

**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
ЯНГИ ДИАГНОСТИК ВА ДАВОЛАШ
УСУЛЛАРИ” 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.....	8
МАВЗУ 1. Пневмония.....	8
МАВЗУ 2. Педиатрик касалликларни замонавий даволаш стандартлари.....	22
ТЕСТ САВОЛЛАРИ.....	27
НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ	30
ГЛОССАРИЙ.....	31

ИШЧИ ДАСТУР

I. Модулнинг мақсади ва вазифалари

“Педиатрия фанларини ўқитишда янги диагностик ва даволаш усуллари” 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 янги диагностик ва даволаш усуллари” 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 янги диагностик ва даволаш усуллари” 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 йўлларини 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 мутахассисликнинг долзарб муаммолари” 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.	Пневмония. Янги диагностик ва даволаш усуллари.	2	2	2			
2.	Педиатрик касалликларни замонавий даволаш стандартлари	6	4		4		2
3	Педиатрияда амалий кўникмаларни ўрганиш лабораториясида интерфаол таълимни ташкил этиш: илғор тажрибаларни ўрганиш ва таҳлил этиш.	2	2			2	
	Жами:	10	8	2	4	2	2

НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

Мавзу: Пневмония. Янги диагностик ва даволаш усуллари. (2 соат)

Режа:

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

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

Мавзу: Педиатрик касалликларни замонавий даволаш стандартлари (4 соат)

Режа:

1. Темиртанқислик камқонлигини замонавий даволаш усуллари;
2. Витамин В 12 камқонлигини замонавий даволаш усуллари;
3. Оксилтанқислик камқонлигини замонавий даволаш усуллари;

Кейс: Дефицит қамқонликлар.

КЎЧМА МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

Педиатрияда амалий кўникмаларни ўрганиш лабораториясида интерфаол таълимни ташкил этиш: илғор тажрибаларни ўрганиш ва таҳлил этиш.

МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ

1. Туғма юрак нуқсонлари
2. Гастроэзофагал рефлюкс
3. Сийдик йўллари инфекцияси.
4. Соғлом ва тез-тез касалланувчи болаларни чиниктириш усуллари
5. Тез-тез касалланувчи болалар (ЧБД)
6. Болаларда дисбактериоз кечиш хусусиятлари.
7. Пилороспазм ва пилоростеноз
8. Болаларда сурункали инфекция ўчоқлари
9. Ўт йўллари дискинезияси
10. Гипо- ва авитаминозлар.
11. Энурез, сийдик чиқариш йўллари нейроген дисфункцияси

12. Рахитсимон касалликлар
13. Дисметаболик нефропатиялар

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 истиқлол 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. Педиатрияди 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 олинди:

<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.](http://www.med-lib.ru)

КАЛЕНДАР РЕЖА

№	Мавзулар	Машғулот тури	Соати	Ўтказилиш муддати
1.	Пневмония. Янги диагностик ва даволаш усуллари.	маъруза	2	ойнинг учинчи ҳафтаси
2.	Педиатрик касалликларни замонавий даволаш стандартлари	амалий	4	ойнинг учинчи ҳафтаси
3.	Педиатрияни амалий кўникмаларини ўрганиш лабораториясида интерфаол таълимни ташкил этиш: илғор тажрибаларни ўрганиш ва таҳлил этиш	кўчма машғулот	2	ойнинг учинчи ҳафтаси

МАЪРУЗА МАТНИ

Мавзу: Пневмония. Янги диагностик ва даволаш усуллари.

Режа:

1. Пневмонияни тарқалиши ҳақида тушунча бериш
2. Касалликни этиопатогенези, хозирги вақтда кечиш хухусиятлари ҳақида тушунча бериш ва ҳар хусусиятга характеристика бериш.
3. Пневмонияни хозирги замон даволаш тамойиллари билан таништириш

Таянч иборалар: *пневмония, касалхонадан ташқари, касалхона ичи пневмонияси, даволаш стандартлари.*

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

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

Ўткир пневмониялар 3 ёшгача бўлган болаларда кўп учрайди.

