

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА-МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ



ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ХУЗУРИДАГИ ПЕДАГОГ КАДРЛАРНИ ҚАЙТА
ТАЁРЛАШ ВА УЛАРНИ МАЛАКАСИНИ
ОШИРИШ ТАРМОҚ МАРКАЗИ



“ПЕДИАТРИЯ ИШИ”



ТОШКЕНТ 2021

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

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

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

“Педиатрия иши” йўналиши

**“БОЛАЛАР КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШГА
ЯНГИЧА ЁНДАШУВЛАР”**

МОДУЛИ БЎЙИЧА

Ў Қ У В – У С Л У Б И Й М А Ж М У А

Мазкур ўқув-услугий мажмуа Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2020 йил 7 декабрдаги 648-сонли буйруғи билан тасдиқланган ўқув режа ва дастур асосида тайёрланди.

Тузувчи: ТТА 2-сон болалар касалликлари кафедраси
доценти, тиббиёт фанлари номзоди Исканова Г.Х

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

*Ўқув -услугий мажмуа Тошкент тиббиёт академияси Кенгашининг 2020 йил
25-декабрдаги 7-сонли қарори билан нашрга тавсия қилинган.*

МУНДАРИЖА

I. ИШЧИ ДАСТУР	5
II. МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН ИНТЕРФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ	13
III. НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР	17
IV. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАРИ	58
V. КЕЙСЛАР БАНКИ	160
VI. ГЛОССАРИЙ	164
VII. АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ	169

I. ИШЧИ ДАСТУР

Кириш

Дастур Ўзбекистон Республикасининг 2020 йил 23 сентябрда тасдиқланган “Таълим тўғрисида”ги Қонуни, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги “Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида”ги ПФ-4947-сон, 2019 йил 27 августдаги “Олий таълим муассасалари раҳбар ва педагог кадрларининг узлуксиз малакасини ошириш тизимини жорий этиш тўғрисида”ги ПФ-5789-сон, 2019 йил 8 октябрдаги “Ўзбекистон Республикаси олий таълим тизимини 2030 йилгача ривожлантириш концепциясини тасдиқлаш тўғрисида”ги ПФ-5847-сонли Фармонлари ҳамда Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2019 йил 23 сентябрдаги “Олий таълим муассасалари раҳбар ва педагог кадрларининг малакасини ошириш тизимини янада такомиллаштириш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги 797-сонли Қарорларида белгиланган устувор вазифалар мазмунидан келиб чиққан ҳолда тузилган бўлиб, у олий таълим муассасалари педагог кадрларининг касб маҳорати ҳамда инновацион компетентлигини ривожлантириш, соҳага оид илғор хорижий тажрибалар, янги билим ва малакаларни ўзлаштириш, шунингдек амалиётга жорий этиш кўникмаларини такомиллаштиришни мақсад қилади. Дастур доирасида берилаётган мавзулар таълим соҳаси бўйича педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш мазмуни, сифати ва уларнинг тайёргарлигига қўйиладиган умумий малака талаблари ва ўқув режалари асосида шакллантирилган бўлиб, унинг мазмуни кредит модуль тизими ва ўқув жараёнини ташкил этиш, илмий ва инновацион фаолиятни ривожлантириш, педагогнинг касбий профессионаллигини ошириш, таълим жараёнига рақамли технологияларни жорий этиш, махсус мақсадларга йўналтирилган инглиз тили, мутахассислик фанлар негизида илмий ва амалий тадқиқотлар, ўқув жараёнини ташкил этишнинг замонавий услублари бўйича сўнгги ютуқлар, педагогнинг креатив компетентлигини ривожлантириш, таълим жараёнларини рақамли технологиялар асосида индивидуаллаштириш, масофавий таълим хизматларини ривожлантириш, вебинар, онлайн, «blended learning», «flipped classroom» технологияларини амалиётга кенг қўллаш бўйича тегишли билим, кўникма, малака ва компетенцияларни ривожлантиришга йўналтирилган. Репродуктив ёшдаги аёллар, хомилдор аёллар ва болаларга кўрсатиладиган тиббий ёрдамнинг сифатини ошириш ва қамровини янади кенгайтириш тўғрисидаги Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 12 ноябрдаги № ПП-4513-сонли қарорига кўра оналар ва болаларга кўрсатиладиган тиббий ёрдамнинг сифатини янада оширишда етук мутахассислар тайёрлаш ва уларнинг малакасини узлуксиз ошириб бориш муҳим аҳамият касб этади.

Мустақилликнинг илк кунларидан бошлаб Республикамиз ҳалқ хўжалигининг барча соҳаларида чуқур ислохотлар бошланди. Аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш Президентимиз ва ҳукуратимизнинг доимий диққат марказида бўлиб, давлатимизнинг энг устивор ижтимоий масалаларидан бирига айланди.

Репродуктив ёшдаги аёллар, хомиладор аёллар ва болаларга кўрсатиладиган тиббий ёрдамнинг сифатини ошириш ва қамровини янади кенгайтириш тўғрисидаги Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 12 ноябрдаги № ПП-4513-сонли қарорига кўра оналар ва болаларга кўрсатиладиган тиббий ёрдамнинг сифатини янада оширишда етук мутахассислар тайерлаш ва уларнинг малакасини узлуксиз ошириб бориш муҳим аҳамият касб этади.

Модулнинг мақсади ва вазифалари

“Болалар касалликларини ташхислаш ва даволашга янгича ёндашувлар” модулининг мақсади: педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва малака ошириш курс тингловчиларини педиатрия фанларининг замонавий муаммолари ҳақидаги билимларини такомиллаштириш, таҳлил этиш ва баҳолаш кўникма ва малакаларини таркиб топтириш.

“Болалар касалликларини ташхислаш ва даволашга янгича ёндашувлар” модулининг **вазифалари:**

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

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

“Болалар касалликларини ташхислаш ва даволашга янги ёндашувлар” модулини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида:

Тингловчи:

-Республикамизда болалар ҳуқуқини ҳимоя қилувчи қонун ҳужжатларни, педиатрия соҳасида республикамизда ва хорижда олиб борилаётган илмий-тадқиқотларни ва уларнинг натижаларини, турли ёшдаги болалар касалликларининг ҳозирги замондаги кечиши, дунё бўйлаб тарқалиши, педиатрияда қўлланиладиган замонавий диагностик ва даволаш усулларини, болаларга тиббий хизмат кўрсатиш умумий амалиёт шифокори категорияларини, -касалликларнинг янги таснифларини, янги вакциналар ва уларнинг бола организмига таъсир этиш механизминини **билиши** керак.

- Болалар касалликларга ташхис қўйишнинг замонавий усулларидан фойдаланиш, МКБ-10 бўйича ташхис қўйиш, оларда учрайдиган шошилиш ҳолатларда тезлик билан саралаш ва тез ёрдам кўрсатиш, педиатрия соҳасидаги даволаш стандартларидан самарали фойдаланиш, КТ, МРТ, ПЭТ, фиброскан ва бошқа текширувлар натижаларини интерпретация қилиш, болаларни даволашда Республикамизда қўллашга рухсат этилган дориларни тавсия этиш, янги фармпрепаратлар, уларнинг самараси ва ножўя таъсирлари ҳақида информацияга эга бўлиш, болалар касалликларини даволашда интегрирлашган усулдан фойдаланиш **кўникмаларига** эга бўлиши лозим.

-ЎзРССВ №225 буйруғига биноан болалар ҳолатини шошилиш баҳолаш ва даволаш, юқумли касалликлар, хусусан ОИТС касаллигининг болалар орасида ятроген сабабларга кўра тарқалишини олдини олиш; оғир ва асоратли касалликларни даволашда паллиатив тиббиёт қоидадарига амал қилиш, соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш ва болалар эрта ўлимини олдини олишга қаратилган барча чора-тадбирларни бажариш малакаларига эга

бўлиши зарур, педиатрия соҳасида учрайдиган касалликлар диагностикасида илғор хорижий тажрибаларни амалиётга татбиқ этиш, неонатология соҳасидаги касалликларни даволашдаги инновациялардан фойдаланиш, болалар билан ишлашда уларнинг ёш хусусиятларини инобатга олиш, болалар хирургияси соҳасидаги касалликларни даволашнинг замонавий усулларидан фойдаланиш, замонавий диагностик ва даволаш стандартларини амалиётга татбиқ этиш **малакаларига** эга бўлиши зарур.

- тиббиёт илмига оид журналларни доимо мутолаа қилиш, Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги буйруқларига амал қилиш, турли ёшдаги болаларнинг ўсиши ва ривожланишини мониторинг қила олиш, педиатрия соҳасида касалликларнинг олдини олишнинг замонавий усулларини амалиётга татбиқ этиш **компетенцияларини эгаллаши лозим.**

Модулни ташкил этиш ва ўтказиш бўйича тавсиялар

“Болалар касалликларини ташхислаш ва даволашга янгича ёндашувлар” курси маъруза ва амалий машғулотлар шаклида олиб борилади.

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

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

Модулнинг ўқув режадаги бошқа модуллар билан боғлиқлиги ва узвийлиги

Модул мазмуни ўқув режадаги “Замонавий педиатриянинг долзарб мавзулари ва муаммолари” ва “Педиатрияда профилактика, реабилитация ва

оғир беморларни парваришlash” ўқув модули билан узвий боғланган ҳолда педагогларнинг касбий педагогик тайёргарлик даражасини орттиришга хизмат қилади.

Модулнинг олий таълимдаги ўрни

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

Модул бўйича соатлар тақсимоти

№	Модул мавзулари	Тингловчининг ўқув юкلامаси, соат				
		Хаммаси	Аудитория ўқув юкلامаси			
			Жами	Жумладан		
				Назай	Амалий машғулот	Кўчма машғулот
1.	Болалар соғлигини яхшилаш ва болалар ўлимини камайтириш муаммолари. Болаларда танқис ҳолатлар. Диагностикаси ва даволаш	4	4	2	2	
2	Чақалоқларда асаб тизимининг перинатал зарарланиш синдроми	4	4	2	2	
3	Болаларда ОИВ/ОИТС касаллиги. Диагностикаси ва даволаш	4	4	2	2	
4	Ижтимоий касалликларнинг педиатриядаги ўрни. Ўсмирлар касалликлари. Метаболик синдром. Семизликни олдини олиш. Қандли диабет.	2	2		2	
5	Болаларда меъда ичак йўлининг туғма тараққиёт норасоликлари ва аномалиялари. Болаларда буйраклар ва пешоб йўллари туғма тараққиёт нуқсонлари ва аномалиялари	2	2		2	
6	Болаларда тизимли касалликларнинг кечиш хусусиятлари	4	4			4
	Жами	20	20	6	10	4

НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР

1-мавзу: Болалар соғлигини яхшилаш ва болалар ўлимини камайтириш муаммолари. 2 соат.

1. Болалар соғлигини яхшилашга ва болалар ўлимини камайтиришга бағишланган давлат дастурлари, статистик маълумотлар.
2. Ўзбекистонда оналар ва болалар ўлимига сабабчи омиллар
3. Неонатал ёрдамнинг замонавий тамойиллари
4. Болаларда темир, фолат кислота танқислиги камқонликларининг сабаблари, диагностикаси, даволашга янгича ёндашувлар.

2-мавзу: Чақалоқларда асаб тизимининг перинатал зарарланиши синдроми. 2 соат.

1. Асаб тизимининг перинатал зарарланиши сабаблари, диагностикаси,
2. Асаб тизимининг перинатал зарарланишини даволаш ва профилактикаси.

3-мавзу: Болаларда ОИВ/ОИТС касаллиги. Диагностикаси ва даволаш. 2 соат.

1. ОИТС касаллигининг ҳозирги кундаги кечиши, клиникаси, генотиби, диагностикаси ва даволаш.
2. Янги гуруҳ антивирус препаратларининг қўлланилиши.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

1-амалий машғулот: Болаларда танқис ҳолатлар. Болаларда темир, фолат кислота танқислиги камқонликларининг сабаблари, диагностикаси, даволашга янгича ёндашувлар. 2 соат.

2-амалий машғулот: Чақалоқларда асаб тизимининг перинатал зарарланиши синдроми сабаблари, диагностикаси, даволаш ва профилактикаси. 2 соат.

3-амалий машғулот: Болаларда ОИВ/ОИТС касаллигининг кечиши, юқиш йўллари, клиник шакллари, даволаш усуллари ва стандартлари. 2 соат.

4-амалий машғулот. Ижтимоий касалликларнинг педиатриядаги ўрни. Ўсмирлар касалликлари. Метаболик синдром. Семизликни олдини олиш. Қандли диабет. 2 соат.

5-амалий машғулот: Болаларда туғма тараққиёт норасоликлари ва аномалиялари. Болаларда буйраклар, пешоб йўллари ва меъда ичак йўлининг туғма тараққиёт нуқсонлари ва аномалиялари. 2 соат.

КЎЧМА МАШҒУЛОТ

Болаларда тизимли касалликлар, уларнинг кечиши, сабаблари, эрта ташхислаш ва даволаш усуллари. 4 соат.

1. Тизимли қизил югурик. Тизимли склеродермия.

2. Вегенер касаллиги. Клиникаси, диагностикаси ва даволаш

3. Такаясу касаллиги. Клиникаси, диагностикаси ва даволаш.

Янги гуруҳ препаратларининг қўлланилиши. Клиникаси, диагностикаси ва даволаш

Пульстерапияга кўрсатма.

ЎҚИТИШ ШАКЛЛАРИ

Мазкур модул бўйича қуйидаги ўқитиш шаклларидан фойдаланилади:

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

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

- маъруза машғулотларида оммавий, жуфтлик, индивидуал;

II. МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН ИНТЕРФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ

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

Технологияни амалга ошириш тартиби:

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

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



«SCAMPER» усули

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

Намуна:

Фикр: “Сурункали гепатитларни даволашда гепатопротекторларни самарадорлигини исботланг”.

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

“KWLH креатив” усули

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

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

Методни амалга ошириш тартиби:

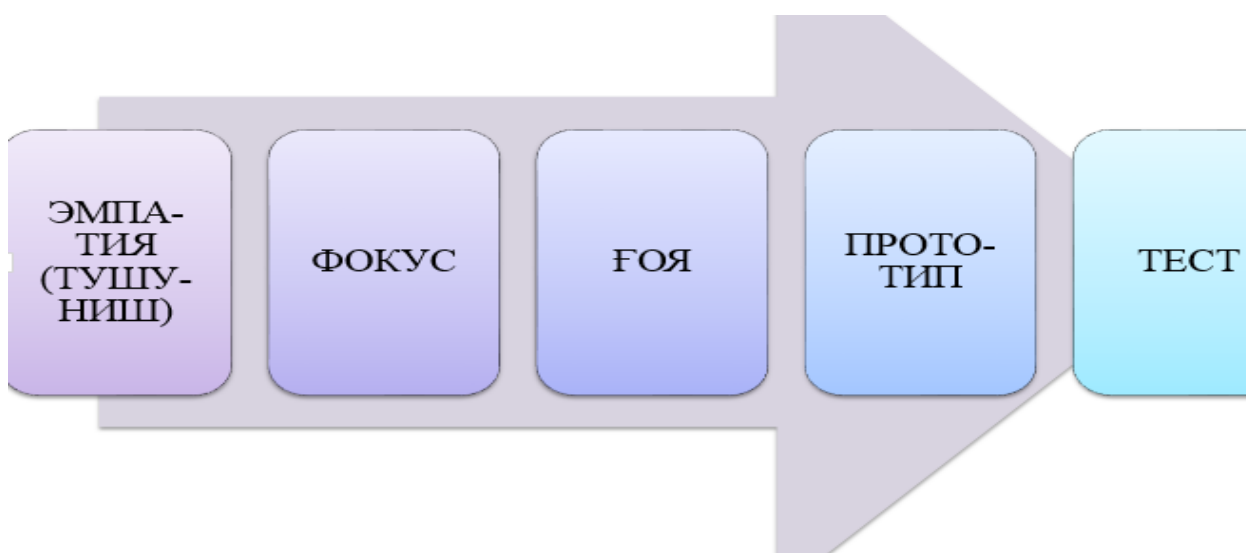
- иштирокчилар машғулотнинг бошида ва машғулотнинг охирида олган билимларини намойиш этадилар.

“Дизайн фикрлаш” методи.

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

Эмпатия- 1 кадамда тингловчи мавжуд муаммога максимал “кўмилиши” керак
Фокуслаш- 2 кадамда барча йиғилган билимлар масалани ечиш учун конкретлаштирилади. Аналитик фикрлаш ва асосийсини топишга ўргатади.

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



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



Мисол: Смартфон моделини танлаш



Мисол: Автобус бекати моделини танлаш



Мисол: “Ролли ўйин” орқали кўрсатиб бериш.

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

III. НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР

1-мавзу: Болалар соғлигини яхшилаш ва болалар ўлимини камайтириш муаммолари

Режа

1. Болалар соғлигини яхшилашга ва болалар ўлимини камайтиришга бағишланган давлат дастурлари, статистик маълумотлар.
2. Ўзбекистонда оналар ва болалар ўлимига сабабчи омиллар
3. Неонатал ёрдамнинг замонавий тамойиллари

Таянч иборалар: Оналар ва болалар ўлими, хомиладорлар патологияси, неонатал давр, перинатал скрининг.

1.1. Болалар соғлигини яхшилашга ва болалар ўлимини камайтиришга бағишланган давлат дастурлари, статистик маълумотлар.

Оналар ва болалар орасидаги ўлим ҳолларини камайтириш дунё бўйича энг глобал масалалардан биридир. Ўзбекистонда ўтган йиллар давомида бу борада муайян ишлар қилинди. Аммо муаммо комплекс ҳал этилмас экан, статистик рақамлардаги кичик ўзгаришлар билан мақтаниб бўлмайди. Президентимиз Шавкат Мирзиёев ташаббуси билан сўнгги вақтда инсон саломатлигини муҳофаза қилиш борасида тизимли ишлар бошланди. Аввало жойларда бу борада кўплаб муаммолар ҳамон сақланиб қолаётгани рўй-рост айтилди ва аҳолимизнинг барча қатлами учун қулай бўлган, сифатли ва замонавий тиббий ёрдам кўрсатиш, касалликларни барвақт аниқлаш вазифалари қўйилди. Шубҳасиз, бу ислохотлар марказида оналар ва болалар орасидаги ўлим ҳолларини камайтириш масаласи туради.

Мамлакатимизда аёллар соғлигини мустаҳкамлаш, репродуктив саломатлигини мониторинг қилиш, oilаларнинг тиббий маданиятини ошириш, тиббиёт муассасалари моддий-техник базаси, кадрлар салоҳияти, замонавий диагностика усулларини жорий этиш бўйича босқичма-босқич чора-тадбирлар амалга оширилмоқда.

Соҳага оид Давлат дастурлари узвийлик билан ҳаётга татбиқ этилгани натижасида оналик ва болаликни муҳофаза қилиш борасида қатор ютуқларга эришилди. Жумладан, энг илғор тажрибаларга асосланган она ва бола скрининг хизмати, перинатал муассасалар тармоғи яратилди. Ҳомиладор аёллар ва чақалоқларни перинатал ҳамда неонатал скринингдан ўтказиш орқали уларда туғма ва ирсий касалликларни эрта аниқлаш йўлга қўйилди.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра (2015 йил Европа регионида саломатликнинг асосий кўрсаткичлари), оналар ўлими кўрсаткичи Ўзбекистонда Ўрта Осиё бўйича энг паст ҳисобланади. Мамлакатимизнинг ушбу кўрсаткичга эга бўлиши нафақат марказий шаҳарларда, балки барча туманларда, ҳаттоки, марказдан энг узоқ жойларида ҳам бирламчи акушерлик ёрдами ташкил этилгани билан эришилди.

Юртимизда болалар ўлими билан боғлиқ сўнгги вазият давлат статистика кўрсаткичларига кўра, 2017 йилга қараганда 2018 йилда яхши томонга ўзгарган. Жумладан, 2018 йилда гўдаклар ўлими кўрсаткичи 9,9 промиллини ташкил этди (2017 йилда бу кўрсаткич 11,5 промиллига тенг бўлган). Гўдаклар ўлимининг структурасида 63,6 фоизни неонатал ўлим ташкил этади. Соғлиқни сақлаш тизимидаги, шу жумладан, оналар ва болалар саломатлигини муҳофаза қилишдаги ҳолатни яхшилаш мақсадида Ўзбекистон Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида” ги фармони билан 2019-2025 йилларда Ўзбекистон Республикасининг соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш Концепцияси тасдиқланган. Концепцияда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш, болалар ва оналар саломатлигини муҳофаза қилишдаги муаммоларни ечиш учун мақсад ва вазифалар белгиланган.

2019-2021 йилларда Концепцияни амалга ошириш жараёнида “Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини сақлаш тўғрисида” ги қонун, Президентнинг 2019 йил 7 сентябрда “Кам учрайдиган (орфан) ва бошқа ирсий-генетик касалликларга чалинган болаларга тиббий ва ижтимоий ёрдам

кўрсатишни янада яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида” ги қарори қабул қилинди.

Республика болалар ихтисослаштирилган ва регионал кўп тармоқли тиббиёт марказлари давлат бюджети маблағлари ва халқаро молия институтлари ҳисобидан ташхислаш ва даволаш асбоб-ускуналари билан жиҳозланиши болаларга халқаро стандартларга мувофиқ юқори технологик тиббий ёрдам кўрсатишда муҳим ўрин тутди.

Болалар ўлимини камайтиришда эмлаш ҳам катта аҳамиятга эга бўлиб, бугунги кунда эмлаш календари 13 та антигенга қарши 12 вакцинани ўз ичига олган.

Ўзбекистонда овқатлантириш соҳасидаги муаммоларни ечиш интеграл ёндашув асосида олиб борилади. Оналар ва болалар орасида овқатланишни яхшилаш ҳамда микронутриентлар етишмовчилигининг олдини олиш мақсадида қисқа муддатли (6 ойгача бўлган болаларни истисносиз кўкрак сути билан эмизиш), ўрта муддатли (ун фортификацияси, тузни йодлаш) ва узок муддатли (шифокор ва ташкилотчилар учун “илк 1000 кун” дастури бўйича семинарлар, соғлом овқатланишга қаратилган аҳолининг овқатланиш одатларини ўзгартириш) тадбирлар ўтказилмоқда.

Барча вилоят перинатал марказларида аёлларга ихтисослаштирилган, юқори технологияли жаҳон стандартлари талабларига жавоб берадиган каминвазив (лапароскопик) гинекология бўлимлари ташкил этилди. Бирламчи тизим муассасаларида “Аёллар маслаҳатхона” лари, кўп тармоқли марказий поликлиникаларда “Қизлар саломатлиги хонаси” ҳамда “Перинатал скрининг хонаси” ташкил этилди.

2017-2020 йиллар давомида 439 та объектда, жумладан перинатал марказлар, туғуруқ комплекслари ва бирламчи тизим муассасаларида қурилиш-таъмирлаш ишларини амалга ошириш режалаштирилган бўлиб, улардан 384 та (87,5 фоиз) объектда қурилиш-таъмирлаш ишлари олиб борилди.

2013-2019 йиллар давомида 159 дан ортиқ турдаги тиббий асбоб-ускуналар туғуруқ ва болалар тиббиёт муассасаларига етказилган. Ўз ўрнида жами 221 та тиббиёт муассасаси, жумладан туман, шаҳар марказий шифохоналари ва

марказий кўп тармоқли поликлиникалар, оилавий поликлиникалар моддий-техник базаси мустаҳкамланди.

Турли йўналиш бўйича 212 та мутахассис Германиянинг нуфузли клиникаларида, Корея Республикаси Пусан университетида бир йиллик курсларда малака оширди.

Самарқанд ва Андижон вилоятларида болалар кўптармоқли тиббиёт марказларининг ва Республика перинатал марказининг тузилмасига ўзгартиришлар киритилди ва неонатал хирургия бўлимлари ташкил қилинди. Наманган ва Хоразм вилоятлари болалар кўп тармоқли тиббиёт марказлари ва Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиникасида кардиожарроҳлик бўлимлари, Тиббиёт академияси кўп тармоқли тиббиёт марказида эса инвазив жарроҳлик бўлими ташкил этилди.

Барча вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказлари хузурида Тошкент шаҳар ўсмирлар диспансери ҳамда Республика перинатал маркази қизлар гинекологияси бўлимлари ташкил этилган.

1.2. Ўзбекистонда оналар ва болалар ўлимига сабабчи омиллар

Дунёда ҳар куни 830 нафарга яқин аёл ҳомиладорлик ва туғиш билан боғлиқ бўлган ҳолатлар туфайли вафот этади (ЖССТнинг 2014 йилга оид маълумоти). Катта ёшли аёлларга қараганда, ўспирин қизларда ҳомиладорлик натижасида асоратлар ва ўлим хавфи юқори. 1990-2015 йиллар учун дунёда оналар ўлими деярли 44 фоизга камайган.

Аёллар ҳомиладорлик ва туғуруқ пайтида ҳамда ундан кейинги асоратлар туфайли вафот этишади. Бундай асоратларнинг аксарияти ҳомиладорлик пайтида ривожланади ва унинг олдини олиш мумкин. Ҳомиладорлик назоратга олинмаса бундай пайтда кўп аёллар аҳволи ёмонлашади. Мисол учун, 75 фоиз ҳолатда оналар ўлимига олиб келадиган асоратлар сирасига қон кетиш (асосан туғуруқдан кейинги қон кетиш), турли инфекциялар, ҳомиладорлик пайтида юқори қон босими, туғуруқдан кейинги нохушликлар, хавфли аборт кабилар киради.

Ҳомиладор аёлларни самарали қамраб олиш ва тўлиқ туғуруқдан кейинги парвариш муаммосини ҳал қилиш бошланғич соғлиқни сақлаш муассасаларида “Аёллар клиникалари” фаолиятини босқичма-босқич ташкил этиш орқали амалга оширилади.

“Саломатлик мактаблари” да маҳаллалар билан олиб борилаётган идоралараро ишлар ҳомиладор аёлларни патронаж қилиш, туғуруқ ёшдаги аёлларни сурункали экстрагенитал касалликлари билан аниқлаш ва уларни яхшилаш бўйича ўз вақтида чоралар кўриш масаласини ҳал этишга ёрдам беради.

Ўзбекистонда болалар ўлимининг сабабларидан бири – бу соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинида профилактик, патронаж ва ташхис диагностика ишлари самарадорлигининг паст эканлиги. Аҳоли патронажидаги болалар ва фертиль ёшдаги аёлларни қамровчи патронаж 72-77 фоизни ташкил қилади. Умумий амалиёт шифокорларининг билим савияси ва кўникмалари етарлича бўлмаганлиги сабабли болалар ва оналарга керакли ҳажмда тиббий ёрдам кўрсатиш имконияти мавжуд эмас.

Муаммолардан бири, жойларда, айниқса, чекка ҳудудларда кадрлар етиш-мовчилиги ҳамда чақалоқларга оғир ҳолатларда тиббий ёрдам кўрсатиш учун замонавий жиҳозлар таъминоти билан боғлиқ.

1.3. Неонатал ёрдамнинг замонавий тамойиллари

Маълумотларга қараганда, Ўзбекистонда болалар ўлимининг 57 фоизи неонатал давр ҳаётининг илк 27 кунда содир бўлмоқда. Кўриниб турибдики, туғуруқхоналардаги шароит, шифокорлар малакаси ва чақалоқни назорат қилиб туриш ҳам бунга боғлиқ жараён. Чақалоқларга ёрдам кўрсатиш самарадорлигини ошириш учун соғлиқни сақлаш амалиётига Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) томонидан тавсия этилган неонатал ёрдамнинг замонавий тамойиллари татбиқ этилган. Булар – чақалоқлар реанимацияси замонавий тамойиллари, соғлом ва бемор болаларни парвариш қилиш, кўкрак сути билан боқиш, инфекцион назорат, онадан болага ОИТС ўтиши профилактикаси. Чақалоқлар реанимацияси реанимация протоколларига киритилиб, республика тиббий муассасалари амалиётига кенг татбиқ қилинган.

2018 йилдан бошлаб давлат бюджети маблағлари ҳисобидан перинатал марказлар сурфактант билан таъминланмоқда. Бу жуда кам ва экстремал кам вазн билан чала туғилган чақалоқларнинг яшовчанлик коэффиценти ошиши, бронхопульмонал дисплазия билан касалланиш камайишига олиб келади. Шу билан бирга, чақалоқларда геморрагик касалликларнинг олдини олиш мақсадида фитаминадион (витамин К) препарати бола ҳаётининг биринчи дақиқаларида қўлланилмоқда.

Кам вазнли чақалоқларга тиббий ёрдам сифатини оширишда замонавий, халқаро даражада тан олинган парвариш усуллари, стандартлар, даволаш ва ташхислашда клиник протоколларни татбиқ қилиш бўйича ишлар йўлга қўйилган.

Ҳозирда вазирлик томонидан ҳудудий перинатал ҳамда тузилаётган туманлараро перинатал марказларнинг моддий-техника базасини кучайтириш ҳамда уларни оғир ҳолатларда оналар ва болалар транспортировкаси учун жиҳозланган реанимобиллар билан таъминлаш бўйича халқаро молия институтлари билан иш олиб борилмоқда.

ЮНИСЕФнинг Ўзбекистондаги ваколатхонаси раҳбари Саша Грауманн интервьюсида шундай деган эди: “Биз Ўзбекистон ҳукуматининг болалар ҳаётини сақлаб қолиш бўйича хатти-ҳаракатларини юқори баҳолаймиз. Афсуски, янги туғилган чақалоқлар ўлими кўрсаткичлари юқориликча қолмоқда. Буни қабул қилиб бўлмайди, чунки янги туғилган болаларнинг аксариятини кутқариб қолиш мумкин эди...” Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, ҳар йили дунёда бир ойгача бўлган 2,6 миллион бола вафот этади. Яна бир миллион боланинг ўлим ҳолати туғилган кунда содир бўлади. Яна 2,6 миллион бола ўлик туғилади. Болалар ўлимининг 80 фоиздан ортиғи муддатидан олдин туғуруқ, туғуруқ жараёнидаги асоратлар ва инфекциялар, сепсис, менингит ҳамда зотилжам туфайлидир.

Умуман олганда мамлакатимизда болалар ўлими кўрсаткичлари барқарор равишда камаймоқда. Туғуруқ ва болалар муассасалари моддий-техник базасини яхшилаш ва зарур замонавий тиббий асбоб-ускуналар билан

жихозлаш, ЖССТ тавсияларига кўра қабул қилинган даволаш стандартлари ҳамда миллий протоколлар бўйича мутахассисларни ўқитиш ва малакасини ошириш каби ишлар амалга оширилмоқда.

Республикада 2014 йилга қадар ҳомиладорликнинг 28 ҳафта ва ундан ортиқ муддатларида тана вазни 1000 грамм ва ундан ортиқ туғилган чақалоқ тирик туғилган деб ҳисобланган. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг тавсияларига кўра (ҳомиладорликнинг 22 ҳафта ва ундан ортиқ муддатларида тана вазни 500 граммдан бошлаб чақалоқларни қайд этиш), 2014 йил 1 июлдан бошлаб республикада, МДХнинг бошқа давлатларидек, тирик ва ўлик туғилиш мезонлари қабул қилинди. Республикада экстремал ва ўта кам вазли чақалоқларнинг туғилиши, дунёдаги каби ўртача бир фоизини ташкил этади.

Ўзбекистонда Минг йиллик ривожланиш мақсадларининг барчасига эришиш, хусусан, гўдақлар ва оналар ўлимини камайтиришга алоҳида эътибор қаратилган. Агар 1996 йилда ўта кам вазли ва жуда кам вазли янги туғилган чақалоқларнинг яшаб қолиш даражаси 9 фоизни ташкил этган бўлса, 2018-2019 йиллар давомида 500-999 грамм туғилган чақалоқлар орасида яшаб қолиш фоизи аввалги йилларга нисбатан 40-50 фоизгача, 1000-1500 граммгача туғилган чақалоқлар орасида 57 фоиздан 70-80 фоизгача кўтарилишига эришилди. Бу барча ҳолатлардан фарқли, чақалоқларнинг 50 фоизи неонатологларнинг саъй-ҳаракатлари билан яшаб қолиши ва давлат томонидан барча зарур шароитлар яратилгани исботидир.

Бугунги кунда Ўзбекистонда неонатал хизмат янги сифат даражасига кўтарилди ва ушбу йўналиш бўйича ривожланишда давом этмоқда. Мутахассисларнинг билим ва кўникмалари доимий равишда такомиллаштирилмоқда, туғуруқ ва болалар муассасаларининг моддий-техника базаси яхшиланмоқда. Неонатал хизматни яхшилаш борасида мақсадли дастурларни изчил амалга ошириш бўйича доимий ва кенг кўламли ишлар бажарилляпти.

Республикада болалар ўлимини камайтириш мақсадида ЮНИСЕФ ва ЖССТ билан ҳамкорликда жаҳон тажрибасига асосланиб “Болалар касалликларини интеграл усулда олиб бориш”, “Кўкрак сути билан боқишни қўллаб-

қувватлаш”, “Чақалоқларни парвариш қилиш”, “Гўдак ва эрта ёшдаги болаларни овқатлантириш”, “Болаларнинг ўсиш ва ривожланиш мониторинги ҳамда патронаж тизимини такомиллаштириш” каби дастурларни амалга татбиқ этиш давом этмоқда.

Ўзбекистонда аёллар, болалар ва ўсмирларга кўрсатилаётган акушер-гинекологик хизматини ташкиллаштириш ҳамда кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада ошириш мақсадида “Аёллар маслаҳатхоналари”, “Перинатал скрининг хоналари” ташкил этилди ва туғуруқ муассасалари замонавий жаҳон стандартлари талабига мос равишда жиҳозланди. Ҳар ҳафтанинг сешанба куни ҳудудлардаги кўп тармоқли марказий поликлиникаларда участкалар кесимида ҳомиладорликка нисбий ва мутлақ монелиги бор аёллар тафтиши ўтказилиб, уларни контрацептив воситалари билан қамраб олиш умумий амалиёт шифокорларини жалб қилган ҳолда биргаликда амалга оширилмоқда. Шунингдек, ҳар ҳафта малакали акушер-гинеколог ва неонатологлар томонидан мутахассисларга оналик ва болаликни муҳофаза қилишга доир миллий стандартлар ва протоколларга тўлиқ амал қилган ҳолда иш юритиш кўникмасини ошириш бўйича дарслар ташкиллаштирилган.

Жорий йилнинг ўтган даврида республика ҳудудларида репродуктив саломатлик борасида жами 14 минг нафар МФЙ мутахассислари ва патронаж ҳамширалари билан уларни ўқитиш ва қайта тайёрлаш бўйича семинарлар ўтказилди. Шунингдек, никоҳланувчи шахслар билан суҳбатлар ўтказилди.

Гўдаклар саломатлигини назорат қилишда туманлар даражасида соғлиқни сақлаш тизимини кучайтириш модели, патронаж тизимида қўллаб-қувватловчи кураторлик ишлари амалга оширилмоқда ҳамда аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзи ва соғлом овқатланиш, жисмоний фаоллик, зарарли одатларнинг олдини олиш ва бартараф этиш бўйича тарғибот ва тушунтириш ишлари мунтазам олиб борилмоқда.

ТРН аниқлаш учун турли диагностика усуллари ва скрининг дастурлари қўлланилади.

Асосий диагностика усуллари:

- генеологик;
- цитогенетик (хромосомаларнинг миқдорий таркиби);
- дерматоглифика;
- эгизаклар усули;
- генларни боғлаш;
- биокимёвий.

Скрининг дастурлари. Скрининг орқали барча диагностик тест дастурлари ёрдамида барча ҳомиладор ва янги туғилган чақалоқларни (ФКУ ни аниқлаш учун) оммавий текшириш («элакдан ўтказиш») тушунилади.

Скрининг дастурларининг икки босқичи мавжуд:

- иқтисодий тежамкор ярим миқдорий усуллардан фойдаланиш;
- замонавий таҳлил усулларидан фойдаланиш.

Скрининг дастурларга талаблар:

- оммавий сўровлар усулларини қўллаш;
- техник ишончилилик;
- усулларнинг етарлича сезгирлиги;
- ёлғон-мусбат ва нотўғри-манфий натижаларнинг минимал сонига эга усулларнинг ўзига хослиги;
- ўрганилаётган материални олишнинг оддийлиги;
- диагностика муолажанинг етарлича тезлиги;
- яширин босқичда патологияларни аниқлаш имконияти.

Фильтр қоғозида қуритилган қон томчиларидаги ферментларнинг фаоллигини аниқлаш учун микробиологик усул қўлланилади: микробларнинг махсус ауксотроф мутантлари фақат қон ферментлари таъсири остида микроорганизмлар ўсиши учун керакли бўлган компонент ҳосил бўлгандагина ўсади.

Скрининг дастурларининг вазифалари:

- ирсий метаболик аномалияларнинг тарқалишини ўрганиш;
- маълум популяцияда метаболик нуқсоннинг учраш тезлигини аниқлаш;

- можждар алмашинуви касалликлари диагностикаси, уларни эрта аниқлаш ва даволаш ушбу касалликнинг ижобий кечишига ёрдам беради;
- популяциядан модда алмашинуви ирсий бузилишлари бор болаларни ажратиш;
- янги туғилганлик даврда ва бошқа ёш гуруҳларида патологиянинг биокимёвий ва клиник кўринишларининг хусусиятларини ўрганиш;
- мутант гени гетерозиготали ташишни аниқлаш.

