни нейтраллайди, аллергизацияни камайтиради.
3. Лактациянинг биринчи 4-ҳафтасида она сүтида лактоферрин (50-100мг/л) бўлади, у фагоцитозни активлаштиради, ичакда ионизациялашган темирни боғлайди, бактериал флорани янгидан ҳосил бўлишини блоклайди. У сүтдаги умумий оксилни 15-20%ини ташкил қилади. Сигир сүтида лактоферрин 10-15 марта кам.
4. Оғиз сүтида С3 комплемент компонентлари (30мг кунда) ва С4 (10мг кунда) мавжуд.
5. Она сүтида сигир сүтига қараганда лизоцим миқдори 100-300 марта юқори бўлади. Унинг таъсири бактерия қобигини зарарлашдан иборат,

- сўлакда амилазанинг ҳосил бўлишини стимуллади, ошқозон кислоталигини кўтаради.
6. Она сутида бифидус-фактор бор, унинг активлиги сигир сутига нисбатан 100 марта юқори. Бу углевод бифидус флора, сут ва сирка кислотаси ҳосил бўлишини таъминлайди, ўз навбатида стафилококк, сальмонелла, шигелла, эшерихий ўсишига тўсқинлик қилади. Табиий овқатлантиришда ичакда лактобактерин ва бошқа микроорганизмларнинг нисбати 1000:1; сунъий овқатлантиришда эса - 10:1га тенг.
 7. 1 мл она сути таркибида 0,5-1 млн гача тирик хужайралар, макрофаглар 50-80%, лимфоцитлар - 10-15% Сутдаги макрофаглар интерферон, лактоферрин, лизоцим, комплемент компонентларини синтезлайди, улар ўз хусусиятларини ичак инфекцияларида ҳам сақлайдилар.
 8. Она сутига аллергия аниқ эмас, бир ёшгача бўлган болаларда сутли аралашмага аллергия эса 18%ни ташкил қилади.
 9. Она сути, асосан оғиз сути, сигир сутидан фарқли, ўз таркибида гипофиз, қалқонсимон без гормонларини сақлайди.
 10. Она сутида 30 га яқин фермент бор, улар гидролизда қатнашади, бу она сутининг юқори ҳазм бўлишини таъминлайди.
 11. Она сутида оксил 2 марта кам, лекин углеводлар (лактоза) хайвон сутига нисбатан кўпроқ. Ёғлар миқдори бир хилда. Углеводларнинг энергетик баҳоси она сутида - 45%, сигир сутида - 30%, ёғ - 50% энергетик қийматини ташкил қилади.
 12. Она сутида сигир сутига қараганда кул камроқ бўлади.
 13. Зардобдаги лактоальбумин ва лактоглобулинлар миқдори казеиногенга нисбати 3:2 ни ташкил этади, шунинг учун мослаштирилган аралашмалар зардобли оксил билан тўйинган. Она сутида протеолитик ферментлар ҳам бўлади.
 14. Кўкрак сутида ёғларни асосий компонентлари - уч глицеридлардир. Болаларда ошқозон ости беши липазаси активлиги пастлиги ва конъюгациялашган ўт тузларининг паст концентрацияси ёғ гидролизини қийинлаштиради. Кўкрак сутида пальмитин кислота миқдори паст, у енгил гидролизни таъминлайди.
 15. Кўкрак сутида сут глюкозаси (лактоза) сигир сутига нисбатан кўпроқ, кўкрак сутида – лактоза, ингичка ичакда секин ҳазм бўлади ва йўғон ичакда граммусбат бактериал флора ўсишини таъминлайди.
 16. Кўкрак сутида кальций ва фосфорнинг нисбати 2-2,5:1, сигир сутида -1:1, бу уларнинг сўрилиши ва ҳазм бўлишигатаъсир кўрсатади. Кўкрак сутида кальцийнинг ҳазм бўлиш коэффициенти 60%, сигир сутида - жами 20%. Она сути сигир сутига қараганда темир, мисс, цинк, ёғда эрийдиган витаминларга бой бўлади.

