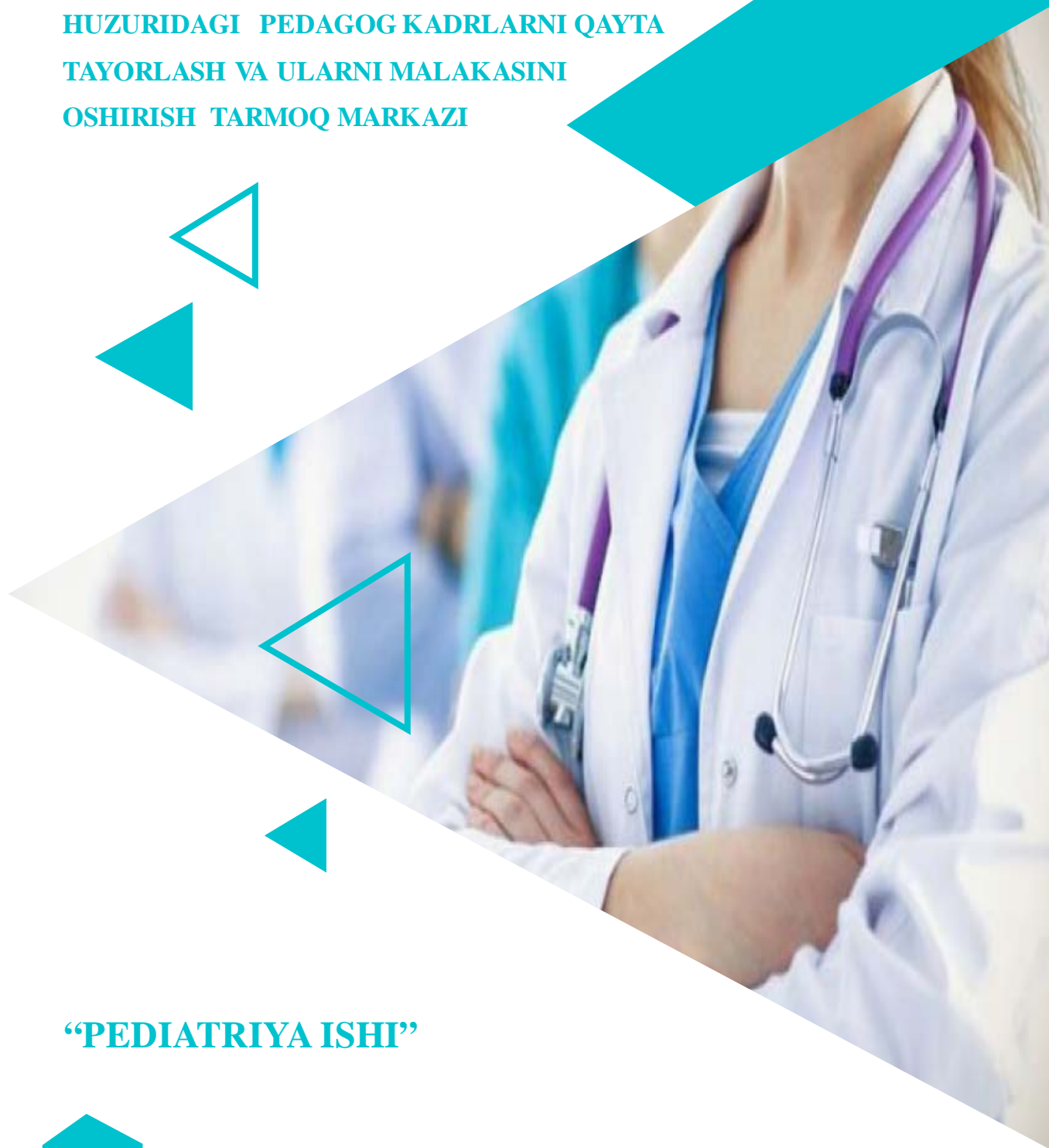


O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
OLY VA O‘RTA-MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI



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



“PEDIATRIYA ISHI”



TOSHKENT 2023

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

**OLY 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**

**“PEDIATRIYADA PROFILAKTIKA, REABILITATSIYA VA OG‘IR  
BEMORLARNI PARVARISHLASH”**

**MODULI BO‘YICHA**

**O‘QUV – U SLUBIY 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:** TTA 2-son bolalar kasalliklari kafedrasida  
dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi Iskanova G.X

**Taqrizchilar:** Amerika qo‘shma shtatlari, Bruklin tibbiyot  
kolleji professori Zalman D. Starosta  
TTA 2-son bolalar kasalliklari  
kafedrasida mudiri, professor Karimjonov I.A.

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

## MUNDARIJA

I.ISHCHI DASTUR .....	5
II.MODULNI O‘QITISHDA FOYDALANILADIGAN INTERFAOL TA’LIM METODLARI .....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b> 2
III.NAZARIY MATERIALLAR.....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
IV.AMALIY MASHG‘ULOT MATERIALLARI.....	65
V.KEYSLAR BANKI.....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
VI.GLOSSARIY .....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>
VII.ADABIYOTLAR RO‘YXATI.....	<b>Ошибка! Закладка не определена.</b>

## **. IShChI DASTUR**

### **Kirish**

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 yetganimizni 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 yetuk

mutaxassislar tayerlash va ularning malakasini uzluksiz oshirib borish muhim ahamiyat kasb etadi.

### **Modulning maqsadi va vazifalari**

“Pediatriyada profilaktika, reabilitatsiya va og'ir bemorlarni parvarishlash” 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.

“Pediatriyada profilaktika, reabilitatsiya va og'ir bemorlarni parvarishlash” 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 kompetentsiyaga qo'yiladigan talablar**

“Pediatriyada profilaktika, reabilitatsiya va og'ir bemorlarni parvarishlash” modulini o'zlashtirish jarayonida amalga oshiriladigan masalalar doirasida:

#### **Tinglovchi:**

- pediatriyada qo'llaniladigan zamonaviy diagnostik va davolash usullarini, bolalarga tibbiy xizmat ko'rsatish umumiy amaliyot shifokori kategoriyalarini, kasalliklarning yangi tasniflarini, yangi vaktsinalar 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, bolalarda 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, bolalar kasalliklarini davolashda integrirlashgan usuldan foydalanish ko'nikmalariga ega bo'lishi lozim.
- 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.
- 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**

“Pediatriyada profilaktika, reabilitatsiya va og'ir bemorlarni parvarishlash” 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, ekspres-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 “Bolalar kasalliklarini tashxislash va davolashga yangicha yondashuvlar” o'quv modullari bilan uzviy bog'langan holda pedagoglarning kasbiy pedagogik tayyorgarlik darajasini oshirishga 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	Жумладан		
				Nazariy	Amaliy	Ko'chma mashg'ulot
1.	2018-2022 yillar davrida bolalarda tug'ma va irsiy kasalliklarni barvaqt aniqlash Davlat dasturi. Orfan kasalliklar bilan og'riq bolalar bilan ishlash. Og'ir va tuzalmaydigan bemor bolalar bilan ishlash. Palliativ meditsina.	4	4	2	2	
2	Fermentopatiyalar. Mukovistsidoz. Sog'lom bolalarni ovqatlantirish muammolari	4	4	2	2	
3	Immunoprofilaktika muammolari. Bolalar dispanserizatsiyasi.	6	6	2	4	
4	Chaqaloqlar teri kasalliklari. Chaqaloqlar	4	4	2	2	



	sepsisi profilaktikasi					
5	Bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligi va uning diagnostikasi, profilaktikasi	2	2		2	
6	O'ta xavfli infeksiyalarning oldini olish	2	2		2	
7	Bolalarda konstitutsiya anomaliyalari profilaktikasi	2	2		2	
	<b>Jami</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	

## NAZARIY MASHG'ULOTLAR MAZMUNI

**1-mavzu: 2018-2022 yillar davrida bolalarda tug'ma va irsiy kasalliklarni barvaqt aniqlash Davlat dasturi. Orfan kasalliklar bilan og'rigan bolalar bilan ishlash. Og'ir va tuzalmaydigan bemor bolalar bilan ishlash. Palliativ meditsina. 2 soat.**

1. Bolalar salomatligini ta'minlashga qaratilgan Davlat dasturlari.
2. Bolalarda ijtimoiy rivojlanish mezonlari. Bola xuquqini ximoya qilish qonunlari.
3. Orfan kasalliklar bilan og'rigan bolalar bilan ishlash. Og'ir va tuzalmaydigan bemor bolalar bilan ishlash. Palliativ meditsina

**2-mavzu: Fermentopatiyalar, Seliakiya kasalligi, Mukovistsidoz kasalligi. 2-soat.**

1. Bolalarda diareya sindromi bilan kechuvchi kasalliklar. Maldigestiya, malabsorbtsiyalar. Fermentopatiyalar turlari.
2. Antibiotik assotsirlangan diareyalar.
3. Seliakiya kasalligi, sabablari, diagnostikasi, davolash
4. Mukovistsidoz kasalligi. sabablari, diagnostikasi, davolash

### **3-mavzu Immunoprofilaktika muammolari. Bolalar dispanserizatsiyasi.**

#### **2 soat.**

1. O'zbekiston Respublikasi bolalarni emlash kalendari. Yangi vaktsinalar.
2. Emlash asoratlari va ularning oldini olish. Vaktsinatsiya muammolari.
3. Sog'lom va bemor bolalarni dispanser guruxlarga ajratish.

#### **4-mavzu: Bolalarda sepsis kasalligi. 2-coat.**

1. Bolalarda sepsis kasalligining hozirgi kundagi kechishi.
2. Sepsisning klinik-laborator tavsiflari.
3. Sepsis diagnostikasi va uni davolash bo'yicha protokollar. Sepsisning profilaktikasi.

### **AMALIY MASHG'ULOTLAR MAZMUNI**

**1-amaliy mashg'ulot:** Og'ir va tuzalmaydigan bemor bolalar bilan ishlash. Noaniq genezli isitma. Palliativ meditsina. Bemorlar rehabilitatsiyasi. Kinezoterapiya. 2-soat.

**2-amaliy mashg'ulot:** Sog'lom bolalarni ovqatlantirish muammolari. Bolalarda diareyalar, disbioz tushunchasi, so'rilish buzilishi sindromi. 2-soat.

**3-amaliy mashg'ulot:** Emlash asoratlari va ularning oldini olish. Vaktsinatsiya muammolari. Sog'lom va bemor bolalarni dispanser guruxlarga ajratish. 2-soat.

**4-amaliy mashg'ulot:** Bolalarda sepsis kasalligi. Bolalarda sepsis kasalligining hozirgi kundagi kechishi. Sepsis diagnostikasi va uni davolash bo'yicha protokollar. Sepsisning profilaktikasi. 2-soat

**5-amaliy mashg'ulot:** Bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligi profilaktikasi. Bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligining xozirgi kundagi ko'rinishi, dunyoda tarqalishi, diagnostikasi, davolash va profilaktikasi. 2-soat.

**6-amaliy mashg'ulot: Dunyoda epidemiyaga sabab bo'layotgan infeksiyon kasalliklar.** O'ta xavfli infeksiyon kasalliklar profilaktikasi. 2-soat.

**7-amaliy mashg'ulot: Bolalarda konstitutsiya anomaliyalari profilaktikasi.** Ekssudativ kataral, limfatiko-gipoplastik va asab-artritik diatezlari sabablari, diagnostikasi, davolash va profilaktika. 2-soat.

## **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, individual;

## II.MODULNI O'QITISHDA FOYDALANILADIGAN INTERFAOL TALIM METODLARI

### «SCAMPER» usuli

**Texnologiyaning maqsadi:** murakkab masalalarni yechishda yangi ideyalar qidirib topishga yordam beradigan samarali sxema. Bu texnologiyaning kelib chiqishiga barcha yangi ideyalar eskilarining modifikatsiyalangan shakli ekanligiga tasdiqlovchi kuzatuvlar sabab bo'lgan.

#### **Texnologiyani amalga oshirish tartibi:**

- qatnashchilarga mavzuga oid bo'lgan yakuniy xulosa yoki g'oya taklif etiladi;
- har bir ishtirokchiga «SCAMPER» texnologiyasining bosqichlari yozilgan qog'ozlarni tarqatiladi;
- ishtirokchilarning munosabatlari guruhiiy tartibda taqdimot qilinadi.

«SCAMPER» usuli qatnashchilarda kasbiy-nazariy bilimlarni amaliy mashqlar va mavjud tajribalar asosida tezroq va muvaffaqiyatli o'zlashtirilishiga asos bo'ladi.

#### **Namuna:**

**Fikr:** “Surunkali gepatitlarni davolashda gepatoprotektorlarni samaradorligini isbotlang”.

**Topshiriq:** Mazkur fikrga nisbatan munosabatingizni «SCAMPER» orqali tahlil qiling.

### “KWHL kreativ” usuli

**Metodning maqsadi:** mavjud nazariy bilimlar va amaliy tajribalarni tahlil qilish, bilimlarni mustahkamlash, takrorlash, baholashga, mustaqil, tanqidiy fikrlashni, nostandart tafakkurni shakllantirishga xizmat qiladi.

### **Metodni amalga oshirish tartibi:**

- ishtirokchilar mashg'ulotning boshida va mashg'ulotning oxirida olgan bilimlarini namoyish etadilar.

### **“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 yechish uchun konkretlashtiriladi. Analitik fikrlash va asosiysini topishga o'rgatadi.

G'oya-3 qadam, miya xujumi yordamida turli variantlarni ichidan eng foydalisi, kamxarajatlisi 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: “Rolli o'yin” orqali ko'rsatib berish.

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

## II. NAZARIY MATERIALLAR

**1-mavzu: 2018-2022 yillar davrida bolalarda tug'ma va irsiy kasalliklarni barvaqt aniqlash Davlat dasturi. Orfan kasalliklar bilan og'rigan bolalar bilan ishlash. Og'ir va tuzalmaydigan bemor bolalar bilan ishlash. Palliativ meditsina. 2 soat.**

1. Bolalar salomatligini ta'minlashga qaratilgan Davlat dasturlari.
2. Bolalarda ijtimoiy rivojlanish mezonlari. Bola xuquqini ximoya qilish qonunlari.
3. Orfan kasalliklar bilan og'rigan bolalar bilan ishlash. Og'ir va tuzalmaydigan bemor bolalar bilan ishlash. Palliativ meditsina

**Tayanch iboralar:** bolalar o'limi, tug'ma kasalliklar, irsiyat, skrining, mutatsiyalar, irsiy kasalliklar, dispanserizatsiya.

### **1.1.Bolalar salomatligini ta'minlashga yo'naltirilgan Davlat dasturlari**

Respublikada sog'lom bolalar tug'ilishi, homilador ayollar va chaqaloqlarda patologiyani barvaqt aniqlash uchun zarur shart-sharoitlarni ta'minlaydigan zamonaviy perinatal markazlar hamda "Ona va bola skrining" markazlari tarmog'i yaratildi, tug'ruqqa yordam beruvchi va pediatriya muassasalarining moddiy-texnika bazasi va kadrlar salohiyati mustahkamlandi, tug'ma va irsiy kasalliklarga tashxis qo'yish, davolash hamda ular profilaktikasining zamonaviy usullari joriy etildi. 2013-2017 yillar davrida bolalikdan nogironlar tug'ilishining oldini olish uchun tug'ma va irsiy kasalliklarni barvaqt aniqlash Davlat dasturi doirasida barcha "Ona va bola skrining" markazlari hal qilish imkoniyati yuqori bo'lgan biokimyoviy analizatorlar va zamonaviy ultratovush skanerlar bilan jihozlandi. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Respublika "Ona va bola skrining" markazlari chaqaloqlarda va kichik yoshdagi bolalarda irsiy kasalliklarning keng doirasiga tashxis qo'yish uchun yuqori texnologik analizatorlar – tandem mass-spektrometrlar bilan jihozlandi. Amalga oshirilayotgan tadbirlar natijasida 1,1 milliondan ortiq homilador ayol tekshiruvdan

o'tkazildi, bu 21 ming nafardan ortiq rivojlanishida tug'ma nuqsonlar bo'lgan bola tug'ilishining oldini olish imkonini berdi. 1,7 milliondan ortiq chaqaloq tug'ma va irsiy kasalliklar yuzasidan tekshirildi, 2,7 ming nafar bolaga rivojlanishning tug'ma nuqsonlarini bartaraf etish yuzasidan malakali tibbiy yordam ko'rsatildi. Shu bilan birga, tug'ma va irsiy kasalliklarning oldini olish bo'yicha profilaktik va davolash-tashxis qo'yish tadbirlarini, ayniqsa, qishloq joylarda bo'lajak onalar va bolalarning sog'lig'i holati ustidan patronaj tizimini yanada takomillashtirish, shuningdek, jahon amaliyotiga muvofiq tug'ruqqa yordam beruvchi muassasalarning va "Ona va bola skrining" markazlarining moddiy-texnika bazasini mustahkamlash talab etiladi.

Onalar va bolalar sog'lig'ini har tomonlama mustahkamlash, sog'lom avlod tug'ilishi va uni tarbiyalash uchun zarur shart-sharoitlarni shakllantirish, homilador ayollar va chaqaloqlarda patologiyani barvaqt aniqlash davlat tizimini yanada rivojlantirish, bolalarda nogironlikni kamaytirish, shuningdek, "Ona va bola skrining" markazlarining kadrlar salohiyati va moddiy-texnika bazasini rivojlantirish va mustahkamlash maqsadida:

2018-2022 yillar davrida bolalarda tug'ma va irsiy kasalliklarni barvaqt aniqlash Davlat dasturi tasdiqlandi.

"Ona va bola skrining" markazlarini yuqori texnologik diagnostika tibbiyot uskunalari, butlovchi buyumlar, reagentlar va zarur materiallar bilan jihozlash orqali ularning moddiy-texnika bazasini mustahkamlanmoqda. Homiladorlikning dastlabki uch oyida ayollarni markaziy ko'p tarmoqli tuman (shahar) poliklinikalarida tug'ishdan oldin ommaviy tekshirish va xavf guruhiga kiradigan homilador ayollarda genetik sindromlarni biokimyoviy tekshirishni bosqichma-bosqich joriy etish yo'li bilan homilada tug'ma va irsiy kasalliklarning oldini olish va ularga barvaqt tashxis qo'yish chora-tadbirlarini takomillashtiradi. Homilada va kichik yoshdagi bolalarda xromosom sindromlar diagnostikasida laboratoriya diagnostikasining zamonaviy usullarini, shu jumladan, sitogenetik va molekulyar-sitogenetik texnologiyalarni joriy etiladi;

Bolalarda irsiy kasalliklarga barvaqt tashxis qo'yish usullarini takomillashtirish orqali chaqaloqlarni ommaviy tekshirish, shuningdek, bemor bolalarni dori vositalari va davolaydigan ovqatlar bilan ta'minlash orqali irsiy kasalliklarni davolash samaradorligi oshirilmoqda; "Ona va bola skrining" markazlarining kadrlar salohiyatini mustahkamlash va amaliy sog'liqni saqlashga zamonaviy jahon tajribasini joriy etgan holda xalqaro hamkorlik amalga oshirilmoqda.

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Nukus, Buxoro, Samarqand va Farg'onadagi "Ona va bola skrining" markazlarida mintaqalararo sitogenetik laboratoriyalar tashkil etish, ularni yuqori texnologik tibbiyot diagnostika uskunalari bilan jihozlash rejalashtirilmoqda.

## **1.2. Bolalarda ijtimoiy rivojlanish mezonlari. Bolalar va o'smirlar salomatligi.**

Salomatlik — odamning jismoniy va ma'naviy xususiyatlarining yigandisi: uning uzoq umr kurishining va ijodiy rejalarini amalga oshirishining jamiyatimiz baxt — saodati uchun yuqori mehnat unumdorligi, mustahkam, axil oila yaratish, bolalarning tugilishi va tarbiyani amalga oshirishining zaruriy shartidir. Salomatlik inson va jamiyat uchun eng muqim ijtimoiy va iqtisodiy omil, uning xolati atrof — muxit bilan bogliq ravishda uzgaradi.

Sog'lom odam tashqi muxitning uchta — ijtimoiy, ruhiy va tabiiy omillariga tula moslasha oladi. Sog'lom odam xar qanday sharoitda qobiliyatini yuqori darajada ishlata oladi. Jamiyat salomatligi — ijtimoiy boylikdir.

Salomatlik individual (aloxida bir kishining sog'lik holati) va ijtimoiy (ma'lum bir jamoatchilik guruhning salomatligi) bo'ladi. Ijtimoiy salomatlik bir necha ko'rsatkichlar bilan ta'riflanadi. Bunday ko'rsatkichlarga xayot davomi, o'lim darajasi, bolalar o'limi, kasallanish, nogironlar soni va boshqalar kiradi. Bolalar salomatlik xolatini taxlil qilishda umumiy kasallanish, surunkali kasallanishlar darajasi, salomatlik indeksi, normal jismoniy va intellektual rivojga ega bo'lgan va nogiron bolalarning foizi va boshqa ko'rsatkichlar qo'llaniladi.

Salomatlik — antropometrik, klinik, fiziologik va biokimyoviy



ko'rsatkichlarning yigindisi natijasida aniqlanadi. Bu ko'rsatkichlar yosh, jins, tarbiyalanish va o'qitish sharoitiga, iqlim va geografik sharoitiga bog'liq. Kasallik — bu tashqi muxitga nisbatan biologik va ijtimoiy adaptatsiyaning (moslashuvining) buzilishidir. Bugungi kunlarda kasallikning kelib chiqish va rivojlanishida nafaqat tabiiy, balki ijtimoiy omillar muxim urin tutadi. Turli surunkali va o'tkir kasalliklar — jismoniy rivojlanishdagi, ko'rish, eshitish qobiliyatidagi siljish va boshqalar bolalarning ish qobiliyatiga ancha ta'sir qiladi va ba'zan ma'lum bir kasbni egallashga tusqinlik qiladi.

Bolalar kasallanishi sabablari.

Umumiy kasallanish deb turli yoshda, turli joylarda, turli sharoitdagi kasalliklarning xolatiga aytiladi. Bu ko'rsatkich mamlakatimizning ma'lum bir xududida umumiy kasallanish darajasini aks ettiruvchi (barcha kasalliklarning tarkalishi) ma'lum bir vaqtda tibbiyot xizmatiga murojaat qiluvchilarning soniga yoki ommaviy tekshirishlar natijasida olingan ma'lumotlarga qarab aniqlanadi. Umumiy kasallanishning qonuniyatlari yosh oshgan sayin sharoitga bog'liq holda o'zgaradi. Kichik yoshdagi bolalarda birinchi o'rinlarda turadigan tug'ma kuchsizlik va rivojlanishdagi kamchiliklar ona qornidayoq homilaga turli omillar ta'siri natijasida yuzaga keladi.

### **1.3. Orfan kasalliklar bilan og'rigan bolalar bilan ishlash. Og'ir va tuzalmaydigan bemor bolalar bilan ishlash. Palliativ meditsina**

Umumiy kasalliklarning taxlili turli yoshda turli kasalliklarning qay darajada uchraganligini xam uz ichiga oladi. Maktabgacha yoshdagi bolalar xastalıkları ichida birinchi o'rinda nafas olish a'zolari kasalliklari turadi. Ikki yoshdan keyin bolalar orasida yuqumli, kasalliklar soni ortadi, bu xolat 7 yoshga yetguncha davom etadi. Nerv tizimi va sezgi a'zolari kasalliklari 3 o'rinda turadi, me'da ichak kasalliklari 4 o'rinni egallaydi. 7 yoshdan boshlab teri kasalliklari 5 uringa chiqadi. Barcha yoshdagi bolalarda o'tkir nafas yullarning kasalliklari xamma yosh guruxlarida birinchi o'rinni egallaydi. Shuning uchun qam bolalarni xar kaday

yoshda chiniqtirish juda muxim ahamiyatga ega. Maktab yoshidagi bolalarda surunkali tonzilit kasalligi ancha ko'payadi (20-30%). Keyingi yillarda xavo tarkibining ifloslanishi, turli dorivor moddalar, oziq —ovqat sintetik qo'shimchalarining keng qo'llanilishi natijasida bolalarda allergik kasalliklarning soni ko'paymoqda. Gipodinamiya, ekologiya muvozanatining siljishi natijasida yurak —tomir tizimi, tayanch — xarakat apparatining funksional buzilishlari, eshitish, ko'rishning yomonlashuvi maktab yoshidagi bolalar urtasida ko'payib bormoqda. Keyingi yillar davomida bolalardagi ko'z refraktsiyasi buzilishlari ko'payib bormoqda. Respublikamizda kuchsiz darajadagi miopiya boshlang'ich sinf o'quvchilari orasida 2,5%ni tashkil etadi, 16 yoshli o'smirlar ichida bu ko'rsatkich 19,3% gacha ko'payadi. Tabiiy ozuqa maxsulotlarni kam iste'mol qilganligi, moddalar almashinuvi jarayonlarini izdan chiqqanligi sababli maktab o'quvchilari orasida tish kariyesi keng tarqalgan (70-80%) kasalliklardan biri bo'lib qoldi. Umumiy ta'lim maktab ukuvchilari orasida arteriya bosimning ko'tarilishi bilan kechadigan yurak —tomir tizimidagi funksional chetlashishlar 8-10% ga, maxsus matematika maktablarida esa 15-20% ga o'zgardi. Nerv tizimining funksional siljishlari yuqori sinf o'quvchilari orasida 11% gacha ortib bordi. O'quvchilarning kupchiligida, asosan o'smirlilik yoshida tana vaznining ortiqqligi kuzatilmokda. 12 % bolalarda turli darajadagi semizlik aniqlangan. Gavda ko'rinishlari va yelka xolati assimetriyasi, bukriliklar, patologik uzgarishlar xamma joyda bir xil emas. Bular sanitariya gigiyena va epidemiyaga zarshi muolajalar utkazish va ularni anik tashkil qilishga, jismoniy tarbiya, bolalar va usmirlarga tibbiy yordam ko'rsatishni joyiga qo'yishga bogliqdir. Bolalarni tekshiruv paytida ularda surunkali kasalliklar bor yoki yo'qligi, tez-tez kasallanib turadigan bolalar soni (%xisobida) aniqlanadi. Tez-tez kasallanadigan yoki surunkali ogrib turadigan bolalar deb, bir yil mobaynida 4 marta va bundan ko'proq betob bo'lgan bolalar tushuniladi. Ma'lumki, umumta'lim maktab uquvchilari orasida salomatlik xolatida u yoki bu o'zgarishlari bo'lgan, surunkali kasallik bilan og'rigan (III salomatlik guruxi) bolalar xam ko'pchilikni tashkil etadilar (15% gacha). Ayniqsa, surunkali tonzillit, kariyes, kuz funksiyasining buzilishi kabi xastaliklar kup uchraydi. Revmatizm, allergiya,

o'pkaning nospetsifik surunkali kasalliklari, jigar, buyrak, ovzat xazm qilish tizimining kasalliklari bilan og'rigan nimjon, tez-tez kasal bulib turuvchi xamda astenik sindromi mavjud bulgan bolalarga jiddiy e'tibor berish lozim. Surunkali kasalliklarga chalingan bolalar sog'lomlashtirishni maxsus sog'lomlashtirish muassasalarida, sanatoriylarda, ixtisoslashtirilgan maktablarda amalga oshirishi yaxshi natijalar bermoqda.

## **2-mavzu: Fermentopatiyalar, Seliakiya kasalligi, Mukovistsidoz kasalligi. 2-soat.**

1. Bolalarda diareya sindromi bilan kechuvchi kasalliklar. Maldigestiya, malabsorbtsiya. Fermentopatiyalar turlari.
2. Antibiotikassotsirlangan diareyalar.
3. Seliakiya kasalligi, sabablari, diagnostikasi, davolash
4. Mukovistsidoz kasalligi. sabablari, diagnostikasi

**Tayanch iboralar-** diareya, disbakterioz, malabsorbtsiyalar, fermentopatiyalar, seliakiya.

2.1. Bolalarda diareya sindromi bilan kechuvchi kasalliklar. Maldigestiya, malabsorbtsiya. Fermentopatiyalar turlari. Bolalar kasalliklarini integrirlashgan usulda olib borish

Diareyani baholang va tasniflang tasnifi. Diareya - ich ketishi, ich surishidir, bunda ahlatda suv odatdagidan ko'ra ko'p bo'ladi. Diareyani ichi suvdek ketishi deb ham yuritiladi. U ayniqsa 6 oylikdan 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq kuzatiladi. Diareya aksari sigir suti yoki sutli qorishmalar ichadigan bolalarda ko'proq uchraydi. Odatdagicha tez-tez ich kelib turishi diareya emas. Bolaning kuniga necha marta odatdagicha ichi kelishi uning yegan ovqati va yoshiga bog'liq. Ko'pgina mintaqalarda 24 soat davomida bola ichining uch marta yoki bundan ko'p ketishi diareya deb ta'riflanadi. Bolalarida diareya boshlanib qolgan vaqtni onalar odatda bilishadi. Ular bolaning ichi suvdek bo'lib kelayotganini aytishlari mumkin.

Onalar «diareya» so'zi o'rniga «ich ketar» yoki «suvdek suyuq bo'lib ich kelishi» degan mahalliy nomlarni ishlatishi mumkin va hokazo. Faqat emizib boqiladigan bolalarda ahlat ko'pincha yumshoq bo'ladi, bu – diareya emas. Bolasini emizib boqadigan ona ahlatning suyuq kelayotganiga yoki tez-tez ich surib turishiga qarab diareyani ajratib olishi mumkin. Diareyaning qanday turlari bor? Ko'p xolatlarda tez-tez va suv bo'lib kechadigan diareya bolaning tanasi suvsizlanib qolishiga asosiy sabab hisolanadi. Vabo – ana shunday diareyaning misollaridan biridir. Biroq vabo ushbu diareyalarning oz qismini tashkil etadi. Diareya 14 kundan kam davom etadigan bo'lsa, bu - o'tkir diareya bo'lib xisoblanadi. Suvdek bo'lib ich ketib turadigan diareya bolaning suvsizlanib, quvvatsizlanib qolishiga sabab bo'ladi. O'tkir diareya bilan og'rigan bolaning o'limi odatda suvsizlanish oqibatidir. Diareya 14 kun va bundan ortiqroq davom etadigan bo'lsa, bu – cho'ziluvchan diareya. Diareyaning xolatlarining 20 foizga yaqini surunkali bo'lib qoladi. Cho'ziluvchan diareya bolalarda oziqlanishning buzilishiga sabab bo'ladi va bolalar o'lim xolatlarini ko'payishiga olib keladi. Diareyada ahlatning shilimshiq aralash yoki usiz qonli bo'lib tushishi dizenteriya (ichburug') deb ataladi. Dizenteriyaning eng ko'p tarqalgan qo'zg'atuvchisi – Shigella dir. Amyobali dizenteriya bolalarda ko'p uchramaydi. Bolada suvli diareya ham, dizenteriya ham bo'lishi mumkin.

Diareyani baxolang. Diareya bilan og'rigan bolaning axvoli quyidagi belgilar bo'yicha baxolanadi: bolada diareya qanchadan beri davom etib kelmoqda, ahlatda qon bormi (bolada dizenteriya bor-yo'qligini aniqlash uchun) suvsizlanish belgilari bormi. Diareya bilan og'rigan bolaning axvoliga baxo berishning quyidagi bosqichlarini ko'rib chiqing: Bolada diareya bormi? bor bo'lsa, so'rang: Qachondan buyon? Axlatida qon bormi? ko'zdan kechiring va his eting Umumiy axvoliga qarang. Bola: Letargik xolatda yoki hushsizmi? Bezovta yoki betoqatmi? Aniqlang, ko'zlari kirtayganmi? Bolaga suyuqlik taklif eting: Bola: Icha olmaydimi yoki yomon ichadimi? Yutoqib ichadimi, chanqoqmi? Qornidagi teri burmasi tekislanish reaksiyasini tekshiring. Burma tekislanadi: Juda sekin (2 sekunddan ortiq) Sekin. hamma bolalardan diareya to'g'risida surishtirib ko'ring. so'rab ko'ring: Bolada diareya bormi? Diareyani tasvirlash uchun ona tushunadigan

so'zlarni ishlating. Ona yo'q deb javob bersa, diareyaga aloqador belgilar bo'yicha bolaning axvolini baxolamay, keyingi asosiy simptom – isitma to'g'risida surishtirib ko'ring. Ona ha deb javob bersa yoki bolasini diareya tufayli ambulatoriyaga olib kelganini aytgan bo'lsa, uning javobini yozib oling. So'ngra bolada suvsizlanish, cho'ziluvchan diareya va dizenteriya belgilari bor-yo'qligini aniqlab, bilib oling. so'rab ko'ring: qanchadan buyon? 14 kun va bundan ortiq davom etib kelayotgan diareya – cho'ziluvchan diareyadir. Javob berish uchun onaga vaqt bering. Necha kun bo'lganini aniq eslab olish uchun unga vaqt kerakdir, balki. so'rab ko'ring: Ahlatda qon bormi? Shu diareya boshlanganidan beri axlatda qon paydo bo'lganini ona sezganmi, so'rab ko'ring. So'ngra, suvsizlanish belgilari bormi, tekshirib ko'ring. Agar bola suvsizlangan bo'lsa, avvaliga u bezovta, betoqat bo'lib qoladi. Suvsizlanish davom etaveradigan bo'lsa, letargik yoki bexush holga tushadi. Bola tanasidan suyuqlik yo'qolib borgan sayin ko'zlari kirtaygandek bo'lib ko'rinishi mumkin.

Teri burmasi tekshirib ko'rilganida sekin yoki juda sekin tekislanadi. Quyidagi belgilarni ko'rib chiqing va bilib oling: bolaning umumiy ahvoriga qarang. U letargik holatda yoki bexushmi? Bezovta, betoqatmi? Umumiy havf belgilari bor-yo'qligini tekshirib ko'rayotganiingizda bola letargik yoki bexush xolda yotganmi-yo'qmi, bilib olgan edingiz. Bola letargik yoki bexush xolda yotgan bo'lsa, demak, unda umumiy havf belgisi bor. Boladagi diareyani tasniflashda ushbu umumiy havf belgisidan foydalaning. Bola hamma vaqt yoki unga qo'l tekkazilganida bezovta, betoqat bo'lsa, unda «bezovta yoki betoqat» belgisi bor. Bola onasini emayotgan mahalda tinch bo'lsa-yu, lekin emizish to'xtatilishi bilan u yana bezovta, betoqat bo'lsa, demak, unda «bezovta, betoqat» belgisi bor. Ko'p bolalar tibbiy muassasaga kelib qolganlari uchungina injiqlik qilaveradi. Bunday bolalarni odatda tinchitish mumkin bo'ladi.

### **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., Boboyeva U.R. Detskiye bolezni. - T., 2013

5. Daminov T.O., Xolmatova B.T., Boboyeva O'R. Bolalar kasalliklari.-T., 2012.

6. Detskiye bolezni, pod red. A.A. Baranova. – M., 2010

7. Detskiye bolezni, pod red. N P. Shabalova. – M., 2010

8. Detskiye bolezni. Uchebnik v 2 tomax. Zaprudnov A.M., Grigorev K.I., Xaritonova L.A. 2013.

9. Detskiye bolezni, uchebnik. N.A. Geppe, 2018.

10. Pediatriya. Avdeyeva T.G. 2016.

11. Neonatologiya, Karimjonov I.A. va boshqalar. O'quv qo'llanma, 2020. Toshkent.

#### Internet ma'lumotlari

1. [www.scopus.com](http://www.scopus.com)

2. [www. Ziyonet. Uz](http://www.Ziyonet.Uz) [www. edu. uz](http://www.edu.uz)

3. Inocom.uz elektron jurnali: [www.ing'ocom.uz](http://www.ing'ocom.uz)

4. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining Matbuot markazi sayti:

[www.press-service.uz](http://www.press-service.uz)

4. O'zbekiston Respublikasi Davlat Hokimiyati portali: [www.gov.uz](http://www.gov.uz)

5. Axborot-kommunikatsiya texnologiyalari izohli lug'ati, 2004, UNDP DDI: Programme [www.lugat.uz](http://www.lugat.uz), [www.glossaiy.uz](http://www.glossaiy.uz)

6. O'zbek internet resurslarining katalogi: [www.uz](http://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)

#### Fermentopatiyalar.

Disaxaridazalar yetishmovchiligi-laktoza, maltoza va saxaroza yetishmovchiligidir.

Disazaridlar gidrolizi va monosaxaridlar so'rilishi birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin. Disaxaridazalar yetishmovchiligida parchalanmagan uglevodlar ichak bo'shlig'ida to'planadi, osmotik bosim oshib ketadi va bu esa ichak bo'shlig'iga ortiqcha suv to'planishiga olib keladi. Disaxaridlar mikroflora orqali utilizatsiya qilinadi va katta miqdorda organik kislotalar to'planadi. Buning oqibatida suyuq va ko'pikli axlat paydo bo'ladi, disaxarilar parchalanmagan xolatda fekalialar orkali ajrala boshlaydi. Xomiladorlik davrida xomilaning ichagi steril xolatda bo'ladi. Tug'ilish jarayenida bolaning og'zi orkali ona tug'urik yo'llaridagi mikroorganizmlar kolonizatsiyasi sodir bo'ladi. Bola tug'ilganidan 10 kun o'tgach uning oshqozon ichak traktida bifidobakteriya va bakteroidlarning xar-xil shtammlari paydo bo'ladi. Ona suti bilan boqilayotgan bolalarning ichagida bifidobakteriyalar miqdori ko'prok bo'ladi, 2 yeshdan keyin bolalar ichak mikroflorasi katta yoshdagi odamlarning ichak mikroflorasidan deyarli fark qilmaydi.

Mukovistsidozning ichak shaklining klinik ko'rinishi oshqozon osti bezi va ichaklar funktsiyasining buzilishi simptomlaridan iboratdir. Ayniksa bolani sun'iy ovkatlantirishga o'tkazilganidan keyin bu simptomlar yaqqol namoyon bo'ladi. Klinikasida ko'p miqdordagi, yog'li, yopishqoq axlat xarakterlidir. Kupincha to'g'ri ichakning tushib qolishi kuzatiladi. Boshqa abdominal sindromlardan biri bu qorin soxasida og'riqlar paydo bo'lishidir. Og'riqlar xar-xil xarakterga ega-xurujsimon og'riqlar, meteorizm, jigar soxasidagi og'riqlar va xokozo. Tashxis asosan kasallikka xos bulgan simptomlar asosida qo'yiladi. Tashxis ter tarkibidagi xloridlar miqdorini aniqlash orqali asoslanadi. Ter tarkibidani natriy va xlor miqdori 20 mmol/l.dan oshmasligi kerak. Soglom bolalarda ter tarkibidagi natriy va xlor miqdori 40 mmol/ l. dan oshmasligi kerak. To'g'ri tashxis qo'yishda bu ionlarning miqdori 60 mmol/ l. dan yuqori bo'lishi shartdir.

Koprologiyaning tekshirilishi xam katta axamiyatga ega, bunda neytral yog moddalaridan tashqari kletchatka va kraxmal donachalari xam ko'rinadi. Balg'am yopishqoqligini kamaytirish maqsadida fizik, ximik usullar kombinatsiyasidan foydalanishga to'g'ri keladi. Xamma kasallarga mukolitik terapiya berilishi shartdir. Uning samaradorligi postdural drenaj bilan birgalikda

yana xam oshadi, vibratsion massaj va davolovchi fizkultura xam yaxshi samaralar beradi.

Oshqozon osti bezining funksiyasini yaxshilash maqsadida pankreatin va boshka ichak fermentlari qo'llaniladi, masalan; polizim, panzinorm, meksaza va boshkalar. Davolash samaradorligi stulning normallashuvi va va axlatda neytral yog' moddalarining yo'qolishi xisoblanadi.

Ovqat moddalarining ichakda so'rilishining buzilishi klinikada bolaning ozib ketishi va ich ketishi bilan xarakterlanadi, bunda fekalida yog' qoldiqlari ko'rinadi, yoki axlat unitazga yopishib qoladi. Lekin xamma bolalarda ozish va diareya sindromi bir xilda kechmaydi. Bundan tashkari bemor bolalarda vitamin yetishmovchiligi simptomlari yaqqol ko'rinadi, bunday klinik simptomlarga; barmoq tirnoqlarida chiziqlar paydo bo'lishi, shishlar paydo bo'lishi, yeki qon ketishlar, tungi ko'z xiralashuvi, xeyloz, glossit, tam bilishning pasayishi milklarning qonashi, dementsiya, tetaniya, amenoreya, quloq oldi bezlarining shishi va yaralarning yomon bitishi kiradi.

Davolashning asosiy printsiplari.

Bola tug'ilganidan boshlab sutsiz ovqatlantirishga o'tkazilishi kerak.

Sut o'rnini bosuvchi bir necha sun'iy aralashmalar taklif etilgan, ularning tarkibiga sut o'rniga soya va mindal sutlari kirgan. Ovqat

ingrediyentlarining miqdori xuddi sun'iy ovqatlantirishdagidek bo'lishi kerak.

Qo'shimcha ovqat normadan bir oy avval kiritilishi kerak. Bo'tqalar sabzavot va go'sht suvlarida tayyorlanishi kerak. Sut maxsulotlari ratsiondan kamida 3 yilga chiqarib tashlanishi kerak.

Mukovistsidoz.

Mukovistsidoz - oshqozon osti bezining polikistozidir, sistemali kasallik bulib autosom -retsessiv tipda tarqaladi.

Kasallik asosida genlar mutatsiyasi yotadi. Agar ota-ona geterozigot bo'lsa, oilada bolaning mukovistsidoz kasalligi bilan tug'ilish xavfi 25 foizni tashkil kiladi.

Gomozigot nasliy moyillik 2-3 foizni tashkil qiladi.

Klinikasi.



Kasallikka polimorfizm xosdir.

Quyidagi klinik ko'rinishlari farq qilinadi;

1. aralash - o'pka-ichak shakli, 75-80 foiz xollarda uchraydi.
2. respirator shakli -15-20 foiz xollarda uchraydi.
3. ichak shakli - 5 foiz xollarda uchraydi.

Anamnezida tug'ilishning birinchi kunlaridan kaytalama, og'ir kechuvchi bronxitlar uchraydi, doimiy yutal, ichak disfunktsiyalari , oziqlanishning buzilishlari kuzatiladi. Klinik kartinasida nafas olish tizimidagi o'zgarishlar dominantlik qiladi. Yopishqoq shilliqli balg'am nafas yo'llarining infitsirlanishiga olib keladi. Auskultatsiyada o'pka ustida nam mayda pufakchali xirillashlar eshitiladi. Letal xolatlar 50-60 foizni tashkil qiladi, ayniqsa ko'krak yoshidagi bolalar orasida letal xolatlar keng tarqalgan. Mukovistsidozga moyillikni aniqlashga yordam beradigan genning kashf etilishi bu kasallikning erta tashxislanishiga katta yordam beryapti. Kasallikning profilaktikasida oilalarni tibbiy-genetik konsultatsiyadan o'tkazish katta ahamiyatga egadir.

Seliakiya

Grekcha so'z bo'lib ichak disfunktsiyasi bilan kasallanish degan ma'noni bildiradi. Bu - surunkali genetik determinatsiyalashgan kasallik bo'lib, glyuten oqsilini xazm qila olmaslik bilan xarakterlanadi. Kasallik ichak shillik qavatining atrofiyasi bilan kechadi. Seliakiya kasalligining tarqalishi xar-xil tadkikodchilarning fikricha xar-xildir, taxminan 1-500 dan 1-3000 gachadir.

Kasallik patogenezi xali oxirigacha noma'lumdir. Kasallik autosom - retsessiv yo'li bilan tarqaladi.

Kasallikning 4 xil shakli mavjuddir;

1. Enterotsidlarning genetik determinant defektlari orqali glitsin parchalanishining buzilishi bilan kechuvchi shakli.
2. Glyutenga sensibilizatsiya rivojlanishi tufayli ichak shillik kavatida autoimmun protsessning rivojlanishi tufayli kechadigan shakli.
3. Ichak shillik kavati epiteliotsitlarining tug'ma nuqsonlari tufayli glitsinning patologik parchalanishi orkali kelib chiquvchi shakli.