Сўнгги йилларда тиббиётда эришилган ютуқлар сифатида қатор генетик ва туғма касалликларнинг олдини олиш учун пренатал диагностика усулларидан фойдаланишни ҳисобласа бўлади.

Бугунги кунга келиб ҳомила ривожланишининг ҳар қандай босқичида ирсий патология ва ирсий табиатли туғма касалликларини аниқлаш учун зарур ва етарли бўлган усуллар арсенали аниқланган.

ТРН пренатал диагностикаси усуллари икки гуруҳга бўлиш мумкин: тўғридан-тўғри (ҳомила бевосита текширилади) ва билвосита (ҳомила аҳволи билвосита баҳоланади).

Скрининг усуллари тўғридан-тўғри ва билвоситага бўлинади.

Билвосита:

- акушерлик ва гинекологик;
- тиббий генетик (генеологик, ситогенетик, молекуляр биологик);
- биокимёвий (АФП, чорионик гонадотропин, эстриол ва бошқалар);
- микробиологик;
- серологик ва иммунологик.

Тўғридан-тўғри:

- инвазив бўлмаган:
- ултратовуш текшируви;
- КТГ;
- ҳомила биофизик профили;
- инвазив:
- фотоамниография (22-24 ҳафта);

- амниоцентез (эрта – 12-14 ҳафта, 18-20 ҳафта давом этади);
- кордоцентез (20-ҳафтадан);
- хорион биопсияси (10-18 ҳафта);
- плацентоцентез (20-ҳафтадан);
- ҳомила тўқималари биопсияси;
- ҳомиланинг ўзак эритроцитларини онанинг қон оқимидан ажратиб олиш ва ДНК бўйича хромосома аномалияларини ва ҳомиланинг моноген касаллигини ташхислаш имконини берадиган янги технологиялар.

Пренатал ташхис ҳомиладорликнинг барча учта триместрида ўтказилади.

I триместр: – трансвагинал датчиклар ёрдамида эмбрионнинг УТТ.

II триместр: – ҳомиладор аёлларнинг қон зардобидан а-фетопропротеинни аниқлаш (16-18 ҳафта); – амниоцентез – амниотик суюқликни ўрганиш (ҳомиладорликнинг 14-16 ҳафтасида амниоцентез афзалроқ).

Текширилади:

- жинсий хроматин;
- кариотип;
- жинси, қон тури;
- стероидлар, оқсиллар, аминокислоталар, ферментлар;
- цитогенетик, биокимёвий ва гистокимёвий тадқиқотлар учун тўқима култураси;
- ҳомиланинг УТТ.

III триместр:

- ҳомиланинг УТТ.

Постнатал диагностика қуйидагиларни ўз ичига олади:

ФКУ, гипотиреоз, АГС учун скрининг;

- янги туғилган чақалоқнинг УТТ.

Тиббий генетик маслаҳат – бу оилада ирсий патологияси бўлган касал болалар пайдо бўлишининг олдини олиш учун аҳолига кўрсатиладиган ихтисослашган ёрдам.

Тиббий-генетик маслаҳатлари натижасида ирсий касалликларга чалинган беморлар (ёки уларнинг қариндошлари) касалликнинг табиати, шунингдек, уни олдини олиш ва даволаш усуллари тўғрисида маълумот олишади.

Тиббий-генетик маслаҳатга муҳтож:

- битта боласи туғма нуқсон, бошқаси туғма патологияси бўлган оилавий жуфтликлар;
- ёш бўлмаган ота-оналар – 30 ёшдан ошган аёллар, 50 ёшдан ошган эркеклар;
- қариндошларида қандайдир касаллик туфайли никоҳдан олдин маълумот олишни истаган киши.

Тиббий генетик марказга йўналтириш учун кўрсатмалар:

- оилада ирсий касаллик аниқланган ёки унга шубҳа қилинган;
- номаълум этиологияли сурункали болалар касалликлари;
- дифференциация қилинмаган ақлий заифлик;
- жисмоний ривожланишда орқада қолиш;
- эгизакларнинг сурункали касалликлари;
- скелет тизимининг туғма нуқсонлари;
- жинсий ривожланиш анормалликлари;
- доимий равишдаги даволанмайдиган рахит;
- тери-аллергик касалликлари, айниқса оғирлашган оилавий ёки психоневрологик касалликлар билан биргаликда;
- ноодатий ранг ва ҳидга эга сийдик;
- баъзи озиқ-овқатларни кўтаролмаслик;
- ирсий табиатга эга бўлган кар болалар;
- кўриш аъзолари зарарланган болалар, психомотор ривожланишнинг кечикиши билан бирга.
- скрининг дастурлари давомида аниқланган патологиялар, такрорий спонтан
- абортлар, ўлик туғилишлар.
- қондош никоҳлар.

– ҳомиладорликнинг дастлабки 3 ойида маълум ёки мумкин бўлган тератогенлар таъсири.

– ҳомиладорликнинг номақбул кечиши.

Генетик маслаҳат босқичлари:

– ирсий ёки эҳтимол ирсий касалликнинг клиник ташхисини текшириш;

– маслаҳат қилинган оилада мероснинг хусусиятини белгилаш;

– касалликнинг такрорланишининг генетик хавфини баҳолаш;

– олдини олишнинг энг самарали усулларини аниқлаш;

– тўпланган ва таҳлил қилинган маълумотларнинг изоҳловчиларига тушунтириш.

Диабетик фетопатия – онада диабет олди ёки диабет касаллиги бўлганида юзага келадиган характерли синдром.

Этиологияси ва патогенези.

Оналари диабет билан касалланган болаларда учрайдиган гипогликемияни, бир томондан, ҳомила ёки неонатал гиперинсулинизм, иккинчи томондан, бола танасининг туғилгандан кейин базал глюкоза гомеостазини ушлаб туриш қобилияти билан изоҳлаш мумкин.

Инсулин йўлдошдан ўтмайди, аммо глюкоза онанинг қонидан ҳомилага ўтади. Хомиланинг инсуляр аппарати глюкоза стимуляциясига инсулин секрециясини ошириш орқали жавоб беради. Онанинг организмида гипергликемия ҳомилада р-хужайралар (Лангерганс оролчалари) гиперплазияси ривожланишига олиб келади; гиперинсулинемия, ўз навбатида, гликоген ва глюкозадан ёғ ҳосил бўлишини кучайтиради. Ўсиш стимуляторлари ҳисобланган гиперинсулинизм СТГ ва инсулинсимон ўсиш гормони концентрацияси ошишига олиб келади.

Таснифлаш.

Х қайта кўриб чиқилган КХТга кўра қуйидагилар мавжуд:

П70.0 Гестацион диабети бўлган онадан туғилган чақалоқ синдроми.

П70.1 Қандли диабет билан касалланган онадан туғилган чақалоқ синдроми.

Клиник кўриниши.

Қандли диабет билан касалланган оналардан туғилган болалар, қоида тариқасида, катта вазнли (4500-4900 г), шишган, ой шаклидаги юзга, калта бўйин ва гипертрикозга эга. Улар суст, гипотоник, гипорефлексия, гемодинамик беқарорлик, тана вазнининг тикланиши кечиктирилган, марказий асаб тизимининг фаолияти бузилган, СДР намоён бўлиш тенденцияси, кардиопатия қайд этилган. Гипербилирубинемия, зардоб оқсили таркибидаги аномалиялар қайд этилган. Мия ва тимус беги ҳажмининг пасайиши кузатилиши мумкин.

Ташхислаш.

Диабетик фетопатияни ташхислашда эътиборга олинг.

- тиббий тарих маълумотлари;
- клиник кўриниш;
- қонда глюкоза даражаси;
- инсулинни аниқлаш;
- ошқозон ости беги ултратовуш текшируви натижалари.

Дифференциал ташхис:

- диабет билан;
- диабетик эмбриопатия
- гликогеноз;
- галактоземия;
- иккиламчи гипогликемия;
- адренал этишмовчилик, Иценко-Кушинг синдроми;
- гипо– ва гипертирез билан олиб борилади.

Даволаш.

Диабетик фетопатияси бўлган болаларни даволаш бир неча босқичларни ўз ичига олади.

Қулай режим яратиш (ҳароратни қўллаб-қувватлаш).

Гипогликемияни тузатиш:

Қон зардобидеги глюкоза миқдори 1,92 ммол/л дан юқори бўлса ва қониқарли аҳвол бўлса глюкозани оғиз орқали юбориш мумкин;

- гипогликемияда (1,65 ммол/л дан кам) глюкозани вена ичига ёки зонд орқали 1 кг тана вазнига 1 г куруқ модда, аввал 20% эритма, сўнгра 10% эритма шаклида юборилади. Киритишни глюкоза даражаси 2,2 ммол / л га етгунга қадар давом эттириш керак;
- даволаш шароитида глюкоза даражаси 1,65 ммол/л дан кам бўлганда, гормонлар одатдаги ёшга боғлиқ дозаларда белгиланади;
- коррекциялаш терапия метаболик жараёнларни яхшилаш ва нормаллаштиришга қаратилган.
- МНТдаги микроциркуляция ва трофик жараёнларни нормаллаштириш.
- синдромал терапия.

2-мавзу: Чақалоқларда асаб тизимининг перинатал зарарланиши синдроми. 2 соат.

1. Асаб тизимининг перинатал зарарланиши сабаблари, диагностикаси
2. Асаб тизимининг перинатал зарарланишини даволаш ва профилактикаси.

Таянч иборалар-перинаталогия, неонатология, туғруқ жарохати, гипоксия, асфиксия, кефалогематома

2.1. Асаб тизимининг перинатал зарарланиши сабаблари, диагностикаси

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

Болани катталардан фарқлаб турадиган аломатлар орасида энг кўзга кўринадигани-тана ўлчамларининг кичиклигидир. Янги туғилган чақалоқ тана вазни катта ёшли одамнинг тана вазнини 21 / 1 қисмини, тана сатҳини 9/1 қисмини ва ниҳоят бўй узунлигининг 33/10 қисмини ташкил қилади. Ҳисоб-китоблардан кўриниб турибдики, болаларда тана сатҳи бошқа кўрсаткичлардан кўра каттароқ бўлар экан, бу ҳолат эса тана мутаносиблигининг катталарникидан фарқ қилишига, жадал моддалар

алмашинувига ва ниҳоят суюқлик ва иссиқликнинг тезроқ йўқотилишига сабаб бўлади. Калланинг нисбатан катталиги, (чақалоқда калла диаметри кўкрак қафаси диаметридан каттароқ бўлади) ,бўйиннинг қисқалиги, елканинг торлиги, мушак аппаратининг нисбатан заифлиги на фақат операция ва наркоз пайтида, балки бола ҳатто ухлаган пайтида ҳам нафас йўллари ўтувчанлигини тутиб туришга қўшимча мураккабликлар туғдиради. Қорин олд девори мускулатурасининг шалвираб туриши ҳисобига кўкрак қафаси бўшлиғи қорин бўшлиғига нисбатан анча кичик бўлиб, қўл –оёқлар қисқа, мушаклари кам тараққий қилган.

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

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

бўлиши мумкин.

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

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

Янги туғилган чақалоқнинг нафас олиш системаси фаол функционал ва

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

Болаларда катталарга нисбатан нафас йўллариининг торлиги, шиллик қаватининг шишга мойиллиги боис нафас ўтувчанлиги бузилади. Тилнинг нисбатан катталиги, муртакларнинг яллиғланиш оқибатида катталашиши ва лимфа аппаратининг ўзгариши нафас йўллари ўтувчанлигининг бузилишига сабаб бўлади.

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

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

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

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

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

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

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

Иссиқликни идора этиш тизими бола ҳаётининг дастлабки ойларида узил кесил шаклланиб улгурмаган. Тана юзасининг нисбатан катталиги, тери ости ёғ қаватининг заиф ривожланганлиги ҳисобига юқори даражадаги иссиқликни ўтказувчанлик, тер алмашинувининг етарли эмаслиги, иссиқлик ишлаб

чиқаришини таъминлаб берувчи мушак ва бошқа тўқималарнинг заиф ривожланганлиги каби омиллар иссиқлик алмашинуви жараёнлари бузилишини кучайтиради. Умумий оғриқсизлантириш маҳалида гипотермиянинг ривожланиш хавфи кескин ошади. Наркоз учун қўлланиладиган моддалар метаболик иссиқлик ҳосил бўлиши жараёнларини 30% гача камайтиради ва вужуддаги иссиқликни тақсимланишига салбий таъсир кўрсатади. Бундай хусусиятдан тиббиётнинг айрим жабҳаларида муваффақият билан фойдаланилади. Масалан, кардиохирургияда тўқималарнинг кислород танқислигига сезувчанлигини кескин камайтириш учун сунъий гипотермиядан фойдаланилади. Аммо, операциядан кейинги даврда гипотермияни қўллаш мумкин эмас, чунки у тўқималарнинг кислородга нисбатан сезувчанлигининг ошишига ва шунинг орқасидан метаболик ацидоз юзага келишига олиб келади. Айниқса янги туғилган чақалоқлар ва чала туғилганларнинг тана ҳароратини меъёрида тутиб туришнинг катта аҳамияти бор. Бола вужуди ва руҳиятининг ўзига хослиги болалар хирургларининг фаолиятларига катта таъсир кўрсатади. Бу умумий педиатрик парвариш, бола билан мулоқотнинг деонтологик ва этик жиҳатлари ва яна айрим бошқа саволларга тақалади.

«Туғруқ жарохати» атамаси туғруқ пайтида пайдо бўлган чақалоқнинг аъзолари ва тўқималарининг бутунлиги бузилишларини (ва натижада дисфункцияни) бирлаштирадиган патология турини тавсифлайди. Туғилишдаги перинатал гипоксия ва асфиксия кўпинча туғилиш шикастланишлари билан бирга келади, аммо уларнинг пайдо бўлишида патогенетик бўғинларнинг бири ҳам бўлиши мумкин.

Учраш тезлиги. Туғруқ шикастланишларнинг ҳақиқий учраш тезлигини аниқлаш қийин, аммо статистик маълумотларга кўра, ҳозирги вақтда у 2% дан 7% гача. Ҳомила ўлимининг сабаби сифатида у 3,2% дан ошмайди, эрта неонатал даврдаги ўлим сабаби сифатида 2,5% ни ташкил қилади.

Туғруқ шикастланиши акушерлик шикастланишига қараганда анча кенг тушунчадир. Чин акушерлик шикастланишларига мисол қилиб бош, оёқ-кўллар суяклари, ўмров суяги синишларини кўрсатиш мумкин.

Чақалоқлардаги туғруқ шикастларига олиб келадиган сабаблар ва хавф омилларига қуйидагилар киради: ҳомила жойлашишининг аномалиялари, ҳомила танасининг катта вазни, туғруқ йўлларининг ригидлиги, тез, шиддатли ёки чўзилган туғруқлар, вақтидан кўп кўтариш, туғруқда акушерлик усулларини кўрсатиш, туғруқни оператив бошқариш, ҳомила ўлчамларининг ҳомиладор аёл тос ўлчамларига мос келмаслиги, туғруқ жараёнининг нормал кечишида ҳам туғруқ шикастлари юзага келиш эҳтимолини оширадиган узок вақт давом этган қорин ичи гипоксияси.

Туғруқ шикасти юзага келишига сабабчи бўладиган иккита асосий бўғин патогенетик жиҳатдан муҳим ҳисобланади:

- туғилиш йўлидан ўтиш пайтида ёки акушерлик қисқичлари, вакуум-экстракторлар қўйилганда вужудга келадиган механик таъсирлар;
- қон айланишининг умумий ва маҳаллий бузилишлари.

2.2. Асаб тизимининг перинатал зарарланишини даволаш ва профилактикаси.

Туғруқ шикастлари шикастланиш даражаси бўйича таснифланади:

- асаб тизими: МНТ (калла ичи туғруқ шикастлари – КИТШ, шунингдек орқа мия шикастланиши) ва периферик нерв тизими;
- юмшоқ тўқималар (туғруқ ўсмаси, кефалогематома, апоневроз ости қон кетиши, адипонекроз, петехиалар, экхимозлар, тўш-ўмров-сўрғичсимон мушак қон талашлари ва бошқ.);
- суяк тизими (ўмров суяги, қўл-оёқ, калла суяклари синишлари);
- ички аъзолар (жигар, талоқнинг ёрилиши).

Кефалогематома – калла гумбази суяқларининг суяк усти пардаси ости (субпериостал) клетчаткасига ташқи қон қуйилиши. Чин механик шикастланишлар қаторига тааллуқли. Учраш тезлиги 2,5% дан юқори.

Таснифлаш. Х қайта кўриб чиқилган КХТга кўра қуйидагилар мавжуд:

P2.0. Туғилиш вақтидаги кефалогематома.

Клиник манзара. Клиник жиҳатдан кефалогематома туғилгандан бир неча соат ўтгач аниқ намоён бўлиши мумкин. Кефалогематома устидаги терининг юзаси ўзгармайди, лекин баъзида петехиалар бўлиши мумкин. Ўсма дастлаб таранг консистенцияга эга, фақат битта суяк билан чегараланган, пулсацияланмайди, оғриқсиз, эҳтиёткорлик билан пайпасланганда флюктуацияни кайд этиш мумкин. Ҳаётнинг биринчи кунларида кефалогематома ўлчами бўйича катталаниши мумкин, ҳаётнинг 2-3-хафтасидан бошлаб унинг ҳажми камаяди. Кефалогематоманинг жиддий асоратлари: унинг йиринглаши, суяк пластинкасининг ингичкаланиши ёки деформацияси, гипербилирубинемия. Кефалогематома кўпинча бош суяклари ёриқлари ёки синишлари билан бирга кечади. Кефалогематома ўлчами 6 см ва ундан кўп бўлса, бош суягининг ёриқлари ва синишларини истисно қилиш учун рентгенографияси кўрсатилган. Кефалогематоманинг битиб кетиш давомийлиги 1 ойдан 2 ойгача бўлиши мумкин.

Даволаш. Даволаш тактикаси витамин Кни 1 мг/кг дозада бир марта киритишни ўз ичига олади. Катта ўлчамдаги кефалогематомада (6-8 см дан ортиқ), бола ҳаётининг 6-7-кунларида улар пункция қилинади ва таркиби олиб ташланади.

Апоневроз ости (субапоневротик) қон кетиши (бош териси остида қон тўпланиши) кефалогематомага ўхшайди, аммо битта суяк доираси билан чегараланмайди. Акушерлик қисқичлар қўйилганда тери ости веналарининг шикастланиши сабабли вужудга келади.

Таснифи. Х қайта кўриб чиқилган КХТга кўра қуйидагилар ажратилган:

P12.2. Туғруқ шикастидаги субапоневротик қон кетиш.

Клиник манзара. 1 см катталиқдаги гематома тахминан 200 мл ёки ундан кўп қонни ўз ичига олиши мумкин, бу эса гиповолемик шок ва гипербилирубинемия билан кечадиган ўткир анемик синдромнинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Субапоневротик қон кетиш кўпинча

инфекцияланишга мойил. Катта қон кетишда янги туғилган чақалоқларнинг эрта геморрагик касалликларини, ирсий геморрагик касалликларни истисно қилиш керак. Қон кетиши 3 ҳафтадан кейин йўқ бўлиб кетади.

Туғруқ ўсмаси ҳомиланинг олдин келган қисмида – бошида, юзида, думбаларида, қўл-оёқларида ёки ҳомила олдинги қисмида вакуум экстрактори ёки акушерлик қисқичлари ёхуд вакуум-экстракторлар қўйилган жойларда ривожланади. Ҳомиланинг прекурсоридаги босим камроқ бўлади, шунинг учун тери ости тўқимасида ва апонеурозда веноз тикилиш, шиш ва майда қон кетиш ривожланади. Туғма ўсмаси аниқ чегараларга эга эмас, бош суягининг бир нечта суякларидан ташқарига тарқалиши мумкин, палпатсия пайтида тебраниш бўлмайди, туғилгандан 1-2 кун ичида ўз-ўзидан йўқолади ва даволанишни талаб қилмайди. Ҳомиланинг олдин келган қисмида босим кам, шунинг учун унда веноз тўлақонлик, тери ости клетчаткасида ва апоневроз остида шиш ва майда қон талашлар ривожланади. Туғруқ ўсмаси аниқ чегараларга эга эмас, калланинг бир нечта суяклари доирасидан ташқарига чиқиши мумкин, пайпасланганда флюктуация йўқ, туғилгандан кейинги 2-3 кунда ўз-ўзидан йўқ бўлиб кетади ва даволашни талаб қилмайди.

Адипонекроз – бу акушер ёки неонатологнинг қўли билан сиқилган жойда юзага келадиган тери ости клетчаткасининг ўчоқли асептик некрози.

Тасниф. Х қайта кўриб чиқилган КХТда қуйидагилар мавжуд:

P15.6. Туғруқ шиаси билан боғлиқ тери ости ёғ тўқимасининг некрози.

Клиник манзараи. Клиник жиҳатдан улар думбада, орқада, елкада, оёқ-қўллардаги ўлчами 1-5 см бўлган чегараланган зич тугунлар, инфилтратлардир. Уларнинг устидаги тери цианотик ёки ўзгармаган. Ўз-ўзидан йўқ бўлиб кетади ва даволанишни талаб қилмайди.

Мия ичи туғруқ шикастлари (МИТШ) туғруқ пайтида бош миянинг оғир механик шикастланиши оқибати ҳисобланади, у бош миянинг сиқилиши, парчаланиши, ёрилиши ва қон кетиш ва шиш билан бирга кечади.

МИТШнинг учраш тезилиги, турли муаллифлар маълумотларига кўра, 4% ни ташкил қилади, вақтида туғилган чақалоқларда калла ичи қон кетишларининг (травматик ва нотравматик генездаги) умумий кўрсаткичи 4,2%.

Чала туғилган чақалоқларда асосан, перивентрикуляр (ПВҚ), интравентрикуляр (ИВҚ) ва мия ичи қон кетишлари учрайди, уларнинг учраш тезлиги гестацион ёшга боғлиқ ҳолда 25 дан 40% гача ўзгариб туради. Тана вазни 1500 г дан кам бўлган чала туғилган чақалоқларда ПВҚ ва ИВҚ учраш тезлиги 56-75% гача ошади. Мия ва унинг юмшоқ қобикларидаги травматик ва нотравматик қон кетишлар нисбати 1:10 ни ташкил қилади.

МИТШнинг бевосита сабаблари бўлиб акушерлик муолажалар (вакуум-экстракция, тос охири орқали чиқариб олиш, акушерлик қисқичларини кўйиш), туғруқ фаолиятининг паталогиялари (тез, шиддатли, узок чўзилган туқруқлар), ҳомила ва она чаноғи ўлчамларининг мос келмаслиги, йирик ҳомила, йўлдош жойлашининг аномалилари ҳисобланади. Олиб келувчи омилларга перинатал гипоксияни, гемостазнинг перинатал хусусиятларини, чала туғилиш ки вақтидан кўп муддатда туғилиш, қорин ичи вирусли инфекциялар мавжудлигини киритиш мумкин. Шунини таъкидлаш керакки, кўпинча айнан гипоксия бош миянинг механик шикастланиши билан патогенетик жиҳатдан боғланган. Ушбу омиллар одатда кўшилиб келади, бунда баъзи ҳолларда мия тўқималарига зарар етказилишига гипоксия сабабчи бўлади, бошқа ҳолатларда эса гипоксиянинг оқибатидир.

Церебрал бузилишлар вужудга келишида ҳомиланинг олд қисмига таъсир қиладиган босим билан бачадон ичи босими орасидаги фарқ жиддий таъсир кўрсатади. Механик шикастланиш ва қорин ичи гипоксияси гемоликвородинамика, мия шишига, интракраниал қон кетишларга олиб келади. Мияда қон айланиши бузилишини юзага келтирадиган ҳомиланинг сурункали қорин ичи гипоксияси шароитида, ҳатто жузъий механик шикастланишлар мия томирлари бутунлигини бузилишига ва миянинг маҳаллий шикастланишларига олиб келиши мумкин.

Таснифи. МИТШ нинг бир нечта таснифи мавжуд.

Х қайта кўриб чиқилган КХТга кўра қуйидагилар фарқланади:

P10. Туғруқ шикасти натижасида калла ичи тўқималарнинг ёрилиши ва қон кетиши.

Истисно қилинади: ҳомилада ва янги туғилган чақалоқлардаги калла ичи қон кетишлари:

аноксия ёки гипоксия туфайли БДУ (P52.9);

P10.0. Туғруқ пайтидаги субдурал қон кетиш.

P10.2. Туғруқ шикастидаги мия қоринчаларига қон кетиши.

P10.3. Туғруқ шикастида субарахноидал қон кетиш.

P10.4. Туғруқ шикастида мия чодири йиртилиши.

P10.8. Туғруқ шикастидаги бошқа калла ичи ёриқлари ва қон кетишлар.

КИТШ қуйидагича ҳам таснифланиши мумкин.

Қон кетиш даражаси бўйича:

– эпидурал (травматик генезли);

– субдурал (травматик генезли);

– калла ичи – кенг (ярим шарларга, кўрув тепаликларига, миячага) ва майда нуқтали (травматик, гипоксик генезли, гемостаз тизимдаги ўзгаришлар туфайли);

– субарахноидал (травматик, гипоксик генезли);

– қоричналар ичи (гипоксик, травматик генезли);

– перивентрикуляр (гипоксик, травматик генезли).

Даври бўйича:

– ўткир (7-10 кундан, баъзан 1-1,5 ойгача);

– ўткир ости (эрта тикланиш даври 3-4 ой, кеч тикланиш даври 1-2 йил);

– натижа (тикланиш ёки миянинг органик шикастланиши).

Оғирлиги бўйича:

– егнил;

– ўртача оғирликдаги;

– оғир.

Клиник манзарани. МИТШ нинг клиник манзаралари кечиш даврларига қараб етакчи синдромлар билан хусусиятланади.

Ўткир даври – нейрорефлектор қўзғалувчанлик, қўзғалиш, тушкунлик, гипертензион, гипертензив-гидроцефалик, талваса синдромлари, мия комаси.

Ўткир ости даври – астеноневротик, вегето-висцерал, ҳаракат бузилишлари, гидроцефал, талваса синдромлари, руҳий-мотор ёки нутқ олди ривожланишларининг орқада қолиши.

Натижасига кўра – соғайиш ёки руҳий-мотор, нерв-руҳий ёки нутқ ривожланишининг бузилишлари, МНТнинг органик шикастланишлари – ДЦП, олигофрения, эпилепсия, карлик, кўрлик ва бошқалар.

КИТШ намоён бўлишининг оғирлик даражаси фақат касалликнинг ўткир даврида, етакчи клиник синдромларнинг устун келишига қараб белгиланади:

– енгил – 7 кунгача қўзғалиш ёки тушкунлик синдромлари, нейрорефлектор қўзғалувчанлик;

– ўрта оғирликда – 7 кундан ортиқ тушкунлик, қўзғалиш, гипертензион, гипертензион-гидроцефалик, талваса синдромлари;

– оғир – талваса синдром, мия комаси.

Оғир КИТШнинг ўткир даврида вақтида туғилган чақалоқларда 4 та босқич ажратилади. Биринчи босқич учун седатив терапияга толерантлик шароитида МНТ қўзғалиши, қон айланишининг марказлашуви, гипервентиляцияцион синдром (тахипноэ), олигурия, гипоксемия, ацидоз хос.

2-босқичга ўтиш билан МНТнинг босилиши, ишлаб турган фетал қон айланиш ва шиш-геморрагик синдром шароитда ўткир юрак етишмовчилиги, периферик шишлар ва склеремалар пайдо бўлади.

3-босқичда сақланган юрак етишмовчилиги шароитида респиратор синдром биринчи ўринга чиқади. Оғир ҳолатларда мия комаси ривожланиши мумкин.

4-чи (тикланиш) босқичида мушакларнинг тонуслари меъёрлашади, физиологик рефлекслар ва қитиқлашга нисбатан ҳиссий реакциялар пайдо бўлади. Ўпка, юрак-қон томирлари етишмовчилиги йўқ бўлади, алмашинув жараёнлари ва электролитлар мувозанати тикланади.

Мия ичи қон қуйилишларининг клиник манзаралари гестация ёшига, гематома жойлашган жойига ва ҳажмига боғлиқ.

Чала туғилган чақалоқларда ўткир даврда туғруқ қон кетишлари қуйидаги вариантлар бўйича кечади:

- симптомсиз ёки нотипик кам клиник манзаралар билан;
- нафас олиш бузилишлари белгилари, апноэ хуружлари устун келиши билан;
- умумий тушкунлик синдроми устун келиши билан
- ўчоқли симптоматикали кучли қўзғалиш синдроми устун келиши, гипертензион-гидроцефалик синдром билан.

Кўпинча янги туғилган чақалоқларда эпидурал қон кетиш кузатилади. Улар акушерлик қисқичлари қўлланилганда, туғруқ йўлининг хомила боши ўлчамига мос келмаслиги, олдиндан келиш аномалиялари натижасида ўрта менингеал артерия йиртилиши билан бирга калла қутисининг тепа суяклари синишлари оқибатида юзага келади.

Бундай қон кетишларга 2-3 соатгача давом этадиган тинч интервал хос, кейин қўзғалиш синдромларининг янада кучайиши, гипертензион-гидроцефалик (бўйин мушакларнинг ригидлиги, бошни орқага ташлаш, лиқилдоқларнинг зўриқиши ва бўртиб чиқиши, калла чокларнинг кенгайиши), талваса синдромлари, ўчоқли симптомлар (горизонтал нистагм, “ботаётган куёш” симптом, қон кетиш томонида анизокория) кузатилади. Ушбу синдромлардан сўнг мия устунни церебрал етишмовчилик белгилари (сустлашиш, кома) ўсиб боради.

Субдурал қон кетишининг тарқалиши номаълум. Улар камдан-кам учрайди, кўпинча катта вазнли ва муддатидан кўп вақтда туғилган чақалоқларда. Қон кетиши содир бўлишининг сабаблари бўлиб, туғруқ йўли ўлчамларининг ҳомла боши ўлчамларига мос келмаслиги, туғруқ йўлларининг ригидлиги, ҳомиланинг патологик жойлашиши ва акушерлик қисқичларни қўйиш. Субдурал қон кетишлар супра- ва субтенториал турларига бўлинади.

Супратенториал қон кетишлар калла қутиси (тепа суяклари) сиқилганда ёки унинг деформацияси пайтида юзага келади. Юқори сагиттал ва кўндаланг

синусларга қуйиладиган веналар, шунингдек мияча чодир томирлари йиритилиши содир бўлади.

Тинч интервал (бир неча кунгача) бўлиши мумкин, ундан кейин қўзғалиш синдромлари, гипертензион-гидроцефалик, талваса синдромлари, гематомага қарама-қарши томонда гемишоллиги, сопор ёки кома ривожланиши билан ўчоқли симптомлар (горизонтал нистагм, «қуёш ботиши» симптоми, қон кетиш томонда анизокория, Грефе симптоми, кўзнинг гемишоллигига қарама-қарши томонга оғиши) биринчи ўринга чиқади. Гематома ортиб бориши билан иккиламчи асфиксия, брадикардия, терморегуляция бузилишлари кучайиб боради. Чегараланган субдурал гематома уун метаболизм бузилишлари хос эмас.

Гематомани жарроҳлик йўли билан эрта олиб ташлаш бажарилганда болаларнинг 50-80%да башорат ижобий бўлади.

Субтенториал қон кетишлар мияча чодир йиритилиши ва калла орқа чуқурчасида қон қуйилишлар ривожланганда юзага келади.

Ҳаётнинг биринчи дақиқалари ва соатларидан бошлаб мия сиқилиши туфайли туғилган пайтдан бошлаб боланинг ҳолати ўта оғир (фожиали). Клиник манзарада босилиш (кома), гипертензион, талваса синдромлари ривожланиши билан бирга церебрал фаоллик йўқотиш кучайиб боради. Ўчоқли симптомлар, кўпол вертикал ёки ротаторли нистагм, фиксцияланган нигоҳ, қорачиқ реакцияларининг бузилишлари, сўриш, ютиш бузилишлари, нафас ва юрак-қон томир бузилишлари, даволашга қийин уналадиган алмашинув бузилишлари кучайиб бориши қайд қилинади.

Мияча чодирининг ёрилиши билан келган туғруқ шикасти одатда ўлим билан яқунланади, мия чодир шикастланмаган вазиятда ижобий натижа бўлиши мумкин, лекин кейинчалик ликвор йўллари обструкцияси сабабли гидроцефалия ривожланиши мумкин.

Динамикада босилиши синдроми қўзғалиш синдроми билан алмашинади, калла ичи гипертензия ва мия устуни компрессияси белгилари кучайиб боради

Субарахноидал қон кетишлар менингеал томирлар бутунлиги бузилганда юзага келади, чегаралари йўқ. Қон кетишнинг ушбу турида қон мия қобикларида чўкиб, уларнинг асептик яллиғланишини келтириб чиқаради, бу кейинчалик чандиқли-атрофик ўзгаришлар натижасида ликвор динамикаси бузилишига олиб келади. Ушбу турдаги қон кетиши ривожланишига сабаб бўладиган омиллар бўлиб гипоксия, коагулопатия, томирли малформациялар, ўсмалар ҳисобланади. 25% ҳолларда улар калла суягининг чизикли ва ботик синишлари билан қўшилиб келади.

Ушбу турдаги қон кетишининг клиник манзараси церебрал фаолликнинг гиперқўзғалувчанлиги ёки босилиши синдромлари, гипертензион-гидроцефалик, талваса синдромлари ва маҳаллий симптомлар, гиперестезиялардан ташкил топади. Клиник маназараси туғилгандан кейин дарҳол ривожланади. Метаболик бузилишлар хос эмас.

Чегараланган қон кетишларнинг башорати ижобий.

Вақтида туғилган чақалоқларда **интравентрикуляр (ИВҚ) ва перивентрикуляр (ПВҚ) қон кетишлар** гипоксия билан бирга бош суягининг сиқилиши ва деформацияси туфайли plexus chorioideus томирлари ёрилганда юзага келади. Чала туғилган чақалоқларда ушбу қон кетишининг юқори фоизда бўлиши шу билан боғлиқ-ки, миянинг ён қоринчалари пушт (эмбрион) тўқимаси (герминал матрица) билан қопланган. Матрица тўқимасининг томирлари эпителийнинг фақат битта қатламидан иборат, уларда эластик ва коллаген толалардан иборат асос йўқ, шунинг учун кўпинча гемостаз тизимдаги ўзгаришлар шароитида артериал ва веноз босим ошганда тез шикастланади. Матрица тўқимаси гестациянинг 30-ҳафтасига келиб редукцияга учрайди, аммо 36-39-ҳафталарга қадар унинг оролчалари сақланиб қолади (кўрув думбоқлари ва думли ўзақлар орасида) ва фақат бир йилга келиб у ниҳоят йўқолади.

ИВҚ ва ПВҚ одатда ҳаётнинг биринчи 3 кунларида (60–75%), камроқ – ҳаётнинг 2-4 ҳафтасида (10%) учрайди. ЎСВ олиб борилганда қон кетишнинг ушбу тури вентиляциянинг бутун давомийлигида юзага келиши мумкин.

Таснифи. ИВҚ ва ПВҚ 4 та даража билан таснифланади (Parile, 2002).

Субэпидимал қон кетишлар (анте- ва интранатал гипоксия, апоэнинг такрорий хуружлари, гипертоник эритмаларни оқим билан қўлланилиши туфайли).

Мия қоринчалари кенгаймасдан қоринчаларга қон кетишлар (35-65%).

Мия қоринчалари кенгайгандаги қон кетишлар (12-17%).

Мия қоринчалари ич қон кетишларининг мия паренхимасига тарқалиши (12-17%). ИВҚ ва ПВҚнинг ифодаланганлигига қараб клиник манзара турлича бўлиши мумкин. I даражали қон кетишининг 60-70% транзитор метаболик бузилишлар билан кечувчи «клиник тинч» бўлиши мумкин ва фақат қўшимча текшириш усуллари (УТТ, КТ, МРТ) ёрдамида аниқланади. Субэпидимал гематоманинг сохта кистага трансформацияси муддати 10-14 кун ёки ундан кўп. ИВҚ, II, III даражали ПВҚнинг типик клиник манзараси кейинчалик кўзғалиш синдромининг кучайиши, шунингдек МНТ босилиши ривожланиши билан келадиган босилиш, гипертензион-гидроцефалик, талваса синдромлари, ўчоқли симптомлар (нигоҳнинг ҳаракатсизлиги, горизонтал ёки вертикал, ротатор нистагм, қорачиқларнинг ёруғликка реакцияси йўқлиги) хос. ИВҚ, I даражали ПВҚнинг башорати – ижобий; III даражали учун анча ёмон: болаларнинг яшовчанлик даражаси, мос равишда 50-70% ва 20-40% ни ташкил қилади. Мия ичи қон кетишлари миянинг олдинги ва орқа томирларнинг охирги шохлари шикастланишларида, гипоксия ва гемостатик тизимдаги бузилишлар туфайли юзага келади.

