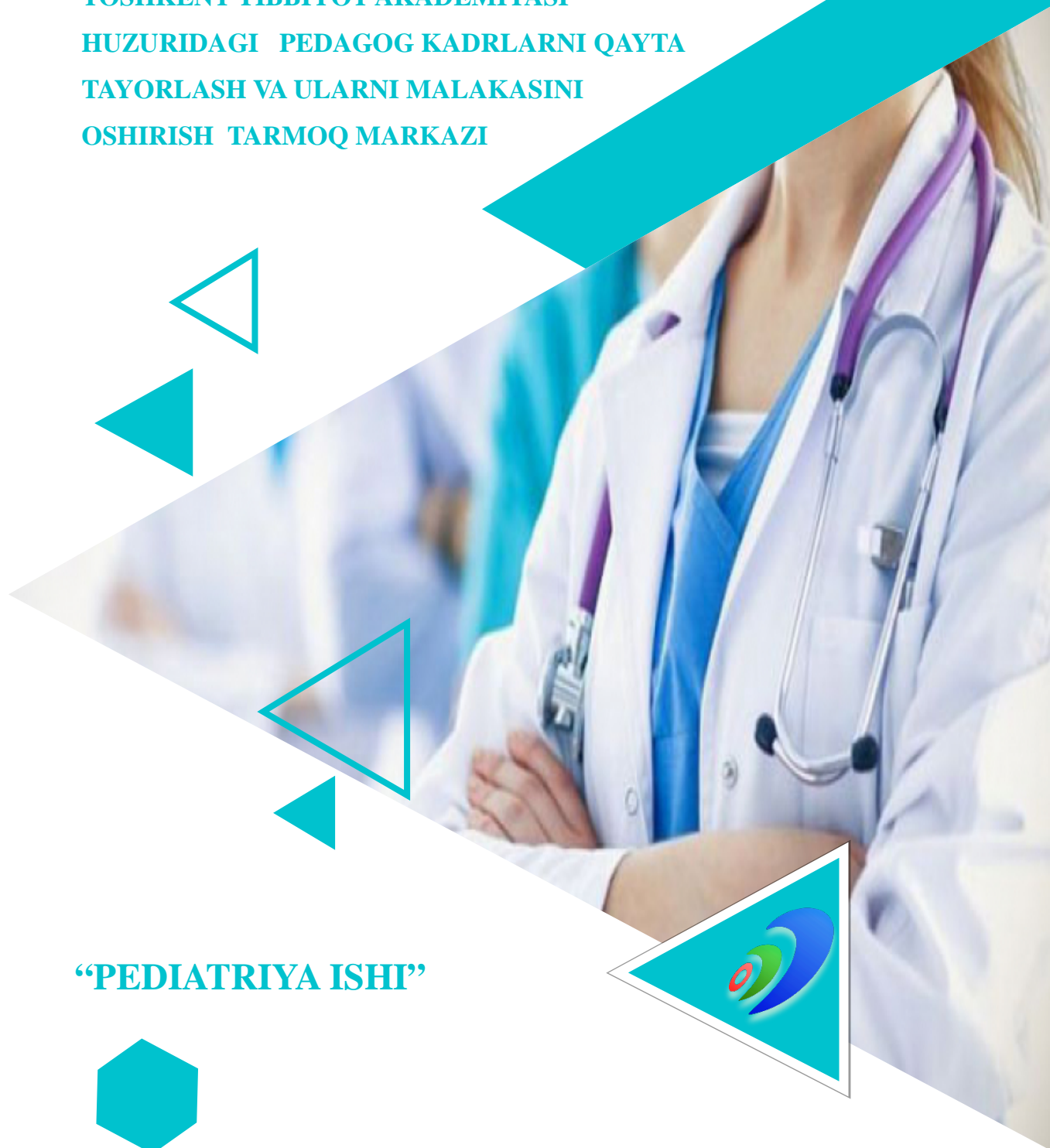


**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIV VA O‘RTA-MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI**



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
HUZURIDAGI PEDAGOG KADRLARNI QAYTA
TAYORLASH VA ULARNI MALAKASINI
OSHIRISH TARMOQ MARKAZI**



“PEDIATRIYA ISHI”



TOSHKENT 2023

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIV VA O‘RTA MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI**

**OLIV TA‘LIM TIZIMI PEDAGOG VA RAHBAR KADRLARINI QAYTA
TAYYORLASH VA ULARNING MALAKASINI OSHIRISHNI TASHKIL ETISH BOSH
ILMIY - METODIK MARKAZI**

**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI HUZURIDAGI PEDAGOG KADRLARNI
QAYTA TAYYORLASH VA ULARNING MALAKASINI OSHIRISH TARMOQ
MARKAZI**

“Pediatriya ishi” yo‘nalishi

**“BOLALAR KASALLIKLARINI TASHXISLASH VA DAVOLASHGA
YANGICHA YONDASHUVLAR”**

MODULI BO‘YICHA

O‘QUV –USLUBIY MAJMU‘A

Mazkur o‘quv-uslubiy majmua Oliy va o‘rta maxsus ta’lim vazirligining 2020 yil 7 dekabrda 648-sonli buyrug‘i bilan tasdiqlangan o‘quv reja va dastur asosida tayyorlandi.

Tuzuvchi:

Iskanova G.X. TTA 2-son bolalar kasalliklari kafedrasida dotsenti,
tibbiyot fanlari nomzodi

Taqrizchilar:

Zalman D. Starosta Amerika qo‘shma shtatlari, Bruklin tibbiyot
kolleji professori

Karimjonov I.A. TTA 2-son bolalar kasalliklari kafedrasida
mudiri, professor, t.f.d.

*O‘quv-uslubiy majmua Toshkent tibbiyot akademiyasi Kengashining 2020 yil
25-dekabrda 7-sonli qarori bilan nashrga tavsiya qilingan.*

MUNDARIJA

I	ISHCHI DASTURI.....	5
II	MODULNI O‘QITISHDA FOYDALANILADIGAN INTREFAOL TA‘LIM METODLARI.....	12
III	NAZARIY MATERIALLAR.....	13
IV	AMALIY MASHG‘ULOT MATERIALLARI.....	50
V	KEYSLAR BANKI.....	151
VI	GLOSSARIY.....	149
VII	ADABIYOTLAR RO‘YXATI.....	154

I. ISHCHI DASTUR

Kirish

Ma'lumki, mamlakatimiz mustaqilligi milliy ta'lim sohasida tub islohotlarni amalga oshirish uchun zamin yaratdi. Zamonaviy talablar inobatga olingan holda, oliy o'quv yurtlarining pedagog kadrlarini qayta tayyorlash yo'nalishlari bo'yicha qayta tayyorlash va malaka oshirishning o'quv dasturlarini muntazam takomillashtirib borish ishlarini tashkil etish bugungi kunning dolzarb vazifalaridan biri xisoblanadi.

Dastur O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2015 yil 12 iyundagi "Oliy ta'lim muassasalarining rahbar va pedagog kadrlarini qayta tayyorlash va malakasini oshirish tizimini yanada takomillashtirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi PF-4732-sonli, 2017 yil 7 fevraldagi "O'zbekiston Respublikasini yanada rivojlantirish bo'yicha Harakatlar strategiyasi to'g'risida"gi PF-4947-sonli, 2019 yil 27 avgustdagi "Oliy ta'lim muassasalari rahbar va pedagog kadrlarining uzluksiz malakasini oshirish tizimini joriy etish to'g'risida"gi PF-5789-sonli Farmonlari, shuningdek 2017 yil 20 apreldagi "Oliy ta'lim tizimini yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi PQ-2909-sonli qarorida belgilangan ustuvor vazifalar mazmunidan kelib chiqqan holda tuzilgan bo'lib, u oliy ta'lim muassasalari pedagog kadrlarining kasb mahoratlarini oshirishga hamda oliy ta'lim sohasida amalga oshirilayotgan qat'iy islohotlar mazmunini ochib berishni maqsad qiladi.

Mamlakatimizda umume'tirof etilgan shior "Sog'lom ona — sog'lom bola" tamoyili, o'z mohiyatiga ko'ra, aholini jipslashtiruvchi va safarbar etuvchi da'vat bo'lib, davlat va jamiyat darajasiga ko'tarilgan ustuvor vazifaga aylandi. Biz bu muhim vazifaning ijrosiga kirishar ekanmiz, odamlar salomatligini muhofaza qilishning butun tizimini chuqur isloh etish va modernizatsiya qilish asosidagina oldimizga qo'ygan maqsadga erishish mumkinligini teran anglab etganimizni ta'kidlab o'tmoqchiman".

Mustaqillikning ilk kunlaridan boshlab Respublikamiz halq xo'jaligining barcha sohalarida chuqur islohotlar boshlandi. Aholi salomatligini muhofaza qilish

Prezidentimiz va hukumatimizning doimiy diqqat markazida bo‘lib, davlatimizning eng ustivor ijtimoiy masalalaridan biriga aylandi.

Reprorduktiv yoshdagi ayollar, xomilador ayollar va bolalarga ko‘rsatiladigan tibbiy yordamning sifatini oshirish va qamrovini yanadi kengaytirish to‘g‘risidagi O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2019 yil 12 noyabrdagi № PP-4513-sonli qaroriga ko‘ra onalar va bolalarga ko‘rsatiladigan tibbiy yordamning sifatini yanada oshirishda etuk mutaxassislar tayarlash va ularning malakasini uzluksiz oshirib borish muhim ahamiyat kasb etadi.

Modulning maqsadi va vazifalari

“Bolalar kasalliklarini tashxislash va davolashga yangicha yondashuvlar” modulining maqsadi: pedagog kadrlarni qayta tayyorlash va malaka oshirish kurs tinglovchilarini pediatriya fanlarining zamonaviy muammolari haqidagi bilimlarini takomillashtirish, tahlil etish va baholash ko‘nikma va malakalarini tarkib toptirish.

“Bolalar kasalliklarini tashxislash va davolashga yangicha yondashuvlar” modulining **vazifalari:**

- pediatriya fanlarini o‘qitishda pedagogik faoliyat, oliy ta’limda o‘qitish jarayonini texnologiyalashtirish bilan bog‘liqlikda yuzaga kelayotgan muammolarni aniqlashtirish;
- tinglovchilarning pediatriya fanlari muammolarini tahlil etish ko‘nikma va malakalarini shakllantirish;
- pediatriya fanlari muammolarini hal etish strategiyalarini ishlab chiqish va amaliyotga tatbiq etishga o‘rgatish.

Modul bo‘yicha tinglovchilarning bilimi, ko‘nikmasi, malakasi va kompetentsiyasiga qo‘yiladigan talablar

“Bolalar kasalliklarini tashxislash va davolashga yangicha yondashuvlar” modulini o‘zlashtirish jarayonida amalga oshiriladigan masalalar doirasida:

Tinglovchi:

-Respublikamizda bolalar xuquqini ximoya qiluvchi qonun xujjatlarni, pediatriya sohasida respublikamizda va xorijda olib borilayotgan ilmiy-tadqiqotlarni va ularning natijalarini, turli yoshdagi bolalar kasalliklarining hozirgi zamondagi kechishi, dunyo bo'ylab tarqalishi, pediatriyada qo'llaniladigan zamonaviy diagnostik va davolash usullarini, bolalarga tibbiy xizmat ko'rsatish umumiy amaliyot shifokori kategoriyalarini, -kasalliklarning yangi tasniflarini, yangi vaksinalar va ularning bola organizmiga ta'sir etish mexanizmini **bilishi** kerak.

- Bolalar kasalliklarga tashxis qo'yishning zamonaviy usullaridan foydalanish, MKB-10 bo'yicha tashxis qo'yish, olalarda uchraydigan shoshilinch holatlarda tezlik bilan saralash va tez yordam ko'rsatish, pediatriya sohasidagi davolash standartlaridan samarali foydalanish, KT, MRT, PET, fibroskan va boshqa tekshiruvlar natijalarini interpretatsiya qilish, bolalarni davolashda Respublikamizda qo'llashga ruxsat etilgan dorilarni tavsiya etish, yangi farmpreparatlar, ularning samarasi va nojo'ya ta'sirlari xaqida informatsiyaga ega bo'lish, bolalar kasalliklarini davolashda integrirlashgan usuldan foydalanish **ko'nikmalariga** ega bo'lishi lozim.

-O'zRSSHV №225 buyrug'iga binoan bolalar xolatini shoshilinch baxolash va davolash, yuqumli kasalliklar, xususan OITS kasalligining bolalar orasida yatrogen sabablarga ko'ra tarqalishini oldini olish;, og'ir va asoratli kasalliklarni davolashda palliativ tibbiyot qoidadariga amal qilish, sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish va bolalar erta o'limini oldini olishga qaratilgan barcha chora-tadbirlarni bajarish malakalariga ega bo'lishi zarur, pediatriya sohasida uchraydigan kasalliklar diagnostikasida ilg'or xorijiy tajribalarni amaliyotga tatbiq etish, neonatologiya sohasidagi kasalliklarni davolashdagi innovatsiyalardan foydalanish, bolalar bilan ishlashda ularning yosh hususiyatlarini inobatga olish, bolalar xirurgiyasi sohasidagi kasalliklarni davolashning zamonaviy usullaridan foydalanish, zamonaviy diagnostik va davolash standartlarini amaliyotda tatbiq etish **malakalariga** ega bo'lishi zarur.

- tibbiyot ilmiga oid jurnallarni doimo mutolaa qilish, Sog'liqni Saqlash Vazirligi buyruqlariga amal qilish, turli yoshdagi bolalarning o'sishi va

rivojlanishini monitoring qila olish, pediatriya sohasida kasalliklarning oldini olishning zamonaviy usullarini amaliyotga tatbiq etish **kompetentsiyalarini egallashi lozim.**

Modulni tashkil etish va o'tkazish bo'yicha tavsiyalar

“Bolalar kasalliklarini tashxislash va davolashga yangicha yondashuvlar” kursi ma’ruza va amaliy mashg’ulotlar shaklida olib boriladi.

Kursni o’qitish jarayonida ta’limning zamonaviy metodlari, pedagogik texnologiyalar va axborot-kommunikatsiya texnologiyalari qo’llanilishi nazarda tutilgan:

- ma’ruza darslarida zamonaviy kompyuter texnologiyalari yordamida prezentatsion va elektron-didaktik texnologiyalardan;
- o’tkaziladigan amaliy mashg’ulotlarda texnik vositalardan, ekspress-so’rovlar, test so’rovlari, aqliy hujum, guruhli fikrlash, kichik guruhlar bilan ishlash, kollokvium o’tkazish, va boshqa interaktiv ta’lim usullarini qo’llash nazarda tutiladi.

Modulning o’quv rejadagi boshqa modullar bilan bog’liqligi va uzviyligi

Modul mazmuni o’quv rejadagi “Zamonaviy pediatriyaning dolzarb mavzulari va muammolari” va “Pediatriyada profilaktika, reabilitatsiya va og’ir bemorlarni parvarishlash” o’quv moduli bilan uzviy bog’langan holda pedagoglarning kasbiy pedagogik tayyorgarlik darajasini orttirishga xizmat qiladi.

Modulning oliy ta’limdagi o’rni

Modulni o’zlashtirish orqali tinglovchilar pedagogik muammolarni aniqlash, ularni tahlil etish va baholashga doir kasbiy kompetentlikka ega bo’ladilar.

Modul bo'yicha soatlar taqsimoti

№	Modul mavzulari	Tinglovchining o'quv yuklamasi, soat				
		Hammasi	Auditoriya o'quv yuklamasi			
			Jami	Jumladan		
			Nazariy	Amaliy mashg'ulot	Ko'chma mashg'ulot	
1.	Bolalar sog'ligini yaxshilash va bolalar o'limini kamaytirish muammolari. Bolalarda tanqis xolatlar. Diagnostikasi va davolash	4	4	2	2	
2	CHaqaloqlarda asab tizimining perinatal zararlanish sindromi	4	4	2	2	
3	Bolalarda OIV/OITS kasalligi. Diagnostikasi va davolash	4	4	2	2	
4	Ijtimoiy kasalliklarning pediatriyadagi o'rni.O'smirlar kasalliklari. Metabolik sindrom.Semizlikni oldini olish. Qandli diabet.	2	2		2	
5	Bolalarda me'da ichak yo'lining tug'ma taraqqiyot norasoliklari va anomaliyalari. Bolalarda buyraklar va peshob yo'llari tug'ma taraqqiyot nuqsonlari va anomaliyalari	2	2		2	
6	Bolalarda tizimli kasalliklarning kechish xususiyatlari	4	4			4
	Jami	20	20	6	10	4

NAZARIY MASHG'ULOTLAR

1-mavzu: Bolalar sog'ligini yaxshilash va bolalar o'limini kamaytirish muammolari. 2 soat.

1. Bolalar sog'ligini yaxshilashga va bolalar o'limini kamaytirishga bag'ishlangan davlat dasturlari, statistik ma'lumotlar.
2. O'zbekistonda onalar va bolalar o'limiga sababchi omillar
3. Neonatal yordamning zamonaviy tamoyillari
4. Bolalarda temir, folat kislota tanqisligi kamqonliklarining sabablari, diagnostikasi, davolashga yangicha yondashuvlar.

2-mavzu: CHaqaloqlarda asab tizimining perinatal zararlanishi sindromi. 2 soat.

1. Asab tizimining perinatal zararlanishi sabablari, diagnostikasi,
2. Asab tizimining perinatal zararlanishini davolash va profilaktikasi.

3-mavzu: Bolalarda OIV/OITS kasalligi. Diagnostikasi va davolash. 2 soat.

1. OITS kasalligining xozirgi kundagi kechishi, klinikasi, genotipi, diagnostikasi va davolash.
2. YAngi gurux antivirus preparatlarining qo'llanilishi.

AMALIY MASHG'ULOTLAR

1-amaliy mashg'ulot: Bolalarda tanqis xolatlar. Bolalarda temir, folat kislota tanqisligi kamqonliklarining sabablari, diagnostikasi, davolashga yangicha yondashuvlar. 2 soat.

2-amaliy mashg'ulot: CHaqaloqlarda asab tizimining perinatal zararlanishi sindromi sabablari, diagnostikasi, davolash va profilaktikasi. 2 soat.

3-amaliy mashg'ulot: Bolalarda OIV/OITS kasalligining kechishi, yuqish yo'llari, klinik shakllari, davolash usullari va standartlari. 2 soat.

4- amaliy mashg'ulot. Ijtimoiy kasalliklarning pediatriyadagi o'rni.O'smirlar kasalliklari. Metabolik sindrom.Semizlikni oldini olish. Qandli diabet. 2 soat.

5-amaliy mashg'ulot: Bolalarda tug'ma taraqqiyot norasoliklari va anomaliyalari. Bolalarda buyraklar, peshob yo'llari va me'da ichak yo'lining tug'ma taraqqiyot nuqsonlari va anomaliyalari. 2 soat.

KO'CHMA MASHG'ULOT

Bolalarda tizimli kasalliklar, ularning kechishi, sabablari, erta tashxislash va davolash usullari. 4 soat.

1. Tizimli qizil yugurik. Tizimli sklerodermiya.
2. Vegener kasalligi. Klinikasi, diagnostikasi va davolash
3. Takayasu kasalligi. Klinikasi, diagnostikasi va davolash.
4. YAngi gurux preparatlarining qo'llanilishi. Klinikasi, diagnostikasi va davolash
5. Pulsterapiyaga ko'rsatma.

O'QITISH SHAKLLARI

Mazkur modul bo'yicha quyidagi o'qitish shakllaridan foydalaniladi:

- o'quv ishini tashkillashtirishning interfaol shakllaridan: binar-ma'ruza, savol-javobli ma'ruza, suhbat-ma'ruzalar orqali tashkillashtirish nazarda tutilgan.
- o'quv faoliyatini tashkil etish shakllari sifatida quyidagilardan foydalanish nazarda tutilgan:
 - ma'ruza mashg'ulotlarida ommaviy, juftlik, individul;

II. MODULNI O‘QITISHDA FOYDALANILADIGAN INTERFAOL TA‘LIM METODLARI

“Dizayn fikrlash” metodi.

Metodning maqsadi: qadamba qadam amalga oshiriladigan usul bo‘lib oddiydan murakkabga qarab boradi. Bilimlarni mustahkamlash, takrorlash, baholashga, nostandart tafakkurni shakllantirishga xizmat qiladi.

Empatiya- 1 qadamda tinglovchi mavjud muammoga maksimal “ko‘milishi” kerak
Fokuslash- 2 qadamda barcha yig‘ilgan bilimlar masalani echish uchun konkretlashtiriladi. Analitik fikrlash va asosiysini topishga o‘rgatadi.

G‘oya-3 qadam, miya xujumi yordamida turli variantlarni ichidan eng foydalisi, kamxarajatli tanlab olinadi. Bu g‘oyani taklif qilgan o‘quvchi uni ximoya qila olishi kerak.

Prototip- 4 qadam. Ushbu g‘oyaning prototipini, modelini yoki maketini yasash, rolli o‘yin yordamida ko‘rsatib berish.



Misol: Smartfon modelini tanlash



Misol: Avtobus bekati modelini tanlash



Misol: “Rolli o‘yin” orqali ko‘rsatib berish.

TEST-5 qadam, prototipni amaliyotda sinab ko‘rish. Qayta bog‘lanishni amalga oshirish.

III. NAZARIY MATERIALLAR

1-mavzu: Bolalar sog'ligini yaxshilash va bolalar o'limini kamaytirish muammolari

Reja

1. Bolalar sog'ligini yaxshilashga va bolalar o'limini kamaytirishga bag'ishlangan davlat dasturlari, statistik ma'lumotlar.
2. O'zbekistonda onalar va bolalar o'limiga sababchi omillar
3. Neonatal yordamning zamonaviy tamoyillari

Tayanch iboralar: Onalar va bolalar o'limi, xomiladorlar patologiyasi, neonatal davr, perinatal skrining.

1.1. Bolalar sog'ligini yaxshilashga va bolalar o'limini kamaytirishga bag'ishlangan davlat dasturlari, statistik ma'lumotlar.

Onalar va bolalar orasidagi o'lim hollarini kamaytirish dunyo bo'yicha eng global masalalardan biridir. O'zbekistonda o'tgan yillar davomida bu borada muayyan ishlar qilindi. Ammo muammo kompleks hal etilmas ekan, statistik raqamlardagi kichik o'zgarishlar bilan maqtanib bo'lmaydi. Prezidentimiz SHavkat Mirziyoev tashabbusi bilan so'nggi vaqtda inson salomatligini muhofaza qilish borasida tizimli ishlar boshlandi. Avvalo joylarda bu borada ko'plab muammolar hamon saqlanib qolayotgani ro'y-rost aytili va aholimizning barcha qatlami uchun qulay bo'lgan, sifatli va zamonaviy tibbiy yordam ko'rsatish, kasalliklarni barvaqt aniqlash vazifalari qo'yildi. SHubhasiz, bu islohotlar markazida onalar va bolalar orasidagi o'lim hollarini kamaytirish masalasi turadi.

Mamlakatimizda ayollar sog'lig'ini mustahkamlash, reproduktiv salomatligini monitoring qilish, oilalarning tibbiy madaniyatini oshirish, tibbiyot muassasalari moddiy-texnik bazasi, kadrlar salohiyati, zamonaviy diagnostika usullarini joriy etish bo'yicha bosqichma-bosqich chora-tadbirlar amalga oshirilmoqda.

Sohaga oid Davlat dasturlari uzviylik bilan hayotga tatbiq etilgani natijasida onalik va bolalikni muhofaza qilish borasida qator yutuqlarga erishildi. Jumladan, eng ilg'or

tajribalarga asoslangan ona va bola skrining xizmati, perinatal muassasalar tarmog'i yaratildi. Homilador ayollar va chaqaloqlarni perinatal hamda neonatal skriningdan o'tkazish orqali ularda tug'ma va irsiy kasalliklarni erta aniqlash yo'lga qo'yildi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotlariga ko'ra (2015 yil Evropa regionida salomatlikning asosiy ko'rsatkichlari), onalar o'limi ko'rsatkichi O'zbekistonda O'rta Osiyo bo'yicha eng past hisoblanadi. Mamlakatimizning ushbu ko'rsatkichga ega bo'lishi nafaqat markaziy shaharlarda, balki barcha tumanlarda, hattoki, markazdan eng uzoq joylarida ham birlamchi akusherlik yordami tashkil etilgani bilan erishildi.

YUrtimizda bolalar o'limi bilan bog'liq so'nggi vaziyat davlat statistika ko'rsatkichlariga ko'ra, 2017 yilga qaraganda 2018 yilda yaxshi tomonga o'zgargan. Jumladan, 2018 yilda go'daklar o'limi ko'rsatkichi 9,9 promillini tashkil etdi (2017 yilda bu ko'rsatkich 11,5 promilliga teng bo'lgan). Go'daklar o'limining strukturasi 63,6 foizni neonatal o'lim tashkil etadi. Sog'liqni saqlash tizimidagi, shu jumladan, onalar va bolalar salomatligini muhofaza qilishdagi holatni yaxshilash maqsadida O'zbekiston Prezidentining 2018 yil 7 dekabrda "O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo'yicha kompleks chora-tadbirlar to'g'risida"gi farmoni bilan 2019-2025 yillarda O'zbekiston Respublikasining sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirish Kontsepsiyasi tasdiqlangan. Kontsepsiyada sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirish, bolalar va onalar salomatligini muhofaza qilishdagi muammolarni echish uchun maqsad va vazifalar belgilangan.

2019-2021 yillarda Kontsepsiyani amalga oshirish jarayonida "Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to'g'risida"gi qonun, Prezidentning 2019 yil 7 sentyabrda "Kam uchraydigan (orfan) va boshqa irsiy-genetik kasalliklarga chalingan bolalarga tibbiy va ijtimoiy yordam ko'rsatishni yanada yaxshilash chora-tadbirlari to'g'risida"gi qarori qabul qilindi.

Respublika bolalar ixtisoslashtirilgan va regional ko'p tarmoqli tibbiyot markazlari davlat byudjeti mablag'lari va xalqaro moliya institutlari hisobidan tashxislash va davolash asbob-uskunalarini bilan jihozlanishi bolalarga xalqaro standartlarga muvofiq yuqori texnologik tibbiy yordam ko'rsatishda muhim o'rin tutadi.

Bolalar o'limini kamaytirishda emlash ham katta ahamiyatga ega bo'lib, bugungi kunda emlash kalendari 13 ta antigenga qarshi 12 vaktsinani o'z ichiga olgan.

O'zbekistonda ovqatlantirish sohasidagi muammolarni echish integral yondashuv asosida olib boriladi. Onalar va bolalar orasida ovqatlanishni yaxshilash hamda mikronutrientlar etishmovchiligining oldini olish maqsadida qisqa muddatli (6 oygacha bo'lgan bolalarni istisnosiz ko'krak suti bilan emizish), o'rta muddatli (un fortifikatsiyasi, tuzni yodlash) va uzoq muddatli (shifokor va tashkilotchilar uchun "ilk 1000 kun" dasturi bo'yicha seminarlar, sog'lom ovqatlanishga qaratilgan aholining ovqatlanish odatlarini o'zgartirish) tadbirlar o'tkazilmoqda.

Barcha viloyat perinatal markazlarida ayollarga ixtisoslashtirilgan, yuqori texnologiyali jahon standartlari talablariga javob beradigan kaminvaziv (laparoskopik) ginekologiya bo'limlari tashkil etildi. Birlamchi tizim muassasalarida "Ayollar maslahatxona"lari, ko'p tarmoqli markaziy poliklinikalarda "Qizlar salomatligi xonasi" hamda "Perinatal skrining xonasi" tashkil etildi.

2017-2020 yillar davomida 439 ta ob'ektda, jumladan perinatal markazlar, tug'uruq komplekslari va birlamchi tizim muassasalarida qurilish-ta'mirlash ishlarini amalga oshirish rejalashtirilgan bo'lib, ulardan 384 ta (87,5 foiz) ob'ektda qurilish-ta'mirlash ishlari olib borildi.

2013-2019 yillar davomida 159 dan ortiq turdagi tibbiy asbob-uskunalar tug'uruq va bolalar tibbiyot muassasalariga etkazilgan. O'z o'rnida jami 221 ta tibbiyot muassasasi, jumladan tuman, shahar markaziy shifoxonalari va markaziy ko'p tarmoqli poliklinikalar, oilaviy poliklinikalar moddiy-texnik bazasi mustahkamlandi.

Turli yo'nalish bo'yicha 212 ta mutaxassis Germaniyaning nufuzli klinikalarida, Koreya Respublikasi Pusan universitetida bir yillik kurslarda malaka oshirdi.

Samarqand va Andijon viloyatlarida bolalar ko'ptarmoqli tibbiyot markazlarining va Respublika perinatal markazining tuzilmasiga o'zgartirishlar kiritildi va neonatal xirurgiya bo'limlari tashkil qilindi. Namangan va Xorazm viloyatlari bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazlari va Toshkent pediatriya tibbiyot instituti klinikasida kardiojarrohlik bo'limlari, Tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli tibbiyot markazida esa invaziv jarrohlik bo'limi tashkil etildi.

Barcha viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazlari huzurida Toshkent shahar o'smirlar dispanseri hamda Respublika perinatal markazi qizlar ginekologiyasi bo'limlari tashkil etilgan.

1.2. O'zbekistonda onalar va bolalar o'limiga sababchi omillar

Dunyoda har kuni 830 nafarga yaqin ayol homiladorlik va tug'ish bilan bog'liq bo'lgan holatlar tufayli vafot etadi (JSSTning 2014 yilga oid ma'lumoti). Katta yoshli ayollarga qaraganda, o'spirin qizlarda homiladorlik natijasida asoratlar va o'lim xavfi yuqori. 1990-2015 yillar uchun dunyoda onalar o'limi deyarli 44 foizga kamaygan.

Ayollar homiladorlik va tug'uruq paytida hamda undan keyingi asoratlar tufayli vafot etishadi. Bunday asoratlarning aksariyati homiladorlik paytida rivojlanadi va uning oldini olish mumkin. Homiladorlik nazoratga olinmasa bunday paytda ko'p ayollar ahvoli yomonlashadi. Misol uchun, 75 foiz holatda onalar o'limiga olib keladigan asoratlar sirasiga qon ketish (asosan tug'uruqdan keyingi qon ketish), turli infeksiyalar, homiladorlik paytida yuqori qon bosimi, tug'uruqdan keyingi noxushliklar, xavfli abort kabilar kiradi.

Homilador ayollarni samarali qamrab olish va to'liq tug'uruqdan keyingi parvarish muammosini hal qilish boshlang'ich sog'liqni saqlash muassasalarida "Ayollar klinikalari" faoliyatini bosqichma-bosqich tashkil etish orqali amalga oshiriladi.

"Salomatlik maktablari"da mahallalar bilan olib borilayotgan idoralararo ishlar homilador ayollarni patronaj qilish, tug'uruq yoshdagi ayollarni surunkali ekstragenital kasalliklari bilan aniqlash va ularni yaxshilash bo'yicha o'z vaqtida choralar ko'rish masalasini hal etishga yordam beradi.

O'zbekistonda bolalar o'limining sabablaridan biri – bu sog'liqni saqlash tizimining birlamchi bo'g'inida profilaktik, patronaj va tashxis diagnostika ishlari samaradorligining past ekanligi. Aholi patronajidagi bolalar va fertil yoshdagi ayollarni qamrovchi patronaj 72-77 foizni tashkil qiladi. Umumiy amaliyot shifokorlarining bilim saviyasi va ko'nikmalari etarlicha bo'lmaganligi sababli bolalar va onalarga kerakli hajmda tibbiy yordam ko'rsatish imkoniyati mavjud emas.

Muammolardan biri, joylarda, ayniqsa, chekka hududlarda kadrlar etishmovchiligi hamda chaqaloqlarga og'ir holatlarda tibbiy yordam ko'rsatish uchun zamonaviy jihozlar ta'minoti bilan bog'liq.

1.3. Neonatal yordamning zamonaviy tamoyillari

Ma'lumotlarga qaraganda, O'zbekistonda bolalar o'limining 57 foizi neonatal davr hayotining ilk 27 kunida sodir bo'lmoqda. Ko'rinib turibdiki, tug'uruqxonalardagi sharoit, shifokorlar malakasi va chaqaloqni nazorat qilib turish ham bunga bog'lik jarayon. CHaqaloqlarga yordam ko'rsatish samaradorligini oshirish uchun sog'liqni saqlash amaliyotiga Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) tomonidan tavsiya etilgan neonatal yordamning zamonaviy tamoyillari tatbiq etilgan. Bular – chaqaloqlar reanimatsiyasi zamonaviy tamoyillari, sog'lom va bemor bolalarni parvarish qilish, ko'krak suti bilan boqish, infeksiyon nazorat, onadan bolaga OITS o'tishi profilaktikasi. CHaqaloqlar reanimatsiyasi reanimatsiya protokollariga kiritilib, respublika tibbiy muassasalari amaliyotiga keng tatbiq qilingan.

2018 yildan boshlab davlat byudjeti mablag'lari hisobidan perinatal markazlar surfaktant bilan ta'minlanmoqda. Bu juda kam va ekstremal kam vazn bilan chala tug'ilgan chaqaloqlarning yashovchanlik koeffitsienti oshishi, bronxopul'monal displaziya bilan kasallanish kamayishiga olib keladi. SHu bilan birga, chaqaloqlarda gemorragik kasalliklarning oldini olish maqsadida fitaminadion (vitamin K) preparati bola hayotining birinchi daqiqalarida qo'llanilmoqda.

Kam vaznli chaqaloqlarga tibbiy yordam sifatini oshirishda zamonaviy, xalqaro darajada tan olingan parvarish usullari, standartlar, davolash va tashxislashda klinik protokollarni tatbiq qilish bo'yicha ishlar yo'lga qo'yilgan.

Hozirda vazirlik tomonidan hududiy perinatal hamda tuzilayotgan tumanlararo perinatal markazlarning moddiy-texnika bazasini kuchaytirish hamda ularni og'ir holatlarda onalar va bolalar transportirovkasi uchun jihozlangan reanimobillar bilan ta'minlash bo'yicha xalqaro moliya institutlari bilan ish olib borilmoqda.

YUNISEFning O'zbekistondagi vakolatxonasi rahbari Sasha Graumann intervyusida shunday degan edi: "Biz O'zbekiston hukumatining bolalar hayotini saqlab qolish bo'yicha xatti-harakatlarini yuqori baholaymiz. Afsuski, yangi tug'ilgan

chaqaloqlar o'limi ko'rsatkichlari yuqoriligicha qolmoqda. Buni qabul qilib bo'lmaydi, chunki yangi tug'ilgan bolalarning aksariyatini kutqarib qolish mumkin edi..." Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotlariga ko'ra, har yili dunyoda bir oygacha bo'lgan 2,6 million bola vafot etadi. Yana bir million bolaning o'lim holati tug'ilgan kunida sodir bo'ladi. Yana 2,6 million bola o'lik tug'iladi. Bolalar o'limining 80 foizdan ortig'i muddatidan oldin tug'uruq, tug'uruq jarayonidagi asoratlar va infeksiyalar, sepsis, meningit hamda zotiljam tufaylidir.

Umuman olganda mamlakatimizda bolalar o'limi ko'rsatkichlari barqaror ravishda kamaymoqda. Tug'uruq va bolalar muassasalari moddiy-texnik bazasini yaxshilash va zarur zamonaviy tibbiy asbob-uskunalar bilan jihozlash, JSST tavsiyalariga ko'ra qabul qilingan davolash standartlari hamda milliy protokollar bo'yicha mutaxassislarni o'qitish va malakasini oshirish kabi ishlar amalga oshirilmoqda.

Respublikada 2014 yilga qadar homiladorlikning 28 hafta va undan ortiq muddatlarida tana vazni 1000 gramm va undan ortiq tug'ilgan chaqaloq tiriq tug'ilgan deb hisoblangan. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining tavsiyalariga ko'ra (homiladorlikning 22 hafta va undan ortiq muddatlarida tana vazni 500 grammdan boshlab chaqaloqlarni qayd etish), 2014 yil 1 iyuldan boshlab respublikada, MDHning boshqa davlatlaridek, tirik va o'lik tug'ilish mezonlari qabul qilindi. Respublikada ekstremal va o'ta kam vaznli chaqaloqlarning tug'ilishi, dunyodagi kabi o'rtacha bir foizini tashkil etadi.

O'zbekistonda Ming yillik rivojlanish maqsadlarining barchasiga erishish, xususan, go'daklar va onalar o'limini kamaytirishga alohida e'tibor qaratilgan. Agar 1996 yilda o'ta kam vaznli va juda kam vaznli yangi tug'ilgan chaqaloqlarning yashab qolish darajasi 9 foizni tashkil etgan bo'lsa, 2018-2019 yillar davomida 500-999 gramm tug'ilgan chaqaloqlar orasida yashab qolish foizi avvalgi yillarga nisbatan 40-50 foizgacha, 1000-1500 grammgacha tug'ilgan chaqaloqlar orasida 57 foizdan 70-80 foizgacha ko'tarilishiga erishildi. Bu barcha holatlardan farqli, chaqaloqlarning 50 foizi neonatologlarning sa'y-harakatlari bilan yashab qolishi va davlat tomonidan barcha zarur sharoitlar yaratilgani isbotidir.

Bugungi kunda O‘zbekistonda neonatal xizmat yangi sifat darajasiga ko‘tarildi va ushbu yo‘nalish bo‘yicha rivojlanishda davom etmoqda. Mutaxassislarning bilim va ko‘nikmalari doimiy ravishda takomillashtirilmoqda, tug‘uruq va bolalar muassasalarining moddiy-texnika bazasi yaxshilanmoqda. Neonatal xizmatni yaxshilash borasida maqsadli dasturlarni izchil amalga oshirish bo‘yicha doimiy va keng ko‘lamli ishlar bajarilyapti.

Respublikada bolalar o‘limini kamaytirish maqsadida YUNISEF va JSST bilan hamkorlikda jahon tajribasiga asoslanib “Bolalar kasalliklarini integral usulda olib borish”, “Ko‘krak suti bilan boqishni qo‘llab-quvvatlash”, “CHaqaloqlarni parvarish qilish”, “Go‘dak va erta yoshdagi bolalarni ovqatlantirish”, “Bolalarning o‘sish va rivojlanish monitoringi hamda patronaj tizimini takomillashtirish” kabi dasturlarni amalga tatbiq etish davom etmoqda.

O‘zbekistonda ayollar, bolalar va o‘smirlarga ko‘rsatilayotgan akusher-ginekologik xizmatini tashkillashtirish hamda ko‘rsatilayotgan tibbiy yordam sifatini yanada oshirish maqsadida “Ayollar maslahatxonalari”, “Perinatal skrining xonalari” tashkil etildi va tug‘uruq muassasalari zamonaviy jahon standartlari talabiga mos ravishda jihozlandi. Har haftaning seshanba kuni hududlardagi ko‘p tarmoqli markaziy poliklinikalarda uchastkalar kesimida homiladorlikka nisbiy va mutlaq moneligi bor ayollar taftishi o‘tkazilib, ularni kontratseptiv vositalari bilan qamrab olish umumiy amaliyot shifokorlarini jalb qilgan holda birgalikda amalga oshirilmoqda. SHuningdek, har hafta malakali akusher-ginekolog va neonatologlar tomonidan mutaxassislarga onalik va bolalikni muhofaza qilishga doir milliy standartlar va protokollarga to‘liq amal qilgan holda ish yuritish ko‘nikmasini oshirish bo‘yicha darslar tashkillashtirilgan.

Joriy yilning o‘tgan davrida respublika hududlarida reproduktiv salomatlik borasida jami 14 ming nafar MFY mutaxassislari va patronaj hamshiralari bilan ularni o‘qitish va qayta tayyorlash bo‘yicha seminarlar o‘tkazildi. SHuningdek, nikohlanuvchi shaxslar bilan suhbatlar o‘tkazildi.

Go‘daklar salomatligini nazorat qilishda tumanlar darajasida sog‘liqni saqlash tizimini kuchaytirish modeli, patronaj tizimida qo‘llab-quvvatlovchi kuratorlik ishlari

amalga oshirilmoqda hamda aholi o'rtasida sog'lom turmush tarzi va sog'lom ovqatlanish, jismoniy faollik, zararli odatlarning oldini olish va bartaraf etish bo'yicha targ'ibot va tushuntirish ishlari muntazam olib borilmoqda.

TRN aniqlash uchun turli diagnostika usullari va skrining dasturlari qo'llaniladi.

Asosiy diagnostika usullari:

- geneologik;
- tsitogenetik (xromosomalarning miqdoriy tarkibi);
- dermatoglifika;
- egizaklar usuli;
- genlarni bog'lash;
- biokimyoviy.

Skrining dasturlari. Skrining orqali barcha diagnostik test dasturlari yordamida barcha homilador va yangi tug'ilgan chaqaloqlarni (FKU ni aniqlash uchun) ommaviy tekshirish («elakdan o'tkazish») tushuniladi.

Skrining dasturlarining ikki bosqichi mavjud:

- iqtisodiy tejamkor yarim miqdoriy usullardan foydalanish;
- zamonaviy tahlil usullaridan foydalanish.

Skrining dasturlarga talablar:

- ommaviy so'rovlar usullarini qo'llash;
- texnik ishonchlilik;
- usullarning etarlicha sezgirligi;
- yolg'on-musbat va noto'g'ri-manfiy natijalarning minimal soniga ega usullarning o'ziga xosligi;
- o'rganilayotgan materialni olishning oddiyligi;
- diagnostika muolajaning etarlicha tezligi;
- yashirin bosqichda patologiyalarni aniqlash imkoniyati.

Filtr qog'ozida quritilgan qon tomchilaridagi fermentlarning faolligini aniqlash uchun mikrobiologik usul qo'llaniladi: mikroblarning maxsus auksotrof

mutantlari faqat qon fermentlari ta'siri ostida mikroorganizmlar o'sishi uchun kerakli bo'lgan komponent hosil bo'lgandagina o'sadi.

Skrining dasturlarining vazifalari:

- irsiy metabolik anomaliyalarning tarqalishini o'rganish;
- ma'lum populyatsiyada metabolik nuqsonning uchrash tezligini aniqlash;
- mojddar almashinuvi kasalliklari diagnostikasi, ularni erta aniqlash va davolash ushbu kasallikning ijobiy kechishiga yordam beradi;
- populyatsiyadan modda almashinuvi irsiy buzilishlari bor bolalarni ajratish;
- yangi tug'ilganlik davrda va boshqa yosh guruhlarida patologiyaning biokimyoviy va klinik ko'rinishlarining xususiyatlarini o'rganish;
- mutant genni geterozigotali tashishni aniqlash.

So'nggi yillarda tibbiyotda erishilgan yutuqlar sifatida qator genetik va tug'ma kasalliklarning oldini olish uchun prenatal diagnostika usullaridan foydalanishni hisoblasa bo'ladi.

Bugungi kunga kelib homila rivojlanishining har qanday bosqichida irsiy patologiya va irsiy tabiatli tug'ma kasalliklarini aniqlash uchun zarur va etarli bo'lgan usullar arsenali aniqlangan.

TRN prenatal diagnostikasi usullarini ikki guruhga bo'lish mumkin: to'g'ridan-to'g'ri (homila bevosita tekshiriladi) va bilvosita (homila ahvoli bilvosita baholanadi).

Skrining usullari to'g'ridan-to'g'ri va bilvositaga bo'linadi.

Bilvosita:

- akusherlik va ginekologik;
- tibbiy genetik (geneologik, sitogenetik, molekulyar biologik);
- biokimyoviy (AFP, chorionik gonadotropin, estriol va boshqalar);
- mikrobiologik;
- serologik va immunologik.

To'g'ridan-to'g'ri:

- invaziv bo'lmagan;
- ultratovush tekshiruvi;

- KTG;
- homila biofizik profili;
- invaziv:
- fotoamniografiya (22-24 hafta);
- amniotsentez (erta – 12-14 hafta, 18-20 hafta davom etadi);
- kordotsentez (20-haftadan);
- xorion biopsiyasi (10-18 hafta);
- platsentotsentez (20-haftadan);
- homila to‘qimalari biopsiyasi;
- homilaning o‘zak eritrotsitlarini onaning qon oqimidan ajratib olish va DNK bo‘yicha xromosoma anomaliyalarini va homilaning monogen kasalligini tashxislash imkonini beradigan yangi texnologiyalar.

Prenatal tashxis homiladorlikning barcha uchta trimestrida o‘tkaziladi.

I trimestr:– transvaginal datchiklar yordamida embrionning UTT.

II trimestr:– homilador ayollarning qon zardobida a-fetoproteinni aniqlash (16-18 hafta);– amniotsentez – amniotik suyuqlikni o‘rganish (homiladorlikning 14-16 xaftasida amniotsentez afzalroq).

Tekshiriladi:

- jinsiy xromatin;
- kariotip;
- jinsi, qon turi;
- steroidlar, oqsillar, aminokislotalar, fermentlar;
- tsitogenetik, biokimyoviy va gistokimyoviy tadqiqotlar uchun to‘qima kulturasi;
- homilaning UTT.

III trimestr:

- homilaning UTT.

Postnatal diagnostika quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- FKU, gipotireoz, AGS uchun skrining;
- yangi tug‘ilgan chaqaloqning UTT.

Tibbiy genetik maslahat – bu oilada irsiy patologiyasi bo‘lgan kasal bolalar paydo bo‘lishining oldini olish uchun aholiga ko‘rsatiladigan ixtisoslashgan yordam.

Tibbiy-genetik maslahatlari natijasida irsiy kasalliklarga chalingan bemorlar (yoki ularning qarindoshlari) kasallikning tabiati, shuningdek, uni oldini olish va davolash usullari to‘g‘risida ma‘lumot olishadi.

Tibbiy-genetik maslahatga muhtoj:

- bitta bolasi tug‘ma nuqson, boshqasi tug‘ma patologiyasi bo‘lgan oilaviy juftliklar;
- yosh bo‘lmagan ota-onalar – 30 yoshdan oshgan ayollar, 50 yoshdan oshgan erkaklar;
- qarindoshlarida qandaydir kasallik tufayli nikohdan oldin ma‘lumot olishni istagan kishi.

Tibbiy genetik markazga yo‘naltirish uchun ko‘rsatmalar:

- oilada irsiy kasallik aniqlangan yoki unga shubha qilingan;
- noma‘lum etiologiyali surunkali bolalar kasalliklari;
- differentsiatsiya qilinmagan aqliy zaiflik;
- jismoniy rivojlanishda orqada qolish;
- egizaklarning surunkali kasalliklari;
- skelet tizimining tug‘ma nuqsonlari;
- jinsiy rivojlanish anormalliklari;
- doimiy ravishdagi davolanmaydigan raxit;
- teri-allergik kasalliklari, ayniqsa og‘irlashgan oilaviy yoki psixonevrologik kasalliklar bilan birgalikda;
- noodatiy rang va hidga ega siydik;
- ba‘zi oziq-ovqatlarni ko‘tarolmaslik;
- irsiy tabiatga ega bo‘lgan kar bolalar;
- ko‘rish a‘zolari zararlangan bolalar, psixomotor rivojlanishning kechikishi bilan birga.
- skrining dasturlari davomida aniqlangan patologiyalar, takroriy spontan – abortlar, o‘lik tug‘ilishlar.

- qondosh nikohlar.
- homiladorlikning dastlabki 3 oyida ma'lum yoki mumkin bo'lgan teratogenlar ta'siri.
- homiladorlikning nomaqbul kechishi.

Genetik maslahat bosqichlari:

- irsiy yoki ehtimol irsiy kasallikning klinik tashxisini tekshirish;
- maslahat qilingan oilada merosning xususiyatini belgilash;
- kasallikning takrorlanishining genetik xavfini baholash;
- oldini olishning eng samarali usullarini aniqlash;
- to'plangan va tahlil qilingan ma'lumotlarning izohlovchilariga tushuntirish.

Diabetik fetopatiya – onada diabet oldi yoki diabet kasalligi bo'lganida yuzaga keladigan xarakterli sindrom.

Etiologiyasi va patogenezi.

Onalari diabet bilan kasallangan bolalarda uchraydigan gipoglikemiya, bir tomondan, homila yoki neonatal giperinsulinizm, ikkinchi tomondan, bola tanasining tug'ilgandan keyin bazal glyukoza gomeostazini ushlab turish qobiliyati bilan izohlash mumkin.

Insulin yo'ldoshdan o'tmaydi, ammo glyukoza onaning qonidan homilaga o'tadi. Xomilaning insulyar apparati glyukoza stimulyatsiyasiga insulin sekretsiyasini oshirish orqali javob beradi. Onaning organizmida giperqlikemiya xomilada r-hujayralar (Langergans orolchalari) giperplaziyasi rivojlanishiga olib keladi; giperinsulinemiya, o'z navbatida, glikogen va glyukozadan yog' hosil bo'lishini kuchaytiradi. O'sish stimulyatorlari hisoblangan giperinsulinizm STG va insulinsimon o'sish gormoni kontsentratsiyasi oshishiga olib keladi.

Tasniflash.

X qayta ko'rib chiqilgan KXTga ko'ra quyidagilar mavjud:

P70.0 Gestatsion diabeti bo'lgan onadan tug'ilgan chaqaloq sindromi.

P70.1 Qandli diabet bilan kasallangan onadan tug'ilgan chaqaloq sindromi.