4. ba'zi tashqi ta'sirlar tufayli ichak enterotsitlarining ichakda glitsin so'rilishining buzilishi bilan kechuvchi shaklining paydo bo'lishi.

Umumiy qabul qilingan tashxisi yuk. Shakllari;

1. Tipik shakli .
2. Atopik shakli.
- 3.Yashirin shakli .

#### **Tipik shakli;**

Kasallikning tipik shakli asosan qo'shimcha ovqat kiritilganidan 1-2 oy o'tganidan keyin taxminan 8-12 chi oylarda rivojlanadi.

Kasallik manifestatsiyam ko'pincha infeksiyon kasallikdan keyin boshlanadi. Kasallikning birinchi belgisi asosan emotsional labillik bo'ladi, ishtaxaning pasayishi, tana vaznining ko'paymasligi kuzatiladi. Kasallikka xos bo'lgan belgilar 1.Ich ketishning kuzatilishi. 2.Polifekaliya . Z.Steatoreya. 4.Korinning kattalashuvi.5 Tana vaznining kamayishi.6. Suyaklarning tez sinishi.7. Talvasa sindromi. Poliuriya.9. Polidipsiya. Kasllikning kechishi remissiya va zo'riqish davrlari bilan kechadi.

#### **Serologik tekshiruv metodlari;**

Kasallik tashxisi uchun serologik tekshiruvlar o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Qonda antigliadin antitelolarni aniklash mumkin. Xozirgi davrda qonda antiglyutaminazani aniqlash maqsadga muvofiqdir va albatta qonda immunoglobulin A va immunoglobulin G ni aniklash. Bemorga umrining oxirigacha glyutensiz ovqatlanish tavsiya etiladi.

#### **Disbakterioz.**

Ichak disbakteriozi-ichakda mikobakteriyalar muvozanatining buzilishi bilan xarakterlanadi. Normada odam organizmida 300 dan ortiq mikobakteriyalar yashaydi, ularning ko'p qismini ichak ovkat xazm qilishida ishtirok etuvchi mikroorganizmlar tashkil kiladi. Bola olamga steril xolatdagi ichak bilan tug'iladi, ichakda bakteriyalar paydo bulishi bola tugilishi bilan boshlanadi, keyinchalik ichak mikroflorasi paydo bo'lishida og'iz suti va keyinchalik ona suti rol uynaydi,

lekin foydali mikroorganizmlar bilan bir vaktida ichakda kasallik chakiruvchi mikroorganizmlar xam paydo bo'la boshlaydi, ularga qarshi - lakto va -bifido bakteriyalar xam yuzaga kela boshlaydi. Laktobakteriyalar- ichakda patogen mikroblarning soni kupayishini nazorat kilib turadi.

**Bifidobakteriyalar esa** - odam organizmiga ovkat va xavo orqali kirib keluvchi patogen mikroblarga qarshi ximoya vazifasini bajaradi. Bifido va laktobakteriyalardan tashkari odam ichagida nopatogen ichak mikroflorasi xam bo'lib, ular ichak infeksiyasining rivojlanishiga qarshi ishlaydi, jigar vazifasini yengillashtiradi va allergiya rivojlanishining oldini oladi. Ichakda mikroblar muvozanatining buzilishi va bifido-laktobakteriyalar soni kamayishi bilan patogen mikroflora ko'paya boshlaydi -bu xolat disbakterioz deb nomlanadi. Disbakteriozda ichakda chirish protsessi boshlanadi. Disbakteriozning ikki xil turi farklanadi-birlamchi va ikkilamchi turlari. Birlamchi ichak disbakteriozi bolani erta sun'iy ovkatlantirishga o'tkazilganda rivojlanadi. Disbakteriozning to'rtta darajasi farqlanadi.

Kasallik darajasi ichakni mikrobiologik tekshiruv natijasida aniqlanadi.

Birinchi darajali ichak disbakteriozida bolada xech kandy klinik belgilar bo'lmaydi, lekin bolada qabziyat va ko'ngil aynishi kuzatilishi mumkin.

Ikkinchi darajada axlat suyuqlashadi, ishtaxa pasayadi, bolaning umumiy axvoli yomonlashadi. Uchinchi darajali disbakteriozda -ishtaxaning pasayishi, bola umumiy axvolining yanada yomonlashuvi kuzatiladi. Turtinchi darajali ichak disbakteriozida bolaning umumiy axvoli yanada og'irlashadi, vazn kamomati, teri koplamlarining oqarishi, ishtaxa pasayishi, shillikli va suyuq ich kelishi tez -tez kuzatiladi. Tashxis - fekaliiy mikroflorasini tekshirish orqali tasdiqlanadi.

Ichak disbakteriozini davolash oshqozon -ichak trakti mikroflorasini normallashtirishdan iboratdir. Xozirgi vaktida ichak mikroflorasini normallashtiruvchi xilma-xil dori preparatlari mavjuddir. Ichak mikroflorasini normallashtiruvchi maxsus bifido kefir va bifido yogurtlar mavjuddir. Lekin ichak disbakteriozining birinchi simptomlari paydo bulishi bilan bolani albatta mutaxassisga kursatish tavsiya etiladi.

## **Foydalanilgan 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., Boboyeva U.R. Detskiye bolezni. - T., 2013
5. Daminov T.O., Xolmatova B.T., Boboyeva O'.R. Bolalar kasalliklari.-T., 2012.
6. Detskiye bolezni, pod red. A.A. Baranova. – M., 2010
7. BKIUOB. JSST dasturi asosida O'zSSV 225 buyrug'i, 2007.

3-mavzu Immunoprofilaktika muammolari. Bolalar dispanserizatsiyasi. 2 soat.

1. O'zbekiston Respublikasi bolalarni emlash kalendari. Yangi vaktsinalar.
2. Vaktsinatsiya muammolari
3. "Noinfeksion" kasalliklarga qarshi vaktsinalar
4. Sog'lom va bemor bolalarni dispanser guruxlarga ajratish.

**Tayanch iboralar:** vaktsina, immun javob, t-xujayralar, xelperlar, killerlar, sovuqlik zanjiri, immunologik xotira.

3.1.O'zbekiston Respublikasi bolalarni emlash kalendari. Yangi vaktsinalar.

Bir qancha infeksiyon kasalliklarning immunoprofilaktikasi ohirgi ikki yuz yil davomida millionlab insonlar xayotini saqlashga imkon yaratdi.Barcha kontinentlarda amalga oshirilayotgan aholining immunizatsiyasi chechaknig global darajada yo'qotilishiga, poliomyelitni cheklashga hamda vaktsinoprofilaktikaga bo'ysunuvchi boshqa kasalliklarni tarqalishini yetarli darajada kamayishiga olib keldi.Turli infeksiyadan himoyalani uchun asosan patogenning bir qancha asosiy antigenlarga qarshi immunitet hosil kilinishi kerak. Ammo tabiiy vaktsinalarni yaratuvchi hozirgi zamonaviy texnologiyalar ham bunday yuqori darajadagi tozalanishga yaqinlashish imkonini yarat olmayapti. Shuning uchun

vaktsinalar u yoki bu miqdorda o'zida ballast moddalar tutadi. «Vaktsina – bu immunitet hamda quzgatuvchiga nisbatan turg'unlik rivojlanishini ta'minlovchi preparat. Vaktsinalarning sifati ularni mikroblar antigenidan yoki bakterial toksinlardan tozalanganlik darajasiga ko'p jixatdan bog'lik. Yer yuzida vaktsinatsiya utkazilishi kupayishi, nojuya reaksiyalar xam kupayishiga olib keldi, vaktsinaga chin reaksiyalar va emlash vaktida paydo bulgan reaksiyalar ammo vaktsinatsiya bilan bog'lik emas. Vaktsinalarni ikkita asosiy guruxga bo'lish mumkin: tirik va o'lik (inaktivatsiyalangan) vaktsinalarga

Tirik vaktsina – kuzgatuvchining attenuirlangan shtammlaridan olingan (kuchsizlantirilgan patogenlik bilan)

O'lik vaktsinalar: molekulyar: a)biologik sintez bilan; b)ximik sintez bilan olingan; korpuskulyar: a)butun mikroblardan b) molekula usti subxujayralar strukturasidan. Traditsion vaktsinalar. Inaktivatsiyalangan vaktsinalar mikroorganizmga kimyoviy yul yoki qizdirish yuli bilan ta'sir ettirilib olinadi. Anatoksinlar vaktsina sifatida kullaniluvchi maxsus immunitet xosil kiladi (difteriya, stolbnyak) Kon'yugirlangan vaktsinalarda antigenlarni protein yeki anatoksinlar bilan bog'lash usuli kullaniladi Subbirlikdagi vaktsinalar adekvat immun javobni ta'minlab beruvchi antigen fragmentlaridan tashkil topgan.

Vaktsinalarning yangi avlodi

Infektsion kasalliklar doimo insoniyatning eng asosiy dushmani bulib kelgan. Insoniyatni o'lat, chechak, vabo, ich terlama, dizenteriya, gripp tufayli kelib chiqqan epidemiyalar larzaga solgan. Qadimgi Rim va Gretsiyani qulashiga xam urushlar emas aynan o'lat sabab bo'lgan. 14 asrda o'lat Yevropa axolisining 3dan 1kisini yo'q qilgan. 30 millionlik inklar imperiyasini Kortez olib kelgan chechak epidemiyasi quritgan. «Ispanka»ga 1918-1920 yillarda 500 million axoli chalingan va ulardan 20 millioni qirilib ketgan. Xattoki qirg'inbarot Ikkinchi Jaxon urushida yo'qotish bunchalik ko'p bo'lmagan (8 million). Molekulyar biologiyani, genetika va genetik muxandislikning tezkor rivojlanishi yangi vaktsinalar sinfi - molekulyar vaktsinalarni kelib chiqishiga olib keldi. Ularni sintezlashda bakteriyalar, viruslar, zamburug'larlarning laborator sintezlangan rekombinat

oqsillari yoki parchalaridan foydalaniladi. Xozircha fakat uchta bunday dori amaliyotga kiritildi: Gepatit B ga qarshi rekombinat vaksina, Laym kasalligiga qarshi va Italiyada ishlatiladigan AKDS tarkibiga kiritilgan detoksik ko'kyotal toksini. Vaktsinalar insoniyatga infeksiyalarga karshi kurashda ajoyib natijalarga erishishga imkon berdi. Dunyoda cho'chqa grippi -xar yili millionlab insonlar xayotiga zomin bo'ladigan kasallik butunlay yo'q qilinadi. Bu yigirmanchi asrning eng mashxur vokealaridan biri bo'lib, u odamning fazoga uchiishiga teng keladi. Poliomiyelet deyarli yo'q qilindi, kizamiq butunlay yo'qotilishi davom etmokda. Difteriya, kizilcha, ko'kyo'tal, virusli hepatit V va boshka xavfli yukumli kasalliklarning soni minglab martaga kamaydi. Jiddiy muvaffakiyatlarga karamasdan, yuqumli kasalliklar xaligacha o'limning asosiy sabablaridan biri bo'lib qolmoqda: Jaxon sogliqni saqlash tashkiloti (JSST) malumotlariga ko'ra, ular sayyoramizda yiliga 30 foizgacha o'limga sabab bo'ladi. Eng xavfli: nafas yo'llarining, ayniqsa, gripp va pnevmoniya infeksiyalari, inson immunitet tanqisligi virusi, ichak infeksiyasi, sil kasalligi, virusli hepatit V, bezgak kasalligi shular jumlasidandir. Jaxon sogliqni saqlash tashkiloti, Rossiya va AQSh ekspertlarining prognozlariga ko'ra, yangi yoki takroriy infeksiyalarning kelib chiqishi xar qanday vaqtda va dunyoning istalgan nuqtasida paydo bo'lishi mumkin. o'tgan 30 yil ichida biz 40 ta yangi xavfli mikroorganizmlarga duch keldik, ular ko'p xollarda yuz minglab odamlarning xayoti va sog'lig'iga xaqiqiy xavf tug'dirdi. Ular orasida Ebol virusi, legionerlar kasalligi chaqiruvchisi, OIV, koronavirus va boshqa patogen mikroorganizmlar mavjud. Ko'pincha epidemiologik farovonlik fonida odamlar milliy sogliqni saqlash tizimi tomonidan taqdim etilgan emlashni to'xtatadilar, keyin esa uzoq vaqtdan beri kuzatilmayotgan yuqumli kasalliklar qaytariladi. So'nggi o'n yilliklarda Yaponiya, Rossiya, Ozarbayjon, Gruziya, Tojikiston, Ukraina, Gaiti, Venesuela va Kolumbiyada ko'kyo'tal, difteriya, poliomiyelet va qizamiq epidemiyasi xaqida xabar berilgan. Masalan, Rossiyaning xududida 90-yillarning o'rtalariga kelib, bu vaqtga qadar faqatgina epizodik kuzatilgan difteriya kasalligi ko'paydi, sababi psevdmutaxassislar tomonidan amalga oshirilgan emlash kampaniyasiga qarshi

kurashdir. Natijada 100 mingdan ziyod kishi difteriya kasalligiga chalilib, ularning bir necha mingi vafot yetdi. Faqat bolalarni ommaviy emlash epidemiyaga barxam berishga imkon berdi. Odamlar va xayvonlar ko'chishi mikroorganizmlarning yangi xududlarga tarqalishiga olib keladi. Yuqumli kasalliklarning ommaviy tarqalishi AQSh kabi yaxshi rivojlangan sog'liqni saqlash tizimiga ega bo'lgan mamlakatlarda xam ro'y beradi. 1999 yilda Nyu-Yorkda G'arbiy Nil isitmasi kuzatilganligi xaqida xabar berilgan, uning viruslari qushlar tomonidan olib kelingan. 2002 yilda ushbu kasallik 44 davlatda kuzatilgan. Deyarli to'rt mingdan ortiq odam kasal bo'lib, ulardan uch yuzga yaqini xalok bo'lgan. 2003 yil may oyida maymunlar chechagi virusi keltirgan kasallik xaqida xabar berilgan. Qo'shma Shtatlarda, ekzotik uy xayvonlari sifatida Afrikadan olib kelingan kemiruvchilar, uni tarqatgan. Kasallik faqatgina antiepidemik choralar o'z vaqtida o'tkazilganligi sababli keng tarqalmagan.

## **O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI PROFILAKTIK EMLASH TAQVIMI** **(SANPIN -0239-07) (QO'SHIMChA №3)**

Inson populyatsiyasiga taxdid solgan yangi infeksiyalardan deb Xitoyda SARS (og'ir o'tkir respirator sindrom) deb ataladigan atipik zotiljamni va qush grippi virusi (N1N1) ni aytish mumkin. Birinchi xolda, kasallikni ko'rshapalaklar tarqatgan o'zgartirilgan koronavirus chaqirgan bo'lsa, ikkinchi xolatda parranda virusi bilan 100dan ortiq odam kasallangan bo'lib, ularning yarmi vafot etdi. Yaxshiyamki bu virus xali odamdan odamga uzatilmagan va shuning uchun odamlar o'rtasida epidemiya u qadar kuchaymadi. Ammo bazi olimlar qushlar va insonlar viruslari o'zaro gen almashsalar o'ta xavfli shtamm kelib chiqishi mumkin.

### 1.2. Vaktsinatsiya muammolari. Noinfeksion vaktsinalar

Yigirmanchi asrning boshida buyuk rus olimi I.Mechnikov somatik kasalliklar va o'sma kasalliklari infeksiya tomonidan chaqirilishi mumkin, degan fikrni o'rtaga

surgan. Vaqt o'tib, deb yozgan u, parazitlarni nafaqat yuqumli kasalliklarda, balki butunlay boshqacha kasalliklarda xam inson organizmida topishi mumkin. I.Mechnikovning gipotezasi o'z tasdig'ini topmoqda. Turli mamlakatlarda epidemiologlar grippning mavsumiy tarqalishi davrida yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning soni va miyada qon aylanishining buzilishi xolatlari ko'payishini va shu sababli o'lim soni xam ko'payishini ta'kidlaydilar. AQShda bolalarni parotitga qarshi emlashni boshlanganda, tasodifiy endokardit kasalligi keskin kamaydi. Tadqiqot shuni tasdiqladiki, ushbu kasallik o'tkazgan bolalar kichik yoshlarda parotit o'tkazganliklari uchun ularda endokardit kelib chiqqan. Aterosklerozning xam kelib chiqishida infektsiyaning roli bor deb aytilmoqda, sababi aterosklerotik plakchalarda xlamidiyalar aniqlangan. Agar odam retrovirus, reovirus, sitomegalovirus va Epshteyn-Barr virusi bilan kasallangan bo'lsa, insulinga qaram diabetning rivojlanishiga olib keladigan pankreatik xujayralarga qarshi xujayralar paydo bo'ladi.

Bazi xollarda virus faqat patologik jarayoni boshlab beradi va o'smaning o'sishi mikroorganizmlarning ishtirokisiz xam davom etaveradi. Bu gipoteza rus immunologi L. A. Zilber tomonidan o'sma paydo bo'lishining virusli nazariyasi ko'rinishida taklif qilingan. Bazida mikroorganizmlar boshqa salbiy omillar tasirini kuchaytiradi va ayrim xollarda patogenlar «mishen» organ xujayralariga qarshi autoimmun jarayonni boshlab yuboradi. Yuqumli bo'lmagan ko'plab kasalliklar mikroblar bilan bog'liq bo'lganligi sababli, profilaktika uchun mavjud vaksinalardan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Buning isboti shuki, gepatit Vga qarshi emlangan Tayvanlik bolalarda , gepatokartsinoma 50% ga, jigar kasalliklaridan o'lim esa 70% ga kamaydi. Papilloma virusiga qarshi turli xil emlashlar jinsiy organlarning yomon sifatli o'smalari rivojlanishining oldini olishi aniqlandi. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasini oldini olish uchun H. pylori xujayrasidan olingan vaksina ishlab chiqildi.

DNK vaksinalar



Ilgari tasdiqlangan texnologiyalardan foydalangan holda yangi vaktsinalar yaratish oson emas. Ba'zi mikroorganizmlar, masalan gepatit B virusini inaktivlangan vaktsina olish uchun xujayra kulturasida o'stirib bo'lmaydi.

O'ldirilgan mikroblardan olingan vaktsinalar samarasizdir, tirik vaktsinalar esa xavfdan yiroq emas. Rekombinant oqsillar-antigenlar asosida tayyorlangan vaktsinalardan katta umid qilinishiga qaramay ularning sust immun javob xosil qilishi aniqlandi (1980 yilda bu tarzda gepatitiga qarshi vaktsina yaratilgan edi). Sababi bunday preparatlarda "yalang'och" protein mavjud bo'lib immunitetni kuchaytirish uchun zarur bo'lgan boshqa molekulyar tuzilmalar mavjud emas. Rekombinatli vaktsinalarning samarasi ortishi uchun ularga antigen faollikni kuchaytiruvchi vositalar –adyuvantlar qo'shilishi kerak bo'ladi.

So'nggi 10 yil ichida yangi yo'nalish - genetik immunizatsiya soxasi shakllandi. Uni DNK vaktsinatsiya deb atashadi, chunki organizmga nafaqat antigen oqsil balki oqsil xaqida informatsiya kodlangan nuklein kislotasi (DNK yoki RNK) kiritiladi. Ushbu texnologiyani tibbiyot va veterinariya tibbiyotida ishlatish uchun xaqiqiy imkoniyat 90-yillarida yuzaga chiqdi. Yangi yondashuv ancha oddiy, arzon va, eng muximi, universaldir. Nuklein kislotalarni to'qimalarga samarali yetkazib berishni taminlovchi xavfsiz tizimlar ishlab chiqildi. Kerakli gen plazmida (DNKning xalqasi) yoki xavfsiz virusga kiritiladi. Bu tashuvchi-vektor xujayraga kiradi va kerakli oqsillarni sintez qiladi. Mazkur xujayra kerakli vaktsinani organizm ichida ishlab chiqarish uchun "fabrika" ga aylanadi. Vaktsinaning «fabrikasi» uzoq muddat (1 yilgacha) ishlashi mumkin. DNK vaktsinatsiya to'liq immun javob xosil qilinishiga olib keladi va virusli infeksiyaga qarshi yuqori darajada ximoya yaratadi. Shu plazmid yoki Virusli vektordan foydalanib, zarur oqsillar antigenlarini kodlovchi ketma-ketlikni o'zgartirib, turli xil yuqumli kasalliklarga qarshi vaktsina yaratish mumkin. Bu xavfli viruslar va bakteriyalar bilan ishlash zaruratini bartaraf qiladi, oqsillarni tozalash uchun murakkab va qimmatli usul ning keragi bo'lmaydi. DNK vatsinalari maxsus saqlash va yetkazib berish shartlarini talab qilmaydi, ular uzoq vaqt davomida xona xaroratida saqlanishi mumkin.

Xozirgi kunga kelib salmonellyoz, sil, leishmanioz, bezgak gepatit V va S, gripp, limfotsitar xoriomeningit, quturish, inson immunitet tanqisligi (OITS), Yaponiya entsefaliti DNK vaksinalari sinovdan o'tmoqda. Ushbu infeksiyalar insoniyat uchun o'ta xavflidir va klassik metodlardan foydalangan xolda ularga qarshi vaksinalar yaratishga urinishlar muvaffaqiyatsizlikka uchragan. DNK vakinalari - saraton kasalligiga qarshi kurashning eng istiqbolli soxalaridan biridir. Xujayra ichiga rak antigenlarini kodlovchi turli sitokinlar va immunomodulyatorlar genlarini kiritish mumkin. Bu genlar bir vaqtning o'zida turli xil qurollar bilan katta xujum uyushtirishga yordam beradi. Biroq DNK vaksinalari, ular bilan qo'zg'atilgan immunitet davomiyligi va immun tizimi uchun nojo'ya ta'siralari bor yo'qligini o'rganmoq lozimdir.

So'nggi yillarda genomikani, bioinformatika va proteomikalarning jadal rivojlanishi «teskari vaksinologiya» deb ataladigan vaksinalarni yaratishga butunlay yangicha yondashishga olib keldi. Bu atama yangi texnologik uslubning mohiyatini aniq ifodalaydi. Agar ilgari vaksinalar yaratilishida, olimlar butun mikroorganizmdan uning tarkibiy qismlarga bo'lib yondashgan bo'lsalar, bugungi kunda genomdan uning maxsulotiga tomon yondashuv taklif yetiladi: Ushbu yondashuv ning sababi shuki, aksariyat ximoya antigenlari oqsil molekularidan iborat. Kasallik tarqatuvchisining barcha tarkibiy qismlari xaqida to'liq malumotga ega bo'libgina qaysi komponentlar vaksinalar tarkibiga kiritish uchun potentsial nomzodlar qatoriga mos kelishi mumkinligini va qaysilari mos kelmasligini aniqlash mumkin. Yuqumli mikroorganizmlar to'liq genomining nukleotid ketma-ketligini aniqlash uchun bir necha kun yoki bir necha hafta kifoya. Bundan tashqari, patogen DNK klonlari "kutubxonalar" ini olish bo'yicha dastlabki ishlar anchadan buyon standart fermentlar to'plamidan foydalangan xolda bajarilmoqda. DNK molekularida nukleotid ketma-ketlikni aniqlash uchun zamonaviy asboblari yiliga 14 mln rektsiyani bajara oladi. Genomning to'liq o'rganilishi va uning kodlangan oqsillar ro'yxati bilan birgalikda tavsiflash bir necha oyni talab qiladi. Respublikamizdagi vaksinatsiyaning samaradorligi ko'rsatkichlari

O'zbekiston– gumanitar davlatlardan birga aylanganligi bugungi kunda mamlakatda o'rtacha umr yoshining oshib borayotganligidan (2016 yil statistikasi bo'yicha 73,1 yosh) ko'rinadi. 170 ta davlat orasida 48-o'ringa chiqishi, bir qator kasalliklar tarqalishining (vabo, ochlik, bezgak, qizamiq, difteriya va h.k.) umuman bartaraf etilganligi bilan o'z isbotini topgan. Sog'liqni saqlash borasida bugungi kunda mamlakat miqyosida olib borilayotgan zalvorli ishlar orasida immunoprofilaktika tadbirlari ham muhim o'rin tutadi. Immunoprofilaktika tadbirlari, bu yuqumli kasalliklarga qarshi kurashda profilaktik emlash demakdir. Bunday tadbirlarning samarali o'tkazilishi natijasida Respublikada, jumladan viloyatda 1995 yildan boshlab poliomiyelet kasalligi, 2002 yildan difteriya, chaqaloqlar qoqsholi, keyingi 2 yil davomida qizamiq va qizilcha kasalliklari hamda virusli gepatitning “B” turi 14 yoshgacha bo'lgan bolalar o'rtasida qayd etilmadi.

Bugungi kunda difteriya (bo'g'ma), ko'k yo'tal, qoqshol, qizamiq, qizilcha, poliomiyelet, sil, epidemik parotit (tepki), virusli gepatit “B”, gemofil infektsiyasi (XIV), rotavirus va pnevmokokkli infektsiyalarga qarshi profilaktik emlashlar milliy emlash taqvimiga kiritilgan bo'lib, shunga asosan yangi tug'ilgan chaqaloqlar va 16 yoshgacha bo'lgan bolalar ommaviy emlash bilan qamrab olinadi. Immunoprofilaktikaning asosiy maqsadi maxsus emlash vositalari bilan boshqariluvchi infektsiyalarning yo'qotilishi, yuqumli kasalliklarni va o'lim holatlarini kamaytirishdir. 2002 yilda O'zbekiston Respublikasi poliomiyelet qo'zg'atuvchi viruslardan xoli etilganligi to'g'risida sertifikat oldi. Bundan tashqari, difteriya kasalligining oldini olish, 2018-2020 yillarda qizamiq va qizilchanning eliminastiyasiga (yo'qotilishi) erishish, virusli gepatit “B” kasalligi, XIV (gemofil infektsiya), rotavirus va pnevmokokk infektsiyasini kamaytirish hamda o'lim holatlarining oldini olish, sil kasalligining tarqoq shaklini tugatish hamda odam papiloma virusi chaqiradigan kasallikning oldini olish bo'yicha mamlakatimizda davlat miqyosida katta ishlar olib borilmoqda. Emlashlarni amalga oshirish mexanizmi qanday tashkil etilgan? Avvalo, chaqaloq tug'ilgandayoq tug'ruqxonada dastlabki emlash o'tkaziladi va profilaktik emlashlarning muddati, o'tkazilishi

to'g'risida “Immunizatsiya pasporti” yoki 063/h (profilaktik emlash kartasi) beriladi. Ushbu hujjatda o'tkaziladigan emlashlar muddati qayd etiladi va u oilaviy poliklinikaga yuboriladi. Viloyatda barcha davolash-profilaktika muassasalarida emlangan bolalarni kayd etish maqsadida 063/h va 112/h, maktablarda esa 026/h tibbiy xujjatlar to'liq tashkil etilgan. Vaktsinani saqlash va tashish vaqtida “sovuqlik zanjiri”ga (temperatura rejimiga ya'ni +2S dan +8S gacha sharoitda) saqlanishiga rioya qilish – vaktsinaning samaradorligi va emlash xavfsizligini kafolatlashda eng muhim vazifalardan biri hisoblanadi. Davolash-profilaktika muassasalarining barcha vrach va hamshiralari profilaktik emlash taqvimini, emlashga bo'lgan moneliklar, “sovuqlik zanjiri” qoidalariga rioya qilishlari, emlashdan keyingi asoratlar to'g'risida va birinchi tibbiy yordam ko'rsatish haqida bilishlari shart. Profilaktik emlash taqvimiga binoan emlashlarda xorijda ishlab chiqarilgan va ro'yxatdan o'tgan, O'zbekiston Respublikasida ishlatishga ruxsat etilgan, sertifikatlashtirilgan va ega bo'lgan vaktsinalar qo'llanadi. Shu o'rinda davlatimiz bepul emlashlarni ta'min etayotganidan xalqimiz to'liq xabardor bo'lishi kerak. Bugungi kunda difteriya, qoqshol, ko'k yo'tal, virusli gepatitning “B” turiga va XIV infeksiyalariga qarshi 1 yoshgacha bo'lgan bolalarning o'rtacha emlanishi 99,6 foizni tashkil etadi. Shol kasalligiga qarshi emlanish 99,6 foizini tashkil etmoqda. Respublikamizda sil kasalligiga qarshi emlanish o'rtacha 99,8 foizni, virusli gepatitning “V” turiga qarshi chaqaloqlarning emlanishi 99,8 foizni tashkil etadi. 2 yoshgacha bulgan bolalarning difteriya, qoqshol, qo'k yo'tal, shol kasalligiga qarshi emlanishi 99,2 foizni tashkil etadi. Rotavirusga qarshi emlanish 99,6%ni, qizamiqqa qarshi 2 yoshgacha bolalarning emlanishi 99,4%ni tashkil etadi. Qizamiqqa qarshi 6 yoshgacha bolalarning emlanishi 99,9 %ni tashkil etadi. Ota-onalar vaktsinatsiyani kasallikni oldini olishda muximligini bilishlari kerak. Shifokorlar vaktsinoprofilaktikaning mehanizmlari va ularni aholi sog'ligini saqlashdagi o'rni tug'risidagi aniq ma'lumotlarga ega bo'lishi lozim. Davlat tomonidan to'lanadigan vaktsinoprofilaktika dasturlari vaktsinalar narhini tushirishga xamda aholini barcha katlamlariga yetib kelishini ta'minlashga

qaratilgan bo'lishi kerak. Vaktsinoprofilaktika tizimi yaxshi yulga ko'yilgan bo'lishi lozim.

### 3.3.Sog'lom va bemor bolalarni dispanser guruxlarga ajratish

Salomatlik indeksi barcha tekshirilgan bolalar orasida bir yil umuman kasal bulmagan bolalarning nisbiy sonidir. Salomatlik indeksi birinchi sinf bolalarida sakkizinchi sinf bolalariga nisbatan 2 barobar kichik. Bolalarning sog'liq qolati ular o'sgan sari mustaxkamlanadi. Tez va uzoq kasal buluvchilarning soni maktab bolalarning yoshi oshgan sayin 2, 5 barobar kamayadi. Yuqori sinflarda quyi sinflarga nisbatan tez —tez kasal bo'ladigan (yilida 4 martadan ortiq) bolalarning soni xam kamayadi.

Ambulatoriya - poliklinika xizmatini tashkillashtirish va rivojlantirishda umumiy amaliyot shifokori asosiy rol uynaydi. Uning ishidagi asosiy yunalishlar: profilaktik, davolovchi - diagnostik, ilmiy ish va axolini tibbiy bilimini oshirish.

Poliklinika - yukori rivojlangan, maxsus davolovchi - profilaktik muassasa bulib kelgan bemorlarga va uy sharoitida tibbiy yordam kursatish va kasallik asoratlarini davolash va oldini olishga qaratilgan chora -tadbirlar yigindisiga aytiladi.

Maxalliy-xududiy tamoyil - pediatrik yordam kursatishda asosiy o'rinni egallaydi, ya'ni uzluksiz kuzatuv, bemorni yukori toifalik profilaktik kuruvi va rivojlanishdan orkada koluvchi va kasalliklari bor bemorlarni dinamik kuzatiga sharoit yaratadi.

Yosh axolini dispanserizatsiyasi uz ichiga quyidagilarni oladi. Umumiy yosh - fiziologik belgilar buyicha birlashtirilgan soglom bolalar guruxini davriy profilaktik kuruvi va ma'lum bir kasallikka chalingan bemorlarni sistematik faol dinamik kuruvi, shuningdek shu kasalliklarga karatilgan vakti va kompleks ravishda kerakli davolovchi chora tadbirlarii utkazish.

- profilaktik ish shuningdek, epidemiyaga karshi chora - tadbirlar
- oromgox, reabilitatsiya eliyementlarini uz ichiga oluvchi tibbiy ish
- soglomlashtirish chora-tadbirlarni o'z ichiga oluvchi sanitar - obodonlashtirish ishi
- kommunikativ funktsiyali bemorlar qarindoshlari bilan ishlash
- xujjatlar bilan ishlash

- kvalifikatsiyani oshirish
  - ona va bola sog'ligini saqlash
  - sog'lomlashtirishga qaratilgan chora – tadbirlar kompleksini tashkillashtirish va utkazish
  - bolalarda ona suti va ratsional ovkatlanishini tashkillashtirish
  - tug'ma anomaliyalar va irsiy kasalliklar sonini kamaytirish
- o'smirlarni tibbiy va profilaktik ko'ruvini tashkillashtirish

Onaga-bola burchagi ya'ni xonasini, bolalar kiyimi va bola parvarishini to'g'ri tayyorlashni o'rgatishga maqsad qo'yadi. Oilaviy anamnez va onada patologiya aniqlanishini baxolash juda muxim. Oiladagi axoliga baxo beriladi. Uning maqsadi bolaning sog'lig'iga bo'lgan xavf - xatarni taxminiy aniqlash uning kuzatish faolligini aniqlashdir, ruyxatga olish, dispanser ko'rik va kompleks davolash, atrof muxitni sog'lomlashtirish chora-tadbirlari, kasalliklarning oldini olish, reabiligatsiyalash yo'lida axolini ma'lum bir koitingentining sog'ligini dinamik tekshirish aktiv usuli xisoblanadi . Dispanserizatsiya soglom va bemor bolalarni davriy ko'rik va dinamik tekshiruvini kurib chikadi.

Chaqaloq I patronajida onaga albatta shifokor va xamshiraping ismi, sharifi va ish tartibi (soati), telefon raqami, parvarish, oziqlantirish va bolani tarbiyalashga oid tibbiy adabiyot beriladi. Chaqaloq I ko'rigi shifokor va xamshira bilan birgalikda bo'lsa, keyingi ko'riklar navbatma - navbat bo'lib xamshira 1 - xafga ichida kun ora yoki 2 kundan keyin, so'ng esa 1 oy davomida - xar xafta 1 marta ko'rib turadi. Shifokor esa uyda chaqaloq 7 kunligida va 20 kunligida ko'rikdan o'tkazadi. Shifokor va xamshira tashriflarida ona suti bilan oziqlantirish va gipogalaktiyani oldini olish masalalariga aloxida urg'u beriladi. Onada sut kam bo'lsa avvalambor uni ko'paytirish laktatsiyani tiklash choralarini ko'rish.

Bola 1 oylik bo'lgandan sung oyiga 1 marta poliklinika sharoitida ko'riladi. Buning uchun xar bir poliklinikada sog'lom bola ko'rigi kuni tayinlanadi va ko'rikda masalalar xal qilinadi.

Kasal bolalar dispanser ko'rigi. (UASh va tor mutaxassisliklar tomonidan kuzatuvlar). Bolalarni sog'lomlashtirish uchun oila va bolalar uyushmalarida sharoit yaratish.

O'z vaktida ko'zg'alishni oldini olish davo choralarini ko'rish kasallik qayta zo'rayishini davolash, surunkali infektsiya uchoqlari sanatsiyasi. Kasal bolalar dispanserizatsiyasi aktiv dinamik nazorat va doimiy ko'riklar o'z vaqtida sistematik davolash va cog'lomlashtirishdan iborat. Surunkali kasalliklari bor bolalar UASh dispanser nazorati va tor mutaxassislar "D" nazoratida turadi. UASh kasal bola salomatligi to'grisida to'liq ma'lumotga ega bo'lishi kerak.

Asosiy tibbiy xujjat dispanser nazorat qilish uchun bu - kasal rivojlanishi tarixi - №112 shakldir. Undan tashkari xar bir dispanser nazoratida va xisobot turgan bolaga sog'lomlashtirish tadbirlarini rejalashtirish nazorat karta - ya'ni №30/u shakl tutiladi. Bolani xar bir tashrifi ikkala xujjatda belgilanadi. Bola tekshiruvida so'nggi yaqin oylarga profilaktik va davolash ishlari rejalashtiriladi.

Bolani davolash va profilaktik ishlari UASh va tor mutaxassislar bilan bevosita birgalikda olib boriladi. Maktab o'quvchilari va bog'cha bolalarini dispanser nazoratini o'zining shifokori olib boradi. Poliklinika ma'muriyati bolalar dispanser nazorati sifatiga baxo beradi, ya'ni xujjatlar olib borish, kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash, faol va sistematik nazorat, surunkali kasalliklarni o'z vaqtida davolash, o'tkir va zuraygan davrlarda davolash, sanator -kurort davolanishini qo'llash. Eng asosiysi olib boriladigan ishlarni umumiy samaradorligiini baxolashga axamiyat berilishidir1.

Dispanserizatsiya- uchyotga olingan ma'lum xudud axolisini sog'lig'ini dinamik kuzatish, kasallikni erta aniqlash, dispanser kuzatuv va kompleks davolash aktiv usulidir.

Bolalarga ko'rsatiladigan tibbiy yordamning asosiy tamoyillari:

- profilaktik yo'nalganlik
- dispanser usulining keng qo'llanilishi
- faol patronaj tizimi
- bolalarga tibbiy yordam ko'rsatuvchi shifokorlarni ishga jalb qilish

- tibbiy yordam kursatish boskichlari — poliklinika, statsionar, sanatoriy (3 ta boskich) va gigiyenik tarbiya.

Salomatlik guruxlari.

Salomatlik ko'rsatkichlaridan sog'lomlashtirish tadbirlarini ishlab chiqish va asoslashda foydalaniladi. Salomatlik tadbirlarini samaraliroq tashkil etish uchun yuqorida aytilgan salomatlik ko'rsatkichlariga qarab 5 ta salomatlik guruxlari ajratiladi.

1 gurux. Bu guruxga surunkali kasalliklarga chalinmagan, tekshirish paytida birorta kasallik aniqlanmagan va o'z yoshiga muvofiq ravishda jismoniy xamda aqliy jixatdan rivojlangan sog'lom bolalar kiradi.

2 gurux. Bu gurux surunkali kasalligi bo'lmagan, lekin ayrim morfofunktsional nuqsonlari bo'lgan xamda tez-tez (bir yilda 4 marta) dardga chalinib turadigan bolalardan tashkil topgan.

3 gurux. Bu gurux surunkali kasalligi bor yoki kompensatsiya davrida patologik xolati og'ir bo'lmagan, umuman uzini xis etishi me'yorda bo'lgan bolalarni birlashtiradi.

4 gurux. Bu guruxni surunkali kasalliklari bor, subkompensatsiya davrida umumiy xolati buzilgan, o'zini yomon xis eta boshlagan, o'tkir yuqumli kasalliklardan so'ng tuzalishi kechikkan bolalar tashkil etadi.

5 gurux. Bu guruxga dekompensatsiya davrida bo'lgan, og'ir surunkali kasalliklarga chalingan, kamxarakat, bolalar muassasalariga qatnay olmaydigan nogiron bolalar kiradi.

Salomatlikka ta'sir etuvchi omillar endogen va ekzogen omillarga bo'linadi. Endogen omillarga irsiy yoki tugma omillar— turli irsiy kasalliklar, muddatdan oldin tug'ilishi kiradi. Ekzogen omillar o'z ichiga tabiiy, ijtimoiy omillarni oladi. Ijtimoiy omillardan sanitariya- gigiyena turli kasalliklarni oldini olishda muxim omillardan biridir.

Tibbiyot fanidagi tadqiqotlardan ma'lum bo'lishicha, agar odamning sog'ligi 100% deb olinsa, uning 50% xar qaysi odamning turmush tarziga, 20% nasl xususiyatlariga bog'liq. Tabiiy omillarga — tabiiy muxit, iqlimning o'zgarishi va



boshqalar kiradi. Atrof —muxitimizning tabiiy xolati ilmiy texnika revolyutsiyasi, shaxarlar ko'payishi, qishloq-xo'jalikni kimyolashirilishi sababli ekologik muvozanatining buzilishiga olib keldi. Bu disbalans ijtimoiy salomatligiga sezilarli darajada ta'sir qiladi. Bugungi kunda xam tabiiy, xam texnogen omillar ta'sirida odamlarning rivojlanishi va kasalliklarning ko'rinishlari xam o'zgarib ketdi. Bugungi kunda yuqumli kasalliklar emas, turli neyroendokrin kasalliklarning soni oshib bormoqda. Rivojlanuvchi oilaviy yordam tibbiy yordamga oilaviy yondashuv oila a'zolari va shifokor orasida ishonchli munosabat tug'ilishiga yordam beradi, shifokorga oilaviy anamnezni o'rganib chiqish ko'pchilik kasalliklar davosi va profilaktikasiga individul yondashishiga yordam beradi. Pediatriya, akusherlik va ginekologiya, terapiya va gerontologiya aspektlari savollariga javob bera olish, oilaviy shifokor ishidagi ko'rsatiladigan tibbiy yordam sifatini belgilab beradi. Yosh aholi dispanserizatsiyasi o'z ichiga quyidagilarni oladi. Umumiy yosh - fiziologik belgilar bo'yicha birlashtirilgan sog'lom bolalar guruxini davriy profilaktik ko'ruvi va ma'lum bir kasallikka chalingan bemorlarni sistematik faol dinamik ko'ruvi, shuningdek shu kasalliklarga qaratilgan vaqti va kompleks ravishda kerakli davolovchi chora tadbirlarii o'tkazishdan iborat. UASh funktsional majburiyatlariga kiradi:

- profilaktik ish shuningdek, epidemiyaga karshi chora - tadbirlar
- oromgox, reabilitatsiya elimentlarini uz ichiga oluvchi tibbiy ish
- sog'lomlashtirish chora - tadbirlarni o'z ichiga oluvchi sanitar - obodonlashtirish ishi
- kommunikativ funktsiyali bemorlar qarindoshlari bilan ishlash
- xujjatlar bilan ishlash
- kvalifikatsiyani oshirish
- ona va bola sog'lig'ini saqlash
- o'sib boruvchi sog'lomlashtirishga qaratilgan chora - tadbirlari kompleksini tashkillashtirish va o'tkazish
- bolalarda ona suti va ratsional ovqatlanishini tashkillashtirish
- tug'ma anomaliyalar va irsiy kasalliklar sonini kamaytirish

o'smirlarni tibbiy va profilaktik ko'ruvni tashkillashtirishdan iborat.

Ma'lum bir xuddagi profilaktik chora tadbirlarning barcha komleksini pediatri bilan birgallikda uchastka xamshirasi, SBX xamshirasi, emlash xonasi xamshirasi olib boradi. Sog'lom bolalar dispanserizatsiyasida mutaxassis shifokorlar va laborantlar ishtirok etadi. Chaqaloqlik davri yakunlangandan keyin tashkillashtirilmagan bolalar dispanser kuzatuvini UASh profilaktik qabullar vaqtida amalga oshiradi. Onalar tomonidan bolalar poliklinikasiga quyidagi berilgan vaqtlarda tashrif buyurish tavsiya etilgan:- bola hayotining birinchi yilida –sog'lom bolalar har oy, xavf guruhida bo'lgan bolalar kuzatuvini esa ko'proq bo'lishi kerak;

- bola hayotining ikkinchi yilida – 3oyda bir marta;
- 3 yoshda – 6oyda bir marta;
- bola hayotining 4,5,6 yillarida – bir yilda bir marta, tug'ilgan oyida.

Profilaktik ko'rik vaqtida UAShning asosiy vazifasi.

UAShning asosiy vazifasi bolaning rivojlanish va sog'lomlilik darajasini aniqlash, bolaning sog'ligida o'zgarishlar mavjulligini aniqlash va shunga ko'ra korrektsiyalovchi chora tadbirlarni belgilashdan iborat. Profilaktik ko'riklarning sifatli amalga oshirilishi uchun quyidagi xarakteristikalar ketma-ketligi tavsiya etilgan:

- bola holatini qabul qilingan mezonlar bo'yicha tekshirish;
- bola sog'ligi xolatini kompleks baholash. Sog'lomlilik guruhi va xavf guruhini aniqlash;
- bola sog'ligi holatidan kelib chiqqan holda tavsiyalar berish;
- bola rivojlanishi tarixida erikriz shakllantirish.

