

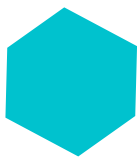
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА-МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ



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 РАЎБАР КАДРЛАРИНИ ҚАЙТА
ТАЙЁРЛАШ ВА УЛАРНИНГ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ
БОШ ИЛМИЙ - МЕТОДИК МАРКАЗИ**

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

“Педиатрия иши” йўналиши

**“ПЕДИАТРИЯДА ПРОФИЛАКТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ ВА ОҒИР
БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШЛАШ”**

МОДУЛИ БЎЙИЧА

Ў Қ У В – У С Л У Б И Й М А Ж М У А

Мазкур ўқув-услубий 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 мудири, профессор Каримжонов И.А.

*Ўқув -услубий 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.....	74
V.КЕЙСЛАР БАНКИ.....	163
VI.ГЛОССАРИЙ	169
VII.АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ	176

I ИШЧИ ДАСТУР

Кириш

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

Мамлакатимизда умумэътироф этилган шиор "Соғлом она — соғлом бола" тамойили, ўз моҳиятига кўра, аҳолини жипслаштирувчи ва сафарбар этувчи даъват бўлиб, давлат ва жамият даражасига кўтарилган устувор вазифага айланди. Биз бу муҳим вазифанинг ижросига киришар эканмиз, одамлар саломатлигини муҳофаза қилишнинг бутун тизимини чуқур ислоҳ этиш ва модернизация қилиш асосидагина олдимизга қўйган мақсадга эришиш мумкинлигини теран англаб етганимизни таъкидлаб ўтмоқчиман”.

Мустақилликнинг илк кунларидан бошлаб Республикамиз халқ хўжалигининг барча соҳаларида чуқур ислоҳотлар бошланди. Аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш Президентимиз ва ҳукуматимизнинг 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

“Педиатрияда профилактика, реабилитация ва оғир беморларни парваришлаш” 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.

“Педиатрияда профилактика, реабилитация ва оғир беморларни парваришлаш” 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 компетенция қўйиладиган талаблар

“Педиатрияда профилактика, реабилитация ва оғир беморларни парваришлаш” модулини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида:

Тингловчи:

– 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 механизмини **билиши** керак.

болалар касалликларга ташхис қўйишнинг замонавий усулларидан фойдаланиш, МКБ-10 бўйича ташхис қўйиш, болаларда 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, болалар касалликларини даволашда интегрирлашган усулдан фойдаланиш **кўникмаларига** эга бўлиши лозим.

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 амалиётда татбиқ этиш **малакаларига** эга бўлиши зарур.

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

“Педиатрияда профилактика, реабилитация ва оғир беморларни парваришlash” курси маъруза ва амалий машғулотлар шаклида олиб борилади.

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

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

Модулнинг ўқув режадаги бошқа модуллар билан боғлиқлиги ва узвийлиги

Модул мазмуни ўқув режадаги “Замонавий педиатриянинг долзарб мавзулари ва муаммолари” ва “Болалар касалликларини ташхислаш ва даволашга янги ёндашувлар” ўқув модуллари 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 тақсимоги

№	Модул мавзулари	Тингловчининг ўқув юкلامаси, соат				
		Ҳаммаси	Аудитория ўқув юкلامаси			
			Жами	Жумладан		
				Назай	Амалий	Кўчма
1.	2018-2022 йиллар даврида болаларда туғма ва ирсий касалликларни барвақт аниқлаш Давлат дастури. Орфан касалликлар билан оғриган болалар билан ишлаш. Оғир ва тузалмайдиган бемор болалар билан ишлаш. Паллиатив медицина.	4	4	2	2	
2	Ферментопатиялар. Муковисцидоз Соғлом болаларни овқатлантириш муаммолари	4	4	2	2	
3	Иммунопрофилактика муаммолари. Болалар диспансеризацияси.	6	6	2	4	
4	Чақалоқлар тери касалликлари. Чақалоқлар сепсиси профилактикаси	4	4	2	2	
5	Болаларда ўткир ревматик иситма касаллиги ва унинг диагностикаси, профилактикаси	2	2		2	
6	Ўта хавфли инфекцияларнинг олдини олиш	2	2		2	
7	Болаларда конституция аномалиялари	2	2		2	

	профилактикаси					
	Жами	24	24	8	16	

НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1-мавзу: 2018-2022 йиллар даврида болаларда туғма ва ирсий касалликларни барвақт аниқлаш Давлат дастури. Орфан касалликлар билан оғриган болалар билан ишлаш. Оғир ва тузалмайдиган бемор болалар билан ишлаш. Паллиатив медицина. 2 соат.

1. Болалар саломатлигини таъминлашга қаратилган Давлат дастурлари.
2. Болаларда ижтимоий ривожланиш мезонлари. Бола ҳуқуқини химоя қилиш қонунлари.
3. Орфан касалликлар билан оғриган болалар билан ишлаш. Оғир ва тузалмайдиган бемор болалар билан ишлаш. Паллиатив медицина

2-мавзу: Ферментопатиялар, Целиакия касаллиги, Муковисцидоз касаллиги. 2-соат.

1. Болаларда диарея синдроми билан кечувчи касалликлар. Мальдигестия, мальабсорбциялар. Ферментопатиялар турлари.
2. Антибиотик асоцирланган диареялар.
3. Целиакия касаллиги, сабаблари, диагностикаси, даволаш
4. Муковисцидоз касаллиги. сабаблари, диагностикаси, даволаш

3-мавзу Иммунопрофилактика муаммолари. Болалар диспансеризацияси. 2 соат.

1. Ўзбекистон Республикаси болаларни эмлаш календари. Янги вакциналар.
2. Эмлаш асоратлари ва уларнинг олдини олиш. Вакцинация муаммолари.
3. Соғлом ва бемор болаларни диспансер гуруҳларга ажратиш.

4-мавзу: Болаларда сепсис касаллиги. 2-соат.

1. Болаларда сепсис касаллигининг hozirgi кундаги кечиши.
2. Сепсиснинг клиник-лаборатор тавсифлари.
3. Сепсис диагностикаси ва уни даволаш бўйича протоколлар.
Сепсиснинг профилактикаси.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1-амалий машғулот: Оғир ва тузалмайдиган бемор болалар билан ишлаш. Ноаниқ генезли иситма. Паллиатив медицина. Беморлар реабилитацияси. Кинезотерапия. 2-соат.

2-амалий машғулот: Соғлом болаларни овқатлантириш муаммолари. Болаларда диареялар, дисбиоз тушунчаси, сўрилиш бузилиши синдроми. 2-соат.

3-амалий машғулот: Эмлаш асоратлари ва уларнинг олдини олиш. Вакцинация муаммолари. Соғлом ва бемор болаларни диспансер гуруҳларга ажратиш. 2-соат.

4-амалий машғулот: Болаларда сепсис касаллиги. Болаларда сепсис касаллигининг hozirgi кундаги кечиши. Сепсис диагностикаси ва уни даволаш бўйича протоколлар. Сепсиснинг профилактикаси. 2-соат

5-амалий машғулот: Болаларда ўткир ревматик иситма касаллиги профилактикаси. Болаларда ўткир ревматик иситма касаллигининг hozirgi кундаги кўриниши, дунёда тарқалиши, диагностикаси, даволаш ва профилактикаси. 2-соат.

6-амалий машғулот: Дунёда эпидемияга сабаб бўлаётган инфекцион касалликлар. Ўта хавфли инфекцион касалликлар профилактикаси. 2-соат.

7-амалий машғулот: Болаларда конституция аномалиялари профилактикаси. Экссудатив катарал, лимфатико-гипопластик ва асаб-артритик диатезлари сабаблари, диагностикаси, даволаш ва профилактика. 2-соат.

ЎҚИТИШ ШАКЛЛАРИ

Мазкур модул бўйича қуйидаги ўқитиш шаклларида фойдаланилади:

- ўқув ишини ташкиллаштиришнинг интерфаол шаклларида: 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



«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)

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

Технологияни амалга ошириш тартиби:

катнашчиларга мавзуга оид бўлган якуний хулоса ёки ғоя таклиф этилади; ҳар бир иштирокчига «SCAMPER» технологиясининг босқичлари ёзилган қоғозларни тарқатилади:

- иштирокчиларнинг муносабатлари гуруҳий тартибда тақдимот қилинади.

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

Намуна:

Фикр: “Сурункали гепатитларни даволашда гепатопротекторларни самарадорлигини исботланг”.

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

“KWHL креатив” усули

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

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

Методни амалга ошириш тартиби:

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

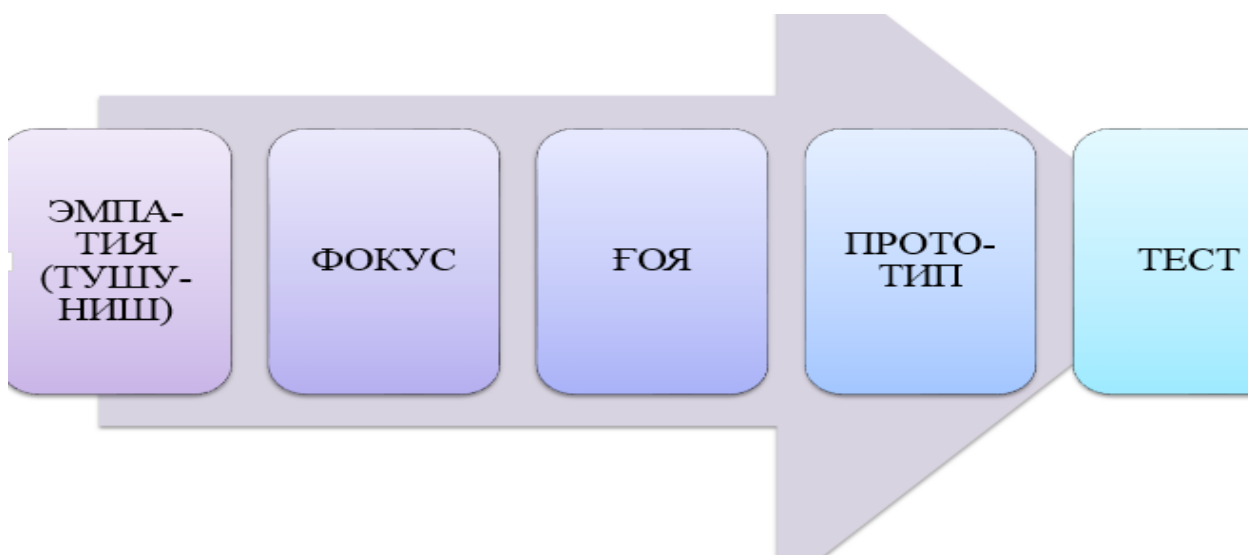
“Дизайн фикрлаш” методи.

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

Эмпатия- 1 қадамда тингловчи мавжуд муаммога максимал “кўмилиши” керак

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

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



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



Мисол: Смартфон моделини танлаш



Мисол: Автобус бекати моделини танлаш



Мисол: “Ролли ўйин” орқали кўрсатиб бериш.

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

III НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР

1-мавзу: 2018-2022 йиллар даврида болаларда туғма ва ирсий касалликларни барвақт аниқлаш Давлат дастури. Орфан касалликлар билан оғриган болалар билан ишлаш. Оғир ва тузалмайдиган бемор болалар билан ишлаш. Паллиатив медицина. 2 соат.

1. Болалар саломатлигини таъминлашга қаратилган Давлат дастурлари.
2. Болаларда ижтимоий ривожланиш мезонлари. Бола ҳуқуқини химоя қилиш қонунлари.
3. Орфан касалликлар билан оғриган болалар билан ишлаш. Оғир ва тузалмайдиган бемор болалар билан ишлаш. Паллиатив медицина

Таянч иборалар: болалар ўлими, туғма касалликлар, ирсият, скрининг, мутациялар, ирсий касалликлар, диспансеризация.

1.1. Болалар саломатлигини таъминлашга йўналтирилган Давлат дастурлари

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

қўйиш учун юқори технологик анализаторлар – тандем масс-спектрометрлар билан жиҳозланди. Амалга оширилаётган тадбирлар натижасида 1,1 миллиондан ортиқ ҳомиладор аёл текширувдан ўтказилди, бу 21 минг нафардан ортиқ ривожланишида туғма нуқсонлар бўлган бола туғилишининг олдини олиш имконини берди. 1,7 миллиондан ортиқ чақалоқ туғма ва ирсий касалликлар юзасидан текширилди, 2,7 минг нафар болага ривожланишнинг туғма нуқсонларини бартараф этиш юзасидан малакали тиббий ёрдам кўрсатилди. Шу билан бирга, туғма ва ирсий касалликларнинг олдини олиш бўйича профилактик ва даволаш-ташхис қўйиш тадбирларини, айниқса, қишлоқ жойларда бўлажак оналар ва болаларнинг соғлиғи ҳолати устидан патронаж тизимини янада такомиллаштириш, шунингдек, жаҳон амалиётига мувофиқ туғруққа ёрдам берувчи муассасаларнинг ва “Она ва бола скрининг” марказларининг моддий-техника базасини мустаҳкамлаш талаб этилади.

Оналар ва болалар соғлиғини ҳар томонлама мустаҳкамлаш, соғлом авлод туғилиши ва уни тарбиялаш учун зарур шарт-шароитларни шакллантириш, ҳомиладор аёллар ва чақалоқларда патологияни барвақт аниқлаш давлат тизимини янада ривожлантириш, болаларда ногиронликни камайтириш, шунингдек, “Она ва бола скрининг” марказларининг кадрлар салоҳияти ва моддий-техника базасини ривожлантириш ва мустаҳкамлаш мақсадида:

2018-2022 йиллар даврида болаларда туғма ва ирсий касалликларни барвақт аниқлаш Давлат дастури тасдиқланди.

“Она ва бола скрининг” марказларини юқори технологик диагностика тиббиёт ускуналари, бутловчи буюмлар, реагентлар ва зарур материаллар билан жиҳозлаш орқали уларнинг моддий-техника базасини мустаҳкамланмоқда. Ҳомиладорликнинг дастлабки уч ойида аёлларни марказий кўп тармоқли туман (шаҳар) поликлиникаларида туғишдан олдин оммавий текшириш ва хавф гуруҳига кирадиган ҳомиладор аёлларда генетик синдромларни биокимёвий текширишни босқичма-босқич жорий этиш йўли билан ҳомилада туғма ва ирсий касалликларнинг олдини олиш ва уларга

барвақт ташхис қўйиш чора-тадбирларини такомиллаштиради. Ҳомилада ва кичик ёшдаги болаларда хромосом синдромлар диагностикасида лаборатория диагностикасининг замонавий усулларини, шу жумладан, цитогенетик ва молекуляр-цитогенетик технологияларни жорий этилади;

Болаларда ирсий касалликларга барвақт ташхис қўйиш усулларини такомиллаштириш орқали чақалоқларни оммавий текшириш, шунингдек, бемор болаларни дори воситалари ва даволайдиган овқатлар билан таъминлаш орқали ирсий касалликларни даволаш самарадорлиги оширилмоқда; “Она ва бола скрининг” марказларининг кадрлар салоҳиятини мустаҳкамлаш ва амалий соғлиқни сақлашга замонавий жаҳон тажрибасини жорий этган ҳолда халқаро ҳамкорлик амалга оширилмоқда.

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

1.2. Болаларда ижтимоий ривожланиш мезонлари. Болалар ва ўсмирлар саломатлиги. Саломатлик — одамнинг жисмоний ва маънавий хусусиятларининг йигандиси: унинг узоқ умр куришининг ва ижодий режаларини амалга оширишининг жамиятимиз бахт — саодати учун юқори меҳнат унумдорлиги, мустаҳкам, ахил оила яратиш, болаларнинг тугилиши ва тарбияни амалга оширишининг зарурий шартидир. Саломатлик инсон ва жамият учун энг муқим ижтимоий ва иқтисодий омил, унинг ҳолати атроф — муҳит билан боғлиқ равишда узгаради.

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

Саломатлик индивидуал (алоҳида бир кишининг соғлиқ ҳолати) ва ижтимоий (маълум бир жамоатчилик гуруҳининг саломатлиги) бўлади.

Ижтимоий саломатлик бир неча кўрсаткичлар билан таърифланади. Бундай курсаткичларга хаёт давоми, ўлим даражаси ,болалар ўлими, касалланиш, ногиронлар сони ва бошқалар киради. Болалар саломатлик ҳолатини таҳлил қилишда умумий касалланиш, сурункали касалланишлар даражаси, саломатлик индекси, нормал жисмоний ва интеллектуал ривожга эга бўлган ва ногирон болаларнинг фоизи ва бошқа курсаткичлар қўлланилади.

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

Болалар касалланиши сабаблари.

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

1.3. Орфан касалликлар билан оғриган болалар билан ишлаш. Оғир ва тузалмайдиган бемор болалар билан ишлаш. Паллиатив медицина

Умумий касалликларнинг тахлили турли ёшда турли касалликларнинг қай даражада учраганлигини ҳам уз ичига олади. Мактабгача ёшдаги болалар хасталиклари ичида биринчи ўринда нафас олиш аъзолари касалликлари туради. Икки ёшдан кейин болалар орасида юқумли, касалликлар сони ортади, бу ҳолат 7 ёшга етгунча давом этади. Нерв тизими ва сезги аъзолари касалликлари 3 ўринда туради, меъда ичак касалликлари 4 ўринни эгаллайди. 7 ёшдан бошлаб тери касалликлари 5 уринга чиқади. Барча ёшдаги болаларда ўткир нафас йулларнинг касалликлари ҳамма ёш гуруҳларида биринчи ўринни эгаллайди. Шунинг учун қам болаларни ҳар қандай ёшда чиниктириш жуда муҳим аҳамиятга эга. Мактаб ёшидаги болаларда сурункали тонзилит касаллиги анча кўпаяди (20-30%). Кейинги йилларда ҳаво таркибининг ифлосланиши, турли доривор моддалар, озик —овқат синтетик қўшимчаларининг кенг қўлланилиши натижасида болаларда аллергия касалликларнинг сони кўпаймоқда. Гиподинамия, экология мувозанатининг силжиши натижасида юрак —томир тизими, таянч —харакат аппаратининг функционал бузилишлари, эшитиш, кўришнинг ёмонлашуви мактаб ёшидаги болалар уртасида кўпайиб бормоқда. Кейинги йиллар давомида болалардаги кўз рефракцияси бузилишлари кўпайиб бормоқда. Республикамизда кучсиз даражадаги миопия бошланғич синф ўқувчилари орасида 2,5%ни ташкил этади, 16 ёшли ўсмирлар ичида бу кўрсаткич 19,3% гача кўпаяди. Табиий озуқа маҳсулотларни қам истеъмол қилганлиги, моддалар алмашинуви жараёнларини издан чиққанлиги сабабли мактаб ўқувчилари орасида тиш қариеси кенг тарқалган (70-80%) касалликлардан бири бўлиб қолди. Умумий таълим мактаб ўқувчилари орасида артерия босимнинг кўтарилиши билан кечадиган юрак —томир тизимидаги функционал четлашишлар 8-10% га, махсус математика мактабларида эса 15-20% га ўзгарди. Нерв тизимининг функционал силжишлари юқори синф ўқувчилари орасида 11% гача ортиб борди. Ўқувчиларнинг купчилигида, асосан ўсмирлик ёшида тана вазнининг ортиқлиги кузатилмоқда. 12 % болаларда турли даражадаги семизлик

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

2-мавзу: Ферментопатиялар, Целиакия касаллиги, Муковисцидоз касаллиги. 2-соат.

Болаларда диарея синдроми билан кечувчи касалликлар. Мальдигестия, мальабсорбция. Ферментопатиялар турлари.

Антибиотикассоцирланган диареялар.

Целиакия касаллиги, сабаблари, диагностикаси, даволаш

Муковисцидоз касаллиги. сабаблари, диагностикаси

Таянч иборалар- диарея, дисбактериоз, мальабсорбциялар, ферментопатиялар, целиакия.

2.1. Болаларда диарея синдроми билан кечувчи касалликлар. Мальдигестия, мальабсорбция. Ферментопатиялар турлари. Болалар касалликларини интегрирлашган усулда олиб бориш

Диареяни баҳоланг ва таснифланг таснифи. Диарея - ич кетиши, ич суришидир, бунда ахлатда сув одатдагидан кўра кўп бўлади. Диареяни ичи сувдек кетиши деб ҳам юритилади. У айниқса 6 ойликдан 2 ёшгача бўлган болаларда кўпроқ кузатилади. Диарея аксари сигир сути ёки сутли коришмалар ичадиган болаларда кўпроқ учрайди. Одатдагича тез-тез ич келиб туриши диарея эмас. Боланинг кунига неча марта одатдагича ичи келиши унинг еган овқати ва ёшига боғлиқ. Кўпгина минтақаларда 24 соат давомида бола ичининг уч марта ёки бундан кўп кетиши диарея деб таърифланади. Болаларида диарея бошланиб қолган вақтни оналар одатда билишади. Улар боланинг ичи сувдек бўлиб келаётганини айтишлари мумкин. Оналар «диарея» сўзи ўрнига «ич кетар» ёки «сувдек суяқ бўлиб ич келиши» деган маҳаллий номларни ишлатиши мумкин ва ҳоказо. Фақат эмизиб боқиладиган болаларда ахлат кўпинча юмшоқ бўлади, бу – диарея эмас. Боласини эмизиб боқадиган она ахлатнинг суяқ келаётганига ёки тез-тез ич суриб туришига қараб диареяни ажратиш олиши мумкин. Диареянинг қандай турлари бор? Кўп ҳолатларда тез-тез ва сув бўлиб кечадиган диарея боланинг танаси сувсизланиб қолишига асосий сабаб ҳисоланади. Вабо – ана шундай диареянинг мисолларидан биридир. Бироқ вабо ушбу диареяларнинг оз қисмини ташкил этади. Диарея 14 кундан кам давом этадиган бўлса, бу - ўткир диарея бўлиб ҳисобланади. Сувдек бўлиб ич кетиб турадиган диарея боланинг сувсизланиб, қувватсизланиб қолишига сабаб бўлади. Ўткир диарея билан оғриган боланинг ўлими одатда сувсизланиш оқибатидир. Диарея 14 кун ва бундан ортиқроқ давом этадиган бўлса, бу – чўзилувчан диарея. Диареянинг ҳолатларининг 20 фоизга яқини сурункали бўлиб қолади. Чўзилувчан диарея болаларда озикланишнинг бузилишига сабаб бўлади ва болалар ўлим ҳолатларини кўпайишига олиб келади. Диареяда ахлатнинг шилимшиқ аралаш ёки усиз қонли бўлиб туриши дизентерия (ичбуруғ) деб

аталади. Дизентериянинг энг кўп тарқалган кўзғатувчиси – Shigella дир. Амёбали дизентерия болаларда кўп учрамайди. Болада сувли диарея ҳам, дизентерия ҳам бўлиши мумкин.

Диареяни бахоланг. Диарея билан оғриган боланинг ахволи куйидаги белгилар бўйича бахоланади: болада диарея қанчадан бери давом этиб келмоқда, ахлатда қон борми (болада дизентерия бор-йўқлигини аниқлаш учун) сувсизланиш белгилари борми. Диарея билан оғриган боланинг ахволига баҳо беришнинг куйидаги босқичларини кўриб чиқинг: Болада диарея борми? бор бўлса, сўранг: Қачондан буён? Ахлатида қон борми? кўздан кечиринг ва ҳис этинг Умумий ахволига қаранг. Бола: Летаргик ҳолатда ёки ҳушсизми? Безовта ёки бетоқатми? Аниқланг, кўзлари киртайганми? Болага суюқлик таклиф этинг: Бола: Ича олмайдими ёки ёмон ичадими? Ютоқиб ичадими, чанқоқми? Қорнидаги тери бурмаси текисланиш реакциясини текширинг. Бурма текисланади: Жуда секин (2 секунддан ортиқ) Секин. ҳамма болалардан диарея тўғрисида суриштириб кўринг. сўраб кўринг: Болада диарея борми? Диареяни тасвирлаш учун она тушунадиган сўзларни ишлатинг. Она йўқ деб жавоб берса, диареяга алоқадор белгилар бўйича боланинг ахволини баҳоламай, кейинги асосий симптом – иситма тўғрисида суриштириб кўринг. Она ҳа деб жавоб берса ёки боласини диарея туфайли амбулаторияга олиб келганини айтган бўлса, унинг жавобини ёзиб олинг. Сўнгра болада сувсизланиш, чўзилувчан диарея ва дизентерия белгилари бор-йўқлигини аниқлаб, билиб олинг. сўраб кўринг: қанчадан буён? 14 кун ва бундан ортиқ давом этиб келаётган диарея – чўзилувчан диареядир. Жавоб бериш учун онага вақт беринг. Неча кун бўлганини аниқ эслаб олиш учун унга вақт керакдир, балки. сўраб кўринг: Ахлатда қон борми? Шу диарея бошланганидан бери ахлатда қон пайдо бўлганини она сезганми, сўраб кўринг. Сўнгра, сувсизланиш белгилари борми, текшириб кўринг. Агар бола сувсизланган бўлса, аввалига у безовта, бетоқат бўлиб қолади. Сувсизланиш давом этаверадиган бўлса, летаргик ёки беҳуш ҳолга

тушади. Бола танасидан суюқлик йўқолиб борган сайин кўзлари киртайгандек бўлиб кўриниши мумкин.

Тери бурмаси текшириб кўрилганида секин ёки жуда секин текисланади. Қуйидаги белгиларни кўриб чиқинг ва билиб олинг: боланинг умумий аҳволига қаранг. У летаргик ҳолатда ёки беҳушми? Безовта, бетоқатми? Умумий ҳавф белгилари бор-йўқлигини текшириб кўраётганинингизда бола летаргик ёки беҳуш ҳолда ётганми-йўқми, билиб олган эдингиз. Бола летаргик ёки беҳуш ҳолда ётган бўлса, демак, унда умумий ҳавф белгиси бор. Боладаги диареяни таснифлашда ушбу умумий ҳавф белгисидан фойдаланинг. Бола ҳамма вақт ёки унга қўл текказилганида безовта, бетоқат бўлса, унда «безовта ёки бетоқат» белгиси бор. Бола онасини эмаётган маҳалда тинч бўлса-ю, лекин эмизиш тўхтатилиши билан у яна безовта, бетоқат бўлса, демак, унда «безовта, бетоқат» белгиси бор. Кўп болалар тиббий муассасага келиб қолганлари учунгина инжиклик қилаверади. Бундай болаларни одатда тинчитиш мумкин бўлади.

Уларда «безовта ёки бетоқат» белгиси йўқ, аниқланг, кўзлари киртайганми. Сувсизланиб қолган боланинг кўзлари киртайгандек бўлиб кўриниши мумкин. Ўйлаб кўринг, мазкур ҳолни кўзлар киртайган деб ҳисоблай оласизми. Кейин онасидан сўраб кўринг, боланинг кўзлари одатдагидан бошқача кўриняпти, деб ўйлайдими. Унинг фикри боланинг кўзлари киртайганлигини тасдиқлаб олишингиз учун Сизга ёрдам беради. Эслатма: Озиқланиши бузилган, жуда озиб, холдан кетган (масалан, маразм ҳолатига тушган) болада, гарчи у сувсизланмаган бўлса ҳам, кўзлари доимо киртайгандек бўлиб кўриниши мумкин. «Кўзлар киртайган» белгиси жуда озиб кетган болада унча аниқ аломат бўлмаслигига қарамай, боладаги сувсизланиш даражасини таснифлаш учун шу белгидан фойдаланинг. Болага суюқлик бериб кўринг. Бола ича олмайдими ёки ёмон ичадими? Ютоқиб ичадими, чанқоқми? Болага пиёла ёки қошиқдан сув бериб кўришни онасига таклиф этинг. Боланинг қандай сув ичишини кузатинг. Болага суюқлик бериб

кўрилганида у ича олмайди ёки юта олмайди. Масалан, у летаргик ҳолатда ёки беҳуш бўлиб ётгани учун ича олмайди.

Бола заифлашиб қолган ва бировнинг ёрдамсиз суюқлик ича олмайдиган бўлса, у суюқликни яхши ичмайди. У оғзига солиб қўйилган суюқликни ютиши мумкин, холос.

Болада ютоқиб ичиш, чанқаш белгиси бор, деб ҳисобланади агар болага сув бериб кўрганингизда у пиёла ёки қошиққа қараб талпиниб борса ва берган сувни ютоқиб ичса. Сув олиб қўйиладиган бўлса, бола яна ичмоқчи бўлиб, йиғлайди. Бола суюқликни фақат ўзининг талабига қараб ичадиган ва ортиқча ичишни истамайдиган бўлса, унда «ютоқиб ичиш, чанқаш белгиси» йўқ. Қорнида тери бурмасини текисланиш реакциясини текшириб кўринг. Тери бурмаси: жуда секин (2 секунддан ортиқ) текисланадими? Секин текисланадими? Текшириш столига болани чалқанча ётқизиб қўйишни онасидан илтимос қилинг, боланинг қўллари танаси бўйлаб узатилган (боши устида турмайдиган) ва оёқлари ростланган бўлсин, ёки онасидан болани тиззага олиб гавдасини тик тутиб туришни илтимос қилинг. Бола қорнининг киндиги билан қорин ён девори ўртасидаги жойини танланг.

Тери бурмаси текисланиш реакциясини текшириб кўриш учун бош бармоқ билан кўрсаткич бармоқни ишлатинг. Бармоқ учларидан фойдаланманг, чунки бу оғриққа сабаб бўлиши мумкин. Қўлни шундай қўйингки, токи тери бурмаси боланинг танасига кўндалангига эмас, балки параллел ҳолда тушадиган бўлсин. Терининг ҳамма қатламлари ва тери ости тўқимасини яхшилаб ушлаб олинг. Терини 1 секунд давомида ушлаб туриб, кейин қўйиб юборинг. Тери бурмасини қўйиб юборганингиздан кейин терининг текисланиши реакциясини текширинг, тери: -жуда секин (2 секунддан ортиқ) текисланади; -секин текисланади; -дарҳол текисланади. Тери бурмаси қўйиб юборганингиздан кейин ҳатто қисқа вақт ичида, текисланадиган бўлса ҳам, тери бурмаси секин текисланади, деб ҳисобланг. Эслатма: Маразм ҳолатидаги (озикланишнинг оғир даражадаги бузилиши) болада тери бурмаси, гарчи сувсизланиш бўлмаса ҳам, секин текисланиши

мумкин. Вазни ортиқча ёки баданида шиш пайдо бўлган болада тери бурмаси, бола гарчи сувсизланган бўлса ҳам, дарҳол текисланади.

Ана шундай болаларда тери бурмасининг реакцияси унча ишончли бўлмаслигига қарамай, боланинг сувсизланиш даражасини таснифлашда шу реакциядан фойдаланинг.

(Қолган материаллар таркатма материал кўринишида берилади, ЎзССВ 225 буйруғи)

Болаларда ферментопатиялар. Ичак дисфункцияси

Ичак микроэкологияси муаммоси охириги йилларда фақат педиатрларни эмас, балки бошқа соҳа шифокорларининг ҳам эътиборини ўзига жалб қилмоқда (гастроэнтеролог, неонатолог, инфекционист, бактериолог). Маълумки, болалар ҳамда катта ёшдаги одамларнинг микроэкологияси филогенетик мураккаб динамик комплекс булиб, таркиби сон ва сифат жиҳатидан мураккаб микроорганизмлар ассоциациясидан иборатдир. Ичак нормал микрофлорасининг ўзгаришининг жуда ҳам кўп сабаблари мавжуддир. Бу ўзгаришлар вақтинча бўлиши мумкин - дисбактериал реакциялар, еки турғун бўлиши мумкин - дисбактериоз. Ичак дисфункциялари қуйидаги гуруҳларга бўлинади ;

- 1.Функционал табиатли касалликлар.
- 2.Инфекция сабабли касалликлар.
- 3.Ошқозон ичак туғма нуқсонлари.

Ноинфекцион диареялар. Мальабсорбция синдроми.

Ноинфекцион диареялар орасида мальабсорбция синдроми асосий ўринлардан бирини эгаллайди. Мальабсорбция синдроми - бу ичак ичи деворида овқат хазм қилиниши ва транспортининг бузилиши оқибатида келиб чиқувчи клиник кўринишлар комплексидан иборатдир. Болаларда энг кўп учрайдиган шакли бу дисахаридазаларнинг етишмовчилиги билан боғлиқ шаклидир - асосан лактазани хазм бўлмаслиги ва целиакиядир.

Мальабсорбция синдромининг сабаблари хилма-хилдир.

1. Ошқозоннинг преэнтерал касалликлари.
- 2.Энтерал касалликлар - дисахаридозлар етишмовчилиги, целиакия.

3.Баъзи наслий ва тугма касалликлар.

Диагностика ва даволаш мезонлари.

Мальабсорбция синдроми аниқ клиник кўринишларга эга эмас. Дисахаридлар этишмовчилиги учун глюкозанинг сўрилиши бузилиши туғма хлоридорея ва суюқ стул характерлидир. Муковисцидозда ва целиакияда эса стеотарея характерлидир.

Мальабсорбция синдроми клиникасининг гетерогенлигини ҳисобга олганда, куплаб биохимик ва инструментал текширув усуллари қўллашга тўғри келади. Лекин асосий ўринни тўғри анамнез йиғиш эгаллайди.

Дифференциал диагноз утказиш учун касалликнинг биринчи белгилари қачон пайдо бўлганини билиш катта аҳамиятга эгадир. Чақалоқлик даврида бирламчи ва иккиламчи лактаза этишмовчилиги манифестация қилади. 2ойликдан 2 ёшгача эса сахароза - изомальтаза этишмовчилиги катта аҳамиятга эгадир.

Давоси.

Мальабсорбция синдромида асосий даво чоралари - парҳез даволовчи овқатлантиришдир. Бунинг асосида сабабчи овқат маҳсулотини аниқлаш ва элиминациясидан иборатдир. Бемор учун меню тузиш шифокордан катта малакани талаб қилади, бунда қуйидагиларга аҳамият бериш керак бўлади;

1. Гипотрофия даражаси ва овқатга толерантликни аниқлаш.
2. Оқсил ва ёғларни хазм қилишда қатнашувчи аъзолар - жигар ва ошқозон ости безининг ҳолатини аниқлаш.
3. Болалар ичагининг осмотик юкламага таъсирчанлигини аниқлаш.

Ферментопатиялар.