Klinik ko'rinishi.

Qandli diabet bilan kasallangan onalardan tug'ilgan bolalar, qoida tariqasida, katta vaznli (4500-4900 g), shishgan, oy shaklidagi yuzga, kalta bo'yin va gipertrikozga ega. Ular sust, gipotonik, giporefleksiya, gemodinamik beqarorlik, tana vaznining tiklanishi kechiktirilgan, markaziy asab tizimining faoliyati buzilgan, SDR namoyon bo'lish tendentsiyasi, kardiopatiya qayd etilgan. Giperbilirubinemiya, zardob oqsili tarkibidagi anomalyailar qayd etilgan. Miya va timus bezi hajmining pasayishi kuzatilishi mumkin.

Tashxislash.

Diabetik fetopatiyani tashxislashda e'tiborga oling.

- tibbiy tarix ma'lumotlari;
- klinik ko'rinish;
- qonda glyukoza darajasi;
- insulinni aniqlash;
- oshqozon osti bezi ultratovush tekshiruvi natijalari.

Differentsial tashxis:

- diabet bilan;
- diabetik embriopatiya
- glikogenoz;
- galaktozemiya;
- ikkilamchi gipoglikemiya;
- adrenal etishmovchilik, Itsenko-Kushing sindromi;
- gipo– va gipertirez bilan olib boriladi.

Davolash.

Diabetik fetopatiyasi bo'lgan bolalarni davolash bir necha bosqichlarni o'z ichiga oladi.

Qulay rejim yaratish (haroratni qo'llab-quvvatlash).

Gipoglikemiyani tuzatish:

Qon zardobidagi glyukoza miqdori 1,92 mmol/l dan yuqori bo'lsa va qoniqarli ahvol bo'lsa glyukozani og'iz orqali yuborish mumkin;

- gipoglikemiyada (1,65 mmol/l dan kam) glyukozeni vena ichiga yoki zond orqali 1 kg tana vazniga 1 g quruq modda, avval 20% eritma, so'ngra 10% eritma shaklida yuboriladi. Kiritishni glyukoza darajasi 2,2 mmol / l ga etgunga qadar davom ettirish kerak;
- davolash sharoitida glyukoza darajasi 1,65 mmol/l dan kam bo'lganda, gormonlar odatdagi yoshga bog'liq dozalarda belgilanadi;
- korrektsiyalash terapiya metabolik jarayonlarni yaxshilash va normallashtirishga qaratilgan.
- MNTdagi mikrotsirkulyatsiya va trofik jarayonlarni normallashtirish.
- sindromal terapiya.

2-mavzu: CHaqaloqlarda asab tizimining perinatal zararlanishi sindromi. 2 soat.

1. Asab tizimining perinatal zararlanishi sabablari, diagnostikasi
2. Asab tizimining perinatal zararlanishini davolash va profilaktikasi.

Tayanch iboralar-perinatologiya, neonatologiya, tug'ruq jaroxati, gipoksiya, asfiksiya, kefalogematoma

2.1.Asab tizimining perinatal zararlanishi sabablari, diagnostikasi

Bola vujudini aynan katta odam vujudidek, ammo kichikroq o'lchamda deb qarash mutlaqo noto'g'ri bo'ladi. Bolaning ehtiyojlari, dori moddalarining kiritilishiga ko'rsatadigan reaksiyasi hamda kimyoviy va fizikal ta'sirotlarga javob berish mexanizmi kattalarnikidan keskin farq qiladi.

Bolani kattalardan farqlab turadigan alomatlar orasida eng ko'zga ko'rinadigani-tana o'lchamlarining kichikligidir. YAngi tug'ilgan chaqaloq tana vazni katta yoshli odamning tana vaznini 21 / 1 qismini, tana sathini 9/1 qismini va nihoyat bo'y uzunligining 33/10 qismini tashkil qiladi. Hisob-kitoblardan ko'rinib turibdiki, bolalarda tana sathi boshqa ko'rsatkichlardan ko'ra kattaroq bo'lar ekan,

bu holat esa tana mutanosibligining kattalarnikidan farq qilishiga, jadal moddalar almashinuviga va nihoyat suyuqlik va issiqlikning tezroq yo'qotilishiga sabab bo'ladi. Kallaning nisbatan kattaligi, (chaqaloqda kalla diametri ko'krak qafasi diametridan kattaroq bo'ladi) ,bo'yinning qisqaligi, elkaning torligi, mushak apparatining nisbatan zaifligi na faqat operatsiya va narkoz paytida, balki bola hatto uxlagan paytida ham nafas yo'llari o'tuvchanligini tutib turishga qo'shimcha murakkabliklar tug'diradi. Qorin old devori muskulaturasining shalvirab turishi hisobiga ko'krak qafasi bo'shlig'i qorin bo'shlig'iga nisbatan ancha kichik bo'lib, qo'l –oyoqlar qisqa, mushaklari kam taraqqiy qilgan.

YAngi tug'ilgan chaqaloqlarda asab tizimi to'liq shakllanmagan va rivojlanmagan. Kattalarning bosh miyasi tana vaznining 50/1 qismini tashkil etgani holda, bu ko'rsatkich chaqaloqlarda 10/1 nisbatni tashkil etadi. Ammo, shunga qaramasdan nerv hujayralarining miqdori kattalarning hujayralari miqdorining bor-yo'g'i 25,0% qismiga tengdir. Bola hayotining dastlabki 6 oyi mobaynida miyaning hajmi ikki barobar, bir yoshga kelib esa uch barobar kattalashadi. Bu davrga kelib miya sopi va po'stlog'i sohasidagi neyronlarning shakllanishi va neyronlararo to'qimalarning rivojlanishi bola hayotining 3 yilida ham asab tolalarining mielinlashishi davom etadi. Bularning barchasi bolalarda, ayniqsa kichik yoshlilarda gipertermiya, infektsiya, jismoniy va ruhiy ta'sirotlarga umumiy reaksiyalar berilishiga olib keladi.

Markaziy nerv sistemasining vegetativ qismi chaqaloqlarda yaxshi taraqqiy qilgan. YUrak-qon tomir sistemasining parasimpatik nerv sistemasi tomonidan idora etilishi chaqaloq tug'ilmasidan avvalroq boshlanadi. Nerv sistemasining simpatik qismi chaqaloq hayotining 4-6 oyida to'liq shakllanib bo'ladi. SHu bilan birga himoya vazifasini o'tovchi reflektor mexanizmlari shakllanib bo'ladi. SHu boisdan nafas yo'llariga suv, yot jism, va ingalyatsion anestetiklarning kirib qolishi apnoe, bradikardiya va laringospazmlarga olib kelishi mumkin. SHuni e'tiborga olish lozimki, mazkur himoya reflekslari chaqaloqning o'limiga ham sabab bo'lishi mumkin.

Turli yoshli bolalarda jarohatga nisbatan ko'rsatiladigan ruhiy reaksiyasi

agressiv norozilik va vahimadan tortib, depressiya va apatiyaga qadar bo'lishi mumkin. Kichik yoshli bolalarda rejali operatsiyalar mahali eng og'riqli holat otanalardan yiroq bo'lishidir. Kattaroq yoshli bolalarda esa operatsiyadan keyingi davrda og'riq paydo bo'lishidan qo'rqish va operatsiya mahali o'zini nazorat qilishdan chetlashish hissidir. Operatsiya xonasiga majburan kiritilgan bolalarda, shuningdek kirish narkozida bo'g'ilishni his etish operatsiyadan keyingi davrda duduqlanish, qo'rquv, tungi peshob tutolmasligi kabi asoratlar kuzatilishi mumkin. SHu boisdan ham emotsional omillar bolalarda jismoniy omillarga nisbatan ko'proq bezovtalanishga olib keladi.

Bolalarda yurak –qon tomir sistemasi tug'ilgani zahotiy oq , ya'ni fetal tipdagi qon aylanishining kattalar tipidagi qon aylanishga o'tishi munosabati bilan katta o'zgarishlarga yuz tutadi. CHaqaloq hayotining dastlabki bir necha oylari yurak –qon tomir sistemasi gipoksiya va ayidozga nisbatan juda sezgir bo'ladi. CHunki, bolalarda kattalarga qaraganda nisbiy qon hajmi ko'proq bo'ladi. Turli manbalarga ko'ra kattalarda aylanuvchi qon hajmi 60-70 ml/kg, bolalarda esa 80-150 ml /kg atrofida bo'ladi. Kichik yoshdagi bolalarda qon aylanish tezligi kattalarnikiga qaraganda 2 barobar tezdir. YAngi tug'ilgan chaqaloqlar va kichik yosh guruhiga mansub bolalarda aylanuvchi qonning asosiy qismi markaziy tomirlarda jamlangan bo'lib, periferik qon aylanishi nisbatan zaifdir. Baroretseptorlar zaif taraqqiy qilgan. SHu sababli kichik yoshli bolalar hatto kam miqdorda qon yo'qotilishiga nisbatan ham juda sezuvchan bo'lib, ortostatik buzilishlar texz-tez uchrab turadi. YAngi tug'ilgan chaqaloqda 50,0 ml atrofida qonning yo'qotilishi kattalarda 600,0 -1000,0 ml qonning yo'qotilishi bilan barobardir. SHuning uchun kichik yosh guruhlaridagi bolalarda hatto kam miqdordagi yo'qotilgan qonning ham o'rni to'ldirilishi shart.

YAngi tug'ilgan chaqaloqning nafas olish sistemasi faol funktsional va morfologik rivojlanish bosqichida bo'lib, bu jarayon bola hayotining dastlabki bir necha yili mobaynida davom etadi. Bolalar o'pkasining nafas yuzasi 1 kg tana vazniga ko'ra kattalarnikidan kamligiga qaramasdan, kislorodga ehtiyoji balandroq bo'ladi. Qovurg'alar gorizontal joylashganligi munosabati bilan ko'krak qafasi

nafas olishda kam ishtirok etadi, shu boisdan ham bolalarda qorin tipidagi nafas olish ustunlik qiladi. Bularning barchasi bolalarda qorin bo'shlig'i a'zolari tomonidan meteorizm, aerofagiya va ichaklar parezi kabi buzilishlar kuzatilganda nafas etishmasligiga olib keladi. Nafas olishda ishtirok etuvchi mushaklarning zaifligi esa nafas etishmasligining tezroq yuzaga kelishiga olib keladi.

Bolalarda kattalarga nisbatan nafas yo'llarining torligi, shilliq qavatining shishga moyilligi boisdan nafas o'tuvchanligi buziladi. Tilning nisbatan kattaligi, murtaklarning yallig'lanish oqibatida kattalashishi va limfa apparatining o'zgarishi nafas yo'llari o'tuvchanligining buzilishiga sabab bo'ladi.

Bolalarda nafas yo'llari shilliq qavati har qanday ta'sirlovchiga nisbatan sezuvchanligi yuqori bo'lib, bu xususiyat narkoz bergan paytida turli asoratlarga olib kelishi mumkin. Nafas epiteliylari va yo'tal reflyuksi zaif taraqqiy qilgan.

Kichik yoshdagi bolalarda nafas markazi beqaror bo'lib, bu xususiyat tez charchash, anestetiklar va analgetiklar ta'siriga yuqori sezuvchanlik bilan namoyon bo'ladi. Nafas markazining idora etilishi mexanizmlari to'liq taraqqiy qilmaganligi shu narsa bilan ayon bo'ladi, kattaroq yoshdagi bolalar qatori gipoksemiya nafas olishni rag'batlantirmasdan, balki susayishiga olib keladi.

CHala tug'ilgan bolalarda nafas olishning buzilishi o'pka to'qimalarining morfologik jihatdan etishmasligi, hamda alveolalarning yopishib qolishiga mone'lik qiladigan yuza faol fosfolipid substantsiya-surfaktantning etishmasligi bilan bog'liq. Bunday hollarda gialin pardalari kasalligi yoki respirator distress-sindrom rivojlanadi.

Mutanosib havo almashinuvini tutib turish uchun nafas olish tizimi zo'riqib ishlaydi. Sistemadagi ozroq buzilishlar ham muvozanatlash mexanizmini tezda izdan chiqishiga va hayotiy muhim a'zolar vazifasining yomonlashishiga olib keladi. Turli yoshdagi bolalarda asosiy moddalar almashinuvi kattalarnikiga qaraganda sezilarli darajada yuqori bo'ladi. Almashinuvning yuqoriligi dori moddalarining dozasini nisbatan ko'proq qo'llanishi zaruriyatini keltirib chiqaradi.

YAngi tug'ilgan chaqaloq vaznining 80-85 qismini suv tashkil qilishiga qaramay(kattalarda bu ko'rsatkich 55-60% ga tengdir) ular suv tanqisligi juda

sezuvchandir. Aylanuvchi qon hajmining ko'pligi, tana yuzasining kattaligi, moddalar almashinuvining yuqoriligi, biriktiruvchi to'qimalarning nisbatan kam rivojlanganligi bunga sabab bo'ladi.

Turli yoshli bolalarda elektrolit balansining o'ziga xosligi shundan iboratki, asosiy anionlar va kationlarning tanqisligi yoki oshib ketishiga sezuvchanlikning yuqori bo'lishidir. Bolalarda kattalardan farqli ravishda metabolik atsidozga moyillik yuqori bo'ladi. Qonda bufer zahirasi juda kam bo'lishi turli xirurgik kasalliklarda, narkoz berilganida va operatsiya o'tkazilganida atsidozning tez taraqqiy qilishiga olib keladi. asosiy bufer tizimlaridan biri-oqsilning bolalar qonida kattalar qoniga nisbatan kamligi ham shu xususiyatga olib keladi.

Kichik yoshli bolalarda me'daning bo'shalishi kattalarnikiga qaraganda ancha uzoq kechadi; qabul qilingan mahsulotning deyarli yarmi 8 soat ichidan me'dadan ichakka o'tadi, bu esa narkoz mahalida qusish yoki regurgitatsiya bo'lishining evaziga aspiratsiya xavfini tug'diradi. Kardial sfinkterning zaif taraqqiy qilishi va pilorik jomning spazmga moyilligi ham yuqoridagi asoratlarga sharoit tug'dirib berishi mumkin.

Issiqlikni idora etish tizimi bola hayotining dastlabki oylarida uzil kesil shakllanib ulgurmagan. Tana yuzasining nisbatan kattaligi, teri osti yog' qavatining zaif rivojlanganligi hisobiga yuqori darajadagi issiqlikni o'tkazuvchanlik, ter almashinuvining etarli emasligi, issiqlik ishlab chiqarishini ta'minlab beruvchi mushak va boshqa to'qimalarning zaif rivojlanganligi kabi omillar issiqlik almashinuvi jarayonlari buzilishini kuchaytiradi. Umumiy og'riqsizlantirish mahalida gipotermiyaning rivojlanish xavfi keskin oshadi. Narkoz uchun qo'llaniladigan moddalar metabolik issiqlik hosil bo'lishi jarayonlarini 30% gacha kamaytiradi va vujudagi issiqlikni taqsimlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Bunday xususiyatdan tibbiyotning ayrim jabhalarida muvaffaqiyat bilan foydalaniladi. Masalan, kardioxirurgiyada to'qimalarning kislorod tanqisligiga sezuvchanligini keskin kamaytirish uchun sun'iy gipotermiyadan foydalaniladi. Ammo, operatsiyadan keyingi davrda gipotermiyani qo'llash mumkin emas, chunki u to'qimalarning kislorodga nisbatan sezuvchanligining oshishiga va

shuning orqasidan metabolik atsidoz yuzaga kelishiga olib keladi. Ayniqsa yangi tug'ilgan chaqaloqlar va chala tug'ilganlarning tana haroratini me'yorida tutib turishning katta ahamiyati bor.

Bola vujudi va ruhiyatining o'ziga xosligi bolalar xirurglarining faoliyatlariga katta ta'sir ko'rsatadi. Bu umumiy pediatrik parvarish, bola bilan muloqotning deontologik va etik jihatlari va yana ayrim boshqa savollarga taqaladi.

«**Tug'ruq jaroxati**» atamasi tug'ruq paytida paydo bo'lgan chaqaloqning a'zolari va to'qimalarining butunligi buzilishlarini (va natijada disfunktsiyani) birlashtiradigan patologiya turini tavsiflaydi. Tug'ilishdagi perinatal gipoksiya va asfiksiya ko'pincha tug'ilish shikastlanishlari bilan birga keladi, ammo ularning paydo bo'lishida patogenetik bo'g'inlarning biri ham bo'lishi mumkin.

Uchrash tezligi. Tug'ruq shikastlanishlarning haqiqiy uchrash tezligini aniqlash qiyin, ammo statistik ma'lumotlarga ko'ra, hozirgi vaqtda u 2% dan 7% gacha. Homila o'limining sababi sifatida u 3,2% dan oshmaydi, erta neonatal davrdagi o'lim sababi sifatida 2,5% ni tashkil qiladi.

Tug'ruq shikastlanishi akusherlik shikastlanishiga qaraganda ancha keng tushunchadir. CHin akusherlik shikastlanishlariga misol qilib bosh, oyoq-qo'llar suyaklari, o'mrov suyagi sinishlarini ko'rsatish mumkin.

CHaqaloqlardagi tug'ruq shikastlariga olib keladigan sabablar va xavf omillariga quyidagilar kiradi: homila joylashishining anomaliyalari, homila tanasining katta vazni, tug'ruq yo'llarining rigidligi, tez, shiddatli yoki cho'zilgan tug'ruqlar, vaqtdan ko'p ko'tarish, tug'urqda akusherlik usullarini ko'rsatish, tug'ruqni operativ boshqarish, homila o'lchamlarining homilador ayol tos o'lchamlariga mos kelmasligi, tug'ruq jarayonining normal kechishida ham tug'ruq shikastlari yuzaga kelish ehtimolini oshiradigan uzoq vaqt davom etgan qorin ichi gipoksiyasi.

Tug'ruq shikasti yuzaga kelishiga sababchi bo'ladigan ikkita asosiy bo'g'in patogenetik jihatdan muhim hisoblanadi:

– tug'ilish yo'lidan o'tish paytida yoki akusherlik qisqichlari, vakuum-ekstraktorlar qo'yilganda vujudga keladigan mexanik ta'sirlar;

– qon aylanishining umumiy va mahalliy buzilishlari.

2.2. Asab tizimining perinatal zararlanishini davolash va profilaktikasi.

Tug'ruq shikastlari shikastlanish darajasi bo'yicha tasniflanadi:

- asab tizimi: MNT (kalla ichi tug'ruq shikastlari – KITSH, shuningdek orqa miya shikastlanishi) va periferik nerv tizimi;
- yumshoq to'qimalar (tug'ruq o'smasi, kefalogematoma, aponevroz osti qon ketishi, adiponekroz, petexialar, ekximozlar, to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushak qon talashlari va boshq.);
- suyak tizimi (o'mrov suyagi, qo'l-oyoq, kalla suyaklari sinishlari);
- ichki a'zolar (jigar, taloqning yorilishi).

Kefalogematoma – kalla gumbazi suyaklarining suyak usti pardasi osti (subperiostal) kletchatkasiga tashqi qon quyilishi. CHin mexanik shikastlanishlar qatoriga taalluqli. Uchrash tezligi 2,5% dan yuqori.

Tasniflash. X qayta ko'rib chiqilgan KXTga ko'ra quyidagilar mavjud:

P2.0. Tug'ilish vaqtidagi kefalogematoma.

Klinik manzara. Klinik jihatdan kefalogematoma tug'ilgandan bir necha soat o'tgach aniq namoyon bo'lishi mumkin. Kefalogematoma ustidagi terining yuzasi o'zgarmaydi, lekin ba'zida petexialar bo'lishi mumkin. O'sma dastlab tarang konsistentsiyaga ega, faqat bitta suyak bilan chegaralangan, pulsatsiyalanmaydi, og'riqsiz, ehtiyotkorlik bilan paypaslanganda flyuktuatsiyani qayd etish mumkin. Hayotning birinchi kunlarida kefalogematoma o'lchami bo'yicha kattalashishi mumkin, hayotning 2-3-haftasidan boshlab uning hajmi kamayadi. Kefalogematomaning jiddiy asoratlari: uning yiringlashi, suyak plastinkasining ingichkalanishi yoki deformatsiyasi, giperbilirubinemiya. Kefalogematoma ko'pincha bosh suyaklari yoriqlari yoki sinishlari bilan birga kechadi. Kefalogemtaoma o'lchami 6 sm va undan ko'p bo'lsa, bosh suyagining yoriqlari va sini shlarini istisno qilish uchun rentgenografiyasi ko'rsatilgan. Kefalogematomaning bitib ketish davomiyligi 1 oydan 2 oygacha bo'lishi mumkin.

Davolash. Davolash taktikasi vitamin Kni 1 mg/kg dozada bir marta kiritishni o‘z ichiga oladi. Katta o‘lchamdagi kefalogramatoma (6-8 sm dan ortiq), bola hayotining 6-7-kunlarida ular punkiya qilinadi va tarkibi olib tashlanadi.

Aponevroz osti (subaponevrotik) qon ketishi (bosh terisi ostida qon to‘planishi) kefalogramatoma o‘xshaydi, ammo bitta suyak doirasi bilan chegaralanmaydi. Akusherlik qisqichlar qo‘yilganda teri osti venalarining shikastlanishi sababli vujudga keladi.

Tasnifi. X qayta ko‘rib chiqilgan KXTga ko‘ra quyidagilar ajratilgan:

P12.2. Tug‘ruq shikastidagi subaponevrotik qon ketish.

Klinik manzara. 1 sm kattalikdagi gematoma taxminan 200 ml yoki undan ko‘p qonni o‘z ichiga olishi mumkin, bu esa gipovolemik shok va giperbilirubinemiya bilan kechadigan o‘tkir anemik sindromning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Subponevrotik qon ketish ko‘pincha infeksiyalanishga moyil. Katta qon ketishda yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning erta gemorragik kasalliklarini, irsiy gemorragik kasalliklarni istisno qilish kerak. Qon ketishi 3 haftadan keyin yo‘q bo‘lib ketadi.

Tug‘ruq o‘smasi homilaning oldin kelgan qismida – boshida, yuzida, dumbalarida, qo‘l-oyoqlarida yoki homila oldingi qismida vakuum ekstraktori yoki akusherlik qisqichlari yohud vakuum-ekstraktorlar qo‘yilgan joylarda rivojlanadi. Homilaning prekursoridagi bosim kamroq bo‘ladi, shuning uchun teri osti to‘qimasida va aponeurozda venoz tiqilish, shish va mayda qon ketish rivojlanadi. Tug‘ma o‘smasi aniq chegaralarga ega emas, bosh suyagining bir nechta suyaklaridan tashqariga tarqalishi mumkin, palpatsiya paytida tebranish bo‘lmaydi, tug‘ilgandan 1-2 kun ichida o‘z-o‘zidan yo‘qoladi va davolanishni talab qilmaydi. Homilaning oldin kelgan qismida bosim kam, shuning uchun unda venoz to‘laqonlik, teri osti kletchatkasida va aponevroz ostida shish va mayda qon talashlar rivojlanadi. Tug‘ruq o‘smasi aniq chegaralarga ega emas, kallaning bir nechta suyaklari doirasidan tashqariga chiqishi mumkin, paypaslanganda flyuktuatsiya yo‘q, tug‘ilgandan keyingi 2-3 kunda o‘z-o‘zidan yo‘q bo‘lib ketadi va davolashni talab qilmaydi.

Adiponekroz – bu akusher yoki neonatologning qo‘li bilan siqilgan joyda yuzaga keladigan teri osti kletchatkasining o‘choqli aseptik nekrozi.

Tasnif. X qayta ko‘rib chiqilgan KXTda quyidagilar mavjud:

P15.6. Tug‘ruq shiasti bilan bog‘liq teri osti yog‘ to‘qimasining nekrozi.

Klinik manzarai. Klinik jihatdan ular dumbada, orqada, elkada, oyoq-qo‘llardagi o‘lchami 1-5 sm bo‘lgan chegaralangan zich tugunlar, infiltratlaridir. Ularning ustidagi teri tsianotik yoki o‘zgarmagan. O‘z-o‘zidan yo‘q bo‘lib ketadi va davolanishni talab qilmaydi.

Miya ichi tug‘ruq shikastlari (MITSH) tug‘ruq paytida bosh miyaning og‘ir mexanik shikastlanishi oqibati hisoblanadi, u bosh miyaning siqilishi, parchalanishi, yorilishi va qon ketish va shish bilan birga kechadi.

MITSHning uchrash tezligi, turli mualliflar ma‘lumotlariga ko‘ra, 4% ni tashkil qiladi, vaqtida tug‘ilgan chaqaloqlarda kalla ichi qon ketishlarining (travmatik va notravmatik genezdagi) umumiy ko‘rsatkichi 4,2%.

CHala tug‘ilgan chaqaloqlarda asosan, periventrikulyar (PVQ), intraventrikulyar (IVQ) va miya ichi qon ketishlari uchraydi, ularning uchrash tezligi gestatsion yoshga bog‘liq holda 25 dan 40% gacha o‘zgarib turadi. Tana vazni 1500 g dan kam bo‘lgan chala tug‘ilgan chaqaloqlarda PVQ va IVQ uchrash tezligi 56-75% gacha oshadi. Miya va uning yumshoq qobiqlaridagi travmatik va notravmatik qon ketishlar nisbati 1:10 ni tashkil qiladi.

MITSHning bevosita sabablari bo‘lib akusherlik muolajalar (vakuum-ekstraktsiya, tos oxiri orqali chiqarib olish, akusherlik qisqichlarini qo‘yish), tug‘ruq faoliyatining potalogiyalari (tez, shiddatli, uzoq cho‘zilgan tuqruqlar), homila va ona chanog‘i o‘lchamlarining mos kelmasligi, yirik homila, yo‘ldosh joylashishining anomalilari hisoblanadi. Olib keluvchi omillarga perinatal gipoksiyani, gemostazning perinatal xususiyatlarini, chala tug‘ilish ki vaqtidan ko‘p muddatda tug‘ilish, qorin ichi virusli infeksiyalar mavjudligini kiritish mumkin. SHuni ta‘kidlash kerakki, ko‘pincha aynan gipoksiya bosh miyaning mexanik shikastlanishi bilan patogenetik jihatdan bog‘langan. Ushbu omillar odatda qo‘shilib keladi, bunda ba‘zi hollarda miya

to'qimalariga zarar etkazilishiga gipoksiya sababchi bo'ladi, boshqa holatlarda esa gipoksiyaning oqibatidir.

TSerebral buzilishlar vujudga kelishida homilaning old qismiga ta'sir qiladigan bosim bilan bachadon ichi bosimi orasidagi farq jiddiy ta'sir ko'rsatadi. Mexanik shikastlanish va qorin ichi gipoksiyasi gemolikvorodinamika, miya shishiga, intrakranial qon ketishlarga olib keladi. Miyada qon aylanishi buzilishini yuzaga keltiradigan homilaning surunkali qorin ichi gipoksiyasi sharoitida, hatto juz'iy mexanik shikastlanishlar miya tomirlari butunligini buzilishiga va miyaning mahalliy shikastlanishlariga olib kelishi mumkin.

Tasnifi. MITSH ning bir nechta tasnifi mavjud.

X qayta ko'rib chiqilgan KXTga ko'ra quyidagilar farqlanadi:

P10. Tug'ruq shikasti natijasida kalla ichi to'qimalarning yorilishi va qon ketishi.

Istisno qilinadi: homilada va yangi tug'ilgan chaqaloqlardagi kalla ichi qon ketishlari:

anoksiya yoki gipoksiya tufayli BDU (P52.9);

P10.0. Tug'ruq paytidagi subdural qon ketish.

P10.2. Tug'ruq shikastidagi miya qorinchalariga qon ketishi.

P10.3. Tug'ruq shikastida subaraxnoidal qon ketish.

P10.4. Tug'ruq shikastida miya chodiri yirtilishi.

P10.8. Tug'ruq shikastidagi boshqa kalla ichi yoriqlari va qon ketishlar.

KITSH quyidagicha ham tasniflanishi mumkin.

Qon ketish darajasi bo'yicha:

– epidural (travmatik genezli);

– subdural (travmatik genezli);

– kalla ichi – keng (yarim sharlarga, ko'ruv tepaliklariga, miyachaga) va mayda nuqtali (travmatik, gipoksik genezli, gemostaz tizimdagi o'zgarishlar tufayli);

– subaraxnoidal (travmatik, gipoksik genezli);

– qorichnalar ichi (gipoksik, travmatik genezli);

– periventrikulyar (gipoksik, travmatik genezli).

Davri bo'yicha:

- o‘tkir (7-10 kundan, ba’zan 1-1,5 oygacha);
- o‘tkir osti (erta tiklanish davri 3-4 oy, kech tiklanish davri 1-2 yil);
- natija (tiklanish yoki miyaning organik shikastlanishi).

Og‘irligi bo‘yicha:

- egnil;
- o‘rtacha og‘irlikdagi;
- og‘ir.

Klinik manzarai. MITSH ning klinik manzaralari kechish davrlariga qarab etakchi sindromlar bilan xususiyatlanadi.

O‘tkir davri – neyreflektor qo‘zg‘aluvchanlik, qo‘zg‘alish, tushkunlik, gipertenzion, gipertenziv-gidrotsefalik, talvasa sindromlari, miya komasi.

O‘tkir osti davri – astenonevrotik, vegeto-vistseral, harakat buzilishlari, gidrotsefal, talvasa sindromlari, ruhiy-motor yoki nutq oldi rivojlanishlarining orqada qolishi.

Natijasiga ko‘ra – sog‘ayish yoki ruhiy-motor, nerv-ruhiy yoki nutq rivojlanishining buzilishlari, MNTning organik shikastlanishlari – DTSP, oligofreniya, epilepsiya, karlik, ko‘rlik va boshqalar.

KITSH namoyon bo‘lishining og‘irlik darajasi faqat kasallikning o‘tkir davrida, etakchi klinik sindromlarning ustun kelishiga qarab belgilanadi:

- engil – 7 kungacha qo‘zg‘alish yoki tushkunlik sindromlari, neyreflektor qo‘zg‘aluvchanlik;
- o‘rta og‘irlikda – 7 kundan ortiq tushkunlik, qo‘zg‘alish, gipertenzion, gipertenzion-gidrotsefalik, talvasa sindromlari;
- og‘ir – talvasa sindrom, miya komasi.

Og‘ir KITSHning o‘tkir davrida vaqtida tug‘ilgan chaqaloqlarda 4 ta bosqich ajratiladi. Birinchi bosqich uchun sedativ terapiyaga tolerantlik sharoitida MNT qo‘zg‘alishi, qon aylanishining markazlashuvi, giperventilyatsion sindrom (taxipnoe), oliguriya, gipoksemiya, atsidoz xos.

2-bosqichga o‘tish bilan MNTning bosilishi, ishlab turgan fetal qon aylanish va shish-gemorragik sindrom sharoitda o‘tkir yurak etishmovchiligi, periferik shishlar va skleremalar paydo bo‘ladi.

3-bosqida saqlangan yurak etishmovchiligi sharoitida respirator sindrom birinchi o‘ringa chiqadi. Og‘ir holatlarda miya komasi rivojlanishi mumkin.

4-chi (tiklanish) bosqichida mushaklarning tonuslari me‘yorlashadi, fiziologik reflekslar va qitiqlashga nisbatan hissiy reaksiyalar paydo bo‘ladi. O‘pka, yurak-qon tomirlari etishmovchiligi yo‘q bo‘ladi, almashinuv jarayonlari va elektrolitlar muvozanati tiklanadi.

Miya ichi qon quyilishlarining klinik manzaralari gestatsiya yoshiga, gematoma joylashgan joyiga va hajmiga bog‘liq.

CHala tug‘ilgan chaqaloqlarda o‘tkir davrda tug‘ruq qon ketishlari quyidagi variantlar bo‘yicha kechadi:

- simptomsiz yoki notipik kam klinik manzaralar bilan;
- nafas olish buzilishlari belgilari, apnoe xurujlari ustun kelishi bilan;
- umumiy tushkunlik sindromi ustun kelishi bilan
- o‘choqli simptomatikali kuchli qo‘zg‘alish sindromi ustun kelishi, gipertenzion-gidrotsefalik sindrom bilan.

Ko‘pincha yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda epidural qon ketish kuzatiladi. Ular akusherlik qisqichlari qo‘llanilganda, tug‘ruq yo‘lining homila boshi o‘lchamiga mos kelmasligi, oldindan kelish anomaliyalari natijasida o‘rta meningeal arteriya yirtilishi bilan birga kalla qutisining tepa suyaklari sinishlari oqibatida yuzaga keladi.

Bunday qon ketishlarga 2-3 soatgacha davom etadigan tinch interval xos, keyin qo‘zg‘alish sindromlarining yanada kuchayishi, gipertenzion-gidrotsefalik (bo‘yin mushaklarning rigidligi, boshni orqaga tashlash, liqildoqlarning zo‘riqishi va bo‘rtib chiqishi, kalla choklarning kengayishi), talvasa sindromlari, o‘choqli simptomlar (gorizontal nistagm, “botayotgan quyosh” simptom, qon ketish tomonida anizokoriya) kuzatiladi. Ushbu sindromlardan so‘ng miya ustuni tserebral etishmovchilik belgilari (sustlashish, koma) o‘tib boradi.

Subdural qon ketishining tarqalishi noma‘lum. Ular kamdan-kam uchraydi, ko‘pincha katta vaznli va muddatidan ko‘p vaqtda tug‘ilgan chaqaloqlarda. Qon ketishi sodir bo‘lishining sabablari bo‘lib, tug‘ruq yo‘li o‘lchamlarining homla boshi

o'lchamlariga mos kelmasligi, tug'ruq yo'llarining rigidligi, homilaning patologik joylashishi va akusherlik qisqichlarni qo'yish. Subdural qon ketishlar supra- va subtentorial turlariga bo'linadi.

Supratentorial qon ketishlar kalla qutisi (tepa suyaklari) siqilganda yoki uning deformatsiyasi paytida yuzaga keladi. YUqori sagittal va ko'ndalang sinuslarga quyiladigan venalar, shuningdek miyacha chodiri tomirlari yiritilishi sodir bo'ladi.

Tinch interval (bir necha kungacha) bo'lishi mumkin, undan keyin qo'zg'alish sindromlari, gipertenzion-gidrotsefalik, talvasa sindromlari, gematomaga qarama-qarshi tomonda gemisholligi, sopor yoki koma rivojlanishi bilan o'choqli simptomlar (gorizontal nistagm, «quyosh botishi» simptomi, qon ketish tomonda anizokoriya, Grefe simptomi, ko'zning gemisholligiga qarama-qarshi tomonga og'ishi) birinchi o'ringa chiqadi. Gematoma ortib borishi bilan ikkilamchi asfiksiya, bradikardiya, termoregulyatsiya buzilishlari kuchayib boradi. CHegaralangan subdural gematoma uun metabolizm buzilishlari xos emas.

Gematomani jarrohlik yo'li bilan erta olib tashlash bajarilganda bolalarning 50-80%da bashorat ijobiy bo'ladi.

Subtentorial qon ketishlar miyacha chodiri yiritilishi va kalla orqa chuqurchasida qon quyilishlar rivojlanganda yuzaga keladi.

Hayotning birinchi daqiqalari va soatlaridan boshlab miya siqilishi tufayli tug'ilgan paytdan boshlab bolaning holati o'ta og'ir (fojiali). Klinik manzarada bosilish (koma), gipertenzion, talvasa sindromlari rivojlanishi bilan birga tserebral faollik yo'qotish kuchayib boradi. O'choqli simptomlar, qo'pol vertikal yoki rotatorli nistagm, fikstsiyalangan nigoh, qorachiq reaksiyalarining buzilishlari, so'rish, yutish buzilishlari, nafas va yurak-qon tomir buzilishlari, davolashga qiyin unaladigan almashinuv buzilishlari kuchayib borishi qayd qilinadi.

Miyacha chodirining yorilishi bilan kelgan tug'ruq shikasti odatda o'lim bilan yakunlanadi, miya chodiri shikastlanmagan vaziyatda ijobiy natija bo'lishi mumkin, lekin keyinchalik likvor yo'llari obstruktsiyasi sababli gidrotsfaliya rivojlanishi mumkin.

Dinamikada bosilishi sindromi qo‘zg‘alish sindromi bilan almashinadi, kalla ichi gipertenziya va miya ustuni kompressiyasi belgilari kuchayib boradi

Subaraxnoidal qon ketishlar meningeal tomirlar butunligi buzilganda yuzaga keladi, chegaralari yo‘q. Qon ketishning ushbu turida qon miya qobiqlarida cho‘kib, ularning aseptik yallig‘lanishini keltirib chiqaradi, bu keyinchalik chandiqli-atrofik o‘zgarishlar natijasida likvor dinamikasi buzilishiga olib keladi. Ushbu turdagi qon ketishi rivojlanishiga sabab bo‘ladigan omillar bo‘lib gipoksiya, koagulopatiya, tomirli malformatsiyalar, o‘smalar hisoblanadi. 25% hollarda ular kalla suyagining chiziqli va botiq sinishlari bilan qo‘shilib keladi.

Ushbu turdagi qon ketishining klinik manzarasi tserebral faollikning giperqo‘zg‘aluvchanligi yoki bosilishi sindromlari, gipertenzion-gidrotsefalik, talvasa sindromlari va mahalliy simptomlar, giperesteziyalardan tashkil topadi. Klinik manazarasi tug‘ilgandan keyin darhol rivojlanadi. Metabolik buzilishlar xos emas.

CHegaralangan qon ketishlarning bashorati ijobiy.

Vaqtida tug‘ilgan chaqaloqlarda **intraventrikulyar (IVQ) va periventrikulyar (PVQ) qon ketishlar** gipoksiya bilan birga bosh suyagining siqilishi va deformatsiyasi tufayli plexus chorioideus tomirlari yorilganda yuzaga keladi. CHala tug‘ilgan chaqaloqlarda ushbu qon ketishining yuqori foizda bo‘lishi shu bilan bog‘lik-ki, miyaning yon qorinchalari pusht (embrion) to‘qimasi (germinal matritsa) bilan qoplangan. Matritsa to‘qimasining tomirlari epiteliyning faqat bitta qatlamidan iborat, ularda elastik va kollagen tolalardan iborat asos yo‘q, shuning uchun ko‘pincha gemostaz tizimdagi o‘zgarishlar sharoitida arterial va venoz bosim oshganda tez shikastlanadi. Matritsa to‘qimasi gestatsiyaning 30-haftasiga kelib reduktsiyaga uchraydi, ammo 36-39-xaftalarga qadar uning orolchalari saqlanib qoladi (ko‘ruv dumboqlari va dumli o‘zaklar orasida) va faqat bir yilga kelib u nihoyat yo‘qoladi.

IVQ va PVQ odatda hayotning birinchi 3 kunlarida (60–75%), kamroq – hayotning 2-4 haftasida (10%) uchraydi. O‘SV olib borilganda qon ketishning ushbu turi ventilyatsiyaning butun davomiyligida yuzaga kelishi mumkin.

Tasnifi. IVQ va PVQ 4 ta daraja bilan tasniflanadi (Papile, 2002).

Subependimal qon ketishlar (ante- va intranatal gipoksiya, apnoening takroriy xurujlari, gipertonik eritmalarni oqim bilan qo'llanilishi tufayli).

Miya qorinchalari kengaymasdan qorinchalarga qon ketishlar (35-65%).

Miya qorinchalari kengaygandagi qon ketishlar (12-17%).

Miya qorinchalari ich qon ketishlarining miya parenximasiga tarqalishi (12-17%).

IVQ va PVQning ifodalanganligigaa qarab klinik manzara turlicha bo'lishi mumkin.

I darajali qon ketishining 60-70% tranzitor metabolik buzilishlar bilan kechuvchi «klinik tinch» bo'lishi mumkin va faqat qo'shimcha tekshirish usullari (UTT, KT, MRT) yordamida aniqlanadi. Subependimal gematomaning soxta kistaga transformatsiyasi muddati 10-14 kun yoki undan ko'p. IVQ, II, III darajali PVQning tipik klinik manzarasi keyinchalik qo'zg'alish sindromining kuchayishi, shuningdek MNT bosilishi rivojlanishi bilan keladigan bosilish, gipertenzion-gidrotsefalik, talvasa sindromlari, o'choqli simptomlar (nigohning harakatsizligi, gorizonta l yoki vertikal, rotator nistagm, qorachiq larning yorug'likka reaksiyasi yo'qligi) xos.IVQ, I darajali PVQning bashorati – ijobiy; III darajali uchun ancha yomon: bolalarning yashovchanlik darajasi, mos ravishda 50-70% va 20-40% ni tashkil qiladi. Miya ichi qon ketishlari miyaning oldingi va orqa tomirlarning oxirgi shoxlari shikastlanishlarida, gipoksiya va gemostatik tizimdagi buzilishlar tufayli yuzaga keladi.

Klinik ko'rinishi ularning hajmi va joylashishiga bog'liq. Bosh miya yarim sharlaridagi mayda nuqtali qon ketishlarda klinik manzara asimptomatik yoki kam ifodalangan bo'lishi mumkin: bo'shashganlik, qusish, mushaklarning tonusi buzilishi, reflekslarning pasayishi, noturg'un o'choqli simptomlar (nistagm, anizokoriya, Grefe simptomi), o'choqli talvasalar qayd etiladi. Tarqoq miya ichi qon ketishlari ifodalangan o'choqli simptomlar (anizokoriya, g'ilaylik, gorizonta l yoki vertikal va rotator nistagm) va umummiya simptomlari (gipotoniya, adinamiya, gipo- yoki arefleksiya, yuzdagi, qo'l-oyoqlardagi, ko'pincha qo'llardagi bir tomonlama tortishishlar,) bilan kechadi.

Miya ichi qon ketishlari simptomsiz kechishi mumkin. Miyachaning yarim sharlari chekka bo'limlaridagi qon ketishlarda - miya ichi gipertenziyasi oshishi simptomatikasi kuzatiladi. Miyacha yarim sharlaridagi massiv qon ketishlarda nafas, yurak-qon tomir buzilishlar, bulbar va ko'z harakati izdagn chiqishlari bilan kechadigan miya ustuni kompressiyasi kuzatiladi.

Metabolik buzilishlar xos emas.

3-mavzu.Bolalarda OIV/OITS kasalligining etiologiyasi, patogenezi, klinik kechishi. Perinatal infitsirlanishning oldini olish.

1. Markaziy Osiyoda OIV-infektsiyasining kayd kilinish dinamikasi.
2. Bolalarda oiv-induktsiyalangan immunopatogenezbolalarda oiv-infektsiya klinik klassifikatsisi.
3. Antiretrovirus terapiya.

Tayanch so'zlar- RNK viruslar, OIV, OITS. Antiretrovirus preparatlar.

OIV bilan yashayotganlar: 33,2 millionni tashkil etib ulardan katta yoshdagilar – 30,8 million ayollar – 15, 4 million 15 yoshgacha bulgan bolalar – 2, 5 millionni tashkil etadi .OIV infektsiyasi kasallik sifatida birinchi marta 1981 yilda 5 nafar gomoseksualist bemorda Zotiljam tashxisi bilan kayd kilingan (kuzgatuvchisi- Pnemocystis carini). 1983 yilda Lyuk Montanbe raxbarligida bir gurux frantsuz olimlari bemor limfa tugunidan; Robert Gallo raxbarligidagi amerikalik olimlar bemor konidan kasallik kuzgatuvchisi – retrovirusni aniqladi. 1986 yilga kelib anik Human immunodeficiency virus-1 (OIV-1) aniqlandi. Bu vaktgacha kasallik og'ir chala tugilgan bolalarda va tsitostatiklarni ko'p qabul qilgan onkologik bemorlarda og'ir turdagi zotiljam sifatida aniqlanib kelingan. Akademik Pokrovskiy ma'lumotiga kura, dunyoning rivojlangan mamlakatlarida (masalan: Rossiyada) OIV – infektsiyasi bir necha bosqichda rivojlandi:1986-87yy. Kasallik asosan immigrantlarda va ular bilan jinsiy aloqada bo'lgan odamlarda qayd qilindi. 1988-89yy. Rossiyaning bir necha shaxarlarida (Elista, Volgograd, Rostov) kasalxona ichi OIV infektsiyasi aniqlandi, shu jumladan bolalarda xam. 1990-

95yy.- bu davr VICH infeksiyaning sekin o'sishi bilan xarakterlanadi. 1996yildan infeksiya asosan kuyidagilarda aniklanmokda: infeksiya oluvchi giyoxvandlarda va gomoseksualistlarda. OIV - retroviruslar oilasiga kiradi. Virusning 2ta tipi bor: OIV-1 va OIV-2, ular strukturasi va antigeni xususiyati bilan farkanadi. CHidamliligi: Suyuk muxitda +23-27°da 15 kun davomida o'z faolligini saqlab qoladi. Qon preparatida virus bir yil yashay oladi, muzlatilgan qon zardobida 10 yilgacha aktivligi saklanadi. Dezinfeksiya ta'sirida tez o'ladi, UFO, +56° S da 30 min. faolligini yo'qotadi. Sulak va terning ximoya fermentlari ta'sirida faolligini yo'qotadi. Virusning xayot tsiklini fermentlar ta'minlaydi: kaytuvchi transkriptaza, integraza va proteaza. OIV uz xayot tsiklida mutatsiyaga moyil bulib, bu gripp virusiga nisbatan 5 marta yuqoridir.

Etiologiya: Qo'zg'atuvchisi - RNK saqlovchi bo'lib, retroviruslar oilasiga kiradi. Reduktaza, DNK-polimeraza, integraza fermentlarini o'zida saqlaydi. Bu fermentlari yordamida xo'jayin organizmida kiradi va ko'payadi. R7, R17, R24 spetsifik oqsilari xisoblanadi.

Epidemiologiya. VOZ ning ma'lumotiga karaganda 2005 yil VICH bilan zararlanganlar dunyoda 44 mil. ga etadi, shulardan 50% – tug'ruq yoshidagi ayollarga to'g'ri keladi. Yiliga 1,5 mil VICH li ayollarda xomiladorlik tafovut kilinadi. Ular o'z navbatida 600 ming chaklokni infeksiyalanishiga sabab bo'ladi. Xar kuni VICH-infeksiya bilan 1600 bola zararlanadi¹.

O'zbekistonda OIV-infeksiyalangan ayollardan 68 nafarida xomiladorlik qayd qilingan. 2005 yil OIV bilan infeksiyalanganlar soni – 5612ta, shulardan 32 tasi bolalardir. 2004 yilda yangi aniklanganlar soni – 2016ta. Bu ketishda yakin 1-2 yil ichida bu ko'rsatkich ikki xissaga oshishi mumkin. Virus organizmga tushgandan so'ng, konning mononuklear xujayralarda juda tezli bilan kupayadi. Virusning yuzaki proteinlari va xujayin-xujayralari koplimentlari xisobiga viruslar xujum uyushtirib xo'jayin-xujayralarini fagotsitoz qiladi¹.

T-xelpirlar, monotsitlar/makrofaglar va mikroglia xujayralari VICH-1 ga xujayra retseptorlari mavjud xujayralar yoki CD4 deb nomlanadi.

Antigen gp120 xujayin-xujayrasi va virus orasidagi bog'liklikga javob beradi. Virus CD4 dan so'ng, gp120 molekulasi enzimatik reaksiya chaqirib o'zgaradi va unda gp41 xosil bo'ladi, u esa virusga xujayraga kirish uchun juda kerak, shu orqali virus xujayinxujayrasi tsitoplazmasiga kirib oladi.

Perinatal infitsirlanishning oldini olish.

OIV infeksiyani onadan bolaga o'tish yo'llari:

I. Transplantsetar yul (xomilaning 8 xaftasidan boshlab).

II. Tug'ruq paytida (intranatal).

III. Ko'krak bilan boqish davrida (ko'krak bilan boqishning soni va uzoqligiga proporsional bog'lik).

AQSH ma'lumotlariga qaraganda virusning o'tish extimoli:

- Xomila davrida – 20%
- Tug'ruq davrida – 60%
- Postnatal davrda – 20% tashkil etadi.

Bolalarda OIV - infeksiyaning kechishi

OIV infitsirlangan bolalarda SPID klinikasi 14-15% xolatlarda 1 yoshgacha boalarda tana xaroratini ko'tarilishi, periferik limfa tugunlarini kattalashishi, gepatosplenomegaliya, diareya, terida papulyoz toshmalar, gemmoragik sindrom, trombositopeniya, zotiljam bo'lishi mumkin. Xomila ichi rivojlanishdan orqada qolishi, bo'laksimon bosh tuzilishi, peshona do'nglarini bo'rtganligi, burning asosi kengaygan, kalta burun, gipertelorizm, yuqori labi bo'rtgan va lab kemptigi V simon, ko'zning rangdor pardasi moviy rangli bo'ladi.

Tana vazning 10% oshiq yo'qotilishi, surunkali diareya (kuniga 2 martadan kam bo'lmagan suyuq najas, 30 kun davomida isitma, 30kun davomida qondagi o'zgarishlar: anemiya (80 g/l dan kam); neytropeniya (1000mm³ dan kam); trombositopeniya (100000mm³ dan kam 30 kun ichida).



CHunki ona qonidagi Ig (immunoglobulinlar) tug'ruq vaqtida bola qoniga o'tib ketishi mumkin va IFA analiza yolg'on "musbat" natija ko'rsatishi mumkin. Davolash: ACTG 076 protokoli bo'yicha o'tkaziladi.