Poliklinikada profilaktik ko'rikdan oldin bolani uyiga tibbiyot xamshirasi tashrif buyuradi va quyidagilarni aniqlaydi:

- UASh tavsiyalari qanday bajarilganligi;
- Onasida shikoyatlarning mavjudligi;
- Bolani oziqlantirishning o'ziga xos xususiyatlarini.

Ko'rik vaqtida bolaning teri va shilliq qavatlari rangiga, fiziologik ajralmalariga e'tibor beriladi. Shuningdek bolaning nerv-psixik rivojlanishiga va

o'zini tutishiga alohida ahamiyat beriladi. Tibbiyot xamshirasi bolani parvarishlash, ovqatlantirish bo'yicha maslahatlar beradi. Onani uqalash elementlari, gimnastika, chiniqtirish ko'nikmalariga o'rgatadi, hamda bola rivojlanish tarixida belgilab qo'yadi va ona-bolani pediater ko'rigiga taklif qiladi. Xar bir ko'rik vaqtida pediater anamnezni qayta tasdiqlashi, bola boshidan o'tkazgan kasalliklar haqida ma'lumotlarni, ovqatlantirish xususiyatlari o'zgarishlarini, sotsial sharoitida o'zgarishlarni analiz qilishi, shikoyatlarni aniqlashi lozim. Qabul vaqtida bolaning antropometrik tekshiruvi o'tkaziladi (tana vazni, bo'yi, bosh va ko'krak aylanasi). Jismoniy rivojlanish darajasi sentil jadvali bo'yicha baholanadi. UASh tibbiyot xamshirasining patronaj ma'lumotlariga asoslanib hamda bolaning ota-onasi bilan bolaning nerv-psixik rivojlanishi haqida so'zlashuvdan keyin nerv psixik rivojlanish guruhini belgilaydi. Bunda bola o'zini tutishi alohida obektiv baholanadi. Ob'ektiv tekshiruv amalga oshirilgandan keyin shifokor bolaga quyidagi tashxislardan birini qo'yadi: «sog'lom», «qandaydir patologiya xavfi mavjud» (xavf guruhi) yoki «kasal» (diagnoz), hamda sog'lomlik guruhi yoki xavf guruhini ko'rsatadi. Qabul vaqtida onaga bolaning umumiy tartib rejimi, ratsional ovqatlantirish, chiniqtirish muolajalari, bolani tarbiyalash haqida tavsiyalar beriladi. Bundan tashqari bolaga profilaktika maqsadida vitamin D, temir preparatlari va boshqalar buyurilishi mumkin. Profilaktik emlash masalasi ko'rib chiqiladi, agar qarshi ko'rsatmalar bo'lsa – tibbiy qarshi ko'rsatma ma'lumotnomasi yoziladi. Bola ota- onasi bilan sanitar oqartuv ishlari olib boriladi. Barcha ma'lumotlar bola rivojlanishi tarixiga unifitsirlangan yozuv holatida kiritib quyiladi. Organizatsiyalashmagan 0-1, 1-7 yoshgacha bo'lgan bolalar profilaktik ko'rigi tarkibi va rivojlanish tarixidagi yozuvlar avvalgidek qoladi. Xavf guruhiga kiritish uchun asosan quyidagilarga e'tibor beriladi:

- o'tkir kasalliklar bilan kasallanish soni, davomiyligi, og'irligiga (rezistentlikni baholash maqsadida);
- bola organizmi funktsional holati va o'zini tutishi baholanadi;
- MTM garsixologik tayyorgarlik va moslashish prognoziga;
- profilaktik emlashlarning o'tkazilishiga.

Bu yoshdagi bolalar uchun UASh tomonidan beriladigan tavsiyalar ichida asosiy o'rinni quyidagilar egallaydi:

- bolaning rejimi;
- ovqatlanishida o'zgarishlar;
- chiniqtirish metodlari;
- jismoniy tarbiyalash;
- nerv-psixik rivojlanishga (xususan, gapirish ko'nikmalarini rivojlanishiga).

Belgilangan tavsiyalar uyda bajarilishini patronaj xamshirasi tekshirib boradi.

Laborator va instrumental tekshiruvlar.

Tug'ruqxonada chaqaloqlarga fenilketonuriya, gipotireoz, mukovistsidoz, adrenogenital sindrom, galaktozemiya skrining tekshiruvlar, audiometrik skrining o'tkaziladi. Bolaning 1oyligida umumiy qon, siydik analizi o'tkaziladi. Bola 1yoshga to'lganida bu tekshiruvlar qaytadan bajariladi. Bola hayotining 1oyligida (yoki 3oyligida) barcha ichki a'zolar va chanoq-son bo'g'imlari UTT tekshiruvi, EKG tekshiruvi qilinadi. 4 yoshligida eshitish o'tkirligi, ko'rish o'tkirligi tekshiriladi, plantografiya amalga oshiriladi, AB o'lchanadi.

Foydalanilgan 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., Boboyeva U.R. Detskiye bolezni. - T., 2013
5. Daminov T.O., Xolmatova B.T., Boboyeva O'R. Bolalar kasalliklari.-T., 2012.
6. Detskiye bolezni, pod red. A.A. Baranova. – M., 2010

#### 4-mavzu: Bolalarda sepsis kasalligi. 2-soat.

1. Bolalarda sepsis kasalligining hozirgi kundagi kechishi.
2. Sepsisning klinik-laborator tavsiflari
3. Sepsis diagnostikasi va uni davolash bo'yicha protokollar. Sepsisning profilaktikasi.

Tayanch iboralar- septitsemiya, septikopiyemiya, IL-1, -2, -6, -8, -15, O'NO, S3, S5

##### 4.1. Bolalarda sepsis kasalligining hozirgi kundagi kechishi.

Sepsis – qadimgi zamonlardan beri ma'lum bo'lgan kasallik, Gippokrat, Galen, Ibn Sino va boshqalarning asarlarida tasvirlangan bo'lib, yunon tilidan tarjima qilinganda, sepsis «qonning chirishi» degan ma'noni anglatadi.

Hozirgi vaqtda sepsis bakterial tabiatli yuqumli-yallig'lanish kasalligi sifatida qaralmoqda, shartli-patogen, patogen mikroflora yoki qo'zg'atuvchilarning assotsiatsiyasi sababli kelib chiqadi, atsiklik kechishi, birlamchi yiringli-yallig'lanishli o'choq va/yoki bakteremiya, organizmning pasaygan yoki o'zgargan immunologik reaktivligi sharoitida jarayonning generalizatsiyasi, tizimli yallig'lanish javob sindromi (SIRS), DTI-sindromi va ko'p a'zoli yetishmovchilik rivojlanishi bilan tavsiflanadi.

Sepsis aynan neonatal davrda yuzaga kelishining maksimal tezligi tufayli neonatologlar uchun juda murakkab muammo hisoblanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar orasida sepsisning uchrash tezligi 0,5-0,8% ni tashkil qiladi, ammo u yetilib tug'ilgan va chala tug'ilgan chaqaloqlar orasida bir xil emas. Masalan, vaqtida yetilib tug'ilgan chaqaloqlar 0,1% holatda sepsisdan aziyat chekishadi, chala tug'ilganlar orasida sepsis uchrash tezligi 10 marta tez, ko'pincha 1% gacha, tana vazni 500-1000 g bo'lgan juda ham chuqur chala tug'ilganlar orasida ushbu ptaologiya uchrash tezligi 30-33% ga ortadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning sepsis sababli o'lim darajasi o'rtacha 15% dan 40% ga yetib boradi, qorin ichi sepsis holatida 60-80% gacha ko'tariladi.

Etiologiyasi. Sepsisning etiologik strukturasi doimo o'zgarib turadi. Hayotning birinchi 4 kunida (erta) boshlanadigan sepsisda 40% hollarda B, Ye guruhi streptokokklari, enterokokklar (D streptokokklar), 4-15% holatlarda anaeroblar, koagulaza-manfiy stafilokokklar, shuningdek klebsiyellalar, ichak tayoqchalari, ya'ni onaning tug'ruq yo'llarini kolonizatsiya qilgan bakterial flora qo'zg'atuvchi bo'ladi. Kech sepsis uchun (hayotning 4-5-kunida yoki undan ko'p) manfiy flora (klebsiyella, ko'k yiringli tayoqcha, serratsiya, enterobakter, esherixiy) xarakterli, ammo so'nggi yillarda etiologik omil sifatida stafilokokklar (oltin, epidermal, varneri)ning roli yana oshdi. Bemorlarning 50% da qo'shib kelgan (mikst) flora, masalan, stafilokokklar va grammanfiy bakteriyalar topiladi.

Bugungi kunga kelib, X qayta ko'rib chiqilgan KXTga binoan, kandida sepsisi (mikoz) ajratilmagan, u ikkilamchi hisoblanadi va uni mustaqil nozologik shakl sifatida qarab, “generalizatsiyalangan kandidozli infektsiya” atamasi qo'llaniladi. Etiologik omilni aniqlash majburiydir, sababi kasallik etiologiyasi xastalikning klinik manzarasini belgilab beradi, dori terapiyasini tanlashda va kasallik oqibatida muhim.

Infitsirlanishning asosiy manbalari quyidagilardir: ko'pincha homilani ante- va intranatal infitsirleydigan ona; tug'ruqxonalar va boshqa tibbiy muassasalarning tibbiy xodimlari; atrof muhit.

Homila infitsirlanishining asosiy yo'llari: ko'tariluvchi, kontakt (intranatal), yo'ldosh orqali (gematogen), tushuvchi (qorin bo'shlig'i, bachadon naylari).

Postnatal davrda bolaning infitsirlanishi gematogen, limfogen, kontakt, tushuvchi va ko'tariluvchi yo'llar bilan ro'y beradi.

Sepsisning rivojlanishiga olib keluvchi omillarni 2 ta guruhga ajratish mumkin.

– homila va yangi tug'ilgan chaqaloqning immun tizimiga depressiv ta'sir ko'rsatadigan;

– uning infitsirlanishiga olib keluvchi.

Ularning ta'sir vaitiga ko'ra antenatal, intranatal va postanatl omillar farqlanadi.

Homila va yangi tug'ilgan chaqaloqning immuniteti shakllanishiga depressiv ta'sir ko'rsatadigan perinatal omillar:

– ona tomonidan: gestozlar, genital va ekstragenital patologiya, homiladorlikning uzilish xavfi, homilador ayollarning ovqatlanishidagi kamchiliklar, endokrin patologiya;

– bola tomonidan: chala tug'ilganlik, yetilmaganlik, sovuq stressi, QIRS va tug'ma gipotrofiya, tug'ruq travmasi, NBS, O'RVI, homilaning qorin ichi gipoksiyasi va tug'ilishda asfiksiya, erta neonatal davrda moslashuv jarayonlarining buzilishi.

Homilaning va yangi tug'ilgan chaqaloqning infitsirlanishini keltirib chiqaradigan ante-, intranatal omillar: homiladorlik va tug'ish paytidagi urogenital infeksiyalar, homila atrofi suvlarining erta chiqishi, uzoq vaqtli suvsizlanish davri (6 soatdan ortiq), 24 soatdan ko'proq davom etgan tug'ruq, cho'zilgan tug'ruqlar, tug'ruqdagi isitmalash, homiladorlik davrida surunkali infeksiya o'choqlari va ularning qo'zishi, tug'ruqdan keyingi davrda onada yuqumli va yallig'lanish jarayonlar. Davolash-diaagnostik muolajalar: intubatsiya, TBD lavaj (instilyatsiya), O'SV, markaziy va periferik venalarni, siydik pufagini kateterlash va boshqalar.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda turli xil infeksiyon o'choqlarning mavjudligi: omfalit, o'tkir respiratorli virusli infeksiyalar, zotiljam, yiringli-yallig'lanishli teri kasalliklari, ayniqsa hayotning dastlabki 7 kunida, disbioz.

Immunologik buzilishlarni chuqurlashtiradigan yatrogen omillar: gormonal terapiya, homilador ayollar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning noratsional antibakterial terapiyasi, yetarli miqdorda kaloriya bilan ta'minlanmaganlik, gipoksiya, metabolik buzilishlarni tuzatishga qaratilgan terapevtik tadbirlarning samarasizligi.

Sepsis paydo bo'lishi 3 ta omilga bog'liq:

– makroorganizmning reaktivlik holatiga, ya'ni uning nospetsifik (tabiiy to'siqlar teri va shilliq pardalar, limfa tugunlari, neytrofillar, komplement, interferon, properdin, lizotsim) va spetsifik immunologik reaktivlik;

– qo'zg'atuvchining massiv invaziyasi va virulentligi;

– atrof muhit xususiyatlari.

Ammo kasallikning paydo bo'lishida makroorganizmning reaktivligi hal qiluvchi ahamiyatga ega, ayniqsa uning nospetsifik himoya omillari.

Bugungi kunga kelib patogenezning zamonaviy sxemasi quyidagicha.

Septik infektsiyaning paydo bo'lishi uchun qo'zg'atuvchining kirish darvozalari (kindik sohasi, teri, shilliq qavatlar, o'pkalar, ichak va boshq.) orqali organizmga tushishi kerak.

Infektsiya kirish joyida mahalliy yallig'lanish o'chog'i paydo bo'ladi, u nafaqat yallig'lanish bilan, balki to'qimalardagi destruktiv-nekrotik jarayonlar bilan tasiflanadi. Bu qon tomirlarning oxirgi tipda joylashishi va yallig'lanish reaksiyasining tomir komponenti yetarlicha rivojlanmaganligi sababli yuzaga keladigan anatomik-fiziologik xususiyatlarga bog'liq-ki, natijada qon aylanishi sekinlashishi va mikroorganizmlarning o'tirishi (cho'kishi) va alternativ-degenerativ xarakterdagi yallig'lanish rivojlanishi sodir bo'ladi.

Yallig'lanish reaksiyasi tomir komponenti yetilmaganligi, to'siq tizimlarining o'tkazuvchanligi oshishi, qo'zg'atuvchining massiv invaziyasi vaziyatida MNT boshqaruvining takomillashmaganligi tez rivojlanadigan bakteriyemiyaga olib keladi, titri 1 ml qonda  $10^3$ - $10^5$  (bunda makroorganizmning mikroblilik yuklamaga qarshi turish imkoniyati saqlangan).

Bakteriyalar tomonidan ekzo- va endotoksinlarning chiqarilishi, shuningdek modulnlarning (qo'zg'atuvchining hujayra tuzilmalari bo'laklari) ta'siri yangi tug'ilgan chaqaloq organizmining sensibilizatsiyasi va immunologik qayta qurilishiga olib keladi. Neytrofillar, makrofaglar/monotsitlar, komplement, kinin, gemostaz tizimlari, tomir o'zani endoteliysi hujayralari faollashishi sodir bo'ladi va yallig'lanish oldi omillari: IL-1, -2, -6, -8, -15, O'NO, S3, S5 komplement kaskadi oqsillari, tromboksan va prostotsiklin, bradikinin, serotonin, gistamin, endorfinlar, leykotriyenlar,  $\gamma$ -interferon, prostaglandinlar, kislorod radikallari, azot oksidi hosil bo'lishi yuzaga keladi, bu bir vaqtning o'zida yallig'lanishga qarshi omillar: IL-4, -10, -13, Ye2 prostoglandini chiqarilishiga olib keladi.

Bemor bolaning organizmiga mikroorganizmning antigen strukturalari tushishi yallig'lanishga qarshi omillar faolligi ustidan yallig'lanish oldi omillarning ustun kelishiga sababchi bo'ladi, bu organizmning tizimli yallig'lanish reaksiyasi (SIRS-sindromi – TYaJS) bilan namoyon bo'ladigan patologik jarayonni boshlab beradi.



Qonda ko'p miqdordagi yallig'lanishga qarshi omillar (tsitokinlar)ning uzoq vaqt aylanib yurishiga javoban oqsillar, lipidlar, uglevodlar katabolizmi mahsulotlari faollashishi bilan yallig'lanishga qarshi omillar kontsentratsiyasi oshadi. Ularning haddan tashqari ko'payishi monotsitlarning endotoksin tolerantlik fenomeniga, IL-1, -2, -6 va O'NO retseptorlarining qayta faollashishiga olib keladi, buning natijasida ular bakterial stimullarga javob berish qobiliyatini yo'qotadi, bu esa organizmning immuniteti falajiga olib keladi.

Immunologik siljishlar septitsemiya rivojlanishi bilan infektsiyaning o'z-o'zidan qaytmas generalizatsiyasiga olib keladi, septitsemiya keyingi shaklga – septikopiyemiyaga o'tishi mumkin.

Yallig'lanish oldi sitokinlarining haddan tashqari ko'pligi («tsitokinli bo'ron») kardiovaskulyar yetishmovchilik, septik shok, kollapsga, boshqa a'zolar va tizimlarning strukturasi va funksiyasining jiddiy o'zgarishlariga, laktatatsidozga, ko'p a'zo yetishmovchiligi va DTI-sindromi rivojlanishi bilan apoptoz kuchayishiga olib keladi.

Sepsisli bemor ahvolidagi og'irligi endogen intoksikatsiya darajasi bilan bog'liq. X qayta ko'rib chiqilgan KXT ga ko'ra quyidagilar mavjud:

P36. Yangi tug'ilgan chaqaloqning bakterial sepsisi: erta – hayotning dastlabki 72 soatida; kech – hayotning dastlabki 72 soatidan keyin.

Kiritilgan: tug'ma septitsemiya.

Afsuski, bugungi kunga kelib butun jahondagi pediatriya va neonatologiyada sepsisning yagona va umumqabul qilingan tasnifi yo'q.

Sepsisni tasniflashning zamonaviy varianti negizida «AQSh pulmonologlari va reanimatologlari jamiyatining kelishuvchi konferentsiyasi» (1992) tomonidan qabul qilingan tasnif turadi, keyinchalik tansif Rossiyada ham «Zamonaviy tibbiyotda sepsis» mavzusidagi konferentsiyada qabul qilingan (2001).

Ushbu tasnifda sepsisning quyidagi ta'rif va tushunchalari tavsiya etilgan.

Tizimli yallig'lanish javob sindromi (TYaJS – SIRS).

Yangi tug'ilgan chaqaloq sepsisi.

Og'ir sepsis (sepsis sindromi).

Septik shok (o'lim darajasi 80% gacha).

Polia'zo yetishmovchiligi.

Sepsis ishchi tasnifining oldingi versiyasi SSSR davrida bir guruh mualliflar tomonidan tavsiya qilingan. Ushbu tasnif hozirgi kunda ham keng qo'llaniladi.

Ikkilamchi sepsis birlamchi immunitet tanqisligi bo'lgan bolalarda tashxis qilinadi.

Sepsisning ishchi tasnifi.

Mezonlar	Belgilar
Boshlanish vaqti	Qorin ichi (tug'ma), hayotning birinchi 72-96 soatlarida – 3-10% Neonatal (postnatal), hayotning 4-5-kunlari (hayotning 2-3 haftalari)
Etiologiyasi	Grammusbat flora (oltin rang stafilokokk, epidemral, koagulaza-manfiy streptokokk). Grammanfiy flora Anaerob flora Aralash shakli
Kirish darvozalari (birlamchi o'choq)	Kindik Yo'ldosh Teri va shilliq pardalar Ichak Kindik yarasi va qon tomirlar O'pkalar Kriptogenli (38-40%)
Klinik shakli	Septitsemiya Septikopiyemiya
Davr	Boshlang'ich (o'tkir) Avj olish Tiklanish Sog'ayish (rekonvalestsentsiya)
Kechishi	Chaqmoqsimon (1-3 (7) kun) O'tkir (4-6 hafta) O'tkir osti (6-8 hafta) Cho'zilgan (2 oydan ortiq)
Asoratlari	DTI-sindrom Osteomiyelit Yarali-nekrotik enterokolit Distrofiya Yiringli meningit Septik shok Miokardit Destruktiv zotiljam Buyrak usti bezlari yetishmovchiligi

Xomila ichi sepsisi ante- va intranatal infitsirlanish natijasida rivojlanadi, va bu vaziyatda birlamchi o'choq bola oranizmidan tashqarida, ya'ni yo'ldoshda

(platsentit, xorionamniotit, endometrit) yoki ona organizmida (kolpit, adneksit va ekstragenital infeksiya – surunkali piyelonefrit, tonzillit yoki boshqa yuqumli patologiya) o'rin oladi. Qo'zg'atuvchining homilaga kirishi ko'tariluvchi (infektsiyalangan homila atrofi suvlari), gematogen (yo'ldosh orqali), tushuvchi (bachadon naylaridan, qorin parda bo'shlig'idan) yoki kontakt (intranatal) yo'llar bilan sodir bo'ladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda xomila ichi sepsisi hayotining dastlabki 3 kunida ko'proq rivojlanadi. U, odatda, septitsemiya shaklida kechadi, asosan, chala tug'ilgan chaqaloqlarda va vaqtida tug'ilgan lekin zaiflashgan chaqaloqlarda, QIRSli, yetilmagan chaqaloqlarda uchraydi.

Chaqmoq tezligida (o'lim 80% gacha) yoki o'tkir kechishi bilan tavsiflanadi. Klinik jihatdan juda og'ir holat, septik shok belgilari bilan kelgan ifodalangan intoksikatsiya, MNTning kuchayib boruvchi sustlashishi, nafas buzilishlari (RDS, apnoe, sianoz), tana haroratining beqarorligi, dispeptik buzilishlar, kuchayib boruvchi sariqlik, gepatosplenomegaliya, gemorragik va shish sindromlari bilan namoyon bo'ladi.

Postnatal sepsis turli-tuman klinik ko'rinishlari bilan tavsiflanadi. Septitsemik va septikopiyemik shakllari farqlanadi.

Septitsemik shakli chala tug'ilgan chaqaloqlarga xos, chunki ular organizmning immunologik reaktivligi pastligi sababli infeksiya o'chog'ini chegaralay olishmaydi. Ushbu shaklda kasallik boshlanishi sekin-asta, yashirin davr 4-5 kundan bir nechta haftagacha davom etadi va bolaning organizmida birlamchi birlamchi yiringli o'choq mavjudligi, aniq laboratoriya o'zgarishlarsiz intoksikatsiya simptomlari bilan xususiyatlanadi. Kasallikning avj olish davrida toksikoz kuchayadi, kzp a'zolar shikastlanishi aniqlanadi, laborator ko'rsatkichlar o'zgaradi. Septikopiyemiya, odatda ifodalangan toksikoz, giperleykotsitoz bilan o'tkir kechadi. Sepsisning ushbu klinik shakli uchun nafaqat yiringli o'choqning mavjudligi, balki ikkilamchi yiringli o'choqning (ekilgan o'choqlar) paydo bo'lishi ham xarakterlidir. Suyaklar, miya qobqilari, o'pkalar va OIT eng ko'p zararlanadi.

Septikopiyemiya ko'pincha vaqtida yetilib tug'ilgan chaqaloqlar orasida ko'proq uchraydi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda postnatal sepsisda kasallik oldi xabarchilari va boshlanishining eng xarakterli klinik belgilari quyidagilardir: harakat, reflektor va so'rish faolligining pasayishi, tortishishlar, harorat boshqarilishining buzilishi, sariqlikning erta paydo bo'lishi va kuchayib borishi, teri qoplamlarining rangpartsiyanotik yoki to'proq-kulrang rangida bo'lishi va marmarlik ko'rinishidagi ifodalangan tomirli rasmi, gepatosplenomegaliya, periferik limfa tugunlarining kattalashishi, meteorizm, qusish, qayt qilish, kindikning kech tushishi: vaqtida tug'ilganlarda hayotining 5-kunidan so'ng, chala tug'ilganlarda hayotining 8-kunidan keyin, tana vaznining keragidan ortiq yo'qotilishi va vazn keyinchalik qo'shilishning yo'qligi, omfalit, flebit, uglevod almashinuvi buzilishi.

Kasallik avj olish vaqtida quyidagi patologik sindromlar xos:

- entsefalopatik – bo'shashganlik, gipotoniya, giporefleksiya, harorat boshqarilishining, emish buzilishlari, tortishishlar;
- respirator – rentgenogrammada o'pkalarda ifodalangan o'zgarishlar bo'lmasa ham hansirash, apnoe;
- kardiovaskulyar – aritmiya, yurak tonlarining bo'g'iqligi, yurakning nisbiy to'mtoqligi chegaralarining kengayishi, sistolik shovqin paydo bo'lishi, jigar kattalashishi, shish, terining «oq dog'» simptomi, «marmarligi»;
- dispeptik – qusish, qayt qilish, meteorizm, ich kelishi buzilishi;
- gemorragik va kamqonlik;
- sariqlik – to'lqinsimon va cho'zilgan sariqlik;
- distrofik – yassi vaznli egrilik, tana vaznining ikkinchi marta pasayishi, terining qurishi, qichishishi, turgorning pasayishi;
- chala tug'ilgan chaqaloqlarda asosan entsefalopatik va respirator izdan chiqishlar qayd qilinadi.

Shuni esda tutish kerakki, gram-manfiy florada sepsis ko'rinishlari uncha bilinmaydigan yengil xossaga ega bo'lishi mumkin – tana harorati me'yorda, klinik manzara kam, intoksikatsiya belgilari ustun keladi.

Antibakterial va immuntitenni korektsiyalovchi terapiyasiz kasallik bashorati salbiy. Sog'aygan bolalarda tez-tez O'RVI, bronx-o'pka kasalliklari, kamqonlik, MNT tomonidan o'zgarishlar, jismoniy rivojlanishdan orqada qolish, gipotrofiya, portal gipertenziya qayd qilinadi.

#### 1.2. Sepsisning klinik-laborator tavsiflari.

Septik holatlarning klinik va laborator tavsifini zamonaviy tasnif hisobga olingan holda berish kerak.

Tizimli yallig'lanish javob sindromi (TYaJS – SIRS-sindrom) sepsisdagi umumiy sindromlarning biri hisoblanadi va quyidagilar bilan tavsiflanadi:

- harorat boshqarilishi buzilishi ( $38,0^{\circ}\text{C}$  dan yuqori gipertermiya yoki  $36,0^{\circ}\text{C}$  dan past gipotermiya);
- daqiqasiga 60 dan ortiq taxipnoe yoki daqiqasiga 30 dan kam bradipnoe, uzoq davom etgan apnoe xurujlari (5 s dan ko'proq);
- daqiqasiga 160 zarbdan ortiq taxikardiya yoki 110 zarb/daqiqali bradikardiya;
- MNT sustlashishi sindrom iva/yoki talvasalar;
- yetarli infuzion terapiya sharoitida oliguriya;
- yiringli-yallig'lanish o'choq va/yoki bakteremiyaning mavjudligi;
- gemogrammadagi o'zgarishlar: chapga siljigan tayoqcha-o'zakli va yosh shakllar mavjud, neytrofillarning toksik donadorligi bilan leykotsitoz/leykopeniya, neytrofilyoz/neytropeniya, eozinofiliya/eozinopeniya; tromotsitopeniya yoki trombotsitoz, SI (siljish indeksi – 0,2 dan ko'p) va ILI (intoksikatsiyaning leykotsitar indeksi – 2,0 dan ortiq) kattalashishi.

TYaJS mavjudligini tasdiqlash uchun 5 ta guruh belgilariga tayanish kerak:

1-guruh – harorat boshqarilishining buzilishi;

2-guruh – gemogrammadagi o'zgarishlar;

3-guruh – DTI-sindrom belgilari;

4-guruh – metabolik buzilishlar;

5-guruh – o'tkir bosqich oqsillarning mavjudligi.

3-guruhda yoki turli guruhlarda bittadan kam bo'lmagan musbat test va boshqa guruhlardan bitta musbat test mavjudligi

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning sepsisi quyidagilar bilan tavsiflanadi:

- xavf omillarining mavjudligi;
- klinik (fizikal) ko'rinishlar;
- TYaJS.

Og'ir sepsis (sepsis sindrom) «Yangi tug'ilgan chaqaloqlar sepsisi» tashxisidan a'zolar va tizimlar shikastlanishi darajasining ifodalanganligi, ular funktsiyalarining buzilganligi bilan jiddiy farq qiladi va quyidagilar bilan tavsiflanadi:

- TYaJS;
- neonatal sepsisning klinik ko'rinishlari;
- quyidagi ob'ektiv mezonlardan biri:
  - a) es-hush buzilishi;
  - b) zardob laktat darajasining oshishi (arterial qonda 1,6 mkmol/l dan ortiq, venoz qonda – 2,2 mkmol/l dan ortiq);
  - v) oliguriya (2 soat davomida 1 ml/kg dan kam diurez).

Septik shok (o'lim 80% gacha) quyidagilar bilan tavsiflanadi:

- TYaJS;
- chaqaloqlar sepsisining klinik ko'rinishlari;
- og'ir sepsisning har qanday mezoni;
- gipotenziya (AB 35 mm sim.ust dan kam, o'rtacha AB 30 mm sim.ust dan kam);
- MVB pasayishi (4 sm suv ust.dan kam);
- infuzion va kardiotonik terapiya (dofamin, dobutamin, dobutreks) sharoitida «oq dog'» simptomining musbatligi.

Septik shok 10-15% hollarda septitsemiya va septikopiyemiya bilan bir xil tezlikda uchraydi. Shok og'ir gormonal disfunktsiya, gomeostazni boshqaruvchi deyarli barcha mexanizmlarning, shu jumladan organizmning mediatorli javobi tizimi buzilishi bilan birga kechadi. Jarayonning ijobiy kechishida kasallikning davomiyligi o'rtacha 8-10 haftani tashkil etadi.

Ko'pgina hollarda septik shok gramm-manfiy mikrofloraning ta'siri ostida rivojlanadi, ammo uning paydo bo'lishida B va D guruhleri streptokokklari ham ishtirok etishi mumkin.

Ushbu holatning patogenezi negizida bakterial endo– va ekzotoksinlar, yallig'lanish omillari va to'qimalar parchalanishi mahsulotlari ta'siri ostida yuzaga keladigan umumiy va mahalliy qon aylanishining buzilishi, suyuqlikning qayta taqsimlanishi, tomir tonus iva qon aylanishi pasayishi yotadi, bu barcha a'zo va tizimlarning funktsiyalari jiddiy buzilishiga olib keladi.

Shokning klinik ko'rinishi o'z ichiga bir nechta yetakchi sindromlarni oladi:

- MNT tomonidan kuzatiladigan buzilishlar – qo'zg'alish, u ho'sh yo'qolishigacha bo'ladigan sustlashish bilan almashinadi, reflekslar va mushak tonuslari pasayishi, tortishish yoki talvasalarga moyillik mavjudligi;
- periferik qon aylanishining buzilishi – teri qoplamlarining «marmarligi» va sianozi, «oq dog'» musbat simptomi, sovuq qo'l-oyoqlar;
- markaziy gemodinamikaning buzilishi – MVB va ABning pasayishi, bradikardiya bilan almashinadigan taxikardiya;
- buyraklarga taalluqli – buyrak filtratsiyasining buzilishi, bu oliguriya va anuriyaga olib keladi;
- kichik qon aylanish doirasida qon aylanishining buzilishi bilan birga kechadigan nafas olish yetishmovchiligi, bu sianoz va gipoksiya rivojlanishiga olib keladigan arteriya-venoz shuntlarning ochilishiga sabab bo'ladi;
- shokda periferik qonda kamqonlik, giperleykotsitoz yoki leykopeniya oshib boradi. IAK atsidozdan dalolat beradi.

Shokning 4 ta bosqichini ajratish qabul qilingan:

- 1-bosqich – aylanib yuruvchi qon hajmi jiddiy gemodinamik buzilishlarga olib kelmaydi;
- 2-bosqich (boshlang'ich dekompensatsiya) – aylanib yuruvchi qon hajmining qayta taqsimlanishi, qon aylanishining markazlashishi sodir bo'ladi;
- 3-bosqich (kech dekompensatsiya) – ABning keskin pasayishi yuzaga keladi, periferik qon aylanishi yomonlashadi, qon aylanish yetishmovchiligi kuchayadi;

– 4-bosqich (agonal) – yurak yetishmovchiligi va bosh miya funksiyasining sustlashishi rivojlanadi.

Ko'p a'zolar yetishmovchiligi (KAE) quyidagilar bilan tavsiflanadi:

– TYaJS;

– jarayonga 2-3 tadan ko'proq tizimlar qo'shilishi bilan birga kamida ikkita a'zoning shikastlanishi.

Bugungi kunga kelib bakterial sepsisga xos bo'lgan klinik va laborator belgilar mavjud emas. Sepsisning diagnostikasi quyidagi mezonlarning uyg'unligi bilan aniqlanadi.

Ona salomatligining anamnez ma'lumotlari, homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davr kechishining xususiyatlari.

Klinik simptomlar:

– birlamchi yiringli o'choqning mavjudligi;

– intoksikatsiya ko'rinishlari;

– toksikozning og'irlik darajasi ifodalanganliginng yiringli o'choq hajmiga mos kelmasligi;

– ikkilamchi yiringli o'choqlarning paydo bo'lishi;

– kasallik avjiga chiqqan paytida adekvat terapiya sharoitida bola ahvolidan musbat dinamikaning yo'qligi;

– kasallik qo'zish davriga xos bo'lgan sindromlar mavjudligi bilan toksikozning klinik ko'rinishi va ko'p a'zolar yetishmovchiligi (ikki yoki undan ortiq a'zolarga zarar etkazish).

Laboratoriya ma'lumotlari:

– birlamchi o'choqdan, shuningdek qondan, najaslardan, siydikdan, orqa miya suyuqligidan florani bakteriologik tekshirish. Bunda florani identifikatsiyalash va uning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash katta ahamiyatga ega;

– yo'ldoshni gistologik va bakteriologik tekshirish;

– mutlaq raqamlardagi qonning umumiy tahlili (25-jadval).



Jadval 25. Sepsisga xos bo'lgan gematologik o'zgarishlar.

Ko'rsatkichlar (x10 <sup>9</sup> /l)	Hayotning 1-kuni	Hayotning 2-7- kunlari	Hayotning 7- kundan katta yosh
Leykotsitoz	30 000	> 20000	>15000
Leykopeniya	5000	3000	3000-6500 va katta
Neytrofilez	> 20 000 (15 000)	7500	1750 > 1000
Neytropeniya	5000	2000	200
Eozinofiliya	2000	1500 < 200	
Eozinopeniya	100	< 150 (100)	
Trombotsitopeniya		450	
Trombotsitoz			

Neytrofillarning donador toksikligi paydo bo'lishi endotoksikoz haqida guvohlik beradi, EChT 10 mm/soat dan ko'p.

Sepsisda quyidagi gematologik ko'rsatkichlar hisoblab chiqiladi.

– siljish indeksi (SI): miyelotsitlar+yosh neytrofillar+tayochasimon o'zakli neytrofillar, segment o'zakli neytrofillar. SIning me'yoriy ko'rsatkichlari – 0,1-0,2 (0,2 dan ko'p bo'lsa – patologik holat).

Intoksikatsiyaning leykotsitar indeksi (ILI):

– zardob neytrofillar + miyelotsitlar + yosh neytrofillar + tayoqcha o'zakli neytrofillar + segment o'zakli neytrofillar. Limfotsitlar + monotsitlar + eozinofillar + bazofillar. Me'yoriy qiymatlar – 0,2 dan kam (0,2 dan ko'p bo'lsa – patologik holat).

Bundan tashqari, quyidagilar amalga oshiriladi:

– siydikning umumiy tahlili – proteinuriya, mikrogematuriya, leykotsituriya;

Qonning biokimyoviy tahlili:

– 50-45 g/l dan past gipoproteinemiya;

– disproteinemiya;

- SRO ning 6 (10) mg/l dan oshishi;
  - giperbilirubinemiya;
  - mochevinaning 7 mkmol/l dan oshishi;
  - kreatinning 0,1 mkmol/l dan oshishi;
  - giperglikemiya 6 mkmol/l dan yuqori, gipoglikemiya 2,2 mkmol/l dan kam;
  - giperkalemiya 7 mkmol/l dan yuqori;
  - «o'rta molekulalar» (o'rta zanjirli yog' kislotalari, o'rta molekulyar peptidlar va boshqalar)ning 0,8 optik birlikdan ko'payishi;
  - ishqoriy fosfatazaning ko'payishi (norma – 0,51,3 mkmol/l);
  - timol sinamasining oshishi (norma – 0-4 birlik);
  - prokaltsitoninning 2 ng/l dan oshishi (qalqonsimon bez, jigar, endotoksinlar va yallig'lanish oldi omillar ta'siri ostida mononuklear leykotsitlar tomonidan ishlab chiqariladi);
  - immunologik monitroing: SN50, lizotsim, T- va V-limfotsitlar, supressiya indeksi (2 dan kam), IgG kamayishi va IgA hamda IgM, AIK ortishi;
  - NST-test pasaayishi (norma – 5-8%), bu past fagotsitar faollikdan dalolat beradi.
  - yallig'lanishga qarshi sitokinlarning oshishi (jumladan, IL-6 > 100 pg/ml, O'NO > 70 pg/ml – kasallikning boshlanishi; IL-8 > 70 pg/ml – kasallikning qo'zish davri);
  - IL-1 <20 pg/ml ga kamayishi, IL-6, O'NO kattalashishi – erta sepsis uchun xos;
  - prokaltsitoninning 2 ng/ml yoki undan ortiq kattalashishi, prokaltsitonin konsentratsiyasi 10 ng/ml dan katta – og'ir sepsis yoki septik shok uchun xos (norma – 0-5 ng/ml dan kam);
  - KAH o'zgarishi (laktatemiya, atsidoz) va elektrolit muvozanati o'zgarishi;
  - APTV (AChTV), PTV, MNO o'zgarishlari;
  - UTT va rentgenogramma, EKG;
  - lyumbal punktsiya.
- Bugungi kunga kelib SRO, IL-6, -8, O'NO, prokaltsitonin, prealbumin, giperglikemiya ko'payishi va to'satdan rivojlangan metabolik atsidoz bakterial

tabiatga ega og'ir generaizatsiyalangan yuqumli jarayon mavjudligi haqida fikr yuritishga imkon beradi.

Sepsisning differentsial diagnostikasi quyidagi kasalliklar bilan o'tkazilishi kerak: qorin ichi infeksiyalar, tug'ma zotiljam, MNTning tug'ruq vaqtidagi shikasti, enzimopatiyalar, mahalliy yiringli infeksiyalar, entsefalopatiyalar, disbakteriozlar.

#### 4.3.Sepsis diagnostikasi va uni davolash bo'yicha protokollar.

Bemor bolani parvarishlash uchun eng maqbul sharoitlar yaratiladi.

Ratsional ovqatlantirishga rioya qilish lozim. Eng yaxshisi – ona suti, agar u bo'lmagan taqdirda – bifidobakteriyalar bilan boyitilgan moslashtirilgan aralashmalar («NAN-1», «Frisolak», «Nutrilon», «Xumana-1» achigan sutli «NAN») ko'rsatilgan. Chala tug'ilgan chaqaloqlar uchun maxsus moslashtirilgan aralashmalar («Pre-NAN», «Friso-pre», «Pre-Xumana» va boshqalar) qo'llaniladi. OIT tomonidan patologiya bo'lganda va malabsorbtsiya sindromida oqsil gidrolizati va o'rta zanjirli uchglitseridlarni tutuvchi aralashmalar («Alfare», «Nutrilon-Pepti», «Nutramigen» va boshqalar)dan foydalanish tavsiya etiladi. Kaloriyalik asosiy ingrediyentlar – oqsillar, yog'lar, uglevodlarga nisbatan maksimal ehtiyoj hisobga olingan holda ta'minlanadi.

Antibakterial terapiya. Davolash tadbirlari strukturasi 1-o'rinni egallaydi va qo'zg'atuvchi bilan kurashishga qaratilgan. Sepsisni davolashda asosan  $\beta$ -laktamlarga taalluqli antibiotiklar (himoyalangan penitsillinlar, sefalosporinlar, karbopenemlar), aminoglikozidlar guruhidagi antibiotiklar, shuningdek glikopeptidlar, ftorxinolinlar, oksazolidinonlar, monobaktamlar (qat'iy hayot ko'rsatmalariga binoan) qo'llaniladi.

Antibiotikni tanlash flora nisbatan sezuvchanlik bilan qat'iy tasdiqlangan qilinishi kerak.

Preparatlar dozasi, karraligi va kiritish yo'llari jarayonning og'irligiga, kasallik shakliga, chaqaloqning yoshi ap yetuklik darajasiga bog'liq.

Erta neonatal sepsisda yarim sentetik penitsillinlar qo'llanilishi mumkin, ular formulasiga klavulonli kislota: amoksitsillin/klavulanat (augmentin, amoksiklav, kuram, flemoklav) 50-100 mg/kg/kun dozada qo'shib, tomir ichiga, mushak

orasiga yuboriladi; ampitsillin/sulbaktam (unazin) – 100 mg/kg/kun dozada vena ichiga, mushak orasiga har 12 soatda; piperatsillin/tazobaktam (tazotsin) – kuniga 2 marta 150-250 mg/kg/kun dozada. Penitsillin G – 25 000-50 000 YeD/kg, har 6-8 soatda yuboriladi, prokain – har 24 soatda. Ushbu yarim sintetik penitsillinlar r-laktamazaga nisbatan rezistent.

Eng ko'p holatlarda yarim sintetik penitsillinlar aminoglikozidlar bilan birga ishlatiladi. Gentamitsin, netramitsin, tobromitsin, sisomitsin, brulamitsin, netilmitsin, amikin – vena ichiga, mushak orasiga kunlik dozasi 3-8 mg/kg dan kuniga 3 marta; amikatsin – vena ichiga, mushak orasiga kuniga 3 marta 15-20 (30) mg/kg/kun dozada. Ushbu dorilarning oto– va nefrotoksik ta'sirining ifodalanganligi sababli aminoglikozidlar bilan davolash davomiyligi 7 kundan oshmaydi. Davolash kursining oxirida audiometriyani o'tkazish kerak.

Sepsisni davolashda aminoglikozidlar an'anaviy tarzda sefalosporinlar bilan birgalikda qo'llaniladi.

Sepsisning ancha kech boshlanishida, yiringli o'choqning mavjudligida yoki sepsis rivojlanishida hospital infeksiyaning ahamiyatiga shubha qilinganda antiotikoterapiyani sefalosporinlar bilan boshlash maqsadga muvofiqdir. «Boshlang'ich» antibiotik sifatida 2-avlod sefalosporinlar: sefuroksim (zinatsef), sefuroksim-aksetil (ketatsef, zinnat) 50-100 mg/kg kunlik dozada aminoglikozidlar bilan birgalikda vena ichiga har 8-12 soatda tayinlanadi.

Gospital infeksiya, sepsisning og'ir kechishida va/yoki gentamitsin rezistent enterobakteriyalarda 3-avlodga mansub sefalosporinlarni: sefaperozon (tsefobid), sefotaksim (klaforan), seftriakson (longotsef, rotsefirin), sefperazon, seftazidin vena ichiga 50-100 mg/kg kunlik dozada 2-3 marta tayinlanadi. Zaxira preparatlari sifatida 4-avlod sefalosporinlar – sefipin (maxipim) hisoblanadi.

Sepsisni keltirib chiqargan rezistent gram manfiy florada peptidli antibiotiklarni – polimiksin V va Ye (kolistin) 15-20 mg/kg/kun dozada parenteral yo'l bilan 3 mahal kiritish juda ham samarali.

Sepsisni davolashda makrolid guruhidan tanlab olinadigan dorilar: eritromitsin, spiramitsin – kunlik 50 mg/kg dozada vena ichiga yuborish uchun, klindamitsin (bmnoklar) – 10-20 mg/kg dozada har 8-12 soatda.