Дисахаридазалар этишмовчилиги-лактоза, мальтоза ва сахароза этишмовчилигидир. Дисахаридлар гидролизи ва моносахаридлар сўрилиши бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин. Дисахаридазалар этишмовчилигида парчаланмаган углеводлар ичак бўшлиғида тўпланади, осмотик босим ошиб кетади ва бу эса ичак бўшлиғига ортиқча сув тўпланишига олиб келади. Дисахаридлар микрофлора орқали утилизация қилинади ва катта миқдорда

органик кислоталар тўпланади. Бунинг оқибатида суяқ ва кўпикли ахлат пайдо бўлади, дисахарилар парчаланмаган ҳолатда фекалиялар орқали ажрала бошлайди. Хомиладорлик даврида хомиланинг ичаги стерил ҳолатда бўлади. Туғилиш жараёнида боланинг оғзи орқали она туғурик йўлларидаги микроорганизмлар колонизацияси содир бўлади. Бола туғилганидан 10 кун ўтгач унинг ошқозон ичак трактида бифидобактерия ва бактероидларнинг ҳар- хил штаммлари пайдо бўлади. Она сути билан боқилаётган болаларнинг ичагида бифидобактериялар миқдори кўпроқ бўлади, 2 ешдан кейин болалар ичак микрофлораси катта ёшдаги одамларнинг ичак микрофлорасидан деярли фарқ қилмайди. Муквисцидознинг ичак шаклининг клиник кўриниши ошқозон ости бези ва ичаклар функциясининг бузилиши симптомларидан иборатдир. Айниқса болани сунъий овқатлантиришга ўтказилганидан кейин бу симптомлар яққол намоён бўлади. Клиникасида куп миқдордаги, ёғли, ёпишқоқ ахлат характер лидир. Купинча тўғри ичакнинг тушиб қолиши кузатилади. Бошқа абдоминал синдромлардан бири бу қорин соҳасида оғриқлар пайдо бўлишидир. Оғриқлар ҳар -хил характерга эга-хуружсимон оғриқлар, метеоризм, жигар соҳасидаги оғриқлар ва ҳакозо. Ташхис асосан касалликка хос булган симптомлар асосида қўйилади. Ташхис тер таркибидаги хлоридлар миқдорини аниқлаш орқали асосланади. Тер таркибидани натрий ва хлор миқдори 20 ммоль/л.дан ошмаслиги керак. Соғлом болаларда тер таркибидаги натрий ва хлор миқдори 40 ммоль/ л. дан ошмаслиги керак. Тўғри ташхис қўйишда бу ионларнинг миқдори 60 ммоль/ л. дан юқори бўлиши шартдир.

Копрологиянинг текширилиши ҳам катта аҳамиятга эга, бунда нейтрал ёғ моддаларидан ташқари клетчатка ва крахмал доначалари ҳам кўринади. Балғам ёпишқоқлигини камайтириш мақсадида физик, химик усуллар комбинациясидан фойдаланишга тўғри келади. Ҳамма касалларга муколитик терапия берилиши шартдир. Унинг самарадорлиги постдурал дренаж билан биргаликда яна ҳам ошади, вибрацион массаж ва даволовчи физкультура ҳам яхши самаралар беради.

Ошқозон ости безининг функциясини яхшилаш мақсадида панкреатин ва бошка ичак ферментлари қўлланилади, масалан; полизим, панзинорм, мексаза ва бошкалар. Даволаш самарадорлиги стулнинг нормаллашуви ва ва ахлатда нейтрал ёғ моддаларининг йўқолиши хисобланади.

Овқат моддаларининг ичакда сўрилишининг бузилиши клиникада боланинг озиб кетиши ва ич кетиши билан характерланади, бунда фекалийда ёғ қолдиқлари кўринади, ёки ахлат унитазга ёпишиб қолади. Лекин ҳамма болаларда озиш ва диарея синдроми бир хилда кечмайди. Бундан ташқари бемор болаларда витамин етишмовчилиги симптомлари яққол кўринади, бундай клиник симптомларга; бармоқ тирноқларида чизиклар пайдо бўлиши, шишлар пайдо бўлиши, еки қон кетишлар, тунги кўз хиралашуви, хейлоз, глоссит, там билишнинг пасайиши милкларнинг қонаши, деменция, тетания, аменорея, кулоқ олди безларининг шиши ва яраларнинг ёмон битиши киради.

Даволашнинг асосий принциплари.

Бола туғилганидан бошлаб сутсиз овқатлантиришга ўтказилиши керак.

Сут ўрнини босувчи бир неча сунъий аралашмалар таклиф этилган, уларнинг таркибига сут ўрнига соя ва миндал сутлари кирган. Овқат ингредиентларининг миқдори худди сунъий овқатлантиришдагидек бўлиши керак. Қўшимча овқат нормадан бир ой аввал киритилиши керак. Бўтқалар сабзаёт ва гўшт сувларида тайёрланиши керак. Сут махсулотлари рациондан камида 3 йилга чиқариб ташланиши керак.

Муковисцидоз.

Муковисцидоз - ошқозон ости безининг поликистозидир, системали касаллик булиб аутосом -рецессив типда тарқалади.

Касаллик асосида генлар мутацияси ётади. Агар ота-она гетерозигот бўлса, оилада боланинг муковисцидоз касаллиги билан туғилиш хавфи 25 фоизни ташкил қилади. Гомозигот наслий мойиллик 2-3 фоизни ташкил қилади.

Клиникаси.

Касалликка полиморфизм хосдир.

Қуйидаги клиник кўринишлари фарқ қилинади;

1. аралаш - ўпка-ичак шакли, 75-80 фоиз холларда учрайди.
2. респиратор шакли -15-20 фоиз холларда учрайди.
- 3.ичак шакли - 5 фоиз холларда учрайди.

Анамнезида туғилишнинг биринчи кунларидан кайталама, оғир кечувчи бронхитлар учрайди, доимий йутал, ичак дисфункциялари озикланишнинг бузилишлари кузатилади. Клиник картинасида нафас олиш тизимидаги ўзгаришлар доминантлик қилади. Ёпишқоқ шиллиқли балғам нафас йўлларида инфицирланишига олиб келади. Аускультацияда ўпка устида нам майда пуфакчали хириллашлар эшитилади.

Летал холатлар 50-60 фоизни ташкил қилади, айниқса кўкрак ёшидаги болалар орасида летал холатлар кенг тарқалган. Муковисцидозга мойилликни аниқлашга ёрдам берадиган геннинг кашф этилиши бу касалликнинг эрта ташхисланишига катта ёрдам берапти. Касалликнинг профилактикасида оилаларни тиббий-генетик консультациядан ўтказиш катта аҳамиятга эгадир.

Целиакия

Грекча сўз бўлиб ичак дисфункцияси билан касалланиш деган маънони билдиради. Бу - сурункали генетик детерминациялашган касаллик бўлиб, глютен оксилани хазм қила олмаслик билан характерланади. Касаллик ичак шиллиқ қаватининг атрофияси билан кечади. Целиакия касаллигининг тарқалиши хар-хил тадқиқодчиларнинг фикрича хар-хилдир, тахминан 1-500 дан 1-3000 гачадир.

Касаллик патогенези хали охиригача номаълумдир. Касаллик аутосом - рецессив йўли билан тарқалади.

Касалликнинг 4 хил шакли мавжуддир;

1. Энтероцидларнинг генетик детерминант дефектлари орқали глицин парчаланишининг бузилиши билан кечувчи шакли.
2. Глютенга сенсibiliзация ривожланиши туфайли ичак шиллиқ қаватида аутоиммун процесснинг ривожланиши туфайли кечадиган шакли.
3. Ичак шиллиқ қавати эпителиоцитларининг туғма нуқсонлари туфайли

глициннинг патологик парчаланиши оркали келиб чиқувчи шакли.

4. баъзи ташқи таъсирлар туфайли ичак энтероцитларининг ичакда глицин сўрилишининг бузилиши билан кечувчи шаклининг пайдо бўлиши.

Умумий қабул қилинган ташхиси йук. Шакллари;

1. Типик шакли .

2. Атопик шакли.

3. Яширин шакли .

Типик шакли;

Касалликнинг типик шакли асосан кўшимча овқат киритилганидан 1-2 ой ўтганидан кейин тахминан 8-12 чи ойларда ривожланади.

Касаллик манифестациям кўпинча инфекцион касалликдан кейин бошланади.

Касалликнинг биринчи белгиси асосан эмоционал лабиллик бўлади, иштаханнинг пасайиши, тана вазнининг кўпаймаслиги кузатилади.

Касалликка хос бўлган белгилар 1. Ич кетишнинг кузатилиши.

2. Полифекалия . 3. Стеаторея. 4. Кориннинг катталашуви. 5. Тана вазнининг

камайиши. 6. Суякларнинг тез синиши. 7. Талваса синдроми. Полиурия. 9.

Полидипсия. Касалликнинг кечиши ремиссия ва зўриқиш даврлари билан кечади.

Серологик текширув методлари;

Касаллик ташхиси учун серологик текширувлар ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Қонда антиглиадин антителоларни аниқлаш мумкин. Хозирги даврда қонда антиглутаминазани аниқлаш мақсадга мувофиқдир ва албатта қонда иммуноглобулин А ва иммуноглобулин G ни аниқлаш. Беморга умрининг охиригача глютенсиз овқатланиш тавсия этилади.

Дисбактериоз.

Ичак дисбактериози-ичакда микобактериялар мувозанатининг бузилиши билан характерланади. Нормада одам организмида 300 дан ортиқ микобактериялар яшайди, уларнинг кўп қисмини ичак овқат хазм қилишида иштирок этувчи микроорганизмлар ташкил килади. Бола оламга стерил ҳолатдаги ичак билан туғилади, ичакда бактериялар пайдо бўлиши бола

тугилиши билан бошланади, кейинчалик ичак микрофлораси пайдо бўлишида оғиз сути ва кейинчалик она сути роль уйнайди, лекин фойдали микроорганизмлар билан бир вақтда ичакда касаллик чакирувчи микроорганизмлар ҳам пайдо бўла бошлайди, уларга қарши - лакто ва - бифидо бактериялар ҳам юзага кела бошлайди. Лактобактериялар- ичакда патоген микробларнинг сони купайишини назорат қилиб туради.

Бифидобактериялар эса - одам организмига овқат ва ҳаво орқали кириб келувчи патоген микробларга қарши химоя вазифасини бажаради. Бифидо ва лактобактериялардан ташқари одам ичагида нопатоген ичак микрофлораси ҳам бўлиб, улар ичак инфекциясининг ривожланишига қарши ишлайди, жигар вазифасини енгиллаштиради ва аллергия ривожланишининг олдини олади. Ичакда микроблар мувозанатининг бузилиши ва бифидо-латобактериялар сони камайиши билан патоген микрофлора кўпая бошлайди -бу ҳолат **дисбактериоз** деб номланади. Дисбактериозда ичакда чириш процесси бошланади. Дисбактериознинг икки хил тури фарқланади-бирламчи ва иккиламчи турлари. Бирламчи ичак дисбактериози болани эрта сунъий овқатлантиришга ўтказилганда ривожланади. Дисбактериознинг тўртта даражаси фарқланади.

Касаллик даражаси ичакни микробиологик текширув натижасида аниқланади. Биринчи даражали ичак дисбактериозда болада ҳеч қандай клиник белгилар бўлмайди, лекин болада қабзият ва кўнгил айнаиши кузатилиши мумкин. Иккинчи даражада ахлат суюқлашади, иштаха пасаяди, боланинг умумий ахволи ёмонлашади. Учинчи даражали дисбактериозда -иштаханинг пасайиши, бола умумий ахволининг янада ёмонлашуви кузатилади. Туртинчи даражали ичак дисбактериозда боланинг умумий ахволи янада оғирлашади, вазн камомати, тери копламларининг оқариши, иштаха пасайиши, шилликли ва суюк ич келиши тез -тез кузатилади. Ташхис - фекалий микрофлорасини текшириш орқали тасдиқланади.

Ичак дисбактериозини даволаш ошқозон -ичак тракти микрофлорасини нормаллаштиришдан иборатдир. Ҳозирги вақтда ичак микрофлорасини

нормаллаштирувчи хилма-хил дори препаратлари мавжуддир. Ичак микрофлорасини нормаллаштирувчи махсус бифидо кефир ва бифидо йогуртлар мавжуддир. Лекин ичак дисбактериозининг биринчи симптомлари пайдо булиши билан болани албатта мутахассисга курсатиш тавсия этилади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.
2. Current essentials Pediatrics. Judith M. Sondheimer. 2015.
3. Textbook of Neonatology. Janet M. Rennie, fifth edition Churchill Livingstone ELSEVIER .2015.
4. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013
5. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари. -Т., 2012.
6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
7. БКИУОБ. ЖССТ дастури асосида ЎзССВ 225 буйруғи, 2007.

3-мавзу Иммунопрофилактика муаммолари. Болалар

диспансеризацияси. 2 соат.

1. Ўзбекистон Республикаси болаларни эмлаш календари. Янги вакциналар.
2. Вакцинация муаммолари
3. "Ноинфекцион" касалликларга қарши вакциналар
4. Соғлом ва бемор болаларни диспансер гуруҳларга ажратиш.

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

3.1. Ўзбекистон Республикаси болаларни эмлаш календари. Янги вакциналар. Бир қанча инфекцион касалликларнинг иммунопрофилактикаси оҳирги икки юз йил давомида миллионлаб инсонлар ҳаётини сақлашга имкон яратди. Барча континентларда амалга оширилаётган аҳолининг иммунизацияси чечакнинг глобал даражада йўқотилишига, полиомиелитни чеклашга ҳамда вакцинопрофилактикага бўйсунувчи бошқа касалликларни

тарқалишини етарли даражада камайишига олиб келди. Турли инфекциядан химояланиш учун асосан патогеннинг бир қанча асосий антигенларга қарши иммунитет ҳосил қилиниши керак. Аммо табиий вакциналарни яратувчи ҳозирги замонавий технологиялар ҳам бундай юқори даражадаги тозаланишга яқинлашиш имконини ярат олмаяпти. Шунинг учун вакциналар у ёки бу миқдорда ўзида балласт моддалар тутати. «Вакцина – бу иммунитет ҳамда қузгатувчига нисбатан турғунлик ривожланишини таъминловчи препарат. Турли инфекциядан химояланиш учун асосан патогеннинг бир қанча асосий антигенларга қарши иммунитет ҳосил қилиниши керак. Аммо табиий вакциналарни яратувчи ҳозирги замонавий технологиялар ҳам бундай юқори даражадаги тозаланишга яқинлашиш имконини яратолмаяпти. Шунинг учун вакциналар у ёки бу миқдорда ўзида балласт моддалар тутати^{1,2}. Вакциналарнинг сифати уларни микроблар антигенидан ёки бактериал токсинлардан тозаланганлик даражасига кўп жихатдан боғлиқ. Ер юзида вакцинация утказилиши купайиши, ноҳуя реакциялар ҳам купайишига олиб келди, вакцинага чин реакциялар ва эмлаш вақтида пайдо бўлган реакциялар аммо вакцинация билан боғлиқ эмас. Вакциналарни иккита асосий гуруҳга бўлиш мумкин: тирик ва ўлик (инактивацияланган) вакциналарга. Тирик вакцина – қузгатувчининг аттенуирланган штаммларидан олинган (кучсизлантирилган патогенлик билан) ўлик вакциналар: молекуляр: а) биологик синтез билан; б) химик синтез билан олинган; корпускуляр: а) бутун микроблардан б) молекула усти субҳужайралар структурасидан. Традицион вакциналар. Инактивацияланган вакциналар микроорганизмга кимёвий йул ёки қиздириш йули билан таъсир эттирилиб олинади. Анатоксинлар вакцина сифатида қулланилувчи махсус иммунитет ҳосил қилади (дифтерия, столбняк) Конъюгирланган вакциналарда антигенларни протеин ёки анатоксинлар билан боғлаш усули қулланилади. Суббирликдаги вакциналар адекват иммун жавобни таъминлаб берувчи антиген фрагментларидан ташкил топган.

Вакциналарнинг янги авлоди

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

экспертларининг прогнозларига кўра, янги ёки такрорий инфекцияларнинг келиб чиқиши ҳар қандай вақтда ва дунёнинг исталган нуқтасида пайдо бўлиши мумкин. Ўтган 30 йил ичида биз 40 та янги хавфли микроорганизмларга дуч келдик, улар кўп ҳолларда юз минглаб одамларнинг ҳаёти ва соғлиғига ҳақиқий хавф туғдирди. Улар орасида Эбол вируси, легионерлар касаллиги чакирувчиси, ОИВ, коронавирус ва бошқа патоген микроорганизмлар мавжуд. Кўпинча эпидемиологик фаровонлик фониди одамлар миллий соғлиқни сақлаш тизими томонидан тақдим этилган эмлашни тўхтатадилар, кейин эса узоқ вақтдан бери кузатилмаётган юқумли касалликлар қайтарилади. Сўнгги ўн йилликларда Япония, Россия, Озарбайжон, Грузия, Тожикистон, Украина, Гаити, Венесуэла ва Колумбияда кўкйўтал, дифтерия, полиомиелит ва қизамиқ эпидемияси ҳақида хабар берилган. Масалан, Россиянинг ҳудудида 90-йилларнинг ўрталарига келиб, бу вақтга қадар фақатгина эпизодик кузатилган дифтерия касаллиги кўпайди, сабаби псевдо-мутахассислар томонидан амалга оширилган эмлаш кампаниясига қарши курашди. Натижада 100 мингдан зиёд киши дифтерия касаллигига чалиниб, уларнинг бир неча минги вафот етди. Фақат болаларни оммавий эмлаш эпидемияга барҳам беришга имкон берди. Одамлар ва ҳайвонлар кўчиши микроорганизмларнинг янги ҳудудларга тарқалишига олиб келади. Юқумли касалликларнинг оммавий тарқалиши АҚШ каби яхши ривожланган соғлиқни сақлаш тизимига эга бўлган мамлакатларда ҳам рўй беради. 1999 йилда Нью-Йоркда Фарбий Нил иситмаси кузатилганлиги ҳақида хабар берилган, унинг вируслари қушлар томонидан олиб келинган. 2002 йилда ушбу касаллик 44 давлатда кузатилган. Деярли тўрт мингдан ортиқ одам касал бўлиб, улардан уч юзга яқини ҳалок бўлган. 2003 йил май ойида маймунлар чечаги вируси келтирган касаллик ҳақида хабар берилган. Қўшма Штатларда, экзотик уй ҳайвонлари сифатида Африкадан олиб келинган кемирувчилар, уни тарқатган. Касаллик фақатгина антиэпидемик чоралар ўз вақтида ўтказилганлиги сабабли кенг тарқалмаган.

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ПРОФИЛАКТИК ЭМЛАШ
ТАҚВИМИ
(САНПИН -0239-07) (ҚЎШИМЧА №3)**

Ёш	Вакциналарнинг номлари
1 сутка	ВГВ-1
2-5 кун	ОПВ-0 БЦЖ - 1
2 ой	ОПВ-1, ПЕНТА - 1 (АҚДС - 1, ВГВ - 2, ХИБ-1), Рога-1 , ПНЕВМО-1
3 ой	ОПВ-2, ПЕНТА - 2 (АҚДС-2, ВГВ-3, ХИБ-2), Рога-2, ПНЕВМО -2
4 ой	ПЕНТА - 3 (АҚДС-3,ВГВ-4,ХИБ-3), ИПВ
12 ой	КПК – 1, Пневмо-3
16 ой	ОПВ – 4 ; АҚДС –4
6 ёш	КПК -2
7 ёш (1 синиф)	ОПВ-5, АДС-М– 5
9-12 ёш	ВПЧ
16 ёш	АДС-М-6

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

Вакцинация муаммолари. Ноинфекцион вакциналар

Йигирманчи асрнинг бошида буюк рус олими И.Мечников соматик касалликлар ва ўсма касалликлари инфекция томонидан чақирилиши мумкин, деган фикрни ўртага сурган. Вақт ўтиб, деб ёзган у, паразитларни нафақат юқумли касалликларда, балки бутунлай бошқача касалликларда ҳам инсон организмида топиши мумкин. И.Мечниковнинг гипотезаси ўз тасдиғини топмоқда. Турли мамлакатларда эпидемиологлар гриппнинг мавсумий тарқалиши даврида юрак-қон томир касалликлари билан оғриган беморларнинг сони ва миёда қон айланишининг бузилиши ҳолатлари кўпайишини ва шу сабабли ўлим сони ҳам кўпайишини таъкидлайдилар. АҚШда болаларни паротитга қарши эмлашни бошланганда, тасодифий эндокардит касаллиги кескин камайди. Тадқиқот шуни тасдиқладики, ушбу касаллик ўтказган болалар кичик ёшларда паротит ўтказганликлари учун уларда эндокардит келиб чиққан. Атеросклерознинг ҳам келиб чиқишида инфекциянинг роли бор деб айтилмоқда, сабаби атеросклеротик плакчаларда хламидиялар аниқланган. Агар одам ретровирус, реовирус, цитомегаловирус ва Эпштейн-Барр вируси билан касалланган бўлса, инсулинга қарам диабетнинг ривожланишига олиб келадиган панкреатик хужайраларга қарши хужайралар пайдо бўлади.

Баъзи ҳолларда вирус фақат патологик жараёни бошлаб беради ва ўсманнинг ўсиши микроорганизмларнинг иштирокисиз ҳам давом этаверади. Бу гипотеза рус иммунологи Л. А. Зилбер томонидан ўсма пайдо бўлишининг вирусли назарияси кўринишида таклиф қилинган. Баъзида микроорганизмлар бошқа салбий омиллар таъсирини кучайтиради ва айрим ҳолларда патогенлар «мишень» орган хужайраларига қарши аутоиммун жараённи бошлаб юборади. Юқумли бўлмаган кўплаб касалликлар микроблар билан боғлиқ бўлганлиги сабабли, профилактика учун мавжуд вакциналардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Бунинг исботи шуки, гепатит Вга қарши эмланган Тайванлик болаларда , гепатокарцинома 50% га, жигар касалликларидан ўлим эса 70% га камайди. Папиллома вирусига қарши турли хил эмлашлар

жинсий органларнинг ёмон сифатли ўсмалари ривожланишининг олдини олиши аниқланди. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасини олдини олиш учун *H. pylori* хужайрасидан олинган вакцина ишлаб чиқилди.

ДНК вакциналар Илгари тасдиқланган технологиялардан фойдаланган холда янги вакциналар яратиш осон эмас. Баъзи микроорганизмлар, масалан гепатит Б вирусини инактивланган вакцина олиш учун хужайра культурасида ўстириб бўлмайди. Ўлдирилган микроблардан олинган вакциналар самарасиздир, тирик вакциналар эса хавфдан йироқ эмас. Рекомбинант оқсиллар-антигенлар асосида тайерланган вакциналардан катта умид қилинишига қарамай уларнинг суст иммун жавоб ҳосил қилиши аниқланди (1980 йилда бу тарзда гепатитига қарши вакцина яратилган эди). Сабаби бундай препаратларда "яланғоч" протеин мавжуд бўлиб иммунитетни кучайтириш учун зарур бўлган бошқа молекуляр тузилмалар мавжуд эмас. Рекомбинатли вакциналарнинг самараси ортиши учун уларга антиген фаолликни кучайтирувчи воситалар – адювантлар қўшилиши керак бўлади.

Сўнги 10 йил ичида янги йўналиш - генетик иммунизация соҳаси шаклланди. Уни ДНК вакцинация деб аташади, чунки организмга нафақат антиген оқсил балки оқсил ҳақида информация кодланган нуклеин кислотаси (ДНК ёки РНК) киритилади. Ушбу технологияни тиббиёт ва ветеринария тиббиётида ишлатиш учун ҳақиқий имконият 90-йилларида юзага чиқди. Янги ёндашув анча оддий, арзон ва, энг муҳими, универсалдир. Нуклеин кислоталарни тўқималарга самарали етказиб беришни таъминловчи хавфсиз тизимлар ишлаб чиқилди. Керакли ген плазмида (ДНКнинг халқаси) ёки хавфсиз вирусга киритилади. Бу ташувчи-вектор хужайрага киради ва керакли оқсилларни синтез қилади. Мазкур хужайра керакли вакцинани организм ичида ишлаб чиқариш учун "фабрика" га айланади. Вакцинанинг «фабрикаси» узоқ муддат (1 йилгача) ишлаши мумкин. ДНК вакцинация тўлиқ иммун жавоб ҳосил қилинишига олиб келади ва вирусли инфекцияга қарши юқори даражада химоя яратади. Шу плазмид ёки Вирусли вектордан фойдаланиб, зарур оқсиллар антигенларини кодловчи кетма-кетликни

Ўзгартириб, турли хил юқумли касалликларга қарши вакцина яратиш мумкин. Бу хавфли вируслар ва бактериялар билан ишлаш заруратини бартараф қилади, оксилларни тозалаш учун мураккаб ва қимматли усул нинг кераги бўлмайди. ДНК вакциналари махсус сақлаш ва етказиб бериш шартларини талаб қилмайди, улар узоқ вақт давомида хона хароратида сақланиши мумкин.

Хозирги кунга келиб салмонеллез, сил, леишманиоз, безгак гепатит В ва С, грипп, лимфоцитар хориоменингит, кутуриш, инсон иммунитет танқислиги (ОИТС), Япония энцефалити ДНК вакциналари синовдан ўтмоқда. Ушбу инфекциялар инсоният учун ўта хавфлидир ва классик методлардан фойдаланган ҳолда уларга қарши вакциналар яратишга уринишлар муваффақиятсизликка учраган. ДНК вакциналари - саратон касаллигига қарши курашнинг энг истиқболли соҳаларидан биридир. Хужайра ичига рақ антигенларини кодловчи турли цитокинлар ва иммуномодуляторлар генларини киритиш мумкин. Бу генлар бир вақтнинг ўзида турли хил куроллар билан катта хужум уюштиришга ёрдам беради. Бироқ ДНК вакциналари, улар билан кўзғатилган иммунитет давомийлиги ва иммун тизими учун ноҳўя таъсиралари бор йўқлигини ўрганмоқ лозимдир.

Сўнги йилларда геномикани, биоинформатика ва протеомикаларнинг жадал ривожланиши «тесқари вакцинология» деб аталадиган вакциналарни яратишга бутунлай янгича ёндашишга олиб келди. Бу атама янги технологик услубнинг мохиятини аниқ ифодалайди. Агар илгари вакциналар яратилишида, олимлар бутун микроорганизмдан унинг таркибий қисмларга бўлиб ёндашган бўлсалар, бугунги кунда геномдан унинг махсулотига томон ёндашув таклиф етилади: Ушбу ёндашув нинг сабаби шуки, аксарият химоя антигенлари оксил молекулаларидан иборат. Касаллик тарқатувчисининг барча таркибий қисмлари ҳақида тўлиқ маълумотга эга бўлибгина қайси компонентлар вакциналар таркибига киритиш учун потенциал номзодлар қаторига мос келиши мумкинлигини ва қайсилари мос келмаслигини аниқлаш мумкин. Юқумли микроорганизмлар тўлиқ геномининг нуклеотид

кетма-кетлигини аниқлаш учун бир неча кун ёки бир неча хафта кифоя. Бундан ташқари, патоген ДНК клонлари "кутубхоналар" ини олиш бўйича дастлабки ишлар анчадан буён стандарт ферментлар тўпламидан фойдаланган холда бажарилмоқда. ДНК молекулаларида нуклеотид кетма-кетликни аниқлаш учун замонавий асбоблар йилига 14 млн реакцияни бажара олади. Геномнинг тўлиқ ўрганилиши ва унинг кодланган оқсиллар рўйхати билан биргаликда тавсифлаш бир неча ойни талаб қилади.

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

Бугунги кунда дифтерия (бўғма), кўк йўтал, қоқшол, қизамиқ, қизилча, полиомиелит, сил, эпидемик паротит (тепки), вирусли гепатит "В", гемофил инфекцияси (ХИБ), ротавирус ва пневмококкли инфекцияларга қарши профилактик эмлашлар миллий эмлаш тақвимига киритилган бўлиб, шунга асосан янги туғилган чақалоқлар ва 16 ёшгача бўлган болалар оммавий эмлаш билан қамраб олинади. Иммунопрофилактиканинг асосий мақсади махсус эмлаш воситалари билан бошқарилувчи инфекцияларнинг йўқотилиши, юқумли касалликларни ва ўлим ҳолатларини камайтиришдир.

2002 йилда Ўзбекистон Республикаси полиомиелит қўзғатувчи вируслардан холи этилганлиги тўғрисида сертификат олди. Бундан ташқари, дифтерия касаллигининг олдини олиш, 2018-2020 йилларда қизамиқ ва қизилчанинг элиминациясига (йўқотилиши) эришиш, вирусли гепатит “В” касаллиги, ХИБ (гемофил инфекция), ротавирус ва пневмококк инфекциясини камайтириш ҳамда ўлим ҳолатларининг олдини олиш, сил касаллигининг тарқоқ шаклини тугатиш ҳамда одам папилома вируси чақирадиган касалликнинг олдини олиш бўйича мамлакатимизда давлат миқёсида катта ишлар олиб борилмоқда. Эмлашларни амалга ошириш механизми қандай ташкил этилган? Аввало, чақалоқ туғилгандаёқ туғруқхонада дастлабки эмлаш ўтказилади ва профилактик эмлашларнинг муддати, ўтказилиши тўғрисида “Иммунизация паспорти” ёки 063/х (профилактик эмлаш картаси) берилади. Ушбу ҳужжатда ўтказиладиган эмлашлар муддати қайд этилади ва у оилавий поликликага юборилади. Вилоятда барча даволаш-профилактика муассасаларида эмланган болаларни қайд этиш мақсадида 063/х ва 112/х, мактабларда эса 026/х тиббий ҳужжатлар тўлиқ ташкил этилган. Вакцинани сақлаш ва ташиш вақтида “совуқлик занжири”га (температура режимига яъни +2С дан +8С гача шароитда) сақланишига риоя қилиш – вакцинанинг самарадорлиги ва эмлаш хавфсизлигини кафолатлашда энг муҳим вазифалардан бири ҳисобланади. Даволаш-профилактика муассасаларнинг барча врач ва ҳамширалари профилактик эмлаш тақвимини, эмлашга бўлган монеликлар, “совуқлик занжири” қоидаларига риоя қилишлари, эмлашдан кейинги асоратлар тўғрисида ва биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш ҳақида билишлари шарт. Профилактик эмлаш тақвимига биноан эмлашларда хорижда ишлаб чиқарилган ва рўйхатдан ўтган, Ўзбекистон Республикасида ишлатишга рухсат этилган, сертификациясига эга бўлган вакциналар қўлланади. Шу ўринда давлатимиз бепул эмлашларни таъмин этаётганидан халқимиз тўлиқ хабардор бўлиши керак. **Бугунги кунда** дифтерия, қоқшол, кўк йўтал, вирусли гепатитнинг “В” турига ва ХИБ инфекцияларига қарши 1 ёшгача бўлган болаларнинг ўртача эмланиши **99,6** фоизни ташкил этади.

Шол касаллигига қарши эмланиш **99,6** фоизини ташкил этмоқда. Республикамизда сил касаллигига қарши эмланиш ўртача **99,8** фоизни, вирусли гепатитнинг “В” турига қарши чақалоқларнинг эмланиши **99,8** фоизни ташкил этади. 2 ёшгача булган болаларнинг дифтерия, қоқшол, кўк йўтал, шол касаллигига қарши эмланиши **99,2** фоизни ташкил этади. Ротавирусга қарши эмланиш **99,6%**ни, қизамиққа қарши 2 ёшгача болаларнинг эмланиши **99,4%**ни ташкил этади. Қизамиққа қарши 6 ёшгача болаларнинг эмланиши **99,9 %**ни ташкил этади. Ота-оналар вакцинацияни касалликни олдини олишда муҳимлигини билишлари керак. Шифокорлар вакцинопрофилактиканинг механизмлари ва уларни аҳоли соғлигини сақлашдаги ўрни туғрисидаги аниқ маълумотларга эга бўлиши лозим. Давлат томонидан тўланадиган вакцинопрофилактика дастурлари вакциналар нарҳини туширишга ҳамда аҳолини барча катламларига етиб келишини таъминлашга қаратилган бўлиши керак. Вакцинопрофилактика тизими яхши йулга қўйилган бўлиши лозим.

3.3. Соғлом ва бемор болаларни диспансер гуруҳларга ажратиш

Саломатлик индекси барча текширилган болалар орасида бир йил умуман касал булмаган болаларнинг нисбий сонидир. Саломатлик индекси биринчи синф болаларида саккизинчи синф болаларига нисбатан 2 баробар кичик. Болаларнинг соғлиқ қолати улар ўсган сари мустахкамланади. Тез ва узок касал булувчиларнинг сони мактаб болаларнинг ёши ошган сайин 2, 5 баробар камаяди. Юқори синфларда қуйи синфларга нисбатан тез —тез касал бўладиган (йилида 4 мартадан ортиқ) болаларнинг сони ҳам камаяди.

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

Поликлиника - юқори ривожланган, махсус даволовчи - профилактик муассаса булиб келган беморларга ва уй шароитида тиббий ёрдам курсатиш

ва касаллик асоратларини даволаш ва олдини олишга қаратилган чора - тадбирлар йигиндисига айтилади.

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

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

- профилактик иш шунингдек, эпидемияга қарши чора - тадбирлар
 - оромгоҳ, реабилитация элементларини уз ичига олувчи тиббий иш
 - соғломлаштириш чора-тадбирларни ўз ичига олувчи санитар - ободонлаштириш иши
 - коммуникатив функцияли беморлар қариндошлари билан ишлаш
 - хужжатлар билан ишлаш
 - квалификацияни ошириш
 - она ва бола соғлигини сақлаш
 - соғломлаштиришга қаратилган чора – тадбирлар комплексини ташкиллаштириш ва утказиш
 - болаларда она сути ва рационал овқатланишини ташкиллаштириш
 - туғма аномалиялар ва ирсий касалликлар сонини камайтириш
 - ўсмирларни тиббий ва профилактик кўрувини ташкиллаштириш
- Онага-бола бурчаги яъни хонасини, болалар кийими ва бола парваришини тўғри тайёрлашни ўргатишга мақсад қўяди. Оилавий анамнез ва онада патология аниқланишини баҳолаш жуда муҳим. Оиладаги аҳолига баҳо берилади. Унинг мақсади боланинг соғлиғига бўлган хавф - хатарни тахминий аниқлаш унинг кузатиш фаоллигини аниқлашдир, руйхатга олиш, диспансер кўрик ва комплекс даволаш, атроф муҳитни соғломлаштириш чора-

тадбирлари, касалликларнинг олдини олиш, реабилитациялаш йўлида аҳолини маълум бир коитингентининг соғлигини динамик текшириш актив усули хисобланади¹. Диспансеризация соғлом ва бемор болаларни даврий кўрик ва динамик текширувини куриб чиқади.