Tug'ruqdan oldin: AZT (azidotimidin) 300mg dan x2 maxal kuniga yoki 100mg dan x 5 maxal kuniga, 14-34 xaftagacha tug'ruq davrigacha ichiladi.

Tug'ruq davrida: AZT 2mg/kg birinchi soatida, 1mg/kg toki bola tug'ilgunigacha t/o yuboriladi. CHaqqaloqqa: AZT sirop shaklida 2mg/kg dan xar 6 soatda birinchi 6xafta davomida, agarda bola og'iz orqali qabul qila OIV infitsirlangan ayollarni xomilador bo'lishini oldini olish;

OIV infitsirlangan xomiladorlarga antiretrovirus preparatlarini tafsiya qilish;



Tug'ruqni kesar kesish usuli orqali olib borish;

Zinxor ona suti bilan boqmaslikga harakat qilish;

OITS xozir birlashgan millatlar tashkiloti va jaxon sogliqni saqlash tashkiloti nazoratida turgan asrning dolzarb va global muammosi hisoblanadi.

OITS kaslligiga 1981 yilda amerikalik olimlar tomonidan asos solingan. 1980-1981 yillarning qishida Amerika Qo'shma SHtati ning Nbyu-york universiteti gospitaliga 1972- yilda vengriyalik olim Morit Kaposhi tomonidan aniqlangan Kaposhi sarkomasi (teri raki) tashxisi bilan bir necha bemor yotqizilgan.

Bizga malumki, bu kasallik badan terisida jigarrang- qizg'ish yoki ko'kimtir qizg'ish tugunchalarning paydo bo'lishi, ularning yaralarga aylanishi, va yaralar qurish qo'tir hosil qilib bitib ketishi bilan kechadigan kasallik bo'lib, ko'proq 60 yoshdan oshgan qariyalarda uchraydi. Bemorlarda kasallikka qarshi dori- darmonlar bilan davolash ishlari o'z vaqtida olib borilganda, ular batamom tuzalib ketadilar.

Bundan tashqari Kaposhi sarkomasi AQSH va G'arbiy Evropa davlatlarida juda kam uchraydi. Nyu -york universiteti gospitaliga tushgan bemorlarning yoshi esa 30 yoshlar atrofida bo'lib, aksariyati jinsiy buzuqliklar gomoseksualistlar- (o'z jinsi bilan jinsiy aloqa qiluvchilar besoqolbozlar) ekanligi aniqlandi. Ularda Kaposhi sarkomasi xavfli shaklga o'tib bir necha oy ichida xalokatga uchradilar. 1981-yilning bahorida Los-Anjelesdagi klinikalardan biriga o'pka to'qimasining yallig'lanishi bilan kechadigan pnevmositsali Zotiljam (zotiljam) kasalligi tashxisi qo'yilgan bemorlar yotqizildi. Bemorlarni kuchli tasir etadigan antibiotiklar yordamida davolashga qaramasdan, ularning barchasi halok bo'ldi. Tekshirishlar natijasida bu bemorlarning gemoseksualistlar ekanligi aniqlandi. Olimlarni tashvishga solgani, bu bemorlarning organizmida immunitetning keskin pasayib ketganligi bo'ldi. 1981-yilning yozida AQSHda 116 ta shunday holat aniqlandi.

1983-yilda OITS G'arbiy Evropa davlatlarida ham qayd qilindi. 1985-yilda dunyoning 40 ta davlatida OITS qayd qilingan bo'lib, 1987-yilda AQSHda 47 ming, Afrikada 8,5 ming, Evropada 9 ming, Osiyoda 200dan ortiq kishi ro'yxatga olindi.

Ilmiy kuzatishlar natijasida OITS ning ko'pincha jinsiy buzuqlar, foxishalar, giyoxvandlarda va qon kasalliklari bor bemorlarda uchrashi aniqlandi.

Kasallikning to'satdan boshlanishi, tarqalishi, xatarli o'smalar, zotiljam, tanosil kasalliklari bilan bog'liklari, yashirin davrining uzoq davom etishi, davolashning samarasiz bo'lib, bemorlarning 100% halokatga uchrayotgani mutaxassis olimlarning hayratlantirdi va tashvishga soldi.

YAngi nomalum xavfli kasallikni o'rganish uchun malakali virusolog, immunolog, infeksiyachilar, epidemiologlar jalb etildi. 1984-yil AQSH Sog'liqni Saqlash Vazirligi uchun OITS eng muhim muammo deb elon qilindi va Nyu-yorkda maxsus institut ochildi. OITS kasalligini kelib chiqish sabablarini aniqlash va uning qo'zg'atuvchisini topishda amerikalik va fransiyalik mutaxassis olimlarning xizmatlari katta bo'ldi.

1983-yilda OITSni qo'zg'atuvchi virus topildi va uni har-xil nomlar bilan nomlashdi. Faqatgina 1986-yildan qo'zg'atuvchiga odam immun tanqisligi virusi (OIV) deb nom berildi. Er yuzida bir-kecha kunduzda 8.5-9 ming kishi har

daqiqada esa 19 kishi OIV ni yuqtirmoqda. Agar ko'rsatkich shu tarzda shiddat bilan o'sib boraversa, dunyo aholisining yaqin yillarda 10-15% gacha qirilib ketish xavfi tug'iladi. Bu holat butun dunyodagi mutaxassis olimlarni tashvishga solmoqda. OIV odam organizmida immun tizimining faoliyatini izdan chiqaradi. U qondagi T-limfotsitlarning asosiy tarkibiy qismi T-xelperlarga ta'sir qilib, ularni emiradi. Keyin odam hujayrasiga birikib yopishib oladi, shu erda oziqlanib, ko'payadi va hujayrani yorib tashqi muhitga chiqadi.

OIV odamning qoni, so'lagi, ko'z yoshi va shahvat suyuqligida bo'ladi. U tashqi muxitga chidamsiz, tezda halok bo'ladi, dezinfeksiyalovchi moddalar ta'siriga ham chidamsiz. Qaynatilganda 30 daqiqada 3% xloraminda va 70% etil spirtida o'sha zaxoti o'ladi. Qon, shilliq va sperma suyuqligida 10-15 kungacha saqlanib qoladi. 2000 yilgacha dunyo bo'yicha 30-40mln kishi OIV bilan zararlangan bo'lsa, shundan 12-18 mln odamda OITS rivojlangan. OITS da kasallik manbai OITS bilan og'rigan bemor va OIV bilan zararlangan virus tashuvchi odam hisoblanadi. Kasallik faqat odamdan odamga yuqadi. Hozirgi paytda OITS ning quyidagi yo'llari orqali yuqishi tasdiqlangan: 1. Jinsiy aloqa. Bunda kasallik jinsiy buzuqlar (gemoseksualistlar)-o'z jinsi bilan aloqa qiluvchilar, biseksualistlar - o'z jinsi va qarama-qarshi jins vakillari bilan aloqa qiluvchilar, fohishalar orqali yuqadi.

2. Parenteral yo'l (virus bilan zararlangan shprints ignalari, jarrohlik asbob uskunalari, donor qoni va va qon preparatlari quyilganda qon orqali)
3. Transplasentlar (xomiladorlik vaqtida onadan xomilaga yo'ldosh orqali o'tishi), tug'ruq vaqtida va tug'ilgandan keyin ona suti orqali yuqish yo'li.

OITS aniqlangandan keyingi dastlabki yillarda kasallikning jinsiy aloqa yo'li ustunlik qilgan bo'lsa hozirgi vaqtda parenteral usulning shprints ignalari yordamida giyohvandlardan yuqish yo'li eng asosiy yo'llardan biri bo'lib qoldi.

OITS ning yuqishida havo tomchi, og'iz orqali, kiyim-kechaklar, idish-tovoqlar choyshablar (bilvosita muloqot) orqali yuqish yo'llari hech qanday asosiy ahamiyatga ega emas. Demak kasallik bu yo'llar bilan yuqmaydi.

OITS ning yashirin davri 6 oydan 15-20 yilgacha, o'rtacha 3-4 oydan 5 yilgacha davom etishi va bu davr kasallik jinsiy aloqa orqali yuqqanda, qisqaroq bo'ladi.

Kasallikning rivojlanishi odam organizmining immun xususiyatlari bilan bog'liq bo'lib, OIV organizmga tushgandan keyin virus va immunitetga daxldor hujayralar (T-limfotsitlar, V-limfotsitlar, makrofaglar) o'rtasida keskin kurash ketadi. Immun tizimi virusga qarshi ko'p miqdorda antitelolar ishlab chiqaradi va odamda OITS rivojlanishiga to'sqinlik qilib turadi.

OITS ning rivojlanishida, OITS oldi davri xarakterli bo'lib, u 1 oydan 6 oygacha davom etadi, bu davrda o'ziga xos nospesifik - umumiy belgilar paydo bo'ladi. Bularga darmonsizlik, ko'p terlash, kechqurunlari nomalum tarzda tana haroratining ko'tarilishi, ozib ketish, ich ketish, og'iz bo'shlig'ida zamburug'lar paydo bo'lishi, yo'tal, terida toshmalar paydo bo'lishi, terining qichishib turishi, limfa tugunlarining kattalashuvi kabilar kiradi^{1,2}.

OITS ning o'ziga xos alomatlari yo'q, organizmga qanday mikroblar kirsa o'shalar qo'zg'atadigan kasalliklarning alomatlari paydo bo'laveradi.

Ko'pchilik bemorlarda "Sovuq oq barmoqlar" sindromini kuzatish mumkin. Bu holat qon tomirlarda qon aylanishi sekinlashib qolganligidan dalolat beradi. Umuman olganda OITS asta-sekin boshlanadi. Organlar va tizimlar faoliyatining buzilishiga qarab kasallikni shartli ravishda 5 ta klinik shakllarga ajratish mumkin.

1. O'pka shakli.
2. Miya (tserebral) shakli.
3. Me'da- ichak shakli.
4. Differentsiallashtirilmagan shakli.
5. Disseminatsiyalashgan shakli.

O'pka shakli. Bemorda pnevmotsistali Zotiljam (zotiljam) alomatlariga o'xshash belgilar kuzatiladi. Bemor nafas olishda qiynaladi, xansiraydi, tez-tez yuzaki nafas oladi, og'iz burun atroflari ko'karadi, yo'taladi, qon tuflaydi.

Miya shakli. Bemorda bosh miya raki, meningo ensefalit kasalliklariga xos bo'lgan alomatlar paydo bo'ladi. Kuchli bosh og'rig'i qusish, hushdan ketish, talvasaga tushish

bosh miya nervlarining zararlanishi (nevritlar), parez paralichlar kabi klinik ko‘rinishlar bilan namoyon bo‘ladigan bu shakl OITS bilan kasallangan bemorlarning 20-30% ini tashkil etadi.

Me‘da ichak shakli. Bemorda me‘da ichak yo‘llarining yallig‘lanishi (ezofagit, gaztroenterokolit) ga o‘xshash belgilar paydo bo‘ladi. Bemorning og‘iz bo‘shlig‘ining kandidoz (zamburug‘lar) yallig‘lanishi (stomatit) paydo bo‘ladi. Og‘iz va xalqum qizilo‘ngach shilliq qavatida yara-chaqalar hosil bo‘ladi, bemorning yutishi qiyinlashadi, qon aralash qusadi. Qorinda kuchli og‘riq bo‘ladi, qorin damlaydi, ichi ketadi, axlat suyuq, qon aralash bo‘ladi.

Differentsiallashtirmagan shakli. Bunda bemorda aynan bir tizimning zararlanishiga xos alomatlar kuzatilmaydi. Klinik ko‘rinish umumiy belgilar bilan namoyon bo‘ladi. Bemor darmonsizlanadi, boshi og‘riydi, tez charchaydi, xotirasi pasayadi, kayfiyati tushadi, ishtaxa yo‘qoladi, uyquzi buziladi.

Disseminatsiyalashgan shakli. Kasallikning bu ko‘rinishida bir vaqtning o‘zida hamma a‘zolar va tizimlarning zararlanishiga xos o‘zgarishlar kuzatiladi. OITS bilan og‘rikan bemorlarning ko‘pchiligi rak kasalliklariga duchor bo‘ladi. Ayniqsa ularda xavfsiz hisoblangan Kaposhi sarkomasi (teri raki) ning xavfli shakllari rivojlanadi¹.

OITS ning klinik ko‘rinishlarining engil shakli bo‘lmaydi, kasallik faqat og‘ir kechadi, oqibatda albatta o‘lim bilan tugaydi.

SHunday qilib, OITS bilan kasallangan bemor organizmi immun qobiliyatining keskin pasayib ketishi oqibatida har qanday mikroby ayniqsa, pnevmotsistalar, zamburug‘lar, toksoplazmalar, kokklar, gijjalar, bakteriyalar kabi mikroorganizmlar keltirib chiqaradigan og‘ir kasalliklar osongina kelib chiqadi. Eng xavflisi bemorda rak hujayralari o‘sib, ko‘payadi, bemor rakning og‘ir formalaridan xalok bo‘ladi.

OIV bilan zararlanish va OITS kasalligini aniqlash uchun sub‘ektiv (shikoyatlar, so‘rab-surishtirish, hayot va kasallik - anamnezi), ob‘ektiv instrumental, va laboratoriya tekshiruv usullaridan foydalaniladi.

Nazorat savollari

1. OIV ning qanday yuqish yo‘llarini bilasiz?
2. Bolalarda ko‘pincha qaysi yo‘l bilan kasallik yuqadi?
3. Kasallangan ona bolasini emizishi mumkinmi?
4. ARV terapiyaga qaysi dorilar kiritilgan?
5. So‘nggi yillarda davolash va diagnostikaning qanday yangi usullar topildi?
6. IFA va PTZR usullarini nima maksadda o‘tkaziladi?
7. Bemorda kasallikning qanday belgilarini bilasiz?
8. Kasallikning bolalarda qanaqa o‘ziga xos xususiyatlari mavjud?
9. OIV infeksiyasini davolash qanday o‘tkaziladi?
10. Kasallikning profilaktikasini bilasizmi?
11. OIV infeksiyasi aniqlanganda shifokor taktikasi?
12. Rezistentlik deganda nimani tushunasiz?

Foydalanilgan adabiyotlar

1. YUqumli kasalliklar. Axmedova M.D., Toshkent-2008.
2. Raxmatov O. B. Bolalar yuqumli kasalliklari. - T.: Cho‘lpon, 2008y
3. Инфекционные болезни с детствами инфекциями. V 2-x ch. //Pod redaksiyey akademika AN RUz Daminov T.A., uchebnik, Tashkent, «Tib-kitob» 2011.-448s.
4. ВИЧ инфекция – клиника, диагностика и лечение. V.V.Pokrovskiy i soavtory. Moskva, 2000 g.
5. Иммуитет и ВИЧ. M.R.Bobkova. Moskva. 2006 g.
6. Лечение ВИЧ инфекции. K.Xofman i drugie. 2005 g.
7. OIV/OITS va gemokontakt yo‘l bilan yuqadigan boshqa kasalliklar. E.I.Musaboev va xammualiflar. Toshkent. 2007 y.
8. Guidelines for clinical management of HIV infection and HIV-related illnesses./ Worl health organization 2009.
9. Zubik T.M., Ivanov K.S., Kazantsev A.P., Lesnikov A.L. // "Differentsial'naya diagnostika infektsionnykh bolezney". 2001
10. Shlossberg., Differentsial'naya diagnostika infektsionnykh bolezney. 2004.
11. Kazantsev A.P., Zubik T.M., Ivanov K.S, Kazantsev V.A. //Differentsial'naya diagnostika infektsionnykh bolezney. Moskva, 1999.
12. Emond R., Rouland X., Uelsbi F. //Инфекционные болезни. TSvetnoy atlas. Moskva, 1998.

IV. AMALIY MASHG'ULOT MATERIALLARI

1 amaliy mashg'ulot: Bolalarda tanqis xolatlar diagnostikasi va davolash. 2 soat.

Ishdan maqsad: Bolalarda tanqis xolatlar sindromining yangi diagnostik va davolash usullarini bilish, bu kasallikni erta tashxislashni bilish ko'nikmalariga ega bo'lish.

Ushbu amaliy mashg'ulot davomida quyidagilarni bajarish lozim

- Bolalarda tanqis xolatlar sindromining tasnifini bilishi
- Bolalarda tanqis xolatlar belgilarini aniqlay olish
- Bolalarda tanqis xolatlar sindromining davosini belgilash

Ishni bajarish uchun namuna

Amaliy mashg'ulot ni mustaxkamlash uchun quyidagi manbalar zarur

1. Mulyaj, tasniflar, rasmlar, prezentatsiyalar
2. Diagnostik usullar
3. Analizlar namunasi
4. Videofil'm

Bolalarda temir, folat kislota tanqisligi kamqonliklarining sabablari, diagnostikasi, davolashga yangicha yondashuvlar

Temir etishmovchilik kamqonligi (TEK) – temir tanqislikligining ko'rinishi bo'lib, birlik qon hajmida va eritrotsitlarda gemoglobin konsentratsiyasining kamayishi, mikrotsitoz, anizotsitoz, poykilotsitoz, rang ko'rsatgichining pasayishi, qon zardobida temir va ferritin miqdorining kamayishi, transferrinning temir bilan past darajada to'yinishi, temir bog'lovchi xususiyati va eritrotsitar protoporfirinning oshishi bilan xarakterlanadi^{1,5,7}.

TEK bolalik davrida kamqonlikning eng ko'p ko'rinishidan biri hisoblanadi. Bola hayotining ikkinchi yilida va o'smirlik davrida, erta yoshdagi bolalarda juda ko'p kuzatiladi. Yashirin temir tanqisliklik davri temir etishmovchilik kamqonligidan 1,5-2 marta ko'p uchraydi.

Temir etishmovchilik kamqonligi sabablari:

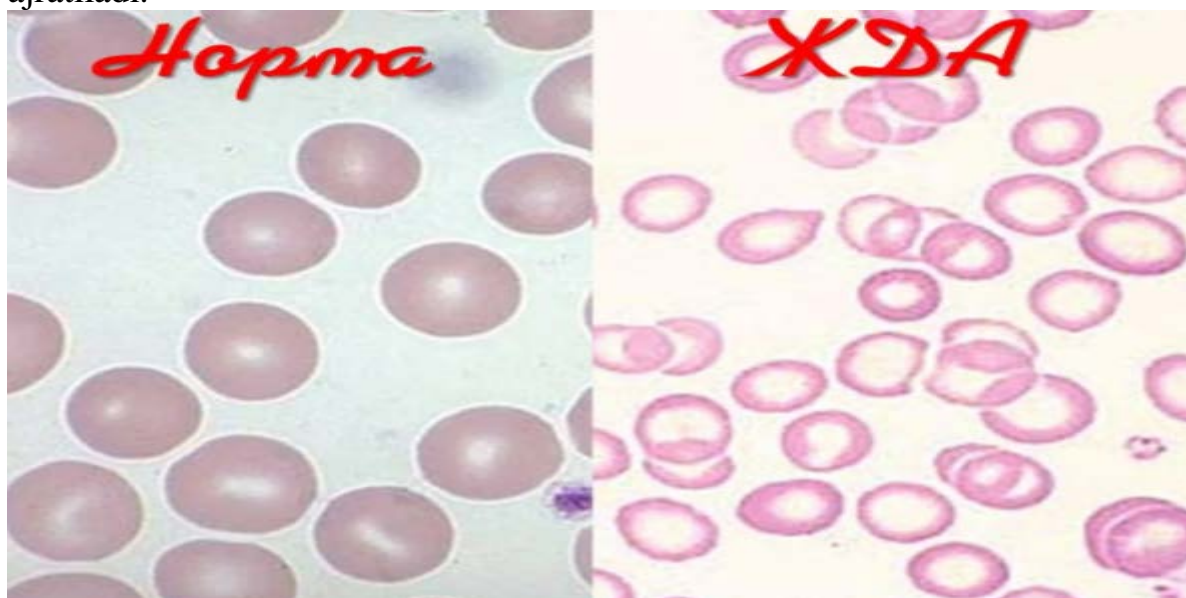
Tug'ilganda temir miqdorining kamligi. Xavf guruhi: chala tug'ilganlar; homiladorlik vaqtida kamqonlikka uchragan onalar, shuningdek "tashlandiq bolalar"; homilaichi rivojlanishidan orqada qolgan bolalar; perinatal davrda ko'p qon yo'qotgan bolalar.

Alimentar omillar - temir etishmovchiligi kamqonligining etakchi sababi. Xavf guruhi: moslashtirilmagan aralashmalar bilan sun'iy ovqatlantiriladigan bolalar; qo'shimcha ovqatni kech berish; har qaysi yoshda faqat o'simlik, sabzavotlar bilan ovqatlantirish; ratsionda sutni ko'p ishlatish (sutkada 0,5 l dan yuqori).

Temirni ko'p miqdorda yo'qotish yoki unga bo'lgan yuqori talab. Xavf guruhi: o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar, asosan oshqozon-ichak trakti; oshqozon-ichak traktining surunkali noinfektsion, yallig'lanish kasalliklari (mal'absorbtsiya sindromida temirni ko'p yo'qotish yoki etarli darajada organizmga tushmasligi); yaqqol (melena, burundan qon ketish, gematuriya va boshqalar) va yashirin qon ketishi; yuvenil gormonal o'zgarishlar; toksik omillar; essentsial.

Temir tanqislikligida birinchi o'zgarish to'qimalarda sodir bo'ladi- to'qimada temir zahirasi kamayadi, zardobda ferritinning kamayishiga olib keladi, keyin transferrinning temir bilan to'yinishi pasayadi, zardobning umumiy temir bog'lovchi xususiyati ortadi va erkin eritrotsitar protoporfinlar miqdori - gem manbalari ko'tariladi. Yuqorida ko'rsatilgan o'zgarishlar bola qon zardobida temir miqdori va gemoglobin kontsentratsiyasi, eritrotsitlar hajmining pasayishigacha, ya'ni kamqonlik rivojlanishidan olin kuzatiladi.

Gemoglobinining pasayish darajasiga qarab, anemiyaning engil (gemoglobin 90-110g/l), o'rta-og'ir (60-80 g/l) va og'ir (gemoglobin 60 g/l dan kam) turlari ajratiladi.



Klinik ko'rinishida quyidagi sindromlar kuzatiladi:

Astenonevrotik sindrom: tez charchash, qo'zg'aluvchanlik, asabiylashish, emotsional noturg'unlik, ko'p terlash, jismoniy va psixomotor rivojlanishdan orqada qolish; lanjlik, asteniya, apatiya, ishtaha pastligi, diqqat e'tiborni pasayishi, hushdan ketish, katta yoshdagi bolalarda bosh og'rishi, bosh aylanishi, quloqlarda shovqin, ko'z oldida bijirlash, yurak sohasida og'riq, shuningdek, ishtaha va hid bilishning o'zgarishi, dizurik buzilishlar.

"Epitelial" sindrom. Terining oqimtirligi (asosan kaftda, tirnoqlarda, shilliq qavatlarda va quloq supralarida; terining quruqligi va kepaklanishi; teri, tirnoq, soch, og'iz shilliq qavati, tilning distrofik o'zgarishi (og'iz burchagida bichilish, angulyar stomatit, til so'rg'ichlarining yassiligi, laklangan til, tilning qizarishi, atrofik glossit), qattiq ovqatlarni yutishning buzilishi; gastrit; duodenit, mal'absorbtsiya va mal'digestiya bilan kechuvchi enteropatiya, noturg'un najas; ko'ngil aynashi; ba'zida terining alebastr-yashil rangda bo'lishi (xloroz) kuzatiladi.

Yurak qon-tomir sindromi: taxikardiya, arterial gipotoniya moyillik, yurak tonlarining susayishi va yurak nisbiy chegarasining kengayishi, yurak choʻqqisida funksional sistolik shovqin, baʼzida yirik tomirlar ustida shovqin eshinishi.

Mushak sindromi: gipotoniya, tez charchash, peshobni ushlab turaolmaslik, qabziyat

Ikkilamchi immunitet tanqisligi sindromi: temir etishmasligini yanadi ogʻirlashishiga olib keluvchi tez-tez OʻRVI, pnevmoniya, ichak infeksiyalari bilan kasallanish.

Temir etishmasligi kamqonligining tashhisoti gematologik koʻrsatkichlarning siljishini aniqlashga asoslangan - gemoglobinning pasayishi (5 yoshgacha 110g/l dan kam va katta yoshdagilarda 120 g/l dan kam), rang koʻrsatkichi 0,8 dan past, bitta eritrotsitda gemoglobinning oʻrtacha miqdori 927 pg/eritrotsitdan past, eritrotsitlar oʻrtacha hajmining pasayishi, temir almashinuvi koʻrsatkichi - qon zardobida ferritinning pasayishi (30 ng/ml dan past), transferrinning temir bilan toʻyinganligi (25% dan past), temir (11,6 mkmol/l dan past; qon zardobida umumiy temir bogʻlovchi funksiyasining yuqoriligi (50 mkmol/l dan yuqori. Laborator belgilariga shuningdek, mikrotsitoz, anizo va poykilotsitoz kiradi. Rang koʻrsatkichining pasayishi temir etishmovchiligining erta bosqichlarida rivojlanmaydi, shuning uchun normoxrom rang koʻrsatkichi temir etishmovchilik kamqonligini inkor qilmaydi. Eritrotsitlar sonining pasayishi faqatgina ogʻir kamqonliklarga xarakterlidir. Suyak koʻmigida eritropoezning yosharish belgilari xarakterlidir, bu qonda retikulotsitoz bilan tasdiqlanadi.

Differentsial tashhis juda kam uchraydigan mikrotsitar gipoxrom kamqonliklar bilan oʻtkaziladi: talassemiya, kumush simob bilan zaxarlanish; sideroblast kamqonlik.

Davosi. Kamqonlikning ogʻir shakllarida statsionar davolash koʻrsatiladi.

Bolalarning kun tartibi faol boʻlishi kerak, koʻproq toza havoda boʻlishi zarur. Parhez bilan temir tanqislikligini bartaraf etish mumkin emas- temir dorilari tavsiya qilish kerak.

Antianemik preparatalarning yangi guruxlari.

Pediatryada temir dorilarini tavsiya qilishning umumiy usullari quyidagilar:

- Dorilarni asosan ichishga tavsiya qilish, parenteral yuborishni cheklash, chunki, dorilarning nojoʻya taʼsiri yuqori boʻladi (allergik reaksiya, inʼektsiyadan keyingi abstsess va flebitlar, gipotenziya, bakterial infeksiyalarga xafv yuqori, gemosideroz va boshqalar);
- Dorining sutkalik dozasi elementar temir boʻyicha 5-6 mg/kg; yuqori doza davolash samaradorligini oshirmaydi, ammo katta nojoʻya taʼsir koʻrsatadi, dorining sutkalik dozasi uch qabulga boʻlinadi;
- Davoning birinchi bir necha kunida bemor dorini qabul qilishini aniqlash uchun dozasi ikki barobarga kamaytiriladi;
- Temir dorilarni qabul qilishning muddati 3 oydan kam boʻlmasligi kerak, birinchi bosqichda bu gemoglobin miqdorini va temirni periferik zahirasini toʻldiruvchi terapiya hisoblanadi, ikkinchi bosqichda temirning toʻqimadagi

zahiralarini tiklash zarur va uchinchi bosqichda qaytalanishga qarshi tadbirlarni qo'llash lozim;

- Temir dorilarini ovqatlanish oralig'ida berish va ularni sabzavot yoki meva sharbatlari bilan ichish kerak, temir dorilarini sut bilan ichish man qilinadi.;
 - Temir preparatlari bilan birga askorbin kislota va Vit E birga tavsiya qilish davo samarasini oshiradi;
 - Maxsus ko'rsatma bo'lmaganda temir dorilari bilan birga vit V6 va vit V12, folat kislota tavsiya qilishni xojati yo'q;
 - Temir dorilarni parenteral tavsiya qilishga ko'rsatmalar: ichakda so'rilishning buzilishi, temir dorilarini ichganda qabul qilaolmaslik. Preparatlar vena ichiga 25 mg dozada tomchilab yuboriladi, keyin 3 kunda 50 mg yuboriladi. Kurs tamomlangandan keyin temir dorilari ichishga buyuriladi.
 - Temir dorilarini qo'llashda kutilayotgan natijalar: 72-96 soatdan keyin retikulotsitozning ko'tarilishi va 7-10 kundan keyin gemoglobin miqdorining ko'tarilishi (yaxshi natija haftada 5 g/l) hisoblanadi. Gemoglobin miqdori normallashtirilgandan keyin temir dorilari bilan davolash temirning to'qimadagi deposini tiklash uchun 4-6 haftagacha davom ettiriladi. Temir dorilari bilan davolash vaqtida qon zardobida uning miqdorini aniqlash ma'lumotli hisoblanmaydi.
 - Eritrotsitar massa quyish hayot ko'rsatmasiga asosan, gemoglobin miqdori 70 g/l dan kam bo'lsa buyurtiriladi. Toza qon quyishga shoshilmaslik zarur.
- Profilaktikasi.* Ayollarda temir tanqisligini oldini olishdan boshlanadi. CHala tug'ilgan bolalarda 1-oyligidan boshlab profilaktik doza sutka davomida 2 mg/kg beriladi. Bolalar ovqatlanishida tarkibiga temir dorilari qo'shilgan bo'tqalarni berish tavsiya qilinadi.
- Hozirgi kunda mamlakatimizda kamqonlikni oldini olish uchun quyidagi dasturlar amalga oshirilmoqda
 - Bug'doy unini mikronutrientlar va temir moddasi bilan boyitish



Sog'lom va o'roqsimon xujayrali anemiyali besor eritrotsitlari mikroskop ostida.

- Temir preparatlarini profilaktik miqdorida xaftada 1 marotaba (chorshanba kuni) iste'mol etish
- To'g'ri ovqatlanishni targ'ibot qilish
- Jamoat tashkilotlarni, axborot vositalarni targ'ibot ishlariga jalb etish

Vitamin V 12 (folat kislotasi) tanqislik kamqonligi megablast kamqonlikguruhiiga kiradi. Megablast kamqonlik (MK) - samarasiz eritropoez natijasidagi kamqonlik bo'lib, eritrotsitlarning shakllanishi va morfologiyasining o'zgarishi bilan xarakterlanadi¹.

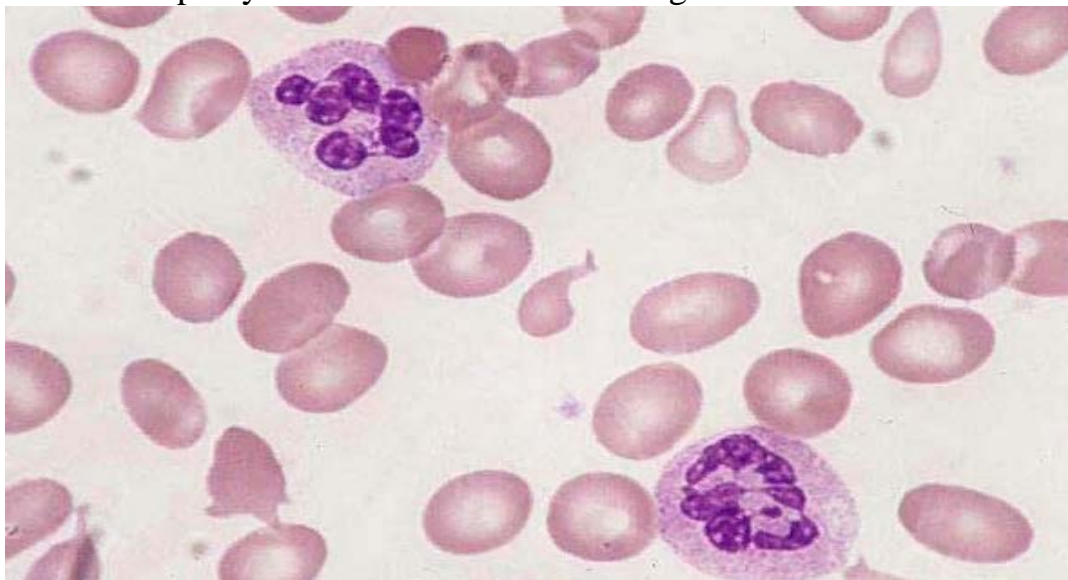
FTK kam uchraydigan kasallik, ko'krak yoshidagi bolalarda, asosan chala tug'ilganlarda kuzatiladi.

Etiologiyasi va patogenezi. Etuk tug'ilgan, ratsional tabiiy ovfatlanishda bo'lgan chaqoloqlarda folat kislotaga talab qoniqarli bo'ladi. Sabablari: absobrtsiyaning tug'ma buzilishi va folat almashinuvining buzilishi (kam hollarda), orttirilgan ma'absorbtsiya (tseliakiya, ekssudativ enteropatiya); chala tug'ilganlarda folat kislotaga bo'lgan talab yuqoriligi, gemolitik anemiyalar, ba'zi bir dorilar bilan davolanganda (metotreksat; sul'fanilamidlar; silga qarshi dorilar), uzoq davom etuvchi infeksiyalar.

Folat kislotasi tanqisligi kamqonligi echki suti bilan boqilgan bolalarda kuzatiladi. Suyak iligida va periferik qonda megablast o'zgarishlar 3-3,5 oydan keyin paydo bo'ladi.

Og'irlik darajasiga qarab klassifikatsiya qilinadi.

Klinikasi. CHala tug'ilgan bolalarda 3-6 oyligidan boshlab, lanj, anoreksiya, glossit, diareya, qon talashlar va bakterial infeksiya yuzaga keladi. Periferik qonda megablast o'zgarishlar, neytropeniya neytrofillar o'lchami kattalashgan, trombositopeniya kuzatiladi. Nevrologik buzilishlar xarakterli emas.



Megaloblast anemiya

Diagnostikasi. Periferik qonda eritrotsitlar orasida megalotsitlar ustunlik qiladi – 10 dan 12 mkmgacha diametrdagi hujayralar, aylana yoki ellips shaklida bo'ladi. Eritrotsitlarning o'rtacha hajmi 100 dan 146 flga teng. Periferik qon surtmasida anizotsitoz va poykilotsitoz, neytrofillar gipersegmentatsiyasi aniqlanadi. Suyak

iligida eritroidli giperplaziya va barcha gemopoetik hujayralarning katta o'lchami xarakterlidir.

Differentsial diagnostikasi. V12 tanqislikli kamqonlik bilan o'tkaziladi. Vit12 tanqislikligi kamqonligida peshobda metilmalon kislotasi ajralishi ko'tarilgan, uni folat kislota kamqonligidan farqlaydi.

Davosi. Vitamin V12 sutkasiga 100-200 mkgdan, folat kislota ichishga sutka davomida 2-5 mgdan tavsiya qilinadi, 3 kundan keyin samara bilinadi, davo muddati 3 kundan kam bo'lmasligi kerak.

1. Textbook Nelson of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, 2016, USA. Chapter 144, pages 1943-1952.

Bemorlarda davo samarasi bo'lmasa, vit 12 tanqisliklik kamqonligi haqida o'ylash kerak. So'rilish nuqsonida folat kislota parenteral tavsiya qilinadi. CHala tug'ilganlarga 2 oyligidan boshlab; talvasaga qarshi va silga qarshi sulfanilamidlar bilan davo olganlarga, tseliakiya bilan kasallanganlarga va mal'absorbtsiyaning boshqa shakllarida xar kuni folat kislotasi 0,2-0,5 mg dozada tavsiya qilinadi.

Ochlik va faqat uglevodli ovqatlanishda oqsil tanqisligi rivojlanadi. Globin sintezi va oqsillar funktsiyasi buziladi, eritrotsitlar, eritropoez produktsiyasi kamayadi, gormonlar va fermentlar ishlab chiqarilishi kamayadi.

Umumiy distrofik buzilishlar xos. Blefarit, teri soch disxromiyasi, sinuvchanligi, kayt qilish, ich ketishi, jigar qattiqlanishi va kattalashuvi xarakterli. Anemiyaning og'ir turiga xarakterli, normoregenerativ, normoxrom, normotsitar, lekin yaqqol anizo- va poykilotsitoz. Eritrotsitlar yashashi ikki martaga kamayadi. Qon zardobida oqsil kamayadi, yaqqol disproteinemiya.

Masalan: Kvashiorkor kasalligidagi anemiya.

- yaqqol trofik va ichak buzilishlari,
- to'qima shishi
- oqsilni 60 gr/ldan kamayishi- albumin (35-40%),
- disproteinemiya,
- eritrotsitlar yashash davri kamayishi, normoregenerativ, normoxrom anemiya yakkol anizo - poykilotsitoz.

Davolash ma'lum sxema asosida temir preparatlari va vitaminlar bilan olib boriladi. Agar davolash erta boshlansa, prognozi yaxshi.

1. Profilaktika xomiladorlarni davolash, chala tug'ilishni oldini olish, xamma yoshda ratsional ovkatlantirish, kasalliklarni (diareya, qon ketishi) davolash. Dispanser kuzatuv, yilda kamida ikki marta umumiy qon taxlili va zardobdagi temirni aniqlash. Xozirgi kunda mamlakatimizda kamqonlikni oldini olish uchun quyidagi dasturlar amalga oshirilmoqda.

2. Bug'doy unini mikronutrientlar va temir moddasi bilan boyitish

3. Temir preparatlarini profilaktik miqdorida xaftada 1 marotaba (chorshanba kuni) iste'mol etish.

4. To'g'ri ovqatlanishni targ'ibot qilish.

5. Jamoat tashkilotlarni, axborot vositalarni targ'ibot ishlariga jalb etish.

2-amaliy mashg'ulot: CHaqaloqlarda asab tizimining perinatal zararlanishi sindromi. Tug'ruq jaroxatlari. 2 soat.

Ishdan maqsad: Tug'ruq jaroxatlarining tasnifi, kechish xususiyatlari, turlariga qarab davolashni qo'llash.

1. Asab tizimining perinatal zararlanishi sabablari, diagnostikasi, davolash va profilaktikasi.
2. Tug'ruq jaroxatlari, turlari, diagnostikasi va davolash.

Masalaning qo'yilishi:

Ushbu amaliy ish davomida quyidagilarni **bilishi lozim**

1. YUmshoq to'qimalar shikastlanishi
2. Bosh miya ichi qon ketishi
3. Intraventrikulyar (IVQ) va periventrikulyar (PVQ) qon ketishlar
4. Orqa miya zararlanishi

Ishni bajarish uchun namuna

Amaliy mashg'ulot ni mustaxkamlash uchun quyidagi manbalar zarur

1. Poliklinika va statsionar xujjatlari, tasniflar, rasmlar, prezentatsiyalar
2. Diagnostik usullar. Yangi diagnostik usullar xaqida informatsiya
3. Analizlar namunasi, davolash usullari.

Orqa miyaning, elka chigalining travmatik shikastlari.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda orqa miya shikastlanishi KITSHga qaraganda kamroq uchraydi. 40-85% hollarda o'limdan keyin tashxis qo'yiladi va faqatgina 20% hollarda orqa miya shikastlanish o'limning bevosita sababi hisoblanadi.

Etiologiyasi. Cho'ziluvchanlik xususiyati anchagina bo'lganligi bois umurtqa pog'onasi tug'ruq shikastlari orqa miya shikastlariga solishtirganda kam uchraydi: boshni fiksatsiyalangan holatida tanani traktsiyalashda umurtqaning kompensator cho'zilishi 4 sm gacha etadi, orqa miyaniki esa faqat 0,4-0,5 sm. SHu bilan birga chaqaloqlarning umurtqa pog'onasi boylam-muskul apparatining zaifligi sababli uning barcha bo'g'imlarining barqaror bo'lmasligi bilan farq qiladi. SHuning uchun, hatto eng kichik darajadagi kuch bilan bukish, cho'zish, egish, boshni yoki tosni aylantirish umurtqalarning siljishiga, boylam va mushaklarning uzilishiga, orqa miya qisilishiga olib kelishi mumkin. Orqa miya shikastlanishi rivojlanishining negizida umurtqa va orqa miyaga ta'sir qiladigan uchta asosiy mexanizm yotadi: bukuvchi-kompressiyali, distraktsiyali, rotatsiyali.

SHikastlanishga olib keladigan asosiy omillar bo‘lib gipoksiya, koagulopatiya, tomirlar malʼformatsiyasi hisoblanadi.

YUqoridagi patologik mexanizmlarning taʼsiri ostida quyidagi buzilishlar yuzaga keladi.

– o‘murtqa pog‘onasi shikastlanishlari (chiqishlar, kichik chiqishlar, atlant-aksial va umurtqalararo bo‘g‘imlarning ularda kapsula siqilishi natijasida bloklanishi, umurtqa tanalarning joyidan siljishi – 1-2 ta umurtqalar dislokatsiyasi);

– orqa miya va uning qobiqlariga qon quyilishlari:

a) epidural (yuqori-bo‘yin va bo‘yin-ko‘krak bo‘limlari – 40-85%) qon ketishlar og‘ir nafas buzilishlariga olib keladi;

b) subdural (kamroq kuzatiladi – 10-14%); bunday qon ketishda orqa miyanining katta qismi «eng» shaklida o‘raladi, bu bola hayoti uchun katta xavf tug‘diradi;

– umurtqa arteriyalari hovuzlaridagi ishemiya, orqa miya shishi;

– umurtqalararo disklarning shikastlanishi.

Travmatik shikastlar bilan bir qatorda ishemik shikastlanishlar bo‘lishi mumkin va jarayonga orqa miya tomirlari qo‘shilishi ham kuzatiladi, bu juda kam uchraydi.

Tasnifi. Hozirgi vaqtda orqa miya, elka chigalining shikastlanishlari X qayta ko‘rib chiqilgan KXT bo‘yicha tasniflanadi:

P14. Periferik nerv tizimining tug‘ma shikastlanishi.

P14.0. Tug‘ruq shikastidagi Erba falaji.

P14.1. Tug‘ruq shikastidagi Klyumpke falaji.

P14.2. Tug‘ruq shikastidagi diafragmal nerv falaji.

P14.3. Elka chigalining boshqa tug‘ruq shikastlari.

Klinik manzara. Orqa miya shikastlanishining klinik manzarasi morfologik buzilishlarning ifodalanganlik darajasiga va shikastlanish sathiga bog‘liq. Bunda quyidagi manzaralar bo‘lishi mumkin:

– orqa miya shoki (CI -CIII),

– Kofferat sindromida nafas olish buzilishlari (CIII–CIV);

– qo‘llarning proksimal bo‘limida funktsiyalarining qo‘pol buzilishi va oyoqlarning spastik sholli bilan birga kechadigan Dyushen–Erba sholli va falaji (CV–CVI);

– Gorner simptomi (ptoza, mioz, enoftalm) va oyoqlarning spastik sholligi bilan birga qo‘llarning distal oxirida funktsiyalarning qo‘pol buzilishi bilan kechadigan Dejerin–Klyumpke pastki distal sholligi va falaji (CVII-ThI);

– oyoqlarning spastik sholligi bilan birga kechadigan Kerrer falaji – qo‘llarning total falaji (CV–ThI).

Orqa miyaning ko‘krak bo‘limi shikastlanishi (ThI–ThXII) ko‘krak qafasi muskullarining funktsiyasi buzilishi natijasida nafas olish izdan chiqishlari bilan kechadi. Jarayonga orqa miyaning ThIII–ThVI sathidagi segmentlari qo‘shilganda oyoqlarning spastik sholligi paydo bo‘ladi.

Orqa miyaning pastki ko‘krak segmentlari shikastlanishi “yoyilgan qorin” simptomi bilan namoyon bo‘ladi.

Orqa miyaning bel-dumg‘aza sohasida shikastlanishi pastgi so‘st shollik bilan namoyon bo‘ladi. Jarayonga dumg‘aza bo‘limlari yo‘shilganda tos a‘zolari funktsiyalari buziladi.

Umurtqa pog‘onasining bo‘yin bo‘limi shikasti bo‘lganda, odatda, bolani holati o‘zgaritirilganda, uni qo‘lga olganda, va Robinson refleksi tekshirilganda og‘riq sindromi bor bo‘ladi.

YUqori bo‘yin segmentlari (CI–CIV) shikastlanganda orqa miya shoki klinik manzarasi kuzatiladi, shok fojiali, og‘ir va o‘rtacha og‘ir kechish variantlariga ega bo‘lishi mumkin.

Kraniospinal shikastlanish sathida klinik manzara halokatli bo‘ladi, o‘lik tug‘ilish yoki hayotining birinchi soatlarida nafas va kuchayib boradigan yurak-qon tomir izdan chiqishlari sababli o‘lim bilan tugaydi.

Og‘ir variant bo‘shashganlik, adinamiya, mushaklarning tarqoq gipotoniya, «qurbaqa» vaziyati, gipo-, arefleksiya, pay reflekslarining keskin pasayishi yoki yo‘qligi, ixtiyoriy harakatlarning to‘liq falaji, shikastlanish joyidan distal tomonda sezuvchanlik yo‘qligi yoki spastik tetrashollik, gipotermiya, arterial gipotenziya rivojlanishi, tug‘ilgan paytdan boshlab RDS, siydik tutilishi yoki davriy siydik tutolmaslik, qorin dam bo‘lishi, ichak sholligi bilan namoyon bo‘ladi. YAngi

tug'ilgan chaqaloq o'limining sababi tug'ilishdan keyingi RDS va asfiksiya xurujlari, shok bo'ladi.

O'rtacha og'irlikdagi kechishda orqa miya shoki klinik manzarasi ancha qisqa vaqtli, harakat va reflektor buzilishlar kam ifodalangan.

Metabolik kasalliklar og'ir nafas olish etishmovchiligi uchun xos.

Diafragma sholligi (CIII–IV, Kofferat sindromi) elka chigali (*n. frenicus*) yoki orqa miya shikastlanishida rivojlanadi. Sindrom alohida kuzatilishi mumkin, ammo 75% hollarda u yuqori shollik yoki qo'lning total falaji bilan birga keladi. Diafragmal nervning shikastlanishi ko'pincha Dyushen–Erbaning chap tomonlama sholligi bilan birga kuzatiladi. Diafragmal nerv sholligida etakchi sindrom – nafas izdan chiqishi sindromidir. Bolani ko'zdan kechirganda quyidagilar aniqlanadi: ko'krak qafasi assimetriyasi, uning shikastlangan tomonining nafas harakatlarida orqada qolishi, paradoksal nafas olish, shollik mavjud tomonda auskultatsiya o'tkazilganda sustlashgan nafas fonida krepatatsiya va krepatatsiyalanuvchi xirillashlar eshinishi mumkin.

Rentgenologik surat xarakterlidir: shikastlanish tomonda diafragma gumbazining baland turishi, chuqur qovurg'a-diafragma sinuslari, sog'lom tomonda kompensator emfizema tufayli diafragma gumbazining biroz tekislanganligi. Ko'ks oralig'i a'zolarining qarama-qarshi tomonga siljishi kuzatilishi mumkin. Og'ir shollik holatida, ko'p hollarda, diafragma funktsiyasi 6-8 hafta ichida to'liq yoki qisman tiklanadi.

Dyushen–Erb sholligi va falaji orqa miyaning CV–CVI segmentlari yoki elka chigali travmasida rivojlanadi. Quyidagi simptomlar klinik manzaraga xos: travmatik bo'yin qiyshiqiligi sababli bosh shikastlangan tomonga egilgan, shikastlangan qo'l tana bo'ylab joylashgan, tirsak bo'g'imida yozilgan, ichkariga buralgan, elka bo'g'imida rotatsiya bilakda esa pronatsiya holatida, panja kaft tomonga bukilgan holatda orqaga va tashqariga burilgan. Proksimal bo'limlarda mushaklar tonusi pasaygan, bu elkani uzoqlashtirishni, tashqariga burishni, gorizontal sathgacha ko'tarishni, tirsak bo'g'imida bukishni va bilakni mupinatsiya qilishni qiyinlashtiradi. Bolani kaftga pastga qaratib ushlaganda shol bo'lgan qo'l

pastga osilib qoladi, sog'lom qo'l esa tanadan chuqur bo'ylama burma bilan ajralgan bo'ladi – bu “qo'g'irchoq qo'li” simptomi. Qo'litiq osti sohasida orolcha ko'rinishidagi burmalarning ko'pligi – «qo'litiq osti orolchalari» va shol bo'lgan elkaning proksimal bo'limida teri tortishmasi qayd qilinadi. SHikastlangan qo'ldagi passiv harakatlar og'riqsiz, “chertish (qarsillash)” simptomini aniqlash mumkin. Moro, Babkin va ushlab olish reflekslari pasaygan, boldirning ikki boshli mushagi pay refleksi yo'q. Orqa miyaning SV–SVI segmentlari shikastlanganda jarayonga piramida yo'llari qo'shiladi, bu shikastlanish tomondagi oyoqda piramidal etishmovchilik simptomlari (tizza va axil payi reflekslari kuchayishi, kam hollarda – sonni yaqinlashtiruvchi mushaklar tonusi oshishi) bilan namoyon bo'ladi. Ko'pincha Dyushen – Erba proksimal falaji o'ng tomonda yuzaga keladi, ikki tomonlama bo'lishi ham mumkin.