Anaerob flora aniqlanganda metronidazol keng qo'llaniladi, metrodjil 5-8 (15) mg/kg dozada vena ichiga 3 karra 5 kun davomida yuboriladi. Klindamitsin 15-20 mg/kg/kun dozada 3 marta vena ichiga yoki linkotsin 30-60 mg/kg kunlik dozada vena ichiga har 8 soatda.

Yiringli-yallig'lanish kasalliklarini davolashda zaxira antibiotiklar sifatida quyidagilar hisoblanadi: karbopenemlar – tiyenam (tsilastatin) kuniga 60 mg/kg dozada buyuriladi, imipenem tomchilab vena ichiga 2-3 marta 30-60 mg/kg dozada; glikopeptidlar – vankomitsin (vankotsin, vankoled, editsin) – 20-30 (45) mg/kg/kun dozada har 8-12 soatda; oksazolidinonlar (zivoks, pfayzer) har 8 soatda vena ichiga 10 mg/kg/kun dozada; monobaktamlar – aztreonam – 60-100 mg/kg/kun dozada vena ichiga, iushak orasiga 2-3 marta.

Antibiotik terapiyasi boshlangan paytdan boshlab mikroorganizmlarni oldini olish uchun zamburug'ga qarshi dorilar buyuriladi.

Kandidoz infeksiyasi qo'shilganda qo'llaniladi: flutotavin (ankotil) – kuniga bir marta 100-200 mg/kg dan vena ichiga yoki og'iz orqali (4-6 hafta davomida); diflyukan 5-8,0 mg/kg vena ichiga kuniga 1 marta, keyin garbat ko'rinishida 2 ml dan (1 ml – 5 mg preparat) kuniga 1 marta, shuningdek 3-6 soatda 0,1 mg/kg/kun dozada birinchi kuni vena ichiga tomchilab, keyinchalik doza 0,5-1,0 mg/kg/kun gacha oshiriladi, davolash kursi 2-3 hafta.

Disbakterioz rivojlanishining oldini olish uchun eubiotiklar buyuriladi – bifidum-bakterin 5-10 dozada, laktobakterin – kuniga 3 marta, lineks – kuniga 3 kapsuladan.

Bir guruh antibiotiklar bilan davolash kursi 7-10 kundan 14 kungacha. Sepsisda antibakterial terapiyaning davomiyligi 1 oydan kam bo'lmasligi lozim.

Immunitetni korrektsiyalovchi terapiya. Tayinlanadi:

a) passiv immunitetni yaratish uchun:

- odam immunoglobulini – tomir ichiga yuborish uchun 3 dan 5 ml/kg gacha (0,5-3,0 g/kg – 5,0-7,0 g/kg);
  - pentaglobin – 5 ml/kg dan vena ichiga tomchilab, kurs kun (IgM, Abilan boyitilgan)
  - sandoglobulin – 5 ml/kg;
  - granulotsit massasini quyish;
  - hayot ko'rsatmalariga ko'ra vena ichiga rekombinat inson sitokini – ronkoleykin (endogen IL-2 analogi, kunlik dozasi 0,25 mg (250 000 ME) fiziologik eritmada 5-10 ml/kg dozada 6 ml/soat tezligidan yuqori bo'lmagan holda tayinlanadi, davomiyligi 3 soatdan kam emas ko'pi bilan 6 miqdorida ml/soat, kamida 3 soat davom etadi;
  - antistafilokokkli antiglobulin –20 AE/kg (har kiritishda 100 AE dan kam emas), har kuni yoki kunaro, kurs;
  - antistafilokokkli, antisnegnoyli zardobga ega spetsifik antitanachalarni kiritish – tomir ichiga 15 ml/kg dan tomchilab;
  - bakteriofaglarni og'iz orqali 5 (10) ml dan ertalab va kunduzi, kechqurun 10 (20) ml rektal tarzda (sxema bo'yicha) ishlatish;
  - qonni UFN va lazerli nurlantirish ko'rsatilgan;
- b) immunogrammadagi o'zgarishlarda (chin leykopeniya va limfopeniya, T- va V-limfotsitlarning nisbiy va mutloq soni, shuningdek supressiya indeksi pasayishida). Immunomodulyator va adaptogendlarning tayinlanishi ko'rsatilgan. Davolash kursi 5-7 kun.

Shuningdek likopid ham qo'llaniladi – kuniga 1 marta 10 kunlik kursgacha, dibazol – 1 mg dan kuniga 1 marta, 20% li karnitin xlorid eritmasi – 5-10 tomchidan kuniga 2-3 marta, natriy nukleinat – 5-10 mg dan kuniga 2-3 marta, ribomunil – sxemaga muvofiq, viferon-1.

Adekvat dezintoksikatsiya terapiyasi. JP, JTPP, JVO hisobga olingan holda qo'llaniladi (1-darajali eksikoz – 5% gacha – 50 ml/kg; 2-darajali – 10% gacha – 75 ml/kg; 3-darajali – 10% dan yuqori – 100 ml/kg), shuningdek enteral ta'minlashamalga oshiriladi.

Infuziyada kristalloid preparatlar qo'llaniladi – 5; 7,5 va 10% li glyukoza eritmalari, fiziologik va poliionli eritmalar (atsesol), kolloid preparatlar – 5, 10% li albumin eritmalari.

Markaziy va periferik gemodinamikani normallashtirish:

– gipovolemiyani tuzatish (5%, 10% li albumin eritmalari, 6% li infuzol eritmasi – vena ichiga 10-15 ml/kg, yetilib tug'ilgan chaqaloqlar uchun – 10-15 daqiqa, chala tug'ilgan chaqaloqlar uchun – 30-60 daqiqa);

– gemodinamikani me'yorlashtirish – adrenalinni, atropinni (0,05-1,0 mg/kg/daqiqa), dofaminni, dobutaminni titrlash, ularning dozasi gemodinamik buzilishlarning xususiyatiga bog'liq;

– septik shokda – glyukokortikoidlar (prednizolon – 1-2 mg/kg, gidrokortizon – 5-10 mg/kg, ikkinchisiga afzallik beriladi), dozani terapevtik dozadan 10 baravar oshirish mumkin.

KAH va elektrolitlarni korrektsiyalash.

Hujayra membranalarini barqarorlashtirgachlarni – vitamin A – 1000 ME/kg/kun, vitamin Ye – 10 mg/kg/kun, ayevit – 0,2 ml/kg tayinlash.

Antigemorragik terapiya. Tomir devorini mustahkamlashga qaratilgan – litsinon, adroksan, etamzilat – 10-15 mg/kg (0,1-0,2 ml/kg), gemorragik buzilishlarda, gemostazni me'yorlashtirish uchun – yangi muzlatilgan zardob – 10-15 ml/kg.

Proteolitik preparatlarni buyurish. Kontrikal qo'llaniladi – 1-2000 YeD/kg, gordoks – 6-7000 YeD/kg vena ichiga 5-7 kunlik kurs bilan.

Mahalliy infeksiya o'choqlarini tozalash.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar sepsisni davolashning zamonaviy bosqichida gemosorbtsiya, qisman yoki to'liq, ZPK, plazmaferez ham qo'llaniladi.

Sepsisni boshidan o'tkazgan bolalarni dispanserizatsiyasi va rehabilitatsiyasi.

Dispanser hisobda bolalar 12 oy davomida saqlanadi. Dispanser kuzatuv quyidagilarni o'z ichiga oladi:

– kasalxonadan chiqqan kundan boshlab bir yilgacha har oyda shifokor ko'rigidan o'tkazish;

- tor mutaxassislar – lor-shifokor, nevrolog, ko'rsatmalarga binoan immunolog maslahati;
- kasalxonadan chiqqandan bir oy keyin qon va siydik tahlillari, keyin 3 oyda 1 marta, tez-tez uchraydigan kasalliklarda – immunogramma;
- davolash-sog'lomlashtirish tadbirlari (3-4 hafta):  
Immunitetning nospetsifik stimulyatorlarini tayinlash – dibazol, eleuterokoak, apilak, karnitin xloridi – 2-3 haftagacha kurs bilan;
- vitamin A, Ye, C, V6, kaliy orotat, foliy kislotasini tayinlash – 10-14 kunlik kurs;
- beqaror ich kelishida – disbakteriozni tekshirgan holda eubiotiklardan foydalanish;
- serebral buzilishlarda – MNTdagi metabolik jarayonlarni va qon aylanishini yaxshilaydigan dorilar: nootropil, piratsetam, pikamilon, fenibut, pantogam, glitsin, aktovegin, tanakan, trental;
- gimnastika, uqalash, chiniqtirish;
- jismoniy rivojlanishni nazorat qilish;
- sog'ayishdan keyin 6 oy o'tgach profilaktik emlashlar.



## II.AMALIY MASHG'ULOT MATERIALLARI

1 -amaliy mashg'ulot: Og'ir va tuzalmaydigan bemor bolalar bilan ishlash. 2-soat.

Ishdan maqsad:

Kasalliklarning klinik diagnostikasiga integral yondashgan ko'nikmalarni ishlab chiqish. Bemor aniqlanganda shifokor taktikasi, shaxsiy himoya vositalaridan foydalanish, dispanserizatsiya va rekonvalesentlarni rehabilitatsiya qilishni o'rgatish;

- tematik savollarni muhokama qilish misolida ilmiy fikrlash, klinik masalalarni yechishda ijodiy jihatdan yondashish, shuningdek, mustaqil qaror qabul qilishga o'rgatish. Mantiqiy fikrlashni va o'z fikrini kasbiy tilda yetkazib 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;
- Kasallikka shubha bo'lgan bemor haqida belgilangan tartibda habar berish;
- shoshilinch holatni tashxislash va gospitalizatsiyagacha bo'lgan davrda 1-chi tibbiy yordam ko'rsatish;
- rekonvalesentlarning rehabilitatsiyasini taminlash.

Mashg'ulot o'tkazish joyi, jihozlanishi

- auditoriya;
- qabul bo'limi;
- diagnostika bo'limi;
- texnik vositalar: tematik bemorlar; overxed; multimedia proyektori; TV-video; o'rgatuvchi-nazorat qiluvchi dastur; yangi pedagogik texnologiya usullari stsenariylari; vaziyatli masalalar

O'zbekiston Respublikasi prezidenti “Kam uchraydigan (orfan) va boshqa irsiy-genetik kasalliklarga chalingan bolalarga tibbiy va ijtimoiy yordam ko'rsatishni yanada yaxshilash chora-tadbirlari to'g'risida”gi qarorni imzoladi.

Hujjat bilan quyidagilar kam uchraydigan (orfan) va boshqa irsiy-genetik kasalliklarga chalingan bolalarga tibbiy va ijtimoiy yordam ko'rsatishning asosiy ustuvor yo'nalishlari etib belgilandi: kam uchraydigan (orfan) va boshqa irsiy-genetik kasalliklarga doir tibbiy va ijtimoiy yordam ko'rsatishni tartibga soluvchi normativ-huquqiy bazani takomillashtirish; ixtisoslashtirilgan respublika muassasalarida kam uchraydigan (orfan) va boshqa irsiy-genetik kasalliklarga tashxis qo'yish bo'yicha laboratoriya xizmatini rivojlantirish; kam uchraydigan (orfan) va boshqa irsiy-genetik kasalliklarga chalingan bolalarga ko'rsatilayotgan tibbiy va ijtimoiy yordamni takomillashtirish, shu jumladan ularni kafolatlangan bepul dori vositalari, tibbiy buyumlar va maxsus oziq-ovqat mahsulotlari bilan ta'minlash; yuqori malakali tibbiy kadrlar tayyorlash va ularning kam uchraydigan (orfan) va boshqa irsiy-genetik kasalliklarga chalingan bolalarga tibbiy yordam ko'rsatish bo'yicha malakasini muntazam oshirib borish; kam uchraydigan (orfan) va boshqa irsiy-genetik kasalliklarning profilaktikasi yuzasidan keng targ'ibot-tashviqot ishlari olib borish; 2019-2024 yillarda kam uchraydigan (orfan) va boshqa irsiy-genetik kasalliklarga chalingan bolalarga tibbiy va ijtimoiy yordam ko'rsatishni tashkil etish chora-tadbirlari dasturi tasdiqlandi.

Dasturga muvofiq hayot uchun xavfli hamda surunkali rivojlanadigan kam uchraydigan (orfan) va boshqa irsiy-genetik kasalliklarni bolalarda tashxislash va davolash uchun O'zbekiston Respublikasi Davlat byudjeti va homiylik mablag'lari hisobidan 2019-2024 yillarda jami 424,6 mlrd so'm va 548,0 ming yevro ajratilishi nazarda tutilgan.

Belgilanishicha, kam uchraydigan (orfan) kasalliklarni davolashda ishlatiladigan tibbiy buyumlarni import qilish davlat ro'yxatidan o'tkazilmasdan O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan tasdiqlangan ro'yxatga muvofiq amalga oshiriladi.

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi:

2020 yil 1 yanvarga qadar kam uchraydigan (orfan) va boshqa irsiy-genetik kasalliklarga chalingan bemorlarning Milliy registrini tashkil etadi hamda uning doimiy yuritilishini ta'minlaydi; manfaatdor vazirlik va idoralar bilan birgalikda 2020 yil 1 iyulga qadar Dastur doirasida nazarda tutilmagan kam uchraydigan (orfan) va boshqa irsiy-genetik kasalliklarini hamda Milliy registriga kiritilgan mukovistsidoz, talassemiya, gemofiliya, tizimli boshlanuvchi yuvenil artrit va bullyoz epidermoliz kasalliklariga chalingan bemorlarga kafolatlangan dori vositalari, davolash uchun oziq-ovqat mahsulotlari hamda tibbiy buyumlarni xarid qilish bo'yicha loyiha portfellarini shakllantiradi hamda belgilangan tartibda xalqaro jamg'armalar hamda moliya institutlarining kredit va grantlarini jalb qilish uchun O'zbekiston Respublikasi Investitsiyalar va tashqi savdo vazirligiga taqdim etdi;

uch oy muddatda "Dori vositalari va farmatsevtika faoliyati to'g'risida"gi O'zbekiston Respublikasining Qonuniga kam uchraydigan (orfan) kasalliklarni davolashda ishlatiladigan tibbiy buyumlar importi davlat ro'yxatidan o'tkazilmasdan amalga oshirilishini nazarda tutuvchi o'zgartirish va qo'shimchalar bo'yicha Vazirlar Mahkamasiga takliflar kiritildi. (Qolgan materiallar prezentatsiya va tarqatma materialda)

Bolalarda ijtimoiy rivojlanish mezonlari

Bolaning kun tartibi deganda qat'iy belgilangan uyqu va uyqudan tashqari, ovqatlanish vaqti, hamda uyg'oqlik vaqtida turli xil harakat faoliyatini o'z vaqtida almashilishi tushuniladi. Yoshga bog'liq bo'lgan ratsional kun tartibi fiziologik jarayonlar ritmini e'tiborga oladi. Shuningdek bola rivojlanishi optimal bo'lishi uchun organizm va tashqi muhitning o'zaro ta'sirlanishini tashkillashtirib beradi. Bundan tashqari bolaning kun tartibi bolani to'g'ri tarbiyalashning muhim qismi hisoblanadi. Bola dunyoga kelgach, uning MNS funksiyasining rivojlanishi asosan tashqi muhit ta'sirida amalga oshadi. Shu sababli bolaning MNS funktsiyasi uchun uyqu vaqti aktiv tormozlanishi himoya omillaridan biri bo'lib, uning o'sib

borayotgan nerv tizimini tashqi muhitning haddan tashqari qo'zg'atuvchi tasiridan saqlovchi omil bo'lib hisoblanadi. Bola qancha yosh bo'lsa, uyquga bo'lgan ehtiyoj shunchalik yuqori bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqqa uning holatidan kelib chiqqan xolda, "erkin ovqatlantirish" rejimini tavsiya etish mumkin, ya'ni bola "ovqat talab qilgan vaqtda ovqatlantirish". Ammo bunday kun tartibi qo'llanilganda, sutkalik ovqatlantirishlar (emizishlar) soni 10-12 martadan oshmasligi, hamda emizishlar orasidagi interval 2 soatdan kam bo'lmasligi lozim. "Erkin ovqatlantirish" rejimini barcha bolalarga tavsiya etish mumkin<sup>3</sup>. Chaqaloq bir sutkada 23 soatni uyqu bilan o'tkazadi. Uning aktiv uyg'oqlik davri juda kam bo'ladi va loyning oxirida uyg'oqlik vaqti 30-40 minutni tashkil etadi.

## **2-amaliy mashg'ulot. Sog'lom bolalarni ovqatlantirish muammolari.**

### **Fermentopatiyalar**

Ishdan maqsad:

- Fermentopatiyalar klinik diagnostikasiga integral yondashgan ko'nikmalarni ishlab chiqish. KAlariga shubha bo'lgan bemor aniqlanganda shifokor taktikasi, shaxsiy himoya vositalaridan foydalanish, dispanserizatsiya va rekonvalistsentlarni reabilitatsiya qilishni o'rgatish;
- tematik savollarni muhokama qilish misolida ilmiy fikrlash, klinik masalalarni yechishda ijodiy jihatdan yondashish, shuningdek, mustaqil qaror qabul qilishga o'rgatish. Mantiqiy fikrlashni va o'z fikrini kasbiy tilda yetkazib 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;
- Fermentopatiyalarga shubha bo'lgan bemor haqida belgilangan tartibda habar berish;
- shoshilinch holatni tashxislash va gospitalizatsiyagacha bo'lgan davrda 1-chi tibbiy yordam ko'rsatish;
- rekonvalestsentlarning reabilitatsiyasini taminlash.

Mashg'ulot o'tkazish joyi, jihozlanishi

- auditoriya;
- qabul bo'limi;
- diagnostika bo'limi;
- texnik vositalar: tematik bemorlar; overxed; multimedia proyektori; TV-video; o'rgatuvchi-nazorat qiluvchi dastur; yangi pedagogik texnologiya usullari stsenariylari; vaziyatli masalalar

Sog'lom bolalarni ovqatlantirish

Butun jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tomonidan 1989-1990 yy. ko'krak bilan oziqlantirishni qo'llab-quvvatlash uchun yirik masshtabli dastur tayyorlandi, dasturning maqsad va vazifalariga ko'krak bilan oziqlantirish va tug'ruqxonalarda chaqaloqlarni ona suti bilan muvaffaqiyatli boqish chun sharoitlarni yaratish kirdi.

Dasturning mohiyati muvaffaqiyatli ko'krak bilan oziqlantirishning 10 ta tamoyilida ban qilingan.

1. Ko'krak bilan oziqlantirishning belgilangan qoidalariga qat'iy rioya qilish va shu ma'lumotni tibbiy personal hamda tug'uvchilarga muntazam ravishda yetkazib turish.
2. Tibbiy xodimlarni emizishni mashq qilish uchun zarur ko'nikmalarga o'rgating.
3. Ko'krak bilan oziqlantirishning ustunligi va texnikasi haqida barcha homiladorlarga ma'lumot berish.
4. Tug'ruqdan keyingi bir yarim soat ichida onalarga ko'krak bilan emizishni boshlashga yordamlashish.
5. Onalarga, agar ular vaqtinchalik bolasidan alohidalangan bo'lsa ham, ko'krak bilan qanday emizish va qanday qilib laktatsiyani saqlab qolishni ko'rsatish.
6. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarga ko'krak sutidan boshqa oaqat va suvni bermaslik, tibbiy ko'rsatmalar bundan mustasno.
7. Ona va bolaning kun davomida bitta palatada bo'lishini ta'minlash.
8. Jadval bo'yicha emas, balki bola hoxishiga qarab ko'krak bilan ovqatlantirish.

9. Ko'krak bilan oziqlanayotgan chaqaloqqa ona sut bezini o'xshatuvchi va tinchlantiruvchi moslamalar (so'rg'ichlar)ni bermaslik.

10. Ko'krak bilan oziqlantirishni qo'llovchi guruhni tashkillashtirishni taqdirlash va tug'ruqxonadan yoki kasalxonadan chiqqandan keyin onalarni shu guruhlarga yo'naltirish.

Ushbu tamoyillarni bajarish uchun tug'ruqxonalar ishi onaning bola bilan tug'ilishidan keyin ularning aloqasini, ularning birgalikda yotishini, yangi tug'ilgan chaqaloqning kun davomida "erkin" ovqatlanishini ta'minlaydigan tarzda tashkil etilishi kerak. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni ko'krakka birinchi marta biriktirish tug'ruqxonada tug'ruqdan keyingi birinchi yarim soat ichida amalga oshirilishi kerak. Buning uchun kindik kesilib bog'langanidan keyin bolani onaning qorniga yotqizishadi, va u ona ko'kragiga o'zi «emaklab» keladi va emishni boshlaydi.

Chala tug'ilgan chaqaloqlarni ovqatlantirish metodikasi.

Birlamchi ovqatlanish.

Og'ir somatik patologiya yo'q bo'lgan hollarda hamma chala tug'ilgan chaqaloqlarni enteral oziqlantirish hayatining 1-sutkasidan boshlanadi, uni o'tkazish metodikasi funksional yetilganligiga, tana vazniga, gestatsiya vaqtiga bog'liq. Gestatsiya vaqti 35-37 hafta bilan chala tug'ilgan chaqaloqlarni tug'ilgandan 2-3 soatdan keyin yoki darhol emizish mumkin. Sog'lom bola bo'lsa ko'krakka qo'yish mumkin. Butilkadan ovqatlantirishda so'ruvchi harakatlar uchun kuch sarflanadi. Yutish va nafas, tilcha va xiqildoq usti tog'ayi yerdamida burun va xiqildoq yo'llarini qayta bekilishi, ichak motorikasi koordinatsiyasi gestatsion yeshi 33-34 haftadan kam bo'lgan chala tug'ilgan chaqaloqlarda bo'lmaydi. Ko'krakka qo'yishning iloji bo'lmagan holatlarda qoshiqcha yoki chashkachadan ovqatlantiriladi. Gestatsion yoshi 33-haftadan kam bo'lgan chala tug'ilgan chaqaloqni asosiy ovqatlanish printsiplari---ehtiyotlik va ketma-ketlikdir.

Ovqatlantirish trofik oziqlantirishdan boshlanadi. Ovqatlanish hajmi sekin asta oshiriladi. To'liq enteral oziqlanishga o'tish uchun 1necha hafta kerak bo'ladi. 32-haftagacha tug'ilgan bolalarda ko'krak suti chala tug'ilgan bola uchun optimal ovqat shubhasiz ona sutidir. Chala tug'ilgan bolada ko'krak bilan oziqlantirishni

yo'lga qo'yishda qiyinchiliklar mavjud. Ona suti bola uchun kerakli bo'lgan ozuqa moddalari, biologik aktiv moddalar va himoya faktorlari (immunoglobulin, gormonlar, o'sish faktorlari, taurin, bifidogen faktorlar) manbai. Chala tug'ilgan chaqaloqlarda NYaK, diareya, siydik yo'llari infeksiyasi kam uchraydi. Agar ular gestatsiyaning 33-haftasida ona suti bilan oziqlantiriladigan bo'lsa zond orqali amalga oshiriladi. Zond orqali oziqlantirish uzlukli va davomli (tomchi). Uzlukli yuborilganda sutning kerakli bo'lgan martalik portsiyasi yuboriladi va keyin darhol olinadi (har 3soatda). Zond uzunligi qanshardan xanjarsimon o'siqaqa o'lchanadi (10-12sm atrofida). Zondning erkin uchida shprintsni kiritish uchun teshik bo'ladi. Shprintsda o'lchangan miqdordagi sut sekin yuboriladi. Sut iliq bo'lishi lozim. Orogastral zond nazogastral zondan afzalroq. Nazogastral zondan havoni o'tishiga qo'shimcha qarshilik tug'iladi. Bunda apnoe kelib chiqishiga imkon bo'ladi. Zond orqali sutni uzlukli yuborish gormonlarni siklik ajralishiga olib keladi va bu chala tug'ilgan chaqaloqlarda oshqozon ichakni rivojlanishini stimullaydi.

ONMT (1500gdan kam )bo'lgan chaqaloqlar, shuningdek juda katta lekin holsiz bolalarga doimiy zond qo'yiladi. Zond oshqozonda 3-7 kun saqlanadi. Sut maxsus tomizgichlarda tomchilab yuboriladi. Bir necha tekshiruvlarga ko'ra , sutni davomli yuborishda vazn yaxshi qo'shiladi, shuningdek energiya sarfi uzlukliga nisbatan kam bo'ladi. Oziqlanirish hajmini oshirganda ,asosan intensiv davolanadigan bolalarda har bir sut yuborishdan oldin oshqozon tarkibini porshenli shprints yordamida so'rib olish kerak. Agar u havo yoki shilliq bo'lsa , oziqlantirish standart sxema bo'yicha davom ettiriladi. Agar bunda avvalgi kiritilgan sut hajmidan 10% ko'p olinsa, sut portsiyasi kamaytiriladi (minimum 50% gacha) va keyin kam-kamdan oshiriladi.

Aspiratda patologik aralashmalar (o't) bo'lsa, yoki dimlanish bo'lsa, enteral oziqlantirish vaqtincha to'xtatiladi. Enteral oziqlanishni buzilishi sabablari aniqlanadi va yo'qotilgandan keyin yana kichik hajmda (2-3 ml) oshirib borish maqsadga muvofiq. Qusish, srigivaniya, qorin damligi standart oziqlantirish (sabablari aniqlanguncha) sxemasini bekor qilish uchun ko'rsatma bo'ladi.

Enteral oziqlantirishni imkoni bo'lmaganda enteral oziqlantirish parenteral bilan birga olib boriladi.

Enteral oziqlantirish quyidagi umumiy sxemadan boshlanadi:

1. Doimiy zond kiritiladi keyin 30-40 minut davomida hayotiy muhim funksiyalar buzilishi yo'qligiga ishonish.

2. Oziqlantirishga tolerantlik probasi—distillangan suv yuboriladi (chala tug'ilgan chaqaloqlar tana vazni 1000g dan kam bo'lganda 1ml, qolganlarga 2-3ml ) 3 soat davomida qorinda shish va boshqa holatlarda kuzatilmasligiga ishonish.

3. Bir qancha distillangan suv yuborish (juda og'ir bolalar uchun) yoki o'sib boruvchi hajmda 5% glyukoza eritmasi 1-3ml (5-7ml dan ko'p emas) tunggi tanaffussiz har 3soatda. Bu proba individual yuboriladi.

4. Trofik oziqlanishni to'liq enteralga sekin-asta o'tqaziladi. Oziqlantirish 2000-1500g tana vazniga 5-7ml hajmda boshlanadi va 5ml dan oshirib boriladi. 1500-1000g tana vaznli bola uchun birinchi hajm 2-4ml ni tashkil etadi, keyin 2-3ml ga oshiriladi. 1000g dan og'ir bo'lgan bolalar har 3 soatda ovqatlantiriladi. (sutkasiga 8 marta). ENMT bolalar uchun oziqlanish (1000g gacha bo'lgan tana vazni) 1-2ml ona suti kiritishdan yoki maxsus aralashma va distillangan suv (1:1) kiritishdan boshlanadi, har 3 soatda tunggi tanaffuslarsiz. Keyinchalik sutkasiga 1-2 ml dan oshirib boriladi.

Homiladorlikning 24-haftaligida tug'ilgan bola bir necha etaplarda butilkadan yoki ko'krak suti bilan oziqlantiriladi. Barcha foydalanilgan metodlar har bir bola uchun individual tanlanadi. Adekvat oziqlantirishni nazorati tana vaznini yetarli qo'shilishi. Har kungi qo'shiladigan tana vaznini normasini aniqlashda homiladorlikning 3-trimestrida homila tana vaznini oshishi hisobga olinadi, o'rtacha 15g/kg/sut. Keyingi oylarda sog'lom chala tug'ilgan chaqaloqlarda tana vaznini qo'shilishi hayotining birinchi yilida gestatsiya vaqtiga bog'liq. Agar hayotining birinchi oyida to'liq tug'ilgan chaqaloqlardan kam bo'lsa keyin intensivlik ancha ortadi.



Tug'ilgandan keyingi yaqin soatlarda enteral oziqlanishning imkoni bo'lmasa parenteral oziqlantiriladi (ONMT bolalar uchun tug'ilgandan keyin 1 soatdan ko'p bo'lmagan vaqtda).

Parenteral oziqlantirish hayotining 1-kunida suyuqlik, glyukoza, kaltsiy yuboriladi. ONMT bolalarda 2-kunda oqsilga ehtiyoj bo'ladi. Bundan tashqari aminokislotalarni erta kiritish unda venaga glyukoza yuborishdagi tolerantlik yaxshilanadi.

Chala tug'ilgan chaqaloqlarni parenteral oziqlantirish printsiplari:

\*sezilarli yo'qotilgan suyuqlik, ozuqa o'rnini qoplash, kerak bo'lganda somatik yoki xirurgik buzilishlarni korrektsiyalash.

\*Elektrolitlar va suyuqliklar miqdorini (har 12-24 soatda) doimiy hisoblash.

\*Monitor kuzatuv (KOS, glyukoza, elektrolitlar darajasi, ajraladigan suyuqlik miqdori, tana vazni dinamikasi) tug'ilgandan keyingi uzoq parenteral oziqlantirish (intensiv terapiyada) oshqozon-ichak shilliq qavati atrofiyasiga va rivojlanishini to'xtatishga olib keladi. Bu holatlar enteral oziqlanishga o'tkazilganda tiklanadi. Ona sutini oshqozon-ichak traktida kiritilganda u oshqozonni stimullaydi. Parenteral oziqlanishdan enteral oziqlanishga sekin-asta o'tkaziladi. Oshqozon-ichakni enteral oziqlanishga tayyorlashda trofik oziqlantirish metodikasi qo'llaniladi (minimal, boshlang'ich kamkaloriyal). Jaxon adabiyotlarida boshlang'ich xajmni juda katta diapozoni keltirilgan :

Taxminan 0.1 dan 20 ml/kg/sut gacha, ko'pincha 10-14 ml/kg/sut va kontsentratsiyasi oshirib boriladi.

Hozirgi vaqtda shunga o'xshash ishonarli taktika o'z isbotini topgan :

- oshqozon-ichak traktining morfologik va funktsional rivojlanishi yaxshilanadi.

- oshqozon-ichak traktida gastrin va boshqa gormonlarni sintezlanishi yaxshilanadi.

- giperbilirubinemiya kamayadi (bog'lanmagan bilirubin).

- suyaklarni metabolik kasalliklari chastotasi kamayadi (chala tug'ilgan chaqaloqlarning osteopatiyasi).

- xolestatik sariqlik chastotasi kamayadi.

Ko'krakka qo'yishning ustunliklari:

– normal mikrofloraning bola terisi va ichagiga joylashishi ancha erta sodir bo'ladi;

- yangi tug'ilgan bolaning infeksiyalarga chidamliligi oshadi;
- onada laktatsiya ancha faolroq kuchayadi;
- tug'ruqning 3-davri va tug'ruqdan keyingi davri kechishi yaxshilanadi;
- ona va bola o'rtasida ruhiy-hisij aloqa tezroq yuzaga keladi.

Ona va bolaning birga bo'lishining ustunliklari:

- onaning chaqaloq bilan bemalol va doimiy (kun bo'yi) aloqada bo'lish imkoniyati;
- «talab bo'yicha» oqatlantirishni amalga oshirish imkoniyati mavjudligi;
- bolaning har bir reaksiyasini kuzatish imkoniyati borligi;
- onaga bolani parvarishlash qoidalariga tayyorlash va o'rgatishning yengilligi
- ona va chaqaloq o'rtasida aloqani mustahkamlash;
- gospital infeksiyalar xavfini kamaytirish.

Ko'krak bilan oziqlantirishning ustunliklari:

- ona sutidagi oqsillar, yog'lar va uglevodlar nisbati va sifati bola organizmi tomonidan hazm qilinishi uchun mukammalligi (optimal va muvozanatlangan ozuqa qiymati);
- ona suti bolaning infeksiyaga qarshi chidamliligini belgilab beruvchi biologik faol moddalarni va immunitet omillarini (fermentlar, gormonlar, immunoglobulinlar, lizotsim) tutadi (ko'krak sutining himoya roli);
- mineral moddalar (kaltsiy, fosfor, mikroelementlar) bola ehtiyojlariga optimal tarzda mos keladi, sigir sutidan ko'ra 2 marta yaxshiroq so'riladi (ham makro-, mikroelementlarning, ham uglevodlar, yog'lar va oqsillarning yuqori hazm qilinishi)
- ko'krak suti chaqaloqlar ichagida bifidofloralarning faol ko'payishini ta'minlaydi, ya'ni ichak biotsenozi shakllanishiga ijobiy ta'sir ko'rstadi;
- ko'krak suti uchun optimal harorat va past osmolyarlik xos;
- ko'krak bilan oziqlantirish bolaning tishlari va jag'lari to'g'ri shakllanishiga olib keladi;

- ko'krak bilan oziqlantirishda ona va bola orasida eng yaxshi ruhiy-hissiy aloqa o'rnatiladi, ularning bir-biriga o'rganishini, ko'ngil qo'yishini kuchaytiradi, ularning o'zaro mehr-muhabbati kuchayadi;
- ko'krak suti – eng arzon ovqat (ko'krak bilan oziqlantirishning iqtisodiy samarasi);
- ko'krak bilan ovqatlanishda bo'lgan bolalarda yarali-nekrotik enterokolit, to'stadan o'lim sindromi, allergik kasalliklar rivojlanish xavfi past;
- xorijiy mualliflar tadqiqotlarida aniqlangan-ki, ko'krak bilan oziqlantirishda bo'lgan bolalarda keyinchalik gipertoniya, ateroskleroz, qandli diabet, limfomalar kam kuzatiladi. Bundan tashqari, ular uchun aqliy rivojlanishning ancha yuqori ko'rsatkichlari xosdir.

Ko'krak bilan ovqatlantirishning muvaffaqiyatli tamoyillari faqat sog'lom onalardan tug'ilgan sog'lom chaqaloqlarga taalluqli. Ona va/yoki bola kasal bo'lganida, ko'krak bilan ovqatlantirish mumkin bo'lmagan taqdirda, ovqatlantirish masalasi individual hal qilinadi.

Chaqaloqlarni ovqatlantirish turlari.

BJSST terminologiyasi bo'yicha ko'krak bilan oziqlantirishning quyidagi turlari ajratiladi.

To'liq ko'krak suti bilan boqish (davlatimiz atamasiga ko'ra – tabiiy ko'krak suti bilan boqish) – bola ko'krak sutidan boshqa hech narsa olmaydi yoki ko'krak suti bilan birga kuniga 1-2 marta, ko'pi bilan 1-2 tomchidan ko'p miqdorda sharbat yoki suv oladi.

Qisman ko'krak suti bilan boqish (ruscha terminologiyada «aralash ovqatlanish» atamasiga yaqinlashadi) – qisman boqishning 3 ta darajasi ajratiladi:

- «yuqori daraja» – ko'krak suti sutkalik hajmning 80% ni tashkil etadi;
- «o'rtacha daraja» – ko'krak suti sutkalik hajmning 20-79% ni tashkil qiladi;
- «past daraja» – ko'krak suti sutkalik hajmning 20 foizigacha bo'ladi.

Belgi, yoki ramziy ko'krak bilan boqish – ko'krakga shunday qo'yiladiki, bunda bola deyarli oziq-ovqatni olmaydi, ruhiy himoya shakli sifatida amalga oshiriladi.

Yetuk tug'ilgan chaqaloqlar ovqatlanishini hisoblash formulasi. Vaqtida tug'ilgan chaqaloqlarga zarur bo'lgan sut miqdori quyidagi formulalar bo'yicha hisoblanadi.

Finkelshteyn formulasi (hayotning 7-8 kuniga qadar qo'llaniladi): sutning kunlik miqdori  $70 \text{ ml} * n$  (bola vazni 3200 g gacha bo'lganda),  $80 \text{ ml} * n$  (bola vazni 3200 g dan ortiq bo'lganda), bu erda  $n$  – hayot kuni.

Bir marta ovqatlantirish uchun sut miqdori:  $10 \text{ ml} * n$ , bu erda  $n$  – hayot kuni.

Zaytseva formulasi: sutning kunlik miqdori (millimetrda) tana vaznining 2% (grammda) ni tashkil qiladi  $x n$ , bu erda  $n$  – kun.

Hajmiy usul hayotning 10-kunidan 2 oyigacha: sutning kunlik miqdori (millimetrda) tana vaznining  $1/5$  (grammda) ni tashkil qiladi.

Energetik usul: 1-kuni oziq-ovqatning kunlik kaloriyaligi bola tana vaznining 30-35 kkal/kg ni tashkil etadi, keyingi kunlarda u kuniga 5 kkalga oshib boradi. Hayotining 10-kunidan boshlab bola kuniga 100 kkal/kg oladi, 14-kunida – kuniga 110-120 kkal/kg, 1 oyda – kuniga 130-140 kkal/kg.

Ko'krak bilan oziqlantirishning afzalliklari:

JSSTni “Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarishlash va ko'krakdan oziqlantirish” 2002 o'quv seminar materialida turli sut turlari orasidagi farq haqida qisqa malumotlar keltirilgan:

\*ona sutini tarkibida sigir suti va sutli aralashmalarda bo'lmagan infektsiyaga qarshi faktor va o'sish faktori bor.

\*ona suti yengil o'zlashtiriladigan oqsil tutadi.

\*sigir sutida hazm bo'lmaydigan kazein ko'p.

\*ona sutida bola miyasi va ko'zni rivojlanishi uchun kerakli asosiy yog' kislotalar yetarli miqdorda. Ona sutida lipaza bo'lib, u yog'larni hazm qiladi. Hayvon sutida asosiy yog' kislota va lipaza yo'q.

\*ona sutida kerakli miqdorda minerallar bor, hayvon sutidagi minerallar esa juda ko'p. Sutli aralashmalarda mineral miqdori kam, agar aralashmalarda temir moddasi ko'p bo'lsa, uni o'zlashtirish qiyin bo'ladi.

\*ona sutida vitaminlar yetarli miqdorda,hayvon sutida vitamin A va S bo'lmasligi mumkin.Bolalar aralashmasiga vitaminlar qo'shiladi. Shunday qilib hayvon suti va aralashmalar hech qachon ona sutini o'rnini bosa olmaydi.

Bola uchun boshqa foydali tomonlari:

- To'satdan o'lim holatini kamaytiradi.
- Diabet,rak,quloq kasalliklari xavfini kamaytiradi.
- Kasallikka qarshi kurash va vaktsinatsiyaga reaksiyasi yaxshilanadi.
- Tish va jag' muammolari kamayadi (shuningdek, kariyes holati kamayadi).
- Psixomotor va emotsional yaxshi rivojlanadi.

Ona uchun foydaliklar:

- Emizish vaqtida oksitotsin gormoni ajraladi. U bachadonni qisqartirib tug'ruqdan keyingi qon ketishini to'xtatadi. Shuning uchun emizishni tug'ruqdan so'ng darhol boshlash va tez tez davom ettirish muhimdir.
- Emizadigan ayellar energiya zapasiga ega,ularda foydalanilgan kaloriya miqdori chegaralanganda ham sut ajraladi.
- Sut bezi va tuxumdon o'smasi xavfi kamayadi.
- Tez tez emizish menstruatsiyani tiklaydi va homiladorlikdan saqlaydi,tug'iladigan bolalar orasidagi oraliqni uzaytiradi.

1980 yillar oxirida VOZ va YuNISEF ekspertlari quyidagi programmani ishlab chiqdilar:

Muvaffaqiyatli ko'krak bilan oziqlantirishda 10 ta qadam:

1. Ko'krakdan oziqlantirish bo'yicha fiksatsiyalangan yezma politika mavjud va u tibbiyot xodimlarigacha yetib borgan.
2. Ushbu siyosatga kirishda tibbiyot xodimlari yetarli bilimlarga ega bo'lishlari kerak
3. Barcha homilador ayellarga ko'krakdan oziqlantirishning texnikasi va afzalliklari haqida malumot berish.
4. Tug'ruqdan keyingi bir soat davomida onaga ko'krakdan oziqlantirishda yordam berish.

5. Onaga qanday emizish va laktatsiyani saqlashni ko'rsatish kerak, hatto ularni vaqtinchalik ajratilganda ham.
6. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarga boshqa hech qanday ovqat yoki ichimlik berish mumkin emas, istisno holat tibbiy ko'rsatmalar bo'lganda.
7. Amalda sutka davomida ona va bolani 1 ta palataga yetqizish.
8. Bolani jadval bo'yicha emas, ehtiyejiga ko'ra emizish.
9. Ko'krakdan oziqlanadigan yangi tug'ilgan chaqaloqqa hech qanday tinchlantiruvchi preparatlar va so'rg'ichlar berish mumkin emas.
10. Onaga ko'mak guruhini yaratib berish va tug'ruqxonadan chiqqandan so'ng shu guruhga onani yo'naltirish.

#### Ko'krak suti tarkibi

- Molozivo immunoglobulinga boy, demak yetilgan sutga nisbatan ko'p antitelo va infeksiyaga qarshi omil tutadi, allergiyadan himoyani taminlaydi. Tarkibida yetilgan sutga nisbatan ko'p oqsil bor.
- \*Molozivoda infeksiyadan himoya qiluvchi leykotsitlar yetilgan sutga nisbatan ko'p.
- Molozivo infeksiyaga qarshi oqsil va leykotsitga boy bo'lib, u kasallikka qarshi 1lamchi immunitetni ta'minlaydi. Molozivo yangi tug'ilgan chaqaloqni bakterial infeksiyadan himoya qiladi.
- Molozivo yumshoq surgi effektiga ega, bu bola ichagini mekoniydan tozalaydi (birlamchi to'q yashil axlat), shu bilan birga sariqlikni rivojlantiruvchi bilirubindan ham tozalaydi.
- Molozivo o'sish faktoriga ega, bunda bola ichagi rivojlanadi. Molozivo antitelo saqlaydi, u bolani allergiya va ovqat ko'tarolmaslikdan himoya qiladi.
- Molozivo tarkibiga ko'ra bir necha vitaminga boy. Vitamin A bolada infeksiyani og'irlik darajasini kamaytiradi.

Keyingi ovqatlantirish. Hayetining 1- 2 kundan ona bolani o'tirgan yeki turgan holatda emizadi (agar oraliq yerilishi, perineotomiya, epiziotomiya bo'lsa)

Yetilgan sut —bu, ko'p miqdordagi tug'ruqdan bir necha kundan keyin paydo bo'ladigan sut. Bunda ko'krak to'liq, qattiq va og'ir bo'ladi.

Bu jarayenni sutni quyilishi deyiladi.

Oldingi sut — bu,ko'kish rangli emizishni boshlaganda ajraladigan sut.

Orqa sut —bu, to'yingan oq rangli sut bo'lib,emizishni oxirida ajraladi. Tarkibida ko'p miqdorda yog' tutadi.Ko'p miqdordagi yog' sut rangiga to'yingan oq rang beradi, shuningdek sutni yuqori energetikligini taminlaydi. Shuning uchun bolani yog'ga boy orqa sutni ko'proq emishini taminlash kerak. Bola qancha hohlasa shuncha emizish kerak: bu yog'ga boy orqa sutni qabul qilishiga sharoit bo'ladi.

Oldingi sut ko'p miqdorda va unda ko'p oqsil, laktoza hamda boshqa ozuqa moddalari ko'p.

Oldingi sutni ko'kish rangi ba'zida onalarni bezovta qiladi: ular sutni juda qattiq deb o'ylaydilar. Sut hech qachon qattiq bo'lmaydi. Bola ham oldingi ham orqa sutni qabul qilishi muhim, bu uni to'liq ratsionini taminlaydi. Birdan oldingi sutdan orqa sutga o'tib bo'lmaydi,bu sekin-asta kechadi---emizishni boshlagandan oxirigacha. Aytilganlarni hisobga olib,ko'krakka birinchi qo'yish va teri-teriga kontakti onadan bolani ajratilgandan, kindik bog'langandan va kindik qoldig'iga ishlov berilgandan keyin o'tkazilishi kerak.