Кўкрак ёшидаги бола учун керакли сут миқдорини аниқлаш усуллари

Агар навбатдаги эмизидан кейин гўдак кўкракни кўйиб юборса, «қоникқан» кўринишга эга бўлса, кейинги эмизигача тинч ухласа, демак сут унга етарли бўлади. Сут ҳажмининг етарли эканлигининг объектив белгиларига ёш нормаси, тана вазнига кўшилиши, бошқа антропометрик

кўрсаткичларнинг кўпайиши, тери ҳолатининг яхшилиги, юмшоқ тўқималар тургорининг сақланганлиги, пешоб ва ахлат ажралишининг нормал миқдори киради.

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

Сунъий ва аралаш овқатлантириш

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

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

4-10% туққан аёлларда адекват лактация бўлмайди.

Она томонидан табиий овқатлантиришга қарши кўрсатмалар:

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

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

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

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

Қарши кўрсатма	Ишлатмаслик ёки жуда эҳтиёткорлик билан қабул қилиш	Эҳтиётлик билан қабул қилиш
Амфетаминлар Бромкриптин	Антрахинонлар кучсизлантирувчилар	Аминазин Анестетиклар

Диэтилстилбэстрол Иммунодепрессантлар Тавегил Мепробамат Метамизол Олтин препаратлари Литий препаратлари Йўталга қарши дорилар Йод тузлари Тетрациклинлар Тиоурацил Фениндион Хлорамфеникол Циклоспорин Циметидин Эрготамин	(сано, шолғом, итшумурт пўстлоғи) Бромидлар Витамин D Метаклопрамид Метронидазол Наркотиклар Орал контрацептивлар Психотроп дори воситалари Резерпин Салицилатлар (аспирин) Фенобарбитал Эстрогенлар	Антибиотиклар Антигистаминлар (тавегилдан ташқари, у қарши кўрсатилган) Антикоагулянтлар Антитиреоид дори воситалари Витаминлар Галоперидол Гипотензив дори воситалари Индометацин Кодеин Сийдик хайдовчи дорилар Мушак релаксантлари Парацетамол Преднизолон Талвасага қарши Юрак гликозидлари Эуфиллин
---	---	--

Бола томонидан кўкрак сутини эмишга қарши кўрсатмалар:
 моддалар алмашинувининг ирсий касалликлари, галактоземия,
 фенилкетонурия, лактаза етишмовчилиги.

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

Сунъий овқатлантириш техникаси

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

Аралаш ва сунъий овқатлантиришда икки поғонали овқатлантириш тизимидан фойдаланиш маъкул: сут миқдорини аниқлаш ва аралашмани танлаш.

Бир ёшгача бўлган болаларни сунъий овқатлантириши

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

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

Сунъий овқатлантиришдаги энг асосий муаммо бу бола организмга зарар етказмайдиган, оптимал адаптирланган сут аралашмаларини танлаш ҳисобланади. Бугунги кунда Ўзбекистон ҳудудида “Nestle” (Швейцария) компанияси томонидан тавсия этилган сут-қатиқ маҳсулотлари кенг қўлланиб келинмоқда. Бир ёшгача бўлган болаларга замонавий мослаштирилган сут-қатиқ аралашмаси зарур. Янги “NAN нордон сутли” 1 ва 2 аралашмалари ичак микрофлораси таркибини яхшилаш, иммунитетни мустаҳкамлаш, ўткир ичак инфекциялари ривожланиш хавфини пасайиши, оксилнинг осон ҳазм бўлиши ва сингиши, микроэлементларнинг мукамал тарзда сингиши ва яхши ҳазм қилиниши билан бошқа сут аралашмаларидан тубдан фарқ қилади. “NAN нордон сутли” 1 ва 2 аралашмалари она сuti бўлмаганда ёки етишмаганда берилади.

Баъзи ҳолларда адаптирланган аралашмалар «казеинли формула» деб аталади. Уларни тайёрлашда сигир сutiдан фойдаланилади, унинг асосини оксил компоненти казеини ташкил этади.

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

OPTI PRO ажойиб оксил компоненти – оксилнинг осон ҳазм бўлиши ва сингишига ёрдам беради.