Dejerin–Klyumpke pastki distal falaji orqa miyaning CVII–ThI segmentlari yoki elka chigalining o'rta va pastki tizimchalari shikastlanganda paydo bo'ladi. Falajlik qo'lning distal bo'limlaridagi funktsiyalarining qo'pol buzilishlari bilan kechadi: kaft va barmoqlarning bukish funktsiyalari keskin pasaygan yoki yo'q, tirsak bo'g'imida harakatlar bo'lmaydi. Bilak nervi shikastlangan vaziyatlarda qo'l panjasi «tyulen' panjasi», tirsak nervi shikastlanganda – «changalli (tirnoqli) panja» ko'rinishga ega bo'ladi. Panja rangpar, tsianotik tusga ega – «ishemik qo'lqop» simptomi, paypaslaganda sovuq, mushaklar atrofiyalangan, kaft yassilangan. Elka bo'g'imi funktsiyasi buzilmagan, harakatlar saqlangan, Moro refleksi pasaygan, Babkin refleksi va ushlab olish refleksi yo'q. Bo'yin simpatik tolalari shikastlanishi natijasida shikast tomonida Bernar–Gorner sindromi (ptoza, mioza, enoftal'm) aniqlanadi.

Qo'lning total falaji (Kerer falaji) orqa miyaning CV–ThI segmentlari va elka chigalining mos ildizchalari zararlanishida rivojlanadi. Klinik jihatdan qo'llarning sust sholli va oyoqlarning spastik sholli, Bernar–Gorner sindromi bilan birga trofik izdan chiqishlar bilan namoyon bo'ladi va ko'pincha ikkala tomonda kuzatiladi. Elka chigalining mos ildizchalari shikastlangan vaziyatlarda klinik

manzara o'xshash xususiyatga ega, faqat oyoqlardagi simptomatik o'tkazuvchanlik yo'qligi bilan.

Orqa miyaning ko'krak bo'limi (ThI–ThXII segmentlari) shikastlanishi klinik jihatdan ko'krak qafasining nafas olish mushaklarining disfunktsiyasi natijasida (diafragma nafas olishni amalga oshirayotgan vaqtda mushaklar ichkariga botib ketadi) nafas qisilishi bilan namoyon bo'ladi. Patologik jarayonga orqa miya segmentlarining ThIII–ThVI sathida qo'shilishi pastki spastik shollik bilan namoyon bo'ladi.

Orqa miyaning pastki ko'krak segmentlarining shikastlanishi qorin old devori mushaklarining innervatsiyasi buzilganligi natijasida “yoyilgan qorin” belgisi bilan namoyon bo'ladi. Bunday bolalarning yig'isi sust, ammo qorin old devoriga bosilganda yig'lash ancha kuchayadi.

Orqa miyaning bel-dumg'aza bo'limidagi tug'ruq shikasti qo'llar harakati faolligi saqlangan holda pastki sust shollik bilan namoyon bo'ladi. Oyoqlarning mushak tonusi pasaygan, faol harakatlar keskin cheklangan yoki yo'q. Oyoqlar “qurbaqa vaziyati” da, bolani vertikal holatga keltirganda oyoqlari osilgan, tanyach, avtomatik yurish va Bauer refleksleri yo'q, tizza va axill payi refleksleri susaygan, “qo'g'irchoq oyog'i” simptomi aniqlanadi. Jarayonga dumg'aza bo'limlari qo'shilganda anal refleks yo'qolib ketadi, anusning keng ochilib turishi, siydik va najas tutolmaslik kuzatiladi. Keyinchalik dumba muskullari gipotrofiyasi (“teshilgan koptok” simptomi), sonlardagi burmalarning tekislanganligi, oyoq mushaklarining atrofiyasi, boldir-panja bo'g'imlari sohalarida konrakturalar rivojlanishi bilan namoyon bo'ladigan trofik izdan chiqishlar kuchayib boradi.

Qisman yoki to'liq uzilish bilan kelgan orqa miya shikastlanishlarida (asosan bo'yni va yuqori ko'krak bo'limlarida) xarakterli klinik manzara bo'lib shikastlanish sathida sust sholliklar (falajlar) va shikastlanish sathidan pastda spastik falajlar hisoblanadi. CHanoq a'zolari funktsiyalari buzilishlari (ixtiyorsiz siydik chiqishi, defekatsiya yoki qabziyatlar) bor. Orqa miya uzilishidan keyingi hatning birinchi soatlarida yoki kunlarida nevrologik simptomatika xuddi bosh mi qon ketishlari,

shishi, shokdagidek bo'lishi mumkin, va bola spinal nevrologik belgilar paydo bo'lmasdan oldin bir nechta soatlar ichida vafot etishi mumkin.

Diafragmal nervlarning travmatik shikastlanishlari 80-90% hollarda elka chigalining travmatik shikastlari (total va proksimal) bilan birga keladi. Bir tomonlama sholliklar klinik jihatdan deyarli simptomsiz yoki nafas olish etishmovchiligining minimal belgilari bilan kechadi. Diafragmaning ikki tomonlama shollii klinik jihatdan hayotning birinchi soatlaridan boshlab nafas olishning kuchli buzilishi bilan kechadi, bu ko'pincha respirator yordamni taqozo qiladi.

Ko'krak qafasi rentgenografiyasida shikastlangan tomonda diafragma gumbazining baland turishi va past harakatchanligi qayd qilinadi.

Tashxislash. Bosh va orqa miyaning tug'ruq shikastlanishlarini tashxislashda anamnez (homiladorlik va tug'ish jarayonining xususiyatlarini baholash), bosh miya va orqa miya shikastlanishining o'ziga xos belgilari klinik manzarasi, laborator va instrumental diagnostika (qonning umumiy tahlili, Ht, KAH, lyumbal' punktsiya, neyrosonografiya, ikkita proektsiyadagi rentgenografiya, KT, MRT) katta ahamiyatga ega.

Davolash. Orqa miya va elka chigalining travmatik shikastlanishlarini davolashda quyidagi tamoyillarga rioya qilish kerak.

Muhofaza tartibiga rioya qilishni ta'minlash. MITSHda krovatning bosh tomonini ko'taribroq qo'yish, umurtqa pog'onasini harakatsizlantirish («pellot» sandig'i, SHants yoqasi, gipsli (polixlorvinilli) krovatcha, zaralangan qo'l-oyoqni uchta bo'g'imni olgan holda 20 kungacha «ovoz beruvchi» fiziologik holatda fiksatsiyalash.

Zond orqali oziqlantirish. So'rish refleksi bo'lgan holda ham bola ahvoli barqarorlashguncha zond orqali ovqatlantirish kerak.

Oksigenoterapiyani bajarish. Oksigenoterapiya usuli klinik-laborator ma'lumotlar bilan belgilanadi.

Infuzion terapiyani o'tkazish. KAH, elektrolitlar muvozanati va uglevod almashinuvi buzilishi korrektsiya qilinishi kerak.

Dori terapiyasini amalga oshirish:

- orqa miya shikastida og'riq sindromini bartaraf qilish uchun vena ichiga yoki mushak orasiga 50%li analgin eritmasining 0,1 ml; kuchli og'riqlarda – fentanil 2-10 mkg/kg yoki morfin, promedol – har 2-3 soatda 0,1-0,2 mg/kg;
- qo'zg'alish sindromi va talvasa sindromlarida sedativ vositalar qo'llaniladi (qarang: talvasa sindromi); narkotik moddalar ishlatilmaydi;
- dehidratatsiya saluretiklar: laziks – 1 mg/kg, veroshpiron – kuniga 2-4 mg/kg; osmodiuretika: mannitol, jalb qiladi, sorbitol – 5-6 ml/kg bilan olib boriladi;
- antigemorragik terapiya quyidagilarni o'z ichiga oladi: vitamin K – 1 mg/kg, ditsinonning 12,5% li eritmasi, etamzilol – 10-15 mg/kg, yangi muzlatilgan plazma – 10-15 ml/kg;
- antioksidant terapiya quyidagilarni o'z ichiga oladi: aevit – 0,1 ml/kg, vitamin E – 10% li moyli eritmasi – 0,1 ml/kg;
- markaziy va periferik qon aylanishini me'yorlashtirish adrenalinni, atropinni – 0,05-1,0 mkg/kg, 0,5% li dofamin eritmasini, 4% li dopmin eritmasini – 0,5-10 (15) mkg/kg/daqiq, dobutreksni, dobutaminni – 2,0 – 10,0 (20) mkg/kg/daqiq titrlash orqali olib boriladi;
- o'tkir davrning oxiriga kelib MNT va orqa miya funksiyasini me'yorlashtirish uchun sedativ samaraga ega nootrop preparatlar buyuriladi: fenibut, pantogam – kuniga 40 mg/kg, lekin 2 mahal ichishga dozada kuniga 100 mg dan ko'p bo'lmagan yoki stimullovchi ta'siriga preparatlar: piratsetam – 50 -100 mg/kg/kun, pikamilon – 2 mahal chabul qilish dozasi kuniga 1,5-2,0 mg/kg dan, amalinon – kuniga 2 marta 0,125 mg dan, entsefabol kuniga 20-40 mg/kg;
- o'tkir osti davrida miya qon aylanishini yaxshilash uchun trental, kavinton, vinpotsetin – 1 mg/kg/kun, tanakan – 1 kg ga 1 tomchi kuniga 2 mahal; MNTdagi metabolik jarayonlarni yaxshilash uchun aktovegin ishlatiladi – 0,5-1,0 ml (80 mg/kg)dan mushak ichiga, tomir ichiga;
- nerv-mushak o'tkazuvchanligini yaxshilash maqsadida dibazol, galantamin, prozerin ishlatiladi, nerv tolalarining mielinizatsiyasi uchun hayotning 1-haftasi yakunida vitamin B1, B6, 2-haftasi oxirida – vitamin B12 0,5-1,0 ml dan tayinlanadi, umumiy kurs 15-20 ta in'ektsiyagacha.

Fizioterapiyani amalga oshirish. Hayotning 8-10 kundan boshlab bo‘yin bo‘limiga 10-12 muolaja kursi bilan 0,5-1,0% li eufillin yoki nikotin kislotasi elektroforez shaklida fiziodavo tayinlash ko‘rsatilgan.

Gimnastika va uqalashni bajarish. Ular o‘tkir jarayonlar susayganda ko‘rsatilgan.

MITSHning favqulodda vaziyatlarida intrakranial gematomalarni jarrohlik yo‘li bilan olib tashlash kerak.

3-amaliy mashg‘ulot: Bolalarda OIV/OITS kasalligini davolash usullari va standartlari. 2 soat

Ishdan maqsad:

OIV/OITS kasalligini kechish xususiyatlari, bosqichlariga qarab davolashni qo‘llash. Asosiy gurux antivirus preparatlarni bilish.

Ishni bajarish uchun namuna

Amaliy mashg‘ulot ni mustaxkamlash uchun quyidagi manbalar zarur

1. Kasallik tarixi, tasniflar, rasmlar, prezentatsiyalar
2. Diagnostik usullar. Yangi diagnostik usullar haqida informatsiya
3. Analizlar namunasi, davolash usullari.

Jahon Sog‘liqni Saqlash Tashkiloti tavsiyasiga ko‘ra, quyidagi dalillar asosida OITS tashxisi haqida gumonsirash mumkin.

1. 60 yoshdan oshmagan odamlarda Kaposhi sarkomasi aniqlansa;
2. 1-2 oydan uzoqqa cho‘ziladigan surunkali ich ketar kasalligida enteropatogen mikroblar topilmagan va ko‘p miqdorda kriptosporadium topilsa;
3. uzoq cho‘ziladigan nomalum isitma bo‘lganda;
4. markaziy nerv tizimsining limfomasi rivojlanganda;
5. odatdagi ximioterapiya usuli bilan davolashda tuzalmaydigan va pnevmosist qo‘zg‘atgan Zotiljam aniqlanganda;
6. bemor sababsiz ozib 10% ortiq vaznini yo‘qotganda;
7. nomalum sababli limfopeniya bo‘lganda;

8. har xil bakteriyalar, viruslar, zamburug'lar, bir hujayrali, sodda jonivorlar, qo'zg'atadigan va tez-tez qaytarilib turadigan ekzogen va endogen reinfeksiyalar kuzatilganda.

Labaratoriya usuli OIV virusini yoki unga qarshi paydo bo'lgan antitelolarni aniqlashda eng ishonchli usuldir.

Hozirgi kunda OIV virusining odam organizmida bor-yo'qligini aniqlashda bir nechta zamonaviy labaratoriya tekshiruv usullari mavjud.

OIV virusini bemorning qonida, limfasida, sperma, ko'z yoshi suyuqligida, so'lagida, sutida topish ancha qiyin. Organizmga virus tushgandan keyin qonda hosil bo'lgan antitelolarni aniqlash qulayroq. Lekin bu antitelolarni virus yuqqandan 3-5 oydan keyin paydo bo'la boshlaydi.

OIV virusiga qarshi paydo bo'lgan antitelolarni aniqlash usuli hozir keng qo'llanilmoqda. Buning uchun quyidagi usullardan foydalaniladi.

1. Immunoferment usuli.
2. Radioimmunologik analiz usuli.
3. Umumiy immunologik usuli.
4. Immunobiologik usuli.

Immunoferment usulida qondagi antitelo va uning konsentratsiyasini aniqlash uchun maxsus test tizim-diaagnostikum - antigent fermentlar bilan ish olib boriladi. Radioimmunologik usulida - antitelolarni aniqlashda izotoplardan foydalaniladi. Umumiy immunologik usulda immunoglobunlar fraktsiyasini aniqlash yo'li bilan ish olib boriladi. Immunobiologik usuli 2 marta ijobiy natija bersa, immobiologik usulida yana qayta tekshiriladi. Bunda virusning ba'zi bir oqsillarga qarshi paydo bo'lgan antitelolar aniqlanadi. Agar immunobiologik usuli ijobiy natija bersa, OITS tashxisi ijobiy bo'ladi. OIV infeksiyasiga tekshiruv ishlari shifokor patsient kelishilgan holda, anonim (yashirincha) tarzda olib borilishi kerak. Tekshirish uchun qon olish va uni labaratoriyaga yuborishda tasodifan zararlanishning oldini olish choralarini ko'rish zarur. Hozirgi vaqtda ko'pgina rivojlangan mamlakatlarda mutaxassis olimlar tomonidan OITS ni davolashda samarali natija beradigan dori-darmonlar tayyorlash ustida keng ko'lamda ilmiy izlanishlar olib

borilmoqda. Har xil kimyoviy tuzilishga ega bo'lgan OIV virusiga qarshi ta'sirga ega bo'lgan sintetik dori vositalar yaratilmoqda. Lekin bu vositalarning ta'siri biologik sharoitda (organizmda) puchga chiqmoqda. Kasallikni davolashda quyidagi tamoyillarga amal qilish kerak:

1. OIV virusiga ta'sir qilish.
2. Organizmning himoya (immun) qobiliyatini yaxshilash, kuchaytirish (immunostimulyatsiya)
3. Kasallikka yondosh bo'lgan (opportunistik) kasalliklarga qaratilgan davolash ishlarini olib borish. Bir necha yillar davomida olib borilgan izlanishlar natijasida ham OIV virusiga ta'sir ko'rsatuvchi dori yaratilgani yo'q¹. Rossiyada Fanlar Akademiyasi molekulyar biologiya ilmiy-tekshirish institutida sintez qilingan preparat azidotimidin virusga qarshi qisman ta'sir ko'rsatishi va OITS ning so'nggi bosqichlarida bemorning umrini uzog'i bilan bir yilgacha cho'zib turishi mumkin. Lekin aziotimidin o'ta zaharli bo'lib suyak ko'migiga ta'sir qiladi. Aziotimidin amerikalik olimlar tomonidan ham OITS ni davolashda tekshirib ko'rildi, lekin samara ijobiy bo'lgani yo'q. Olimlar yaratilgan dori-darmonlar ta'sirini samarasiz bo'layotganligini OIV virusining biologik xususiyatlari bilan bog'lashmoqda, chunki virus o'z tuzilishi va xossasini tez-tez o'zgartirib turish xususiyatiga ega. SHunga qaramasdan kasallik virusiga ta'sir etuvchi juda ko'p dorilar yaratilgan bo'lib, ular klinik sinovdan o'tkazilmoqda.

Immun tizimi faoliyatini yaxshilash va uni kuchaytirish (immunostimulyatsiya) usuli kasallikni davolashda ijobiy samara beradi. Buning uchun interferon, interleykin, taktivin, timolin kabi immunotsimulyatorlarni virusga ta'sir etuvchi azidotimidin, virozol, reoferon kabi dorilar bilan birgalikda qo'llash maqsadga muvofiqdir.

OITS ni davolashda kasallikka yondosh bo'lgan yuqumli va boshqa kasalliklarni o'z vaqtida davolash yaxshi natija beradi².

Xulosa qilib aytganda, bu choralar odamni OITS dan batamom xalos etolmaydi va kasallikni davolash masalasi eng og'ir dolzarb muammoligicha qolmoqda. OITS ning profilaktikasi quyidagi yo'nalishlarda olib borilishi lozim:

1. OITS ning jinsiy yo‘l bilan tarqalishini to‘sh
2. Parenteral tarqalish yo‘lini to‘sh.
3. OITS ning vertikal yo‘l bilan yuqishini oldini olish.

OITS ning jinsiy aloqa yo‘li orqali tarqalishini to‘sh juda muhimdir, bu orada aholini, ayniqsa yoshlarni seksual (jinsiy) tarbiyalash sohasida ishlar olib borish zarur. Seksual xulqqa ta‘sir qiluvchi vositalar 3 xil bo‘lib ular quyidagilar:

1. Aholini kasallik haqida xabardor qilish;
2. Tibbiy ijtimoiy xizmatlar ko‘rsatish;
3. Kontratseptiv vositalarni qo‘llash.

Barcha erkak va ayollarga OITS haqida ma‘lumot berish, tushuntirish lozim. Virusning qanday yuqishini, xavfsiz choralari (prezervativlar) dan foydalanishni bilishi o‘z xoxishi bilan chuqur tekshiruvdan o‘tishi kerakligi tushuntiriladi. Vaginal jinsiy aloqada OITS ko‘proq erkaklardan ayollarga yuqadi. Oral va anal aloqada esa "passiv" partnyor ko‘proq o‘ziga yuqtiradi. OITS ning keng tarqalishiga axloqiy buzulish, pala partish jinsiy aloqalar sabab bo‘ladi. Foxishalik va foxishabozlik,

besoqolbozlik, giyoxvandlik kasallikning tarqalishiga muhim o‘rin tutadi.

OIV virusining parenteral yo‘l orqali yuqish yo‘lini to‘sh uchun turli in‘ektsiyalarni pala-partish qabul qilavermaslik kerak. Donor qoni va qon preparatlarini qat‘iy tekshiruvdan o‘tkazish, to‘g‘ridan to‘g‘ri qon quyishda ehtiyot choralarni ko‘rish muhim ahamiyatga ega.

OITSni vertikal yo‘l bilan yuqish yo‘lini to‘sh tibbiyot xodimlari sohasida juda katta mas‘uliyat yuklanmoqda, chunki kasallikning onadan bolaga xomiladorlik vaqtida, tug‘ruq va emizish paytida o‘tish hollari ko‘p uchramoqda. Profilaktikaning asosiy maqsadi OIV virusining onadan bolaga yuqish xavfini kamaytirishdir. Bizga ma‘lumki virus xomilaga yo‘ldosh orqali xomiladorlikning 8-12 haftasidayoq o‘tishi, ko‘pincha esa tug‘ruq vaqtida o‘tishi mumkin. Xavfli guruhlariga kiruvchi ayollarga tegishli maslahatlarni berish, tekshirishni ta‘minlash zarur. Zarurat bo‘lganda ularga farzandining OIV virusi bilan tug‘ilishi ehtimoli borligini tushuntirib, xomiladan voz kechish tavsiya qilinadi. Lekin asosiy qarorni

ayolni o‘zi chiqaradi. OITS ning oldini olishda yuqorida qayd etilgan umumiy chora - tadbirlar bilan bir qatorda maxsus profilaktika, yani, emlash ishlarini yo‘lga qo‘yish eng muhim dolzarb muammo bo‘lib qo‘moqda. OITS ning viruslar qo‘zg‘atadigan yuqumli kasallik ekanligi aniq bo‘lgandan boshlab, mutaxassis olimlar tomonidan kasallikka qarshi emdori (vaktsina) ishlab chiqarish ustida olib borilayotgan izlanishlar, ijobiy natija berganicha yo‘q. Har yili dunyo bo‘yicha OITS ga qarshi vaktsina yaratish uchun 3 mln AQSH dollari sarflanmoqda. Bu jarayon 10 yildan buyon davom etayotganligini hisobga olsak, vaktsina yaratish uchun ketgan xarajat 3 mlrd AQSH dollarini tashkil etadi, lekin vaktsina xali yaratilgani yo‘q.

Umuman olganda, vaktsina oldiga quyidagi talablar qo‘yiladi:

- vaktsina OIV ga qarshi odamda immunitet hosil qilishi kerak;
- OIV bilan zararlangan odamlarda, kasallik OITS ga o‘tmasligi kerak;
- vaktsina arzon bo‘lishi kerak;
- hamma vaktsinani olish imkoniyatiga ega bo‘lishi kerak.

Hozirgi vaqtda OITS ning oldini olishning birdan -bir yo‘li aholini ma‘naviy-ma‘rifiy, sanitariya-gigienik madaniyatini oshirishdan iborat.

OITSning klinik belgilari va diagnostikasi.OITSning klinik rivojlanishi bir necha davrlarga bo‘linadi: Kasallikni yashirin (inkubasion) davri, 2-3 haftadan 1-2 oygacha va ayrim malumotlarga qaraganda 3-5 yilgacha davom etishi mumkin. Kasallik jinsiy yo‘l bilan yuqsa yashirin davri qisqa bo‘ladi. Gomoseksualistlarda yashirin davr 8 yilgacha davom etadi.1.Kasallik boshlanishidan oldingi davr, prodromal davri:1 oydan 6 oygacha bo‘lib nospetsefik ko‘rinishda kechadi. Bu davr o‘z navbatida 3 bosqichdan iborat) o‘tkir isitma bosqichi.b) belgisiz bosqichi.s) limfadenopatiyaning kuchayish bosqichi.2. Kasallikning o‘tkir rivojlangan davri. Bu davr esa o‘znavbatida uch bosqichdan iborat. a)Birinch bosqichda tana o‘z massasini 10 % yo‘qotadi, teriva shilliq qavatlarning ustki qismi zamburug’ virus vabakteriyalar bilan zararlanadi.b) Ikkinchi bosqichda tana massasi 10 % dan ko‘p yo‘qoladi,nomalum diareya yoki isitma 1 oygacha davom etadi, o‘pkatubirkulyozi, ichki organlarni bakteriya, virus,

zamburug'lar bilan zararlanishi Kaposhi sarkomasining vujudga kelishi bilan xarakterlanadi. s) Uchinchi bosqichda yuqoridagi kasalliklarning og'irlanishi Zotiljam, hazm qilish tizimining kandidoz, Kaposha sarkomasiniig kuchayishi, markaziy nerv tizimining zararlanishi. 3.

Kasallik tugallanish davri. OITSning klinikasi har turli opportunistik (yondosh) infeksiya va invaziyalar hamda xatarli o'sma kasalliklarning simptomilekslari bilan xarakterlanadi^{1,2}.

OITSning zararlangan onalardan bolalarga o'tishi 25-30% ni tashkil etadi. Homiladorlikning o'zi OITSning rivojlanishiga yaxshi sharoit yaratib beradi, hamda shu bilan birga immunitet buzilishi bilan kuzatiladi, xususan hujayrali immunitet depressiyasi bilan kechadi. Normal homiladorlik vaqtida bosh mezon bo'lib, uchunchi oylikda T-xelperlar miqdori T-supressorlarga nisbatan pasayib ketadi. Tug'ilishdan uch oy muddat o'tganidan keyin immunitet tiklanadi. Homilador ayollarda OITSGa nisbatan moyillik yuqori bo'ladi hamda OIV bilan zararlangan ayollarda tug'ilish jarayoni kasallikni yana ham tez rivojlanishiga turtki bo'ladi. Go'daklarni kasallik yuqtirib olish vaqti asosan bachadonda, tug'ilish yo'llarida va tug'ilgandan keyingivaqtga to'g'ri keladi. OIV yo'ldosh orqali kirish xususiyatiga ega. Go'daklarni zararlanishi ona suti bilan emish davrida bo'lishi ham mumkin, chunki ona sutida virus doim topiladi. SHunday hodisalar ham bo'lganki, bemor onadan tug'ilgan egizaklarning biri sog' ikkinchisi zararlangan holda tug'ilgan. Onadan kasallik yuqtirib olgan go'daklarda asosan 4-6 oy o'tganidan so'ng bemorlik boshlanadi va ular ikki yil mobaynida o'lib ketadilar. OITS bolalarda alohida xususiyatlari bilan ajralib turadi. Ularda kasallikni yashirin davri kattalarnikiga nisbatan qisqaroq bo'ladi, yani yillar bo'yicha davom etmay bir necha oyni tashkil qilishi mumkin. Bolalarda kasallik boshlangan vaqtda diagnoz qo'yish yoshgacha vaqtda) ancha qiyin. Bu shu bilan tushuntiriladiki, bolalar qonida OIVga qarshi antitanalarni aniqlashda qiyinchilik muammolari, yani go'dak homila vaqtida yo'ldosh orqali ona qornida antitana olganligi yoki virus bilan zararlangandan keyin bola organizmida ishlab chiqarila boshlangan masala aniq emasdir. Bu muammoni virus ajratib olgandan keyin hal qilinadi. Lekin buni echish qiyin. Bu vaqtda

bolalarda nafas yo‘llarining qaytalanuvchi infeksiyasi limfoidli interstitsial Zotiljam kuzatiladi. Bolalarda markaziy nerv tizimsining zararlanishi natijasida ularda o‘shishning kamayishi kuzatiladi. Masalan: bola shu yoshga xos rivojlanishida o‘tirish va gapirish kerak bo‘lgan holda bunday xususiyatlarni yo‘qotadi. Unda bosh o‘lchamining katta bo‘lishi to‘xtaydi. Boshlang‘ich belgilariga tana vaznining kamayishi, surunkali ich ketish va bakterial infeksiyalar xarakterlidir. OITSga chalingan bolaning immunologik xususiyatlari alohida o‘rin tutadi, yani ularning qonlarida immunoglobulin miqdorining yuqoriligi va antigenlarni kiritilish vaqtida antitelalarni bir vaqtda ishlab chiqara olmaslik holatlari mavjud. SHunday qilib tug‘ilish vaqtida yo‘ldosh orqali yoki qon quyish vaqtida OIV bilan zararlanish kelib chiqadi, buni bolalarda bashorat qilinganda noxush holatlar bilan tugashi aniqlangan, ularda MNSning zararlanishi o‘shib borishi kuzatiladi, yani OIVga bevosita moslashgan holatda kechadi. YUqorida aytib o‘tilganlar shunday xulosaga olib keladi: OIV bilan zararlangan ayollarning tug‘ishi mumkin emas, faqat zararlanganlar emas balki OIV bilan zararlangan erkaklar bilan muloqotda bo‘lgan ayollarga ham tug‘ish tavsiya etilmaydi.

4-amaliy mashg‘ulot: Ijtimoiy va endokrin kasalliklarning pediatriyadagi o‘rni. O‘smirlar kasalliklari. Arterial gipertenziya. Metabolik sindrom.Semizlikni oldini olish. Qandli diabet. Endemik bo‘qoq. 2 soat.

Ishdan maqsad: Semizlikning tasnifi, kechish xususiyatlari, turlariga qarab davolashni qo‘llash. Dietologiya muammolari. Ratsional ovqatlantirish. 1 tip qandli diabet kasalligi va uni oldini olish.

Ishni bajarish uchun namuna

Amaliy mashg‘ulot ni mustaxkamlash uchun quyidagi manbalar zarur

1. Kasallik tarixi, tasniflar, rasmlar, prezentatsiyalar
2. Diagnostik usullar. YAngi diagnostik usullar xaqida informatsiya
3. Analizlar namunasi, davolash usullari.

Semizlik organizmning polietiologik kasalligi bo‘lib, teri osti yog‘ kletchatkasi va to‘qimalarida yog‘larning ortiqcha to‘planishi bilan xarakterlanadi.

Alimentar-konstitutsional semizlik nasliy xarakterga ega bo‘lib, birinchi navbatda, ayniqsa yog’ va uglevodlarga boy ovqatlarni ortiqcha miqdorda iste‘mol qilish, ovqatlanish rejimining buzilishi, jismoniy aktivlikning pasayishiga bog‘liq buladi. Semizlikning aosida musbat energetik balansga bog‘liq modda almashinuvining buzilishi yotadi: ovqat bilan tushadigan energiya organizmning energiya sarfidan yukori bo‘ladi, bu esa yo ovqatning yuqori energiya kimmatiga egaligi, yoki uni hazm bo‘lishini buzilishiga bog‘liq buladi. Semizlik xozirgi vaqtda faqat tibbiy emas, balki sotsial axamiyat kasb etadi, chunki juda ko‘pgina keng tarqalgan kasalliklar - ateroskleroz va yurak ishemik kasalligi, qandli diabet, xafaqon kasalligi va boshqalar rivojlanishi uchun qulay sharoit yaratadi. Bu kasalliklar semiz odamlarda 2-3 barobar kuproq uchrab, erta nogironlikka va o‘limga olib keladi (turli kasalliklar natijasida vafot etish semizlarda 1,5-2 barobar ko‘proq). Ko‘pgina kasalliklarni oldini olish semizlikning oldini olish va davolash orqali erishiladi. Semizlikning tarqalishi juda keng ko‘lamda bo‘lib, aholi o‘rtasida 20-30% ni tashkil qiladi va 40 yoshdan keyin ancha ko‘proq uchraydi.

Bu shuni ko‘rsatadiki, semizligi bor shaxslarni vaqtida aniqlash va ularni aktiv sog‘lomlashtirish hozirgi vaqtda aktual masala hisoblanadi. Ma‘ruza maqsadlari: Talabalarni semirishning turli klinik, patogenetik shakllarini tashhislash bosqichlari, shu qatorda alimentar semizlikni tashhislash va davolash usullari bilan tanishtirish.

Vrachlarga murojaat qilish bo‘yicha semizlik 10 - 11 o‘rinni egallaydi. Asosiy, o‘zgarib turuvchi, nazorat qilinib turuvchi tana vazni yoki depodagi energiya miqdori quyidagilarga bog‘liq;

- 1) qabul qilingan ovqat miqdori va turiga;
- 2) organizmning energiya muhtojligi;
- 3) bu miqdor kattaligi o‘zgarmaydi, ya’ni muvozanatni saqlaydi.

Tana vaznining ortishi va semizlik har xil tushuncha bo‘lsada, odatda tana vazni yuqori bo‘lgan odamlar semiz bo‘ladilar. Ba’zi professional sportchilar haddan

tashqari muskullarining gipertrofiyasi natijasida standart bo‘y va vazn jadvallari buyicha ortiq tana vazniga ega bo‘ladilar, lekin ularning yog‘ to‘qimalari ortiqcha yog‘ saqlamaydi, yog‘ hujayralari kattalashmagan. Bularda metabolizm ko‘rsatkichlari me‘yorda bo‘ladi. Semizlik - yog‘ning ko‘p miqdorda bo‘lishi (organizmdagi yog‘ to‘qimasi) me‘yorida erkaklarda 15-20%, ayollarda 20-25%, to‘la odamlarda 50% va undan ortiq. Ayollarda semizlik ko‘pincha kech etilish yoshida va erta qarish vaqtida uchraydi. Erkaklarda esa, erta etilish yoshida uchraydi. har xil mamlakatlardagi hayot tarzi yaxshilanishi bilan u kamayib boradi. Erkaklarda esa buning aksi kuzatiladi. SHunisi yomonki, semiz odamlar, ayniqsa yuqori darajadagi semizlikda ular, umuman ozmaydilar, yoki davolash chora - tadbirlaridan keyin tez sur‘atda avvalgi vaznlarini tiklaydilar. Tana vaznlari 120% dan ortiq bo‘lganlar 6-16% ni tashkil etadi, tana vazni 110% ga ortiq bo‘lganlar 10-21% ni tashkil qiladi. Bolalar va yoshlar orasida tana vazni 120% dan ortiqlari 5% ni, 110% dan ortiqlari 8,1% ni tashkil qiladi.

Semizlik va boshqa patologiyalar.

Koronar kasallik - yurak sanchiq xavfi (stekonardiya) va to‘satdan o‘lish.

Qandli diabet	Vazn kamayishi	Epidemiologik
Arterial gipertoniya		ko‘rsatkichlarning
Giperlipidemiya		yaxshilanishi

Semizlik rivojlanishida endokrin sistemaning roli.

1. Giperinsulinemiya (insulinorezistentlik)
2. Gipofizning somatotrop funksiyasi (bazal sekretiyanini pasayishi va STGni kechasi ortmasligi)
3. Gipotalamo - gipofizar - jinsiy sistema (ayollarda oy ko‘rish, bola tug‘ish funksichsining buzilishi va erkaklarda jinsiy buzilish).
4. Gipotalamo - gipofizar - buyrak usti bezi sistemasi (AKTG va kortizol)

sekretsiyasi ritmini buzilishi).

5. Gipotalamo - gipofizar - tireoid sistema (retseptor rezistentlik tufayli periferik to'qimani sezuvchanligini o'zgarishi.

Tasnifi.

- Alimentar - konstitutsional - oilaviy xarakter.

- Gipotalamik - gipotalamusni shikastlanishi (infektsiya, jarohat).

- Endokrin - giperkortitsizm, gipoteroioz, gipogonadizm, insulinoma.

- YOg' to'qimasini bo'linish turi bo'yicha : Androidli - yog'tarqalishi tananing yuqori qismida.

- Ginoidli - yog' to'planishi tananing pastki qismida.

- Aralash - nisbatan bir xilda bo'linish.

- Android turi ko'pincha NTG yoki diabet, giperlipidemiya, giperandrogen buzilishi bilan birga keladi.

- Semizlikni gipertrofik turi - adipotsitlar o'lchamini kattalashishi.

- Semizlikni giperplastik turi - yog' hujayralarini miqdori ortishi.

- Aralash turi - adipotsitlar gipertrofiyasi va giperplaziyasini qo'shilib kelishi.

Semizlarda yog' to'qimasi miqdorini kamayishi faqat o'lchamini o'zgarishi bilan kuzatiladi, adipotsitlar soni esa doimiy. Kaloriyalarning ortiqcha bo'lishi, ularning yog tukimasida triglitseridlar ko'rinishida yigilishiga olib keladi. Boshka mumkin sabablardan - genetik, nerv, gormonal, metabolik, ijtimoiy - iqtisodiy, ovqatlanishdagi o'zgarishlar kiradi.

Bemorlar shikoyati: hamroh kasalliklarni og'irligi, vaqti va rivojlanishiga bog'liq bo'ladi. 1-2 darajasida (alimentar - konstitutsional shakli) odatda shikoyat qilmaydi, semizlikni ancha yuqori darajasida: holsizlik, tez charchash, mehnat qobiliyatini pasayishi, bosh og'rig'i, ta'sirchanlik, atrofdagilarga befarqlik, uyquni buzilishi bezovta qiladi. YUklamada xarsillash, yurakni urib ketishi, yurakda og'riq, oyoqlarda shish, bo'g'inlarda og'riq bo'lishi mumkin. Oshqozon - ichak yo'llaridagi o'zgarishda: jig'ildon qaynashi, ko'ngil aynish, og'izda achchiq sezish, o'ng qovirg'a osti og'riq, kuzatiladi.

Gipotalamik semizlikda: bosh og'rig'i, ko'rishni buzilishi, hamda psixonevrologik buzilishi, kayfiyatni o'zgarib turishi, uyquchanlik, gipo yoki gipertermiya, tashnalik, ishtahani baland bo'lishi, ayniqsa kunning ikkinchi yarmida, kechasi ochiqib qolish kuzatiladi. Ayollarda - gipomenoreya yoki ikkilamchi amenoreya yoki menoletorrigiya (giperestrogeniya periferik genezli), birlamchi yoki ikkilamchi bepushtlik; girsutizm, seboreya, ba'zan alopetsiya, diffuz fibroz - kistozli mastopatsiya holati bo'lishi mumkin. Erkaklarda potentsiyani pasayishi, sut bezlarini kattalashishi, kamroq xollarda yuzda va tanada sochlarning o'smasligi. Semizlikni 4ta darajasi ajratiladi - tana vaznini ko'payishi - og'irlikni 9% gacha ortishi.

1 - daraja - tana vaznini idealdan 29% ga ortishi.

2 - daraja - 30-49%

3 - daraja - 50-99%

4 - daraja - 100% va undan ortiq.

Tana og'irligi (kg) : bo'yi (sm)*100%. Brok indeksi bo'yicha 90% - 100% gacha normal (N) ovqatlanish bo'lib ta'riflanadi.

Bundan tashqari tana vazni indeksi (TVI)ni aniqlash mumkin. Bunda bemorlarning bo'yi oyoq kiyim va ustki kiyimsiz, tik turgan holda 0,5 sm aniqlik bilan o'lchanishi, bemor vazni tibbiy tarozida 0,1 kg aniqlik bilan o'lchanishi kerak. Bo'y va vazn ko'rsatkichlari yordamida formula orkali TVI hisoblanadi:

vazn TVI = -----kg/m² (buy)²

TVIning normal kursatkichlari ayollarda - 20, erkaklarda - 24,9 ni tashkil etadi. TVI - 25-29,9 bulganda, bemorda 1 - darajali semizlik;

TVI - 30-40 bulganda, bemorda 2 - darajali semizlik

TVI - 40 dan ortiq bulganda 3 - darajali semizlik bor deyiladi.

Davolash. Uglevodlar sutkada 100-120gr, yog'lar - 80-90; oqsillar 120gr redutsirlangan parxez 500-800 kkal bo'lgan past kalorli parxez.

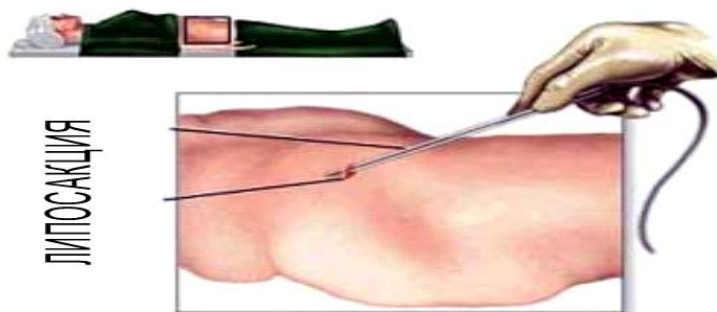
- 1) qisqa vaqt statsionarda reduktsirlangan parxez.
- 2) Ambulatoriya sharoitida tana vaznini yo‘qotish hisobi 800-1000g/kkal.
- 3) Vrach nazorati ostida (asorat bo‘lmasligi uchun) chegaralangan ochlik: organizmni himoya kuchini pasayishi, interkurrent infeksiyalarini tez-tez qo‘shilishi, muskul to‘qimasidagi oqsilni ancha yo‘qotish, rivojlangan vegetotomir o‘zgarishi, anemiya, buyrak, jigar funksiyasini buzilishi, asabni buzilishi.
- 4) Jismoniy faollikni kuchayishi. 1. Past kaloriyali parxez fonida, uglevodlar metabolizmini kuchayishi va suyuqlik yo‘qotish hisobiga tana vazni boshlang‘ich kamayishi. YOg‘lar metabolizmini kuchayishi hisobiga keyinchalik tana vaznini kamayishi 1-fazasi glikogen, oqsil katobolizmi va suv ekskretsiyasi xisobiga tana vaznini tez kamayishi, 2-fazasi - yog‘ katobolizmi hisobiga sekin - asta kamayishi. Bunday davolash fonida asosiy modda almashinuvi susayadi, shuning uchun vaqti-vaqti bilan ovqat sutkali kaloriyasini kamayishi tamoniga hisoblab turish kerak.
- 5) Dorilar bilan terapiya (davolash)- ishtahani pasaytiruvchi yoki to‘yishni tezlashtiruvchi preparatlar:
 - a) amfetamin (fepranon, dizapimon, regenon, merapront) anoreksik preparatlarga o‘rganib qolish mumkin. Davolash kursi 1-1,5 oy, tanaffus 3-4 oy.
 - b) Fenfluramin (ponderal) serotoninergik tuzilmaga aktivlovchi ta‘sir etib to‘yishni tezlashtiradi.
 - v) Mazindol (teronak) miyani dopaminergik va serotoninergik sistemasiga ta‘sir etish hisobiga anoreksigen ta‘sir etadi. Ochlik sezishni tormozlaydi, ovqat eyishni kamaytiradi.
 - g) Gipolipidemik agentlar:
 - Xolesteramin
 - Nikotin kislota hosilalari
 - Fibratlar (ovqat tolalari eruvchan va erimaydigan)
 - StatinlarEhtiyot bo‘lish: gipertoniya, yurak-qon kasalliklarida.

Qo‘shimcha ta‘sir: ta‘sirchanlik, uyqusizlik, og‘iz qurib qolish, homiladorlikda qo‘llash ma‘n etiladi.

CHet elda amfitamin guruhiga kiruvchi preparatlar MNS ta‘sir etgani uchun kam qo‘llaniladi.

Eng yaxshi preparatlar fenerlyuramin va mazindom hisoblanadi. Ba‘zi bir bemorlarga sindokarb 0,01mg dan 1 - 2 mahal kunning birinchi yarmida beriladi.

Gipotalamo - gipofizar - buyrak usti bezi tizimi giperfunktsiyasida, qon bosim ko‘tarilganda, bo‘yin qismida giperpigmentatsiya kuzatiladi; difenin 0,1 g dan 20-30 kun 2 - 3 maxal kuniga berilsa effekti yuqori bo‘ladi. YOg‘larni mobilizatsiya qiluvchi modda sifatida adipozin 50ed dan 1-2 mahal buyuriladi. Adipozin bilan birga siydik xaydovchi preparatlarni birga qo‘llash mumkin. Gipotireoz belgilari kuzatilgan bemorlarga tireoid gormonlarni buyuriladi. Katta dozada tireoidin 0,3 mg, tireoikomb 60 - 80mg, tireotom 2-3 tabletka kuniga statsionar sharoitda beriladi va albatta EKG qilinadi.



Har kuni qo‘llanishi mumkin bo‘lgan mahsulotlar guruxi:

1 guruh:

- a) yog‘siz go‘sht, yog‘siz tvorog, tuxum oqi kuniga taxminan 300gr (xom ashyo ko‘rinishidagi og‘irligi).
 - b) 4 - 6 stakan suyuqlik (choy, kofe, mevalar sharbati).
- Polivitamin preparati 1 draje.

2 guruh:

- a) sabzavotlar 3 - 6 % gacha
- b) yog‘sizlantirilgan sut

Bu oziq-ovqat mahsulotlarini chegaralanmagan miqdorda iste‘mol qilish mumkin.

- 3 guruh: a) 10 - 12 % uglevod saqlaydigan sabzavotlar: karam, qizil lavlagi, sabzi, piyoz, yashil no‘xat, ko‘katlar. Mevali sharbatlar, sabzavotli sharbatlar, mevalar.
- b) yog‘i kamaytirilgan sut

4 guruh: Menyudan olib tashlanishi kerak bo‘lgan yoki miqdori kamaytiriladigan mahsulotlar.

- a) unli mahsulotlar
- b) shakar va shirinliklar
- v) no‘xot va loviya
- g) pishloq, yog‘li tvorog, sariyog‘
- d) oshirilgan non-xamir mahsulotlari
- e) yog‘li go‘sht, yog‘lar (margarin, yog‘li sut, mayonez, olivka va o‘simlik yog‘lari)

j) shirinliklar, konfetlar, qiyom, asal, kartoshka, shirin mevalar.

Amaliyotdan misollar: Alimentar semizlikli bemor bo'lsa ko'rsatish, bo'lmasa amaliyotdan klinik misol keltirish. 32 yoshli erkakning bo'yi 176 sm, tana vazni 98 kg. Anamnezida onasi, akalari va opalari yuqori tana vazniga ega. Taksi haydovchisi bo'lib ishlaydi. YOshligidan shirinliklar va un mahsulotlarini yaxshi ko'radi. Ovqatni asosan kechki payt iste'mol qiladi. Bir yil davomida arterial gipertoniya. Ovqatlanish rejimini o'zgartirish bilan redutsirlangan parhez, davolash fizkulturasi tayinlandi. Bir oy ichida 8 kg ga ozdi.

To'qimalar va organlarda ortiqcha yog' borligi semizlik deyiladi. Bu kasallik tana vazni normadan 20 foiz va undan ko'pga oshib ketishi bilan namoyon bo'ladi.

Semizlikning 3 ta turi mavjud: birlamchi, gipotalamo va endokrin semizlik. Birlamchi semizlik tez-tez ortiqcha egulik eyish bilan va zarur jismoniy faoliyat yo'qligi bilan rivojlanadi. Gipotalamo semizlikda miyaning gormonlar ishlab chiqarishi buzilganida rivojlanadi. Endokrin semizlik organizmdagi bezlar buzilishi fonida shakllanadi.

Semizlikni qanday qilib aniqlash mumkin?

Birinchi navbatda, bemorning tana vazni indeksini (TVI) aniqlash zarur. TVI quyidagi formula orqali hisoblanadi: og'irlikni (kg) bo'yini kvadratga oshirilgan

uzunligiga () bo'linadi. Masalan, bemorning og'irligi 84 kg va bo'yi 1,65 m,

shunda $TVI = 84 / 1,65^2 = 30,9$. Bu birinchi darajadagi semirish bo'ladi. Ushbu formula 1997 yilda Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti tomonidan taklif etilgan edi va shu kungacha dolzarb bo'lib qolmoqda.

TVI natijasi og'irlikni me'yordan og'ish darajasini tushunish imkonini beradi:

TVI 18,5 kam bo'lsa – vazn etishmovchiligi;

TVI 18,5 dan 24,9gacha – me'yoriy vazn;

TVI 25 dan 29,9gacha – ortiqcha vazn;

TVI 30 dan 34,9gacha – 1-darajali semizlik;

TVI 35dan 39,9gacha – 2-darajali semizlik;

TVI 40dan 50gacha – 3-darajali semizlik;

TVI 50dan yuqori – 4-darajali semizlik, og'ir semizlik;

SHuningdek, semizlikning turli xillarini diagnostika qilish maqsadida ba'zan test va bosh suyagi hamda umurtqa pog'onasini rentgen ostida o'rganiladi. Bemorlar qondagi glyukoza darajasini nazorat qilishlari kerak, ayniqsa agar doimiy tashnalik va og'iz quruqligi qiynayotgan bo'lsa.

Bugungi kunda semizlikni davolashning qanday usullari bor?

Semizlikni davolash uchun har doim har tomonlama yondashish kerak. Ortiqcha vazn yo'qolgandan so'ng uni me'yorida ushlab turish zarur bo'ladi. Sog'liqqa ta'siri foydali bo'lishi uchun, vazni asta-sekin tushirish kerak. SHuning uchun, birinchi 6

oy ichida tana vaznining 10% dan ortig'i yo'qolmasligi kerak, agar bu erishilgan bo'lsa, vazni yo'qotishni davom ettirsa bo'ladi. Semizlikning bir necha turlari bor bo'lsa-da, har doim keng qamrovli davolash usuli eng yaxshi natijani beradi – bu past kaloriyali dieta, psixologik yordam va psixoterapiya. SHuni ta'kidlash lozimki, vazn yo'qotish samaraliroq bulishi uchun intensiv mashqlarni dieta bilan birlashtirish joiz. Semizlikni dori-darmon bilan davolash bu alohida masala. Asosan bu ishtahani bo'g'uvchi yoki qondirish hissini kuchaytiruvchi va ichakda oziq-moddalar so'rilishini kamaytiruvchi dorilar bo'ladi. Lekin, dunyoning turli markazlarida o'tkazilgan tadqiqotlarga ko'ra, semizlikni faqat dorivor davolashda ko'p yomon ta'sirlar bor va u samarasiz hisoblanadi.



Semizlikni jarrohlik yo'li bilan davolash bariatriya deyiladi. Bariatrik jarrohlikning mohiyati – oshqozon-ichak traktini o'zgartirib kaloriya iste'molini kamaytirishdir. Bunday protseduralar faqat ko'rsatmalar bo'yicha amalga oshiriladi, deb ta'kidlash lozim. Bugungi kunda bariatriya jarrohlikdagi alohida bir yo'nalish sifatida mavjud. Ko'p mamlakatlardagi o'tkazilgan tadqiqotlarning natijalariga ko'ra, 50% ortiq vazn yo'qotishniing va birga kechadigan kasalliklarni davolashning yagona yo'li – bu bariatrik operatsiya. SHuni ta'kidlash muhimki, 2000-yillardan boshlab bariatrik jarrohlikka laparoskopik texnologiyalar orqali katta innovatsiyalar kiritilgan. Laparoskopiya – bu jarrohlikning zamonaviy usuli bo'lib, ichki organlar operatsiyasi kichik, odatda 0,5-1,5 sm teshiklar orqali amalga oshiriladi, an'anaviy (eski usuldagi) jarrohlik esa katta kesimlar talab qiladi. Hozirgi vaqtda, deyarli barcha bariatrik jarrohlik laparoskopik usul bilan amalga oshiriladi.