Bolani ko'krakka qo'yish texnikasi:

Ko'krakka to'g'ri qo'yish: qadam bo'yicha.

1.Qulay holatda o'tiring, bo'shasing. Qulay holatni oling: o'tiring yeki yeting,chunki nisbatan uzoqroq vaqt bolani ko'krakka yaqin ushlash kerak. Emizishni ko'p usullari bor: o'tirib,etib,kartochkada. Agar siz bo'shashgan bo'lsangiz va bola qulay joylashgan bo'lsa, ulardan hech birini to'g'ri yoki noto'g'ri deb baholashingiz kerak emas.

2.Bolani shunday ushlangki, bolani bo'yni tortilgan bo'lmasin. Kimga bo'ynini cho'zib ovqatlanish yeqadi? Demak bolangiz uchun qulay holatda bo'lishingiz lozim.

3. Bolani ko'krakka yaqin ushlang, bola emish vaqtida kuchli cho'zilmasin. Agar bola ko'kragingiz so'rg'ichlarini og'zida tutish uchun maksimal harakat qilsa, so'rg'ichlar shikastlanishi mumkin.

4. Bolani boshidan emas orqasidan ushlang. Agar bolani boshi qattiq siqilsa, u instinktiv tortib chiqazadi va ko'krak uchun kurashadi.

5. Bolani burnichasi so'rg'ich bilan bir darajada bo'lishi kerak. Bu demak, bolani boshini biroz burishiga yerdam beradi.

6. Bola burni va ko'krak orasidagi masofani barmoqlar bilan to'g'rilash mumkin emas. Barmoq bilan ko'krakni siqqanda siz uni shaklini buzasiz, bu bolangizni so'rg'ichni qoplab olishiga qiyinchilik tug'diradi. To'g'ri ushlangan bola burun qirrasini orqali nafas oladi.

7. Ko'krakni butilkaga o'xshab harakatlantirmang va ushlamang, sizning bu harakatingiz bolaga xalaqit beradi. Bola so'rg'ichlar va oreolani to'liq qoplab olishi kerak. Agar ko'krakni tutib turish kerak bo'lsa kaftingiz bilan pastki qismidan ushlab turing, barmoqlarni so'rg'ichdan 10sm masofada ushlang.

8. Agar bola uyquchan yoki bezovta bo'lsa, barmoq yoki so'rg'ich bilan og'ziga yoki yengog'iga yengil tushirish bilan uni emishga jalb qilish kerak. Sut tomchisini og'ziga tomizsangiz, bu bolani ishtahasini stimullaydi, bola og'zini ochib tilini so'ruvchi harakat qiladi.

9. Siz bolangizga e'tibor bergan bo'lsangiz, og'zi keng ochilgan, tilchasi og'izni pastida bo'ladi: darhol bolangizni emizishingiz kerak. Bolani emizishda tajriba bo'lishi kerak, hamma xam 1-urinishdan emiza olmaydi, buning uchun o'rganish lozim.

10. Agar bola kuchli och qolsa yoki yig'lasa unga ko'krak berilsa u tilini yuqoriga ko'taradi, uni emizib bo'lmaydi. Bolani avval tinchlantirib keyin emizing. Bunda bolani emizish uchun istalgan imkoniyatdan foydalaning, qachonki imkoni paydo bo'lsa. Agar bola 1ta ko'krakni afzal ko'rsa, bolaga o'shani bering.

11. Esda tuting bola ko'krakni og'ziga tortadi, siz unga ko'krak bermaysiz.

Ko'krakka to'g'ri qo'yishni tekshirish varag'i:

- Onani qulay o'tirganligi va bo'shaganligini tekshiring.



- Siz ham shunday o'tiring, shunda unga yerdam berishingiz oson bo'ladi.
- 4ta kalit punktini yaxshi anglaganingizga ishonch hosil qiling:
  1. Bolani boshi va tanasi tekis chiziqda bo'lishi kerak.
  2. Bolani yuzi onani ko'kragiga qaragan bo'lishi kerak, burun-so'rg'ich qarshisida turadi.
  3. Ona bola tanasini o'ziga qattiq siqqan bo'ladi.
  4. Agar bola yangi tug'ilgan chaqaloq bo'lsa, uni faqat yelka va boshini emas, butun tanasini ushlash kerak.
- Onaga ko'krakni qanday ushlashni va uni bolaga berishni ko'rsating:
- Bolani og'izchasi keng ochiq va lablari cho'chchaygan bo'lishi kerak. Keyin uni ko'krakka qo'yish kerak. Bolani pastki labi so'rg'ichni pastida bo'lishi kerak, uning engagi ko'krakka yopishgan bo'lishi kerak.
- Ko'krakka to'g'ri qo'yganda bolani labi va milklari areolaga bosim beradi.
- Tili og'izni pastki qismida joylashadi. Tili va pastki jag'ini birgalikdagi ishi to'liqinsimon harakat bilan sut sinuslarini ezadi va sut chiqadi.
- Tilni bolani labi va ona ko'kragi orasida ko'rish mumkin.
- Bola bir xilda va sekin sutni so'radi va harakatlar bazida quloqqacha tarqaladi. Uning emishini eshitasiz.
- Engak va burni ona ko'kragiga tegib turadi, sizni uning nafas olishi bezovta qilmasin, tabiat shu holatda to'liq nafas olish imkoniyati bilan yaratgan. Istisno, qachonki bola ko'krak uchun kurashsa, boshini erkin harakat qilolmasa kurashish boshlanadi, masalan: agar katta odam qo'li bilan uni boshini siqsa.
- Bolani to'g'ri holatda emizilsa og'riqsiz bo'ladi. Onani reaksiyasiga etibor bering, onadan bolani emizganda nimani sezishini so'rang.
- Barcha belgilarni bolani ko'krakka to'g'ri qo'yganda tekshiriladi.

Ko'krakka kech qo'yishga ko'rsatma bo'lishi mumkin:

1) Bola tomonidan: asfiksiya bilan tug'ilgan, tug'ruq travmasiga shubxa, kefalogrammatoma, umumiy ahvoli qoniqarsiz bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlar, chuqur chala tug'ilgan bolalar, rivojlanish nuqsonlari, rezus nomoslik.

2) Ona tomonidan:

Tug'ruq vaqtidagi xirurgik aralashuvlar, preeklampsiya va eklampsiya tug'ruq holati, tug'ruq vaqtida ko'p qon yo'qotish, istalgan infeksiyon jarayen, bolani emizish uchun onani holati to'g'ri kelmasa, unga tug'ilgandan keyin 1-2 soatda butilkadan donor suti berish kerak

Ko'krakdan oziqlanishga qarshi ko'rsatmalar:

Tuberkulezni ochiq shakli, yurak, buyrak, qon kasalliklarini dekompensatsiya bosqichi, yemon sifatli o'sma,

Psixik kasal ona psixiatr bilan kelishgan holda emizishi mumkin, Bolani sut emishiga qarshi ko'rsatmalar,

Moddalar almashuvining irsiy anomaliyalari—fenilketonuriya, galaktozemiya, leytsinoz, alaktaziya, gipogalaktoziya. Bu kasalliklar yangi tug'ilgan chaqaloqda aniqlansa sutsiz ovqatlanishga o'tkazish kerak. Ko'krak sutida oqsil, yog', uglevod nisbati 1: 3 : 6.

Energiyaga ehtiyoj

VOZ ning “ko'krak yeshidagi va erta yeshli bolalarni emizish va oziqlantirish” o'quv seminar materialida aytilgan:

Energiyaga ehtiyej-bu ozuqaning energetik miqdori bo'lib, to'qimada to'planadigan energiya va sarflanadigan energiyani munosabatga olib kelish uchun kerak.

Energiya sarflanishini asosiy almashinuvga (umumiy energiya sarfini 50-60% ga to'g'ri keladi ), fizik rivojlanishi ( umumiy energiya sarfini 30-40% ga to'g'ri keladi ) va termogenezga ( umumiy energiya sarfini 5-8% ga to'g'ri keladi) bo'lishi mumkin. Fizik rivojlanishi uchun talab qilinadigan energiya miqdori tug'ilganda UES ni 35% gacha , 1eshida 5% gacha tez kamayadi. Asosiy almashinuvni hayet faoliyatini taminlashga ehtiyej deb o'ylash mumkin. Shunday qilqb energiya sarfi biosintezga, moddalar almashuviga ,nafas va yurak funktsional ishlashi uchun ketadi.

Oqsilga ehtiyej

Oqsilni ichakda parchalanishini hisoblab yangi tug'ilgan chaqaloqlarda erta neonatal davrini oxirida oqsilga sutkalik ehtiyeji 2,25g/kg/sut ni tashkil etadi. VOZ nio'quv seminarlarida neonatal davrda ona sutiga ehtiyej kuniga o'rtacha 800ml, oqsilga ehtiyej 1,4g/kg ni tashkil etishi ko'rsatilgan. Chuqur chala tug'ilgan bolalarda (tana

vazni 1500g dan kam) oqsil ozuqalarini oshirishga tavsiyalar ishlab chiqilgan (4-4,5 g/kg/sut ) . Oqsilni erta yuklamasida 4,0g/kg/sut ko'pincha metabolik atsidoz, giperammoniyemiya, azotiyemiya, patologik aminoatsiduriya rivojlanishi mumkin. Keyinchalik aqliy qobiliyati pasayishi kuzatiladi.

#### Yog'ga ehtiyej

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning oshqozon-ichagida yog'ni parchalanishi oqsil va uglevodni so'rilishiga nisbatan ancha past bo'ladi, hatto yetilib tug'ilgan bolalarda o't kislota sintezi pastligi hisobiga ug' malabsorbtsiyasi 10-15% ni tashkil etadi.

#### Uglevodga ehtiyej

Homiladorlikda homilaga glyukoza 4-5 mg/kg/min. Tezlikda o'tib turadi. Tug'ilgandan keyin glyukozaning ushbu manbai to'xtaydi va bola tashqaridan(ovqatlar,parenteral ) hamda xususiy glyukoneogenez hisobiga glyukoza bilan taminlanadi. Ichakda laktoza va saxarozani disaxaridga parchalovchi enzimlarning rivojlanishi homila ichi rivojlanishining 8-oyigi kelib to'liq to'xtaydi va odatda chala tug'ilgan bolalarda disaxaridlarni parchalanishi bilan bog'liq muammo bo'lmaydi. Laktoza va saxarozaning aktivligi ichak kasalliklarida va fototerapiyada pasayadi, natijada laktoza parchalanmaydi va diareya ,atsidozga olib keladi.

#### Vitaminga ehtiyoj

Ko'krak sutidagi miqdoriga qarab aniqlanadi. Bazida homila ichida rivojlanish sharoitiga, gestatsiya vaqtiga, perenatal patalogiya, oziqlanish xarakteriga bog'liq bo'ladi. Vitaminga ehtiyej yuqori bo'lishi mumkin. VOZ (1985) tavsiyasi boshqa malumotlardan deyarli farq qilmaydi, ulardan bir qancha vitamin va mineral moddalar 3oy gacha bo'lgan bolalar uchun xavfsiz hisoblanadi. Tuzilgan normativ ehtiyejga ko'ra koeffitsiyent 15% ga o'zgaradi: foliy kislota-16mkg/sut, vitamin V12-0,1mkg/sut, askorbin kislota-20mg/sut, a-tokoferol—0,15-2mkg/kg/sut.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning birinchi 10 kunligida kerak bo'ladigan sut miqdori quyidagicha hisoblanadi:

1) A.F.Tur modifikatsiyasida Finkelshteyn formulasi: sut miqdori

sutkada (ml) =  $\eta \chi 70$  yoki 80,  $\eta$  — hayetiy kuni. 1 sutka davomida bola uchun kerakli sut miqdorini (ml) aniqlash uchun uning kunlik sonini 70 ga ko'paytiramiz (tug'ilgandagi tana vazni 3200g dan kam) yoki 80ga (tug'ilgandagi tana vazni 3200g dan ko'p). Bu formuladan 7-8-kunlikkacha foydalanish mumkin.

2) oshqozonni funktsional hajmidan kelib chiqib: sut miqdori

(ml) 1marta emish uchun =  $3 \text{ ml } \chi$  hayetiy kuni  $\chi$  tana vazni (kg).

Hayetining 10-kunidan boshlab sutning sutkalik miqdori tana vaznini 1/5ni tashkil etadi, 700—750 mldan oshmaydi.

Egizaklar navbat bilan emiziladi, ko'proq bezovta bolani emizishdan boshlanadi, 2-bola xuddi shu ko'krakka uning to'liq bo'shashi uchun qo'yiladi. Keyingi emizish 2-bola oziqlangan oxirgi ko'krakdan boshlanadi.

Gipogalaktiya –laktatsiya davrida sut bezlari faoliyatini sekretor pasayishi

Bo'lishi mumkin: 1) erta(tug'ilgandan keyingi 1- 10 kunligida aniqlanadi) va kechki(10kundan keyin); 2) birlamchi (sog'lom ayel gormonal o'zgarishi bilan asoslanadi) va ikkilamchi (onani somatik kasalliklari fonida,og'ir tug'ruqdan keyin, ruhiy travmalar.).

Kam emizish bola uchun sut yetishmovchiligining tarqalgan sabablaridan biri. Agar emizish soni 5-6 dan kam bo'lsa sut yetishmovchiligi kelib chiqadi.

Sut miqdori kamligi belgilari:

1. Chaqaloq tana vaznini kam qo'shilishi (oyiga 500 g dan kam, tug'ilgandan 2 haftadan keyin uning tana vazni kamayadi), kam siyish, ko'p yig'lash, juda tez-tez emish, juda uzoq emish, bola ko'krakdan bosh tortadi, najasi qattiq, quruq, yashil, ona sut sog'olmaydi, bola emishdan qoniqmaydi

10. homiladorlik vaqtida sut bezlari kattalashmaydi, tug'ruqdan keyin sut ajralmaydi

Sut kamligi sabablari:

Emizish bilan bog'liq omillar

Kam emizish

Tunda emizmaslik

Emizish davomiyligi kam

Ko'krakka noto'g'ri qo'yish

Butilka,so'rg'ichlar

Dokorm,prikorm kiritish

Onaga tasir qiluvchi ruhiy faktorlar

Bezovtalik,stress

Ishonchni yetishmasligi

Ko'krakdan emizishga qarshilik

Tunda emizmaslik onada sutni kamayishiga olib keladi. Qisqa vaqt emizish shoshilish va boshqa sababga ko'ra bo'ladi.

Sutni ajralishi va ko'krakni bo'shalishi kamayishiga olib keladi.

- Bazida onalar 1-3 daqiqa emizadilar. Bunda bola dam olish uchun to'xtaydi onalar buni bolamni qorni to'ydi deb o'ylaydi.

- Bazida bola emishdan tez to'xtaydi.masalan: juda issiq kiyintirilganda.

- Agar emizish vaqti juda qisqa bo'lsa,bola yog'li va energetik orqa sutni yetarli ololmaydi. Ko'krakka noto'g'ri qo'yish ham bolani emishiga qiyinlik tug'diradi.

Butilka va so'rg'ichlar. Bola butilkadan oziqlansa ko'krakni olishdan qo'rqadi,butilkadan qo'shimcha ovqatlar berilsa uning ona sutiga qiziqishi yo'qoladi, kam emadi. Bolaga 4-oyligidan boshqa ovqatlar( sok, shirin suv, ezilgan olma) berilsa ko'krakni kam emadi, bu ham sutni kamayishiga olib keladi.

Gipogalaktiya profilaktikasi

Sababni izlang:

1. Onani eshiting,undan nimani his qilganligini so'rang.
2. Ko'krakdan oziqlantirish tarixini tuzing.
3. Ko'krakdan oziqlanishni baholang.
4. Bolani sog'lig'ini tekshiring.
5. Onani sut bezlarini tekshiring.

Ona bilan suhbatlashing:

- Qancha kerak bo'lsa shuncha emizing;
- Sut o'rnini bosuvchilarni kerakli miqdorda bering;
- Qo'shimcha ovqatni chashkadan bering;
- Qo'shimchani kuniga 1-2 marta bering;
- Ona va bola kun davomida birga bo'lishi kerak;
- Ko'krak sutini sog'ib turing .

Kun va oziqlanishning ratsional tartibi.:

- Ona uyqusini tartibga solish (sutkada 7—8 soat);
- Turli xil ovqatlanish, 1 l dan kam bo'lmagan sigir suti yeki sut mahsulotlari, sutni ko'paytiruvchi asal, grek yeng'og'i, sudak larni istemol qilish.
- Har bir emizishdan so'ng ko'krakni sog'ish( oxirgi tomchigacha) . elektrotsodan foydalanish effektiv. Sutni sog'gandan so'ng darhol sut bezlariga issiq vanna qilish va qayta sog'ish. ;
- Sut bezi massaji yaxshi effekt beradi (1 kunda 2marta, 3minutdan)

Sutning miqdori haqida onaning fikri

Bolasiga va emizishga uning his-tuyg'ulari

Ko'krakka bolani qo'yish usulini yaxshilang

Ko'krakni bo'shalishini yaxshilang

Ajralayotgan sutni emizishini tushuntiring

Qaysi holatda emizishni tushuntiring

Butilkadan ovqatlantirishni to'xtating

Tez-tez, uzoq, tunda ham emizing

Stressni yo'qotish usulini toping

Agar bola kasal bo'lsa shifokorga ko'rsating

Agar ona esterogen tutgan, diuretik tabletkalar qabul qilsa boshqa preparat tanlashiga yordam bering. Ona va bolani har kuni ko'rib turing, bola vazn qo'shib boshlagandan keyin har hafta ko'rib turing

Dori moddalar: nikotin kislota ( 0,05 g 3 mahal emizishdan 20—30 min avval) yeki glutamin kislota ( 0,5 g 3 mahal), apilak ( 0,1 g 2 mahalv den til ostiga ), vitamin E ( 0,015 g 2 mahal), vitamin S ( 1 g 2 mahal), pirroksan ( 0,015 g 2 mahal). Erta

1lamchi gipogalaktiyada laktatsiyaga laktina 70—100 YeD 1—2 mahal mammofizinom 0,5—1,0 ml 1—2 mahal yaxshi tasir ko'rsatadi. Sulpirid (0,05 g 3 mahal ichishga) 2 hafta davomida

Fitoterapiya —Qichitqio't (20 g squruq barglarini 1 l qaynagan suvga solinadi, losh qoshiqdan 3mahal), D.Yordanov yig'masi ( anisa, ukropa, fenxelya, trava dushitsi 25 g; 1 stakandan 2—3 mahalv ichiladi). Igloterapiya, UFO, UVCh va elektroforez nikotin kislota bilan.

Nazorat savollari

- 1.Birlamchi ko'krakka qo'yish texnikasi qanday?
2. Zond orqali bolani ovqatlantirish qanday amalga oshiriladi?
- 3.Sutni sog'ish va uni saqlash qanday amalga oshiriladi?
- 4.Egizaklarni ovqatlantirish
- 5.Ko'krak sutining sigir sutidan farqi nimada?

#### **Foydalanilgan 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., Boboyeva U.R. Detskiye bolezni. - T., 2013
5. Daminov T.O., Xolmatova B.T., Boboyeva O'.R. Bolalar kasalliklari.-T., 2012.
6. Detskiye bolezni, pod red. A.A. Baranova. – M., 2010
7. Detskiye bolezni, pod red. N P. Shabalova. – M., 2010

**3-amaliy mashg'ulot. Emlash asoratlari va ularning oldini olish. Vaktsinatsiya muammolari. Sog'lom va bemor bolalarni dispanser guruxlarga ajratish.**

Ishni bajarish uchun namuna

Amaliy mashg'ulot ni mustaxkamlash uchun quyidagi manbalar zarur

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

Emlashning muximligini zamonaviy ota-onalar tushunib yetmokedalar. Muammoning mohiyati shundaki, nima uchundir ota onalar og'ir yuqumli kasallikdan emas, balki vaktsinatsiyadan kelib chiqishi mumkin bo'lgan reaksiyadan qo'rqadilar. Vaktsinalar millionlab bolalar hayotini saqlab qoldi va ularni saqlab qolmoqda va tugri emlanganda emlashdan keyingi asoratlar kam uchraydi.

Vaktsinadan keyingi asoratlar - bu profilaktik vaktsinalari kiritilgandan so'ng paydo bo'ladigan xolatlardir. Ular ma'lum bir dori-darmonlarni kiritish orqali rivojlanadi. Bir xil yosh guruhida bunday asoratlarning kelib chiqishining namoyon bo'lishi preparatning reaktogenligi deb ataladi. Emlash va emlashdan keyin patologik jarayonlar o'rtasida bog'liqlikni topish juda qiyin. Noxush oqibatlar ko'plab sabablarga ko'ra rivojlanishi mumkin. Ko'pincha kuzatiladigan sabab: sifatsiz dori vositalaridan; emlash materialini manipulyatsiya xonasida saqlash shartlari va qoidalarini buzishdan; surunkali kasalliklarning kuchayishidan kelib chiqadi.

Immunitetning pasayishi latent kechuvchi patologiyalar - revmatizm, sil kasalligi, surunkali gepatit, nefrit, surunkali dizenteriya, bronxial astma, asab va bakterial infeksiyalarning kuchayishiga olib kelishi mumkin. Vaktsinadan keyingi davrda boshqa infeksiyalar qo'shilishi mumkin. Emlangan organizmning o'ziga xos xususiyati mavjud, ya'ni bemorda vaktsinaga individual reksiya bulishi mumkin. Bu individual reaksiyalargailgari o'tkazilgan patologik jarayonlar, diyetaning xususiyatlari, qo'llaniladigan dorilar tarkibiy qismlariga allergik reaksiyalar mavjudligi, umumiy immunitet holatining buzilishi, birlamchi va ikkilamchi immunitet tanqisligi natijasida rivojlanadi.

Vaktsinal asoratlar vaktsinatsiya uchun dorilarning aniq turidan foydalangandan so'ng rivojlanadigan patologik holatlarning turidir. Emlash reaksiyalari mahalliy



va umumiy bo'lishi mumkin. Mahalliy reaksiyalar. Mahalliy postvaksinal reaksiyalar emlashdan keyin 24 soat ichida paydo bo'ladi. Ko'pincha, manipulyatsiya paytida teri osti yog' to'qimasiga tushish tufayli infiltratsiya rivojlanadi. Og'ir holatlarda, jarayon dumba yoki sonning bir qismigatarqaladi, ammo bemorning umumiy ahvoriga ta'sir qilmaydi. Spetsifik davosi yo'q.

Antigistaminlarni qabul qilishga ko'rsatma Preparatning in'ektsiya joyida hajmi 80 mm dan yuqori bo'lgan giperemiya bo'lsa, ushbu vaktsina endi ishlatilmaydi. Tirik vaksinalarni mahalliy yuborilishida, masalan, silga qarshi yoki BTSJ yiringli yoki seroz tarkibga ega papula rivojlanishiga sabab bo'ladi. Yiringlizonaning kattaligi 3 dan 10 mm gacha bo'lishi mumkin. Ushbu xosilani ochish, infiltratni olib tashlash tavsiya etilmaydi. 2-4 oydan so'ng papula so'riladi va uning o'rnida kichik chandiq qoladi. Bu odatdagi reaksiya bo'lib, doridarmonlarni yoki boshqa davolanishni talab qilmaydi. Agar in'ektsiya joyida atipik xosilalar paydo bo'lsa, u holda bolani oilaviy shifokor yoki ftiziatr shifokoriga ko'rsatish kerak.

#### Umumiy asoratlar

Umumiy asoratlarga vaksinadan 24-48 soat o'tgach tana haroratining ko'tarilishi kiradi. Agar termometr ko'rsatkichlari 38 darajadan oshsa, unda mushaklarning kuchsizligi va qisqa muddatli talvasalar rivojlanishi mumkin. Bundan tashqari, emlashdan keyingi 4-7 kun ichida ma'lum bir vaktsina uchun xos bo'lgan reaksiyalar rivojlanadi: qizamiqqa qarshi emlash - tanadagi toshma; qizilcha - limfatik kollektorlarda yallig'lanish jarayonlari; parotit - so'lak bezlarining yallig'lanishi;

AKDSga xos reaksiya - intrakranial bosimning oshishi tufayli bir necha soat yig'lashdir. Davolash faqat preparatga kuchli reaksiya bo'lsagina belgilanadi. Bunday holda terapiya profilaktika xususiyatiga ega. Agar vaksinani kiritgandan keyin harorat juda muhim ko'rsatkichlarga ega bo'lsa - 40 daraja va undan yuqori bo'lsa, unda bu preparat bemorni qayta emlash uchun ishlatilmaydi. Eng ko'p uchraydigan noxush asoratlar quyidagi vaksinalar tufayli yuzaga keladi: poliomyelit; parotit; qizilcha; gepatit B.

Postvaksinal asoratlari - bu dori yuborilgandan keyin o'ziga xos kasallikni keltirib chiqaradigan patologiyalar guruhi. Tibbiy statistika ma'lumotlariga ko'ra, bunday buzilishlar 1 million bemorga 1 ta holatda rivojlanadi. JSST protokollari bo'yicha noxush hodisalarni tasniflash: in'ektsiya joyida terining shikastlanishi bilan bog'liq mahalliy reaksiyalar; emlashdan keyin rivojlangan markaziy asab tizimining patologiyalari; boshqa patologik jarayonlar; vaksinalarni saqlash va ulardan foydalanish qoidalarining buzilishi, dori berish uslubidagi xatolar sababli asoratlari; emlash bilan bilvosita bog'liq bo'lgan hodisalar; preparatga individual reaksiyalar; tasodifiy hodisalar. Vaksinadan keyingi emlash va vaksinaning asoratlari o'rtasidagi asosiy farq uzoq muddatli davrda bir necha kundan, haftalardan, ayrim hollarda oylardan keyin reaksiyaning kelib chiqishi hisoblanadi. Xatolar sababli asoratlari eritish, tashish, dori-darmonlarni suyultirish texnikasini buzgan holda, tovuq yoki bedana tuxumiga kuchli allergik reaksiyalar bilan og'rigan bemorlar uchun dastlabki allergiya testlaridan foydalanish qoidalariga rioya qilmaslik, yuqori dozalarda vaksinalarni kiritish bilan rivojlanadi.

Vaksinadan keyingi haqiqiy asoratlari o'zlarini quyidagicha namoyon qilishi mumkin: tirik vaksinani yuborish natijasida kelib chiqqan yuqumli kasallik; preparatga reaksiyaning kuchayishi; preparatni kiritgandan keyin terida yallig'lanish o'choqlari paydo bo'lishidir. Diagnostik choralar. "Vaksinatsiyadan keyingi asoratlari" ni tashxislashdan oldin, dori-darmonlarni qabul qilishdan keyin paydo bo'lgan alomatlarga o'xshash boshqa kasalliklarni rad etish kerak. Shunday qilib konvulsiv holatlar paydo bo'lganda, quyidagilarni istisno qilish kerak: epilepsiya; miya shishi; boshqa entsefalopatiyalar; gipokaltsemiya; turli xil etiologiyalardagi meningit; raxit; O'RI yoki yuqori haroratli gripp.

Preparat dumba soxasiga yuborilganda, o'tirg'ich nerv tizimida yallig'lanish jarayoni paydo bo'lishi mumkin. Ushbu asorat emlashdan keyingi birinchi kunida o'zini namoyon qiladi. Bu kuyish hissi, yurish paytida og'riq bilan birga keladi. Xuddi shunday holat ham emlashdan keyin poliomyelit rivojlanishi bilan kuzatilishi mumkin. Muhim ota-onalar va shifokor uzoq vaqt bir xildagi yig'lash, liqildoqlarning bo'rtib turishi, konvulsiyalar, rangparlik, to'qimalarning

qattiqlashishi va qayt qilishga alohida e'tibor berishlari kerak. Bu shoshilinch kasalxonaga yotqizish, ya'ni gospitalizatsiya uchun sababdir!

Tirik vaktsinalar - qizamiq, qizilcha, parotit - kiritilgandan so'ng, emlashdan keyingi asoratlarni preparat kiritilgandan 5-15 kun o'tgach rivojlanadi. Bular turli xil toshmalar, limfa tugunlari va so'lak bezlari yallig'lanishi bo'lishi mumkin. Agar bunday hodisalar 5 kundan oldin va 15 kundan keyin sodir bo'lgan bo'lsa, unda ular emlashdan keyingi reaksiyalar bilan hech qanday aloqasi yo'q. Emlashdan keyin buyrak va siydik yo'llari patologiyasining birinchi epizodi kuzatilishi mumkin. Keyinchalik tekshiruvda odatda ushbu hududning tug'ma kasalliklari yoki surunkali yashirin infeksiyalari aniqlanadi.

Vaktsinatsiyadan keyingi asoratlarni davolash va birinchi yordam terapevtik taktikalar asoratlarning alomatlari va turiga bog'liq. Mahalliy vaktsinaning asoratlari maxsus terapiyani talab qilmaydi va o'z-o'zidan o'tib ketadi. Ushbu davrda antigistamin dorilarni qabul qilish tavsiya etiladi, bu harorat ko'tarilishi bilan - parasetamol, ibuprofen, ko'p suyuqlik ichish va bolaning umumiy ahvolini nazorat qilish. Agar ma'lum bir yuqumli jarayon aniqlansa, davolanish asosiy patologiyani davolash protokoliga muvofiq amalga oshirilishi kerak.

Shoshilinch kasalxonaga yotqizish va ba'zi hollarda reanimatsiya choralari quyidagilarni talab qiladi: ongni yo'qotish; terining oqarishi; lablar, tirnoqlarning sianozi; konvulsiyalar; allergik reaksiyaning belgilari - yuzning qizarishi, quloqlar dagi shovqin, bronxospazm rivojlanishidir. Muayyan vaktsina bilan emlashni amalga oshirmaslik kerak bo'lgan bir qator holatlar mavjud. Emlash uchun mutlaq qarshi ko'rsatmalar: oldingi dozaga kuchli reaksiya; homiladorlik; yomon sifatli o'smalar; turli sabablarga ko'ra immunosupressiya; bolaning vazni 2 kg gacha bo'lsa; progressiv asab patologiyalari; tuxum oqsili va aminoglikozidlarga kuchli allergiya. Boshqa barcha qarshi ko'rsatmalar nisbiydir.

Dispanserizatsiya- uchyotga olingan ma'lum xudud axolisini sog'lig'ini dinamik kuzatish, kasallikni erta aniqlash, dispanser kuzatuv va kompleks davolash aktiv usulidir.

Bolalarga ko'rsatiladigan tibbiy yordamning asosiy tamoyillari:

- profilaktik yo'nalganlik
- dispanser usulining keng qo'llanilishi
- faol patronaj tizimi
- bolalarga tibbiy yordam ko'rsatuvchi shifokorlarni ishga jalb qilish
- tibbiy yordam kursatish boskichlari — poliklinika, statsionar, sanatoriy (3 ta boskich) va gigiyenik tarbiya.

Salomatlik guruxlari.

Salomatlik ko'rsatkichlaridan sog'lomlashtirish tadbirlarini ishlab chiqish va asoslashda foydalaniladi. Salomatlik tadbirlarini samaraliroq tashkil etish uchun yuqorida aytilgan salomatlik ko'rsatkichlariga qarab 5 ta salomatlik guruxlari ajratiladi.

1 gurux. Bu guruxga surunkali kasalliklarga chalinmagan, tekshirish paytida birorta kasallik aniqlanmagan va o'z yoshiga muvofiq ravishda jismoniy xamda aqliy jixatdan rivojlangan sog'lom bolalar kiradi.

2 gurux. Bu gurux surunkali kasalligi bo'lmagan, lekin ayrim morfofunktsional nuqsonlari bo'lgan xamda tez-tez (bir yilda 4 marta) dardga chalinib turadigan bolalardan tashkil topgan.

3 gurux. Bu gurux surunkali kasalligi bor yoki kompensatsiya davrida patologik xolati og'ir bo'lmagan, umuman uzini xis etishi me'yorda bo'lgan bolalarni birlashtiradi.

4 gurux. Bu guruxni surunkali kasalliklari bor, subkompensatsiya davrida umumiy xolati buzilgan, o'zini yomon xis eta boshlagan, o'tkir yuqumli kasalliklardan so'ng tuzalishi kechikkan bolalar tashkil etadi.

5 gurux. Bu guruxga dekompensatsiya davrida bo'lgan, og'ir surunkali kasalliklarga chalingan, kamxarakat, bolalar muassasalariga qatnay olmaydigan nogiron bolalar kiradi.

Salomatlikka ta'sir etuvchi omillar endogen va ekzogen omillarga bo'linadi. Endogen omillarga irsiy yoki tugma omillar— turli irsiy kasalliklar, muddatdan oldin tug'ilishi kiradi. Ekzogen omillar o'z ichiga tabiiy, ijtimoiy omillarni oladi.

Ijtimoiy omillardan sanitariya- gigiyena turli kasalliklarni oldini olishda muxim omillardan biridir.

Tibbiyot fanidagi tadqiqotlardan ma'lum bo'lishicha, agar odamning sog'ligi 100% deb olinsa, uning 50% xar qaysi odamning turmush tarziga, 20% nasl xususiyatlariga bog'liq. Tabiiy omillarga — tabiiy muxit, iqlimning o'zgarishi va boshqalar kiradi. Atrof —muxitimizning tabiiy xolati ilmiy texnika revolyutsiyasi, shaxarlar ko'payishi, qishloq-xo'jalikni kimyolashirilishi sababli ekologik muvozanatining buzilishiga olib keldi. Bu disbalans ijtimoiy salomatligiga sezilarli darajada ta'sir qiladi. Bugungi kunda xam tabiiy, xam texnogen omillar ta'sirida odamlarning rivojlanishi va kasalliklarning ko'rinishlari xam o'zgarib ketdi. Bugungi kunda yuqumli kasalliklar emas, turli neyroendokrin kasalliklarning soni oshib bormoqda. Rivojlanuvchi oilaviy yordam tibbiy yordamga oilaviy yondashuv oila a'zolari va shifokor orasida ishonchli munosabat tug'ilishiga yordam beradi, shifokorga oilaviy anamnezni o'rganib chiqish ko'pchilik kasalliklar davosi va profilaktikasiga individul yondashishiga yordam beradi. Pediatriya, akusherlik va ginekologiya, terapiya va gerontologiya aspektlari savollariga javob bera olish, oilaviy shifokor ishidagi ko'rsatiladigan tibbiy yordam sifatini belgilab beradi. Yosh aholi dispanserizatsiyasi o'z ichiga quyidagilarni oladi. Umumiy yosh - fiziologik belgilar bo'yicha birlashtirilgan sog'lom bolalar guruxini davriy profilaktik ko'ruvi va ma'lum bir kasallikka chalingan bemorlarni sistematik faol dinamik ko'ruvi, shuningdek shu kasalliklarga qaratilgan vaqti va kompleks ravishda kerakli davolovchi chora tadbirlarii o'tkazishdan iborat. UASh funktsional majburiyatlariga kiradi:

- profilaktik ish shuningdek, epidemiyaga karshi chora - tadbirlar
- oromgox, reabilitatsiya elimentlarini uz ichiga oluvchi tibbiy ish
- sog'lomlashtirish chora - tadbirlarni o'z ichiga oluvchi sanitar - obodonlashtirish ishi
- kommunikativ funktsiyali bemorlar qarindoshlari bilan ishlash
- xujjatlar bilan ishlash
- kvalifikatsiyani oshirish

- ona va bola sog'lig'ini saqlash
- o'sib boruvchi sog'lomlashtirishga qaratilgan chora - tadbirlari kompleksini tashkillashtirish va o'tkazish
- bolalarda ona suti va ratsional ovqatlanishini tashkillashtirish
- tug'ma anomaliyalar va irsiy kasalliklar sonini kamaytirish o'smirlarni tibbiy va profilaktik ko'ruvni tashkillashtirishdan iborat.

Ma'lum bir xuddagi profilaktik chora tadbirlarning barcha kompleksini pediatri bilan birgallikda uchastka xamshirasi, SBX xamshirasi, emlash xonasi xamshirasi olib boradi. Sog'lom bolalar dispanserizatsiyasida mutaxassis shifokorlar va laborantlar ishtirok etadi. Chaqaloqlik davri yakunlangandan keyin tashkillashtirilmagan bolalar dispanser kuzatuvini UASh profilaktik qabullar vaqtida amalga oshiradi. Onalar tomonidan bolalar poliklinikasiga quyidagi berilgan vaqtlarda tashrif buyurish tavsiya etilgan:- bola hayotining birinchi yilida –sog'lom bolalar har oy, xavf guruhida bo'lgan bolalar kuzatuvini esa ko'proq bo'lishi kerak;

- bola hayotining ikkinchi yilida – 3oyda bir marta;
- 3 yoshda – 6oyda bir marta;
- bola hayotining 4,5,6 yillarida – bir yilda bir marta, tug'ilgan oyida.

Profilaktik ko'rik vaqtida UAShning asosiy vazifasi.

UAShning asosiy vazifasi bolaning rivojlanish va sog'lomlilik darajasini aniqlash, bolaning sog'ligida o'zgarishlar mavjulgini aniqlash va shunga ko'ra korrektsiyalovchi chora tadbirlarni belgilashdan iborat.

### **Foydalanilgan 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., Boboyeva U.R. Detskiye bolezni. - T., 2013
5. Daminov T.O., Xolmatova B.T., Boboyeva O'R. Bolalar kasalliklari.-T., 2012.

6. Detskiye bolezni, pod red. A.A. Baranova. – M., 2010

7. Detskiye bolezni, pod red. N P. Shabalova. – M., 2010

4-amaliy mashg'ulot. Chaqaloqlarda terining yiringli kasalliklari. Sepsis, klinik kechishi, diagnostikasi, profilaktikasi.

Reja:

Ishdan maqsad: Bolada terining yiringli kasalliklari. Sepsisning sabablari, klinik kechishi, diagnostikasi, davosi bilan tanishish. Reabilitatsiyasi va profilaktikasi

Ushbu amaliy mashg'ulot davomida quyidagilarni bajarish lozim

- Terining yiringli kasalliklarini tashxislash
- Chaqaloqlar sepsisining sabablari, diagnostikasi, davosi
- Korrektsiyalovchi parxez tavsiya etish
- Davolash va profilaktik chora-tadbirlarini o'tkazish.
- Immunitetni korrektsiyalash.

Ishni bajarish uchun namuna

Amaliy mashg'ulot ni mustaxkamlash uchun quyidagi manbalar zarur

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

Chakaloklardagi yiringli infeksiyon kasalliklar hozirgi kunda xam dolzarb muammolardan bulib kolgan. Gospital infeksiyalar bilan zararlanish 1 - 3 % tugruksionalarda va 20 - 25 % ini esa intensiv terapiyada tashkil etadi. Yangi tug'ilgan Chakaloklarda lokal va generalizatsiyalangan yiringli yalliglanishli kasalliklar nisbati 10:1. Tug'rukxonada lokal yallig'langan kasallik aniklanishi bilan darxol bolani maxsus bo'limlarga olish kerak.

1. Vezikulopustulyoz - kasalligi erta neonatal davrning urtalarida boshlanishi mumkin. Son, dumba, tabiiy burmalar, bosh terisida ulchami bir necha millimetrl

yuza joylashuvchi pufakchalar bulib, uzida avval tinik, keyinchalik xira suyuklik saklaydi. Kasallikning morfologik substrati bulib ekkrin teri bezlari chiqaruv nayining yallig'lanishi xisoblanadi. Kasallik kechishi xavfsiz. Hosil bo'lgan pufakchalar 2-3 kundan keyin yoriladi va eroziyalar paydo bulib, ular ustini kuruk pustlok koplaladi. Sungra kipiklanib tushib ketadi. Uzidan keyin chandik xamda pigmentatsiya koldirmaydi.

2.Chakaloklar pufakchasi (pemfigus, piokokkli, pemfigoid) 2 xil shaklda kechishi mumkin: xavfsiz va xavfli.

A.Xavfsiz shakli. Eritematoz doglar fonida seroz yiringli pufakchalar va ulchami katta bulmagan (0,5-1 sm) pufakchalar paydo bulishi bilan xarakterlanadi. Bu pufakchalar turli rivojlanish boskichida bulib, atrofida venchikli (xalkasimon) giperemiya bo'ladi. Odatda korinning pastki bulagida, kindik yonida, oyok-kul va tabiiy burmalarda joylashadi. Pufakchalar toshishi 1 necha kun davom etishi mumkin. Nikolskiy simptomi manfiy. Pufaklar yorilgandan sung eroziyalar paydo bo'ladi. Eski pufaklar usti pustlok bilan koplanmasligi uziga xos xususiyat xisoblanadi. Bola umumiy axvoli uzgarishsiz yoki urta ogirlikda bulishi mumkin. Tana xarorati subfebril, intoksikatsiya belgilari bulmaydi. Lekin bolada bezovtalik yoki bushashganlik kuzatiladi.

B. Xavfli shakli. Chakaloklar terisida kup sonli, diametri 2-3 sm li (bunday pufaklar fliktenalar deb ataladi) bushashgan pufaklar bulishi xarakterli. Pufaklar bir-biriga qo'shilishi va Nikolskiy simptomi musbat bulishi mumkin. Bola umumiy axvoli ogir, intoksikatsiya belgilari yakkol namoyon bo'ladi. Tana xarorati febrilgacha kutariladi. Bola tashki kurinishi xuddi sepsis bilan kasallangan bemor xabitusiga uxshab koladi. Konda: lekotsitoz, neyrofillyoz, leykotsitar formulani chapga yosh shakllargacha siljishi, EChT oshishi, anemiyaning turli darajalari.

3. Ritter eksfoliativ dermatiti. Stafilokokkli piodermiyaning ogir shakli bulib, uni pemfigusni septik variantli kechishi bilan solishtirish mumkin. Bu dermatit tillarang stafilokokk- hospital shakli bilan chaqiriladi va uzidan ekzotoksin -



eksfoliatinni ishlab chikardi. Kasallik 1-hafta oxir 2-xaftadan kizargan, namlangan teri fonida ya'ni, kindik soxasida, chov burmalarida, ogiz atrofida yoriklar paydo bulishi bilan boshlanadi. Kasallik ogir kechishi bilan xarakterlanadi. Bir necha soatda eritema butun tana, korin xatto, oyok-kullargacha tarkaladi. Keyinchalik tananing turli soxalarida bushashgan pufaklar, yoriklar, epidermis kavatining ko'chishi kuzatiladi. Natijada teridagi bunday uzgarishlar uzidan keyin keng maydonni egallaydigan eroziyalar koldiradi. Kupchilik bolalarda Nikolskiy simptomi musbat bo'ladi. Chakalok badanidagi teri xuddi, kaynok suv bilan kuygan teri kurinishiga kiradi. Kasallikning ogir kechishida turli infeksiyon kasalliklar rivojlanadi: omfalit, otit, konyuktivit, enterokolit, pnevmoniya. Kasal umumiy axvoli uta ogir, bola kukrakni emishdan bosh tortadi, bezovtalanadi, intoksikatsiya belgilari yakkol namoyon bo'ladi, tana xarorati febril. Qonda yalliglanish kursatkichlari yakkol namoyon bo'ladi. Kasallik boshlangandan 1-2 xaftadan sung chakalok butun tanasidagi teri giperemiyalanadi, eroziyalar juda katta maydonni egallaydi. Asosiy sabab bulib, epidermis ostida kup miqdorda ekssudat tuplanishi xisoblanadi. Natijada yukoridagi klinik belgilarga eksikoz simptomlari xam qo'shiladi. Kasallikning eritematoz va eksfoliativ bosqichlaridan sung teri epitelizatsiyasi boshlanishi uning ijobiy yakunlanishidan dalolat beradi. Bu esa chandik va pigmentatsiya kabi asoratlarsiz bitishiga olib keladi.

