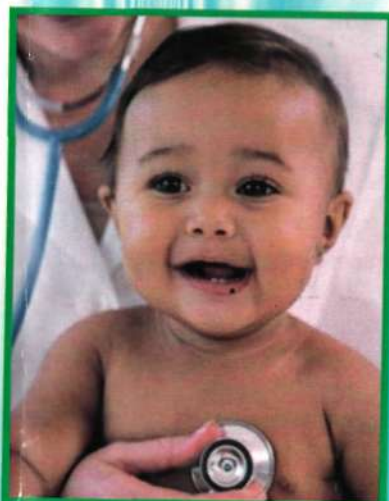


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА  
МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРАЛИГИ  
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРАЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

# ПЕДИАТРИЯ ВА НЕОНАТОЛОГИЯДА ХАМШИРАЛИК ИШИ

(«Олий маълумотли хамшира» факултети талабалари учун)



ТОШКЕНТ-2012

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ**

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**Илхом Асомович Каримжанов,  
Шахноз Шукуровна Абдусагатова**

**ПЕДИАТРИЯ ВА НЕОНАТОЛОГИЯДА  
ХАМШИРАЛИК ИШИ  
ЎҚУВ КЎЛЛАНМА**

**(«Олий маълумотли хамшира» факултети талабалари учун)**

**ТОШКЕНТ-2012**

Такризчилар: Д.И.Ахмедова - т.ф.д., профессор  
А.Р. Исроилов- т.ф.д., профессор,  
Б.Т.Холматова- т.ф.д., профессор

ADRIYONLASH VA TADQIQOTIY ISHNI TASHKIL ETISH MARKAZI  
MUNOFAVATLARI MARKAZI  
Axborot-Tekhnika Markazi

(HURU'YIY VA TADQIQOTIY ISHNI TASHKIL ETISH MARKAZI)

ADRIYONLASH VA TADQIQOTIY ISHNI TASHKIL ETISH MARKAZI  
AXBOROT-TEKHNIKA MARKAZI  
INV № 2

## Аннотация

Ушбу ўқув қўлланма олий малакали ҳамширалар факультети талабалари учун педиатрия ва неонатология бўйича ўқув дастурига мос равишда тузилган.

“Соғлом бола боби” болалик давлари, орган ва тизимларнинг анатомик ва физиологик хусусиятлари, жисмоний ва руҳий ривожланиш қонуниятлари, турли ёшдаги болаларнинг овқатлантириш муаммолари ва иммунологик муҳофазалаш масалаларига бағишланган.

“Неонатология қисмида” чақалоқлардаги адаптация даврига хос чегарадош ҳолатлар, шу даврдаги тез-тез учрайдиган касалликлар (асфиксиялар, травмалар, сепсис, гемолитик сариклик касалликлари ва бошқалари), уларда болаларни парваришлаш ва ҳамшира томонидан кўрсатиладиган тиббий ёрдам мажмуаси берилган.

Қўлланманинг кейинги бобларида фақат кичик ёшдаги болаларда учрайдиган касалликлар (гипотрофия, рахит, спазмофилия, конституция аномалиялари ва х.к.), ва катта ёшдаги болалар касалликлари, уларнинг ўзига хос кечиши хусусиятлари ўз аксини топган.

Бу ҳолларда ҳам ҳамшира йиғадиган анамнез маълумотлари, касалликнинг клиник белгилари ва ўтказиладиган текширувлар, ҳамширалик ташхис қўйиш критерийлари, касалликни даволаш ва олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар белгиланган.

Талабаларни ўқитиш ва амалий тайёргарликларига бўлган бугунги кун талабларини инобатга олиб, алоҳида қилиб болаларни турли касалликларда (экссудатив-катарал диатез, спазмофилия, юрак-қон-томир касалликлари, буйрак ва меъда-ичак, қон касалликлари ва х.к.) парваришлаш асослари, тез-тез учрайдиган оғир ҳолларда (гипертермия, талвасалар, анафилактик шок ва бошқаларда) тез ердам кўрсатиш ўқув қўлланмада амалий қўнқмалар қисмида кадамма-қадам олиб борилиши, текширув ва назорат саволлари, табица ва схемалар, расмлар келтирилган.

Ушбу ўқув қўлланма олий малакали ҳамширалар факультети, тиббий коллежлар талабалари, амалиёт ҳамширалари учун мўлжалланган.

## Аннотация

Данное учебное пособие составлено согласно типовой программы и предназначено для студентов факультета медицинская сестра с высшим образованием.

В главе «Здоровый ребенок» дана характеристика периодов детского возраста, особенности питания детей различного возраста с примерами, а также вопросы вакцинации детей, прививочный календарь, показания и противопоказания к проведению прививок согласно требованиям ВОЗ.

В разделе «Неонатология» освещены характерные для периода адаптации новорожденных пограничные состояния, наиболее часто встречаемые в этом периоде заболевания (асфиксии новорожденных, родовые травмы, недоношенность, сепсис, гемолитическая болезнь новорожденных и т. д.), и выхаживание детей с данной патологией, комплекс мероприятий, решаемых медицинской сестрой.

В последующих главах приведены данные о заболеваниях, встречающихся только у детей раннего возраста, таких, как рахит, спазмофилия, гипотрофия, аномалии конституции и т.д. Отражены особенности течения заболеваний детей старшего возраста, дана их клиническая картина, современная классификация, а также вопросы лечения и профилактики, осуществляемые медицинской сестрой (сбор анамнеза, выявление характерных клинических признаков заболевания, комплекс лабораторных исследований, необходимых для постановки сестринского диагноза, мероприятия по уходу, лечению, профилактике развития заболевания или его рецидивов).

Согласно современным требованиям по подготовке студентов, отдельной главой даны данные об основах ухода при различных заболеваниях детского возраста (экссудативно-катаральный диатез, спазмофилия, заболевания сердечно-сосудистой системы, анемии, заболевания почек и желудочно-кишечного тракта и т.д.), нестолжная помощь при часто встречающихся тяжелых состояниях у детей (гипертермия, судороги, анафилактический шок и др.) в виде пошаговых практических навыков (алгоритм действия), контрольные вопросы по основным разделам в виде обучающей программы, имеются таблицы, схемы, рисунки.

Данное учебное пособие предназначено для студентов высших учебных заведений факультета «Медицинская сестра с высшим образованием», студентов медицинских колледжей и практикующих медсестер.

### Annotation

This manual has been worked out according to the general program and it is for students of the faculty of nurse of higher education.

In chapter "healthy child" is given the characteristics of infancy periods, dietary nutrition of different age children with examples, as well as issues of children vaccination, government immunizations schedule, indications and contraindications to vaccination conduction according to WHO requirements.

In the part of "Neonatology" illustrated the borderline conditions characterized for the newborn adaptation period, the diseases mostly occurred in this period as asphyxia of newborns, birth traumas, prematurity, sepsis, newborn hemolytic diseases and so on, and providing care for the children with this pathology, complex of measures, solved by nurse.

In following chapters are mentioned the data of diseases, occurred only in infants, such as rickets, sphasmophilia, hypertrophies, malformations of constitution and so on. There are shown peculiarities of clinical course of senior children, it has been given their clinical picture, current classification and also treatment and prevention issues, providing by nurse (history collection, revealing of typical clinical signs of the disease, complex of laboratory examination, needed for nurse diagnosis, activities on management, treatment, prevention of disease incidence or its relapses.

According to the current requirements in student's training, the separate chapter has been provided the data about the primary care in different diseases of infancy (exudative diathesis, spasmophilia, cardiovascular diseases, anemia, kidney and gastrointestinal tract diseases and so on.), emergency aid in frequent grave conditions occurred in children (hyperthermia, fits, anaphylactic shock and others) in the form of single-step practical skills (algorithm of action), tests on general parts as tutorial and tables, schemes, pictures.

This textbook is intended for students of higher medical institutions "Nurse with higher education", students of medical colleges and practicing nurses.

## КИРИШ

Ҳамшираллик иши-беморнинг тузалиши учун унинг атрофида қилинадиган барча хатти-харакатлар мажмуидир. Ф.Найтингел.

Ҳозирги замонда ҳамшираллик иши халқ соғлиғини сақлаш тизимининг салмоқли таркибидир. Унинг кўлами кенг ва кўп қиррали бўлиб, ҳамшира фаолиятининг асосида бемор билан муносабат ётади. У бемор касаллиги туфайли кечираётган азоб- уқубатларига ҳамдард ва малҳам бўладиган ғамхур инсон, унинг ота-онаси ва қариндошлари билан илик муносабат ташкил этувчи шавқат ҳамширасидир.

Ҳамшираллик иши ўзига хос мустақил илм ва ажойиб санъат бўлиб, ҳамшира вазифалари, одам шахси, атроф- муҳити ва соғлиғи билан боғлиқ масалалар унинг фалсафий ўзагини ташкил қилади.

Ҳозирги кунда “ҳамшираллик иши” мутахассиси фақат муолажалар бажарувчи бўлибгина қолмай, балки мустақил равишда касаллик белгиларига асосан “ҳамшираллик ташхисини” қўйиш, бемор билан мулоқотга киришиб, унинг муаммоларини аниқлаш, ёрдам режасини тузиб, шу асосда иш юритиш, бемор олдида жавобгарликни ҳис этиб, унинг дардини енгиллаштиришга ёрдам бериши керак.

Педиатрия соҳасидаги ҳамшираллик иши ўзига хос хусусиятларига эга. Чунки ҳамшира фаолиятидаги психологик компонент ҳажми малакавий компонентга тенг. Боланинг анатомик ва физиологик хусусиятлари, касалликларининг ўзига хос кечиши ва фақат болаларда учрайдиган касалликлар ҳақидаги ахборотга эга бўлиши керак. Ундан ташқари, боланинг психик ва жисмоний ривожланиш даражасини аниқлаш, болалардаги текшириш ўтказишдаги қийинчиликлар, 3-4 ёшгача бўлган болалар шикоятларини тўғри кўрсата олмади, ота – онасининг ҳам руҳий ҳолати инобатга олинishi, парварилардаги приоритетларни аниқлаш, текширувлар ўтказишдаги муаммолар ўз навбатида ҳамширалардан қўшимча масъулият талаб этади.

Пухта назарий билимли, чуқур фикрлайдиган, амалий кўникмаларни аниқ, юқори малакада бажара оладиган, бемор ва жамият олдида ўзини жавобгар деб ҳисоблайдиган, тиббий техникани мукамал тушинадиган ва у билан ишлай оладиган, жисмоний ва аклий потенциалга эга тиббий ҳамшираларни тайёрлаш – замон талабидир.

Муаллифлар ушбу ўқув кўланмани тайёрлашда фаол иштирок этган ТТА “Болалар касалликлари” кафедраси доцентлари Толипова Н. К., Турсунбоев А. К., ассистентлари Гаффарова Ф.М., Исақова Н. Ш., Исақова Г. К. ларга миннатдорчилик билдирадилар.

## СОҒЛОМ БОЛА

### БОЛАЛИК ДАВРЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ТАВСИФИ

Бола организмнинг катталар организмидан асосий фарқи, унинг интенсив ўсиши ва узлуксиз ривожланишидир. Ривожланиш жараёнида бола ҳамма вақт ўзгаради. Ҳомила ривожланишининг эрта давридан ва кейинги ривожланиш даврларида организмни ривожланиши ва мукаммаллашиши содир бўлади. Бола ҳаётини ҳар бир даври алоҳида хусусиятга эга. Бу хусусиятларни билмасдан, болани тўғри ривожланиши ҳақида ҳамда, ҳар хил ёшдаги патологияни тушуниш ва касалликни ўзига хос кечишини муҳокама қилиш мумкин эмас. Бола организмни ривожланишига теварак-атрофдаги турли омиллар таъсир қилади.

Бола организмда содир бўлувчи қонуний ўзгаришларга боғлиқ ҳолда, ҳаётида куйидаги даврлар ажратилади:

#### **А. Ҳомила ривожланиш босқичи:**

- эмбрионал ривожланиш даври (12хфтагача)
- йўлдош ( плацента) ривожланиш даври ( 12 хфта охиридан то туғилгунгача)

#### **Б. Туғилгандан кейинги ривожланиш босқичи:**

##### **1. Чақалоқлик даври (неонатал):**

- эрта неонатал давр ( туғилгандан то 7 кунгача );
- кечки неонатал давр ( 8 кундан то 28 кунгача );

##### **2. Кўкрак эмизлик ёши даври ( 1 дан 12 ойгача ).**

##### **3. "Сут тишлари" даври**

а) мактабгача олди даври ( 1 дан 3 ёшгача ).

б) мактабгача давр (3 дан 6-7 ёшгача).

##### **4. Мактаб даври**

а) кичик мактаб даври ( 6-7 ёшдан 11-12 ёшгача ).

б) катта мактаб даври ( 12 ёшдан 17-18 ёшгача ).

##### **5. Балоғат даври.**

### ҲОМИЛА РИВОЖЛАНИШ БОСҚИЧЛАРИ.

Уруғлангандан ва зигота ҳосил бўлгандан сўнг, эмбрионал ривожланиш даври бошланади ( эмбрионал давр ), бу вақтда амнион ва хорион, ички органлар ва тананинг ташқи қисмлари ҳосил бўлади. Иккинчи ойнинг охирида эмбрион одамсимон кўринишга киради. Йўлдош ривожланиш



даврида онадан кучсиз қон айланиши ҳосил бўлади, лекин ҳомилага кислород ва озуқа она йўлдоши орқали ўтади. Йўлдошни ривожланиш даври (ёки фетал давр) эрта (ҳомилдорликни 28-ҳафтасигача), кечки (ҳомилдорликни 28-ҳафтасидан) ва интранатал кичик давларига бўлинади. Эрта фетал даврда тўқималарнинг интенсив ўсиши ва такомиллашуви содир бўлади. Кечки фетал даврда кейинчалик она сути билан етарли миқдорда киритила олмайдиган озуқа компонентларини захирасини тўплаш содир бўлади. Шу даврдан она иммуноглобулинларини йўлдош орқали ўтишидан пассив иммунитет ҳосил бўла бошлайди. Сурфактант (ўпка тўқимасидаги алвеолаларнинг нормал ривожланиши учун зарур модда) ва ҳаёт учун муҳим аъзоларни ривожланиши содир бўлади.

Ҳомила ичи даври босқичи ўртача 280 кунгача ёки 10 ҳижрий ойгача давом этади. Бу даврда аъзоларни ҳосил бўлиши билан бирга, аъзоларнинг хужайра вазини тўпланиши содир бўлади.

Ривожланаётган ҳомилани озикланиши она организми ҳисобидан бўлганлиги сабабли, уни яшаш шароити ва соғлиғи келажақда соғлом бола ривожланишида катта аҳамиятга эга.

Кечки фетал давр (антенатал давр) интранатал босқич – туғишга ўтади. Туғиш – физиологик жарён бўлиб, бу даврда ҳомилани, йўлдош ва қоғонок сувларининг бачадондан туғруқ йўллари орқали ҳайдалиши содир бўлади. Ҳомилдорликни муддатига боғлиқ ҳолда туғиш даврида : вақтида туғилиш (37 – 42 ҳафта), вақтидан илгари (28-36 ҳафтагача), вақтидан ўтиб (42 ҳафта ва юқори) туғилишлар фарқланади. Интранатал босқич доимий туғруқ хуружлари бошлангандан киндик бойлангунгача давом этади (одатда 2-4 дан 15-18 соатгача).

Ҳомилани эмбрионал ривожланиш даврида қуйидаги бузилишлар кузатилиши мумкин:

Эмбриопатиялар (ҳомилдорликни 16 дан 75 кунгача). Эмбриопатияларга тератоген сабаблар: генетик, физик (радиация, ионланган нурланишлар), кимёвий (дори воситалари), вируслар (цитомегаловирус, кизилча, энтеровирус ва бошқалар) олиб келади. Эмбриопатиялар ҳомилани нобуд бўлиши ёки туғма нуқсонларни ривожланиши билан яқунланади.

Фетопатиялар – фетал давр касаллиги (72 кундан то ҳомилдорлик туғангунгача). Бу даврда ҳомилани ҳолати кўп даражада йўлдош ҳолатига боғлиқ бўлади. Ҳар хил шикастланишлар натижасида, ҳомилани ривожланишини бузилиши ва туғруқни эрта чақирилишига олиб келувчи, вирус, микроб ва бошқа ноқулай воситачиларни йўлдош ўтказувчан бўлиб қолади.

Ҳомилдорликни фетал даврида инфекция билан зарарланганда туғма нуқсонлар кам ривожланади. Кўпроқ ҳомила ривожланишини орқада қоллиши, кам вази билан туғилиш содир бўлади. Кечки фетопатиялар ҳомила ичи инфекцияларини марказий асаб тизими ва ички аъзоларни шикастлаши билан характерланади. Йўлдошда интранатал даврда қон айланишини

бузилиши ҳомила асфиксиясига олиб келиши мумкин. Туғруқ йўлларида туғруқ жароҳатлари ва шартли- патоген флора билан зарарланиш мумкин.

## **ОНА ҚОРНИДАН ТАШҚАРИДА РИВОЖЛАНИШ БОСҚИЧЛАРИ.**

**1. Чакалоклик даври** (неонатал давр) туғилгандан бошланади ва ҳаётини 4-ҳафтасигача давом этади. Бунда эрта ва кечки неонатал даврлар ажратилади.

Эрта неонатал давр – болани янги яшаш шароитга мослашишида муҳим ҳисобланади. У киндик кесилгандан то ҳаётини 7-кунигача давом этади. Туғилгандан кейин биринчи нафас билан нафас аъзолари алоҳида ўз фаолиятини бошлайди. Ўпка артерияси ва аортада қон босими тенглашади, овал тешиқдан қон ўтиши тўхтайдди, кичик қон айланишини тўлиқ ишга тушиши содир бўлади, йўлдошдаги киндик томирлари ва артериал оқимлар бўшайди, чакалок болада мустақил қон айланиши ишга тушади.

Кечки неонатал давр ҳаётини 8-кунидан то 28-кунигача давом этади. У чакалокни атроф-муҳитга мослашишини давом этиши билан характерланади. Бу вақтда киндик яраси битади, вазн ва тана узунлигини интенсив ўсиши бошланади, анализаторлар (биринчи навбатда кўриш), шартли рефлекслар ва ҳаракат координацияси ривожланади.

Чакалоклик даврини давом этиши янги туғилган болани она қорнидан ташқаридаги ҳаётга асаб ва бошқа аъзо ва тизимлари етилмаган шароитда мослашиши вақтига тўғри келади.

Бу даврдаги касалликлар ҳомила пайтида ёки туғилиш жараёнида содир бўлган ўзгаришларга боғлиқдир. Ҳаётини биринчи ойларида она ва бола антигенларини мос келмаслиги, баъзи нуқсонлар, ирсий касалликлар, асфиксиялар, туғруқ жароҳатлари ва ҳомилани она қорнида инфекция билан зарарланиши аниқланади.

Биринчи кунларидан йирингли-септик касалликлар, пиодермиялар, нафас йўллари ва ичакни вирусли, бактерияли шикастланиши касалликлари келиб чиқади.

Кечки неонатал даврда она қорнида ва орттирилган инфекцияларнинг шунингдек, сепсис касаллиги, асаб тизимини перинатал шикастланиши ва бошқаларнинг суут кечиши аниқланади.

**2. Эмизикли давр** - ҳаётини 29-кунидан то 1 ёшгача давом этади. Бу даврда болани она билан жуда яқин мулоқати кузатилади. Болани она қорнидан ташқаридаги ҳаётга мослашиш жараёни тугаб, овқатланиш механизмлари, интенсив равишда жисмоний ва психомотор ривожланиши кузатилади. Бунда, анатомик тузилмаларининг етилмаганлиги, нафас тизими

ва ошқозон-ичак тракти фаолиятининг чегараланганлиги ҳолда алмашинув жараёнлари кучаяди. Тўқималарни, айниқса, асаб тизимини ривожланиши дилом тади. Кўпгина болалардаги инфекцияларга (қизамиқ, сув чечак, қизилча, скарлатина, дифтерия ва бошқалар) қарши, она қорнида йўлдош орқали ва кейинчалик она сути орқали олинган пассив иммунитет 3-4 ойгача сақланади. Ҳаётини биринчи ойларида орттирилган иммунитет жуда суст ёки умуман йўқ.

Эмизикли давр мобайнида болани тана узунлиги ўртача 50% га, вазн оғирлиги – 3 маротабадан юқорига катталашади. Бу даврда болани энергияга талаби катталарниқидан тахминан 3 маротаба юқори бўлиб, рационал овқатлантириш ва тўлик кўшимча овқат бериш билан қопланади.

Ҳаётини биринчи йиллари мобайнида мотор фаолияти чақалоқни тўлик ёрдамсиз ҳаракатланишидан то эркин юришгача ва ўйинчоқлар билан мулоқатни ўрганишгача тикланади. 6 ойликдан сут тишлари чиқа бошлайди ва 1 ёшда улар одатда 8 та бўлади.

Кўкрак ёшдан болани тўғри овқатлантириш, кун тартибини тўғри ташкил қилиш, парваришlash, чиниктириш болани нормал жисмоний ва психомотор ривожланишини, организмни инфекция ва бошқа атроф-муҳитдаги воқулай шароитларига қарши курашишини таъминлайди. Болани юқумли касалликлардан ҳимоялашда, жисмоний ва асаб-психикасини тўғри ривожланишида, айниқса, табиий овқатлантириш ва тўлик профилактик эмлашларни ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Интенсив ўсиш, тўқималарни такомиллаштириш, алмашинув жараёнларини катта кучланишда бориши, баъзи касалликларни, айниқса танқислик, нораціонал овқатлантириш ва нотўғри парваришlash, гипотрофия, анемия, рахит, овқат ҳазм қилишини ўткир бузилиши, диспепсия, конституция аномалиялари (диатезлар), бронхит ва зотилҷам билан асоратланувчи нафас аъзоларининг яллиғланиш касалликлари ривожланишига олиб келади.

Иккинчи ярим йилликда онадан олинган пассив иммунитет аста-секин кучсизланиши ва бола юқумли касалликлар (қизамиқ, сувчечак ва бошқалар) билан касалланиши мумкин.

3.«Сут тишлари» даври. Мақтабгача давр олди даври (1-3 ёш): тана вази ва узунлиги ортишини секинлаштириш, асаб тизимини, шартли рефлектор алоқаларни, иккинчи сигнал тизимини ривожланиши, бурун-томоқ лимфоид тўқимасини ривожланиши, мушаклар вазиини ортиши билан характерланади. 2 ёшда ҳамма сут тишларни чиқиши якунланади. Бу даврда болалар атрофдагилар билан актив контактда, ҳаддан ташқари қизиқувчан бўлади, уларда нутқ ривожланади. Ҳаракат имкониятлари кенгайди – юришдан то югуриш ва сакрашгача. Бу даврда ўйин ва катталар таъсирини қуниши орқали меҳнат ва турмуш сабоқларини ўрганади. Бола характерида индивидуал кўринишлар аниқланади, шунинг учун бу ёшда болаларни тарбияси билан шуғулланиш асосий вазифалардан ҳисобланади.

Мақтабгача давр олди даврида болани атрофдаги хар хил ёмон таъсирлардан сақлаш учун кун тартибини тўғри ташкил килиш керак. Бу ёшдаги даврда овқат хазм қилишнинг ўткир бузилишлари, бронхитлар, зотилжам, анемиялар, диатезлар кўкрак ёшга нисбатан энгил кечади. Аденоидит, лимфаденитлар пайдо бўлади. Бошқа болалар билан мулоқатда бўлиш ва орттирилан иммунитетни етишмаслиги бу даврда кўп учрайдиган ўРВИ, ўткир ичак касаликлари, менингит, кўкйўтал, қизамиқ, қизилча, скарлатина, вирусли гепатит ва бошқалар билан касалланишга сабаб бўлади.

**4. Мақтабгача даври** (3 дан 7 ёшгача) болани таққи дунё билан мулоқатини кенгайтиши билан характерланади. Болалар кўпроқ болалар муассасаларига (болалар боғчаси) борадилар. Вазн ошиши сезиларли секинлашади, оёқ-қўлларни узайиши, биринчи физиологик тортилиш содир бўлади. 5-6 ёшдан сут тишларни доимий тишлар билан алмашиши бошланади. Бола катталарникидек овқатланиш тартибига ўтади. Иммув химояси аниқ даражага етади. Болаларда интеллект интенсив ривожланади, ҳаракат ва меҳнат билимлари мураккаблашади. Одатда болалар 5 ёшда она тилида яхши сўзлашишади, шеърларни эслаб қолишади, эртақларни гапириб беришади, мусиқани яхши кўришади. Уларда нозик ҳаракатлар пайдо бўлади ва бола расм чизиш, велосипедда учиш, тикиш ва бошқаларни бажаради. Ўғил ва қиз болаларни ҳулқида фарқ пайдо бўлади. Эмоцияларни нисбатан ушлаб тура оладилар. Болалар мактабга чиқишга тайёрланадилар.

Бу ёшда ўРВИ ва бошқа болалар юқумли касалликлари билан касалланиш юқорилигича қолади, лекин олдинги ёшларга нисбатан энгил кечади ва асоратлари камаяди. Организмни сенсibiliзациясини ошиши натижасида инфекция-аллергик ва аллергик касалликлар (бронхиал астма, ревматизм ва бошқалар), тез-тез травмалар содир бўлади.

**5. Кичик мактаб давр** (7-10 ёш). Бу даврда тўқималар структурасини тузилиши яқунланади, аъзо ва тана вазнини ўсиши давом этади, жисмоний ривожланишда жинсий фарқ – ўғил болалар қиз болалардан ўсиш, етилиш тана тузилиши билан фарқ қилади. Бу даврда сут тишларини доимий тишлар билан тўлиқ алмашиши содир бўлади. Абжир, чакқон, чидамлилиқ каби ҳаракатлар, ёзиш, чизиш, тикиш, қўлда яшаш ва бошқа нозик ақлий вазифаларни сингдиради. Олий асаб фаолияти ривожланишини давом этиши характерли бўлиб, хотира яхшиланади, интеллект, эркин сифатлар ривожланади. Нафас ва юрак қон-томир тизимининг физиологик тузилиши катталарникига яқинлашади. Мақтабдаги ўқиш болаларни тарбиялайди, мустақил ва жамоат юзқишларини ўргатади.

Бу ёшдаги болаларда юқумли касалликлар, ошқозон-ичак, аллергик касалликлар билан касалланиш кўрсаткичлари юқорилигича қолади. Мақтабда шуғулланиш болаларда ҳаракатни бир мунча чегаралинишига олиб келиб, уларда гиподинамия, комат бузилиши (сколиоз), кўришни пасайиши ривожланиши мумкин. Кўпинча сурункали инфекция ўчоқлари аниқланади (кариес, тонзиллит).

## Асосий антропометрик кўрсаткичлар

Антропометрик кўрсаткичлар психомотор кўрсаткичлар билан биргаликда боланинг ўсиши ва ривожланишига, унинг соғлиқ ҳолатига баҳо беришда фойдаланадиган асосий мезонлар бўлиб ҳисобланади. Уларни баҳолашда асосан 3 кўрсаткич қўлланилади: боланинг бўйи (тана узунлиги), вазни, бош ва кўкрак айланаси ўлчами. 1 ёшгача бўлган болаларда уларнинг бўйини ўлчаш горизонтал ҳолда (узунлиги), 1 ёшдан катта болаларда вертикал ҳолатда ўтказилади ва бунинг учун махсус мосламалар ишлатилади. Бола вазини ўлчашда ҳам махсус тарозлардан фойдаланилади. Бош ва кўкрак айланасини ўлчаш махсус тасмалар ёрдамида ўтказилади.

Ҳар бир боланинг асосий характеристикаси бу ўсиш ва ривожланиш характеристикаси. Шунинг учун юқоридаги кўрсаткичлар ўсиш ва ривожланиш жараёнида қайта –қайта ўтказилиши керак. Дастлабки ўлчаш бола туғилганидан, 2-15 кунлигида, 3- чиси 30 кунлигида, кейин ой сайин(1 ёшгача ), 1-3 ёшда ҳар 3 ойда, 5 ёшгача ҳар 6 ойда ва кейинги йилларда йил сайин ўтказилиши керак.