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

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

Адаптирланмаган сутли аралашмаларни (сигир сути ёки бошка хайвон сути) 9 ойдан олдин болаларга бериб бўлмайди.

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

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

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

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

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

I – танқислик 25% гача;

II – 50%;

III – 75%;

IV – 75% юқори

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

Лактацияни ушлаб туриш усуллари

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

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

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

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

5. Эмизишдан 30 дақиқа олдин сутли чой ичилади.

6. Эмизиклик онага поливитами́нлар буюрилади.

ҚЎШИМЧА ОВҚАТЛАНТИРИШ

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

Нима сабабдан қўшимча овқат буюриши зарур ва бунда нимага асосланиши керак?

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

Қўшимча овқатни қандай бериши керак ва қайси маҳсулотларни бунда ишлатиши мумкин?

Қўшимча овқат 2 турга бўлинади:

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

Факат кўкрак сути билан парвариш қилишдан болани кўкрак сути билан эмизмасликка ўтиш даврида, ёш болаларни аста секин уй овқатига ўргатиш керак бўлади. Бола 1 ёшга тўлганида оила дастурхонидан овқатланишга жисмонан тайёр ҳисобланади. Оғир овқатларни рационга

киритиш даврига ва бу маҳсулотларни кўкрак ёшидаги болалар қабул қилишга тайёрлиги асаб-мушак координациясининг ривожланишига таъсир кўрсатади. Ривожланишнинг ҳар хил босқичларида келиб чиқувчи кўпгина овқатланиш рефлекслари, ҳар хил турдаги овқатларнинг рационга киришини энгиллаштиради ёки оғирлаштиради.

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

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

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

<i>Ёши (ой)</i>	<i>Пайдо бўлган рефлекс/кўникмалар и</i>	<i>Қўлланилиши мумкин бўлган маҳсулот турлари</i>	<i>Маҳсулотларга мисоллар</i>
0 – 6	Сўриш/кўкракни сўриш ва ютиш	Суюқликлар	Кўкрак сути
4 – 7	Биринчи чайнаш ҳаракатлари пайдо бўлиши, сўриш кучи ўсади, қусиш рефлексининг тилнинг ўрта қисмидан орқа қисмига ўтиши кузатилади	Овқат бўтқа кўринишида	Сабзавот ёки мева, яхши текширилган ва майдаланган жигар ва гўшт
7 – 12	қошиқни лаб билан тозалаш, тишлаш ва чайнаш, тилнинг ён ҳаракати ва овқатни тишларга жойлаш тириш	Қўл билан ейиш мумкин бўлган майдаланган ёки бўлакларга ажратилган овқат ёки маҳсулот	Гўшт майдалагич дан ўтказилган ва яхши текширилган гўшт ва жигар, қайнатилган ва майдаланган мева ва сабзавотлар, хом мева ва сабзавотлар, бошоқдилар ва нон.
12 - 24	Айланма чайнаш ҳаракати, жағлар турғунлиги	Оила столидан овқат	

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

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

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

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

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

Кўшимча овқат киритишнинг асосий қоидалари

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

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

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

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

Кўшимча овқат асортименти бўйича ҳар хил маҳсулот бўлиши керак.

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

Камқонликни олдини олиш мақсадида, темир депоси бўлган гўшт бир ёшгача бўлган болаларнинг овқат рационига энг керакли маҳсулот ҳисобланади. Гўшт бола 6 ойлик бўлганидан сўнг қиймаланган қайнатма ҳолда, кейинчалик тўғралган ҳолда буюрилади. Болани овқатлантиришда ёғсиз мол, қўй, парранда гўшtidан фойдаланилади.

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

Кўшимча овқатни нотўғри буюриши нималарга олиб келиши мумкин?

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

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

Кўшимча овқатланишни ўз вақтида бошламаслик билан боғлиқ бўлган хавф

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

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

➤ *6-11 ойлик бола*

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

12-23 ойлик бола

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

- Мевалар

24 ойлик ва ундан катталарга

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

Шиша ва сўрғичлар нима учун зарарли?