4. Figner soxta furunkulyozi - kasallik xuddi periporit kabi butun ter bezlariga tarkalish bilan kechishi mumkin. Teri ostida birlamchi , o'lchami 1 necha mm dan 1-1,5 sm gacha bulgan tuk-kizil rangda tugunlar paydo bo'ladi. Keyinchalik tugunlarda yiring tuplanadi. Kuprok tarkalgan soxalariga - boshning sochli kismi , buyin orka yuzasi, bel, dumba va oyok-qo'l terisi kiradi. Tana xaroratining kutarilishi intoksikatsiya simptomlari, regional limfa tugunlarning reaktiv kattalashishi, yiringli uchokning metastazlanishi uziga xos xususiyatlaridan xisoblanadi. Qon analizida: leykotsitoz chapga siljishi, neytrofillyoz, anemiya , EChT oshishi.

5. Chakaloklar mastiti. Ogir kasallik bo'lib, fiziologik kattiklashish fonida kechadi. Klinik kechishidagi uziga xosligi fakat bitta kukrak bezining kattalashishi va infiltratlanishi bilan namoyon bo'ladi. Birinchi kunlarida giperemiya bulmasligi mumkin. Palpatsiyada bola ogrikdan yiglaydi va bezovtalanadi. Bez ustidagi giperemiya kuchayib, teri ostiga infiltrat miqdorining tulanishining oshishi okibatida flyuktuatsiya simptomi musbat bo'ladi. Umumiy axvoli yomonlashadi, emish xarakatlari sustlashadi, tana xarorati kutariladi va intoksikatsiya belgilari kutiladi. Kukrak bezlari areola atrofi bosib kurilganda yoki o'z-o'zidan mexanik ta'sirlarsiz xam yiringli ajralmalar ajralishi kuzatiladi. Kasallik yiringli septik jarayonning metastazlanishi bilan xavfli.

Chaqaloqlar nekrotik flegmonasi -yallig'lanish- yiringli kasalliklarning og'ir kechuvchi turlaridan xisoblanadi. Kasallik giperemiyalangan, zichlashgan dog'dan boshlanadi. Kasallik 4 ta bosqichda rivojlanadi:

I. Boshlangich boskich (o'tkir yallig'lanish davri) -kasallik tez, 1 necha soatda yallig'langan uchoklarni kattalashishi va tarkalishi bilan xarakterlanadi. Teri osti kavatidagi yiring tuplanish va jaroxatlanish protsesslari - teri yuza kavatidagi patologik uzgarishlardan ustunlik kilishi, boshka kasalliklardan farkli jixati xisoblanadi. Bu jarayonning tez sur'atda rivojlanishiga teri osti yog kavati limfa tomirlari va ulardan xosil bulgan limfa turlari bilan yaxshi ta'minlanganligi xisoblanadi.

II. Alternativ-nekrotik boskich - kasallik boshlangandan 1-1,5 sutkadan keyin boshlanadi. Zaralangan teri soxasi tuk-kuk yoki sionatik tusga kiradi va uchok markazida yumshoklanish paydo bo'ladi. Ba'zi xolatlarda zaralangan uchok periferiyasidan markazga tomon paypaslanganda «minus- to'qima » simptomi musbat bo'ladi.

III. Teri kuchish boskichi -teri katlamining nekrozlanishi natijasida yuzaga keladi. Ko'chib tushgan teri urnida atrofi notekis jaroxat defektlari va yiringli chuntakchalar xosil bo'ladi.

IV.Reparatsiya boskichi - teri yuzasi epitelizatsiyasi bilan boshlanib, uzidan keyin chukur chandikdar qoldirib bitadi.

Intoksikatsiya belgilari asosan 2- boskichda namoyon bo'ladi. Isitma, qusish, dispeptik uzgarishlar, yiringli uchoklar metastazlanishi sepsis klinikasi bilan adashtirishi mumkin.

Davolash. Epidemiyaga qarshi chora - tadbirlar.

Tugrukxonada piokokkli pemfigoid bilan kasallangan chakalok darhol bolalar kasalxonasining maxsus bulimiga utkazilishi shart. Kasallik aniklangan palataga bemor kabul kilish tuxtatiladi. Chaqaloq bilan mulokatda bulgan xamma chakaloklar urin-kurpalari va tagliklari almashtiriladi. Bifidumbaktrim bakterial disbalansni oldini olish maksadida tavsiya etiladi. Standart kursatmalarga asoslangan sanitar tozalash ishlari olib boriladp. Navbatchi shifokor bemor bilan bitta palatada yotgan chakalokni xar galgi yurgaklanish vaktida badanini yaxshilab kuzdan kechirishi kerak.

Maxalliy davo.

Vezikulopustulyoz. Odatda gigiyenik vannachkalar kullaniladi, kindik jaroxatini xisobga olgan xolda. Dezinfektsiyalovchi vositalardan kaliy permanganat 1:10000 nisbatdagi eritmasi, romashka damlamasi kullaniladi. Gigiyenik vannachkalar utkazishdan avval yiringchalarni 70% li spirt eritmasi bilan shimdirilgan doka salfetka yordamida olib tashlanadi. Bundan tashkari kuniga 2 marotaba 1-2% li anelin buyoklari bulmagan spirtli eritma yoki brilliant kuki bilan maxalliy kullanadi. Shuningdek kseroform kukuni xam dezinfektsiyalovchi xususiyatga ega. Ba'zi xollarda toshma elementlar miqdori kup bulganda, umumiy axvoli og'ir chakaloklarda, temperatura reaktsiyasi bulganda, konda yalliglanishga xos uzgarishlar aniklanganda bemorni gospitalizatsiya kilish va pemfigus davosini kullash maksad muvofik bulib xisoblanadi.

Chaqaloq pufakchalari. Pufakchalarni teshish va ajralgan suyuqlikni bakteriologik tekshirishdan boshlanadi. Sungra pufakchalarni mupiprotsin mazi (baktroban) bilan obrabotka kilinadi. Bu muolajani utkazayotganda pufakchalar ichidagi suyuqlikni soglom teriga tushishiga yul kuymaslik kerak.

Eksfoliativ Ritter dermatiti. Tana temperaturasini normal ushlab turish, suv elektrolit balansini muvozanatlashtirish, teri tozaligiga rioya kilish zarur. Birinchi tadbir chakalokni issiklik nuri beruvchi stol yoki maxsus karkas, kuvezlarga joylashtirish va tana temperaturasini xar 2 soatda ulchash va atrof muxit xavosini shu temperaturada ushlab turish kerak. Agar bolaning xolati yaxshi bulsa kuniga 1-2 marta 37-38° S xaroratli romashka kaynatmasi solingan sterill vannalarda chumiltirish mumkin. Zararlanmagan teri soxasiga 1-2% anilin buyoklarini suvdagi eritmasiga Burov suyukligini kushib kompresslar kilinadi, natriy xloridning izotonik eritmasiga kumush nitrat 0,1%) li eritmasi kushilgan eritmani va kaliy permanganatni 5%li eritmasi surtiladi. Uncha katta bulmagan eksfoliativ soxalarga batsitrotsin mazi surtish mumkin. Yumshatuvchi vitamin A kremini terini kurigan soxalariga surtiladi. Barcha piodermiya bilan kasallangan bolalarga steril plyonka va boshka jixozlarni terini minimal jaroxatlanishiga aloxida axamiyat berish lozim. Seroz suyuklik xisobiga kup miqdorda namlaiishii adsorbtsiyalash maksadida va terini yurgak bilan tasirlanishidan ximoya kilish uchun rux oksidining 5% li kukuni (prisipka) talk bilan kullaniladi. Boks xonasidagi xavoni kuniga 4 marta bakteritsid lampa bilan zararsizlantiriladi (bunda bolani usti yopib turiladi).

Figner psevdofurunkulyozni, mastitni, flegmonani nekrotik shaklini davolash chora- tadbirlarini pediatr va bolalar jarroxi birgalikda amalga oshiradi. Buning uchun eng avvalo tugri drenaj turini tanlash va utkazish, kasallikni davolashdagi eng asosiy omil bulib xisoblanadi. O'rta ogir va ogir stafilodermiya formasini davolash antibakterial, infuzion, simptomatik, vitaminoterapiya, shuningdek, immunoterapiya kabi davo muolajalarini uz ichiga oladi. Antibiotiklardan yarim sintetik penitsilinlar ( metitsilin, oksatsilin) yoki ximoyalangan penitsilinlar (unazin, amoksiklav, augmentin), sefalosporinlardan 1-avlodi, odatda aminoglikazidlar (gentamitsin, linkomitsin, tobramitsin, amikatsin) bilan birga kullaniladi. Yaxshi natijaga spetsifik immunoterapiya, yani antistafilokokkli immunoglobulinlar, plazma kullagandan sung erishish mumkin. Infuzion terapiya xam samaradorligi yukori xisoblanadi.

Ovkatlanish stafilodermiya bilan kasallanganlarni kukrak suti bilan oziklantirish olib borilayotgan muolajalarni yaxshi samara berishiga yordam beradi. Ona suti fakat sterilligiga shubxa bulmagandagina kullash mumkin.

Streptodermiyalar. 1. Birlamchi saramas. Kasallik asosan yuz va kindik atrofi terisini jaroxatlaydi va tezda boshka soxalarga tarkaladi («sayoxat kiluvchi saramas», «daydi saramas»). Odatdagi xollarda kasallik febril temperatura, xolsizlik, maxalliy giperemiya va teri osti yog katlamining infiltratsiyasi bilan boshlanadi. Uchok atrofi notugri shaklda, chegarasi noanik, maxalliy gipertermiya va giperesteziya bulishi xarakterli. Yangi tugilgan xakaloklarda «ok saramas» kuzatilishi mumkin, bunda giperemiya aniklanmaydi, zaralangan soxa terisi okaradi, ba'zida pufakchalar xam paydo bo'ladi, teri osti abstsesslari va nekrozlari aniklanadi. Kasallikni kechishi odatda ogir, bolalarning axvoli yomonlashib boradi, bola lanj bulib koladi, kukrakni emishdan bosh tortadi, dispeptik uzgarishlar xam kushiladi. Miokardit, meningit va buyrak zararlanish belgilari paydo bo'ladi.

2. Papuloeroziv streptodermiya. Zich kukimtir-kizgish rangdagi, ulchami 0,1-0,3 mm li papulalarning dumba va son orka yuzasi terisida paydo bulishi bilan xarakterlanadi. Papulalar tez eroziyalanadi va kaloklar bilan qoplanadi. Zararlangan teriga yakinrok bulgan soxalarda yangi elementlar, shuningdek, piokokkli elementlar paydo bo'ladi.

4. Vulgar ektima - streptodermiyaning yarali shakli xisoblanadi. Jaroxatlangan uchokda streptokokkdan tashkari stafilokokk, Pseudomonas aeruginosa kabi bakteriyalar xam aniklanadi. Kasallikni 2 xil turi farklanadi:

A.Oddiy ektima- pustulalarni xosil bulishi va kupincha oyoklarda joylashishi bilan xarakterlanadi. Pustula yorilgandan sung yaralar paydo bulib, tubi yiring va jigar rangli kaloklar bilan koplanadi. Yara bitishi bir necha xafta davom etadi va chandik paydo bulishi bilan yakunlanadi.

B. Teshib kiruvchi ektima- kup sonli ektimalar paydo bulishi va bir-biriga kushilib ketishi bilan xarakterlanadi. Jarayon yukori temperatura, intoksikatsiya va regionar limfa tugunlarning kattalashishi bilan kechadi.

5. Paronixiya – tirnoklar valiklarini infeksiyon zararlanishi bulib, streptokokk va stafilokokk kuzgatuvchi kasallikdir. Streptokokk bilan zararlanishni tipik kechishi giperemiya fonida pufakchalarni shishi va eroziyalar xosil bulishi bilan namoyon bo'ladi.

Streptodermiyalarni davolash.

Maxalliy davolash -xuddi, stafilokokkli infeksiya bilan zararlangan terida olib boriladigan tadbirlar kabi utkaziladi. Panarititsiy va ektimani teshib kiruvchi shaklida davolash pediatri bilan bolalar jarroxi tomonidan utkaziladi. Panarititsiyada maxalliy davolash sifatida kaliy permanganatli eritmadan foydalaniladi.

Umumiy davolash. Antibakterial davoda antibiotiklarni kombinatsiyasini kullash maqsadga muvofiq bo'ladi.

Kindik yarasinin infeksiyon kasalliklari. Kataral omfalit (namlanuvchi kindik). Kindikdan seroz suyuklik ajralishi, epitelizatsiyalanishini sekinlashuvi, yengil giperemiya va kindik xalkqasini infiltratsiyasini bulishi bilan xarakterlanadi. Kindik qoldig'i tushgandan sung 1-kunlarida konli kalok paydo bulishi va uning ostida seroz-yiringli ajralma tuplanishi mumkin. Chaqaloq umumiy axvoli uzgarmaydidana xarorati me'yoriy chegaralarda bo'ladi. Konda uzgarishlar aniklanmaydi. Kindikda pulsatsiya aniklanmaydi.

Davolash. Maxalliy kindikni (sutkasiga 3-4 maxal) 3%li vodorod peroksid eritmasi, keyin esa 5% li yod eritmasi yoki 2% li brilliant ko'ki spirtli eritmasi bilan ishlov beriladi. Kuyidagi kushma tarkibli eritma yaxshi samara beradi: Viridis nitentis, Mthylenei coerulei aa 0,1 Spiritus aethylici 70%. Batsitratsin va polimiksin mazini kuyish mumkin. Shuningdek, UF nurlaridan foydalanish kursatma xisobdanadi.

Omfalit. Kindik tubinp, kindik xalkasini, kindik xalkasi atrofidagi teri osti yog kavati kindik tomirlarini bakterial yallpqlanishi xisoblamadi. Kasallik erta neonatal davrda yoki chaqaloq xayotinpng 2-xaftasida kataral omfalit belgilari bilan boshlanadi. Bir necha kundan sung kindik pioreyasi - kindik yarasidan yiringli ajralma ajralishi, xamda kindik xalkasi shishi va giperemiyasi, kindik atrofi teri osti yog kavati infiltratsiyasi kuzatiladi. Natijada kindik korin old devori kutarilib koladi. Kindik atrof terisi giperemiyalangan ushlab kurulganda issiq qorin old devori tomirlari kengaygan (venoz turni kuchayishi), limfangoit kushilishi okibatida kizil chiziklar paydo bulishi kuzatiladi. Bolani axvoli ogirlashishi, xolsizlanishi, ko'krakni sust emishi, kalkib ketishlar, tana massasini kamayishi bilan kechadi. Tana xarorati febril. Kon analizida leykotsitoz, chapga siljish bilan, EChT ni oshishi.

Oqibati: uz vaktida tugri kullanilgan davo chora- tadbirlari natijasi yaxshi, ba'zan infeksiyon uchokni metastazlanishi yoki generalizatsiyalanishi xam mumkin.

Sepsis - atsiklik kasallik bulib, uning asosida organizmning bakteriyalarga va shartli infeksiyalarga (asosan hospital infeksiya) karshi noadekvat sistem yalliglanish javobi yotadi. U esa uz navbatida tomirlar endoteliysini generalizatsiyalangan turda jaroxatlanishiga, mikrotsirkulyatsiyani buzilishiga, gemostaz tizimini izdan chikishiga, DVS sindromining rivojlanishiga va organlar yetishmovchiligiga olib keladi.

Etiologiya. Sepsis bilan kasallanganlar 2 guruxga bulinadi:

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

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

Olib keluvchi faktorlar

Tabiiy ximoya barerini infeksiyaga karshi kurashish kobilyatini kamayishiga olib omillar:- markaziy vena va kindikni uzoq muddat katetirizatsiyasi, traxeya intubatsiyasi, IVL, aralash infeksiyali utkir respirator kasallik, terini tugma nuksonlari va umumiy allergik kasalligi yoki teri jaroxati (kuyish, tug'ruq vaktidagi travmatizatsiya, operativ muolaja vaktida travma olish va xlorgeksidin bilan katta xajmda ishlov berish yoki 95% li spirt qayta ishlatilganda), enteral ovqatlanish yukligi tufayli ichak kolanizatsion rezistentligini kamayishi, ichak disbakteriozlari.

Yangi tugilgan chaqaloqda immunologik reaksiyani kamaytiruvchi omillar: xomilador ayol ovqatlanishdagi defekt, antenatal davridagi va tugruq davridagi asoratlar, asfiksiyaga olib keluvchi sabablar, tugrukdagi miya ichi travmasi, virusli kasalliklar, bakterial fon, nasliy immun defitsit xolat, galaktozemiya yoki boshka modda almashinuv kasalliklari.

Chakaloklarda massiv bakterial xolatni oshiruvchi va kasalxona ichi mikroflorasi bilan kasallanishga olib keluvchi omillar: onada bakterial vaginoz, 2 soatdan ortik suvsizlanish, kasalxonadagi va tugruksxonadagi sanitar -epidemiologik xolatni yaxshi emasligi, manipulyatsion instrumentlarda infeksiya kolanizatsiyasi, «guruxli» yiringli - septik kasalliklar, tugruk vaktidan oldin va undan sungi onadagi ogir bakterial infeksiyon jarayonlarning bo'lishi.

Vaktdan oldin tugilishga yukoridagi 2 ikki omil kelib chikishiga olib keladi

Patogenez.

Infeksiyani kirish darvozasi bulib xisolanadi: kindik kesilgan kism, jaroxatlangan teri va shillik kavatlar (in'ektsiya kilingan soxa, kateter, zond, intubatsion trubka kiritilgan joy), ichaklar,ko'z,upka, juda kam xollarda urta kulok, tashki siydik ajratuvchi yullar xisoblanadi. Agar sepsis rivojlanishida kirish darvozasini aniklash iloji bulmasa, unda kriptogen sepsis deb tashxis kuyiladi. Infeksiya uchogi bulib ona tibbiy xodim, boshka kasal chakalok bulishi mumkin .

Infeksiya yukish yullari - onaning tugruk, yullari, tibbiy xodim kullari, tibbiy anjomlar, asbob uskunalar va parvarishlash jixozlari bulishi mumkin.



G.N. Speranskiy sepsis patogenezini asosini kirish darvozasini bo'lishi, maxalliy yallig'lanish uchog'i, bakteremiya, organizmni immunologik xolatini kayta ko'rilishi va sensibilizatsiyasi, septitsemiya va septikopiyemiyaga ajratadi. Sepsis bilan kasallanganlarda qon - bakteriya tashuvchi transport bo'libgina qolmasdan ular uchun ozik muxit bo'lib xisoblanadi. Bunda kon mikroblarni o'ldirish kobilyatini yo'qotgan bo'ladi. Shu bilan septitsemiya bakteremiyadan ajralib turadi. Septik xolat bu - organizmni immun defitsit xolati xisobiga mikroblarni organizmdan chikarib tashlash xususiyatining yo'qolishidir.

Klinika: Fakatgina sepsis kasalligi uchun xos bulgan absolyut klinik belgilar mavjud emas. Sepsisga xos bulib septik xabitus xisoblanadi, ya'ni, tez yuzaga chikuvchi bezovtalanish, xolsizlik, adinamiya, teri rangini ok-kulrang rangga kirishi, temir ranggiga uxshash, gemorragiya, yiringchalar, sklerema uchoklari bulishi, teri turgorini uzgarishi , korinda gaz tuplanishi, korin pastki kismida shish va venoz turni kurinib turishi, kalkib ketish kupincha safro bilan, kusish, ich ketishi, anoreksiya, yuz kirralari utkirlashishi, «xafa bulgan qiyofa» yoki amimik yuz, tana massasini kamayib borishi, shuningdek, gepatosplenomegaliya kuzatiladi.

Oy kuniga yetmay tug'ilgan chaqaloqlar xayotining 1- xaftalarida sepsis kuyidagi klinik simptomlar bilan boshlanadi: xansirash, bradipnoe, apnoe, bradikardiya, surish refleksini yukligi va tana massasini oshib boruvchi kamayishi, mushaklar gipo- va distoniyasi, xolsizlik, tez sovuk qotishi, giporefleksiya, kalkib ketish, ich ketishi, korin dam bulishi, shish sindromi, teri sargayishi yoki okarishn, sklerema uchoklar, tana xarorati subfebril yoki me'yorda. Faol davolash fonida bemor umumiy axvoli biroz yaxshilashadi va xatto yukorida kursatilgan simptomlar yo'qolishi mumkin. Agar bu jarayonga virusli infektsiya ko'shilsa yoki olib borilayotgan davo tadbirlari to'xtatilsa, bemor axvoli yana og'irlashadi. Bu xolatda ichaklarni nekrotik- enterokolitik tipi buyicha zararlanishi, penvmoniya, piuriya, toksikoz belgilarini kuchayishi, kaytadan sariklik belgilarining paydo bulishi yoki teri rangini kulrang tusga kirishi va gemorragik sindrom vujudga kelishi kuzatiladi. Mikroblarni kondan « chikish» joyida asta-sekinlik bilan infektsiya uchoklari

paydo bo'ladi, bu jarayonni G.N.Speranskiy «septik xalqa» deb nomlagan. Kupincha bir necha soat maboynida septik xolat utkirlashib boradi, bir nechta yiringli uchoklar paydo bo'ladi, upkani, ichaklarni, suyakni zararlanishi, meningit va x.k. Oy kuniga yetmay tugilganlarda bu vaktida «berkingan kindik» simptomi paydo bulib, bu xolat kindik xalkasi atrofida birdaniga xosil bulgan defekt kindik yarasi orkali ichak tutkichlariga utib ketishi bilan namoyon bo'ladi. Stafilokokkli sepsis uchun yiringli jarayonning tipik lokalizatsiyalanishi teri, teri osti yog kavati, kindik (pemfigus, nekrotik flegmona, omfalit va b.), upka (destruktiv pnevmoniya), suyaklar (osteomiyelit, maksillit), kulokda( yiringli otit, mastoidit), kuz va boshka soxalar bulib, ammo yukoridagilarga nisbatan utkir toksikoz, gipertermiya, kuzgaluvchanlik kabi belgilarni ustunlik kilishi bilan kechishi uziga xos xususiyatlardandir. Sepsis diagnostikasida bolada xavf omillarining bulishi (2 va undan ortik), generalizatsiyalangan infektsiya klinikasini bulishi va laborator belgilar asosida kuyiladi. Agar bolada uchokli infetsiya bulsa, bunday xolatlarda tashxis kuyish uchun sepsis klinikasini 4 ta va generalizatsiyalangan infektsiyaning 3 ta laborator belgisini aniklanishi yetarli xisoblanadi.

Sepsis diagnostikasida kuyidagi kushimcha tekshiruvlardan foydalaniladi: bakteriologik, immunologik, umumiy klinik.

Bakteriologik ekma. Buning uchun bemordan olingan turli materiallar kayta ekiladi, bularga kon, axlat, peshob, yiring, ogiz bushligidagi shillik, orka miya suyukligi (agar lyumbal punktsiya kilingan bulsa) va b. kiradi. Barcha ekmalar antibiotikoterapiya kullanilishiga kadar bajarilishi maksadga muvofik, bo'ladi va gramm manfiy bakteriayalarni, zamburuglarni, anaerob florani anikdash uchun standart muxitlardan foydalanish lozim. Bemor konini 2 marotaban 1 ml dan kam bulmagan miqdorda ekilishi shart.

Agar 2 xil joydan olingan materialda bir xil mikroob yoki mikroblar assotsiatsiyasi anikdansa sepsis tashxisi asosli deb xisoblanadi. Homila ichi suyukligi yokimsiz xid bilan aniklanganda, chakalok, xayotining dastlabki 30 min da oshqozon maxsulotlari va tashki kulokdan olingan surtma materiallaridan ekma tayyorlash

tavsiya etiladi. Antibiotikoterapiya utkazishni tez xal kilish uchun chakalok, me'da suyukligi, balgam yoki nafas yullaridagi shillik bakterioskopiyasi va konda leykotsitlar kontsentratsiyasini tekshirish lozim. Sepsis uchun biologik materiallar (kon, yiring) kayta ekilganda, antibiotiklarga rezistentlik yukori bulishi xarakterli. Oy kuniga yetmay tugilgan chakaloklarda sepsisga gumon kilinganda xomila ichi infeksiyalari (TSMV, mikoplazma, xlamidiya, toksoplazma)ga tekshirish kerak.

Sepsis avj davrida qon zardobida gipoprotepniemiya albumin kamayishp bilan birga  $\alpha_1$  va  $\alpha_2$ -globulinlar miqdori oshishi, S-reaktpv oksilga musbat reaktsiya, jigar fermentlar aktivligi, bilirubin, sial kislata oshishi kuzatiladi. Gamma globulinlar, immunoglobulin-A,M,S, va V-,O-limfotsitlarning birdaniga kutarilishi sepsisni og'ir darajasi uchun xos. Giperergik sepsisda immunoglobulin-M,-A va V - limfotsitlarni yukori darajada oshishi kuzatiladi. Sepsis uchun neytrofillar funksiyasini buzilishi, tugallanmagan fagotsitoz, xemotaksis defekt, oksil kationlari va plazma fibrinogeni kamayishi xos.

Qiyosiy tashxislash. Sepsis uchun xos bulgan absolyut klinik belgilar bulmasada, u boshka ogir va generalizatsiyalangan infeksiyalardan utkazilgan antibiotikoterapiyaning noeffektivligi xamda, jarayonning kuchayib borishi bilan farklanadi.

Davolash. Kasal chakalok maxsus bulimlardagi bokslarga gospitalizatsiya kilinishi kerak. Bolani yangi sogilgan ona suti yoki kukrak bilan oziklantirish kerak. Emizish soni odatdagiga nisbatan 1-2 marta oshiriladi. Ogir xollarda bolani butilka yoki zond yordamida oziklantiriladi. Ona suti yoki donor suti bulmasa, tarkibida tirik mikrofloraga tuyingan sut aralashmali maxsulotlari bilan oziklantiriladi. Har bir aralashmaning 1 portsiyasiga 10 mg dan lizotsim kushish orkali disbakteriozni oldi olinadi va ichakda kolonizatsiya rezistentligini kuchaytiradi.

Optimal parvarishni tashkillashtirish. Ona ishtirokida bolaga e'tibor berib parvarishlash, bemor psixologik statusini(ruxiy xolatini) ijobiy ushlab turish, teri va shillik kavatlarni sistem tualetini doimiy utkazib turish, kushimcha infeksiya tushishini va sovuk kotishini oldini olish. Hamda, bemor yotgan xonani regulyar

tozalab turishdan iborat. Bemor davo muolajalari steril bokslarda olib borilishi davo effektivligini oshiradi.

Antibakterial ximioterapiya. Sepsis avj davrida eng muxim davo chora - tadbirlardan xisoblanadi. Odatda, 2 turdagi bakteriotsid ta'sirga ega bulgan, lekin bir guruxga kirmaydigan antibiotik katta dozalarda vena ichiga yuboriladi, ichishga (enterit, enterokolitlarda), abstsess bushlikdariga, pnevmoniyada kukrak kafasiga va omfalitda kindik tomiriga elektrofarez yordamida yuborish mumkin. Antibiotiklarni maksimal dozasi fakat infuzion yul bilan kiritish mumkin.

Bakteriologik tekshiruvlar natijalar chiqquniga kadar odatda, ampitsillin (300-400 mg/kg/sut, 4-6 maxal) aminoglikazid bilan birga (gentamitsin, tobramitsin 7,5-10 mg/kg/sut yoki amikotsin 22,5-30,5 mg/kg/sut 3 maxal) ; sefalosporinlar (200 mg/kg/sut 4 maxal) bilan birga karbentsillinlar va aminoglikazidlar bilan birga kombinatsiyalashgan tarzda kullaniladi. Har 7-10 kunda antibiotiklar almashtiriladi. Agar tanlagan antibiotik noeffektiv bulsa 2-sutkada almashtiriladi.

Immunokorrigatsion terapiya. Sepsisni boshlangich va avj olish davrida urin bosuvchi ya'ni, passiv immunitet xosil kiladi - kuzgatuvchi aniklangandan sung yuborilish yuli tanlanadi. Stafilokokkli sepsisda kuniga antistafilokokkli plazma ( 10-15 ml/kg) yoki antistafilokokkli immunoglobulin ( 20 AE/kg ) 7-10 kun davomida kuyiladi. Grammmanfiy flora aniklanganda kulrang tayokchaga, proteyga, klebsiyellga karshi plazma 10-15 ml kg miqdorida 3-5 kun davomida kullaniladi. Virusli infektsiya fonida paydo bulgan sepsisda esa spetsifik (gerpisha, grippga, SMV ga karshi) immunoglobulinlar kullaniladi.

Maxalliy davo. Piyemik uchoklarni maxalliy davolashni, abstsesslarni, psevdofurunkulni, osteomiyelit uchoklarini ochish pediater va bolalar jarroxi bilan birgalikda olib boriladi. Upkalarda patologik jarayon aniklanganda maxalliy davo sifatida antibiotikli aerozol, yiringli endobronxitlarda antiseptik eritma yordamida bronxlar yuviladi. Yiringli uchok soxasiga fizioterapevtik muolaja sifatida avval maxalliy SVCh, sungra elektrofarez antibiotik bilan birga kullaniladi.

Poliklinnikadagi dispaser nazorati. Bemor kasalxonadan chikkandan sung 3 yil davomida kasallik kechishidan kat'iy nazar pediater, nevropatolog, immunolog va

boshka mutaxassislar nazoratida bo'ladi. Profilaktik emlash chora-tadbirlari sogaygandan yarim yildan sung olib boriladi. Sepsis utkazgan bolalarda minimal serebral disfunktsiya kelib chikishini xisobga olgan xolda fenibut, pantogam yoki aminolon, entsefabol, nootropil ( 1- 1,5 oy davomida) kabi dorilar tavsiya etiladi. Temir tankislik anemiyami, raxit rivojlanishini oldini olish maksadida chiniktirish, massaj va gimnastik mashklarni muntazam ravishda kullash.

Okibati. Sepsisda ulim kursatkichi uni etiologiyasi karab 5 dan 50 % gacha tashkil etadi. Maksimal ulim soni yashin tezligida kechuvchi sepsisda, kuk yiring va anaerob sepsisda kuzatiladi. Bolalarning yarmida neonatal sepsisdan tuzalgandan sung xar xil darjadagi entsefalopatiya belgilari bo'lishi mumkin.

Profilaktika. Chaqaloqlar yiringli - septik kasalliklar profilaktikasi xomilador ayollarda o'z vaqtida bakterial vaginozni aniqlash va sanatsiya qilish, surunkali yallig'lanish o'chog'ini aniqlash, o'tkir infeksiyon jarayonlarni oldini olish, ayollar konsultatsiyasini dinamikada kuzatish, xomiladorlikni to'g'ri kechishini va vaqtdan ilgari tug'ilishni oldini olish chora- tadbirlarini qo'llashdan iborat.

Nazorat savollari

- 1.Sepsis kasalligining sabablari?
- 2.Bolalarda terining yiringli kasalliklari turlarini bilasizmi?
- 3.Sepsisning qanday turlari kuzatiladi?
4. Kasalliklarning bolalarda qanaqa o'ziga xos xususiyatlari mavjud?
5. Kasallikning davosi qanday?
6. Kasallikning profilaktikasi.

### **Foydalanilgan 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., Boboyeva U.R. Detskiye bolezni. - T., 2013
5. Daminov T.O., Xolmatova B.T., Boboyeva O'.R. Bolalar kasalliklari.-T., 2012.
6. Detskiye bolezni, pod red. A.A. Baranova. – M., 2010
7. Detskiye bolezni, pod red. N P. Shabalova. – M., 2010
8. Neonatologiya, Karimjonov I.A. va boshqalar. O'quv qo'llanma, 2020. Toshkent

### **5-amaliy mashg'ulot: Bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligining kechishi va uning profilaktikasi. 2-soat.**

Mashg'ulot o'tkazish joyi, jihozlanishi

- auditoriya; qabul bo'limi; boks bo'limi; diagnostika bo'limi;
- texnik vositalar: tematik bemorlar; overxed; multimedia proyektori; TV-video; o'rgatuvchi-nazorat qiluvchi dastur; yangi pedagogik texnologiya usullari stsenariylari; vaziyatli masalalar

Revmatik isitma (eski nomenklatura bo'yicha revmatizm) biriktiruvchi to'qimalarning tizimli yallig'lanish kasalligi bo'lib, asosan yurak qon tomir tizimini zararlaydi va etiologik omili bo'lib A guruxiga mansub  $\beta$ -gemolitik streptokokk xisoblanadi.

O'tkir revmatik isitma bilan kasallangan bemorlarda xalqum surtmasi tekshirilganda BGSA ning ma'lum bir xususiyatga ega bo'lgan “revmatogen” shtammlari borligi aniqlangan. BGSA ning 130 ga yaqin turi aniqlangan bo'lib, O'RI rivojlanishida epidemiologik axamiyatga ega bo'lganlari: M1, M3, M5, M6, M14, M18, M19, M24, M27, M28 va M29 shtammlari xisoblanadi. Bu qo'zg'atuvchilar yuqori kontagiozlik xususiyatiga ega bo'lib xalqum azolariga nisbatan juda ta'sirchan. Kasallikni tarqalishiga ko'pincha bemorlar, kam xollarda infeksiyani simptomlarsiz tashib yuruvchilar xisoblanadi. Kasallik xavo –tomchi yo'li orqali tarqaladi. Kasallikni yuqish extimoli bemor bilan yaqin muloqat

qilganda, ko'zg'atuvchi shtammlarini yuqori miqdori xosil bo'lganida ortishi mumkin. BGSA bilan chaqirilgan tonzillit tarqalish o'choqlari ko'pincha bog'cha, maktab, xarbiy bo'linmalarda va boshqa muassalarda tarqaladi.

Xosil bo'lgan streptokokkga qarshi antitelolar to'qima antigenlari bilan qarama-qarshi ta'sir etib, birinchi navbatda sarkolemma oqsillari, miozin, yurak klapanlarining glikoproteidlari (molekulyar mimikriya fenomeni), shuningdek bosh miyaning subtalamik va kaudal zonalarida joylashgan nerv to'qimalarining sitoplazmatik antigenlari bilan birikadi.

Giperimmun jarayonning avj olishi bilan, birinchi navbatda yurakni zararlanishi mexanizmlari – miokard va tabaqalar apparati zarar ko'radi. Buning isboti bo'lib, zararlangan to'qimalarda streptokok M- oqsillarining topilishi va uning tarkibiga kiruvchi peptidlarning identifikatsiyasi xisoblanadi.

Streptokokkning polisaxarid strukturalariga va u bilan o'zaro qarama-qarshi ta'sir etuvchi yurak to'qimalarining glikoproteidlariga qarshi ishlab chiqilgan antitelolar titri yurak klapanlarining zararlanishi to'liq bartaraf etilganidan so'ng kamayishi aniqlangan, komissurotomiya o'tkazilganidan so'ng esa o'zgarishsiz qolgan. Yurak to'qimalariga qarshi antitelolar (YuTQA) revmokardit bo'lgan barcha bemorlarda yuqori titrlarda aniqlangan, revmokarditi bo'lmagan bemorlarda esa aniqlanmagan. Bundan tashqari, yurak zararlanishidan o'lgan bemor bolalarning miokard to'qimalarida yopishgan immunoglobulinlar va komplement aniqlangan bo'lib bu qonda aylanib yuruvchi (YuTQA) antitanachalarning patogenetik ta'sir qilishini yana bir bor isboti bo'lib xisoblanadi.

O'RI rivojlanish mexanizmiga ko'ra autoimmunn kasallik bo'lib, immun yallig'lanishga sabab bo'luvchi omillar bu streptokokk omillariga qarshi bo'lgan antitelolarining to'qima antigenlari bilan birga to'qnashishidir. Bunda autoantitelolarning asosiy “nishoni” bo'ladi.

O'tkir revmatik isitma klassifikatsiyasi

O'tkir revmatik isitma va SRYuK MKB-10 kitobida yurak qon-tomir kasalliklari tizimi kasalliklari ichiga (klass IX), mustaqil kasalliklar sifatida 100–102 va 105–109 bo'limlariga kiritilgan, shu sababli ular aloxida nozologik turlar soxasiga

joylashtirilgan. Bu O'RI va SRYuK ni nafaqat davolash, balki birlamchi va ikkilamchi profilaktika davo choralarini olib borish imkoniyatini beradi.

O'tkir revmatik isitma klassifikatsiyasi

(Rossiya revmatologlar assotsiatsiyasi, 2003)

Klinik variantlari	Klinik namoyon bo'lishi		Oqibati	QE bosqichlari	
	Asosiy	Qo'shimcha		KCB*	NYHA*
O'tkir revmatik isitma	Kardit Artrit Xoreya Aylana eritema	Bezgak Artralgiya Abdominal sindrom Serozitlar	Tuzalish Surunkali revmatik yurak : Yurak nuqsonisiz*** Yurak nuqsoni bilan****	0 I II A II B III	0 I II III IV
Qaytalama Revmatik isitma	Revmatik tugunchalar				

\*KSV - klassifikatsiya N.D. Strajesko va V.X. Vasilenko bo'yicha

\*\* funktsional sinfi NYHA (Nyu-York kardiologlar assotsiyatsiyasi bo'yicha)

\*\*\* EXOKG orqali aniqlanadigan yurak tabaqalarini regurgitatsiyasiz yallig'lanish oldi fibrozi bilan qoplanishi.

\*\*\*\* birlamchi yurak nuqsoni aniqlanganda, boshqa sabablarni istisno qilish kerak (infektsion endokardit, birlamchi antifosfolipid sindromi, yurak tabaqalarini degenerativ kaltsinozli yallig'lanishi va boshqalar)

### 3. Jadval. Surunkali qon- tomir aylanishini yetishmovchiligini

klassifikatsiyasi ( N.D.Strajesko, V.X. Vasilenko,1935)

Bosqich	O'zgarishlar xarakteri
---------	------------------------



I – boshlang'ich bosqich	Sub'ektiv belgilar (xansirash, yurakni tez urishi) va ob'ektiv belgilar qon aylanishini buzilishi belgilari faqat jismoniy yuklatmadan so'ng paydo bo'ladi, tinch xolatda kuzatilmaydi.
II	Gemodinamikani tinch xolatda xam buzilganidan darak beruvchi belgilar. Moddalar almashinuvini va a'zolar funksiyasini buzilganligidan darak beruvchi belgilar.
II (A bosqich)	Yurakni va “o'ng” va “chap” tomonlarini yetishmovchiligi. Qon aylanishini buzilishi va a'zolar yetishmovchiligini belgilari kunning ikkinchi yarmida yoki jismoniy yuklatmadan so'ng paydo bo'ladi.
II ( B bosqich)	Yurakni va “o'ng” va “chap” tomonlarini yetishmovchiligi. Qon aylanishini yetishmovchili kuchliroq namoyon bo'ladi va tinch xolatda xam kuzatiladi.
III – oxirgi, distrofik bosqich	Yurak yetishmovchiligi, qon aylanishini yetishmovchiligi, moddalar almashinuvini buzilishi, a'zolar funksiyasini buzilishi, a'zolarida orqaga qaytmas strukturaviy va morfologik o'zgarishlar rivojlanadi.

**4. Jadval. Yurak funksional xolatini Nyu-York klassifikatsiyasi  
(sub'ektiv o'zgarishlarga asoslangan)**

<b>Funksional sinf</b>	<b>O'zgarishlar xarakteri</b>
<b>I</b>	Yurak xastaligi bo'lgan bemorlarda jismoniy faollikni cheklanmaganligi. Odatiy jismoniy xarakat yurakni tez – tez urib ketishini, xansirashni, stenokardiya xurujini va charchoqni chaqirmaydi.
<b>II</b>	Yurak xastaligi bo'lgan bemorlarda jismoniy faoliyatni cheklanganligi. Tinch xolatda o'zlarini yaxshi xis qiladilar. Jismoniy xarakat charchash xissini , yurakni tez urishini,

	xansirashni va stenokardiya xurujini chaqiradi.
<b>III</b>	Yurak xastaligi bo'lgan bemorlarda jismoniy xarakatlarini cheklanganligi. Tinch xolatda ular o'zlarini yaxshi xis qiladi , biroq ozgina jismoniy xarakat ularda charchash xissini , yurakni tez urishini, xansirashni va stenokardiya xurujini chaqiradi.
<b>IV</b>	Yurak xastaligi bo'lgan bemorlarda umuman jismoniy xarakatlarni cheklanganligi. Sub'ektiv belgilar xatto tinch xolatda xam bezovta qiladi. Xar qanday jismoniy xarakat axvolni yomonlashuviga olib keladi.

### **O'TKIR REVMATIK ISITMANI**

#### **KLINIK KO'RINISHI VA DIAGNOSTIKASI**

##### **5. Jadval O'RI ni diagnostikasi uchun ishlatiladigan Kiselya- Djons kriteriylari (ARR, 2003 modifikatsiyasida)**

Katta kriteriylar	Kichik kriteriylar	A-streptokokkli infeksiyani o'tkazganligini tasdiqlovchi ma'lumotlar
Kardit Poliartrit Xoreya Aylana eritema Teri osti revmatik tugunchalar	Klinik belgilar: Artralgiya Bezgak Laborator ma'lumotlar: Yuqori O'tkir faza reaktantlari: EChT ni ortishi S-reaktiv oqsil Instrumental tekshiruv: EKG da PR intervalini uzayishi, Dopler - EXOKG da mitral yoki aortal regurgitatsiyani belgilari	Xalqumda A – streptokokkli kulturani aniqlanishi, yoki A-streptokokk antigenini aniqlovchi tezkor test sinamasi  Yuqori va ortib boruvchi streptokokkga qarshi antitelo titri ASL – O, anti DNK – V.

Ikkita katta kriteriylarni yoki bitta katta va ikkita kichik kriteriylarni mavjudligi A streptokokkli infeksiyani o'tqazganligi belgilari bilan birgalikda O'RI ni tashxisini

tasdiqlash uchun asos bo'lib xisoblanadi; aloxida xollarda 1) cheklangan (“toza”) xoreya – boshqa sabablar istisno qilinganda (PANDAS shular qatorida); 2) kechki kardit– vaqt bo'yicha cho'zilgan (>2 oy) klinik va instrumental valvulit simptomlarini rivojlanishi – boshqa belgilar istisno qilinganda; 3) qaytalama O'RI surunkali revmatik yurak kasalligi fonida (yoki u siz).

Revmatik bezgakni klinik ko'rinishida kasallikni birinchi xujumini boshlanishidan oldin, o'tkazilgan tonzillit yoki faringitdan keyin bir necha kun “latent” davri kuzatiladi. Bu davrda bolalar xolsizlikka, tez charchashga, bosh og'rig'iga, umumiy darmonsizlikka, ko'p terlashga, burun qonashiga, bana xaroratini subfebril darajalargacha ko'tarilishiga shikoyat qiladilar. Ko'ruvda terini oqimtirligini, surunkali zaxarlanish belgilarini ko'rishimiz mumkin. Bu kasallikni darakchilari davri deb ajratamiz. 1,5 – 3 xaftadan keyin, tana xarorati yuqori darajalargacha ko'tarilib revmatizmni asosiy sindromlari: artrit, kardit, xoreya, annulyar eritema, revmatik tugunchalar aniqlanadi.

Kardit. O'RI ni asosiy sindromi (90 – 95% xollarda aniqlanadi), kasallikni kechishini va oqibatini aniqlab beradi. Taxminan 1/5 xollarda revmatik kardit artrit va xoreya bilan birga kechadi. Karditni klinik simptomatikasi yurakni u yoki bu strukturasini zararlanishiga bog'liq xolda kechadi — endokard, miokard yoki perikard. Bu patologik xolatlarni klinikada ajratish qiyinligi sababli uni “revmokardit” termini bilan umumlashtirib aytish tavsiya qilingan. Revmokardit erta belgilari bo'lib; yurakni tez urib ketishi, xansirash, yurak soxasida og'riq (kardialgiya) xisoblandi. Ko'pgina bemorlarda yurak chegaralarini kengayishi, yurak tonlarini bo'g'iqlashishi, ayniqsa birinchi tonni, yurak urishini taxikardiya yoki bradikardiya bo'lib o'zgarishi, miokard yoki edokard ni zararlanishiga qarab sistolik shovqinni paydo bo'lishini kuzatishimiz mumkin.