### Антропометрик ўлчашлар муддатлари.

Дастлабки ўлчаш	Туғилганида
Иккинчи ўлчаш	15 кунликда
Учинчи ўлчаш	30 кунликда
Ой сайин	1 ёшгача
Ҳар 3 ойда	3 ёшгача
Ҳар 6 ойда	5 ёшгача
Йил сайин	Кейинги йилларда

Шуни эсда тутиш лозимки, бола ҳаётининг биринчи йили жуда тез ўсиб, тана вазинининг 1 ёшда 3 баробар ортиши, бўйига эса 50 % қўшилиши хос. Кейинчалик ўсиш темплари бир-оз сусаяди, лекин катта ёшдагилари нисбатан юқори бўлиб қолади.

Боланинг вазни туғилганида 2,5-4,4 кг ташкил қилади. Ҳаётининг 4-5 кунни давомида вазн кўрсаткичлари бир оз камаяди (5-8 %) - “физиологик вазн йўқотиш”. Ҳафтанинг охирига бориб вазн кўрсаткичлари аста-секин кўтарила бошлайди. Бола ҳаётининг биринчи 5 ойига бориб, тана вазни икки маротаба ошиши, 1 ёшда эса уч маротаба ошиши кузатилади. 10 ёшгача бола ҳар йили ўртача ҳисобда 2 кг вазнга қўшиб боради.

### Узунлик (бўй) кўрсаткичлари.

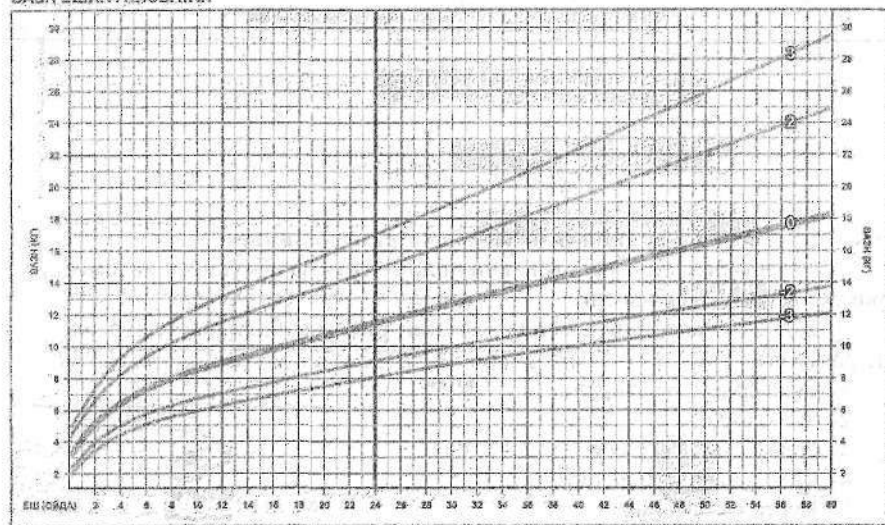
Соғлом, егилиб туғилган боланинг бўйи одатда 48 – 52 см ташкил қилади. Бола тез ўса бошлайди, ва 1 ёшга бориб туғилганига нисбатан 50% бўйи кўшилади, 4 ёшда 2 баробар ошади, 4-10 ёш орасида бўй ўсиш темпи бир-оз сусаяди ва кейинчалик эса яна жадаллашади.

### Бош айланаси.

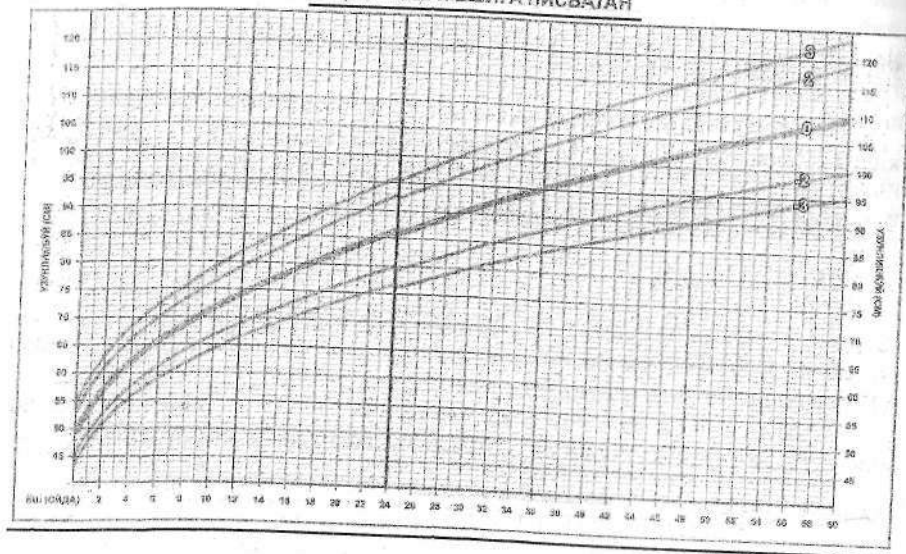
Соғлом туғилган боланинг бош айланаси 35 см, 3 ойликда 40 см, 6 ойликда 43 см ва 1 ёшда 46 см ни ташкил қилади. 6 ёшли боланинг бош айланаси катталарнинг 90 % га тенг ва ўртача 54-55 см.

Ҳозирги кунда боланинг ўсиш ва ривожланиш мониторингини ўтказиш мақсади ҳар бир бола учун махсус эгри чизиклар ишлаб чиқарилган.

ВАЗН ЁШИГА НИСБАТАН



### УЗУНЛИК/БЎЙ ЁШИГА НИСБАТАН



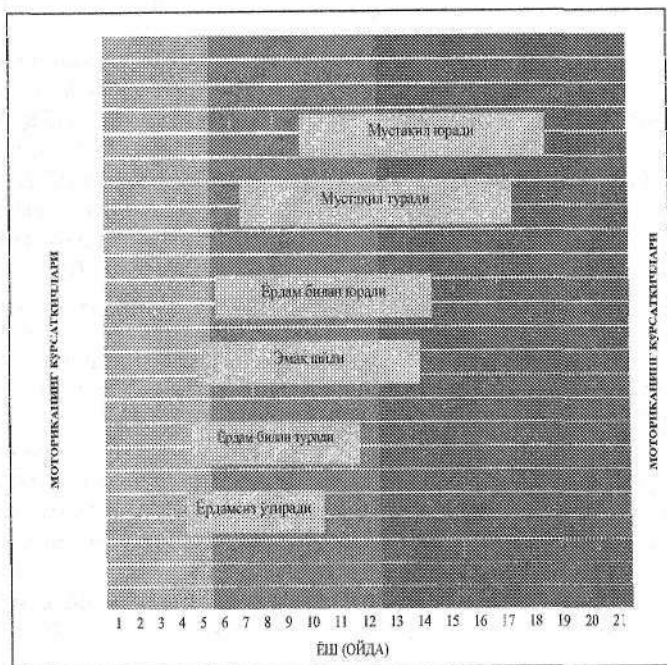
### Боланинг психомотор ривожланиши.

Соғлом боланинг ривожланиш индикатори бўлиб, унинг психомотор ривожланиши ҳисобланади.

ЖССТ/ВОЗ дастури асосида боланинг ривожланишида 6 та босқич тафовут этилади.

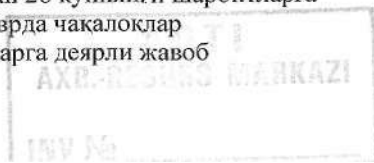
- 1- бола ёрдамсиз ўтиради.
- 2- эмаклайди.
- 3- ёрдам билан туради.
- 4- қатталар ёрдамида юради.
- 5- мустақил туради.
- 6- мустақил юради.

## БОЛА МОТОРИКАСИНИНГ РИВОЖЛАНИШ БОСҚИЧЛАРИ



### Соғлом боланинг психомотор ривожланиши.

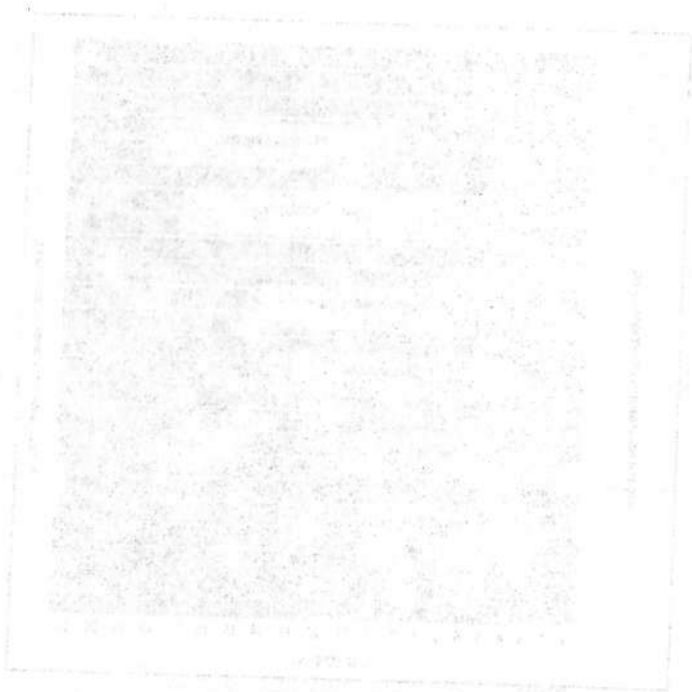
Янги туғилган чакалок ҳаётининг дастлабки 28 куниянги шароитларга мослашиш даври деб ҳисобланади ва будаврда чакалоқлар эшитгади, кўради, лекин ташқи кўзгатувчиларга деярли жавоб





бермайди. Мушаклар тонуси ошган, оёқлари тиззасида бир оз букилган, химоя рефлeksi ривожланган-қоринда ётган холда бошини ёнбошга ўгиради. Қидириш шартли рефлeksi асосан биринчи хафталарда ифодаланган. Сўриш рефлeksi яхши ривожланган. Кафтага қўйилган бармоқларни махкам ушлайди ва ушлаш рефлeksiни бажаради. Асосан уйкуда бўлади ва фақатгина эмишга уйғонади. Уйғоқ пайтларида эса қўлларини оғизга олиб боради, бошини 1-2 сония тутиб туради.

Ойлик бола бошини яхши тутати, у ёки бу ёққа ўгиради, қўлига берган ўйинчоқни бир оз ушлаб туради. Ойнаси таний бошлайди.



3 ойда бошини яхши тутиб туради, қорнида ётиб билакларига таянади, қорнидан белига ўгирилади. Фаоллашув жараёни рўй беради, лекин ҳаракатларда координация йўқ. Уйинчоқларга қўлларини узатади. Ҳаракатдаги жисмларни кузатади, нигоҳини қадаб туради. Хурсанд бўлганида “гу-гу” лайди. Катталар билан мулоқотга киришганда кулади, хурсанд бўлади.

6 ойда бола мустақил ўтиради. Қорнидан белига ва қайта қорнига ағдарилади. Эмаклашга ҳаракат қилади. Уйинчоқларни бир қўлидан иккинчисига олиб, узоқ вақт уйнайди. Алоҳида бўғинларни айтишни бошлайди. Ўзини ва бошқаларни исмини эшитганда, ҳар-хил жавоб ҳаракатларини қилади.

7 ойда яхши эмаклайди, ёрдамсиз ўтира олади, бировнинг ёрдамида туришни бошлайди. Уйинчоқларни тақиллатиб, силкитиб, у жойдан бу жойга кўяди, отиб ўйнайди. Ойнадаги ўз аксига талпинади.

10 ойда бировнинг ёрдамсиз туради, мустақил равишда туриб, дастлабки қадамларни ташлайди. Кубик ва пирамидаларни йиғади. “Бер” деган илтимосни бажаради. Катталар ортидан янги сўзларни такрорлайди.

12 ойда мустақил юришни бошлайди. Исмини айтиб чақирсангиз олдингизга келади. Оддий топшириқларни бажаради, таъқиқловчи сузларни тушунади. 8-10 та сўзни гапиреди.

15 ойда мустақил юради, ўзи ўтиради ва энгашади. Предметларни номларини билади ва кўрсата олади.

18 ойда бола югуради, бирор нарсани устидан сакраб ўта олади. 10-20 сўзни билади. Ўзи оёқ кийимини еча олади. Мустақил равишда пиёладан чой ичади, қошиқни тўғри ушлай олади. Пирамида ва кубикларни бир-бирининг устига теради.

2 ёшда қоптоқни ота олади. Сакрайди, югуради. 2-3 сўзни қўшиб гапиреди. Расмлардаги нарсаларни фарқлайди. Мустақил овқатланади, тугмачаларни еча олади. Горшокка ўтиради. Қўлларини ювади ва тишларини тозалайди.

2,5 ёшда бола оддий расмларни чизади, ўз танишларини исмини айта олади. Ким?Қаерда? Қачон? деган саволларга жавоб бера олади. Мустақил овқатланади. Кийимларини ечиб кўяди, кияди.

3 ёшда катталардек гапира олади. Ҳаракатчан, турли уйинчоқларга қизиқади, уйнайди. Ўзи мустақил кийинади, ечинади. 3 гилдиракли велосипед хайдай олади.

4 ёшда қисқа шеърларни ёддан билади. Оддий саволлар беради ва уларга жавоб бера олади. Маълум бир маънога эга бўлган уйинчоқларни ажратади (хайвонлар, идиш-товоклар, ва х.к.). Бир оёқда сакрай олади ва мувозанатини сақлайди.

5 ёшда ҳамма сўзларни аниқ гапиреди. Кичик ҳикоя туза олади ва гапириб беради. 10 гача санайди.

**Боланинг нутқ ва эшитиш қобилиятининг ривожланиши  
босқичлари**

<u>Боланинг ривожланиши</u>	<u>Ёши(ойларда)</u>
<u>Илжаяди</u>	<u>1- 1,5</u>
<u>Овоз чиқаради</u>	<u>2</u>
<u>Товушга ўгирилади ва товушга қараб танийди</u>	<u>4</u>
<u>Кўнгирокни эшитади</u>	<u>5</u>
<u>Кулади</u>	<u>4-5</u>
<u>Маъносиз сўзларни айтади</u>	<u>6-7</u>
<u>Уйинчоқлар ўйнайди</u>	<u>9-10</u>
<u>“”дада” ёки “”баба” сўзини айтади</u>	<u>10-11</u>
<u>Биринчи сўз</u>	<u>11</u>
<u>Одамни тўғри аниқлаб, ”ая” ёки “”дада” дейди</u>	<u>10-11</u>
<u>2 та сўз</u>	<u>12</u>
<u>3та сўз</u>	<u>14</u>
<u>Гапиреди, лекин тушунарли эмас</u>	<u>12-14</u>
<u>4-6 та сўз</u>	<u>15</u>
<u>7-20та сўз</u>	<u>17</u>
<u>2та сўзни қўшиб</u>	<u>19-21</u>
<u>50та сўз</u>	<u>21-24</u>
<u>250та сўз</u>	<u>36</u>
<u>“3та сўздан иборат гапни тузади</u>	<u>36</u>
<u>Кўплик даражасидаги сўзларни қўлаб гапиреди</u>	<u>36</u>

**Болаларда аниқ моториканинг ривожланиши босқичлари**

<u>Боланинг ривожланиши</u>	<u>Ёши(ойлар)</u>
<u>Ўйинчоқни ушлайди</u>	<u>1</u>
<u>Нарсаларни тортиб олади</u>	<u>3-4</u>
<u>Қарама-қарши томонларга ҳаракатлантира олади</u>	<u>3-4</u>
<u>Нарсаларни бир жойдан бошқа жойга олиб қўяди</u>	<u>5</u>
<u>Қўлига кубик олади</u>	<u>6-7</u>
<u>Объектни енгил ушлаб туради</u>	<u>7-8</u>
<u>Объектни қаттиқ ушлаб туради</u>	<u>10</u>
<u>Объектни қўйиб юборади</u>	<u>12</u>

Текширув саволлари:

1. Жисмоний ривожланишни баҳолашнинг асосий критериялари.
2. Бола вазнининг узиш қонуниятлари.
3. Бола буйининг узиш қонуниятлари.
4. Боланинг ривожланиш босқичлари.
5. Психомотор ривожланиш курсаткичлари.

## ТУРЛИ ЁШДАГИ СОҒЛОМ БОЛАЛАРНИНГ ОВҚАТЛАНИШ ЖИҲАТЛАРИ

### Табиий овқатлантириш

Овқатланиш жараёни инсон ҳаётида алоҳида ўрин эгаллайди. Одам организми овқат билан бирга тана қуввати учун сарфланадиган куч ва унинг асосий модда алмашинувини таъминловчи зарурий моддаларни танавул қилади. Ундан ташқари, инсон таом таркибида тўқималарнинг тузилиши учун керакли бўлган қурилиш пластик моддаларни ҳам қабул қилади. Бундай ҳолат, ўсаётган тана, яъни бола учун зарурлиги билан ажралиб туради.

Овқатланиш даражаси ва унинг бола танаси талабларига монанд бўлиши бола танасининг иммун реактивлиги, стрессорлик реакцияларга нисбатан қобилияти, жисмоний ва асабий ривожланишни бевосита белгилайди. Боланинг биринчи ёшида овқатлантириш функцияларининг бузилиши критик даражада сезилади. Чунки айни даврда бола танасининг вазни, тана узунлиги, ички аъзолар ва тизимларнинг ривож топиши ҳамда унинг иммунологик статуси ошиб бориб, тезкорлик билан амалга оширилади. Ушбу жараёнларнинг тўлақонлигини таъминловчи бўлиб, овқат маҳсулотлар таркибида асосий ва қўшимча моддаларнинг, яъни витаминлар, ҳаёт микроэлементлари, минерал тузлар ва бошқалар, бўлишини тақозо қилади. Шу билан ҳам эрта ёшдаги болалар соғлигини сақлашга қаратилган тадбирлар орасида болаларнинг етарли даражада овқатланмаслигини оғоҳлантирувчи омиллар бош аҳамият касб этади.

Бир ёшгача бўлган болалар учун овқатлантиришнинг энг яхши усули **табиий усулдир, яъни болани она сuti билан боқиш.**

Кўкрак беzi 50-60та беzли бўлақлардан иборат бўлиб, бириктирувчи тўқимали деворлар иштирокида бўлақчалар ва ацинусларга ажратилади. Таркибида кубик хужайралардан сут ишлаб чиқарувини ва сут ажралишини таъминловчи миоэпителиал хужайраларга эга бўлган жилғачалар чиқиб, бўлақлар ва бўлақлараро арикларга бирлашади. Мазкур арикчалар сут дарахтини ташкил этиб, улар кўкрак сўргичида тугалланади. Кўкрак беzi киз боланинг етилиш даврида тезда ривожланади, аммо бу жараён хомилдорлик ва

куз ёриш даврида етарли даражада кўзга ташланади. Кўкрак безини ривожланишида 4 босқични ажратиш мумкин:

Маммогенез ёки кўкрак безини ҳомиладорликни дастлабки 2-3 ойида ривож топиши.

Лактогенез – ацинуслар томонидан сут ажратишнинг кучайиш (голомерокринли секреция) фазаси. Бу жараён эпителиал хужайраларнинг парчаланиши билан кечади. Бу жараёнда хужайраларнинг апикал қисми ажралиб экскретор ариқчаларига тушади. Бундай ҳолат сутни эпителиал хужайраларида ҳомиладорликнинг 4-ойидан бошланиб, аёлнинг кўзи ёригандан сўнггина юз беради.

Галактопоз – ёки ишлаб чиқарилган сутнинг йиғилишини бир томондан ацинус хужайралари орқали ишлаб чиқарилиши, альвеолаларнинг бўшалишини ва сутни сут йўлларига ўтиш туфайли амалга ошса, иккинчи томондан эса, сутни эмиш харакати сабабли рўй беради.

Автоматизм босқичи – сут бези аёлни кўзи ёригач фаолият кўрсата бошлайди. Бу пайтда она танасида етарли даражада гормонал жараёнлар кузатилади. Оқибатда лактация жараёнини бошқариш чоғида гипоталамо-гипофизар тизим иштирок этади, кўкракни сўриш харакати бош ўринни эгаллайди. Ацинусларни бўшаши, сут ишлаб чиқаришининг рағбатлантирувчи омил бўлиб хизмат қилади.

**Жаҳон соғлиқни сақлаш «Baby friendly hospital» дастурига биноан кўкрак сути билан овқатлантиришнинг қўллаб-қувватловчи 10 тамойил.**

1. Овқатлантириш қоидаларига жиддий равишда амал қилиб, уларни тиббий ходимлар ва туғувчи аёлларга етказиш.
2. Тиббий ходимларни кўкрак сути билан боқиш кўникмалари қоидаларига ўқитиш.
3. Барча ҳомиладор аёллар ва оналарни болани кўкрак сути билан боқишнинг афзалликлар ва усуллари ҳақидаги маълумот билан таъминлаш.
4. Оналарга кўзи ёригач, дастлабки 30 дақиқа ичида кўкрак сути билан боқишга кўмаклашиш.
5. Эмизикли оналарни кўкрак сути билан боқишга, уларга лактацияни сақлашга ҳамда боласи вақтинча ёнида бўлмаган пайтда сутни тўғри соғиб олишга ўргатиш лозим.
6. Тиббий монеликдан ташқари ҳолатларда, янги туғилган чақалоққа она сүтидан бошқа таом ёки суюқлик бермаслик керак.
7. Она ва болани бир хонада бўлишини йўлга қўйиш.
8. Болани эмишини унинг талабига кўра амалга ошириш зарур.
9. Болаларга тинчлантирувчи воситалар ва кўкрак ўрнига (сўргич, шиша идиш) бошқа нарсаларни бериш ман этилади.

10. Кўкрак сути билан боқиш гуруҳларини ташкил этишни қўллаб-қувватлаш ва рағбатлантириш, барча ҳомиладор ва эмизикли аёлларни туғруқхонадан чиқгач ушбу гуруҳларга юбориш.

### **Табий овқатлантиришнинг устиворлиги.**

1. Биологик хослиги. (Инсон ўз боласини фақат она сути билан боқиш керак).
2. Гипоаллергенлик. (Она сути оксилларининг 1/3 қисми ошқозонда парчаланмай сўрилади, таомни аллергияга хавфи эса камаяди.).
3. Болаларда юқумли касалликлар ва ичак инфекцияларга нисбатан пассив иммунитетни пайдо бўлиши. (Эмизадиган она сувчечак, қизамик, теппи ва ҳоказо юқумли касалликларни бошидан кечирган бўлса, болаларда ушбу касалликлар учрамайди ёки енгил кечади, чунки сут орқали бола танасига иммуноглобулинлар ўтади. Сут таркибидаги А иммуноглобулини ичак деворини камраб олади ва патоген микробларнинг ўтишига тўсқинлик қилади).
4. Қабул қилишнинг осонлиги. (Кўкрак сути доимо истеъмол қилишга тайёр, ўта тоза, илик бўлади, ушбу жараёнда сунъий овқатлантириш усулига нисбатан кўкрак учи сўргичи қайнатилмайди, идишлар эса тозаланмайди, қайнатилмайди).
5. Қариндошлик туйғуларини пайдо бўлиши. (Кўкрак сути билан боқилган болалар ўз оилаларини қуришда қийинчиликларга учрамайдилар, ота-оналарини қариялар, эмизикли оналар фарзандларини болалар уйига бермайдилар).
6. Болалар онгининг ривожланиши. (6-9 ойлар давомида кўкрак сути билан овқатлантириладиган болаларнинг онги ва ақлий қобилиятлари она сутида таркиб топган ярим тўйинмаган ёғ кислоталари орқали ривожланади).
7. Аёлларда кўкрак беши саратонини олдини олиш. (Статистик маълумотларга кўра болани кўкрак сути билан боққан оналарда саратон дарди 30% га камайиб, мастопатия учрамайди).
8. Туғруқдан кейин бачадондан қон кетишнинг олдини олиш. (Кўкрак сўрилганда аёл организмда окситоцин бачадоннинг силқик мускулларини қисқартиради, натижада туғиш йўлларидаги қон кетиш камаяди).
9. Контрацепция. (Сут билан етарли даражада боқилса, янги ҳайз жараёни ва ҳомиладорлик юз бермайди).

### Табий овқатлантириш қодалари.

1. Бола тинч, она бемалол (ўтирганда, ётганда) бўлганида амалга оширилади. Бола она бағрига олиниб, юзи кўкракга қараши керак.
2. Дастлаб бир неча томчи сут соғилади, кейинчалик болага кўкрак тугилади.
3. Бола нафақат кўкрак учини, балки ареоланинг кўп қисмини олиши, кўкракга даҳани билан ёпишиб туриши лозим. Бу пайтда оғиз тўла очилиб, пастги лаб ташқарига қараган бўлиши керак.

Кўкракга тутишнинг ушбу қодаларини бузиш кўкракда оғриқлар пайдо қилади, кўкрак учи ёрилади, шу боис овқатлантириш оғриқли жараёнга айланади ва тўла ҳажмли бўлмайди. Бу пайтда кўкрак безида сутнинг тутилиши (лактастаз) сутни ажралишини камайтириб, гипогалактияга олиб келади.

4. Овқатлантириш тугагач, қолган сут соғиб олинади (сутни қолиши лактацияни сусайтиради).
5. Агарда бола бир кўкракни тугатса, унга иккинчиси тугилади.
6. Зарур ҳолларда лактация даражасини аниқлаш учун бола вазни ўлчанади. Шунинг учун болани вазни овқатдан олдин ва кейин ўлчанади. Улар орасидаги фарк болани бир карра овқатланишида сўриб олган сут миқдорини белгилайди.
7. Агар бола қандайдир сабабларга кўра сунъий овқатлантиришда бўлса, унга сут миқдори (ҳажми) қуйидагича аниқланади.

Бир кеча кундуздаги сут ҳажмини аниқлаш учун **Зайцева формуласидан** фойдаланилади (дастлабки 7-8 кунгача).

Суткали сут миқдори (мл) = 2% тана массаси х п, п – бола ҳаёти кунлари.

Ҳисоблашнинг бошқа усуллари ҳам мавжуд:

1) «**Ҳажмий**» усул – тана вазнига кўра бола 2 хафтадан 6 хафталиклигигача оладиган сут миқдори тана вазнининг 1/5 қисмини, 6 хафтадан то 4 ойгача - тана вазнининг 1/6 қисмини, 4 ойдан 6 ойгача - тана вазнининг 1/7 қисмигача бўлиши керак. Масалан бола 3 ойлик. Тана массаси 5200 гр, тана вазнининг 1/6 қисмигача бўлган сут олиш керак, яъни  $5200:6=866$  мл сут.

2) **Қувватий (калорияли) усул** – тана вазнининг ҳар бир килосига кабул қилинади:

- I. чорак йил – 120 ккал/кг
- II. чорак – 115 ккал/кг
- III. чорак – 110 ккал/кг
- IV. чорак – 100 ккал/кг

Бола тана вазни аниқлангач, унга қанча қувват кераклиги ҳисобланилади. Она сутининг 1 л 700 ккал қувват беришини инобатга олиб, бола бир кеча кундузда қанча сут танаввул килиши белгиланади.

Масалан, 5 ойлик бола. Тана вазни 7000 гр. У бир кеча кундузи 115 ккал  $\times$  7 кг = 705ккал.

1л она сути қуввати 700 ккалга тенг бўлса, 705 ккалда қанча ккал бўлади?

1000мл – 700 ккал

X мл – 705 ккал

X=1006мл

### **Боланинг асосий озиқавий моддаларга эҳтиёжи:**

1. қувватга:

1 ярим йил 120-115 ккал/кг,

2 ярим йил 110-100ккал/кг;

2. оксилларга:

0-6 ой 2,5г/кг,

6-9 ой 3 г/кг,

9-12 ой 3,5 г/кг;

3. ёғларга:

0-3 ой 6,5 г/кг,

4-6 ой 6г/кг,

7-12 ой 5,5г/кг;

4. углеводларга:

13г/кг.

**Озиқавий моддалар орасидаги нисбатлар қўшимча таом киритилгунига қадар 1:3:6 бўлади.**

### **Кўкракнинг сўриш самарадорлиги критериялари:**

1. кунига 10-12 марта сийиш.

2. кунига 4-5 марта ичи келиши.

3. кўкракни овқатлантиришдан кейин юмшаши.