Клиник кўриниши уларнинг ҳажми ва жойлашишига боғлиқ. Бош мия ярим шарларидаги майда нуқтали қон кетишларда клиник манзара асимптоматик ёки кам ифодаланган бўлиши мумкин: бўшашганлик, қусиш, мушакларнинг тонуси бузилиши, рефлексларнинг пасайиши, нотурғун ўчоқли симптомлар (нистагм, анизокория, Грефе симптоми), ўчоқли талвасалар қайд этилади. Тарқоқ мия ичи қон кетишлари ифодаланган ўчоқли симптомлар (анизокория, филайлик, горизонтал ёки вертикал ва ротатор нистагм) ва умуммия

симптомлари (гипотония, адинамия, гипо- ёки арефлексия, юздаги, кўл-оёқлардаги, кўпинча кўллардаги бир томонлама тортишишлар,) билан кечади. Мия ичи қон кетишлари симптомсиз кечиши мумкин. Миячанинг ярим шарлари чекка бўлимларидаги қон кетишларда - мия ичи гипертензияси ошиши симптоматикаси кузатилади. Мияча ярим шарларидаги массив қон кетишларда нафас, юрак-қон томир бузилишлар, булбар ва кўз ҳаракати издагн чиқишлари билан кечадиган мия устуни компрессияси кузатилади. Метаболик бузилишлар хос эмас.

3-мавзу. Болаларда ОИВ/ОИТС касаллигининг этиологияси, патогенези, клиник кечиши. Перинатал инфоцирланишнинг олдини олиш.

1. Марказий Осиёда ОИВ-инфекциясининг кайд килиниш динамикаси.
2. Болаларда оив-индукцияланган иммунопатогенезболаларда оив-инфекция клиник классификациси.
3. Антиретровирус терапия.

Таянч сўзлар- РНК вируслар, ОИВ, ОИТС. Антиретровирус препаратлар.

ОИВ билан яшаётганлар: 33,2 миллионни ташкил этиб улардан катта ёшдагилар – 30,8 миллион аёллар – 15, 4 миллион 15 ёшгача булган болалар – 2, 5 миллионни ташкил этади .ОИВ инфекцияси касаллик сифатида биринчи марта 1981 йилда 5 нафар гомосексуалист беморда Зотилжам ташхиси билан кайд килинган (кузгатувчиси- *Pneumocystis carini*). 1983 йилда Люк Монтанье рахбарлигида бир гуруҳ француз олимлари бемор лимфа тугунидан; Роберт Галло рахбарлигидаги америкалик олимлар бемор конидан касаллик кузгатувчиси – ретровирусни аниқлади. 1986 йилга келиб аниқ Human immunodeficiency virus-1 (ОИВ-1) аниқланди. Бу вақтгача касаллик оғир чала тугилган болаларда ва цитостатикларни кўп қабул қилган онкологик беморларда оғир турдаги зотилжам сифатида аниқланиб келинган. Академик Покровский маълумотиға кура, дунёнинг ривожланган мамлакатларида (масалан: Россияда) ОИВ – инфекцияси бир неча босқичда ривожланди:1986-

87йй. Касаллик асосан иммигрантларда ва улар билан жинсий алоқада бўлган одамларда қайд қилинди. 1988-89йй. Россиянинг бир неча шаҳарларида (Элиста, Волгоград, Ростов) касалхона ичи ОИВ инфекцияси аниқланди, шу жумладан болаларда ҳам. 1990-95йй.- бу давр ВИЧ инфекциянинг секин ўсиши билан характерланади. 1996йилдан- инфекция асосан куйидагиларда аниқланмоқда: инъекция олувчи гиёҳвандларда ва гомосексуалистларда. ОИВ - ретровируслар оиласига киради. Вируснинг 2та типи бор: ОИВ-1 ва ОИВ-2, улар структураси ва антигени хусусияти билан фаркланади. Чидамлилиги: Суюк мухитда +23-27°да 15 кун давомида ўз фаоллигини сақлаб қолади. Қон препаратида вирус бир йил яшай олади, музлатилган қон зардобиди 10 йилгача активлиги сақланади. Дезинфекция таъсирида тез ўлади, УФО, +56° С да 30 мин. фаоллигини йўқотади. Сулак ва тернинг химоя ферментлари таъсирида фаоллигини йўқотади. Вируснинг хаёт циклини ферментлар таъминлайди: кайтувчи транскриптаза, интегграза ва протеаза. ОИВ уз хаёт циклида мутацияга мойил бўлиб, бу грипп вирусига нисбатан 5 марта юқоридир. Этиология: Қўзғатувчиси - РНК сақловчи бўлиб, ретровируслар оиласига киради. Редуктаза, ДНК-полимераза, интегграза ферментларини ўзида сақлайди. Бу ферментлари ёрдамида хўжайин организмда киради ва кўпаяди. P7, P17, P24 специфик оқсилари хисобланади.

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

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

хужайин-хужайралари коплиментлари хисобига вируслар хужум уюштириб хўжайин-хужайраларини фагоцитоз қилади¹.

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

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

Перинатал инфицирланишнинг олдини олиш.

ОИВ инфекцияни онадан болага ўтиш йўллари:

I. Транспланцетар йул (хомиланинг 8 хафтасидан бошлаб).

II. Туғруқ пайтида (интранатал).

III Кўкрак билан боқиш даврида (кўкрак билан боқишнинг сони ва узоқлигига пропорционал боғлиқ).

АҚШ маълумотларига қараганда вируснинг ўтиш эхтимоли:

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

Болаларда ОИВ - инфекциянинг кечиши

ОИВ инфицирланган болаларда СПИД клиникаси 14-15% холатларда 1 ёшгача боаларда тана хароратини кўтарилиши, периферик лимфа тугунларини катталашини, гепатоспленомегалия, диарея, терида папулёз тошмалар, гемморагик синдром, тромбоцитопения, зотилжам бўлиши мумкин. Хомила ичи ривожланишдан орқада қолиши, бўлаксимон бош тузилиши, пешона дўнглари бўртганлиги, бурнинг асоси кенгайган, калта бурун, гипертелоризм, юқори лаби бўртган ва лаб кемтиги V симон, кўзнинг рангдор пардаси мовий рангли бўлади.

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



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

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

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

ОИВ инфицирланган хомиладорларга антиретровирус препаратларини тафсия қилиш;

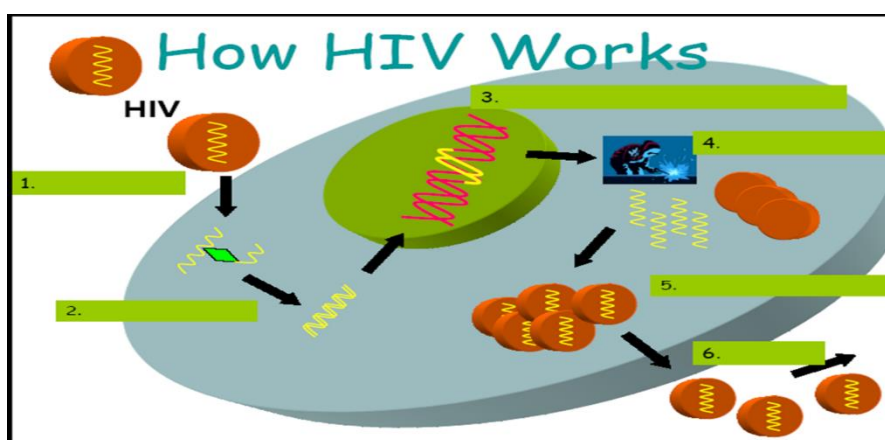


Туғруқни кесар кесиш усули орқали олиб бориш;

Зинхор она сути билан боқмасликга ҳаракат қилиш;

ОИТС хозир бирлашган миллатлар ташкилоти ва жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти назоратида турган асрнинг долзарб ва глобал муаммоси ҳисобланади.

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



Бизга малумки, бу касаллик бадан терисида жигарранг- қизғиш ёки кўкимтир қизғиш тугунчаларнинг пайдо бўлиши, уларнинг яраларга айланиши, ва яралар қуриш қўтир ҳосил қилиб битиб кетиши билан кечадиган касаллик бўлиб, кўпроқ 60 ёшдан ошган қарияларда учрайди. Беморларда касалликка қарши дори- дармонлар билан даволаш ишлари ўз вақтида олиб борилганда, улар батамом тузалиб кетадилар. Бундан ташқари Капоши саркомаси АҚШ ва Ғарбий Европа давлатларида жуда кам учрайди. Нью -йорк университети госпиталига тушган беморларнинг ёши эса 30 ёшлар атрофида бўлиб, аксарияти жинсий бузуқликлар гомосексуалистлар- (ўз жинси билан жинсий алоқа қилувчилар бесоқолбозлар) эканлиги аниқланди. Уларда Капоши саркомаси хавфли шаклга ўтиб бир неча ой ичида халокатга учрадилар. 1981-йилнинг баҳорида Лос-Анжелесдаги клиникалардан бирига ўпка тўқимасининг яллиғланиши билан кечадиган пневмосицали Зотилжам

(зотилжам) касаллиги ташхиси қўйилган беморлар ётқизилди. Беморларни кучли тасир этадиган антибиотиклар ёрдамида даволашга қарамасдан, уларнинг барчаси ҳалок бўлди. Текширишлар натижасида бу беморларнинг гемосексуалистлар эканлиги аниқланди. Олимларни ташвишга солгани, бу беморларнинг организмида иммунитетнинг кескин пасайиб кетганлиги бўлди. 1981-йилнинг ёзида АҚШда 116 та шундай ҳолат аниқланди.

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

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

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

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

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

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

ОИВ одамнинг қони, сўлаги, кўз ёши ва шаҳват суюқлигида бўлади. У ташқи муҳитга чидамсиз, тезда ҳалок бўлади, дезинфекцияловчи моддалар таъсирига ҳам чидамсиз. Қайнатилганда 30 дақиқада 3% хлораминда ва 70% этил спиртида ўша захоти ўлади. Қон, шиллик ва сперма суюқлигида 10-15 кунгача сақланиб қолади. 2000 йилгача дунё бўйича 30-40млн киши ОИВ билан зарарланган бўлса, шундан 12-18 млн одамда ОИТС ривожланган. ОИТС да касаллик манбаи ОИТС билан оғриган бемор ва ОИВ билан зарарланган вирус ташувчи одам ҳисобланади. Касаллик фақат одамдан одамга юқади. Ҳозирги пайтда ОИТС нинг қуйидаги йўллари орқали юқиши тасдиқланган:1. Жинсий алоқа. Бунда касаллик жинсий бузуқлар (гемосексуалистлар)-ўз жинси билан алоқа қилувчилар, бисексуалистлар - ўз жинси ва қарама-қарши жинс вакиллари билан алоқа қилувчилар, фоҳишалар орқали юқади.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ўпка шакли. Беморда пневмоцистали Зотилжам (зотилжам) аломатларига ўхшаш

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

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

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

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

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

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

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

Шундай қилиб, ОИТС билан касалланган бемор организми иммун қобилятининг кескин пасайиб кетиши оқибатида ҳар қандай микроб айниқса, пневмоцисталар, замбуруғлар, токсоплазмалар, кокклар, гижжалар, бактериялар каби микроорганизмлар келтириб чиқарадиган оғир касалликлар

осонгина келиб чиқади. Энг хавфлиси беморда рак хужайралари ўсиб, кўпаяди, бемор раkning оғир формаларидан халок бўлади.

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

Назорат саволлари

1. ОИВ ning қандай юқиш йўллари биласиз?
2. Болаларда кўпинча қайси йўл билан касаллик юқади?
3. Касалланган она боласини эмизиши мумкинми?
4. АРВ терапияга қайси дорилар киритилган?
5. Сўнгги йилларда даволаш ва диагностиканинг қандай янги усулларитопилди?
6. ИФА ва ПЦР усулларини нима мақсадда ўтказилади?
7. Беморда касалликнинг қандай белгиларини биласиз?
8. Касалликнинг болаларда қанақа ўзига хос хусусиятлари мавжуд?
9. ОИВ инфекциясини даволаш қандай ўтказилади
10. Касалликнинг профилактикасини биласизми?
11. ОИВ инфекцияси аниқланганда шифокор тактикаси?
12. Резистентлик деганда нимани тушунаси?

Фойдаланилган адабиётлар

1. Юқумли касалликлар. Ахмедова М.Д., Тошкент-2008.
2. Рахматов О. В. Bolalar yuqumli kasalliklari. - Т.: Cho'lon, 2008y
3. Инфекционные болезни с детскими инфекциями. В 2-х ч. //Под редакцией академика АН РУз Даминов Т.А., учебник, Ташкент, «Тиб-китоб» 2011.-448с.
4. ВИЧ инфекция – клиника, диагностика и лечение. В.В.Покровский и соавторы. Москва, 2000 г.
5. Иммуитет и ВИЧ. М.Р.Бобкова. Москва. 2006 г.
6. Лечение ВИЧ инфекции. К.Хофман и другие. 2005 г.
7. ОИВ/ОИТС ва гемоконтакт йўл билан юқадиган бошқа касалликлар. Э.И.Мусабоев ва хаммуаллифлар. Тошкент. 2007 й.
8. Guidelines for clinical management of HIV infection and HIV-related illnesses./ Worl health organization 2009.
9. Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев А.П., Лесников А.Л. // "Дифференциальная диагностика инфекционных болезней". 2001

10. Шлосберг., Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. 2004.
11. Казанцев А.П., Зубик Т.М., Иванов К.С, Казанцев В.А. //Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. Москва, 1999.
12. Эмонд Р., Роуланд Х., Уэлсби Ф. //Инфекционные болезни. Цветной атлас. Москва, 1998.

IV. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАРИ

1 амалий машғулот: Болаларда танқис холатлар диагностикаси ва даволаш. 2 соат.

Ишдан мақсад: Болаларда танқис холатлар синдромининг янги диагностик ва даволаш усуллари билиш, бу касалликни эрта ташхислашни билиш кўникмаларига эга бўлиш.

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни бажариш лозим

- Болаларда танқис холатлар синдромининг таснифини билиши
- Болаларда танқис холатлар белгиларини аниқлай олиш
- Болаларда танқис холатлар синдромининг давосини белгилаш

Ишни бажариш учун намуна

Амалий машғулот ни мустахкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

1. Муляж, таснифлар, расмлар, презентациялар
2. Диагностик усуллар
3. Анализлар намунаси
4. Видеофильм

Болаларда темир, фолат кислота танқислиги камқонликларининг сабаблари, диагностикаси, даволашга янгича ёндашувлар

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 микдорининг 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:

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

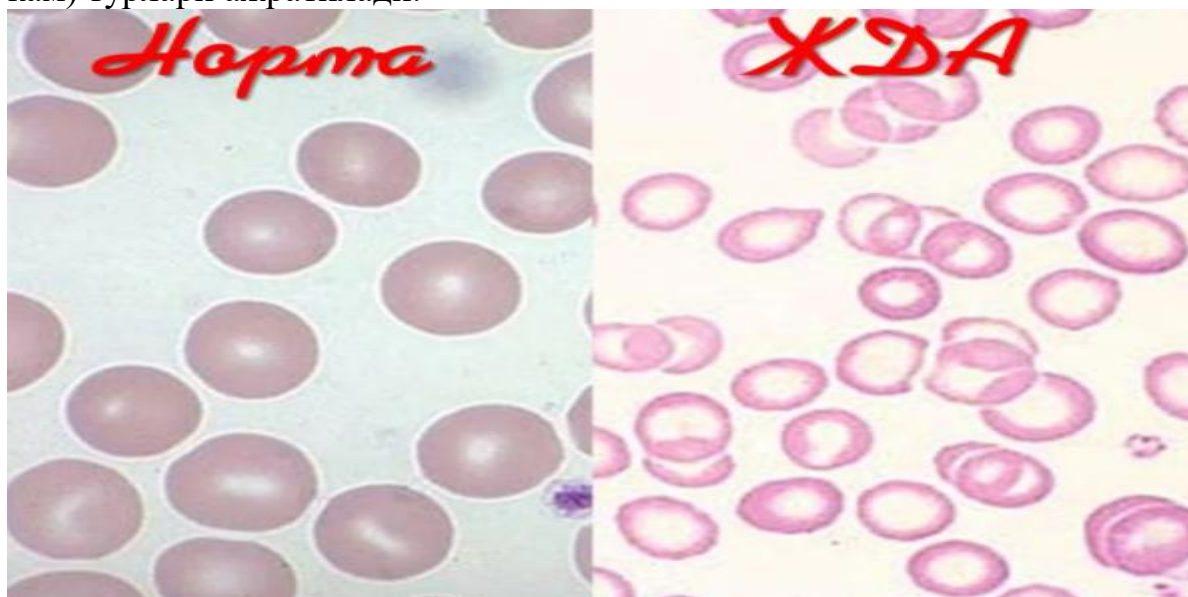
Алиментар омиллар - темир етишмовчилиги камқонлигининг етакчи сабаби.

Хавф гуруҳи: мослаштирилмаган аралашмалар билан сунъий овқатлантирилладиган болалар; қўшимча овқатни кеч бериш; ҳар қайси ёшда фақат ўсимлик, сабзавотлар билан овқатлантириш; рационда сутни кўп ишлатиш (суткада 0,5 л дан юқори).

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

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

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



Клиник кўринишида қуйидаги синдромлар кузатилади:

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

“Эпителиал” синдром. Терининг оқимтирлиги (асосан кафтда, тирноқларда, шиллик қаватларда ва кулоқ 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, кабзият

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

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

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

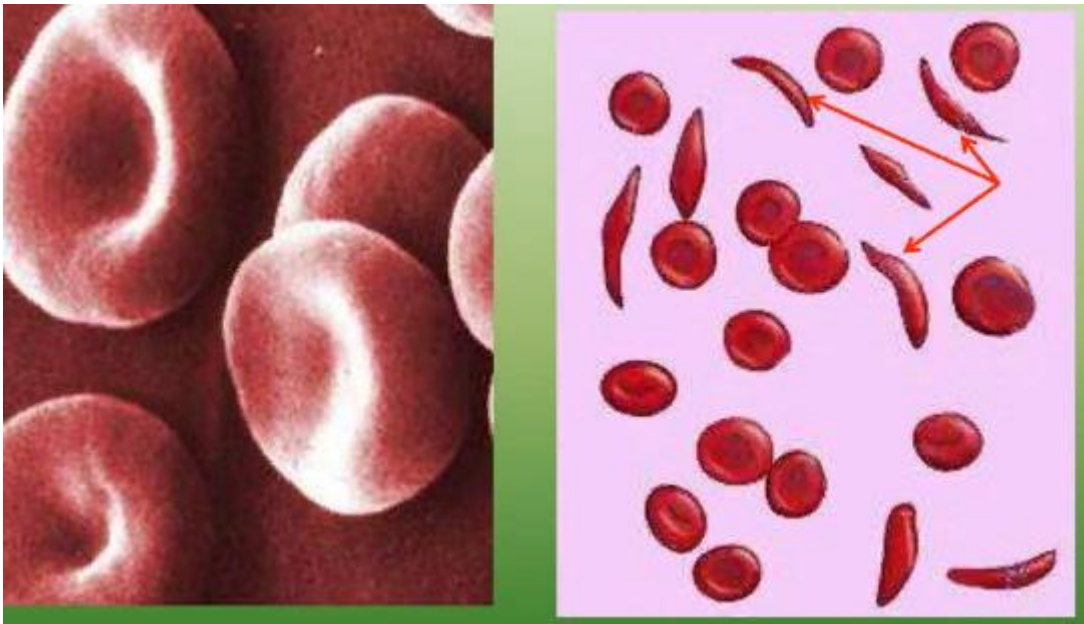
Давоси. Камқонликнинг оғир шаклларида стационар даво кўрсатилади. Болаларнинг кун тартиби фаол бўлиши керак, кўпроқ тоза ҳавода бўлиши зарур. Парҳез билан темир танқисликлигини бартараф этиш мумкин эмас-темир дорилари тавсия қилиш керак.

Антианемик препаратларнинг янги гуруҳлари.

Педиатрияда темир дориларини тавсия қилишнинг умумий усуллари куйидагилар:

- Дориларни асосан ичишга тавсия қилиш, парентерал юборишни чеклаш, чунки, дориларнинг ножўя таъсири юқори бўлади (аллергик реакция, инъекциядан кейинги абсцесс ва флебитлар, гипотензия, бактериал инфекцияларга хафв юқори, гемосидероз ва бошқалар);

- Дорининг суткалик дозаси элементар темир бўйича 5-6 мг/кг; юқори доза даво самарадорлигини оширмайди, ammo 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 холати йўқ;
 - Темир дориларни парентерал тавсия қилишга кўрсатмалар: ичакда сўрилишнинг бузилиши, темир дориларини ичганда қабул қилаолмаслик. Препаратлар вена ичига 25 мг дозада томчилаб юборилади, кейин 3 кунда 50 мг юборилади. Курс тамомлангандан кейин темир дорилари ичишга буюрилади.
 - Темир дориларини қўллашда кутилаётган натижалар: 72-96 соатдан кейин ретикулоцитознинг кўтарилиши ва 7-10 кундан кейин гемоглобин миқдорининг кўтарилиши (яхши натижа ҳафтада 5 г/л) ҳисобланади. Гемоглобин миқдори нормаллаштирилгандан кейин темир дорилари билан даволаш темирнинг тўқимадаги депосини тиклаш учун 4-6 ҳафтагача давом эттирилади. Темир дорилари билан даволаш вақтида қон зардобиди унинг миқдорини аниқлаш маълумотли ҳисобланмайди.
 - Эритроцитар масса қуйиш ҳаёт кўрсатмасига асосан, гемоглобин миқдори 70 г/лдан кам бўлса буюртирилади. Тоза қон қуйишга шошилмаслик зарур.
- Профилактикаси.* Аёлларда темир танқислигини олдини олишдан бошланади. Чала туғилган болаларда 1-ойлигидан бошлаб профилактик доза сутка давомида 2 мг/кг берилади. Болалар овқатланишида таркибига темир дорилари қўшилган бўтқаларни бериш тавсия қилинади.
- Ҳозирги кунда мамлакатимизда камқонликни олдини олиш учун қуйидаги дастурлар амалга оширилмоқда
 - Бугдой унини микронутриентлар ва темир моддаси билан бойитиш



Соғлом ва ўроқсимон хужайрали анемияли бесор эритроцитлари микроскоп остида.

- Темир препаратларини профилактик миқдорда ҳафтада 1 мартаба (чоршанба куни) истеъмол этиш
- Тўғри овқатланишни тарғибот қилиш
- Жамоат ташкилотларни, ахборот воситаларни тарғибот ишларига жалб этиш

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

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

Этиологияси ва патогенези. Етук туғилган, рационал табиий овқатланишда бўлган чақолоқларда фолат кислотага талаб қониқарли бўлади. Сабаблари: абсорбциянинг туғма бузилиши ва фолат алмашинувининг бузилиши (кам ҳолларда), ортирилган 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.

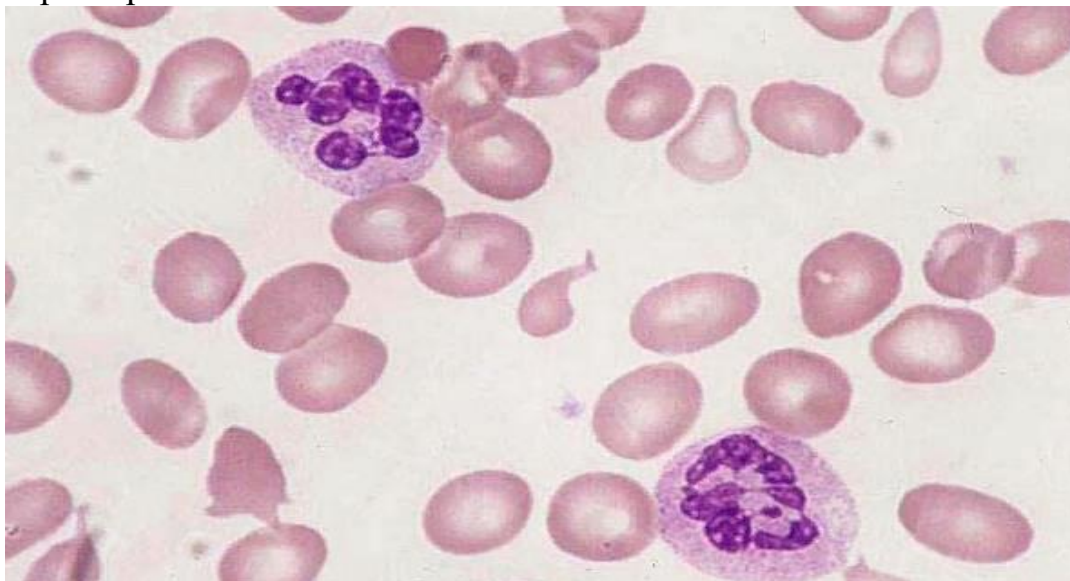
Фолат кислота танқислиги камқонлиги эчки сути билан боқилган болаларда кузатилади. Суяк илигида ва периферик қонда мегабласт ўзгаришлар 3-3,5 ойдан кейин пайдо бўлади.

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.



Мегалобласт анемия

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 танқисликлги камқонлигида пешобда метилмалон кислотаси ажралиши кўтарилган, уни фолат кислота камқонлигидан фарқлайди.

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

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

Очлик ва фақат углеводли овқатланишда оқсил танқислиги ривожланади. Глобин синтези ва оқсиллар функцияси бузилади, эритроцитлар, эритропоэз продукцияси камаяди, гормонлар ва ферментлар ишлаб чиқарилиши камаяди. Умумий дистрофик бузилишлар хос. Блефарит, тери соч дисхромияси, синувчанлиги, кайт қилиш, ич кетиши, жигар қаттиқланиши ва катталашуви характерли. Анемиянинг оғир турига характерли, норморегенератив, нормохром, нормоцитар, лекин яққол анизо- ва пойкилоцитоз. Эритроцитлар яшаши икки мартага камаяди. Қон зардобиди оқсил камаяди, яққол диспротеинемия.

Масалан: Квашиоркор касаллигидаги анемия.

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

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

- 1.Профилактика хомилдорларни даволаш, чала туғилишни олдини олиш, хамма ёшда рационал овқатлантириш, касалликларни (диарея, қон кетиши) даволаш. Диспансер кузатув, йилда камида икки марта умумий қон тахлили ва зардобдаги темирни аниқлаш. Хозирги кунда мамлакатимизда камқонликни олдини олиш учун қуйидаги дастурлар амалга оширилмоқда.
- 2.Буғдой унини микронутриентлар ва темир моддаси билан бойитиш
- 3.Темир препаратларини профилактик микдорида ҳафтада 1 мартаба (чоршанба кун) истеъмол этиш.
- 4.Тўғри овқатланишни тарғибот қилиш.
- 5.Жамоат ташкилотларни, ахборот воситаларни тарғибот ишларига жалб этиш.

2-амалий машғулот: Чақалоқларда асаб тизимининг перинатал зарарланиши синдроми. Туғруқ жароҳатлари. 2 соат.

Ишдан мақсад: Туғруқ жароҳатларининг таснифи, кечиш хусусиятлари, турларига қараб даволашни қўллаш.

1. Асаб тизимининг перинатал зарарланиши сабаблари, диагностикаси, даволаш ва профилактикаси.

2. Туғруқ жароҳатлари, турлари, диагностикаси ва даволаш.

Масаланинг қўйилиши:

Ушбу амалий иш давомида қуйидагиларни **билиши лозим**

1. Юмшоқ тўқималар шикастланиши
2. Бош мия ичи қон кетиши
3. Интравентрикуляр (ИВҚ) ва перивентрикуляр (ПВҚ) қон кетишлар
4. Орқа мия зарарланиши

Ишни бажариш учун намуна

Амалий машғулот ни мустахкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

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

Орқа миянинг, елка чигалининг травматик шикастлари.

Янги туғилган чақалоқларда орқа мия шикастланиши КИТШга караганда камроқ учрайди. 40-85% ҳолларда ўлимдан кейин ташхис қўйилади ва фақатгина 20% ҳолларда орқа мия шикастланиш ўлимнинг бевосита сабаби ҳисобланади.

Этиологияси. Чўзилувчанлик хусусияти анчагина бўлганлиги боис умуртқа поғонаси туғруқ шикастлари орқа мия шикастларига солиштирганда кам учрайди: бошни фиксацияланган ҳолатида танани тракциялашда умуртқанинг компенсатор чўзилиши 4 см гача етади, орқа мияники эса фақат 0,4-0,5 см. Шу билан бирга чақалоқларнинг умуртқа поғонаси бойлам-мускул аппаратининг заифлиги сабабли унинг барча бўғимларининг барқарор бўлмаслиги билан фарқ қилади. Шунинг учун, ҳатто энг кичик даражадаги куч билан букиш, чўзиш, эгиш, бошни ёки тосни айлантириш умуртқаларнинг силжишига, бойлам ва мушакларнинг узилишига, орқа мия қисилишига олиб келиши мумкин. Орқа мия шикастланиши ривожланишининг негизида умуртқа ва орқа мияга таъсир қиладиган учта асосий механизм ётади: букувчи-компрессияли, дистракцияли, ротацияли.

Шикастланишга олиб келадиган асосий омиллар бўлиб гипоксия, коагулопатия, томирлар мальформацияси ҳисобланади.

Юқоридаги патологик механизмларнинг таъсири остида қуйидаги бузилишлар юзага келади.

– ўмуртқа поғонаси шикастланишлари (чиқишлар, кичик чиқишлар, атлант-аксиал ва умуртқалараро бўғимларнинг уларда капсула сиқилиши натижасида блокланиши, умуртқа таналарнинг жойидан силжиши – 1-2 та умуртқалар дислокацияси);

– орқа мия ва унинг қобикларига қон қуйилишлари:

а) эпидурал (юқори-бўйин ва бўйин-кўкрак бўлимлари – 40-85%) қон кетишлар оғир нафас бузилишларига олиб келади;

б) субдурал (камрок кузатилади – 10-14%); бундай қон кетишда орқа миянининг катта қисми «енг» шаклида ўралади, бу бола ҳаёти учун катта хавф туғдиради;

– умуртқа артериялари ҳовузларидаги ишемия, орқа мия шиши;

– умуртқалараро дисklarнинг шикастланиши.

Травматик шикастлар билан бир қаторда ишемик шикастланишлар бўлиши мумкин ва жараёнга орқа мия томирлари қўшилиши ҳам кузатилади, бу жуда кам учрайди.

Таснифи. Ҳозирги вақтда орқа мия, елка чигалининг шикастланишлари X кайта кўриб чиқилган КХТ бўйича таснифланади:

P14. Периферик нерв тизимининг туғма шикастланиши.

P14.0. Туғруқ шикастидаги Эрба фалажи.

P14.1. Туғруқ шикастидаги Клюмпке фалажи.

P14.2. Туғруқ шикастидаги диафрагмал нерв фалажи.

P14.3. Елка чигалининг бошқа туғруқ шикастлари.

Клиник манзара. Орқа мия шикастланишининг клиник манзараси морфологик бузилишларнинг ифодаланганлик даражасига ва шикастланиш сатҳига боғлиқ. Бунда қуйидаги манзаралар бўлиши мумкин:

– орқа мия шоки (C1 -CIII),

– Кофферат синдромида нафас олиш бузилишлари (CIII–CIV);

– қўлларнинг проксимал бўлимида функцияларининг қўпол бузилиши ва оёқларнинг спастик шоллиги билан бирга кечадиган Дюшен–Эрба шоллиги ва фалажи (CV–CVI);

– Горнер симптоми (птоз, миоз, энофтальм) ва оёқларнинг спастик шоллиги билан бирга қўлларнинг дистал охирида функцияларнинг қўпол бузилиши билан кечадиган Дежерин–Клюмпке пастки дистал шоллиги ва фалажи (CVII–ThI);

– оёқларнинг спастик шоллиги билан бирга кечадиган Керрер фалажи – қўлларнинг тотал фалажи (CV–ThI).

Орқа миянинг кўкрак бўлими шикастланиши (ThI–ThXII) кўкрак қафаси мускулларининг функцияси бузилиши натижасида нафас олиш издан чиқишлари билан кечади. Жараёнга орқа миянинг ThIII–ThVI сатҳидаги сегментлари қўшилганда оёқларнинг спастик шоллиги пайдо бўлади.

Орқа миянинг пастки кўкрак сегментлари шикастланиши “ёйилган қорин” симптоми билан намоён бўлади.

Орқа миянинг бел-думғаза соҳасида шикастланиши пастги сўст шоллик билан намоён бўлади. Жараёнга думғаза бўлимлари йўшилганда тос аъзолари функциялари бузилади.

Умуртқа поғонасининг бўйин бўлими шикасти бўлганда, одатда, болани холати ўзгаритирилганда, уни қўлга олганда, ва Робинсон рефлекси текширилганда оғриқ синдроми бор бўлади.

Юқори бўйин сегментлари (CI–CIV) шикастланганда орқа мия шоки клиник манзараси кузатилади, шок фожиали, оғир ва ўртача оғир кечиш вариантларига эга бўлиши мумкин.

Краниоспинал шикастланиш сатҳида клиник манзара ҳалокатли бўлади, ўлик туғилиш ёки ҳаётининг биринчи соатларида нафас ва кучайиб борадиган юрак-қон томир издан чиқишлари сабабли ўлим билан тугайди.

Оғир вариант бўшашганлик, адинамия, мушакларнинг тарқоқ гипотонияси, «қурбақа» вазияти, гипо-, арефлексия, пай рефлексларининг кескин пасайиши ёки йўқлиги, ихтиёрий ҳаракатларнинг тўлиқ фалажи, шикастланиш жойидан дистал томонда сезувчанлик йўқлиги ёки спастик тетрашоллик, гипотермия, артериал гипотензия ривожланиши, туғилган пайтдан бошлаб РДС, сийдик тутилиши ёки даврий сийдик тутолмаслик, қорин дам бўлиши, ичак шоллиги билан намоён бўлади. Янги туғилган чақалоқ ўлимининг сабаби туғилишдан кейинги РДС ва асфиксия хуружлари, шок бўлади.

Ўртача оғирликдаги кечишда орқа мия шоки клиник манзараси анча қисқа вақтли, ҳаракат ва рефлектор бузилишлар кам ифодаланган.

Метаболик касалликлар оғир нафас олиш етишмовчилиги учун хос.

Диафрагма шоллиги (CIII–IV, Кофферат синдроми) елка чигали (*n. frenicus*) ёки орқа мия шикастланишида ривожланади. Синдром алоҳида кузатилиши мумкин, ammo 75% ҳолларда у юқори шоллик ёки қўлнинг тотал фалажи билан бирга келади. Диафрагмал нервнинг шикастланиши кўпинча Дюшен–Эрбанинг чап томонлама шоллиги билан бирга кузатилади. Диафрагмал нерв шоллигида етакчи синдром – нафас издан чиқиши синдромидир. Болани кўздан кечирганда қуйидагилар аниқланади: кўкрак қафаси ассиметрияси, унинг шикастланган томнининг нафас ҳаракатларида орқада қолиши, парадоксал нафас олиш, шоллик мавжуд томонда аускултация ўтказилганда сустлашган нафас фонида крепитация ва крепитацияланувчи хириллашлар эшитилиши мумкин.

Рентгенологик сурат характерлидир: шикастланиш томонда диафрагма гумбазининг баланд туриши, чуқур қовурға-диафрагма синуслари, соғлом томонда компенсатор эмфизема туфайли диафрагма гумбазининг бироз текисланганлиги. Кўкс оралиғи аъзоларининг қарама-қарши томонга силжиши кузатилиши мумкин. Оғир шоллик ҳолатида, кўп ҳолларда, диафрагма функцияси 6-8 ҳафта ичида тўлиқ ёки қисман тикланади.

Дюшен–Эрб шоллиги ва фалажи орқа миянинг CV–CVI сегментлари ёки елка чигали травмасида ривожланади. Қуйидаги симптомлар клиник манзарага хос: травматик бўйин қийшиқлиги сабабли бош шикастланган томонга эгилган, шикастланган қўл тана бўйлаб жойлашган, тирсак бўғимида ёзилган, ичкарига буралган, елка бўғимида ротация билан эса пронация ҳолатида, панжа кафт томонга букилган ҳолатда орқага ва ташқарига бурилган. Проксимал бўлимларда мушаклар тонуси пасайган, бу елкани узоқлаштиришни, ташқарига буришни, горизонтал сатҳгача кўтаришни, тирсак бўғимида букишни ва билакни мупинация қилишни қийинлаштиради. Болани кафтга пастга қаратиб ушлаганда шол бўлган қўл пастга осилиб қолади, соғлом қўл эса танадан чуқур бўйлама бурма билан ажралган бўлади – бу “кўғирчоқ қўли” симптоми. Қўлтиқ ости соҳасида оролча кўринишидаги бурмаларнинг кўплиги – «қўлтиқ ости оролчалари» ва шол бўлган елканинг

проксимал бўлимида тери тортишмаси қайд қилинади. Шикастланган қўлдаги пассив ҳаракатлар оғриқсиз, “чертиш (қарсиллаш)” симптомини аниқлаш мумкин. Моро, Бабкин ва ушлаб олиш рефлекслари пасайган, болдирнинг икки бошли мушаги пай рефлекси йўқ. Орқа миянинг CV–CVI сегментлари шикастланганда жараёнга пирамида йўллари қўшилади, бу шикастланиш томондаги оёқда пирамидал етишмовчилик симптомлари (тизза ва ахил пайи рефлекслари кучайиши, кам ҳолларда – сонни яқинлаштирувчи мушаклар тонуси ошиши) билан намоён бўлади. Кўпинча Дюшен – Эрба проксимал фалажи ўнг томонда юзага келади, икки томонлама бўлиши ҳам мумкин.