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

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

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

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

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

6 ойгача бўлган гўдакларда касалхонадан ташиқари пневмониялари кам учрайди. Одатда улар катта ёшдагилардан ва сибсдан инфицирланиш билан боғлиқ бўлиб ўРВИ фонида ривожланади. Болаларда пневмония овқат луқмасини одатий аспирациясига олиб келувчи дисфагия ва рефлекслар билан боғлиқ бўлади; 7—10% ҳолларда пневмония тизимли касалликнинг биринчи манефестацияси бўлиб ҳисобланади. Масалан, бирламчи иммунодефицит ёки муковисцидоз. Одатда кўзгатувчи сифатида тилла рангли стафилококк ва ичак таёқчаси, кам ҳолларда *Nagarella cathartalis* муҳим ўрин эгаллайди.

Перинатал даврда инфицирланиш натижасида келиб чиқадиган пневмониялар структураси кўпинча афебрил кечади ва

рентгенограммада диффуз ўзгаришлар бўлади. Камдан — кам ҳолларда муддатдан олдин туғилган чақалоқларда пневмоцистозга ўхшаб кечади; чуқур чала туғилганларда эса, уреоплазма ва *Mycoplasma hominis*лар билан чақирилган пневмония кузатилади.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Госпитал пневмониялар қуйидагилар билан характерланади:

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

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

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

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

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

Вентилятор ассоциациялашган пневмониялар

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

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

Иммунодефицити бор болаларда пневмониялар

Иммунотанқислик ҳолати кузатилган ҳолларда ўткир лейкозлар ва лимфома, трансплантант реципиентларида ва 14 кундан ошиқ

глюкокортикоид препаратларини 2 мг/кг/сут дан кўп ёки 20 мг/сут кўп дозада қабул қилган болаларда ҳам пневмонияни одатдаги оппортунистик микрофлора чиқаради.

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

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

Патогенез

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

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

Гипоксемия нафас олиш етишмовчилиги, респиратор ацидоз ва қонда ис газининг кўпайиши билан кечади (гиперкапния). Бу эса, нафас марказини таъсирлайди ва компенсатор реакция - хансирашни чақиради (кичкина болада бу ноэффектив), периферик капилляр турининг кенгайишига олиб келади. Бундан ташқари кучайиб борувчи гипоксемия ва интоксикация тўқима нафас ферментларини функционал активлигини пасайишига ва уларнинг коферменти бўлиб ҳисобланган витаминлар захирасининг (С, В1, В2, В3, В6) сусайишига олиб келади. Полигиповитаминоз белгилари пайдо бўлади.

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

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

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

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

Кўп учрайдиган кўзғатувчилар:

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

Клиникаси

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

Б) Нафаснинг ўзгариши.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Кўпинча продромал давр респиратор синдром, ҳолсизлик куринишида кузатилади. Пневмониянинг ривожланиши тез. Лекин иситма ёки субфебрилитет пайдо бўлиши билан аста-секин ривожланиши ҳам мумкин. Эт увишиши ва хансираш характерли эмас. Плеврал оғриқлар йўқ. Йўтал нопродуктив, ёки шиллик балғам ажралиши билан. Аускультацияда қуруқ ёки нам хириллашлар эшитилади. Крепитация,

перкутор товушнинг қисқариши, бронхиал нафас кузатилмайди. Плевра бўшлигига суюқлик камдан-кам ҳолатларда ажралади. Ўпкадан ташқари бўлган симптомлар хос: миалгия, кўп терлаш, кучли ҳолсизлик. Қонда оз микдорда лейкоцитоз (лейкопения). Лейкоцитар формула одатда ўзгармаган., гохида анемия. Қонни экиб курганда — стерил, балғам — ноинформатив.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ташҳислаш

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

Кўзгатувчининг штаммини ва антибиотокларга сезувчанлигини аниқлаш учун микробиологик текширувлар ўтказилади. Текшириш учун қуйидагилар олинади: балғам, қон. Пневмония бактерия иштирокида кечаётгандагина гемокультурани ажратиб олиш мумкин. Шунингдек, яна қўлланилади: билвосита иммунофлюоресценция реакцияси ёрдамида қонзардобда кўзгатувчининг антигенларини ва махсус антителиларни топиш мумкин; комплемент боғлаш реакцияси. Экспресс — методларга киради: антигенларни балғамда аниқлаш, бевосита иммунофлюоресценция реакцияси.