**Гипогалактия.** Кўкрак безлари томонидан сут ишлаб чикарилишини камайишини англатади. Бу пайтда ажралаётган сут миқдори бола эҳтиёжини қониктирмайди. Гипогалактия сабабларига: онани лактацияга яхши тайёрланмаслиги, она касалликлари (қандли диабет, қон томир, буйрак тизимлари касалликлари, ўткир яллиғланиш жараёнлари, ўсмалар ва ҳоказо.) стресслар, спиртли ичимликлар, хомиладорлик ва туғиш даврларида дориларни қабул қилиш, дастлабки кечиккан кўкрак тутиш, онанининг унумсиз кун тартиби ва овқатланиши, онанинг жисмоний ва ақлий зўриқиши қабилар қиради.



			махсулотлар.
12-24 ой	Жағлари яхши ривожланган.	Оилавий овқат.	

#### Тахминий меню.

	<b>6-9 ойлар</b>
1.	Бола талаби бўйича кўкрак билан эмизилиши.
2.	Суюлтирилган сигир сутида бўтка (гуручли, гречкали) 150-200 гр+4 гр сариёғ.
3.	Картошка ва сабзавот пюреси 150 гр, қиймаланган гўшт 10-30 гр + ўсимлик ёғи 5 гр, мева пюреси ёки шарбати 50 гр.
4.	Сузма 10-40 гр, қатик 100-150 гр, печенье 5 гр, тухум сариғи 1\2 дона.

#### Тахминий меню.

	<b>9-12 ойлар</b>
1.	Бола талаби бўйича кўкрак билан эмизилиши.
2.	Суюлтирилган сигир сутида бўтка (гуручли, гречкали) 150-200 гр+4 гр сариёғ.
3.	Қатик 200 гр, печенье 5-15 гр.
4.	Картошка ва сабзавот пюреси 150 гр, қиймаланган гўшт 30-60 гр + ўсимлик ёғи 5 гр, мева пюреси ёки шарбати 50 гр.
5.	Сузма 40-50 гр, қатик 150 гр, нон 5-10 гр, тухум сариғи 1\2-1 дона.
6.	Сигир сути 100-150 гр.

#### Тахминий меню.

	<b>12-23 ойлар</b>
1.	Бола талаби бўйича кўкрак билан эмизилиши.
2.	Суюлтирилган сигир сутида бўтка (гуручли, гречкали) 200-250 гр+6 гр сариёғ, нон 10 гр, тухум бир дона.
3.	Қатик 200 гр, булочка 25 гр.
4.	Сабзавот ва гўштли (40-50 гр) шўрва 200 гр, нон 10 гр, мевалар 100 гр ёки: шовла (гўшт 200 гр), нон 10 гр, мевалар 100 гр. ёки: мошхўрда 200 гр, нон 10 гр, мевалар 100 гр.
5.	Сузма 60гр, қатик 200 гр, печенье 15гр.
6.	Сигир сути 200-250 гр.

### Тахминий меню.

24-59 ойлар	
1.	сигир сутида бўтка (гуручли, гречкали) 250гр+10 гр сариеғ, нон 20гр, тухум 1 дона.
2.	Творогли (сузмали) блинчик ёки сомса, мевалар 100 гр.
3.	Гўштли димлама 200 гр, кўкат ва сабзавотлардан салат 50 гр, нон 40гр, мева шарбати 100 гр.
4.	Қатик (кефир) 200 гр, булочка 50 гр.
5.	Мастава 200 гр, нон 40 гр, қатик 100 гр.

Овқатлантириш сони ва миқдорини аста-секин тавсия қилинганига етказиш лозим. Бунда тавсия қилинган миқдорга етгунча болага ҳар-бир овқатлантиришда 1 қошиқдан овқат миқдори кўпайтирилиб борилади. Чой бериш тавсия қилинмайди. Унинг ўрнига мева шарбати, қайнатилган сув берилади.

Текширув саволлари:

- 1.Болага қушимча таом киритиш асослари.
- 2.6 ойлик болалар учун тахминий меню.
- 3.12 ойлик бола учун меню тузинг.
4. 3 ёшли бола учун кундалик меню.

### Иммунологик муҳофазанинг асосий тамойиллари

Ҳимоявий эмлашлар эрта ёшли болаларга ҳаво-томчи йўли орқали юқадиган катор юкумли касалликлардан асраш усулидир. Танага киритилган вакцина иммун жавобни келтириб чиқаради ва табиий юкумли касалликларга қаршилик қобилияти билан таъминлайди. Эмлаш ва улар орасидаги муддат таквим билан белгиланади. Эмлаш тартиби ЖССТ томонидан тавсия этилган жадвал бўйича олиб борилади. Иммунмуҳофаза ниятида қўлланиладиган вакциналар юкумли хасталикларни чакирувчи қўзғатувчиларнинг ўлиги ёки

## Иммунопрофилактика асосий тамойиллари.

Иммунопрофилактика тамойиллари	Тамойилларни бажариш
1. Иммунизация қилинадиганларнинг саломатлиги	Иммунизация қилишдан олдин боланинг ривожланиши харитасида (Ф-112) унинг саломатлиги, болага вакцинация ўтказишига рухсат берилганлиги ҳақида ёзув бўлиши шарт.
2. Санитар-гигиеник нормаларига риоя қилиш принциплари.	<p>-Эмлаш ўтказишига фақат соғ тиббий ходимларга рухсат бериш шарт ( яъни қўлида жароҳат, терини ва шиллиқ қаватини йирингли шикастланиши бўлмаслиги керак).</p> <p>-эмлаш ўтказишдан олдин:</p> <p>а) эмлаш хонасидаги жиҳозлар, пол, деворларни махсус дез-эритма билан артиш; стол ва кўшеткаларга стерилланган чойшаблар солиш;</p> <p>б) эмлаш ўтказибган ҳамшира тирноқлари калта бўлиши, тоза халат, қалпоқ кийиши шарт, узук ва қўлга тақиладиган тақинчоқларни ечиш шарт. Қўлни совун билан ювиб ва қўл учларини спирт билан артиш керак.</p> <p>-БЦЖ вакцинацияси ёки туберкулин билан таъхис ўтказиш жиҳозларни алоҳида сақланиши лозим.</p>
3. Эмлашда қўлланиладиган дори вакциналарни сақлаш принциплари Иммунопрофилактика принциплари	<p>Вакциналарни совуғичда сақлаш шарт.</p> <p>-Вакцина очилгандан кейин 2-4 соат ичида ишлатилиши керак (дока ниқоб ва нурдан сақловчи конус остида: БЦЖ, кизамик, «тримовакс» вакциналари) музлаткичда сақланган ҳолда ишлатиш мумкин</p>
4. Вакцинани ишлатишдан олдин текшириш принциплари	-вакцинани юборишдан олдин текшириш керак: ишлатиш муддати, вакцинани тури, ампулада ва кутичадаги номи; ампула ҳолати (дарс кетмаганлиги, синмаганлиги); вакцинани ҳолати (ранги, чўкмалар борлиги, хиралиги ва бошқалар.)
5. Вакцина юбориш техникасига амал қилишнинг назорат қилиш принциплари.	<p>-БЦЖ – тери ичига юборилади</p> <p>-АҚДС вакцинаси – мушак ичига</p> <p>-АДС, АД-анатоксинлари-тери остига ёки мушак ичига</p>
	<p>-полвмиелит-оғиз орқали</p> <p>-паротит, кизамик моновакциналари –тери остига</p> <p>-«тримовакс» (кизамик, қизилча, эпидпаротит) –тери остига</p> <p>-«энджерикс» (гепатит В га қарши) – мушак орасига</p> <p>-«хаврикс» (гепатит А га қарши) – мушак орасига</p>

6.Қилниган вакцинани шикк регистрацияси принциплари	Эмлаш ўтказганлиги хақида маълумот сана, вакцина препаратини номи, киритиш йуллари, микдори, препарат серияси), эмлаш ўтказиш журнали, эмлаш сертификати, бемор ривожланиш харитаси ( ф-112), эмлаш харитаси ( ф-63) қайд этилиши керак.
7.Поствакцинал асоратларни катъий назорат қилиш принциплари	-Эмлаш ўтказгандан сўнг бола 1 соат давомида поликлиникада ва 3 кун уй шароитида назорат остида бўлиши лозим (ота-онасига эмланиш хақида маълумот берилиши керак). Агар болада поствакцинал реакциялар ёки асоратлар ривожланса шифокорга дархол хабар бериш керак.

Текширув саволлари:

1. Болаларни эмлаш таквими.
2. Эмлашга қарши курсатмалар.
3. Поствакцинал реакция ва асоратлар.

## НЕОНАТОЛОГИЯ

### Янги туғилган чақалоқлар.

40 ҳафтали (37-42 ҳафта) ёки 10 акушерлик ойига тўлиб туғилган чақалоқ, етилиб туғилган ҳисобланади. Янги туғилган чақалоқни ҳаётини бошланишида ўз навбатида бир қанча ташқи муҳитга мослашув ҳолатлари кузатилиб, кўпгина ҳолатларда 2-4 ҳафта мобайнида давом этади. Чала туғилган болаларда бу ҳолат узокрок чўзилиши мумкин. Қулай бўлиши учун ЖССТ экспертлари томонидан неонатал даври давомийлиги биринчи 4 ҳафта, яъни 28 кун деб тақлиф этилган.

### Янги туғилган чақалоқ етилганлиги кўрсаткичлари.

Етилиб туғилган чақалоқ — бу морфологик, овқатлантиришни ва атроф муҳитни рационал ташкиллаштирилганда яшаб кета олишга тайёрликдир. Морфологик етилганлик функционал етилганлик билан ҳар доим ҳам мос келавермайди. Морфологик етилганлик бу гестацион ёшга мос келадиган ҳолат, ташқи курувдаги маълумотлар билан мос келишидир.

Етилиб туғилган чақалоқ, атроф муҳит ҳароратига нисбаган тана ҳароратини адекват сақлаб туради. Унда чақалоқларда бўлиш зарур бўлган сўриш, ютиш ва шунга ўхшаш бошқа рефлекслар аниқланади. Юрак уриши ва нафас олиши ритмик, тўғри ва турғун бўлади. Ҳаракатлари етарлича фаол бўлиб, вақти-вақти билан оёқ-қўлларини «чувалчангсимон» ҳаракатлантиради. Турли ҳолатлар яъни кучли ёруғликка, товуш, кўрик ва очликка ўзини эмоционал товуши билан жавоб беради.

Янги туғилган чақалоқ ҳолати, туғилгандан сўнг 1 ва 5 минутларда Ангар шкаласи бўйича баҳоланади:

Белгилар	0	1	2
Юрак қисқаришлари	Йўқ	100дан кам	100дан кўп
Нафас фаоллиги	Йўқ	Сустлашган, нерегуляр	регуляр
Мушаклар тонуси	Суст	Оёқ-қўллари бироз букилган	Оёқ-қўллари етарли букилган
Рефлектор кўзгалувчанлик	Йўқ	гримаса	кичкирик
Тери қопламаси ранги.	Оқарган ёки кўкимтир	Танаси пушти, оёқ-қўллари кўкимтир	Тери қопламалари пушти рангда

## Янги туғилган чақалоқни анатомик — физиологик хусусиятлари.

Янги туғилган чақалоқ танасини ўзига хос алоҳида аҳамиятга лойиқ томонлари бор.

Боши. нисбатан катта ҳисобланади. Бош бўй узунлигини  $1/4$  қисмини ташкил қилади. Катталарда эса бу нисбат  $1/8$  қисмини ташкил этади. Бош айланаси 34-36 смга тенг бўлиб, кўкрак айланасига нисбатан 2-4 см кўп ҳисобланади. Калла суягидаги катта ликилдоқ ва чоклари очик бўлиб, кўп янги туғилган чақалоқларда бошчаси сочлар билан қопланган.

Буйини калта бўлиб, гўёки бошчаси елкада жойлашгандек.

Қул - оёқлари нисбатан калта ҳисобланиб умумий бўй узунлигини  $1/3$  ташкил этади. Қул ва оёқлари узунлигида айрим фарқ бўлади. Янги туғилган чақалоқ қўл- оёқларини букувчи мушаклари тонуси юқорилиги ҳисобига тизза ва тирсак бўғимларини буккан ҳолда танасига яқин тутлади.

Тана вазни ва бўй узунлиги Янги туғилган чақалоқ ривожланганлигини кўрсатувчи муҳим кўрсаткич ҳисобланади. Бу кўрсаткичлар генетик, конституционал омилларидан ташқари жинси, туғилиш муддати, онанинг ёши, овқатланиши (унинг миқдори ва сифати) ва бошқа шунга ўхшаш омилларга боғлиқ. Наслий омил бўй узунлигида тана вазнига қараганда кўпроқ аҳамият касб этади.

Янги туғилган чақалоқ тана вазни ўртача 3.500 гр. тенг бўлади (2500-4400). 2500 гр дан кам вазн билан туғилган чақалоқ кам вазнли, 4400 гр. кўп вазн билан туғилган чақалоқ йирик чақалоқ ҳисобланади. Чақалоқнинг тана узунлиги 46 смдан 56 смгача меъёр ҳисобланиб, ўртача 52г54см га тенг.

Янги туғилган чақалоқ териси силлиқ, эластик, сувга бой бўлади. Юзаки жойлашган артериал капиллярлар унга кизғиш тус беради. Танасининг орқа қисми, елка соҳалари майин тукчалар (лануго) билан қопланган. Эпидермиснинг энг юза шохсимон қавати дермадаги бириктирувчи тўқима ва эластик толалар сушт ривожланган бўлади. Ёғ безлари яхши ривожланган ва иш фаолиятини ҳам бошлаган. Терини тикланиш хусусияти етарли ривожланган. Шунингдек терини тактил сезиши яхши ривожланган бўлиб иссиқ ва совуқ, оғриқ ва тегишни сезади. Чақалоқлар териси катталарникига қараганда бир неча маротаба яхши нафас олиш функциясини бажаради. Резорбция функцияси ҳам яхши ривожланганлиги сабабли турли хилдаги инфекцияларни кириши териси орқали бўлади.

Тери ости ёғ қатлами яхши ривожланган бўлиб бир қанча алоҳида аҳамиятли хусусиятлари бор яъни, стеарин ва палмитин кислоталарини тери ости қавати ўзида кўп тутганлиги, олеин кислотасини камлиги ҳисобига катталарникига қараганда каттиқроқ ҳисобланади. Ундан ташқари тери ости

ёғ қавати термогенез, яъни иссиқлик ажратиш борасида ҳам, гарчи мушаклар қисқармаса ҳам, юқори кўрсаткичга эга. Сабаби тери ости ёғ қаватини бир қисми кўнғир ёғ тўқимасидан ташкил этади. Кўнғир ёғ тўқима организмда энергия манбаи ва озикланиш вазифасини ҳам ўтайди. У одатда тана массасининг 1-3% ни ташкил этади.

Тери хоссалари ҳам ўзига хос хусиятларига эга. Бошдаги сочлари айрим ҳолларда узун бўлади. Бурун ва ташқи эшитув йулларидаги туклар перпендикуляр жойлашган бўлса, тананинг ва бошнинг қолган қисмидаги сочлар ва туклар тери бўйлаб ётади. Туғилганда ва биринчи кунги тирноқлари ўсиши бир оз тўхтайд.

Шиллик қават безлари иш фаолиятини ҳали тўлиқ бошламаганлиги сабабли нозик ва қурак бўлади. Шиллик қават эластик тўқималари сусти ривожланган, қон ва лимфа томирларига бой бўлганлиги сабабли ҳам пушти қизғиш тусда бўлади.

Мушак тизими етарли даражада ривожланган. Мушак тўқималари ингичка бўлиб, интерстициал тўқималар яхшироқ ривожланган. Чақалоқлар мушакларининг алоҳида аҳамиятли томонлари шундаки уларда буқувчи мушаклар тонуси устун бўлади. Шунинг учун улар ҳомиладорлик давридаги ҳолатни сақлаган ҳолда бўлади.

Суяк тизими. Суякларнинг катта қисми тузилиши жиҳатдан тоғай тузилишига яқин. Кўкрак қафаси конуссимон. Қовурғалари эгиловчан, тўш суягига перпендикуляр уланган. Диафрагма юқори жойлашган. Умуртқа поғонада физиологик эгриликлар йўқ. Тос горизонтал ва кичик тосга нисбатан юқори жойлашган. Бўғимларда ҳаракатчанлик юқори.

Нафас аъзолари. Чақалоқлар бурни кичик, тоғайи юмшоқ, Ҳаво йўллари тор. Шиллиги нозик, қон ва лимфа томирларига бой, шу сабабли енгил шамоллаш оқибатида тор нафас йўллари янада торайиб бурун орқали нафас олишни қийинлаштириб қўяди. Пастки нафас йули ривожланмаган.

Шиллик қаверноз қисми етарли ривожланмаган. Ёш безларининг иш фаолияти сусти. Бурун атрофидаги ёндош бўшлиқлар тўлиқ ривожланмаган.

Евстахийев трубаси калта ва кенг, нисбатан горизонтал йувалишда жойлашган. Шунинг учун, бурун бўшлиғидаги инфекция осон ўрта қулоққа ўтади. Ютқум, халқум, трахея ва бронхлар тор, тоғайлари юмшоқ, лимфатик халқа сусти ривожланган. Ўпка - зич, қон томирларига бой, эластик тўқималари кам, айниқса альвеола деворларида.

Юрак-қон томир тизими. Чақалоқлар юрагининг ўлчами нисбатан катта бўлади. Ўнг ва чап қоринча тахминан ўзаро тенг. Қон томирларининг нисбий кенглиги юрак ишини енгиллаштиради. Капилляр тўр яхши ривожланган. Капиллярлар қисқа ва уларнинг девори осон ўтказувчан.

Чақалоқларда юрак уриши минутига 120 тадан 140 тагача. Пульс тезлашиши модда алмашинувининг интенсивлигидан. Қон босими паст.

Қон ҳосил қилувчи аъзолар. Суяк кўмиги қон ҳосил қилишнинг асосий аъзоси ҳисобланади. Чақалоқлик даврида қон ҳосил бўлиш ўзининг

эмбрионал характерини сақлайди. Суяк кўмигида етилган кон хужайралари каторида ёш шаклли элементлари ҳам танилади. Бу даврда зарарли таъсирларга нисбатан кон ҳосил қилиш тизими учун чидамсизлик характерли. Аммо кучли регенерация қобилияти мавжуд, йўқотишлар одатда тез ва тўлиқ тикланади. Тугилган заҳоти гемоглобин микдори- 180-240 г/л га кўтарилиши билан характерланади, эритроцитлар –  $6 \times 10^{12}/л$ , кейин эса ҳам гемоглобин-120-140г/л, ҳам эритроцитлар микдори- $4,5 \times 10^{12}/л$  камаёди. Чакалоқлик даврида периферик қоннинг нафақат сон жиҳатдан, балки сифат жиҳатдан ҳам хусусиятлари аниқланган: анизозитоз, макроцитоз, кўп ёш эритроцитларнинг етилмаган шакллари, эритропоз жараёнини фаол кечишини кўрсатади ( ретикулоцитлар сони - 8-13%). Ранг кўрсаткич чакалоқларда юкори-1,2-1,3. Чакалоқларда лейкоцитлар сони  $15 \times 10^9/л$  дан  $20 \times 10^9/л$  гача. Биринчи тўрт кунликда таёқча ядроли ва сегмент ядроли хужайралар (65% гача) ошади. кейин бешинчи кун биринчи кесишув юз беради, қачонки нейтрофиллар ва лимфоцитлар сони 40-44% атрофини ташкил қилганда тенглашади, шундан кейин лимфоцитлар сони кўпайиши аниқланади. Тромбоцитлар микдори 150- 300 $\times 10^9/л$  орасида ўзгариб туриши мумкин. Эритроцитлар чўкиш тезлиги бир оз сусайган - 2мм/соат. Бу эса чакалоқлар қонида фибриноген ва холестеринни кўрсаткичи пастилиги ҳисобига деб асосланади.

Лимфоид тизим айрисимон без , талоқ, лимфа тугунлари ва лимфоцитлардан ташкил топган. Айрисимон без лимфа тизимининг асосий аъзоси ҳисобланади. Лимфа тугунлари таққосланганда катта. Уларнинг капсуласи юпқа, ҳимоя функцияси пасайган. Талоқ ҳали тўлиқ ривожланмаган (капсула ва трабекулалар суств ривожланган), шу вақтнинг ўзида фолликулалар яхши ривожланган ва аъзонинг катта қисмини эгаллайди. Лимфа тугунларининг барьер функцияси суств, шу сабабли 1 ёшгача бўлган болаларда инфекциян жараённинг генераллашуви кузатилади (сепсис, менингит, сил ва х). Бодомча безлар катта эмас, зич бириктирувчи мембрана билан қопланган, юзаси силлик бўлиб, иккала танглай бодомчалари меёрида, чакалоқларда юмшоқ танглай ёйчаларидан чикиб турмайди.

Овқат ҳазм қилиш аъзолари: оғиз бўшлиғи чакалоқларда кичик, нозик ,осон жароҳатланувчи шиллик билан қопланган, кип-қизил. Тил нисбатан катта, баъзан у бутун оғиз бўшлиғини тўлдиради. Қаттиқ танглай бир оз ровоксимон бўлиб, шиллиқлари сербурма. Тилнинг жойлашиши айрим, лаб жуда ривожланган. Ёноқ мушаклари , Биша ёғ ёстикчалари, милклар сўриш актини енгиллаштиради.

Сўлак безлари: улар секрецияси суств ривожланган. Сўлак птиалин, мальтаза, лизоцим, электролитлар ҳамда муциндан иборат. Нордон сутли аралашмалар сутва караганда икки марта кўп сўлак ажралишини чақиради.



Қизилўнғач чақалоқларда нисбатан қисқа, шиллик кавати нозик, қон томирларга бой. Мушак ва эластик кавати суст ривожланган. Безлар деярли йўқ.

Ошқозон деярли юмалоқ, горизонтал ёки бироз ёнбошлаган ҳолатда ва унинг катта қисми чап қовурга остида жойлашган. Ошқозон мушак кавати суст ривожланган, шиллик кавати нисбатан нозик. Чақалоқларда ошқозоннинг асоси ва кардиал қисми суст ривожланган, шунинг учун "очиқ шишача" га ўхшатилади. Ушбу хусусиятлар туфайли чақалоқларда қайд қилиш ва аэрофагия кўп учрайди. Ўта тўйинтириш ва қаттиқ йўргаклаш юқоридагиларга олиб келади.

Ичак: туғилиш вақтига келиб боланинг ичак узунлиги тана узунлигидан катта, катталарникига нисбатан узун бўлади. Унинг шиллик кавати қон томирларга бой. Мушак ва эластик кавати яхши ривожланмаган. Бола қанча кичик бўлса, ичак деворининг ўтказувчанлиги шунча юқори бўлади. Ичак микробиоценози қўйидаги бактериялардан ташкил топган: бифидобактериялар, ичак таёқчаси, энтерококк, энтеробактер ва нопатоген стафилококклардан иборат. Нормал микрофлора ҳимоя функциясини бажаради. Ичак микрофлорасининг турли нозуя таъсирлар натижасида ўзгариши дисбиоз деб аталади.

Жигар чақалоқларда нисбатан ўлчамлари катта, у қон томирларга бой, бириктирувчи тўқимаси оз, бўлақлари аниқ чегараланмаган, функционал томондан ҳали етилмаган бўлади. Ўт кислоталарининг ажралиши кўп эмас, қайсики овқат ҳазм қилиш жараенида муҳим рол ўйнайди.

Ошқозон ости беши туғилиш вақтига келиб охиригача шаклланмаган бўлади. Унинг эндокрин функцияси етилмаган, лекин сут таркибидаги енгил ҳазм бўлувчи озик моддалар гидролизни тўлиқ таъминлайди.

Меконий ҳомила ҳаётининг 3-4 ойлигидан бошлаб ҳосил бўлади. У чақалоқлардан биринчи 1-2 кун ажралади ва қуюқ ёпишқоқ масса бўлиб тўқ зайтун рангида, хидсиз бўлади. Унинг таркибида ичак эпителий хужайралари, ютилган қоғонок суви қолдиқлари, тери хужайралари, лануго, ўт, ичак ва ошқозон ости беши секретлари бўлади.

Сийдик аъзолари тизими. Буйрак чақалоқларда нисбатан пастрок жойлашган. Деярли бўлакли тузилишга эга, пўстлоқ кавати етарли ривожланмаган. Коптоқчаларнинг умумий филтрлаш юзаси катта эмас. Буйрак каналчалари чақалоқларда анча қисқа, уларни ёриғи катталарникидан деярли икки марта тор. Худди шу ўринда Генле қовузлогига ҳам тегишли, шунинг учун чақалоқларда бирламчи сийдик канал аппаратида суст. Буйрак жомчалари нисбатан яхши ривожланган. Лекин мушак ва эластик тўқима суст ривожланган. Буйрак лимфа томирлари билан ичак лимфа томирларининг узвий боғлиқлиги уларнинг хусусиятидир. Бу билан ичакдан инфекция буйрак жомчаларига осонлик билан ўтиши ва пиелонефрит ривожланиши тушинилади. Сийдик пуфағи катталарникидан юқорироқ жойлашган, шунинг учун осон пайпасланади. Уғил болаларда сийдик чикариш канали узунлиги

3-6 см, киз болаларда 1-2 см. Чакалок биринчи кунлари суткада 4-5 марта сийдик ажратади, бир хафтадан кейин суткасига 20- 25 мартагача сийдик ажратиш тезлашади. Сийдикнинг солиштирама оғирлиги биринчи кун 1006-1012, кейинги кунларида 1008-1013, кейинчалик эса 1002- 1004, биринчи кунларда туғилгандан кейин сийдикда оксил излари учрайди, лейкоцитлар, гиалин цилиндрлари, баъзида қанд бўлиши мумкин.

Жинсий аъзолар:Простата бези чакалоқларда нисбатан катта, томирлари кенг ва бириктирувчи тўқимаси бўш. Без секретияси суст ажралади. Жинсий аъзо тузилиши жихатидан катта болаларникидан фарк қилмайди. Кўпгина ўғил болаларда физиологик фимоз аниқланади, қайсики оғир даражаларда патологик бўлиб қолиши мумкин.

Киз болаларда катта ва кичик жинсий лаблар нисбатан катта, клиторни беркитиб туради. Бачадон консистенцияси хамирга ўхшайди. Қин деворлари бир - бирига яқин жойлашган, факат потенциал бўшлиқ бор. Тухумдонлар марказий қисмида кўпинча яхши ривожланган Граафов фолликулалари топилади. Сарик тана йўқ. Фаллопий найлари катталарникига нисбатан фарқланади, буқими кўп бўлади.

Эндокрин тизим. Қалконсимон без чакалоқларда тақа шаклида бўлиб, унинг гистологик тузилиши катталар бези гистологик тузилишига яқин. Туғилгандан кейин биринчи ойларда без фаолияти суст бўлади.

Буйрак усти бези чакалоқларда нисбатан катта, тузилиши тугалланмаган, уларнинг функцияси суст. Буйрак усти безининг пўстлоқ қавати нисбатан яхши ривожланган.

Гипофиз чакалоқларда нисбатан яхши ривожланган, ўсиш гормонлар билан боғлайдиган эозинофил хужайралари яхши ривожланган. Гипофиз ўлчамлари катта ёшдагиларникига нисбадан катта.

Марказий нерв тизими:Бош мия нисбатан катта, бу - чакалоқнинг энг катта аъзоси. Катта ярим шарлар пўстлоғи нисбатан ингичка. Миянинг кул ранг моддаси ок моддасидан етарли чегараланмаган. Йирик эгатчалар ва пушталар яхши намоён бўлган, лекин баландлиги ва чуқурлиги кичик. Майда эгатчалар нисбатан кам, лекин улар туғилгандан кейин пайдо бўлади. Мияча суст ривожланган, ён қоринчаси катта, чўзилган. Катталарникига караганда миянинг қон билан таъминланиши яхшироқ. Гематозенцефалитик барьер ўтказувчанлиги юқори. Орқа мия туғилиш вақтига келиб тузилиши деярли тугалланган бўлиб, функционал етилган бўлади. Чакалоқларда у нисбатан узун. Орқа миянинг ҳамма ўтказувчи нерв йўллари етарли ривожланган, пирамиладан ташқари, миелинизация тугалланмаган бўлади.