Дежерин–Клюмпке пастки дистал фалажи орқа миянинг CVII–ThI сегментлари ёки елка чигалининг ўрта ва пастки тизимчалари шикастланганда пайдо бўлади. Фалажлик қўлнинг дистал бўлимларидаги функцияларининг кўпол бузилишлари билан кечади: кафт ва бармоқларнинг букиш функциялари кескин пасайган ёки йўқ, тирсак бўғимида ҳаракатлар бўлмайди. Билак нерви шикастланган вазиятларда қўл панжаси «тюлень панжаси», тирсак нерви шикастланганда – «чангалли (тирноқли) панжа» кўринишга эга бўлади. Панжа рангпар, цианотик тусга эга – «ишемик қўлқоп» симптоми, пайпаслаганда совуқ, мушаклар атрофияланган, кафт яссиланган. Елка бўғими функцияси бузилмаган, ҳаракатлар сақланган, Моро рефлекси пасайган, Бабкин рефлекси ва ушлаш рефлекси йўқ. Бўйин симпатик толалари шикастланиши натижасида шикаст томонида Бернар–Горнер синдроми (птоз, миоз, энофтальм) аниқланади.

Қўлнинг тотал фалажи (Керер фалажи) орқа миянинг CV–ThI сегментлари ва елка чигалининг мос илдизчалари зарарланишида ривожланади. Клиник жиҳатдан қўлларнинг суст шоллиги ва оёқларнинг спастик шоллиги, Бернар–Горнер синдроми билан бирга трофик издан чиқишлар билан намоён бўлади ва кўпинча иккала томонда кузатилади. Елка чигалининг мос илдизчалари шикастланган вазиятларда клиник манзара ўхшаш хусусиятга эга, фақат оёқлардаги симптоматик ўтказувчанлик йўқлиги билан.

Орқа миянинг кўкрак бўлими (ThI–ThXII сегментлари) шикастланиши клиник жиҳатдан кўкрак қафасининг нафас олиш мушакларининг дисфункцияси натижасида (диафрагма нафас олишни амалга ошираётган вақтда мушаклар ичкарига ботиб кетади) нафас қисилиши билан намоён бўлади. Патологик жараёнга орқа мия сегментларининг ThIII–ThVI сатҳида қўшилиши пастки спастик шоллик билан намоён бўлади.

Орқа миянинг пастки кўкрак сегментларининг шикастланиши қорин олд девори мушакларининг иннервацияси бузилганлиги натижасида “ёйилган қорин” белгиси билан намоён бўлади. Бундай болаларнинг йиғиси суст, аммо қорин олд деворига босилганда йиғлаш анча кучаяди.

Орқа миянинг бел-думғаза бўлимидаги туғруқ шикасти қўллар ҳаракати фаоллиги сақланган ҳолда пастки суст шоллик билан намоён бўлади. Оёқларнинг мушак тонуси пасайган, фаол ҳаракатлар кескин чекланган ёки йўқ. Оёқлар “қурбақа вазияти” да, болани вертикал ҳолатга келтирганда оёқлари осилган, таняч, автоматик юриш ва Бауэр рефлекслари йўқ, тизза ва ахилл пайи рефлекслари сусайган, “қўғирчоқ оёғи” симптоми аниқланади. Жараёнга думғаза бўлимлари қўшилганда анал рефлекс йўқолиб кетади, ануснинг кенг очилиб туриши, сийдик ва нажас тутолмаслик кузатилади. Кейинчалик думба мускуллари гипотрофияси (“тешилган копток” симптоми), сонлардаги бурмаларнинг текисланганлиги, оёқ мушакларининг атрофияси, болдир-панжа бўғимлари соҳаларида конрактуралар ривожланиши билан намоён бўладиган трофик издан чиқишлар кучайиб боради.

Қисман ёки тўлиқ узилиш билан келган орқа мия шикастланишларида (асосан бўйни ва юқори кўкрак бўлимларида) характерли клиник манзара бўлиб шикастланиш сатҳида суст шолликлар (фалажлар) ва шикастланиш сатҳидан пастда спастик фалажлар ҳисобланади. Чаноқ аъзолари функциялари бузилишлари (ихтиёрсиз сийдик чиқиши, дефекация ёки қабзиятлар) бор. Орқа мия узилишидан кейинги ҳатнинг биринчи соатларида ёки кунларида неврологик симптоматика худди бош ми қон кетишлари, шиши, шокдагидек

бўлиши мумкин, ва бола спинал неврологик белгилар пайдо бўлмасдан олдин бир нечта соатлар ичида вафот этиши мумкин.

Диафрагмал нервларнинг травматик шикастланишлари 80-90% ҳолларда елка чигалининг травматик шикастлари (тотал ва проксимал) билан бирга келади. Бир томонлама шолликлар клиник жиҳатдан деярли симптомсиз ёки нафас олиш етишмовчилигининг минимал белгилари билан кечади. Диафрагманинг икки томонлама шоллиги клиник жиҳатдан ҳаётнинг биринчи соатларидан бошлаб нафас олишнинг кучли бузилиши билан кечади, бу кўпинча респиратор ёрдамни тақоза қилади.

Кўкрак қафаси рентгенографиясида шикастланган томонда диафрагма гумбазининг баланд туриши ва паст ҳаракатчанлиги қайд қилинади.

Ташхислаш. Бош ва орқа миянинг туғруқ шикастланишларини ташхислашда анамнез (ҳомиладорлик ва туғиш жараёнининг хусусиятларини баҳолаш), бош мия ва орқа мия шикастланишининг ўзига хос белгилари клиник манзараси, лаборатор ва инструментал диагностика (қоннинг умумий таҳлили, Нt, КАХ, люмбаль пункция, нейросонография, иккита проекциядаги рентгенография, КТ, МРТ) катта аҳамиятга эга.

Даволаш. Орқа мия ва елка чигалининг травматик шикастланишларини даволашда қуйидаги тамойилларга риоя қилиш керак.

Муҳофазат тартибига риоя қилишни таъминлаш. МИТШда кроватнинг бош томонини кўтариброк қўйиш, умуртқа поғонасини ҳаракатсизлантириш («пеллот» сандиғи, Шанц ёқаси, гипсли (полихлорвинилли) кроватча, зараланган кўл-оёқни учта бўғимни олган ҳолда 20 кунгача «овоз берувчи» физиологик ҳолатда фиксациялаш.

Зонд орқали озиқлантириш. Сўриш рефлекси бўлган ҳолда ҳам бола аҳволи барқарорлашгунча зонд орқали овқатлантириш керак.

Оксигенотерапияни бажариш. Оксигенотерапия усули клиник-лаборатор маълумотлар билан белгиланади.

Инфузион терапияни ўтказиш. КАХ, электролитлар мувозанати ва углевод алмашинуви бузилиши коррекция қилиниши керак.

Дори терапиясини амалга ошириш:

- орқа мия шикастида оғриқ синдромини бартараф қилиш учун вена ичига ёки мушак орасига 50%ли аналгин эритмасининг 0,1 мл; кучли оғриқларда – фентанил 2-10 мкг/кг ёки морфин, промедол – ҳар 2-3 соатда 0,1-0,2 мг/кг;
- кўзғалиш синдроми ва талваса синдромларида седатив воситалар қўлланилади (қаранг: талваса синдроми); наркотик моддалар ишлатилмайди;
- дегидратция салуретиклар: лазикс – 1 мг/кг, верошпирон – кунига 2-4 мг/кг; осмодиуретика: маннитол, жалб қилади, сорбитол – 5-6 мл/кг билан олиб борилади;
- антигеморрагик терапия қуйидагиларни ўз ичига олади: витамин К – 1 мг/кг, дициноннинг 12,5% ли эритмаси, этамзилат – 10-15 мг/кг, янги музлатилган плазма – 10-15 мл/кг;
- антиоксидант терапия қуйидагиларни ўз ичига олади: аевит – 0,1 мл/кг, витамин Е – 10% ли мойли эритмаси – 0,1 мл/кг;
- марказий ва периферик қон айланишини меъёрлаштириш адреналинни, атропинни – 0,05-1,0 мкг/кг, 0,5% ли дофамин эритмасини, 4% ли допмин эритмасини – 0,5-10 (15) мкг/кг/дақиқа, добутрексни, добутаминни – 2,0 – 10,0 (20) мкг/кг/дақиқа титрлаш орқали олиб борилади;
- ўткир даврнинг охирига келиб МНТ ва орқа мия функциясини меъёрлаштириш учун седатив самарага эга ноотроп препаратлар буюрилади: фенибут, пантогам – кунига 40 мг/кг, лекин 2 маҳал ичишга дозада кунига 100 мг дан кўп бўлмаган ёки стимулловчи таъсирига препаратлар: пирацетам – 50 -100 мг/кг/кун, пикамилон – 2 маҳал чабул қилиш дозасида кунига 1,5-2,0 мг/кг дан, амалинон – кунига 2 марта 0,125 мг дан, энцефабол кунига 20-40 мг/кг;
- ўткир ости даврида мия қон айланишини яхшилаш учун трентал, кавинтон, винпоцетин – 1 мг/кг/кун, танакан – 1 кг га 1 томчи кунига 2 маҳал; МНТдаги метаболик жараёнларни яхшилаш учун актовегин ишлатилади – 0,5-1,0 мл (80 мг/кг)дан мушак ичига, томир ичига;

– нерв-мушак ўтказувчанлигини яхшилаш мақсадида дибазол, галантамин, прозерин ишлатилади, нерв толаларининг миелинизациси учун ҳаётнинг 1-ҳафтаси якунида витамин В1, В6, 2-ҳафтаси охирида – витамин В12 0,5-1,0 мл дан тайинланади, умумий курс 15-20 та инъекциягача.

Физиотерапияни амалга ошириш. Ҳаётнинг 8-10 кунидан бошлаб бўйин бўлимига 10-12 муолажа курси билан 0,5-1,0% ли эуфиллин ёки никотин кислотаси электрофорез шаклида физиодаво тайинлаш кўрсатилган.

Гимнастика ва укалашни бажариш. Улар ўткир жараёнлар сусайганда кўрсатилган.

МИТШнинг фавқулудда вазиятларида интракраниал гематомаларни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш керак.

3-амалий машғулот: Болаларда ОИВ/ОИТС касаллигини даволаш усуллари ва стандартлари. 2 соат

Ишдан мақсад:

ОИВ/ОИТС касаллигини кечиш хусусиятлари, босқичларига қараб даволашни қўллаш. Асосий гуруҳ антивирус препаратларни билиш.

Ишни бажариш учун намуна

Амалий машғулот ни мустахкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

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

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

- 1.60 ёшдан ошмаган одамларда Капоши саркомаси аниқланса;
- 2.1-2 ойдан узоққа чўзиладиган сурункали ич кетар касаллигида энтеропатоген микроблар топилмаган ва кўп миқдорда криптоспорадиум топилса;
- 3.узоқ чўзиладиган номалум иситма бўлганда;
4. марказий нерв тизимсининг лимфомаси ривожланганда;
- 5.одатдаги химиотерапия усули билан даволашда тuzалмайдиган ва пневмосист қўзғатган Зотилжам аниқланганда;
6. бемор сабабсиз озиб 10% ортиқ вазини йўқотганда;

7. номалум сабабли лимфопения бўлганда;

8. ҳар хил бактериялар, вируслар, замбуруғлар, бир хужайрали, содда жониворлар, кўзгатадиган ва тез-тез қайтарилиб турадиган экзоген ва эндоген реинфекциялар кузатилганда.

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

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

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

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

1. Иммунофермент усули.

2. Радиоиммунологик анализ усули.

3. Умумий иммунологик усули.

4. Иммунобиологик усули.

Иммунофермент усулида қондаги антитело ва унинг концентрациясини аниқлаш учун махсус тест тизим-диагностикум - антиген ферментлар билан иш олиб борилади. Радиоиммунологик усулида - антителоларни аниқлашда изотоплардан фойдаланилади. Умумий иммунологик усулда иммуноглобунлар фракциясини аниқлаш йўли билан иш олиб борилади. Иммунобиологик усули 2 марта ижобий натижа берса, иммунобиологик усулида яна қайта текширилади. Бунда вируснинг баъзи бир оқсилларга қарши пайдо бўлган антителолар аниқланади. Агар иммунобиологик усули ижобий натижа берса, ОИТС ташхиси ижобий бўлади. ОИВ инфекциясига текширув ишлари шифокор пациент келишилган ҳолда, аноним (яширинча) тарзда олиб борилиши керак. Текшириш учун қон олиш ва уни лабораторияга юборишда тасодифан зарарланишнинг олдини олиш чораларини кўриш зарур. Ҳозирги

вақтда кўпгина ривожланган мамлакатларда мутахассис олимлар томонидан ОИТС ни даволашда самарали натижа берадиган дори-дармонлар тайёрлаш устида кенг кўламда илмий изланишлар олиб борилмоқда. Ҳар хил кимёвий тузилишга эга бўлган ОИВ вирусига қарши таъсирга эга бўлган синтетик дори воситалар яратилмоқда. Лекин бу воситаларнинг таъсири биологик шароитда (организмда) пучга чиқмоқда. Касалликни даволашда қуйидаги тамойилларга амал қилиш керак:

1.ОИВ вирусига таъсир қилиш.

2.Организмнинг химоя (иммун) қобилятини яхшилаш, кучайтириш (иммуностимуляция)

3.Касалликка ёндош бўлган (оппортунистик) касалликларга қаратилган даволаш ишларини олиб бориш. Бир неча йиллар давомида олиб борилган изланишлар натижасида ҳам ОИВ вирусига таъсир кўрсатувчи дори яратилгани йўқ¹. Россияда Фанлар Академияси молекуляр биология илмий-текшириш институтида синтез қилинган препарат азидотимидин вирусга қарши қисман таъсир кўрсатиши ва ОИТС нинг сўнгги босқичларида беморнинг умрини узоғи билан бир йилгача чўзиб туриши мумкин. Лекин азидотимидин ўта заҳарли бўлиб суяк кўмигига таъсир қилади. Азидотимидин америкалик олимлар томонидан ҳам ОИТС ни даволашда текшириб кўрилди, лекин самара ижобий бўлгани йўқ. Олимлар яратилган дори-дармонлар таъсирини самарасиз бўлаётганлигини ОИВ вирусининг биологик хусусиятлари билан боғлашмоқда, чунки вирус ўз тузилиши ва хоссасини тез-тез ўзгартириб туриш хусусиятига эга. Шунга қарамасдан касаллик вирусига таъсир этувчи жуда кўп дорилар яратилган бўлиб, улар клиник синовдан ўтказилмоқда.

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

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

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

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

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

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

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

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

ОИТСни вертикал йўл билан юқиш йўлини тўсиш тиббиёт ходимлари соҳасида жуда катта масъулият юкланмоқда, чунки касалликнинг онадан

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

Умуман олганда, вакцина олдида куйидаги талаблар қўйилади:

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

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

ОИТСнинг клиник белгилари ва диагностикаси.ОИТСнинг клиник ривожланиши бир неча даврларга бўлинади: Касалликни яширин (инкубацион) даври, 2-3 ҳафтадан 1-2 ойгача ва айрим малумотларга қараганда 3-5 йилгача давом этиши мумкин. Касаллик жинсий йўл билан юқса яширин даври қисқа бўлади. Гомосексуалистларда яширин давр 8 йилгача давом этади.1.Касаллик

бошланишидан олдинги давр, продмал даври:1 ойдан 6 ойгача бўлиб носпецефик кўринишда кечади. Бу давр ўз навбатида 3 босқичдан иборат) ўткир иситма босқичи.б) белгисиз босқичи.с) лимфоаденопатиянинг кучайиш босқичи.2. Касалликнинг ўткир ривожланган даври. Бу давр эса ўзнавбатида уч босқичдан иборат. а)Биринчи босқичда тана ўз массасини 10 % йўқотади, терива шиллиқ қаватларнинг устки қисми замбуруғ вирус ва бактериялар билан зарарланади.б) Иккинчи

босқичда тана массаси 10 % дан кўп йўқолади, номалум диарея ёки иситма 1 ойгача давом этади, ўпкатубиркулёзи, ички органларни бактерия, вирус, замбуруғлар билан зарарланиши Капоши саркомасининг вужудга келиши билан характерланади.с)Учинчи босқичда юқоридаги касалликларнинг оғирланиши Зотилжам, ҳазм қилиш тизимининг кандидоз, Капоша саркомасининг кучайиши, марказий нерв тизимсининг зарарланиши.3.

Касаллик тугалланиш даври. ОИТСнинг клиникаси ҳар турли оппортунистик (ёндош) инфекция ва инвазиялар ҳамда хатарли ўсма касалликларнинг симптомилекслари билан характерланади^{1,2}.

ОИТСнинг зарарланган оналардан болаларга ўтиши 25-30% ни ташкил этади. Ҳомиладорликнинг ўзи ОИТСнинг ривожланишига яхши шароит яратиб беради, ҳамда шу билан бирга иммунитет бузилиши билан кузатилади, хусусан ҳужайрали иммунитет депрессияси билан кечади. Нормал ҳомиладорлик вақтида бош мезон бўлиб, учунчи ойликда Т-хелперлар миқдори Т-супрессорларга нисбатан пасайиб кетади. Туғилишдан уч ой муддат ўтганидан кейин иммунитет тикланади. Ҳомиладор аёлларда ОИТСга нисбатан мойиллик юқори бўлади ҳамда ОИВ билан зарарланган аёлларда туғилиш жараёни касалликни яна ҳам тез ривожланишига туртки бўлади. Гўдакларни касаллик юқтириб олиш вақти асосан бачадонда, туғилиш йўлларида ва туғилгандан кейинги вақтга тўғри келади. ОИВ йўлдош орқали кириш хусусиятига эга. Гўдакларни зарарланиши она сути билан эмиш даврида бўлиши ҳам мумкин, чунки она сутида вирус доим топилади. Шундай ҳодисалар ҳам бўлганки, бемор онадан туғилган эгизакларнинг бири соғ

иккинчиси зарарланган ҳолда туғилган. Онадан касаллик юқтириб олган гўдакларда асосан 4-6 ой ўтганидан сўнг беморлик бошланади ва улар икки йил мобайнида ўлиб кетадилар. ОИТС болаларда алоҳида хусусиятлари билан ажралиб туради. Уларда касалликни яширин даври катталарникига нисбатан қисқароқ бўлади, яни йиллар бўйича давом этмай бир неча ойни ташкил қилиши мумкин. Болаларда касаллик бошланган вақтда диагноз қўйиш (1 ёшгача вақтда) анча қийин. Бу шу билан тушунтириладики, болалар қонида ОИВга қарши антитаналарни аниқлашда қийинчилик муаммолари, яни гўдак ҳомила вақтида йўлдош орқали она қорнида антитана олганлиги ёки вирус билан зарарлангандан кейин бола организмида ишлаб чиқарила бошланган масала аниқ эмасдир. Бу муаммони вирус ажратиб олгандан кейин ҳал қилинади. Лекин буни ечиш қийин. Бу вақтда болаларда нафас йўлларида қайталанувчи инфекцияси лимфоидли интерстициал Зотилжам кузатилади. Болаларда марказий нерв тизимсининг зарарланиши натижасида уларда ўсишнинг камайиши кузатилади. Масалан: бола шу ёшга хос ривожланишида ўтириш ва гапириш керак бўлган ҳолда бундай хусусиятларни йўқотади. Унда бош ўлчамининг катта бўлиши тўхтайдди. Бошланғич белгиларига тана вазнининг камайиши, сурункали ич кетиш ва бактериал инфекциялар характерлидир. ОИТСга чалинган боланинг иммунологик хусусиятлари алоҳида ўрин тутади, яни уларнинг қонларида иммуноглобулин миқдорининг юқорилиги ва антигенларни киритилиш вақтида антителаларни бир вақтда ишлаб чиқара олмаслик ҳолатлари мавжуд. Шундай қилиб туғилиш вақтида йўлдош орқали ёки қон қуйиш вақтида ОИВ билан зарарланиш келиб чиқади, буни болаларда башорат қилинганда нохуш ҳолатлар билан тугаши аниқланган, уларда МНСнинг зарарланиши ўсиб бориши кузатилади, яни ОИВга бевосита мослашган ҳолатда кечади. Юқорида айтиб ўтилганлар шундай хулосага олиб келади: ОИВ билан зарарланган аёлларнинг туғиши мумкин эмас, фақат зарарланганлар эмас балки ОИВ билан зарарланган эркаклар билан мулоқотда бўлган аёлларга ҳам туғиш тавсия этилмайди.

4-амалий машғулот: Ижтимоий ва эндокрин касалликларнинг педиатриядаги ўрни. Ўсмирлар касалликлари. Артериал гипертензия. Метаболик синдром. Семизликни олдини олиш. Қандли диабет. Эндемик бўқоқ. 2 соат.

Ишдан мақсад: Семизликнинг таснифи, кечиш хусусиятлари, турларига қараб даволашни қўллаш. Диетология муаммолари. Рационал овқатлантириш. 1 тип қандли диабет касаллиги ва уни олдини олиш.

Ишни бажариш учун намуна

Амалий машғулот ни мустахкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

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

Семизлик организмнинг полиэтиологик касаллиги бўлиб, тери ости ёғ клетчаткаси ва тўқималарида ёғларнинг ортиқча тўпланиши билан характерланади. Алиментар-конституционал семизлик наслий характерга эга бўлиб, биринчи навбатда, айниқса ёғ ва углеводларга бой овқатларни ортиқча миқдорда истеъмол қилиш, овқатланиш режимининг бузилиши, жисмоний активликнинг пасайишига боғлиқ булади. Семизликнинг асосида мусбат энергетик балансга боғлиқ модда алмашинувининг бузилиши ётади: овқат билан тушадиган энергия организмнинг энергия сарфидан юқори бўлади, бу эса ё овқатнинг юқори энергия кимматига эгаллиги, ёки уни ҳазм бўлишини бузилишига боғлиқ булади. Семизлик ҳозирги вақтда фақат тиббий эмас, балки социал аҳамият касб этади, чунки жуда кўпгина кенг тарқалган касалликлар - атеросклероз ва юрак ишемик касаллиги, қандли диабет, хафқон касаллиги ва бошқалар ривожланиши учун қулай шароит яратади. Бу касалликлар семиз одамларда 2-3 баробар кўпроқ учраб, эрта ногиронликка ва ўлимга олиб келади (турли касалликлар натижасида вафот этиш семизларда 1,5-2 баробар кўпроқ). Кўпгина касалликларни олдини олиш семизликнинг олдини олиш ва даволаш орқали эришилади. Семизликнинг тарқалиши жуда кенг қўламда бўлиб, аҳоли ўртасида 20-30% ни ташкил қилади ва 40 ёшдан кейин анча кўпроқ учрайди.

семизлик - хавфли омил



Бу шуни кўрсатадики, семизлиги бор шахсларни вақтида аниқлаш ва уларни актив соғломлаштириш ҳозирги вақтда актуал масала ҳисобланади. Маъруза мақсадлари: Талабаларни семиришнинг турли клиник, патогенетик шакллари ташхислаш босқичлари, шу қаторда алиментар семизликни ташхислаш ва даволаш усуллари билан таништириш.

Врачларга муурожаат қилиш бўйича семизлик 10 - 11 ўринни эгаллайди. Асосий, ўзгариб турувчи, назорат қилиниб турувчи тана вазни ёки деподаги энергия миқдори қуйидагиларга боғлиқ;

- 1) қабул қилинган овқат миқдори ва турига;
- 2) организмнинг энергия муҳтожлиги;
- 3) бу миқдор катталиги ўзгармайди, яъни мувозанатни сақлайди.

Тана вазнининг ортиши ва семизлик ҳар хил тушунча бўлсада, одатда тана вазни юқори бўлган одамлар семиз бўладилар. Баъзи профессионал спортчилар ҳаддан ташқари мускулларининг гипертрофияси натижасида стандарт бўй ва вазн жадваллари бўйича ортиқ тана вазнига эга бўладилар, лекин уларнинг ёғ тўқималари ортиқча ёғ сақламайди, ёғ ҳужайралари

катталашмаган. Буларда метаболизм кўрсаткичлари меъёрида бўлади. Семизлик - ёғнинг кўп миқдорда бўлиши (организмдаги ёғ тўқимаси) меъёрида эркекларда 15-20%, аёлларда 20-25%, тўла одамларда 50% ва ундан ортиқ. Аёлларда семизлик кўпинча кеч етилиш ёшида ва эрта қариш вақтида учрайди. Эркекларда эса, эрта етилиш ёшида учрайди. ҳар хил мамлакатлардаги ҳаёт тарзи яхшиланиши билан у камайиб боради. Эркекларда эса бунинг акси кузатилади. Шуниси ёмонки, семиз одамлар, айниқса юқори даражадаги семизликда улар, умуман озмайдилар, ёки даволаш чора - тадбирларидан кейин тез суръатда аввалги вазнларини тиклайдилар. Тана вазнлари 120% дан ортиқ бўлганлар 6-16% ни ташкил этади, тана вазни 110% га ортиқ бўлганлар 10-21% ни ташкил қилади. Болалар ва ёшлар орасида тана вазни 120% дан ортиқлари 5% ни, 110% дан ортиқлари 8,1% ни ташкил қилади.

Семизлик ва бошқа патологиялар.

Коронар касаллик - юрак санчиқ хавфи (стенокардия) ва тўсатдан ўлиш.

Қандли диабет	Вазн камайиши	Эпидемиологик кўрсаткичларнинг яхшиланиши
Артериал гипертония		
Гиперлипидемия		

Семизлик ривожланишида эндокрин системанинг роли.

1. Гиперинсулинемия (инсулинорезистентлик)
2. Гипофизнинг соматотроп функцияси (базал секрецияни пасайиши ва СТГни кечаси ортмаслиги)
3. Гипоталамо - гипофизар - жинсий система (аёлларда ой кўриш, бола туғиш функциясининг бузилиши ва эркекларда жинсий бузилиш).
4. Гипоталамо - гипофизар - буйрак усти беши системаси (АКТГ ва кортизол секрецияси ритмини бузилиши).

5. Гипоталамо - гипофизар - тиреоид система (рецептор резистентлик туфайли периферик тўқимани сезувчанлигини ўзгариши.

Таснифи.

- Алиментар - конституционал - оилавий характер.

- Гипоталамик - гипоталамусни шикастланиши (инфекция, жароҳат).

- Эндокрин - гиперкортицизм, гипотериоз, гипогонадизм, инсулинома.

- Ёғ тўқимасини бўлиниш тури бўйича : Андрондли - ёғтарқалиши тананинг юқори қисмида.

- Гиноидли - ёғ тўпланиши тананинг пастки қисмида.

- Аралаш - нисбатан бир хилда бўлиниш.

- Андронд тури кўпинча НТГ ёки диабет, гиперлипидемия, гиперандроген бузилиши билан бирга келади.

- Семизликни гипертрофик тури - адипоцитлар ўлчамини катталашини.

- Семизликни гиперпластик тури - ёғ хужайраларини миқдори ортини.

- Аралаш тури - адипоцитлар гипертрофияси ва гиперплазиясини кўшилиб келиши. Семизларда ёғ тўқимаси миқдорини камайини фақат ўлчамини ўзгариши билан кузатилади, адипоцитлар сони эса доимий. Калорияларнинг ортинча бўлиши, уларнинг ёғ туқимасида триглицеридлар кўринишида йигилишига олиб келади. Бошка мумкин сабаблардан - генетик, нерв, гормонал, метаболик, ижтимоий - иқтисодий, овқатланишдаги ўзгаришлар киради.

Беморлар шикоят: ҳамроҳ касалликларни оғирлиги, вақти ва ривожланишига боғлиқ бўлади. 1-2 даражасида (алиментар - конституционал шакли) одатда шикоят қилмайди, семизликни анча юқори даражасида: ҳолсизлик, тез чарчаш, меҳнат қобилиятини пасайини, бош оғриғи, таъсирчанлик, атрофдагиларга бефарқлик, уйқуни бузилиши безовта қилади. Юкламада харсиллаш, юракни уриб кетиши, юракда оғрик, оёқларда шиш, бўғинларда оғрик бўлиши мумкин. Ошқозон - ичак йўлларидаги ўзгаришда: жиғилдон қайнаши, кўнгил айниш, оғизда аччиқ сезиш, ўнг қовирға ости оғрик, кузатилади.

Гипоталамик семизликда: бош оғриғи, кўришни бузилиши, ҳамда психоневрологик бузилиши, кайфиятни ўзгариб туриши, уйқучанлик, гипо ёки гипертермия, ташналик, иштаҳани баланд бўлиши, айниқса куннинг иккинчи ярмида, кечаси очкиб қолиш кузатилади. Аёлларда - гипоменорея ёки иккиламчи аменорея ёки менолеетрорригия (гиперэстрогения периферик генезли), бирламчи ёки иккиламчи бепуштлик; гирсутизм, себорея, баъзан алопеция, диффуз фиброз - кистозли мастопация ҳолати бўлиши мумкин. Эркакларда потенцияни пасайиши, сут безларини катталашини, камрок холларда юзда ва танада сочларнинг ўсмаслиги.

Семизликни 4та даражаси ажратилади - тана вазнини кўпайиши - оғирликни 9% гача ортиши.

1 - даража - тана вазнини идеалдан 29%га ортиши.

2 - даража - 30-49%

3 - даража - 50-99%

4 - даража - 100% ва ундан ортиқ.

Тана оғирлиги (кг) : бўйи (см)*100%. Брок индекси бўйича 90% - 100% гача нормал (N) овқатланиш бўлиб таърифланади.

Бундан ташқари тана вазни индекси (ТВИ)ни аниқлаш мумкин. Бунда беморларнинг бўйи оёқ кийим ва устки кийимсиз, тик турган ҳолда 0,5 см аниқлик билан ўлчаниши, бемор вазни тиббий тарозида 0,1 кг аниқлик билан ўлчаниши керак. Бўй ва вазн кўрсаткичлари ёрдамида формула оркали ТВИ ҳисобланади:

вазн ТВИ = -----кг/м² (буй)²

ТВИнинг нормал курсаткичлари аёлларда - 20, эркакларда - 24,9 ни ташкил этади. ТВИ - 25-29,9 булганда, беморда 1 - даражали семизлик;

ТВИ - 30-40 булганда, беморда 2 - даражали семизлик

ТВИ - 40 дан ортиқ булганда 3 - даражали семизлик бор дейилади.

Даволаш. Углеводлар суткада 100-120гр, ёғлар - 80-90; оқсиллар 120гр редуцирланган пархез 500-800 ккал бўлган паст калорли пархез.

1) қисқа вақт стационарда редуцирланган пархез.

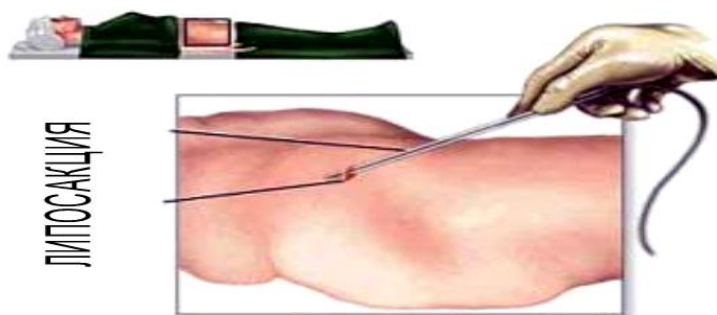
- 2) Амбулатория шароитида тана вазнини йўқотиш ҳисоби 800-1000г/ккал.
- 3) Врач назорати остида (асорат бўлмаслиги учун) чегараланган очлик: организмни ҳимоя кучини пасайиши, интеркуррент инфекцияларини тез-тез кўшилиши, мускул тўқимасидаги оксилни анча йўқотиш, ривожланган вегетотомир ўзгариши, анемия, буйрак, жигар функциясини бузилиши, асабни бузилиши.
- 4) Жисмоний фаолликни кучайиши. 1. Паст калорияли пархез фониди, углеводлар метаболизмини кучайиши ва суюқлик йўқотиш ҳисобига тана вазни бошланғич камайиши. Ёғлар метаболизмини кучайиши ҳисобига кейинчалик тана вазнини камайиши 1-фазаси гликоген, оксил катоболизми ва сув экскрецияси ҳисобига тана вазнини тез камайиши, 2-фазаси - ёғ катоболизми ҳисобига секин - аста камайиши. Бундай даволаш фониди асосий модда алмашинуви сусаяди, шуниниг учун вақти-вақти билан овқат суткали калориясини камайиши тамонига ҳисоблаб туриш керак.
- 5) Дорилар билан терапия (даволаш)- иштаҳани пасайтирувчи ёки тўйишни тезлаштирувчи препаратлар:
- а) амфетамин (фепранон, дизапимон, регенон, мерапронт) анорексик препаратларга ўрганиб қолиш мумкин. Даволаш курси 1-1,5 ой, танаффус 3-4 ой.
- б) Фенфлурамин (пондерал) серотониннергик тузилмага активловчи таъсир этиб тўйишни тезлаштиради.
- в) Мазиндол (теронак) мияни допаминергик ва серотонинергик системасига таъсир этиш ҳисобига анорексиген таъсир этади. Очлик сезишни тормозлайди, овқат ейишни камайтиради.
- г) Гиполипидемик агентлар:
- Холестерамин
 - Никотин кислота ҳосилалари
 - Фибратлар (овқат толалари эрувчан ва эримайдиган)
 - Статинлар
- Эҳтиёт бўлиш: гипертонияда, юрак-қон касалликларида.

Қўшимча таъсир: таъсирчанлик, уйқусизлик, оғиз қуриб қолиш, хомиладорликда қўллаш маън этилади.

Чет элда амфитамин гуруҳига кирувчи препаратлар МНС таъсир этгани учун кам қўлланилади.

Энг яхши препаратлар фенерлюрамин ва мазиндом ҳисобланади. Баъзи бир беморларга синдокарб 0,01мг дан 1 - 2 маҳал куннинг биринчи ярмида берилади.

Гипоталамо - гипофизар - буйрак усти беши тизими гиперфункциясида, қон босим кўтарилганда, бўйин қисмида гиперпигментация кузатилади; дифенин 0,1 г дан 20-30 кун 2 - 3 маҳал кунига берилса эффеки юқори бўлади. Ёғларни мобилизация қилувчи модда сифатида адипозин 50ед дан 1-2 маҳал буюрилади. Адипозин билан бирга сийдик хайдовчи препаратларни бирга қўллаш мумкин. Гипотиреоз белгилари кузатилган беморларга тиреоид гормонларни буюрилади. Катта дозада тиреоидин 0,3 мг, тиреоикомб 60 - 80мг, тиреотом 2-3 таблетка кунига стационар шароитда берилади ва албатта ЭКГ қилинади.



Ҳар куни қўлланиши мумкин бўлган маҳсулотлар гуруҳи:

1 гуруҳ:

а) ёғсиз гўшт, ёғсиз творог, тухум оқи кунига тахминан 300гр (хом ашё кўринишидаги оғирлиги).

б) 4 - 6 стакан суюклик (чай, кофе, мевалар шарбати).

Поливитамин препарати 1 драже.

2 гуруҳ:

а) сабзавотлар 3 - 6 % гача

б) ёғсизлантирилган сут

Бу озиқ-овқат маҳсулотларини чегараланмаган миқдорда истеъмол қилиш мумкин.

3 гуруҳ: а) 10 - 12 % углевод сақлайдиган сабзавотлар: карам, қизил лавлаги, сабзи, пиёз, яшил нўхат, кўкатлар. Мевали шарбатлар, сабзавотли шарбатлар,

мевалар.

б) ёғи камайтирилган сут

4 гуруҳ: Менюдан олиб ташланиши керак бўлган ёки миқдори камайтириладиган маҳсулотлар.

а) унли маҳсулотлар

б) шакар ва ширинликлар

в) нўхот ва ловия

г) пишлоқ, ёғли творог, сариёғ

д) оширилган нон-хамир маҳсулотлари

е) ёғли гўшт, ёғлар (маргарин, ёғли сут, майонез, оливка ва ўсимлик ёғлари)

ж) ширинликлар, конфетлар, қиём, асал, картошка, ширин мевалар.

Амалиётдан мисоллар: Алиментар семизликли бемор бўлса кўрсатиш, бўлмаса амалиётдан клиник мисол келтириш. 32 ёшли эркекнинг бўйи 176 см, тана вазни 98 кг. Анамнезида онаси, акалари ва опалари юқори тана вазнига эга. Такси ҳайдовчиси бўлиб ишлайди. Ёшлигидан ширинликлар ва ун маҳсулотларини яхши кўради. Овқатни асосан кечки пайт истеъмол қилади. Бир йил давомида артериал гипертония. Овқатланиш режимини ўзгартириш билан редуцирланган парҳез, даволаш физкультураси тайинланди. Бир ой ичида 8 кг га озди.

Тўқималар ва органларда ортиқча ёғ борлиги семизлик дейилади. Бу касаллик тана вазни нормадан 20 фоиз ва ундан кўпга ошиб кетиши билан намоён бўлади.

Семизликнинг 3 та тури мавжуд: бирламчи, гипоталамо ва эндокрин семизлик. Бирламчи семизлик тез-тез ортиқча егулик ейиш билан ва зарур жисмоний фаолият йўқлиги билан ривожланади. Гипоталамо семизликда миянинг гормонлар ишлаб чиқариши бузилганида ривожланади. Эндокрин семизлик организмдаги безлар бузилиши фонида шаклланади.

Семизликни қандай қилиб аниқлаш мумкин?