Даволаш тамойиллари

Ўткир пневмонияларни даволаш қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Авайловчи режим.

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

Пневмонияларнинг антибактериал терапияси

Касалхонадан ташқарида юзага келган пневмониялар

- Асоратланмаган пневмонияларда антибиотикларни ичишга буюриш мақсадга мувофиқ. Агар препаратларни парентерал юбориш билан бошланган бўлса, самара бергач, антибиотикларни перорал юборишга ўтиш керак (зинапояли терапия).
- 6 ойлик болаларда пневмонияларнинг типик формаларини даволаш стационар шароитларида ўтказилади ва антибиотиклар парентерал юборилади. Атипик формаларда танлов препаратлари бўлиб макролидлар ҳисобланади, типик формаларда эса, аминопенициллинлар ҳамда ингибитор - ҳимояланган пенициллинлар. Альтернатив антибиотиклар бўлиб цефазолин, аминогликозидлар ёки цефалоспоринлар II ва III авлодлари билан комбинацияси ҳисобланади. Анаэроб инфекцияда клиндамицин, метронидазол ишлатилади, пневмоцистли инфекцияда эса, ко-тримоксазол.
- 6 ойдан 6 ёшгача бўлган болаларда оғир бўлмаган, асоратланмаган пневмонияни даволаш амбулатория шароитларида ўтказилади ва перорал препаратлар тавсия қилинади. Танлов антибиотиклари эса, ингибитор — ҳимояланган пенициллинлар (амоксициллин, кловуланат, ауглинтин). Аллергик реакцияларга ёки ичак дисбактериози ривожланишига мойиллик бўлган беморларга макролидлар бериш мақсадга мувофиқ, чунки улар ичак микрофлорасига таъсир қилади.
- 6—15 ёшли болаларда оғир бўлмаган пневмониялар асосан уй шароитида ўтказилади ва периорал препарат берилади. Типик формада амоксициллин, бензатинфеноксиметилпенициллин,

макролидлар тавсия қилинади. Атипик пневмонияда эса, даволашни макролидлардан бошлаш мақсадга мувофиқдир.

- Оғир формалар. Болаларда пневмониянинг оғир формаларида дарҳол госпитализация қилиш керак ва даволашни зинапояли усул билан ўтказиш мумкин. Буюрилади пенициллинлар, шу қаторда яримсинтетик ва химояланган (гемофилли этиологияга шубҳа бўлганда), пенициллин, цефалоспоринларнинг II авлоди аминогликозидлар билан комбинацияланган ҳолда.

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

Госпитал пневмониялар

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

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

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

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

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

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

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

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

Антибиотиклар самарадорлигининг мезонлари

Пневмонияларда антибактериал терапиянинг самарадорлик гарови бўлиб, эффе́ктни аниқ кайд килиб бориш ва эффе́кт бўлмаганда препаратни алмаштириш хисобланади.

- Тўлиқ самарадорлик: умумий ахволнинг яхшиланиши, иштаханинг кутарилиши ва хансирашнинг камайиши фонид асоратланган пневмонияда эса ҳароратнинг 3 - 4 кун ичида 38 С дан пасайиши. Бу муддатларда рентгенологик ўзгаришлар кучаймайди ва камаяди.
- Қисман самарадорлик: юқорида курсатилган муддатларда тана харорати субфебрил бўлиб сакланади. Токсикоз даражаси пасаяди, хансираш камаяди, салбий рентгенологик динамика йўқ. Одатда деструктив пневмонияларда метапневмоник плевритда кузатилади. Антибиотикнинг алмаштирилишини талаб килади.