Орқа мия суюқлиги чакалоқларда паст босим остида бўлади, унинг ранги кўпинча сарғиш тусда бўлади. Панди реакцияси мусбат, оксил нисбатан кўп, қанд эса камроқ, цитоз кўпроқ, лимфоцитлардан иборатдир.

Вегетатив нерв тизими бола туғилиш вақтига келиб нормал фаолият кўрсатади.

Янги туғилган чақалокларнинг ҳаракатлари координацияланмаган, атетозга ўхшаш. Бу даврда ҳаракат анализатори ривожланишининг махсус шароитини ифодаловчи ва кейинчалик йўқоладиган туғма ўткинчи (транзитор) рефлекслар юзага чиқади. Соғлом чақалокда эмиш, ютиш, мугиз, конъюнктивал ва бошқа рефлекслар яхши ривожланган бўлади.

Сезги аъзолари чақалоклик даврининг характерли хусусияти - такомиллашмаганлигидир.

Қўриш аста секин ривожланади. Чақалокда у ёруғликни сезишдан иборат бўлади. Қўз ҳаракатлари координацияланмаган. Ҳаётининг дастлабки соати ва кунларида болаларга фотофобия хосдир, унинг қўзлари қарийиб доимо ёпик, қўз қорачиғи торайган бўлади. Қўз ёши безларининг иши суст бўлади. Шунинг учун чақалок қўз ёшсиз йиғлайди. Кучли ва тўсатдан ёритилганда боланинг қовоклари ёпилади ва боши орқага ташланади.

Чақалокнинг эшитиши ҳаётининг биринчи кунларидаёқ ривожланган бўлади. Кучли товуш қўзғатувчиларга бола чўчиб тушиш, кўпроқ юз мушакларининг қисқариши, нафас олиш тезлиги ва чуқурлигининг ўзгариши билан жавоб беради.

Ҳид билиш сезгиси мавжуд. Бола кучли ҳидларни ҳис қилади. Таъм билиш сезгиси яхши ривожланган. Ширинлик тинчлантирувчи таъсир кўрсатади ва лабларини ялаш билан кузатилади. Шўр, айниқса нордон ва аччиқ нарсалар безовталантиради. Юзини буриштиради ва сўлак ишлаб чиқаришини кучайтиради.

Тери сезгиси яхши ривожланган. Бола тери ва шиллик қаватига текканни дарҳол сезади. Тери турли соҳаларининг сезувчанлиги турличадир. У юз, қўл ва оёқда кучлидир, орқада эса кучсизроқдир. Терига совуқ предметлар билан тегилса, чуқур нафас олиб йиғлайди (жонлаштириш муолажаларида ишлатилади). Чақалокларда оғриқ сезгиси ҳам мавжуд: уколга одатда ҳаракат реакцияси билан жавоб беради.

## ЧЕГАРАВИЙ ҲОЛАТЛАР

Ҳаётнинг янги шароитига мослашиш жараёнини ифодаловчи ҳолатлар ўтиш (чегаравий, физиологик) ҳолатлар дейилади, бу ҳолатлар фақат чақалоклик даврида бўлади. Бу ҳолатларни эсда тутмоқ ва уларни патологик ҳолатлардан ажрата билмоқ лозим, чунки уларнинг ўхшашлик жиҳатлари бор. Чегаравий ҳолатларда даволаш талаб этилмайди. Чақалокларнинг

организмида рўй бераётган ўзгаришлар ўз-ўзидан тўлиқ йўқолади. Физиологик ўткинчи ҳолатларга қуйидагилар киради:

Физиологик эритема - чакалоқ бутун терисининг қип - қизиллиги, баъзан қафт ва оёғини тагининг кучсиз қўқариши. Эритема ташқи муҳитнинг таъсиротларидан терининг таъсириланиши натижасида ривожланади. У бир неча соатдан 2-3 суткагача давом этади. Овқатланиш бунда бузилмайди, бола ҳаракати ўзгармайди. Эритема йўқолгандан сўнг қафт ва оёқ остида кўпроқ кузатиладиган терининг кипикланиши пайдо бўлади.

Тана бошланғич вазнининг физиологик камайиши - одатда 3-4, камдан-кам 5-кун кузатилади. Нормал туғилишда ҳомиладорликнинг ва туғишнинг мувоффақиятли кечишида, овқатлантириш ва парваришланишнинг оптимал шароитларида соғлом болаларда одатда вазн йўқотиш 5-6%дан ошмайди. Тана бошланғич массасининг йўқолиши асосан лактация етишмаслиги ва эмиш кучсизлиги, сийдик орқали сув йўқотиш, ўпка ва тери орқали бўладиган чиқиндилар, киндик тизимчаси колдигининг қуриши, баъзан қусиши, ҳамда меконийнинг чиқиши сабаб бўлади. Тана массасининг туғилишдаги массадан 10 % дан кўпроқ камайиши нормадан четга чиқиш хисобланади.

Физиологик сариклик ҳамма чакалоқларда ҳаётининг 3-4 кун ривожланади. Боланинг аҳволи коникарли бўлганда тери, оғиз бўшлиғи шиллик қавати ва кўз склерасининг саргайиши пайдо бўлади. Ахлати оддий рангда бўлади. Жигар ва талоқ катталашмаган. Сариклик эритроцитларнинг бир қисми парчаланиши, жигарнинг физиологик етишмовчилиги, билирубиннинг ажратилиши сустиги ва билирубиннинг ичаклардан қайта сўрилиши юқорилиги натижасида ривожланади. Сариклик 7-14 чи кунгача секинлик билан камайиб боради. Агар сариклик етук болада 14 кундан узоқ, чала туғилган чакалоқларда 21 кундан узоқ ёки янги туғилган чакалоқда ҳаётининг биринчи 36 соати ичида аниқланса, бу патологик сариклик деб баҳоланади (чакалоқнинг гемолитик касаллиги, инфекциялар, ўт йўллари атрезияси ва ҳ.к.).

Чакалоқлар жинсий кризи ҳомиланинг она корнида ривожланиши даврида ҳомилага ва бола туғилгандан кейин кўкрак сути билан эстрогенларни ўтишидандир. Туғилгандан кейин биринчи кунларда сут безларининг дағаллашиши, тери ранги нормал бўлиши, сўргичдан аввал сувли кейин оғиз сутини эслатувчи сарғиш оқ суюқлик ажралиши мумкин.

Қиз болаларда 1-2 кунгача қонга ўхшаш ажралма кин орқали чиқиши мумкин. Ўғил болаларда ёрғоқда шиш бўлиши мумкин, бир неча кундан сўнг эса ўзи қайтади. Сут безининг катталаниши ҳамма қиз болаларда ва ўғил болаларни ярмида учрайди.

Дескваматив вульвовагинит - жинсий йўлдан ажраладиган оқ-кулрангсимон рангдаги шиллик бўлиб, биринчи 3 кунликда қиз болаларда пайдо бўлиб, 1-3 кундан кейин аста секин йўқолади.

Морфологик мезонлар йиғиндиси буйича боланинг гестацион ёшнинг баҳолаш (Боллар ДЖ. ва б., 1979):

Белгилар	Баллар					
	0	1	2	3	4	5
Тери	Желатинсимон, кизил, тиник	Силлик, пушти кон томирлар кўринади	Юзаки қипикланиш ва ёки кон томирлар бироз кўринади	Эгатсимон, кам ривожланган кон томирлар	Пергаментсимон, чуқур эгатлар, кон томирлар кўринмайди	Етуқ эгатлар, бурмалар
Лануго	йўқ	Жуда кўп	сув	Туксиз соҳалар	Катта қисмлар туксиз	
Товондаги бурмалар	йўқ	Ноаник, кизил чизиклар	Бурмалар фақат товоннинг олд қисмида	Бурмалар товоннинг 2/3 қисмида	Бурмалар кафт-товоннинг ҳамма қисмида	
Кўкрак безлари	Жуда оз сезилади	Ясси, сўргич атрофи айланаси йўқ	Тўлиқ ривожланган, сўргич айланаси 1-2 мм	Сўргич кутарилган, сўргич айланаси 3-4 мм	Сут беги тўқимаси тўлиқ ривожланган, сўргич айланаси 5-10 мм	
Қулоқ	Қулоқ супраси ясси, букилган ҳолатда қолади	Қулоқ супраси бироз букилган, букилгандан сунг секин тўғриланади	Қулоқ супраси яхши эгилган, букилгач осон тўғриланади	Зич ва шакланган, букилгач тезда тўғриланади	Зич тоғай, қулоқ қаттиқ	
Жинсий аъзолар (ўғил бола)	Ёрғоқ буш, бурмалар йўқ		Тухумлар ёрғоққа туншади, ёрғоқ бурмалари бор	Тухумлар ёрғоққа туншади, ёрғоқ бурмалари яхши ривожланган	Тухумлар «осилиб туради», ёрғоқ чуқур бурмаларга эга	
Жинсий аъзолар (қиз бола)	Клитор ва кичик жинсий лаблар чиқиб туради		Катта ва кичик жинсий лаблар деярли тенг	Катта жинсий лаблар кичик жинсий лабларни ёпиб туради	Клитор ва кичик жинсий лаблар катта жинсий лаблар билан ёпилиб туради	

Белги	Сонлиқ (баллар)					
	0	1	2	3	4	5
Чақалокнинг аёғи						
Наздик оёқ (балли)						
Қўлнинг кўраб						
Тоққа ости бўклаш						
Шарф сиклига						
Тўққон қўлига тортиб деракчи						

Чақалокнинг аёғи ва қўли билан баллар: Др. Ботелад, 1979.

### Тўпланган умумий баллнинг гестацион ёш билан корреляцион боғлиқлиги.

Умумий балл	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
гестацион ёш, хафталарда	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44

Чала туғилган чақалокларнинг функционал белгилари. Чала туғилган чақалоклар гипотермияга мойил бўлади, иссиқлик ишлаб чиқариш камлиги, иссиқлик йукотиш кучлилиги, овқат билан энергия кам тушиши, айниқса ҳаётининг биринчи кунларида, мушаклар тонусининг етишмаслиги ва улар массасининг камлиги билан асосланади. Иссиқлик ишлаб чиқариш ёғларнинг липолизи ҳисобига чегараланган, унинг миқдори чала туғилган чақалокларда жуда кам. Юқори иссиқлик узатиш тери юзасининг нисбий катталиги билан боғлиқ, тери ости ёғ қавати ингичкалиги, қон томирлар тўри тери юзасига

якин жойлашганлиги, тўлиқ туғилган чақалоқларга нисбатан минутлик нафас ҳажми кўплиги билан боғлиқ.

Чала туғилганлар учун тана ҳароратини инфекцион жараёнга жавобий кўтарилишини йўқлиги ва кувезда тез исиб кетишлик хосдир.

Чала туғилган чақалоқларни парваришлари ва даволашда сув-электролит алмашинувини лабиллигини ҳисобга олиш зарур, чала туғилган болалар организми гидратация кўплиги билан фаркланади. Сув электролит режими бузилганда чала туғилган чақалоқлар шиш хосил бўлишига мойилдир, худди сувсизлик (дегидратация) ривожланиши каби.

Қон қовушқоқлигининг ошиши вегетатив нерв системасининг етилмаганлиги, гемодинамик бузилишларнинг тез пайдо бўлишига асосланади. Қон оқисининг бузилиши, шу билан бир қаторда ўпкада ҳам чуқурлашиши мумкин, баъзан эса ташқи нафас функциясининг бузилиши кучайиши мумкин.

Бу бузилишлар коррекцияси чала туғилган чақалоқ буйрақлар иш қобилияти қийинлаштиради (копточкалар филтрацияси суст, натрий ионларини деярли тўлиқ реабсорбцияси, концентрацион ва секретор функцияни пасайиши.)

Чала туғилганларда иммунитет етилмаганлигидан юқумли касалликларга мойиллик деб тушунилади. (Т- ва В-лимфоцитлар функционал активлигини пастлиги) ва носпецифик химоя (лизосим, В-лизинларни микдорини камайиши).

Овқат ҳазм қилиш системаси ошқозонни ҳажмини кичиклиги, кардиал сфингерни кучсизлиги, ошқозон ширасини протеолитик активлиги сустлиги, ошқозон ости бези ферментатив қобилияти ва ичаклар фаолияти сустлиги билан характерланади.

Тана вазнининг физиологик йўқотиши чала туғилганларда ҳаётининг 4-6 кунлари қузатилади ва тана массасини 7-14 %ини ташкил қилади. Бошланғич йўқотишни бу болаларда тикланиши секинроқ кечади (ҳаётининг 3-4 ҳафтасида.)

Транзитор сариклик ҳаётининг 2-3 куни пайдо бўлиб, нисбатан узокроқ вақт давом этади.

Бирламчи туалет чала туғилган чақалоқларда тўлиқ туғилганлар билан бир хил ўтказилади. Чала туғилган болаларни бирламчи туалет ўтказилгандан кейин қисқа вақт ичида туғрукхонадан чақалоқлар патологияси бўлимига ўтказилади.

## ЧАЛА ТУҒИЛГАН ВА КИЧИК ВАЗНЛИ ЧАҚАЛОҚЛАРНИ ПАРВАРИШЛАШ ҚОНДАЛАРИ.

Кичик вазнли чақалоқларда қуйидаги патологик ҳолатлар ривожланиш эҳтимоли юқори: неонатал асфиксия, гипотермия, гипогликемия, овқатлантириш билан боғлиқ муаммолар, инфекциялар ва турли нуқсонлар.

Чала туғилган чақалоқларда эса яна апноэ, нафас бузилиш синдроми, гипербилирубинемия, бош мияга қон қуйилиш ҳолатлари ва ҳ.к. кузатилиши мумкин. Агар янги туғилган, кичик вазнли чақалоқларда бу ҳолатлар кузатилмаса уларга асосан иссиқликни таъминлаш, гипогликемия профилактикаси ёки даволаш, ёшига мос ҳолда овқатлантириш муаммоларини ечим топиши керак. Иссиқликни таъминлаш учун «иссиқлик занжири» тамоилларига риоя қилиш, терморегуляция назорати, гипотермия ҳолатларида болани иситиш лозим. Бунинг учун «тери-тери» контакти, кувез, иссиқлик нурлари ва иссиқ тушаклардан фойдаланиш мумкин.

Ҳар қандай ҳолатда ҳам иложи борича барвақт она сути билан боқиш ва қўшимча кислород бериш тавсия этилади.

Кичик вазнли чақалоқларни (1800 г) уйига жавоб беришга кўрсатмалар: болани қонқарли ҳолати (эркин нафас олиши, юрак уриши ритмик, 100дан юқори бўлиши, тери қопламалари пушти ранг, шартсиз рефлекслар қонқарли), сийдик ажралиши суткасига 10 мартадан кўп, вазн кўшилишида мусбат динамика, терморегуляция қонқарли. Агар боланинг вазни 1800г дан кам бўлса, у чала туғилган чақалоқларни парваришлаш бўлимига ўтказилади.

## Пилороспазм

Пилороспазм - ошқозон пилорик қисмининг мускуллари спазми бўлиб, ошқозондан овқат ўтиши кийинлашишига олиб келади. Пилороспазм сабаби бўлиб марказий нерв системаси ва унинг вегетатив қисми бошқариш фаолияти бузилиши ва невропатик ирсий мойиллик ҳисобланади.

Клиникаси. Асосий симптомлар - қусиш, кекириш бўлиб, бола ҳаётининг биринчи кунларидан кузатилади. Қусиш бола овқатлангандан кейин 10-15 даққака ўтгач бошланади. Боланинг умумий ахволи оғирлашади, бола нотинч, йиғлоқи, таъсирчан бўлиб қолади. Умумий вазни камайиши, ич қотиши, қабзият, сийдик хажми камайиши кузатилади. Рентгенологик текширувда контраст модда меъдадан секинлик билан ўтиши аниқланади. Касаллик 2-3 ой давом этади. Кейин клиник белгилар аста-секин камайиб боради.

Даволаш. Асосий даво асаб системасини нормаллаштиришга қаратилади. Болага узоқ вақт тоза хавода сайр қилиш, уйқу режими, оилада тинчли ҳолатини таъминлаш тавсия қилинади. Қайт қилган ҳолатларда кўкрак сутига қўшимча қуюқроқ овқат (гуруч қайнатмаси 1-2 чой қошиқдан ) бериледи. Пилорик қисм спазминини йўқотиш учун овқатдан 10-15 минут олдин церукал, но-шпа каби воситалар буюрилади. Витамин В1, В6, пипольфен, парафин



апликациялари, электрофорез новокаин билан ( меъда сохасига) муолажалари мақсадга мувофиқдир.

Қушиш пайдо бўлганда хамшира қусуқ моддалари аспирациясини олдини олиш мақсадида боланинг ёнбошга ётқизиши керак. Боланинг кўкрак қисмига целлофан пленка қўйилади. Оғзи ёнига лоток қўйилади. Боланинг ахволи шифокорга маълум қилиниши керак. Бола қусгандан сўнг оғзи илик сув ёки 2 фойизли натрий бикарбонат эритмасми билан ювилади, қусуқ массалари шифокор келгунча қолдирилади, ёки лабораторияга текширув учун юборилади. Хамшира боланинг ахволини шифокорга маълум қилади.

### **Пилоростеноз**

Пилоростеноз - меъданинг пилорик қисми туғма торайиши бўлиб, меъда пилорик қисми мускуллари қалинлашиши билан кечади. Бунинг натижасида озик моддалари пилорик қисмдан ўтиши қийинлашади.

Клиникаси. Биринчи клиник белгилари чақалоқ хаётининг 2-4 ҳафталаарида юзага келади. Қасалликнинг асосий белгиси - озиклангандан кейинги қушиш ҳисобланади. Қусуқ моддалари кучли босим билан, фонтан каби отилиб чиқади. Қусуқ таркибида сафро бўлмайди. Бемор озиклангандан кейин эпигастрал соҳада кўзга кўринарли перистальтика аниқланади, «қум соат» симптоми мусбат бўлади.

Чақалоқ ахволи тезда оғирлашади, атрофидагиларга бефарқ, вақти-вақти билан безовта бўлади. Юз қиёфаси азобланган кўринишда. Тана массаси кескин камайиши кузатилади. Озик моддаларни меъдага яхши тушмаслиги сабабли ичакларда қабзият, қуюқ тўқ яшил рангли, таркибида оз микдорда ахлат моддалари тутган нажас ажралади.

Диагнозни аниқлаш учун меъда рентгенографияси, ЭГДФС ва УТТ қилинади. Контраст моддали рентгенологик текширувда пилорик каналда торайиш белгилари, деформацияларни кузатиш мумкин. Контраст модда қабул қилингандан 4 соатдан кейин ҳам контраст моддаларнинг ярмидан кўпи меъдада туриб қолгани аниқланади.

Давоси. Асосий даволаш - жаррохлик операцияси ҳисобланади. Операциядан 3-4 соат дан сўнг чақалоққа она сути берилади (10мл дан бошлаб, ҳар 2-3 соатда) ва аста-секин сут микдори ошириб борилади. Операциядан 4-5 кун ўтгач овқатлантириш ёши мос бўйича берилади.

Текширув саволлари:

1. Пилороспазм клиникаси.
2. Пилоростеноз диагностикаси.
3. Ушбу касалликларни даволаш асослари.

## Чақалоклар асфиксияси.

Ҳозирги пайтда "асфиксия" деганда - юрак уриши давомийлигидаги нафас етишмаслиги ёки алоҳида вақти-вақти билан номунтазам, юзаки нафас олиш тушунилади.

Асфиксия турлари.

1) ҳомила асфиксияси:

а) антенатал;

б) интранатал

2) янги туғилган чақалоклар асфиксияси.

Ҳомила давридаги асфиксия асосида қон айланиши етишмовчилиги ётади. Янги туғилган чақалоклар асфиксиясида - нафас бузилишлари, одатда қон айланишини ҳомила давридаги бузилиши билан боғлиқдир.

Янги туғилганлар асфиксияси яъни - бирламчи асфиксия, бунда туғилган чақалок киндиги боғлангандан кейин ўзича мустақил нафас олмайди ва иккиламчи асфиксия кейинги соатлар ва кунларда пайдо бўладиган асфиксиялар тафовут қилинади.

Чақалокларда ўткир асфиксияга олиб келувчи 5 тамойил тафовут этилади.

1) Киндик орқали қон оқимининг бузилиши (киндик тугунлари, унинг эзилиши ва босилиши, боланинг танаси ва бўйнида киндикнинг ўралиб қолиши).

2) Плацента орқали газ алмашинувининг бузилиши (йўлдошнинг барвақт (олдидан) тўлик ва чала кўчиши, йўлдошнинг олдидан келиши ва бошқалар).

3) Плацентанинг она қисмида қон айланиши бузилиши (шидатли ҳужужлар, турли хил этиологияли артериал гипотензия ёки гипертензия).

4) Она қонининг кислород билан таъминланишининг бузилишлари (анемия, юрак - томир касалликлари, нафас етишмовчилиги).

5) Янги туғилган чақалокнинг она қорнида нафас олиш ҳаракатларининг етишмовчилиги (она олган медикаментоз терапиянинг таъсири, ҳомила миясининг антенатал шикастланиши, ўпка тўқимасидаги нуксонлар ва бошқалар).

Иккиламчи гипоксия аспирация, пневмопатиялар, бош ва орқа миянинг туғма шикастлари ва бош мия, ўпка, юракнинг туғма нуксонлари натижасида ривожланиши мумкин.

Шундай қилиб, асфиксия - ўткир юзага келувчи патологик жараён бўлиб, унинг асосида қонда кислород етишмовчилиги (гипоксемия), тўқималарда кислород етишмаслиги (гипоксия) ва организмда карбонат кислота кўпайиши (гиперкапния), метаболик ацидозга олиб келувчи моддалар алмашинувининг бошқа бузилишлар натижасида ривожланувчи бўғилиш маъносини билдиради. Модда алмашинувининг тўлик оксидланмаган маҳсулотлари қонда айланиб юриб, тўқималарда биокимёвий

жараёнларни сўндиради ва тўқима гипоксиясини келтириб чиқаради: хужайралар кислородни сингдириш хусусиятини йўқотади. Патологик ацидоз кон томирлари девори ва тўқима мембраналари ўтказувчанлигини оширади, натижада кон айланиши ва кон ивиши бузилиши, турли органларга кон қуйилиши қузатилади. Томирлар тонуси пасаяди ва улар конга тўлади. Қоннинг суяк қисми атроф тўқималарга чикиб, барча аъзо ва тўқималарда дистрофик ўзгаришлар ва шишлар ҳосил қилади.

Клиникаси: Женевада қабул қилинган халқаро касалликлар таснифига биноан янги туғилган бола асфиксиясининг ўрта ва оғир даражалари фаркланади. Янги туғилган чақалок ҳолати ҳаётининг 1 ва 5 дақиқаларида Апгар шкаласи бўйича баҳоланади.

Белгилар	0	1	2
Юрак қисқаришлари	Йўқ	100дан кам	100дан кўп
Нафас фаоллиги	Йўқ	Сустлашган, норегуляр	регуляр
Мушаклар тонуси	Суст	Оёқ-қўллари бироз букилган	Оёқ-қўллари етарли букилган
Рефлектор қўзғалувчанлик	Йўқ	гримаса	кичкирик
Тери қопламаси ранги.	Оқарган ёки кўкимтир	Танаси пушти, оёқ-қўллари кўкимтир	Тери қопламалари пушти рангда

Ўрта оғирликдаги асфиксия қуйидагича таърифланади. Туғруқдан кейин нормал нафас олиш 1 дақиқа давомида тикланмайди. Лекин юрак уриш сони минутига 100 ва ундан кўп. Мушак тонуси ташки таъсирга суст жавоб беради, 1 минутдан сўнг Апгар шкаласи бўйича - 4-6 баллни ташкил этиб "Кўк асфиксия" деб аталади.

Ўрта оғирликдаги асфиксия билан туғилган боланинг ҳолати - ҳаётининг биринчи дақиқаларида - бола ланж, текшириш ва таъсиротларга реакцияси суст, физиологик рефлекслари жуда пасайган. Тери қаватлари цианотик, оксигенация ўтказилганда бирданига пуштиранг бўлади, акроцианоз сакланиб қолади.

Аускультацияда - юрак тонлари бўғиклашган, тахикардия. Нафас ритмик, хўрсинишлар билан, қисқа, қайталанувчи апноэ ҳолати ҳосдир.

Оғир асфиксия: - туғилганда пульс 100 мартадан кам, нафас олиши қийинлашган ёки йўқ, териси рангпар, мушаклари атоник. Апгар шкаласи бўйича 0 - 3 балл деб баҳоланиб "Оқ асфиксия" деб аталади.

Боланинг туғилгандаги ҳолати оғир ва жуда оғир. Мушак тонуси, спонтан ҳаракат фаоллиги, кўриш ва оғрикка сезувчанлиги пасайган ёки бўлмайди. Биринчи соатларда чақалокларда физиологик рефлекслар

чақирилмайди. Тери каватлари ранги цианотик - оқиш, ва актив оксигенацияда пушти ранггача аста-секин тикланади, юрак товлари бўғик ёки бўғиклашган. Меконий туғилишигача ёки туғилганда ажралади.

Касаллик асоратлари: 2 гуруҳ асоратлари фаркланади - эрта, яъни хаётининг биринчи соатлари ва кунларида ривожланадиган, кечки - биринчи хафтанинг охири ва ундан кейинги вақтларда кузатилади. Эрта асоратлар ичида, бош мианинг шикастланишидан ташқари (шиш, бош миёга қон қуйилиши, некрозлар ва бошқалар), кўпинча гемодинамик (ўпка гипертензияси, юрак етишмовчилиги), буйрак, ўпка, ҳазм қилиш абзоларида бузилишлар ва геморрагик ўзгаришлар (анемия, тромбцитопения, ДВС-синдром) кузатилади.

Кечки асоратлари ичида инфекциялар (пневмониялар, менингит, сепсис) ва неврологик патология (гидроцефал синдром, гипоксик - ишемик энцефалопатия) устулик қилади.

Даволаш. Янги туғилган чақалоқлар асфиксияси - терминал ҳолат бўлиб, ундан чиқариш учун айрим реанимацион тадбирлар ўтказилиши шарт.

П.Сафар (1980 йил) шаклантирилган ABC - реанимация.

A- Airway - ҳаво ўтказувчи йўллارни тозалаш ва уларнинг ўтказувчанлигини сақлаб туриш.

B- Breath - нафас олиш, вентиляцияни сунъий (ИВЛ) ёки ёрдам берувчи (ВВЛ) аппаратлар билан таъминлаш.

C- Cordial circulation - юрак фаолияти ва гемодинамикани тиклаш ва сақлаб туриш.

Асфиксияда туғилган болага кўрсатиладиган биринчи ёрдам алгоритми бир неча босқичдан иборат.

1-босқич. Реанимация (жонлантариш), аввало бола туғилгандан сўнг катетер ёрдамида оғиз бўшлиғидаги суюқликни сўришдан бошланади; шундан кейин ҳам бола нафас олмаса, эҳтиёткорлик билан тактил стимуляцияни ўтказиш керак – оёғининг тагига чертиш ёки орқасини актив силаш. Болани стерил йўргакларга ўраб иссиқлик остидаги реанимацион столчага тезликда олинади. Боланинг бош томони бироз пастга туширилган бўлади (тахминан  $15^{\circ}$  га). Боладаги ҳомила олди сувлари, шиллиқ, айрим ҳолларда теридаги она қонини иссиқ йўргак билан артиб олинади. Оғир асфиксияда, ҳомила олди сувларида ёки бурун - ҳалқумида меконий бўлганда тезликда нафас йўллариининг санацияси ва интубация амалга оширилади. Ой кунн тўлиб туғилган бола туғруқдан сўнг онадан дарҳол, чала туғилган чақалоқ эса бир минутдан сўнг ажратилади, биринчи босқич охирида (у 20 - 25 секунддан ошмаслиги керак) боланинг нафас олиши баҳоланади. Адекват нафас олишда, юрак уришлар сони минутига 100дан юқори бўлганда, терида цианоз кам бўлганда реанимацион тадбирлар тўхтатилади ва болага кейинги

кузатув ташкил этилади. Иложи борича тезроқ болани она сути билан боқинши бошлаш керак.