Bariatrik jarrohlikning 3 turi mavjud: oshqozon hajmini kamaytirish, ichakdagi soʻrilishni kamaytirish va aralash protseduralar. Oshqozon hajmini kamaytirishda undan tor bir quvur hosil qilinadi. SHunda, oshqozon tez toʻlgani va boʻshashi sekin boʻlgani tufayli oziq-ovqat isteʼmoli kamayadi. Ichakdagi soʻrilishni kamaytirishda – ingichka ichakning bir qismi olib tashlanadi va shunday qilib ingichka ichakda oziq moddalar soʻrilishi kamayadi.

Bundan tashqari, oshqozon ichiga ballon oʻrnatish xam amalga oshiriladi. Bu holda, oshqozon ichiga silikon ballon kiritilib uni fiziologik eritma bilan toʻldiriladi. Bu erda oʻrnatish maqsadi bir xil – oshqozon hajmini kamaytirish va uni tez qondirish. SHuni hisobga olish kerakki, bu usul – bariatrik operatsiyadan oldin tayyorlov bosqichi sifatida eng yuqori darajada semirib ketgan bemorlarda qoʻllaniladi va ballon 6 oydan uzoq muddatga qoʻyilmaydi.

Cemizlikning oldini olish uchun tavsiyalar



Har doim isteʼmol qilinayotgan oziq-ovqat kaloriyasini kuzatib borish kerak. Ovqat qancha yogʻli boʻlsa unda shuncha koʻp kaloriya mavjud boʻladi. Odatda 1 gramm yogʻ 9 kilokaloriyga teng boʻladi, 1 gramm oqsil yoki uglevodlar esa – 4 kilokaloriyga teng. Kuniga atigi 23 gramm qoʻshimcha yogʻ isteʼmol qilsa – yiliga qoʻshimcha 8 kg yigʻiladi. Agar ovqatda kamida 10-15% oqsil boʻlsa, va 30-35% yogʻ boʻlsa, ratsion muvozanatli hisoblanadi. Uglevodlar esa 50-75% tashkil etishi kerak. SHakar, non va shirinliklardan 10% dan koʻp energiya olmaslik kerak, qolganini esa meva, sabzavot va dondan olish mumkin. Vaznni kamaytirishda

biologik faol qo'shimchalarni qo'shish joiz, ammo suiiste'mol qilish bo'lmaydi. SHuni esda tutish kerakki, ko'p shashlik, osh va somsa eb, bir vaqtni o'zida ozdiragan sehrli dori bo'lmaydi. Vaznni yig'ish uni yo'qotishdan osonroq. Bir oz vazn yo'qotish uchun ancha harakat qilish kerak – ko'proq jismoniy harakat, parhez va hatto psixologik yordam kerak bo'lishi mumkin.

Vaznni yo'qotgandan so'ng, uni ushlab turish kerak, chunki noto'g'ri ovqatlanish bilan yo'qotilgan vaznni organizm ikki barobar qilib qayta yig'ib oladi va bemor oldingidan-da og'irroq vaziyatga tushadi. Buning oldini olish uchun, vaznni mutaxassislar bilan yo'qotish kerak.

Endemik bo'qoq organizmning umumiy xastaligi bulib, kalkonsimon bezining kattalashuvi bilan kechadi va ma'lum bir geografik xududlarda axolii urtasida yod moddasining nisbatan yoki absolyut etishmasligi natijasida yuzaga keluvchi kasallikdir. Kasallik xavo, oziq-ovqat maxsulotlari, suv va tuproqda yod moddasining etishmasligi evaziga yuzaga keladi.

Mavsumiy bo'qoq esa endemik bo'qoq tarqalgan joylardan tashqarida yashaydigan axolilarda uchrashi mumkin. Bu ba'zi bir noqulay endogen muxitlarning ta'sirida kelib chiqishi va kypincha esa genetik tavsifga egadir.

Etiologiyasi. Kasallikning paydo bylishida atmosferadagi yod miqdorining qanday ekani ma'lum axamiyatga ega. Dengiz byyida endemik bo'qoq kasalligi kam uchraydi, chunki dengiz suvidagi yod bug'lanadi, syngra tuproq va suv xavzalariga qaytib tushadi. Balandliklar, tog' joylar tuprog'ida xam, xavosida xam yod miqdori kam byladi. Endemik bo'qoq kasalligi ayollarda va qizlarda kyproq uchraydi. Sporadik bo'qoqning kelib chiqishida kypincha genetik muxit ta'siri (ferment sistemasida nuqson) katta rolъ yynaydi. Bundan tashqari bu kasallikda ba'zi oziq moddalarda strumogen ta'siriga ega bylgan maxsulotlarning (karam, turup va boshqalar) tanasida yig'ilishi qalqonsimon bezga yod yutilishini kamaytiradi va tireoid gormonlarning biosintezini susaytiradi. Endemik va mavsumiy bo'qoqda tireoidit gormonlarining kamayishi tireotrop gormonning kuchayishi, bu esa qalqonsimon bez tyqimasining giperplaziyasiga olib keladi va keyinchalik bo'qoq xosil byladi. Alomatlar. Bu kasallikning alomatlari qalqonsimon bez vazifasini

yzgarishiga, uning kattalashishiga va joylashishiga bog'liqdir. Agar qalqonsimon bez gormonlarni tana uchun etarli miqdorda ishlab chiqarsa, uning faoliyati yrtacha byladi, ya'ni eutireoid bo'qoq xisoblanadi. Agar eutireoid bo'qoq juda kattalashgan bylsa u ichki a'zolari siqishi mumkin. Bunda bemorni nafas siqishi, quruq yital, tovush xirillashi bezovta qiladi. Agar qalqonsimon bez gormonlari etarlicha ishlab chikarilmasa, unday bo'qoq gipotireoid bo'qoq xisoblanadi, uning alomatlari gipotireozga yxshagan byladi. Ba'zi xollarda kretinizm xam uchraydi. Bunda bemorlar kaltafaxmlik, byy ysmasligi va badanning ba'zi qismlarining notyg'ri (noravon) bylishi, kar va soqovligi bilan tavsiflanadi. Endemik bo'qoq kasalligida qalqonsimon bez ba'zida juda kyp gormonlar ishlab chiqarishi mumkin, bu esa uning faoliyatini kuchaytirib yuboradi va zaxarli bo'qoq kasalligiga olib keladi.

Qalqonsimon bez kasalliklarining tashxisi:1. Qalqonsimon bez kasalliklarining tashxisida amaliyotda juda xilma-xil laborator usullari qyllaniladi. Bular bir necha qismlardan iborat: 1. Tireoid gormonlarning va boshqa yodli komponentlarning qondagi miqdorini aniqlovchi usullar: oqsil bilan bog'langan yod miqdorini; butanol bilan ajraladigan yodni; umumiy T4ni, erkin tiroksin T4ni; umumiy T3ni, erkin T3ni, reversiv T3ni, tiroksin bog'lovchi oqsillarni (globulin va prealbuminlar) miqdorini aniqlashdan iboratdir.2. Qalqonsimon bez funktsional xolatini aniqlovchi usullar: qalqonsimon bezning J 131 ni yutish qobiliyati; triyodtironin T3 ta'siri bilan ytkaziluvchi uslub, tireoliberin bilan ytkaziladigan uslub, qalqonsimon bezning yodni qamrab olish xususiyatining kamayishini kyrsatuvchi uslub va xokazo.3. Tireoid gormonlarning markazdan tashqaridagi ta'sirini yrganuvchi uslublar, asosiy modda almashuvini aniqlash: qon zardobidagi kreatinin fosfokinazaning miqdorini aniqlash; tovon tog'ayining refleks vaqtini aniqlash; (fotomatografiya, refleksometriya, refleksografiya), zardobdagi TSAMFning miqdorini glyukagonga bylgan javobini aniqlovchi usullar.4. Qalqonsimon bez tyqimasining xar xil tarkibiga kirgan antitelalarni aniqlash; tireoglobulinga, uning mikrosomal qismiga, ikkinchi kolloid antigenga; tireoid gormonlarini xosil qiluvchi antitelalarni, ya'ni immunoglobulinlarni aniqlash.5. Qalqonsimon bezning anatomik tuzilishini yrganuvchi uslublar qalqonsimon bezni radioaktiv J 131 yordamida skanerlash yoki

texnetsiy yordamida; ultratovush (yuqori tovush) yordamida skanerlash, qalqonsimon bezni rentgenografiyasi; qon tomiriga modda yuborib rasmiga olmoq (angiografiya); limfografiya, qalqonsimon bezni biopsiya qilish. I. Qon zardobidagi tireoid gormonlarining boshqa tarkibda yod bylgan moddalarni aniqlash uslublari:

a) Oqsil bilan bog'langan yod miqdorini aniqlash. Ushbu usul qondagi tireoid gormonlarning miqdorini bilish uchun eng keng qyullaniladigan uslubdir. Yodning bu miqdori asosan kimyoviy yyl bilan aniqlanadi. Oqsil bog'langan yod miqdorining 90% ni T4 tashkil qiladi, qolganlarini yod bilan bog'langan albumin, tireoglobulin va boshqalardan iboratdir. Sog'lom odamlarda bu oqsilning miqdori 6-8 mkg/100 ml tashkil etadi. b) Butanol bilan ajraladigan yodning miqdori (T3 va T4) Qalqonsimon bezv) Umumiy T4 radioimmunologik yyl bilan aniqlanadi, sog'lom odamlarda uning miqdori 5-10 mkg/100 ml byladi. Bu uslub syrg'ich qog'ozda bir tomchi qon yordamida aniqlanadi. Ayniqsa bu uslub chaqaloqlarda gipotireoz aniqlashda qulaydir;

g) Erkin T4 sog'lom odamlarda 1,5-2,9 ng/100 ml ni tashkil etadi. Bu uslub amaliyotda qyullaniladi va odatda umumiy T4 miqdorini aniqlash bilan chegaralaniladi. j) Umumiy T3 miqdorini aniqlash uchun radioimmunologik uslub qyullanilib u maxsus T3ga qarshi zardob yordamida amalga oshiriladi. T3 miqdori 65-150 mkg/100 ml ni tashkil qiladi. z) Erkin T3 xam radioimmunologik usul yordamida aniqlanadi va uning miqdori 0,4 ng/100 ml dan iborat. e) Teskari reversiv T3 xam radioimmunologik yyl bilan aniqlanadi va 25-80 ng/100 ml ni tashkil etadi. Uning miqdori asosan «yoyma toksik bo'qqoq» (DTZ) da oshib ketadi, gipotireozda esa kamayib ketadi. k) Tiroksinni bog'lovchi oqsillarni aniqlash uslubi asosan, oqsilning T4 ga tyla tyyinishi xususiyatiga asoslangan. Bundan tashqari tiroksinni bog'lovchi oqsillar radioimmunologik yyl bilan xam aniqlanadi va ularning miqdori sog'lom odamlarda 1,2 dan 2,2 mg/100 ml dan oshmaydi. II. Qalqonsimon bezning vazifaviy aniqlovchi uslublari a) Qalqonsimon bezning radiaktiv J 131 ni yutish qobiliyatini aniqlash xozirda keng qyullaniladigan uslubdir. Radioaktiv J 131 1-3 MKKI ylchov birligida qon tomirga yuboriladi yoki eritma xolida ichiladi. Radioaktivlik miqdori 2,4 va 24 soatdan keyin aniqlanadi. Normada 24 soatdan

keyin 7 - 30% ni tashkil etadi. «YOyma toksik bo‘qoq» da radioaktivlik oshib, gipotireozda kamayib ketadi. Yodning yutilish tezligi tananing yodga tyinganligiga xam bog‘liq, shuning uchun qalqonsimon bezning radioaktivligini aniqlash uchun bemor bir oy mobaynida tarkibida yod bylgan dorilarni iste‘mol qilish man etiladi. J 131 ning yarim emirilish davri 8 kunni tashkil qiladi. J 131 - 2,3 soat gipotireozni aniqlashda qyllaniladi, chunki texnetsiy qalqonsimon bez orqali yutilgan bilan, organik moddalar tarkibiga kirmaydi. b) T3 ta‘siri yordamida ytkaziladigan uslub asosan tireoid gormonlarning qarama-qarshi bog‘lanish uslubiga binoan TTG ni ishlab chiqarishni pasaytirishga asoslangan. Natijada qalqonsimon bezning J 131 yutish qobiliyati pasayadi. Bemor 7 kun davomida T3 tireoliberin bilan ytkaziladigan uslub xam ysha maqsadga myljallangan, xamda gipotireoz, «yoyma toksik bo‘qoq» kasalligini aniqlashda qyllaniladi. Qondagi TTG, T3 ga T4 larni bog‘lovchi oqsillar, qalqonsimon bezga qarshi antitelalar sinov, boshlanishidan 20 minut oldin, TTG ga esa 60 min. dan keyin, olinadi. 4 soatdan keyin T3 va T4 ga qon olinadi. Odatda sog‘lom kishilarda TTG ning miqdori tireoliberin yuborgandan keyin yzgarмайdi, vaxolanki «birlamchi gipotireozda» tireoliberinga bylgan sezuvchanlik yuqori byladi, ya‘ni oshadi va TTG - 20-25 marotaba kytariladi. Bu kyrsatkich normadagi kyrsatgichdan bir necha marotaba yuqoridir. Sog‘lom kishilarda TTG T3, T4 ning miqdori 4 soatdan keyin oshadi. T3 ning miqdori sinov boshlanishdan oldingi miqdoriga nisbatan 70% ga oshadi. g) TTG bilan ytkaziladigan uslub, asosan qalqonsimon bezning yod qamrab olish xususiyatini oshirishga yoxud tireoid gormonlarni ajratib berish bilan bog‘langandir. Bu maqsadda 5-10 birl. TTG mushakka 1 marta yoki 3 kun davomida 3 marta qilinadi. Qalqonsimon bezning radioaktiv J 131 yutish qobiliyati sinovdan oldin va keyin aniqlanadi. Buning yrniga imkoniyatiga qarab oqsil bilan bog‘langan yod T3, T4 miqdorini aniqlash bilan chegaralanish mumkin. Sog‘lom kishilarda TTG yuborgandan keyin qalqonsimon bezning J 131 yutish qobiliyati sinovdan oldingi raqamga nisbatan 50% ga kypayadi; Tgl miqdori esa 1 mkg/100 ml ga ortadi. «Ikkilamchi gipotireoz» bilan kasallangan bemorlarda bu raqamlar 2 marta kyp bylib, «birlamchi gipotireoz» da esa radioaktiv J 131 miqdori juda past

kyrsatkichda qoladi. xozirgi vaqtda «birlamchi gipotireoz» ni aniqlash eng qulay usuli bylishi qondagi TTG ni aniqlash keng qyllaniladi.e) Perxlorat kaliy yordamida ytkaziladigan uslub tireoid gormonlarning biosintez jarayonining buzilishini aniqlashda ya'ni yodning organik jarayonini aniqlashda qyllaniladi. Buning uchun bemor radioaktiv J 131 ning indikator miqdorini iste'mol qiladi va uning xar 15 min da 2 soat davomida qalqonsimon bez orqali yutilish qobiliyatini aniqlaniladi. SHundan keyin bemor 600 mg - 1 g perxlorat kaliy ichadi. Syng yana xar 15 min da 2 soat mobaynida qalqonsimon bezning J 131 ni yutish qobiliyati aniqlanadi. Organifikatsiyalash xususiyati buzilganda qalqonsimon bez orqali yutilgan J 131 neorganik xolda saqlanib qoladi va bemalol raqobat moddalari orqali, ya'ni perxlorat kaliy siqib chiqariladi. Sog'lom qalqonsimon bezda yutilgan J 131 miqdori 2 soat davomida va perxlorat kaliydan keyin xam deyarli yzgarmaydi. Agarda qalqonsimon bezda ba'zi bir fermentlar etishmasa yoki shular bilan bog'lik organik jarayonlar oqsasa radioaktiv J 131 miqdori 5% ga kamayadi.j) Ultrazvuk yordamida skanerlash yoki exografiya amaliyotida va endokrinologiya soxasida yaqin vaqt ichida qyllanila boshlandi. Bu uslubni qulayligi shundaki, bunda izotop ishlatilmaydi va bolalar xamda xomilador ayollar kasalliklarida keng qyllanilishi mumkin. «Qattiq» tugunsimon bo'qoq bilan «tugun»ni bir-biridan farqlashda exografiyaning axamiyati katta.z) Rentgenografiya va qalqonsimon bezning joylanishining, katta-kichikligini aniqlashda yordam beradi. Ayniqsa bo'qoq tysh suyagi orqasida joylashgan bylsa rentgenografiyani axamiyati katta.Qalqonsimon bezni biopsiya qilish.i) Bu usul tsitologik kuzatishlar olib borish uchun qyllaniladi. Asosan yopiq va ochiq biopsiya usullari ishlatiladi va anesteziya yordamida amalga oshiriladi.III. Tireoid gormonlarning markazdan tashqaridagi ta'sirini yrganuvchi uslublar. a) Asosiy modda almashuvini aniqlash, uslubi gormonlarning tyqimalarga ta'sirini aks ettiruvchi uslublardan biridir. Aslida asosiy modda almashuvining kyrsatkichlari -10% - +10% ni tashkil etadi. Ushbu kyrsatkich gipotireoz kasalligida kamayib ketadi.b) Zardobdagi yog'larning miqdorining yzgarishini yrganish uslubi. Qalqonsimon bezning funktsional faoliyatini, tireoid gormonlarni aniqlovchi uslublar kashf qilinguncha qadar asosan xolesterinning zardobdagi miqdorini

aniqlanadi. Gipotireozda xolesterin kypayib ketadi, «yoyma toksik bo‘qoqda» esa kamayadi. Xolesterin bilan birga fosfolipidlar, letsitin, triglitseridlar va erkin yog‘ kislotalar xam kamayadi.v) Kreatinin fosfokinazaning miqdori gipotireozda oshib ketadi. SHuning uchun ba’zi xollarda bu uslubdan foydalanish mumkin.j) Gipotireoz kasalligida - elektrokardiografiya (EKG) natijalari quyidagicha: bradikardiya vujudga keladi va ayniqsa tishchalarning amplitudasi - T yzgarishga uchraydi. Gipotireoz kompensatsiyalashganidan keyin EKG kyrsatkichlari asliga qaytadi. z) Ikkinchi darajali axamiyatga ega bylgan uslublarga - qondagi TSAMF ning miqdorini aniqlash kiradi va uni glyukagonga bylgan javobiga qarab bilish mumkin. Tireotoksikozda bu kyrsatkich oshadi, gipotireozda - esa kamayadi.IV. Qalqonsimon bez tyqimasi tarkibida bylgan xar xil antitelalarni aniqlash.a) Tireoglobulinga bylgan antitelalarni aniqlash uchun myljallangan xar xil uslublar mavjud. Ular: pretsipitatsiya reaksiyasi; Ouxterloni texnikasi byyicha uslub, loqayd gemagglyutinatsiya (LGAR) RPGA reaksiyasi, immunoflyurostsent va radioimmunologik uslublardir.RPGA reaksiyasida qyyning eritrotsitlari qyllaniladi. Ushbu eritrotsitlarga tanin kislotasi bilan ishlov berilganda odamning tireoglobulinga sezuvchanligini orttiradi. Tireoglobulinga nisbatan xosil bylgan antitelalar ishtirokida eritrotsitlarning agglyutinatsiyasi kuzatiladi. Tireoglobulin antitelalarini 90-98% ni «autoimmunotireoid» ini bilan og‘rigan bemorlarda, 40-60% «gipotireoz» bilan og‘rigan bemorlarda, 20-30% ni «yoyma toksik bo‘qoq» bilan og‘rigan bemorlarda aniqlanadi va 5-6% qalqonsimon bezning zaxarli ysma kasalliklari tashkil etadi. Sog‘lom kishilarda bu reaksiya salbiy natija beradi. Reaksiya pretsipitatsiya eng oddiy uslublardan biridir. Bu uslub «Xoshimoto» byqog‘ida 60%, «yoyma toksik bo‘qoq» da 1,5-2 % ijobiy natija beradi va «qalqonsimon bez o‘smasida» 3 % ijobiy natija beradi. Sog‘lom kishilarda esa bu reaksiya salbiy natija beradi. Ammo bu uslubning RPGA ga nisbatan sezgirligi bir oz kamroqdir. b) YUqorida qayd qilingan usullar bilan mikrosomal fraktsiyasiga nisbatan bylgan antitelalarni xam aniqlash mumkin. Ushbu yyl bilan antitelalarning «Xoshimoto byqog‘i»da 85%ni va «yoyma zaxarli (toksik)» bo‘qoqda 85%ni aniqlash mumkin. Bu antitelalarning bo‘qoq kasalliklarida aniqlanishi ularning

autoimmun genezga egaligini yana bir bor isbotlaydi.v) Ikkinchi kolloid antigenlarga bylgan antitelalar. Ikkinchi kolloid antigen tarkibida yod bylmagan oqsildir. Bu antitelalar 50% «yoyma zaxarli bo‘qoqda», autoimmun tireoiditda ijobiy natija beradi. Goxida 8-10% sog‘lom kishilarda xam ijobiy natija olish mumkin. «Tireoidit Kerven» 60% xolatda ijobiy natija beradi.g) Tireoid gormonlarni xosil qiluvchi, immunoglobulin, ya’ni kishilar zardobidagi gamma-globulinlar, TTG gormoni kabi qalqonsimon bez faoliyatini kuchaytiradilar, lekin qon radioaktivligining eng chyqqi 9 soatdan keyin,TTG yuborgandan keyin esa 2 soatdan keyin aniqlanadi. SHuning uchun bu globulinlar uzoq ta’sir etuvchi globulinlar deb nomlangan- PATS.Kuzatuv ytkazish uchun 0,5 ml. qon zardobi olinadi, PATS esa 45-50% «yoyma zaxarli bo‘qoq»da ijobiy natija beradi. Keyingi paytlarda qondan ushbu globulinlarning yana bir turi ajratib olinadi va LATS- protektor deb ataladi. LATS- protektor yz yilida 60-65% «yoyma zaxarli bo‘qoq»da ijobiy natija beradi.Tireoid gormonlarni ishlab chiqarishini kuchaytiruvchi antitelalar miqdorini aniqlovchi uslublar, «yoyma zaxarli bo‘qoq», «ofal’mopatiya», «miksedema», «tireotoksik adenoma» kasalliklarning solishtirma tashxisida katta axamiyatga ega. V. Qalqonsimon bezning anatomik tuzilishini aniqlash.

a) Qalqonsimon bezni radioaktiv J 131 va Ts 99s yordamida skanirlash –

Qalqonsimon bezning shaklini, joylashgan yrnini va tuzilishini aniqlash uchun qyllaniladi.

Ba’zan qalqonsimon bez boshqa joyda, ya’ni tilning ildizi tagida, tysh orqasida joylashganida, «tugunsimon bo‘qoqda», «tireotoksik adenomada» xamda «yoyma zaxarli bo‘qoq»ning funktsional faoliyatini belgilashda qyllaniladi. Buning uchun J 131, J 132, Ts99m, farmakologik dorilar, 75-metionin, R32, SA131 va boshqalar ishlatiladi. Skanerlash uchun 1-3 miki texnetsiy; J 131 ichiladi, 20 minutdan keyin texnetsiy, 24 soatdan keyin J 131 qilinadi. Sog‘lom kishilar skanogrammasida qalqonstmon bez kapalak shaklida byladi va xar bir bylagi 4,5-5 sm uzunligida, kengligi 2-2,5 sm ga teng byladi. Yrtada qalqonsimon bezning byyin qismi joylashgan byladi.

«Tugunsimon bo‘qoq»da issiq va sovuq qismi e’tiborga olinadi. Bularga qarab qalqonsimon bezning funktsional faoliyati belgilanadi. «Sovuq» tugun yz yulida qalqonsimon bez funktsiyasining pasaygan qismini kysratadi. Ammo skanirlash natijasida ysmaning zararli yoki bezarar ekanligini aniqlash mumkin emas. Bu maqsadda «termografiya» usuli keng qyllaniladi va ysma aniqlash xaroratini aniqlash bilan belgilanadi (anesteziya yordamida qilinishi).Endokrinologiya soxasida.b) Ultrazvuk yordamida skanerlash xamda exografiya amaliyotda yaqindan qo‘llanila boshlanadi. Bu uslubning qulayligi shundaki, buning uchun izotop ishlatilmaydi, shu bois bolalar va xomilador ayollarda kasalliklarida keng qo‘llanilishi mumkin. Exografiya «qattiq tugunsimon bo‘qoq» bilan «kista» bir-biridan farqlashda katta axamiyatga ega.v) Qalqonsimon bezning joylanishi, katta-kichikligini aniqlashda xamda bo‘qoq tysh orqasida joylashgan bylsa aniqlashda rengenografiyaning axamiyati katta. Qalqonsimon bezni biopsiya kilishi.g) Bu usul tsitologik kuzatishlar olib borish uchun qyllaniladi. Asosan yopiq va ochiq, biopsiya usullari ishlatiladi. Bu usulda albatta anesteziya qilinishi shart.Klassifikatsiya (Nikolaev O. V. byyicha, 1966 y.)Qalqonsimon bez kattalashishiga qarab endemik bo‘qoq 5 darajali bylishi mumkin:1-daraja - bezning kattalashishi kyzga kyrinmaydi, lekin qyl bilan paypaslagandagina bilinishi mumkin.2-daraja - qalqonsimon bezning kattalashgani yutinish xarakatlarida kyzga tashlanadi va paypaslaganda ikkala bylakcha va byyinchasi seziladi.3-daraja - qalqonsimon bezning kattalashgani yaqqol kyzga tashlanadi va «yyg’onlashgan byyin» deb ataladi.4-daraja - yaqqol kyrinadigan bo‘qoq va byyin shakli yzgaragan byladi.5-daraja - juda katta bo‘qoq, xamda byyin shakli juda yzgaradi shakliga qarab: 1) bez bir tekis kattalashgan (diffuz), 2) tugunli, 3) aralash shaklda bylishi mumkin. Vazifasining yzgarishiga qarab: 1) eutireoid (ya’ni vazifasi yzgarmagan), 2) gipotireoid (vazifasi kamayib ketgan), 3) gipertireoid (vazifasi kuchayib ketgan) byladi. 4) kreatinizm bilan (kaltafaxmlik, byyi ysmasligi)Qalqonsimon bezning joylashishiga qarab: 1) tysh orqasida, 2) dumaloq bo‘qoq), 3) til tagida bo‘qoq, 4) qisman tysh orqasidagi bo‘qoqlarga bylinadi.Endemik bo‘qoq markazlarida ilk qalqonsimon bezning kattalashgani uchinchi darajaga tyg’ri kelgandagina uni

bo‘qoq deb xisoblanadi. Laboratoriya tekshiruv natijalari: Qonda T3 va T4 kamayadi, goxida T3 yrtacha xolda bylishi mumkin. Qonda TTG miqdori esa oshgan byladi. Yod etishmovchiligi muammosi va uni korrektsiya qilish yyllari. Endemik bo‘qoq noinfeksion kasalliklar ichida territorial tarqalganlik byyicha birinchi yrinni egallaydi va xattoki iqtisodiy jixatdan rivojlangan davlatlarda xam katta muammo bylib, xisoblanadi. Tashqi muxitda yod etishmovchiligi maydonning kattaligi endemik bo‘qoqni kyp tarqalishiga sababchi byladi. 1,5 mlrd. dan ortiq odamlar xar kuni iste‘mol qiladigan ovqatida va suvida yod miqdori kam bylgan rayonlarda istiqomat qiladi. xozirgi vaqtda 650 mln. inson, ya‘ni jaxon axolisining 12% i bo‘qoq bilan kasallangan; 6 mln. odam kretinizm, ya‘ni aqliy rivojlanishning sekinlashishi bilan, 150 mln. dan ortiq odam esa aqliy rivojlanishi orqada qolishining engil darajasi bilan xastalangan. Yod etishmovchiligi va uni korrektsiya qilish. Umumjaxon Sog‘liqni saqlash Tashkiloti ekspertlarining tavsiyalariga muvofiq, agar axolining 10%idan kyprog‘ida yoki 5% maktab yquvchisida qalqonsimon bez kattalashsa, bu rayon bo‘qoq byyicha endemik xisoblanadi. Kasallik kam uchrasa, sporadik bo‘qoq deyiladi. Yodning siydik bilan ekskretsiyasini aniqlash bo‘qoq rivojlanishiga sababchi bylgan yod etishmovchiligining kyrsatkichlaridan biri xisoblanadi. Yodning siydik bilan ekskretsiyasi natijalariga kyra, yod-defitsit xolatlarini og‘irligiga baxo berish mumkin. Yodning siydik bilan ekskretsiyasi byyicha yod-defitsit xolatlarining og‘irlik darajalari: engil daraja – yodning siydikdagi miqdori 50 mkg/g dan ortiq, kreatinin 5 - 10 mkg/dl. Tireoid gormonlar darajasi qonda normal aqliy va jismoniy rivojlanish uchun etarli.

urta daraja – siydikdagi yod miqdori 25-50 mkg/g, kreatinin 2-5 mkg/dl, ya‘ni gipotireoz rivojlanish xavfi bor

og‘ir daraja – siydikdagi yod miqdori 25 mkg/g dan kam, kreatinin 2 mkg/dl dan kam. Endemik kretinizm rivojlanadi.

Biroq, yod etishmovchiligi endemik bo‘qoq rivojlanishining yagona omili bylib, xisoblanmaydi. Bunday fikr yuritishga quyidagi faktlar asos byladi: yod defitsiti bir xil darajada bylgan ychoqlarda bo‘qoqning xar xil tarqalishi, endemik ychoqlarda

axolining xammasini bo‘qoq bilan kasallanmasligi, regulyar bo‘qoqqa qarshi profilaktika fonida xam bo‘qoq bilan kasallanishning saqlanishi. Bu faktlar bo‘qoq bilan kasallanish yodga bylgan extiyoj variabelligi (xilma-xilligi) bilan bog‘liq bylsa kerak, degan fikrni olg‘a suradi. SHuni xam nazarda tutish kerakki, boshqa goytrogenlar, ya‘ni ysishni tezlashtiruvchi G sinfiga mansub antitela - immunoglobulinlar qalqonsimon bez funksiyasiga ta‘sir qilmay turib, uni parenximasini ysishini tezlashtiradi. Boshqa strumogen omillar xam ma‘lum axamiyatga ega: nomuvofiq ovqatlanish, ayniqsa oqsil defitsiti, mikroelementlarning anomal tarkibi (mis, kobalıt, selen, brom va marganets) va ysimlik strumogenlari - tiotsionatlar va tsianidlar (turp, sholg‘om, bargli va gulkaram, araxis, soya uni, sabzi, rediska va ba‘zi bir guruch sortlarida byladi). Yod defitsit xolatlarini qygz‘atuvchi omillar ekzogen va endogenga bylinadi:

Ekzogen omillar:

1. Tireoid gormonlarni sintezi va sekretsiyasiga qarshilik qiluvchi birikmalar:

- a) tioninatlar
- b) tiooksazalidol
- v) flavonoidlar
- g) disulıfidlar
- d) fenollar
- e) ftolotos
- j) bifenil
- z) litiizm

2. Tireoid gormonlarning metabolizmiga qarshilik qiluvchi birikmalar.

3. Tashqi muxitda brom va selen etishmovchiligi.

4. Ovqat ratsionida oqsil, uglevod, yog‘ miqdorining kamligi.

Endogen omillar:

1. Tashqaridan tushuvchi yod birikmalarining syrilishini va jigardan byshagan yodni qayta syrilishining buzilishi.

2. Qalqonsimon bezning yodni yutish xususiyatining pasayishi

3. Gormonlar sintezi va sekretsiyasidagi tug‘ma va irsiy defektlar.

4. Qalqonsimon bez ysishini stimullovchi antitelolar.

Atrof-muxitda selenning oshib ketishi nevrologik kretinizm rivojlanishiga olib keladi. Uning etishmovchiligi esa, kretinizmning miksedematoz formasi rivojlanishiga olib keladi. O'zbekiston, Tojikiston, Qirg'iziston chegaralari va Qozog'istonining ayrim regionlari avvaldan endemik bo'qoq o'chog'i xisoblanib kelgan. 1986 yilda O'zbekiston Respublikasida katta axoli orasida qalqonsimon bez giperplaziyasi 0.15% ni tashkil etgan. Bu ko'rsatkich 1991-1992 yilgacha stabil saqlanib turgan. SHundan keyin iqtisodiy aloqalar buzilib, antistrumin va yodlangan tuz olib kirish ta'qiqlab qyyilgan. Bu O'zbekiston axolisining yodni kam iste'mol qilishiga olib kelgan. O'zbekistonda oxirgi 4-5 yil ichida bolalarning endemik bo'qoq bilan kasallanishi oshib bormoqda. Respublikada 14 yoshgacha bylgan bolalar 40% ni tashkil etadi. Farg'ona vodiysi viloyatlarida bolalarning kasallanishi 40% gacha oshdi. Sirdaryo viloyatida qalqonsimon bez giperplaziyasi maktab yquvchilarida 10-30% gacha oshdi, «chin» bo'qoq 0,05 dan 1 % gacha. Samarqand viloyatida qalqonsimon bez giperplaziyasi pubertat yoshdagi bolalar orasida 45-50% ni tashkil etadi. SHundan qizlar orasida 65-70, «chin» bo'qoq 10-15%. Qoraqalpog'iston va Xorazm viloyatlarida qalqonsimon bez giperplaziyasi qiz bola yquvchilarda 20,6% dan 6,6% gacha, 1-2 daraja qalqonsimon bez giperplaziyasi 9,2%dan 23,5% gacha oshdi. Endemik bo'qoqning bolalarning jismoniy va jinsiy rivojlanishiga nojyya ta'siri Endokrinologiya Instituti ishlarida kyrsatilgan. Ular Respublikaning ayrim regionlarida tekshiruv ytkazishgan va 68,5% endemik bo'qoq bilan kasallangan bolalarni aniqlashgan. Bu bolalarning 4,8 % ida qalqonsimon bez kattalashishi bilan birgalikda 4,8%ida jinsiy rivojlanishning orqada qolishi kriptorxizm kyrinishida, 1,4% shaxarlik bolalar va 0,7% qishloq bolalarida jismoniy rivojlanish ning orqada qolishi kuzatilgan. Bu kuchli endemiyani xarakterlaydi, lekin uning aktuallik darajasi respublikaning xar xil regionida bir xil emas. Atrof-muxitda yod etishmovchiligi sharoitida neonatal gipotireoz chastotasi keskin oshadi. SHuning uchun kichik davlatlarda xar bir yangi tug'ilgan chaqaloqda tug'ilganining 4-5 kuni tireotrop gormon miqdori aniqlanadi. Kalqonsimon bez funktsiyasi etishmovchiligi kuzatilsa, tiroksin bilan o'rin bosuvchi muolaja o'tkazish lozim

bo‘ladi. Bunday muolaja natijalari umuman olganda qoniqarli, lekin davo muvaffaqiyati xomila rivojlanishini to‘xtash darajasiga bog‘liq.

Yod etishmovchiligi ko‘proq bo‘qoq ko‘rinishida namoyon byladi. Axolini bo‘qoq bilan kasallanishi protsent xisobida yoddefitsit buzilishlari og‘irlik darajalari byyicha 4 guruxga bylish mumkin:

Yoddefitsit xolati yyq – Bo‘qoq xajmlari yrtacha koeffitsienti kyrsatkichi 5% dan kam; yoddefitsit tarqalganlik past darajasi –5-19,9%; YDX tarqalganligi yrtacha darajasi – 20-29,9%; YDX tarqalganligi yuqori darajasi – 30%dan kyp. Yoddefitsit kasalliklari tyg‘risidagi tushuncha xozirgi kunda oziq-ovqat va sog‘liqni-saqlash soxalarining mutaxassisleri tomonidan keng qyllanilmoqda xamda jamoat e‘tiborini mana shu muammoga qaratishda asosiy omil xisoblanadi.

Yoddefitsit xolatlarni korrektsiya qilish.Xozirgi kunda shu narsa ma‘lumki, osh tuzini kaliy yod bilan tyyintirish eng oddiy, qulay, arzon, samarali va turg‘un usul bulib, yodetishmovchiligini yyqotishda asosiy usul xisoblanadi. Tuzni yodlash uchun ikki xil yod shakli mavjud: «yodid» - yodlangan tuz olish uchun va «yodat» «yodatlangan» tuz olish uchun. Yodat nam eruvchan va yodidga nisbatan turg‘un. U kyprok nam tropik iqlim uchun yaroqli. Lekin ikkalasi xam «yodlangan» tuz deb ataladi. Kaliy yodid ancha turg‘un xisoblanadi. Tuzga qyshilayotgan kaliy yod miqdori xar bir odamning sutkalik extiyojini qondirishi lozim.

Yod iste‘molini tavsiya etilgan kundalik extiyoji:

yangi tugilgan chakaloklar, 1 yoshgacha bulgan gudaklarda – 50 mkg;

2-6 yoshli bolalar uchun – 90 mkg;

7-12 yoshli bolalar uchun – 120 mkg;

12 yoshdan kattalar uchun – 150 mkg;

xomilador va emizikli ayollar uchun – 200 mkg

Uncha turg‘un bylmagan kaliy yodid yrniga ancha turg‘un kaliy yodatning qyllanilishi stabilizator - tiosulbfat natriy ishlatishga xam zarurat tug‘dirmaydi.

Og‘ir bo‘qoq epidemiyasi bylgan soxalarda lipidol deb ataluvchi yodlangan yog‘ tavsiya etiladi. Bu mak yog‘i bulib, 38% og‘irligini yod tashkil etadi. Bu preparatning 1ml 480mg yod saqlaydi.Farmatsevtik preparat - yodlangan yog‘ «per

os» qabul qilish uchun bylib, 200mg yod saqlovchi kapsula kyrinishida ishlab chiqariladi. U ichakda syriladi. Jigarda deyodlangach yod yoki qalqonsimon bezda typlanadi yoki siydik bilan ajralib chiqadi. Yodlangan yog' kislotalarining kypchilik qismi organizmning yog' depolarida typlanadi, u erdan yod oylar davomida sekin-asta qonga ajraladi. Yodlangan yog'ni elkaning yuqori kismiga mushak orasiga qilish mumkin. Yodlangan yog'ni peroral buyurish kuchli yod defitsitini davolashda samarali vosita xisoblanadi. 1ml doza (480mg yod0 yil davomida korrektsiya uchun etarli, 1ml esa - 3 yil davomida yod ekskretsiyasi 50mkg uncha og'ir bylmagan epidemiyada 1ml ikki yil davomida etadi. Yodlangan yog'ni quyidagi axoli guruxlarida qyllash maqsadga muofiq byladi: 1. reproduktiv yoshdagi ayollar 2. besh yoshgacha bylgan bolalar 3. jinsiy etilishning tugallanishigacha bylgan bolalar va ysmirlar 4. 5 yoshdan oshgan odamlarga tavsiya etilmaydi (tireotoksikoz bylish xavfi bor). Yod etishmovchiligini medikamentoz davolash maqsadida biz birinchi bylib «yod tiroks» preparatini qylladik. («Merk» firmasi tomonidan moddiy yordam tariqasida. 1995 yil Respublikaga berilgan). Bu preparat yz ichida 100mkg levotiroksin-natriy, 130,8mkg kaliy yodid, 100mkg yod saqlaydi. Bundan tashqari, yod defitsit xolatlarni davolashda «Berlin Xemi» firmasining levotiroksin, eutiroks preparatlarining samaradorligi yuqori darajada. Ushbu preparatlar bilan davolashda samaradorlikning kyrsatkichlari bylib quyidagilar xizmat qiladi: qalqonsimon bezning struktur-funksional xolatini aniqlash - gormonlar (TTG, T-3, T-4) miqdorini aniqlash, bezni paypaslash, exoskannerlash, axillov refleksi vaqtini aniqlash, bemor axvolini klinik baxolash. Preparatlarning optimal dozasi tireoid gormonlarning miqdorining nazorati ostida belgilanadi. Davo samarasining klinik kyrinishi axillov refleksi vaqtining qisqarishi va exoskanerlash natijalariga kyra qalqonsimon bez xajmining kamayishi bilan namoyon byladi. Dozani oshirib yubormaslik uchun doza tanlashda jiddiy yondoshish lozim. Yod tiroks preparatining quyidagi ijobiy xususiyatlarini qayd qilish lozim: 1. Yod tiroks qalqonsimon bezi giperplaziyasi, bo'qoqning tugunli shakli va gipotireoz kabi kasalliklarda turg'un davo samarasini kyrsatadi. 2. Preparat dozasi xar bir bemor uchun aloxida tanlanishi lozim va sekin-asta ushlab turuvchi dozaga tushirib boriladi. 3. Qalqonsimon bezi

eutireoid giperplaziyasi II darajadan oshmagan bylsa, dozani oshirib yubormaslik uchun preparatni buyurishdan oldin bemorlarni klinik - instrumental tekshirish lozim. Yodid va yodtiroks bilan davolash byyicha tavsiyalar: Yodid dozasi 100-200mg/sut bolalarga (12 yoshdan katta) Yodtiroks dozasi: yuvenil yosh: 0,5 tab. xar kuni (30 kun) 0,5 tab. kun ora (3 oy) keyin 0,5 tab. xaftada ikki marotabakattalarga: 1 tab. xar kuni (30kun) 1 tab. kun ora (3 oy) keyin 1 tab. xaftada ikki marotabakattalarga: 1 tab. xar kuni (30kun) 1 tab. kun ora (3 oy)

Mamlakatimiz adabiyotlarida yuvenil gipertoniya haqida birinchi bo'lib I.G. Gel'man axborot bergan. Muallif o'z ishida qayd etdiki, yosh paytida sistolik bosim oshishi kshpincha yurak-qon tomir tizimidagi gipertoniya tomonga birinchi siljish belgisi bo'lib xizmat qiladi, va shu oshishdan keyingina gemodinamikaning ancha turg'un kattaligi oshib boradi – diastolik bosim. Gipertoniyaning ancha to'li klinik xususiyati keyinchalik A.M. Gel'fand tomonidan ishlab chiqilgan.

Keyingi yillarda ko'pgina chet el va mamlakatimiz olimlari gipertoniyaning o'spirin va yosh paytida tarqalishini o'rganishdi. SHu bilan birga bu yoshlik gipertoniyanin ancha keng tarqalganligidan dalolat beradi.

Mavjud ma'lumotlarning turli-tumanligi nafaqat yosh guruhlar nomutanosibli bilan, balki tekshiruv uchun olingan va shoxslar soni va ancha ko'p miqdorda arterial bosimning qaysi kattaligi arterial gipertenziya mavjudligi haqida ma'lumot berishi bo'yicha yagona fikr yo'qligi hisobiga sodir bo'lgan. Amerikalik olimlar 150/90 mm sim. ust. ni hamma yoshlar uchun normal bosim chegarasi deb hisoblashadi. VOZ tavsiyanomasi bilan gipertonik kasallar qatoriga 160/95 mm. sim. ust. qayd qilingan insonlar kiritiladi.

Bolalar va o'spirinlardagi arterial gipertenziya bolalar va o'spirinlarda – yurak-qon tomir tizimining eng tarqalgan kasalligi, u keyinchalik ateroskleroz, yurak ishemik kasalligi, tserebral asoratlar, qariyalardagi yurak etishmasligi rivojlanishi xavfli omili bo'lib hisoblanadi.

Birlamchi arterial gipertenziyaning boshlanishini bolalik va o'spirinlik davrlaridan izlash kerak, ya'ni yurak-qon tomir va arterial bosimning neyrogen, gumoral mexanizmlar shakllanib boshlanganda.

Arterial gipertenziya – SAB va/yoki DAB ning o‘rtacha darajasi AB ning tarqalish egriligi 95 protsentiliga teng yoki undan oshiq bo‘lgan holat deb tushuniladi. Arterial gipertenziya birlamchi (essentsial) yoki ikkilamchi (simptomatik) bo‘lishi mumkin.

AG ning etiologik omillari:

- yaqin qarindoshlari orasida gipertonik kasallik bo‘yicha irsiy og‘irlashgan vaziyat;
- ortiqcha tana vazni;
- shaxsning patoxususiyatologik alohidaligi;
- oiladagi noadekvat psixologik muhit;
- qon lipid tarkibining buzilishi;
- etarli bo‘lmagan harakat faolligi;
- tuzga bo‘lgan yuqori sezuvchanlik porogi;
- simpatikotoniya va etarli bo‘lmagan vegetativ ta‘minlanish;
- o‘choqli infeksiyaning tez qo‘zishi;
- perifrik qarshilik oshishi bilan gemodinamikaning giopkinetik tipi;
- fizik va jinsiy etilishning erta boshlanishi;
- siydik kislotasining qon zardobida oshishi (giperurikemiya).

Birlamchi yoki **essentsial AG** – alohida kasallik, bunda asosiy klinik simptomlari bo‘lib SAB va/yoki DAB oshishi hisoblanadi.

Labil AG – AB ning turg‘un bo‘lmagan oshishi. Labil AB tashxisi faqat AB oshishi doimiy bo‘lmaganda belgilanadi (dinamik kuzatuvda).

Ikkilamchi yoki **simptomatik AG** – ma‘lum sababalar – turli a‘zo va tizimlarda paologik jarayonning bo‘lishida AB ning oshishi.

Gipertonik kasallik (GK) – surunkali kechuvchi kasallik, uning asosiy ko‘rinishi patologik jarayon borligi bilan bog‘lanmagan arterial gipertenziya sindromi hisoblanadi, AB oshishi ma‘lum sabablar bilan bog‘liq (simptomatik arterial gipertenzivlar).

Patogenezi. Organizmning tabiiy gipotenziv himoya tizimiga taalluqli:

a) **baroretseptorlar tizimi** (AB oshganda tomirlar devori chuzilishiga reaksiya qiladi) karotid sinusda va aorta ravog‘ida. AGda baroretseptorlarning yangi, ancha yuqori kritik darajaga qayta tiklanishi sodir bo‘ladi, qachonki ularning ta‘sirchanligi AB oshishiga sezuvchanligi pasayganda ular faoliyati yuzaga chiqadi. Bu bilan balkim antidiuretik gormon faolligi oshishi ham bog‘liq bo‘lishi mumkin.

b) **Kinin va prostaglandinlar tizimi** (asosan “A” va “E” prostaglandinlari, ular buyrakning intertsitsinal qavatida ishlab chiqariladi). Me‘yorda AB kritik sathdan oshishi kinin va prostoglandinlar sintezini kuchaytiradi va aorta hamda sinokarotid zona baroretseptorlari ishlab boshlaydi, natijada bosim tezda normallasadi. AGda bu himoya mexanizmi buzilgan bo‘ladi.

Kinin va prostaglandinlar ta'sir qilishi: buyrak qon aylanishi kuchayishi, diurez kuchayishi, natriy-urez kuchayishi. Demak, ular ideal saluretiklar hisoblanadi. Kasallik progressirlanishi bilan bu himoya tizimlari kamayadi, natriy-urez tushadi, natriy organizmda ushlanib qolinadi, bu oxir-oqibat bosim oshishiga olib keladi.

Birlamchi arterial gipertenziyaning patogenetik mexanizmlari qator yillar davomida X.M.Markov va hammualliflari tomonidan o'rganilgan. Olimlar fikriga ko'ra, bolalarda va o'spirinlardagi bu kasallik mohiyati bo'yicha "boshqarilish kasalligi" deb ataladi: arterial bosimning neyrogumoral regulyatsiya tizimi faolligi va o'zaro ta'sir qilishi buziladi, gipertenziya progressivlanishi bilan tomirlar struktur o'zgarishi rivojlanadi, asosan hujayra membranalarining. Mos sharoitlarda bu o'zaro ta'sir qiluvchilar bir birini kuchaytiradi, oxir oqibat bu pressor mexanizmlar ustun kelishi va arterial gipertenziya rivojlanishiga olib keladi. Natriy, kaliy va asosan kaltsiy ionlarining transmembran oqimi buzilishi alohida o'rin egallaydi, bularga nisbatan hujayra membranasi o'tkazuvchanligi oshgan bo'ladi. SHu bilan birga sarkoplazmatik retikulum tomonidan kaltsiy ushlanishi pastligi kuzatiladi, bu hujayra ichi kaltsiy darajasi oshishiga, shuningdek qon tomir va yurak muskul hujayralari kontraktil apparati faolligi ko'payishiga olib keladi.

Markaziy va periferik gemodinamikani o'rganish shuni ko'rsatdiki, bolalar va o'spirinlardagi birlamchi arterial gipertenziya boshlang'ich bosqichlari uchun tsirkulyatsiyaning giperkinetik tipi xosdir, bunda simpatiko-adrenal tizim faollashishi hal qiluvchi rolga ega.

Arterial gipertenziya klinikasi. Kasallik boshlang'ich bosqichlarida klinikasi aniq ifodalanmagan, bemor uzoq vaqt AB oshganligi haqida bilmasligi mumkin. Lekin aynan shu davrda u yoki bu darajada ifodalangan quyidagi nospetsifik shikoyatlar: tez charchashlik, jizzakilik, mehnat qobiliyatining pasayishi, holsizik, uyqusizlik, bosh aylanishi va boshq. kuzatiladi. Aynan ushbu shikoyatlar bilan bemor birinchi marta shifokorga murojaat qiladi.