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

Бола 1 ойлик бўлгандан сунг ойига 1 марта поликлиника шароитида кўрилади. Бунинг учун ҳар бир поликлиникада соғлом бола кўриги куни тайинланади ва кўриқда масалалар ҳал қилинади.

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

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

Асосий тиббий хужжат диспансер назорат килиш учун бу - касал ривожланиши тарихи - №112 шаклдир. Ундан ташкари хар бир диспансер назоратида ва хисобот турган болага соғломлаштириш тадбирларини режалаштириш назорат карта - яъни №30/у шакл тутилади. Болани хар бир ташрифи иккала хужжатда белгиланади. Бола текширувида сўнгги яқин ойларга профилактик ва даволаш ишлари режалаштирилади.

Болани даволаш ва профилактик ишлари УАШ ва тор мутахассислар билан бевосита биргаликда олиб борилади. Мактаб ўқувчилари ва боғча болаларини диспансер назоратини ўзининг шифокори олиб боради. Поликлиника маъмурияти болалар диспансер назорати сифатига баҳо беради, яъни хужжатлар олиб бориш, касалликларни ўз вақтида аниқлаш, фаол ва систематик назорат, сурункали касалликларни ўз вақтида даволаш, ўткир ва зурайган даврларда даволаш, санатор -курорт даволанишини қўллаш. Энг асосийси олиб бориладиган ишларни умумий самарадорлигини баҳолашга ахамият берилишидир¹.

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

Болаларга кўрсатиладиган тиббий ёрдамнинг асосий тамойиллари:

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

Саломатлик гурухлари.

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

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

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

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

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

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

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

Тиббиёт фанидаги тадқиқотлардан маълум бўлишича, агар одамнинг соғлиги 100% деб олинса, унинг 50% ҳар қайси одамнинг турмуш тарзига, 20% насл хусусиятларига боғлиқ. Табиий омилларга — табиий муҳит, иқлимнинг ўзгариши ва бошқалар киради. Атроф —муҳитимизнинг табиий ҳолати илмий техника революцияси, шаҳарлар кўпайиши, қишлоқ-хўжаликни кимёлаштирилиши сабабли экологик мувозанатининг бузилишига олиб келди. Бу дисбаланс ижтимоий саломатлигига сезиларли даражада таъсир қилади. Бугунги кунда ҳам табиий, ҳам техноген омиллар таъсирида одамларнинг ривожланиши ва касалликларнинг кўринишлари ҳам ўзгариб кетди. Бугунги кунда юқумли касалликлар эмас, турли нейроэндокрин

касалликларнинг сони ошиб бормоқда. Ривожланувчи оилавий ёрдам тиббий ёрдамга оилавий ёндашув оила аъзолари ва шифокор орасида ишончли муносабат туғилишига ёрдам беради, шифокорга оилавий анамнезни ўрганиб чиқиш кўпчилик касалликлар давоси ва профилактикасига индивидуал ёндашишига ёрдам беради. Педиатрия, акушерлик ва гинекология, терапия ва геронтология аспекти саволларига жавоб бера олиш, оилавий шифокор ишидаги кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини белгилаб беради. Ёш аҳоли диспансеризацияси ўз ичига қуйидагиларни олади. Умумий ёш - физиологик белгилар бўйича бирлаштирилган соғлом болалар гуруҳини даврий профилактик кўруви ва маълум бир касалликка чалинган беморларни систематик фаол динамик кўруви, шунингдек шу касалликларга қаратилган вақти ва комплекс равишда керакли даволовчи чора тадбирлари ўтказишдан иборат. УАШ функционал мажбуриятларига киради:

- профилактик иш шунингдек, эпидемияга қарши чора - тадбирлар
 - оромгоҳ, реабилитация элементларини ўз ичига олувчи тиббий иш
 - соғломлаштириш чора - тадбирларни ўз ичига олувчи санитар - ободонлаштириш иши
 - коммуникатив функцияли беморлар қариндошлари билан ишлаш
 - хужжатлар билан ишлаш
 - квалификацияни ошириш
 - она ва бола соғлиғини сақлаш
 - ўсиб боровчи соғломлаштиришга қаратилган чора - тадбирлари комплексини ташкиллаштириш ва ўтказиш
 - болаларда она сути ва рационал овқатланишини ташкиллаштириш
 - туғма аномалиялар ва ирсий касалликлар сонини камайтириш
- ўсмирларни тиббий ва профилактик кўрувни ташкиллаштиришдан иборат. Маълум бир ҳудуддаги профилактик чора тадбирларнинг барча комплексини педиатр билан биргалликда участка хамшираси, СБХ хамшираси, эмлаш хонаси хамшираси олиб боради. Соғлом болалар диспансеризациясида мутахассис шифокорлар ва лаборантлар иштирок этади. Чақалоқлик даври якунлангандан

кейин ташкиллаштирилмаган болалар дисрансер кузатувини УАШ профилактик қабуллар вақтида амалга оширади. Оналар томонидан болалар поликлиникасига қуйидаги берилган вақтларда ташриф буюриш тавсия этилган:- бола ҳаётининг биринчи йилида –соғлом болалар ҳар ой, хавф гуруҳида бўлган болалар кузатуви эса кўпроқ бўлиши керак;

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

Профилактик кўрик вақтида УАШнинг асосий вазифаси.

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

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

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

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

Кўрик вақтида боланинг тери ва шиллиқ қаватлари рангига, физиологик ажралмаларига эътибор берилади. Шунингдек боланинг нерв-психик ривожланишига ва ўзини тутишига алоҳида аҳамият берилади. Тиббиёт хамшираси болани парваришлаш, овқатлантириш бўйича маслаҳатлар беради. Онани уқалаш элементлари, гимнастика, чиниқтириш кўникмаларига ўргатади, ҳамда бола ривожланиш тарихида белгилаб қўйади ва она-болани педиатр кўригига таклиф

килади. Хар бир кўрик вақтида педиатр анамнезни қайта тасдиқлаши, бола бошидан ўтказган касалликлар ҳақида маълумотларни, овқатлантириш хусусиятлари ўзгаришларини, социал шароитида ўзгаришларни анализ қилиши, шикоятларни аниқлаши лозим. Қабул вақтида боланинг антропометрик текшируви ўтказилади (тана вазни, бўйи, бош ва кўкрак айланаси). Жисмоний ривожланиш даражаси центил жадвали бўйича баҳоланади. УАШ тиббиёт хамширасининг патронаж маълумотларига асосланиб ҳамда боланинг ота-онаси билан боланинг нерв-психик ривожланиши ҳақида сўзлашувдан кейин нерв психик ривожланиш гуруҳини белгилайди. Бунда бола ўзини тутиши алоҳида обектив баҳоланади. Обьектив текширув амалга оширилгандан кейин шифокор болага қуйидаги ташхислардан бирини қўяди: «соғлом», «қандайдир патология хавфи мавжуд» (хавф гуруҳи) ёки «касал» (диагноз), ҳамда соғломлилик гуруҳи ёки хавф гуруҳини кўрсатади. Қабул вақтида онага боланинг умумий тартиб режими, рационал овқатлантириш, чиниқтириш муолажалари, болани тарбиялаш ҳақида тавсиялар берилади. Бундан ташқари болага профилактика мақсадида витамин Д, темир препаратлари ва бошқалар буюрилиши мумкин. Профилактик эмлаш масаласи кўриб чиқилади, агар қарши кўрсатмалар бўлса – тиббий қарши кўрсатма маълумотномаси ёзилади. Бола ота- онаси билан санитар оқартув ишлари олиб борилади. Барча маълумотлар бола ривожланиши тарихига унифицирланган ёзув ҳолатида киритиб қуйилади. Организациялашмаган 0-1, 1-7 ёшгача бўлган болалар профилактик кўриги таркиби ва ривожланиш тарихидаги ёзувлар аввалгидек қолади. Хавф гуруҳига киритиш учун асосан қуйидагиларга эътибор берилади:

-ўткир касалликлар билан касалланиш сони, давомийлиги, оғирлигига (резистентликни баҳолаш мақсадида);

- бола организми функционал ҳолати ва ўзини тутиши баҳоланади;

- МТМ гарсихологик тайёргарлик ва мослашиш прогнозига;

- профилактик эмлашларнинг ўтказилишига.

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

- боланинг режими;

- овқатланишида ўзгаришлар;
- чиниқтириш методлари;
- жисмоний тарбиялаш;
- нерв-психик ривожланишга (хусусан, гапириш кўникмаларини ривожланишига).

Белгиланган тавсиялар уйда бажарилишини патронаж хамшираси текшириб боради.

Лаборатор ва инструментал текширувлар.

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

Фойдаланилган адабиётлар

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

4-мавзу: Болаларда сепсис касаллиги. 2-соат.

1. Болаларда сепсис касаллигининг ҳозирги кундаги кечиши.
2. Сепсиснинг клиник-лаборатор тавсифлари
3. Сепсис диагностикаси ва уни даволаш бўйича протоколлар. Сепсиснинг профилактикаси.

Таянч иборалар- септицемия, септикопиемия, ИЛ-1, -2, -6, -8, -15, ЎНО, С3, С5

4.1. Болаларда сепсис касаллигининг hozirgi kundaги кечиши.

Сепсис – қадимги замонлардан бери маълум бўлган касаллик, Гиппократ, Гален, Ибн Синва бошқаларнинг асарларида тасвирланган бўлиб, юнон тилидан таржима қилинганда, сепсис «қоннинг чириши» деган маънони англатади.

Ҳозирги вақтда сепсис бактериал табиатли юқумли-яллиғланиш касаллиги сифатида қаралмоқда, шартли-патоген, патоген микрофлора ёки кўзгатувчиларнинг ассоциацияси сабабли келиб чиқади, ациклик кечиши, бирламчи йирингли-яллиғланишли ўчоқ ва/ёки бактеремия, организмнинг пасайган ёки ўзгарган иммунологик реактивлиги шароитида жараённинг генерализацияси, тизимли яллиғланиш жавоб синдроми (SIRS), ДТИ-синдроми ва кўп аъзоли етишмовчилик ривожланиши билан тавсифланади.

Сепсис айнан неонатал даврда юзага келишининг максимал тезлиги туфайли неонатологлар учун жуда мураккаб муаммо ҳисобланади. Янги туғилган чақалоқлар орасида сепсиснинг учраш тезлиги 0,5-0,8% ни ташкил қилади, аммо у етилиб туғилган ва чала туғилган чақалоқлар орасида бир хил эмас. Масалан, вақтида етилиб туғилган чақалоқлар 0,1% ҳолатда сепсисдан азият чекишади, чала туғилганлар орасида сепсис учраш тезлиги 10 марта тез, кўпинча 1% гача, тана вазни 500-1000 г бўлган жуда ҳам чуқур чала туғилганлар орасида ушбу птаология учраш тезлиги 30-33% га ортади.

Янги туғилган чақалоқларнинг сепсис сабабли ўлим даражаси ўртача 15% дан 40% га етиб боради, қорин ичи сепсис ҳолатида 60-80% гача кўтарилади.

Этиологияси. Сепсиснинг этиологик структураси доимо ўзгариб туради. Ҳаётнинг биринчи 4 кунда (эрта) бошланадиган сепсисда 40% ҳолларда Б, Е гуруҳи стрептококклари, энтерококklar (Д стрептококklar), 4-15% ҳолатларда анаэроблар, коагулаза-манфий стафилококklar, шунингдек клебсиеллалар, ичак таёқчалари, яъни онанинг туғруқ йўлларида колонизация қилган бактериал флора кўзгатувчи бўлади. Кеч сепсис учун

(хаётнинг 4-5-кунида ёки ундан кўп) манфий флора (клебсиелла, кўк йирингли таёкча, сerratия, энтеробактер, эшерихий) характерли, аммо сўнгги йилларда этиологик омил сифатида стафилококклар (олтин, эпидермал, варнери)нинг роли яна ошди. Беморларнинг 50% да кўшилиб келган (микст) флора, масалан, стафилококклар ва грамманфий бактериялар топилади.

Бугунги кунга келиб, X қайта кўриб чиқилган КХТга биноан, кандида сепсиси (микоз) ажратилмаган, у иккиламчи ҳисобланади ва уни мустақил нозологик шакл сифатида қараб, “генерализацияланган кандидозли инфекция” атамаси қўлланилади.

Этиологик омилни аниқлаш мажбурийдир, сабаби касаллик этиологияси хасталикнинг клиник манзарасини белгилаб беради, дори терапиясини танлашда ва касаллик оқибатида муҳим.

Инфицирланишнинг асосий манбалари қуйидагилардир: кўпинча ҳомилани анте– ва интранатал инфицирлайдиган она; туғруқхоналар ва бошқа тиббий муассасаларнинг тиббий ходимлари; атроф муҳит.

Ҳомила инфицирланишининг асосий йўллари: кўтарилувчи, контакт (интранатал), йўлдош орқали (гематоген), тушувчи (қорин бўшлиғи, бачадон найлари).

Постнатал даврда боланинг инфицирланиши гематоген, лимфоген, контакт, тушувчи ва кўтарилувчи йўллар билан рўй беради.

Сепсиснинг ривожланишига олиб келувчи омилларни 2 та гуруҳга ажратиш мумкин.

– ҳомила ва янги туғилган чақалоқнинг иммун тизимига депрессив таъсир кўрсатадиган;

– унинг инфицирланишига олиб келувчи.

Уларнинг таъсир ваътига кўра антенатал, интранатал ва постанатал омиллар фарқланади.

Ҳомила ва янги туғилган чақалоқнинг иммунитетини шаклланишига депрессив таъсир кўрсатадиган перинатал омиллар:

– она томонидан: гестозлар, генитал ва экстрагенитал патология, ҳомиладорликнинг узилиш хавфи, ҳомиладор аёлларнинг овқатланишидаги камчиликлар, эндокрин патология;

– бола томонидан: чала туғилганлик, етилмаганлик, совуқ стресси, ҚИРС ва туғма гипотрофия, туғруқ травмаси, НБС, ЎРВИ, ҳомиланинг қорин ичи гипоксияси ва туғилишда асфиксия, эрта неонатал даврда мослашув жараёнларининг бузилиши.

Ҳомиланинг ва янги туғилган чақалоқнинг инфицирланишини келтириб чиқарадиган анте-, интранатал омиллар: ҳомиладорлик ва туғиш пайтидаги урогенитал инфекциялар, ҳомила атрофи сувларининг эрта чиқиши, узок вақтли сувсизланиш даври (6 соатдан ортиқ), 24 соатдан кўпроқ давом этган туғруқ, чўзилган туғруқлар, туғруқдаги иситмалаш, ҳомиладорлик даврида сурункали инфекция ўчоқлари ва уларнинг кўзиши, туғруқдан кейинги даврда онада юқумли ва яллиғланиш жараёнлар.

Даволаш-диагностик муолажалар: интубация, ТБД лаваж (инстиляция), ЎСВ, марказий ва периферик веналарни, сийдик пуфагини катетерлаш ва бошқалар.

Янги туғилган чақалоқларда турли хил инфекцион ўчоқларнинг мавжудлиги: омфалит, ўткир респираторли вирусли инфекциялар, зотилжам, йирингли-яллиғланишли тери касалликлари, айниқса ҳаётнинг дастлабки 7 кунда, дисбиоз.

Иммунологик бузилишларни чуқурлаштирадиган ятроген омиллар: гормонал терапия, ҳомиладор аёллар ва янги туғилган чақалоқларнинг нораціонал антибактериал терапияси, етарли миқдорда калория билан таъминланмаганлик, гипоксия, метаболик бузилишларни тузатишга қаратилган терапевтик тадбирларнинг самарасизлиги.

Сепсис пайдо бўлиши 3 та омилга боғлиқ:

– макроорганизмнинг реактивлик ҳолатига, яъни унинг носпецифик (табiiй тўсиқлар тери ва шиллиқ пардалар, лимфа тугунлари, нейтрофиллар,

комплемент, интерферон, пропердин, лизоцим) ва специфик иммунологик реактивлик;

– кўзгатувчининг массив инвазияси ва вирулентлиги;

– атроф муҳит хусусиятлари.

Аммо касалликнинг пайдо бўлишида макроорганизмнинг реактивлиги ҳал қилувчи аҳамиятга эга, айниқса унинг носпецифик ҳимоя омиллари.

Бугунги кунга келиб патогенезнинг замонавий схемаси қуйидагича.

Септик инфекциянинг пайдо бўлиши учун кўзгатувчининг кириш дарвозалари (киндик соҳаси, тери, шиллик қаватлар, ўпкалар, ичак ва бошқ.) орқали организмга тушиши керак.

Инфекция кириш жойида маҳаллий яллиғланиш ўчоғи пайдо бўлади, у нафақат яллиғланиш билан, балки тўқималардаги деструктив-некротик жараёнлар билан тасифланади. Бу қон томирларнинг охириги типда жойлашиши ва яллиғланиш реакциясининг томир компоненти етарлича ривожланмаганлиги сабабли юзага келадиган анатомик-физиологик хусусиятларга боғлиқ-ки, натижада қон айланиши секинлашиши ва микроорганизмларнинг ўтириши (чўкиши) ва алтернатив-дегенератив характердаги яллиғланиш ривожланиши содир бўлади.

Яллиғланиш реакцияси томир компоненти етилмаганлиги, тўсик тизимларининг ўтказувчанлиги ошиши, кўзгатувчининг массив инвазияси вазиятида МНТ бошқарувининг такомиллашмаганлиги тез ривожланадиган бактериемияга олиб келади, титри 1 мл қонда 10^3 - 10^5 (бунда макроорганизмнинг микробли юкламага қарши туриш имконияти сақланган).

Бактериялар томонидан экзо– ва эндотоксинларнинг чиқарилиши, шунингдек модулинларнинг (кўзгатувчининг ҳужайра тузилмалари бўлаклари) таъсири янги туғилган чақалоқ организмнинг сенсibiliзацияси ва иммунологик қайта қурилишига олиб келади. Нейтрофиллар, макрофаглар/моноцитлар, комплемент, кинин, гемостаз тизимлари, томир ўзани эндотелийси ҳужайралари фаоллашиши содир бўлади ва яллиғланиш олди омиллари: ИЛ-1, -2, -6, -8, -15, ЎНО, С3, С5 комплемент каскади оқсиллари, тромбоксан ва

простоциклин, брадикинин, серотонин, гистамин, эндорфинлар, лейкотриенлар, γ -интерферон, простагландинлар, кислород радикаллари, азот оксиди ҳосил бўлиши юзага келади, бу бир вақтнинг ўзида яллиғланишга қарши омиллар: ИЛ-4, -10, -13, Е2 простогландини чиқарилишига олиб келади.

Бемор боланинг организмига микроорганизмнинг антиген структуралари тушиши яллиғланишга қарши омиллар фаоллиги устидан яллиғланиш олди омилларнинг устун келишига сабабчи бўлади, бу организмнинг тизимли яллиғланиш реакцияси (SIRS-синдроми – ТЯЖС) билан намоён бўладиган патологик жараёни бошлаб беради. Қонда кўп миқдордаги яллиғланишга қарши омиллар (цитокинлар)нинг узок вақт айланиб юришига жавобан оксиллар, липидлар, углеводлар катаболизми маҳсулотлари фаоллашиши билан яллиғланишга қарши омиллар концентрацияси ошади. Уларнинг ҳаддан ташқари кўпайиши моноцитларнинг эндотоксин толерантлик феноменига, ИЛ-1, -2, -6 ва ЎНО рецепторларининг қайта фаоллашишига олиб келади, бунинг натижасида улар бактериял стимулларга жавоб бериш қобилиятини йўқотади, бу эса организмнинг иммунитетини фалажигга олиб келади.

Иммунологик силжишлар септицемия ривожланиши билан инфекциянинг ўз-ўзидан қайтмас генерализациясига олиб келади, септицемия кейинги шаклга – септикопиемияга ўтиши мумкин.

Яллиғланиш олди цитокинларининг ҳаддан ташқари кўплиги («цитокинли бўрон») кардиоваскуляр етишмовчмилик, септик шок, коллапсга, бошқа аъзолар ва тизимларнинг структураси ва функциясининг жиддий ўзгаришларига, лактатацидозга, кўп аъзо етишмовчилиги ва ДТИ-синдроми ривожланиши билан апоптоз кучайишига олиб келади.

Сепсисли бемор аҳволининг оғирлиги эндоген интоксикация даражаси билан боғлиқ. Ҳ қайта кўриб чиқилган КХТ га кўра қуйидагилар мавжуд:

П36. Янги туғилган чақалоқнинг бактериял сепсиси: эрта – ҳаётнинг дастлабки 72 соатида; кеч – ҳаётнинг дастлабки 72 соатидан кейин.

Киритилган: туғма септицемия.

Афсуски, бугунги кунга келиб бутун жаҳондаги педиатрия ва неонатологияда сепсиснинг ягона ва умумқабул қилинган таснифи йўқ.

Сепсисни таснифлашнинг замонавий варианты негизида «АҚШ пульмонологлари ва реаниматологлари жамиятининг келишувчи конференцияси» (1992) томонидан қабул қилинган тасниф туради, кейинчалик тасниф Россияда ҳам «Замонавий тиббиётда сепсис» мавзусидаги конференцияда қабул қилинган (2001).

Ушбу таснифда сепсиснинг қуйидаги таъриф ва тушунчалари тавсия этилган.

Тизимли яллиғланиш жавоб синдроми (ТЯЖС – SIRS).

Янги туғилган чақалоқ сепсиси.

Оғир сепсис (сепсис синдроми).

Септик шок (ўлим даражаси 80% гача).

Полиаъзо етишмовчилиги.

Сепсис ишчи таснифининг олдинги версияси СССР даврида бир гуруҳ муаллифлар томонидан тавсия қилинган. Ушбу тасниф ҳозирги кунда ҳам кенг қўлланилади. Иккиламчи сепсис бирламчи иммунитет танқислиги бўлган болаларда ташхис қилинади.

Сепсиснинг ишчи таснифи.

Мезонлар	Белгилар
Бошланиш вақти	Қорин ичи (туғма), ҳаётнинг биринчи 72-96 соатларида – 3-10% Неонатал (постнатал), ҳаётнинг 4-5-кунлари (ҳаётнинг 2-3 ҳафталари)
Этиологияси	Граммусбат флора (олтин ранг стафилококк, эпидемрал, коагулаза-манфий стрептококк). Грамманфий флора Анаэроб флора Аралаш шакли
Кириш дарвозалари (бирламчи ўчоқ)	Киндик Йўлдош Тери ва шиллик пардалар Ичак Киндик яраси ва қон томирлар Ўпкалар Криптогенли (38-40%)
Клиник шакли	Септицемия

	Септикопиемия
Давр	Бошланғич (ўткир) Авж олиш Тикланиш Соғайиш (реконвалесценция)
Кечиши	Чақмоқсимон (1-3 (7) кун) Ўткир (4-6 ҳафта) Ўткир ости (6-8 ҳафта) Чўзилган (2 ойдан ортиқ)
Асоратлари	ДТИ-синдром Остеомиелит Ярали-некротик энтероколит Дистрофия Йирингли менингит Септик шок Миокардит Деструктив зотилжам Буйрак усти безлари етишмовчилиги

Хомила ичи сепсиси анте– ва интранатал инфицирланиш натижасида ривожланади, ва бу вазиятда брламчи ўчоқ бола организмдан ташқарида, яъни йўлдошда (плацентит, хорионамниотит, эндометрит) ёки она организмда (колпит, аднексит ва экстрагенитал инфекция – сурункали пиелонефрит, тонзиллит ёки бошқа юқумли патология) ўрин олади. Қўзғатувчининг ҳомилага кириши кўтарилиувчи (инфекцияланган ҳомила атрофи сувлари), гематоген (йўлдош орқали), тушувчи (бачадон найларидан, корин парда бўшлиғидан) ёки контакт (интранатал) йўллар билан содир бўлади.

Янги туғилган чақалоқларда хомила ичи сепсиси ҳаётининг дастлабки 3 кунда кўпроқ ривожланади. У, одатда, септицемия шаклида кечади, асосан, чала туғилган чақалоқларда ва вақтида туғилган лекин заифлашган чақалоқларда, ҚИРСли, етилмаган чақалоқларда учрайди.

Чақмоқ тезлигида (ўлим 80% гача) ёки ўткир кечиши билан тавсифланади. Клиник жиҳатдан жуда оғир ҳолат, септик шок белгилари билан келган ифодаланган интоксикация, МНТнинг кучайиб борувчи сустлашиши, нафас бузилишлари (РДС, апноэ, цианоз), тана ҳароратининг беқарорлиги,

диспептик бузилишлар, кучайиб борувчи сариқлик, гепатоспленомегалия, геморрагик ва шиш синдромлари билан намоён бўлади.

Постнатал сепсис турли-туман клиник кўринишлари билан тавсифланади.

Септицемик ва септикопиемик шакллари фарқланади.

Септицемик шакли чала туғилган чақалоқларга хос, чунки улар организмнинг иммунологик реактивлиги пастлиги сабабли инфекция ўчоғини чегаралай олишмайди. Ушбу шаклда касаллик бошланиши секин-аста, яширин давр 4-5 кундан бир нечта ҳафтагача давом этади ва боланинг организмда бирламчи бирламчи йирингли ўчоқ мавжудлиги, аниқ лаборатория ўзгаришларсиз интоксикация симптомлари билан хусусиятланади. Касалликнинг авж олиш даврида токсикоз кучаяди, кзп аъзолар шикастланиши аниқланади, лаборатор кўрсаткичлар ўзгаради.

Септикопиемия, одатда ифодаланган токсикоз, гиперлейкоцитоз билан ўткир кечади.

Сепсиснинг ушбу клиник шакли учун нафақат йирингли ўчоқнинг мавжудлиги, балки иккиламчи йирингли ўчоқнинг (экилган ўчоқлар) пайдо бўлиши ҳам характерлидир. Суяклар, мия қобқилари, ўпкалар ва ОИТ энг кўп зарарланади. Септикопиемия кўпинча вақтида етилиб туғилган чақалоқлар орасида кўпроқ учрайди.

Янги туғилган чақалоқларда постнатал сепсисда касаллик олди хабарчилари ва бошланишининг энг характерли клиник белгилари қуйидагилардир: ҳаракат, рефлектор ва сўриш фаоллигининг пасайиши, тортишишлар, ҳарорат бошқарилишининг бузилиши, сариқликнинг эрта пайдо бўлиши ва кучайиб бориши, тери қопламларининг рангпар-цианотик ёки тўпроқ-кулранг рангида бўлиши ва мармарлик кўринишидаги ифодаланган томирли расми, гепатоспленомегалия, периферик лимфа тугунларининг катталашиши, метеоризм, қусиш, қайт қилиш, киндикнинг кеч тушиши: вақтида туғилганларда ҳаётининг 5-кунидан сўнг, чала туғилганларда ҳаётининг 8-кунидан кейин, тана вазнининг керагидан ортиқ йўқотилиши ва вазн

кейинчалик қўшилишнинг йўқлиги, омфалит, флебит, углевод алмашинуви бузилиши.

Касаллик авж олиш вақтида қуйидаги патологик синдромлар хос:

- энцефалопатик – бўшашганлик, гипотония, гипорефлексия, ҳарорат бошқарилишининг, эмиш бузилишлари, тортишишлар;
- респиратор – рентгенограммада ўпкаларда ифодаланган ўзгаришлар бўлмаса ҳам ҳансираш, апноэ;
- кардиоваскуляр – аритмия, юрак тонларининг бўғиқлиги, юракнинг нисбий тўмтоқлиги чегараларининг кенгайиши, систолик шовқин пайдо бўлиши, жигар катталашуви, шиш, терининг «оқ доғ» симптоми, «мармарлиги»;
- диспептик – қусиш, қайт қилиш, метеоризм, ич келиши бузилиши;
- геморрагик ва камқонлик;
- сариклик – тўлқинсимон ва чўзилган сариклик;
- дистрофик – ясси вазнли эгрилик, тана вазнининг иккинчи марта пасайиши, терининг қуриши, қичишиши, тургорнинг пасайиши;
- чала туғилган чақалоқларда асосан энцефалопатик ва респиратор издан чиқишлар қайд қилинади.

Шуни эсда тутиш керакки, грам-манфий флорада сепсис кўринишлари унча билинмайдиган енгил хоссага эга бўлиши мумкин – тана ҳарорати меъёрда, клиник манзара кам, интоксикация белгилари устун келади.

Антибактериал ва иммунтитени корекцияловчи терапиясиз касаллик башорати салбий.

Соғайган болаларда тез-тез ўРВИ, бронх-ўпка касалликлари, камқонлик, МНТ томонидан ўзгаришлар, жисмоний ривожланишдан орқада қолиш, гипотрофия, портал гипертензия қайд қилинади.

1.2. Сепсиснинг клиник-лаборатор тавсифлари.

Септик ҳолатларнинг клиник ва лаборатор тавсифини замонавий тасниф ҳисобга олинган ҳолда бериш керак.

Тизимли яллиғланиш жавоб синдроми (ТЯЖС – SIRS-синдром) сепсисдаги умумий синдромларнинг бири ҳисобланади ва қуйидагилар билан тавсифланади:

- ҳарорат бошқарилиши бузилиши (38,0°С дан юқори гипертермия ёки 36,0°С дан паст гипотермия);
- дақиқасига 60 дан ортиқ тахипноэ ёки дақиқасига 30 дан кам брадипноэ, узоқ давом этган апноэ хуружлари (5 с дан кўпроқ);
- дақиқасига 160 зарбдан ортиқ тахикардия ёки 110 зарб/дақиқали брадикардия;
- МНТ сустлашиши синдром ива/ёки талвасалар;
- етарли инфузион терапия шароитида олигурия;
- йирингли-яллиғланиш ўчоқ ва/ёки бактеремиянинг мавжудлиги;
- гемограммадаги ўзгаришлар: чапга силжиган таёқча-ўзакли ва ёш шакллар мавжуд, нейтрофилларнинг токсик донадорлиги билан лейкоцитоз/лейкопения, нейтрофилёз/нейтропения, эозинофилия/эозинопения; тромбоцитопения ёки тромбоцитоз, СИ (силжиш индекси – 0,2 дан кўп) ва ИЛИ (интоксикациянинг лейкоцитар индекси – 2,0 дан ортиқ) катталашиши.

ТЯЖС мавжудлигини тасдиқлаш учун 5 та гуруҳ белгиларига таяниш керак:

- 1-гуруҳ – ҳарорат бошқарилишининг бузилиши;
- 2-гуруҳ – гемограммадаги ўзгаришлар;
- 3-гуруҳ – ДТИ-синдром белгилари;
- 4-гуруҳ – метаболик бузилишлар;
- 5-гуруҳ – ўткир босқич оқсилларнинг мавжудлиги.

3-гуруҳда ёки турли гуруҳларда биттадан кам бўлмаган мусбат тест ва бошқа гуруҳлардан битта мусбат тест мавжудлиги

Янги туғилган чақалоқларнинг сепсиси қуйидагилар билан тавсифланади:

- хавф омилларининг мавжудлиги;
- клиник (физикал) кўринишлар;
- ТЯЖС.

Оғир сепсис (сепсис синдром) «Янги туғилган чақалоқлар сепсиси» ташхисидан аъзолар ва тизимлар шикастланиши даражасининг ифодаланганлиги, улар функцияларининг бузилганлиги билан жиддий фарк қилади ва қуйидагилар билан тавсифланади:

- ТЯЖС;
- неонатал сепсиснинг клиник кўринишлари;
- қуйидаги объектив мезонлардан бири:
 - а) эс-ҳуш бузилиши;
 - б) зардоб лактат даражасининг ошиши (артериал қонда 1,6 мкмоль/л дан ортиқ, веноз қонда – 2,2 мкмоль/л дан ортиқ);
 - в) олигурия (2 соат давомида 1 мл/кг дан кам диурез).

Септик шок (ўлим 80% гача) қуйидагилар билан тавсифланади:

- ТЯЖС;
- чақалоқлар сепсисининг клиник кўринишлари;
- оғир сепсиснинг ҳар қандай мезони;
- гипотензия (АБ 35 мм сим.уст дан кам, ўртача АБ 30 мм сим.уст дан кам);
- МВБ пасайиши (4 см сув уст.дан кам);
- инфузион ва кардиотоник терапия (дофамин, добутамин, добутрекс) шароитида «оқ доғ» симптомининг мусбатлиги.

Септик шок 10-15% ҳолларда септицемиа ва септикопиемиа билан бир хил тезликда учрайди. Шок оғир гормонал дисфункция, гомеостазни бошқарувчи деярли барча механизмларнинг, шу жумладан организмнинг медиаторли жавоби тизими бузилиши билан бирга кечади. Жараённинг ижобий кечишида касалликнинг давомийлиги ўртача 8-10 ҳафтани ташкил этади.

Кўпгина ҳолларда септик шок грамм-манфий микрофлоранинг таъсири остида ривожланади, аммо унинг пайдо бўлишида В ва D гуруҳлари стрептококклари ҳам иштирок этиши мумкин.

Ушбу ҳолатнинг патогенези негизида бактериал эндо– ва экзотоксинлар, яллиғланиш омиллари ва тўқималар парчаланиши маҳсулотлари таъсири остида юзага келадиган умумий ва маҳаллий қон айланишининг бузилиши,

суяқликнинг қайта тақсимланиши, томир тонус ива қон айланиши пасайиши ётади, бу барча аъзо ва тизимларнинг функциялари жиддий бузилишига олиб келади.

Шокнинг клиник кўриниши ўз ичига бир нечта етакчи синдромларни олади:

- МНТ томонидан кузатиладиган бузилишлар – кўзғалиш, у хўш йўқолишигача бўладиган сушлашиш билан алмашинади, рефлекслар ва мушак тонуслари пасайиши, тортишиш ёки талвасаларга мойиллик мавжудлиги;
- периферик қон айланишининг бузилиши – тери қопламларининг «мармарлиги» ва цианози, «оқ доғ» мусбат симптоми, совуқ қўл-оёқлар;
- марказий гемодинамиканинг бузилиши – МВБ ва АБнинг пасайиши, брадикардия билан алмашинадиган тахикардия;
- буйракларга тааллуқли – буйрак филтрациясининг бузилиши, бу олигурия ва анурияга олиб келади;
- кичик қон айланиш доирасида қон айланишининг бузилиши билан бирга кечадиган нафас олиш етишмовчилиги, бу цианоз ва гипоксия ривожланишига олиб келадиган артерия-венос шунтларнинг очилишига сабаб бўлади;
- шокда периферик қонда камқонлик, гиперлейкоцитоз ёки лейкопения ошиб боради. ИАК ацидоздан далолат беради.