Антибиотикларни қўллашнинг давомийлиги

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

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

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

Нафас етишмовчилигини ва гипоксемияни бартарафэтиш
Нафас йўллариининг обструкциясини балғамни суюлтирувчи, балғам ажратувчи дорилар ёрдамида йўқотиш лозим. Вибромассаж ўтказиш, тана ҳолати билан дренаж ҳосил килиш, бронхоскопия, рестре́ктив нафас етишмовчилигини камайтириш (тозаловчи ва сифонли клизмалар

ёрдамида ҳамда дибазол, прозерин, бронхова спазмолитик воситалар буюрилади), оксигено ва аэротерапиялар ўтказиш.

- Юрак-қон томир етишмовчилигини ва гиповолемияни бартараф этиш: юрак гликозидлари, полиглюкин, поляризацияловчи аралашма қўлланилади. Томирлар ва капиллярлар спазмида папаверин ва никотин кислота ишлатилади.
- *Дезинтоксикация*: глюкоза-тузлиэритмаларни томчилаб юбориш.
- *Гипертермия билан курашиш*. Тана ҳарорати 38,5⁰С дан баланд бўлган да ўтказилади. Буюрилади:
 - а) марказий таъсирга эга бўлган антипиретиклар (амидопирин, анальгин, ацетилсалицил кислотаси);
 - б) тери томирларининг спазмини йўқотувчи ва терморегуляциянинг периферик механизмларига таъсир килувчи препаратлар (пипольфен, аминозин);
 - в) литик аралашмалар;
 - г) физик совутиш усуллари (ошқозонни совуқ сув билан ювиш, сифон клизмалар, муз солинган пуфакларни бошга, жигар ва йирик томирлар соҳасига қўйиш);
- *Симптоматик терапия*. Енгил даражали гипоксия энцефалопатияда қўлланилади: антигистамин, седатив ва томир препаратлари, миёда микроциркуляцияни ва алмашинув жараёнларини яхшилаш учун ГОМК, глутамин кислотаси, ўрта оғирликда дегидратация ва миёа шишини первертив даволаш.
- Томир тортишиш синдромида вена ичига седуксен, маннитол, преднизолон юборилади, диурезнинг назорати остида соатма-соат регидратация ўтказилади.
- Астматик синдромда бронхолитиклар ва аэрозоллар қуринишида балғамни суюлтирувчи воситалар, шамчалар, микстуралар қўлланилади; оғир ҳолларда вена ичига ва мушак орасига юборилади.
 - Буйрак усти безини пў стлок қисмининг шикастланиши ва функционал етишмовчилиги билан боғлиқ бўлган оғир токсик синдромларида гормонал терапия буюрилади.

Назорат саволлари:

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

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.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

Мавзу: Педиатрик касалликларни замонавий даволаш стандартлари (4 соат)

Режа:

4. Темиртанқислик камқонлигини замонавий даволаш усуллари;
5. Витамин В 12 камқонлигини замонавий даволаш усуллари;
6. Оксилтанқислик камқонлигини замонавий даволаш усуллари;

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

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

Темир етишмовчилик камқонлиги сабаблари:

1. Туғилганда темир миқдорининг камлиги. Хавф гуруҳи: чала туғилганлар; ҳомиладорлик вақтида камқонликка учраган оналар, шунингдек “ташландик болалар”; ҳомилаири ривожланишидан орқада қолган болалар; перинатал даврда кўп қон йўқотган болалар.
2. Алиментар омиллар - темир етишмовчилиги камқонлигининг етакчи сабаби. Хавф гуруҳи: мослаштирилмаган аралашмалар билан сунъий овқатлантириладиган болалар; кўшимча овқатни кеч бериш; ҳар қайси ёшда фақат ўсимлик, сабзавотлар билан овқатлантириш; рационда сутни кўп ишлатиш (суткада 0,5 л дан юқори).
3. Темирни кўп миқдорда йўқотиш ёки унга бўлган юқори талаб. Хавф гуруҳи: ўткир ва сурункали юқумли касалликлар, асосан ошқозон-ичак тракти; ошқозон-ичак трактининг сурункали ноинфекцион, яллиғланиш касалликлари (мальабсорбция синдромида темирни кўп йўқотиш ёки етарли

даражада организмга тушмаслиги); якқол (мелена, бурундан қон кетиш, гематурия ва бошқалар) ва яширин қон кетиши; ювенил гормонал ўзгаришлар; токсик омиллар; эссенциал.