Arterial gipertenziyaning bolalardagi asosiy belgilari quyidagilar:

a) bosh og'riqlar: ko'pincha ensa va chakkada joylashgan; ertalablari yoki ish kuni oxiriga kelib "og'ir bosh". Odatda og'riqlar gorizontol holatda kuchayadi va

yurishdan keyin susayadi. Bunday og'riqlar arteriolalar va venalar tonusi o'zgarishi bilan bog'liq. Aksar og'riqlar bosh aylanishi va quloqdagi shovqinlar bilan birga kechadi.

b) yurak sohasidagi og'riqlar: AB oshishi yurak ishi kuchayishi (ko'tarilgan qarshilikni engish uchun) bilan bog'liqligi uchun kompensator ravishda miokard gipertrofiyasi rivojlanadi. Gipertrofiya natijasida miokard imkoniyati va ehtiyoji orasida dissotsiatsiya paydo bo'ladi, bu klinikada stenokardiya tipidagi YUIK ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bunday holat ko'pincha keksa yoshdagi GKda kuzatiladi. Stenokardik og'riqlardan tashqari, yurakdagi og'riqlar kardialgiya tipida – yurak chuqqisi sohasidagi uzoq davom etuvchi simillovchi og'riqlar bo'lishi ham mumkin.

v) ko'z oldi jimirlashi, ko'z oldida parda, chaqmoqsimon jimirlashlar va boshqalar kuzatiladi. Ularning hosil bo'lishi ko'z to'r pardasi arteriolalarining spazmi hisobiga sodir bo'ladi. YOmon sifatli AGda to'r pardaga qon qo'yilishlar kuzatilishi mumkin, bu ko'rishning to'liq yo'qolishiga olib keladi. Oshgan arterial bosimni baholash uchun protsentil uslubi qo'llaniladi, u BJSST tomonidan turli davlatlarda olingan ma'lumotlarni taqqoslash uchun tavsiya etiladi. Arterial bosim oshgan hisoblanadi-ki, agar uning sistolik yoki diastolik qiymati populyatsiyadagi ushbu ko'rsatkichlar 95-protsentilli tarqalish egriligidan oshsa. Bolalardagi va o'spirinlardagi arterial bosim normativlari har 15-20 yilda qayta ko'rilishi kerak. SHu sababli, bolalar va o'spirinlardagi AB yosh, jins, vazn va bo'yin uzunligiga bog'liq, 18 yoshdan kattalarda ko'llaniladigan AG tashxislash uslubi bu kategoriya bolalarida ishlatilishi maqsadga muvofiq emas.

Bolalar va o'spirinlarda AG tashxisoti populyatsion tekshirishlar natijalari asosida tuzilgan maxsus jadvallarni qo'llash orqali amalga oshiriladi, va quyidagi bosqichlardan iborat:

maxsus jadval bo'yicha bemor yoshi va jinsiga taaluqli bo'y protsentilini aniqlash;
2-3 daqiqa intervalda amalga oshirilgan ABni uch o'lchami asosida SAD va DAD ning o'rtacha qiymatini aniqlash;

bitta tashrifda uch karra o'lchangan AB natijalari bo'yicha SAD va DAD ning o'rtacha qiymatini aniqlash, jins, yosh va bo'y protsentiliga mos keluvchi AB ning 90 va 95 protsentillari bilan solishtirish; uchta tashrifda, har bir tashrif orasida 10-14 kun interval bo'lgan, SAD va DAD ning o'rtacha qiymatini jins, yosh va bemor bo'yi protsentiliga mos AB protsentillari bilan solishtirish.

Agar 10-14 kun intervalli tashrifda aniqlangan SAD va DAD ning uchta o'rtacha qiymati normal, yuqori va normal AB yoki AG qiymatiga to'g'ri kelsa mos tashxis qo'yiladi.

Normal AB – uchta tashrifdagi SAD va DAD ning o'rtacha qiymati ushbu yosh, jins va bo'y uchun 90 protsentilning o'rtacha qiymatidan kam.

YUqori normal AB – uchta tashrifda SAD va/yoki DAD ning o'rtacha darajasi 90 protsentil qiymatiga teng yoki undan katta, lekin ushbu yosh, jins va bo'y uchun 95 protsentil qiymatidan kam.

Arterial gipertenziya – uchta tashrifda SAD va/yoki DAD o'rtacha qiymati ushbu yosh, jins va bo'y uchun 95 protsentil qiymatiga teng yoki undan oshiq.

Anamnez yig'ish. Maqsad: umr anamnezi va kasallik anamnezidan ma'lumotlarni yig'ish, ular to'g'ri tashxis qo'yish uchun yordam beradi. Anamnez yig'ishda quyidagi ma'lumotlarga e'tibor berish kerak:

- shikoyatlar (bosh og'rishi, qusish, uyqu buzilishi);
- AB darajasi va AG davomiyligi;
- homiladorlik va tug'ruq patologiyasi (vaqtdan ilgari tug'ruqlar);
- erta yoshdagi patologiya (chala tug'ilganlik, ona qornidagi gipotrofiya, bronxo-o'pka displaziyasi va boshq.);
- kalla-miya shikasti va qorin shikasti;
- vaqtdan ilgari jinsiy rivojlanish (ikkilamchi jinsiy belgilar paydo bo'lishi qizlarda 8 yoshgacha, bolalarda 10 yoshgacha);
- pielonefrit (tana haroratining sababsiz oshishi epizodlari, leykotsituriya, dizuriyalarning anamnezida uchrashi bo'yicha taxmin qilish mumkin);
- avvalgi amalga oshirilgan gipotenziv terapiya;

-osh tuzini ko'p iste'mol qilish (tayyor bo'lgan ovqatni qo'shimcha tuzlashga moyillik), tana vazni, fizik faollikning darajasi va xususiyati o'zgarishlari;

-alkogol qabul qilish, chekish, ba'zi dori vositalarini qabul qilish (amfetaminlar, pressor dorilar, steroidlar va nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar, tritsiklik antidepressantlar, oral kontratseptivlar), narkotik vositalarni va boshqa stimulyatorlarni, shu jumladan o'simlikdan kelib chiqqanlarini ham (ovqat qo'shimchalari);

-GK, boshqa yurak-qon tomir kasalliklar va qandli diabet bo'yicha og'irlashgan irsiyat (bu kasalliklarning ota-onalarda 55 yoshgacha bo'lishi);

-ruhiy va muhitiy omillar (o'qish va ish xususiyati, oiladagi atmosfera, ota-onalar yoki vasiylarning ta'lim va emotsional statusi, oilaning ijtimoiy va iqtisodiy ko'rsatkichlari, uy-joy sharoiti, ota-onalar mehnati xususiyati, bir-birini tushunish darajasi).

Klinik tekshirish. Maqsad: to'g'ri tashxis qo'yish uchun yordam beradigan simptomlarni aniqlash. Klinik tekshirish AG ko'rinishini va nishon-a'zolar zararlanishini aniqlash, shuningdek ikkilamchi AG ni iste'sno qilish uchun olib boriladi. Maqsadga yo'naltirilgan ob'ektiv tekshirish quyidagilarni o'z ichiga olishi kerak:

Antropometrik o'lchashlar (tana vazni va uzunligi, teri burmalari qalinligi) – tana vazni indeksini – Kettle indeksini hisoblash (kg lardagi tana vaznining m² dagi tana uzunligiga nisbati) va uning klinik ahamiyatligini baholash;

Arterial bosimni qo'l va oyoqlarda o'lchash – qo'ldagi AB oyoqdagi AB dan katta yoki unga teng (aorta koarktatsiyasida);

Teri qoplamlarini ko'zdan kechirish: “sutli qahva” rangidagi dog'lar (neyrofibromatoz); livedo reticularis (tugunchali periarteriit); striyalar (giperkortizolizm); neyrofibromatoz tugunlar (neyrofibromatoz); teri namligining oshganligi (tireotoksikoz, feoxromotsitoma);

Ko'z tubini tekshirish: arteriyalarning spazmi va qisilishi; gemorragiyalar; ekssudatsiya; ko'ruv nervi so'rg'ichi shishi;

Bo'yin sohasidagi tekshiruvlar: auskultatsiyada uyqu arteriyasi ustida shovqin; bo'yinturuq venalarining burtishi; qalqonsimon bez shishi;

Yurak-qon tomir tizimini tekshirish: ikkal qo'lda tomir urishini baholash (tomir urishi yo'qligi Takayasu kasalligida); yurak qisqarishlari tezligi va maromi; chuqqi turtkisi; yurak zarbasi; chiqillashlar, shovqinlar, III va IV tonlar;

Bronx-o'pka tizimini tekshirish: hansirash; xirillashlar;

Qorin bo'shlig'i a'zolarini tekshirish: hajmli tuzilmalar, patologik pul'satsiya; qorin aortasi ustida shovqin;

Qo'l-oyoqlarni tekshirish: periferik arteriyalarda tomir urishi; son arteriyasida shovqin; shishlar;

Nevrologik statusni tekshirish: ilgarigi miya gemodinamikasi buzilishlari simptomlari;

Tanner shkalasi bo'yicha jinsiy rivojlanishni baholash.

Turli yosh davrlarida arterial gipertenziyaning eng ko'p sabablari

1 yoshgacha bo'lgan bolalar:

- Buyrak arteriyalari yoki venalarining trombozi;
- Buyrak arteriyalari stenozi;
- Buyrak tug'ma nuqsonlari;
- Aorta koarktatsiyasi;
- Bronx-o'pka displaziyasi.

1 – 6 yoshgacha bo'lgan bolalar:

- Buyrak arteriyasi stenozi;
- Buyrak parenximatoz kasalliklari;
- Vilms o'smasi;
- Neyroblastoma;
- Aorta koarktatsiyasi;
- Buyrak usti bezlari o'smasi;
- Itsenko-Kushing kasalligi;
- Feoxromotsitoma;
- Tugunchali periartrit.

7 – 12 yoshgacha bo‘lgan bolalar:

- Buyrak parenximatoz kasalliklari;
- Renovaskulyar patologiya
- Aorta koarktatsiyasi;
- Essentsial AG;
- Itsenko-Kushing sindromi;
- Feoxromotsitoma;
- Nespetsifik aorto-arteriit;
- Tugunchali periarteriit.

O‘spirinlar:

- Essentsial AG;
- Buyraklar parenximatoz kasalliklari;
- Renovaskulyar AG;
- Buyrak usti bezi po‘stloq qavati tug‘ma disfunktsiyasi;
- Feoxromotsitoma;
- Itsenko-Kushing sindromi;
- Tugunchali periartrit.

Arterial gipertenziya tasnifi

Bolalar va o‘spirinlarda AG ning 2 darajasini ajratish maqsadga muvofiq:

I daraja – uchta o‘lchovdan olingan SAD va /yoki DAD ning o‘rtacha qiymati ushbu yosh guruhi uchun aniqlangan 95 protsentil qiymatiga teng yoki undan katta (10 mm sim. ust. dan kamroq).

II daraja (og‘ir) – uchta o‘lchovdan olingan SAD va/yoki DAD o‘rtacha qiymatining shu yosh guruhi uchun aniqlangan 95 protsentil qiymatidan 10 mm.sim.ust.dan va ko‘proq ustun kelishi.

Agar SAD va DAD o‘rtacha qiymati turli kategoriyalarga tushsa, unda AG darajasi ikkita ko‘rsatkichning ancha yuqori qiymati bo‘yicha belgilanadi. AG darajasi birinchi tashxislangan AG da va gipotenziv dorilar qabul qilmayotgan bemorlarda ham aniqlanadi.

Gipertonik kasalligining tashxisini va bosqichini aniqlash.

Bolalardagi va o'spirinlardagi AG o'ziga xosligini hisobga olgan holda (vegetativ disfunktsiya bilan bog'liqligi, ko'pincha labil xususiyatli AG), gipertonik kasalligi tashxisini faqat 16 yoshdagi va undan katta o'spirinlarda birlamchi AG 1 yil mobaynida yoki ko'proq saqlanganidagina va ertaroq – nishon-a'zolar shikastlanishi mavjud bo'lganda qo'yish mumkin.

Gipertonik kasallik I bosqichi – nishon-a'zolarida o'zgarishlar yo'qligini taxmin qiladi.

Gipertonik kasallik II bosqichi – bitta yoki bir nechta nishon-a'zolarida shikastlanish borligi.

Arterial gipertenziyaning differentsial tashxisoti

Tashxis qo'yishda gipertoniya aniqlangan har bir alohida vaziyatda oshgan bosimni tushunishga differentsial yondoshish taqoza etiladi.

I. Buyrak geneziga ega gipertoniya

a) surunkali diffuz glomerulonefritda; anamnezida aksar buyrak patologiyasi mavjudligi, eng boshlanishida siydik tomonidan hech bo'lmasa minimal o'zgarishlar – uncha katta bo'lmagan gematuriya, proteinuriya, tsilindruriya bor. GB da bunday o'zgarishlar faqat ancha chuqurlashgan bosqichlarda bo'ladi. AB stabil, juda katta bo'lmasligi ham mumkin, krizlar kam. Buyrak biopsiyasi yordam beradi.

b) surunkali pielonefritda: bakterial tabiatli patologiya, infektsiya belgilari bor. Dizurik buzilishlar. Anamnezida – titrashlar bilan o'tkir yallig'lanish, isitma, beldagi og'riqlar, ba'zida buyrak sanchig'i. Pielonefritda buyraklarning kotsentratsion funktsiyasi ziyon ko'radi (faqat 2 tomonlama shikastlanishda), erta chanqash va poliuriya paydo bo'ladi. Ko'pincha belni urib ko'rish simptomi musbat. Siydik tahlilida leykotsituriya, katta bo'lmagan va mu'tadil proteinuriya. Siydikni ekish alohida ahamiyatga ega – koloniyalarning ko'p miqdori aniqlanadi. Bakteruriya bo'lishi mumkin.

v) polikistoz buyrak ham AB oshishi sababchisi bo'lishi mumkin. Bu tug'ma kasallik, shuning uchun patologiya oilaviy xususiyatiga ega. Polikistoz tez-tez buyrak o'lchamlari kattalashishi bilan kechadi, buyraklar osongina aniq

paypaslanadi, buyrakning konsentratsion funksiyasi erta buzilishi kuzatiladi, chanqash va poliuriya erta aniqlanadi.

II. Endogen genezli arterial gipertoniya:

a) *Itsenko-Kushing sindromi* buyrak usti bezlari po'stloq qavati zararlanishi bilan bog'liq, glyukokortikoidlar chiqishi keskin oshadi. Bemorlarning tipik qiyofasi xosdir: oysimon yuz, yog' kletchatkasi qayta taqsimlanishi.

b) *feoxromotsitoma*: miya qavati etuk xromaffin to'qimasidan paydo bo'lgan o'sma, kamroq hollarda aortal paratugunlar o'smasi, simpatik nerv tugunlari va chigallari o'smasi. Xromofin to'qimasi adrenalini va noradrenalin ishlab chiqaradi. Odatda feoxromotsitomada katexolaminlar qon o'zaniga davriy chiqariladi, bu bilan katexolaminli krizlar paydo bo'lishi tushuntiriladi. Feoxromatsitoma klinikasi bo'yicha ikkita variantda kechadi:

1) krizli arterial gipertoniya;

2) doimiy arterial giperetenziya. AB to'satdan ko'tariladi (10 mm sim. ust.dan kam emas). Aniq ifodalangan vegetativ ko'rinishlar: yurak urishi, qaltirash, terlash, qurquv hissi, havotirsizlik, teri ko'rinishlari bilan namoyon bo'ladi. Katexolaminlar faol ravishda modda almashinuviga qo'shiladi – qondagi qand miqdori oshadi, shuning uchun kriz vaqtida chanqash, keyin esa poliuriya kuzatiladi. AB ning ortostatik tushishiga moyillik to'g'iladi, bu gorizental holatdan vertikal holatga o'tishda hushdan ketish bilan kuzatiladi (ortostazdagi gipotoniya). Feoxromotsitomada tana vazni kamayishi uchraydi, bu asosiy almashinuv oshishi bilan bog'liq.

v) *akromegaliya*. AB buyrak usti bezi funksiyasi oshishi hisobiga namoyon bo'ladi.

g) *tireotoksikoz*: buyrak orqali kaltsiy chiqarilishi sodir bo'ladi, bu toshlar hosil bo'lishiga moyillik yaratadi va oxir oqibat AB oshishiga olib keladi.

III. Gemodinamik arterial gipertenziyalar yirik qon tomirlarning birlamchi zararlanishi bilan bog'liq.

a) *aorta koarktatsiyasi* – tug'ma kasallik, aorta bo'yinchasi sohasida muskul qavati qalinlashishi. Qonning qayta taqsimlanishi yuzaga keladi – qisilishdan yuqorida, ya'ni tananing yuqori bo'limidagi tomirlarning qon bilan to'lishi yuzaga keladi;

oyoq tomirlari esa qonni kam oladi va sekin qonga to‘ladi. Kasallikning asosiy belgilari jinsiy balog‘at yoshiga etganda kuzatiladi, odatda 18 yoshda. Sub‘ektiv bosh og‘riqlari, isish hissi, burundan qon ketishlar kuzatiladi.

b) *pulbs yo‘qligi yoki Takayasu sindromi*. Sinonimlari: panaortit, aorta yoki shoxlari panarteriiti, aorta ravog‘i kasalligi. Infeksion-allergik tabiatli kasallik, tez-tez yosh ayollarda uchraydi. Aorta devorlarining proliiferativ yallig‘lanishi kuzatiladi, ko‘p darajada intimasining, nekrozlar natijasida blyashkalar hosil bo‘ladi, fibrinoid bo‘kish yuzaga keladi. Anamnezida uzoq subfebrilitet, va allergik reaksiyalar.

Qo‘l-oyoqlar va miya tomirlarida ishemik sindrom yuzaga keladi, bu hushidan ketishlar, bosh aylanishlar, ko‘rish yo‘qolishi, hushning qisqa vaqt yo‘qotilishi, qo‘llardagi holsizliklar bilan namoyon bo‘ladi. Qon qayta taqsimlanishi natijasida arterial gipertenziya rivojlanadi. Bu kasallikni “teskari koarktatsiya” deb ham atashadi. Qo‘llarda bosim pasaygan, buning ustiga nosimmetrik, oyoqlarda esa bosim katta. Keyinchalik vazorenal yoki ishemik gipertoniya qo‘shiladi. Buyrak shunti paydo bo‘ladi.

IV. Markaziy arterial gipertoniylar, bosh miya zararlanishi bilan bog‘liq – entsefalit, o‘smalar, qon quyilishlar, ishemiya, kalaa shikastlari va hokazo. Miya ishemiyasida gipertenziya kompensator xususiyatga ega va miya qon aylanishi yaxshilanishiga qaratilgan. Gipertoniya rivojlanishida gipotalamik strukturalar shikastlanishi va funktsional o‘zgarishi ahamiyatga ega, bu arterial bosimning markaziy nerv regulyatsiyasi buzilishi bilan kechadi.

V. Dori arterial gipertoniyasi:

adrenergik vositalarni qabul qilganda: efedrin, adrenalin.

gormonal vositalar (glyukokortikoidlar) bilan uzoq davolashda.

buyrakka shikastlovchi ta’sir qilishi mumkin dorilar (fenatsetin) bilan davolanganda.

Arterial gipertenziyaning davosi va profilaktikasi

AB davolash maqsadi erta yurak-tomir kasalliklari va o‘lim oldini olish uchun AB ning turg‘un normalizatsiyasiga erishishdan iborat.

AG davolash masalalari:

- AB ning maqsadli stahiga ega bo'lish, u mos yoshga, jinsga va bo'y 90 protsentiliga teng AB darajasiga erishishidan iborat;
- bemor hayot sifatini yaxshilash;
- nishon-a'zolar zararlanishini profilaktikasi yoki ularda mavjud o'zgarishlarning qayta rivojlanishi;
- gipertonik krizlar profilaktikasi.

AG li bolalar va o'spirinlarni olib borishning umumiy tamoyillari.

- Bola yoki o'spirinda AG aniqlanganda medikamentoz terapiya olib borilmaydi. Nomedikamentoz davolash va kuzatuv tayinlanadi;
- Bola yoki o'spirinda "arterial gipertenziya birinchi darajali" tushunchasiga mos keladigan AG aniqlanganda, medikamentoz terapiya nomedikamentoz davolashning 6-12 oy ichida sarasizligida medikamentoz terapiya tayinlanadi;
- Bola yoki o'spirinda gipertenziyaning ikkinchi bosqichi aniqlanganda medikamentoz davolash nomedikamentoz terapiya bilan bir vaqtda olib boriladi;
- Agar o'spirin 16 yosh va undan katta va yuqori xavf guruhiga mansub bo'lsa medikamentoz terapiya nomedikamentoz terapiya bilan birga AG darajasiga qarmasdan tayinlanadi;
- Dori tanlash bemorning individual xossalari, yoshi, birga kelgan holatlar (semirish, qandli diabet, vegetativ nerv tizimi holati, chap qorincha miokardi gipertrofiyasi, buyraklar funksional holati va boshq.) dori tayinlanadi;
- Davolash minimal dozalardan boshlanadi va faqat bitta dori bilan, natijada nojo'ya ta'sir kamaytiriladi. Agar preparatning etarli bo'lmagan ta'siri namoyon bo'lsa, ushbu dori vositasi dozasini ko'paytirish maqsadga muvofiqdir;
- Gipotenziv ta'sir yo'qligi yoki dori vositasini yaxshi ko'taraolmaslikda dorini almashtirish tavsiya etiladi;
- Tor ta'sir qiluvchi dorilar berilishi maqsadga muvofiq, ular AB nazoratini 24 soat ichida bir marta qabul qilganda bajarishi lozim;
- Monoterapiyaning samarasizligi natijasida dori vositalarini kam dozalarda birga qo'shib qabul qilish tavsiya etiladi;

-Gipotenziv ta'sir baholanishi davolash boshidan, keyin 8-12 hafta ichida amalga oshiriladi;

-Medikamentoz terapiyaning optimal davomiyligi har bir konkret vaziyatda aniqlanadi. Medikamentoz davolashning minimal davomiyligi - 3 oy, afzalroq – 6 - 12 oy;

-Adekvat tanlangan terapiyada uzluksiz davolashdan keyin 3 oy o'tib dori dozasi sekin-asta kamayishi mumkin, hatto dorini olib tashlashgacha, keyin nomedikamentoz terapiya bajariladi.

-Nomedikamentoz terapiya samarasi 3 oyda bir marta amalga oshiriladi.

Arterial gipertenziyani nomedikamentoz davolash.

Bolalar va o'spirinlarni nomedikamentoz davolashga ko'rsatmalar ularda yuqori normal AB yoki AG mavjudligidir. Nomedikamentoz davolash barcha bollalarga tavsiya qilinishi kerak.

Nomedikamentoz davolash o'z ichiga quyidagi komponentlarni oladi:

1. Ortiqcha tana vaznining kamayishi
2. Fizik faollikning optimallasishi
3. Ovqatlanishning ratsionalizatsiyasi

-SHu bilan birga davolash ovqatlanishning asosiy tamoyillari bo'lib xizmat qilishi kerak:

-Ratsionning fiziologik to'la qimmatliligi, ratsion o'zida ovqatlanishning barcha omillarini bola va o'spirin ehtiyojiga mos asosiy ovqat moddalari va energiyasiga mos holda tutishi kerak;

-Natriy va suv iste'molini cheklash, shu bilan birga organizmda kaliy va magniy darajasini ko'paytirish;

-Optimal yog'-kislota tarkibini saqlash, parhez umumiy yog'lar miqdoridan 30% dan kam bo'lmagan o'simlik yog'larini tutishi kerak.

Arterial gipertenziyani medikamentoz davolash

Hozirgi vaqtda AG li bolalar va o'spirinlarni davolash uchun 5 ta asosiy guruh gipotenziv dorilari foydalanilishi mumkin:

-diuretiklar;

-b-adrenoblokatorlar;

-angiotenzin aylantiruvchi ferment ingibitorlari;

-kaltsiyli kanallar blokatorlari;

-angiotenzin II retseptorlari antagonistlari.

AB ni 24 soat nazorat qiluvchi uzoq ta'sir etuvchi preparatlar ahamiyatli. Medikamentoz davolash oldidan bolaning o'zidan, agar u 14 yoshga kirgan bo'lsa, va ota-onalaridan medikamentoz dorilardan foydalanishga ruxsat olish kerak.

Diuretiklar

Diuretiklar bolalar va o'spirinlarda AG ni uzoq vaqt mobaynida davolash uchun qo'llaniladi. Gipotenziv vositalar sifatida kam dozalardagi tiazid va tiazidsimon diuretiklar qo'llanilishi mumkin. Qovuzloq diuretiklari faqat gipertonik krizlar va buyrak etishmovchiligi mavjud bo'lgandagina qo'llaniladi.

Gidroxlortiazid (25 mg tabletkalari)

Dozalash tartibi: bolalar: 1-3 mg/kg/kun. peroral 2 qabulga; o'spirinlar: 12,5 -25 mg kuniga (peroral). Alohida qaydlar: nojo'ya ta'sirlar rivojlanishi munosabati bilan kaliy, glyukoza, qon lipidlari nazorati olib borilishi kerak, davolashning har 4 haftasida EKG o'tkazilishi zarur. Dorining past dozalari (6,25 mg kuniga 1 mahal) boshqa gipotenziv dorilar samaradorligini oshiradi.

Indapamid retard (1,5 mg li tabletkalar)

Dozalash tartibi: o'spirinlar: 1,5 mg peroral kuniga 1 mahal. Doza oshishi amalga oshirilmaydi. Alohida qaydlar: qondagi kaliy darajasini nazorati, har 8 hafta ichida EKG nazorati.

b-adrenoblokatorlar

Avval b-blokatorlar qator diuretiklar bilan birga bolalar va o'spirinlardagi AG ni davolashning asosiy dorilari deb qaralardi. Hozirgi vaqtda ularning ko'pgina nojo'ya ta'siri aniqlashtirilgandan keyin, ularning bolalar va o'spirinlarda qo'llanilishi cheklangan.

Metoprolol (50 mg li tabletkalar). Dozalash tartibi: o'spirinlar: 50-100 mg/kun 1-2 qabul uchun.

Atenolol (50 mg li tabletkalar) Dozalash tartibi: bolalar: 0,8-1 mg/kg/kun peroral 1-2 qabul uchun; o'spirinlar: 25-50 mg kuniga 1-2 qabul uchun.

Alohida qaydlar: qonda glyukoza, qand darajasi nazorati, davolash boshidan har 4 hafta mobaynida EKG nazorati, bemor emotsional holati regulyar tekshirish, muskul tonusini baholash

APF (angiotenzin almashtiruvchi ferment) ingibitorlari

APF ingibitorlari yuqori samarali, xavfsiz kardioprotektiv ta'sir qilishi va buyrak funksiyasiga ijobiy ta'sir qilishi bilan xususiyatlanadi. APF ingibitorlari samaradorligi kichik yoshdagi bolalarni davolashda eng ko'p ta'sir etishi haqida ma'lumolar bor. Teratogen ta'siri tufayli APF ingibitorlarini yuqori seksual faollik mavjud o'spirin-qizlarda katta ehtiyotkorlik bilan qo'llash kerak.

Kaptopril (25 mg li tabletkalar) Dozalash tartibi: chaqaloqlar: 0,05-0,1 mg/kg peroral kuniga 1-3 mahal (maksimal 2 mg/kg/kun); bolalar: 0,1-0,5 mg/kg kuniga 2-3 mahal (maksimal 6 mg/kg/kun); o'spirinlar: 12,5-25 mg kuniga 2-3 mahal.

Enalapril (tabletki po 5, 10 i 20 mg) Dozalash tartibi: chaqaloqlar: 0,05-0,1 mg/kg peroral kuniga 1 -3 mahal (maksimal 0,3 mg/kg/kun); bolalar: 0,1-0,2 mg/kg/kun kuniga 1-2 qabul qilish uchun (maksimal 0,5 mg/kg/kun); o'spirinlar: 5-40 mg kuniga peroral 1-2 qabul uchun.

Fozinopril (tabletki po 10 i 20 mg) Dozalash tartibi: o'spirinlar: 5-20 mg kuniga bitta qabul uchun.

Alohida qaydlar: kaliy, buyrak funksiyalari, leykotsitar formula nazoratini har 8 hafta davomida olib borish kerak, qiz-o'spirinlarni davolashda homiladorlik testi har 8 hafta olib borilish kerak.

Kal'tsiy kanali blokatorlari

Hozirgi vaqtda bolalar va o'spirinlarda AG ni davolashda prolongirlangan dorilar, digidroperidin hosilalari foydalanishi mumkin.

Amlodipin (5 va 10 mg tabletkalari) Dozalash tartibi: bolalar – 0,3 mg/kg/kun bitta ichish uchun; o'spirinlar – 5-10 mg kuniga 1 mahal.

Alohida qaydlar: bemor emotsional statusini, muskul tonusini tartib bilan aniqlash tavsiya etiladi. Oyoqlar shishi kuzatilish mumkin.

Nifedipin retard (20 mg li tabletkalar) Dozalash tartibi: o'spirinlar: 20 mg peroral kuniga 1 mahal. Doza oshirilishi olib borilmaydi.

Angiotenzin II retseptorlari antagonistlari

Angiotenzin II retseptorlari antogonistlari gipotenziv preparatlarning yangi sinfi, ularning AG ni davolashdagi o'rni oxirigacha aniqlanmagan. Yo'tal tufayli APF ingibitorlarni qo'llash iloji bo'lmaganda ular alternativ sifatida foydalanilishi mumkin.

Lozartan (50 i 100 mg tabletkalar) Dozalash tartibi: o'spirinlar: 25-50 mg/kun 1 marta qabul qilish uchun. Dozaning kuniga 100 mg gacha oshishi mumkin.

Alohida qaydlar: jigar patologiyasi mavjud bemorlarda kichik dozalarni tayinlash lozim. Buyrak arteriyalarining ikki tomonlama stenozida yoki yagona buyrak arteriyalari stenozida (buyrak funksiyasi buzilishi xavfida), buyrak funktsiyasining o'rtamiyona va og'ir buzilishlarida, dimlanish yurak etishmasligida qo'llanilmaydi.

Simptomatik AG medkamentoz gipotenziv terapiyasi AG tabiati, AB oshish darajasi, gemodinamika xususiyati va asoratlar mavjudligiga bog'liq:

-birlamchi va ikkilamchi aldosteronizm (Na/K indeksi oshganligi) –kaliy saqlovchi dorilar (veroshpiron);

-renal va tomir simptomatik AG da – APF inhibitorlari;

-feoxromotsitomada - selektiv a-adrenoblokatorlar;

-AKTG da – birlamich giperaldosteronizm - deksametazon;

-surunkali pielonefritda gipotenziv ta'sir antibakterial dorilar qo'llanilishi bilan ham chaqirilishi mumkin.

Ko'pgina simptomatik AG da (bitta buyrak gipoplaziyasi, buyrak arteriyasi stenoz, feoxromotsitoma, o'sma, buyrak kistasi, aldosteroma, aorta koarktatsiyasi) xirurgik davolash qo'llanilishi mumkin.

SHoshilinch holatlarni (gipertonik krizni) davolash

Gipertonik kriz – AB ning birdan oshishiga bog'liq umumiy ahvolning to'satdan yomonlashishi. Gipertonik krizlar ko'pincha simptomatik AG da (o'tkir

glomerulonefrit, biriktiruvchi to‘qima tizimli kasalliklari, renovaskulyar patologiya, feoxromotsitoma, kalla-miya travmalari va boshq.) hosil bo‘ladi.

Bolalar va o‘spirinlarda gipertonik krizlarning ikki tipi farqlanadi:

-gipertonik krizning birinchi tipi nishon-a’zolar (MNT, yurak, buyraklar) tomonidan simptomlar hosil bo‘lishi bilan kechadi;

-gipertonik krizning ikkinchi tipi vegetativ simptomatikali simpatoadrenal paroksizm ko‘rinishida kechadi.

Gipertonik krizning klinik manzarasi umumiy ahvolning to‘satdan yomonlashishi bilan kechadi; sistolik AB ko‘tarilishi (150 mm sim. ust. dan baland) va/yoki diastolik bosimning (95 mm sim. ust. dan baland), kuchli bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi, ko‘rish buzilishi, ko‘ngil aynishi, qusish, titrash, rangparlik yoki yuzning giperemiyasi, qurquv hissi.

Gipertonik kriz yo‘qotilishning asosiy maqsadi – asoratlar oldini olish uchun AB ni havfsiz darajagacha pasaytirish. Keskin arterial gipotenziya vujudga kelishi havfi borligi uchun AB ni birdan tushirish mumkin emas. Odatda AB me’yorgacha kamayishi (ma’lum yosh, jins va bo‘y uchun 95 protsentsildan past) bosqichma-bosich amalga oshiriladi: birinchi 6-12 soatlarda AB ni rejalashtirilayotgan kamaytirishning 1/3 gacha pasaytiriladi; birinchi kunlar ichida esa AB yana 1/3 gacha pasaytiriladi; keyingi 2-4 kun mobaynida AB ni to‘liq me’yorlashtirish amalga oshiriladi.

Gipertonik krizni yo‘qotish uchun zarur:

-maksimal tinch muhitni yaratish;

-gipotenziv dorilarni qo‘lash;

-sedativ terapiya.

Bolalardagi gipertonik krizni davolash uchun quyidagi gipotenziv dorilar qo‘llanilishi mumkin:

-vazodilatatorlar;

-a-adrenoblokatorlar;

-b-adrenoblokatorlar;

-kaltsiy kanali blokatorlari;

-diuretiklar

Vazodilatatorlar

Gidralazin – to‘g‘ri ta‘sir qiluvchi vazodilatator, vena ichiga yuborilganda eng ko‘p ta‘sir qiladi, shu bilan birga darhol samara beradi, muskul ichiga yuborilganda natija 15-30 daqiqadan so‘ng paydo bo‘ladi. Dori buyrak qon aylanishiga ta‘sir etmaydi, ortostatik gipotoniya kam olib keladi. Boshlang‘ich dozasi vena ichiga 0,15-0,2 mg/kg. Samara yo‘qligida dori dozasi har 6 soatda maksimalgacha (1,5 mg/kg) ko‘tarilishi mumkin.

Natriy nitroprussid - arterial va venoz dilatator. U buyrak qon aylanishini kuchaytiradi, yurak haydab chiqarishiga minimal ta‘sir qiladi, vena ichiga yuborganda ABni nazorat qiladi. Boshlang‘ich dozasi bolalar va o‘spirinlarda 0,5-1 mkg/kg/daq., keyinchalik dozasini 8 mkg/kg/daq. gacha ko‘tarish bilan. Uzoq vaqt qo‘llanganda (>24 soat) metabolik atsidoz rivojlanishi mumkin.

α -adrenoblokatorlar i β -adrenoblokatorlar

Prazozin - selektiv α -1-adrenoblokator. Nisbatan antigipertenziv ta‘sir qilishi bilan xususiyatlanadi. Oshqozon-ichak traktidan tezda so‘riladi. Birinchi doza qabul qilinganidan so‘ng eng ko‘p ifodalangan terapevtik ta‘siri qad qilinadi, ortostatik dizregulyatsiya sodir bo‘lishi mumkin. SHu sababli dori qabul qilganidan so‘ng bemor gorizontol holatda bo‘lishi kerak. Boshlang‘ich dozasi 0,5 mg.

Fentolamin - noselektiv α -adrenoblokator, ham α -1-adrenoretseptorlar, ham α -2-adrenoretseptorlar qisqa muddatli va qaytar blokadasini chaqiradi. Fentolamin qisqa vaqtli ta‘sirli antigipertenziv dori hisoblanadi. Feoxromatsitomadagi gipertonik rizni davolashda qo‘llaniladi. Nojo‘ya ta‘siri α -2-adrenoretseptorlarni blokada qilish bilan bog‘liq (yurak urishi, sinusli taxikardiya, taxiaritmiyalar, ko‘ngil aynishi, qusish, diareya va boshq.). Fentolamin 20 ml fiziologik eritmasida tomchilab yoki oqim bilan vena ichiga yuboriladi (2 mg, lekin 10 mg dan ko‘p emas, har 5 daqiqada).

Atenolol va esmolol – β -adrenoblokatorlar. β -adrenoblokatorlar qo‘llanilishiga maqsad gipertonik krizda ortiqcha simpatikotonik ta‘sirlarni yo‘qotishdan iborat. Bu dorilar AB keskin ifldalangan taxikardiya va yurak maromi buzilishi bilan kelganda qo‘llaniladi. Selektiv β -1-adrenoblokatorlarni qo‘llash maqsada muvofiq.

Atenolol 0,7 mg/kg tana vazniga dozasida qo'llaniladi. Ancha og'ir hollarda, atenololning natijasi bo'lmaganda esmolol infuziyalari vena ichiga amalga oshiriladi.

Esmolol ultra qisqa ta'sir qiluvchi selektiv β -1-adrenoblokatoridir, ichki simpatikomimetik va mebranastimullovchi faolligiga ega emas. Birinchi daqiqa mobaynida dori 500-600 mkg/kg boshlang'ich dozasida beriladi. Natija bo'lmaganda dozasi har 5-10 daqiqada 50 mkg/kg/daqiqa maksimal dozagacha 200 mkg/kg/daq. oshirib borilishi mumkin. YArim parchalanish davri 9 daqiqaga teng, 20 daqiqa davomida esmolol to'liq parchalanadi va buyraklar tomonidan 24-48 soat ichida chiqariladi. Nojo'ya ta'sir qilishi: gipotenziya, bradikardiya, miokard qisqarish funksiyasi pasayishi, o'tkir o'pka shishi.

Kal'tsiy kanali blokatorlari

Nifedipin gipertonik krizlarni yo'qotish uchun samarali dori vositasi hisoblanadi. Dori sublingval yoki peroral 0,25 mg/kg dozada qo'llaniladi. Ta'siri 6-daqiqada rivojlanadi, 60-90 daqiqaga kelib ta'sirning maksimumi yuzaga chiqadi.

Verapamil OPSS, arteriolyar dilyatatsiya, diuretik va natriyurietik ta'siri natijasida bosimni pasaytiradi. Dorini 40 mg dozada peroral qo'llash mumkin, uning samarasizligida – sekin-asta vena ichiga 0,1-0,2 mg/kg hisobidan.

Diuretiklar furosemid vena ichiga 1 mg/kg dozada yuboriladi.

Sedativ terapiya (gipertonik krizni davolashning yordamchi komponenti).

Seduksen (relanium) 5 mg tabletka ko'rinishida yoki 1-2 ml eritma sifatida muskul ichiga yuboriladi.

Dispanser kuzatuv tamoyillari va profilaktikasi

Dispanserizatsiya – bu aholi, shu jumladan bolalar va o'spirinlar salomatligi ustidan faol dispanserizatsiya uslubidir. Dispanser kuzatuv ostiga GK, yuqor normal AB, AG va GK bo'yicha og'irlashgan irsiyat mavjud barcha bola va o'spirinlar tushadi.

Dispanserizatsiya o'z ichiga quyidagi tadbirlarni oladi:

-Tibbiy hisobotga GK, yuqori normal AB, AG va GK bo'yicha og'irlashgan irsiyat bor barcha bola va o'spirin yoshidagi shaxslar olinadi;

-Davriy tibbiy tekshiruvlar bu shaxslarda AG progressirlanishini oldini olishga imkon beradi;

-AB me'yorlashuviga qaratilgan sog'lomlashtiruvchi va davolash tadbirlarini olib borish;

-Jinsi va yoshi inobatga olingan holda bolalar va o'spirinlarni tibbiy-professional konsultatsiyalari va proforientatsiyasini o'tkazish.

GK, yuqori normal AB bo'yicha og'irlashgan irsiyati mavjud bolalar i o'spirinlar vrach-pediatr tomonidan 6 oyda 1 marta ko'rikdan o'kazilishi kerak (tekshiruv antropometriya va AB ni uch karra tekshirish bilan cheklanadi xolos). Ko'rsatilgan kontingent salomatlikning II guruhiga kiritilishi lozim.

AG yoki GK tashxisi tasdiqlanganida (essentsial yoki simptomatik) bola va o'spirin vrach-pediatr tomonidan 3-4 oy 1 marotaba tekshiriladi. Diagnostik tadbirlar hajmini, nomedikamentoz va medikamentoz davolash taktikasini va xavf omillari bilan kurashish masalalarini aniqlash uchun kardiorevmatolog ko'rigidan o'tishi kerak (AG da – 6 oyda 1 marta, GK da – 3 oyda 1 marta). Ko'rsatmalar bo'yicha bola yoki o'spirin nefrolog, okulist va nevropatolog maslahatidan o'tadi. Zaruriy tekshiruvlar 1 yilda bir mara qo'llanilishi mumkin.

AG li bolalar i o'spirinlar III guruh sog'lomlilarga kiritilishi mumkin, GB li esa – IV guruhga.

Bolalar va o'spirinlarni statsionar tekshiruvdan o'tkazish uchun ko'rsatmalar: AB ning turg'un ko'tarilishi, tomirli krizlar mavjudligi, ambulator sharoitlarda davolanganlikning samarasi yo'qligi.

AG birlamchi profilaktikasi amalga oshiriladi:

-populyatsion darajada (barcha aholiga ta'sir etish);

-xavf guruhlarida (og'irlashgan irsiyat mavjud, yuqori normal darajali AB, tana vazning ortiqcha bo'lgan, past fizik faollikli bolalarda).

Profilaktik ta'sir quyidagilarga qaratilgan bo'lishi kerak:

-ortiq tana vaznini pasaytirish yoki normal tana vaznini saqlash

-fizik faollikni optimallashtirish.

Adabiyotlar:

1. Mediko-sotsialnye posledstviya yoddefitsitnykh sostoyaniy. Profilaktika i lechenie. – Moskva-Perm, 1999 g.
2. Dedov I.I. Endokrinologiya. M., Meditsina, 2000 g.
3. Ekologiya i ekologicheskaya bezopasnost. YU. L. Xotuntsev. – Moskva, 2002.
4. Melnichenko G.A., Tokmakova A.YU., Koloda D.E., Lavriyeva N.V. Endokrinnye zabolevaniya. M. Meditsina, 2009 g.
5. SHustov S.B., Xalimov YU.SH., Trufanov G.E. Funktsionalnaya i topicheskaya diagnostika v endokrinologii. M. 2010 g.
6. Kronenberg G.M., Melmed SH., Polonskiy K.S., Larsen P.R. Zabolevaniya pitovidnoy jelezy. Williams Textbook of Endocrinology. 2010 g.
7. Gardner D., SHobek D. Bazisnaya i klinicheskaya endokrinologiya Kniga 1. Greenspan's Basic & Clinical Endocrinology. 2010 g.

5 -amaliy mashg'ulot.

Bolalarda me'da ichak yo'lining tug'ma taraqqiyot norasoliklari va anomaliyalari. Bolalarda buyraklar va peshob yo'llari tug'ma taraqqiyot nuqsonlari va anomaliyalari. 2 soat.

Ishdan maqsad:

Diagnoz aniqlanganda shifokor taktikasi, shaxsiy himoya vositalaridan foydalanish, dispanserizatsiya va rekonvalitsentlarni reabilitatsiya qilishni o'rgatish;

- bemor yotog'ida, laboratoriyalarda, shu jumladan, o'quv xonasida mavzuni muhokama qilishda bemorga nisbatan javobgarlik hissini rivojlantirish;
- tematik savollarni muhokama qilish misolida ilmiy fikrlash, klinik masalalarni echishda ijodiy jihatdan yondashish, shuningdek, mustaqil qaror qabul qilishga o'rgatish. Mantiqiy fikrlashni va o'z fikrini kasbiy tilda etkazib berishini rivojlantirish.

Ushbu amaliy mashg'ulot davomida quyidagilarni bajarish lozim

- professional anamnez yig'ish va bemorni ko'rikdan o'tkazish;
- erta va qiyosiy tashxislash asosida taxminiy tashxisni shakllantirish;
- shoshilinch holatni tashxislash va gospitalizatsiyagacha bo'lgan davrda 1-chi tibbiy yordam ko'rsatish;
- profilaktika va reabilitatsiyasini ta'minlash.

Ishni bajarish uchun namuna

Mashg'ulot o'tkazish joyi, jihozlanishi

- auditoriya; qabul bo'limi; diagnostika bo'limi;

- texnik vositalar: tematik bemorlar; overxed; multimedia proektori; TV-video; o'rgatuvchi-nazorat qiluvchi dastur; yangi pedagogik texnologiya usullari stsenariylari; vaziyatli masalalar.

Tug'ma ichak tutilishi – chaqaloqlarda shoshilinch jarrohlik yordamini talab qiluvchi holatlar orasida nisbatan ko'p uchraydiganidir.

Tug'ma ichak tutilishiga olib keluvchi sabablar juda ko'p bo'lib, ularni quyidagi guruhlarga taqsimlash mumkin;

- Ichak nayi rivojlanishining norasoliklari (atreziyalar, stenozlar)
- Ichak nayining tashqi tomondan siqilishiga olib keluvchi norasoliklar (halqasimon me'da osti bezi, aberrant qon tomiri, enterokistoma)
- Ichak devorining tug'ma taraqqiyot nuqsonlari(aganglioz-Girshprung kasalligi, neyronal displaziya, gipoganglioz).
- Ichak bo'shlig'ini quyuc mekoniy bilan to'lib qolishiga olib keluvchi norasoliklar (Mukovistsidozdagi mekoniyli ileus).
- Ichaklar bularishi va ichaktutqichning fiksatsiyasidagi buzilishlar oqibatida yuz beradigan ichak tutilishlari (Ledda sindromi, o'rta ichakning alohidalashgan buralishi)

Ichak norasoliklarining sabablari juda ko'p bo'lib, irsiy yo'l bilan beriladigan, yoki sporadik turlari tafovutlanadi.

Norasolik homila hayotining 3-4 haftasida, ya'ni organogenez davrida paydo bo'ladi, chunki shu davrda ichak devori, uning bo'shlig'i va buralish jarayonlari yuz beradi.

Taraqqiyot jarayonida ovqat hizm qilish nayi «yaxlitlik bosqichi» ni o'taydi. Bu bosqichda ichakning bo'shlig'i epiteliy bilan to'la, ya'ni yaxlit holatda bo'lib, undan keyin boshlanadigan vakuolizatsiya jarayonlari natijasida nay shakliga kiradi. Agar vakuolizatsiya jarayonlari buziladigan bo'lsa, unda ichak bo'shlig'i hosil bo'lmasdan qoladi, agar ushbu jarayon unchalik katta bo'lmagan masofada buziladigan bo'lsa, pardali atreziya ro'y beradi. Agar rekanalizatsiya jarayoni boshlanib, pardada kichik teshik hosil bo'lsa, unda pardali stenoz deb ataladigan

norasolik kuzatiladi. Agar ichak bo'shlig'i katta masofada yopiqlicha qolsa, unda fibroz ipsimon atreziya kuzatiladi. Atreziyaning bunday turi ichaktutqich arteriyasining bir qismi rivojlanmay qolishi evaziga ham bo'lishi mumkin. Atreziya sosiskasimon bo'lishi ham mumkin.(ko'plamchi atreziya). Ko'rsatib o'tilgan norasoliklar aksariyat hollarda murakkab embriologik jarayonlar yuz beruvchi sohalarda ; o'n ikki barmoqli ichakning katta so'rg'ichi, o'n ikki barmoqli ichakning och ichakka o'tadigan qismida shuningdek yonbosh ichakning distal qismida ro'y berishi mumkin

Ichak naychasi ichida kechuvchi jarayonlar bilan birga ichakning buralishi jarayoni kechadi. (o'n ikki barmoqli ichakdan ko'ndalang chamber ichakning o'rtasiga qadar). Buralish jarayonlari homila hayotining 5 haftasidan boshlanib, uchta davrda kechadi

Buralishning ikkinchi bosqichi 10-12 haftalargacha davom etib, ichak qovuzloqlarining qorin bo'shlig'iga qaytib kirishini ta'minlaydi. Bunda ichaklar soat miliga teskari 90 darajaga buralib, qorin bo'shlig'iga qaytib kiradi. Agar ikkinchi bosqichdagi buralish to'xtab qolsa, bola ichakning tugallanmagan buralishi bilan tug'iladi. Bunda o'rta ichak yuqori ichaktutqich arteriyasi sohasiga fiksatsiyalanib qolib ketadi. Ingichka ichakning qovuzlog'i qorin bo'shlig'ining o'ng tomonida, ko'richak epigastral sohada va nihoyat yo'g'on ichak chap tomonda joylashadi. Bunday fiksatsiya yuqori ichaktutqich arteriyasi atrofida buralish oqibatida o'tkir strangulyatsion ichak tutilishiga olib keladi. Epigastral sohada joylashuvchi ko'richak embrional chandirlar vositasida o'n ikki barmoqli ichakni tashqi tomonidan siqib , o'tuvchanligi buzilishiga olib keladi. O'n ikki barmoqli ichakning siqilishi bilan o'rta ichakning buralishi qo'shilib kelishi Ledda sindromi deyiladi.