Биринчи навбатда, беморнинг тана вазни индексини (ТВИ) аниқлаш зарур. ТВИ қуйидаги формула орқали ҳисобланади: оғирликни (кг) бўйини квадратга

оширилган узунлигига () бўлинади. Масалан, беморнинг оғирлиги 84 кг ва

бўйи 1,65 м, шунда $TBI = 84 / 1,65^2 = 30,9$. Бу биринчи даражадаги семириш бўлади. Ушбу формула 1997 йилда Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти томонидан таклиф этилган эди ва шу кунгача долзарб бўлиб қолмоқда.

ТВИ натижаси оғирликни меъёрдан оғиш даражасини тушуниш имконини беради:

ТВИ 18,5 кам бўлса – вазн етишмовчилиги;

ТВИ 18,5 дан 24,9гача – меъёрий вазн;

ТВИ 250 дан 29,9гача – ортиқча вазн;

ТВИ 30 дан 34,9гача – 1-даражали семизлик;

ТВИ 35дан 39,9гача – 2-даражали семизлик;

ТВИ 40дан 50гача – 3-даражали семизлик;

ТВИ 50дан юқори – 4-даражали семизлик, оғир семизлик;
Шунингдек, семизликнинг турли хилларини диагностика қилиш мақсадида баъзан тест ва бош суяги ҳамда умуртқа поғонасини рентген остида ўрганилади. Беморлар қондаги глюкоза даражасини назорат қилишлари керак, айниқса агар доимий ташналик ва оғиз қуруқлиги қийнаётган бўлса.

Бугунги кунда семизликни даволашнинг қандай усуллари бор?

Семизликни даволаш учун ҳар доим ҳар томонлама ёндашиш керак. Ортиқча вазн йўқолгандан сўнг уни меъёрида ушлаб туриш зарур бўлади. Соғлиққа таъсири фойдали бўлиши учун, вазнни аста-секин тушириш керак. Шунинг учун, биринчи 6 ой ичида тана вазнининг 10% дан ортиғи йўқолмаслиги керак, агар бу эришилган бўлса, вазнни йўқотишни давом эттирса бўлади. Семизликнинг бир неча турлари бор бўлса-да, ҳар доим кенг қамровли даволаш усули энг яхши натижани беради – бу паст калорияли диета, психологик ёрдам ва психотерапия. Шунини таъкидлаш лозимки, вазн йўқотиш самаралироқ булиши учун интенсив машқларни диета билан бирлаштириш жоиз. Семизликни дори-дармон билан даволаш бу алоҳида масала. Асосан бу иштаҳани бўғувчи ёки қондириш ҳиссини кучайтирувчи ва ичакда озиқ-моддалар сўрилишини камайтирувчи дорилар бўлади. Лекин, дунёнинг турли марказларида ўтказилган тадқиқотларга кўра, семизликни фақат доривор даволашда кўп ёмон таъсирлар бор ва у самарасиз ҳисобланади.



Семизликни жарроҳлик йўли билан даволаш бариатрия дейилади. Бариатрик жарроҳликнинг моҳияти – ошқозон-ичак трактини ўзгартириб калория

истеъмолини камайтиришдир. Бундай процедуралар фақат кўрсатмалар бўйича амалга оширилади, деб таъкидлаш лозим. Бугунги кунда бариатрия жарроҳликдаги алоҳида бир йўналиш сифатида мавжуд. Кўп мамлакатлардаги ўтказилган тадқиқотларнинг натижаларига кўра, 50% ортиқ вазн йўқотишниинг ва бирга кечадиган касалликларни даволашнинг ягона йўли – бу бариатрик операция. Шунини таъкидлаш муҳимки, 2000-йиллардан бошлаб бариатрик жарроҳликка лапароскопик технологиялар орқали катта инновациялар киритилган. Лапароскопия – бу жарроҳликнинг замонавий усули бўлиб, ички органлар операцияси кичик, одатда 0,5-1,5 см тешиклар орқали амалга оширилади, анъанавий (эски усулдаги) жарроҳлик эса катта кесимлар талаб қилади. Ҳозирги вақтда, деярли барча бариатрик жарроҳлик лапароскопик усул билан амалга оширилади.

Бариатрик жарроҳликнинг 3 тури мавжуд: ошқозон ҳажмини камайтириш, ичакдаги сўрилишни камайтириш ва аралаш процедуралар. Ошқозон ҳажмини камайтиришда ундан тор бир қувур ҳосил қилинади. Шунда, ошқозон тез тўлгани ва бўшаши секин бўлгани туфайли озиқ-овқат истеъмоли камаяди. Ичакдаги сўрилишни камайтиришда – ингичка ичакнинг бир қисми олиб ташланади ва шундай қилиб ингичка ичакда озиқ моддалар сўрилиши камаяди.

Бундан ташқари, ошқозон ичига баллон ўрнатиш ҳам амалга оширилади. Бу ҳолда, ошқозон ичига силикон баллон киритилиб уни физиологик эритма билан тўлдирилади. Бу ерда ўрнатиш мақсади бир хил – ошқозон ҳажмини камайтириш ва уни тез қондириш. Шунини ҳисобга олиш керакки, бу усул – бариатрик операциядан олдин тайёрлов босқичи сифатида энг юқори даражада семириб кетган беморларда қўлланиланиди ва баллон 6 ойдан узоқ муддатга қўйилмайди.

Семизликнинг олдини олиш учун тавсиялар



Ҳар доим истеъмол қилинаётган озиқ-овқат калориясини кузатиб бориш керак. Овқат қанча ёғли бўлса унда шунча кўп калория мавжуд бўлади. Одатда 1 грамм ёғ 9 килокалорийга тенг бўлади, 1 грамм оқсил ёки углеводлар эса – 4 килокалорийга тенг. Кунига атиги 23 грамм қўшимча ёғ истеъмол қилса – йилига қўшимча 8 кг йиғилади. Агар овқатда камида 10-15% оқсил бўлса, ва 30-35% ёғ бўлса, рацион мувозанатли ҳисобланади. Углеводлар эса 50-75% ташкил этиши керак. Шакар, нон ва ширинликлардан 10% дан кўп энергия олмаслик керак, қолганини эса мева, сабзавот ва дондан олиш мумкин. Вазни камайтиришда биологик фаол қўшимчаларни қўшиш жоиз, аммо суистеъмол қилиш бўлмайди. Шунини эсда тутиш керакки, кўп шашлик, ош ва сомса еб, бир вақтни ўзида оздираган сеҳрли дори бўлмайди. Вазни йиғиш уни йўқотишдан осонроқ. Бир оз вазн йўқотиш учун анча ҳаракат қилиш керак – кўпроқ жисмоний ҳаракат, парҳез ва ҳатто психологик ёрдам керак бўлиши мумкин. Вазни йўқотгандан сўнг, уни ушлаб туриш керак, чунки нотўғри овқатланиш билан йўқотилган вазни организм икки баробар қилиб қайта йиғиб олади ва бемор олдингидан-да оғирроқ вазиятга тушади. Бунинг олдини олиш учун, вазни мутахассислар билан йўқотиш керак.

Эндемик бўқоқ организмнинг умумий хасталиги булиб, калқонсимон безининг катталашуви билан кечади ва маълум бир географик худудларда аҳолии уртасида йод моддасининг нисбатан ёки абсолют етишмаслиги натижасида юзага келувчи касалликдир. Касаллик хаво, озиқ-овқат маҳсулотлари, сув ва тупроқда йод моддасининг етишмаслиги эвазига юзага келади.

Мавсумий бўқоқ эса эндемик бўқоқ тарқалган жойлардан ташқарида яшайдиган аҳолиларда учраши мумкин. Бу баъзи бир ноқулай эндоген мухитларнинг таъсирида келиб чиқиши ва купинча эса генетик таъсирга эгадир.

Этиологияси. Касалликнинг пайдо булишида атмосферадаги йод миқдорининг қандай экани маълум ахамиятга эга. Денгиз буйида эндемик бўқоқ касаллиги кам учрайди, чунки денгиз сувидаги йод буғланади, сунгра тупроқ ва сув хавзаларига қайтиб тушади. Баландликлар, тоғ жойлар тупроғида ҳам, хавосида ҳам йод миқдори кам булади. Эндемик бўқоқ касаллиги аёлларда ва кизларда купроқ учрайди. Спорадик бўқоқнинг келиб чиқишида купинча генетик мухит таъсири (фермент системасида нуқсон) катта роль уйнайди. Бундан ташқари бу касалликда баъзи озиқ моддаларда струмоген таъсирга эга булган маҳсулотларнинг (карам, туруп ва бошқалар) танасида йиғилиши қалқонсимон безга йод ютилишини камайтиради ва тиреоид гормонларнинг биосинтезини сусайтиради. Эндемик ва мавсумий бўқоқда тиреоидит гормонларининг камайиши тиреотроп гормоннинг кучайиши, бу эса қалқонсимон без туқимасининг гиперплазиясига олиб келади ва кейинчалик бўқоқ хосил булади. Аломатлар. Бу касалликнинг аломатлари қалқонсимон без вазифасини узгаришига, унинг катталашишига ва жойлашишига боғлиқдир. Агар қалқонсимон без гормонларни тана учун етарли миқдорда ишлаб чиқарса, унинг фаолияти уртача булади, яъни эутиреоид бўқоқ хисобланади. Агар эутиреоид бўқоқ жуда катталашган булса у ички аъзоларни сиқиши мумкин. Бунда беморни нафас сиқиши, қуруқ йутал, товуш хириллаши безовта қилади. Агар қалқонсимон без гормонлари етарлича ишлаб

чиқарилмаса, ундай бўқоқ гипотиреозид бўқоқ ҳисобланади, унинг аломатлари гипотиреозга ухшаган бўлади. Баъзи ҳолларда кретинизм ҳам учрайди. Бунда беморлар калтафаҳмлиқ, буй усмаслиги ва баданнинг баъзи қисмларининг нотўғри (норавон) бўлиши, қар ва соқовлиги билан тавсифланади. Эндемик бўқоқ касаллигида қалқонсимон без баъзида жуда кўп гормонлар ишлаб чиқариши мумкин, бу эса унинг фаолиятини кучайтириб юборади ва захарли бўқоқ касаллигига олиб келади.

Қалқонсимон без касалликларининг ташҳиси: 1. Қалқонсимон без касалликларининг ташҳисида амалиётда жуда хилма-хил лаборатор усуллари қўлланилади. Булар бир неча қисмлардан иборат: 1. Тиреозид гормонларнинг ва бошқа йодли компонентларнинг қондаги миқдорини аниқловчи усуллар: оқсил билан боғланган йод миқдорини; бутанол билан ажраладиган йодни; умумий Т4ни, эркин тироксин Т4ни; умумий Т3ни, эркин Т3ни, реверсив Т3ни, тироксин боғловчи оқсилларни (глобулин ва преальбуминлар) миқдорини аниқлашдан иборатдир. 2. Қалқонсимон без функционал ҳолатини аниқловчи усуллар: қалқонсимон безнинг J 131 ни ютиш қобилияти; трийодтиронин Т3 таъсири билан утказилувчи услуб, тиреолиберин билан утказиладиган услуб, қалқонсимон безнинг йодни қамраб олиш хусусиятининг камайишини курсатувчи услуб ва хоказо. 3. Тиреозид гормонларнинг марказдан ташқаридаги таъсирини урганувчи услублар, асосий модда алмашувини аниқлаш: қон зардобдаги креатинин фосфокиназанинг миқдорини аниқлаш; товон тоғайининг рефлекс вақтини аниқлаш; (фотоматография, рефлексометрия, рефлексография), зардобдаги ЦАМФнинг миқдорини глюкогонга бўлган жавобини аниқловчи усуллар. 4. Қалқонсимон без туқимасининг ҳар хил таркибига кирган антителаларни аниқлаш; тиреоглобулинга, унинг микросомал қисмига, иккинчи коллоид антигенга; тиреозид гормонларини ҳосил қилувчи антителаларни, яъни иммуноглобулинларни аниқлаш. 5. Қалқонсимон безнинг анатомик тузилишини урганувчи услублар қалқонсимон безни радиоактив J 131 ёрдамида сканерлаш ёки технеций ёрдамида; ультратовуш (юқори товуш)

ёрдамида сканерлаш, қалқонсимон безни рентгенографияси; қон томирига модда юбориб расмига олмоқ (ангиография); лимфография, қалқонсимон безни биопсия қилиш. I. Қон зардобидаги тиреоид гормонларининг бошқа таркибда йод булган моддаларни аниқлаш услублари:

а) Оксил билан боғланган йод миқдорини аниқлаш. Ушбу усул қондаги тиреоид гормонларнинг миқдорини билиш учун энг кенг қулланиладиган услубдир. Йоднинг бу миқдори асосан кимёвий йул билан аниқланади. Оксил боғланган йод миқдорининг 90% ни Т4 ташкил қилади, қолганларини йод билан боғланган альбумин, тиреоглобулин ва бошқалардан иборатдир. Соғлом одамларда бу оксилнинг миқдори 6-8 мкг/100 мл ташкил этади. б) Бутанол билан ажраладиган йоднинг миқдори (Т3 ва Т4) Қалқонсимон безв) Умумий Т4 радиоимунологик йул билан аниқланади, соғлом одамларда унинг миқдори 5-10 мкг/100 мл булади. Бу услуб сурғич қоғозда бир томчи қон ёрдамида аниқланади. Айниқса бу услуб чақалоқларда гипотиреоз аниқлашда қулайдир;

г) Эркин Т4 соғлом одамларда 1,5-2,9 нг/100 мл ни ташкил этади. Бу услуб амалиётда қулланилади ва одатда умумий Т4 миқдорини аниқлаш билан чегараланилади. ж) Умумий Т3 миқдорини аниқлаш учун радиоимунологик услуб қулланилиб у махсус Т3га қарши зардоб ёрдамида амалга оширилади. Т3 миқдори 65-150 мкг/100 мл ни ташкил қилади. з) Эркин Т3 хам радиоимунологик усул ёрдамида аниқланади ва унинг миқдори 0,4 нг/100 мл дан иборат. е) Тескари реверсив Т3 хам радиоимунологик йул билан аниқланади ва 25-80 нг/100 мл ни ташкил этади. Унинг миқдори асосан «ёйма токсик бўқоқ» (ДТЗ) да ошиб кетади, гипотиреозда эса камайиб кетади. к) Тироксинни боғловчи оксилларни аниқлаш услуби асосан, оксилнинг Т4 га тула туйиниши хусусиятига асосланган. Бундан ташқари тироксинни боғловчи оксиллар радиоимунологик йул билан хам аниқланади ва уларнинг миқдори соғлом одамларда 1,2 дан 2,2 мг/100 мл дан ошмайди. II. Қалқонсимон безнинг вазифавий аниқловчи услублари а) Қалқонсимон безнинг радиактив J 131 ни ютиш қобилятини аниқлаш хозирда кенг қулланиладиган услубдир.

Радиоактив J 131 1-3 МККИ улчов бирлигида қон томирга юборилади ёки эритма холида ичилади. Радиоактивлик миқдори 2,4 ва 24 соатдан кейин аниқланади. Нормада 24 соатдан кейин 7 - 30% ни ташкил этади. «Ёйма токсик бўқоқ» да радиоактивлик ошиб, гипотиреозда камайиб кетади. Йоднинг ютилиш тезлиги тананинг йодга туйинганлигига ҳам боғлиқ, шунинг учун қалқонсимон безнинг радиоактивлигини аниқлаш учун бемор бир ой мобайнида таркибида йод булган дориларни истеъмол қилиш ман этилади. J 131 нинг ярим емирилиш даври 8 кунни ташкил қилади. J 131 - 2,3 соат гипотиреозни аниқлашда қулланилади, чунки технеций қалқонсимон без орқали ютилган билан, органик моддалар таркибига кирмайди. б) Т3 таъсири ёрдамида утказиладиган услуб асосан тиреоид гормонларнинг қарама-қарши боғланиш услубига биноан ТТГ ни ишлаб чиқаришни пасайтиришга асосланган. Натижада қалқонсимон безнинг J 131 ютиш қобилияти пасаяди. Бемор 7 кун давомида Т3 тиреолиберин билан утказиладиган услуб ҳам уша мақсадга мулжалланган, ҳамда гипотиреоз, «ёйма токсик бўқоқ» касаллигини аниқлашда қулланилади. Қондаги ТТГ, Т3 га Т4 ларни боғловчи оқсиллар, қалқонсимон безга қарши антителалар синов, бошланишидан 20 минут олдин, ТТГ га эса 60 мин. дан кейин, олинади. 4 соатдан кейин Т3 ва Т4 га қон олинади. Одатда соғлом кишиларда ТТГ нинг миқдори тиреолиберин юборгандан кейин узгармайди, вахоланки «бирламчи гипотиреозда» тиреолиберинга булган сезувчанлик юқори булади, яъни ошади ва ТТГ - 20-25 маротаба кутарилади. Бу курсаткич нормадаги курсаткичдан бир неча маротаба юқоридир. Соғлом кишиларда ТТГ Т3, Т4 нинг миқдори 4 соатдан кейин ошади. Т3 нинг миқдори синов бошланишдан олдинги миқдорига нисбатан 70% га ошади. г) ТТГ билан утказиладиган услуб, асосан қалқонсимон безнинг йод қамраб олиш хусусиятини оширишга ёхуд тиреоид гормонларни ажратиб бериш билан боғлангандир. Бу мақсадда 5-10 бирл. ТТГ мушакка 1 марта ёки 3 кун давомида 3 марта қилинади. Қалқонсимон безнинг радиоактив J 131 ютиш қобилияти синовдан олдин ва кейин аниқланади. Бунинг урнига имкониятига қараб оқсил билан боғланган йод Т3, Т4

миқдорини аниқлаш билан чегараланиш мумкин. Соғлом кишиларда ТТГ юборгандан кейин қалқонсимон безнинг J 131 ютиш қобилияти синовдан олдинги рақамга нисбатан 50% га купаяди; Tg1 миқдори эса 1 мкг/100 мл га ортади.«Иккиламчи гипотиреоз» билан касалланган беморларда бу рақамлар 2 марта куп булиб, «бирламчи гипотиреоз» да эса радиоактив J 131 миқдори жуда паст курсаткичда қолади. хозирги вақтда «бирламчи гипотиреоз» ни аниқлаш энг қулай усули булиши қондаги ТТГ ни аниқлаш кенг кулланилади.е) Перхлорат калий ёрдамида утказиладиган услуб тиреоид гормонларнинг биосинтез жараёнининг бузилишини аниқлашда яъни йоднинг органик жараёнини аниқлашда кулланилади. Бунинг учун бемор радиоактив J 131 нинг индикатор миқдорини истеъмол қилади ва унинг хар 15 мин да 2 соат давомида қалқонсимон без орқали ютилиш қобилиятини аниқланилади. Шундан кейин бемор 600 мг - 1 г перхлорат калий ичади. Сунг яна хар 15 мин да 2 соат мобайнида қалқонсимон безнинг J 131 ни ютиш қобилияти аниқланади. Органификациялаш хусусияти бузилганда қалқонсимон без орқали ютилган J 131 неорганик холда сақланиб қолади ва бемалол рақобат моддалари орқали, яъни перхлорат калий сиқиб чиқарилади. Соғлом қалқонсимон безда ютилган J 131 миқдори 2 соат давомида ва перхлорат калийдан кейин хам деярли узгармайди. Агарда қалқонсимон безда баъзи бир ферментлар етишмаса ёки шулар билан боғлиқ органик жараёнлар оқсаса радиоактив J 131 миқдори 5% га камаяди.ж) Ультразвук ёрдамида сканерлаш ёки эхография амалиётида ва эндокринология соҳасида яқин вақт ичида кулланила бошланди. Бу услубни қулайлиги шундаки, бунда изотоп ишлатилмайди ва болалар хамда хомиладор аёллар касалликларида кенг кулланилиши мумкин. «Қаттик» тугунсимон бўқоқ билан «тугун»ни бир-биридан фарқлашда эхографиянинг ахамияти катта.з) Рентгенография ва қалқонсимон безнинг жойланишининг, катта-кичиклигини аниқлашда ёрдам беради. Айниқса бўқоқ туш суяги орқасида жойлашган булса рентгенографияни ахамияти катта.Қалқонсимон безни биопсия қилиш.и) Бу усул цитологик кузатишлар олиб бориш учун кулланилади. Асосан ёпиқ ва

очик биопсия усуллари ишлатилади ва анестезия ёрдамида амалга оширилади. III. Тиреоид гормонларнинг марказдан ташқаридаги таъсирини урганувчи услублар. а) Асосий модда алмашувини аниқлаш, услуби гормонларнинг туқималарга таъсирини акс эттирувчи услублардан биридир. Аслида асосий модда алмашувининг курсаткичлари -10% - +10% ни ташкил этади. Ушбу курсаткич гипотиреоз касаллигида камайиб кетади. б) Зардобдаги ёғларнинг миқдорининг узгаришини урганиш услуби. Қалқонсимон безнинг функционал фаолиятини, тиреоид гормонларни аниқловчи услублар кашф қилингунча қадар асосан холестериннинг зардобдаги миқдорини аниқланади. Гипотиреозда холестерин купайиб кетади, «ёйма токсик бўқоқда» эса камаяди. Холестерин билан бирга фосфолипидлар, лецитин, триглицеридлар ва эркин ёғ кислоталар ҳам камаяди. в) Креатинин фосфокиназининг миқдори гипотиреозда ошиб кетади. Шунинг учун баъзи ҳолларда бу услубдан фойдаланиш мумкин. ж) Гипотиреоз касаллигида - электрокардиография (ЭКГ) натижалари қуйидагича: брадикардия вужудга келади ва айниқса тишчаларнинг амплитудаси - Т узгаришга учрайди. Гипотиреоз компенсациялашганидан кейин ЭКГ курсаткичлари аслига қайтади. з) Иккинчи даражали ахамиятга эга булган услубларга - қондаги ЦАМФ нинг миқдорини аниқлаш киради ва уни глюкогонга булган жавобига қараб билиш мумкин. Тиреотоксикозда бу курсаткич ошади, гипотиреозда - эса камаяди. IV. Қалқонсимон без туқимаси таркибида булган хар хил антителаларни аниқлаш. а) Тиреоглобулинга булган антителаларни аниқлаш учун мулжалланган хар хил услублар мавжуд. Улар: преципитация реакцияси; Оухтерлони техникаси буйича услуб, лоқайд гемагглютинация (ЛГАР) РПГА реакцияси, иммунофлюоросцент ва радиоиммунологик услублардир. РПГА реакциясида қуйининг эритроцитлари қулланилади. Ушбу эритроцитларга танин кислотаси билан ишлов берилганда одамнинг тиреоглобулинга сезувчанлигини орттиради. Тиреоглобулинга нисбатан хосил булган антителалар иштирокида эритроцитларнинг агглютинацияси кузатилади. Тиреоглобулин антителаларини 90-98% ни «аутоиммунотиреоид» ини билан

оғриган беморларда, 40-60% «гипотиреоз» билан оғриган беморларда, 20-30% ни «ёйма токсик бўқоқ» билан оғриган беморларда аниқланади ва 5-6% қалқонсимон безнинг захарли усма касалликлари ташкил этади. Соғлом кишиларда бу реакция салбий натижа беради. Реакция преципитация энг оддий услублардан биридир. Бу услуб «Хошимото» буқоғида 60%, «ёйма токсик бўқоқ» да 1,5-2 % ижобий натижа беради ва «қалқонсимон без ўсмасида» 3 % ижобий натижа беради. Соғлом кишиларда эса бу реакция салбий натижа беради. Аммо бу услубнинг РПГА га нисбатан сезгирлиги бир оз камроқдир. б) Юқорида қайд қилинган усуллар билан микросомал фракциясига нисбатан булган антителаларни ҳам аниқлаш мумкин. Ушбу йул билан антителаларнинг «Хошимото буқоғи»да 85%ни ва «ёйма захарли (токсик)» бўқоқда 85%ни аниқлаш мумкин. Бу антителаларнинг бўқоқ касалликларида аниқланиши уларнинг аутоиммун генезга эгалигини яна бир бор исботлайди.в) Иккинчи коллоид антигенларга булган антителалар. Иккинчи коллоид антиген таркибида йод булмаган оқсилдир. Бу антителалар 50% «ёйма захарли бўқоқда», аутоиммун тиреоидитда ижобий натижа беради. Гохида 8-10% соғлом кишиларда ҳам ижобий натижа олиш мумкин. «Тиреоидит Кервен» 60% холатда ижобий натижа беради.г) Тиреоид гормонларни хосил қилувчи, иммуноглобулин, яъни кишилар зардобидаги гамма-глобулинлар, ТТГ гормони каби қалқонсимон без фаолиятини кучайтирадилар, лекин қон радиоактивлигининг энг чуққи 9 соатдан кейин,ТТГ юборгандан кейин эса 2 соатдан кейин аниқланади. Шунинг учун бу глобулинлар узоқ таъсир этувчи глобулинлар деб номланган-ПАТС.Кузатув утказиш учун 0,5 мл. қон зардоби олинади, ПАТС эса 45-50% «ёйма захарли бўқоқ»да ижобий натижа беради. Кейинги пайтларда қондан ушбу глобулинларнинг яна бир тури ажратиб олинади ва ЛАТС-протектор деб аталади. ЛАТС- протектор уз йулида 60-65% «ёйма захарли бўқоқ»да ижобий натижа беради.Тиреоид гормонларни ишлаб чиқаришини кучайтирувчи антителалар миқдорини аниқловчи услублар, «ёйма захарли бўқоқ», «офальмопатия», «микседема», «тиреотоксик аденома» касалликларнинг

солиштирма ташхисида катта ахамиятга эга. V. Қалқонсимон безнинг анатомик тузилишини аниқлаш.

а) Қалқонсимон безни радиоактив J 131 ва Tc 99с ёрдамида сканирлаш – Қалқонсимон безнинг шаклини, жойлашган урнини ва тузилишини аниқлаш учун қулланилади.

Баъзан қалқонсимон без бошқа жойда, яъни тилнинг илдизи тагида, туш орқасида жойлашганида, «тугунсимон бўқоқда», «тиреотоксик аденомада» ҳамда «ёйма захарли бўқоқ»нинг функционал фаолиятини белгилашда қулланилади. Бунинг учун J 131, J 132, Tc99м, фармакологик дорилар, 75-метионин, P32, SA131 ва бошқалар ишлатилади. Сканерлаш учун 1-3 мики технеций; J 131 ичилади, 20 минутдан кейин технеций, 24 соатдан кейин J 131 қилинади. Соғлом кишилар сканограммасида қалқонсимон без капалак шаклида булади ва хар бир булаги 4,5-5 см узунлигида, кенглиги 2-2,5 см га тенг булади. Ҳақиқатда қалқонсимон безнинг буйин қисми жойлашган булади.

«Тугунсимон бўқоқ»да иссиқ ва совуқ қисми эътиборга олинади. Буларга қараб қалқонсимон безнинг функционал фаолияти белгиланади. «Совуқ» тугун уз йулида қалқонсимон без функциясининг пасайган қисмини курсатади. Аммо сканирлаш натижасида усманинг зарарли ёки безарар эканлигини аниқлаш мумкин эмас. Бу мақсадда «термография» усули кенг қулланилади ва усма аниқлаш хароратини аниқлаш билан белгиланади (анестезия ёрдамида қилиниши).Эндокринология соҳасида.б) Ультразвук

ёрдамида сканерлаш ҳамда эхография амалиётда яқиндан қўлланила бошланади. Бу услубнинг қулайлиги шундаки, бунинг учун изотоп ишлатилмайди, шу боис болалар ва хомиладор аёлларда касалликларида кенг қўлланилиши мумкин. Эхография «қаттиқ тугунсимон бўқоқ» билан «киста» бир-биридан фарқлашда катта ахамиятга эга.в) Қалқонсимон безнинг жойланиши, катта-кичиклигини аниқлашда ҳамда бўқоқ туш орқасида жойлашган булса аниқлашда ренгенографиянинг ахамияти катта.

Қалқонсимон безни биопсия қилиниши.г) Бу усул цитологик кузатишлар олиб бориш учун қулланилади. Асосан ёпиқ ва очик, биопсия усуллари

ишлатилади. Бу усулда албатта анестезия қилиниши шарт.Классификация (Николаев О. В. буйича, 1966 й.)Қалқонсимон без катталашишига қараб эндемик бўқоқ 5 даражали булиши мумкин:1-даража - безнинг катталашиши кузга куринмайди, лекин қул билан пайпаслагандагина билиниши мумкин.2-даража - қалқонсимон безнинг катталашгани ютиниш харакатларида кузга ташланади ва пайпаслаганда иккала булакча ва буйинчаси сезилади.3-даража - қалқонсимон безнинг катталашгани яққол кузга ташланади ва «йўғонлашган буйин» деб аталади.4-даража - яққол куринадиган бўқоқ ва буйин шакли узгарган булади.5-даража - жуда катта бўқоқ, хамда буйин шакли жуда узгаради шаклига қараб: 1) без бир текис катталашган (диффуз), 2) тугунли, 3) аралаш шаклда булиши мумкин. Вазифасининг узгаришига қараб: 1) эутиреоид (яъни вазифаси узгармаган), 2) гипотиреоид (вазифаси камайиб кетган), 3) гипертиреоид (вазифаси кучайиб кетган) булади. 4) креатинизм билан (калтафахмлик, буйи усмаслиги)Қалқонсимон безнинг жойлашишига қараб: 1) туш орқасида, 2) думалоқ бўқоқ), 3) тил тагида бўқоқ, 4) қисман туш орқасидаги бўқоқларга булинади.Эндемик бўқоқ марказларида илк қалқонсимон безнинг катталашгани учинчи даражага туғри келгандагина уни бўқоқ деб хисобланади. Лаборатория текширув натижалари:Қонда Т3 ва Т4 камаяди, гохида Т3 уртача холда булиши мумкин. Қонда ТТГ миқдори эса ошган булади.Йод етишмовчилиги муаммоси ва уни коррекция қилиш йуллари. Эндемик бўқоқ ноинфекцион касалликлар ичида территориал тарқалганлик буйича биринчи уринни эгаллайди ва хаттоки иқтисодий жихатдан ривожланган давлатларда хам катта муаммо булиб, хисобланади. Ташқи мухитда йод етишмовчилиги майдоннинг катталиги эндемик бўқоқни куп тарқалишига сабабчи булади. 1,5 млрд. дан ортиқ одамлар хар куни истеъмол қиладиган овқатида ва сувида йод миқдори кам булган районларда истиқомат қилади.хозирги вақтда 650 млн. инсон, яъни жахон ахолисининг 12% и бўқоқ билан касалланган; 6 млн. одам кретинизм, яъни ақлий ривожланишнинг секинлашиши билан, 150 млн. дан ортиқ одам эса ақлий ривожланиши орқада қолишининг енгил даражаси билан хасталанган.Йод

етишмовчилиги ва уни коррекция қилиш. Умумжаҳон Соғлиқни сақлаш Ташкилоти экспертларининг тавсияларига мувофиқ, агар аҳолининг 10%идан кўпроғида ёки 5% мактаб ўқувчисида қалқонсимон без катталашса, бу район бўқоқ буйича эндемик ҳисобланади. Касаллик кам учраса, спорадик бўқоқ дейилади. Йоднинг сийдик билан экскрециясини аниқлаш бўқоқ ривожланишига сабабчи булган йод етишмовчилигининг курсаткичларидан бири ҳисобланади. Йоднинг сийдик билан экскрецияси натижаларига кура, йод-дефицит ҳолатларини оғирлигига баҳо бериш мумкин. Йоднинг сийдик билан экскрецияси буйича йод-дефицит ҳолатларининг оғирлик даражалари: енгил даража – йоднинг сийдикдаги миқдори 50 мкг/г дан ортиқ, креатинин 5 - 10 мкг/дл. Тиреоид гормонлар даражаси қонда нормал ақлий ва жисмоний ривожланиш учун етарли.

урта даража – сийдикдаги йод миқдори 25-50 мкг/г, креатинин 2-5 мкг/дл, яъни гипотиреоз ривожланиш ҳавфи бор

оғир даража – сийдикдаги йод миқдори 25 мкг/г дан кам, креатинин 2 мкг/дл дан кам. Эндемик кретинизм ривожланади.

Бироқ, йод етишмовчилиги эндемик бўқоқ ривожланишининг ягона омили булиб, ҳисобланмайди. Бундай фикр юритишга қуйидаги фактлар асос булади: йод дефицити бир хил даражада булган учоқларда бўқоқнинг ҳар хил тарқалиши, эндемик учоқларда аҳолининг ҳаммасини бўқоқ билан касалланмаслиги, регуляр бўқоққа қарши профилактика фониди ҳам бўқоқ билан касалланишнинг сақланиши. Бу фактлар бўқоқ билан касалланиш йодга булган эҳтиёж вариабеллиги (хилма-хиллиги) билан боғлиқ булса керак, деган фикрни олға суради. Шунинг ҳам назарда тутиш керакки, бошқа гойтрогенлар, яъни усишни тезлаштирувчи G синфига мансуб антитела - иммуноглобулинлар қалқонсимон без функциясига таъсир қилмай туриб, уни паренхимасини усишини тезлаштиради. Бошқа струмоген омиллар ҳам маълум аҳамиятга эга: номувофиқ овқатланиш, айниқса оқсил дефицити, микроэлементларнинг аномал таркиби (мис, кобальт, селен, бром ва марганец) ва усимлик струмогенлари - тиоционатлар ва цианидлар (турп, шолғом, баргли

ва гулкарам, арахис, соя уни, сабзи, редиска ва баъзи бир гуруч сортларида булади).Йод дефицит холатларини кузғатувчи омиллар экзоген ва эндогенга булинади:

Экзоген омиллар:

1.Тиреоид гормонларни синтези ва секрециясига қаршилик қилувчи бирикмалар:

а) тионинатлар

б) тиооксазалидол

в) флавоноидлар

г) дисульфидлар

д) феноллар

е) фтолос

ж) бифенил

з) литиизм

2. Тиреоид гормонларнинг метаболизмига қаршилик қилувчи бирикмалар.

3. Ташқи мухитда бром ва селен етишмовчилиги.

4. Овқат рациониди оқсил, углевод, ёғ миқдорининг камлиги.

Эндоген омиллар:

1. Ташқаридан тушувчи йод бирикмаларининг сурилишини ва жигардан бушаган йодни қайта сурилишининг бузилиши.

2. Қалқонсимон безнинг йодни ютиш хусусиятининг пасайиши

3. Гормонлар синтези ва секрециясидаги туғма ва ирсий дефектлар.

4. Қалқонсимон без усишини стимулловчи антителолар.

Атроф-мухитда селеннинг ошиб кетиши неврологик кретинизм ривожланишига олиб келади. Унинг етишмовчилиги эса, кретинизмнинг микседематоз формаси ривожланишига олиб келади.Ўзбекистон, Тожикистон, Қирғизистон чегаралари ва Қозоғистонининг айрим регионлари аввалдан эндемик бўқоқ ўчоғи хисобланиб келган. 1986 йилда Ўзбекистон Республикасида катта аҳоли орасида қалқонсимон без гиперплазияси 0.15% ни ташкил этган. Бу кўрсаткич 1991-1992 йилгача стабил сақланиб турган.

Шундан кейин иқтисодий алоқалар бузилиб, антиструмин ва йодланган туз олиб кириш таъқиқлаб қўйилган. Бу Ўзбекистон аҳолисининг йодни кам истеъмол қилишига олиб келган. Ўзбекистонда охириги 4-5 йил ичида болаларнинг эндемик бўқоқ билан касалланиши ошиб бормоқда. Республикада 14 ёшгача булган болалар 40% ни ташкил этади. Фарғона водийси вилоятларида болаларнинг касалланиши 40% гача ошди. Сирдарё вилоятида қалқонсимон без гиперплазияси мактаб ўқувчиларида 10-30% гача ошди, «чин» бўқоқ 0,05 дан 1 % гача. Самарқанд вилоятида қалқонсимон без гиперплазияси пубертат ёшдаги болалар орасида 45-50% ни ташкил этади. Шундан қизлар орасида 65-70, «чин» бўқоқ 10-15%. Қорақалпоғистон ва Хоразм вилоятларида қалқонсимон без гиперплазияси қиз бола ўқувчиларда 20,6% дан 6,6% гача, 1-2 даража қалқонсимон без гиперплазияси 9,2%дан 23,5% гача ошди. Эндемик бўқоқнинг болаларнинг жисмоний ва жинсий ривожланишига нојуя таъсири Эндокринология Институтини ишларида курсатилган. Улар Республиканинг айрим регионларида текширув ўтказишган ва 68,5% эндемик бўқоқ билан касалланган болаларни аниқлашган. Бу болаларнинг 4,8 % ида қалқонсимон без катталаниши билан биргаликда 4,8%ида жинсий ривожланишнинг орқада қолиши крипторхизм курилишида, 1,4% шахарлик болалар ва 0,7% қишлоқ болаларида жисмоний ривожланишнинг орқада қолиши кузатилган. Бу кучли эндемияни характерлайди, лекин унинг актуаллик даражаси республиканинг ҳар хил регионларида бир хил эмас. Атроф-муҳитда йод етишмовчилиги шароитида неонатал гипотиреоз частотаси кескин ошади. Шунинг учун кичик давлатларда ҳар бир янги туғилган чақалоқда туғилганининг 4-5 кунини тиреотроп гормон миқдори аниқланади. Қалқонсимон без функцияси етишмовчилиги кузатилса, тироксин билан ўрин босувчи муолажа ўтказиш лозим бўлади. Бундай муолажа натижалари умуман олганда қониқарли, лекин даво муваффақияти хомила ривожланишини тўхташ даражасига боғлиқ.