Шокнинг 4 та босқичини ажратиш қабул қилинган:

- 1-босқич – айланиб юривчи қон ҳажми жиддий гемодинамик бузилишларга олиб келмайди;
- 2-босқич (бошланғич декомпенсация) – айланиб юривчи қон ҳажмининг қайта тақсимланиши, қон айланишининг марказлашиши содир бўлади;
- 3-босқич (кеч декомпенсация) – АБнинг кескин пасайиши юзага келади, периферик қон айланиши ёмонлашади, қон айланиш етишмовчилиги кучаяди;
- 4-босқич (агонал) – юрак етишмовчилиги ва бош мия функциясининг сушлашиши ривожланади.

Кўп аъзолар етишмовчилиги (КАЕ) қуйидагилар билан тавсифланади:

- ТЯЖС;
- жараёнга 2-3 тадан кўпроқ тизимлар қўшилиши билан бирга камида иккита аъзонинг шикастланиши.

Бугунги кунга келиб бактериал сепсисга хос бўлган клиник ва лаборатор белгилар мавжуд эмас. Сепсиснинг диагностикаси қуйидаги мезонларнинг уйғунлиги билан аниқланади.

Она саломатлигининг анамнез маълумотлари, хомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги давр кечишининг хусусиятлари.

Клиник симптомлар:

- бирламчи йирингли ўчоқнинг мавжудлиги;
- интоксикация кўринишлари;
- токсикознинг оғирлик даражаси ифодаланганлигининг йирингли ўчоқ ҳажмига мос келмаслиги;
- иккиламчи йирингли ўчоқларнинг пайдо бўлиши;
- касаллик авжига чиққан пайтида адекват терапия шароитида бола аҳволида мусбат динамиканинг йўқлиги;
- касаллик кўзиш даврига хос бўлган синдромлар мавжудлиги билан токсикознинг клиник кўриниши ва кўп аъзолар етишмовчилиги (икки ёки ундан ортиқ аъзоларга зарар этказиш).

Лаборатория маълумотлари:

- бирламчи ўчоқдан, шунингдек қондан, нажаслардан, сийдикдан, орқа мия суюқлигидан флорани бактериологик текшириш. Бунда флорани идентификациялаш ва унинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш катта аҳамиятга эга;
- йўлдошни гистологик ва бактериологик текшириш;
- мутлақ рақамлардаги қоннинг умумий таҳлили (25-жадвал).

Жадвал 25. Сепсисга хос бўлган гематологик ўзгаришлар.

Кўрсаткичлар ($\times 10^9/\text{л}$)	Ҳаётнинг 1-куни	Ҳаётнинг 2-7- кунлари	Ҳаётнинг 7- кундан катта ёш
Лейкоцитоз	30 000	> 20000	>15000
Лейкопения	5000	3000	3000-6500 ва катта
Нейтрофилез	> 20 000 (15 000)	7500	1750 > 1000
Нейтропения	5000	2000	200
Эозинофилия	2000	1500 < 200	
Эозинопения	100	< 150 (100)	
Тромбоцитопения		450	
Тромбоцитоз			

Нейтрофилларнинг донатор токсиклиги пайдо бўлиши эндотоксикоз ҳақида гувоҳлик беради, ЭЧТ 10 мм/соат дан кўп.

Сепсисда қуйидаги гематологик кўрсаткичлар ҳисоблаб чиқилади.

– силжиш индекси (СИ): миелоцитлар+ёш нейтрофиллар+таёчасимон ўзакли нейтрофиллар, сегмент ўзакли нейтрофиллар. СИнинг меъерий кўрсаткичлари – 0,1-0,2 (0,2 дан кўп бўлса – патологик ҳолат).

Интоксикациянинг лейкоцитар индекси (ИЛИ):

– зардоб нейтрофиллар + миелоцитлар + ёш нейтрофиллар + таёқча ўзакли нейтрофиллар + сегмент ўзакли нейтрофиллар. Лимфоцитлар + моноцитлар + эозинофиллар + базофиллар. Меъерий қийматлар – 0,2 дан кам (0,2 дан кўп бўлса – патологик ҳолат).

Бундан ташқари, қуйидагилар амалга оширилади:

– сийдикнинг умумий таҳлили – протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия;

Қоннинг биокимёвий таҳлили:

– 50-45 г/л дан паст гипопротеинемия;

– диспротеинемия;

- СРО нинг 6 (10) мг/л дан ошиши;
- гипербилирубинемия;
- мочевианинг 7 мкмоль/л дан ошиши;
- креатининнинг 0,1 мкмоль/л дан ошиши;
- гипергликемия 6 мкмоль/л дан юқори, гипогликемия 2,2 мкмоль/л дан кам;
- гиперкалемия 7 мкмоль/л дан юқори;
- «ўрта молекулалар» (ўрта занжирли ёғ кислоталари, ўрта молекуляр пептидлар ва бошқалар)нинг 0,8 оптик бирликдан кўпайиши;
- ишқорий фосфатазининг кўпайиши (норма – 0,51,3 мкмоль/л);
- тимол синамасининг ошиши (норма – 0-4 бирлик);
- прокалцитониннинг 2 нг/л дан ошиши (калқонсимон без, жигар, эндотоксинлар ва яллиғланиш олди омиллар таъсири остида моноклеар лейкоцитлар томонидан ишлаб чиқарилади);
- иммунологик монитроинг: СН50, лизоцим, Т– ва В-лимфоцитлар, супрессия индекси (2 дан кам), IgG камайиши ва IgA ҳамда IgM, АИК ортиши;
- НСТ-тест пасайиши (норма – 5-8%), бу паст фагоцитар фаолликдан далолат беради.
- яллиғланишга қарши цитокинларнинг ошиши (жумладан, ИЛ-6 > 100 пг/мл, ЎНО > 70 пг/мл – касалликнинг бошланиши; ИЛ-8 > 70 пг/мл – касалликнинг кўзиш даври);
- ИЛ-1 <20 пг/мл га камайиши, ИЛ-6, ЎНО катталашиши – эрта сепсис учун хос;
- прокалцитониннинг 2 нг/мл ёки ундан ортиқ катталашиши, прокалцитонин концентрацияси 10 нг/мл дан катта – оғир сепсис ёки септик шок учун хос (норма – 0-5 нг/мл дан кам);
- КАҲ ўзгариши (лактатемия, ацидоз) ва электролит мувозанати ўзгариши;
- АПТВ (АЧТВ), ПТВ, МНО ўзгаришлари;
- УТТ ва рентгенограмма, ЭКГ;
- люмбал пункция.

Бугунги кунга келиб СРО, ИЛ-6, -8, ЎНО, прокалцитонин, преалбумин, гипергликемия кўпайиши ва тўсатдан ривожланган метаболлик ацидоз бактериал табиатга эга оғир генерализацияланган юқумли жараён мавжудлиги ҳақида фикр юритишга имкон беради.

Сепсиснинг дифференциал диагностикаси кўйидаги касалликлар билан ўтказилиши керак: қорин ичи инфекциялар, туғма зотилжам, МНТнинг туғруқ вақтидаги шикасти, энзимопатиялар, маҳаллий йирингли инфекциялар, энцефалопатиялар, дисбактериозлар.

4.3. Сепсис диагностикаси ва уни даволаш бўйича протоколлар.

Бемор болани парваришлаш учун энг мақбул шароитлар яратилади.

Рационал овқатлантиришга риоя қилиш лозим. Энг яхшиси – она сути, агар у бўлмаган тақдирда – бифидобактериялар билан бойитилган мослаштирилган аралашмалар («НАН-1», «Фрисолак», «Нутрилон», «Хумана-1» ачиган сутли «НАН») кўрсатилган. Чала туғилган чақалоқлар учун махсус мослаштирилган аралашмалар («Пре-НАН», «Фрисо-пре», «Пре-Хумана» ва бошқалар) қўлланилади. ОИТ томонидан патология бўлганда ва малабсорбция синдромида оқсил гидролизати ва ўрта занжирли учглицеридларни тутувчи аралашмалар («Альфаре», «Нутрилон-Пепти», «Нутрамиген» ва бошқалар)дан фойдаланиш тавсия этилади. Калориялик асосий ингредиентлар – оқсиллар, ёғлар, углеводларга нисбатан максимал эҳтиёж ҳисобга олинган ҳолда таъминланади.

Антибактериал терапия. Даволаш тадбирлари структурасида 1-ўринни эгаллайди ва кўзғатувчи билан курашишга қаратилган. Сепсисни даволашда асосан β-лактамларга тааллуқли антибиотиклар (ҳимояланган пенициллинлар, цефалоспоринлар, карбопенемлар), аминогликозидлар гуруҳидаги антибиотиклар, шунингдек гликопептидлар, фторхинолинлар, оксазолидинонлар, монобактамлар (қатъий ҳаёт кўрсатмаларига биноан) қўлланилади.

Антибиотикни танлаш флорага нисбатан сезувчанлик билан қатъий тасдиқланган қилиниши керак.

Препаратлар дозаси, карралиги ва киритиш йўллари жараённинг оғирлигига, касаллик шаклига, чақалоқнинг ёши аф етуклик даражасига боғлиқ.

Эрта неонатал сепсисда ярим синтетик пенициллинлар қўлланилиши мумкин, улар формуласига клавулонли кислота: амоксициллин/клавуланат (аугментин, амоксиклав, курам, флемоклав) 50-100 мг/кг/кун дозада қўшилиб, томир ичига, мушак орасига юборилади; ампициллин/сулбактам (уназин) – 100 мг/кг/кун дозада вена ичига, мушак орасига ҳар 12 соатда; пиперациллин/тазобактам (тазоцин) – кунига 2 марта 150-250 мг/кг/кун дозада. Пенициллин G – 25 000-50 000 ЕД/кг, ҳар 6-8 соатда юборилади, прокаин – ҳар 24 соатда. Ушбу ярим синтетик пенициллинлар р-лактамзага нисбатан резистент.

Энг кўп ҳолатларда ярим синтетик пенициллинлар аминогликозидлар билан бирга ишлатилади. Гентамицин, нетрамицин, тобромицин, сисомицин, бруламицин, нетилмицин, амикин – вена ичига, мушак орасига кунлик дозаси 3-8 мг/кг дан кунига 3 марта; амикацин – вена ичига, мушак орасига кунига 3 марта 15-20 (30) мг/кг/кун дозада. Ушбу дориларнинг ото– ва нефротоксик таъсирининг ифодаланганлиги сабабли аминогликозидлар билан даволаш давомийлиги 7 кундан ошмайди. Даволаш курсининг охирида аудиометрияни ўтказиш керак.

Сепсисни даволашда аминогликозидлар анъанавий тарзда цефалоспоринлар билан биргаликда қўлланилади.

Сепсиснинг анча кеч бошланишида, йирингли ўчоқнинг мавжудлигида ёки сепсис ривожланишида госпитал инфекциянинг аҳамиятига шубҳа қилинганда антиотикотерапияни цефалоспоринлар билан бошлаш мақсадга мувофиқдир. «Бошланғич» антибиотик сифатида 2-авлод цефалоспоринлар: цефуроксим (зинацеф), цефуроксим-аксетил (кетацеф, зиннат) 50-100 мг/кг кунлик дозада аминогликозидлар билан биргаликда вена ичига ҳар 8-12 соатда тайинланади.

Госпитал инфекция, сепсиснинг оғир кечишида ва/ёки гентамицин резистент энтеробактерияларда 3-авлодга мансуб цефалоспоринларни: цефалперозон

(цефобид), цефотаксим (клафоран), цефтриаксон (лонгоцеф, роцефин), цефперазон, цефтазидин вена ичига 50-100 мг/кг кунлик дозада 2-3 марта тайинланади. Захира препаратлари сифатида 4-авлод цефалоспоринлар – цефипин (махипим) ҳисобланади.

Сепсисни келтириб чиқарган резистент грам манфий флорада пептидли антибиотикларни – полимиксин В ва Е (колистин) 15-20 мг/кг/кун дозада парентерал йўл билан 3 маҳал киритиш жуда ҳам самарали.

Сепсисни даволашда макролид гуруҳидан танлаб олинадиган дорилар: эритромицин, спирамицин – кунлик 50 мг/кг дозада вена ичига юбориш учун, клиндамицин (бмноклар) – 10-20 мг/кг дозада ҳар 8-12 соатда.

Анаэроб флора аниқланганда метронидазол кенг қўлланилади, метроджил 5-8 (15) мг/кг дозада вена ичига 3 карра 5 кун давомида юборилади. Клиндамицин 15-20 мг/кг/кун дозада 3 марта вена ичига ёки линкоцин 30-60 мг/кг кунлик дозада вена ичига ҳар 8 соатда.

Йирингли-яллиғланиш касалликларини даволашда захира антибиотиклар сифатида қуйидагилар ҳисобланади: карбопенемлар – тиенам (циластатин) кунига 60 мг/кг дозада буюрилади, имипенем томчилаб вена ичига 2-3 марта 30-60 мг/кг дозада; гликопептидлер – ванкомицин (ванкоцин, ванколед, эдицин) – 20-30 (45) мг/кг/кун дозада ҳар 8-12 соатда; оксазолидинонлар (зивокс, пфайзер) ҳар 8 соатда вена ичига 10 мг/кг/кун дозада; монобактамлар – азтреонам – 60-100 мг/кг/кун дозда вена ичига, иушак орасига 2-3 марта.

Антибиотик терапияси бошланган пайтдан бошлаб микозни олдини олиш учун замбуруғга қарши дорилар буюрилади.

Кандидоз инфекцияси қўшилганда қўлланилади: флутотавин (анкотил) – кунига бир марта 100-200 мг/кг дан вена ичига ёки оғиз орқали (4-6 ҳафта давомида); дифлюкан 5-8,0 мг/кг вена ичига кунига 1 марта, кейин гарбат кўринишида 2 мл дан (1 мл – 5 мг препарат) кунига 1 марта, шунингдек 3-6 соатда 0,1 мг/кг/кун дозда биринчи куни вена ичига томчилаб, кейинчалик доза 0,5-1,0 мг/кг/кун гача оширилади, даволаш курси 2-3 ҳафта.

Дисбактериоз ривожланишининг олдини олиш учун эубиотиклар буюрилади – бифидум-бактерин 5-10 дозада, лактобактерин – кунига 3 марта, линекс – кунига 3 капсуладан.

Бир гуруҳ антибиотиклар билан даволаш курси 7-10 кундан 14 кунгача. Сепсисда антибактериал терапиянинг давомийлиги 1 ойдан кам бўлмаслиги лозим. Иммуниетни коррекцияловчи терапия. Тайинланади:

а) пассив иммунитетни яратиш учун:

– одам иммуноглобулини – томир ичига юбориш учун 3 дан 5 мл/кг гача (0,5-3,0 г/кг – 5,0-7,0 г/кг);

– пентаглобин – 5 мл/кг дан вена ичига томчилаб, курс кун (IgM, Абилан бойитилган)

– сандоглобулин – 5 мл/кг;

– гранулоцит массасини куйиш;

– хаёт кўрсатмаларига кўра вена ичига рекомбинат инсон цитокини – ронколейкин (эндоген IL-2 аналог, кунлик дозаси 0,25 мг (250 000 МЕ) физиологик эритмада 5-10 мл/кг дозада 6 мл/соат тезлигидан юқори бўлмаган ҳолда тайинланади, давомийлиги 3 соатдан кам эмас кўпи билан 6 микдорда мл/соат, камида 3 соат давом этади;

– антистафилококкли антиглобулин –20 АЕ/кг (ҳар киритишда 100 АЕ дан кам эмас), ҳар куни ёки кунаро, курс;

–антистафилококкли, антиснегнойли зардобга эга специфик антитаначаларни киритиш – томир ичига 15 мл/кг дан томчилаб;

– бактериофагларни оғиз орқали 5 (10) мл дан эрталаб ва кундузи, кечқурун 10 (20) мл ректал тарзда (схема бўйича) ишлатиш;

– қонни УФН ва лазерли нурлантириш кўрсатилган;

б) иммунограммадаги ўзгаришларда (чин лейкопения ва лимфопения, Т– ва В-лимфоцитларнинг нисбий ва мутлоқ сони, шунингдек супрессия индекси пасайишида). Иммуномодулятор ва адаптогенларнинг тайинланиши кўрсатилган. Даволаш курси 5-7 кун.

Шунингдек ликопид ҳам қўлланилади – кунига 1 марта 10 кунлик курсгача, дибазол – 1 мг дан кунига 1 марта, 20% ли карнитин хлорид эритмаси – 5-10 томчидан кунига 2-3 марта, натрий нуклеинат – 5-10 мг дан кунига 2-3 марта, рибомунил – схемага мувофиқ, виферон-1.

Адекват дезинтоксикация терапияси. ЖП, ЖТПП, ЖВО ҳисобга олинган ҳолда қўлланилади (1-даражали эксикоз – 5% гача – 50 мл/кг; 2-даражали – 10% гача – 75 мл/кг; 3-даражали – 10% дан юқори – 100 мл/кг), шунингдек энтерал таъминлашамалга оширилади.

Инфузияда кристаллоид препаратлар қўлланилади – 5; 7,5 ва 10% ли глюкоза эритмалари, физиологик ва полиионли эритмалар (ацесол), коллоид препаратлар – 5, 10% ли албумин эритмалари.

Марказий ва периферик гемодинамикани нормаллаштириш:

– гиповолемияни тузатиш (5%, 10% ли албумин эритмалари, 6% ли инфузол эритмаси – вена ичига 10-15 мл/кг, этилиб туғилган чақалоқлар учун – 10-15 дақиқа, чала туғилган чақалоқлар учун – 30-60 дақиқа);

– гемодинамикани меъёрлаштириш – адреналинни, атропинни (0,05-1,0 мкг/кг/дақиқа), дофаминни, добутаминни титрлаш, уларнинг дозаси гемодинамик бузилишларнинг хусусиятига боғлиқ;

– септик шокда – глюкокортикоидлар (преднизолон – 1-2 мг/кг, гидрокортизон – 5-10 мг/кг, иккинчисига афзаллик берилади), дозани терапевтик дозадан 10 баравар ошириш мумкин.

КАҲ ва электролитларни коррекциялаш.

Ҳужайра мембраналарини барқарорлаштиргачларни – витамин А – 1000 МЕ/кг/кун, витамин Е – 10 мг/кг/кун, аевит – 0,2 мл/кг тайинлаш.

Антгеморрагик терапия. Томир деворини мустаҳкамлашга қаратилган – лицинон, адроксан, этамзилат – 10-15 мг/кг (0,1-0,2 мл/кг), геморрагик бузилишларда, гемостазни меъёрлаштириш учун – янги музлатилган зардоб – 10-15 мл/кг.

Протеолитик препаратларни буюриш. Контрикал қўлланилади – 1-2000 ЕД/кг, гордокс – 6-7000 ЕД/кг вена ичига 5-7 кунлик курс билан.

Маҳаллий инфекция ўчоқларини тозалаш.

Янги туғилган чақалоқлар сепсисни даволашнинг замонавий босқичида гемосорбция, қисман ёки тўлиқ, ЗПК, плазмаферез ҳам қўлланилади.

Сепсисни бошидан ўтказган болаларни диспансеризацияси ва реабилитацияси.

Диспансер ҳисобда болалар 12 ой давомида сақланади. Диспансер кузатув кўйидагиларни ўз ичига олади:

- касалхонадан чиққан кундан бошлаб бир йилгача ҳар ойда шифокор кўригидан ўтказиш;
- тор мутахассислар – лор-шифокор, невролог, кўрсатмаларга биноан иммунолог маслаҳати;
- касалхонадан чиққандан бир ой кейин қон ва сийдик таҳлиллари, кейин 3 ойда 1 марта, тез-тез учрайдиган касалликларда – иммунограмма;
- даволаш-соғломлаштириш тадбирлари (3-4 ҳафта):

Иммунитетнинг носпецифик стимуляторларини тайинлаш – дибазол, элеутерокоак, апилак, карнитин хлориди – 2-3 ҳафтагача курс билан;

- витамин А, Е, С, В6, калий оротат, фолий кислотасини тайинлаш – 10-14 кунлик курс;
- беқарор ич келишида – дисбактериозни текширган ҳолда эубиотиклардан фойдаланиш;
- церебрал бузилишларда – МНТдаги метаболик жараёнларни ва қон айланишини яхшилайдиган дорилар: ноотропил, пирацетам, пикамилон, фенибут, пантогам, глицин, актовегин, танакан, трентал;
- гимнастика, уқалаш, чиниқтириш;
- жисмоний ривожланишни назорат қилиш;
- соғайишдан кейин 6 ой ўтгач профилактик эмлашлар.

IV АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАРИ

1 -амалий машғулот: Оғир ва тузалмайдиган бемор болалар билан ишлаш. 2-соат.

Ишдан мақсад:

Касалликларнинг клиник диагностикасига интеграл ёндашган кўникмаларни ишлаб чиқиш. Бемор аниқланганда шифокор тактикаси, шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш, диспансеризация ва реконвалесцентларни реабилитация қилишни ўргатиш;

- тематик саволларни муҳокама қилиш мисолида илмий фикрлаш, клиник масалаларни ечишда ижодий жиҳатдан ёндашиш, шунингдек, мустақил қарор қабул қилишга ўргатиш. Мантикий 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;
- Касалликка шубҳа бўлган бемор ҳақида белгиланган тартибда ҳабар бериш;
- шошилиш ҳолатни ташхислаш ва госпитализациягача бўлган даврда 1-чи тиббий ёрдам кўрсатиш;
- реконвалесцентларнинг реабилитациясини таъминлаш.

Машғулот ўтказиш жойи, жиҳозланиши

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

Ўзбекистон Республикаси президенти “Кам учрайдиган (орфан) ва бошқа ирсий-генетик касалликларга чалинган болаларга тиббий ва ижтимоий ёрдам кўрсатишни янада яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида”ги қарорни имзолади.

Ҳужжат билан қуйидагилар кам учрайдиган (орфан) ва бошқа ирсий-генетик касалликларга чалинган болаларга тиббий ва ижтимоий ёрдам кўрсатишнинг асосий устувор йўналишлари этиб белгиланди: кам учрайдиган (орфан) ва бошқа ирсий-генетик касалликларга доир тиббий ва ижтимоий ёрдам кўрсатишни тартибга солувчи норматив-ҳуқуқий базани такомиллаштириш; ихтисослаштирилган республика муассасаларида кам учрайдиган (орфан) ва бошқа ирсий-генетик касалликларга ташхис қўйиш бўйича лаборатория хизматини ривожлантириш; кам учрайдиган (орфан) ва бошқа ирсий-генетик касалликларга чалинган болаларга кўрсатилаётган тиббий ва ижтимоий ёрдамни такомиллаштириш, шу жумладан уларни кафолатланган бепул дори воситалари, тиббий буюмлар ва махсус озиқ-овқат маҳсулотлари билан таъминлаш; юқори малакали тиббий кадрлар тайёрлаш ва уларнинг кам учрайдиган (орфан) ва бошқа ирсий-генетик касалликларга чалинган болаларга тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича малакасини мунтазам ошириб бориш; кам учрайдиган (орфан) ва бошқа ирсий-генетик касалликларнинг профилактикаси юзасидан кенг тарғибот-ташвиқот ишлари олиб бориш; 2019-2024 йилларда кам учрайдиган (орфан) ва бошқа ирсий-генетик касалликларга чалинган болаларга тиббий ва ижтимоий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш чора-тадбирлари дастури тасдиқланди.

Дастурга мувофиқ ҳаёт учун хавфли ҳамда сурункали ривожланадиган кам учрайдиган (орфан) ва бошқа ирсий-генетик касалликларни болаларда ташхислаш ва даволаш учун Ўзбекистон Республикаси Давлат бюджети ва ҳомийлар маблағлари ҳисобидан 2019-2024 йилларда жами 424,6 млрд сўм ва 548,0 минг евро ажратилиши назарда тутилган.

Белгиланишича, кам учрайдиган (орфан) касалликларни даволашда ишлатиладиган тиббий буюмларни импорт қилиш давлат рўйхатидан

Ўтказилмасдан Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тасдиқланган рўйхатга мувофиқ амалга оширилади.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги:

2020 йил 1 январга қадар кам учрайдиган (орфан) ва бошқа ирсий-генетик касалликларга чалинган беморларнинг Миллий регистрини ташкил этади ҳамда унинг доимий юритилишини таъминлайди; манфаатдор вазирлик ва идоралар билан биргаликда 2020 йил 1 июлга қадар Дастур доирасида назарда тутилмаган кам учрайдиган (орфан) ва бошқа ирсий-генетик касалликларини ҳамда Миллий регистрига киритилган муковисцидоз, талассемия, гемофилия, тизимли бошланувчи ювенил артрит ва буллёз эпидермолиз касалликларига чалинган беморларга кафолатланган дори воситалари, даволаш учун озиқ-овқат маҳсулотлари ҳамда тиббий буюмларни харид қилиш бўйича лойиҳа портфелларини шакллантиради ҳамда белгиланган тартибда халқаро жамғармалар ҳамда молия институтларининг кредит ва грантларини жалб қилиш учун Ўзбекистон Республикаси Инвестициялар ва ташқи савдо вазирлигига тақдим этди; уч ой муддатда “Дори воситалар ва фармацевтика фаолияти тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикасининг Қонунига кам учрайдиган (орфан) касалликларни даволашда ишлатиладиган тиббий буюмлар импорти давлат рўйхатидан ўтказилмасдан амалга оширилишини назарда тутувчи ўзгартириш ва қўшимчалар бўйича Вазирлар Маҳкамасига таклифлар киритилди. (Қолган материаллар презентация ва тарқатма материалда)

Болаларда ижтимоий ривожланиш мезонлари

Боланинг кун тартиби деганда қатъий белгиланган уйқу ва уйқудан ташқари, овқатланиш вақти, ҳамда уйғоқлик вақтида турли хил ҳаракат фаолиятини ўз вақтида алмашилиши тушунилади. Ёшга боғлиқ бўлган рационал кун тартиби физиологик жараёнлар ритминини эътиборга олади. Шунингдек бола ривожланиши оптимал бўлиши учун организм ва ташқи муҳитнинг ўзаро таъсирланишини ташкиллаштириб беради. Бундан ташқари боланинг кун тартиби болани тўғри

тарбиялашнинг муҳим қисми ҳисобланади. Бола дунёга келгач, унинг МНС функциясининг ривожланиши асосан ташқи муҳит таъсирида амалга ошади. Шу сабабли боланинг МНС функцияси учун уйқу вақти актив тормозланиши ҳимоя омилларидан бири бўлиб, унинг ўсиб бораётган нерв тизимини ташқи муҳитнинг ҳаддан ташқари қўзғатувчи таъсиридан сақловчи омил бўлиб ҳисобланади. Бола қанча ёш бўлса, уйқуга бўлган эҳтиёж шунчалик юқори бўлади. Янги туғилган чақалоққа унинг ҳолатидан келиб чиққан ҳолда, “эркин овқатлантириш” режимини тавсия этиш мумкин, яъни бола “овқат талаб қилган вақтда овқатлантириш”. Аммо бундай кун тартиби қўлланилганда, суткалик овқатлантиришлар (эмизишлар) сони 10-12 мартадан ошмаслиги, ҳамда эмизишлар орасидаги интервал 2 соатдан кам бўлмаслиги лозим. “Эркин овқатлантириш” режимини барча болаларга тавсия этиш мумкин³. Чақалоқ бир суткада 23 соатни уйқу билан ўтказади. Унинг актив уйғоқлик даври жуда кам бўлади ва 1ойнинг охирида уйғоқлик вақти 30-40 минутни ташкил этади.

2-амалий машғулот. Соғлом болаларни овқатлантириш муаммолари.

Ферментопатиялар

Ишдан мақсад:

-Ферментопатиялар клиник диагностикасига интеграл ёндашган кўникмаларни ишлаб чиқиш. КАларига шубҳа бўлган бемор аниқланганда шифокор тактикаси, шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш, диспансеризация ва реконвалесцентларни реабилитация қилишни ўргатиш;
- 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;

- Ферментопатияларга шубҳа бўлган бемор ҳақида белгиланган тартибда хабар бериш;
- шошилиш ҳолатни ташхислаш ва госпитализацияга бўлган даврда 1-чи тиббий ёрдам кўрсатиш;
- реконвалесцентларнинг реабилитациясини таъминлаш.

Машғулот ўтказиш жойи, жиҳозланиши

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

Соғлом болаларни овқатлантириш

Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан 1989-1990 йй. кўкрак билан озиқлантиришни қўллаб-қувватлаш учун йирик масштабда дастур тайёрланди, дастурнинг мақсад ва вазифаларига кўкрак билан озиқлантириш ва туғруқхоналарда чақалоқларни она сути билан муваффақиятли боқиш чун шароитларни яратиш кирди.

Дастурнинг моҳияти муваффақиятли кўкрак билан озиқлантиришнинг 10 та тамойилида бан қилинган.

- 1.Кўкрак билан озиқлантиришнинг белгиланган қоидаларига қатъий риоя қилиш ва шу маълумотни тиббий персонал ҳамда туғувчиларга мунтазам равишда етказиб туриш.
- 2.Тиббий ходимларни эмизишни машқ қилиш учун зарур кўникмаларга ўргатинг.
- 3.Кўкрак билан озиқлантиришнинг устунлиги ва техникаси ҳақида барча ҳомиладорларга маълумот бериш.
- 4.Туғруқдан кейинги бир ярим соат ичида оналарга кўкрак билан эмизишни бошлашга ёрдамлашиш.

5.Оналарга, агар улар вақтинчалик боласидан алоҳидаланган бўлса ҳам, кўкрак билан қандай эмизиш ва қандай қилиб лактацияни сақлаб қолишни кўрсатиш.

6.Янги туғилган чақалоқларга кўкрак сутидан бошқа оақат ва сувни бермаслик, тиббий кўрсатмалар бундан мустасно.

7. Она ва боланинг кун давомида битта палатада бўлишини таъминлаш.

8.Жадвал бўйича эмас, балки бола хошишига қараб кўкрак билан овқатлантириш.

9.Кўкрак билан озиқланаётган чақалоққа она сут безини ўхшатувчи ва тинчлантирувчи мосламалар (сўрғичлар)ни бермаслик.

10.Кўкрак билан озиқлантиришни қўлловчи гуруҳни ташкиллаштиришни тақдирлаш ва туғруқхонадан ёки касалхонадан чиққандан кейин оналарни шу гуруҳларга йўналтириш.

Ушбу тамойилларни бажариш учун туғруқхоналар иши онанинг бола билан туғилишидан кейин уларнинг алоқасини, уларнинг биргаликда ётишини, янги туғилган чақалоқнинг кун давомида “эркин” овқатланишини таъминлайдиган тарзда ташкил этилиши керак. Янги туғилган чақалоқларни кўкракка биринчи марта бириктириш туғруқхонада туғруқдан кейинги биринчи ярим соат ичида амалга оширилиши керак. Бунинг учун киндик кесилиб боғланганидан кейин болани онанинг қорнига ётқизишади, ва у она кўкрагига ўзи «эмаклаб» келади ва эмишни бошлайди.

Чала туғилган чақалоқларни овқатлантириш методикаси.

Бирламчи овқатланиш.

Оғир соматик паталогия йўқ бўлган ҳолларда ҳамма чала туғилган чақалоқларни энтерал озиқлантириш ҳаётининг 1-суткасидан бошланади, уни ўтказиш методикаси функционал етилганлигига, тана вазнига, гестация вақтига боғлиқ.Гестация вақти 35-37 ҳафта билан чала туғилган чақалоқларни туғилгандан 2-3 соатдан кейин еки дарҳол эмизиш мумкин .Соғлом бола бўлса кўкракка қўйиш мумкин. Бутилкадан овқатлантиришда сўрувчи ҳаракатлар учун куч сарфланади. Ютиш ва нафас,тилча ва хиқилдоқ

усти тоғайи ердамида бурун ва хиқилдоқ йўллари қайта бекилиши, ичак моторикаси координацияси гестацион ёши 33-34 ҳафтадан кам бўлган чала туғилган чақалоқларда бўлмайди. Кўкракка қўйишининг иложи бўлмаган ҳолатларда қошиқча ёки чашкачадан овқатлантирилади. Гестацион ёши 33-ҳафтадан кам бўлган чала туғилган чақалоқни асосий овқатланиш принциплари ва кетма-кетликдир.

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

ОНМТ (1500 гдан кам) бўлган чақалоқлар, шунингдек жуда катта лекин ҳолсиз болаларга доимий зонд қўйилади. Зонд ошқозонда 3-7 кун сақланади. Сут махсус томизгичларда томчилаб юборилади. Бир неча текширувларга

кўра , сутни давомли юборишда вазн яхши кўшилади, шунингдек энергия сарфи узлуклига нисбатан кам бўлади. Озиқланириш ҳажмини оширганда ,асосан интенсив даволанадиган болаларда ҳар бир сут юборишдан олдин ошқозон таркибини поршенли шприц ёрдамида сўриб олиш керак. Агар у ҳаво ёки шиллиқ бўлса , озиқлантириш стандарт схема бўйича давом эттирилади. Агар бунда аввалги киритилган сут ҳажмидан 10% кўп олинса, сут порцияси камайтирилади (минимум 50% гача) ва кейин кам-камдан оширилади.

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

Энтерал озиқлантиришни имкони бўлмаганда энтерал озиқлантириш парентерал билан бирга олиб борилади.

Энтерал озиқлантириш қуйидаги умумий схемадан бошланади:

1. Доимий зонд киритилади кейин 30-40 минут давомида ҳаётий муҳим функциялар бузилиши йўқлигига ишониш.
2. Озиқлантиришга толерантлик пробаси—дистилланган сув юборилади (чала туғилган чақалоқлар тана вазни 1000г дан кам бўлганда 1мл, қолганларга 2-3мл) 3 соат давомида қоринда шиш ва бошқа ҳолатларда кузатилмаслигига ишониш.
3. Бир қанча дистилланган сув юбориш (жуда оғир болалар учун) ёки ўсиб борувчи ҳажмда 5% глюкоза эритмаси 1-3мл (5-7мл дан кўп эмас) тунгги танаффуссиз ҳар 3соатда. Бу проба индивидуал юборилади.
4. Трофик озиқланишни тўлиқ энтералга секин-аста ўтқазилади. Озиқлантириш 2000-1500г тана вазнига 5-7мл ҳажмда бошланади ва 5мл дан ошириб борилади. 1500-1000г тана вазни бола учун биринчи ҳажм 2-4мл ни ташкил этади, кейин 2-3мл га оширилади. 1000г дан оғир бўлган

болалар ҳар 3 соатда овқатлантирилади. (суткасига 8 марта). ЭНМТ болалар учун озиқланиш (1000г гача бўлган тана вазни) 1-2мл она сути киритишдан ёки махсус аралашма ва дистилланган сув (1:1) киритишдан бошланади, ҳар 3 соатда тунгги танаффусларсиз. Кейинчалик суткасига 1-2 мл дан ошириб борилади.