Miokardni zararlanishi uchun xarakterli bo'lgan belgilar; o'tkazuvchan bo'lmagan yurak cho'qqisida va beshinchi nuqtada, kuchli bo'lmagan, yumshoq sistolik shovqin (bu papillyar mushaklarni disfunktsiyasi natijasida yuzaga keladi) yoki yurak asosida qon aylanishini buzilishi natijasida, o'pka arteriyasidagi bosim, qonni quyuqlashishi va xajmini ortishi, qorincha miokardini qisqarishini

kompensator ravishda kuchayishi natijasida kelib chiqadigan “shovqinni” eshitamiz. Bu shovqinlar intensivligi bemor vertikal xolatida yoki jismoniy yuklamadan so'ng kamayadi. EKG da yurak ritmini va o'tkazuvchanligini buzilishini (PQ uzayishi), repolyarizatsiya jarayonlarini buzilganligini (ST segmentini depressiyasi, T tishcha amplitudasini pasayishi) ko'rishimiz mumkin; UTT da chap qorincha bo'shlig'ini kengayishini va miokardini qisqarish funksiyasini kamayganligini kuzatamiz.

#### Revmatik artrit

Revmatizmni birinchi xujumida asosiy va erta boshlanuvchi klinik sindromlardan biri bu bo'g'imlar yallig'lanishidir. Ushbu klinik sindrom, birlamchi O'RIda 60% dan 90% gacha va qaytalama revmatizmida 50 dan 67% gacha uchraydi.

Bo'g'imlar zararlanishi o'tkir boshlanib, asosan yirik va o'rta bo'g'imlar: tizza, to'piq, kamroq tirsak, yelka va kaft bo'g'imlari jarayonga jalb etiladi. Odatda yallig'lanish simmetrik bo'g'implarda rivojlanib, “uchuvchan” va o'zgaruvchan bo'ladi. Revmatik poliartritda bo'g'imlar shishadi, konturlari tekis bo'ladi, palpatsiya qilinganda lokal gipertermiya, giperemiyani va bo'g'imlar funksiyasini buzilganligini (ekssudativ komponent qo'shilganda — sinovit) aniqlashimiz mumkin. Bo'g'imlar xarakatlanganda va tinch xolatda turganda xam, teri usti giperesteziyasi natijasida kuchli og'riq beradi. Oxirgi paytlarda bo'g'imlar zararlanishi ko'pchilik bemorlarda oligoartrit va monoartrit shaklida kechmoqda.

#### Revmatik xoreya

Revmatik xoreya (kichik xoreya yoki Sidengam xoreyasi) — yallig'lanish jarayoniga miyaning ba'zi bir (yo'l – yo'l tana, subtalamik yadro, miyacha) strukturalarini jalb qilinishi natijasida yuz beradi. O'RI bilan kasallangan bemorlarning 6–30% da uchraydi. Ko'pincha 6 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan qiz bolalar kasallanadi.

Revmatik xoreya quyidagi pentada simptomlar bilan kechadi:

- distal giperkinezlar
- mushaklar gipotoniyasi (mushaklarni kuchli bo'shashishidan to paralichlargacha)

- statik va koordinatsiya buzilishlari
- vegeto - tomir disfunktsiyasi
- psixoemotsional buzilishlar (kayfiyatni noturg'unligi, qo'zg'aluvchanlik, yig'laqiloqlik va boshqalar).

Anulyar (aylana) eritema

Anulyar eritema (*Erythema marginatum*) — O'RI uchun xarakterli bo'lgan belgilardan biri xisoblanadi. U revmatizmni faol davrida (5 – 15%) bemorlarda uchraydi. Bu teridagi aylana va yarim aylana shakldagi pushti rangli toshmalar bo'lib, ular teri satxidan ko'tarilmaydi. Ularning diametri bir necha millimetrdan 5 – 10 sm gacha bo'lib, bo'g'implar va tananing yuzdan boshqa xamma qismiga toshishi mumkin. Toshmalar qichishmaydi, teri ustiga bosilganda oqaradi va hech qanday iz qoldirmasdan (pegmentatsiya, qipiqланаish, atrofik o'zgarishlar) tezda yo'qoladi. Eritema vaskulit borligini bildiradi va karditni yuqori faolligidan dalolat beradi.

Revmatik tugunchalar

Teri osti revmatik tugunchalari oxirgi paytlarda juda kam uchrab faqat (1–3%) kollarda bolalarda kuzatiladi, balog'at yoshida va kattalarda deyarli uchramaydi. Tugunchalar dumaloq, qattiq (diametri 1 – 2sm ), kamxarakat, og'riqsiz bo'lib periartikulyar to'qimada, bo'g'implarga yopishgan bo'ladi. Umurtqa pog'onasi, tizza, tirsak bo'g'implari va orqa bo'yin (gallea aponeurotica) soxalarida og'riqsiz no'xotdek tugunchalar shaklida aniqlanadi. Teri osti revmatik tugunchalar yurakni og'ir zararlanishidan dalolat beradi, O'RI ni kechki belgilaridan biri xisoblanib, 1–2 oy davomida saqlanib turadi.

## DIAGNOSTIKA.

**Jadval. O'RI uchun qayta ko'rib chiqilgan Djons kriteriyalari  
(ANA, 2015)**

<b>A. xalqumda BGSA infeksiyasini tashxisni tasdiqlash uchun aniqlash (xamma bemorlar uchun)</b>	
Birlamchi O'RI	Ikkita katta yoki bitta katta plyus
Qaytalama O'RI (anamnezda O'RI o'tkazganligini tasdig'i yoki SRYuK ni mavjudligi)	Ikkita katta yoki bitta katta plyus Ikkita kichik kriteriiylar yoki uchta kichik kriteriy
<b>V. Katta kriteriyalar</b>	
Past xavf guruxi populyatsiyasi	Yuqori va o'rta xavf guruxi populyatsiyasi
<b>Klinik kardit va/yoki subklinik</b>	
<b>Artrit</b>	
Poliartrit	Monoartrit yoki poliartrit Poliartralgialar
<b>Xoreya</b>	
Aylana eritema	
Revmatik tugunchalar	
<b>S. Kichik kriteriyalar</b>	
Past xavf guruxi populyatsiyasi	O'rta va yuqori xavf guruxi populyatsiyasi
Poliartralgia	Monoartralgia
Isitmalash (>38,50S)	Isitmalash (> 38,00S)
EChT >0 mm/ch i/ili SRO >mg/dl	EChT ≤ 30 mm/ch i/ili SRO >mg/dl
EKG da QR intervalini uzayishi bemor yoshini inobatga olgan xolda (agrada kardit katta kriteriyalarga kirs)	

## DAVOLASH

O'RI ni davolash erta, kompleksli, davomli (3–4 oy), etapli (statsionar, revmatolog reabilitatsion terapiya olib borishi uchun, dispanser kuzatuv poliklinikada) bo'lishi kerak. Adekvat davo choralarini tayinlashda kasallikni o'tkir boshlanganligi, faolligi, kechishi inobatga olinishi kerak.

Kompleksli davoni maqsadi:

1. BTSA ni eradikatsiyasi (etiotrop davo).
2. Yallig'lanish jarayonini bartaraf qilish (patogenetik davo).
3. Kardit o'tqazgan bemorlarda yurak nuqsonini paydo bo'lishini oldini olish (profilaktik terapiya).
4. Yurak yetishmovchiligini va ritm buzilishini davolash.
5. Reabilitatsiya.

Terapiya etaplari:

I etap — statsionar davo

II etap — maxalliy kardiorevmatologik sanatoriy yoki revmatolog nazoratida bo'lish.

III etap — dispanser kuzatuv poliklinikada va revmatolog konsultatsiyasi retsidivlanishga qarshi terapiya olib borish.

#### ORTTIRILGAN YuRAK NUQSONLARI

Orttirilgan yurak nuqsonlari asosan revmatizm, qaytalama revmatizmdan keyin rivojlanadi.

Revmatik yallig'lanish evolyutsiyasida yurak tabakalarida qanday o'zgarishlar sodir bo'ladi? Yurak tabaqalarining yurak utish joylarida tromblar paydo bulari bu tromblar vaqt utishi bilan dag'al granulyatsion tuqimaga aylanadi. Keyinchalik granulalar chandiqa aylanib sekin-asta fibroz tuqimasini paydo qiladi, fibroz tuqilasi yurak tabaqalarini bujmaytirib, qichraytiradi. Buning oqibatida yurak tabaqalarining rigidligi oshib, atrioventrikulyar teshikni tuliq yopmaydi va ular funksiyasida yetishmovchilik paydo bulari. Revmatizmning qayta atakasida tabaqalar yanada bujmayib venoz teshiklarning stenoziga olib keladi. Va tabaqalar yetishmovchiligi bilan birgalikda atrioventrikulyar teshiklarning stenozini xam rivojlanadi.

Klinikada biz ko'p xollarda tabaqalar yetishmovchiligi va stenozini birgalikda ko'p xollarda uchratamiz. Ba'zi xollarda yetishmovchilik yetokchilik qilsa, ba'zi xollarda stenoz yetakchilik qiladi. Demok mitral yetishmovchilik nuqsoni evolyutsiyasida avval toza mitral yetishmovchilik, keyinchalik atrioventrikulyar stenozini kurishimiz mumkin.

Lekin yurak mitral tabaqasi nuqsonini tashxisida faqat sistolik shovqinga asoslanib qolish kifoya qilmaydi. Mitral yurak nuqsoni doimiy sistolik shovqin, I tonning sustligi, a.pulmonalisflaII ton aktsenti bulganda asoslanadi.

Mitral yetishmovchilikning 3 shakli tug'risida gapirish mumkin.

I shakli - yengil darajali mushak-mitral yetishmovchiligi, mushak - asab tizimining funktsional o'zgarishlari oqibatida kelab chiqari.

II shakli - mitral tabaqada organiq o'zgarishlar orqali kelib chiqqon-mushak-mitral yetishmovchiligi.

III shakli - mitral tabaqadagi organing o'zgarishlar orqali kelib chiqqon mitral tabaqa yetishmovchiligi.

I shakli asosan xar xil sabablar orqali kelib chiqada (miokard distrofik va yallig'lanishi, umumiy infektsiyalar, kamqonlik va boshqalar) Bu xolatlarda mitral tabaqa yetishmovchiligi yengil va faqat nozik sistolik shoqin bilan kechadi.

II shakli aterosklerz va kardioskleroz tufayli rivojlanadi. Bu xolat ko'proq chap qorinchaning kengayishi va aortal yetishmovchilik bilan kechadi.

III shakli - asosan revmatik endokarditdan keyin rivojlanib mitral yetishmovchilik bilan kechadi. Bu yurak nuqsonida dag'al sistolik shovqin yurak puqqisida eshitiladi.

EKG da - chap qorincha gipertrofiyasi, ba'zadan chap bulimcha gimpertrofiyasi bilan kechadi.

Boshlang'ich fazasida: tana xaroratining ko'tarilishi, intoksikatsiya, terlash bo'ladi. Bolalarda ko'pincha aorta va mitral yurak tabaqalari shikastlanadi, ularning yetishmovchiligi kuzatiladi.



Ikkilamchi bakterial endokarditda tromboembolik o'zgarishlar endokardda - gemoragik toshmalar, gematuriya, ichki a'zolar infarkti kuzatiladi.

Tashxis

Kushimga tashxis usuli exokardiografiyadir - tromboembolik vegetatsiyalar yurak tabaqalarida aniqlanadi.

Davosi

1) Uzoq va massiv antibakterial terapiya

diagnostik kriteriyalarga asoslanib tashxis quyiladi. Bularga asosiy va qushimcha kriteriyalarga bulinadi.

Asosiy: kardit, poliartrit, xoreya, xalqasimon eritema, revmatik tugunchalar.

sushimchalari:

A. Antirevmatik terapiyadan effekt bo'lishi, artralgiyalar, tona xarorati kutarilishi, tez chorchash, qorinda og'riq, burundan qon ketishi va boshqalar.

B. SOE kutarilishi, S-reaktiv oqsil musbatligi, leykotsitoz, sial kislota oshishi va boshqalar, EKGda P-Q intervalning uzayishi.

Revmatizm tashxisi 2ta asosiy kriteriy, yoki 1ta asosiy 2ta qushimcha kriteriy musbat bulganda tasdiqlanadi.

Davolash

1. O'tkir fazada - yotoq rejimi.

2. Medikamentoz terapiya - patogenezning asosiy 2ta fazasiga -infektsion agent va allergik (immunologik) fazalarga qaratilgan.

Revmatizmning yuqori aktivlik darajasida glyukokortikoid va nosteroid yallig'lanishka qarshi preparatlar kombinatsiyada qullaniladi, qo'shimcha - vitaminlar. Kaliy preparatlari, yurak vositalari qo'llaniladi.

Birlamchi profilaktika - streptokokk infeksiyaga qarshi davo choralari.

Dispanser kuzatuv. Statsionar va sanator davolanishdan keyin bemor poliklinika kardiolog nazoratiga utadi.

Ikkilamchi profilaktika-Birlamchi revmatizm o'tkazgan bemorlarda 3 yil davomida bitsillinterapiya o'tkaziladi.

Klapan jaroxoti bilan kechkan bemorlarga profilaktika 5 yil davomida o'tkaziladi.

Maktabgacha yeshdagi bolalarga 600.000 YeD 2 xaftada 1 marta, maktab yeshdagi bolalarga 1200000 YeD 1 oyda 1 marta o'tkaziladi. Bitsillin-5 maktabgacha yeshdagi bolalarga 750000 YeD, maktab yoshidagi bolalarga- 1500000 YeD 1 oyda 1 marta o'tkaziladi. Oxirgi yillarda bitsillin-5 urnigcha ekstentsillin ishlatilmoqda. Bu preparat qonda anga uzoq vaqt saqlanadi, bitsillindan 5 marta qimmat turadi, texnik jixatdan yaxshi tayorlangan.

#### INFEKTSION ENDOKARDIT

Bu endokard ichki yurak tabaqalarining o'tkir yeki o'tkir ostiinfeksion yallig'lanishidir.

Bolalar va usmirlarda ko'pincha o'lim bilan tugaydi.

Infeksion endokardit:

- A) tug'ma
- B) orttirilgan bo'lishi mumkin

Etiologiya

Infeksion endokarditning asosiy quzgatuvchilari yashilstreptokokk va tillarang stafilokokklardir. Ba'zi xollarda -enterokokklar, meningo-, pnevmo- va gonokokklar, xlamidiya, salmonellalar, brutsella va zamburug'lar chaqirishi mumkin.

Patogenezi

Patogenezi 3 faza kechadi:

- 1) infeksiyon-toksik
- 2) immun yallig'lanishi
- 3) distrofik fazalar

Infeksion endokarditning patogenezi, murakkab bo'lib, bir necha faktorlarga bog'liqdir:

- A) immun javobning o'zgarishi
- B) biriktiruvchi tuqimaning displaziyasi
- B) endokard va yurak tabaqalari kollagen strukturasiining buzilishi
- G) qon reologik xolati va qon ivishining buzilishi
- D) etiologik quzgatuvchining asosiy xususiyatlariga bog'liq.

Infektsion endokardit asosan yurak morfologik strukturasida defektlar bulgan bemorlarda uchraydi (Fallo tetradasi, qorinchalar aro yurak tug'ma nuqsoni ochiq Botalov yuli, mitral tabaqa nuqsonlari), ushbu bemorlarda qonning turbulent xarakati o'zgargan - yeki tezlashkineki ikinlashkan bo'ladi. Qonda aylanib yurgan quzgatuvchilar yurak endokardining shikastlangan joyida urnashadi, yallig'lanish jarayonini chaqiradi, va fibrin iplari paydo bo'lib tromb massasini (vegetatsiya) xosil qiladi, keynchalik birlamchi tromblar xosil bo'lishi mumkin, keyinchalik usib ketkan vegetatsiyalar. uzilib katta va kichik qon aylanish doirasida emboliyalar paydo bo'lishi mumkin.

### **Foydalanilgan 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., Boboyeva U.R. Detskiye bolezni. - T., 2013
5. Daminov T.O., Xolmatova B.T., Boboyeva O'R. Bolalar kasalliklari.-T., 2012.
6. Detskiye bolezni, pod red. A.A. Baranova. – M., 2010
7. Detskiye bolezni, pod red. N P. Shabalova. – M., 2010

### **6-amaliy mashg'ulot: Dunyoda epidemiyaga sabab bo'layotgan infektsion kasalliklar. O'ta xavfli infektsion kasalliklar profilaktikasi. 2-soat.**

Ishdan maqsad:

- O'HI klinik diagnostikasiga integral yondashgan ko'nikmalarni ishlab chiqish. O'HI ga shubha bo'lgan bemor aniqlanganda shifokor taktikasi, shaxsiy himoya vositalaridan foydalanish, dispanserizatsiya va rekonvalistsentlarni reabilitatsiya qilishni o'rgatish;

- tematik savollarni muhokama qilish misolida ilmiy fikrlash, klinik masalalarni yechishda ijodiy jihatdan yondashish, shuningdek, mustaqil qaror qabul qilishga o'rgatish. Mantiqiy fikrlashni va o'z fikrini kasbiy tilda yetkazib 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;
- O'HIga shubha bo'lgan bemor haqida belgilangan tartibda habar berish;
- shoshilinch holatni tashxislash va gospitalizatsiyagacha bo'lgan davrda 1-chi tibbiy yordam ko'rsatish;
- rekonvalesentlarning rehabilitatsiyasini taminlash.

Mashg'ulot o'tkazish joyi, jihozlanishi

- auditoriya;
- qabul bo'limi;
- boks bo'limi;
- diagnostika bo'limi;
- texnik vositalar: tematik bemorlar; overxed; multimedia proyektori; TV-video; o'rgatuvchi-nazorat qiluvchi dastur; yangi pedagogik texnologiya usullari stsenariylari; vaziyatli masalalar.

O'TA XAVFLI INFEKTSIYALAR.

Umumiy ma'lumotlar: O'HI guruhiga asosan yuqumlilik jarayoni yuqori, klinik ko'rinishi og'ir bo'lgan, yuqori letallik bilan kechadigan kasalliklar kiradi. Xalqaro tibbiy-sanitar qonun-qoidalarga asosan (1969), Butun Jahon sog'liqni saqlash assambleyasininig XXII sessiyasininig 1971 yil 1 yanvaridan kuchga kirgan qonuniga asoslan karantin infeksiyalarga o'lat, vabo, chin chechak, sariq isitmalar kiritildi. So'nggi yillarda ba'zi Afrika va Janubiy Amerika davlatlarida yuqori kontagioz GVilar paydo bo'lgan, bularga: Lassa isitmasi, Marburg isitmasi, Ebol isitmasi va boshqalar kiradi. Osiyo, Afrika va janubiy amerikada o'lat hamda

vaboning nomuqim epidemik holati aniqlangan. MDH davlatlarida o'latning tabiiy o'chog'iga qat'iy epidemiyaga qarshi chora ko'rilmaganligi sababli, kemiruvchilardan odamlarga yuqish ehtimoli ko'pligi aniqlangan.

O'lat (toun). O'lat (toun) o'ta xafli yuqumli kasallik bo'lib, kuchli intoksikatsiya, isitma, limfa tugunlari, o'pka va boshqa organlarning yallig'lanishi bilan ta'riflanadi. Qo'zg'atuvchisi – *Yersinia pestis*, uncha katta bo'lmagan gramm (-) tayoqcha. Kattaligi 1,5x1,5 mkm, polimorf. O'lat mikrobi tabiiy sharoitda yovvoyi kemiruvchi hayvonlarda uchraydi. Odamlarga o'lat asosan transmissiv yul bilan yuqadi. Ya'ni hayvon burgasi o'lat bilan og'rigan kemiruvchi hayvonni chaqqanda uning qoni bilan burganing xazm yo'liga o'lat mikroblari tushib shu yerda ko'payadi. Ana shu burga odamni chaqqanda odam terisiga bir talay o'lat mikrobi tushadi. Burga chaqqan joyni qashiganda mikroblar teri orasiga kiradi va kasallik yuqadi. O'lat kontakt yo'li bilan ham yuqadi. Masalan: kemiruvchi hayvonning terisini shilayotganda odam terisi yoki shilliq pardasining yorilgan, tiralgan joyidan o'lat mikrobi kirishi mumkin. O'latning o'pka shakli havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Nihoyat, o'lat bilan og'rigan hayvon (tuya, sayg'oq) go'shtini iste'mol qilinganda kasallik alimentar yo'l bilan yuqadi.

Inkubatsion davri 3-6 kun. O'lat to'satdan boshlanadi. Bemorning badani tirishib harorati 39-40°S gacha ko'tariladi, kuchli intoksikatsiya boshlanadi. Bemorning darmoni quriydi, boshi og'riydi, uyqusizlik, mushaklarda og'riq, ko'ngli aynab qusadi. Bemor bezovtalanadi, yurganda chayqaladi, to'shakdan sakrab turadi, qochishga harakat qiladi. Og'ir hollarda vasvasa va gallyutsinatsiyalar kuzatiladi. Bosh og'rishi va butun tana bo'ylab og'riq kuchayadi, qizib ketish, yuz va kon'yunktivada giperemiya bilan kuzatiladi. Og'iz bo'shlig'i ko'rilganda tili oppoq qalin karash bilan qoplangan bo'ladi (bo'rlangan til) va shishadi. Og'iz qurishi bilan birgalikda tili g'o'ldirab qoladi, bu holat mast kishini eslatadi.

Bemorning tashqi ko'rinishi ham o'zgaradi: yuz ifodasi o'tkirlashgan, iltijoli tus oladi, qo'rquv paydo bo'ladi.

Teri qoplami quruq, ushlab ko'rilganda issiq, og'ir hollarda badanida petexiyalar ko'zga tashlanadi. YuQTTda ham o'zgarishlar kuzatiladi (puls 120-160 ta 1 minutda). Qonda neytrofil leykotsitoz bo'ladi, leykotsitar formula chapga siljiydi.

G.P.Rudnev (1972) o'latning quyidagi klinik-epidemiologik tasnifini kiritgan.

A. Mahalliy shakllari: 1) teri; 2) bubon; 3) teri-bubon.

B. Ichki tarqalgan shakllari: 1) birlamchi septik; 2) ikkilamchi septik.

V. Tashqi tarqalgan shakllari: 1) birlamchi o'pka; 2) ikkilamchi o'pka; 3) ichak shakli.

Teri shakli. Kamdan-kam uchraydi (3-4%). Terida quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi: dog', papula, vezikula, pustula va yara. Biroq bu etaplarining hammasi ham kuzatilmaydi. Amaliyot shifokoriga bemorlar pustula yoki teridagi yara bilan murojaat qilishadi. Pustula atrofi qizargan bo'ladi. Pustula yorilgach o'rnida tagi qattiq yaraga aylanadi. Bu yara xuddi kuydirgiga o'xshash bo'ladi. O'latda yara juda sekin tuzaladi, tuzalgandan so'ng o'rnida chandiq qoladi.

Bubon shakli. Bu shaklida yuqori harorat va intoksikatsiya bilan bir qatorda bemorning limfa tugunlarining yallig'lanishi kuzatiladi. Bubon ko'p hollarda 1 ta bo'ladi. Kamdan-kam hollarda bir nechta bo'ladi. Ko'pincha bubon (55%) tananing pastki qismida (chov sohasida), kam hollarda qo'ltiq sohasi va bo'yinda kuzatiladi. Bubonning erta belgisi – bubon paydo bo'lgan sohada kuchli og'riq bo'ladi. Bemor majburiy holatda oyoq-qo'llari, bo'yni bukilgan (g'ujanak) bo'ladi. Bubonning birinchi kunlarida keskin og'riqli hosila paydo bo'ladi. Bubon ustidagi terisi birinchi kunlarida o'zgarishsiz, kattalashgan sari qizaradi, taranglashadi va ba'zan yaltiraydi. Limfangit o'lat uchun xos emas. Limfa tugunida yallig'lanish jarayoni teri osti to'qimasiga ham o'tadi. Bubonda flyuktuatsiya aniqlanadi. Bubon yorilganda ko'p miqdorda sariq-yashil rangli quyuc yiring chiqadi. Antibiotiklar bilan davolaganda (antibiotikoterapiya) bubon so'rilib ketadi.

Teri-bubonli shakli. 6 kun davomida o'zgaruvchi isitma kuzatiladi. Kasallik og'irligi intoksikatsiya turiga qarab aniqlanadi.

Birlamchi septik shakli. Juda kam uchraydi (1-3%). O'latning bu shaklida teri, limfa tugunlarining shikastlanishi kuzatilmaydi. Qisqa muddatli inkubatsiya

davridan so'ng kasallik to'satdan boshlanadi. Bemorning tana harorati ko'tariladi, eti uvushadi, qaltiraydi, kuchli bosh og'rig'i kuzatiladi. Bemor alahlab tajovuzkorlik harakatlarini qiladi. Bir necha soatdan so'ng ITSh kuzatilishi mumkin. Bu shaklida intoksikatsiya oqibatida gemorragik sindrom kuzatiladi: terisida gemorragiyalar, ichki organlarga qon quyilishi (buyrak, jigar, ichaklar va boshqa) kuzatiladi. Qonli qusuq, burundan, o'pkadan qon ketadi. Gematuriya, ich kelishi qonli. Jigar va taloq kattalashadi. Ba'zi hollarda meningoentsefalit belgilari aniqlanadi. YuQTT o'zgarishlar kuzatiladi, ps 150-160 ta.

Birlamchi o'pka shakli. Bu o'latning eng og'ir shaklidir. Inkubatsion davri 1 necha soatdan 1-3 kungacha. U to'satdan boshlanadi. Bemor eti uvushib, qaltiraydi, tana harorati ko'tariladi, boshi qattiq og'riydi, ko'kragi sanchiydi, yo'taladi, taxikardiya, kuchli hansirash kuzatiladi. Yo'talganida oldin tiniq shilliqdan iborat, keyin qon aralash balg'am tashlaydi. Keyingi xarakterli belgilaridan biri plevropnevmoniya – lobar va psevdolobar pnevmoniyaning rivojlanishidir. O'pkalarda to'mtoq perkutor tovush aniqlanadi (tukillatganda). Nafas olishi susaygan, auskultatsiyada nam xirillash eshitiladi. Ko'krakdagi og'riq borgan sari kuchayadi. Nafas yetishmovchiligi belgilari, sianoz, nafas olish yuzaki bo'ladi (1 minutda 50 ta). Kasallikning 3-5-kuni bemor o'ladi. Bunga sabab o'pka shishi va sirkulyator yetishmovchilik rivojlanishidir. O'lat ikkilamchi kasallik ko'rinishida namoyon bo'ladi (ko'proq bubon shaklida).

Ichak shakli. Oxirgi yillardagi ilmiy dalillarga ko'ra o'latning bu shakli septik jarayon oqibatida yuz beradi. Tashxis qo'yish uchun bemorni klinik ko'ruv va chuqur so'rab-surushtirish kerak. Asosiy e'tibor maishiy omillarga qaratilishi kerak. Ya'ni (sug'ur ovlash, kemiruvchi bilan kontakt, tuya go'shtini iste'mol qilish yoki silaganligi va boshqa). Bundan tashqari oilaviy anamnez ham yig'ilishi kerak. O'latning bu turini aniqlash unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi. Bunda bemorda: tana harorati ko'tarilgan, kuchli intoksikatsiya, limfa tugunlarining shikastlanishi, YuQTT va asab sistemasi shikastlanadi. Bunday hollarda bemorlarni o'lat uchun mo'ljallangan statsionarlarda aniq laborator tekshiruvlarga asosan davolash kerak.

Vabo (xolera). O'tkir antroponoz yuqumli kasallik. Vabo tinmay ich ketishi, qusish oqibatida bemor organizmida suyuqlik va tuzlar kamayib ketishi va bemorni og'ir ahvolga tushib qolishi bilan tariflanadi.

Vaboni qo'zg'atuvchi mikroob – vabo vibrionidir. Uning *Vibrio cholerae* va *Vibrio El-Tor*, *Vibrio cholerae* Bengal O139 turlari mavjud. Vabo vibrionining 3 xil serovari bor. Bular: “Ogava”, “Inaba”, “Gikoshima”. Vabo vibrionining o'lchami 1,5-3x0,2-0,6 mkm. Shakli vergulga o'xshaydi, 1 ta xivchini bor. Gramm (-) fakultativ aerob, anilinli bo'yoqlarda yaxshi bo'yaladi. Vabo shu kasallik bilan og'rigan bemor va vibrion tashuvchi kishilardan yuqadi. Bemor tez-tez ich ketishi oqibatida 1 kechakunduzda o'rtacha 10-20 litrgacha suyuq axlat chiqaradi. Ichakka tushgan vibrionga ingichka ichakda ko'p miqdorda pepton bo'lishi ham qulaylik tug'diradi. Ichakda vibrionlarning parchalanishi natijasida ulardan toksin ajraladi. Ekzotoksin (xolerogen) ichak epiteliy hujayralaridagi adenilattsiklaza fermentini faollashtiradi. Bu s-AMF sintezini kuchaytiradi. AMF ta'sirida ingichka ichak shilliq pardasidan juda ko'p miqdorda izotonik eritma ajralib chiqadi. Ba'zi hollarda organizmdan chiqqan suyuqlik tana vaznidan 2 barobar ko'p bo'lishi mumkin.

Inkubatsion davri 1-6 kun, o'rtacha 1-2 kun. Kasallik kuchli diareya bilan boshlanadi. Ich kelishi 1 kunda 10 martagacha bo'lishi mumkin. Ba'zan qorinda diskomfort kuzatiladi. Axlati suyuq, aniqrog'i avval axlat odatdagi rangda, keyin bo'tqasimon, keyinchalik suyuq (suv) ko'rinishda bo'ladi. Axlat ko'rilganda xuddi guruch yuvindisi rangida bo'ladi. Ich ketishi oqibatida bemorda ko'ngil aynimasdan qusish kuzatiladi. Qusuq moddasi birlamchi ovqat qoldiqlari, so'ng o't suyuqligi, keyinchalik suvsimon bo'ladi. Ko'rilganda bu ham guruch yuvindisini eslatadi. Ishtahasi pasayadi, ko'p chanqaydi, muskullari kuchsiz bo'ladi, tana harorati normal, ba'zan subfebril, gipotoniya, taxikardiya kuzatiladi. Tili quruq, karash bilan qoplangan. Qorni tortilgan, og'riqsiz, ingichka ichak g'uldirashi eshitiladi. V.I.Pokrovskiy tavsiyasi bo'yicha, organlarda suyuqlik va tuzlar yo'qotilganligiga qarab degidratatsiyaning 4 ta darajasi tafovut qilinadi.

Degidratatsiyaning I darajasi – yo'qotilgan suyuqlik tana vaznining 3%ini tashkil qiladi. Bemor qoniqarli ahvolda bo'ladi. Ko'pincha bemorlarda umumiy holsizlik,



chanqash, og'iz qurishi, ich ketishi va qusish kuzatiladi. Fizik va biokimyoviy ko'rsatkichlar deyarli o'zgarmaydi: plazma zichligi 1023-1025 g/sm<sup>3</sup>; gematokrit indeksi 40-50%; rN – 7,33-7,36; kasallik davomiyligi 1-2kun.

Degidratatsiyaning II darajasi – yo'qotilgan suv miqdori tana vaznining 4-6%ini tashkil qiladi. Kasallik kuchli ich ketishi (1 kunda 10-15 marta) bilan boshlanadi, axlat o'zini rangini tezda yo'qotadi (guruch yuvindisi). Ich ketishi bilan birga qusish ham kuzatiladi (ko'ngil aynishsiz). Organizmda suvsirash (degidratatsiya) holati yuz beradi. To'satdan bemorda umumiy holsizlik, chanqash, og'iz qurishi kuzatiladi. Teri quruq, rangpar, turgori pasaygan, lablar sianozi, ovoz xirillashi kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda qisqa talvasalar kuzatiladi. Tana harorati normal, kam hollarda subfebril, taxikardiya, kuchsiz gipotoniya, oliguriya boshlanadi. Plazma zichligi oshadi 1028-1035 g/sm<sup>3</sup>; gematokrit indeksi – 55-65%, arterial qonda metabolik atsidoz kuzatiladi, rN – 7,3.

Degidratatsiyaning III darajasi – yo'qotilgan suv tana vaznining 7-9%ini tashkil qiladi. Kasallikning dastlabki kunlaridan beto'xtov ich ketishi va ketma-ket qayt qilish kuzatiladi. Ko'pchilik bemorlarda eksikoz rivojlanadi: qo'l-oyoq mushaklarida tortishish, terida sianoz, shilliq qavat va teri quruqligi, teri turgori pasayishi (kir yuvgan odam qo'li), afoniya, haroratning 35,5-36,0°Sgacha tushishi, oliguriya yoki anuriya kuzatiladi. Laborator tekshirish: plazma zichligi 1038-1040 g/sm<sup>3</sup>; gematokrit – 70%; qon quyuqligi 20 XB (norma 5); rN – 7,2, gemodinamika buziladi. Metabolik atsidoz rivojlanadi. O'pka gipertenziyasi kuzatiladi.

Degidratatsiyaning IV darajasi (juda og'ir, algid) – suvsizlanish tana vaznining 10%ini tashkil qiladi. Organizmda suyuqlik kamayib ketgani sababli ich ketishi va qusish kamayadi. Bemorning ahvoli juda og'ir bo'ladi. Bemor yuzining ifodasi o'zgaradi. Ko'z atroflari ko'karadi (qora ko'zoynak simptomi). Bemor xuddi najot istab qarayotgandek bo'lib ko'rinadi. Terisi quruq, turgori keskin pasaygan, umumiy sianoz, umumiy tonik tirishishlar, qorni ichiga tortilgan bo'ladi. Bulardan tashqari afoniya, kollaps, anuriya, nafas qisishi va gipovolemik shok rivojlanadi. Qonda – eritrotsitlar  $7 \times 10^{12}/l$  gacha ko'tariladi, leykotsitlar  $20-60 \times 10^9/l$ ,

neytrofilyoz, formulaning chapga siljishi bilan, qon shaklli elementlarining agregatsiyasi, gipokalemiya 2,5 mmol/l, metabolik atsidoz rivojlanadi. EKGda o'pka gipertenziyasi va taxikardiya kuzatiladi.

Vaboni tashxislash unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi. Asosan laborator-instrumental tekshirishlar asosiy rol o'ynaydi: qusuq massani tekshirish, axlat tekshiruvi, serologik tekshiruv (agglyutininlarni aniqlash, qon zardobida vibrionsimon antitelalarni aniqlash, rN va boshqa). Qonning fizik va kimyoviy holati (plazmaning zichligi, gematokrit ko'rsatkichi, K<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>).

Maymun chechagi. 1979 yil Respublikada birinchi marta shu kasallik virusi bilan zararlangan odamda qayd etilgan. Klinikasi odam chechagidan farq qilmaydi. Bundan tashqari maymun chechagi bilan kasallangan odamlar Nigeriyada, Lionda va boshqa xududlarda qayd etilgan. Maymun chechagi virusi RNK saqllovchi poksiviruslar oilasiga mansub.

Maymun chechagining klinik ko'rinishi oddiy chechaknikiga o'xshash. Inkubatsion davri 7-17 kun, o'rtacha 14 kun. Kasallik o'tkir boshlanib, qaltirash va harorat ko'tarilishi bilan kuzatiladi. Erta simptomlari: bel sohasida og'riq, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, anoreksiya ba'zan qusish kuzatiladi. Bazi bir bemorlarda kasallikning 2-kunida tez yo'q bo'lib ketadigan toshma toshadi. Kasallikning 3-4-kuni harorat normal darajaga pasayadi. Shilliq qavatlar yuzasida enantemalar paydo bo'ladi. Vezikula matseratsiyasi natijasida eroziya va yaralar hosil bo'ladi, buning natijasida og'iz bo'shlig'ida og'riq paydo bo'ladi, bunda bemor ovqat iste'mol qila olmaydi, natijada yutinganda og'riq kuchayadi, diurez og'riqli bo'ladi. 3-4-kunlari harorat normallashtirishdan so'ng bosh terisida, yuzda va kaftda toshmalar paydo bo'ladi. Xuddi chin chechakdagi kabi markazdan qochuvchi ekzantema kuzatiladi. Toshma qo'l va oyoqlarni simmetrik zararlaydi. Ekzantema quyidagi tartibda kechadi: dog', papula, vezikula, pustula, yara, chandiqlik. Pufakchalar ko'p kamerali bo'ladi. Toshma asosan normal yoki subfebril harorat fonida toshadi.

Vezikula pustulaga aylanayotganda bemorda harorat yana ko'tariladi. (39-40°S), umumiy ahvoli og'irlashadi: umumiy holsizlik, nafas olishning qiyinlashishi,

taxikardiya, gipotoniya kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda vasvasalar rivojlanadi. Pustula davrida teri, asosan yuz terisi shishib, kuchli qichishish kuzatiladi. Pustula yorilganda yara hosil bo'ladi, bular ikkilamchi infektsiya uchun darvoza hisoblanadi. Kasallikning 9-10-kunlarida pustulaning qurishi kuzatiladi. Tana harorati normallasadi, umumiy ahvoli yaxshilanadi, pustuladan so'ng uncha chuqur bo'lmagan yara paydo bo'ladi.

Klinik kechishiga qarab kasallik og'ir, o'rta og'ir va yengil shakllarga bo'linadi. Kasallikning intoksikatsiya darajasi, toshmalar soni, ichki a'zoldagi o'zgarishlarga qarab og'irligi quyidagicha bo'ladi. Og'ir shaklda chechak toshmatalari 100 dan ko'p, mehnatga yaroqliligi to'liq yo'qoladi, yotoq rejimi zarur. O'rta og'ir shaklida chechak toshmatalari 25 dan ko'p, mehnat yaroqliligi pasaygan, biroq bemor o'zini o'zi boshqara oladi. Yengil shaklda bemorda chechak toshmatalari 25 dan kam, mehnat qobiliyati pasaymaydi.

Periferik qonda boshlang'ich davrida leykotsitoz, absolyut limfotsitoz bilan birga, pustulizatsiya davrida esa neytrofil giperleykotsitoz kuzatiladi.

Maymun chechagini tashxislashda klinik-epidemiologik malumotlarni to'liq yig'ish orqali tashxis qo'yiladi. Yakuniy tashxisni faqat laborator tekshiruvlarga asoslangan holda qo'yiladi. Virusni topish uchun elektron mikroskopiya va biologik usullardan foydalaniladi. Serologik metodni pretsipitat reaksiya uchun qo'llaniladi.

Sariq isitma. O'tkir virusli kasallik bo'lib, transmissiv yo'l bilan yuqadi. Bu kasallik 2 fazali isitma, intoksikatsiya, sariqlik, gemolitik sindrom, jigar va buyrak zararlanishi bilan kechadi. Qo'zg'atuvchisi RNK saqlovchi virus (Flavivirus) bo'lib, arboviruslar oilasiga mansub. Sariq isitma antroponoz infektsiya bo'lib, tropik mintaqalarda Afrika va Amerikada uchraydi. Ikki xil o'chog'i ma'lum:

1. Tabiiy yoki quyuq o'rmonzordagi o'choq.
2. Shaharlardagi o'choq.

Quyuq o'rmonzordagi o'chog'ida infektsiya manbai – maymunlar, kemiruvchilar hisoblanadi. Infektsiyani chivinlar yuqtirib tarqatadi. Infektsiya tarqalishi uchun o'z

sikli bo'lib bu: maymun → chivin → maymundir. Odam bu siklning ichiga to'satdan (ikkilamchi bo'lib) tushadi.

Kasallik ko'proq ovchilarda, o'rmon daraxtlarini kesuvchilarda uchraydi. Shahar sharoitida isitmaning manbai bemor odam hisoblanadi. Shaharlarda infektsiyani *Aedes aegypti* deb ataladigan chivin yuqtiradi. Bemor kasallikning dastlabki 3 kuni kasallik manbai hisoblansa, chivin odamni chaqqandan 6-30 kundan so'ng infektsiyalangan hisoblanadi va virus uning organizmida umrbod qoladi (1-2 oy).

Inkubatsion davri 3-6 kun davom etadi, ayrim hollarda 10 kun. Kasallik o'tkir boshlanadi: bunda to'satdan umumiy holsizlik, kuchli bosh og'rig'i, bosh aylanishi, belda va oyoqlarda og'riq bilan kuzatiladi. Tana harorati 39-40S gacha va undan yuqori bo'lishi mumkin, qaltirash kuzatiladi. Bemorning tashqi ko'rinishi: yuzi, bo'yni va ko'kragi qizargan, kon'yunktivit, sklera qon tomir in'ektsiyasi, yuzining shishganligi, qovoqlari, lablari shishgan, tili yorqin-qizil rangda bo'ladi. Bemorlar ko'pincha alahlaydi, har xil nojo'ya harakatlar qiladi, vasvasa va gallyutsinatsiyalar kuzatiladi. Bundan tashqari, ko'ngil aynish, qayt qilish, taxikardiya kuzatiladi. AQB normal, yurak tonlari bo'g'iqlashgan. Kasallikning 3-kuni bemorning ahvoli og'irlashadi, sianoz, teri va sklera sarg'ayishi, gemolitik sindrom (milklardan, burundan qon ketish belgilari) kuzatilishi mumkin. Jigar va taloq biroz kattalashgan, palpatsiyada qo'lga unnaydi. Shu vaqtdan boshlab intoksikatsiya, leykopeniya, oligouriya va albuminuriya hisobiga bradikardiya kuzatiladi. Bemorning yuzi shishgan, havotirli, ko'zlari yaltiroq, kon'yunktivit, lablari yorqin-qizil rangda, fotofobiya va ko'zdan yosh oqishi kuzatiladi. Kasallikning 4-5-kunlarida remissiya fazasi boshlanadi (davomiyligi bir necha soatdan bir necha kungacha). Harorati pasayadi, bemorning umumiy ahvoli yaxshilanadi, bosh va mushaklaridagi og'riq kamayadi, uyqu va ishtahasi yaxshilanadi. Kasallikning yengil shaklida bu faza rekonvalesentsiya davri bilan almashadi. O'rta og'ir va og'ir shaklida remissiyadan so'ng venalardagi staz davri boshlanadi. Bunda bemorning ahvoli yomonlashadi, harorati qayta ko'tariladi, intoksikatsiya, gemolitik va sariqlik sindromi kuzatiladi. Buyrak yetishmovchiligi, albuminuriya,

oligouriya keyinchalik anuriya, ba'zi hollarda proteinuriya kuzatiladi. Terida giperemiya o'rnida ko'k rangli shish paydo bo'ladi (venoz staz hisobiga).

Bu davrda bradikardiya, gipotoniya ba'zan kollaps rivojlanishi mumkin. Jigar kattalashgan, palpatsiyada og'riqli, qon zardobida bilirubin, transferaza aktivligi oshadi. Gemorragik sindrom kuzatiladi: gemorragik ekzantema, gematuriya, oshqozon-ichakdan, burundan qon ketishi. Qonda leykopeniya, neytropeniya, limfotsitoz, EChT oshishi kuzatiladi. Bemor toksik entsefalit va uremik koma sababli o'tkir buyrak yetishmovchiligidan halok bo'ladi. Reaktiv fazasi odatda 3-4 kun davom etadi (kam hollarda 10-14 kun) so'ngra rekonvalestsentsiya davri boshlanadi.

Sariq isitma tashxisini qo'yish uchun bemorning epidemiologik anamneziga, klinikasiga (isitma, intoksikatsiya, gemorragik va sariqlik sindromi, jigar-buyrak yetishmovchiligi va laborator tekshiruvlarga (kasallikning 3-4-kuni qonda virus topilishi, kasallikning 2-chi haftasida RSK va RTGA)) asoslangan holda qo'yiladi.

Kontagioz GVI. GVIning asosiy xususiyatlaridan biri shuki hayvondan, zararlangan bemordan bu viruslar boshqa odamlarga havo-tomchi yo'li orqali yoki alimantar yo'l bilan yuqib, infeksiyaning o'choqdan tashqari joylarga tarqalishiga olib keladi.