2-босқич. Ташқи нафасни тиклаш асосий вазифадир. Мустақил нафас олишни кийин ёки йўқ бўлган болаларда ўтказилади (нафас олиши кам, тарқоқ цианоз борлиги ва бошқалар). Асосий тадбирлардан бири маска (никоб) ёки Амбу копчаси ёрдамида ўпқалар вентилляциясини тиклаш саналади. Нафас олиш сони минутига 40 - 60 марта, илк бор 100% кислород - ишлатилади. Кўкрак қафасининг етарли экскурсияси альвеолаларнинг яхши вентилляцияси ва нафас йўллариининг ўтказувчанлиги бекам-куслигидан далолат беради.

Маска ёки Амбу копча билан вентилляция самара бермаганда, ЮКС (юрак кискаришлар сони) 80 дан кам ва юракнинг билвосита ташқи массажига зарурият, нафасни узоқ вақтда ушлаб туриш, эндотрахеал интубацияга кўрсатма бўлади. ЎСВ (ўпка сунъий вентилляцияси) билан бир вақтда томир ичига налорфин ёки этимизол юбориб, нафас олиш рағбатлантиради. ЎСВ бошлангандан 20 - 30 сек. ўтгач юрак кискаришлар сони саналади. Агар ЮКС минутига 80 - 100 бўлса, ЎСВ давом эттирилади (то юрак кискаришлари сони 100 дан ошмагунча).

3-босқич. Организмда метаболизм ва кон айланиши бузилишларида олиб бориладиган чора-тадбирлар - ЮКС минутига 60 - 80дан кам бўлганда дарҳол 100% лик кислород билан ўтказиладиган ЎСВ фонида юракни билвосита массажини бошлаш керак. Бунинг учун катта бармоқлар ёки икки бармоқ усули билан тўш суягининг пастки 1/3 қисмига пастга 1,5 - 2 см томон, минутига 100 - 140 марта босилади. Билвосита юрак массажининг эффективлиги терининг ранги ва уйқу артериясининг пульсацияси орқали баҳоланади. Бир вақтда ЎСВ ва юракнинг билвосита массажи ўтказилади. Сўнгра терининг ранги ва микроциркуляция ҳолати баҳоланади. Кўрсатмалар бўйича инфузион терапия ўтказилади (альбумин, натив плазма, натрий хлорид эритмаси). Туғруқ залидаги барча асфиксия билан туғилган болаларга К витамини юборилади.

Реанимацион ёрдам кўрсатилгандан сўнг, аҳволи оғир, ҳаётий функцияси секин тикланаётганда янги туғилган болаларни касалхонадаги реанимацион бўлимга ўтказиш керак.

Агар 15-20 минут ичида болада мустақил нафас олиш пайдо бўлмаса, тургун брадикардия кузатилса, бош миаянинг оғир шикастланиши ҳақида фикр юритиш мумкин ва реанимацион чора тадбирларни тўхтатиш масаласи кўрилади.

Текширув саволлари:

1. Асфиксия – бу нима?
2. Аппар шкаласи.
3. ABC реанимация тушунчаси.

## Туғма травма ва шикастлар

"Туғма травма" термини туғруқ пайтида аъзо ва тўқималари бутунлигининг бузилишини (функциялари ҳам бузилади) ўзида жамлайди.

Туғма травмаларнинг сабабларидан бири туғруқдаги акушерлик муолажаларидир. Ҳомила гипоксияси ва оғир интранатал асфиксия нормал кечаётган туғруқда ҳам шикастланишлар пайдо бўлиши мумкин. Одатда асаб системаси, юмшоқ тўқима, суяк ва аъзоларнинг туғма шикастлари фаркланади. Асаб системасининг туғма шикастларига қуйидагилар киради: бош ва орқа миyanинг шикастланиши, периферик асаб системаси (кўлнинг акушерлик парези, диафрагма ва мимик мушаклар парези). Янги туғилган чакалоқлар патологиясида муҳим ўринни суяклар синиши эгаллайди (ўмров, сон, болдир). Оғир туғруқларда ички аъзо зарарланиши билан мушаклар узилиши ва қон кетишлар юзага келади. Энг кўп учрайдиган юмшоқ тўқима шикастлари – туғруқ ўсмаси ва кефалогематома ҳисобланади.

**Туғруқ ўсмаси(родовая опухоль)** - бу физиологик ҳолат бўлиб, хомила бош билан келганда бошдаги юмшоқ тўқималарнинг шиши ва қон айланиши бузилиши билан ифодаланади. Туғруқ ўсмасининг бошда жойлашишида бир суяк чегарасидан ташқарига тарқалади. Ўсмани даволашнинг ҳожати йўқ, 1-3 кунда ўтиб кетади.

**Кефалогематома** - бу суяк усти пардасининг остига қон қуйилишидир. Кўпинча тепа ва энса суякларидида кузатилиб, туғруқдан бир неча соат ўтгач намоён бўлади. Ўсма аввалига қаттиқ консистенцияли бўлиб, ёнидаги суякка ўтмайди, пульсацияси йўқ, оғриксиз, кефалогематома устидаги тери ўзгармаган. Ҳаётининг биринчи кунларида кефалогематома катталаниши мумкин. 2 - 3 - ҳафтага келиб ўлчамлари қисқаради, тўлик сўрилиб кетиши олтинчи, саккизинчи ҳафталарида кузатилади. Айрим ҳолларда охокланиш, баъзан эса йиринглаши мумкин. Кефалогематома сабаблари бошнинг туғруқ пайтидаги ҳаракатида суяк усти пардасининг кўчиши, ёки бош суяги дарз кетишидир.

## Марказий нерв системасининг перинатал шикастланиши

Бу термин остида бош миёда чуқур патоморфологик ўзгаришлар юзага келиши тушунилади, булар қон қуйилиши (мияга қон қуйилиши) ва тўқималар деструкцияси (гипоксик - ишемик энцефалопатия). Мияга қон қуйилиши келиб чиқишига кўра икки турга бўлинади: травматик ва гипоксик. Уларнинг бир-бирига нисбати 1: 10.

Гипоксик-ишемик энцефалопатия перинатал гипоксия натижасида бош миyanинг зарарланиши бўлиб, ҳаракат бузилишлари, тиришишлар, руҳий ривожланишнинг бузилишларига олиб келади.

МНС туғма шикастларининг асосий сабаби ҳомиланинг анте- ва интранатал даврида ўткир ёки узоқ давом этувчи гипоксиядир. Бу миёга қон қуйилишига сабабчи бўлади. Она ҳомилдорлигида юз берган ҳар- бир касаллик ҳомила гипоксиясини чақиради. Гипоксия ва бош миёанинг туғма шикастлари бир - бири билан патогенетик боғлиқ, кўпинча бирга келади. Баъзан миёга қон қуйилиши ва бош миёа тўқималарининг жароҳати гипоксиянинг оқибати ёки унинг сабаби бўлади.

Янги туғилган чақалоқларда МНС шикастланиши турли хил клиник ва морфологик ўзгаришлар билан характерланади, бунга; гемоликворциркуляция бузилишидаги енгил функционал ўзгаришлардан тортиб то миёга кўп қон қуйилиш ва диффуз шишларда бўладиган ҳаётгий функциялар ва миёа шикастланишининг чуқур ўзгаришларигача киради.

Клиникаси. Миёа туғма шикастланган болалар кўпинча асфиксия билан туғилади ёки иккиламчи асфиксия ҳаётининг 3 - 5 кунлари юзага келади. Айрим ҳолларда чақалоқ ҳаётининг биринчи кунлари МНС шикастланиши суст намоён бўлиб, биринчи- ҳафтанинг охирларида ёки ундан кейин ташхисланади.

МНС туғма шикастларининг кечишида қуйидаги даврлар фаркланади: ўткир (7 - 10 кун, чала туғилганларда 1 ойгача), эрта тикланиш (4 - 6 ойгача), кеч тикланиш (1- 2 йил) ва қолдиқ белгилар даври (2 йилдан сўнг).

МНС нинг умумий шикастланиши ва маҳаллий симптомлар ҳамда ички аъзолар фаолиятининг бузилиши билан намоён бўлади.

Касалликнинг ўткир даврида умумий бузилишлари устунлик қилади ва бу ўта кўзгалувчанлик синдроми ёки сўниш синдроми кўринишида ўтади. Ўта кўзгалувчанлик синдромида ҳаракатлар нотинчлиги, талвасага мойиллик ёки талваса тутиши, миёа билан боғлиқ монотон бақриш, инграш, мушаклар тонусининг ошиши, энса мушакларинг таранглашиши, қўл ва ияк титраши кузатилади.

Сўниш синдромида барча ҳаётгий функцияларнинг сусайиши, гиподинамия, мушаклар гипотонияси, физиологик рефлексларнинг сусайиши ёки йўқолиши кузатилади.

Миёа шикастланишининг ўчоқли белгиларига спастик парез ва фалажлик, "ботаётган қуёш" симптоми, диққат билан тикилиш, нистагм, юз асимметрияси, мушаклар тонуси ва рефлекслар асимметрияси киради.

Кўп ҳолларда МНС нинг туғма шикастланишлари нафас бузилиши синдроми ва юрак-қон томир системасидаги ўзгаришлар билан қўшилиб келади. Овқат ҳазм қилиш тизимининг гипоксия натижасида шикастланиши иштаҳанинг ўзгариб туриши, баъзан иштаҳа йўқолиши, кеккириш ёки қайт қилиш, ичак парези кўринишида намоён бўлади.

Эрта тикланиш даврида астеноневротик, гипертензион, гидроцефал синдромлар шаклланади.

Астеноневротик синдромда юқори кўзгалувчанлик устун туради, ҳаракат бузилишлари, мушаклар тонусининг пасайиши ёки ортиши билан

намоён бўлади. Гипертонус буқувчи ва ёзувчи мушак гуруҳларни, ҳамда соннинг келтирувчи мушакларини камраб олиши мумкин.

Гипертензион синдромда МНСнинг қўзғалиш симптомлари ва умумий гипертензия, мия ичи босимиянинг ошиши билан бирга кузатилади. Орка мияни пункция қилганда ликворнинг босим билан оқиб чиқиши ёки тез - тез томчилаб чиқиши аниқланади. Бош айланасининг ўсиш тезлиги меъёрнинг юқори чегарасидан ошмайди.

Гидроцефал синдром ликворни кўп ишлаб чиқариши ёки унинг сўрилишининг бузилиши натижасида келиб чиқади. Клиник жиҳатдан бу бош ўлчамининг физиологик меъёрдан катталашиб кетиши, калла суяклари чокларининг кенгайиши, бош вена томирларининг кучли намоён бўлиши, катта ликлдокнинг бўртгиши кўринишида намоён бўлади. Юқори қўзғалувчанлик, кўз симптомлари, мушаклар тонусининг ўзгариши (гипо - ёки гипертонус) кузатилади.

Кечки тикланиш даврида бош миянинг шикастланиш даражаси яққол аниқланади. Прогностик жиҳатдан бўшашган елка симптоми, оёқлар кесишмаси ва рухий, жисмоний ривожланишдан орқада қолиши каби белгиларнинг бўлиши ёмон оқибат ҳисобланади.

Қолдиқ асоратлар даврида мия шикастланишининг энг оғир оқибати сифатида болалар церебрал фалажи, гидроцефалия, эпилепсия каби асоратлар қолади.

МНС нинг туғруқ травмасини ўтказган деярли барча болаларда кейинчалик бош оғриғи кузатилади.

Даволаш туғруқ залида реанимацион чора-тадбирларни ўтказишдан бошланади ва интенсив терапия бўлимида давом эттирилади. Касалликнинг ўткир даврида даволаш асосан мия шишини йўқотишга ва қон кетишини тўхтатишга қаратилади.

Даволаш куйидагиларни ўз ичига олади:

- 1) дегидратация (маннитол, лазикс);
- 2) талвасага қарши терапия (седуксен, дроперидол, фенобарбитал);
- 3) томирлар деворини мустаҳкамлаш (кальций глюконат, аскорбин кислота);
- 4) нерв тўқимасида модда алмашиувини меъёрга келтириш ва бош мияни гипоксияга чидамлилигини ошириш (глюкоза, АТФ, липоат кислота, альфа- токоферол, глютамин кислота).

5) Синдромларни даволаш: нафас етишмовчилиги ва юрак - қон томир етишмовчилигига қарши курашиш, талвасаларни, гипертермияни даволаш.

Касалликнинг ўткир даврида болани қунт билан парвариш қилиш керак. Бу куйидаги муҳофаза тартибига риоя қилишни талаб қилади: товуш ва ёруғлик таъсуротларининг интенсивлигини камайтириш, кўрикларни ва турли хил муолажаларни юқори даражада эҳтиёткорлик билан амалга ошириш, оғриқли муолажаларни иложи борича камайтириш, "ҳаракат



химояси" яъни совуқ қотиш ва исиб кетишнинг олдини олиш, бола парваришида онанинг иштирок этиши.

Мия тўқимасининг кислородга бўлган талабининг юқори бўлишини ҳисобга олиб болага кислород берилади. Врач кўрсатмаси билан краниоцеребрал гипотермия амалга оширилади. Даволашнинг муҳим шarti табиий овқатлантириш ҳисобланади. Боланинг аҳволига қараб парентерал, ёки меъда зонди орқали ёки шиша идиш ёрдамида овқатлантирилади. Шуни назарда тутиш керакки касалликнинг биринчи кунларида она кўкраги ёки шиша идиш ёрдамида овқатлантириш бола учун оғирлик қилиши мумкин.

Тикланиш даврида даволаш етакчи неврологик синдромларни даволашга қаратилади, шу билан бирга сўриб оладиган терапия ва нерв хужайраларидаги трофик жараёнларни стимуллаш (В гуруҳдаги витаминлар, церебролизин, алоэ) ўтказилади. Ноотроп препаратлар қўлланилади (пирацетам, аминалон, пантогам). Мияда қон айланишини яхшилаш учун кавинтон, стугерон, трентал қўлланилади. Физиотерапевтик муолажалар, массаж, гимнастика, даволовчи жисмоний тарбия яхши натижа беради.

Текширув саволлари:

1. Гипоксик-ишемик энцефалопатия нима?
2. Гипоксик-ишемик энцефалопатия қандай синдромлар билан кечади?
3. Парваришlash чора-тадбирлари.

### Чақалоқлар гемолитик касаллиги

Чақалоқлар гемолитик касаллиги (ЧГК) асосида она ва ҳомила эритроцитлари антигенларининг бир - бирига тўғри келмаслиги натижасида ҳомила ва чақалоқнинг эритроцитларини гемолизга учраши ётади.

**Этиологияси.** ЧГК асосан она ва ҳомила қонининг резус омили бир - бирига мос келмаганда ривожланади. Камроқ ҳолларда қон гуруҳи антигенларининг (ABO) ёки бошқа антиген системалари бўйича номуносорблиги натижасида келиб чиқади. Резус -номуносорблик резус манфий бўлган аёлнинг резус- мусбат ҳомила билан ҳомиладор бўлганда юзага келади. ABO - номуносорблик она қон гуруҳи O(I) бўлиб, ҳомилада A(II)ёки B(III) қон гуруҳи бўлганида кузатилади. Резус манфий аёл организмнинг илгари сенсибилизацияга учрагани (қон қуйиш, олдинги ҳомиладорликлар) катта аҳамиятга эга. Касаллик ривожланишида йўлдошнинг ҳам аҳамияти бор. Соғлом аёлнинг йўлдоши ҳомиладорлик пайтида антитаналарни ўтказмайди. Йўлдошнинг барьер фаолияти ҳомиладорлик давридаги турли касалликларда ва патологик ҳолатларда, шу билан бирга туғруқ сусаяди. Бундан ташқари антитаналар микдори ва уларнинг шикастлаш хусусияти, ҳомиланинг реактивлиги ҳам аҳамиятлидир:

**Патогенези.** ҳомила организмдаги резус -антиген резус манфий аёл қонига ўтиб махсус антитаналар ишлаб чиқарилишига олиб келади.

Антирезус антитаналарни йўлдош орқали ҳомила қонига ўтиши махсус антиген -антитана реакциясини келтириб чиқаради, натижада эритроцитлар гемолизга учрайди. Эритроцитлар парчаланиши натижасида ҳосил бўлган боғланмаган (билвосита, токсик) билирубин оддий шароитда жигарда боғланган (бевосита, токсик бўлмаган) билирубинга айланади ва ичакка ажратилади. Агар эритроцитлар парчаланиш тезлиги жигарнинг токсик билирубинни зарарсизлантириш қобилиятидан устун бўлса, токсик (билвосита) билирубин қонда тўпланади ва сариқлик ривожланишига олиб келади. Билвосита билирубин нейротоксик захар ҳисобланиб, қонда маълум бир даражага етганда гематоэнцефалик тўсиқдан ўтиб, пўстлоқ ости ядроларини ва мия пўстлоғини шикастлайди.

**Клиникаси.** ЧГКнинг 3 шакли фарқланади: шишли, сариқлик билан кечадиган ва анемик шакллари.

Шишли шакли энг оғир ҳисобланиб, кўпинча ҳомиланинг она қорнида нобуд бўлишига олиб келади ёки бола шишлар билан чала туғилади. Бундай болалар териси жуда рангпар, енгил сариқлик билан ёки цианотик тусда бўлади. Юз кўриниши шиш ҳисобига ойсимон шаклга эга. Тана ва кўп - оёқларда шиш кузатилади. Бўшиқларда эркин суюқлик аниқланади. Жигар ва талоқ катталашган бўлади. Болалар одатда туғилгандан сўнг биринчи соатлардаёқ нобуд бўлади.

Сариқлик билан кечувчи шакли энг кўп учрайди. Юзага чиқиш даражасига қараб енгил, ўртача оғирликдаги ва оғир даражалари фарқланади. Касалликнинг асосий симптомлари эрта пайдо бўлувчи сариқлик, анемия ва гепато脾еномегалия. Сариқлик бола туғилиши билан ёки биринчи, баъзан иккинчи кун пайдо бўлиб, аста секин кучайиб боради. Жигар ва талоқ катталашади. Билирубинли интоксикация кучайиб борган сари боланинг аҳволи ёмонлашади: бола уйқучан бўлиб қолади, физиологик рефлекслар сусаяди. 3 - 4 суткада билирубин даражаси жуда юқори бўлиб, ядровий сариқлик пайдо бўлади (энса мушаклари таранглашиши, талвасалар, "ботаётган қуёш" симптоми, мияга боғлиқ бўлган қичқириш, қатта лиқилдоқ таранглиги). Биринчи ҳафта охирларида холестаз сабабли ўтнинг ичакка ажралиши бузилади ("ўтнинг қуюқлашиш синдроми"). Теря яшилнамо тусга киради, ахлати рангсизланади, сийдик тўқ рангга киради, қонда бевосита билирубин миқдори ошади.

Анемик шакли нисбатан енгил кечади. Биринчи ҳафта охирларида бола тери қопламларининг рангпарлиги аниқланади. Сариқлик физиологик сариқликдан кучсизроқ намён бўлади. Жигар ва талоқ катталашади. Боланинг умумий ҳолати ҳам ўзгаради. Қонда гемоглобин ва эритроцитлар камайганлиги, эритроцитларнинг етилмаган шакллари ошганлиги аниқланади. Билирубин миқдори бир оз ошади.

**Ташхиси.** Ота-она қони мос келмаслиги ва оилавий анамнездан ташқари ҳомиладорлик даврида антитаналар миқдорини динамикада кузатиш керак (антитаналар миқдорини ҳомиладорликнинг 3 - ойлигигача ошиши аёлнинг

### Тери ва киндикнинг инфекцияси касалликлари

Йирингли яллиғланиш касалликларининг энг кўп сабаби парваришнинг етарли эмаслиги ва стафилококк инфекцияси ҳисобланади. Бирок, сўнги пайтларда шартли-патоген ича

к флорасига (ичак таёқчаси, протей, клебсиелла, энтеробактерлар), билан бирга кўк йиринг таёқчасига катта аҳамият берилмоқда. Касаллик ривожланишига ўткир ва сурункали яллиғланиш ўчоқлари, онада кечаётган яширин инфекция, туғруқ йўллари инфекцияси, чақалоқларни парвариш қилиш буюмлари сабаб бўлиши мумкин. Хизмат кўрсатаётган шахслар томонидан эпидемиологик тартибнинг бузилиши ҳам катта аҳамиятга эга.

Патологик жараён чегараланган инфекция ўчоғи кўринишида ёки умумий-тарқалган инфекция - сепсис кўринишида кечиши мумкин. Катталардан фарқли равишда янги туғилган чақалоқларда инфекция яллиғланиш жараёнининг генерализацияси (авж олиб кетиши) кўп кузатилади.

Пиодермия - терининг йирингли яллиғланиш касаллигидир. Янги туғилган чақалоқларда пиодермия аниқланиши билан уларни бошқалардан ажратиш ва касалхонага ётқизиш лозим. Бундай болалар парвариш қилишда фақат стерил оқликлардан фойдаланиш керак.

Везикулопустулёз. Бу терининг энг кўп учрайдиган йирингчали шикастланиши бўлиб, янги туғилган чақалоқларда ҳаётининг биринчи ойларида учрайди. Касаллик терининг табиий бурмаларида, танада, қўл - оёқларда ичида сероз - йиринги бўлган кичик пуфакчалар (пустулалар) пайдо бўлиши билан характерланади. Пустулалар сони турлича бўлиши мумкин, улар одатда яллиғланиш гардиши билан ўралган бўлади. Кичик тошмаларда боланинг умумий аҳволи одатда бузилмаган бўлади. Тана ҳарорати кўпинча меъёردа, баъзан субфебрил бўлади.

Даволаш - маҳаллий, пуфакчаларни 96° спиртда намланган тампон билан олиниб, бриллиант яшили билан ишлов берилади. Мунтазам равишда калий перманганатли гигиеник ванналар қилинади. УБН нурлари буюриш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Чақалоқлар пуфакли ёки чилла яраси. Асосан бола ҳаётининг биринчи-иккинчи хафтасида ривожланади. Бўйинда, қоринда, қўл - оёқларда юза жойлашган турли ўлчамли пуфакчалар ҳосил бўлади (диаметри 0,5 - 2 см) ва ўз ичида хира суюқлик сақлайди. Пуфаклар осон ёрилади ва қонаши мумкин бўлган эрозияли юза ҳосил қилади. Тошмалар бир вақтда пайдо бўлмаганлиги сабабли полиморф табиатга эга бўлади. Эрозияли соҳалар тез эпителийланади, унинг ўрнида узок муддат оч - пушти рангли доғ қолади. Териде пуфаклар сони кўп бўлганда боланинг умумий аҳволи ёмонлашади, тана ҳарорати 38-39° С гача кўтарилади. Бола ҳолсиз бўлиб, кўкракдан бош тортади, вазни камайиб боради.

Даволаш. Тошмалар кам (бир-иккита) бўлганда маҳаллий даво ўтказилади: стерил игна ёки қайчи ёрдамида пуфаклар ёрилади, сўнгра

стерил пахта тампон ёрдамида пуфак ичи тозаланади, ҳосил бўлган эрозияга бриллиант яшили билан ишлов берилади. УБН (ультрабинафша нурлар) тавсия қилинади. Касаллик оғир кечганда кўзгатувчининг сезувганлигини ҳисобга олиб антибактериал терапия, дезинтоксикацион, симптоматик ва витаминотерапия ўтказилади.

Риттер эксфолиатив дерматити. Бу касаллик чақалоқлар пуфакли ярасининг ўта оғир шакли ҳисобланади. Касаллик бола ҳаётининг биринчи кунларида ривожланиб, оғиз атрофи терисининг ва киндик атрофининг гиперемияси пайдо бўлиши билан характерланади. Жараён жуда тез танага ва қўл-оёқларга тарқалади. Кейинчалик эпидермис остида экссудат тўпланиб, пуфак ҳосил бўлади, у тезда ёришиб катта эрозияларни ҳосил қилади. Қўл-оёқ териси қатламага ўхшаб қолади (куйишнинг II даражасига ўхшаш). Касаллик оқибати кўпинча ёмон.

Даволаш. Умумий даволаш сепсисни даволашга ўхшаш ўтказилади. Маҳаллий даво қуйидагича олиб борилади: стерил игна ёки қайчи билан пуфак ёрилади, стерил пахта ёрдамида суюклик чиқарилади (пуфак маҳсулоти), сўнгра эрозияга метилен кўки ёки бриллиант яшили билан ишлов берилади ва гормонал мазли салфетка қўйилади ("Синафлар", "Локакортен").

Псевдофурункулёз (терининг кўп сонли абсцесси) яллиғланиш жараёни тери безларининг найларида ривожланади, чақалоқларда ва ҳаётининг биринчи ойларида бу найлар нисбатан кенг бўлади. Дастлаб энсада, тананинг орқа юзасида, думбада ва бошқа соҳаларда нуслулар пайдо бўлади, ичидаги маҳсулоти тезда қуриб, пўстлоқ ҳосил қилади. Сўнгра шу соҳаларда кўкимтир-кизғиш рангли тугунлар ҳосил бўлади, ўлчами нўхотдан то ёнғоққача катталиқда бўлади (инфилтрация босқичи). Тез орада яллиғланиш ўчоғи марказида флюктуация аниқланади. Абсцесс ёрилганда куюк яшилсимон-сарик рангли йиринг ажралади. Яллиғланиш ўчоғи битганидан сўнг чандиқ қолади. Болалардаги кўп сонли абсцесслар умумий ҳолатнинг бузилиши билан кечади: юкори ҳарорат, ҳолсизлик, дистрофик ўзгаришлар. Касаллик узоқ муддат тўлқинсимон кечиши мумкин.

Даволаш. Псевдофурункулёзни даволаш умумий ва маҳаллий терапияни ўз ичига олади. Маҳаллий даво касаллик босқичига боғлиқ: инфилтрация босқичида -Вишневский ёки ихтиол мазларини боғлаш ёки алоэ; флюктуация босқичида- хирургик усулда абсцесс очилади, сўнгра натрий хлорид гипертоник эритмаси ёки стафилококк бактериофаги билан боғлам қўйилади.

Омфалит - киндик соҳасидаги тери ва тери ости клетчаткасининг яллиғланишидир. Яллиғланиш жараёнининг характериға кўра катарал, флегмоноз ва некротик омфалитлар фарқланади.

Катарал омфалит ("намланувчи киндик") ифлосланган киндик жароҳатининг секин эпителийланиши натижасида ривожланиб, у узоқ муддат намланиб туради, грануляциялар (фунгус) билан қопланиб, юзасида сероз ёки сероз йирингли ажралма пайдо бўлади. Жароҳат юзасининг

битиши бир неча ҳафта давом этади. Боланинг умумий аҳволи кониқарли бўлади.

Флегмоноз омфалит- яллиғланиш жараёнининг киндик атрофига ва атроф тўқималарга тарқалиши билан характерланади. Киндик жароҳати ажралмаси йирингли бўлади. Киндик атрофидаги тери кизарган, шишади, киндик соҳаси сезиларли бўртиб қолади. Агар яллиғланиш жараёни киндик томирларига тарқалса, томирлар кенгайиб, киндик ҳалқасидан юкорида ва пастда тасма кўринишида аниқланади, қорин олди девори томирларининг кенгайиши характерли. Боланинг умумий аҳволи ёмонлашади, тана ҳарорати кўтарилади, иштаха пасаяди, тана вазни ошиши секинлашади, периферик қонда – яллиғланиш белгилари аниқланади.

Некротик омфалит- кам учраб, одатда химоя кучи суст бўлган болаларда учрайди. Киндик атрофи териси кизғиш- цианотик рангда бўлади. Некроз тезда терининг ҳамма қаватларига тарқалади, кейин некрозга учраган тўқималар кўчади ва қорин бўшлиғи аъзолари эвентрацияси юзага келиши мумкин. Омфалитнинг бу шакли энг оғир ҳисобланиб, инфодаланган интоксикация билан кечади ва асосан сепсис билан якунланади.

Даволаш. Омфалитни даволашда киндик жароҳатига ҳар доим 3% водород пероксиди билан, сўнгра 70% спирт ва 5% калий перманганат эритмаси билан ишлов берилади. Жароҳатдан кўп ажралма чиқаётган бўлса натрий хлорид гипертоник эритмаси билан хўлланган боғлам кўйилади. Маҳаллий давода стафилококк бактериофаги ҳам қўлланилади. Киндик жароҳати эпителийланишини тезлаштириш учун УБН қўлланилади.