Йод етишмовчилиги кўпроқ бўқоқ кўринишида намоён булади. Аҳолини бўқоқ билан касалланиши процент хисобида йоддефицит бузилишлари оғирлик даражалари буйича 4 гуруҳга булиш мумкин:

Йоддефицит холати йуқ – Бўқоқ хажмлари уртача коэффиценти курсаткичи 5% дан кам; йоддефицит тарқалганлик паст даражаси –5-19,9%; ЙДХ тарқалганлиги уртача даражаси – 20-29,9%; ЙДХ тарқалганлиги юқори даражаси – 30%дан куп. Йоддефицит касалликлари туғрисидаги тушунча хозирги кунда озиқ-овқат ва соғлиқни-сақлаш сохаларининг мутахассислари томонидан кенг кулланилмоқда хамда жамоат эътиборини мана шу муаммога каратишда асосий омил хисобланади.

Йоддефицит холатларни коррекция қилиш. Хозирги кунда шу нарса маълумки, ош тузини калий йод билан туйинтириш энг оддий, қулай, арзон, самарали ва турғун усул булиб, йодетишмовчилигини йуқотишда асосий усул хисобланади. Тузни йодлаш учун икки хил йод шакли мавжуд: «йодид» - йодланган туз олиш учун ва «йодат» «йодатланган» туз олиш учун. Йодат нам эрувчан ва йодидга нисбатан турғун. У купроқ нам тропик иқлим учун яроқли. Лекин иккаласи хам «йодланган» туз деб аталади. Калий йодид анча турғун хисобланади. Тузга қушилаётган калий йод миқдори хар бир одамнинг суткалик эҳтиёжини қондириши лозим.

Йод истеъмолини тавсия этилган кундалик эҳтиёжи:

янги тугилган чакалоқлар, 1 ёшгача булган гудакларда – 50 мкг;

2-6 ёшли болалар учун – 90 мкг;

7-12 ёшли болалар учун – 120 мкг;

12 ёшдан катталар учун – 150 мкг;

хомиладор ва эмизикли аёллар учун – 200 мкг

Унча турғун булмаган калий йодид урнига анча турғун калий йодатнинг кулланилиши стабилизатор - тиосульфат натрий ишлатишга хам зарурат туғдирмайди. Оғир бўқоқ эпидемияси булган сохаларда липидол деб аталувчи йодланган ёғ тавсия этилади. Бу мак ёғи булиб, 38% оғирлигини йод ташкил этади. Бу препаратнинг 1мл 480мг йод сақлайди. Фармацевтик препарат -

Йодланган ёғ «per os» қабул қилиш учун булиб, 200мг йод сақловчи капсула қурилишида ишлаб чиқарилади. У ичакда сурилади. Жигарда дейодлангач йод ёки қалқонсимон безда тупланади ёки сийдик билан ажралиб чиқади. Йодланган ёғ кислоталарининг қупчилик қисми организмнинг ёғ деполарида тупланади, у ердан йод ойлар давомида секин-аста қонга ажралади.Йодланган ёғни елканинг юқори қисмига мушак орасига қилиш мумкин. Йодланган ёғни перорал буюриш кучли йод дефицитини даволашда самарали восита ҳисобланади. 1мл доза (480мг йод) 0 йил давомида коррекция учун етарли, 1мл эса - 3 йил давомида йод экскрецияси 50мкг унча оғир булмаган эпидемияда 1мл икки йил давомида етади. Йодланган ёғни қуйидаги аҳоли гуруҳларида қуллаш мақсадга мувофиқ булади:1. репродуктив ёшдаги аёллар2. беш ёшгача булган болалар3. жинсий етилишнинг тугалланишигача булган болалар ва усмирлар45 ёшдан ошган одамларга тавсия этилмайди (тиреотоксикоз булиш хавфи бор). Йодетишмовчилигини медикаментоз даволаш мақсадида биз биринчи булиб «йодтирокс» препаратини қулладик. («Мерк» фирмаси томонидан моддий ёрдам тариқасида. 1995 йил Республикага берилган). Бу препарат уз ичида 100мкг левотироксин-натрий, 130,8мкг калий йодид, 100мкг йод сақлайди.Бундан ташқари, йоддефицит ҳолатларни даволашда «Берлин Хеми» фирмасининг левотироксин, эутирокс препаратларининг самарадорлиги юқори даражада. Ушбу препаратлар билан даволашда самарадорликнинг курсаткичлари булиб қуйидагилар хизмат қилади: қалқонсимон безнинг структур-функционал ҳолатини аниқлаш - гормонлар (ТТГ, Т-3, Т-4) миқдорини аниқлаш, безни пайпаслаш, эхосканнерлаш, ахиллов рефлекс вақтини аниқлаш, бемор аҳолини клиник баҳолаш. Препаратларнинг оптимал дозаси тиреоид гормонларнинг миқдорининг назорати остида белгиланади. Даво самарасининг клиник қурилиши ахиллов рефлекси вақтининг қисқариши ва эхосканерлаш натижаларига қура қалқонсимон без ҳажмининг камайиши билан намоён булади. Дозани ошириб юбормаслик учун доза танлашда жиддий ёндошиш лозим.Йодтирокс препаратининг қуйидаги ижобий хусусиятларини қайд қилиш лозим:1.

Йодтирокс қалқонсимон беzi гиперплазияси, бўқокнинг тугунли шакли ва гипотиреоз каби касалликларда турғун даво самарасини курсатади.2. Препарат дозаси хар бир бемор учун алоҳида танланиши лозим ва секин-аста ушлаб турувчи дозага тушириб борилади.3. Қалқонсимон беzi эутиреоид гиперплазияси II даражадан ошмаган булса, дозани ошириб юбормаслик учун препаратни буюришдан олдин беморларни клиник - инструментал текшириш лозим.Йодид ва йодтирокс билан даволаш буйича тавсиялар:Йодид дозаси 100-200мкг/сут болаларга (12 ёшдан катта)Йодтирокс дозаси: ювенил ёш: 0,5 таб. хар куни (30 кун)0,5 таб. кун ора (3 ой)кейин 0,5 таб. хафтада икки мартабакатталарга: 1 таб.хар куни (30кун)1 таб. кун ора (3 ой)кейин 1 таб. хафтада икки мартабакатталарга: 1 таб.хар куни (30кун)1 таб. кун ора (3 ой) Мамлакатимиз адабиётларида ювенил гипертония ҳақида биринчи бўлиб И.Г.Гельман ахборот берган. Муаллиф ўз ишида қайд этдики, ёш пайтида систолик босим ошиши кшпинча юрак-қон томир тизимидаги гипертония томонга биринчи силжиш белгиси бўлиб хизмат қилади, ва шу ошишдан кейингина гемодинамиканинг анча турғун катталиги ошиб боради – диастолик босим. Гипертониянинг анча тўли клиник хусусияти кейинчалик А.М.Гельфанд томонидан ишлаб чиқилган.

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

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

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

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

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

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

АГ нинг этиологик омиллари:

-яқин қариндошлари орасида гипертоник касаллик бўйича ирсий оғирлашган вазият;

-ортиқча тана вазни;

-шахснинг патохусусиятологик алоҳидалиги;

-оиладаги ноадекват психологик муҳит;

-қон липид таркибининг бузилиши;

-етарли бўлмаган ҳаракат фаоллиги;

-тузга бўлган юқори сезувчанлик пороги;

-симпатикотония ва етарли бўлмаган вегетатив таъминланиш;

-ўчоқли инфекциянинг тез қўзиши;

-перифрик қаршилик ошиши билан гемодинамиканинг гипокинетик типи;

-физик ва жинсий етилишнинг эрта бошланиши;

-сийдик кислотасининг қон зардобидида ошиши (гиперурикемия).

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

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

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

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

Патогенези. Организмнинг табиий гипотензив ҳимоя тизимига тааллуқли:

а) **барорецепторлар тизими** (АБ ошганда томирлар девори чузилишига реакция қилади) каротид синусда ва аорта равоғида. АГ да

барорецепторларнинг янги, анча юқори критик даражага қайта тикланиши содир бўлади, қачонки уларнинг таъсирчанлиги АБ ошишига сезувчанлиги пасайганда улар фаолияти юзага чиқади. Бу билан балким антидиуретик гормон фаоллиги ошиши ҳам боғлиқ бўлиши мумкин.

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

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

Бирламчи артериал гипертензиянинг патогенетик механизмлари қатор йиллар давомида Х.М.Марков ва ҳаммуаллифлари томонидан ўрганилган. Олимлар фикрига кўра, болаларда ва ўспиринлардаги бу касаллик моҳияти бўйича “бошқарилиш касаллиги” деб аталади: артериал босимнинг нейрогуморал регуляция тизими фаоллиги ва ўзаро таъсир қилиши бузилади, гипертензия прогрессируваниши билан томирлар структур ўзгариши ривожланади, асосан хужайра мембраналарининг. Мос шароитларда бу ўзаро таъсир қилувчилар бир бирини кучайтиради, охири оқибат бу прессор механизмлар устун келиши ва артериал гипертензия ривожланишига олиб келади. Натрий, калий ва асосан кальций ионларининг трансмембран оқими бузилиши алоҳида ўрин эгаллайди, буларга нисбатан хужайра мембранаси ўтказувчанлиги ошган бўлади. Шу билан бирга саркоплазматик ретикулум томонидан кальций ушланиши пастлиги кузатилади, бу хужайра ичи кальций даражаси ошишига, шунингдек қон томир ва юрак мускул хужайралари контрактил аппарати фаоллиги кўпайишига олиб келади.

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

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

Артериал гипертензиянинг болалардаги асосий белгилари кўйидагилар:

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

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

в) кўз олди жимирлаши, кўз олдида парда, чақмоқсимон жимирлашлар ва бошқалар кузатилади. Уларнинг ҳосил бўлиши кўз тўр пардаси артериолаларининг спазми ҳисобига содир бўлади. Ёмон сифатли АГда тўр пардага қон кўйилишлар кузатилиши мумкин, бу кўришнинг тўлиқ йўқолишига олиб келади. Ошган артериал босимни баҳолаш учун процентил

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

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

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

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

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

Нормал АБ – учта ташрифдаги САД ва ДАД нинг ўртача қиймати ушбу ёш, жинс ва бўй учун 90 процентилнинг ўртача қийматидан кам.

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

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

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

-шикоятлар (бош оғриши, қусиш, уйқу бузилиши);

-АБ даражаси ва АГ давомийлиги;

-хомиладорлик ва туғруқ патологияси (вақтидан илгари туғруқлар);

-эрта ёшдаги патология (чала туғилганлик, она қорнидаги гипотрофия, бронх-ўпка дисплазияси ва бошқ.);

-калла-мия шикасти ва қорин шикасти;

-вақтидан илгари жинсий ривожланиш (иккиламчи жинсий белгилар пайдо бўлиши қизларда 8 ёшгача, болаларда 10 ёшгача);

-пиелонефрит (тана ҳароратининг сабабсиз ошиши эпизодлари, лейкоцитурия, дизурияларнинг анмнезида учраши бўйича тахмин қилиш мумкин);

-аввалги амалга оширилган гипотензив терапия;

-ош тузини кўп истеъмол қилиш (тайёр бўлган овқатни қўшимча тузлашга мойиллик), тана вазни, физик фаолликнинг даражаси ва хусусияти ўзгаришлари;

-алкогол қабул қилиш, чекиш, баъзи дори воситаларини қабул қилиш (амфетаминлар, прессор дорилар, стероидлар ва ностероид яллиғланишга қарши дорилар, трициклик антидепрессантлар, орал контрацептивлар), наркотик воситаларни ва бошқа стимуляторларни, шу жумладан ўсимликдан келиб чиққанларини ҳам (овқат қўшимчалари);

-ГК, бошқа юрак-қон томир касалликлар ва қандли диабет бўйича оғирлашган ирсият (бу касалликларнинг ота-оналарда 55 ёшгача бўлиши);

-руҳий ва муҳитий омиллар (ўқиш ва иш хусусияти, оиладаги атмосфера, ота-оналар ёки васийларнинг таълим ва эмоционал статуси, оиланинг ижтимоий ва иқИТСодий кўрсаткичлари, уй-жой шароити, ота-оналар меҳнати хусусияти, бир-бирини тушуниш даражаси).

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

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

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

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

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

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

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

Бронх-ўпка тизимини текшириш: ҳансираш; хириллашлар;

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

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

Неврологик статусни текшириш: илгариги мия гемодинамикаси бузилишлари симптомлари;

Таннер шкаласи бўйича жинсий ривожланишни баҳолаш.

Турли ёш даврларида артериал гипертензиянинг энг кўп сабаблари

1 ёшгача бўлган болалар:

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

1 – 6 ёшгача бўлган болалар:

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

7 – 12 ёшгача бўлган болалар:

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

Ўспиринлар:

- Эссенциал АГ;
- Буйраклар паренхиматоз касалликлари;

- Реноваскуляр АГ;
- Буйрак усти беги пўстлоқ қавати туғма дисфункцияси;
- Феохромоцитома;
- Иценко-Кушинг синдроми;
- Тугунчали периартрит.

Артериал гипертензия таснифи

Болалар ва ўспиринларда АГ нинг 2 даражасини ажратиш мақсадга мувофиқ:

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

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

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

Гипертоник касаллигининг ташхисини ва босқичини аниқлаш.

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

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

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

Артериал гипертензиянинг дифференциал ташхисоти

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

I. Буйрак генезига эга гипертония

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

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

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

II. Эндоген генезли артериал гипертония:

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

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

- 1) кризли артериал гипертония;
- 2) доимий артериал гипертензия. АБ тўсатдан кўтарилади (10 мм сим. уст.дан кам эмас). Аниқ ифодаланган вегетатив кўринишлар: юрак уриши, қалтираш, терлаш, қурқув ҳисси, ҳавотирсизлик, тери кўринишлари билан намоён бўлади. Катехоламинлар фаол равишда модда алмашинувига кўшилади – қондаги қанд миқдори ошади, шунинг учун криз вақтида чанқаш, кейин эса полиурия кузатилади. АБ нинг ортостатик тушишига мойиллик тўғилади, бу горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтишда ҳушдан кетиш билан кузатилади (ортостаздаги гипотония). Феохромоцитомада тана вазни камайиши учрайди, бу асосий алмашинув ошиши билан боғлиқ.
- в) *акромегалия*. АБ буйрак усти бези функцияси ошиши ҳисобига намоён бўлади.
- г) *тиреотоксикоз*: буйрак орқали кальций чиқарилиши содир бўлади, бу тошлар ҳосил бўлишига мойиллик яратади ва охир оқибат АБ ошишига олиб келади.

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

- а) *аорта коарктацияси* – туғма касаллик, аорта бўйинчаси соҳасида мускул қавати қалинлашиши. Қоннинг қайта тақсимланиши юзага келади – қисилишдан юқорида, яъни тананинг юқори бўлимидаги томирларнинг қон билан тўлиши юзага келади; оёқ томирлари эса қонни кам олади ва секин қонга тўлади. Касалликнинг асосий белгилари жинсий балоғат ёшига етганда кузатилади, одатда 18 ёшда. Субъектив бош оғриқлари, исиш ҳисси, бурундан қон кетишлар кузатилади.
- б) *пульс йўқлиги ёки Такаясу синдроми*. Синонимлари: панаортит, аорта ёки шохлари панартериити, аорта равоғи касаллиги. Инфекцион-аллергик табиатли касаллик, тез-тез ёш аёлларда учрайди. Аорта деворларининг пролиифератив яллиғланиши кузатилади, кўп даражада интимасининг, некротлар натижасида бляшкалар ҳосил бўлади, фибриноид бўкиш юзага келади. Анамнезида узоқ субфебрилитет, ва аллергия реакциялар.

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

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

V. Дори артериал гипертонияси:

адренергик воситаларни қабул қилганда: эфедрин, адреналин.

гормонал воситалар (глюкокортикоидлар) билан узоқ даволашда.

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

Артериал гипертензиянинг давоси ва профилактикаси

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

АГ даволаш масалалари:

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

-бемор ҳаёт сифатини яхшилаш;

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

-гипертоник кризлар профилактикаси.

АГ ли болалар ва ўспиринларни олиб боришнинг умумий тамойиллари.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

-Номедикаментоз терапия самараси 3 ойда бир марта амалга оширилади.

Артериал гипертензияни номедикаментоз даволаш.

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

Номедикаментоз даволаш ўз ичига қуйидаги компонентларни олади:

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

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

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

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

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

Артериал гипертензияни медикаментоз даволаш

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

-диуретиклар;

-b-адреноблокаторлар;

-ангиотензин айлантурувчи фермент ингибиторлари;

-кальцийли каналлар блокаторлари;

-ангиотензин II рецепторлари антагонистлари.

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

Диуретиклар

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

Гидрохлортиазид (25 мг таблеткалари)

Дозалаш тартиби: болалар: 1-3 мг/кг/кун. перорал 2 қабулга; ўспиринлар: 12,5 -25 мг кунига (перорал). Алоҳида қайдлар: ножўя таъсирлар ривожланиши муносабати билан калий, глюкоза, қон липидлари назорати олиб борилиши керак, даволашнинг ҳар 4 ҳафтасида ЭКГ ўтказилиши зарур. Дорининг паст дозалари (6,25 мг кунига 1 маҳал) бошқа гипотензив дорилар самарадорлигини оширади.

Индапамид ретард (1,5 мг ли таблеткалар)

Дозалаш тартиби: ўспиринлар: 1,5 мг перорал кунига 1 маҳал. Доза ошиши амалга оширилмайди. Алоҳида қайдлар: қондаги калий даражасини назорати, ҳар 8 ҳафта ичида ЭКГ назорати.

β-адреноблокаторлар

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

Метопролол (50 мг ли таблеткалар). Дозалаш тартиби: ўспиринлар: 50-100 мг/кун 1-2 қабул учун.

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

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

АПФ (ангиотензин алмаштирувчи фермент) ингибиторлари

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

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

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

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

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

Кальций канали блокаторлари

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

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

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

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

Ангиотензин II рецепторлари антагонистлари

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

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

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

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

-бирламчи ва иккиламчи альдостеронизмда (Na/K индекси ошганлиги) –калий сақловчи дорилар (верошпирон);

-ренал ва томир симптоматик АГ да – АПФ ингибиторлари;

-феохромоцитомада - селектив а-адреноблокаторлар;

-АКТГ да – бирламич гиперальдостеронизмда - дексаметазон;

-сурункали пиелонефритда гипотензив таъсир антибактериал дорилар қўлланилиши билан ҳам чақирилиши мумкин.

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

Шошилинч ҳолатларни (гипертоник кризни) даволаш

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

Болалар ва ўспиринларда гипертоник кризларнинг икки типи фарқланади:

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

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

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

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

Гипертоник кризни йўқотиш учун зарур:

-максимал тинч муҳитни яратиш;

-гипотензив дориларни қўлаш;

-седатив терапия.

Болалардаги гипертоник кризни даволаш учун қўйидаги гипотензив дорилар қўлланилиши мумкин:

-вазодилататорлар;

- α -адреноблокаторлар;

- β -адреноблокаторлар;

-кальций канали блокаторлари;

-диуретиклар

Вазодилататорлар

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

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

α -адреноблокаторлар и β -адреноблокаторлар

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

Фентоламин - носелектив α -адреноблокатор, ҳам α -1-адренорецепторлар, ҳам α -2-адренорецепторлар қисқа муддатли ва қайтар блокадасини чақиради.

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

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

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

Эсмолол ультра қисқа таъсир қилувчи селектив β -1-адреноблокатордир, ички симпатикомиметик ва мебранастимулловчи фаоллигига эга эмас. Биринчи дақиқа мобайнида дори 500-600 мкг/кг бошланғич дозасида берилади. Натижа бўлмаганда дозаси ҳар 5-10 дақиқада 50 мкг/кг/дақиқа максимал дозагача 200 мкг/кг/дақ. ошириб борилиши мумкин. Ярим парчаланиш даври 9 дақиқага тенг, 20 дақиқа давомида эсмолол тўлиқ парчаланаяди ва буйраклар томонидан 24-48 сот ичида чиқарилади. Ножўя таъсир қилиши: гипотензия, брадикардия, миокард қисқариш функцияси пасайиши, ўткир ўпка шиши.

Кальций канали блокаторлари

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

Верапамил ОПСС, артериоляр дилатация, диуретик ва натрийуретик таъсири натижасида босимни пасайтиради. Дорини 40 мг дозада перорал

кўллаш мумкин, унинг самарасизлигида – секин-аста вена ичига 0,1-0,2 мг/кг ҳисобидан.

Диуретиклар фуросемид вена ичига 1 мг/кг дозада юборилади.

Седатив терапия (гипертоник кризни даволашнинг ёрдамчи компоненти).

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

Диспансер кузатув тамойиллари ва профилактикаси

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

Диспансеризация ўз ичига қуйидаги тадбирларни олади:

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

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

-АБ меъёрлашувига қаратилган соғломлаштирувчи ва даволаш тадбирларини олиб бориш;

-Жинси ва ёши инобтга олинган ҳолда болалар ва ўспиринларни тиббий-профессинал косультациялари ва профориентациясини ўтказиш.

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

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

ойда 1 марта). Кўрсатмалар бўйича бола ёки ўспирин нефролог, окулист ва невропатолог маслаҳатидан ўтади. Зарурий текширувлар 1 йилда бир мара кўлланилиши мумкин.

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

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

АГ бирламчи профилактикаси амалга оширилади:

-популяцион даражада (барча аҳолига таъсир этиш);

-хавф гуруҳларида (оғирлашган ирсият мавжуд, юкори нормал даражали АБ, тана вазнинг ортиқча бўлган, паст физик фаолликли болаларда).

Профилактик таъсир қуйидагиларга қаратилган бўлиши керак:

-ортиқ тана вазнини пасайтириш ёки нормал тана вазнини сақлаш

-физик фаолликни оптималлаштириш.

Адабиётлар:

- 1.Медико-социальные последствия йоддефицитных состояний. Профилактика и лечение. – Москва-Пермь, 1999 г.
- 2.Дедов И.И. Эндокринология. М., Медицина, 2000 г.
- 3.Экология и экологическая безопасность. Ю. Л. Хотунцев. – Москва, 2002.
- 4.Мельниченко Г.А., Токмакова А.Ю., Колода Д.Е., Лаврищева Н.В. Эндокринные заболевания. М. Медицина, 2009 г.
- 5.Шустов С.Б., Халимов Ю.Ш., Труфанов Г.Е. Функциональная и топическая диагностика в эндокринологии. М. 2010 г.
- 6.Кроненберг Г.М., Мелмед Ш., Полонский К.С., Ларсен П.Р. Заболевания щитовидной железы. Williams Textbook of Endocrinology. 2010 г.
- 7.Гарднер Д., Шобек Д. Базисная и клиническая эндокринология Книга 1. Greenspan's Basic & Clinical Endocrinology. 2010 г.

5 -амалий машғулот.

Болаларда меъда ичак йўлининг туғма тараққиёт норасоликлари ва аномалиялари. Болаларда буйрақлар ва пешоб йўллари туғма тараққиёт нуқсонлари ва аномалиялари. 2 соат.

Ишдан мақсад:

Диагноз аниқланганда шифокор тактикаси, шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш, диспансеризация ва реконвалесцентларни реабилитация қилишни ўргатиш;

- бемор ётоғида, лабораторияларда, шу жумладан, ўқув хонасида мавзунини муҳокама қилишда беморга нисбатан жавобгарлик ҳиссини ривожлантириш;
- тематик саволларни муҳокама қилиш мисолида илмий фикрлаш, клиник масалаларни ечишда ижодий жиҳатдан ёндашиш, шунингдек, мустақил қарор қабул қилишга ўргатиш. Мантиқий фикрлашни ва ўз фикрини касбий тилда етказиб беришини ривожлантириш.

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни бажариш лозим

- профессионал анамнез йиғиш ва беморни кўриқдан ўтказиш;
- эрта ва қиёсий ташхислаш асосида тахминий ташхисни шакллантириш;
- шошилиш ҳолатини ташхислаш ва госпитализациягача бўлган даврда 1-чи тиббий ёрдам кўрсатиш;
- профилактика ва реабилитациясини таъминлаш.

Ишни бажариш учун намуна

Машғулот ўтказиш жойи, жиҳозланиши

- аудитория; қабул бўлими; диагностика бўлими;
- техник воситалар: тематик беморлар; оверхед; мультимедиа проектори; TV-видео; ўргатувчи-назорат қилувчи дастур; янги педагогик технология усуллари сценарийлари; вазиятли масалалар.

Туғма ичак тугилиши – чақалоқларда шошилиш жарроҳлик ёрдами талаб қилувчи ҳолатлар орасида нисбатан кўп учрайдиганидир.

Туғма ичак тугилишига олиб келувчи сабаблар жуда кўп бўлиб, уларни қуйидаги гуруҳларга тақсимлаш мумкин;

- Ичак найи ривожланишининг норасоликлари (атрезиялар, стенозлар)
- Ичак найининг ташқи томондан сиқилишига олиб келувчи норасоликлар (ҳалқасимон меъда ости беши, аберрант қон томири, энтерокистома)

- Ичак деворининг туғма тараққиёт нуқсонлари(аганглиоз-Гиршпрунг касаллиги, нейронал дисплазия, гипоганглиоз).
- Ичак бўшлиғини қуюқ меконий билан тўлиб қолишига олиб келувчи норасоликлар (Муковисцидоздаги меконийли илеус).
- Ичаклар булариши ва ичактутқичнинг фиксациясидаги бузилишлар оқибатида юз берадиган ичак тутилишлари (Ледда синдроми, ўрта ичакнинг алоҳидалашган буралиши)

Ичак норасоликларининг сабаблари жуда кўп бўлиб, ирсий йўл билан бериладиган, ёки спорадик турлари тафовутланади.

Норасолик ҳомила ҳаётининг 3-4 ҳафтасида, яъни органогенез даврида пайдо бўлади, чунки шу даврда ичак девори, унинг бўшлиғи ва буралиш жараёнлари юз беради.

Тараққиёт жараёнида овқат хизм қилиш найи «яхлитлик босқичи» ни ўтайди. Бу босқичда ичакнинг бўшлиғи эпителий билан тўла, яъни яхлит ҳолатда бўлиб, ундан кейин бошланадиган вакуолизация жараёнлари натижасида най шаклига киради. Агар вакуолизация жараёнлари бузиладиган бўлса, унда ичак бўшлиғи ҳосил бўлмасдан қолади, агар ушбу жараён унчалик катта бўлмаган масофада бузиладиган бўлса, пардали атрезия рўй беради. Агар реканализация жараёни бошланиб, пардада кичик тешик ҳосил бўлса, унда пардали стеноз деб аталадиган норасолик кузатилади. Агар ичак бўшлиғи катта масофада ёпиқлигича қолса, унда фиброз ипсимон атрезия кузатилади. Атрезиянинг бундай тури ичактутқич артериясининг бир қисми ривожланмай қолиши эвазига ҳам бўлиши мумкин. Атрезия сосискасимоном бўлиши ҳам мумкин.(кўпламчи атрезия). Кўрсатиб ўтилган норасоликлар аксарият ҳолларда мураккаб эмбриологик жараёнлар юз берувчи соҳаларда ; ўн икки бармоқли ичакнинг катта сўрғичи, ўн икки бармоқли ичакнинг оч ичакка ўтадиган қисмида шунингдек ёнбош ичакнинг дистал қисмида рўй бериши мумкин

Ичак найчаси ичида кечувчи жараёнлар билан бирга ичакнинг буралиши жараёни кечади. (ўн икки бармоқли ичакдан кўндаланг чамбар ичакнинг

ўртасига қадар). Буралиш жараёнлари ҳомила ҳаётининг 5 ҳафтасидан бошланиб, учта даврда кечади.

Буралишнинг иккинчи босқичи 10-12 ҳафталаргача давом этиб, ичак ковузлоқларининг қорин бўшлиғига қайтиб киришини таъминлайди. Бунда ичаклар соат милага тесқари 90 даражага буралиб, қорин бўшлиғига қайтиб киради. Агар иккинчи босқичдаги буралиш тўхтаб қолса, бола ичакнинг тугалланмаган буралиши билан туғилади. Бунда ўрта ичак юқори ичактутқич артерияси соҳасига фиксацияланиб қолиб кетади. Ингичка ичакнинг ковузлоғи қорин бўшлиғининг ўнг томонида, кўричак эпигастрал соҳада ва ниҳоят йўғон ичак чап томонда жойлашади. Бундай фиксация юқори ичактутқич артерияси атрофида буралиш оқибатида ўткир странгуляцион ичак тутилишига олиб келади. Эпигастрал соҳада жойлашувчи кўричак эмбрионал чандирлар воситасида ўн икки бармоқли ичакни ташқи томонидан сиқиб, ўтувчанлиги бузилишига олиб келади. Ўн икки бармоқли ичакнинг сиқилиши билан ўрта ичакнинг буралиши қўшилиб келиши Ледда синдроми дейилади.

Ҳомила ҳаётининг 18-20 ҳафтасидан бошлаб, болада ютиш рефлекси пайдо бўлади, бу эса ўз навбатида ичак тутилиши аломатлари пайдо бўлишига олиб келади. Ҳомила атрофи сувининг ютилиши атрезия соҳасидан юқорида тўпланиб, ковак аъзонинг кенгайишига, пастки қисмларда эса кулранг тусдаги ичак найи шираси ва кўчган эпителийдан иборат модданинг тўпланишига олиб келади.

Туғма ичак тутилиши куйидагича классификацияланади;

- Юқори ва қуйи (чегара –ўн икки бармоқли ичак)
- Тўлиқ (атрезия) ва қисман (стеноз)
- Обтурацион (атрезия, ичак бўшлиғининг энтерокистома ёки ҳалқасимон меъда ости беши томонидан сиқилиши, меконийли илеус Гирсшпрунг касаллиги) ва странгуляцион (ичакнинг буралиши, ичакнинг сиқилиши, ичак инвагинацияси).

Туғма ичак тутилиши ҳомила ҳаётининг 18-20 ҳафталаридан то туғилган маҳалигача давом этиши эътиборга олиниб, туғилган пайтида норасоликнинг сатҳи ва турига хос аломатлар пайдо бўлади.

Туғма ичак тутилиши учун хос бўлган асосий аломатлардан бири –ич келмаслиги ва патологик аралашмалар билан қусишдир. Юқори ичак тутилиши учун хос бўлган аломатларга бола туғилганидан кейин ўт аралаш қусиш киради. Қуйи ичак тутилишида бола туғилганидан қорни катталашган бўлади. Странгуляцион ичак тутилиши бола йиғлаганда ва безовталанганида кўкқисдан оғриқ билан намоён бўлади. Ичак тутилишининг бу тури бола ҳаётининг 3-5 кунлари , кўкқисдан пайдо бўлади.

Қусиш-чақалоқларда энг кўп учрайдиган симптомлардан бири бўлиб, унинг ҳажмини, пайдо бўлиш вақтини, жадаллигини, қусуқ массасининг характерини, тана ҳолати ва динамиканинг ўзгариши билан боғлиқлигини баҳолаш лозим.

6 ҳафтагача бўлган болаларда тез тез қусиш ва кекириш кардиал қисмнинг вояга етмасганлиги ва етишмовчилиги билан боғлаш мумкин.

Функционал ичак тутилишида қусиш мунтазам бўлмасдан, қусуқ массасининг миқдори қабул қилинган овқатнинг массасидан кам, консерватив терапия самара беради.

Хар қандай этиологияли инфекция токсикоз ичак фалажлиги оқибатида юз берадиган тутилиш бўлиб, бола даставвал сут, кейин ўт аралаш, ва касаллик авж олгани сайин ичак аралашмалари билан қусишга олиб келади.

Механик ичак тутилишида патологик аралашмали қусиш мунтазам кучайиб бораверади.

Димланиш оқибатида келиб чиқадиган қусиш фарқланади, бунда бола бирваракайига катта ҳажмда қусади. Қусишнинг ушбу тури обтурацион ичак тутилиши учун хосдир. Странгуляцион ичак тутилишида бола рефлектор равишда , тез -тез, оз- оздан қусади.

Қусуқ массасининг таркибига қараб, тутилиш сатҳини аниқлаш мумкин.

- Тўсиқ агар ўн икки бармоқли ичакнинг Фатер сўрғичидан юқорида бўлса кусуқ массаси таркибида меъда маҳсулоти бўлади.

- Тўсиқ агар ўн икки бармоқли ичакнинг Фатер сўрғичидан пастида бўлса кусуқ массаси таркибида ўт суюқлиғи бўлади. (узоқ муддатлик димланиш ҳисобига).

- Ўн икки бармоқли ичакнинг стенозида кусуқ массасининг таркиби стенознинг даражасига боғлиқ бўлади.

- Ўн икки бармоқли ичак сатҳида ичакнинг ўткир буралиши кузатилса, бола ўт суюқлиғи аралаш қусади.

- Пастки ичак тутилишларида бола ичак аралашмалари билан қусади.

Ўн икки бармоқли ичак атрезияси аксарият ҳоғлларда дистал қисмда, стенозлари эса проксимал қисмида топилади. Атрезиянинг энг кўп учрайдиган тури –пардали атрезия ҳисобланади. Парда Фатер сўрғичидан юқорида, ёки пастда жойлашиши мумкин. Беморларнинг 21% қисмида атрезиянинг сабаби сифатида меъда ости безининг ҳалқасимон шаклда эканлиги аниқланади. Беморларнинг 60% дан ортиғида ўн икки бармоқли ичак атрезиялари бошқа аъзо ва тизимлар норасоликлари билан, 30% дан ортиғи Даун касаллиги билан ва 20% дан ортиғи юракнинг туғма тараққиёт нуқсонлари билан уйғунлашиб келади.

Ўн икки бармоқли ичакнинг атрезиясида клиник манзара сурункали юқори ичак тутилиши аломатлари билан кечиб, бола туғилгани заҳотиёқ кўкимтир тусда қусади, қорин пучаяди, ичи келмайди.Фатер сўрғичидан юқоридаги атрезияда меъда аралашмалари билан қусади , тўғри ичак кўздан кечирилганида кўкимтир тусдаги шилимшиқ тиқин аниқланади. Ўн икки бармоқли ичакнинг атрезияси билан туғилган болаларни текшириш юқорида келтирилган дастур асосида амалга оширилади.Ташҳисни ойдинлаштириш учун икки проекцияда қорин соҳаси рентген тасвирига олинади

Операциядан аввалги тайёргарликлардан кейин шошилишч хирургик муолажа ўтказилади. Пардали атрезияда дуоденотомия ва пардани кесиш операцияси ўтказилади. Ҳалқасимон меъда ости безида

дуоденодуоденоанастомоз ўтказилади. Бошқа турларида дуоденоеюноанастомоз бажарилади.

Операцияни бошдан кечирган беморлар 6-12 ой мобайнида ди спансер кузатуви остида бўладилар. Болалар ичак биоценози коррекциясига ва узилган моддалар алмашинувининг меъёрлаштирилишига муҳтож бўладилар. Фермент препаратларида, поливитаминлардан буюриш, оқилона озиклантириш меъда-ичак тизими фаолиятини меъёрлаштиришга шароит яратади.

Ўн икки бармоқли ичакнинг стенози барча ичак стенозларининг 50% га яқин қисмини ташкил қилади. Бунда пардали атрезиянинг ўртасида тешик кузатилади. Ўн икки бармоқли ичакнинг стенози ичакнинг ҳар қандай қисмида учраши мумкин, аммо шунга қарамасдан аксарият ҳолларда ўн икки бармоқли ичакнинг катта сўрғичи атрофида жойлашади.

Ўн икки бармоқли ичакнинг стенози юқори ичак тутилиши аломатлари билан зоҳир бўлади. Касалликнинг етакчи аломати – ўт аралаш қусиш бўлиб, ҳар гал озиклантирилганидан кейин кучаяди. Тана вазнининг камайиши ва дегидратация кучайиб бораверади. Қориннинг пасти қисми пучайган, ичи мекониал ва жуда кам миқдорда келади. Ўн икки бармоқли ичакнинг стенози рентгенологик усулда ойдинлаштирилади. Обзор рентген тасвирида қориннинг юқори қисмида иккита суюқлик сатҳи, ва пастки қисмларида ичакларнинг газлар билан етарлича тўлмаслиги аниқланади.

Ўн икки бармоқли ичакнинг стенози дуоденотомия ва пардани кесиш орқали оператив даво воситасида даволанади.

Ўрта ичакнинг туғма буралиши ичакнинг меъерий буралиши маҳалидаги дуоденал тирсак ва кўричак ўзининг ўрнига келмаса ва ичактутқич қоринни нг орқа деворига меъердагидек бирикмаса, рўй беради.

Ўрта ичакнинг тутқичи бунда фақат битта нуқтага бириккан бўлиб, унинг ўзи юқори ичактутқич артериясига осилиб турган бўлади. Ўрта ичакнинг боши ва илеоцекал бурчак бевосита бир –бирига яқин жойлашган бўлиб, соат мили йўналиши баралиш юз бериш эҳтимоли ошади. Патология юқори странгуляцион ичак тутилиши аломатлари билан намоён бўлиб, туғилганидан

3-4 кун ўтиб, тез -тез қусиш ва қорин соҳасидаги оғриқлар , ичак перистальтикасининг кучайиши , ич келмаслиги , тўғри ичакдан шилимшиқ аралаш қон кетиши билан ифодаланади.Ташхис рентгенологик усуллар билан ойдинлаштирилади. Болани вертикал ҳолатга қўйиб, обзор рентгенограмма олинганида меъда соҳасидаги ягона ҳаво пуфакчаси кўринади. Касалликнинг эрта босқичларида ичак қовузлоғида яккам –дуккам кичик ҳаво пуфакчалари кўринади.