Lassa isitmasi. Yuqori kontagioz, virusli zooantroponoz, tabbiy o'choqli kasallik. Kasallik nomi va virus qo'zg'atuvchisi 1969 yil Nigeriyada Lassa aholisi orasida no'malum gemorragik isitma qayd qilingan. So'nggi 10 yil ichida kasallik S'erra-Leon va Liberida qayd qilingan.

Kasallik qo'zg'atuvchisi Lassa virusi bo'lib, adenoviruslarga mansub.

Infeksiyaning asosiy manbai yovvoyi kemiruvchilar (ko'p so'rg'ichli kalamushlar) hisoblanadi. Virus ularning siydigi va so'lagi orqali tashqi muhitga tushadi va suv, ozuqa mahsulotlarini zararlaydi. Kasallik asosan kemiruvchilarni ovlayotgan paytda yoki ularning terisini ishlayotganda, zararlangan mahsulotlarni va suvni ichganida yuqadi. Odamlar orasida virus havo-tomchi, alementar, jinsiy yo'l orqali, bundan tashqari shikastlangan teri orqali yuqadi. Inkubatsion davri 3 kundan 17 kungacha, kam hollarda 7-8 kun.

Kasallik – harorat ko'tarilishi, umumiy holsizlik bosh og'rishi, mialgiya bilan boshlanadi va mushaklarda og'riqlar kuchayadi, bemorda holsizlik, lanjlik, uyquchanlik, ko'krak va qorin og'rishi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, diareya kuzatiladi. Terisida gemorragik toshmalar toshadi.

Boshlang'ich davrida nisbiy bradikardiya, gipotoniya, leykopeniya kuzatiladi. Lassa isitmasi kechishi bo'yicha qorin tifiga o'xshab ketadi. Kasallikning 3-4-kuni kon'yunktivit, yarali nekrotik faringit, nafas olganda va yo'talganda tomoq va ko'krak qafasida og'riq kuzatiladi. Lab shilliq qavatida, lunjida, yuqori nafas yo'llarida yara paydo bo'ladi. Bo'ynida limfadenit va jigarning kattalashuvi kuzatiladi. Gemorragik diatezdan so'ng, qonli yo'tal, qon qusish, bachadondan qon ketishlar kuzatiladi. Kasallikning og'ir turida anuriya va azotemiya kuzatiladi. Ko'p hollarda kasallik entsefalit (hotira buzilishi bilan) psixomotor qo'zg'aluvchanlik, patologik reflekslar paydo bo'lishi va o'choqli simptomatika rivojlanadi.

Kasallikning o'tkir davri 2-4 hafta davom etadi, so'ngra harorat asta-sekin pasayadi, asosiy simptomlar yo'qoladi. Kasallikning og'ir shakli 36-67% hollarda uchraydi. Mahalliy aholi o'rtasida subklinik shakli kuzatiladi.

Ebol isitmasi. Kasallikni antropoz virusli infeksiyalar chaqiradi. Kasallik qo'zg'atuvchi virus rabdoviruslar oilasiga mansub. Kasallik o'chog'i 1976 yil Sudan va Zoir qishloq-ho'jalik aholisida qayd qilingan. Infeksiya manbai – odam bo'lib, yuqish yo'li havo-tomchi, maishiy kontakt va parenteral yo'l orqali. Ko'pincha kasallik bilan tibiyot muassasalarida ishlovchilar kasallanadi.

Inkubatsion davri 4-16 kun. Kasallik o'tkir va yuqori isitma (39-40S) bilan boshlanadi. Bemorda: umumiy holsizlik, kuchli bosh og'rig'i, so'ngra og'riq bo'yin va bel sohasi mushaklariga tarqaladi, bo'g'im va mushaklarda og'riq va kon'yunktivit rivojlanadi. Bemor – quruq yo'talga, bosh va ko'krakdagi og'riqqa, tomoq qurishiga va tildagi yaralarga shikoyat qiladi. Kasallikning 2-3-kuni qorinda og'riq, qusish va ich ketishi kuzatiladi. Bir necha kundan so'ng axlat yorqin qizil tusga kiradi. Ba'zan kasallikning 5-kuni bemorlarning tashqi ko'rinishi o'ziga xos bo'ladi: ko'zlari botgan, teri turgori pasaygan bo'ladi. Kasallikning 5-6-kuni avval ko'krak sohasida, so'ng belida va oyoqlarida dog'li – papulyoz toshma toshadi va

bu toshmalar 2 kundan so'ng yo'qolib ketadi. 4-7-kuni gemorragik diatez va og'ir angina rivojlanadi. Og'ir hollarda miya shishi, entsefalit kuzatiladi. 8-9-kuni bemor ko'p qon yo'qotishi va shokdan halok bo'ladi.

Marburg kasalligi. Virusli serkopetik gemolitik isitma, birinchi bo'lib 1967 yil Marburg va Belgradda kasallik laboratoriya ishchilari Uganddan ekseperement uchun olib kelingan Afrika maymunlari qoni va to'qimasidan zararlanganlar. Maymunlarni boquvchi ishchilar bu kasallik bilan zararlanmagan edilar.

Kasallik qo'zg'atuvchisi – RNK saqllovchi virus bo'lib, u rabdoviruslar oilasiga mansub. Kasallikning asosiy manbai Afrikaning yashil martishkasi. Odam esa bu kasallikning o'ta xavfli manbai hisoblanadi. Virus – tomoq, burun shilliq qavatida, qusuq massasida, qonda va spermada bo'ladi. Yuqish yo'li havо-tomchi, alimentar va jinsiy aloqa orqali. Kasallik Keniya, Ugand va Janubiy Rodeziyada qayd qilingan.

Inkubatsion davri 4-9 kun. Kasallik o'tkir, yuqori harorat, kuchli bosh og'rig'i bilan boshlanadi. Kasallikning 3-4-kuni asosiy simptomlari: qorinda og'riq, ko'ngil aynish, qusish (qonli) bir kunda 10-15 marta, melenasimon ich ketishi bilan rivojlanadi. Diareya bir necha kun davom etadi. 5-6-kunlari ko'pchilik bemorlarda avval tanasida, so'ng qo'l, bo'yin va yuz sohasida makulo-papulyoz toshma toshadi. Kon'yunktivit kuzatiladi. Gemorragik sindrom: terida petexiyalar, qon quyulishlar (in'ektsiya sohasida), qattiq va yumshoq tanglayda gemorragik enantemalar va gematuriya kuzatiladi. MNSda paresteziyalar, stupor, tirishishlar, meningeal sindrom kuzatiladi. 7-8-kunga kelib harorat asta-sekin pasayadi, qusish to'xtaydi, biroq ich kelishi bir necha kun davom etadi. Kasallikning 2-haftasidan boshlab toshma o'rnida qipiqilanish kuzatiladi. Bazan kasallik bakterial pnevmoniya, miokardit, orxit va gepatit asoratlarini beradi. Qonda trombositopeniya, leykotsitar formulani chapga siljishi, atipik limfotsitlarni paydo bo'lishi kuzatiladi. 35% hollarda kasallik o'lim bilan tugallanadi. Og'ir hollarda o'lim kasallikning 7-17-kuni yuz beradi. Bemor o'tkir yurak-qon tomir yetishmovchiligidan halok bo'ladi. O'ta xavfli infeksiyalarga shubha bo'lganda shifokor taktikasi.

Umumiy tashkillashtirish choralari: O'XIga shubhali bo'lgan bemor aniqlanganda, barcha birlamchi epidemiyaga qarshi choralar, klinik-epidemik malumotlar asosida qo'yilgan dastlabki tashxis asosida olib boriladi. Yakuniy tashxisni aniqlashtirgandan so'ng har bir nozologik shakl instruktiv-uslubiy ko'rsatmalar asosida o'choqlarni lokalizatsiyasi va likvidatsiyasi chora-tadbirlari ta'minlanadi. Epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni tashkillashtirish ishlari hamma infektsiya uchun bir xil bo'lib quyidagi tartibda olib boriladi:

Bemorni aniqlash.

Aniqlangan bemor to'g'risida ma'lumot.

Tashxisni aniqlashtirish.

Bemorni izolyatsiya yoki gospitalizatsiya qilish.

Bemorni davolash.

Tekshirish, karantin va boshqa cheklash chora-tadbirlari.

Bemor bilan kontaktda bo'lganlarni aniqlash, izolyatsiya qilish, shoshilinch profilaktika chora-tadbirlarini qo'llash.

Vabo, o'lat, GVI, maymun chechagiga shubha bo'lgan bemorlarni gospitalizatsiya qilish.

Noma'lum sababdan o'lganlar murdasini patologik yorish va ulardan laborator, bakteriologik, bakterioskopik tekshiruvlar uchun a'zo va to'qimalardan namunalari olish, so'ngra murdani dezinfektsiyalab ko'mish. GVIdan o'lganlar murdasi a'zo va to'qimalaridan bakteriologik tekshiruv uchun namuna olinmaydi, yuqish ehtimolligi yuqori bo'lganligi sababli.

Dezinfektsiyalovchi choralar.

Aholi orasida shoshilinch profilaktika ishlarini olib borish.

Aholini tibbiy kuzatuv.

Tashqi muhitni sanitar kuzatuv (vabo).

Sanitar-oqartuv ishlari.

Bu keltirilgan hamma chora-tadbirlar o'latga qarshi muassasalar, metodik boshqarmalar bilan kelishilgan holda amalga oshiriladi.



Barcha davolash-profilaktika va san.epidemiik muassasalarda etiotrop va patogenetik terapiya uchun zahira medikamentlar bo'lishi kerak. Yani bemor (murda) azolardan namuna olish (laborator tekshiruv) uchun. Dezinfektsiyalovchi vositalar, deraza va eshik tirqishlarini berkitish uchun leykoplastir va boshqalar.

O'HIga shubha bo'lganda bemor haqida 3 ta joyga habar beriladi: davolash-profilaktika muassasasi bosh shifokoriga, tez tibbiy yordam stantsiyasiga va SES bosh shifokoriga.

Birlamchi epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar, dastlabki tashxis qo'yilgach, quyidagi muddatlarda o'tkaziladi: o'latda – 6 kun, vaboda – 5 kun, Lassa isitmasida – 21 kun, maymun chechagida – 14 kun.

Vabo bilan kasallangan bemor bilan kontaktda bo'lganlar tibbiy xizmatchilardan kasallikning klinik ko'rinishi yuzaga chiqqanlaridan tekshiruv uchun material olinadi, o'latda esa bemor joylashgan muassasa xodimlari, kontaktda bo'lgan SES xodimlaridan namunalar olinadi. O'XI bilan kasallanganlar bemorlar bilan kontaktda bo'lganlar yakuniy tashxis yoki erta inkubatsion davrgacha izolyatorda yotadi. Bunday odamlar shifokor epidemiolog ko'rsatmasiga asosan qat'iy kuzatuvda bo'ladi.

Tibbiy profilaktika muassasalarida birlamchi chora-tadbirlar.

Epidemiyaga qarshi choralar barcha tibbiy profilaktika muassasalarida yagona reja asosida o'tqaziladi.

Vaboga, o'latga, maymun chechagiga shubha bo'lganda, poliklinika yoki shifoxonada bemorga quyidagi birlamchi chora-tadbirlar o'tqaziladi:

Bemorni izolyatsiya qilish chorasi.

Transportirovka qilish kerak bo'lgan bemorlar maxsus san.epid. transportlarda shunday bemorlar uchun muljallangan statsionarga olib kelinadi. Transportirovkaga muhtoj bo'lmagan bemorlarga shu joyning o'zida tibbiyot xodimlari tomonidan yordam ko'rsatiladi.

Tibbiyot xodimi majmua boshlig'idan kerakli dori-preparatlarini, himoya kiyimi va shaxsiy gigiyena uchun kerakli jihozlarni majmuadan chiqmagan holda telefon orqali so'raydi.

Malum vaqt tibbiyot muassasasiga kirish va chiqish ta'qiqlanadi.

Qavatlararo muloqot to'xtatiladi.

Palatalarga, eshik oldiga va shu etajga post qo'yiladi.

Bo'lim ichida bemorlarni yurishi taq'iqqlanadi.

Vaqtincha bemorlarni qabul qilish, ularni kasalxonadan chiqarish va boshqalar taqiqlanadi. Bemorlarni qabul qilish (tezkor holatda) faqatgina izolirlangan joyda o'tqaziladi. Bemor yotgan xonaning oyna va eshiklari yopiladi, ventilyatsiya to'xtatiladi va ochiq joylar leykoplastir bilan yopishtiriladi.

Muloqotda bo'lgan bemor alohida palatalarga yoki boksga joylashtiriladi.

Himoya kiyimini olguncha tibbiyot xodimi qo'lda tayyorlangan niqob bilan og'zi va burnini vaqtincha berkitishi kerak.

Himoya kiyimini (kostyumni) olgandan so'ng, ichki kiyimlarni yechmasdan kiyiladi.

Og'ir bemorlarga tibbiy brigada kelguncha tibbiy yordam ko'rsatiladi.

Maxsus asboblardan bemordan bakteriologik tekshiruv uchun material oladi.

Bemor yotgan xona dezinfektsiyalanadi.

Tibbiy brigada kelgandan so'ng bemorni ko'rgan tibbiyot xodimi shifokor-epidemiologning barcha aytganlarini bajaradi.

Agarda bemorni hayotiy muhim ko'rsatmalari bo'yicha zudlik bilan gospitalizatsiya qilish kerak bo'lsa, u holda tibbiyot xodimi bemorni maxsus stasionarga kuzatib boradi. Shifokor-epidemiolog maslahatidan so'ng tibbiyot xodimi san.ishlovga jo'natiladi; o'latning o'pka shaklida, GVL va maymun chechagida – izolyatorga yuboriladi.

Nazorat savollari

1. O'XI guruhiga qanday kasalliklar kiradi?
2. Vabo kasalligining klinik kechishidagi o'ziga xos xususiyatlari?
3. O'lat kasalligining klinik kechishidagi o'ziga xos xususiyatlari?
4. Maymun chechagining klinik kechishidagi o'ziga xos xususiyatlari?
5. O'zbekiston GIning klinik kechishidagi o'ziga xos xususiyatlari?
6. O'XI aniqlanganda shifokor taktikasi?

7. “30-shakl”, “058-shakl”larni to'ldirish tartibi?

### **Foydalanilgan adabiyotlar**

1. Yuqumli kasalliklar. Axmedova M.D., Toshkent-2008.
  2. Raxmatov O. B. Bolalar yuqumli kasalliklari. - T.: Cho'lpon, 2008y
  3. Infektsionniye bolezni s detskimi infektsiyami. V 2-x ch. //Pod redaktsiyey akademika AN RUz Daminov T.A., uchebnik, Tashkent, «Tib-kitob» 2011.-448s.
  4. Zubik T.M., Ivanov K.S., Kazantsev A.P., Lesnikov A.L. // "Differentsialnaya diagnostika infektsionnix bolezney". 2001
  5. Shlossberg., Differentsialnaya diagnostika infektsionnix bolezney. 2004.
  6. Vasilev V.S., Komar V.I., Sirkunov V.M. //Praktika infektsionista. Minsk, 1994.
  7. Kazantsev A.P., Zubik T.M., Ivanov K.S., Kazantsev V.A. //Differentsialnaya diagnostika infektsionnix bolezney. Moskva, 1999.
- Emond R., Rouland X., Uelsbi F. //Infektsionniye bolezni. Svetnoy atlas. Moskva, 1998.

### **7-amaliy mashg'ulot: Bolalarda konstitutsiya anomaliyalari profilaktikasi. 2-soat.**

1. Ekssudativ kataral, limfatiko-gipoplastik va asab-artritik diatezlari sabablari, diagnostikasi, davolash va profilaktika.

Ishdan maqsad:

- KA klinik diagnostikasiga integral yondashgan ko'nikmalarni ishlab chiqish. KAlariga shubha bo'lgan bemor aniqlanganda shifokor taktikasi, shaxsiy himoya vositalaridan foydalanish, dispanserizatsiya va rekonvalistsentlarni reabilitatsiya qilishni o'rgatish;
- bemor yotog'ida, laboratoriyalarda, shu jumladan, o'quv xonasida mavzuni muhokama qilishda talabalarda mutaxassislikka bo'lgan qiziqishlarini uyg'otish va bemorga nisbatan javobgarlik hissini rivojlantirish;
- tematik savollarni muhokama qilish misolida ilmiy fikrlash, klinik masalalarni yechishda ijodiy jihatdan yondashish, shuningdek, mustaqil qaror qabul qilishga

o'rgatish. Mantiqiy fikrlashni va o'z fikrini kasbiy tilda yetkazib 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;
- KAgaga shubha bo'lgan bemor haqida belgilangan tartibda habar berish;
- shoshilinch holatni tashxislash va gospitalizatsiyagacha bo'lgan davrda 1-chi tibbiy yordam ko'rsatish;
- rekonvalesentlarning rehabilitatsiyasini taminlash.

Mashg'ulot o'tkazish joyi, jihozlanishi

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

Konstitutsiya anomaliyalari.

Diatez o'ziga xos genetik, ba'zan bola organizmining tashqi muxit sharoitiga adaptatsiyasining buzilishi bilan kechuvchi konstitutsion anomaliyadir. Ekssudativ-kataral diatez (EKD). Barer to'qimalar (teri va shilliq qavatlar)ning yuqori sezgirligi va jaroxatlanishi, infeksiyon agentlarga qarshilikning kamayishi, tez-tez yuzaga keladigan allergik reaksiyalar bo'lishi bilan xarakterlanadi. Klinik belgilar go'daklar xayotining ilk kunlaridan paydo bo'lib, 80-90% bolalarda 2-3 yoshga kelib yo'q bo'lib ketadi.

Etiologiya. Yetakchi omil – genetik moyillik. Xavf omillari qatoriga xomila ichi rivojlanishning noqulay sharoitlari, xomila gipoksiyasi, tug'ruq vaqtida MNSning shikastlanishi, infitsirlanish va massiv antibakterial terapiya, atrof-muxit ifloslanishi va oziqlantirish xarakteri kiradi.

Klinika. EKDli bolalar rangpar va shishinqiragan bo'lishadi. Tana massasi noto'g'ri oshib boradi. Diatez doimiy belgilari bu-teridagi belgilar xisoblanadi:

avvaliga bu gneys - katta liqildoq atrofida va tepa suyagi soxasida yog'li seboreyali qipiqlnsh paydo bo'ladi. Teri shilliq qavatlari o'zgarishi, doimiy burun oqishlar, konyuktivit, blefarit, faringit, angina, stomatit, soxta krup, retsidivlanuvchi bronxit, «Geografik til»xos. Periferik limfatugunlar kattalashadi. Bunday bolalar, O'RZ, oshqozon ichak kasalliklari bilan tez-tez og'riydilar.

Diagnostika.

1.Qon, siydik, axlat umumiy taxlili.

2.Qon bioximik taxlili.

3. Allergologik sinamalar.

4.Oilaviy allergologik anamnez.

Laborator tekshiruvlar: eozinofiliya, gipo- i disproteiniemiya, albumin va gamma – globulinlar kamayishi, aminokislotalar disbalansi, gipoxolesterinemiya, qonda qand miqdorining ko'tarilishi, atsidoz.

EKD, atopik dermatit, dermorespirator va dermointestinal simptomlarning immunologik markerlari bo'lib xisoblanadi: IgEning oshishi, T-supressor, IgA, IgG2 antitela bloklovchilarning kamayishi

Prognoz .

Ko'p bolalarda 2-3 yoshga borib ferment va immun sistema shakllanadi, teri va shilliq qavatlarning barer funktsiyalari tiklanadi, almashinuv jarayonlari stabillashadi. Ayrim bolalardagina “allergik kasallik” transformatsiyasi kuzatiladi.

Davolash .

1.Bolalarni to'g'ri tarbiyalash va oziqlantirishning barcha gigiyenik amallariga rioya qilish.

2.Parxez bola yoshiga va oziqlanishiga xam miqdor xam sifat jixatdan mos kelishi kerak. Bolalarga shirinliklar, bo'tqalar, kisel va non va makaron maxsulotlari iste'moli chegaralanadi. Meva,sabzavot va shuningdek kaliy preparatlari kiritish tavsiya qilinadi. 1yoshdan kam bo'lgan go'daklarga eng optimal bo'lib bu ko'krak suti bilan oziqlantirish xisoblanadi. Sut va sutli maxsulotlar tavsiya qilinadi.

Spetsifik giposensibilizatsiya – uzoq muddat teri ostiga kichik dozadagi antigenlarni vrach allergolog nazorati ostida yuborish. Antigen bilan kontakti bartaraf qilish kerak.

Nospetsifik giposensibilizatsiya: Shart xisoblanadi. Yoshga qarab antigistamin vositalari bilan davolash kurslari kaltsiy, rutin va askorbin kislotalari bilan qo'shib o'tkaziladi, (0,25—0,5 g 1 kunda 2—3 maxal). Kurs davomiyligi 1 oydan kam bo'lmasligi kerak. Keyinroq 1 yil davomida qisqa muddatli takroriy kurslar o'tkaziladi. Xar oyda 10kun, so'ng 20 kunlik tanaffus bilan.

Xuruj davrida sedativ terapiya xam tavsiya qilinadi. Bu o'z ichiga valeriana, trioksazin, kichik dozali uxlatuvchilar (fenobarbital, elenium)oladi.

Maxalliy davolash - xo'l ekzemaning o'tkir fazasida o'simlik yog'i burovskiy suyuqligi, rezortsin eritmasi yoki kumush nitrat bilan namlangan bog'lamlar tavsiya qilinadi. Quruq ekzemalarda esa- taninli vannalar, eman po'stogi damlamalari, kaliy permanganat, itquyruq (chereda), moychechak damlamalari, kraxmalli vannalar yaxshi samara beradi.

Interkurrent kasalliklarni medikamentoz davolash extiyotkorlikni talab qiladi. Antibiotiklar va sulfanilamidlarni o'rta dozalarda qisqa kurslarda giposensibilizatsiyalovchi preparatlar fonida va faqat absolyut ko'rsatma bo'lgandagina buyuriladi.

Dispanserizatsiya.

Bola 1 yoshga to'lgunga qadar xar oyda 1 marta, 1-4 yoshda esa 1kvartalda 1ta ko'rik, 4-yoshdan keyin 1yilda 1marta VOP ko'rigi o'tkaziladi. Dispanserizatsiya bola 3 yoshga to'lgunga qadar , turg'un remissiya davomiyligi 1 yil bo'lishi kerak. Vaktsinatsiyadan avval 10 kun davomida giposensibilizatsiyalovchi terapiya o'tkazilishi kerak.

Limfatiko-gipoplastik diatez (lgd). Limfadenoid to'qimani diffuz giperplaziyasi (70% xollarda bir vaqtning o'zida ayrisimon bez kattalashishi xos) shuningdek bir qator ichki a'zo va bezlarning gipoplaziyasi, endokrin disfunktsiya, immun yetishmovchilik bilan xarakterlanib, natijada bolaning atrof-muxit sharoitlariga reaktivliginig o'zgarishi va moslashuvining kamayishi yuzaga keladi.

Etiologiya. LGD etiopatogenezi masalasi oxirigacha xal qilinmagan bo'lib, lekin tashqi muxitning asosiy o'rni borligi taxmin qilinadi. Tug'ruq travmalari, uzoq muddatli xomila ichi gipoksiyasi, og'ir surunkali infeksiyalar, allergik reaksiyalar buyrak usti bezi po'stlog'ining shikastlanishiga olib keladi.

Klinika. LGDli bolalar odatda ortiqcha tana vaznli, tana uzunligi esa disproportsional ya'ni qisqa tana va qisqa bo'yin, oyoq qo'llar uzun, cho'zilgan kurak suyaklari xos. Bolalar lanj va apatik bo'ladilar. Teri rangpar, sianotik, yaqqol marmarsimon tusli bo'lib "Quruq" toshmalar ko'pincha dumba va oyoqlarga toshadi, turg'un oprelosti - bo'yin burmalari va quloq orqasida joylashgan. Barcha gurux limfa tugunlari, taloq va jigar kattalashgan bo'ladi. Timus gipertrofiyasi, buyrak va yurak morfofunktsional yetilmaganligi kuzatiladi.

Diagnostika.

1. Qon umumiy taxlili: anemiya, eozinofiliya, neytro- va monotsitopeniya, absolyut limfotsitoz, EChT oshishi.
2. Qon bioximiyasi: KIM atsidoz tomonga siljishi, lipidlar va xolesterin miqdori oshishi.
3. Gormonlar miqdorini aniqlash: kortikosteroidlarning kamayishi, AKTG va STGning oshishi.
4. Ayrisimon bezning rentgenografiyasi: timiko-torakokardial indeksni aniqlash (TTKI).

Tashxis. LGD tashxisi rivojlanishning disproportsionalligi va limfoid to'qimani sistem giperplaziyasining timus kattalashishi va immunitetni to'satdan tushib ketishi bilan birgalikda kechadi va tashxis shunga asoslanib qo'yiladi.

Bashorat. Bashorat qilish odatda qiyin. Ba'zida jinsiy rivojlanish orqada qoladi, buyrak usti bezi o'tkir yetishmovchiligi natijasida yuzaga keladigan stresslar oqibatida to'satdan o'lim sodir bo'lishi mumkin.

Davolash. Ximoya qilish tartibga qattiq rioya qilish, axvol stabillishgunga qadar vaktsinatsiyalarni to'xtatish, gipoallergenli parhez, qisqa kursli individual kortikosteroid, immunoglobulin va immunomodulyatorlar qabuli tavsiya qilinadi. O'tkir buyrak usti bezi yetishmovchiligida zudlik bilan izotonik eritmalar,

gidrokortizon, prednizolon, plazma va noradrenalin qilish kerak. Teri ostiga - mezaton, ichishga esa— yuqori dozali askorbin kislotasi buyuriladi.

Dispanserizatsiya va rehabilitatsiya tez-tez kasal bo'luvchi bolalar singari olib boriladi. Kuzatuv muddati 7 yoshgacha. Kuzatuv 1 yilda 2 marta olib boriladi to bola 3 yoshga to'lgunga qadar, so'ng 1 yilda 1 marta olib boriladi. Endokrinolog va immunolog 1 yilda 2 marta 3 yoshga to'lgunga qadar. Lab. Taxlillar 3 oyda 1 marta. timomegaliyada immunogramma, 17-oks-v moche ,qonda lipid va xolesterin .ko'rsatmaga ko'ra ko'krak qafasi rentgeni, EKG-6 8 oyda 1 marta.

#### Nerv-artritik diatez (nad)

- modda almashinuvining genetik asoslangan buzilishi va unga bog'liq xolda MNS ning yuqori qo'zg'aluvchanligi.

Yaqqol klinik manzara 7—14 yoshli bolalarga xosdir.

Etiologiya. NAD ni etiologiyasini nasliy omillarga bog'lashadi.(purin asoslari va siydik kislotasi almashinuvining genetik nuqsoni) va tashqi muxit ta'siri ( oqsil maxsulotlari bilan o'ta to'yintirib yuborish).

Klinika. Bemor yoshiga bog'liq bo'lib quyidagi sindromlar bilan namoyon bo'ladi: Teri sindromi. Allergik toshmalar Kvinke shishi, eshakemi, prurigo, neyrodermit, quruq va seboreyali ekzema ko'rinishida toshadi. Shilliq qavatlar teri singari kam shikastlanadi. Astmatik bronxit yuzaga kelish extimoli bor.

Nevrastenik sindrom. 84% xollarda uchraydi. Qo'zg'aluvchanlik ustunlik qilishi bilan namoyon bo'ladi va bu erta psixik, emotsional rivojlanishiga olib keladi. Lekin tiksimon va xoreik giperkinezlar, kashel, qayt qilishlar, aerofagiya, enurez xam xarakterlidir.

Almashinuv buzilish sindromi. O'tib ketuvchi, odatda kechasi yuzaga keladigan, bo'g'imli og'riqlar, dizurik buzilishlar, saluriya, og'izda atseton xidli davriy atsetonemik qusishlar bilan namoyon bo'ladi.

Spastik sindrom. Bronxospazm, migrensimon bosh og'riqlar, gipertenziya va kardialgiyaga moyillik, buyrak, jigar va ichak sanchiqlari, ich qotishi va spastik membranoz kolit rivojlanadi.



Tashxis. Oilaviy anamnezda almashinuv kasalliklar mavjudligiga, bola MNS qo'zg'aluvchanligi oshish belgilariga, modda almashinuvining yaqqol buzilishlariga, spazmga moyillik va o'ziga xos allergik belgilar bilan namoyon bo'lishiga asoslanib qo'yiladi.

Bashorat. Kattalarda ateroskleroz, gipertoniya kasalligi, podagra, almashinuv artritlari, diabet, o't tosh kasalligi, atopik bronxial astmaning erta shakllanishi mumkin.

Davolash. Diyetoterapiya –purin asosi va shavel kislotasi saqlovchi go'sht va baliq bulonlari va sabzavotlar cheklanadi. Atsetonemik qusishlarda 12 soatgacha ochlik parxezi tavsiya qilinadi, sovutilgan tuzli eritmalar va kichik portsiyalik glyukoza ichish tavsiya qilinadi.

Dispanserizatsiya UASH, endokrinolog va nevropatolog birgalikda o'tkaziladi, ko'rik xar 6oyda 1marta olib boriladi. Laborator taxlillar yiliga 2 marta topshiriladi.

Profilaktika.

Antenatal profilaktika quyidagilardan tarkib topgan: xomiladorlikni ratsional olib borish, kasbiy zararli ta'sirotlarni inkor qilish, profilaktik diyetoterapiya. Tug'ruqni ratsional olib borish. Postnatal profilaktika: bola va ona uchun gipoallergenli parxez, dori vositalarining chegaralangan qabuli, mavjud patologiyani korrektsiyalash, terining to'g'ri parvarishi, gipoallergenli parxex, individual grafik asosida emlash. Profilaktik emlashlar emlash kalendariga asoslanib tartib bo'yicha amalga oshiriladi va faqat antigistamin preparatlar fonida 10 kun davomida buyuriladi. Vitaminoterapiya V-5, V-6 (1-2 hafta).

Reabilitatsiya: kun tartibini normallashtirish, parxezga rioya qilish, surunkali infeksiya o'choqlarni sanatsiya qilish, adaptogenlar tavsiya qilinadi, stimulyatsiyalovchi preparatlar, immunnomodulyatorlar, buyrak usti bezi stimulyatsiyasi 1yilda 2 marta, massaj, gimnastika, fermentoterapiya. Reabilitatsion terapiya NAD da yiliga 4marta 2-3 hafta davomida.

Diatezlar profilaktikasi:

1. bolalarda oziqlanishni to'g'ri tashkillashtirish, ortiqcha oziqlantirishni va ochlikni bartaraf qilish.

2. yoshga mos ravishda tartibni to'g'ri belgilash;
3. DJT bilan sistematik shug'ullanish.
4. suvli muolajalarni qo'llash.
5. Vitaminlar (V1, V2, RR, A va D)
6. profilaktik emlashlarni xamma toshmalar yo'qolmaguncha to'xtatib turish kerak. Ayrim bemorlarga emlashlarni faqatgina ayrim epid. ko'rsatmalar bo'lgandagina qilinadi.

Konstitutsion anomaliyalı bolalarnı dispanser kuzatishni rejalashtirish.

- eksudativ-kataral diatez (EKD)
- limfatik – gipoplastik diatez (LGD)
- neyro – artritik diatez (NAD)
- UASh ko'rigi 1 oyda 1 marta
- Endokrinolog, allergolog, nevropatolog ko'rigi 1 oyda 1 marta
- Qon umumiy taxlili, siydik umumiy taxlili, najasni gijja tuxumlariga va sodda xayvonlarga xar 6 oyda 1 marta tekshirish.
- 1 yoshga qadar antropometrik ko'riklarni o'tkazib turish.
- Xar oyda psixomotor rivojlanish nazorati.
- Sanitar-oqartuv ishlari.
- Klinik belgilar yo'qolgach 6 oy davomida dispanser kuzatuvni olib borish.
- Salomatlik guruxi II "B".

Kalendar bo'yicha o'tkaziladigan profilaktik vaktsinalarnı vaktsinatsiyadan 7 kun avval va 7 kun keyin antigistamin preparatlar fonida o'tkaziladi. Diatezlar profilaktikasi – xomiladorlarnı ratsional oziqlantirish, allergik xususiyatga ega oziq moddalar (shirinliklar, sho'r va o'tkir) ni xaddan ortiq iste'mol qilishni chegaralash, go'daklarnı qo'shimcha ovqatlantirishni adekvat muddatlarini belgilash, diatezning ilk belgilari paydo bo'lganda ona parhezidan shirinliklar, o'tkir, achchiq, sho'r taomlar, kakao, kofe shokolad pishloq kolbasa konservalar chiqarib tashlanadi. Tez tez yuzaga keladigan respirator infeksiyalarnı oldini olish uchun – adaptogeni- eleuterokokk, jenshen, kaliy orotat, A, S, B va E guruxli

vitaminlar, immunomodulyatorlar, zarur paytlarda LOR a'zolari sanatsiyasi tavsiya qilinadi.

NADda –ovqat tarkibidan xayvon yog'larini,jigar,miya,buyrak,kakao ismaloq va yashil no'xot cheklanadi. Psixik zo'riqishlarni kamaytirish va psixonevrolog nazoratini tashkillashtirish.

Nazorat savollari:

1. konstitutsiya anomaliyalari turlarini aniqlang.
2. EKD, LGD, NADning asosiy belgilari.
3. EKD, LGD, NADni davolash asosiy qoidalari.
4. EKD, LGD, NADni dispanzer nazorati tamoyili.
- 5 EKD, LGD, NADni reabilitatsiya tamoyili.
6. Xujjatlarni rasmiylashtirish.
7. Vaktsinatsiyaga tayyorlash qoidalari.

### **Foydalanilgan 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., Boboyeva U.R. Detskiye bolezni. - T., 2013
5. Daminov T.O., Xolmatova B.T., Boboyeva O'.R. Bolalar kasalliklari.-T., 2012.
6. Detskiye bolezni, pod red. A.A. Baranova. – M., 2010
7. Detskiye bolezni, pod red. N P. Shabalova. – M., 2010

## V. KEYSLAR BANKI

1. 1 muammoli vaziyat 14 yeshli bola R. Shikoyatlari: Ung 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 yerda bolaga echki suti, sharbatlar berib boqishgan. Go'sht maxsulotlarini yemagan, buvisini so'zidan go'sht maxsulotlari berilsa bola ovqatdan bosh tortgan. Tez-tez tuproq yeb turgan. Shu yillar mobaynida vrachga uchrashishmagan 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: N-54 g/l. Er-2,6 $\bar{d}$ 10<sup>12</sup> /l, S.p. - 0,63, Retik. -2,9%, Leyk - 7,2 $\bar{d}$ 10<sup>9</sup> /l, p/ya - 2%, s - 20%, e - 4%, l - 64%, m - 10%, SOE -14 mm/chas.

Topshiriqlar:

- Sizing 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: paarxezning 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 Yerkin, 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: N - 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 - as, 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 yengil 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 shish lar 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, mindalinasi II-III kattalashgan. Puls 100 ud/min, o'rtacha to'lalikda 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-4,0x10<sup>12</sup>/l, S.p.-0,87; leykots.-9,4x10<sup>9</sup>/l, segmentoyader neytrofillar-73%, limfotsitlar-27%, SOE-44 mm/ch.

Siydik taxlili: svet-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, teri qoplami kulrangsimon 1-kun bo'yin va chov burmalarida piodermiya elementlari aniqlangan. 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 gipotonyasi, giporefleksiya. Teriqoplami: toza, pushti, chovburmalarida giperemiya. Kindik yarasi epitelizatsiyalangan. Shilliq pardalar toza. Ichki organlarda patologiya yo'q. Axlati-burda-burda, kuniga 3-5 maxal, patologik belgisiz.

- Sizing taxminiy tashxisingiz?
- Bolani kandy mutaxassislar kuzatib borishi kerak?
- Sepsis profilaktikasibuyichaonagakandy maslaxatberiladi?
- Kasallik prognozi qandy?

#### 7- muammoli vaziyat

Bemor 3 yosh. Anamnezidan bola tugilgandan beri terivashillikkavatlaridatarkok sianoz kuzatilgan. Kelganda teri va shilliq qavatlari biroz ko'kimtir, akrotsianoz, barmoqlar 'nogora tayokchasi', tirnoqlar 'soat oynasi' ko'rinishida. Kukrak qafasi deformatsiyalashgan, yurak nisbiy chegaralari : unq-parasternal chizikdan 1 sm o'ngda, chap- aksillyar chiziq bo'ylab, yuqori- 2-qovurg'a. Auskultativ: tonlar ritmik, ChSS –160, tush suyagi chap qirrasi 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.
- Sizning tashxisingiz?
- Qanday kushimchatekshiruvlaro'tkazishkerak?
- Differentsial diagnozni qaysi kasallik bilan o'tkazasiz?
- Kasallik davomida kanday fazalar mavjud?

### **Amaliy topshiriqlar**

1. Xomilador ayel 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 qarshilak	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.
<b>AԁC</b>	Adsorblangan difteriya-qoqshol vaktsinasi	diphtheria, tetanus vaccine (DT), DT
<b>AKDS</b>	Adsorblangan difteriya-qoqshol ko'kyo'tal vaktsinasi	diphtheria, tetanus and acellular pertussis vaccine (DTaP), DPT with acellular pertussis
<b>Alajill sindromi</b>	Alajill sindromi, jigar tomirlarining anomaliyasi	Alagille syndrome, hepatic vascular anomaly
<b>Valeologiya</b>	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
<b>AC</b>	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
<b>Bilirubin</b>	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 oshadi, gemolitik sariqlikda esa faqat bog'lanmagan bilirubinning miqdori oshadi.	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.
<b>Gipodinamiya</b>	Kam xarakatlanuchi xayet 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,
<b>Gipokineziya</b>	Xarakat kamligidan kelib chikadigan xolat. Kam xarakatli turmush tarzida uchraydigan organizmning	decrease in any movements and their volume, the lowered physical activity; develops at an inactive way

	fiziologik yetilmaganligi.	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)
<b>Гипоплазия</b>	Organ, tana kismining yetuk rivojlanmaganligi. Urta kursatkichlardan 2 stigmadan ortik ogish	the underdevelopment of fabric, body, part of a body exceeding a deviation from average values in two sigma
<b>Декompensatsiya</b>	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
<b>Diagnoz</b>	Organizmni xar tomonlama tibbiy va biologik tekshiruvdan keyingi uning sog'ligi yeki 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
<b>Diareya</b>	suvsizlanishga olib keluvchi ich ketishi	Severe diarrhea, which leads to dehydration
<b>Diagnostika</b>	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;
<b>Immunoglobulin</b>	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
<b>Immunosupressiya</b>	Immunitetning bo'g'ilishi	immunosuppression
<b>Karnitin</b>	vitaminsimon birikma. Gusht maxsulotlari tarkibida kup uchraydi. Yog' kislotadan energiya paydo bo'lishida ishtirok etadi.	Vitamin-metabolic compound. Carnitine in many meat products.
<b>Kasallanish</b>	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
<b>Kasalxona ichi infeksiyasi</b>	Kasalxonada tushgandan so'ng 48 soat ichida yuqqan kasallik	hospital infection
<b>Kontaktida bo'lgan</b>	Yuqumli kasallik bilan kontaktida bo'lgan odam	contact case (contact)
<b>KPK</b>	Qizamiq, parotit, qizilchaga qarshi vaktsina	measles - mumps - rubella vaccine (MMR)
<b>Kontrol gurux</b>	Farq lash guruxi	control group
<b>Monitoring</b>	Kuzatuv	Monitoring
<b>Meteorizm</b>	oshqozon va ichaklarda havoning bo'lishi.	The presence of gas in the cavity of the stomach or intestine
<b>NGI</b>	Noaniq genezli isitma	FUO (Fever of Unknown Origin)
<b>Nojo'ya ta'sir</b>	Davolash davomida kelib chiquvchi kutilmagan xolat	TEAE (Treatment Emergent Adverse Event)
<b>Ob'ektiv tekshiruv</b>	Ob'ektiv tekshiruv(tana vazni, buyi, teri rangi,	Objective measurement
<b>Obstruksiya</b>	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
<b>piyelonefrit</b>	buyrak parenximasi va jom tizimining yallig'lanishi	Inflammation of the renal pelvis system of kidneys

<b>Pirogenlar</b>	tana xaroratini kutaradigan modda	Substances that increase the body temperature
<b>Plevrit</b>	Plevraning yallig'lanishi. Plevra 2 varaqdan iborat : pariyetal – ko'krak qafasini ichki tomondan o'rab turadi va vistseral – o'pkani o'rab turadi.	Inflammation of the lung membranes
<b>PET</b>	pozitron-emission tomografiya	Positron Emission Tomography
<b>Postvaktsinal asorat</b>	Bolaning immunizatsiyadan keyingi axvolidagi manfiy o'zgarish	adverse event following immunization (AEFI)
<b>sog'liq</b>	Insonning to'liq jismoniy, ruxiy va sotsial tomondan optimal axvoli	condition of full physical, spiritual and social wellbeing, and not just absence of diseases and physical defects (definition of World Health Organization)
<b>OIV</b>	Odam immun tanqislik virusi	HIV(Human Immunodeficiency Virus)
<b>Sovuqlik zanjiri</b>	Vaktsinalarni doimiy bir xil optimal xaroratda saqlash	cold chain system
<b>Urgent xolat</b>	Shoshilinch xolat	emergency medicine
<b>ELISA</b>	immunofermentniy analiz (IFA).	Enzyme Linked Immunosorbent Assay
<b>EChT, ESR</b>	Eritrotsitlar cho'kish tezligi	Erythrocyte Sedimentation Rate
<b>OAP</b>	Botallov yo'lagi ochiqligi	Atrioventricular Canal

		Defect
<b>Xujayra immuniteti</b>	Oranizm immun tizimining xujayralari tomonidan ta'minlanadigan kasalliklarga qarshi kurashuvchanlik	cellular immunity (cell-mediated immunity) (CMI)
<b>Xlamidioz</b>	jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasallik. Xlamidioz quyidagi kasalliklar ko'rinishida uchraydi: erkaklarda - epididimit; ayollarda - servitsit, 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.



### III. 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., Boboyeva U.R. Detskiye bolezni. - T., 2013
  5. Daminov T.O., Xolmatova B.T., Boboyeva O'.R. Bolalar kasalliklari.-T., 2012.
  6. Detskiye bolezni, pod red. A.A. Baranova. – M., 2010
  7. Detskiye bolezni, pod red. N P. Shabalova. – M., 2010
  8. Detskiye bolezni.Uchebnik v 2 tomax. Zaprudnov A.M., Grigorev K.I., 9. Detskiye bolezni, uchebnik. N.A. Geppe, 2018.
  10. Pediatriya. Avdeyeva T.G. 2016.
  11. Neonatologiya, Karimjonov I.A. va boshqalar. O'quv qo'llanma, 2020. Toshkent.
- Internet ma'lumotlari
1. [www.scopus.com](http://www.scopus.com)
  2. [www. Ziyonet. Uz](http://www.Ziyonet.Uz) [www. edu. uz](http://www.edu.uz)
  3. Inocom.uz elektron jurnali: [www.ing'ocom.uz](http://www.ing'ocom.uz)
  4. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining Matbuot markazi sayti: [www.press-service.uz](http://www.press-service.uz)
  4. O'zbekiston Respublikasi Davlat Hokimiyati portali: [www.gov.uz](http://www.gov.uz)
  5. Axborot-kommunikatsiya texnologiyalari izohli lug'ati, 2004, UNDP DDI: Programme [www.lugat.uz](http://www.lugat.uz), [www.glossaiy.uz](http://www.glossaiy.uz)
  6. O'zbek internet resurslarining katalogi: [www.uz](http://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)