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

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

Парентерал озиқлантириш ҳаётининг 1-кунида суюқлик, глюкоза, кальций юборилади. ОНМТ болаларда 2-кунда оксилга эҳтиёж бўлади. Бундан ташқари аминокислотани эрта киритиш унда венага глюкоза юборишдаги толерантлик яхшиланади.

Чала туғилган чақалоқларни парентерал озиқлантириш принциплари:

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

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

*Монитор кузатув (КОС,глюкоза,электролитлар даражаси,ажраладиган суюқлик миқдори,тана вазни динамикаси) туғилгандан кейинги узок парентерал озиқлантириш (интенсив терапияда) ошқозон-ичак шиллик қавати атрофиясига ва ривожланишини тўхташига олиб келади. Бу ҳолатлар

энтерал озикланишга ўтказилганда тикланади. Она сутини ошқозон-ичак трактида киритилганда у ошқозонни стимуллади. Парентерал озикланишдан энтерал озикланишга секин-аста ўтказилади. Ошқозон-ичакни энтерал озикланишга тайёрлашда трофик озиклантириш методикаси қўлланилади (минимал, бошланғич, камкалорияли). Жахон адабиётларида бошланғич хажми жуда катта диапозони келтирилган:

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

Ҳозирги вақтда шунга ўхшаш ишонарли тактика ўз исботини топган:

-ошқозон-ичак трактининг морфологик ва функционал ривожланиши яхшиланади.

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

-гипербилирубинемия камаяди (боғланмаган билирубин).

-суякларни метаболит касалликлари частотаси камаяди (чала туғилган чақалоқларнинг остеопатияси).

-холестатик сариклик частотаси камаяди.

Кўкракка қўйишнинг устунликлари:

– нормал микрофлоранинг бола териси ва ичагига жойлашиши анча эрта содир бўлади;

– янги туғилган боланинг инфекцияларга чидамлилиги ошади;

– онада лактация анча фаолроқ кучаяди;

– туғруқнинг 3-даври ва туғруқдан кейинги даври кечиши яхшиланади;

– она ва бола ўртасида руҳий-ҳисий алоқа тезроқ юзага келади.

Она ва боланинг бирга бўлишининг устунликлари:

– онанинг чақалоқ билан бемалол ва доимий (кун бўйи) алоқада бўлиш имконияти;

– «талаб бўйича» оақатлантиришни амалга ошириш имконияти мавжудлиги;

– боланинг ҳар бир реакциясини кузатиш имконияти борлиги;

– онага болани парваришлаш қоидаларига тайёрлаш ва ўргатишнинг энгиллиги

– она ва чақалоқ ўртасида алоқани мустаҳкамлаш;

– госпитал инфекциялар хавфини камайтириш.

Кўкрак билан озиқлантиришнинг устунликлари:

– она сутидаги оксиллар, ёғлар ва углеводлар нисбати ва сифати бола организми томонидан ҳазм қилиниши учун мукамаллиги (оптимал ва мувозанатланган озуқа қиймати);

– она сути боланинг инфекцияга қарши чидамлилигини белгилаб берувчи биологик фаол моддаларни ва иммунитет омилларини (ферментлар, гормонлар, иммуноглобулинлар, лизоцим) тутуди (кўкрак сүтининг ҳимоя роли);

– минерал моддалар (кальций, фосфор, микроэлементлар) бола эҳтиёжларига оптимал тарзда мос келади, сигир сүтидан кўра 2 марта яхшироқ сўрилади (ҳам макро-, микроэлементларнинг, ҳам углеводлар, ёғлар ва оксилларнинг юқори ҳазм қилиниши)

– кўкрак сути чақалоқлар ичагида бифидофлораларнинг фаол кўпайишини таъминлайди, яъни ичак биоценози шаклланишига ижобий таъсир кўрстади;

– кўкрак сути учун оптимал ҳарорат ва паст осмолярлик хос;

– кўкрак билан озиқлантириш боланинг тишлари ва жағлари тўғри шаклланишига олиб келади;

– кўкрак билан озиқлантиришда она ва бола орасида энг яхши руҳий-ҳиссий алоқа ўрнатилади, уларнинг бир-бирига ўрганишини, кўнгил қўйишини кучайтиради, уларнинг ўзаро меҳр-муҳаббати кучаяди;

– кўкрак сути – энг арзон овқат (кўкрак билан озиқлантиришнинг иқтисодий самараси);

– кўкрак билан овқатланишда бўлган болаларда ярали-некротик энтероколит, тўстадан ўлим синдроми, аллергия касалликлар ривожланиш хавфи паст;

– хорижий муаллифлар тадқиқотларида аниқланган-ки, кўкрак билан озиқлантиришда бўлган болаларда кейинчалик гипертония, атеросклероз,

кандли диабет, лимфомалар кам кузатилади. Бундан ташқари, улар учун ақлий ривожланишнинг анча юқори кўрсаткичлари хосдир.

Кўкрак билан овқатлантиришнинг муваффақиятли тамойиллари фақат соғлом оналардан туғилган соғлом чақалоқларга тааллуқли. Она ва/ёки бола касал бўлганида, кўкрак билан овқатлантириш мумкин бўлмаган тақдирда, овқатлантириш масаласи индивидуал ҳал қилинади.

Чақалоқларни овқатлантириш турлари.

БЖССТ терминологияси бўйича кўкрак билан озиклантиришнинг қуйидаги турлари ажратилади.

Тўлиқ кўкрак сути билан боқиш (давлатимиз атамасига кўра – табиий кўкрак сути билан боқиш) – бола кўкрак сутидан бошқа ҳеч нарса олмайди ёки кўкрак сути билан бирга кунига 1-2 марта, кўпи билан 1-2 томчидан кўп миқдорда шарбат ёки сув олади.

Қисман кўкрак сути билан боқиш (русча терминологияда «аралаш овқатланиш» атамасига яқинлашади) – қисман боқишнинг 3 та даражаси ажратилади:

- «юқори даража» – кўкрак сути суткалик ҳажмнинг 80% ни ташкил этади;
- «ўртача даража» – кўкрак сути суткалик ҳажмнинг 20-79% ни ташкил қилади;
- «паст даража» – кўкрак сути суткалик ҳажмнинг 20 фоизигача бўлади.

Белги, ёки рамзий кўкрак билан боқиш – кўкракга шундай қўйиладики, бунда бола деярли озик-овқатни олмайди, руҳий ҳимоя шакли сифатида амалга оширилади.

Етук туғилган чақалоқлар овқатланишини ҳисоблаш формуласи.

Вақтида туғилган чақалоқларга зарур бўлган сут миқдори қуйидаги формулалар бўйича ҳисобланади.

Финкелштейн формуласи (ҳаётнинг 7-8 кунига қадар қўлланилади): сутнинг кунлик миқдори 70 мл * n (бола вазни 3200 г гача бўлганда), 80 мл * n (бола вазни 3200 г дан ортиқ бўлганда), бу эрда n – ҳаёт куни.

Бир марта овқатлантириш учун сут миқдори: 10 мл * n, бу эрда n – ҳаёт куни.

Зайцева формуласи: сутнинг кунлик миқдори (миллиметрда) тана вазнининг 2% (граммда) ни ташкил қилади $x \cdot n$, бу эрда n – кун.

Ҳажмий усул ҳаётнинг 10-кунидан 2 ойигача: сутнинг кунлик миқдори (миллиметрда) тана вазнининг $1/5$ (граммда) ни ташкил қилади.

Энергетик усул: 1-куни озиқ-овқатнинг кунлик калориялиги бола тана вазнининг 30-35 ккал/кг ни ташкил этади, кейинги кунларда у кунига 5 ккалга ошиб боради. Ҳаётининг 10-кунидан бошлаб бола кунига 100 ккал/кг олади, 14-кунида – кунига 110-120 ккал/кг, 1 ойда – кунига 130-140 ккал/кг.

Кўкрак билан озиқлантиришнинг афзалликлари:

ЖССТни “Янги туғилган чақалоқларни парваришlash ва кўкракдан озиқлантириш” 2002 ўқув семинар материалда турли сут турлари орасидаги фарқ ҳақида қисқа маълумотлар келтирилган:

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

*она сути енгил ўзлаштириладиган оқсил тутати.

*сигир сутида ҳазм бўлмайдиган казеин кўп.

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

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

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

Бола учун бошқа фойдали томонлари:

- Тўсатдан ўлим ҳолатини камайтиради.
- Диабет, рақ, кулоқ касалликлари хавфини камайтиради.
- Касалликка қарши кураш ва вакцинацияга реакцияси яхшиланади.

- Тиш ва жағ муаммолари камаяди (шунингдек, кариес ҳолати камаяди).
- Психомотор ва эмоционал яхши ривожланади.

Она учун фойдаликлар:

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

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

Муваффақиятли кўкрак билан озиқлантиришда 10 та қадам:

1. Кўкракдан озиқлантириш бўйича фиксацияланган езма политика мавжуд ва у тиббиет ходимларигача етиб борган.
2. Ушбу сиёсатга киришда тиббиет ходимлари етарли билимларга эга бўлишлари керак
3. Барча ҳомиладор аёлларга кўкракдан озиқлантиришнинг техникаси ва афзалликлари ҳақида маълумот бериш.
4. Туғруқдан кейинги бир соат давомида онага кўкракдан озиқлантиришда ердам бериш.
5. Онага қандай эмизиш ва лактацияни сақлашни кўрсатиш керак, ҳатто уларни вақтинчалик ажратилганда ҳам.
6. Янги туғилган чақалоқларга бошқа ҳеч қандай овқат еки ичимлик бериш мумкин эмас, истисно ҳолат тиббий кўрсатмалар бўлганда.
7. Амалда сутка давомида она ва болани 1 та палатага етқизиш.
8. Болани жадвал бўйича эмас, эҳтиёжга кўра эмизиш.
9. Кўкракдан озиқланадиган янги туғилган чақалоққа ҳеч қандай тинчлантирувчи препаратлар ва сўрғичлар бериш мумкин эмас.

10. Онага кўмак гуруҳини яратиб бериш ва туғруқхонадан чиққандан сўнг шу гуруҳга онани йўналтириш.

Кўкрак сути таркиби

- **Молозиво** иммуноглобулинга бой, демак етилган сутга нисбатан кўп антитело ва инфекцияга қарши омил тутади, аллергиядан ҳимояни таъминлайди. Таркибида етилган сутга нисбатан кўп оқсил бор.

*Молозивода инфекциядан ҳимоя қилувчи лейкоцитлар етилган сутга нисбатан кўп.

- Молозиво инфекцияга қарши оқсил ва лейкоцитга бой бўлиб, у касалликка қарши 1 ламчи иммунитетни таъминлайди. Молозиво янги туғилган чақалоқни бактериал инфекциядан ҳимоя қилади.

- Молозиво юмшоқ сурги эффектига эга, бу бола ичагини меконийдан тозалайди (бирламчи тўқ яшил ахлат), шу билан бирга сарикликни ривожлантирувчи билирубиндан ҳам тозалайди.

- Молозиво ўсиш факторига эга, бунда бола ичаги ривожланади. Молозиво антитело сақлайди, у болани аллергия ва овқат кўтаролмасликдан ҳимоя қилади.

- Молозиво таркибига кўра бир неча витаминга бой. Витамин А болада инфекцияни оғирлик даражасини камайтиради.

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

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

Бу жараенни сутни қуйилиши дейилади.

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

Орқа сут —бу, тўйинган оқ рангли сут бўлиб, эмизишни охирида ажралади. Таркибида кўп миқдорда ёғ тутади. Кўп миқдордаги ёғ сут рангига тўйинган

оқ ранг беради, шунингдек сутни юқори энергетиклигини таъминлайди. Шунинг учун болани ёғга бой орқа сутни кўпроқ эмишини таъминлаш керак. Бола қанча хоҳласа шунча эмизиш керак: бу ёғга бой орқа сутни қабул қилишига шароит бўлади. Олдинги сут кўп миқдорда ва унда кўп оқсил, лактоза ҳамда бошқа озуқа моддалари кўп.

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

Болани кўкракка қўйиш техникаси:

Кўкракка тўғри қўйиш: қадам бўйича.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Кўкракка тўғри қўйишни текшириш варағи:

- Онани қулай ўтирганлиги ва бўшашганлигини текширинг.
- Сиз ҳам шундай ўтиринг,шунда унга ердам беришингиз осон бўлади.
- 4та калит пунктини яхши англаганингизга ишонч ҳосил қилинг:

1. Болани боши ва танаси текис чизикда бўлиши керак.

2. Болани юзи онани кўкрагига қараган бўлиши керак, бурун-сўрғич қаршисида туради.

3. Она бола танасини ўзига қаттиқ сиққан бўлади.

4. Агар бола янги туғилган чақалоқ бўлса, уни фақат елка ва бошини эмас, бутун танасини ушлаш керак.

• Онага кўкракни қандай ушлашни ва уни болага беришни кўрсатинг:

— унинг бармоқлари кўкрак қафасида кўкракни остидка эркин етиши керак, кўрсаткич бармоқ кўкрак асоси учун таянч бўлади. Бу кўкрак шаклини яхшилаб бола эмиши учун осон бўлади. Кўкракни сўрғичга жуда яқин тутмаслик керак.

• Болани оғизчаси кенг очиқ ва лаблари чуччайган бўлиши керак. Кейин уни кўкракка қўйиш керак. Болани пастки лаби сўрғични пасткида бўлиши керак, унинг энгаги кўкракка епишган бўлиши керак.

• Кўкракка тўғри қўйганда болани лаби ва милклари ареолага босим беради.

• Тили оғизни пастки қисмида жойлашади. Тили ва пастки жағини биргаликдаги иши тўлқинсимон ҳаракат билан сут синусларини эзади ва сут чиқади.

• Тилни болани лаби ва она кўкраги орасида кўриш мумкин.

• Бола бир хилда ва секин сутни сўради ва ҳаракатлар баъзида қулоққача тарқалади. Унинг эмишини эшитасиз.

• Энгак ва бурни она кўкрагига тегиб туради, сизни унинг нафас олиши безовта қилмасин, табиат шу ҳолатда тўлиқ нафас олиш имконияти билан яратган. Истисно, қачонки бола кўкрак учун курашса, бошини эркин ҳаракат қилолмаса курашиш бошланади, масалан: агар катта одам қўли билан уни бошини сиқса.

• Болани тўғри ҳолатда эмизилса оғриқсиз бўлади. Онани реакциясига эътибор беринг, онадан болани эмизганда нимани сезишини сўранг.

• Барча белгиларни болани кўкракка тўғри қўйганда текширилади..

Кўкракка кеч қўйишга кўрсатма бўлиши мумкин:

1) Бола томонидан: асфиксия билан туғилган, туғруқ травмасига шубха, кефалогематома, умумий аҳволи қониқарсиз бўлган янги туғилган

чақалоқлар, чукур чала туғилган болалар, ривожланиш нуқсонлари, резус номослик.

2) Она томонидан:

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

Кўкракдан озиқланишга қарши кўрсатмалар:

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

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

Моддалар алмашувининг ирсий аномалиялари—

фенилкетонурия, галактоземия, лейциноз, алактазия, гипогалактозия. Бу касалликлар янги туғилган чақалоқда аниқланса сутсиз овқатланишга ўтказиш керак. Кўкрак сутида оқсил, ёғ, углевод нисбати 1: 3 : 6.

Энергияга эҳтиёж

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

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

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

Оқсилга эҳтиёж

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

Ёғга эҳтиёж

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

Углеводга эҳтиёж

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

Витаминга эҳтиёж

Кўкрак сутидаги микдорига қараб аниқланади. Баъзида ҳомила ичида ривожланиш шароитига, гестация вақтига, перенатал паталогия, озиқланиш характерида боғлиқ бўлади. Витаминга эҳтиёж юқори бўлиши мумкин. ВОЗ

(1985) тавсияси бошқа маълумотлардан деярли фарқ қилмайди, улардан бир қанча витамин ва минерал моддалар 3ой гача бўлган болалар учун хавфсиз ҳисобланади. Тузилган норматив эҳтиёжга кўра коэффициент 15% га ўзгаради: фолий кислота-16мкг/сут, витамин В12-0,1мкг/сут, аскорбин кислота-20мг/сут, а-токоферол—0,15-2мкг/кг/сут.

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

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

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

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

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

Кейинги эмишиш 2- бола озиқланган охириги кўкракдан бошланади.

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

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

Сут миқдори камлиги белгилари:

1. Чақалоқ тана вазнини кам қўшилиши (ойига 500 г дан кам, туғилгандан 2 ҳафтадан кейин унинг тана вазни камаяди), кам сийиш, кўп йиғлаш, жуда тез-

тез эмиш, жуда узоқ эмиш, бола кўкракдан бош тортади, нажаси қаттиқ, куруқ, яшил, она сут соғолмайди, бола эмишдан қоникмайди

10. ҳомиладорлик вақтида сут безлари катталашмайди, туғруқдан кейин сут ажралмайди

Сут камлиги сабаблари:

Эмизиш билан боғлиқ омиллар

Кам эмизиш

Тунда эмизмаслик

Эмизиш давомийлиги кам

Кўкракка нотўғри қўйиш

Бутилка, сўргичлар

Докорм, прикорм киритиш

Онага таъсир қилувчи руҳий факторлар

Безовталиқ, стресс

Ишончни етишмаслиги

Кўкракдан эмизишга қаршилиқ

Тунда эмизмаслик онада сутни камайишига олиб келади. Қисқа вақт эмизиш шошилиш ва бошқа сабабга кўра бўлади.

Сутни ажралиши ва кўкракни бўшалиши камайишига олиб келади.

- Баъзида оналар 1-3 дақиқа эмизацилар. Бунда бола дам олиш учун тўхтади оналар буни боламли қорни тўйди деб ўйлайди.

- Баъзида бола эмишдан тез тўхтади. масалан: жуда иссиқ кийинтирилганда.

- Агар эмизиш вақти жуда қисқа бўлса, бола ёғли ва энергетик орқа сутни етарли ололмайди. *Кўкракка нотўғри қўйиш ҳам болани эмишига қийинлик туғдиради.*

Бутилка ва сўргичлар. Бола бутилкадан озиқланса кўкракни олишдан кўрқади, бутилкадан қўшимча овқатлар берилса унинг она сutiга қизиқиши йўқолади, кам эмади. Болага 4-ойлигидан бошқа овқатлар (сок, ширин сув, эзилган олма) берилса кўкракни кам эмади, бу ҳам сутни камайишига олиб келади.

Гипогалактия профилактикаси

Сабабни изланг:

1. Онани эшитинг, ундан нимани ҳис қилганлигини сўранг.
2. Кўкракдан озиқлантириш тарихини тузинг.
3. Кўкракдан озиқланишни баҳоланг.
4. Болани соғлиғини текширинг.
5. Онани сут безларини текширинг.

Она билан суҳбатлашинг:

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

Кун ва озиқланишининг рационал тартиби.:

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

Сутнинг миқдори ҳақида онанинг фикри

Боласига ва эмизишга унинг ҳис-туйғулари

Кўкракка болани қўйиш усулини яхшиланг

Кўкракни бўшалишини яхшиланг

Ажралаётган сутни эмизишини тушунтиринг

Қайси ҳолатда эмизишни тушунтиринг

Бутилкадан овқатлантиришни тўхтатинг

Тез-тез,узоқ,тунда ҳам эмизинг

Стрессни йўқотиш усулини топинг

Агар бола касал бўлса шифокорга кўрсатинг

Агар она эстроген тутган,диуретик таблеткалар қабул қилса бошқа препарат танлашига ердан беринг.Она ва болани ҳар куни кўриб турунг, бола вазн кўшиб бошлагандан кейин ҳар ҳафта кўриб турунг

Дори моддалар: никотин кислота (0,05 г 3 маҳал эмизишдан20—30 мин аввал) еки глутамин кислота (0,5 г 3 маҳал), апилак (0,1 г 2 маҳалв день тил остига), витамин Е (0,015 г 2 маҳал), витамин С (1 г 2 маҳал), пирроксан (0,015 г 2 маҳал).Эрта 1ламчи гипогалактияда лактацияга лактина 70—100 ЕД 1—2 маҳал маммофизином 0,5—1,0 мл 1—2 маҳал яхши таъсир кўрсатади.

Сульпирид (0,05 г 3 маҳал ичишга) 2 ҳафта давомида

Фитотерапия —*Қичитқиўт* (20 г скуруқ барглари 1 л қайнаган сувга солинади, 1ош қошиқдан 3маҳал), *Д.Йорданов йиғмаси* (аниса, укропа, фенхеля, трава душицы 25 г; 1 стакандан 2—3 маҳалв ичилади).

Иглоотерапия, УФО, УВЧ ва электрофорез никотин кислота билан.

Назорат саволлари

- 1.Бирламчи кўкракка қўйиш техникаси қандай?
2. Зонд орқали болани овқатлантириш қандай амалга оширилади?
- 3.Сутни соғиш ва уни сақлаш қандай амалга оширилади?
- 4.Эгизакларни овқатлантириш
- 5.Кўкрак сутининг сигир сутидан фарқи нимада?

Фойдаланилган адабиётлар

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

5. Даминов Т.О., Холматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.

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

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

3-амалий машғулот. Эмлаш асоратлари ва уларнинг олдини олиш. Вакцинация муаммолари. Соғлом ва бемор болаларни диспансер гуруҳларга ажратиш.

Ишни бажариш учун намуна

Амалий машғулот ни мустахкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

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

Эмлашнинг муҳимлигини замонавий ота-оналар тушуниб етмоқдалар.

Муаммонинг моҳияти шундаки, нима учундир ота оналар оғир юқумли касалликдан эмас, балки вакцинациядан келиб чиқиши мумкин бўлган реакциядан қўрқадилар.

Вакциналар миллионлаб болалар ҳаётини сақлаб қолди ва уларни сақлаб қолмоқда ва тугри эмланганда эмлашдан кейинги асоратлар кам учрайди.

Вакцинадан кейинги асоратлар -

бу профилактик вакциналари киритилгандан сўнг пайдо бўладиган ҳолатлардир. Улар маълум бир дори-дармонларни киритиш орқали ривожланади. Бир хил ёш гуруҳида бундай асоратларнинг келиб чиқишининг намоён бўлиши препаратнинг реактогенлиги деб аталади. Эмлаш ва эмлашдан кейин патологик жараёнлар ўртасида боғлиқликни топиш жуда қийин. Нохуш оқибатлар кўп аб сабабларга кўра ривожланиши мумкин. Кўпинча кузатиладиган сабаб: сифатсиз дори воситаларидан; эмлаш материални манипуляция хонасида сақлаш шартлари ва қоидаларини бузишдан; сурункали касалликларнинг кучайишидан келиб чиқади.

Иммунитетнинг пасайиши латент кечувчи патологиялар - ревматизм, сил касаллиги, сурункали гепатит, нефрит, сурункали дизентерия, бронхиал астма, асаб ва бактериал инфекцияларнинг кучайишига олиб келиш и мумкин. Вакцинадан кейинги даврда бошқа инфекциялар кўшилиши мумкин. Эмланган организмнинг ўзига хос хусусияти мавжуд, яъни беморда вакцинага индивидуал реакция булиши мумкин. Бу индивидуал реакцияларга илгари ўтказилган патологик жараёнлар, диетанинг хусусиятлар и, кўлланиладиган дорилар таркибий қисмларига аллергик реакциялар мавжуд лиги, умумий иммунитет ҳолатининг бузилиши, бирламчи ва иккиламчи имму нитет танқислиги натижасида ривожланади.

Вакцинал асоратлар вакцинация учун дориларнинг аниқ туридан фойдаланган дан сўнг ривожланадиган патологик ҳолатларнинг туридир. Эмлаш реакцияла ри маҳаллий ва умумий бўлиши

мумкин. Маҳаллий реакциялар. Маҳаллий поствакцинал реакциялар эмлашдан кейин 24 соат ичида пайдо бўлади. Кўпинча, манипуляция пайтида тери ости ёғ тўқимасига тушиш

туфайли инфилтрация ривожланади. Оғир ҳолатларда, жараён думба ёки сонн инг бир қисмигатарқалади, аммо беморнинг умумий аҳволига таъсир қилмайд и. Спецефик давоси йўқ.

Антигистаминларни қабул қилишга кўрсатма

Препаратнинг инъекция жойида ҳажми 80 мм дан юқори бўлган гиперемия бў лса, ушбу вакцина энди ишлатилмайди. Тирик вакциналарни маҳаллий юборилишида, масалан, силга қарши ёки БЦЖ йирингли ёки сероз таркибга эг а папула ривожланишига сабаб бўлади. Йиринглизонанинг катталиги 3 дан 10 мм гача бўлиши мумкин.

Ушбу хосилани очиш, инфилтратни олиб ташлаш тавсия этилмайди. 2-4 ойдан сўнг папула сўрилади ва унинг ўрнида кичик чандиқ қолади.

Бу одатдаги реакция бўлиб, доридармонларни ёки бошқа даволанишни талаб қ илмайди. Агар инъекция жойида атипик хосилалар пайдо бўлса, у ҳолда болан и оилавий шифокор ёки фтизиатр шифокорига кўрсатиш керак.

Умумий асоратлар

Умумий асоратларга вакцинадан 24-

48 соат ўтгач тана ҳароратининг кўтарилиши киради. Агар термометр кўрсаткичлари 38 даражадан ошса, унда мушакларнинг кучсизлиги ва қисқа муддатли талвасалар ривожланиши мумкин. Бундан ташқари, эмлашдан кейинги 4-7 кун ичида маълум бир вакцина

учун хос бўлган реакциялар ривожланади: қизамиққа қарши эмлаш - танадаги тошма; қизилча -

лимфатик коллекторларда яллиғланиш жараёнлари; паротит - сўлак безларининг яллиғланиши;

АКДСга хос реакция -

интракраниал босимнинг ошиши туфайли бир неча соат йиғлашдир. Даволаш фақат препаратга кучли реакция бўлсагина

белгиланади. Бундай ҳолда терапия профилактика хусусиятига эга. Агар вакцинани киритгандан кейин ҳарорат жуда муҳим кўрсаткичларга эга бўлса -

40 даража ва ундан юқори бўлса, унда бу препарат беморни қайта эмлаш учун ишлатилмайди. Энг кўп учрайдиган нохуш асоратлар қуйидаги вакциналар туфайли юзага келади: полиомиелит; паротит; қизилча; гепатит Б.

Поствакцинал асоратлар -

бу дори юборилгандан кейин ўзига хос касалликни келтириб чиқарадиган патологиялар гуруҳи. Тиббий статистика маълумотларига кўра, бундай бузилишлар 1 миллион беморга 1 та ҳолатда ривожланади. ЖССТ протоколлари бўйича нохуш ҳодисаларни таснифлаш: инъекция жойида терининг шикастланиши билан боғлиқ маҳаллий реакциялар; эмлашдан кейин

ривожланган марказий асаб тизимининг патологиялари; бошқа патологик жараёнлар; вакциналарни сақлаш ва улардан фойдаланиш қоидаларининг бузилиши, дори бериш услубидаги хатолар сабабли асоратлар; эмлаш билан билвосита боғлиқ бўлган ҳодисалар; препаратга индивидуал реакциялар; тасодифий ҳодисалар. Вакцинадан кейинги эмлаш ва вакцинанинг асоратлари ўртасидаги асосий фарқ узок муддатли даврда бир неча кундан, ҳафталардан, айрим ҳолла

рда ойлардан кейин реакциянинг келиб чиқиши ҳисобланади. Хатолар сабабли асоратлар эритиш, ташиш, доридармонларни суюлтириш техникасини бузган ҳолда, товуқ ёки бедана тухумига кучли аллергия реакциялар билан оғриган беморлар учун дастлабки аллергия тестларидан фойдаланиш қоидаларига риоя қилмаслик, юқори дозаларда вакциналарни киритиш билан ривожланади.

Вакцинадан кейинги ҳақиқий асоратлар ўзларини қуйидагича намоён қилиши мумкин: тирик вакцинани юбориш натижасида келиб чиққан юқумли касаллик; препаратга реакциянинг кучайиши; препаратни киритгандан кейин теридан яллиғланиш ўчоқлари пайдо бўлишидир.

Диагностик чоралар. "Вакцинациядан кейинги асоратлар" ни ташхислашдан олдин, доридармонларни қабул қилишдан кейин пайдо бўлган аломатларга ўхшаш бошқа касалликларни рад этиш керак. Шундай қилиб конвулсив ҳолатлар пайдо бўлганда, қуйидагиларни истисно қилиш керак: эпилепсия; миёна шиши; бошқа энцефалопатиялар; гипокальцемиё; турли хил этиологиялардаги менингит; рахит; ЎРИ ёки юқори ҳароратли грипп.

Препарат думба соҳасига юборилганда, ўтиргич нерв тизимида яллиғланиш жараёни пайдо бўлиши мумкин. Ушбу асорат эмлашдан кейинги биринчи кунда ўзини намоён қилади. Бу куйиш хисси, юриш пайтида оғриқ билан бирга келади. Худди шундай ҳолат ҳам эмлашдан кейин полиомиелит ривожланиши билан кузатилиши мумкин. Муҳим ота-оналар ва шифокор узок вақт бир хилдаги йиғлаш, лиқилдоқларнинг бўртиб туриши, конвулсиялар, рангпарлик, тўқималарнинг қаттиқлашиши ва қайт қилишга алоҳида эътибор беришлари керак. Бу шошилиш касалхонага ётқизиш, яъни госпитализация учун сабабдир!

Тирик вакциналар - қизамиқ, қизилча, паротит - киритилгандан сўнг, эмлашдан кейинги асоратлар препарат киритилгандан 5

15 кун ўтгач ривожланади. Булар турли хил тошмалар, лимфа тугунлари ва сўлак безлари яллиғланиши бўлиши мумкин. Агар бундай ҳодисалар 5 кундан олдин ва 15 кундан кейин содир бўлган бўлса, унда улар эмлашдан кейинги реакциялар билан ҳеч қандай алоқаси йўқ. Эмлашдан кейин буйрак ва асидик йўллари патологиясининг биринчи эпизоди кузатилиши мумкин. Кейинчалик текширувда одатда ушбу ҳудуднинг туғма касалликлари ва ёки сурункали яширин инфекциялари аниқланади.

Вакцинациядан кейинги асоратларни даволаш ва биринчи ёрдам терапевтик таъриқалар асоратларнинг аломатлари ва турига боғлиқ. Маҳаллий вакцинанинг асоратлари махсус терапияни талаб қилмайди ва ўз-ўзидан ўтиб кетади. Ушбу даврда антигистамин дориларни қабул қилиш тавсия этилади, бу ҳарорат кўтарилиши билан - парацетамол, ибупрофен, кўп сувоқлик ичиш ва боланинг умумий аҳволини назорат қилиш. Агар маълум бир юқумли жараён аниқланса, даволаниш асосий патологияни даволаш протоколига мувофиқ амалга оширилиши керак.

Шошилич касалхонага ётқизиш ва баъзи ҳолларда реанимация чоралари қўйидагиларни талаб қилади: онгни йўқотиш; терининг оқариши; лаблар, тирноқларнинг цианози; конвульсиялар; аллергия реакциянинг белгилари - юзнинг қизариши, қулоқлар даги шовқин, бронхоспазм ривожланишидир. Муайян вакцина билан эмлашни амалга оширмаслик керак бўлган бир қатор ҳолатлар мавжуд. Эмлаш учун мутлақ қарши кўрсатмалар: олдинги дозага кучли реакция; ҳомиладорлик; ёмон сифатли ўсмалар; турли сабабларга кўра иммуносупрессия; боланинг вазни 2 кг гача бўлса; прогрессив асаб патологиялари; тухум оқсили ва аминокликозидларга кучли аллергия. Бошқа барча қарши кўрсатмалар нисбийдир.

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

Болаларга кўрсатиладиган тиббий ёрдамнинг асосий тамойиллари:

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

Саломатлик гуруҳлари.

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

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

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

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

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

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

Саломатликка таъсир этувчи омиллар эндоген ва экзоген омилларга бўлинади. Эндоген омилларга ирсий ёки тугма омиллар— турли ирсий касалликлар, муддатдан олдин туғилиши қиради. Экзоген омиллар ўз ичига

табiiй, ижтимоий омилларни олади. Ижтимоий омиллардан санитария-гигиена турли касалликларни олдини олишда мухим омиллардан биридир.

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

- профилактик иш шунингдек, эпидемияга қарши чора - тадбирлар
- оромгоҳ, реабилитация элементларини ўз ичига олувчи тиббiiй иш
- соғломлаштириш чора - тадбирларни ўз ичига олувчи санитар - ободонлаштириш иши
- коммуникатив функцияли беморлар қариндошлари билан ишлаш

- хужжатлар билан ишлаш
 - квалификацияни ошириш
 - она ва бола соғлиғини сақлаш
 - ўсиб боровчи соғломлаштиришга қаратилган чора - тадбирлари комплексини ташкиллаштириш ва ўтказиш
 - болаларда она сути ва рационал овқатланишини ташкиллаштириш
 - туғма аномалиялар ва ирсий касалликлар сонини камайтириш
 - ўсмирларни тиббий ва профилактик кўрувни ташкиллаштиришдан иборат.
- Маълум бир ҳудуддаги профилактик чора тадбирларнинг барча комплексини педиатр билан биргалликда участка хамшираси, СБХ хамшираси, эмлаш хонаси хамшираси олиб боради. Соғлом болалар диспансеризациясида мутахассис шифокорлар ва лаборантлар иштирок этади. Чақалоқлик даври якунлангандан кейин ташкиллаштирилмаган болалар диспансер кузатувини УАШ профилактик қабуллар вақтида амалга оширади. Оналар томонидан болалар поликлиникасига қуйидаги берилган вақтларда ташриф буюриш тавсия этилган:- бола ҳаётининг биринчи йилида –соғлом болалар ҳар ой, хавф гуруҳида бўлган болалар кузатуви эса кўпроқ бўлиши керак;
- бола ҳаётининг иккинчи йилида – 3ойда бир марта;
 - 3 ёшда – бойда бир марта;
 - бола ҳаётининг 4,5,6 йилларида – бир йилда бир марта, туғилган ойида.

Профилактик кўрик вақтида УАШнинг асосий вазифаси.