Homila hayotining 18-20 haftasidan boshlab, bolada yutish refleksi paydo bo'ladi, bu esa o'z navbatida ichak tutilishi alomatlari paydo bo'lishiga olib keladi. Homila atrofi suvining yutilishi atreziya sohasidan yuqorida to'planib, kovak a'zoning kengayishiga, pastki qismlarda esa kulrang tUSDagi ichak nayi shirasi va ko'chgan epiteliydan iborat moddaning to'planishiga olib keladi .

Tug'ma ichak tutilishi quyidagicha klassifikatsiyalanadi;

- YUqori va quyi(chegara –o'n ikki barmoqli ichak)
- To'liq (atreziya) va qisman (stenoz)
- Obturatsion (atreziya , ichak bo'shlig'ining enterokistoma yoki halqasimon me'da osti bezi tomonidan siqilishi , mekoniyli ileus Girsshprung kasalligi)va strangulyatsion (ichakning buralishi, ichakning siqilishi, ichak invaginatsiyasi).

Tug'ma ichak tutilishi homila hayotining 18-20 haftalaridan to tug'ilgan mahaligacha davom etishi e'tiborga olinib, tug'ilgan paytida norasolikning sathi va turiga xos alomatlar paydo bo'ladi.

Tug'ma ichak tutilishi uchun xos bo'lgan asosiy alomatlardan biri –ich kelmasligi va patologik aralashmalar bilan qusishdir.YUqori ichak tutilishi uchun xos bo'lgan alomatlarga bola tug'ilganidan keyin o't aralash qusish kiradi.Quyi ichak tutilishida bola tug'ilganidan qorni kattalashgan bo'ladi.Strangulyatsion ichak tutilishi bola yig'laganda va bezovtalanganida qo'qqisdan og'riq bilan namoyon bo'ladi. Ichak tutilishining bu turi bola hayotining 3-5 kunlari , qo'qqisdan paydo bo'ladi.

Qusish-chaqaloqlarda eng ko'p uchraydigan simptomlardan biri bo'lib, uning hajmini, paydo bo'lish vaqtini , jadalligini, qusuq massasining xarakterini , tana holati va dinamikaning o'zgarishi bilan bog'liqligini baholash lozim.

6 haftagacha bo'lgan bolalarda tez tez qusish va kekirish kardial qismning voyaga etmasganligi va etishmovchiligi bilan bog'lash mumkin.

Funktsional ichak tutilishida qusish muntazam bo'lmasdan, qusuq massasining miqdori qabul qilingan ovqatning massasidan kam, konservativ terapiya samara beradi.

Xar qanday etiologiyali infeksiyon toksikoz ichak falajligi oqibatida yuz beradigan tutilish bo'lib, bola dastavval sut, keyin o't aralash, va kasallik avj olgani sayin ichak aralashmalari bilan qusishga olib keladi.

Mexanik ichak tutilishida patologik aralashmali qusish muntazam kuchayib boraveradi.

Dimlanish oqibatida kelib chiqadigan qusish farqlanadi, bunda bola birvarakayiga katta hajmda qusadi. Qusishning ushbu turi obturatsion ichak tutilishi uchun xosdir. Strangulyatsion ichk tutilishida bola reflektor ravishda , tez -tez, oz- ozdan qusadi. Qusuq massasining tarkibiga qarab, tutilish sathini aniqlash mumkin.

- To'siq agar o'n ikki barmoqli ichakning Fater so'rg'ichidan yuqorida bo'lsa qusuq massasi tarkibida me'da mahsuloti bo'ladi.
- To'siq agar o'n ikki barmoqli ichakning Fater so'rg'ichidan pastida bo'lsa qusuq massasi tarkibida o't suyuqlig'i bo'ladi. (uzoq muddatlik dimlanish hisobiga).
- O'n ikki barmoqli ichakning stenozida qusuq massasining tarkibi stenozning darajasiga bog'liq bo'ladi.
- O'n ikki barmoqli ichak sathida ichakning o'tkir buralishi kuzatilsa, bola o't suyuqlig'i aralash qusadi.
- Pastki ichak tutilishlarida bola ichak aralashmalari bilan qusadi.

O'n ikki barmoqli ichak atreziyasi aksariyat hogllarda distal qismda, stenozldari esa proksimal qismida topiladi. Atreziyaning eng ko'p uchraydigan turi –pardali atreziya hisoblanadi. Parda Fater so'rg'ichidan yuqorida, yoki pastda joylashishi mumkin. Bemorlarning 21% qismida atreziyaning sababi sifatida me'da osti bezining halqasimon shaklda ekanligi aniqlanadi. Bemorlarning 60% dan ortig'ida o'n ikki barmoqli ichak atreziyalari boshqa a'zo va tizimlar norasolliklari bilan, 30% dan ortig'i Daun kasalligi bilan va 20% dan ortig'i yurakning tug'ma taraqqiyot nuqsonlari bilan uyg'unlashib keladi.

O'n ikki barmoqli ichakning atreziyasida klinik manzara surunkali yuqori ichak tutilishi alomatlari bilan kechib, bola tug'ilgani zahotiyiq ko'kimtir tusda qusadi, qorin puchayadi, ichi kelmaydi.Fater so'rg'ichidan yuqoridagi atreziyada me'da aralashmalari bilan qusadi , to'g'ri ichak ko'zdan kechirilganida ko'kimtir tusdagi shilimshiq tiqin aniqlanadi. O'n ikki barmoqli ichakning atreziyasi bilan tug'ilgan bolalarni tekshirish yuqorida keltirilgan dastur asosida amalga oshiriladi.Tashhisni oydinlashtirish uchun ikki proektsiyada qorin sohasi rentgen tasviriga olinadi

Operatsiyadan avvalgi tayyorgarliklardan keyin shoshilinch xirurgik muolaja o'tkaziladi. Pardali atreziyada duodenotomiya va pardani kesish operatsiyasi o'tkaziladi. Halqasimon me'da osti bezida duodenoduodenoanastomoz o'tkaziladi. Boshqa turlarida duodenoeyunoanastomoz bajariladi.

Operatsiyani boshdan kechirgan bemorlar 6-12 oy mobaynida di spanser kuzatuvini ostida bo'ladilar. Bolalar ichak biotsenozi korrektsiyasiga va buzilgan moddalar almashinuvining me'yorlashtirilishiga muhtoj bo'ladilar. Ferment preparatlaridan, polivitaminlardan buyurish, oqilona oziqlantirish me'da- ichak tizimi faoliyatini me'yorlashtirishga sharoit yaratadi.

O'n ikki barmoqli ichakning stenozini barcha ichak stenozlarining 50% ga yaqin qismini tashkil qiladi. Bunda pardali atreziyaning o'rtasida teshik kuzatiladi. O'n ikki barmoqli ichakning stenozini ichakning har qanday qismida uchrashi mumkin, ammo shunga qaramasdan aksariyat hollarda o'n ikki barmoqli ichakning katta so'rg'ichi atrofida joylashadi.

O'n ikki barmoqli ichakning stenozini yuqori ichak tutilishi alomatlari bilan zohir bo'ladi. Kasallikning etakchi alomati – o't aralash qusish bo'lib, har gal oziqlantirilganidan keyin kuchayadi. Tana vaznining kamayishi va dehidratatsiya kuchayib boraveradi.. Qorinning pastki qismi puchaygan, ichi mekonial va juda kam miqdorda keladi. O'n ikki barmoqli ichakning stenozini rentgenologik usulda oydinlashtiriladi. Obzor rentgen tasvirida qorinning yuqori qismida ikkita suyuqlik sathi, va pastki qismlarida ichaklarning gazlar bilan etarlicha to'lmasligi aniqlanadi.

O'n ikki barmoqli ichakning stenozini duodenotomiya va pardani kesish orqali operativ davolash vositasida davolanadi.

O'rta ichakning tug'ma buralishi ichakning me'yoriy buralishi mahalidagi duodenal tirsak va ko'richak o'zining o'rniga kelmasa va ichaktutqich qorinning orqa devoriga me'yordagidek birikmasa, ro'y beradi.

O'rta ichakning tutqichi bunda faqat bitta nuqtaga birikkan bo'lib, uning o'zi yuqori ichaktutqich arteriyasiga osilib turgan bo'ladi. O'rta ichakning boshi va

ileotsekal burchak bevosita bir –biriga yaqin joylashgan bo‘lib , soat mili yo‘nalishi baralish yuz berish ehtimoli oshadi.

Patologiya yuqori strangulyatsion ichak tutilishi alomatlari bilan namoyon bo‘lib, tug‘ilganidan 3-4 kun o‘tib, tez -tez qusish va qorin sohasidagi og‘riqlar , ichak peristalʼtikasining kuchayishi , ich kelmasligi , to‘g‘ri ichakdan shilimshiq aralash qon ketishi bilan ifodalanadi.

Tashhis rentgenologik usullar bilan oydinlashtiriladi. Bolani vertikal holatga qo‘yib, obzor rentgenogramma olinganida me‘da sohasidagi yagona havo pufakchasi ko‘rinadi. Kasallikning erta bosqichlarida ichak qovuzlog‘ida yakkam –dukkam kichik havo pufakchalari ko‘rinadi

O‘rta ichakning tug‘ma buralishi ichak atreziyalarining barcha turlarida va obturatsion ichak tutilishlarida qorinning barcha sohaları yumshoq va og‘riqli, strangulyatsion ichak tutilishida esa og‘riqli va taranglashgandir.O‘tkir appenditsit va yarali –nekrotik enterokolitda aksariyat hollarda o‘ng yonbosh sohasida, lokal og‘riqli nuqtalar aniqlanadi. Tarqoq peritonitda qorin qappaygan, og‘riqli va barcha sohalarida taranglashgan, ayrim hollarda qorin old devori ham patologik jarayonga ulashib ketgan.

Mexanik ichak tutilishining muhim alomatlaridan birig‘ichak peristalʼtikasining kuchayishi va eshivilishi bo‘lib, dinamik ichak tutilishida peristalʼtika zaiflashadi yoki butunlay yo‘qoladi.

CHaqaloqlar peritonitining asosiy sababi –kovak a‘zoning perforatsiyasi bo‘lib, bu asorat tug‘ma taraqqiyot norasoliklarining ayrim turlarida, va yarali -nekrotik enterokolitda kuzatiladi. Qorin bo‘shlig‘ida erkin havo yig‘ilganida jigarni perkussiyalash orqali aniqlash imkoni yo‘qoladi.

Qorin old devori qalinligi kam bo‘lganligi uchun chaqaloqlar peritonitida qoroid old devori to‘qimalari ham shishadi, o‘g‘il botdan to‘g‘ri o‘tkaziladigan bo‘lsa, buralish qaytalanmaydi. Ammo, ichakning oxirigacha buralmaganligi e‘tiborga olinishi va agar chuvalchangsitmon o‘simta yalloig‘lanadigan bo‘lsa atipik joylashish ehtimolini xotirdan faromush qilmaslik lozim.

Ingichka ichakning atreziyasi g'tug'ma ichak tutilishi ning eng ko'p uchradigan turlaridan biridir. och ichakning atreziyasi 50% ni, yonbosh ichakning atreziyasi 43%ni, ikkala ichakning birvarakayiga atreziyasi esa 7% ni tashkil qiladi.

Ingichka ichak atreziyasi fibroz ipsimon tusda bo'lib, bemorlarning 50% dan ortig'ida embrional davrda ichak buralishi va adgeziv peritonit qo'shilib keladi.

Ingichka ichakning atreziyasi pastki ichak tutilishi va obturatsion ichak tutilishi alomatlari bilan namoyon bo'ladi. Bola tug'ilgani zahotiyoq qorin o'lchamlari haddan tashqari katta bo'lib, bu holat embrional davrda qag'anoq suvining ko'p miqdordja yutilishi bilan bog'liq. Agar atreziya ichak buralishi va adgeziv peritonit bilan asoratlanmagan bo'lsa qorin paypaslanganida yumshoq va og'riqsiz bo'ladi. Auskul'tiatsiyada ichak peristal'tikasi kuchaygan. Me'da yuvilganda dimlangan mahsulotlar, to'g'ri ichakdan esa shilimshiq tiqin olish imkoni bo'ladi.

Ingichka ichakning atreziyasida qorin bo'shlig'ining obzor rentgen tasvirida qorinning yuqori qavatida ko'plab suyuqlik sathi, pastki qavatida esa soyalanish ko'rinadi. Differentsial diagnostika paretik ichak tutilishlari, dinamik ichak tutilishlari bilan o'tkaziladi. Paretik ichak tutilishlari uchun peristal'tikaning kamayishi xosdir. Rentgenologik tekshirishlarda ko'plab suyuqlik sathlari aniqlanadi. Dinamikadagi rentgenokonstrast tekshirishlar kontrast moddaning passajini ko'rsatadi, bu holat mexanik ichak tutilishi tashhisini istimsno etishga imkon beradi.

Dastlabki operatsiya oldi tayyorgarliklaridan keyin operativ davvo o'tkaziladi.

YUqori ko'ndalang laparotomiya orqali ichak jarohatga olib chiqilib sinchiklab taftish qilinadi, undan maqsad ko'shplamchi atreziyalarni istisno etishdir. Tug'ma atreziyalarda ichak atreziyalangan qismlari diametrlaridagi o'zaro katta farq borligi uchun olib keluvchi qovuzloqdan 10-12 sm qirqib olib tashlanadi. Uchma- uch, yoki T simon anastomoz qo'llash afzaldir.

Enterokistomalar - turli o'lchamli va shaklli sharsimon yoki tsilindrsimon tug'ma hosilalar bo'lib, ichak devori bilan birgalikda me'da yoki ichakka xos bo'lgan shilliq qavat bilan qoplangan. Agar me'daga xos bo'lgan shilliq qavat bilan qoplangan bo'lsa kista ichidagi suyuqlik nordon xarakterga ega bo'lib, gemorragik

tusda bo‘ladi. Kista ichak bo‘shlig‘i bilan kamdan -kam hollarda qo‘shilgan bo‘ladi. Bunday kistalar ichakning har qanday sohasida bo‘lishi mumkin, ammo shunga qaramasdan ileotsekal burchakda uchrash ehtimoli ko‘proq bo‘ladi.

Mazkur norasolik umurtqa pog‘onasining bitmasligi , orqa miya churrasi va peshob tanosil tizimi a‘zolarining tug‘ma norasolliklari bilan uyg‘unlashib keladi.

Enterokistomalar o‘tkir ichak tutilishi alomatlari bilan namoyon bo‘ladi. Qorin o‘lchamlari kattalashib, peristalʼtika kuchayadi, chaqaloq quyuq me‘da aralashmalari bilan qusadi, uning tarkibida ozroq miqdorda o‘t suyuqlig‘i ham aniqlanadi.

Enterokistoma diagnozi UTT va rentgen tekshirishlari vositasida oydinlashtiriladi.

Enterokistoma faqat xirurgik yo‘l bilan davolanadi. Odatda patologiyaga uchragan ichak rezektsiya qilinib, enteroenteroanastomoz qo‘yiladi. O‘z vaqtida tashhislanib, to‘g‘ri davo o‘tkazilsa, prognoz yaxshi.

Mekoniylileus – tug‘ma ichak tutilishi alomatlari bilan namoyon bo‘luvchi va chaqaloqlar perforativ peritoniti bilan 50,0% dan ortiq holda asoratlanuvchi og‘ir tug‘ma taraqqiyot nuqsoni bo‘lib, mekoniy ajralishining buzilishi bilan namoyon bo‘ladi. Kasallik mukovistsidozga uchragan bolalarning 20,0% dan katta qismida asorat sifatida uchrab, o‘g‘il va qiz bolalarda bir xil jadallikda aniqlanadi.

Organizm ichki sekretsia bezlari ko‘plamchi yallig‘lanishi oqibatida quyuqligi yuqori bo‘lgan shira ajraladi, bu esa me‘da osti bezi , ichaklar va o‘pkalarda ikkilamchi o‘zgarishlar kelib chiqishiga sabab bo‘ladi.

Kasallik pastki obturatsion ichak tutilishi alomatlari bilan namoyon bo‘ladi. Qorin o‘lchamlari kattalashadi, ichak peristalʼtikasi kuchayadi. Bola ko‘p martalab o‘t aralash qusadi, to‘g‘ri ichak tekshirilganida ampulasi gipoplaziyaga uchragan, klang shilimshiq tiqin ajraladi. Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarini obzor rentgen tasviri tashhisni oydinlashtiradi. Qorin bo‘shlig‘i biroz kattalashib, pastki qismlari soyalangan, yuqori qavatida ingichka ichak qovuzlog‘i kengayib, suyuqlik sathlari aniqlanadi. Ayrim hollarda kaltsiy tuzlarining yig‘ilishi hisobiga yo‘g‘on ichak yo‘nalishi bo‘yicha kaltsifikatlar topiladi

Differentsial diagnoz Girshprung kasalligi bilan o'tkaziladi. Bunday maqsadlar uchun suvda eruvchi kontrast modda bilan irrigografiya o'tkaziladi. Mekoniyli ileusda yo'g'on ichakning barcha qismlari gipoplaziyaga uchragan, Girshprung kasalligida esa sigmasimon ichakning tor distal qismi suprastenotik kengayish sohasiga o'tganligi ko'rinadi.

Tibbiy -irsiy tekshirishlar vositasida mukovistsidozni tasdiqlash lozim.

Mekoniyli ileus xirurgik yo'l bilan davolanadi. Kengaygan ichak qovuzlog'i ustidan enterotomiya o'tkazilib, ichak qovuzloqlari mekoniyli suyultiruvchi ferment preparatlari bilan boshidan oxiriga qadar yuviladi. Enteroenteroanastomoz qo'yiladi. Operatsiyadan keyingi davrda o'rnini oluvchi fermentoterapiya o'tkaziladi.

Prognoz jiddiy bo'lib, umrbodlik davoni talab qiladi.

Bolalarda buyraklar va peshob yo'llari tug'ma taraqqiyot nuqsonlari va anomaliyalari (buyraklar norasoliklari, supra va infravezikal obstruksiylar)

Bolalarda buyraklar va peshob tanosil tizimi a'zolarining tug'ma norasoliklari barcha nuqsonlarning 35-40% qismini tashkil qiladi. Patologoanatomik tekshirishlardan ma'lum bo'lishicha 10% ga yaqin odamlar peshob tanosil tizimi a'zolarining tug'ma norasoliklari va anomaliyalari bilan dunyoga keladilar. Urogshenital norasoliklar orasida 10% ga yaqinini buyraklarning tug'ma nuqsonlari tashkil qiladi.

Buyraklar norasoliklari jadalligi uning murakkab embriogenezi bilan bog'liq. Embriogenezning me'yoriy jarayonlari buzilishi oqibatida anomaliyalarning turli shakllari paydo bo'ladi.

Buyraklar norasoliklari quyidagi turlarga bo'linadi; miqdor, o'lcham, joylashish, o'zaro joylashishi va tarkibi norasoliklari.

Buyrak anomaliyalari klassifikatsiyasi;

A. miqdor anomaliyalari;

1. Aplaziya (bir, ikki tomonlama)
2. Buyrak qo'shaloqlanishi (bo'liq, to'liqsiz)
3. Qo'shimcha buyrak

B. O'Icham anomaliyalari

1gipoplaziya joylashish anomaliyalari

1. Ko'krak distopiyasi
2. bel distopiyasi
3. yonbosh distopiyasi
4. toz distopiyasi
5. kesishmali distopiya

g) O'zaro mutanosiblik anomaliyasi

1. simmetrik: taqasimon, galetasimon
2. asimmetrik: 2- va 8-simmon buyraklar

d) Tuzilish anomaliyalari

1. buyrak displaziyasi:

- a) rudimentar buyrak
- b) pakana buyrak

2. Buyraklarning kistozli kasalligi:

- a) mul'tikistoz
- b) polikistoz

v) buyrakning oddiy kistalari

3. gubgasimon buyrak

e) Kosacha-jomcha tizimi anomaliyasi. 1. Miqdor anomaliyasi: a) jomcha aplaziyasi

b) Jomchani ikkilanish, uchlanish va b.sh. 2. Tuzilish anomaliyasi:

a) polimegakaliks

b) kosacha divertikuli

v) jomcha kistasi

Sonlar anomaliyasi. Ushbu sonli anomaliyalarga bir yoki ikki tomonlama buyrak aplaziyasi va qo'shimcha buyrak kiradi. Bir qancha avtorlar bachadon ichi xomilada aъzolar rivojlanish muddati tugashi qarab aplaziya va ageneziya terminlarga turli tushunchalar kiritishgan. Ammo xamma klinisistlar taъkidlaydiki ushbu tushunchalar klinik, rentgenologik va prognostik axamiyatga ega emas. SHunga

ko'ra klinik tasnifda maqsadga ko'ra bitta termin ishlatiladi. M.F.Trapeznikov bo'yicha «buyrak aplaziyasi» termini ushbu talabga javob beradi.

Bir tomonlama aplaziya odatda ko'proq uchraydi. Bu anomaliya kontralateral aъzolari normal rivojlanishida klinik namoyon bo'lmaydi. Ammo ushbu anomaliya bo'lganda, jaroxat bilan bog'liq bo'lgan yagona bo'lgan buyrakni olib tashlashda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan og'ir tibbiy xatoliklarni inkor qilish maqsadda, shuni esda tutish kerak.

В бо́льшинстве слу́чаев апла́зия почкí сопро́вожда́ется о́тсутствием моче́то́чника, а та́кже атро́фией соотве́тствующего уча́стка моче́пузы́рного тре́уго́льника. О́днако у́ ряда дете́й име́ются у́стья моче́то́чников и о́тсутствуют и́зменения́ тре́уго́льника, по́тому на о́сновании́ цистоско́пии не́льзя сде́лать за́ключения́ об о́тсутствии́ или́ нали́чии почкí. Уста́новить пра́вильный диа́гноз по́зволят то́лько экзо́графия́ почек, экскре́торная уро́графия, нефро́сцинти́графия и аорто́графия. Бу́йраklar апла́зияси́ жинси́й аъзола́р аномалия́лари билан 70% қизларда ва 20% о'ғ'ил болаларда биргаликда келáди.

Ikki tomonlama buyrak aplaziyasi xayotga mos kelmaydigan, ancha kam uchraydigan anomaliya bo'lib xisoblanadi. Ushbu anomaliya ko'proq erkak jinsdagi insonlarda uchraydi.

Qo'shimcha uchinchi buyrak nisbatan kam uchraydigan anomaliya. Dunyo adabiyotlarida manbada faqatgina 3-4 ta butunlay bir biridan ajralgan buyraklar haqida maълumot keltirilgan. Klinik maълumotlarda nuqson aniqlanmaydi otadta faqatgina tasodifan urologik tekshiruvlarda topiladi. Biroq uchinchi buyrakda turli xil asoratlari rivojlanganda, ushbu rivojlanish nuqsonini diagnostikasi qiyinchilik tug'dirmaydi. Asorat yuzaga kelganda, konservativ davoga bo'y sunmaydigan qo'shimcha buyrakda pielonefritning zo'rayib kechishida, zararlangan aъzoni olib tashlash ko'rsatma bo'lib xisoblanadi.

Xajmlik anomaliyalari. Xajmli anomaliyalarga buyraklar gipoplaziyasi kiradi (buyraklar xajmi kichrayishi). Buyrak parenximasi normal morfologik tuzilishi va uni funktsiyasi buzilmasligi bilan namoyon bo'ladi. Gipoplaziya ko'proq bir tomonlama, nisbatan kam xollarda ikki tomonlama bo'ladi. Kam bo'lmagan

xollarda gipoplazirlangan buyrakda pielonefrotik jarayon yuzaga keladi. Tashxis odatda ultratovush diagnostika, ekskretor urografi va radioizotop skanerlash maълumotlariga asoslanib qo'yiladi. Angiografiya maълumotlari gipoplaziyani oddiy shaklini pielonefritdagi ikkilamchi bujmayishdan differentsirovka qilish imkonini beradi. SHunisi aniqlanganki funksiyasini yo'qotgan gipoplaziyaga uchragan buyrakning arteriyalar diametri shu darajada kichikki, uni xattoki selektiv arteriografiyada xam aniqlab bo'lmaydi.

Buyrakni kosacha va jomchalari ekskretor urogammada tekshirish katta diagnostik axamiyatga ega: normada odatda o'ntadan ortiq, gipoplaziyada esa beshtadan kam bo'ladi. Jomcha o'rta kosachalarsiz to'g'ri jomchadan boshlanuvchi, uchburchak yoki ampulyar shakldagi mayda kosachalardan iborat. Nefrostsintigrafiyada parenximatov va qon tomirlarda preparatning normal transporti fonida, kanalchalar va arteriyalar xajmi kamayishi kuzatiladi.

Bir tomonlama buyrak gipoplaziyasi klinik namoyon bo'lmasligi mumkin. Biroq unday xolda sog'lom buyrakga qaraganda turli kasalliklar ko'proq uchraydi. Ikki tomonlama qarama-qarshi gipoplaziya defektni namoyon bo'lish darajasiga, asoratiga, infektsiya qo'shilishiga qarab gipertoniya, buyrak etishmovchiligi simptomlari bilan namoyon bo'ladi. Buyraklar gipoplaziyasini davolash maqsadi uning funksiyasini buzulish darajasiga qarab aniqlanadi. Gipotenziv va antibakterial terapiya bilan konservativ davolash foyda bermasligiga ishonch xosil qilingandagina operativ davolashga murojat etiladi. Arterial gipertoniya va og'ir pielonefrit bilan asoratlangan bir tomonlama buyrak gipoplaziyasida odatda nefroektomiya o'tkaziladi. Kollateral buyrakda nefrosklerotik o'zgarishlar kuzatilganda nefroektomiyaga qarshi ko'rsatma bo'lib xisoblanadi. Gipoplazirlangan pochkada pufakli-siydik nayi refllyuksida funksiyasi 30% dan past bo'lsa antereflyuks operatsiya tavsiya etiladi. Buyraklar aplaziyasi yoki gipoplaziyasida kontralateral aъzo organizmning funksiyasini adekvat taъminlash maqsadida vikar gipertrofiyaga uchraydi.

Joylashish anomaliyalari. Joylashish anomaliyalari ko'pincha yosh bolalarda tashxis qilinadi. Buyrak o'zining ontogenetik buralishida yuqoriga ko'tarilish

bosqichlarining turli qismida fiksatsiyalanishi mumkin. Bunda u tugallanmagan rotatsiyasida qoladi. Statistik maʼlumotlariga koʻra yangi tugʻilgan chaqaloqlarning 800-1000 dan birida buyrak distopiyasi (ektopiya) kuzatiladi. Buyrak distopiyasi bir tomonlama yoki ikki tomonlama boʻlishi mumkin.

Koʻpincha buyrak distopiyasiga siydik ajratish tizimi anomaliyalari bilan birga boshqa aʼzolari anomaliyasi xam qoʻshilib keladi. Distopirlangan buyrak qanchalik pastda joylashgan boʻlsa uning darvozasi shunchalik ventral joylashgan boʻladi; jom oldinga qaragan. Exografiyada va ekskretor uroografiyada bunday buyrak oldingi orqa yoʻnalishda qalinlashgan, oʻlchamlari normal rivojlangan buyrakga nisbatan kichraygan boʻladi. Siydik nayi odatdagidan kalta, toʻgʻri va biroz kengroq boʻladi.

Gomolateral distopiyalardan yana biri va klinik ahamiyatga ega boʻlgani chanoq distopiyasidir. YAqqol darajada namoyon boʻlgan chanoq distopiyasida buyrak chuqur joylashgan: erkak jinsdagilarda toʻgʻri ichak va siydik qopi oʻrtasida, ayollarda bachadon va toʻgʻri ichak oʻrtasida. CHanoq distopiyasi bir tomonlama yoki ikki tomonlama boʻlishi mumkin. Distopirlangan buyrak oʻzgarishi mumkin.

Anomaliyaning klinik koʻrinishi qoʻshni aʼzolarining oʻzaro birikishi natijasida ularning normal funksiyasini buzilishi yoki distopirlangan buyrakning oʻzida yuzaga keluvchi patologiya natijasida yuzaga chiqadi. “CHanoq buyraklari” ga xarakterli simptom boʻlib ogʻriq xisoblanadi, u permanent yoki intermitirlangan xarakterda boʻlishi mumkin. Odatda ogʻriq xarakter vaqtida paydo boʻladi. U chanoqning pastki qismida boʻlib oʻtkir appenditsit xurujini eslatishi mumkin. Katta yoshdagi qizlarda esa ogʻriq menstrual tsikl davri bilan birga kelishi mumkin.

Bimanual palpatsiyada chanoqda joylashgan buyrakni palpatsiya qilish mumkin. Toʻgʻri tashxis exografiya va ekskretor uroografiya natijalarga asosan qoʻyiladi. Buyrak funksiyasi susayganda jom soyasi, dumgʻaza suyagining zich soyasiga ustma-ust tushib qoladi va aniq koʻrinmaydi. Bunday xolatlarda retrogad uroografiya va buyrak angiografiyasining nefrografik fazasi muxim diagnostik ahamiyatga ega.

Distopirlangan buyrakda patologik jarayon yuzaga kelganda operativ davoga koʻrsatma boʻlib xisoblanadi. Odatda transperitoneal kirish qoʻllaniladi. SHuni xisobga olish kerakki distopirlangan buyrakda aʼzo saqlovchi operatsiya oʻtkazish

qiyin chunki uning noodatij vaskulizatsiyasi va topografiyasi bunga imkon bermaydi. SHuni yoddan chiqazmaslik kerakki distopirlangan buyrak qon tomirlari juda kalta, xuddi buyrak tomir ustida yotgandek. SHunday xolatlarda xam distopirlangan buyrak gidronefrozida aʼzo saqlovchi operatsiya oʻtkazish kerak.

YOnbosh buyrak distopiyasi yonbosh suyagini grebidan pastda joylashadi. SHuni takidlash kerakki bunday distopiya turida buyrak qalinlashgan shaklda boʻladi va uning paranefral kletchatkasi boʻlmaydi.

Bel soxasi distopiyasi buyraklarning bel soxasidan pastda joylashishi bilan xarakterlanadi. Buyrak koʻndalang oʻq atrofida rotatsiyalangan uning jomi esa oldinga qaragan yoki ventral joylashgan – medial pozitsiya. Bunday xolatlarda operativ davolash faqatgina buyrakning aʼsoratlari yoki yondosh kasalliklar qoʻshilganda amalga oshiriladi. YUqorida tavsiflangan distopiya turlari gomolateral distopiya turlariga kiradi. Kam xollarda geterolateral yoki kesishgan turlari tashxislanadi, bunda ikkala buyrak umurtqa pogʻonasi bir tomonida, siydik nayi esa ulardan pastroqda umurtqani kesib oʻtadi va odatdagidek siydik qopiga tushadi. Kesishma distopiyada koʻp xollarda buyrak qoʻshilib ketadi. Siydik nayi toraymasi tsistoskopiyada simmetrik joylashadi shuning uchun xam buyrak anomaliyasiga shubxa qilinmaydi. Kesishma distopiya spetsifik simptomatika namoyon qilmaydi. Distopirlangan aʼzo joylashgan soxada ogʻriq boʻlishi mumkin. Buyrak asoratlanganda kesishma distopirlangan buyrak bir qismi operatsiya qilinishi mumkin.

Nefroptoz –bu buyrakning fiksatsiyalovchi apparatining tugʻma nimjonligi bilan qoʻshilib kelgan tashqi muxit sabablari qoʻshilishi natijasida yuzaga keluvchi xaddan ortiq buyrakning xarakatchanligidir. Nefroptozning xarakatchan (tana gorizontal xolatga oʻtganda anatomik xolatiga qaytadi), fiksatsiyalangan (buyrak atrofida rivojlangan chandiqlar xisobiga fiksatsiyalanib qolgan) turlari farqlanadi. Koʻpincha xarakatchan buyrakda oʻsma aniqlanadi. Bolalarda nefroptoz davosi asosan konservativ: bandaj qoʻllash, gimnastika, surunkali pielonefrit aniqlanganda yalligʻlanishga qarshi terapiya. Konservativ davo noeffektiv boʻlganda (buyrak funktsiyasi yomonlashishi, ogʻriq sindromi oʻsib borishi, tibbiy preparatlar bilan

bartaraf qilib bo'lmaydigan arterial bosim oshishi va b.sh.) Lopatkin bo'yicha nefroektomiya ko'rsatma bo'lib xisoblanadi. Operativ davoga muxtoj bo'lgan bolalar soni ko'p emas.

O'zaro mutanosiblik anomaliyasi. O'zaro mutanosiblik anomaliyasi tushunchasi ostida buyraklarning bir biriga nisbatan buralishi tushuniladi. Buyraklarning qutblari o'zgarishi bilan ularning bo'ylama o'qiga qarab S-, α - i I-galetasimon va taqasimon buyraklar ajratiladi.

Bu gurux anomaliyalarda amaliyot tomonidan taqasimon buyrak axamiyatga ega, bunda buyrakning bir xil qutblarining qo'shib ketishi kuzatiladi. Qoidaga ko'ra bunday buyrak katta yoki kichik darajada ektopirlangan va 4 yoki 5 bel umurtqasi soxasida joylashadi. Taqasimon buyrakda kam xollarda chuqur tos distopiyasi kuzatiladi.

Jomcha va siydik nayi rivojlanish nuqsonlari

Urologik kasalliklar ichida jomcha va siydik nayi rivojlanish nuqsonlari katta guruxni egallaydi.

Jomcha rivojlanish nuqsonlari. Tug'ma jomcha yo'qligi doimo buyraklar aplaziyasi, va ko'p xollarda siydik nayini xam aplaziyasi bilan birga keladi. Oxirgi xolatda tsistoskopiya siydik qopi uchburchagida gemiatrofiya aniqlanadi.

Jomning ikkilanishi yoki ajralishi siydik ajratish zachatkasining metanefrostik blastemaga o'tguncha ajralishi natijasida yuzaga keladi. A.YA. Рытelya (1969) maълumotlariga ko'ra kamdan kam xolatlarda buyrak parenximasidan tashqari jomning trifurkatsiyasi uchrashi mumkin. SHunday xolatlar kuzatilganki jom buyrak darvozasi soxasida olti bo'lakka bo'lingan. Ko'p xolatlarda jomning ikkilanishi siydik nayining ikkilanishi bilan qo'shib keladi. Bunday xolatlarda bu nuqson yuqori siydik yo'llari ikkilanishi deb nomlandi.

Siydik nayi aplaziyasi. Siydik nayini ikki tomonlama aplaziyasi xar doim buyrakning ikki tomonlama aplaziyasi bilan qo'shib keladi. Bunday anomaliya xayot bilan mos kelmaydi va klinik axamiyatga ega emas. Bir tomonlama aplaziya siydik nayini zachatkasining etilmaganligiga asoslangan. Baъzan siydik nayi o'zini proksimal yoki distal qismi bilan namoyon bo'ladi.

Siydik nayining ikkilanishi. Ko'p xolatda jomning ikkilanishi bilan birga qo'shib keladi va 150/1 nisbatda uchraydi. Bu nuqson qiz bolalarda o'g'il bolalarga nisbatan besh marotaba ko'p uchraydi. Qizlarda ektopirlangan siydik qopidan tashqari torayma oraliqqa, qinga, bachadonga ochilishi mumkin. Bu xolatga xarakterli belgi bo'lib qizlarda normal siydik ajratish akti bilan birga doimiy tomchili siydik tutolmaslik xisoblanadi. Juda kam xollarda siydik nayining toraymasi ichakga ektopirlangani uchraydi.

YUqori siydik yo'llarinig ikkilanishi bir tomonlama yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Siydik nayini to'liq ikkilanishida xar bir siydik nayi siydik pufagiga aloxida torayma bilan ochiladi. Siydik pufagida bitta torayma yagona siydik nayining chanoq qismi bilan yuqorida ikki tarmoqqa ajraluvchi xar biri o'zining jomiga ega xolatlarda yuqori siydik yo'llari noto'liq ikkilanishi o'rin egallaydi.

YUqorida tasvirlangan topografiya anomaliyalarida asoratlar rivojlanishi uchun yuzaga keltiruvchi omil bo'lib xisoblanadi. SHunday qilib lateralroq joylashgan toraymaga ega bo'lgan siydik nayining pastki segmenti kalta shilliq osti tunelliga ega. Bu siydik nayiga vezikorenal reflyuks bo'lish chastotasini izoxlaydi. Aksincha xolatlarda ko'pincha ektopirlanadigan siydik nayi yuqori segmenti uretrogidronefroz bo'lishga moil, bunga uning distal qismi stenozini sabab.

Siydik nayining ikkilanishi exografiya ekskretor uroografiya, tsistoskopiya va retrograd uroografiya natijalariga asoslanib tashxislanadi. Juda kam xolatlarda siydik nayi va jomi uchlanishi kuzatilishi mumkin. Bu anomaliyaning asoratlanishi (pielonefrit, gidronefrit, kalkulyoz) va konservativ davoning effekti kuzatilmaganda mustaxkam shakllangan abzoni operativ korrektsiyasi tavsiya etiladi.

Operatsiya xajmi va turi urodinamika buzilishlari, bolaning yoshi va xolatiga muvofiq tanlanadi: buyrakning bir segmentining funksiyasi to'liq yo'qolganda geminefroureterektomiya (buyrak angiografiyasining nefrografik fazasida stsintografiyaga o'xshab nofunktsional parenximaning va o'lchamni aniq aniqlashga yordam beradi). Ikkala segmentning funksiyasi saqlangan xolatlarda abzo saqlovchi operatsiya o'tkaziladi. Siydik pufagi – siydik nayi reflyuksida bir yoki ikkala siydik nayi yoki bitta siydik nayini siydik pufagiga antireflyuks ximoya bilan

neointantatsiya, yoki “ yagona blok” bilan antireflyuks operatsiya (Lidbetter Politano tipida) ko‘rsatma bo‘lib xisoblanadi. “YAgona blokli” operatsiya keng tarqalmoqda, u ikkala siydik nayini siydik pufagi oldi xolatida ajralganida ular umumiy adventitsial qinga ega bo‘lganida oziqlanishini buzmaydi.

Jom-siydik nayi va siydik naylari aro anastamozlar qo‘yish siydik nayining cho‘ltog‘ini ochish bilan operatsiyalari keyinchalik rivojlanishi mumkin. Ko‘rsatmalarga ko‘ra bu operatsiyalar qolgan siydik nayining antireflyuks ximoya xosil qilinishi bilan tugatiladi. Operatsiyaga qadar albatta uretromiografiya va uretromonografiya yordamida siydik nayi funksiyasini buzulish darajasini aniqlash kerak. Buyrak segmenti va siydik nayi funksiyasi saqlanganligiga ishonch xosil qilinganda anastomoz qo‘yish mumkin.

Retrokaval siydik nayi – kam urchaydigan anomaliya, xomilani venoz tizimi anomal rivojlanishi oqibatida yuzaga keladi, qachonki orqa oldingi kardial vena reduktsiyaga uchramaydi, siydik nayini o‘rab oluvchi pastki kavak venaga transformatsiyalanadi. Bunday joylashish urodinamikani buzadi va keyinchalik gidronefroz rivojlanishiga olib keladi. Retrokaval siydik nayi klinik jixatdan zararlangan buyrakda infektsiya rivojlanishi baъzan buyrak kolikasi bilan namoyon bo‘ladi. Gidronefroz va siydik nayini medial kesishmasi ekskretor uroografiya natijalariga asosalangan xolda tashxis qo‘yiladi. Davolash faqat operativ: siydik nayini kesish va oxirga oxir antevazal anastamoz qo‘yish.

Gidronefroz – bu rivojlanib boruvchi va siydik ajralishining buzilishi bilan kechuvchi jom va kosachaning kengayishi. So‘nggi yillarda “gidronefrotik transformatsiya” termini qo‘llaniladi. Boalalarda gidronefroz rivojlanishiga sabab pelviouretral segmentdagi organik va funktsional o‘tkazuvchanlikning buzilishidir. Ko‘pincha shu segmentda tug‘ma tutilish, kamroq esa klapan yoki siydik toshi, devoridan tashqari esa siydik nayining yuqoridan chiqishi, siydik nayining retrokaval joylashishi, segmentning abberant tomir bilan bosilishi, fibroz tortmalar bilan tortilib qolishi natijasida yuzaga keladi.

Dinamik tutilishning asosida tug‘ma jom-siydik nayi toraymasi yotadi. Baъzi klintsistlar bu tutilishni jom oldi segmentining xomila ichi rivojlanishidagi ishimiya

natijasida atrofiyasi bilan bog'laydilar. Ularning maълumotlariga ko'ra embrion rivojlanish davrida "siydik nayili buyrak" buyrakning bosh qismi noqulay sharoitda joylashadi. Anoksiya oqibatida shu segmentda mushak qavati rivojlanishi buziladi va sklerotik fibroz to'qima bilan o'rin almashadi.

Siydik nayining yuqoridan chiqishi. Bu nuqson xaqida aniq qarash yo'q. Baъzi urologlar gidronefrotik o'zgargan buyrak va siydik nayining yuqorigi 3/1 tushishiga to'sqinlik bo'lishini tasdiqlashadi. Boshqalar esa pelviouretral segmentning yuqoridan joylashishlari jomning pastki qismini kengayishi bilan tushuntiradilar. Uchinchi gurux esa tug'ma nuqson sifatida qaraydilar. Tashxis ekskretor urogrammadan so'ng qo'yiladi.

Ko'p xollarda gidronefroz rivojlanishiga sabab jom siydik nayi segmentidagi klapan va burmalar bo'ladi. Buni erta yoshdagi bolalarda bo'lishi tasdiqlaydi. Zond yoki kateterni siydik nayi jomchasidan o'tkazib bo'lmaganda bu patologiya faqat jomni ochgandan so'ng aniqlanadi. Ko'pgina urologlar tomonidan siydik nayini yuqori qismini bosuvchi pastki qutbli tomir bosishi natijasida rivojlanuvchi gidronefrozga turlicha qarashadi. Baъzilarning fikriga ko'ra pelviouretral segmentdagi urodinamikani buzilishi, qo'shimcha qon tomir mavjudligi sabab deb taъkidlashadi. Boshqalar esa yallig'lanish natijasida to'qimaning sklerozlanishi va shu segmentni bosishini birlamchi jarayon sifatida ko'rsatishadi. Qolganlarning fikricha qon tomirdagi bosimning natijasida buyrakning tushishi kuzatiladi.

Retrokaval siydik nayi – venoz tizim anomaliyasi: siydik nayi pastki kavak venaning orqasidan o'tadi. Kuzatishlarga ko'ra doimiy ravishda siydik yo'llarining yuqori qismida urodinamikaning buzilishi gidronefroz rivojlanishi bilan asoratlanadi. Aloxida xolatlarda gidronefroz rivojlanishiga jom va siydik nayi o'rtasidagi fibroz tortmalar sabab bo'ladi.

Gidronefroz kattalarda 58% va bolalarda 87% xollarda pielonefrit bilan asoratlanadi. Rezitsirlangan pelviouretral segment morfologik tekshirilganda nerv elementlari kamayishi bilan birga segment devorida surunkali yallig'lanish aniqlanadi.

Klinik ko‘rinish va diagnostika. Tug‘ma gidronefroz uzoq vaqt davomida simptomsiz kechadi. Pelviouretral tirqish pielonefrit va yaqqol ifodalangan urodinamika buzilishlari bo‘lmagan xolatlarda so‘nggi davrlardagina og‘riqqa shikoyat qilishlari mumkin. Boshlang‘ich davrlarda og‘riq xarakteri yoqimsiz bosim xisobiga qorin soxasida kuzatiladi va baʼzida g‘ijimlovchi tipda kuzatiladi. Kichik yoshdagi bolalarda bunday og‘riqni oshqozon ichak tizimidagi buzilishlari bilan bog‘laydilar. Ularni yo‘qolishi ota-onalar va shifokorlarni tinchlantiradi. Og‘riqlar kuchayganda birincha marta bolani tekshirgan pediatr jigar kasalligi, o‘t ajratashi tizimidagi kasalligi yoki oshqozon ichak trakti kasalligi xaqida o‘ylaydi lekin siydik ajratish tizimi funksiyasini tekshirmaydilar (ayniqsa siydikda patologik o‘zgarishlar bo‘lmaganda).

Aynan shu vaziyatlarda bolalardagi pelviouretral segmenti stenozini ixtisoslashtirilgan stasionarga kech hospitalizatsiya qilinishi bilan tushuntiriladi. SHu segmentning yaqqol obstruksiyasida og‘riq intensiv va davomiyliigi bilan ajralib turadi. Kasallikning uzoq vaqt kechishida og‘riqni intensivligi buyrak parenximasining ko‘p qismi o‘lishi natijasida kamayadi.

Kichik yoshdagi bolalarni tekshirganda ayniqsa og‘riqning xarakteri va lokalizatsiyasini aniqlash qiyinchilik tug‘diradi. O‘tkir og‘riq paytida bolalar juda bezovta bo‘ladi va ko‘ngil aynish qayt qilish xolatlari kuzatiladi. Ko‘pincha bu simptomlar oshqozon ichak tizimi kasalliklarining namoyon bo‘lishi sifatida baxolanadi. Gidronefritik transformatsiyaning rivojlanganda va ayniqsa pielonefrit qo‘shilganda klinik kartina tipik bo‘lib qoladi: qorinda yoki beldagi og‘riq ustunlik qiladi va noaniq xarakterga ega bo‘ladi (buyrak sanchig‘idan to o‘tmas va o‘yuvchi og‘riqgacha). Diuretik vositalar tavsiya etilganda og‘riq kuchayadi. O‘smasimon xosilaning palʼpatsiyalanishi o‘tuvchi gidronefrozdan darak beradi. Kosacha va jomcha tizimi kengayishini ultratovush tekshiruvi orqali aniqlanadi. Ekskretor urogrammada xam shunday kartina aniqlanadi. Jomning buyrak ichi joylashishida asosiy kosacha xisobiga kengaygan. Siydik nayi kontraslanmaydi. Tashxis noaniq bo‘lgan xolatlarda uzoq muddatli rentgen tasvir (3-6 soatdan keyin) olinadi. Forsirlangan diurez vaqtida buyrak jomchasi xajmi 20% dan ortiq kengayadi.

Buyrakning konsentratsion funksiyasi sezilarli o'zgarishlarda uzaytirilgan infuzion urografiya tushirish tavsiya etiladi.

Tashxisni aniqlash maqsadida baʼzi xolatlarda retrograd pielografiyaga murojat qilinadi. Buyrak parenximasining turli soxalarining funksional aktivligini aniqlash maqsadda radioizotop tekshiruv usuli o'tkaziladi. Gidronefrozning birinchi bosqichi buyrakning buyrak ichi tozalash funktsiyaasini kompensatsiyasi va qon ajralishini normal ko'rsatkichlari bilan xarakterlanadi. Ikkinchi bosqichda buyrak parenximasining turli qismlarida tozalash funktsiyasi pasayishi kuzatiladi. Buyraklarning ko'p qisimli funksional buzulishlari uchinchi bosqichda aniqlanadi. YUqorida ko'rsatilgan standart tekshiruv metodlari xardoim xam gidronefrotik transformatsiyani aniqlash imkonini bermaydi. SHubxali xolatlarda qo'shimcha tekshiruvlar shular qatorida ekskretor urografiya va diuretiklar fonida radioizotop tekshiruvlar tavsiya etiladi. Renogramma va rentgenogrammada diuretik yuborishdan oldin va keyin pelvoureteral segmenti obstruktsiyasining saqlanishi urodinamikaning patologik buzlishi foydasiga rol uynaydi. Baʼzi bir urologlar noaniq xolatlarda (pieloecktatsiya noaniq ko'rinishi) buyrak jomchasidagi siydik bosimi va oqimini aniqlashni taklif qiladilar. Boshqa avtorlar fikriga ko'ra u erdagi bosimning siydik qopidagi bosimdan baland bo'lishi operatsiyaga absolyut ko'rsatma bo'lib xisoblanadi. Oxirgi yillarda shuni aniqlandigi jomdagi bosimni baland bo'lishi pelvouretral segmentda xar doim xam obstruktsiya bo'lmasligidan dalolat berdi. CHunki, surunkali obstruktsiyada kam bo'lmagan xollarda past bosim aniqlanadi. Tekshiruv jarayonida jom-siydik nayi toraymasiga taʼsir qiluvchi nerv va gumoral omillar perfuziya tezligini xisobga olish kerak. Gidronefrozda buyrak funksiyasini aniqlash maqsadida kam xollarda aortagrafiyadan foydalaniladi, ayniqsa soqov buyrak deb nomlanuvchi simptomlar yuzaga kelganda, bu esa davo taktikasini to'g'ri tanlashga yordam beradi.

SHuningdek buyrak angiografiyasi qo'shimcha tomirni aniqlab gidronefrozning etiologik sababini xam topishi mumkin. Gidronefroz va gidrokalikozni differentsial diagnostikasida buyrak angiografiyasi axamiyatli xisoblanadi. Gidronefrozda barcha kosacha jom tizimini sezilarli darajada kattalashishi xarakterli bo'lsa, gidrokalikozda

esa faqat kosachalarning o'zi kengayishi kuzatiladi. Bu esa gidronefroz va gidrokalikoz differentsial diagnostikasida farqlovchi ahamiyatga ega, lekin ekskretor urografiya va radioizotop tekshiruvda doim aniqlab bo'lmaydi.