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

Пиёладан овқатлантиришнинг афзалликлари:

- Бола овқатлантирилганда тилидан фойдаланади
- Бола ўзи пиёладан овқатланади, қанча овқат қабул қилиш ва унинг вақтини ўзи белгилайди
- Пиёла шишага қараганда хавфсиз, уни сув ва совунда осон ювса бўлади.
- Шишага қараганда пиёлани камроқ олиб юрилади шунинг учун бактериялар кўпайишига имконият камроқ бўлади.
- Она ёки болани парваришлайдиган бошқа шахс пиёладан овқатлантирилганда болани ушлаб туриши ва у билан кўпроқ мулоқотда бўлиши мумкин, бу эса шишадан овқатлантиришга нисбатан, болани рухий стимуллайди.
- Пиёла билан овқатлантиришни 6-ойгача қўллаш қулай, чунки қошиқ билан овқатлантириш кўп вақтни талаб қилади ва она бола тўйгунча овқатлантиришни тўхтаттиб қўйиши мумкин.

6-9-ойлик болалар учун тахминий меню

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

9-12-ойлик болалар учун тахминий меню

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

12-23 ойлик болалар учун тахминий меню

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

24 ойлик ёшдаги болалар тахминий менюси

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

10. Адабиётлар

Асосий:

1. Детские болезни, под ред. Л.А. Исаевой. 1994.
2. Пропедевтика детских болезней, А.В.Мазурин, И.М.Воронцов, 1995
3. Детские болезни, под ред. Н П. Шабалова, 2002
4. Детские болезни, под ред. Н П. Шабалова, 2010

5. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова, 2010
6. Детские болезни, Т.О. Даминов, Б.Т. Халматова, У.Р. Бабаева, 2012

Кўшимча:

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

ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. Кўкрак сутининг қиймати нима билан белгиланади:

- А.Кўкрак сутида бола учун керакли барча элементлар бор
 В.ширин
 С.Таркиби узгармайди
 D.суюк холатда

2. Кўкрак сути билан овқатлантириш қоидалари:

- А.Бола талабига биноан
 В.биринчи овқатлантириш тугрукдан 3-кундан сўнг
 С.соатлик интервал билан
 D.кечкурун овқатлантирмаслик

3. Кўкрак сути билан овқатлантиришга қарши кўрсатмалар:

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

4. Гипотрофиянинг 1 даражасига хос белгини кўрсатинг:

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

5. Соғлом туғилган чақалок қанча вақтдан кейин кўкракга берилади:

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

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

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

7. Табiiй овқатлантиришда бўлган болага қайси ёшдан бошлаб кўшимча овқат берилади:

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

8. Биринчи кўшимча овқат нима бўлиши мумкин:

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

9. Целиакияда боланинг овқат рационига киритилади:

- A. гуручли бўтқа
- B. печенье
- C. Овсянкали бўтқа
- D. нон

10. Крупоз пневмония қайси ёшда кўп кузатилади:

- A. Мактаб ёшида
- B. 1-3 ёшда

С. чақалоқларда
D.1 – 6 ойликда

11. Куйидаги белгилар қайси пневмония учун характерли: ўткир бошланади, ёноқларнинг қизариши, зангсимон балғамли йўтал, тана харорати 39-40°C:

- A. крупоз пневмония
- B. интерстициал пневмония
- C. сегментар пневмония
- D. учогли пневмония

12. Болаларда қўйидаги антибиотиклар қўлланилмайди:

- A. етрациклин
- B. пенициллин
- C. цефалоспоринлар
- D. макролидлар

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

- A. Тери қопламлари окимтир мармарсимон рангда
- B. йуталдан сунг қайт қилиш
- C. Томогида қизариш
- D. Тана харорати 38 с

15. Туғрукдан неча кун ўтганидан кейин оралиқ сути ажралади:

- A. 4-5
- B. 15-20
- C. 11-12
- D. 6-7

16. Ревматоид артрит қайси касалликлар билан таққосланади:

- A. бруцеллез
- B. сурункали ва ўткир панкреатит
- C. сепсис
- D. сурункали гастрит