Боланинг умумий аҳволи ёмонлашганда ва инфекцион жараённинг тарқалиш ҳавфи бўлганда умумий терапия ўтказилади ("Сепсис"га қаранг).

Текширув саволлари:

1. Тери ва киндик тизимчасининг инфекцион касалликлари.
2. Везикулоступудез клиникаси.
3. Терининг инфекцион касалликларини олдини олиш.

### Чақалокларда сепсис касаллиги.

Сепсис-оғир умумий инфекциян касаллик бўлиб, организмда яллиғланиш ўчоғи бўлганда маҳаллий ва умумий иммунитетнинг етишмаслиги натижасида ривожланади.

Этиологияси. Вақтига етиб туғилган болаларда касалликнинг асосий этиологик омилли бўлиб тилла ранг стафилококк (50-60%) ва грамм - манфий флора (36%) ҳисобланади. Чала туғилган болаларда 60-70% ҳолларда грамм манфий бактериялар касалликни келтириб чиқаради.

Сепсис ривожланишига мойиллик туғдирувчи омиллар: онадаги сурункали инфекция ўчоқлари; чала туғилганлик; яхши ривожланмаслик, туғма гипотрофия, туғруқ жароҳатлари, чақалоклар гемолитик касаллиги; парваришнинг бузилиши, туғруқхонада ва уй шароитида санитария-эпидемиологик ҳолатнинг бузилиши; тери ва киндик касалликлари.

Патогенези. Инфекциянинг кириш жойида бирламчи яллиғланиш ўчоғи ҳосил бўлади (омфалит, везикулопустулез ва х.к.). Яқин атрофдаги томирлар ва атроф тўқима шикастланади. Боланинг организмда ҳимоя омилларининг сусайиши натижасида микроорганизмлар кўпайиб, бактериялар ва улар ҳаёт фаолияти маҳсулотларининг бир қисми қонга ўтади, мўл бактериемия, токсемия ривожланади, бу эса организм сенсibiliзациясига олиб келади. Кўзгатувчининг аъзоларда "ўтириб қолиши" натижасида метастатик ўчоқлар ҳосил бўлади. Микроб ва токсинлар таъсирида, нерв бошқарувининг бузилиши натижасида барча аъзо ва системалар шикастланади ва функцияси бузилади.

Келиб чиқиш вақтига кўра ҳомиладорлик давридаги (антенатал) ва постнатал (неонатал) сепсис фарқланади. Инфекциянинг кириш дарвозасига кўра: киндик, ўпка, тери, ичак орқали, криптоген (кириш дарвозаси номаълум) сепсис ажратилади.

Клиникаси. Сепсиснинг клиник кечиши ва патоморфологик кўринишига қараб 2 шакли фарқланади септицемия ва септикопиемия.

Чақалокларда касалликнинг даракчилари кўпинча қуйидагилар ҳисобланади: киндик қолдиғининг кеч тушиши, тез-тез қусиш, вазн ўсиши секинлашиши ва чақалоклар сариклигининг узок муддат сақланиши. Касалликнинг эрта клиник белгилари интоксикация симптомларидир.

Септицемия - кўзга кўринарли йирингли ўчоқларсиз кечадиган сепсис шакли ҳисобланиб, кўпинча чала туғилган болаларда кузатилади. Болада ҳаракат, рефлекслар ва сўриш активлиги пасаяди, субфебрилитет, гипотония, тез-тез қусиш, метеоризм, диспептик ўзгаришлар кузатилади. Бола оғирлиги ошмайди, кейинчалик тана вазни ҳатто камайиб боради. Тери қопламлари оч кулранг мармар тусда, акроцианоз юзага келади, бу қон айланиши етишмовчилиги ва микроциркуляция бузилганлигидан дарак беради. Юрак тонлари бўғик, аритмик, юрак чегаралари катталашган. Жигар ва талок катталашади. Тери ости ёғ қаватининг пастозлиги ва шишинқираганлиги антикланади, қоринда томирлар тўри пайдо бўлади. Оғир ҳолларда геморрагик синдром ривожланади.

Септикопиемия - абзоларнинг шикастланиш симптомлари кўшилиши билан характерланади (яъни йирингли метастатик ўчоқлар пайдо бўлиши). Кўпинча йирингли менингит, остеомиелит, зотилжам, энтероколит, парапроктит ривожланади. Септикопиемия одатда юкори харорат, токсикоз, гипотрофия ривожланиши билан кечади. Кўпинча септик жараённинг икки варианты ривожланишининг турли боскичларида бир-бири билан кўшилиб кетади.

Чала туғилган болаларда сепсиснинг клиник кечиши касаллик бошланишида аниқ клиник намоён бўлмаслиги, сушт тўлқинсимон, чўзилиб кетиши, аста секин озиб кетиш билан характерланади. Бундай болаларнинг умумий ҳолати одатда оғир бўлади.

Касалликнинг яшин тезлигида (1-7 кун), ўткир (4-8 ҳафта) ва сурункали (8 ҳафтадан кўп) кечиши фарқланади. Яшин тезлигидаги сепсис кечишига септик шок ривожланиши хосдир.

Асоратлари. Сепсисда юзага келадиган энг кўп асоратларга ДВС синдром, дисбактериоз, ярали - некротик энтероколит киради.

Ташҳиси. Ташҳис кўйишда анамнез маълумотларини (хомиладорлик кечиши, туғруқ, онадаги сурункали инфекция ўчоқлари, чақалоклик давридаги касалликлар), сепсиснинг клиник кечиш хусусиятларини, умумий қон анализидаги ўзгаришларни (лейкоцитоз, нейтрофилез, ЭЧТ ошиши, эритроцитлар сони ва гемоглобиннинг камайиши), қонни стериликка текшириш натижаларини (2-3 марта), бирламчи инфекция ўчоғидаги флорани бактериологик текшириш ва антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш натижалари ҳисобга олинади. Қон экмасидаги ва йирингли ўчоқ флорасининг бир хиллиги катта аҳамиятга эга. Лекин қон экмасининг стериллик натижаси манфий бўла туриб клиник кўриниши яққол намоён бўлса сепсис ташҳисини кўйиш мумкин.

Даволаш. Сепсисни даволаш кўзгатувчини бартараф қилиш, организм қаршилигини ошириш, йирингли ўчоқларни йўқотишга қаратилади. Антибактериал терапия кўзгатувчининг сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда, 2-3 хил антибиотиклар билан, ёшига мос максимал дозада 10 - 15 кун давомида ўтказилади. Кейинчалик препаратлар алмаштирилади. Пенициллин, цефалоспоринлар, аминогликозидлар кенг қўлланилади.

Дезинтоксикацион терапия ўтказилади, кўп суюқлик ичиш тавсия қилинади. Организм қаршилигини ошириш мақсадида антистафиллококк плазма, гамма глобулин, стафиллококк бактериофаги билан махсус даволаш ўтказилади. Бузилган модда алмашинув жараёнини меёрга келтириш мақсадида витаминотерапия ўтказилади (С, В, А, Е гуруҳидаги витаминлар). Антибиотикларни кенг қўллашда дисбиоз ривожланишини олдини олиш учун биопрепаратлар қўлланилади: лактобактерин, бифидумбактерин, бификол, ДВС синдромга қарши ва симптоматик терапия ўтказилади, инфекция ўчоқларини маҳаллий даволаш амалга оширилади. Боланинг табиий овқатланишини таъминлаш жуда муҳим. Реконвалесценция даврида

массаж, даволаш гимнастикаси, тоза ҳавода сайр қилиш, гигиеник муолажалар, умумий УБН катта аҳамиятига эга.

**Профилактикаси.** Бола туғилишидан аввал бошланиши керак. У қуйидагиларни ўз ичига олади: ҳомиладорликнинг эрта давридан ҳомиладор аёлни кузатиш, сурункали ва ўткир касалликларни аниқлаш ва даволаш, кўкрак сути билан бокишни тўғри ташкил қилиш, ҳомиладор аёл кун тартибини тўғри ташкиллаштириш, очиқ ҳавода етарлича сайр этиш, ҳомиладорлик асоратларининг олдини олиш ва ўз тўлик даволаш. Чақалоклар сепсисининг олдини олишда онанинг гигиеник қоидаларга риоя қилиши катта аҳамиятга эга. Янги туғилган чақалокни парвариш қилишда асептикага риоя қилиш шарт. "Кичик септик ҳолатларни" ўз вақтида, тўлик аниқлаш ва даволаш керак.

**Текширув саволлари:**

1. Сепсис турлари.
2. Чақалоклар сепсиси клиникаси.
3. Сепсисда антибиотикларни қўлаш.

## Эмизикли ёшдаги болалар касалликлари

### Гипотрофия

Гипотрофия - чақалоклик давридаги болаларда тана вазнининг тана узунлигига нисбатан дефицити бўлиб, сурункали озикланишни бузилиши, жисмоний ва рухий ривожланишининг орқада қолиши, моддалар алмашинуви бузилиши ва иммунитетни пасайиши билан характерланади. Одатда бу беморларда микроэлементлар ва витаминлар танқислиги ҳам кузатилади.

**Этиология.** Туғма ва орттирилган гипотрофия фарқланади. Туғма гипотрофияга ҳомиладор аёлдаги турли касалликлар, тез-тез абортлар, касбга оид зарарли омиллар, ижтимоий турмуш шароитларининг қоникарсизлиги ва бошқалар сабаб бўлиши мумкин.

Постнатал даврда гипотрофияга эндо- ва экзоген омиллар олиб келиши мумкин. Экзоген сабабларга қуйидагилар киради: алиментар бузилишлар (овқат микдори ва сифатидаги етишмовчиликлар), инфекцион омиллар (ўткир ва сурункали касалликлар, айниқса овқат хазм қилиш аъзоларининг касалликлари), парвариш қилиш камчиликлари, экологик омиллар, дори моддаларининг токсик таъсирлари (захарланишлар, гипervитаминозлар).

Эндоген омилларга моддалар алмашинувининг ирсий бузилишлари (галактоземия, фруктоземия ва бошқалар), иммунитет танқислиги ҳолатлар, туғма нуқсонлар (юкори лаб ёриғи, қаттиқ танглай битмаслиги, пилоростеноз, юракнинг туғма нуқсонлари ва бошқалар), мальабсорбция синдроми



Эрта ва бирданига берилган кўп овқат юкламаси касалга оғирлик қилиб диспепсия чақирishi мумкин.Шунинг учун:

1.даволашнинг бошланғич босқичларида фақат осон ҳазм бўлувчи овқатларни бериш (она сути, она сути йўқлигида мослаштирилган аралашмалар, яхшиси сут-қатикли ацидофил аралашмалар: "Кичкинтой", «Малютка», «Малыш», «Ором», «Биолакт», «Бифилин» ва бошқалар);

2.Тез-тез овқатлантириш (7-10 мартагача);

3.Овқатланиш, ич келиши, диурез (ичилган ва парентерал буюрилган суюқлик), тузлар миқдорини мос ҳолда, мунтазам назорат қилиш;

Овқатга толерантликни аниқлаш даври, гипотрофиянинг I даражасида 1-3 кун, 2 – даражасида 3-5 кун ва 3 – даражасида –7-10 кун давом этади.

Гипотрофиянинг I даражасида суткалик овқат ҳажми даволаш бошидан боланинг ёши ва оғирлигига тўғри келиши керак. Гипотрофия II ва III даражасида сут ёки аралашма суткалик ҳажми вазнга тўғри келадиган овқатнинг  $2/3 - 1/2$  қисмини ташкил қилиш керак. Овқат ҳажмининг қолган қисми суюқлик билан тўлдирилади (чай, наъматак дамламаси, мева шарбатлари, сабзавот ва мева қайнатмалари, оралит, регидрон ва б.к.).

Боланинг аҳволи яхшилангандан кейин овқат миқдори аста-секин физиологик меъёрга етказилади. I даражали гипотрофияда овқатланиш ҳисоби ва коррекцияси 1 кг керак бўлган тана вазнига қараб ўтказилади. Гипотрофиянинг II даражасида суткалик рациондаги оқсил ва углеводлар миқдори 1 кг керак бўлган вазнига, ёғлар миқдори – 1 кг фактик вазнига ҳисобланади. III даражали гипотрофияда оқсиллар ва углеводлар керак бўлган тана вазнига яқин вазнига (фактик вази + фактик вазнинг 20% ), ёғлар миқдори фактик вазнига ҳисобланади.

Боланинг аҳволи яхшиланиб бориши ва тана вазни турғун орта бошлаши билан аста-секин ёшига мос бўлган овқат билан овқатлантириш бошланади. Оқсиллар миқдори оқсилли аралашмалар ва оқсилли маҳсулотлар (оқсилли энпит, қатик, оқсилли сут, творог, тухум сариғи, гўшт маҳсулотлари); углеводлар – шакар сиропи, мевалар шарбати ва пюре, бўтқалар; ёғлар - ёғли энпит, қаймоқ, ўсимлик ёғи ва сарёғ қўшиш билан коррекция қилинади.

Бола учун энг мос овқат она сути ҳисобланади, у йўқлигида мослаштирилган аралашмалар, сут - қатик маҳсулотлари энг яхшиси ҳисобланиб, улар меъда шираси ишлаб чиқаришини стимуллади, дисбактериозни камайтиради, осон ҳазм бўлади ва ўзлаштирилади. Ичак микрофлорасини яхшилаш учун биологик актив қўшимчалар ишлатиш тавсия қилинади. Аммо ҳар бир касал боланинг парҳез овқати ва уни кенгайтиришга индивидуал ёндошиб албатта копрограмма, тана вазни эгри чизиги ва қанд эгри чизигини назорат қилиб туриш керак.

I даражали гипотрофияли беморларнинг қўшилиб келган оғир ёндош касалликлари ва асоратлари бўлмаса уйда даволаш мумкин. II ва III даражали гипотрофия билан касалланган болалар албатта стационарда даволанишлари керак. Бемор доим ёруғ, кенг ва яхши шамоллатиладиган хонада бўлиши ке-

рак. Палатада ҳаво ҳарорати 24-25°C дан паст, 26-27 °C дан юқори бўлмаслиги керак, чунки бундай болалар тез совуқ қотади ва тез кизиб кетадилар. Ташқарида сайр қилишга, ҳаво ҳарорати -5°C дан паст бўлмаган пайтларда руҳсат этилади. Кузда ва қишда сайр пайтида боланинг оёқларига грелка қўйилади. Болада мусбат тонус ҳосил қилиш, тез-тез қўлга олиб туриш жуда фойдали. Қўшимча инфекция профилактикаси учун беморни алоҳида боксга жойлаштириш, хонани мунтазам кварцлаш керак. Илик гигиеник ванналар яхши таъсир кўрсатади (сув ҳарорати 38 °C), гимнастика ва массаж қилиш шарт ҳисобланади.

**Гипотрофияда парваришлаш** болани тўғри овқатлантиришдан иборат. Бунда овқатда оксил, Ёғ ва углеводлар коррекциясини олиб бориш, болага қўшимча суокликлар киритишни таъминлаш, гипотрофия даражасига қараб овқат ҳажмини аста-секин оширишни ташкил этиш керак. Ундан ташқари боланинг кундалик режимини, ҳаракат режимини таъминлаш, ҳамроҳ касалликларни қўшилишини олдини олиш чора-тадбирларини амалга ошириш лозим. Беморга гимнастика машқлари ва массаж тавсия қилиш муҳим аҳамиятга эга.

**Профилактикаси.** Табиий овқатлантириш, гипогалактияни эрта аниқлаш ва оқилона даволаш, тўғри овқатлантириш ва боланинг ёшига қараб уни кенгайтириш, овқатда витаминлар етарли бўлиши, тўғри парвариш ва кун тартибини ташкил қилиш, рахитнинг олдини олиш муҳим аҳамиятга эга. Фон касалликларни эрта диагностика қилиш ва тўғри даволаш керак. Антенатал даврда бола соғлиғини ҳимоя қилишга қаратилган тадбирлар профилактиканинг муҳим қисми деб ҳисобланади.

Текширув саволлари:

1. Гипотрофия бу қандай касаллик?
2. Гипотрофия даражалари ва клиник кўриниши.
3. Гипотрофияда парҳез ва парваришлаш асослари.

## Конституция аномалиялари (диатезлар)

Конституция аномалияларига организмнинг бошқа болаларда ҳеч қандай алоҳида ўзгаришлар чақирмайдиган ташқи муҳит таъсуротларига одатдан ташқари, ноадекват реакция билан жавоб беришга мойиллиги киради.

Диатезлар асосида моддалар алмашинувидаги ўзгаришлар ва иммунологик реакцияларнинг ўзига хослиги ётади.

Болаларда диатезларнинг 3 та тури фарқланади:

- 1) экссудатив – катарал;
- 2) лимфатик – гипопластик;
- 3) асаб - артритик.

Экссудатив - катарал диатез (ЭКД) - терида турли тошмалар бўлиши, шилиқ қаватлар таъсирчанлиги ва яраланувчанлиги, инфекциян касалликларга қаршилиқ пасайиши, тез-тез аллергик реакциялар бўлиши, туз-сув алмашинуви турғунлиги бузилиши билан характерланадиган ҳолат.

Этиопатогенези. ЭКД генетик омиллар билан боғлиқ (70-80% болаларда ирсий мойиллик) хазм килиш тракти фермент системаси ва иммунологик ҳимоя системасида ёшга хос хусусиятлар ва ташқи муҳит омилларига боғлиқ. Хавфли омилларига она корнида ривожланиши давридаги хомила гипоксияси, МАС перинатал шикастланиши, инфекциян касалликлар, кучли медикаментоз терапия, овкатлантириш характери киради.

ЭКДнинг иммун ва ноиммун турлари фарқланади.

Иммун ЭКД иммуноглобулин Е (IgE) – реакинлар ошишига ирсий мойиллик бўлиши билан характерланади, бунинг натижасида ҳаётининг биринчи кунидан терида юзага келувчи, тўхтовсиз (қайталанувчи) кечувчи ва терапия наф бермайдиган аллергик реакциялар ривожланади. ЭКДнинг худди мана шу формаси кейинчалик аллергик касалликларга (бронхиал астма, экзема, нейродермит) айланиши мумкин.

Кўпчилик болаларда ЭКД ноиммун генезга эга. Бир томондан бу семиз хужайраларда гистаминнинг ортикча секрецияси билан боғлиқ бўлса, бошқа томондан унинг инактивацияси етишмовчилиги билан боғлиқ бўлади. Эмизикли болалар тўқималарини гистаминга сезгирлиги мактаб ёшидаги болаларга нисбатан анча юқори бўлади, семиз хужайралар гистаминни кўп миқдорда ажратиши эса совуқ таъсирида, витаминлар танқислигида, вакцинация, турли касалликларда (УРВИ, ичак инфекциялари, дисбактериозда) бўлади. ЭКД нинг белгилари намоён бўлишига олиб келувчи омиллар каторига сигир сугининг оксиллари, тухум, цитрус мевалар, қулуннай, бўтқалар ва бошқалар киради. Кўкрак сути билан боқиладиган болаларда онаси томонидан юқоридаги маҳсулотлар овкатга ишлатилганда диатез пайдо бўлиши мумкин.

ЭКДли болаларда гидролабиллик кучли ифодаланган бўлиб, бу бир томондан организмда сув, натрийни ушлаб қолиниши натижада - пастозлик,

говаклик, тананинг ортиқча вазнига олиб келса, бошқа томондан интеркур-рент касалликларда тез сувсизланишга сабаб бўлади.

**Клиникаси.** Теридаги ўзгаришлар бола ҳаётининг иккинчи ярим йилли-гида зўраяди. Дастлаб бу бошнинг сочли қисмидаги гнейс (себоррея қипиклари, қазғокларнинг кўп ҳосил бўлиши), яхши гигиеник парваришда ҳам тери бурмаларида бичилишлар пайдо бўлиши билан ўтади. Кейинчалик бунга ёнокларда гиперемия, инфильтрация ва қазғокланиш, сутли пўстлок (молочный струп) ва строфулос – марказида майда нуктасимон везикулали тугунчалар, кичишадиган тошмалар пайдо бўлиши қўшилади. Намланувчи экзема терининг жиддийроқ шикастланиши ҳисобланади. Юз, гавда, оёқ – қўллар терисида майда, аранг билинадиган папулалар ҳосил бўлади ва улар тезда пуффакчаларга айланади. Пуффакчалар ёрилади ва улар ўрнида кўп миқдорда сарғиш суюқлик ажралиб турадиган намланган юзаси қолади. Улар қуриб қолганда экзематоз пўстлоқчалар ҳосил бўлади. Тошмалар бирданига пайдо бўлади ва азобли қичишиш билан кечади. Намланувчи экзема узоқ ва сурункали кечади. Кам ҳолларда тери намланмасдан қипиқланиши билан ке-чадиган қуруқ экзема учрайди. Каттароқ ёшдаги болаларда қичима – майда, қаттиқ кичишадиган, оёқ қўлларда жойлашган тугунчалар кузатилади. Бу болаларнинг териси кўпинча қуруқ ва қипиқланувчи бўлади.

Шиллик пардаларнинг тез яраланувчанлиги тилда кучайган ва нотекис эпителий кўчиши («географик тил»), оғиз шиллик қавати ўзгариши (стоматит) орқали кўринади. Кўз касалликлари (конъюнктивит, блефарит) ва юқори нафас йўллари касалликлари (кайталанувчи ринитлар, фарингитлар, синуситлар, бронхитлар, сохта круп) кўп кузатилади. ЭҚДли болаларда кўпинча сийдикда ҳеч қандай сабабсиз ўзгаришлар (протеинурия, лейкоцитуря, ясси эпителиал хужайралар), ичак дисфункцияси аниқланади. Лимфоид тўқима гиперплазияси – ЭҚД га хос клиник кўринишдир. Аденоидлар ва бодомси-мон без лимфа тугунлари, баъзан жигар ва талоқ катталашади, анемия ри-вожланади.

Ташки кўринишдан болалар пастоз, кериккан, говак, ланж ёки озғин, безовта, нозик терибли, терисидаги тошмалар қуруқ кичишадиган бўлиши мумкин.

ЭҚД нинг кечиши тўлқинсимон. ЭҚД кўринишлари одатда 2-3 ёшга бориб йўқолиб кетади, лекин 23-30% ҳолларда кейинчалик аллергик касал-ликлар (экзема, нейродермит, бронхиал астма ва бошқалар) ривожланиши мумкин.

Жараён қўзиш даврида қонда эозинофиллар миқдори ошади, гипо-ва диспротеинемия ривожланади. Иммунограммада – IgE миқдори ошиши куза-тилади.

**Даволаш.** Қунт билан тўғри парвариш ва тоза ҳавода етарлича бўлиш эътиборга олинган режимни ташкил қилиш муҳимдир. Овқатланиш рационидан облигат аллергенлар чиқариб ташланган ҳолда, овқат тўлиқ ва сифатли бўлиши керак. Ортиқча вазни болаларда углеводли овқатлар чекланади

(бўтқалар, кисель, утли маҳсулотлар). Касаллик авж олган даврда қанд ўрнига ксилит ва сорбит ишлатиш тавсия қилинади. Қўшимча калий тузлари берилади, ош тузи ва суяқлик чекланади.

Эмизувчи она диетасида овқат аллергенлари, экстрактив моддалар, консервантлар, бўёқ моддалар бўлмаслиги керак.

Диатез оғир кечган ҳолларда, айниқса сизир сутига аллергия исботланган бўлса, бу болаларга бодом, соя «сути» ва улар асосидаги аралашмалар берилади. Сунъий бокиладиган, ЭҚД га чалинган болаларга сизир сутини чегараланиши, сабзавот пюреси кўринишидаги биринчи қўшимча овқат эртарок, 4 - 4,5 ойлигида берилади. Табиий овқатлантириладиган ЭҚДга чалинган болаларга қўшимча овқатни соғлом болаларга қараганда кечроқ бериш тавсия қилинади. Бўтқалардан энг тўғри келадигани гречиха, буғдой, перловка гуруч ёрмасидан тайёрланадиганлари. Бўтқа ва сабзавот пюрелари тайёрлашда сабзавот қайнатмаларидан фойдаланишлари керак. Ҳамма маҳсулотларни беришда катъий индивидуал ёндошиш ва беришни аста-секин бошлаш керак.

Овқатнинг маълум бир турини индивидуал кўтара олмаслиқни аниқлаш учун овқат кундалигини юритиш керак ва унга онаси бола рационига янги маҳсулот киритилганда, бола организмнинг унга нисбатан муносабатини белгилаб кўяди.

Кўп ҳолларда аллергенлар алиментар йўл билан тушганлиги сабабли лактобактерин ва бифидумбактериннинг 10 кунлик курслари яхши таъсир кўрсатади. Антигистамин препаратлар (тавегил, супрастин, фенкарол ва б.) нинг 7-10 кунлик курслари кенг қўлланилади. ЭҚД ни даволашда адаптогенлар (диабазол, пентоксил, этимизол), витаминлар (В5, В6, В15, А) ҳам ишлатилади, фитотерапия ўтказилади.

Шикастланган терини маҳаллий терапияси даволашнинг муҳим звеноси ҳисобланади. Бунинг учун иттиканак, эман пўстлоғи, мойчечак, чистотел, танин билан даволаш ванналари қилинади. Намланувчи экземада 2-3 кун давомида 1% резорцин эритмаси, 0,25% ли кумуш нитрат эритмаси, 0,05% риванол билан даволаш тавсия қилинади. Тальк, рух оксиди, глицерин сақловчи аралашмалар қўлланилади. Агар намланиш тўхтаса нафталан, ланолин, рух оксиди қўшилган индифферент мазлар ишлатилади. Одатдаги терапия фойда бермаган ҳолларда қисқа муддат стероид гормонли мазлар («Фторокорт», «Лоринден» ва б.к.) қўлланиши керак.

Терини қашинишлардан ҳимоя қилиш учун болага матодан тикилган қўлқоп кийдирилади ёки тирсак бўғимига картондан шина қўйиб қўйилади. Бундай пайтда болани ўраб чирмаш мақсадга мувофиқ эмас, чунки бунда кичиниш кучаяди. Тирноқлар калта қилиб олинади. Боланинг кийим-кечаклари ва ўрин-кўрпалари тоза бўлишига эътибор бериш керак.

ЭҚД да парваришlash. Тиббий ҳамшира касалликнинг аниқ клиник ривожланишига ва жараён кўзишига йўл қўймаслиги керак. Шу мақсадда онага «оқатланиш кундалигини» олиб боришни ўргатиши, облигат аллерген бўлган овқат маҳсулотларини истеъмол қилмаслиқни тушунтириши,

бола териси ва шилик каватларининг озода бўлишини таъминлаши, болада нерв кўзгалувчанлигининг юқори бўлмаслиги учун химояловчи режимни ташкиллаштириш.

**Профилактикаси.** Антенатал даврдан бошланиши керак - «аллергик» оиладаги ҳомиладор аёл облигат аллергенларни, аллергик реакция чакирувчи дориларни истеъмол қилмаслиги керак. ЭКД ли болалар поликлиникада диспансер назоратига олинади. Бу болаларни кузатиб бориш, овқат кундалигини юритиш, максимал узок вақт табиий овқатлантириш, 1 ёшдан кейин облигат аллергенларсиз овқат тайинлаш, уйда гипоалерген шаронгини яратиш, профилактик эмлашларни индивидуал режасини тузиш, сурункали инфекция ўчоқларини эрта аниқлаш ва санация қилиш, анемия, гижжалар, гипотрофия, дисбактериозларни даволашни ўз ичига олади.

### **Лимфатик – гипопластик диатез**

Лимфатик-гипопластик диатез (ЛГД) – инфекция белгилари йўқлигида лимфа тугунчаларининг тарқалган, турғун катталашиши, эндокрин тизими дисфункцияси – ташқи муҳит таъсиротларига мослашиши пасайиши, аллергик реакцияларга мойиллик билан характерланадиган конституция аномалияси дур. ЛГД шаклланишида она қорнида (ҳомиладорлик токсикозлари, ҳомиладорлик иккинчи ярмидаги онадаги инфекция қасалликлар) ва ундан кейинги (узок давом этган инфекция) –токсик касалликлари, углеводлар ёки оксиллар ортиқча бўлган нораціонал овқатлантириш ва бопқа) таъсир қилувчи ташқи муҳит омиллари асосий роль ўйнайди. ЛГД кўпроқ аллергик мойиллик бўлган оилалардаги болаларда кузатилади.