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

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

Клиник кўринишида қуйидаги синдромлар кузатилади:

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

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

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

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

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

Темир етишмаслиги камқонлигининг ташҳисоти гематологик кўрсаткичларнинг силжишини аниқлашга асосланган - гемоглобиннинг пасайиши (5 ёшгача 110г/лдан кам ва катта ёшдагиларда 120 г/лдан кам), ранг кўрсаткичи 0,8дан паст, битта эритроцитда гемоглобиннинг ўртача миқдори 927 пг/эритроцитдан паст, эритроцитлар ўртача ҳажмининг пасайиши, темир алмашинуви кўрсаткичи - қон зардобда ферритиннинг

пасайиши (30 нг/млдан паст), трансферриннинг темир билан тўйинганлиги (25%дан паст), темир (11,6 мкмоль/л дан паст; қон зардобида умумий темир боғловчи функциясининг юқорилиги (50 мкмоль/лдан юқори. Лаборатор белгиларига шунингдек, микроцитоз, анизо ва пойкилоцитоз киради. Ранг кўрсаткичининг пасайиши темир етишмовчилигининг эрта босқичларида ривожланмайди, шунинг учун нормохром ранг кўрсаткичи темир етишмовчилик камқонлигини инкор қилмайди. Эритроцитлар сонининг пасайиши фақатгина оғир камқонликларга характерлидир. Суяк кўмигида эритропоэзнинг ёшариш белгилари характерлидир, бу конда ретикулоцитоз билан тасдиқланади.

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

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

Педиатрияда темир дориларини тавсия қилишнинг умумий усуллари қуйидагилар:

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

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

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

ФОЛАТ ТАНҚИСЛИК КАМҚОНЛИГИ

Фолат танқислик камқонлиги (ФТК) мегабласт камқонликгуруҳига киради. Мегабласт камқонлик (МК) - самарасиз эритропоз натижасидаги камқонлик бўлиб, эритроцитларнинг шаклланиши ва морфологиясининг ўзгариши билан характерланади.

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

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

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

Оғирлик даражасига қараб классификация қилинади.

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

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

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

Давоси. Фолат кислота ичишга сутка давомида 2-5 мгдан тавсия қилинади, 3 кундан кейин самара билинади, даво муддати 3 кундан кам бўлмаслиги керак. Беморларда даво самараси бўлмаса, вит 12 танқисликлик камқонлиги ҳақида ўйлаш керак. Сўрилиш нуқсонида фолат кислота парентерал тавсия қилинади. Чала туғилганларга 2 ойлигидан бошлаб; талвасага қарши ва силга қарши сульфаниламидлар билан даво олганларга, целиакия билан касалланганларга ва мальабсорбциянинг бошқа шаклларида хар куни фолат кислотаси 0,2-0,5 мг дозада тавсия қилинади.

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

Қўшимча:

1. Анемии у детей, В.И.Калиничева, 2000,
2. Справочник врача общей практики. Под редакцией акад. РАМН. Н.Р.Палеева. ЭКСМО 2002 г
3. Справочник врача общей практики. ЭКСМО, Под редакцией акад.РАМН Н.Р. Палеева. 2002
4. Справочник педиатра. Санкт-Петербург, Москва, 2004
5. «Справочник семейного врача» (Педиатрия), - Минск, 2000,- с.390-398, 417-420.
6. The five Minute child Health Advisor/ - M. William Schwartz, MD., - 1998, USA
7. A therapist's guide to pediatric assessment, - Linda King-Thomas, Bonnie J. Hacker, 1987, USA
8. Pediatrics, - Margaret C. Heagarty., William J. Moss, -1997, USA
9. www.tma.uz
10. www.medlines.ru
11. www.medbook.ru
12. www.medafarm.ru

ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. **Касалхонадан ташқари пневмонияни чақиради:**
 - A. Пневмококк
 - B. Клебсиелла
 - C. Стрептококк
 - D. Герпес
2. **Крупоз пневмонияда шикастланиш кўпроқ қаерда жойлашади:**
 - A. Ўнг ўпканинг юкори ёки пастки бўлагида
 - B. Ўпканинг илдиз соҳасида
 - C. чап ўпканинг юкори бўлагида
 - D. чап ўпканинг пастки бўлагида
3. **Микоплазмали пневмонияда қўлланиладиган даво:**
 - A. Сумамед
 - B. Пенициллин
 - C. Карбенициллин
 - D. Ампиокс
4. **Атопик бронхиал астманинг типик белгиси:**
 - A. Экспиратор хансираш
 - B. Битонал йутал
 - C. Тана хароратини кўтарилиши
 - D. Инспиратор хансираш
5. **Бронхиал астманинг хуружида қуйидагилар қўлланилади:**
 - A. Сальбутамол
 - B. Астафен
 - C. Задитен
 - D. Кетотифен
6. **Функционал шовқинларнинг характерли белгиси:**
 - A. Юракдан ташкарига узатилмайди
 - B. Жисмоний юкламадан сунг кучайиши
 - C. дагал
 - D. Юракдан ташкарига узатилади
7. **Кўкрак сутининг қиймати нима билан белгиланади:**
 - A. Кўкрак сутида бола учун керакли барча элементлар бор
 - B. ширин
 - C. Таркиби узгармайди
 - D. суюк холатда
8. **Кўкрак сути билан овқатлантириш қоидалари:**
 - A. Бола талабига биноан
 - B. биринчи овқатлантириш тугрукдан 3-кундан сўнг
 - C. соатлик интервал билан
 - D. кечқурун овқатлантирмаслик
9. **Кўкрак сути билан овқатлантиришга қарши кўрсатмалар:**
 - A. Онада ўпка туберкулёзининг актив формаси
 - B. Оператив йўл билан туғиш

- C.эгизаклар
- D.бола хохламаганда

10. Соғлом туғилган чақалок қанча вақтдан кейин кўкракга берилади:

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

11. Табиий овқатлантиришда бўлган болага қайси ёшдан бошлаб кўшимча овқат берилади:

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

12. Биринчи кўшимча овқат нима бўлиши мумкин:

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

13. Целиакияда боланинг овқат рационига киритилади:

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

14. Крупоз пневмония қайси ёшда кўп кузатилади:

- A..Мактаб ёшида
- B.1-3 ёшда
- C.чақалоқларда
- D.1 – 6 ойликда

15.Кўйидаги белгилар қайси пневмония учун характерли: ўткир бошланади, ёноқларнинг қизариши, зангсимон балғамли йўтал, тана харорати 39-40⁰C:

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

16. Болаларда кўйидаги антибиотиклар қўлланилмайди:

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

17.Бола иситмалаётганда кўйидаги белгилар кузатилса тезда шифохонага ётқизиш керак:

- A.Тери қопламлари окимтир мармарсимон рангда
- B.йуталдан сунг қайт қилиш
- C.Томогида қизариш

D.Тана харорати 38 с

18.Спазмафилиянинг ривожланишига олиб келувчи омиллар:

A.Баҳор ойларида инсоляциянинг ошиши

B.Витамин Д билан интенсив даволаниш

C.витамин А га бўлган талабнинг етишмаслиги

D.витамин В га бўлган талабнинг етишмаслиги

19. Юрак туғма нуқсони бор болаларда ёки юрак туғма нуқсонини радикал коррекция ўтказилгандан кейин инфекцион эндокардитга гумон қилинганда кузатилиши мумкин:

A.Юракда янги аускультатив феноменларни пайдо бўлиши

B.диарея

C.энурез

D.энкопрез

20. Болаларнинг кўриш аъзоларининг физиологик хусусиятларига киради:

A.ёругликдан кўрқиш

B.диплопия

C.птоз

D.анизокория

21. Эрта ёшдаги болаларда тери ости ёғқатлами ташкил этади:

A.тана массасини 12%

B.тана массасини 18%

C.тана массасини 14%

D.тана массасини 10%

22. Янги туғилган чақалоқларда физиологик сариғлик давом этади:

A.3-10 кун*

B.1-5 кун

C.1-3 кун

D.10-15 кун

23. Болаларнинг қайси ёшида лимфа тугунларнинг тузилиши ва функцияси катталарниқига ўхшайди:

A.12-13 ёшда

B.5 ёшда

C.3 ёшда

D.4 ёшда

24.Лимфатик - гипопластик диатез симптомларига киради:

A.лимфа тугунларнинг диффуз катталашиши, ҳаракатчанлиги ва оғриқсизлиги

B.лимфа тугунларнинг маҳаллий катталашиши ва ҳаракатсизлиги

C.лимфа тугунларнинг маҳаллий катталашиши, атрофдаги туқималар билан жипслангани

D.лимфа тугунларнинг диффуз катталашиши ва ҳаракатсизлиги

25.Болалар суягининг химик таркибида устун туради:

A.сув ва органик моддалар

B.анорганик моддалар

C.сув ва анорганик моддалар

D. сув ва минерал моддалар

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 кесишмаси кузатилади:**

A. 5-6 ёшида

B. 5 кунлигида

C. 1 ёшида

D. 10 ёшида

28. **Ҳомила 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. **Дефицит камқонлик сабаби:**

A. Организмга озик овқатларнинг етарли миқдорда тушмаслиги билан*

B. АТФ алмашинувининг бузилиши билан

C. Модда алмашинувининг тезлашиши билан

D. темир моддасини етарли даражада парчаланмаслиги билан

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

1. "Пневмонияга" га тушунча беринг.

2. Пневмония ривожланишига қандай этиологик омиллар олиб келиши мумкин?

3. Пневмония патогенези звеносини айтинг.

4. Нозокомиал пневмония нима?

5. Пневмония кечишининг қандай вариантлари бор ва улар нима билан характерланади?

6. Пневмониянинг антенатал профилактикаси қандай ўтказилади?

7. Пневмония бўйича хавф гуруҳдаги болаларни айтинг?

8. Атипик пневмония характерли белгиларини айтинг.

9. Госпитал пневмония характерли белгилари нимадан иборат?

10. Пневмония ташхис усулларини санаб Беринг.

11. Пневмониянинг даволаш тамойиллари нималардан иборат?

- 12.Эмпирик даво кандай ўтказилади?
- 13.Босқичли антибактериал ждавонинг қандай афзаллик томонлари бор?
- 14.Атипик ва типик пневмония қандай асоратларг олиб келади?
- 15.Пневмонияни даволаш тамойилларини айтинг.

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, қуюқ 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.

Гипоалактия – лактация вақтида сут безлари ажратиш функциясининг камайишига айтилади.

Кўшимча овқат бериш – эмизикли болаларга овқат маҳсулотлари ва суюқликларни кўкрак сутига кўшимча равишда беришга айтилади.

Оралик давридаги овқат – бу махсус кўшимча 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.

Пневмония (юнон тилидан pneumon – «ўпка»); син: ўпка яллиғланиши)-ўпканинг респиратор бўлимларидаги яллиғланиш жараёни бўлиб, алоҳида касаллик ёки бирор бир касалликнинг асорати сифатида кузатилади.

Касалхона ичи пневмонияси-шифохонада бўлганда 48 соатда ёки шифохонадан чиққандан кейин 48 соат ичида ривожланади.

«Астма» сузи юнончадан олинган вз у тез тезлашган ва юзаки нафасни англатади.

Огирлик даражасига кура **астматик холатни 3 боскичи** ажратилади.

1. БОСКИЧ - нисбий компенсациялашган боскич.

2. БОСКИЧ - декомпенсация ёки «соков» упка боскичи.

3. БОСКИЧ - гипоксик ёки гиперкапник кома боскичи.