УАШнинг асосий вазифаси боланинг ривожланиш ва соғломлилик даражасини аниқлаш, боланинг соғлиғида ўзгаришлар мавжулигини аниқлаш ва шунга кўра коррекцияловчи чора тадбирларни белгилашдан иборат.

Фойдаланилган адабиётлар

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

4. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013
5. Даминов Т.О., Холматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.
6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
7. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010
- 4-амалий машғулот. Чақалокларда терининг йирингли касалликлари. Сепсис, клиник кечиши, диагностикаси, профилактикаси.**

Режа:

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

Реабилитацияси ва профилактикаси

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**

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

Ишни бажариш учун намуна

Амалий машғулот ни мустахкамлаш учун қуйидаги манбалар зарур

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

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

1.Везикулопустулёз-касаллиги эрта неонатал даврнинг урталарида бошланиши мумкин. Сон, думба, табиий бурмалар, бош терисида улчами бир неча миллиметрли юза жойлашувчи пуфакчалар булиб, узида аввал тиник, кейинчалик хира суюклик саклайди. Касалликнинг морфологик субстрати булиб эккрин тери безлари чиқарув найининг яллиғланиши хисобланади. Касаллик кечиши хавфсиз. Ҳосил бўлган пуфакчалар 2-3 кундан кейин ёрилади ва эрозиялар пайдо булиб, улар устини курук пустлок коплаб олади. Сунгра кипикланиб тушиб кетади. Узидан кейин чандик ҳамда пигментация колдирмайди.

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

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

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

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

1-2 хафтадан сунг чакалок бутун танасидаги тери гиперемияланади, эрозиялар жуда катта майдонни эгаллайди. Асосий сабаб булиб, эпидермис остида куп миқдорда экссудат тупланиши хисобланади. Натижада юкоридаги клиник белгиларга эксикоз симптомлари хам кўшилади. Касалликнинг эритематоз ва эксфолиатив босқичларидан сунг тери эпителизацияси бошланиши унинг ижобий яқунланишидан далолат беради. Бу эса чандик ва пигментация каби асоратларсиз битишига олиб келади.

4. Фигнер сохта фурункулёзи - касаллик худди перипорит каби бутун тер безларига таркалиш билан кечиши мумкин. Тери остида бирламчи, ўлчами 1 неча мм дан 1-1,5 см гача булган тук-кизил рангда тугунлар пайдо бўлади. Кейинчалик тугунларда йиринг тупланади. Купрок таркалган

сохаларига - бошнинг сочли кисми , буйин орка юзаси, бел, думба ва оёк-кул териси киради. Тана хароратининг кутарилиши интоксикация симптомлари, регионал лимфа тугунларнинг реактив катталашиси, йирингли учокнинг метастазланиши узига хос хусусиятларидан хисобланади. Қон анализиди: лейкоцитоз чапга силжиши, нейтрофиллёз,анемия , ЭЧТ ошиши.

5. Чакалоқлар мастити. Огир касаллик бўлиб, физиологик каттиклашиш фониди кечади. Клиник кечишидаги узига хослиги факат битта кукрак безининг катталашиси ва инфилтратланиши билан намоён бўлади. Биринчи кунларида гиперемия булмаслиги мумкин. Пальпацияда бола огрикдан йиглайди ва безовталади. Без устидаги гиперемия кучайиб, тери остига инфилтрат микдорининг туланишининг ошиши окибатади флюктуация симптоми мусбат бўлади. Умумий ахволи ёмонлашади, эмиш харакатлари сустлашади, тана харорати кутарилади ва интоксикация белгилари кутилади. Кукрак безлари ареола атрофи босиб курилганда ёки ўз-ўзидан механик таъсирларсиз ҳам йирингли ажралмалар ажралиши кузатилади. Касаллик йирингли септик жараённинг метастазланиши билан хавфли.

Чакалоқлар некротик флегмонаси -яллиғланиш- йирингли касалликларнинг оғир кечувчи турларидан хисобланади. Касаллик гиперемияланган, зичлашган доғдан бошланади. Касаллик 4 та боскичда ривожланади:

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

II. Альтернатив-некротик боскич - касаллик бошлангандан 1-1,5 суткадан кейин бошланади. Зараланган тери сохаси тук-кук ёки ционатик тусга киради ва учок марказида юмшокланиш пайдо бўлади. Баъзи холатларда зараланган

учок перифериясидан марказга томон пайпасланганда «минус- тўқима» симптоми мусбат бўлади.

III. Тери кучиш босқичи - тери катламининг некрозланиши натижасида юзага келади. Кучиб тушган тери урнида атрофи нотекис жарохат дефектлари ва йирингли чунтакчалар ҳосил бўлади.

IV.Репарация босқичи - тери юзаси эпителизацияси билан бошланиб, узидан кейин чуқур чандикдар қолдириб битади.

Интоксикация белгилари асосан 2- босқичда намоён бўлади. Иситма, қусиш, диспептик узғаришлар, йирингли учоклар метастазланиши сепсис клиникаси билан адаштириши мумкин.

Даволаш. Эпидемияга қарши чора - тадбирлар.

Тугруқхонада пиококкли пемфигоид билан касалланган чакалок дархол болалар касалхонасининг махсус булимига утказилиши шарт. Касаллик аниқланган палатага бемор қабул қилиш тухтатилади. Чакалок билан мулоқатда булган ҳамма чакалоklar урин-курпалари ва тагликлари алмаштирилади. Бифидумбактрим бактериал дисбалансни олдини олиш мақсадида тавсия этилади. Стандарт курсатмаларга асосланган санитар тозалаш ишлари олиб борилади. Навбатчи шифокор бемор билан битта палатада ётган чакалокни ҳар галги йургақланиш вақтида баданини яхшилаб куздан кечириши керак.

Маҳаллий даво.

Везикулопустулёз. Одатда гигиеник ванначкалар қулланилади, киндик жарохатини ҳисобга олган ҳолда. Дезинфекцияловчи воситалардан калий перманганат 1:10000 нисбатдаги эритмаси, ромашка дамламаси қулланилади. Гигиеник ванначкалар утказишдан аввал йирингчаларни 70% ли спирт эритмаси билан шимдирилган доқа салфетка ёрдамида олиб ташланади. Бундан ташқари қунига 2 маротаба 1-2% ли анелин бўёқлари булмаган спиртли эритма ёки бриллиант қуқи билан маҳаллий қулланади. Шунингдек ксероформ қуқуни ҳам дезинфекцияловчи хусусиятга эга. Баъзи ҳолларда тошма элементлар миқдори қуп булганда, умумий аҳволи оғир чакалоklarда,

температура реакцияси булганда, конда яллигланишга хос узгаришлар аникланганда беморни госпитализация килиш ва пемфигус давосини куллаш мақсад мувофик булиб ҳисобланади.

Чакалок пуфакчалари. Пуфакчаларни тешиш ва ажралган суюқликни бактериолагик текширишдан бошланади. Сунгра пуфакчаларни мупипроцин мази (бактробан) билан обработка килинади. Бу муолажани утказаетганда пуфакчалар ичидаги суюқликни соглом териға тушишиға йул куймаслик керак.

Эксфолиатив Риттер дерматити. Тана температурасини нормал ушлаб туриш, сув электролит балансини мувозанатлаштириш, тери тозалигига риоя килиш зарур. Биринчи тадбир чакалокни иссиклик нури берувчи стол ёки махсус каркас, кувезларға жойлаштириш ва тана температурасини хар 2 соатда улчаш ва атроф мухит хавосини шу температурада ушлаб туриш керак. Агар боланинг холати яхши булса кунига 1-2 марта 37-38° С хароратли ромашка кайнатмаси солинган стерилл ванналарда чумилтириш мумкин. Зарарланмаган тери соҳасига 1-2% анилин буёкларини сувдаги эритмасига Буров суюқлигини кушиб компресслар килинади, натрий хлориднинг изотоник эритмасига кумуш нитрат 0,1%) ли эритмаси кушилган эритмани ва калий перманганатни 5%ли эритмаси суртилади. Унча катта булмаган эксфолиатив соҳаларға бацитроцин мази суртиш мумкин. Юмшатувчи витамин А кремини терини куриган соҳаларига суртилади. Барча пиодермия билан касалланган болаларға стерил плёнка ва бошка жихозларни терини минимал жарохатланишиға алоҳида ахамият бериш лозим. Сероз суюқлик хисобига куп миқдорда намлаишии адсорбциялаш мақсадида ва терини йургак билан таъсирланишидан химоя килиш учун рух оксидининг 5% ли кукуни (присипка) тальк билан кулланилади. Бокс хонасидаги хавони кунига 4 марта бактериоцид лампа билан зарарсизлантирилади (бунда болани усти ёпиб турилади).

Фигнер псевдофурункулёзни, маститни, флегмонани некротик шаклини даволаш чора- тадбирларини педиатр ва болалар жаррохи биргаликда амалга

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

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

Стрептодермиялар. 1. Бирламчи сарамас. Касаллик асосан юз ва киндик атрофи терисини жароҳатлайди ва тезда бошка сохаларга таркалади («саёхат килувчи сарамас», «дайди сарамас»). Одатдаги холларда касаллик фебрил температура, холсизлик, маҳаллий гиперемия ва тери ости ёг катламининг инфильтрацияси билан бошланади. Учок атрофи нотугри шаклда, чегараси ноаник, маҳаллий гипертермия ва гиперестезия булиши характерли. Янги тугилган хакалокларда «ок сарамас» кузатилиши мумкин, бунда гиперемия аникланмайди, зараланган соха териси окаради, баъзида пуфакчалар хам пайдо бўлади, тери ости абсцесслари ва некрозлари аникланади. Касалликни кечиши одатда огир, болаларнинг ахволи ёмонлашиб боради, бола ланж булиб қолади, кукракни эмишдан бош тортади, диспептик узгаришлар хам кушилади. Миокардит, менингит ва буйрак зарарланиш белгилари пайдо бўлади.

2. Папулоэрозив стрептодермия. Зич кукимтир-кизгиш рангдаги, улчами 0,1-0,3 мм ли папулаларнинг думба ва сон орка юзаси терисида пайдо булиши билан характерланади. Папулалар тез эрозияланади ва калоклар

билан қопланади. Зарарланган терига якинрок булган сохаларда янги элементлар, шунингдек, пиококкли элементлар пайдо бўлади.

4. Вульгар эктима - стрептодермиянинг ярали шакли ҳисобланади.

Жарохатланган учокда стрептококкдан ташкари стафилококк, *Pseudomonas aeruginosa* каби бактериялар ҳам аниқланади. Касалликни 2 хил тури фарқланади:

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

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

5. Паронихия – тирноқлар валиқларини инфекция зарарланиши булиб, стрептококк ва стафилококк қузғатувчи касалликдир. Стрептококк билан зарарланишни типик кечиши гиперемия фонида пуфакчаларни шиши ва эрозиялар ҳосил булиши билан намоён бўлади.

Стрептодермияларни даволаш.

Маҳаллий даво -ҳудди, стафилококкли инфекция билан зарарланган терида олиб бориладиган тадбирлар каби утказилади. Панариций ва эктимани тешиб қирувчи шаклида даво педиатр билан болалар жарроҳи томонидан утказилади. Панарицияда маҳаллий даво сифатида калий перманганатли эритмадан фойдаланилади.

Умумий даволаш. Антибактериал давода антибиотикларни комбинациясини қуллаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Киндик ярасининг инфекция касалликлари. Катарал омфалит

(намланувчи киндик). Киндикдан сероз суюқлик ажралиши, эпителизацияланишини секинлашуви, енгил гиперемия ва киндик халққасини инфильтрациясини булиши билан характерланади. Киндик

қолдиғи тушгандан сунг 1-кунларида қонли қалок пайдо бўлиши ва унинг остида сероз-йирингли ажралма тупланиши мумкин. Чақалок умумий ахволи узгармайди хараоти меъёрий чегараларда бўлади. Қонда узгаришлар аниқланмайди. Қиндикда пульсация аниқланмайди.

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

Омфалит. Қиндик тубинп, қиндик халқасини, қиндик халқаси атрофидаги тери ости ёғ қавати қиндик томирларни бактериялар ялпигланиши ҳисобланади. Қасаллик эрта неонатал даврда ёки чақалок хаётининг 2-хафтасида қатарал омфалит белгилари билан бошланади. Бир неча кундан сунг қиндик пиореяси - қиндик ярасидан йирингли ажралма ажралиши, ҳамда қиндик халқаси шиши ва гиперемияси, қиндик атрофи тери ости ёғ қавати инфильтрацияси қузатилади. Натижада қиндик қорин олд девори қутарилиб қолади. Қиндик атроф териси гиперемияланган ушлаб қурилганда иссиқ қорин олд девори томирлари қенгайган (венотурни қучайиши), лимфангоит қушилиши оқибатида қизил қизилқалар пайдо бўлиши қузатилади. Болани ахволи оғирлашиши, холсизланиши, қуқракни суст эмиши, қалқиб қетишлар, тана массасини қамайиши билан қечади. Тана хараоти фебрил. Қон анализиди лейкоцитоз, қапга қилжиш билан, ЭҚТ ни ошиши. Оқибати: уз вақтида тугри қулланилган даво қора- тадбирлари натижаси яхши, баъзан инфекциян учокни метастазланиши ёки генерализацияланиши ҳам мумкин.

Сепсис - ациклик қасаллик бўлиб, унинг асосида организмнинг бактерияларга ва шартли инфекцияларга (асосан госпитал инфекция) қарши ноадекват систем яллигланиш қавоби ётади. У эса уз навбатида томирлар эндотелийсини генерализацияланган турда жароҳатланишига,

микроциркуляцияни бузилишига, гемостаз тизимини издан чикишига, ДВС синдромининг ривожланишига ва органлар етишмовчилигига олиб келади. Этиология. Сепсис билан касалланганлар 2 гуруҳга булинади:

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

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

Олиб келувчи факторлар

Табиий химоя барерини инфекцияга карши курашиш кобилиятини камайишига олиб омиллар:- марказий вена ва киндикни узоқ муддат катетиризацияси, трахея интубацияси, ИВЛ, аралаш инфекцияли уткир респиратор касаллик, терини тугма нуксонлари ва умумий аллергик касаллиги ёки тери жарохати (куйиш, тугруқ вақтидаги травматизация, оператив муолажа вақтида травма олиш ва хлоргексидин билан катта хажмда ишлов бериш ёки 95% ли спирт кайта ишлатилганда), энтерал овкатланиш йуклиги туфайли ичак колонизацион резистентлигини камайиши, ичак дисбактериозлари.

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

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

Вактдан олдин тугилишга юкоридаги 2 икки омил келиб чикишига олиб келади

Патогенез.

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

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

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

Клиника: Факатгина сепсис касаллиги учун хос булган абсолют клиник белгилар мавжуд эмас. Сепсисга хос булиб септик хабитус хисобланади, яъни, тез юзага чикувчи безовталаниш, холсизлик, адинамия, тери рангини ок-кулранг рангга кириши, темир ранггига ухшаш, геморрагия, йирингчалар, склерема учоклари булиши, тери тургорини узгариши , коринда газ тулланиши, корин пастки кисмида шиш ва веноз турни куришиб туриши, калкиб кетиш купинча сафро билан, кусиш, ич кетиши, анорексия, юз

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

булиши (2 ва ундан ортик), генерализацияланган инфекция клиникасини
булиши ва лаборатор белгилар асосида куйилади. Агар болада учокли
инфекция булса, бундай холатларда ташхис куйиш учун сепсис клиникасини 4
та ва генерализацияланган инфекциянинг 3 та лаборатор белгисини
аникланиши етарли хисобланади.

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

Бактериологик экма. Бунинг учун бемордан олинган турли материаллар
кайта экилади, буларга кон, ахлат, пешоб, йиринг, огиз бушлигидаги шиллик,
орка мия суюклиги (агар люмбал пункция килинган булса) ва б. киради.

Барча экмалар антибиотикотерапия кулланилишига кадар бажарилиши
максадга мувофик, бўлади ва грамм манфий бактерияларни, замбуругларни,
анаэроб флорани аниқдаш учун стандарт мухитлардан фойдаланиш лозим.

Бемор конини 2 маротабан 1 мл дан кам булмаган миқдорда экилиши шарт.

Агар 2 хил жойдан олинган материалда бир хил микроб ёки микроблар
ассоциацияси аниқданса сепсис ташхиси асосли деб хисобланади. Ҳомила
ичи суюклиги ёкимсиз хид билан аниқланганда, чакалок, хаётининг
дастлабки 30 мин да ошқозон махсулотлари ва ташки кулоқдан олинган
суртма материалларидан экма тайёрлаш тавсия этилади.

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

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

Сепсис авж даврида қон зардобидида гипопротейнемия альбумин камайишп
билан бирга a_1 ва a_2 -глобулинлар миқдори ошиши, С-реактив оксилга мусбат
реакция, жигар ферментлар активлиги, билирубин, сиал кислота ошиши

кузатилади. Гамма глобулинлар, иммуноглобулин-А,М,С, ва В-,О-лимфоцитларнинг бирданига кутарилиши сепсисни оғир даражаси учун хос. Гиперергик сепсисда иммуноглобин-М,-А ва В - лимфоцитларни юкори даражада ошиши кузатилади. Сепсис учун нейтрофиллар функциясини бузилиши, тугалланмаган фагоцитоз, хемотаксис дефект, оксил катионлари ва плазма фибриногени камайиши хос.

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

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

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

Антибактериал химиотерапия. Сепсис авж даврида энг мухим даво чора - тадбирлардан хисобланади. Одатда, 2 турдаги бактериоцид таъсирга эга булган, лекин бир гурухга кирмайдиган антибиотик катта дозаларда вена ичига юборилади, ичишга (энтерит, энтероколитларда), абсцесс

бушлиқдарига, пневмонияда кукрак кафасига ва омфалитда киндик томирига электрофарез ёрдамида юбориш мумкин. Антибиотикларни максимал дозаси факат инфузион йул билан киритиш мумкин.

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

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

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

Поликлиннкадаги диспасер назорати. Бемор касалхонадан чиқкандан сунг 3 йил давомида касаллик кечишидан катъий назар педиатр, невропатолог, иммунолог ва бошка мутахасислар назоратида бўлади. Профилактик эмлаш чора-тадбирлари согайгандан ярим йилдан сунг олиб борилади. Сепсис

утказган болаларда минимал церебрал дисфункция келиб чиқишини ҳисобга олган ҳолда фенибут, пантогам ёки аминалон, энцефабол, ноотропил (1- 1,5 ой давомида) каби дорилар тавсия этилади. Темир танқислик анемиями, рахит ривожланишини олдини олиш мақсадида чиниктириш, массаж ва гимнастик машқларни мунтазам равишда куллаш.

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

Профилактика. Чақалоқлар йирингли - септик касалликлар профилактикаси хомиладор аёлларда ўз вақтида бактериал вагинозни аниқлаш ва санация қилиш, сурункали яллиғланиш ўчоғини аниқлаш, ўткир инфекцион жараёнларни олдини олиш, аёллар консултациясини динамикада кузатиш, хомиладорликни тўғри кечишини ва вақтидан илгари туғилишни олдини олиш чора- тадбирларини қўллашдан иборат.

Назорат саволлари

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

Фойдаланилган адабиётлар

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

5. Даминов Т.О., 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. Неонатология, Каримжонов И.А. ва бошқалар. Ўқув қўлланма, 2020. Тошкент

5-амалий машғулот: Болаларда ўткир ревматик иситма касаллигининг кечиши ва унинг профилактикаси. 2-соат.

Машғулот ўтказиш жойи, жиҳозланиши

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

Ревматик иситма (эски номенклатура бўйича ревматизм) бириктирувчи тўқималарнинг тизимли яллиғланиш касаллиги бўлиб, асосан юрак қон томир тизимини зарарлайди ва этиологик омили бўлиб А гуруҳига мансуб β-гемолитик стрептококк ҳисобланади.

Ўткир ревматик иситма билан касалланган беморларда халқум суртмаси текширилганда БГСА нинг маълум бир хусусиятга эга бўлган “ревматоген” штамлари борлиги аниқланган. БГСА нинг 130 га яқин тури аниқланган бўлиб, ЎРИ ривожланишида эпидемиологик ахамиятга эга бўлганлари: M1, M3, M5, M6, M14, M18, M19, M24, M27, M28 ва M29 штамлари ҳисобланади. Бу қўзғатувчилар юқори контагиозлик хусусиятига эга бўлиб халқум азоларига нисбатан жуда таъсирчан. Касалликни тарқалишига кўпинча беморлар, кам ҳолларда инфекцияни симптомларсиз ташиб юрувчилар ҳисобланади. Касаллик хаво –томчи йўли орқали тарқалади. Касалликни юқиш эҳтимоли бемор билан яқин мулоқат қилганда, қўзғатувчи штамларини юқори миқдори ҳосил бўлганида ортиши мумкин. БГСА билан чақирилган тонзиллит тарқалиш ўчоқлари кўпинча боғча, мактаб, харбий бўлинмаларда ва бошқа муассаларда тарқалади.

Хосил бўлган стрептококкга қарши антителолар тўқима антигенлари билан қарама-қарши таъсир этиб, биринчи навбатда саркоlemma оксиллари, миозин, юрак клапанларининг гликопротеидлари (молекуляр мимикрия феномени), шунингдек бош миянинг субталамик ва каудал зоналарида жойлашган нерв тўқималарининг цитоплазматик антигенлари билан бирикади.

Гипериммун жараённинг авж олиши билан, биринчи навбатда юракни зараланиши механизмлари – миокард ва табақалар аппарати зарар кўради. Бунинг исботи бўлиб, зарарланган тўқималарда стрептококк М-оксилларининг топилиши ва унинг таркибига кирувчи пептидларнинг идентификацияси хисобланади. Стрептококкнинг полисахарид структураларига ва у билан ўзаро қарама-қарши таъсир этувчи юрак тўқималарининг гликопротеидларига қарши ишлаб чиқилган антителолар титри юрак клапанларининг зарарланиши тўлиқ бартараф этилганидан сўнг камайиши аниқланган, комиссуротомия ўтказилганидан сўнг эса ўзгаришсиз қолган. Юрак тўқималарига қарши антителолар (ЮТҚА) ревмокардит бўлган барча беморларда юқори титрларда аниқланган, ревмокардити бўлмаган беморларда эса аниқланмаган. Бундан ташқари, юрак зарарланишидан ўлган бемор болаларнинг миокард тўқималарида ёпишган иммуноглобулинлар ва комплемент аниқланган бўлиб бу қонда айланиб юрувчи (ЮТҚА) антитаначаларнинг патогенетик таъсир қилишини яна бир бор исботи бўлиб хисобланади.

ЎРИ ривожланиш механизмига кўра аутоиммун касаллик бўлиб, иммун яллиғланишга сабаб бўлувчи омиллар бу стрептококк омилларига қарши бўлган антителоларининг тўқима антигенлари билан бирга тўқнашишидир. Бунда аутоантителоларнинг асосий “нишони” бўлади.

Ўткир ревматик иситма классификацияси

Ўткир ревматик иситма ва СРЮК МКБ-10 китобида юрак қон-томир касалликлари тизими касалликлари ичига (класс IX), мустақил касалликлар сифатида 100–102 ва 105–109 бўлимларига киритилган, шу сабабли улар алоҳида нозологик турлар соҳасига жойлаштирилган. Бу ЎРИ ва СРЮК ни

нафақат даволаш, балки бирламчи ва иккиламчи профилактика даво чораларини олиб бориш имкониятини беради.

**Ўткир ревматик иситма классификацияси
(Россия ревматологлар ассоциацияси, 2003)**

Клиник вариантлари	Клиник намоён бўлиши		Оқибати	ҚЕ босқичлари	
	Асосий	Қўшимча		КСВ*	НУНА*
Ўткир ревматик иситма	Кардит Артрит Хорея Айлана эритема	Безгак Артралгия Абдоминал синдром Серозитлар	Тузалиш Сурункали ревматик юрак : Юрак нуқсонисиз*** Юрак нуқсони билан****	0 I II А	0 I II
Қайталама Ревматик иситма	Ревматик тугунчалар			II Б III	III IV

*КСВ - классификация Н.Д. Стражеско ва В.Х. Василенко бўйича

** функционал синфи НУНА (Нью-Йорк кардиологлар ассоциацияси бўйича)

*** ЭХОКГ орқали аниқланадиган юрак табақаларини регургитациясиз яллиғланиш олди фибрози билан қопланиши.

**** бирламчи юрак нуқсони аниқланганда, бошқа сабабларни истисно қилиш керак (инфекцион эндокардит, бирламчи антифосфолипид синдроми, юрак табақаларини дегенератив кальцинозли яллиғланиши ва бошқалар)

3. Жадвал. Сурункали қон- томир айланишини етишмовчилигини классификацияси (Н.Д.Стражеско, В.Х. Василенко,1935)

Босқич	Ўзгаришлар характери
I – бошланғич босқич	Субъектив белгилар (хансираш, юракни тез уриши) ва объектив белгилар қон айланишини бузилиши белгилари фақат жисмоний юклатмадан сўнг пайдо бўлади, тинч холатда кузатилмайди.
II	Гемодинамикани тинч холатда ҳам бузилганидан дарак берувчи белгилар. Моддалар алмашинувини ва аъзолар функциясини бузилганлигидан дарак берувчи белгилар.
II (А босқич)	Юракни ва “ўнг” ва “чап” томонларини етишмовчилиги. Қон айланишини бузилиши ва аъзолар етишмовчилигини белгилари куннинг иккинчи ярмида ёки жисмоний юклатмадан сўнг пайдо бўлади.
II (Б босқич)	Юракни ва “ўнг” ва “чап” томонларини етишмовчилиги. Қон айланишини етишмовчили кучлироқ намоён бўлади ва тинч холатда ҳам кузатилади.
III – охирги, дистрофик босқич	Юрак етишмовчилиги, қон айланишини етишмовчилиги, моддалар алмашинувини бузилиши, аъзолар функциясини бузилиши, аъзоларда орқага қайтмас структуравий ва морфологик ўзгаришлар ривожланади.

4. Жадвал. Юрак функционал холатини Нью-Йорк классификацияси (субъектив ўзгаришларга асосланган)

Функционал синф	Ўзгаришлар характери
I	Юрак хасталиги бўлган беморларда жисмоний фаолликни чекланмаганлиги. Одатий жисмоний ҳаракат юракни тез – тез уриб кетишини, хансирашни, стенокардия хуружини ва чарчоқни чақирмайди.
II	Юрак хасталиги бўлган беморларда жисмоний фаолиятни

	чекланганлиги. Тинч ҳолатда ўзларини яхши хис қиладилар. Жисмоний ҳаракат чарчаш хиссини , юракни тез уришини, хансирашни ва стенокардия хуружини чақиради.
III	Юрак хасталиги бўлган беморларда жисмоний ҳаракатларини чекланганлиги. Тинч ҳолатда улар ўзларини яхши хис қилади , бироқ озгина жисмоний ҳаракат уларда чарчаш хиссини , юракни тез уришини, хансирашни ва стенокардия хуружини чақиради.
IV	Юрак хасталиги бўлган беморларда умуман жисмоний ҳаракатларни чекланганлиги. Субъектив белгилар ҳатто тинч ҳолатда ҳам безовта қилади. Хар қандай жисмоний ҳаракат ахволни ёмонлашувиға олиб келади.

ЎТКИР РЕВМАТИК ИСИТМАНИ

КЛИНИК КЎРИНИШИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

5. Жадвал ЎРИ ни диагностикаси учун ишлатиладиган Киселя- Джонс критерийлари (APP, 2003 модификациясида)

Катта критерийлар	Кичик критерийлар	А-стрептококкли инфекцияни ўтказганлигини тасдиқловчи маълумотлар
-------------------	-------------------	---

Кардит	Клиник белгилар: Артралгия	Халқумда А – стрептококкли культурани
Полиартрит	Безгак	аниқланиши, ёки А-стрептококк антигенини аниқловчи тезкор тест синамаси
Хорея	Лаборатор маълумотлар: Юқори Ўткир фаза реактантлари:	
Айлана эритема	ЭЧТ ни ортиши С-реактив оксил	
Тери ости ревматик тугунчалар	Инструментал текширув: ЭКГ да RR интервалини узайиши, Доплер - ЭХОКГ да митрал ёки аортал регургитацияни белгилари	Юқори ва ортиб борувчи стрептококкга қарши антитело титри АСЛ – О, анти ДНК – В.

Иккита катта критерийларни ёки битта катта ва иккита кичик критерийларни мавжудлиги А стрептококкли инфекцияни ўтказганлиги белгилари билан биргаликда ЎРИ ни ташхисини тасдиқлаш учун асос бўлиб ҳисобланади; алоҳида ҳолларда 1) чекланган (“тоза”) хорея – бошқа сабаблар истисно қилинганда (PANDAS шулар қаторида); 2) кечки кардит– вақт бўйича чўзилган (>2 ой) клиник ва инструментал вальвулит симптомларини ривожланиши – бошқа белгилар истисно қилинганда; 3) қайталама ЎРИ сурункали ревматик юрак касаллиги фонида (ёки у сиз).

Ревматик безгакни клиник кўринишида касалликни биринчи хужумини бошланишидан олдин, ўтказилган тонзиллит ёки фарингитдан кейин бир неча кун “латент” даври кузатилади. Бу даврда болалар холсизликка, тез чарчашга, бош оғриғига, умумий дармонсизликка, кўп терлашга, бурун қонашига, бана хароратини субфебрил даражаларгача кўтарилишига шикоят қиладилар. Кўрувда терини оқимтирлигини, сурункали захарланиш белгиларини кўришимиз мумкин. Бу касалликни даракчилари даври деб ажратамиз. 1,5 – 3 хафтадан кейин, тана харорати юқори даражаларгача кўтарилиб ревматизмни асосий синдромлари: артрит, кардит, хорея, аннуляр эритема, ревматик тугунчалар аниқланади.

Кардит. ЎРИ ни асосий синдроми (90 – 95% ҳолларда аниқланади), касалликни кечишини ва оқибатини аниқлаб беради. Тахминан 1/5 ҳолларда ревматик кардит артрит ва хорея билан бирга кечади. Кардитни клиник

симптоматикаси юракни у ёки бу структурасини зарарланишига боғлиқ холда кечади — эндокард, миокард ёки перикард. Бу патологик холатларни клиникада ажратиш қийинлиги сабабли уни “ревмокардит” термини билан умумлаштириб айтиш тавсия қилинган. Ревмокардит эрта белгилари бўлиб; юракни тез уриб кетиши, хансираш, юрак соҳасида оғриқ (кардиалгия) хисобланди. Кўпгина беморларда юрак чегараларини кенгайиши, юрак тонларини бўғиқлашиши, айниқса биринчи тонни, юрак уришини тахикардия ёки брадикардия бўлиб ўзгариши, миокард ёки эндокард ни зарарланишига қараб систолик шовқинни пайдо бўлишини кузатишимиз мумкин.

Миокардни зарарланиши учун характерли бўлган белгилар; ўтказувчан бўлмаган юрак чўққисида ва бешинчи нуктада, кучли бўлмаган, юмшоқ систолик шовқин (бу папилляр мушакларни дисфункцияси натижасида юзага келади) ёки юрак асосида қон айланишини бузилиши натижасида, ўпка артериясидаги босим, қонни қуюқлашиши ва хажмини ортиши, қоринча миокардини қисқаришини компенсатор равишда кучайиши натижасида келиб чиқадиган “шовқинни” эшитамиз. Бу шовқинлар интенсивлиги бемор вертикал холатида ёки жисмоний юклатмадан сўнг камаяди. ЭКГ да юрак ритминини ва ўтказувчанлигинини бузилишинини (PQ узайиши), реполяризация жараёнларинини бузилганлигинини (ST сегментинини депрессияси, Т тишча амплитудасинини пасайиши) кўришимиз мумкин; УТТ да чап қоринча бўшлиғинини кенгайишинини ва миокардини қисқариш функциясинини камайганлигинини кузатамиз.

Ревматик артрит

Ревматизмни биринчи хужумида асосий ва эрта бошланувчи клиник синдромлардан бири бу бўғимлар яллиғланишидир. Ушбу клиник синдром, бирламчи ЎРИДа 60% дан 90% гача ва қайталама ревматизмда 50 дан 67% гача учрайди.

Бўғимлар зарарланиши ўткир бошланиб, асосан йирик ва ўрта бўғимлар: тизза, тўпик, камроқ тирсак, елка ва кафт бўғимлари жараёнга жалб этилади. Одатда яллиғланиш симметрик бўғимларда ривожланиб, “учувчан” ва

ўзгарувчан бўлади. Ревматик полиартритда бўғимлар шишади, контурлари текис бўлади, пальпация қилинганда локал гипертермия, гиперемияни ва бўғимлар функциясини бузилганлигини (экссудатив компонент кўшилганда — синовит) аниқлашимиз мумкин. Бўғимлар ҳаракатланганда ва тинч ҳолатда турганда ҳам, тери усти гиперестезияси натижасида кучли оғриқ беради. Охириги пайтларда бўғимлар зарарланиши кўпчилик беморларда олигоартрит ва моноартрит шаклида кечмоқда.

Ревматик хорейя

Ревматик хорейя (кичик хорейя ёки Сиденгам хорейяси) — яллиғланиш жараёнига миянинг баъзи бир (йўл – йўл тана, субталамик ядро, мияча) структураларини жалб қилиниши натижасида юз беради. ЎРИ билан касалланган беморларнинг 6–30% да учрайди. Кўпинча 6 ёшдан 15 ёшгача бўлган қиз болалар касалланади.

Ревматик хорейя қуйидаги пентада симптомлар билан кечади:

- дистал гиперкинезлар
- мушаклар гипотонияси (мушакларни кучли бўшашишидан то параличларгача)
- статик ва координация бузилишлари
- вегето - томир дисфункцияси
- психоэмоционал бузилишлар (кайфиятни нотурғунлиги, қўзғалувчанлик, йиғлақилоқлик ва бошқалар).

Ануляр (айлана) эритема

Ануляр эритема (*Erythema marginatum*) — ЎРИ учун характерли бўлган белгилардан бири ҳисобланади. У ревматизмни фаол даврида (5 – 15%) беморларда учрайди. Бу теридаги айлана ва ярим айлана шаклдаги пушти рангли тошмалар бўлиб, улар тери сатхидан кўтарилмайди. Уларнинг диаметри бир неча миллиметрдан 5 – 10 см гача бўлиб, бўғимлар ва тананинг юздан бошқа ҳамма қисмига тошиши мумкин. Тошмалар қичишмайди, тери устига босилганда оқаради ва ҳеч қандай из қолдирмасдан (пегментация,

кипиқланаиш, атрофик ўзгаришлар) тезда йўқолади. Эритема васкулит борлигини билдиради ва кардитни юқори фаоллигидан далолат беради.