**Клиникаси.** ЛГД ли болалар рангпар, ланж, апатик, кериккан (пастоз) бўлиб, ортиқча тана оғирлигига эга бўладилар. Тўқималар турғори ва мушаклар тонуси пасайган, териси салқиллашган. Артериал босим паст. Диспропорционал тана тузилиши ўзига эътиборини тортиши мумкин (бўйин ва гавданинг калталиги, узун оёқ-қўллар). Бундай болалар тез чарчаб қоладилар, узок ва кучли таъсиротларни кўтара олмайдилар. Тери ости клетчаткаси ортиқча ривожланган, гидрофил, нотўғри тақсимланган (қоринда ва сонда йиғилган).

ЛГД учун қуйидагилар хос:

- Лимфоид тўқиманинг диффуз гиперплазияси, айрисимон без катталашиши. Бу болаларда бодомсимон безлар катта ва говаклашган бўлади, аденонд тўқима ўсиб кетиши кузатилади; айрисимон без жуда катта ўлчамга етиб, нафас олиш бузилиши, стридор, астматик ҳолат, асфиксия хуружи, титраш (тиришишлар) келиб чиқиши мумкин;

- қатор ички аъзолар (юрак, аорта, буйрақлар) ва ички секреция безлари (буйрак усти беи пўстлоғи, қалқонсимон без, қалқонсимон без олди беи, жинсий безлар) яхши ривожланмаганлиги;

ААД ли болаларни зўрлаб овқатлантириш ярамайди, лекин овқатланиш ора-сидаги вақт узайиб кетмаслиги керак.

Ацетонемик криз даракчилари пайдо бўлиши билан ҳар 10-15 минутда ичишга глюкоза эритмаси, ширин чой, янги тайёрланган мева шарбати, тарвуз шарбати, ишқорли минерал сув ёки 0,5-1% натрий гидрокарбонат эритмаси бериб турилади. Кетон таначаларни ичак орқали чиқишини тезлаштириш учун албатта тозаловчи клизма қилинади. Ацетонемик қусиш хуружи бўлган бола шифохонага ётқизилиши керак. Даволаш: ацидоз, сувсизланишга қарши курашиш ва кетон таначалари чиқарилишини тезлаштиришга қаратилган. Шу мақсадда вена ичига 5-10% ли глюкоза эритмаси, 0,9% ли натрий хлорид эритмаси, 4% ли натрий гидрокарбонат эритмаси, кокарбоксилаза, аскорбин кислота, эссенциале юборилади. Аллопуринол, кальций пантотенат, калий оротат, панангин, В гуруҳ витаминлари буюрилади. Асаб системаси юқори кўзгалувчанлигини камайтириш учун бром ва валериана препаратлари ишлатилади.

**Профилактикаси.** Боланинг кун тартибига риоя қилиш, рационал овқатлантириш болани ортиқча хис-хаяжонлардан сақлаш. Тўғри тарбиялаш узок вақт бузилган алмашинув жараёнини компенсация қилиши мумкин.

Текширув саволлари:

1. Болаларда конституция аномалиялари турларини кўрсатинг.
2. Экссудатив катарал диатезда болани парваринлан.

## Рахит

Янги туғилган чақалоқнинг скелети асосан тоғай тўқималардан иборат бўлиб, бола ўсиш ва ривожланиш жараёнида у суяк тўқимаси билан алмашади. Суяк тўқимасидаги кучли ўзгаришлар бола ҳаётининг биринчи икки йилида, кичик мактаб ёши ва балоғат даврига тўғри келади. Болаларнинг суяк тўқимаси сувга бой ва кам миқдорда минерал тузларни ўз таркибида тутати. Шу сабабли улар юмшок ва тезда деформацияга учрайди, катталарга нисбатан уларга нам синишлар хос (“яшил новда” каби).

Калла суяқлари. Янги туғилган болаларда нисбатан калласи катта бўлиб танасининг  $\frac{1}{4}$  қисмини ташкил этади. Калла суяқлари чоклари 2-3 ойга бориб ёпилади. Катта ликилдок ромб шаклига эга бўлиб, нормада 2 x 3 см тенг бўлади, 12-16 ойларга бориб беркилади. Кичик ликилдок ва ёнбош ликилдоқлар (учбурчак шаклли) кўпгина ҳолларда янги туғилган чақалоқларда ёпик бўлади.

Тишлар. Биринчи сут тишлари болаларда 6-8 ойда ериб чиқади 1 ёшга бориб уларнинг сони 8 та, 2 ёшда эса 20 та бўлиши керак. 5-7 ёшда доимий тишлар чиқади уларнинг сони 32та.

Кўкрак қафаси. 1ёшгача бўлган болаларда конус шаклига эга. Қовурғалар горизонтал жойлашган ва бу ҳолат ўпка экскурсиясини чегаралайди. Бола юра бошлаганда қовурғалар бир оз эгилган ҳолатни эгаллайди.

Умуртка поғонаси. Янги туғилган чакалоқда тўғри чизик каби, бола туриб юра бошлагандан кейин физиологик эгриликлар ҳосил бўлади (бола бошинин туттиши билан бўйин лордози, ўтира бошлаганда- кўкрак кифози ва юра бошлаганда- бел лордози). 3-4 ёшга бориб болада типик умуртка поғонаси конфигурацияси шаклланади.

Найсимон суяклар. Уларнинг диафиз ва эпифизлари орасида узок муддат эпифизар тоғай сақланади. Унинг қон томирларига бойлиги ва қон айланиши сустлиги, кучли пролиферация жараёнлари болаларда остеомиелит ривожланишига мойиллик туғдиради.

Мушак системаси. Чакалоқларда буқувчи мушаклар тонуси юкорилиги билан фарқланади, аста-секин гипертонус йўқолади (3-4 ойларда). Мушаклар суст ривожланган бўлиб, асосан балоғат ёшида интенсив кўпаяди ва 20-23 ёшларга бориб шаклланиши тугайди. Қиз бола ва ўғил болаларда мушакларнинг ривожланиши турлича кечади.

**Рахит** – бола организмнинг умумий касаллиги бўлиб, моддалар алмашинуви, биринчи ўринда фосфор- кальций алмашинуви бузилиши, суяк ҳосил бўлиши ва асосий аъзо ва тизимлар функцияси бузилиши билан кечади ва кўп ҳолларда Д витамини танқислиги бевосита сабабчи ҳисобланади.

Этиологияси. Д витамини танқислигига олиб келадиган омиллар:

1. Тоза ҳавода етарлича бўлмаслик ва куёш нурлари дефицити. Организмда эндоген ҳосил бўлувчи Д витаминининг актив формаси 90% и куёш нури таъсирида терида синтезланади.

2. Овқат омиллари - мослаштирилмаган аралашмалар билан, сунъий овқатлантириш, кўшимча овқатни рационга кеч киритиш, бир томонлама овқатлантириш (углеводли, вегетариан).

3. Чала туғилганлик - Д витамини, кальций ва фосфорнинг онадан ҳомилага жадаллик билан ўтиши хомиладорликнинг охириги ойларида рўй беради. Бундан ташқари ой-куни тўлиб туғилган болаларга қараганда жадал ўсиши сабабли бу болаларга кўпроқ миқдорда фосфор ва кальций керак бўлади. Айни вақтда хомиладорнинг нораціонал овқатланиши ва нотўғри ҳаёт тарзи натижасида ой-куни тўлиб туғилган боланинг организмда минерал моддалар депоси нисбатан кам бўлиши мумкин.

4. Асаб системаси перинатал шикастланиши натижасида ҳаракат активлиги етишмаслиги, шунингдек жисмоний тарбия элементлари йўқлиги (мас-саж гимнастика ва б.к.)

5. Ичак дисбактериози ривожланиши ва кальций сурилиши бузилишига олиб келувчи ошқозон ичак тракти касалликлари.

6. Экологик омиллар; - тупроқда ва шундан келиб чиқиб озик маҳсулотларида стронций, кўрғошин, рух ва бошқа металлар миқдори кўп бўлиши уларнинг суякда кальцийнинг ўрнини эгаллашига олиб келади.



7. Мия ичи жарохатлари билан тугилган беморларга узок муддатли антиконвульсив терапия утказиш Д витамини актив формаларини хосил булишига тускинлик келади ва уз навбатида рахит касаллиги ривожланишига мойиллик тугдиради.

Рахит УРВИ, пневмония, ичак касалликларининг ва бошқа касалликлар оғир кечишга олиб келади. Ўз навбатида улардан ҳар бири рахит кечишини оғирлаштиради.

Патогенези. Д витамини етишмаслиги кальций ионларининг ичак деворидан ташилишини таъминловчи кальций боғловчи оксил синтезини камайтириш хисобига қонда ионланган кальций даражасини камайтиради. Гипокальцемиа калқонсимон безолди безлари фаолиятини фаоллаштиради ва қонда кальций даражасини доимий ушлаб турувчи паратгормоннинг кўп ишланишига олиб келади. Бунда паратгормон ноорганик кальцийнинг суяқдан ажралиб чиқишини таъминлайди, айни вақтда буйракларда фосфор реабсорбцияси пасаяди (гипофосфатемия), оксидланиш жараёнлари бузилади, ацидоз ривожланади, фосфор-кальций тузлари суяқлар ўсиш зонасида тўпланмайди ва ҳосил бўлган суяк тўқимасидан тузлар ювилиб чиқиб кетиши юз беради. Суяқлар юмшаб қолади ва осон деформацияланади. Шу билан бир вақтда ўсиш зоналарида тўлик бўлмаган остеоид тўқима ўсиб кетади.

Ацидоз МАС ва ичак аъзоларда функционал ўзгаришларга олиб келади. Иммунологик ҳимоя пасаяди ва тез-тез касалланиш ва касалликлар оғир келувчи ўзига хос преморбид фон яратилади.

**Клиникаси.** Касаллик куйидаги клиник даврларга ажратилади:

- 1) бошланғич;
- 2) авж олиши
- 3) реконвалесценция
- 4) қолдиқ асоратлар даври

**Бошланғич давр.** Бу давр асаб системасидаги ўзгаришлар билан характерланади. Биринчи белгилар бола ҳаётининг 2-3 ойларида (чала тугилганларда биринчи ой охирида) пайдо бўла бошлайди. Болада енгил кўзгалувчанлик, безовталиқ, каттик товуш ва тўсатдан ёруғлик таъсир қилганда чўчиб, сесканиб кетиш пайдо бўлади. Уйқуси юзаки бўлади. Тер ажралиши, айниқса йиғлаганда, овқатланганда кучаяди. Тер ёқимсиз, нордон ҳидга эга, бадан терисини таъсирлантиради, кичиштиради. Мушаклар гипотонияси ривожланади. Бола бошини ёстикқа ишқалайди ва энсасида сочи тўкилади. Қалла суягини пальпация қилганда чоклар ва қатга ликилдоқ чекка кирғоклари юмшоқлигини аниқлаш мумкин, лекин скелетда кўринарли ўзгаришлар бўлмайди.

Ўз тўлик аниқланмаган ва даволанмаган рахит касаллиқнинг кейинги – авж олиш даврига ўтади. Асаб системасидаги бузилишлар янада кучаяди. Суяк системасида типик ўзгаришлар ва ички органлар функцияси бузилиши белгилари пайдо бўлади. Энса яссиланади, энса суяқлари юмшаши кучаяди (краниотабес). Бош асимметрик шаклга киради. Қалла суяқлари

марказларида остеоид тўқима ортикча ҳосил бўлиши натижасида пешона ва тепа дўмбоклари пайдо бўлади, бош квадрат шаклига киради. Катта ликдодокнинг ёпилиши муддатлари ўзгаради. Кўпинча тишлар чиқиши кечикади, кетма-кетлиги бузилади, жағларнинг бир-бирига нисбатан туриши бузилади. Шунингдек кўкрак қафаси ҳам деформацияга учрайди. Қовурғаларда тоғайдан суякка ўтувчи қисмида қалинланишлар («рахитик тасбеҳлар») ҳосил бўлади. Қовурғалар юмшоқ, эгиловчан бўлганлиги учун, кўкрак қафаси осон деформацияланади («товуқ кўкраги», «этикдўзлар кўкраги»). Диафрагма бириккан жойда ичкарига тортилиш – Гаррисон эгати пайдо бўлади. Бола ўтира бошлаганда умуртқа поғонаси деформацияси, кўпинча бел қисмида - рахитик кифоз ҳосил бўлади. Найсимон узун суяклар деформацияси кеч пайдо бўладиган ўзгаришларга киради. Билак ва болдир суяклари эпифизи йўғонлашади («билакузук»). Худди шундай йўғонлашиш бармоқ фалангаларида ҳам бўлиши мумкин («маржон» тизмалари), болалар юришни бошлагунга қадар оёқлари кўпинча О-симон, камроқ холларда Х-симон қийшайди.

Гипотония ва бойлам аппарати кучсизланиши кузатилади - қорин девори мушаклари ва ичаклар мускулатураси гипотонияси натижасида "қурбака қорин" деб аталувчи катта қорин пайдо бўлади. Бўғимларнинг ортикча ҳаракатчанлигин «паки» симптомида юзага келади (боланинг оёғи букилганда товонини бемалол энсасига етказилади). Рахит оғир кечганда чанок деформациялари кузатилади. Статик ва ҳаракат функциялари ривожланиши орқада қолади, бу болалар ўтириш, туриш ва юришни кеч бошлайдилар. Ички аъзолар фаолияти бузилади; жигар ва талок катталашади. Кўкрак қафаси деформацияси ва нафас мушаклари гипотонияси натижасида ўпка вентилацияси бузилади, бу пневмонияларга олиб келади.

Реконвалесценция даврида рахит белгилари камаяди ва кейин орқага қайтади.

Қолдиқ белгилар даври ҳақида 2-3 ёшдан кейин сўз юритиш мумкин. Рахит бўлиб ўтгандан кейин калла суяги, кўкрак қафаси деформацияси, найсимон суяклардаги ўзгаришлар, мушаклар гипотонияси, анемия кўринишида қолдиқ асоратлар қолади.

Рахит оғирлигига қараб 3 та даражага бўлинади. I даражали (енгил) рахит диагнози рахитнинг бошланғич даврига характерли белгилар асосида қўйилади. II даражали (ўртача оғирликдаги) рахит кам юзага чиққан суяк системаси ва ички аъзолардаги ўзгаришлар билан характерланади. III даражали (оғир) рахит ташхиси болада жисмоний ва рухий ривожланишдан орқада қолишга олиб келувчи суякларнинг кучли деформацияси, асаб тизими ва ички аъзолар оғир зарарланиши, оғир анемия аниқланганда қўйилади.

Кечишига кўра рахит ўткир, ўткир ости ва рецидивланувчи бўлиши мумкин. Ўткир кечиши кўпинча ҳаётининг биринчи ярим йилигача бўлган болаларда ва чала туғилган болаларда учраб, неврологик симптомлар ва суяк тўқимаси остеомаляция белгилари тез ривожланиши билан кузатилади.

Ўткир ости кечишида остеоид тукима гиперплазияси (суяк ортиқча ҳосил бўлади) ривожланади. Касаллик аса-секин ривожланади ва кўпроқ 6 ойликдан катта болаларда кузатилади. Рецидивланувчи кечиши жараёни кўзиши ва яхшиланиши даврлари алмашиб туриши билан ифодаланади.

**Диагностикаси.** Тўлиқ йиғилган анамнез ва болаларни диққат билан кўздан кечириш муҳим аҳамиятга эга. Қонда биохимик текширув ўтказилганда, фосфор ва кальций миқдори камайганлиги уларнинг нисбати ўзгарганлиги, ацидоз аниқланади. Рентгенологик текширув натижалари суяк ҳосил бўлиш жараёни бузилганини кўрсатади.

**Даволаш.** Рахитни комплекс даволаш керак. Даволаш узок бўлиб рахитга олиб келувчи сабабларни йўқотиш, гиповитаминоз Д ни бартараф қилишга қаратилган.

Махсус бўлмаган (тўғри озиклантириш, парваришлаш ва УБН) ва Д витамини препаратларини беришни ўз ичига олган махсус даволаш фарқланади. Махсус бўлмаган даволаш тадбирлари бола организмида алмашинув жараёнларини меъёрига олиб келиши ва унинг резистентлигини оширишга қаратилган. Бола ёшине ҳисобга олиб овқатланишни коррекция қилиш биринчи даражали тадбир ҳисобланади. Биринчи кўшимча овқат (сабзавотли пюре) муддатдан бир ой олдин берилди. Иккинчи кўшимча овқат сифатида сабзавот қайнатмасида тайёрланган қора буғдой ёки сўли бўтқаси тавсия қилинади. Одатдагидан эртароқ тухум сариғи ва творог, ичишга эса сабзавот ва мева қайнатмалари ва шарбатлар берилди.

Рахитни махсус даволаш учун Д витаминидан фойдаланилади. Касаллик авж олиш даврида ва ўткир кечганда Д витамини куйидаги формаларидан биттаси буюрилади: спиртли ва ёғли эритмалар, драже, таблеткалар.

1) видеол – холекальциферол (Д3) нинг 0,125% ли ёғли эритмаси, 1 томчиси- 500 ХБ;

2) видеин – оксил (казеин) комплекси сувда эрувчи таблетка шаклидаги Д2 витамини;

3) драже ва таблеткалар 500, 1000, 5000, 10 000 ХБ;

4) Д2 витамини – эргокальциферол – 0,125% ли ёғли эритма, бир томчиси-1000 ХБ;

5) 0,5% спиртли эритма, бир томчиси 5000 ХБ;

6) вигантол- Д2 витаминнинг ёғли эритмаси , 1 томчиси 660 ХБ тенг.

Рахитнинг бошланғич даврларида, яхши турмуш шароити ва овқатлантиришда бўлган, тўлиқ тугилган болаларга Д2 витамини суткалик дозаси 1500-2000 ХБ ни ташкил этади. Ўртача оғирликдаги ва оғир рахит авж олиш даврида кунига 3000-5000 ХБ Д витамини буюрилади. Даволаш 1-1,5 ой давом этади.

Терапевтик эффект олингандан кейин Д витамини даволаш дозасидан профилактик дозага (400-500 ХБ) ўтилади ва бу ҳар қуни икки йил давомида берилди (ез ойларида ташқари).

Д витамини билан даволаш Сулкович синамаси (сийдикда кальций микдорини аниқлаш) назорати остида олиб борилади.

Д витамини билан даволаш даврида кальций ва фосфор препаратлари (фитин, кальций глицерофосфат ва кальций глюконат), В, С гуруҳи витаминлари, ацидоз ва унинг оқибатларини камайтирувчи цитрат аралашмаси ёки лимон шарбати буюрилади. Асаб тизими фаолиятини нормаллаштирувчи, суякларда ва мушакларда алмашинув жараёнларини рағбатлантирувчи даволаш гимнастикаси, массаж, тузли ва хвояли (игна баргли) ванналар даволашнинг ажралмас таркибий қисми ҳисобланади.

**Профилактикаси.** Рахит профилактикаси антенатал даврдан бошланади ва постнатал даврда давом эттирилади. Махсус (специфик) ва махсус бўлмаган (носпецифик) профилактика фарқланади. Антенатал даврда махсус бўлмаган профилактика ҳомиладорларда ўтказилади ва кун тартибига риоя қилиш, тоза ҳавода кўпроқ бўлиш, ҳаракат фаоллиги, балансланган диета, касалликлар, гестозларни даволаш ва олдини олишдан иборат. Поливитаминларни қабул қилиш тавсия қилинади («Ундевит», «Гендевит»).

Махсус профилактика ҳомиладорликнинг охириг икки ойида агар бу ойлар куз - киш фасллариغاга тўғри келса 500 ХБ дозада Д витамини буюришдан иборат.

Постнатал даврда махсус бўлмаган профилактикага қуйидагилар киради: болани тўғри парвариш қилиш, тоза ҳавода етарлича бўлиш, ёзда дарахтлар «ола соя»сида ҳаво ванналари ўтказиш, кундалик гимнастика ва массаж, табиий овқатлантириш ва уни ўз тўлик коррекция қилишни ташкил қилиш. Боланинг 1 ойлик давридан бошлаб махсус профилактика бошланади: Д витамини кунига 500 ХБ дан икки йил давомида (ёз ойларидан ташқари) буюрилади. Мослаштирилган аралашмалар берилганда Д витаминининг микдорини ҳисобга олган ҳолда буюрилади.

**Рахитда парваришlash.** Тиббий ҳамшира боланинг ота-онаси билан суҳбат ўтказди. Рахит касаллиги ва унинг оқибатлари ҳақида маълумот бериш, боланинг овқатига Д витаминини максимал суратларда киритиш. Болани биринчи навбатда тўғри овқатлантириш( табиий овқатлантириш ) ни ташкиллаштириш, узоқ вақт очик ҳавода бўлишини таъминлаш, гимнастика ва массажни ташкиллаштириш, профилактик ва даволаш учун Д витамини препаратларини тўғри ҳисоблаб беришдан иборатдир.

Текширув саволлари:

- 1.Рахит касаллиги клиник белгилари.
- 2.Касалликни олдини олишда специфик ва нспецифик чора-тадбирлар.

## Спазмофилия

Спазмофилия (тетания) – боланинг биринчи 6-18 ойлигида, патогенетик рахит билан боғлиқ бўлган талвасалар ва спастик ҳолатларга мойиллиги билан характерланадиган касалликдир.

**Этиопатогенези.** Касаллик Д витаминини юқори дозаларда ёки эрта баҳорда, яъни юқори инсоляция натижасида терида Д витамини гиперпродукцияси бўладиган пайтда қабул қилиш натижасида ривожланади.

Актив Д витаминининг катта дозалари қалқонсимон без олди бези функциясини пасайтиради, ичакларда кальций ва фосфор тузлари сурилишини ва уларнинг буйрак каналчаларида реабсорбциясини стимуллайди, натижада қоннинг ишқорий захираси ошади, алкалоз ривожланади. Кальцийнинг суякларда тўпланиши кучаяди, бу гипокальцемиа ва асаб – мушак кўзгалувчанлиги ошиши – титрок синдромига олиб келади.

**Клиникаси.** Яширин (латент) ва аниқ спазмофилия формалари фаркланади.

Яширин формасида болалар ташки томонидан соғлом кўринади, психомотор ривожланиши ёшига мос: уларда деярли ҳамма вақт рахит белгилари бўлади. Спазмофилиянинг яширин формаси қуйидаги симптомлар ёрдамида кўйилади: Хвостек симптоми – ёнок равоғи ва оғиз бурчаги орасида ёнокка охиёта урилганда шу томонда юз мимик мушаклари қисқаради. Труссо симптоми – елкада томир – асаб тутамига босилганда қўл панжаси қисқаради ва «акушер қўли» ҳолатини олади. Люст симптоми – болгача билан кичик болдир суяги бошчасидан пастга урилганда оёқ панжаси кафтига қараб букилади ва ташқарига тортилади. Яшириш спазмофилия кўп учрайди ва уни провокация қилувчи омиллар (Йиғлаш, қусиш, юқори ҳарорат, инфекция касалликлар, кўркув) таъсирида аниқ турига ўтиши мумкин.

Аниқ спазмофилия ларингоспазм, турли карпопедал спазмлар ва эклампсия кўринишида, баъзан булар ҳаммаси бирга келиши кўринишида юзага келади.

Ларингоспазм – овоз ёриғининг ўткир торайиши. Йиғлаш ва кўркувда тўсатдан юзага келади ва овоз ёриғининг қисман ёки тўлиқ ёпилиши билан кечади. Нафас олиш шовқинли ёки хириллаган («хўроз қичкириғи») бўлади. Бунда боланинг юзида кўркув, цианоз, совуқ тер пайдо бўлади. Ҳикилдоқнинг кучли спазмида нафас бутунлай тўхташи ва ҳушидан кетиши кузатилиши мумкин. Хуруж чуқур шовқинли нафас олиш билан тугалланади, нафас олиш аста-секин тикланади ва бола ухлаб қолади. Одатда ларингоспазм хуружи бир неча секунддан 1-2 минутгача давом этади ва бир кунда бир неча маротаба такрорланади, оғир ҳолатларда ўлимга олиб келиши мумкин. Карпопедал спазм- бир ёшдан катта болаларда учрайди, қўл панжаси, оёқ панжаси юзининг тоник гиришиши билан кечади. Қўл панжаси «акушер қўли» ҳолатини олади, оёқ панжа – кескин плантар букилган. Спазм бир не-

ча минут, соат, кун давом этиши мумкин. Узоқ вақт спазм бўлганда қўл ва оёқ панжаси орка томонида шиш пайдо бўлади. Кўпинча оғиз айлана мушаги спазми ҳам кузатилади («балиқ оғзи»). Кам ҳолатларда нафас мушаклари, ичаклар, сийдик пуфаги силлик мушаклари тоник қисқаришлари, бронхоспазм кузатилади.

Спазмофилиянинг кам учрайдиган, лекин энг хавфли шакли –эклампсия бўлиб - клоник-тоник қисқаришлар, ҳушидан кетиши билан кечади. Енгил ҳолатларда хуруж, тўсатдан юз оқариши, котиб қолиши, силлик мушаклар учиши билан ўтиб кетади. Оғир хуруж ҳам юз мушаклари учишидан бошланади; кейин титроқ бўйинга, оёқ- қўлларга таркалиб бутун катта мушак гуруҳларини, шу жумладан, нафас мушакларини ўз ичига олади. Бола тўхтаб-тўхтаб, энгкиб нафас ола бошлайди, цианоз пайдо бўлади. Хуруж бошланиши билан бола ҳушини йўкотади. Ихтиёрсиз сийиши ва ич келиши кузатилади. Хуруж давомийлиги бир неча секунддан 20-30 минутгача етади, кейин аста-секин пасаяди ва касал ухлаб қолади. Баъзан кетма-кет хуружлар кузатилиши мумкин. Хуруж пайтида нафас ва юрак тўхтаб қолиши мумкин. Эклампсия кўпроқ 1 ёшгача бўлган болаларда кузатилади.

**Диагностика.** Боланинг ёши (2 ёшгача), рахит белгилари, йил фасли, ногўғри овқатлантириш эътиборга олинishi керак. Диагноз қонда гипокальциемия, гипофосфатемия, алкалоз аниқланиши билан тасдиқланади.

**Даволаш.** Ларингоспазм ва умумий титроқ хуружларида болага шошилинч ёрдам кўрсатилади.

Титроқ йўқолгандан кейин бола госпитализация қилинади. Мева шарбатлари, кўп суюклик берилади. Сунъий боқиладиган болани рационада сигир сутини максимал чеклаш керак (фосфатлар миқдори кўп бўлганлиги сабабли) ва сабзавотли кўшимча овқатни кўпайтириш керак. Кальций препаратларини қўллаш шарт ҳисобланади (кальций глюконат, 10% кальций хлор эритмаси). Болага оғир ларингоспазм хуружини чақирishi мумкин бўлган ҳамма муолажалар чекланади ёки жуда эҳтиёткорлик билан бажарилиш керак. Хуруждан 3-4 кундан кейин рахитга қарши даволаш ўтказилади. 10% лиаммоний хлорид эритмаси буюрилади (ацидоз ҳосил қилиш учун).

**Спазмофилияда парваришлаш:** болада тиришишлар, талвасалар олдини олишга қаратилган. Кальций тузларига бой озиқ-овқатларни беморга тавсия қилиш ва улар билан таъминлаш, сигир сути миқдорини чегарлаш, химояловчи режимни ташкиллаштириш, рахитга қарши чораларни ишлаб чиқиш, чунки рахитсиз спазмофилия ривожланмайди. Касаллик ривожланганда биринчи ёрдам кўрсатиш: ларингоспазмда ва ундан кейинги ҳолатларда.

## Гипервитаминоз Д

Гипервитаминоз Д (Д витамин билан заҳарланиш) бўлиб, Д витамини дозаси ошиб кетиши ёки унга нисбатан сезgirликнинг индивидуал юкори бўлиши - гиперкальциемия, аъзо ва тўқималарда токсик ўзгаришлар билан кечувчи касалликдир.