Ikki tomonlama kengaygan bo'shliqlari xar doim xam gidronefroz bo'lavermaydi. SHunisi aniqki gidronefrotik buyrakdagi morfofunktsional o'zgarishlarda kollateral aъzo kompensator ravishda giperfunktsiyasi kuzatiladi. Buyrak arteriyasining kalibri va aъzo ichidagi qon tomirlar kalibrli kengayadi, natijada filъtratsion faoliyati kuchayadi. Filъtratsion xususiyat 1,5-2 barobar ortadi; shunga muofiq jom xajmi xam oshadi. Kollateral buyrakda plastik operatsiya o'tkazishdan oldin pelъvioureterial segmenti urodinamikasida buzilish borligiga ishonch xosil qilish kerak.

Funksional tekshiruvlarga asosan gidronefrozning uchta stadiyasi tafovut etiladi. Birinchi bosqichda buyrak plazma oqimi kamayadi, ikkinchisida koptokchali filъtratsiya xam kamayadi, uchinchisida zararlangan buyrakning portsial funktsiyasi keskin kamayadi. Urodinamika buzulish darajalari jomcha ichi bosimi ko'rsatkichlari aniq ko'rsatadi. Rentgenologik tekshiruv natijalariga asosan boshlang'ich, yaqqol namoyon bo'lgan va terminal bosqichlar farqlanadi. Boshlang'ich bosqichga rentgenogrammada soyalar kollateral buyrak parenximasiga nisbatan kamroq yupqalashadi. Bu bosqichda kosacha va jom patologiyasi ko'proq namoyon bo'ladi. Jom ichi bosimi xisobiga (10,7+-7,5 mm,sim,ustunigacha) kosachalar xajmi kattalashadi va konfiguratsiyasi o'zgaradi. Qadaxlarning o'lchami kattalashishi bilan bir vaqtda jom xajmi xam kattalashadi yaъni gidrokalikozga pieloektaziya qo'shiladi.

Siydik cho'kmasidagi o'zgarish. Erta bosqichlarda fornikslarning yorilishi natijasida yoki kechki bosqichlarda buyrakdagi venoz dimlanish xisobiga mikro- va makrogematuriya yuzaga keladi. Pediatrik amaliyotda bu simptom 10% kuzatuvlarda aniqlanadi. Gematuriya davomiy bo'lmaydi. Surunkali pielonefrit bilan asoratlanganda siydikda yaqqol leykotsituriya aniqlanadi.

Gidronefrozning asosiy asoratlari bo'lib surunkali pielonefrit (87%), buyrak gipertoniyasi (43,5%) va nefrolitiaz (8,7%) (kattalarda mos ravishda 15,7; 28 va

27% kuzatiladi). Ko'pchilik urologlar bolalarda gidronefroz asoratlarini buyrak parenximsaidagi displastik o'zgarishlar bilan bog'laydilar.

Gidronefrozning davosi operativ. Xozirgi kunda ko'pchilik klintsistlar gidronefrotik transformatsiyaning boshlang'ich shakllarini korrektsiyalovchi operatsiyaga to'g'ridan to'g'ri va absolyut ko'rsatma deb xisoblaydilar, bu gidronefrozning rivojlanishini va keyinchalik nefroektomiya bo'lishini oldini oladi.

Gistologik va gistoximik tekshiruv natijalariga ko'ra ko'pchilik bolalarda urodinamikaning tiklanishi patologik jarayonni orqaga qaytishiga, aʼzo saqlovchi operatsiyaning maqsadini kengaytiradi. Radioizotop tekshiruv va qon tomir tekshiruvlari orqali asoslangan va baʼzi xolatlarda ekspress biopsiya maʼlumotlari orqali tasdiqlangan buyrak funksiyalari o'limida kam xolatlarda nefroektomiya o'tkaziladi. Taxminiy teri orqali yoki operatsion nefrostomiya urosepsi rivojlanganda, bolaning og'ir xolati plastik operatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'lganda, surunkali buyrak etishmovchiligi bilan asoratlangan yagona buyrak bo'lganda ko'rsatma bo'ladi. Plastik operatsiyaning xajmi va turi buyrak funksiyasi buzulish darajasi, jomning joylashish turi anatomik va funktsional to'siqlarning bo'lishiga qarab individual xal qilinadi. Operatsiya turini aniqlashga noqulayliklar yuzaga kelganda (aʼzo saqlab qoluvchi yoki aʼzo lib tashlovchi operatsiya) teri orqali nefrostomiya bajarish tavsiya etiladi.

Xozirgi kunga kelib gidronefrozda plastik operatsiyaning 60 dan ortiq turi maʼlum: ulardan biri siydik nayini ochmasdan tashqi sabablarni yo'qotishdan iborat, boshqalari pelviouretral segmentning tiklanishiga va nixoyat uchinichisi yangi pelviouretral torayma xosil qiladi.

Bolalardagi turli xil plastik operatsiyalarda qo'llaniladigan analiz taxlillari ko'pgina urologlar taʼkidlashicha jomcha – siydik nayi segmentida fibroz sklerotik o'zgarishlar uzoq vaqt kechgani sababli natijalar ko'p xollarda qoniqarsiz chiqadi. Mana shuning uchun ko'p xolatlarda jarroxlarda pelviouretral segment jom va yangi toraymalar xosil qilishda keng rezektsiya qilish tarafdoridirlar. Ushbu operativ korrektsiya turi buyrakdan tashqari jomning buyrakdan tashqari shaklida ko'rsatma

bo‘lib xisoblanadi. Buyrak ichi shaklida pelviouretral segment jomni keng rezektsiya qilinmaslik maqul ko‘riladi. Bu operatsiya turi adabiyotlarda turli xil nomlar bilan atalgan.

U turli takliflar g‘indisi xisoblanadi Andersen. Nunness i Kuss). CHuqur morfologik izlanishlar bilan. Jomning rezektsiyasi zarurligini I.Kucera asoslagan. Aytilganlarni xisobga olib bu operatsiya turini Andersen — Gaynesa — Kyussa — Kucherning kombinirlangan operatsiyasi deb nomlash kerak. Jomchanning buyrak ichi shakli aloxida jarroxlik bo‘lib (G.A.Barirov va shu qator klinitsistlar) Foley bo‘yicha plastikasiga murojat qiladilar.

Uzoq vaqtlar davomida abberant tomir chaqirgan pelviouretral segmentdagi urodinamik buzulishda jarroxlik taktikasi munozarali bo‘lib keldi. Bir qancha urologlar tavsiya qiladiki buyrak parenximasidagi qon aylinishi 1/2 - 1/3 qismini yo‘qolishi yoki kichik kalibrdagi qon tomirlarda qon aylanishni buzulishi kesishni o‘tkazishni taʼkidlashdi. Boshqalar uni bog‘lashni tavsiya qilishgan. Xozirgi vaqtda ko‘pgina izlanuvchilar fikriga ko‘ra bu operatsiya nofiziologik, buyrak parenximasida lokal ishemiyaga olib keladi, so‘ngida esa doimiy gipertoniyani chaqiradi. SHuning uchun ko‘pgina urologlar (tomir ajratilgandan so‘ng) antevazalь pielouretral anastomozga murojat etadilar.

Aloxida klintsistlar anomal tomir aniqlanganda uni chandiqlardan ozod qilish va jom devoriga yoki buyrak kapsulasiga fiksatsiyalab qo‘yish bilan chegaralanishni tavsiya etadi. Andersona - Gaynesa - Kyussa – Kucheri operatsiyasi. Federov bo‘yicha bel kesmasi o‘tkaziladi. Buyrakni yalang‘ochlanadi. To‘mtiq yo‘l bilan siydik nayining yuqori uchdan biri ajratiladi va rezina ushlagichga olinadi. Gidronefroza sababi aniqlanadi: funktsional tutulish, Aberrantnyy tomir, embrional chandiq, siydik nayini atipik chiqishi, siydik nayini retrokaval joylashishi. Og‘ir xolatlar normal diametrga ega bo‘lgan siydik nayi, yoki devori rivojlanmagan, papirus qog‘ozini eslatuvchi va kichik diametrdagi 2,3-3mm li bo‘lganda yuzaga keladi. Operativ davo maqsadi bo‘lib pelvioureteral segmentni rezektsiya qilishdan iboratdir. Rezinali ushlagichdan maksimal tortish bilan jomchani ajratiladi. Bundan so‘ng pelvioureteral segment funktsiyasiga makroskopik baxo berishadi.

Obstruksiyaning ko‘rinarli sababi aniqlanmasa siydik nayining yuqori qismida qisqarish to‘lqini saqlanadi va keyinchalik uzulib ortga qaytadi. Faqat anchagina vaqt o‘ggandan so‘ng shu segmentning kengayganligi aniqlanadi. Jom – siydik nayining segmentining qisqarishi va bo‘shashishi bo‘lmasa pelvouretral soxani kesishga to‘g‘ridan to‘g‘ri ko‘rsatma bo‘ladi. Operatsiyaning birinchi kunidanoq surunkali pielonefritni oldini olish maqsadida antibakterial terapiya qo‘llaniladi va sezuvchanlikni xisobga olgan xolda keng spektrdagi turi qo‘llaniladi (gentemitsin, eritromitsin, amppitsilin, penitsillin). 10-12 kuniga tezda antibiotik almashtiriladi, statsionardan chiqarish maʼlumotnomasiga konservativ terapiya buyuriladi. 72,5% bemorlarda operatsiyadan keyingi xolat engil o‘tadi. Aloxida natijalarni klinik labarator rentgen natijalar asosida baxolanadi.

Aloxida natijalarni baxolashning yagona kriteriysi bo‘lmagani uchun turli davolash muassasalarida qo‘lga kiritilgan natijalarni solishtirish qiyin. Klinik tiklanish xardoim xam kosacha dom tizimining dilatatsiyasi bilan kechmaydi. Plastik jarroxlik natijalari gidronefroz darajasi va pielonefrik jarayonini yaqqolligiga bog‘liq. Aʼlo va yaxshi natijalarning ko‘rsatkichi 50 dan 95 gacha bo‘lishi mumkin. Qoniqarsiz natijalar 4-17,6% xolatlarda registratsiya qilinadi.

Siydik nayining nerv mushak displaziyasi (megaureter) siydik nayining o‘lchamlarini kattalashishi yoki kengayishi bilan namoyon bo‘luvchi tug‘ma kasallikni izoxlash uchun «megaureter» atamasi qo‘llanishi qo‘llanilishi xaqida yozma manbalar bor. Megaureter muammosi urologiyada va umuman bolalar urologiyasida dolzarbligicha qolmoqda. SHu soxadagi etakchi mutaxassislarning tasviriy ifodasiga ko‘ra “bolalar urologiyasida megaureterdan ko‘ra ko‘proq muammoli dolzarbligi, davolash metodlarining turliligidek boshqa narsa yo‘q”.

Etiologiya va patogenez. Adabiyotlarda megaureter mexanizmi va tabiati xaqida aniq maʼlumotlar yo‘q. Megaureter siydik nayining pufak oldi o‘sig‘ida, siydik pufagi bo‘yinchasida yoki siydik chiqazish kanalidagi tug‘ma mexanik va funktsional to‘siqlar natijasida yuzaga chiqadi. Boshqacha qilib aytganda megaureterning ikki xil turi farqlanadi: 1) Siydik nayining intramural yoki yukstavezikal qismiga tug‘ma mexanik va funktsional to‘siq natijasida; 2)

Ikkilamchi megaureter, siydik pufagi bo'yinchasi yoki ureterdagi tug'ma mexanik va funktsional to'siq natijasida yuzaga keladi.

Megaureter kompleks tushuncha bo'lib, patologik jarayonlarning turli genezdaligini bildiradi. Siydik nayini ulchamini uzayishi va kengayishi bu jarayonlarni asosini tashkil qiladi. Megaureterni shunday turi aniqlanadiki pufak siydik nayi segmentida struktur o'zgarishlar aniqlanmaydi.

Butunsoyuz urologlar pleniumida (Leningrad, 1981) (megaureter) atamasini tashxis sifatida qabul qilish va uni davolash taktikasi, siydik nayini neyro muskul displaziyasiga oid savollarga turli qarashlar bo'ldi. Axalaziyani, megaureter va gidroureteronefroz jarayoning bosqichlari sifatida qaraladi.

Patomorfologik izlanishlardan shunisi aniq bo'ldiki bololardagi siydik nayini yukstavezikal bo'limini torayishida urodinamikani buzilishi, kichik yoshdagilarda odatda katta bo'lmagan soxalarda (0,5-0,7 sm.) namoyon bo'ladi, kattaroq yoshdagi bolalarda esa 1-5 sm kuzatiladi. Dilatatsiyalangan siydik nayining siqilish soxasi 1,5 sm va undan ko'pini tashkil qiladi.

Gistologik izlanishlarda siydik nayining turli qismlaridan turli xil buzulishlar aniqlanadi, qaysiki 40 ortiq kasalliklar bilan bog'liq. Siydik nayining intramural qismida yaqqol ifodalangan mushak tolalarining sklerozi va shilliq osti qavatining fibrozi va muskullararo biriktiruvchi to'qimada perivaskulyar mononuklear infiltrat aniqlanadi. Elastik tolalar faqatgina qon tomir adventitsiya qavatida kuzatiladi. Tos qismining distal soxasida segmentar uretrit ichki ko'ndalang qavatining mushaklar atrofiyasi va devorining sklerozi bilan aniqlanadi. Elastik tolalar mushakli biriktiruvchi to'qimada joylashgan. Nerv elementlari miqdori keskin kamayadi.

Mushak tolalarini zararlanishi bo'yicha uchta bosqichga ajratiladi: 1) normal mushak xujayralari kamdan kam xujayralari atrofisi bilan; 2) mushak xujayralarda piknotik aktivlikni pasayishi va mitoxondriyalar sonini kamayishi bilan kechishi; 3) mushak xujayralarining atrofiyasi kollagen depozitining ko'payishi. Glikogen granularining tselyullar strukturasi buzilishi ro'yxatga olinadi. Buning xammasi siydik xajmining qisqarishi buzilishiga va impuls o'tishining sekinlashishiga olib keladi. Barcha bemorlarda operativ davo (geminefroureterektomiya,

nefroureterektomiya) buyrak to‘qimasini bujmayish bosqichida pielonefrotik o‘zgarishlarda o‘tkaziladi. Buyrak kapsulasi qalinlashgan. Kortikal qavatda ko‘p miqdorda limfoid gistotsitar infiltrat bilan tumshuqsimon soxalar bo‘ladi, kengaygan limfatik tomirlarda “oqsil tromblari” bo‘ladi. YOysimon arteriya devorida segmentar skleroz va giperelastoz intima bo‘ladi. Bo‘laklararo arteriyalar membrananing qo‘pollashishi va uning segmentar giperplaziyasi bo‘ladi.

Nazorat savollari

1. Buyrak anomaliyalari qanday turlarga bo‘linadi.
2. Andersona - Gaynesa - Kyussa – Kuchera operatsiyasi qanday bajariladi
3. Jomcha va siydik nayi rivojlanish nuqsonlari
4. Gidronefrozning sabablari nima?
5. Bel soxasi distopiyasi va nefroptoz qanday davolanadi?

Adabiyotlar.

1. Isakov YU.F. Detskaya xirurgiya. - M.: Meditsina, 1983.
2. Isakov YU.F. Xirurgicheskie bolezni u detey.- M.: Meditsina, 1993.
3. Rukovodstvo po torakalnoy xirurgii u detey. - YU.F. Isakov i soavt. 1978.
4. Srochnaya xirurgiya u detey. - Bairov G.A. 1997., S-P.
5. Detskaya xirurgiya. - Ashkraft K.U. 1997.
6. Bolalar xirurgiyasi. Sulaymanov A.S. 2000

KO'CHMA MASHG'ULOT

Bolalarda tizimli kasalliklar, ularning kechishi, sabablari, erta tashxislash va davolash usullari. 4 soat

Reja.

- 1. Tizimli qizil yugurik. Tizimli sklerodermiya.**
- 2. Vegener kasalligi. Klinikasi, diagnostikasi va davolash**
- 3. Takayasu kasalligi. Klinikasi, diagnostikasi va davolash.**
- 4. Yangi gurux preparatlarining qo'llanilishi. Klinikasi, diagnostikasi va davolash**
- 5. Pulsterapiyaga ko'rsatma.**

Bolalarda tizimli qizil yugurik (TQYU) – noaniq etiologiyali revmatik kasallik hisoblanadi. Bu kasallik autoantitelalarga nisbatan autoantigenlarning hosil bo'lishi bilan tushuntiriladi. Kasallikda bir nechta aʼzolar zararlanadi. Jumladan, buyrak, suyak kumigi va MNS. Kasallik judayam og'ir kechishi bilan ajralib turadi. Ayrim hollarda kasallik simptomlari bir necha yil saqlanib tursa, ayrim hollarda hayot uchun havf soluvchi o'tkir holatlar yuzaga chiqadi. Davo choralari amalga oshirilmasa kasallik o'z – o'zidan remmissiyaga tushishi yoki klinik o'lim bilan tugaydi. Kasallikni aniqlashdagi eng katta muammo bu differentsial tashxis quyishdir. Kasallikning differentsial tashxisi noaniq etiologiyali isitmadan boshlab artralgiya, anemiya va nefrit bilan tugaydi. Dastlabki belgi parotit, qorinda og'riq, kundalang mielit yoki bosh aylanishi bo'lishi mumkin. Kasallikni erta aniqlash, tashxis quyish va aniq terapiya bolalarda yaxshi oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Etiologiya. Kasallik sababi va mexanizmi noaniq. Immun tizim boshqariluvini izdan chiqishiga kuplab faktorlar muhim o'rin tutadi. Jumladan, genetik va gormonal faktorlar. Ajralib turuvchi belgisi, atnitelo antigen kompleksining ko'plab strukturalarda namoyon bulishidir. Bu strukturalarga DNK, hujayra yadrosi, ribosoma, trombositlar, qon ivish faktori, immunoglobulinlar, eritrotsit va leykotsitlar kiradi. Autoantitelalarning titri oshishi natijasida, jumladan ikki zanjirli DNK miqdorini ortishi tuqima va qonda immun komplekslar miqdorini ortishiga olib keladi. Bu esa, yallig'lantiruvchi hujayralani kupayishiga va tuqimalarni zararlanishiga olib keladi.

V – limfotsitlarning poliklonal aktivatsiyasi natijasida qon plazmasida immunoglobulinlar miqdorini oshishiga olib keladi. Poliklonal aktivatsiyaning

mexanizmi xali aniq emas. Taxmin qilinishicha, bunday aktivatsiya sababi nospetsifik reaksiyalar (antigen stimullovcchi – viruslar) yoki autoantigenlarga nisbatan tolerantlikni pasayishi bulishi mumkin. Hozirgi kunda apoptoz mexanizmi o‘rganilmoqda. Apoptoz bu – programmalashtirilgan hujayralarning o‘limi hisoblanadi. Apoptoz normada bir qator oqsillar bilan tekshirilib boriladi. Masalan, fas va bcl – 2 oqsillari. Apoptoz boshqarilshini buzilishi autoreaktiv limfotsitlar saqlanib qolishini ta’minlaydi.

Keyinchalik boshqa mexanizmlar ishga tushadi. Jumladan, makrofaglarning fagotsitar funtsiyasini buzilishi va ularni immun komplekslarni qamrab olish xususiyatini yuqolishi. Ayollarda gormonal uzgarishlani bulishi. Tekshiruvlvr natijasida aniqlandiki, postpubertat yoshdagi ug‘il bolalar va qizlarda FSG va LG miqdorini oshishi va anrogenlar miqdorini pasayishi kuzatilgan. TQB uchun quyidagi komponentlarni etishmasligi xos. Cq1, C2 va C4 komplementlari. S4 komponentlarining retseptor defektlari borligi aniqlandi. Kasallik xuruji quyosh nuri taʼsirida progressiyaga uchrashi tasdiqlangan. Bu quyosh nuri taʼsirida hujayra yadrosii erkin bo‘lishi va DNK ni antitela komplekslari bilan bog‘anishi bilan tushuntiriladi.

Genetik faktorlar shu narsani tasdiqladiki, bu kasallik bilan og‘rigan bemorlarning oila aʼzolarida antinuklear antitela, gipergammaglobulineimya topilishi va autoimmun kasalliklar bilan kasallanganligi aniqlandi. Millati va etnik kelib chiqishidan qatʼi nazar bemorlarda quyidagi allel HLA topilgan. Masalan, HLA – V8, HLA – DR2 va HLA – DR3. Ayrim dori vositalari preparatli buricha sindromini chaqirishi mumkin. Bunday dori vositalariga tutqanoqqa qarshi, antiaritmik va sulfanilamidlar kiradi. Bunaqa sindromni chaqirlishi preparatlar strukturasi gistonlarga uhshashidir.

Epidemiologiya. Maʼlumotlarga qaraganda, 100 000 axolidan 4-250 tagacha kasallik uchrashi mumkin ekan. Oq tanli xalqlar ichida kasallik kam uchraydi. Xindular va afroamerikaliklarda kuproq uchraydi. Bolalarda kasallik 8 yoshdan so‘ng uchraydi. Ug‘il bolalar va qiz bolalar o‘rtasidagi nisbat 4 ga 1. Bu kursatkich jinsiy balog‘atga etgandan so‘ng 8:1 tashkil etadi.

Patogenez. Zararlangan aʼzo qon tomirlarida fibrinoid xosilalar topiladi. Parenximada esa, yadro parchalanishidan hosil boʻlgan gemotokselin tanachalari topiladi. Ayrim hollarda zararlangan tuqimalarda revmatoid tugunlar va granulyomalar topilmaydi.

Klinikasi. Kasallik klinikasini namoyon bulishi xar xil. Bolalarla isitma, xolsizlik, artralgiya va toshmalar bilan namoyon buladi. Simtomlar davriy yoki oralatib paydo bulishi mumkin. Toʻgʻri va aniq yigʻilgan anamnez, fizikal va laborator tekshiruvlar kasallik davosini erta boshlashga zamin buladi.

Toshma – kapalakka oʻxshash eritema. Toshma epidermisi koʻtarilgan va kizargan boʻladi. Toshma provatsiyasiga kuyosh nuri xam sabab bulishi mumkin. Bu esa, toshmani butun tanaga tarqashiga olib keladi. SHilliq qavatda asosan, tanglayda, burun boʻshligʻida yaralar kuzatilishi mumkin. Diskoid toshmalar bolalarda nisbatan kam uchraydi. Ammo, kasallik bilan kasallangan 2-3% bolalarda toshmalar kuzatiladi. YAna, qoʻllarda qizil rangpar toshmalar, gemorragik toshmalar boʻlishi mumkin.

Suyak-boʻgʻim tizimida zararlanishlar kuzatiladi. Masalan, artralgiya, tizimli kasallik, tendinit va miozit. Deformatsiyalanuvchi tizimli kasallik xos emas. Boylamlar zararlanishi qoʻl va oyoqlardagi boʻgʻimlar boʻshashishga olib keladi. Qon tomirlar zararlanishi va GKS qoʻllash osteonekrozga olib keladi. Seroz qavat yuzasini zaralanishi plevrit, perikardit va peritonit bilan namoyon buladi. Ayrim hollarda gepatosplenomegaliya va limfadenopatiya kuzatiladi. Vaskulit bilan bogʻliq boʻlgan HQT dagi oʻzgarishlar quyidagilar, qorinda ogʻriq, ich ketishi, melena, yarali kolit va gepatit. YUrak tuqimasida patologik oʻzgarishlar kuzatiladi. Bularga, klapanlar kattalashuvi, endokardit, kardiomegaliya, miokardit, oʻtkazuvchanlikni buzilishi, yurak etishmovchiligi va toj tomirlar trombozi kiradi. Engil oʻpka arteriyasidan qon ketish, oʻpkada infiltrat va oʻpka tuqimasidagi fibrozlanish kuzatiladi.

Kasallikda ham markaziy, ham periferik nerv tizimi shikastlanadi. Koʻpchilik bemorlarda xotirani yoʻqotish, kognitiv buzilishlar va psixik holatlar(psixozlar)

kuzatilishi mumkin. MRT va KT har doim ham zaralangan sohani aniqlay olmaydi, ammo foton izotopli KT orqali anomaliyalarni aniqlash mumkin. Har qanday organda arterial va venoz trombozlar bo'lishi mumkin.

Buyraklarni zararlanishi arterial gipertoniya, periferik shishlar, retinopatiyalar, nefroz va o'tkir buyrak etishmovchiligi bilan kuzatilishi mumkin.

Diagnostika. Diaqnoz klinik va laborator ma'lumotlarga tayangan holda quyiladi. TQB tashxisini quyish uchun kamida 11 ta belgidan kamida 4 tasi mavjud bo'lish kerak. 1997 y. Diagnostik kriteriyalar quyidagilar hisoblangan. LE hujayralari, bemor leykotsitlari va parchalangan yadro mahsulotlari birgalikda kasallikka xos antikoagulyant miqdori oshishi bilan tushuntiriladi. Ammo, bu tekshiruv samaradorligi aniq o'ganilmagan. Kasallikni davolash 4 belgidan kam hollarda ham amalga oshirish zarur. Kasallikka aniq tashhis quyish uchun buyraklar biopsiyasi amalga oshiriladi.

Laborator tekshiruv. Bolalarda antinuklear antitelalar titri yuqori bo'ladi. Ikki zanjirli DNK antitelalari titrini ortishi ham kasallikka aniq tashhis qo'yishga yordam beradi. Qon plazmasidagi komplement miqdori (SN50 va S3, S4) kasallik og'irligiga bog'liq. Ro va La antigenlarini SHegren kasalligida ham topilishi mumkin. TQB da esa, qon plazmasida har xil autoantitelalar topiladi. Ko'pincha gipergammaglobulinemiya kuzatiladi.

Davolash. Kasallikni davolash bemor ahvoli va qaysi organlar qay darajada kasallanishiga bog'liq. Kasallik og'irlik darajasini serologik markerlar va qon plazmasidagi komplementlar orqali aniqlanadi. NYAQP larni ehtiyotkorlik bilan ishlatish kerak. CHunki bu preparatlar gepatotoksik xususiyatga ega. Ayrim hollarda bezgakka qarshi dor vositalarini xam ishlatsa bo'ladi. Masalan, gidroksixloroxin. Trombolitik asorati bor bemorlarga antikoagulyantlar buyurish kerak. Sistemali zararlanish bulganda prednizon 1-2 mg/kg/sut buyuriladi. Kortikostreoidlarni kun oralab qabul qilish kerak. Og'ir hollarda pul's-terapiya qilinadi. 3 kun davomida sutkasiga 1 marta 60 minut davomida vena ichiga kortikosteroidlarni 30 mg/kg yuboriladi. Kortikosteroidlarni nojo'ya ta'sirlari AG, gastrit, katarakta va kushingoid xolatlar hisoblanadi.

Asorati va oqibati. TQB bilan og'riqan bolalar oldinlari judayam og'ir holat deb baholangan. Hozirda 5 yoshli bemor yashovchanligi 90% ni tashkil etadi. Lekin, ko'pchilik bemorlar katta yoshlarda vafot etadi. O'lim sababi, infektsiya, nefrit, MNS zaralanishi, o'pkadan qon ketish va miokard infarkti hisoblanadi. Keyingi o'lim sabablariga immun komplekslarni tuqimalarda to'planishi va kortikosteroidlarni qullash hisoblanadi.

V. KEYSLAR BANKI

1 muammoli vaziyat

14 yoshli bola R. SHikoyatlari: o'ng tirsak bo'g'imida og'riq, xarakat cheklanishiga, shish, kizarish, og'riqli siyish. Anamnezda 10 kundan beri kasal, kasallikning boshlanishini sovuq suvda cho'milish bilan bog'laydi. 3 kundan beri temperatura ko'tarilishi kuzatilgan. Paratsetamol 0,25g 4 marta kuniga ichgan, axvoli yaxshilashgan. 1 xaftadan keyin siyish og'riqli, siydik rangi xiralashuvi, bundan keyin shish kizarish va ung tirsak bo'g'imida og'riq kuzatilgan.

Topshiriqlar:

- Differentsial tashxis o'tkazing
- Qo'yilgan tashxisni asoslab bering
- UASH taktikasi

2 muammoli vaziyat

Qizcha 1-yosh, onasi quyidagi shikoyatlar bilan klinikaga keldi: qizchada tez charchash, sochlarini to'kilishi, ishtag'a pastligi, teri qoplamlarini oqimtirligi kuzatilgan.

Anamnezidan qizcha ko'rikdan o'tkazilganda gemoglobin 76 g/l va rang ko'rsatkich 0,53. ligi aniqlangan. Onasi qizchani oradan 2-xafta o'tib gospitalizatsiya qilgan. Xayot anamnezi bola 1-xomiladorlikdan, xomiladorlik va tug'ruq jarayoni normal kechgan. Tug'ilgandagi tana vazni 3300 g, bo'y uzunligi 51 sm. bilan tug'ilgan. 2-xaftaligidan bola sun'iy ovkatlantirilgan. ("AGU" aralashmasi buyurilgan – onasi talaba). 4-oyligidan qizchani buvisinikiga yuborishgan, u erda bolaga echki suti, sharbatlar berib boqishgan. Go'sht maxsulotlarini emagan, buvisini so'zidan go'sht maxsulotlari berilsa bola ovqatdan bosh tortgan. Tez-tez tuproq eb turgan. SHu yillar mobaynida vrachga uchrashmagan, chunki qizcha kasal bo'lmagan, prof. emlashlarni olmagan.

Kasalxonaga murojat qilganda qizchani ahvoli og'ir, holsiz, atrofdagilarga befarq, es-xushi o'zida, osmotrga reaksiyasi sust. Teri va shilliq qavatlari oqimtir rangda. Quloq suprasi juda oqimtir, sariq-ko'kimtir rangda, lab atroflarida yorilishlar kuzatiladi.

O'pkada pueril nafas biroz dag'al. YUrak tonlari bo'g'iqlashgan, ritmik, yurak cho'qqisida va yirik tomirlar soxasida sistolik shovqin. Qorni yumshoq og'riqsiz. Jigar +3,0 sm qovurg'a ravog'idan chiqib turadi. Taloq qovurg'a ravog'ida, yumshoq-elastik konsitentsiyali.

Siydik rangi s\j, ich kelishi kuniga 1-2 mahal. Ko'rish va eshitish buzilmagan. Jismoniy rivojlanishi 9-10 oylik bolaga o'xshaydi. Obhiy qon taxlili: Nb-54 g/l. Er- $2,6\cdot 10^{12}$ /l, TS.p. - 0,63, Retik. -2,9%, Leyk - $7,2\cdot 10^9$ /l, p/ya - 2%, s - 20%, e - 4%, l - 64%, m - 10%, SOE -14 mm/chas.

Topshiriqlar:

- Sizning tashxisingiz va uni isbotlang?
- Qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis o'tkazasiz?

- UASH taktikasini ko'rsating

3-muammoli vaziyat

Bolalar uyida tarbiyalanuvchi 6 yoshli qizcha kasalxonaga kuyidagi shikoyatlar bilan keltirilgan: parxezning buzilishiga bog'liq bo'lgan qorindagi og'riq, tez tuyinish sezgisi, kabziyat va kekirish. Og'riqlar 2 oydan buyon bezovta qiladi. Ob'ektiv kuruvda: terisi quruq, giperkeratoz, soch va tirnoklari xiralashgan va sinuvchan. Lab xoshiyasi Erkin, burchakli xeylit. Epigastral soha va o'ng qovurg'a ostida, O't pufagi sohasida og'riq aniqlangan. 2 kundan buyon ichi kelmagan. Sigmasimon ichagi kattik va og'riqsiz.

FGDS qilinganda oshqozon shilliq qavati shishi va diffuz giperemiyasi, antral qismida giperplaziyali limfoid follikulalar. 12 barmoqli ichak shilliq qavati o'zgarishsiz.

Topshiriqlar:

- Sizing to'liq tahminiy tashhisingiz?
- Differentsial tashhis
- UASH taktikasi va davosi

4-muammoli vaziyat

Bemor bola I, 3 yosh, QVP ga onasi bilan kelgan. Anamnezidan ma'lumki, bola 5 kun oldin O'RI o'tkazgan. Tartibsiz davolangan. Keyinchalik onasi bola tana xaroratining subfebril ko'tarilishini sezgan, kataral xolat kuzatilmagan. SHifokorga murojat qilishgan, qon analizi o'zgarishsiz. Qo'yilgan tashxis: gripp, astenik sindrom. Bemor 7 kun mobaynida oksatsillin olgan, lekin effekt bo'lmagan va shu sababli shifoxonaga jo'natilgan.

Axvoli og'ir, bola injiq, tajang, tez charchaydi. SHikoyatlari xansirash, xolsizlik. O'pkada vezikulyar nafas, dimlangan xirillashlar eshitiladi. YUrak soxasida vizual tekshiruvda o'zgarish yo'q. YUrak chegaralari: o'ng – to'shning o'ng qirg'og'ida, yuqori - IIIqovirg'a bo'ylab, chap – o'rtag'umrov chizig'idan 1 sm ichkarida. YUrak tonlari bo'g'iqlashgan, taxikardiya, qo'pol bo'lmagan sistolik shovqin cho'qqida eshitiladi, 1 ton susaygan, ot dupuri eshitiladi. Talog'i paypaslanmaydi.

Umumiy qon tahlili: NB - 90 g/l, Er - $3,5 \times 10^{12}/l$, leyk - $10,5 \times 10^9$, p/ya - 2%, s-46%, e-2%, l-48%, m-2%, SOE-20 mm/chas. S – rektiv oqsil++.

Umumiy siydik tahlili: solishtirma og'irlik - 1018, oqsil - abs, leykotsitlar -2-3 v p/z, eritrotsitlar – yo'q.

Topshiriqlar:

- Tashhisingiz va asosingiz?
- Tashhisni tasdiqlash uchun qanday tekshiruvlarni o'tkazish kerak?
- Qaysi kasalliklar bilan differentsial tashhis o'tkazish lozim?
- Umumiy amaliyot shifokori taktikasini ko'rsating.

5-muammoli vaziyat

8-yoshli qizcha LOR vrachida «surunkali tonzillit» tashxisi bilan kuzatuvda turadi. 1-yoshida engil allergodermatoz kuzatilgan. 7-yoshligida follikulyar angina o'tkazgan. Siydik taxlillari o'zgarishsiz bo'lgan.

Kasallik o'tkir boshlangan, subfebril xarorat, yutishda tomoqda og'rik, quruq yo'tal kuzatilgan. Simptomati davqolanishgan. 5-7 kundan keyin belgilari yo'qolgan. 10 kun o'tib birdaniga axvoli yomonlashgan: tana xarorati 38,3 S, xolsizlik, uyquchanlik, bosh og'rishi, anoreksiya; bir marta qayt qilgan. 3 kundan keyin qovoqlarida, oyoqlarida va qorinni old devorida shishlar kuzatilgan. Keyinchalik diurez kamaygan: qizcha 1 l atrofida suyuqlik ichgan, 500 ml siydik ajralgan. YUZida, oyoqlarida bel soxalarida shishlar paydo bo'lgan. Terisida toshmalar yo'q, tomog'i qizargan, mindalinasii II-III kattalashgan. Pul's 100 ud/min, o'rtacha to'lalikka va taranglikda. YUrak tonlari aniq, o'pkada dag'al nafas, xirillashlar yo'q. AD 145/110 mm sm.us. Qorni biroz dimlangan. Jigar 2,5 sm. Kattalashgan.

Qon taxlili: Nv-117 g/l, Er-4,0x10¹²/l, TS.p.-0,87; leykots.-9,4x10⁹/l, segmentoyader neytrofillar-73%, limfotsitlar-27%, SOE-44 mm/ch.

Siydik taxlili: tsvet-qizil, loyqa, nordon reaksiyali, nisbiy zichligi-1027, oqsil-0,66 g/l, leykotsit-20 v p/z, eritrots.-ko'rish maydonini egallagan.

Topshiriqlar:

- Sizning tashxisingiz
- Sizning fikringizcha qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislanadi.
- Bemor holatini tahlil qilish asosida taxminiy tashhis qo'yish, zaruriy tekshiruvlarni o'tkazish, bemorni keyinchalik davolash uchun asosli to'xtamga kelish.

6-muammoli vaziyat

18 kunlik chaqaloqqa UASHning 1-patronaj ko'ruvi. Bola 1-xomiladorlikdan. Xomiladorlik davrida onasi ikki marta O'RVI o'tkazgan (8, 32 xaftada). Bola tug'iliboq yig'lagan. Vazni-3200, bo'yi-50sm, Apgar shkalasi-7/9 ball. Emizgani 2 kundan so'ng berilgan, sust emgan. Tug'ruqxonadaboladasustlik, teriqoplamikulrangsimon 1-kun bo'yinvachovburmalarida piodermiya elementlarianiqlangan. 3-kuni piodermiya generalizatsiyasiva intoksikatsiya kuchaygani uchun kasalxonaga o'tkazilgan. 17-kuni qoniqarli xolatda javob berilgan. Onasida gipogalaktiya bola sun'iy ovqatlantirishda bo'lgan.

Ko'ruvda: bola bo'sh, muskul gipotoniya, giporefleksiya. Teriqoplami: toza, pushti, chovburmalarida giperemiya. Kindikyarasi epitelizatsiyalangan. SHilliqpardalartoza. Ichki organlarda patologiya yuk. Axlati-burda-burda, kuniga 3-5 maxal, patologikbelgisiz.

- Sizning taxminiy tashxisingiz?
- Bolani kandy mutaxassislar kuzatib borishi kerak?
- Sepsis profilaktikasibuyicha onaganakandaymaslaxatberiladi?
- Kasallik prognozi qanday?

7- muammoli vaziyat

Bemor 3 yosh. Anamnezidan bola tugilgandan beri terivashillikkavatlaridatarkok tsianoz kuzatilgan. Kelganda teri va shilliq qavatlari biroz ko'kintir, akrotsianoz, barmoqlar 'nogora tayokchasi', tirnoqlar 'soat oynasi' ko'rinishida. Kukrak qafasi deformatsiyalashgan, yurak nisbiy chegaralari : ungpasternal chizikdan 1 sm o'ngda, chap- aksilyar chizik bo'ylab, yuqori- 2-qovurg'a. Auskultativ: tonlar ritmik, CHSS –160, tush suyagi chap qirrasida 3-qovurga oraligida o'rta intensivlikdagi sistolik shovqin, chapdan 2- qovurg'a oralig'ida 2-ton aktsenti. Nafas olish soni 40. Nafas olishi chuqur, shovqinli. Jigar o'ng qovurg'a yoyi ostidan +3 sm.

- UKT: Hb –148, er – 4.9, ley – 6.3, rang ko'r – 0.9, SOE – 3mm/soat.
- Sizing tashxisingiz?
- Qanday kushimchatekshiruvlar o'tkazishkerak?
- Differentsial diagnozni qaysi kasallik bilan o'tkazasiz?
- Kasallik davomida kanday fazalar mavjud?

Amaliy topshiriqlar

1. Xomilador ael qonida TORCH infeksiyasining(tsitomegalovirus) titri balandligi aniqlandi, davolash rejasini tuzing.
2. Kramer shkalasi buyicha bola kindik soxasigacha sarg'ayganligi aniqlandi. Bilirubin miqdori taxminan nechchiga teng?
3. Bollard shkalasi parametrlarini ayting.
4. Bola 3 oylik, tana vazni 4000 gramm, tug'ilgandagi vazni 3000 gramm. Bolaning sutga kunlik extiyojini xisoblang.
5. Obstruktiv bronxit, mukovistsidoz va bronxial astmani taqqoslab Venn diagrammasi tuzing.
6. Bolaning yurak soxasida sistolodiastolik shovqin eshitildi. Bolani to'lik tekshiring. Tashxis qo'ying.
7. YUrak glikozidlarini differentsial taqqoslang. Digoksin va korglikonni taqqoslang va kontseptual jadval tuzing.
8. Ikki xil interferon preparatlarini (tsikloferon va odam interferoni) differentsial taqqoslang. Kontseptual jadval tuzing.
9. "SWOT» taxlili yordamida immunodepressantlarni taxlil qilib bering.

VII. GLOSSARIY

Termin	O‘zbek tilidagi sharhi	Ingliz tilidagi sharhi
Antimikrob rezistentlik	Mikroblarga qarshi yuborilgan dorilarga nisbatan qarshilik	antimicrobial resistance
ARV terapiya	Antiretrovirus terapiya (OITSda qo‘llaniladi)	antiretroviral medicine/antiretroviral drug
anamnez	Anamnez, kasallik tarixi	Medical history
APT	Aktiv partsial tromboplastin vakti	activated partial thromboplastin time.
ADS	Adsorblangan difteriya-qoqshol vaktsinasi	diphtheria, tetanus vaccine (DT), DT
AKDS	Adsorblangan difteriya-qoqshol ko‘kyo‘tal vaktsinasi	diphtheria, tetanus and acellular pertussis vaccine (DTaP), DPT with acellular pertussis
Alajill sindromi	Alajill sindromi, jigar tomirlarining anomaliyasi	Alagille syndrome, hepatic vascular anomaly
Valeologiya	Soglom turmush tarzi va uning konuniyatlari yunalishi	the interscientific and interdisciplinary direction studying regularities, ways and mechanisms of formation and ensuring health and a healthy lifestyle
AS	YUrak aortal klapani stenozi. Revmatik isitma va endokarditning asoratiga kiradi	Stenosis of the aortic heart valve. It is a complication of rheumatic fever or endocarditis
bilirubin	Gemoglobinning parchalanishidan hosil bo‘ladigan sariq rangli pigment. Bilirubin o‘t bilan ichakka ajraladi. Turlari : umumiy, bog‘langan, bog‘lanmagan. Mexanik va parenximatoz sariqlikda bilirubinni barcha fraktsiyalarining miqdori	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.

	oshadi, gemolitik sariqlikda esa faqat bog'lanmagan bilirubinning miqdori oshadi.	
Gipodinamiya	Kam xarakatlanuchi xaet tarzi. Insonning gipokineziya xolati	the complex of violations in activity of an organism which is a gipokineziya consequence; changes cover practically all functional systems (the musculoskeletal device,
Gipokineziya	Xarakat kamligidan kelib chikadigan xolat. Kam xarakatli turmush tarzida uchraydigan organizmning fiziologik etilmaganligi.	decrease in any movements and their volume, the lowered physical activity; develops at an inactive way of life, physiological immaturity of an organism; it is shown by a bradikineziya (slowness of movements), an oligokineziya (the complicated start of motion, fast fatigue, impossibility of any variation of force, amplitude and speed of the movement)
Gipoplaziya	Organ, tana kismining etuk rivojlanmaganligi. o'rta ko'rsatkichlardan 2 stigmadan ortiq og'ish	the underdevelopment of fabric, body, part of a body exceeding a deviation from average values in two sigma
Dekompensatsiya	Organizmning strkukturaviy defektlarining funktsional va organik buzilishlarini kompensatsiyalashning ishdan chikishi.	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
Diagnoz	Organizmni xar tomonlama tibbiy va biologik tekshiruvidan keyingi uning sog'ligi eki kasalligi xaqidagi xulosa	the conclusion about a state of health and the nature of an illness of the person on the basis of his comprehensive medical

		biological inspection; distinguish preliminary, exact, early, final, clinical, complex, differential, etc. Diagnoses
diareya	suvsizlanishga olib keluvchi ich ketishi	Severe diarrhea, which leads to dehydration
Diagnostika	Insonni tekshiruv jarayonida uning tibbiy biologik va ijtimoiy xolatini aniqlab beruvchi tekshiruvlar majmuasi	process of research of the person, supervision and analytical estimates for determination of specific medical biological and social features, his states;
Immunoglobulin	qonda va boshqa suyuqliklarda aylanib yuradigan oqsil. 5 sinf immunoglobulinlar — M, G, A, E, D.	5 classes distinguished immunoglobulinov- M, G, A, E, D. Components immunity proteins
immunosupressiya	Immunitetning bo‘g‘ilishi	immunosuppression
Karnitin	vitaminsimon birikma. Gusht maxsulotlari tarkibida kup uchraydi. YOg‘ kislotadan energiya paydo bo‘lishida ishtirok etadi.	Vitamin-metabolic compound. Carnitine in many meat products.
Kasallanish	Axoli va uning aloxida guruxlarining sog‘lig‘i, kasallanishining ko‘rsatkichi	indicator of a state of health of the population in general and in separate groups (age, professional); characterizes prevalence, structure and dynamics of diseases in a percentage ratio of number of the diseased to the total number of the population for the concrete period of time
Kasalxona ichi infeksiyasi	Kasalxonada tushgandan so‘ng 48 soat ichida yuqqan kasallik	hospital infection
Kontaktida bo‘lgan	YUqumli kasallik bilan kontaktida bo‘lgan odam	contact case (contact)
KPK	Qizamiq, parotit, qizilchaga qarshi vaktsina	measles - mumps - rubella vaccine (MMR)
Kontrol gurux monitoring	Farq lash guruxi Kuzatuv	control group Monitoring

meteorizm	oshqozon va ichaklarda havoning bo'lishi.	The presence of gas in the cavity of the stomach or intestine
NGI	Noaniq genezli isitma	FUO (Fever of Unknown Origin)
Nojo'ya ta'sir	Davolash davomida kelib chiquvchi kutilmagan xolat	TEAE (Treatment Emergent Adverse Event)
Ob'ektiv tekshiruv	Ob'ektiv tekshiruv(tana vazni, buyi, teri rangi, tizimlar buyicha tekshiruv)	Objective measurement
obstruksiya	Kovak a'zolar, bronx, qon yoki limfa tomirlari yuzasini bekilib qolishi va o'tkazuvchanligini buzilishi	Violation of the conductivity in the lumen of the bronchus, the vessel or hollow organ
pielonefrit	buyrak parenximasi va jom tizimining yallig'lanishi	Inflammation of the renal pelvis system of kidneys
pirogenlar	tana xaroratini kutaradigan modda	Substances that increase the body temperature
plevrit	Plevraning yallig'lanishi. Plevra 2 varaqdan iborat : parietal – ko'krak qafasini ichki tomondan o'rab turadi va vistseral – o'pkani o'rab turadi.	Inflammation of the lung membranes
PET	pozitron-emission tomografiya	Positron Emission Tomography
Postvaktsinal asorat	Bolaning immunizatsiyadan keyingi axvolidagi manfiy o'zgarish	adverse event following immunization (AEFI)
sog'liq	Insonning to'liq jismoniy, ruxiy va sotsial tomondan optimal axvoli (JSST)	condition of full physical, spiritual and social wellbeing, and not just absence of diseases and physical defects (definition of World Health Organization)
OIV	Odam immun tanqislik virusi	HIV(Human Immunodeficiency Virus)
Sovuqlik zanjiri	Vaktsinalarni doimiy bir xil optimal xaroratda saqlash	cold chain system
Urgent xolat	SHoshilinch xolat	emergency medicine
ELISA	immunofermentnyy analiz (IFA).	Enzyme Linked Immunosorbent Assay

ECHT, ESR	Eritrotsitlar cho'kish tezligi	Erythrocyte Sedimentation Rate
OAP	Botallov yo'lagi ochiqligi	Atrioventricular Canal Defect
Xujayra immuniteti	Oranizm immun tizimining xujayralari tomonidan ta'minlanadigan kasalliklarga qarshi kurashuvchanlik	cellular immunity (cell-mediated immunity) (CMI)
xlamidioz	jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasallik. Xlamidioz quyidagi kasalliklar ko'rinishida uchraydi: erkaklarda - epididimit; ayollarda - tservitsit, endometrit, salpingit, bartolinit; o'tkir va surunkali kon'yunktivit.	Sexually transmitted infections. It occurs in men as epididymitis, cervicitis in women. A child becomes infected from a sick mother in children can cause pneumonia and cardit.

VIII. ADABIYOTLAR RO'YXATI

Maxsus adabiyotlar

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. Daminov T.O., Xalmatova B.T., Boboeva U.R. Detskie bolezni. - T., 2013
5. Daminov T.O., Xolmatova B.T., Boboeva O'.R. Bolalar kasalliklari.-T., 2012.
6. Detskie bolezni, pod red. A.A. Baranova. – M., 2010
7. Detskie bolezni, pod red. N P. SHabalova. – M., 2010
8. Detskie bolezni.Uchebnik v 2 tomax. Zaprudnov A.M., Grigor'ev K.I., Xaritonova L.A. 2013.
9. Detskie bolezni, uchebnik. N.A. Geppe, 2018.
10. Pediatriya. Avdeeva T.G. 2016.

Internet ma'lumotlari

1. www.scopus.com
2. [www. Ziyonet. Uz.](http://www.Ziyonet.Uz) [www. edu. uz](http://www.edu.uz)
3. Infocom.uz elektron jurnali: www.infocom.uz
4. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining Matbuot markazi sayti: www.press-service.uz
4. O'zbekiston Respublikasi Davlat Hokimiyati portali: www.gov.uz
5. Axborot-kommunikatsiya texnologiyalari izohli lug'ati, 2004, UNDP DDI: Programme www.lugat.uz, www.glossaiy.uz
6. O'zbek internet resurslarining katalogi: www.uz
7. Axborot resurs markazi <http://www.assc.uz/>
8. [www. tma. uz](http://www.tma.uz)
9. [www. Medbook. ru](http://www.Medbook.ru)
10. [www. Medlinks. ru](http://www.Medlinks.ru)