17. Болаларнинг кўриш аъзоларининг физиологик хусусиятларига киради:

- A. ёругликдан кўрқилш
- B. диплопия
- C. птоз
- D. анизокория

18. Эрта ёшдаги болаларда тери ости ёғқатлами ташкил этади:

- A. тана массасини 12%
- B. тана массасини 18%

С.тана массасини 14%

Д.тана массасини 10%

19. Янги туғилган чақалоқларда физиологик сариғлик давом этади:

А.3-10 кун

В.1-5 кун

С.1-3 кун

Д.10-15 кун

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

А.12-13 ёшда

В.5 ёшда

С.3 ёшда

Д.4 ёшда

21. Лимфатик - гипопластик диатез симптомларига киради:

А.лимфа тугунларнинг диффуз катталашиши, ҳаракатчанлиги ва оғриксизлиги

В.лимфа тугунларнинг маҳаллий катталашиши ва ҳаракатсизлиги

С.лимфа тугунларнинг маҳаллий катталашиши, атрофдаги туқималар билан жипслангани

Д.лимфа тугунларнинг диффуз катталашиши ва ҳаракатсизлиги

22. Болалар суягининг химик таркибида устун туради:

А.сув ва органик моддалар

В.анорганик моддалар

С.сув ва органик моддалар

Д.сув ва минерал моддалар

23. Катта ликилдок қаерда жойлашган:

А.Пешона ва тепа суяклари ўртасида

В.тепа ва энса суяклари ўртасида

С.Пешона суяклари ўртасида

Д.тепа суяклари ўртасида

24. Нормада тишларнинг чиқиш вақти:

А.6-7 ойда

В.8 ойда

С.3-4ойда.

Д.5 ойда.

25. нормада 2-ойлик бола:

А.бўйинини яхши тутди

В.қорнидан орқасига ўгирилади

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

D. тишлари чиқа бошлайди

26. Янги чақалоклик даврига хос:

A. хамма аъзо ва тизимлар туқималарининг етимаганлиги

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

C. дендритлар пайдо булади,

D. туқималар миелинизацияси кузатилади

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

A. 5-6 ёшида

B. 5 кунлигида

C. 1 ёшида

D. 10 ёшида

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

A. мияси

B. фақат жигар

C. оёқлари

D. қўл ва оёқлари

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

A. шиллик ости қавати нозик

B. эластик ва мушак туқима яхши ривожланган

C. без туқималарини юқори секретор фаолияти

D. шиллик ости қавати қон билан яхши таъминланмаган

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

A. ўнг ва чап қоринчалари бир бири билан тенг

B. ўнг қоринча чап қоринчадан каттароқ

C. Чап қоринча ўнг қоринчадан каттароқ

D. Артерия ва веналарнинг бўшлиқлари тенг

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. Педиатрия фани нимани ўргатади?

2. Қайси ёшгачан болалик даври ҳисобланади?

3. Бизнинг Республикамизда мустақиллик йилларида тиббиётда қандай ўзгаришлар бўлиб ўтди?

4. Жисмоний ривожланиш мониторинги қандай олиб борилади?

5. Болаларда асосан қайси аллергиялик касалликлар кўп учрайди?

6. Атопия нима?

7. Бронхлар гиперреактивлиги нима?
8. Қандай аллергенларни биласиз?
9. Бронхиал астма этиологияси қандай?
10. Бронхиал астма клиникаси қандай?
11. Бронхиал астмани даволаш қандай ўтказилади?

ГЛОССАРИЙ

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

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

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

Ҳомиладан ташқари боланинг ривожланиш даври қуйидагиларга ажратилади:

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

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

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

4. **Мактаб олди** – 3-7 ёш;

5. **Кичик мактаб ёши** 7-11 ёш;

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

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

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

Эрта сут- эмизишнинг бошида ишлаб чиқилади.

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

Гипогалактия – лактация вақтида сут безлари ажратиш функциясининг камайишига айтилади.

Кўшимча овқат бериш – эмизикли болаларга овқат махсулотлари ва суюқликларни кўкрак сутига қўшимча равишда беришга айтилади.

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

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