Ўрта ичакнинг туғма буралиши ичак атрезияларининг барча турларида ва обтурацион ичак тутилишларида қориннинг барча соҳалари юмшоқ ва оғриқли, странгуляцияцион ичак тутилишида эса оғриқли ва таранглашгандир.

Ўткир аппендицит ва ярали –некротик энтероколитда аксарият ҳолларда ўнг ёнбош соҳасида, локал оғриқли нуқталар аниқланади.Тарқоқ перитонитда қорин қаппайган, оғриқли ва барча соҳаларида таранглашган, айрим ҳолларда қорин олд девори ҳам патологик жараёнга улашиб кетган.

Механик ичак тутилишининг муҳим аломатларидан биригичак перистальтикасининг кучайиши ва эшитилиши бўлиб, динамик ичак тутилишида перистальтика заифлашади ёки бутунлай йўқолади.

Чақалоқлар перитонитининг асосий сабаби –ковак аъзонинг перфорацияси бўлиб, бу асорат туғма тараққиёт норасоликларининг айрим турларида, ва ярали -некротик энтероколитда кузатилади. Қорин бўшлиғида эркин ҳаво йиғилганида жигарни перкуссиялаш орқали аниқлаш имкони йўқолади.

Қорин олд девори қалинлиги кам бўлганлиги учун чақалоқлар перитонитида короид олд девори тўқималари ҳам шишади, ўғил ботдан тўғри ўтказиладиган бўлса, буралиш қайталанмайди. Аммо, ичакнинг охиригача буралмаганлиги эътиборга олинishi ва агар чувалчангситмон ўсимта яллоиғланадиган бўлса атипик жойлашиш эҳтимолини хотирдан фаромуш қилмаслик лозим.

Ингичка ичакнинг атрезияси туғма ичак тутилиши нинг энг кўп учрадиган турларидан биридир. оч ичакнинг атрезияси 50% ни, ёнбош ичакнинг атрезияси 43%ни, иккала ичакнинг бирваракайига атрезияси эса 7% ни ташкил қилади.

Ингичка ичак атрезияси фиброз ипсимон тусда бўлиб, беморларнинг 50% дан ортиғида эмбрионал даврда ичак буралиши ва адгезив перитонит қўшилиб келади.

Ингичка ичакнинг атрезияси пастки ичак тутилиши ва обтурацион ичак тутилиши аломатлари билан намоён бўлади. Бола туғилгани захотиёқ қорин ўлчамлари ҳаддан ташқари катта бўлиб, бу ҳолат эмбрионал даврда қағанок сувининг кўп миқдорда ютилиши билан боғлиқ. Агар атрезия ичак буралиши ва адгезив перитонит билан асоратланмаган бўлса қорин пайпасланганида юмшоқ ва оғриқсиз бўлади. Аускультацияда ичак перистальтикаси кучайган. Меъда ювилганда димланган маҳсулотлар, тўғри ичакдан эса шилимшиқ тиқин олиш имкони бўлади.

Ингичка ичакнинг атрезиясида қорин бўшлиғининг обзор рентген тасвирида қориннинг юқори қаватида кўплаб суюқлик сатҳи, пастки қаватида эса сояланиш кўринади Дифференциал диагностика паретик ичак тутилишлари, динамик ичак тутилишлари билан ўтказилади. Паретик ичак тутилишлари учун перистальтиканинг камайиши хосдир. Рентгенологик текширишларда кўплаб суюқлик сатҳлари аниқланади. Динамикадаги рентгеноконтраст текширишлар контраст модданинг пассажиини кўрсатади, бу ҳолат механик ичак тутилиши ташҳисини истимсно этишга имкон беради.

Дастлабки операция олди тайёргарликларидан кейин оператив даво ўтказилади.

Юқори кўндаланг лапаротомия орқали ичак жароҳатга олиб чиқилиб синчиклаб тафтиш қилинади , ундан мақсад кўшпламчи атрезияларни истисно этишдир. Туғма атрезияларда ичак атрезияланган қисмлари диаметрларидаги ўзаро катта фарқ борлиги учун олиб келувчи қовузлокдан 10-12 см қирқиб олиб ташланади. Учма- уч , ёки Т симон анастомоз қўллаш афзалдир.

Энтерокистомалар - турли ўлчамли ва шаклли шарсимон ёки цилиндрсимон туғма ҳосилалар бўлиб, ичак девори билан биргаликда меъда ёки ичакка хос бўлган шиллиқ қават билан қопланган. Агар меъдага хос бўлган шиллиқ қават билан қопланган бўлса киста ичидаги суюқлик нордон характерга эга бўлиб,

геморрагик тусда бўлади. Киста ичак бўшлиғи билан камдан -кам ҳолларда кўшилган бўлади. Бундай кисталар ичакнинг ҳар қандай соҳасида бўлиши мумкин, аммо шунга қарамасдан илеоцекал бурчакда учраш эҳтимоли кўпроқ бўлади.

Мазкур норасолик умуртқа поғонасининг битмаслиги, орқа мия чурраси ва пешоб таносил тизими аъзоларининг туғма норасоликлари билан уйғунлашиб келади.

Энтерокистомалар ўткир ичак тутилиши аломатлари билан намоён бўлади. Қорин ўлчамлари катталашиб, перистальтика кучаяди, чақалоқ қуюқ меъда аралашмалари билан қусади, унинг таркибида озроқ миқдорда ўт суюқлиғи ҳам аниқланади.

Энтерокистома диагнози УТТ ва рентген текширишлари воситасида ойдинлаштирилади.

Энтерокистома фақат хирургик йўл билан даволанади. Одатда патологияга учраган ичак резекция қилиниб, энтероэнтероанастомоз қўйилади. Ўз вақтида ташхисланиб, тўғри даво ўтказилса, прогноз яхши.

Меконийли илеус – туғма ичак тутилиши аломатлари билан намоён бўлувчи ва чақалоқлар перфоратив перитонити билан 50,0% дан ортиқ ҳолда асоратланувчи оғир туғма тараққиёт нуқсони бўлиб, меконий ажралишининг бузилиши билан намоён бўлади. Касаллик муковисцидозга учраган болаларнинг 20,0% дан катта қисмида асорат сифатида учраб, ўғил ва қиз болаларда бир хил жадалликда аниқланади.

Организм ички секреция безлари кўпламчи яллиғланиши оқибатида қуюқлиги юқори бўлган шира ажралади, бу эса меъда ости бези, ичаклар ва ўпкаларда иккиламчи ўзгаришлар келиб чиқишига сабаб бўлади.

Касаллик пастки обтурацион ичак тутилиши аломатлари билан намоён бўлади. Қорин ўлчамлари катталашади, ичак перистальтикаси кучаяди. Бола кўп марталаб ўт аралаш қусади, тўғри ичак текширилганида ампуласи гипоплазияга учраган, клранг шилимшиқ тиқин ажралади. Қорин бўшлиғи аъзоларини обзор рентген тасвири ташхисни ойдинлаштиради. Қорин

бўшлиғи биров катталашиб, пастки қисмлари сояланган, юқори қаватида ингичка ичак қовузлоғи кенгайиб, суюқлик сатҳлари аниқланади. Айрим ҳолларда кальций тузларининг йиғилиши ҳисобига йўғон ичак йўналиши бўйича кальцификатлар топилади

Дифференциал диагноз Гиршпрунг касаллиги билан ўтказилади. Бундай мақсадлар учун сувда эрувчи контраст модда билан ирригография ўтказилади. Меконийли илеусда йўғон ичакнинг барча қисмлари гипоплазияга учраган, Гиршпрунг касаллигида эса сигмасимон ичакнинг тор дистал қисми супрастенотик кенгайиш соҳасига ўтганлиги кўринади.

Тиббий -ирсий текширишлар воситасида муковисцидозни тасдиқлаш лозим.

Меконийли илеус хирургик йўл билан даволанади. Кенгайган ичак қовузлоғи устидан энтеротомия ўтказилиб, ичак қовузлоқлари меконийли суюлтирувчи фермент препаратлари билан бошидан охирига қадар ювилади. Энтероэнтероанастомоз қўйилади. Операциядан кейинги даврда ўрнини олувчи ферментотерапия ўтказилади.

Прогноз жиддий бўлиб, умрбодлик давони талаб қилади.

Болаларда буйраклар ва пешоб йўллари туғма тараққиёт нуқсонлари ва аномалиялари (буйраклар норасоликлари, супра ва инфравезикал обструкциялар)

Болаларда буйраклар ва пешоб таносил тизими аъзоларининг туғма норасоликлари барча нуқсонларнинг 35-40% қисмини ташкил қилади. Патологоанатомик текширишлардан маълум бўлишича 10% га яқин одамлар пешоб таносил тизими аъзоларининг туғма норасоликлари ва аномалиялари билан дунёга келадилар. Урогшенитал норасоликлар орасида 10% га яқинини буйракларнинг туғма нуқсонлари ташкил қилади.

Буйраклар норасоликлари жадаллиги унинг мураккаб эмбриогенези билан боғлиқ. Эмбриогенезнинг меъерий жараёнлари бузилиши оқибатида аномалияларнинг турли шакллари пайдо бўлади.

Буйраклар норасоликлари қуйидаги турларга бўлинади ; миқдор, ўлчам, жойлашиш, ўзаро жойлашиши ва таркиби норасоликлари.

Буйрак аномалиялари классификацияси;

А.миқдор аномалиялари ;

1. Аплазия (бир, икки томонлама)
2. Буйрак қўшалокланиши (бўлик, тўлиқсиз)
3. Қўшимча буйрак

Б. Ўлчам аномалиялари

1.гипоплазия жойлашиш аномалиялари

1.Кўкрак дистопияси

2.бел дистопияси

3. ёнбош дистопияси

4. тоз дистопияси

5. кесишмали дистопия

г) Ўзаро муносиблик аномалияси

1. симметрик: тақасимон, галетасимон

2. асимметрик: 2- ва 8-симмон буйраклар

д) Тузилиш аномалиялари

1. буйрак дисплазияси:

а) рудиментар буйрак

б) пакана буйрак

2. Буйракларнинг кистозли касаллиги:

а) мультикистоз

б) поликистоз

в) буйракнинг оддий кисталари

3.губгасимон буйрак

е) Косача-жомча тизими аномалияси. 1. Миқдор аномалияси: а) жомча аплазияси

б) Жомчани иккиланиш, учланиш ва б.ш. 2. Тузилиш аномалияси:

а) полимегакаликс

б) косача дивертикули

в) жомча кистаси

Сонлар аномалияси. Ушбу сонли аномалияларга бир ёки икки томонлама буйрак аплазияси ва қўшимча буйрак киради. Бир қанча авторлар бачадон ичи хомилада аъзолар ривожланиш муддати тугаши қараб аплазия ва агенезия терминларга турли тушунчалар киритишган. Аммо ҳамма клинисистлар таъкидлайдики ушбу тушунчалар клиник, рентгенологик ва прогностик аҳамиятга эга эмас. Шунга кўра клиник таснифда мақсадга кўра битта термин ишлатилади. М.Ф.Трапезников бўйича «буйрак аплазияси» термини ушбу талабга жавоб беради.

Бир томонлама аплазия одатда кўпроқ учрайди. Бу аномалия контралатерал аъзоларни нормал ривожланишида клиник намоён бўлмайди. Аммо ушбу аномалия бўлганда, жарохат билан боғлиқ бўлган ягона бўлган буйракни олиб ташлашда юзага келиши мумкин бўлган оғир тиббий хатоликларни инкор қилиш мақсадда, шуни эсда тутиш керак.

В большинстве случаев аплазия почки сопровождается отсутствием мочеточника, а также атрофией соответствующего участка мочепузырного треугольника. Однако у ряда детей имеются устья мочеточников и отсутствуют изменения треугольника, поэтому на основании цистоскопии нельзя сделать заключения об отсутствии или наличии почки. Установить правильный диагноз позволяют только эхография почек, экскреторная урография, нефросцинтиграфия и аортография. Буйраклар аплазияси жинсий аъзолар аномалиялари билан 70% қизларда ва 20% ўғил болаларда биргаликда келади.

Икки томонлама буйрак аплазияси ҳаётга мос келмайдиган, анча кам учрайдиган аномалия бўлиб ҳисобланади. Ушбу аномалия кўпроқ эркак жинсдаги инсонларда учрайди.

Қўшимча учинчи буйрак нисбатан кам учрайдиган аномалия. Дунё адабиётларида манбада фақатгина 3-4 та бутунлай бир биридан ажралган буйраклар ҳақида маълумот келтирилган. Клиник маълумотларда нуқсон

аниқланмайди одатда фақатгина тасодифан урологик текширувларда топилади. Бироқ учинчи буйракда турли хил асоратлар ривожланганда, ушбу ривожланиш нуқсонини диагностикаси қийинчилик туғдирмайди. Асорат юзага келганда, консерватив давога бўй сунмайдиган қўшимча буйракда пиелонефритнинг зўрайиб кечишида, зарарланган аъзони олиб ташлаш кўрсатма бўлиб хисобланади.

Хажмлик аномалиялари. Хажмли аномалияларга буйраклар гипоплазияси киради (буйраклар хажми кичрайиши). Буйрак паренхимаси нормал морфологик тузилиши ва уни функцияси бузилмаслиги билан намоён бўлади. Гипоплазия кўпроқ бир томонлама, нисбатан кам холларда икки томонлама бўлади. Кам бўлмаган холларда гипоплазиранган буйракда пиелонефротик жараён юзага келади. Ташхис одатда ултратовуш диагностика, экскретор урографи ва радиоизотоп сканерлаш маълумотларига асосланиб қўйилади. Ангиография маълумотлари гипоплазияни оддий шаклини пиелонефритдаги иккиламчи бужмайишдан дифференцировка қилиш имконини беради. Шуниси аниқланганки функциясини йўқотган гипоплазияга учраган буйракнинг артериялар диаметри шу даражада кичикки, уни хаттоки селектив ангиографияда ҳам аниқлаб бўлмайди.

Буйракни косача ва жомчалари экскретор урогаммада текшириш катта диагностик ахамиятга эга: нормада одатда ўнтадан ортиқ, гипоплазияда эса бештадан кам бўлади. Жомча ўрта косачаларсиз тўғри жомчадан бошланувчи, учбурчак ёки ампуляр шаклдаги майда косачалардан иборат. Нефросцинтиграфияда паренхиматоз ва қон томирларда препаратнинг нормал транспорти фонида, каналчалар ва артериялар хажми камайиши кузатилади.

Бир томонлама буйрак гипоплазияси клиник намоён бўлмаслиги мумкин. Бироқ ундай холда соғлом буйракга қараганда турли касалликлар кўпроқ учрайди. Икки томонлама қарама-қарши гипоплазия дефектни намоён бўлиш даражасига, асоратига, инфекция қўшилишига қараб гипертония, буйрак етишмовчилиги симптомлари билан намоён бўлади. Буйраклар гипоплазиясини даволаш мақсади унинг функциясини бузулиш даражасига

караб аниқланади. Гипотензив ва антибактериал терапия билан консерватив даволаш фойда бермаслигига ишонч ҳосил қилингандагина оператив даволашга мувожаз этилади. Артериал гипертензия ва оғир пиелонефрит билан асоратланган бир томонлама буйрак гипоплазиясида одатда нефрэктомия ўтказилади. Коллатерал буйракда нефрослжкерттик ўзгаришлар кузатилганда нефрэктомияга қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Гипоплазиранган почкада пуфакли- сийдик найи рефлюксида функцияси 30% дан паст бўлса антерефлюкс операция тавсия этилади. Буйраklar аплазияси ёки гипоплазиясида контралатерал аъзо организмнинг функциясини адекват таъминлаш мақсадида викар гипертрофияга учрайди.

Жойлашиш аномалиялари. Жойлашиш аномалиялари кўпинча ёш болаларда ташхис қилинади. Буйрак ўзининг онтогенетик буралишида юқорига кўтарилиш босқичларининг турли қисмида фиксацияланиши мумкин. Бунда у тугалланмаган ротациясида қолади. Статистик маълумотларига кўра янги туғилган чақалоқларнинг 800-1000 дан бирида буйрак дистопияси (эктопия) кузатилади. Буйрак дистопияси бир томонлама ёки икки томонлама бўлиши мумкин.

Кўпинча буйрак дистопиясига сийдик ажратиш тизими аномалиялари билан бирга бошқа аъзолари аномалияси ҳам кўшилиб келади. Дистопирланган буйрак қанчалик пастда жойлашган бўлса унинг дарвозаси шунчалик вентрал жойлашган бўлади; жом олдинга қараган. Эхографияда ва экскретор урографияда бундай буйрак олдинги орқа йўналишда қалинлашган, ўлчамлари нормал ривожланган буйракга нисбатан кичрайган бўлади. Сийдик найи одатдагидан калта, тўғри ва бироз кенгроқ бўлади.

Гомолатерал дистопиялардан яна бири ва клиник ахамиятга эга бўлгани чанок дистопиясидир. Яққол даражада намоён бўлган чанок дистопиясида буйрак чуқур жойлашган: эркак жинсдагиларда тўғри ичак ва сийдик қопи ўртасида, аёлларда бачадон ва тўғри ичак ўртасида. Чанок дистопияси бир томонлама ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Дистопирланган буйрак ўзгариши мумкин.

Аномалиянинг клиник кўриниши кўшни аъзоларнинг ўзаро бирикиши натижасида уларнинг нормал функциясини бузилиши ёки дистопирланган буйракнинг ўзида юзага келувчи патология натижасида юзага чиқади. “Чанок буйраклари” га характерли симптом бўлиб оғриқ хисобланади, у перманент ёки интермитирланган характерда бўлиши мумкин. Одатда оғриқ харакат вақтида пайдо бўлади. У чанокнинг пастки қисмида бўлиб ўткир аппендицит хуружини эслатиши мумкин. Катта ёшдаги қизларда эса оғриқ менструал цикл даври билан бирга келиши мумкин.

Бимануал пальпацияда чанокда жойлашган буйракни пальпация қилиш мумкин. Тўғри ташхис эхография ва экскретор урография натижаларга асосан қўйилади. Буйрак функцияси сусайганда жом сояси, думғаза суягининг зич соясига устма-уст тушиб қолади ва аниқ кўринмайди. Бундай холатларда ретрогад урография ва буйрак ангиографиясининг нефрографик фазаси мухим диагностик ахамиятга эга.

Дистопирланган буйракда патологик жараён юзага келганда оператив давога кўрсатма бўлиб хисобланади. Одатда трансперитонеал кириш қўлланилади. Шуни хисобга олиш керакки дистопирланган буйракда аъзо сақловчи операция ўтказиш қийин чунки унинг ноодатий васкулизацияси ва топографияси бунга имкон бермайди. Шуни ёддан чиқазмаслик керакки дистопирланган буйрак қон томирлари жуда калта, худди буйрак томир устида ётгандек. Шундай холатларда ҳам дистопирланган буйрак гидронефрозида аъзо сақловчи операция ўтказиш керак.

Ёнбош буйрак дистопияси ёнбош суягининг гребидан пастда жойлашади. Шуни такидлаш керакки бундай дистопия турида буйрак қалинлашган шаклда бўлади ва унинг паранефрал клетчаткаси бўлмайди.

Бел сохаси дистопияси буйракларнинг бел сохасидан пастда жойлашиши билан характерланади. Буйрак кўндаланг ўқ атрофида ротацияланган унинг жоми эса олдинга қараган ёки вентрал жойлашган – медиал позиция. Бундай холатларда оператив даволаш фақатгина буйракнинг аъсоратлари ёки ёндош касалликлар қўшилганда амалга оширилади. Юқорида тавсифланган дистопия

турлари гомолатерал дистопия турларига киради. Кам холларда гетеролатерал ёки кесишган турлари ташхисланади, бунда иккала буйрак умуртқа поғонасиниг бир томонида, сийдик найи эса улардан пастрокда умурткани кесиб ўтади ва одатдагидек сийдик қопига тушади. Кесишма дистопияда кўп холларда буйрак қўшилиб кетади. Сийдик найи тораймаси цистоскопияда симметрик жойлашади шунинг учун ҳам буйрак аномалиясига шубҳа қилинмайди. Кесишма дистопия специфик симптоматика намоён қилмайди. Дистопирланган аъзо жойлашган сохада оғриқ бўлиши мумкин. Буйрак асоратланганда кесишма дистопирланган буйрак бир қисми операция қилиниши мумкин.

Нефроптоз –бу буйракнинг фиксацияловчи аппаратининг туғма нимжонлиги билан қўшилиб келган ташқи муҳит сабаблари қўшилиши натижасида юзага келувчи хаддан ортиқ буйракнинг ҳаракатчанлигидир. Нефроптознинг ҳаракатчан (тана горизонтал ҳолатга ўтганда анатомик ҳолатига қайтади), фиксацияланган (буйрак атрофида ривожланган чандиқлар ҳисобига фиксацияланиб қолган) турлари фарқланади. Кўпинча ҳаракатчан буйракда ўсма аниқланади. Болаларда нефроптоз давоси асосан консерватив: бандаж кўллаш, гимнастика, сурункали пиелонефрит аниқланганда яллиғланишга қарши терапия. Консерватив даво ноэффектив бўлганда (буйрак функцияси ёмонлашиши, оғриқ синдроми ўсиб бориши, тиббий препаратлар билан бартараф қилиб бўлмайдиган артериал босим ошиши ва б.ш.) Лопаткин бўйича нефроэктомия кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Оператив давога муҳтож бўлган болалар сони кўп эмас.

Ўзаро мутаносиблик аномалияси. Ўзаро мутаносиблик аномалияси тушунчаси остида буйракларнинг бир бирига нисбатан буралиши тушунилади. Буйракларнинг кутблари ўзгариши билан уларнинг бўйлама ўқига қараб S-, α- и I-галетасимон ва тақасимон буйраклар ажратилади.

Бу гуруҳ аномалияларда амалиёт томонидан тақасимон буйрак ахамиятга эга, бунда буйракнинг бир хил кутбларининг қўшилиб кетиши кузатилади. Қоидага кўра бундай буйрак катта ёки кичик даражада эктопирланган ва 4 ёки

5 бел умуртқаси соҳасида жойлашади. Тақасимон буйракда кам холларда чуқур тос дистопияси кузатилади.

Жомча ва сийдик найи ривожланиш нуқсонлари:

Урологик касалликлар ичида жомча ва сийдик найи ривожланиш нуқсонлари катта гуруҳни эгаллайди.

Жомча ривожланиш нуқсонлари. Туғма жомча йўқлиги доимо буйраклар аплазияси, ва кўп холларда сийдик найини ҳам аплазияси билан бирга келади. Охирги холатда цистоскопияда сийдик қопи учбурчагида гемаatroфия аниқланади.

Жомнинг иккиланиши ёки ажралиши сийдик ажратиш зачатқасининг метанефростик бластемага ўтгунча ажралиши натижасида юзага келади. А.Я. Пытеля (1969) маълумотларига кўра камдан кам холатларда буйрак паренхимасидан ташқари жомнинг трифуркацияси учраши мумкин. Шундай холатлар кузатилганки жом буйрак дарвозаси соҳасида олти бўлакка бўлинган. Кўп холатларда жомнинг иккиланиши сийдик найининг иккиланиши билан қўшилиб келади. Бундай холатларда бу нуқсон юқори сийдик йўллари иккиланиши деб номланди.

Сийдик найи аплазияси. Сийдик найини икки томонлама аплазияси хар доим буйракнинг икки томонлама аплазияси билан қўшилиб келади. Бундай аномалия хаёт билан мос келмайди ва клиник ахамиятга эга эмас. Бир томонлама аплазия сийдик найини зачатқасининг етилмаганлигига асосланган. Баъзан сийдик найи ўзини проксимал ёки дистал қисми билан намоён бўлади. Сийдик найининг иккиланиши. Кўп холатда жомнинг иккиланиши билан бирга қўшилиб келади ва 150/1 нисбатда учрайди. Бу нуқсон қиз болаларда ўғил болаларга нисбатан беш маротаба кўп учрайди. Қизларда эктопирланган сийдик қопидан ташқари торайма оралиқга, қинга, бачадонга очилиши мумкин. Бу холатга характерли белги бўлиб қизларда нормал сийдик ажратиш акти билан бирга доимий томчили сийдик тутолмаслик хисобланади. Жуда кам холларда сийдик найининг тораймаси ичакга эктопирлангани учрайди.

Юқори сийдик йўлларини иккиланиши бир томонлама ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Сийдик найини тўлиқ иккиланишида ҳар бир сийдик найи сийдик пуфагига алоҳида торайма билан очилади. Сийдик пуфагида битта торайма ягона сийдик найининг чаноқ қисми билан юқорида икки тармоққа ажралувчи ҳар бири ўзининг жомига эга ҳолатларда юқори сийдик йўллари нотўлиқ иккиланиши ўрин эгаллайди.

Юқорида тасвирланган топография аномалияларида асоратлар ривожланиши учун юзага келтирувчи омил бўлиб ҳисобланади. Шундай қилиб латералроқ жойлашган тораймага эга бўлган сийдик найининг пастки сегменти калта шиллик ости тунеллига эга. Бу сийдик найига везикоренал рефлюкс бўлиш частотасини изохлайди. Аксинча ҳолатларда кўпинча эктопирланадиган сийдик найи юқори сегменти уретрогидронефроз бўлишга мойил, бунга унинг дистал қисми стенози сабаб.

Сийдик найининг иккиланиши эхография экскретор урография, цистоскопия ва ретроград урография натижаларига асосланиб ташхисланади. Жуда кам ҳолатларда сийдик найи ва жоми учланиши кузатилиши мумкин. Бу аномалиянинг асоратланиши (пиелонефрит, гидронефрит, калкулёз) ва консерватив давонинг эффекти кузатилмаганда мустаҳкам шаклланган абзони оператив коррекцияси тавсия этилади.

Операция хажми ва тури уродинамика бузилишлари, боланинг ёши ва ҳолатига мувофиқ танланади: буйракнинг бир сегментининг функцияси тўлиқ йўқолганда геминефроуретерэктомия (буйрак ангиографиясининг нефрографик фазасида сцинтиграфияга ўхшаб нофункционал паренхиманинг ва ўлчамни аниқ аниқлашга ёрдам беради). Иккала сегментнинг функцияси сақланган ҳолатларда абзо сақловчи операция ўтказилади. Сийдик пуфаги – сийдик найи рефлюксида бир ёки иккала сийдик найи ёки битта сийдик найини сийдик пуфагига антирефлюкс химоя билан неоимплантация, ёки “ягона блок” билан антирефлюкс операция (Лидбеттер Политано типиди) кўрсатма бўлиб ҳисобланади. “Ягона блок” операция кенг тарқалмоқда, у

иккала сийдик найини сийдик пуфаги олди холатида ажралганида улар умумий адвентициал қинга эга бўлганида озиқланишини бузмайди.

Жом-сийдик найи ва сийдик найлари аро анастомозлар қўйиш сийдик найининг чўлтоғини очиш билан операциялари кейинчалик ривожланиши мумкин. Кўрсатмаларга кўра бу операциялар қолган сийдик найининг антирефлюкс химоя хосил қилиниши билан тугатилади. Операцияга қадар албатта уретромиография ва уретромонография ёрдамида сийдик найи функциясини бузулиш даражасини аниқлаш керак. Буйрак сегменти ва сийдик найи функцияси сақланганлигига ишонч хосил қилинганда анастомоз қўйиш мумкин.

Ретрокавал сийдик найи – кам урчайдиган аномалия, хомилани венотизими аномал ривожланиши оқибатида юзага келади, қачонки орқа олдинги кардиал вена редукцияга учрамайди, сийдик найини ўраб олувчи пастки кавак венага трансформацияланади. Бундай жойлашиш уродинамикани бузади ва кейинчалик гидронефроз ривожланишига олиб келади. Ретрокавал сийдик найи клиник жихатдан зарарланган буйракда инфекция ривожланиши баъзан буйрак коликаси билан намоён бўлади. Гидронефроз ва сийдик найини медиал кесишмаси экскретор урография натижаларига асосаланган холда ташхис қўйилади. Даволаш фақат оператив: сийдик найини кесиш ва охирга охир антевазал анастомоз қўйиш.

Гидронефроз – бу ривожланиб борувчи ва сийдик ажралишининг бузилиши билан кечувчи жом ва косачанинг кенгайиши. Сўнгги йилларда “гидронефротик трансформация” термини қўлланилади. Боалаларда гидронефроз ривожланишига сабаб пелвиоуретрал сегментдаги органик ва функционал ўтказувчанликнинг бузилишидир. Кўпинча шу сегментда туғма тутилиш, камроқ эса клапан ёки сийдик тоши, деворидан ташқари эса сийдик найининг юқоридан чиқиши, сийдик найининг ретрокавал жойлашиши, сегментнинг абберант томир билан босилиши, фиброз тортмалар билан тортилиб қолиши натижасида юзага келади.

Динамик тутилишнинг асосида туғма жом-сийдик найи тораймаси ётади. Баъзи клинцистлар бу тутилишни жом олди сегментининг хомила ичи ривожланишидаги ишимия натижасида атрофияси билан боғлайдилар. Уларнинг маълумотларига кўра эмбрион ривожланиш даврида “сийдик найили буйрак” буйракнинг бош қисми ноқулай шароитда жойлашади. Аноксия оқибатида шу сегментда мушак қавати ривожланиши бузилади ва склеротик фиброз тўқима билан ўрин алмашади.

Сийдик найининг юқоридан чиқиши. Бу нуқсон ҳақида аниқ қараш йўқ. Баъзи урологлар гидронефротик ўзгарган буйрак ва сийдик найининг юқориги 3/1 тушишига тўсқинлик бўлишини тасдиқлашади. Бошқалар эса пелвиоуретрал сегментининг юқоридан жойлашишлари жомнинг пастки қисмини кенгайтириши билан тушунтирадилар. Учинчи гуруҳ эса туғма нуқсон сифатида қарайдилар. Ташхис экскретор урограммадан сўнг қўйилади.

Кўп ҳолларда гидронефроз ривожланишига сабаб жом сийдик найи сегментидаги клапан ва бурмалар бўлади. Буни эрта ёшдаги болаларда бўлиши тасдиқлайди. Зонд ёки катетерни сийдик найи жомчасидан ўтказиб бўлмаганда бу патология фақат жомни очгандан сўнг аниқланади. Кўпгина урологлар томонидан сийдик найини юқори қисмини босувчи пастки қутбли томир босиши натижасида ривожланувчи гидронефрозга турлича қарашади. Баъзиларнинг фикрига кўра пелвиоуретрал сегментдаги уродинамикани бузилиши, қўшимча қон томир мавжудлиги сабаб деб таъкидлашади. Бошқалар эса яллиғланиш натижасида тўқиманинг склерозланиши ва шу сегментни босишини бирламчи жараён сифатида кўрсатишади. Қолганларнинг фикрича қон томирдаги босимнинг натижасида буйракнинг тушиши кузатилади.

Ретрокавал сийдик найи – веноз тизим аномалияси: сийдик найи пастки қавак венанинг орқасидан ўтади. Кузатишларга кўра доимий равишда сийдик йўллариининг юқори қисмида уродинамиканинг бузилиши гидронефроз ривожланиши билан асоратланади. Алоҳида ҳолатларда гидронефроз

ривожоанишига жом ва сийдик найи ўртасидаги фиброз тортмалар сабаб бўлади.

Гидронефроз катталарда 58% ва болаларда 87% холларда пиелонефрит билан асоратланади. Резицирланган пельвиоуретрал сегмент морфологик текширилганда нерв элементлари камайиши билан бирга сегмент деворида сурункали яллиғланиш аниқланади.

Клиник кўриниш ва диагностика. Туғма гидронефроз узоқ вақт давомида симптомсиз кечади. Пельвиоуретрал тирқиш пиелонефрит ва яққол ифодаланган уродинамика бузилишлари бўлмаган холатларда сўнгги даврлардагина оғриқга шикоят қилишлари мумкин. Бошланғич даврларда оғриқ характери ёқимсиз босим ҳисобига қорин соҳасида кузатилади ва баъзида ғижимловчи типда кузатилади. Кичик ёшдаги болаларда бундай оғриқни ошқозон ичак тизимидаги бузилишлари билан боғлайдилар. Уларни йўқолиши ота-оналар ва шифокорларни тинчлантиради. Оғриқлар кучайганда биринча марта болани текширган педиатр жигар касаллиги, ўт ажраташи тизимидаги касаллиги ёки ошқозон ичак тракти касаллиги ҳақида ўйлайди лекин сийдик ажратиш тизими функциясини текширмайдилар (айниқса сийдикда патологик ўзгаришлар бўлмаганда).

Айнан шу вазиятларда болалардаги пельвиоуретрал сегменти стенозини ихтисослаштирилган стационарга кеч госпитализация қилиниши билан тушунтирилади. Шу сегментнинг яққол обструкциясида оғриқ интенсив ва давомийлиги билан ажралиб туради. Касалликнинг узоқ вақт кечишида оғриқни интенсивлиги буйрак паренхимасининг кўп қисми ўлиши натижасида камаяди.

Кичик ёшдаги болаларни текширганда айтиқса оғриқнинг характери ва локализациясини аниқлаш қийинчилик туғдиради. Ўткир оғриқ пайтида болалар жуда безовта бўлади ва кўнгил айтиш қайт қилиш холатлари кузатилади. Кўпинча бу симптомлар ошқозон ичак тизими касалликларининг намоён бўлиши сифатида баҳоланади. Гидронефртик трансформациянинг ривожланганда ва айтиқса пиелонефрит қўшилганда клиник картина типик

бўлиб қолади: қоринда ёки белдаги оғриқ устунлик қилади ва ноаниқ характерга эга бўлади (буйрак санчиғидан то ўтмас ва ўювчи оғриқгача). Диуретик воситалар тавсия этилганда оғриқ кучаяди. Ўсмасимон хосиланинг пальпацияланиши ўтувчи гидронефроздан дарак беради. Косача ва жомча тизими кенгайишини ултратовуш текшируви орқали аниқланади. Экскретор урограммада ҳам шундай картина аниқланади. Жомнинг буйрак ичи жойлашишида асосий косача хисобига кенгайган. Сийдик найи контрасланмайди. Ташхис ноаниқ бўлган ҳолатларда узок муддатли рентген тасвир (3-6 соатдан кейин) олинади. Форсирланган диурез вақтида буйрак жомчаси хажми 20% дан ортиқ кенгайди. Буйракнинг концентрацион функцияси сезиларли ўзгаришларда узайтирилган инфузион урография тушириш тавсия этилади.

Ташхисни аниқлаш мақсадида баъзи ҳолатларда ретроград пиелографияга мурожат қилинади. Буйрак паренхимасининг турли сохаларининг функционал активлигини аниқлаш мақсадда радиоизотоп текширув усули ўтказилади. Гидронефрознинг биринчи босқичи буйракнинг буйрак ичи тозалаш функциясини компенсацияси ва қон ажралишини нормал кўрсаткичлари билан характерланади. Иккинчи босқичда буйрак паренхимасининг турли қисмларида тозалаш функцияси пасайиши кузатилади. Буйракларнинг кўп қисми функционал бузулишлари учинчи босқичда аниқланади. Юқорида кўрсатилган стандарт текширув методлари хардоим ҳам гидронефротик трансформацияни аниқлаш имконини бермайди. Шубхали ҳолатларда кўшимча текширувлар шулар қаторида экскретор урография ва диуретиклар фонида радиоизотоп текширувлар тавсия этилади. Ренограмма ва рентгенограммада диуретик юборишдан олдин ва кейин пельвиоуретераль сегменти обструкциясининг сақланиши уродинамиканинг патологик бузлиши фойдасига рол уйнайди. Баъзи бир урологлар ноаниқ ҳолатларда (пиелоектация ноаниқ кўриниши) буйрак жомчасидаги сийдик босими ва оқимини аниқлашни таклиф қиладилар. Бошқа авторлар фикрига кўра у ердаги босимнинг сийдик қопадаги босимдан баланд бўлиши операцияга

абсолют кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Охирги йилларда шуни аниқландиги жомдаги босимни баланд бўлиши пельвиоуретрал сегментда ҳар доим ҳам обструкция бўлмаслигидан далолат берди. Чунки, сурункали обструкцияда кам бўлмаган ҳолларда пастъ босим аниқланади. Текширув жараёнида жом-сийдик найи тораймасига таъсир қилувчи нерв ва гуморал омиллар перфузия тезлигини ҳисобга олиш керак. Гидронефрозда буйрак функциясини аниқлаш мақсадида кам ҳолларда аортаграфиядан фойдаланилади, айниқса соқов буйрак деб номланувчи симптомлар юзага келганда, бу эса даво тактикасини тўғри танлашга ёрдам беради.

Шунингдек буйрак ангиографияси кўшимча томирни аниқлаб гидронефрознинг этиологик сабабини ҳам топиши мумкин. Гидронефроз ва гидрокаликозни дифференциал диагностикасида буйрак ангиографияси ахамиятли ҳисобланади. Гидронефрозда барча косача жом тизимини сезиларли даражада катталашиши характерли бўлса, гидрокаликозда эса фақат косачаларнинг ўзи кенгайиши кузатилади. Бу эса гидронефроз ва гидрокаликоз дифференциал диагностикасида фарқловчи ахамиятга эга, лекин экскретор урографияда ва радиоизотоп текширувда доим аниқлаб бўлмайди.