Ревматик тугунчалар

Тери ости ревматик тугунчалари охириги пайтларда жуда кам учраб фақат (1–3%) холларда болаларда кузатилади, балоғат ёшида ва катталарда деярли учрамайди. Тугунчалар думалок, қаттиқ (диаметри 1 – 2см), камхаракат, оғриқсиз бўлиб периартикуляр тўқимада, бўғимларга ёпишган бўлади. Умуртқа поғонаси, тизза, тирсак бўғимлари ва орқа бўйин (gallea aroneurotica) сохаларида оғриқсиз нўхотдек тугунчалар шаклида аниқланади. Тери ости ревматик тугунчалар юракни оғир зарарланишидан далолат беради, ЎРИ ни кечки белгиларидан бири хисобланиб, 1–2 ой давомида сақланиб туради.

ДИАГНОСТИКА.

Жадвал. ЎРИ учун қайта кўриб чиқилган Джонс критерийлари (АНА, 2015)

А. халқумда БГСА инфекциясини ташхисни тасдиқлаш учун аниқлаш (хамма беморлар учун)	
Бирламчи ЎРИ	Иккита катта ёки битта катта плюс Иккита кичик критерийлар
Қайталама ЎРИ (анамнезда ЎРИ ўтказганлигини тасдиғи ёки СРЮК ни мавжудлиги)	Иккита катта ёки битта катта плюс Иккита кичик критерийлар ёки учта кичик критерий
В. Катта критерийлар	
Паст хавф гуруҳи популяцияси	Юқори ва ўрта хавф гуруҳи популяцияси
Клиник кардит ва/ёки субклиник	
Артрит	

Полиартрит	Моноартрит ёки полиартрит Полиартралгиялар
Хорая	
Айлана эритема	
Ревматик тугунчалар	
С. Кичик критерийлар	
Паст хавф гурухи популяцияси	Ўрта ва юқори хавф гурухи популяцияси
Полиартралгия	Моноартралгия
Иситмалаш ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$)	Иситмалаш ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$)
ЭЧТ ≥ 0 мм/ч и/или СРО \geq мг/дл	ЭЧТ ≤ 30 мм/ч и/или СРО \geq мг/дл
ЭКГ да QR интервалини узайиши бемор ёшини инобатга олган холда (аграда кардит катта критерийларга кирса)	

ДАВОЛАШ

ЎРИ ни даволаш эрта, комплексли, давомли (3–4 ой), этапли (стационар, ревматолог реабилитацион терапия олиб бориши учун, диспансер кузатуви поликлиникада) бўлиши керак. Адекват даво чораларини тайинлашда касалликни ўткир бошланганлиги, фаоллиги, кечиши инобатга олиниши керак.

Комплексли давони мақсади:

1. БТСА ни эрадикацияси (этиотроп даво).
2. Яллиғланиш жараёнини бартараф қилиш (патогенетик даво).
3. Кардит ўтқазган беморларда юрак нуқсонини пайдо бўлишини олдини олиш (профилактик терапия).
4. Юрак етишмовчилигини ва ритм бузилишини даволаш.
5. Реабилитация.

Терапия этаплари:

I этап — стационар даво

II этап — махаллий кардиоревматологик санаторий ёки ревматолог назоратида бўлиш.

III этап — диспансер кузатуви поликлиникада ва ревматолог консультацияси рецидивланишга қарши терапия олиб бориш.

ОРТТИРИЛГАН ЮРАК НУҚСОНЛАРИ

Орттирилган юрак нуқсонлари асосан ревматизм, қайталама ревматизмдан кейин ривожланади.

Ревматик яллиғланиш эволюциясида юрак табақаларида қандай ўзгаришлар содир бўлади? Юрак табақаларининг юрак утиш жойларида тромблар пайдо булари бу тромблар вақт утиши билан дағал грануляциян туқимага айланади. Кейинчалик гранулалар чандикқа айланиб секин-аста фиброз туқимасини пайдо қилади, фиброз туқиласи юрак табақаларини бужмайтириб, кичрайтиради. Бунинг оқибатида юрак табақаларининг ригидлиги ошиб, атриовентрикуляр тешикни тулиқ ёпмайди ва улар функциясида етишмовчилик пайдо булари. Ревматизмнинг қайта атаксида табақалар янада бужмайиб веноз тешикларнинг стенозига олиб келади. Ва табақалар етишмовчилиги билан биргаликда атриовентрикуляр тешикларнинг стенози ҳам ривожланади.

Клиникада биз кўп холларда табақалар етишмовчилиги ва стенозини биргаликда кўп холларда учратамиз. Баъзи холларда етишмовчилик етокчилик қилса, баъзи холларда стеноз етакчилик қилади. Демок митрал етишмовчилик нуқсони эволюциясида аввал тоза митрал етишмовчилик, кейинчалик атриовентрикуляр стенозини куришимиз мумкин.

Лекин юрак митрал табақаси нуқсонини ташхисида фақат систолик шовқинга асосланиб қолиш кифоя қилмайди. Митрал юрак нуқсони доимий систолик шовқин, I тоннинг сустлиги, а.pulmonalisflaII тон акценти булганда асосланади.

Митрал етишмовчиликнинг 3 шакли туғрисида гапириш мумкин.

I шакли - енгил даражали мушак-митрал етишмовчилиги, мушак - асаб тизимининг функционал ўзгаришлари оқибатида келаб чиқари.

II шакли - митрал табақада органиқ ўзгаришлар орқали келиб чиққон-мушак-митрал етишмовчилиги.

III шакли - митрал табақадаги органиқ ўзгаришлар орқали келиб чиққон митрал табақа етишмовчилиги.

I шакли асосан хар хил сабаблар орқали келиб чиқада (миокард дистрофик ва яллиғланиши, умумий инфекциялар, камқонлик ва бошқалар) Бу холатларда митрал табақа етишмовчилиги енгил ва фақат нозик систолик шоқин билан кечади.

II шакли атеросклерз ва кардиосклероз туфайли ривожланади. Бу холат кўпроқ чап қоринчанинг кенгайиши ва аортал етишмовчилик билан кечади.

III шакли - асосан ревматик эндокардитдан кейин ривожланиб митрал етишмовчилик билан кечади. Бу юрак нуқсонида дағал систолик шоқин юрак пукқисиде эшитилади.

ЭКГ да - чап қоринча гипертрофияси, баъзадан чап булимча гипертрофияси билан кечади.

Бошланғич фазасиде: тана хароратининг кўтарилиши, интоксикация, терлаш бўлади. Болаларда кўпинча аорта ва митрал юрак табақалари шикастланади, уларнинг етишмовчилиги кузатилади.

Иккиламчи бактериал эндокардитда тромбоэмболик ўзгаришлар эндокардда - геморагик тошмалар, гематурия, ички аъзолар инфаркти кузатилади.

Ташхис

Кушимга ташхис усули эхокардиографиядир - тромбоэмболик вегетациялар юрак табақалариде аниқланади.

Давоси

1) Узоқ ва массив антибактериал терапия

диагностик критерийларга асосланиб ташхис қуйилади. Буларга асосий ва кушимча критерийларга булинади.

Асосийлар: кардит, полиартрит, хорей, халқасимон эритема, ревматик тугунчалар.

цушимчалари:

А. Антиревматик терапиядан эффект бўлиши, артралгиялар, тона харорати кутарилиши, тез чорчаш, қоринда *оғриқ*, бурундан қон кетиши ва башқалар.

Б. СОЭ кутарилиши, С-реактив оксил мусбатлиги, лейкоцитоз, сиалов кислота ошиши ва бошқалар, ЭКГда P-Q интервалнинг узайиши.

Ревматизм ташхиси 2та асосий критерий, ёки 1та асосий 2та қушимча критерий мусбат булганда тасдиқланади.

Даволаш

1. Ўткир фазада - ётоқ режими.

2. Медикаментоз терапия - патогенезнинг асосий 2та фазасига -инфекцион агент ва аллергик (иммунологик) фазаларга қоратилган.

Ревматизмнинг юқори активлик даражасида глюкокортикоид ва ностероид яллиғланишка қарши препаратлар комбинацияда қулланилади, қушимча - витаминлар. Калий препаратлари, юрак воситалари қулланилади.

Бирламчи профилактика - стрептококк инфекцияга қарши даво чоралари.

Диспансер кузатув. Стационар ва санатор даволанишдан кейин бемор поликлиника кардиолог назоратига утади.

Иккиламчи профилактика-Бирламчи ревматизм ўтказган беморларда 3 йил давомида бициллинтерапия ўтказилади.

Клапан жарохоти билан кечкан беморларга профилактика 5 йил давомида ўтказилади.

Мактабгача ешдаги болаларга 600.000 ЕД 2 хафтада 1 марта, мактаб ешдаги болаларга 1200000 ЕД 1 ойда 1 марта ўтказилади. Бициллин-5 мактабгача ешдаги болаларга 750000 ЕД, мактаб ёшидаги болаларга- 1500000 ЕД 1 ойда 1 марта ўтказилади. Охирги йилларда бициллин-5 урнингча экстенциллин ишлатилмоқда. Бу препарат қонда анга узоқ вақт сақланади, бициллиндан 5 марта қиммат туради, техник жихатдан яхши таёрланган.

ИНФЕКЦИОН ЭНДОКАРДИТ

Бу эндокард ички юрак табақаларининг ўткир еки ўткир остииинфекцион яллиғланишидир.

Болалар ва усмирларда кўпинча ўлим билан тугайди.

Инфекцион эндокардит:

А) туғма

Б) орттирилган бўлиши мумкин

Этиология

Инфекцион эндокардитнинг асосий қузгатувчиларияшилстрептококк ва тилларанг стафилококклардир. Баъзи холларда -энтерококклар, менинго-, пневмо- ва гонококклар, хламидия, сальмонеллалар, бруцелла ва замбуруғлар чақириши мумкин.

Патогенез

Патогенези 3 фаза кечади:

инфекцион-токсик

иммун яллиғланиши

дистрофик фазалар

Инфекцион эндокардитнинг патогенези, мураккаб бўлиб, бир неча факторларга боғлиқдир:

А)иммун жавобнинг ўзгариши

Б) бириктирувчи туқиманинг дисплазияси

В)эндокард ва юрак табақалари коллаген структурасининг бузилиши

Г) қон реологик ҳолати ва қон ивишининг бузилиши

Д) этиологик қузгатувчининг асосий хусусиятларига боғлиқ.

Инфекцион эндокардит асосан юрак морфологик структурасида дефектлар булган беморларда учрайди (Фалло тетрадаси, қоринчалар аро юрак туғма нуқсони очик Боталов йули, митрал табақа нуқсонлари), ушбу беморларда қоннинг турбулент ҳаракати ўзгарган - еки тезлашкинеки икинлашкан бўлади. Қонда айланиб юрган қузгатувчилар юрак эндокардининг шикастланган жойида урнашади, яллиғланиш жараёнини чақиради, ва фибрин иплари пайдо бўлиб тромб массасини (вегетация) ҳосил қилади, кейнчалик бирламчи тромблар ҳосил бўлиши мумкин, кейнчалик усиб

кеткан вегетациялар. узилиб катта ва кичик қон айланиш доирасида эмболиялар пайдо бўлиши мумкин.

Фойдаланилган адабиётлар

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

6-амалий машғулот: Дунёда эпидемияга сабаб бўлаётган инфекция касалликлар. Ўта хавфли инфекция касалликлар профилактикаси. 2-соат.

Ишдан мақсад:

- ЎХИ клиник диагностикасига интеграл ёндашган кўникмаларни ишлаб чиқиш. ЎХИ га шубҳа бўлган бемор аниқланганда шифокор тактикаси, шахсий химоя воситаларидан фойдаланиш, диспансеризация ва реконвалесцентларни реабилитация қилишни ўргатиш;
- 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;

- ЎҲИга шубҳа бўлган бемор ҳақида белгиланган тартибда хабар бериш;
- шошилиш ҳолатни ташхислаш ва госпитализацияга бўлган даврда 1-чи тиббий ёрдам кўрсатиш;
- реконвалесцентларнинг реабилитациясини таъминлаш.

Машғулот ўтказиш жойи, жиҳозланиши

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

ЎТА ХАВФЛИ ИНФЕКЦИЯЛАР.

Умумий маълумотлар: ЎҲИ гуруҳига асосан юқумлилик жараёни юқори, клиник кўриниши оғир бўлган, юқори леталлик билан кечадиган касалликлар қиради. Халқаро тиббий-санитар қонун-қоидаларга асосан (1969), Бутун Жаҳон соғлиқни сақлаш ассамблеясининг XXII сессиясининг 1971 йил 1 январидан кучга кирган қонунига асосан карантин инфекцияларга ўлат, вабо, чин чечак, сариқ иситмалар киритилди. Сўнгги йилларда баъзи Африка ва Жанубий Америка давлатларида юқори контагиоз ГВИлар пайдо бўлган, буларга: Ласса иситмаси, Марбург иситмаси, Эбол иситмаси ва бошқалар қиради. Осиё, Африка ва жанубий америкада ўлат ҳамда вабонинг номуқим эпидемик ҳолати аниқланган. МДХ давлатларида ўлатнинг табиий ўчоғига қатъий эпидемияга қарши чора кўрилмаганлиги сабабли, кемирувчилардан одамларга юқиш эҳтимоли кўплиги аниқланган.

Ўлат (тоун). Ўлат (тоун) ўта хафли юқумли касаллик бўлиб, кучли интоксикация, иситма, лимфа тугунлари, ўпка ва бошқа органларнинг яллиғланиши билан таърифланади. Қўзғатувчиси – *Yersinia pestis*, унча катта бўлмаган грамм (-) таёқча. Катталиги 1,5x1,5 мкм, полиморф. Ўлат микроби табиий шароитда ёввойи кемирувчи ҳайвонларда учрайди. Одамларга ўлат

асосан трансмиссив йул билан юқади. Яъни ҳайвон бургаси ўлат билан оғриган кемирувчи ҳайвонни чаққанда унинг қони билан бурганинг хазм йўлига ўлат микроблари тушиб шу ерда кўпаяди. Ана шу бурга одамни чаққанда одам терисига бир талай ўлат микроби тушади. Бурга чаққан жойни кашиганда микроблар тери орасига киради ва касаллик юқади. Ўлат контакт йўли билан ҳам юқади. Масалан: кемирувчи ҳайвоннинг терисини шилаётганда одам териси ёки шиллик пардасининг ёрилган, тирналган жойидан ўлат микроби кириши мумкин. Ўлатнинг ўпка шакли ҳаво-томчи йўли билан юқади. Ниҳоят, ўлат билан оғриган ҳайвон (туя, сайғоқ) гўштини истеъмол қилинганда касаллик алиментар йўл билан юқади.

Инкубацион даври 3-6 кун. Ўлат тўсатдан бошланади. Беморнинг бадани тиришиб ҳарорати 39-40°C гача кўтарилади, кучли интоксикация бошланади. Беморнинг дармони қурийд, боши оғрийд, уйқусизлик, мушакларда оғриқ, кўнгли айнаб қусади. Бемор безовталанади, юрганда чайқалади, тўшакдан сакраб туради, қочишга ҳаракат қилади. Оғир ҳолларда васваса ва галлюцинациялар кузатилади. Бош оғриши ва бутун тана бўйлаб оғриқ кучаяди, қизиб кетиш, юз ва конъюнктивада гиперемия билан кузатилади. Оғиз бўшлиғи кўрилганда тили оппоқ қалин қараш билан қопланган бўлади (бўрланган тил) ва шишади. Оғиз қуриши билан биргаликда тили ғўлдираб қолади, бу ҳолат маст кишини эслатади.

Беморнинг ташқи кўриниши ҳам ўзгаради: юз ифодаси ўткирлашган, илтижоли тус олади, кўркув пайдо бўлади.

Тери қоплами қуруқ, ушлаб кўрилганда иссиқ, оғир ҳолларда баданида петехиялар кўзга ташланади. ЮҚТТда ҳам ўзгаришлар кузатилади (пульс 120-160 та 1 минутда). Қонда нейтрофил лейкоцитоз бўлади, лейкоцитар формула чапга силжийди.

Г.П.Руднев (1972) ўлатнинг қуйидаги клиник-эпидемиологик таснифини киритган.

А. Маҳаллий шакллари: 1) тери; 2) бубон; 3) тери-бубон.

Б. Ички тарқалган шакллари: 1) бирламчи септик; 2) иккиламчи септик.

В. Ташқи тарқалган шакллари: 1) бирламчи ўпка; 2) иккиламчи ўпка; 3) ичак шакли.

Тери шакли. Камдан-кам учрайди (3-4%). Терида қуйидаги ўзгаришлар кузатилади: доғ, папула, везикула, пустиула ва яра. Бироқ бу этапларнинг ҳаммаси ҳам кузатилмайди. Амалиёт шифокорига беморлар пустиула ёки теридаги яра билан мурожаат қилишади. Пустиула атрофи қизарган бўлади. Пустиула ёрилгач ўрнида таги қаттиқ ярага айланади. Бу яра худди қуйдиргига ўхшаш бўлади. Ўлатда яра жуда секин тузалади, тузалгандан сўнг ўрнида чандиқ қолади.

Бубон шакли. Бу шаклида юқори ҳарорат ва интоксикация билан бир каторда беморнинг лимфа тугунларининг яллиғланиши кузатилиди. Бубон кўп ҳолларда 1 та бўлади. Камдан-кам ҳолларда бир нечта бўлади. Кўпинча бубон (55%) тананинг пастки қисмида (чов соҳасида), кам ҳолларда қўлтиқ соҳаси ва бўйинда кузатилади. Бубоннинг эрта белгиси – бубон пайдо бўлган соҳада кучли оғриқ бўлади. Бемор мажбурий ҳолатда оёқ-қўллари, бўйни букилган (ғужанак) бўлади. Бубоннинг биринчи кунларида кескин оғриқли ҳосила пайдо бўлади. Бубон устидаги териси биринчи кунларида ўзгаришсиз, қатталашган сари қизаради, таранглашади ва баъзан ялтирайди. Лимфангит ўлат учун хос эмас. Лимфа тугунида яллиғланиш жараёни тери ости тўқимасига ҳам ўтади. Бубонда флюктуация аниқланади. Бубон ёрилганда кўп миқдорда сариқ-яшил рангли қуюқ йиринг чиқади. Антибиотиклар билан даволаганда (антибиотикотерапия) бубон сўрилиб кетади.

Тери-бубонли шакли. 6 кун давомида ўзгарувчи иситма кузатилади. Касаллик оғирлиги интоксикация турига қараб аниқланади.

Бирламчи септик шакли. Жуда кам учрайди (1-3%). Ўлатнинг бу шаклида тери, лимфа тугунларининг шикастланиши кузатилмайди. Қисқа муддатли инкубация давридан сўнг касаллик тўсатдан бошланади. Беморнинг тана ҳарорати кўтарилади, эти увушади, қалтирайди, кучли бош оғриғи кузатилади. Бемор алаҳлаб тажовузкорлик ҳаракатларини қилади. Бир неча соатдан сўнг ИТШ кузатилиши мумкин. Бу шаклида интоксикация оқибатида

геморрагик синдром кузатилади: терисида геморрагиялар, ички органларга қон қуйилиши (буйрак, жигар, ичаклар ва бошқа) кузатилади. Қонли қусуқ, бурундан, ўпкадан қон кетади. Гематурия, ич келиши қонли. Жигар ва талок катталашади. Баъзи ҳолларда менингоэнцефалит белгилари аниқланади. ЮҚТТ ўзгаришлар кузатилади, ps 150-160 та.

Бирламчи ўпка шакли. Бу ўлатнинг энг оғир шаклидир. Инкубацион даври 1 неча соатдан 1-3 кунгача. У тўсатдан бошланади. Бемор эти увушиб, калтирайди, тана ҳарорати кўтарилади, боши қаттиқ оғрийди, кўкраги санчийди, йўталади, тахикардия, кучли ҳансираш кузатилади. Йўталганида олдин тиниқ шилликдан иборат, кейин қон аралаш балғам ташлайди. Кейинги характерли белгиларидан бири плевропневмония – лобар ва псевдолобар пневмониянинг ривожланишидир. Ўпкаларда тўмтоқ перкутор товуш аниқланади (тукиллатганда). Нафас олиши сусайган, аускультацияда нам хириллаш эшитилади. Кўкракдаги оғриқ борган сари кучаяди. Нафас етишмовчилиги белгилари, цианоз, нафас олиш юзаки бўлади (1 минутда 50 та). Касалликнинг 3-5-куни бемор ўлади. Бунга сабаб ўпка шиши ва циркулятор етишмовчилик ривожланишидир. Ўлат иккиламчи касаллик кўринишида намоён бўлади (кўпроқ бубон шаклида).

Ичак шакли. Охирги йиллардаги илмий далилларга кўра ўлатнинг бу шакли септик жараён оқибатида юз беради. Ташхис қўйиш учун беморни клиник кўрув ва чуқур сўраб-суруштириш керак. Асосий эътибор маиший омилларга қаратилиши керак. Яъни (суғур овлаш, кемирувчи билан контакт, туя гўштини истеъмол қилиш ёки силаганлиги ва бошқа). Бундан ташқари оилавий анамнез ҳам йиғилиши керак. Ўлатнинг бу турини аниқлаш унчалик қийинчилик туғдирмайди. Бунда беморда: тана ҳарорати кўтарилган, кучли интоксикация, лимфа тугунларининг шикастланиши, ЮҚТТ ва асаб системаси шикастланади. Бундай ҳолларда беморларни ўлат учун мўлжалланган стационарларда аниқ лаборатор текширувларга асосан даволаш керак.

Вабо (холера). Ўткир антропоноз юқумли касаллик. Вабо тинмай ич кетиши, қусиш оқибатида бемор организмида суюқлик ва тузлар камайиб кетиши ва беморни оғир аҳволга тушиб қолиши билан тарифланади.

Вабони қўзғатувчи микроб – вабо вибрионидир. Унинг *Vibrio comma* et *Vibrio El-Tor*, *Vibrio cholerae Bengal O139* турлари мавжуд. Вабо вибрионининг 3 хил серовари бор. Булар: “Огава”, “Инаба”, “Гикошима”. Вабо вибрионининг ўлчами 1,5-3x0,2-0,6 мкм. Шакли вергулга ўхшайди, 1 та хивчини бор. Грамм (-) факультатив аэроб, анилинли бўёқларда яхши бўялади. Вабо шу касаллик билан оғриган бемор ва вибрион ташувчи кишилардан юқади. Бемор тез-тез ич кетиши оқибатида 1 кеча-кундузда ўртача 10-20 литргача суюқ ахлат чиқаради. Ичакка тушган вибрионга ингичка ичакда кўп миқдорда пептон бўлиши ҳам қулайлик туғдиради. Ичакда вибрионларнинг парчаланиши натижасида улардан токсин ажралади. Экзотоксин (холероген) ичак эпителий хужайраларидаги аденилатциклаза ферментини фаоллаштиради. Бу ц-АМФ синтезини кучайтиради. АМФ таъсирида ингичка ичак шиллик пардасидан жуда кўп миқдорда изотоник эритма ажралиб чиқади. Баъзи ҳолларда организмдан чиққан суюқлик тана вазнидан 2 баробар кўп бўлиши мумкин.

Инкубацион даври 1-6 кун, ўртача 1-2 кун. Касаллик кучли диарея билан бошланади. Ич келиши 1 кунда 10 мартагача бўлиши мумкин. Баъзан қоринда дискомфорт кузатилади. Ахлати суюқ, аниқроғи аввал ахлат одатдаги рангда, кейин бўтқасимон, кейинчалик суюқ (сув) кўринишда бўлади. Ахлат кўрилганда худди гуруч ювиндиси рангида бўлади. Ич кетиши оқибатида беморда кўнгил айнимасдан қусиш кузатилади. Қусуқ моддаси бирламчи овқат қолдиқлари, сўнг ўт суюқлиги, кейинчалик сувсимон бўлади. Кўрилганда бу ҳам гуруч ювиндисини эслатади. Иштаҳаси пасаяди, кўп чанқайди, мускуллари кучсиз бўлади, тана ҳарорати нормал, баъзан субфебрил, гипотония, тахикардия кузатилади. Тили қуруқ, караш билан қопланган. Қорни тортилган, оғриқсиз, ингичка ичак ғулдираши эшитилади.

В.И.Покровский тавсияси бўйича, органларда суюқлик ва тузлар йўқотилганлигига қараб дегидратациянинг 4 та даражаси тафовут қилинади.

Дегидратациянинг I даражаси – йўқотилган суюқлик тана вазнининг 3%ини ташкил қилади. Бемор қониқарли аҳволда бўлади. Кўпинча беморларда умумий ҳолсизлик, чанқаш, оғиз қуриши, ич кетиши ва қусиш кузатилади. Физик ва биокимёвий кўрсаткичлар деярли ўзгармайди: плазма зичлиги 1023-1025 г/см³; гематокрит индекси 40-50%; рН – 7,33-7,36; касаллик давомийлиги 1-2кун.

Дегидратациянинг II даражаси – йўқотилган сув миқдори тана вазнининг 4-6%ини ташкил қилади. Касаллик кучли ич кетиши (1 кунда 10-15 марта) билан бошланади, ахлат ўзини рангини тезда йўқотади (гуруч ювиндиси). Ич кетиши билан бирга қусиш ҳам кузатилади (кўнгил айнишсиз). Организмда сувсираш (дегидратация) ҳолати юз беради. Тўсатдан беморда умумий ҳолсизлик, чанқаш, оғиз қуриши кузатилади. Тери қуруқ, рангпар, тургори пасайган, лаблар цианози, овоз хириллаши кузатилади. Баъзи беморларда қисқа талвасалар кузатилади. Тана ҳарорати нормал, кам ҳолларда субфебрил, тахикардия, кучсиз гипотония, олигурия бошланади. Плазма зичлиги ошади 1028-1035 г/см³; гематокрит индекси – 55-65%, артериал қонда метоболик ацидоз кузатилади, рН – 7,3.

Дегидратациянинг III даражаси – йўқотилган сув тана вазнининг 7-9%ини ташкил қилади. Касалликнинг дастлабки кунларидан бетўхтов ич кетиши ва кетма-кет қайт қилиш кузатилади. Кўпчилик беморларда эксикоз ривожланади: қўл-оёқ мушакларида тортишиш, терида цианоз, шиллик қават ва тери қуруқлиги, тери тургори пасайиши (қир ювган одам қўли), афония, ҳароратнинг 35,5-36,0⁰Сгача тушиши, олигурия ёки анурия кузатилади. Лаборатор текшириш: плазма зичлиги 1038-1040 г/см³; гематокрит – 70%; қон қуюқлиги 20 ХБ (норма 5); рН – 7,2, гемодинамика бузилади. Метаболик ацидоз ривожланади. Ўпка гипертензияси кузатилади.

Дегидратациянинг IV даражаси (жуда оғир, алгид) – сувсизланиш тана вазнининг 10%ини ташкил қилади. Организмда суюқлик камайиб кетгани

сабабли ич кетиши ва қусиш камаяди. Беморнинг аҳволи жуда оғир бўлади. Бемор юзининг ифодаси ўзгаради. Кўз атрофлари кўкаради (қора кўзойнак симптоми). Бемор худди нажот истаб қараётгандек бўлиб кўринади. Териси куруқ, тургори кескин пасайган, умумий цианоз, умумий тоник тиришишлар, корни ичига тортилган бўлади. Булардан ташқари афония, коллапс, анурия, нафас қисиши ва гиповолемик шок ривожланади. Қонда – эритроцитлар $7 \times 10^{12}/л$ гача кўтарилади, лейкоцитлар $20-60 \times 10^9/л$, нейтрофилёз, формуланинг чапга силжиши билан, қон шаклли элементларининг агрегацияси, гипокалемия $2,5$ ммоль/л, метаболик ацидоз ривожланади. ЭКГда ўпка гипертензияси ва тахикардия кузатилади.

Вабони ташхислаш унчалик қийинчилик туғдирмайди. Асосан лаборатор-инструментал текширишлар асосий рол ўйнайди: қусуқ массани текшириш, ахлат текшируви, серологик текширув (агглютининларни аниқлаш, қон зардобиди вибрионсимон антителаларни аниқлаш, рН ва бошқа). Қоннинг физик ва кимёвий ҳолати (плазманинг зичлиги, гематокрит кўрсаткичи, K^+ , Na^+ , Cl^+).

Маймун чечаги. 1979 йил Республикада биринчи марта шу касаллик вируси билан зарарланган одамда қайд этилган. Клиникаси одам чечакдан фарқ қилмайди. Бундан ташқари маймун чечаги билан касалланган одамлар Нигерияда, Лионда ва бошқа худудларда қайд этилган. Маймун чечаги вируси РНК сақловчи поксивируслар оиласига мансуб.

Маймун чечакнинг клиник кўриниши оддий чечакникига ўхшаш. Инкубацион даври 7-17 кун, ўртача 14 кун. Касаллик ўткир бошланиб, қалтираш ва ҳарорат кўтарилиши билан кузатилади. Эрта симптомлари: бел соҳасида оғриқ, бош оғриғи, бош айланиши, анорексия баъзан қусиш кузатилади. Баъзи бир беморларда касалликнинг 2-кунида тез йўқ бўлиб кетадиган тошма тошади. Касалликнинг 3-4-куни ҳарорат нормал даражага пасаяди. Шиллиқ қаватлар юзасида энантемалар пайдо бўлади. Везикула мацерацияси натижасида эрозия ва яралар ҳосил бўлади, бунинг натижасида оғиз бўшлиғида оғриқ пайдо бўлади, бунда бемор овқат истеъмол қила

олмайди, натижада ютинганда оғриқ кучаяди, диурез оғриқли бўлади. 3-4-кунлари ҳарорат нормаллашгандан сўнг бош терисида, юзда ва кафтда тошмалар пайдо бўлади. Худди чин чечакдаги каби марказдан қочувчи экзантема кузатилади. Тошма қўл ва оёқларни симметрик зарарлайди. Экзантема қуйидаги тартибда кечади: доғ, папула, везикула, пустиула, яра, чандиқ. Пуфакчалар кўп камерали бўлади. Тошма асосан нормал ёки субфебрил ҳарорат фонида тошади.

Везикула пустиулага айланаётганда беморда ҳарорат яна кўтарилади. (39-40⁰C), умумий аҳволи оғирлашади: умумий ҳолсизлик, нафас олишнинг қийинлашиши, тахикардия, гипотония кузатилади. Баъзи беморларда васвасалар ривожланади. Пустиула даврида тери, асосан юз териси шишиб, кучли қичишиш кузатилади. Пустиула ёрилганда яра ҳосил бўлади, булар иккиламчи инфекция учун дарвоза ҳисобланади. Касалликнинг 9-10-кунларида пустиуланнинг қуриши кузатилади. Тана ҳарорати нормаллашади, умумий аҳволи яхшиланади, пустиуладан сўнг унча чуқур бўлмаган яра пайдо бўлади.

Клиник кечишига қараб касаллик оғир, ўрта оғир ва енгил шаклларга бўлинади. Касалликнинг интоксикация даражаси, тошмалар сони, ички аъзолардаги ўзгаришларга қараб оғирлиги қуйидагича бўлади. Оғир шаклда чечак тошмалари 100 дан кўп, меҳнатга яроқлилиги тўлиқ йўқолади, ётоқ режими зарур. Ўрта оғир шаклида чечак тошмалари 25 дан кўп, меҳнат яроқлилиги пасайган, бироқ бемор ўзини ўзи бошқара олади. Енгил шаклида беморда чечак тошмалари 25 дан кам, меҳнат қобилияти пасаймайди.

Периферик қонда бошланғич даврида лейкоцитоз, абсолют лимфоцитоз билан бирга, пустиулизация даврида эса нейтрофил гиперлейкоцитоз кузатилади.

Маймун чечагини ташхислашда клиник-эпидемиологик маълумотларни тўлиқ йиғиш орқали ташхис қўйилади. Якуний ташхисни фақат лаборатор текширувларга асосланган ҳолда қўйилади. Вирусни топиш учун электрон

микроскопия ва биологик усуллардан фойдаланилади. Серологик методни преципитат реакция учун қўлланилади.

Сарик иситма. Ўткир вирусли касаллик бўлиб, трансмиссив йўл билан юқади. Бу касаллик 2 фазали иситма, интоксикация, сариклик, гемолитик синдром, жигар ва буйрак зарарланиши билан кечади. Қўзғатувчиси РНК сақловчи вирус (Flavivirus) бўлиб, арбовируслар оиласига мансуб. Сарик иситма антропоноз инфекция бўлиб, тропик минтакаларда Африка ва Америкада учрайди. Икки хил ўчоғи маълум:

1. Табиий ёки қуюқ ўрмонзордаги ўчоқ.
2. Шаҳарлардаги ўчоқ.

Қуюқ ўрмонзордаги ўчоғида инфекция манбаи – маймунлар, кемирувчилар ҳисобланади. Инфекцияни чивинлар юктириб таркатади. Инфекция тарқалиши учун ўз цикли бўлиб бу: маймун → чивин → маймундир. Одам бу циклининг ичига тўсатдан (иккиламчи бўлиб) тушади.

Касаллик кўпроқ овчиларда, ўрмон дарахтларини кесувчиларда учрайди. Шаҳар шароитида иситманинг манбаи бемор одам ҳисобланади. Шаҳарларда инфекцияни *Aedes aegypti* деб аталадиган чивин юктиради. Бемор касалликнинг дастлабки 3 кун касаллик манбаи ҳисобланса, чивин одамни чаққандан 6-30 кундан сўнг инфекцияланган ҳисобланади ва вирус унинг организмида умрбод қолади (1-2 ой).