Икки томонлама кенгайган бўшлиқлари ҳар доим ҳам гидронефроз бўлавермайди. Шуниси аниқки гидронефротик буйракдаги морфофункционал ўзгаришларда коллатерал аъзо компенсатор равишда гиперфункцияси кузатилади. Буйрак артериясининг калибри ва аъзо ичидаги қон томирлар калибри кенгайди, натижада филтрацион фаолияти кучаяди. Филтрацион хусусият 1,5-2 баробар ортади; шунга мувофиқ жом ҳажми ҳам ошади. Коллатерал буйракда пластик операция ўтказишдан олдин пельвиоуретериал сегменти уродинамикасида бузилиш борлигига ишонч ҳосил қилиш керак.

Функционал текширувларга асосан гидронефрознинг учта стадияси тафовут этилади. Биринчи босқичда буйрак плазма оқими камаяди, иккинчисида коптокчали филтрация ҳам камаяди, учинчисида зарарланган буйракнинг порциал функцияси кескин камаяди. Уродинамика бузулиш даражалари жомча ичи босими кўрсаткичлари аниқ кўрсатади. Рентгенологик текширув

натижаларига асосан бошланғич, яққол намоён бўлган ва терминал босқичлар фарқланади. Бошланғич босқичга рентгенограммада соялар коллатерал буйрак паренхимасига нисбатан камроқ юпқалашади. Бу босқичда косача ва жом патологияси кўпроқ намоён бўлади. Жом ичи босими хисобига (10,7+-7,5 мм,сим,устунигача) косачалар хажми катталашади ва конфигурацияси ўзгаради. Қадахларнинг ўлчами катталашини билан бир вақтда жом хажми ҳам катталашади яъни гидрокаликозга пиелоектазия қўшилади.

Сийдик чўкмасидаги ўзгариш. Эрта босқичларда форниксларнинг ёрилиши натижасида ёки кечки босқичларда буйракдаги венос димланиш хисобига микро- ва макрогематурия юзага келади. Педиатрик амалиётда бу симптом 10% кузатувларда аниқланади. Гематурия давомий бўлмайди. Сурункали пиелонефрит билан асоратланганда сийдикда яққол лейкоцитурия аниқланади. Гидронефрознинг асосий асоратлари бўлиб сурункали пиелонефрит (87%), буйрак гипертонияси (43,5%) ва нефролитиаз (8,7%) (катталарда мос равишда 15,7; 28 ва 27% кузатилади). Кўпчилик урологлар болаларда гидронефроз асоратларини буйрак паренхимасидаги диспластик ўзгаришлар билан боғлайдилар.

Гидронефрознинг давоси оператив. Хозирги кунда кўпчилик клинцистлар гидронефротик трансформациянинг бошланғич шакллариини коррекцияловчи операцияга тўғридан тўғри ва абсолют кўрсатма деб хисоблайдилар, бу гидронефрознинг ривожланишини ва кейинчалик нефроэктомия бўлишини олдини олади.

Гистологик ва гистохимик текширув натижаларига кўра кўпчилик болаларда уродинамиканинг тикланиши патологик жараённи орқага қайтишига, аъзо сақловчи операциянинг мақсадини кенгайтиради. Радиоизотоп текширув ва қон томир текширувлари орқали асосланган ва баъзи ҳолатларда экспресс биопсия маълумотлари орқали тасдиқланган буйрак функциялари ўлимида кам ҳолатларда нефроэктомия ўтказилади. Тахминий тери орқали ёки операцион нефростомия уросепси ривожланганда, боланинг оғир ҳолати пластик операцияга қарши кўрсатма бўлганда, сурункали буйрак етишмовчилиги

билан асоратланган ягона буйрак бўлганда кўрсатма бўлади. Пластик операциянинг хажми ва тури буйрак функцияси бузулиш даражаси, жомнинг жойлашиш тури анатомик ва функционал тўсиқларнинг бўлишига қараб индивидуал хал қилинади. Операция турини аниқлашга ноқулайликлар юзага келганда (аъзо сақлаб қолувчи ёки аъзо либ ташловчи операция) тери орқали нефростомия бажариш тавсия этилади.

Хозирги кунга келиб гидронефрозда пластик операциянинг 60 дан ортиқ тури маълум: улардан бири сийдик найини очмасдан ташқи сабабларни йўқотишдан иборат, бошқалари пельвиоуретрал сегментнинг тикланишига ва нихоят учинчиси янги пельвиоуретрал торайма ҳосил қилади.

Болалардаги турли хил пластик операцияларда қўлланиладиган анализ таҳлиллари кўпгина урологлар таъкидлашича жомча – сийдик найи сегментида фиброз склеротик ўзгаришлар узоқ вақт кечгани сабабли натижалар кўп ҳолларда қониқарсиз чиқади. Мана шунинг учун кўп ҳолатларда жаррохлар пельвиоуретрал сегмент жом ва янги тораймалар ҳосил қилишда кенг резекция қилиш тарафдоридирлар. Ушбу оператив коррекция тури буйракдан ташқари жомнинг буйракдан ташқари шаклида кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Буйрак ичи шаклида пельвиоуретрал сегмент жомни кенг резекция қилинмаслик маъқул кўрилади. Бу операция тури адабиётларда турли хил номлар билан аталган.

У турли таклифлар егиндиси ҳисобланади Andersen, Hynness и Kuss). Чуқур морфологик изланишлар билан. Жомнинг резекцияси зарурлигини I.Kucera асослаган. Айтилганларни ҳисобга олиб бу операция турини Андерсен — Гайнеса — Кюсса — Кучернинг комбинирланган операцияси деб номлаш керак. Жомчанинг буйрак ичи шакли алоҳида жаррохлик бўлиб (Г.А.Бариров ва шу қатор клиницистлар) Фолею бўйича пластикасига мурожат қиладилар.

Узоқ вақтлар давомида абберант томир чақирган пельвиоуретрал сегментдаги уродинамик бузулишда жаррохлик тактикаси мунозарали бўлиб келди. Бир қанча урологлар тавсия қиладики буйрак паренхимасидаги қон айлиниши $1/2 - 1/3$ қисмини йўқолиши ёки кичик калибрдаги қон томирларда қон айланишни

бузулиши кесишни ўтказишни таъкидлашди. Бошқалар уни боғлашни тавсия қилишган. Хозирги вақтда кўпгина изланувчилар фикрига кўра бу операция нофизиологик, буйрак паренхимасида локал ишемияга олиб келади, сўнгида эса доимий гипертонияни чақиради. Шунинг учун кўпгина урологлар (томир ажратилгандан сўнг) антевазаль пиелоуретрал анастомозга мурожат этадилар.

Алохида клинцистлар аномал томир аниқланганда уни чандиқлардан озод қилиш ва жом деворига ёки буйрак капсуласига фиксациялаб қўйиш билан чегараланишни тавсия этади. Андерсона - Гайнеса - Кюсса – Кучеры операцияси. Федеров бўйича бел кесмаси ўтказилади. Буйракни яланғочланади. Тўмтоқ йўл билан сийдик найининг юқори учдан бири ажратилади ва резина ушлагичга олинади. Гидронефроза сабаби аниқланади: функционал тутулиш, Абберантний томир, эмбрионал чандиқ, сийдик найини атипик чиқиши, сийдик найини ретрокавал жойлашиши. Оғир ҳолатлар нормал диаметрга эга бўлган сийдик найи, ёки девори ривожланмаган, папирус қоғозини эслатувчи ва кичик диаметрдаги 2,3-3мм ли бўлганда юзага келади. Оператив даво мақсади бўлиб пельвиоуретрал сегментни резекция қилишдан иборатдир. Резинали ушлагичдан максимал тортиш билан жомчани ажратилади. Бундан сўнг пельвиоуретрал сегмент функциясига макроскопик баҳо беришади. Обструкциянинг кўринарли сабаби аниқланмаса сийдик найининг юқори қисмида қисқариш тўлқини сақланади ва кейинчалик узулиб ортга қайтади. Фақат анчагина вақт ўтгандан сўнг шу сегментнинг кенгайганлиги аниқланади. Жом – сийдик найининг сегментининг қисқариши ва бўшашиши бўлмаса пельвиоуретрал сохани кесишга тўғридан тўғри кўрсатма бўлади. Операциянинг биринчи куниданоқ сурункали пиелонефритни олдини олиш мақсадида антибактериал терапия қўлланилади ва сезувчанликни ҳисобга олган ҳолда кенг спектрдаги тури қўлланилади (гентемицин, эритромицин, ампицилин, пенициллин). 10-12 кунга тезда антибиотик алмаштирилади, стационардан чиқариш маълумотномасига консерватив терапия буюрилади. 72,5% беморларда операциядан кейинги

холат энгил ўтади. Алохида натижаларни клиник лаборатория рентген натижалар асосида баҳоланади.

Алохида натижаларни баҳоланишнинг ягона критерийси бўлмагани учун турли даволаш муассасаларида қўлга киритилган натижаларни солиштириш қийин. Клиник тикланиш хардоим ҳам косача дом тизимининг дилатацияси билан кечмайди. Пластик жаррохлик натижалари гидронефроз даражаси ва пиелонефрик жараёнини яққоллигига боғлиқ. Аҳоли ва яхши натижаларнинг кўрсаткичи 50 дан 95 гача бўлиши мумкин. Қониқарсиз натижалар 4-17,6% холатларда регистратсия қилинади.

Сийдик найининг нерв мушак дисплазияси (мегауретер) сийдик найининг ўлчамларини катталашини ёки кенгайиши билан намоён бўлувчи туғма касалликни изохлаш учун «мегауретер» атамаси қўлланиши қўлланилиши ҳақида ёзма манбалар бор. Мегауретер муаммоси урологияда ва умуман болалар урологиясида долзарблигича қолмоқда. Шу соҳадаги етакчи мутахассисларнинг тасвирий ифодасига кўра “болалар урологиясида мегауретердан кўра кўпроқ муаммоли долзарблиги, даволаш методларининг турлиликддек бошқа нарса йўқ”.

Этиология ва патогенез. Адабиётларда мегауретер механизми ва табиати ҳақида аниқ маълумотлар йўқ. Мегауретер сийдик найининг пуфак олди ўсиғида, сийдик пуфаги бўйинчасида ёки сийдик чиқариш каналидаги туғма механик ва функционал тўсиқлар натижасида юзага чиқади. Бошқача қилиб айтганда мегауретернинг икки хил тури фарқланади: 1) Сийдик найининг интрамурал ёки юкставезикал қисмига туғма механик ва функционал тўсиқ натижасида; 2) Иккиламчи мегауретер, сийдик пуфаги бўйинчаси ёки уретердаги туғма механик ва функционал тўсиқ натижасида юзага келади.

Мегауретер комплекс тушунча бўлиб, патологик жараёнларнинг турли генездалигини билдиради. Сийдик найини улчамини узайиши ва кенгайиши бу жараёнларни асосини ташкил қилади. Мегауретерни шундай тури аниқланадиги пуфак сийдик найи сегментида структур ўзгаришлар аниқланмайди.

Бутунсоюз урологлар плениумида (Ленинград, 1981) (мегауретер) атамасини ташхис сифатида қабул қилиш ва уни даволаш тактикаси, сийдик найини нейро мускул дисплазиясига оид саволларга турли қарашлар бўлди. Ахалазияни, мегауретер ва гидроуретеронефроз жараёнинг босқичлари сифатида қаралади.

Патоморфологик изланишлардан шуниси аниқ бўлдики бололардаги сийдик найини юкставезикал бўлимини торайишида уродинамикани бузилиши, кичик ёшдагиларда одатда катта бўлмаган сохаларда (0,5-0,7 см.) намоён бўлади, каттароқ ёшдаги болаларда эса 1-5 см кузатилади. Дилатацияланган сийдик найининг сиқилиш сохаси 1,5 см ва ундан кўпини ташкил қилади.

Гистологик изланишларда сийдик найининг турли қисмларидан турли хил бузулишлар аниқланади, қайсики 40 ортиқ касалликлар билан боғлиқ. Сийдик найининг интрамурал қисмида яққол ифодаланган мушак толаларининг склерози ва шиллиқ ости қаватининг фибрози ва мускуллараро бириктирувчи тўқимада периваскуляр моноклеар инфилтрат аниқланади. Эластик толалар фақатгина қон томир адвентиция қаватида кузатилади. Тос қисмининг дистал сохасида сегментар уретрит ички кўндаланг қаватининг мушаклар атрофияси ва деворининг склерози билан аниқланади. Эластик толалар мушакли бириктирувчи тўқимада жойлашган. Нерв элементлари миқдори кескин камаяди.

Мушак толаларини зарарланиши бўйича учта босқичга ажратилади: 1) нормал мушак хужайралари камдан кам хужайралари атрофисини билан; 2) мушак хужайраларда пикнотик активликни пасайиши ва митохондриялар сонини камайиши билан кечиши; 3) мушак хужайраларининг атрофияси коллаген депозитининг кўпайиши. Гликоген гранулаларининг целюллар структураси бузилиши рўйхатга олинади. Бунинг хаммаси сийдик хажмининг қисқариши бузилишига ва импульс ўтишининг секинлашишига олиб келади. Барча беморларда оператив даво (геминефроуретерэктомия, нефроуретерэктомия) буйрак тўқимасини бужмайиш босқичида пиелонефротик ўзгаришларда ўтказилади. Буйрак капсуласи қалинлашган. Кортикал қаватда кўп миқдорда

лимфоид гистоцитар инфилтрат билан тумшуксимон сохалар бўлади, кенгайган лимфатик томирларда “оксил тромблари” бўлади. Ёйсимон артерия деворида сегментар склероз ва гиперэластоз интима бўлади. Бўлаклараро артериялар мембрананинг қўполлашиши ва унинг сегментар гиперплазияси бўлади.

Назорат саволлари

1. Буйрак аномалиялари қандай турларга бўлинади.
2. Андерсона - Гайнеса - Кюсса – Кучера операцияси қандай бажарилади
3. Жомча ва сийдик найи ривожланиш нуқсонлари
4. Гидронефрознинг сабаблари нима?
5. Бел сохаси дистопияси ва нефроптоз қандай даволанади?

Адабиётлар.

1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия. - М.: Медицина, 1983.
2. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни у детей. - М.: Медицина, 1993.
3. Руководство по торакальной хирургии у детей. - Ю.Ф. Исаков и соавт. 1978.
4. Срочная хирургия у детей. - Баиров Г.А. 1997., С-П.
5. Детская хирургия. - Ашкрафт К.У. 1997.
6. Болалар хирургияси. Сулайманов А.С. 2000

КЎЧМА МАШҒУЛОТ

Болаларда тизимли касалликлар, уларнинг кечиши, сабаблари, эрта ташхислаш ва даволаш усуллари. 4 соат

Режа.

1. Тизимли қизил югурик. Тизимли склеродермия.
2. Вегенер касаллиги. Клиникаси, диагностикаси ва даволаш
3. Такаясу касаллиги. Клиникаси, диагностикаси ва даволаш.
4. Янги гуруҳ препаратларининг қўлланилиши. Клиникаси, диагностикаси ва даволаш
5. Пульстерапияга кўрсатма.

Болаларда тизимли қизил югурик (ТҚЮ) – ноаниқ этиологияли ревматик касаллик ҳисобланади. Бу касаллик аутоантителаларга нисбатан аутоантигенларнинг ҳосил бўлиши билан тушунтирилади. Касалликда бир нечта аъзолар зарарланади. Жумладан, буйрак, суяк кумиги ва МНС. Касаллик жудаям оғир кечиши билан ажралиб туради. Айрим ҳолларда касаллик симптомлари бир неча йил сақланиб турса, айрим ҳолларда ҳаёт учун хавф солувчи ўткир ҳолатлар юзага чиқади. Даво чоралари амалга оширилмаса касаллик ўз – ўзидан ремиссияга тушиши ёки клиник ўлим билан тугайди.

Касалликни аниқлашдаги энг катта муаммо бу дифференциал ташхис қўйишдир. Касалликнинг дифференциал ташхиси ноаниқ этиологияли иситмадан бошлаб артралгия, анемия ва нефрит билан тугайди. Дастлабки белги паротит, қоринда оғриқ, кундаланг миелит ёки бош айланиши бўлиши мумкин. Касалликни эрта аниқлаш, ташхис қўйиш ва аниқ терапия болаларда яхши оқибатларга олиб келиши мумкин.

Этиология. Касаллик сабаби ва механизми ноаниқ. Иммун тизим бошқарилувини издан чиқишига куплаб факторлар муҳим ўрин тутуди. Жумладан, генетик ва гормонал факторлар. Ажралиб турувчи белгиси, атнителио антиген комплексининг кўплаб структураларда намоеън булишидир. Бу структураларга ДНК, хужайра ядроси, рибосома, тромбоцитлар, қон ивиш фактори, иммуноглобулинлар, эритроцит ва лейкоцитлар киради. Аутоантителаларнинг титри ошиши натижасида, жумладан икки занжирли ДНК миқдорини ортиши туқима ва қонда иммун комплекслар миқдорини ортишига олиб келади. Бу эса, яллиғлантирувчи хужайралани купайишига ва туқималарни зараланишига олиб келади.

В – лимфоцитларнинг поликлонал активацияси натижасида қон плазмасида иммуноглобулинлар миқдорини ошишига олиб келади. Поликлонал активациянинг механизми хали аниқ эмас. Тахмин қилинишича, бундай активация сабаби носпецифик реакциялар (антиген стимулловчи – вируслар) ёки аутоантигенларга нисбатан толерантликни пасайиши булиши мумкин. Ҳозирги кунда апоптоз механизми ўрганилмоқда. Апоптоз бу – программалаштирилган хужайраларнинг ўлими ҳисобланади. Апоптоз нормада бир қатор оқсиллар билан текширилиб борилади. Масалан, fas ва bcl – 2 оқсиллари. Апоптоз бошқарилшини бузилиши аутореактив лимфоцитлар сақланиб қолишини таъминлайди.

Кейинчалик бошқа механизмлар ишга тушади. Жумладан, макрофагларнинг фагоцитар функциясини бузилиши ва уларни иммун комплексларни қамраб олиш хусусиятини йуқолиши. Аёлларда гормонал узгаришлани булиши. Текширувлвр натижасида аниқландики, постпубертат ёшдаги уғил болалар ва

кизларда ФСГ ва ЛГ миқдорини ошиши ва анрогенлар миқдорини пасайиши кузатилган. ТҚБ учун қуйидаги компонентларни етишмаслиги хос. Сq1, С2 ва С4 комплементлари. С4 компонентларининг рецептор дефектлари борлиги аниқланди. Касаллик хуружи куёш нури таъсирида прогрессияга учраши тасдиқланган. Бу куёш нури таъсирида хужайра ядросии эркин бўлиши ва ДНК ни антитела комплекслари билан боғаниши билан тушунтирилади.

Генетик факторлар шу нарсани тасдиқладики, бу касаллик билан оғриган беморларнинг оила аъзоларида антинуклеар антитела, гипергаммаглобулинеимия топилиши ва аутоиммун касалликлар билан касалланганлиги аниқланди. Миллати ва этник келиб чиқишидан қатъи назар беморларда қуйидаги аллел HLA топилган. Масалан, HLA – B8, HLA – DR2 ва HLA – DR3. Айрим дори воситалари препаратли бурича синдромини чақириши мумкин. Бундай дори воситаларига тутқаноққа қарши, антиаритмик ва сулфаниламидлар киради. Бунақа синдромни чақирлиши препаратлар структурасини гистонларга ухшашидир.

Эпидемиология. Маълумотларга қараганда, 100 000 ахолидан 4-250 тагача касаллик учраши мумкин экан. Оқ танли халқлар ичида касаллик кам учрайди. Хиндулар ва афроамерикаликларда купроқ учрайди. Болаларда касаллик 8 ёшдан сўнг учрайди. Уғил болалар ва қиз болалар ўртасидаги нисбат 4 га 1. Бу курсаткич жинсий балоғатга етгандан сўнг 8:1 ташкил этади.

Патогенез. Зарарланган аъзо қон томирларида фибриноид ҳосилалар топилади. Паренхимада эса, ядро парчаланишидан ҳосил бўлган гемотокселин таначалари топилади. Айрим ҳолларда зарарланган туқималарда ревматоид тугунлар ва гранулёмалар топилмайди.

Клиникаси. Касаллик клинкасини намоён булиши хар хил. Болаларла иситма, холсизлик, артралгия ва тошмалар билан намоён булади. Симтомлар даврий ёки оралатиб пайдо булиши мумкин. Тўғри ва аниқ йиғилган анамнез, физикал ва лаборатор текширувлар касаллик давосини эрта бошлашга замин булади.

Тошма – капалакка ўхшаш эритема. Тошма эпидермиси кўтарилган ва кизарган бўлади. Тошма провациясига куёш нури хам сабаб булиши мумкин.

Бу эса, тошмани бутун танага тарқашига олиб келади. Шиллик қаватда асосан, танглайда, бурун бўшлиғида яралар кузатилиши мумкин. Дискоид тошмалар болаларда нисбатан кам учрайди. Аммо, касаллик билан касалланган 2-3% болаларда тошмалар кузатилади. Яна, қўлларда қизил рангпар тошмалар, геморрагик тошмалар бўлиши мумкин.

Суяк-бўғим тизимида зарарланишлар кузатилади. Масалан, артралгия, тизимли касаллик, тендинит ва миозит. Деформацияланувчи тизимли касаллик хос эмас. Бойламлар зарарланиши қўл ва оёқлардаги бўғимлар бўшашишга олиб келади. Қон томирлар зарарланиши ва ГКС қўллаш остеонекрозга олиб келади. Сероз қават юзасини зарарланиши плеврит, перикардит ва перитонит билан намоён булади. Айрим ҳолларда гепатоспленомегалия ва лимфаденопатия кузатилади. Васкулит билан боғлиқ бўлган ҲҚТ даги ўзгаришлар қуйидагилар, қоринда оғриқ, ич кетиши, мелена, ярали колит ва гепатит. Юрак туқимасида патологик ўзгаришлар кузатилади. Буларга, клапанлар катталашуви, эндокардит, кардиоомегалия, миокардит, ўтказувчанликни бузилиши, юрак етишмовчилиги ва тож томирлар тромбози киради. Енгил ўпка артериясидан қон кетиш, ўпкада инфилтрат ва ўпка туқимасидаги фиброзланиш кузатилади.

Касалликда ҳам марказий, ҳам периферик нерв тизими шикастланади. Кўпчилик беморларда хотирани йўқотиш, когнитив бузилишлар ва психик ҳолатлар(психозлар) кузатилиши мумкин. МРТ ва КТ ҳар доим ҳам зараланган соҳани аниқлай олмайди, аммо фотон изотопли КТ орқали аномалияларни аниқлаш мумкин. Ҳар қандай органда артериал ва веноз тромбозлар бўлиши мумкин.

Буйрақларни зарарланиши артериал гипертония, периферик шишлар, ретинопатиялар, нефроз ва ўткир буйрак етишмовчилги билан кузатилиши мумкин.

Диагностика. Диагноз клиник ва лаборатор маълумотларга таянган ҳолда қуйилади. ТҚБ ташхисини қуйиш учун камида 11 та белгидан камида 4 таси мавжуд бўлиш керак. 1997 й. Диагностик критерийлар қуйидагилар

ҳисобланган. ЛЕ ҳужайралари, бемор лейкоцитлари ва парчаланган ядро маҳсулотлари биргаликда касалликка хос антикоагулянт миқдори ошиши билан тушунтирилади. Аммо, бу текширув самарадорлиги аниқ ўганилмаган. Касалликни даволаш 4 белгидан кам ҳолларда ҳам амалга ошириш зарур. Касаликка аниқ ташҳис қўйиш учун буйраклар биопсияси амалга оширилади. Лаборатор текширув. Болаларда антинуклеар антителалар титри юқори бўлади. Икки занжирли ДНК антителалари титрини ортиши ҳам касалликка аниқ ташҳис қўйишга ёрдам беради. Қон плазмасидаги комплемент миқдори (СН50 ва С3, С4) касаллик оғирлигига боғлиқ. Ro ва La антигенларини Шегрен касаллигида ҳам топилиши мумкин.ТҚБ да эса, қон плазмасида ҳар хил аутоантителалар топилади. Кўпинча гипергаммаглобулинемия кузатилади.

Даволаш. Касалликни даволаш бемор аҳволи ва қайси органлар қай даражада касалланишига боғлиқ. Касаллик оғирлик даражасини серологик маркерлар ва қон плазмасидаги комплементлар орқали аниқланади. НЯҚП ларни эҳтиёткорлик билан ишлатиш керак. Чунки бу препаратлар гепатотоксик хусусиятга эга. Айрим ҳолларда безгакка қарши дор воситаларини ҳам ишлатса бўлади. Масалан, гидроксихлорохин. Тромболитик асорати бор беморларга антикоагулянтлар буюриш керак. Системали зарарланиш булганда преднизон 1-2 мг/кг/сут буюрилади. Кортикостероидларни кун оралаб қабул қилиш керак. Оғир ҳолларда пульс-терапия қилинади. 3 кун давомида суткасига 1 марта 60 минут давомида вена ичига кортикостероидларни 30 мг/кг юорилади. Кортикостероидларни ноҳўя таъсирлари АГ, гастрит, катаракта ва кушингоид ҳолатлар ҳисобланади.

Асорати ва оқибати. ТҚБ билан оғриган болалар олдинлари жудаям оғир ҳолат деб баҳоланган. Ҳозирда 5 ёшли бемор яшовчанлиги 90% ни ташкил этади. Лекин, кўпчилик беморлар катта ёшларда вафот этади. Ўлим сабаби, инфекция, нефрит, МНС зарарланиши, ўпкадан қон кетиш ва миокард инфаркти ҳисобланади. Кейинги ўлим сабабларига иммун комплексларни туқималарда тўпланиши ва кортикостероидларни қўллаш ҳисобланади.

V. КЕЙСЛАР БАНКИ

1 муаммоли вазият

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

Топшириқлар:

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

2 муаммоли вазият

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

Анамнездан қизча кўриқдан ўтказилганда гемоглобин 76 г/л ва ранг кўрсаткичи 0,53. лиги аниқланган. Онаси қизчани орадан 2-ҳафта ўтиб госпитализация қилган. Ҳаёт анамнези бола 1-хомиладорликдан, хомиладорлик ва туғруқ жараёни нормал кечган. Туғилгандаги тана вазни 3300 г, бўй узунлиги 51 см. билан туғилган. 2-ҳафталигидан бола сунъий овқатлантирилган. (“АГУ” аралашмаси буюрилган – онаси талаба). 4-ойлигидан қизчани бувисиникига юборишган, у ерда болага эчки сути, шарбатлар бериб боқишган. Гўшт махсулотларини емаган, бувисини сўзидан гўшт махсулотлари берилса бола овқатдан бош тортган. Тез-тез тупроқ еб турган. Шу йиллар мобайнида врачга учрашмаган, чунки қизча касал бўлмаган, проф. эмлашларни олмаган.

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

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

Сийдик ранги с/ж, ич келиши кунига 1-2 маҳал. Кўриш ва эшитиш бузилмаган. Жисмоний ривожланиши 9-10 ойлик болага ўхшайди. Обҳий қон тахлили: НЬ-54 г/л. Эр- $2,6\delta 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,63, Ретик. -2,9%, Лейк - $7,2\delta 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ -14 мм/час.

Топшириқлар:

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

3-муаммоли вазият

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

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

Топшириқлар:

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

4-муаммоли вазият

Бемор бола И, 3 ёш, ҚВП га онаси билан келган. Анамнезидан маълумки, бола 5 кун олдин ЎРИ ўтказган. Тартибсиз даволанган. Кейинчалик онаси бола тана хароратининг субфебрил кўтарилишини сезган, катарал ҳолат кузатилмаган. Шифокорга мурожат қилишган, қон анализи ўзгаришсиз. Қўйилган ташхис: грипп, астеник синдром. Бемор 7 кун мобайнида оксациллин олган, лекин эффе́кту бўлмаган ва шу сабабли шифохонага жўнатилган.

Ахволи оғир, бола инжик, тажанг, тез чарчайди. Шикоятлари хансираш, холсизлик. Ўпкада везикуляр нафас, димланган хириллашлар эшитилади. Юрак соҳасида визуал текширувда ўзгариш йўқ. Юрак чегаралари: ўнг – тўшнинг ўнг қирғоғида, юқори - Шқовирға бўйлаб, чап – ўртағумров чизиғидан 1 см ичкарида. Юрак тонлари бўғиқлашган, тахикардия, кўпол бўлмаган систолик шовқин чўққида эшитилади, 1 тон сусайган, от дупури эшитилади. Талоғи пайпасланмайди.

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

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

Топшириқлар:

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

5-муаммоли вазият

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

Касаллик ўткир бошланган, субфебрил харорат, ютишда томоқда оғрик, курук йўтал кузатилган. Симптомати давқоланишган. 5-7 кундан кейин белгилари йўқолган. 10 кун ўтиб бирданига ахволи ёмонлашган: тана харорати 38,3 С, холсизлик, уйқучанлик, бош оғриши, анорексия; бир марта қайт қилган. 3 кундан кейин қовоқларида, оёқларида ва қоринни олд деворида шиш лар кузатилган. Кейинчалик диурез камайган: қизча 1 л атрофида суюқлик ичган, 500 мл сийдик ажралган. Юзида, оёқларида бел сохаларида шишлар пайдо бўлган. Терисида тошмалар йўқ, томоғи қизарган, миндалинаси II-III катталашган. Пульс 100 уд/мин, ўртача тўлаликда ва тарангликда. Юрак тонлари аниқ, ўпкада дағал нафас, хириллашлар йўқ. АД 145/110 мм см.ус. Қорни бироз димланган. Жигар 2,5 см. Катталашган.

Қон тахлили: Нв-117 г/л, Эр-4,0x10¹²/л, Ц.п.-0,87; лейкоц.-9,4x10⁹/л, сегментоядер нейтрофиллар-73%, лимфоцитлар-27%, СОЭ-44 мм/ч.

Сийдик тахлили: цвет-қизил, лойқа, нордон реакцияли, нисбий зичлиги-1027, оқсил-0,66 г/л, лейкоцит-20 в п/з, эритроц.-кўриш майдонини эгаллаган.

Топшириқлар:

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

6-муаммоли вазият

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

Кўрувда: бола бўш, мускул гипотонияси, гипорексия. Териқоплами: тоза, пушти, човбурмаларида гиперемия. Киндикярасиэпителизацияланган. Шиллиқпардалартоза. Ички органларда патология йук. Ахлати-бурда-бурда, кунига 3-5 махал, патологик белгисиз.

- Сизнинг тахминий ташхисингиз?
- Болани қандай мутахассислар кузатиб бориши керак?
- Сепсис профилактикаси буйича онага қандай маслаҳат берилади?
- Қасаллик прогнози қандай?

7- муаммоли вазият

Бемор 3 ёш. Анамнездан бола туғилгандан бери теривашиллик қаватлари датаркок цианоз кузатилган. Келганда тери ва шиллиқ қаватлари бироз кўкимтир, акроцианоз, бармоқлар ‘ногора таёкчаси’, тирноқлар ‘соат ойнаси’ кўринишида. Кукрак қафаси деформациялашган, юрак нисбий чегаралари : унг-парастернал чизикдан 1 см ўнгда, чап- аксилляр чизик бўйлаб, юқори- 2-қовурға. Аускультатив: тонлар ритмик, ЧСС –160, туш суяги чап қирраси 3- қовурға оралигида ўрта интенсивликдаги систолик шовқин, чапдан 2- қовурға оралигида 2-тон акценти. Нафас олиш сони 40. Нафас олиши чуқур, шовқинли. Жигар ўнг қовурға ёйи остидан +3 см.

- УКТ: Нв –148, эр – 4.9, лей – 6.3, ранг кўр – 0.9, СОЭ – 3мм/соат.
- Сизнинг ташхисингиз?
- Қандай кушимчатекириувлар ўтказиш керак?
- Дифференциал диагнозни қайси қасаллик билан ўтказасиз?
- Қасаллик давомида қандай фазалар мавжуд?

Амалий топшириқлар

1. Хомиладор аел қонида ТОРЧ инфекциясининг (цитомегаловирус) титри баландлиги аниқланди, даволаш режасини тузинг.
2. Крамер шкаласи буйича бола киндик соҳасига сарғайганлиги аниқланди. Билирубин миқдори тахминан неччига тенг?
3. Боллард шкаласи параметрларини айтинг.
4. Бола 3 ойлик, тана вазни 4000 грамм, туғилгандаги вазни 3000 грамм. Боланинг сутга кунлик эҳтиёжини ҳисобланг.
5. Обструктив бронхит, муковисцидоз ва бронхиал астмани таққослаб Венн диаграммаси тузинг.
6. Боланинг юрак соҳасида систолодиастолик шовқин эшитилди. Болани тўлик текширинг. Ташхис қўйинг.
7. Юрак гликозидларини дифференциал таққосланг. Дигоксин ва коргликонни таққосланг ва концептуал жадвал тузинг.
8. Икки хил интерферон препаратларини (циклоферон ва одам интерферони) дифференциал таққосланг. Концептуал жадвал тузинг.
9. “SWOT» тахлили ёрдамида иммунодепрессантларни тахлил қилиб беринг.

VI. ГЛОССАРИЙ

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

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

	текширувидан кейинги унинг соғлиги еки касаллиги хақидаги хулоса	an illness of the person on the basis of his comprehensive medical biological inspection; distinguish preliminary, exact, early, final, clinical, complex, differential, etc. Diagnoses
диарея	сувсизланишга олиб келувчи ич кетиши	Severe diarrhea, which leads to dehydration
Диагностика	Инсонни текширув жараёнида унинг тиббий биологик ва ижтимоий ҳолатини аниқлаб берувчи текширувлар мажмуаси	process of research of the person, supervision and analytical estimates for determination of specific medical biological and social features, his states;
Иммуноглобулин	қонда ва бошқа суюқликларда айланиб юрадиган оксил. 5 синф иммуноглобулинлар — М, G, А, Е, D.	5 classes distinguished immunoglobulinov- M, G, A, E, D. Components immunity proteins
иммуносупрессия	Иммунитетнинг бўғилиши	immunosuppression
Карнитин	витаминсимон бирикма. Гушт маҳсулотлари таркибида куп учрайди. Ёғ кислотадан энергия пайдо бўлишида иштирок этади.	Vitamin-metabolic compound. Carnitine in many meat products.
Касалланиш	Ахоли ва унинг алоҳида гуруҳларининг соғлиғи, касалланишининг кўрсаткичи	indicator of a state of health of the population in general and in separate groups (age, professional); characterizes prevalence, structure and dynamics of diseases in a percentage ratio of number of the diseased to the total number of the population for the concrete period of time
Касалхона ичи инфекцияси	Касалхонада тушгандан сўнг 48 соат ичида юққан касаллик	hospital infection
Контактда	Юқумли касаллик билан	contact case (contact)

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

	вируси	Immunodeficiency Virus
Совуқлик занжири	Вакциналарни доимий бир хил оптимал хароратда сақлаш	cold chain system
Ургент холат	Шошилинч холат	emergency medicine
ELISA	иммуноферментный анализ (ИФА).	Enzyme Linked Immunosorbent Assay
ЭЧТ, ESR	Эритроцитлар чўкиш тезлиги	Erythrocyte Sedimentation Rate
ОАП	Боталлов йўлаги очиклиги	Atrioventricular Canal Defect
Хужайра иммунитети	Оранизм иммун тизимининг хужайралари томонидан таъминланадиган касалликларга қарши курашувчанлик	cellular immunity (cell-mediated immunity) (CMI)
хламидиоз	жинсий йўл билан юқадиган касаллик. Хламидиоз қуйидаги касалликлар кўринишида учрайди: эркакларда - эпидидимит; аёлларда - цервицит, эндометрит, сальпингит, бартолинит; ўткир ва сурункали конъюнктивит.	Sexually transmitted infections. It occurs in men as epididymitis, cervicitis in women. A child becomes infected from a sick mother in children can cause pneumonia and cardit.

VII. ДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

Махсус адабиётлар

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.
2. Current essentials Pediatrics. Judith M. Sondheimer. 2015.
3. Textbook of Neonatology. Janet M. Rennie, fifth edition Churchill Livingstone ELSEVIER .2015.
4. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013
5. Даминов Т.О., Холматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.
6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
7. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010
8. Детские болезни. Учебник в 2 томах. Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонов Л.А. 2013.
9. Детские болезни, учебник. Н.А. Геппе, 2018.
10. Педиатрия. Авдеева Т.Г. 2016.

Интернет маълумотлари

1. www.scopus.com
2. [www. Ziyonet. Uz.](http://www.Ziyonet.Uz) [www. edu. uz](http://www.edu.uz)
3. Infocom.uz электрон журналы: www.infocom.uz
4. Ўзбекистон Республикаси Президентининг Матбуот маркази сайты: www.press-service.uz
4. Ўзбекистон Республикаси Давлат Ҳокимияти портали: www.gov.uz
5. Axborot-kommunikatsiya texnologiyalari izohli lug'ati, 2004, UNDP DDI:
6. Ўзбек интернет ресурсларининг каталоги: www.uz
7. Axborot resurs markazi <http://www.assc.uz/>
8. [www. tma. uz](http://www.tma.uz)
9. [www. Medbook. ru](http://www.Medbook.ru)
10. [www. Medlinks. ru](http://www.Medlinks.ru)