Инкубацион даври 3-6 кун давом этади, айрим ҳолларда 10 кун. Касаллик ўткир бошланади: бунда тўсатдан умумий ҳолсизлик, кучли бош оғриғи, бош айланиши, белда ва оёқларда оғриқ билан кузатилади. Тана ҳарорати 39-40⁰С гача ва ундан юқори бўлиши мумкин, қалтираш кузатилади. Беморнинг ташқи кўриниши: юзи, бўйни ва кўкраги қизарган, конъюнктивит, склера қон томир инъекцияси, юзининг шишганлиги, қовоқлари, лаблари шишган, тили ёрқин-қизил рангда бўлади. Беморлар кўпинча алаҳлайди, ҳар хил ножўя ҳаракатлар қилади, васваса ва галлюцинациялар кузатилади. Бундан ташқари, кўнгил айниш, қайт қилиш, тахикардия кузатилади. АҚБ нормал, юрак тонлари бўғиқлашган. Касалликнинг 3-кун беморнинг аҳволи оғирлашади,

цианоз, тери ва склера сарғайиши, гемолитик синдром (милклардан, бурундан қон кетиш белгилари) кузатилиши мумкин. Жигар ва талоқ бироз катталашган, пальпацияда қўлга уннайди. Шу вақтдан бошлаб интоксикация, лейкопения, олигоурия ва альбуминурия ҳисобига брадикардия кузатилади. Беморнинг юзи шишган, ҳавотирли, кўзлари ялтироқ, конъюнктивит, лаблари ёрқин-қизил рангда, фотофобия ва кўздан ёш оқиши кузатилади. Касалликнинг 4-5-кунларида ремиссия фазаси бошланади (давомийлиги бир неча соатдан бир неча кунгача). Ҳарорати пасаяди, беморнинг умумий аҳволи яхшиланади, бош ва мушакларидаги оғриқ камаяди, уйқу ва иштаҳаси яхшиланади. Касалликнинг энгил шаклида бу фаза реконвалесценция даври билан алмашади. Ўрта оғир ва оғир шаклида ремиссиядан сўнг веналардаги стаз даври бошланади. Бунда беморнинг аҳволи ёмонлашади, ҳарорати қайта кўтарилади, интоксикация, гемолитик ва сариклик синдроми кузатилади. Буйрак етишмовчилиги, альбуминурия, олигоурия кейинчалик анурия, баъзи ҳолларда протеинурия кузатилади. Терида гиперемия ўрнида кўк рангли шиш пайдо бўлади (веноз стаз ҳисобига).

Бу даврда брадикардия, гипотония баъзан коллапс ривожланиши мумкин. Жигар катталашган, пальпацияда оғриқли, қон зардобиди билирубин, трансфераза активлиги ошади. Геморрагик синдром кузатилади: геморрагик экзантема, гематурия, ошқозон-ичакдан, бурундан қон кетиши. Қонда лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, ЭЧТ ошиши кузатилади. Бемор токсик энцефалит ва уремик кома сабабли ўткир буйрак етишмовчилигидан ҳалок бўлади. Реактив фазаси одатда 3-4 кун давом этади (кам ҳолларда 10-14 кун) сўнгра реконвалесценция даври бошланади.

Сарик иситма ташхисини қўйиш учун беморнинг эпидемиологик анамнезига, клиникасига (иситма, интоксикация, геморрагик ва сариклик синдроми, жигар-буйрак етишмовчилиги ва лаборатор текширувларга (касалликнинг 3-4-куни қонда вирус топилиши, касалликнинг 2-чи ҳафтасида РСК ва РТГА)) асосланган ҳолда қўйилади.

Контагиоз ГВИ. ГВИнинг асосий хусусиятларидан бири шуки ҳайвондан, зарарланган бемордан бу вируслар бошқа одамларга ҳаво-томчи йўли орқали ёки алиментар йўл билан юқиб, инфекциянинг ўчоқдан ташқари жойларга тарқалишига олиб келади.

Ласса иситмаси. Юқори контагиоз, вирусли зооантропоноз, табиий ўчоқли касаллик. Касаллик номи ва вирус қўзғатувчиси 1969 йил Нигерияда Ласса аҳолиси орасида ноъмалум геморрагик иситма қайд қилинган. Сўнгги 10 йил ичида касаллик Сьерра-Леон ва Либерияда қайд қилинган.

Касаллик қўзғатувчиси Ласса вируси бўлиб, аденовирусларга мансуб.

Инфекциянинг асосий манбаи ёввойи кемирувчилар (кўп сўрғичли каламушлар) ҳисобланади. Вирус уларнинг сийдиги ва сўлаги орқали ташқи муҳитга тушади ва сув, озуқа маҳсулотларини зарарлайди. Касаллик асосан кемирувчиларларни овлаётган пайтда ёки уларнинг терисини ишлаётганда, зарарланган маҳсулотларни ва сувни ичганида юқади. Одамлар орасида вирус ҳаво-томчи, алиментар, жинсий йўл орқали, бундан ташқари шикастланган тери орқали юқади. Инкубацион даври 3 кундан 17 кунгача, кам ҳолларда 7-8 кун.

Касаллик – ҳарорат кўтарилиши, умумий ҳолсизлик бош оғриши, миалгия билан бошланади ва мушакларда оғриқлар кучаяди, беморда ҳолсизлик, ланжлик, уйқучанлик, кўкрак ва қорин оғриши, кўнгил айниши, қайт қилиш, диарея кузатилади. Терисида геморрагик тошмалар тошади.

Бошланғич даврида нисбий брадикардия, гипотония, лейкопения кузатилади. Ласса иситмаси кечиши бўйича қорин тифига ўхшаб кетади. Касалликнинг 3-4-куни конъюнктивит, ярали некротик фарингит, нафас олганда ва йўталганда томоқ ва кўкрак қафасида оғриқ кузатилади. Лаб шиллик қаватида, лунжида, юқори нафас йўлларида яра пайдо бўлади. Бўйнида лимфаденит ва жигарнинг катталашуви кузатилади. Геморрагик диатездан сўнг, қонли йўтал, қон қусиш, бачадондан қон кетишлар кузатилади. Касалликнинг оғир турида анурия ва азотемия кузатилади. Кўп ҳолларда

касаллик энцефалит (хотира бузилиши билан) психомотор қўзғалувчанлик, патологик рефлекслар пайдо бўлиши ва ўчоқли симптоматика ривожланади.

Касалликнинг ўткир даври 2-4 ҳафта давом этади, сўнгра ҳарорат аста-секин пасаяди, асосий симптомлар йўқолади. Касалликнинг оғир шакли 36-67% ҳолларда учрайди. Маҳаллий аҳоли ўртасида субклиник шакли кузатилади.

Эбол иситмаси. Касалликни антропоноз вирусли инфекциялар чакиради. Касаллик қўзғатувчи вирус рабдовируслар оиласига мансуб. Касаллик ўчоғи 1976 йил Судан ва Зоир кишлок-хўжалик аҳолисида қайд қилинган. Инфекция манбаи – одам бўлиб, юқиш йўли ҳаво-томчи, маиший контакт ва парентерал йўл орқали. Кўпинча касаллик билан тибийёт муассасаларида ишловчилар касалланади.

Инкубацион даври 4-16 кун. Касаллик ўткир ва юқори иситма (39-40⁰С) билан бошланади. Беморда: умумий ҳолсизлик, кучли бош оғриғи, сўнгра оғриқ бўйин ва бел соҳаси мушакларига тарқалади, бўғим ва мушакларда оғриқ ва конъюнктивит ривожланади. Бемор – қуруқ йўталга, бош ва кўкракдаги оғриққа, томоқ қуришига ва тилдаги яраларга шикоят қилади. Касалликнинг 2-3-куни қоринда оғриқ, қусиш ва ич кетиши кузатилади. Бир неча кундан сўнг ахлат ёрқин қизил тусга киради. Баъзан касалликнинг 5-куни беморларнинг ташқи кўриниши ўзига хос бўлади: кўзлари ботган, тери тургори пасайган бўлади. Касалликнинг 5-6-куни аввал кўкрак соҳасида, сўнг белида ва оёқларида доғли – папулёз тошма тошади ва бу тошмалар 2 кундан сўнг йўқолиб кетади. 4-7-куни геморрагик диатез ва оғир ангина ривожланади. Оғир ҳолларда мия шиши, энцефалит кузатилади. 8-9-куни бемор кўп қон йўқотиши ва шокдан ҳалок бўлади.

Марбург касаллиги. Вирусли церкопетик гемолитик иситма, биринчи бўлиб 1967 йил Марбург ва Белградда касаллик лаборатория ишчилари Уганддан эксеперемент учун олиб келинган Африка маймунлари қони ва тўқимасидан зарарланганлар. Маймунларни боқувчи ишчилар бу касаллик билан зарарланмаган эдилар.

Касаллик кўзгатувчиси – РНК сақловчи вирус бўлиб, у рабдовируслар оиласига мансуб. Касалликнинг асосий манбаи Африканинг яшил мартишкаси. Одам эса бу касалликнинг ўта хавфли манбаи ҳисобланади. Вирус – томоқ, бурун шиллиқ қаватида, қусуқ массасида, қонда ва спермада бўлади. Юқиш йўли ҳаво-томчи, алиментар ва жинсий алоқа орқали. Касаллик Кения, Уганд ва Жанубий Родезияда қайд қилинган.

Инкубацион даври 4-9 кун. Касаллик ўткир, юқори ҳарорат, кучли бош оғриғи билан бошланади. Касалликнинг 3-4-куни асосий симптомлари: қоринда оғриқ, кўнгил айниш, қусиш (қонли) бир кунда 10-15 марта, меленасимон ич кетиши билан ривожланади. Диарея бир неча кун давом этади. 5-6-кунлари кўпчилик беморларда аввал танасида, сўнг қўл, бўйин ва юз соҳасида макуло-папулёз тошма тошади. Конъюнктивит кузатилади. Геморрагик синдром: терида петехиялар, қон қуюлишлар (инъекция соҳасида), қаттиқ ва юмшоқ танглайда геморрагик энантемалар ва гематурия кузатилади. МНСда парестезиялар, ступор, тиришишлар, менингеал синдром кузатилади. 7-8-кунга келиб ҳарорат аста-секин пасаяди, қусиш тўхтайдди, бироқ ич келиши бир неча кун давом этади. Касалликнинг 2-ҳафтасидан бошлаб тошма ўрнида қипиқланиш кузатилади. Баъзан касаллик бактериал пневмония, миокардит, орхит ва гепатит асоратларини беради. Қонда тромбоцитопения, лейкоцитар формулани чапга силжиши, атипик лимфоцитларни пайдо бўлиши кузатилади. 35% ҳолларда касаллик ўлим билан тугалланади. Оғир ҳолларда ўлим касалликнинг 7-17-куни юз беради. Бемор ўткир юрак-қон томир етишмовчилигидан ҳалок бўлади.

Ўта хавфли инфекцияларга шубҳа бўлганда шифокор тактикаси.

Умумий ташкиллаштириш чоралари: ЎХИга шубҳали бўлган бемор аниқланганда, барча бирламчи эпидемияга қарши чоралар, клиник-эпидемик маълумотлар асосида қўйилган дастлабки ташхис асосида олиб борилади. Якуний ташхисни аниқлаштиригандан сўнг ҳар бир нозологик шакл инструкторив-услубий кўрсатмалар асосида ўчоқларни локализацияси ва ликвидацияси чора-тадбирлари таъминланади.

Эпидемияга қарши чора-тадбирларни ташкиллаштириш ишлари ҳамма инфекция учун бир хил бўлиб қуйидаги тартибда олиб борилади:

Беморни аниқлаш.

Аниқланган бемор тўғрисида маълумот.

Ташхисни аниқлаштириш.

Беморни изоляция ёки госпитализация қилиш.

Беморни даволаш.

Текшириш, карантин ва бошқа чеклаш чора-тадбирлари.

Бемор билан контактда бўлганларни аниқлаш, изоляция қилиш, шошилишч профилактика чора-тадбирларини қўллаш.

Вабо, ўлат, ГВИ, маймун чечагига шубҳа бўлган беморларни госпитализация қилиш.

Номаълум сабабдан ўлганлар мурдасини патологик ёриш ва улардан лаборатор, бактериологик, бактериоскопик текширувлар учун аъзо ва тўқималардан намуналар олиш, сўнгра мурдани дезинфекциялаб қўмиш. ГВИдан ўлганлар мурдаси аъзо ва тўқималаридан бактериоглогик текширув учун намуна олинмайди, юқиш эҳтимоллиги юқори бўлганлиги сабабли.

Дезинфекцияловчи чоралар.

Аҳоли орасида шошилишч прфилактика ишларини олиб бориш.

Аҳолини тиббий кузатув.

Ташқи муҳитни санитар кузатув (вабо).

Санитар-оқартув ишлари.

Бу келтирилган ҳамма чора-тадбирлар ўлатга қарши муассасалар, методик бошқармалар билан келишилган ҳолда амалга оширилади.

Барча даволаш-профилактика ва сан.эпидемик муассасаларда этиотроп ва патогенетик терапия учун заҳира медикаментлар бўлиши керак. Яъни бемор (мурда) аъзолардан намуна олиш (лаборатор текширув) учун. Дезинфекцияловчи воситалар, дераза ва эшик тирқишларини беркитиш учун лейкопластир ва бошқалар.

ЎХИга шубҳа бўлганда бемор ҳақида 3 та жойга хабар берилади: даволаш-профилактика муассасаси бош шифокорига, тез тиббий ёрдам станциясига ва СЭС бош шифокорига.

Бирламчи эпидемияга қарши чора-тадбирлар, дастлабки ташхис қўйилгач, қўйидаги муддатларда ўтказилади: ўлатда – 6 кун, вабода – 5 кун, Ласса иситмасида – 21 кун, маймун чечагида – 14 кун.

Вабо билан касалланган бемор билан контактда бўлганлар тиббий хизматчилардан касалликнинг клиник кўриниши юзага чиққанларидан текширув учун материал олинади, ўлатда эса бемор жойлашган муассаса ходимлари, контактда бўлган СЭС ходимларидан намуналар олинади. ЎХИ билан касалланганлар беморлар билан контактда бўлганлар якуний ташхис ёки эрта инкубацион давргача изоляторда ётади. Бундай одамлар шифокор эпидемиолог кўрсатмасига асосан қатъий кузатувда бўлади.

Тиббий профилактика муассасаларида бирламчи чора-тадбирлар.

Эпидемияга қарши чоралар барча тиббий профилактика муассасаларида ягона режа асосида ўтказилади.

Вабога, ўлатга, маймун чечагига шубҳа бўлганда, поликлиника ёки шифохонада беморга қўйидаги бирламчи чора-тадбирлар ўтказилади:

Беморни изоляция қилиш чораси.

Транспортировка қилиш керак бўлган беморлар махсус сан.эпид. транспортларда шундай беморлар учун мулжалланган стационарга олиб келинади. Транспортировкага муҳтож бўлмаган беморларга шу жойнинг ўзида тиббиёт ходимлари томонидан ёрдам кўрсатилади.

Тиббиёт ходими мажмуа бошлиғидан керакли дори-препаратларини, ҳимоя кийими ва шахсий гигиена учун керакли жиҳозларни мажмуадан чиқмаган ҳолда телефон орқали сўрайди.

Маълум вақт тиббиёт муассасасига кириш ва чиқиш таъқиқланади.

Қаватлараро мулоқот тўхтатилади.

Палаталарга, эшик олдида ва шу этажга пост қўйилади.

Бўлим ичида беморларни юриши таъқиқланади.

Вақтинча беморларни қабул қилиш, уларни касалхонадан чиқариш ва бошқалар тақиқланади. Беморларни қабул қилиш (тезкор ҳолатда) фақатгина изолирланган жойда ўтказилади. Бемор ётган хонанинг ойна ва эшиклари ёпилади, вентиляция тўхтатилади ва очиқ жойлар лейкопластир билан ёпиштирилади.

Мулоқотда бўлган бемор алоҳида палаталарга ёки боксга жойлаштирилади.

Ҳимоя кийимини олгунча тиббиёт ходими кўлда тайёрланган ниқоб билан оғзи ва бурнини вақтинча беркитиши керак.

Ҳимоя кийимини (костюмни) олгандан сўнг, ички кийимларни ечмасдан кийилади.

Оғир беморларга тиббий бригада келгунча тиббий ёрдам кўрсатилади.

Махсус асбоблар билан бемордан бактериологик текширув учун материал олади.

Бемор ётган хона дезинфекцияланади.

Тиббий бригада келгандан сўнг беморни кўрган тиббиёт ходими шифокор-эпидемиологнинг барча айтганларини бажаради.

Агарда беморни ҳаётий муҳим кўрсатмалари бўйича зудлик билан госпитализация қилиш керак бўлса, у ҳолда тиббиёт ходими беморни махсус стационарга кузатиб боради. Шифокор-эпидемиолог маслаҳатидан сўнг тиббиёт ходими сан.ишловга жўнатилади; ўлатнинг ўпка шаклида, ГВЛ ва маймун чечагида – изоляторга юборилади.

Назорат саволлари

1. ЎХИ гуруҳига қандай касалликлар киради?
2. Вабо касаллигининг клиник кечишидаги ўзига хос хусусиятлари?
3. Ўлат касаллигининг клиник кечишидаги ўзига хос хусусиятлари?
4. Маймун чечагининг клиник кечишидаги ўзига хос хусусиятлари?
5. Ўзбекистон ГИнинг клиник кечишидаги ўзига хос хусусиятлари?
6. ЎХИ аниқланганда шифокор тактикаси?
7. “30-шакл”, “058-шакл”ларни тўлдириш тартиби?

Фойдаланилган адабиётлар

1. Юқумли касалликлар. Ахмедова М.Д., Тошкент-2008.
2. Рахматов О. В. Bolalar yuqumli kasalliklari. - Т.: Cho'iron, 2008y
3. Инфекционные болезни с детскими инфекциями. В 2-х ч. //Под редакцией академика АН РУз Даминов Т.А., учебник, Ташкент, «Тиб-китоб» 2011.-448с.
4. Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев А.П., Лесников А.Л. // "Дифференциальная диагностика инфекционных болезней". 2001
5. Шлоссберг., Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. 2004.
6. Васильев В.С., Комар В.И., Цыркунов В.М. //Практика инфекциониста. Минск, 1994.
7. Казанцев А.П., Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев В.А. //Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. Москва, 1999.
- Эмонд Р., Роуланд Х., Уэлсби Ф. //Инфекционные болезни. Цветной атлас. Москва, 1998.

7-амалий машғулот: Болаларда конституция аномалиялари профилактикаси. 2-соат.

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

Ишдан мақсад:

- КА клиник диагностикасига интеграл ёндашган кўникмаларни ишлаб чиқиш. КАларига шубҳа бўлган бемор аниқланганда шифокор тактикаси, шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш, диспансеризация ва реконвалесцентларни реабилитация қилишни ўргатиш;
- бемор ётоғида, лабораторияларда, шу жумладан, ўқув хонасида мавзунини муҳокама қилишда талабаларда мутахассисликка бўлган қизиқишларини уйғотиш ва беморга нисбатан жавобгарлик ҳиссини ривожлантириш;

- тематик саволларни муҳокама қилиш мисолида илмий фикрлаш, клиник масалаларни ечишда ижодий жиҳатдан ёндашиш, шунингдек, мустақил қарор қабул қилишга ўргатиш. Мантиқий фикрлашни ва ўз фикрини касбий тилда етказиб беришини ривожлантириш.

Ушбу амалий машғулот давомида қуйидагиларни **бажариш лозим**

- профессионал анамнез йиғиш ва беморни кўриқдан ўтказиш;
- эрта ва қиёсий ташхислаш асосида тахминий ташхисни шакллантириш;
- КАга шубҳа бўлган бемор ҳақида белгиланган тартибда хабар бериш;
- шошилиш ҳолатни ташхислаш ва госпитализациягача бўлган даврда 1-чи тиббий ёрдам кўрсатиш;
- реконвалесцентларнинг реабилитациясини таъминлаш.

Машғулот ўтказиш жойи, жиҳозланиши

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

Конституция аномалиялари.

Диатез ўзига хос генетик, баъзан бола организмнинг ташқи муҳит шароитига адаптациясининг бузилиши билан кечувчи конституцион аномалиядир. Экссудатив-катарал диатез (эқд). Барьер тўқималар (тери ва шиллиқ қаватлар)нинг юқори сезгирлиги ва жароҳатланиши, инфекция агентларга қаршилиқнинг камайиши, тез-тез юзага келадиган аллергия реакциялар бўлиши билан характерланади. Клиник белгилар гўдақлар

хаётининг илк кунларидан пайдо бўлиб, 80-90% болаларда 2-3 ёшга келиб йўқ бўлиб кетади.

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

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

Диагностика.

- 1.Қон, сийдик, ахлат умумий тахлили.
- 2.Қон биохимик тахлили.
3. Аллергологик синамалар.
- 4.Оилавий аллергологик анамнез.

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

ЭКД, атопик дерматит, дермореспиратор ва дермоинтестинал симптомларнинг иммунологик маркерлари бўлиб хисобланади: IgEнинг ошиши, Т-супрессор, IgA, IgG2 антитела блокловчиларнинг камайиши

Прогноз .

Кўп болаларда 2-3 ёшга бориб фермент ва иммун система шаклланади, тери ва шиллик қаватларнинг барьер функциялари тикланади, алмашинув

жараёнлари стабиллашади. Айрим болалардагина “аллергик касаллик” трансформацияси кузатилади.

Даволаш .

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

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

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

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

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

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

Интеркуррент касалликларни медикаментоз даволаш эҳтиёткорликни талаб қилади. Антибиотиклар ва сульфаниламидларни ўрта дозаларда қисқа

курсларда гипосенсибилизацияловчи препаратлар фонид ва фақат абсолют кўрсатма бўлгандагина буюрилади.

Диспансеризация.

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

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

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

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

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

Диагностика.

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

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

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

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

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

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

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

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

Нерв-артритик диатез (над)

- модда алмашинувининг генетик асосланган бузилиши ва унга боғлиқ холда МНС нинг юқори қўзғалувчанлиги.

Яққол клиник манзара 7—14 ёшли болаларга хосдир.

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

Клиника. Бемор ёшига боғлиқ бўлиб қуйидаги синдромлар билан намоён бўлади:

Тери синдроми. Аллергик тошмалар Квинке шиши, эшакеми, пруриго, нейродермит, қуруқ ва себореяли экзема кўринишида тошади. Шиллик қаватлар тери сингари кам шикастланади. Астматик бронхит юзага келиш эхтимоли бор.

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

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

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

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

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

Даволаш. Диетотерапия –пурин асоси ва шавель кислота сақловчи гўшт ва балиқ бульонлари ва сабзавотлар чекланади. Ацетонемик қусишларда 12

соатгача очлик пархези тавсия қилинади, совутилган тузли эритмалар ва кичик порцияли глюкоза ичиш тавсия қилинади.

Диспансеризация УАШ, эндокринолог ва невропатолог биргаликда ўтказилади, кўрик ҳар бойда 1 марта олиб борилади. Лаборатор таҳлиллар йилига 2 марта топширилади.

Профилактика.

Антенатал профилактика қуйидагилардан таркиб топган: хомиладорликни рационал олиб бориш, касбий зарарли таъсиротларни инкор қилиш, профилактик диетотерапия. Туғруқни рационал олиб бориш. Постнатал профилактика: бола ва она учун гипоаллергенли пархез, дори воситаларининг чегараланган қабули, мавжуд патологияни коррекциялаш, терининг тўғри парвариши, гипоаллергенли пархех, индивидуал график асосида эмлаш. Профилактик эмлашлар эмлаш календарига асосланиб тартиб бўйича амалга оширилади ва фақат антигистамин препаратлар фониди 10 кун давомида буюрилади. Витаминотерапия В-5, В-6 (1-2 ҳафта).

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

Диатезлар профилактикаси:

1. болаларда озикланишни тўғри ташкиллаштириш, ортиқча озиклантиришни ва очликни бартараф қилиш.
2. ёшга мос равишда тартибни тўғри белгилаш;
3. ДЖТбилан систематик шуғулланиш.
4. сувли муолажаларни қўллаш.
5. Витаминлар (В1, В2, РР, А ва D)

б. профилактик эмлашларни хамма тошмалар йўқолмагунча тўхтатиб туриш керак. Айрим беморларга эмлашларни фақатгина айрим эпид. кўрсатмалар бўлгандагина қилинади.

Конституцион аномалияли болаларни диспансер кузатишни режалаштириш.

- эксудатив-катарал диатез (ЭКД)
- лимфатик – гипопластик диатез (ЛГД)
- нейро – артритик диатез (НАД)
 - УАШ кўриги 1 ойда 1 марта
 - Эндокринолог, алерголог, невропатолог кўриги 1 ойда 1 марта
 - Қон умумий тахлили, сийдик умумий тахлили, нажасни гижжа тухумларига ва содда хайвонларга хар 6 ойда 1 марта текшириш.
 - 1 ёшга қадар антропометрик кўрикларни ўтказиб туриш.
 - Хар ойда психомотор ривожланиш назорати.
 - Санитар-оқартув ишлари.
 - Клиник белгилар йўқолгач 6 ой давомида диспансер кузатувни олиб бориш.
 - Саломатлик гурухи II "Б".

Календар бўйича ўтказиладиган профилактик вакциналарни вакцинациядан 7 кун аввал ва 7 кун кейин антигистамин препаратлар фонида ўтказилади. Диатезлар профилактикаси – хомиладорларни рационал озиқлантириш, алергик хусусиятга эга озиқ моддалар (ширинликлар, шўр ва ўткир) ни хаддан ортиқ истеъмол қилишни чегаралаш, гўдакларни кўшимча овқатлантиришни адекват муддатларини белгилаш, диатезнинг илк белгилари пайдо бўлганда она пархезидан ширинликлар, ўткир, аччик, шўр таомлар, какао, кофе шоколад пишлоқ колбаса консервалар чиқариб ташланади. Тез тез юзага келадиган респиратор инфекцияларни олдини олиш учун – адаптогены- элеутерококк, женьшень, калий оротат, А, С, В ва

Егурухли витаминлар, иммуномодуляторлар, зарур пайтларда ЛОР аъзолари санацияси тавсия қилинади.

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

Назорат саволлари:

1. конституция аномалиялари турларини аниқланг.
2. ЭКД, ЛГД, НАДнинг асосий белгилари.
3. ЭКД, ЛГД, НАДни даволаш асосий қодалари.
4. ЭКД, ЛГД, НАДни диспансер назорати тамойили.
- 5 ЭКД, ЛГД, НАДни реабилитация тамойили.
6. хужжатларни расмийлаштириш.
7. вакцинацияга тайёрлаш қодалари.

Фойдаланилган адабиётлар

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

V КЕЙСЛАР БАНКИ

1 муаммоли вазият

14 ешли бола Р. Шикоятлари: Унг тирсак бўғимида Оғриқ,харакат 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 хафтадан кейин сийиш Оғриқли,сийдик ранги хиралашуви,бундан кейин шиш кизариш ва унг тирсак бўғимида Оғриқ 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,иштаға пастлиги,тери қопламларини оқимтирлиги кузатилган.

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

Хаёт анамнези бола 1-хомиладорликдан, хомиладорлик ва туғруқ жараёни нормал кечган.Туғилгандаги тана вазни 3300 г, бўй узунлиги 51 см. билан туғилган. 2-хафталигидан бола сунъий овкатлантирилган.(“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 учрашишмаган чунки қизча касал бўлмаган, проф. эмлашларни олмаган.

Касалхонага мурожат қилганда қизчани аҳволи оғир, холсиз, 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 чўққисида ва йирик томирлар соҳасида систолик шовқин. Қорни юмшоқ оғриқсиз. Жигар +3,0 см қовурға равоғидан чиқиб туради. Талоқ қовурға равоғида, юмшоқ-эластик конситенцияли.

Сийдик ранги с\ж, ич келиши кунига 1-2 маҳал. Кўриш ва эшитиш бузилмаган. Жисмоний ривожланиши 9-10 ойлик болага ўхшайди. Обҳий кон 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 ташҳисингиз ва уни исботланг?
- Қайси касалликлар билан қиёсий ташҳис ўтказасиз?
- УАШ тактикасини кўрсатинг

3-муаммоли вазият

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

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

Топшириқлар:

- Сизнинг тўлиқ тахминий ташҳисингиз?

- Дифференциал ташҳис
- 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 ташҳис: грипп, астеник синдром. Бемор 7 кун мобайнида оксациллин олган, лекин эффект бўлмаган ва шу сабабли шифохонага жўнатилган.

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

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

Умумий сийдик таҳлили: солиштирама оғирлик - 1018, оқсил - аБs, 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 врачига «сурункали тонзиллит» ташхиси 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-4,0х10¹²/л, Ц.п.-0,87; лейкоц.-9,4х10⁹/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 ташхисингиз
- Сизнинг фикрингизча қайси касалликлар билан қиёсий ташхисланади.
- Бемор ҳолатини таҳлил қилиш асосида тахминий ташхис 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 хафтада). Бола туғилибоқ йиғлаган. Вазни-3200, бўйи-50см, Апгар шкаласи-7/9 балл. Эмизгани 2 кундан сўнг берилган, суст эмган.

Туғруқхонада боладасустлик, тери қоплами кулрангсимон 1-кун бўйин ва чов 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. Киндик яраси эпителизацияланган. Шиллик пардалар тоза. Ички органларда патология йук. Ахлати-бурда-бурда, кунига 3-5 маҳал, патологик белгисиз.

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

7- муаммоли вазият

Бемор 3 ёш. Анамнездан бола тугилгандан бери теривашиллиқ қаватларида тарқок цианоз кузатилган. Келганда тери ва шиллик 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-ковурға. Аускультатив: тонлар ритмик, ЧСС –160, туш суяги чап қирраси 3- коворға оралигида ўрта интенсивликдаги систолик шовқин, чапдан 2- коворға оралигида 2-тон акценти. Нафас олиш сони 40. Нафас олиши чуқур, шовқинли. Жигар ўнг коворға ёйи остидан +3 см.

- УКТ: Нб –148, эр – 4.9, лей – 6.3, ранг кўр – 0.9, СОЭ – 3мм/соат.
- Сизнинг ташхисингиз?
- Қандай кушимчатекирувлар ўтказиш керак?
- Дифференциал диагнозни қайси касаллик билан ўтказасиз?
- Касаллик 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 сохасигача 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 эhtiёжини хисобланг.
5. Обструктив бронхит, муковисцидоз ва бронхиал астмани таққослаб Венн диаграммаси тузинг.
6. Боланинг юрак сохасида 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 қаршилак	antimicrobial resistance
АРВ терапия	Антиретровирус терапия (ОИТСда қўлланилади)	antiretroviral medicine/antiretroviral drug
анамнез	Анамнез, касаллик тарихи	Medical history
АПТ	Актив парциал тромбопластин вакти	activated partial thromboplastin time.
АДС	Адсорбланган дифтерия-қоқшол вакцинаси	diphtheria, tetanus vaccine (DT), DT
АКДС	Адсорбланган дифтерия-қоқшол кўкйўтал вакцинаси	diphtheria, tetanus and acellular pertussis vaccine (DTaP), DPT with acellular pertussis
Алажилл синдроми	Алажилл синдроми, жигар томирларининг аномалияси	Alagille syndrome, hepatic vascular anomaly
Валеология	Соғлом турмуш тарзи ва унинг қонуниятлари йуналиши	the interscientific and interdisciplinary direction studying regularities, ways and mechanisms of formation and ensuring health and a healthy lifestyle

АС	Юрак аортал клапани стенози. Ревматик иситма ва эндокардитнинг асоратига киради	Stenosis of the aortic heart valve. It is a complication of rheumatic fever or endocarditis
билирубин	Гемоглобиннинг парчаланишидан ҳосил бўладиган сариқ рангли пигмент. Билирубин ўт билан ичакка ажралади. Турлари : умумий, боғланган, боғланмаган. Механик ва паренхиматоз сариқликда билирубинни барча фракцияларининг миқдори ошади, гемолитик сариқликда эса фақат боғланмаган билирубиннинг миқдори ошади.	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.
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	decrease in any movements and their volume, the lowered physical activity;

	учрайдиган организмнинг физиологик етилмаганлиги.	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 кисмининг етук ривожланмаганлиги. Урта курсаткичлардан 2 стигмадан ортик огиш	the underdevelopment of fabric, body, part of a body exceeding a deviation from average values in two sigma
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 хар томонлама тиббий ва биологик текширувидан кейинги унинг соғлиги еки касаллиги	the conclusion about a state of health and the nature of an illness of the person on the basis of his

	хақидаги хулоса	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 оқсил. 5 синф иммуноглобулинлар — М, G, А, Е, D.	5 classes distinguished immunoglobulinov- M, G, A, E, D. Components immunity proteins
иммуносупрессия	Иммунитетнинг бўғилиши	immunosuppression
Карнитин	витаминсимон бирикма. Гушт махсулотлари таркибида кўп учрайди. Ёғ кислотадан энергия пайдо бўлишида иштирок этади.	Vitamin-metabolic compound. Carnitine in many meat products.
Касалланиш	Аҳоли ва унинг алоҳида	indicator of a state of health

	гурухларининг соғлиғи, касалланишининг кўрсаткичи	of the population in general and in separate groups (age, professional); characterizes prevalence, structure and dynamics of diseases in a percentage ratio of number of the diseased to the total number of the population for the concrete period of time
Касалхона ичи инфекцияси	Касалхонада тушгандан сўнг 48 соат ичида юққан касаллик	hospital infection
Контактда бўлган	Юқумли касаллик билан контактда бўлган одам	contact case (contact)
КПК	Қизамиқ, паротит, қизилчага қарши вакцина	measles - mumps - rubella vaccine (MMR)
Контрол гурух мониторинг	Фарқ лаш гурухи Кузатув	control group 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 қутилмаган 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 ҳолат	Шошилинч ҳолат	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 АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

Махсус адабиётлар

1. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 edition. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme. 2015.
2. Current essentials Pediatrics. Judith M. Sondheimer. 2015.
3. Textbook of Neonatology. Janet M. Rennie, fifth edition Churchill Livingstone ELSEVIER .2015.
4. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Детские болезни. - Т., 2013
5. Даминов Т.О., Холматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари.-Т., 2012.
6. Детские болезни, под ред. А.А. Баранова. – М., 2010
7. Детские болезни, под ред. Н.П. Шабалова. – М., 2010
8. Детские болезни. Учебник в 2 томах. Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. 2013.
9. Детские болезни, учебник. Н.А. Геппе, 2018.
10. Педиатрия. Авдеева Т.Г. 2016.
11. Неонатология, Каримжонов И.А. ва бошқалар. Ўқув қўлланма, 2020. Тошкент.

Интернет маълумотлари

1. www.scopus.com
2. [www. Ziyonet. Uz.](http://www.Ziyonet.Uz) [www. edu. uz](http://www.edu.uz)
3. Inocom.uz электрон журналари: www.infocom.uz
4. Ўзбекистон Республикаси Президентининг Матбуот маркази сайти: www.press-service.uz
4. Ўзбекистон Республикаси Давлат Ҳокимияти портали: www.gov.uz
5. Axborot-kommunikatsiya texnologiyalari izohli lug'ati, 2004, UNDP DDI: Programme www.lugat.uz, www.glossaiy.uz
6. Ўзбек интернет ресурсларининг каталоги: www.uz
7. Axborot resurs markazi <http://www.assc.uz/>

8. www.tma.uz
9. www.Medbook.ru
10. www.Medlinks.ru