**Этиопатогенези.** Д гипервитаминоз асосан 2 ёшгача бўлган болаларда ривожланади, лекин унинг оқибатлари катталарда ҳам кузатилиши мумкин. Д витамини дозаси ошиб кетиши ичакда кальцийнинг сўрилишини оширади, айниқса сунъий овкатлантирилганда. Гиперкальциемия натижасида кальций тузлари нафақат найсимон суяклар ўсиши зонасида, балки буйракларда, томирларда, миокардда, ўлкада ва бошқа аъзоларда тўпланиб, оркага қайтмас кальцинозга олиб келади. Бундан ташқари Д витамини (тўғридан-тўғри) хужайраларга таъсир кўрсатади, ички аъзолар функцияси кўпол бузиллади, тимус инволюцияси ривожланади ва иммунитет бузиллади.

**Клиникаси.** Анорексия, қусиш, қабзият, безовталиқ ёки апатия, уйқучанлик кузатилади. Дистрофия ривожланади, тана оғирлиги, кейин бўй ўсиши орқада қолади. Юрак тоилари бўғиқлиги, тахикардия, артериал гипотония, жигар катталаниши, полиурия, альбуминурия аниқланади. Қонда ацетонемия, азот колдиклари ошиши кузатилади. Сийдикда кальций миқдори кескин ошади.

**Диагностикаси.** Қонни биохимик текширганда гиперкальциемия, сийдикда – гиперкальциурия, гиперфосфатурия аниқланади. Сийдикда кальций миқдори ошганлиги Сулкович синамаси ёрдамида аниқланади. Сулкович реактиви икки барабар миқдордаги сийдик билан аралаштирилади: соғлом болаларда 1-2 минутдан кейин сутсимон лойқаланиши бўлади, гиперкальциурияда дарҳол кучли лойқаланиш пайдо бўлади, гипокальциурияда аралашма тиниқлигича қолади.

**Даволаш** стационарда олиб борилади ва дезинтоксикация, ички аъзоларнинг бузилган функцияларини тиклаш, минерал алмашинувни нормаллаштириш ва кальций тузларини организмдан чиқариб юборишдан иборат. Д витамин ва кальций препаратларини қабул қилиш дарҳол тўхтадилади. Диетада кальцийга бой маҳсулотлар (сиғир сути, творог) олиб ташланади. Сабзавот шарбатлари ва сабзавотли овқатлар, 5% ли глюкоза эритмаси, суюкликни кўпроқ бериш шарт ҳисобланади. Д витаминининг физиологик антагонистлари буюрилади: витамин А, витамин Е, витамин В, витамин С, оғир холларда - преднизолон.

**Профилактика.** Асосан рахит касаллигидаги чора – тадбирлар утказилиши лозим. Энг муҳими болаларни табиий овкатлантиришни таъминлаш. Баҳор мавсумида спазмофилияга мойиллиги бор беморларга кальций тузларини етарли миқдорда бериш керак.

Текспирув саволлари:

1. Спазмофилиянинг клиник кўриниши.
2. Яширин спазмофилияни чақирувчи омиллар.
3. Д витамини препаратлари.

## НАФАС ОЛИШ АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Болаларда нафас олиш аъзолари касалликлари умумий касалланиш статистикасида етакчи ўринни эгаллайди. Поликлиникага мурожаат қилган учта бемордан иккитаси респиратор касалликларга хос шикоятлар билан келади. 5 ёшгача бўлган болалар орасида бу касалликлардан ўлим ҳоллари юқори. Нафас системаси касалликлари структураси нафас аъзолари морфологик ва функционал етилмаганлиги билан узвий боғланган, ёшга боғлиқ анатомо-физиологик хусусиятлари таъсир қилади.

Улардан энг аҳамиятлилари:

1. Нафас йўллари калта ва нисбатан кенг бўлиши.
2. Шиллиқ қаватлари нозик ва осон жароҳатланади.
3. Ўпка экскурсияси сустлиги (қовурғалар горизонтал жойлашган).
4. Диафрагма юқори жойлашган.
5. Ўпка ҳажми кўкрак қафаси ҳажмидан ортиқлиги сабали у “тикилиб”

туради.

6. Бронхлар ва ўпка шаклланиши тўлиқ эмас.

Ундан ташқари, бола организмнинг иммун ҳолати ҳам етарли ривожланмаган. Бу болаларда инфекцияга ва зарарли омилларга ўзига хос реакция кўрсатиши билан юзага келади.

Нафас аъзолари касалликларида патологик жараён нафас системаси турли бўлимларида жойлашиши мумкин.

Нафас аъзолари касалликлари ишчи классификацияси (В.К. Таточенко, С.В. Рачинский).

I. Юқори нафас йўллари касалликлари: 1. ринит, 2. фарингит, 3. ларингит, 4. трахеит

II. Бронхитлар: ўткир (оддий) бронхит 2. обструктив бронхит, 3. бронхиолит

III. Пневмониялар: 1. учоқли, 2. сегментар (полисегментар) 3. крупоз, 4. интерстициал

IV. Бронхиал астма

**Этиологияси.** Юқори нафас йўллари касалликлари ва бронхитларда 90% ҳолларда этиологик омил деб вируслар ҳисобланади. Пневмониялар кўзгатувчилари кўп ҳолларда микробли флора бўлади, шунга кўра пневмония ўпкадаги микробли-яллиғланиш жараёни деб қаралади. Бронхиал астма аллергик касалликлар гуруҳига қиради.

### Ўткир респиратор-вирусли инфекциялар (ЎРВИ)

ЎРВИ – нафас йўллари зарарланиши симптомлари билан юзага чиқадиган инфекцион касалликлар полиэтиологик гуруҳи. Болалардаги инфекцион касалликлар структурасида ЎРВИ биринчи ўринни эгаллайди. Касалликнинг энг юқори кўрсаткичларини болалар коллективлари орасида ку-



затилади. Ташкилий бириктирилган болалар орасида касалланиш 3 марта кўп бўлади. Йил давомида ЎРВИ билан 3-4 марта ва ундан ортик касалланувчи болалар тез-тез касалланувчи болалар гуруҳига ажратилади. Болалар коллективларида энг кўп ЎРВИ чакирувчи сабабчилар бўлиб грипп, парагрипп вируслари ва аденовируслардир.

**Эпидемиологияси.** Касаллик манбаи бўлиб бемор одам ёки вирус ташувчи ҳисобланади.

Вирусли респиратор инфекция юкиш механизми - ҳаво томчи йўли. Соғлом одам, касал одам аксирганда (2 м гача масофада), йўталганда (3-3,5 м гача масофада) чиқарувчи сўлак ва балгам инфекцияланган ҳаводан нафас олганда юктиради. Кириш дарвозалари бўлиб оғиз-ҳалқум шиллик-кавати, шунингдек нафас олиш трактининг бошка қисмлари шиллик қаватлари ҳисобланади.

**Патогенези.** Ҳамма кўзгатувчилар нафас йўллари шиллик қавати эпителийсига нисбатан юқори тропизмга эга. Ҳар бир вирусли инфекция ривожланиши патогенезида ўзига хос томонларга эга, аммо унинг умумий босқичларини ажратиш мумкин:

1. Сезгир ҳужайраларда вируслар репродукцияси
2. Вирусемия
3. Турли аъзолар ва системалар шикастланиши, биринчи ўринда нафас аъзолари
4. Бактериал асоратлар
5. Патологик жараёнинг орқага қайтиши

**Клиникаси.** Маҳаллий (катарал) ва умумий (интоксикация) симптомлардан иборат УРВИ нинг маҳаллий белгиларига: бурун битиши, кейинчалик сероз ёки сероз йирингли ажрамалар бўлиши, аксириш, ҳалқум орқа девори гипермияси ва донаторлиги, дурук ёки нам йўтал киради.

ЎРВИ нинг умумий симптомларидан тана ҳарорати кўтарилиши, ҳолсизлик, ланжлик, чарчаш, тери қопламлари рангпарлиги, кўнгил айниши, қусиш, оғир ҳолатларда – тиришишлар кузатилади. Аденовирусли инфекция ринит, фарингит ва конъюнктивит билан кечади.

**Ринит**— бурун бўшлиғи шиллик қавати яллиғланиши. Клиник манзарасида биринчи ўринга нафас олиш бузилиши чиқади, бу боланинг эмишини қийинлаштиради. Тўлиқ овқатланмаслик беморнинг уйқуси бузилишига, безовталанишига ва тана массасини йўқотишига олиб келади. Ҳалқумнинг орқа деворидан шиллик оқиш, оғиз орқали нафас олганда кучанувчи йўтал чакиради. Йўтал кўпинча кечаси кузатилади. Катта ёшдаги болаларда дастлаб бурун ва бурун-ҳалқумида қуриш, ачиниш, бурун орқали нафас олганда кучли қийинлашиши, ёш оқиши, бош оғриғи кузатилади. Бир неча соатдан кейин сероз, сувсимон, кейинроқ қуюқ шилликли ажралма ажралади. Ажралмалар бурун атрофи териси таъсирланишига олиб келади. Интоксикация симптомлари одатда кам ифодаланган бўлади. Ринит деярли ҳамма вақт ринофарингит қўринишида бўлади, яъни жараён ҳалқумга ўтади.

**Фарингит** - халқумда жойлашган яллиғланиш жараёни. Фарингитда қатта ёшли болалар томоқда кирилиш, қичишиш, ёт жисм сезгисига шикоят қилади. Томоқни тирновчи куруқ, ҳолдан тойдирувчи йўтал бўлади. Объектив текширувда халқум орқа девори гиперемияси ва «донадорлиги» (халқум лимфоид тўқимаси гипертрофияси) аниқланади.

Кичик ёшли болаларда халқумдаги яллиғланиш жараёни кўпинча ўткир ўрта отит ривожланишига олиб келади. Инфекция ўрта кулоққа қисқа ва кенг свстахийев найи орқали ўтади. Бунда мусбат трагус - симптоми бўлади.

**Конъюнктивит**-Кўз шиллик қаватлари зарарланиши аденовирус инфекциясининг характерли симптоми ҳисобланади. Кўз қичишиши, ачишиши, ёт жисм сезгиси, ковоқлар шиши кузатилади. Кўз конъюнктиваси гиперемияланган, кўздан сероз - йирингли ажралма ажралади.

**Ларингит** - ҳикилдоқ шиллик қавати яллиғланиши. Касалликнинг асосий симптомлари: дастлаб дағал, куруқ, кейин нам, «вовулловчи» йўтал, овоз хиррилаши, баъзан афония. Агар яллиғланиш жараёни овоз бойламлари ва бойлам ости бўшлиқларига тарқалса- стенозловчи ларингит (сохта круп ёки ҳикилдоқнинг ўткир стенози).ривожланади. Стенозловчи ларингит одатда 6 ойлигидан 3 ёшгача бўлган аллергик мойиллиги бўлган болаларда учрайди.

Сохта круп ривожланиши асосида қуйидагилар ётади: шиллик қават яллиғланиши ва шиши; ҳикилдоқ бўшлиғи балғам билан ёпилиб қолиши; ҳикилдоқнинг рефлектор спазми.

Ҳикилдоқнинг ўткир стенози: нафас олиш қийинлашиши, овоз ўзгариши ва дағал йўтал. Одатда сохта круп тўсатдан, кўпинча тунда ривожланади. Бола безовталанади, кучли йўтал, овоз бўғилиши, масофадан эшитилувчи шовкинли нафас, тери копламлари оқариши кузатилади.

Стенознинг қанчалик ривожланганлиги ва нафас етишмовчилигига қараб, крупнинг 4 та оғирлик даражаси ажратилади.

I даражали стеноз (компенсациялашган) - дағал, «вовулловчи» йўтал, овоз бўғилиши, йиғлаш ёки жисмоний юкламада бўйинтурук чуқурчаси бироз тортилиши билан шовкинли нафас олиш.

II даражали стеноз - умумий аҳволнинг чуқурроқ ўзгаришлари билан кечади: безовталиқ пайдо бўлади, йўтал кўпаяди, хансираш доимий бўлиб, нафас актида ёрдамчи мускуллар катнашади. Бурун - лаб учбурчагида цианоз ривожланади.

III даража (декомпенсациялашган) – бола кўзгалувчан, хавотирга тушган, қўрқув ҳисси. Тери оқимтир - цианотик, совуқ, ёпишқоқ тер билан қопланган, циноз ва акроцианоз кузатилади. Хансираш жуда кучайган, нафас олишда меъда соҳаси ва кўкрак қафаси юмшоқ жойлари катнашади. Пульс тез-тез пардоксал кўринишда, юрак тонлари бўғиқ.

IV даража (асфиксия). Бола жуда ҳолсизланган, у ёк бу ёққа ўзини ташлайди, нафас олишга интилади, оғзини очиб хавони тутатаётганидек кўринади. Циноз тез ошиб боради, талвасалар пайдо бўлиши мумкин. Пульс кучсиз, нерегуляр, юрак тонлари бўғиқлашган. Аста – секин нафас йўқола

боради. Юрак тонлари эшитилмайди ва юрак мушаклари бетартиб қисқариб, сўнгра тўхтаб қолади.

Ўткир стенозли ларингитда даволаш клиник белгиларга асосланиб ўтказилиши керак. Яъни стенознинг биринчи белгилари пайдо бўлиши биланок даво ўтказилади.

**Трахеит** - трахея шиллик қаватларининг яллиғланиши. Трахеитда йўтал дастлаб қуруқ кейинчалик нам бўлиб қолади. Тўш ортида ачишиши ҳисси, оғрик каби шикоятлар кузатилади.

Текширув саволлари:

- 1.Нафас аъзолари касалликлари кенг тарқалиши мойиллик факторлари.
- 2.Нафас аъзолари касалликлари ишчи классификацияси.

## Бронхитлар

**Ўткир бронхит** - бронхлар яллиғланиши бўлиб, болаларда алоҳида касаллик кўринишида камдан кам учрайди. Кўпинча респиратор- вирусли инфекциялар белгилари билан бирга кузатилади.

Ўткир бронхитнинг асосий белгиси йўтал бўлиб, дастлаб қуруқ, кейин эса бироз юмшоқ, намли йўтал бўлади. Эрта болалик даврида болалар балғамини ютиб юборишади. Ўпка устида перкутор товуш ўзгармаган. Эшитиб кўрилганда бутун ўпка бўйлаб доимий бўлмаган қуруқ ва ҳар хил калибрили нам хириллашлар эшитилади. Хириллашлар миқдори ва уларнинг жойлашиб жойи кун давомида ва айниқса йўталдан кейин ўзгариб туради. Интоксикация белгилари ўртача ифодаланган.

Ўткир бронхит одатда икки томонлама кечувчи жараён бўлиб, 2-3 ҳафтадан сўнг тўлиқ тузалиш билан яқунланади.

**Обструктив бронхит** -эрта болаликда тез-тез учрайди. Касаллик нафас йўллари торайиши, бронхлар шиллик қавати шиши ва бронх бўшлиғига кўп миқдорда шиллик ажралиши ҳисобига юзага келади.

Обструктив бронхит ривожланишининг иккинчи механизми – бронхиолалар спазми ҳисобланади.

Обструктив бронхит клиник манзарасида нафас етишмовчилиги белгилари асосий ҳисобланади, яъни: цианоз, хансираш, нафас олиш актида ёрдамчи мушаклар иштироки, хуштаксимон нафас чиқариш. Эшитиб кўрганда иккала ўпкада ҳам қуруқ ва ҳар хил калибрили нам хириллашлар эшитилади. Бу хириллашларни масофадан эшитиш, ёки пальпацияда сезиш мумкин.

**Бронхиолит** – (капилляр бронхит) – болалар ҳаётининг дастлабки икки йилида учровчи касаллик ҳисобланади (кўпинча 5-6 ойлик чақалоқлар касал-

ланади) ва бронхиолалар ҳамда майда бронхларнинг тарқалган обструктив таррарланиши билан ифодаланади.

Кўпчилик ҳолларда бронхолит клиникаси ўткир респиратор вирусли инфекциялар клиник белгиларидан сўнг ривожланади. Баъзи ҳолларда болаларнинг умумий аҳволи тўсатдан оғирлашса – баъзан эса аста - секин оғирлаша боради. Бола ланж бўлиб қолади, иштаҳаси пасаяди, йўтал пайдо бўлади, кўкрак қафаси ковурағалараро соҳаси таранглашади, хансираш ва нафас олиш қийинлашиши, бурун қанотлари кенгайиши каби белгилар кузатилади. Нафас етишмовчилигининг бошқа белгилари ҳам – рангпарлик, оғиз атрофида ёки тарқалган цианоз, тахикардия кабиларни аниқлаш мумкин. Кучли ифодаланган хансираш ва юзаки нафас олганда баъзан хириллашлар эшитилмаслиги мумкин. Апноэ ҳолатлари кузатилади. Давомли хансирашда сувсизланиш аломатлари ривожланиши мумкин. Тана ҳарорати кўпинча субфебрил, баъзан нормада бўлади. Айрим болаларда эса обструктив синдромнинг шиддатли ривожланиши билан касалликнинг биринчи соатларидаёқ юкори иситма аникланади, даволаш мобайнида иситма тушмаслиги мумкин. Кўкрак қафаси шишган, ҳажми катталашган, перкуссияда кутисимон товуш эшитилади. Юрак тонлари бир оз бўғиклашган. Ўпкаларда аускультация қилинганда - курук, майда пуфакли нам ва крепитацияланувчи хириллашлар эшитилади. Рентгенограммада - ўпка тиниқлиги ортиши кузатилади.

**Даволаш:** Ўткир респиратор вирусли инфекцияларда даволаш ва болаларни парвариш қилиш - патологик жараённинг жойлашиш жойига боғлиқ бўлади. Лекин муолажаларнинг ўтказилишида умумий куйидаги коидаларни эсга олиш лозим:

1. Касаллик бошланишининг 1-2 кунларида болаларга вирусга қарши препаратлар (лейкоцитар интерферон, оксалин мази, гриппга қарши гаммаглобулин, ДНК-азалар) тавсия қилган маъқул.

2. Антибиотиклар вирусларга таъсир қилмайди. Шунинг учун бу масалани индивидуал ҳал қилиш керак.

3. Дезинтоксикацион терапия ўтказганда кўпинча болага кўп миқдорда суюқлик ичиришнинг ўзи кифоя қилади.

4. ЎРВИ ни даволашнинг асосий усули – симптоматик ва маҳаллий терапия ўтказиш ҳисобланади. Мазкур даво усули патологик жараён жойлашган жойга ва парваришни қандай ташкил қилишга боғлиқ.

**Ринит** – даволаш нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклашга ва яллиғланиш жараёнини бартараф этишга қаратилган бўлади. Касаллик бошланишида суюқ ажралмалар бўлганда томир торайтирувчи препаратлар қўлланилади (0,05-0,1% нафтизин эритмаси). Томирларни торайтирувчи препаратлар 2-3 кундан ортик берилмайди, чунки бу препаратларни узок қўллаганда бурун шиллиқ қавати шиши кучайиши мумкин. Даволашда рефлатор терапия кенг қўлланилади (камбаласимон мушакларга горчичник қўйиш, оёқ қафтига курук иссиқ қўйиш, иссиқ оёқ ванналари, парафинли ёки озокеритли «этикчалар»). Кўкрак ёшидаги болаларга томир торайтирувчи

препаратлар овқатланишдан 15-20 минут олдин бурнига томизиш тавсия қилинади. Сабаби бола эмаётганида бурун орқали яхши нафас олиши керак ва бурундан ажралган ажралма эшитиш найига тушиб қолмаслиги керак. Болалар даструмолини тез-тез алмаштириб туриш лозим. Ажралмалар натижасида бурун атрофи териси таъсирланган бўлса, унга стерил ёғ (ўсимлик ёғи ёки вазелин) суриб қўйиш керак.

**Фарингит** – фарингосепт, ингалинт каби препаратлар фарингитни даволашда яхши натижа беради. Агар курук йўтал бўлса – йўтал марказига блокловчи таъсир кўрсатувчи, яъни йўтални босувчи воситалар тавсия қилинади. Бундай воситаларга либексин, тусупрекс, глауцин (2 ёшдан тавсия қилинади) киради. Физиотерапевтик муолажалардан ёғли ингаляциялар қисқа муддатга тавсия қилинади. Улар узок қўлланилганда шиллик парда атрофиясини чакиришлари мумкин.

**Ларингит** – Даво нафас йўллари тўсиқларига шиллик йиғилиб қолишни олдини олишга қаратилган бўлиши керак. Шу мақсадда қуйидагилар тавсия қилинади. 1. Балғамни эритувчи воситалар: Иссиқ ишқорли ичимлик (натрит бикарбонат эритмаси ёки сут билан «Боржом»), содали ингаляциялар, протеолитик ферментлар (трипсин, ацетилцистеин), калий йодид ва бошқалар. 2. Балғам кўчирувчи воситалар: Мукалтин, бромгексин, балғам кўчирувчи микстураалардан алтей, термосис ва утлардан дамламалар. 3. Бронхолитиклар – зарур бўлганда бронхоспазмни йўқотиш учун (эуфиллин, эфедрин, бронхолитин ёки солутан билан ингаляция қилиши ёки ичиш) оғир ҳолларда – эуфиллин томир ичига. Иситма ва юрак – кон-томир етишмовчилиги белгилари бўлмаганда рефлектор терапия қилинади: иссиқ оёқ ванналари, кўкрак кафаси, оёқ камбаласимон мушакларига хонталли қоғозлар, озокеритли «этикчалар». Ларингитда «овоз режим»га эътибор бериш керак, яъни овоз бойламалари тинчлигини таъминлаш керак. Болани алоҳида палатада ётқизиб, психик ва физик тинчлик, тўйиб ухлаш, тоза ҳаво, алоҳида парваришини таъминлаш керак, уйғоклигида эса чалғитувчи воситаларни қўллаш лозим.

**Бронхитлар.** Бронхитни даволаш куйидаги симптомлар - балғамли йўтал, гипертермия, ҳансираш ва цианозни бартараф қилишга қаратилган бўлмоғи лозим. Нам йўтал бўлганда балғам эритувчи ва уни кўчирувчи воситалар қўлланади. Тана ҳарорати  $37,5^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилган бўлса иситма туширувчи воситалар тавсия қилинмайди, болага фақат кўпрок суюклик ичирилади. Тана ҳарорати  $38^{\circ}\text{C}$  бўлганда физик совитувчилар (сиркали сув билан артиш, бошга ва йирик кон томирларга совуқ қўйиш, танани спирт билан артиш) қўлланилади. Тана ҳарорати  $38,0-38,5^{\circ}\text{C}$  бўлса иситма туширувчи воситалар оғиз орқали ичилади ёки тўғри ичакка юборилади. Оптимал препарат парацетамол (10-15 мг/кг) ҳисобланади. Тана ҳароратини  $38,5^{\circ}\text{C}$  дан ошиб кетганида литик аралашма м/о ёки т/о (50% ли аналгин эритмаси ва 1% ли димедрол эритмаси) га қилинади. Гипертермияга қарши даво чораларини олиб бориш билан бирга диурезни ҳам қатъий назорат қилиш керак.

Қон айланишининг сезиларли марказлашуви (турғун тери рангпарлиги ёки терининг мрамарсимон бўлиши, кўл-оёқ совуқлиги, кўлтиқ ости ва тўғри ичакда ҳарорат орасидаги фаркнинг ошиб кетиши) литик аралашмаларини томир спазмолитиклари билан қўшиб беришга кўрсатма бўлади (никотин кислотаси, папаверин, дибазол). Нафас етишмовчиликларини йўқотиш учун оксигенотерапия тавсия этилади. Намланган кислород, кислородли палаткалар қўлланилади. Каровотнинг бош томони 30-40° га кўтарилиши шарт.

Уй шароитида хонада тоза ва бироз совуқ хавони бўлишини таъминлаш керак.

Бронхитларда физиотерапия кенг қўлланилади (касаллик даврининг ҳисобга олган ҳолда) – УВЧ, индуктотермия, электрофорез.

ЎРВИ билан оғриган бемор изоляторга ётқизилади ва уларни парвариш-лашда «никобли режим» га риоя қилиш шарт.

### Ўткир зотилжам (пневмония)

Ўткир зотилжам - ўпка паренхимасининг ўткир яллиғланиши жараёни бўлиб, интоксикация, нафас етишмовчилиги, локал физикал ва рентгенологик ўзгаришлар билан ифодаланувчи белгилар билан кечадиган касалликдир.

**Этиологияси:** ўпкада яллиғланиш жараёни ривожланиши сабабчилари:

1. Бактериал флора (стафилококклар, стрептококклар, пневмококклар, ичак таёқчаси). 2. Вируслар (грипп, респиратор-синтициал вируслар, аденовируслар ва х.к.). 3. Микоплазмалар. 4. Пневмоцисталар. 5. Замбуруғлар (кандидалар). Кўпинча пневмонияда аралаш флора аниқланади: бактериал, вирусли-бактериал ва бошқа кўринишдагилар.

Касаллик юзага келишида ҳал қилувчи ролни макроорганизм ҳолати ўйнайди; унинг реактивлиги, сенсibiliзация даражаси, ирсий мойиллик (нафас аъзолари касалликларига). Эрта болалик даврида зотилжам ривожланишида организмнинг морфологик ва функционал етилмаганлиги, нафас аъзолари туғма нуқсонлари, конституция аномалиялари, фермент системасидаги нуқсонлар, иммун танқис ҳолатлар, чала туғилганлик, туғруқ даври асоратлари, катта ёшдаги болаларда эса бурун халқум йўлидаги сурункали инфекция ўчоқлари сабаб бўлиши мумкин. Булардан ташқари совуқ қотиш фактори муҳим аҳамиятга эгадир.

Инфекциянинг ўпкага кириш йўллари асосийси – бронхоген йўлдир. Баъзан инфекция лимфоген ва гематоген йўл орқали ҳам ўпкага тушиши мумкин. Зотилжам билан болалар кўпинча бир ёшдан кейин кўпроқ оғрийдилар. Лекин бир ёшга бўлган болалар орасидан зотилжам билан оғриб, ўлганлар сони кўп бўлади. Агар бола уйда касалланган бўлса этиологик фактор – стафилококк, стрептококк, пневмококк; стационарларда касалланган бўлса грамм - манфий флора ҳисобланади.

**Патогенези:** зотилжам ривожланишида асосий ролни бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши ва ўпка ҳимоя механизми сусайишни муҳимдир.

Одатда ЎРВИ бошлангандан 4-7 кун ўтгач зотилжам юзага келади, сабаб вируслар нафас йўлларида бактериялар флора тушиши учун тайёрлайдилар. Вируслар шиллик пардага тушгач уни бутунлигини бузадилар, қаршилиқ кўрсатиш механизмларини издан чиқаради, организмнинг барча функцияларини сусайтириб, бактериялар флорани киришига шароит яратадилар. Бунинг натижасида инфекция терминал бронхиола ва альвеолаларгача бориб, ўпка паренхимасига киради ва яллиғланиш чакиради. Ўпкалардаги вентиляция етишмовчилиқ ва газлар перфузияси бузилиши қоннинг газ таркиби ўзгаришига олиб келади. Натижада гипоксемия ва гипоксия белгилари юзага келади. Инфекциянинг токсик таъсири ва гипоксия туфайли МНС, қон томир системаси ва бошқа тизимлар фаолияти бузилишлари, қонда ацидоз ривожланиши ва гипоксия кучайишлари кузатилади. Алмашинувнинг барча турлари бузилади, хужайравий ва гуморал иммунитет пасаяди.

**Клиника.** Зотилжамнинг асосий клиник белгилари:

1. Фебрил, нисбатан турғун иситма.
  2. Интоксикация (ёки токсикоз).
  3. Нафас етишмовчилиғи белгилари.
  4. Ўпкаларда турғун ва локал ўзгаришларнинг бўлиши (перкуссияда ва аускультацияда).
  5. Рентгенографияда инфильтратив соялар.
  6. Ўткир яллиғланиш жараёнидан хабар берувчи периферик қондаги ўзгаришлар.
- Зотилжам таснифи асосида рентгенологик манзара ётади. Зарарланиш ҳажмига боғлиқ ҳолда пневмониянинг – ўчоқли, сегментар, крупоз ва интерстициал турлари тафовут қилинади.
- Кечиши бўйича эса: ўткир (2 ойгача) ва чўзилувчан (2 ойдан 8 ойгача) турлари фарқланади.
- Зотилжам кечишининг оғирлик даражаси токсикоз ривожланиши ва нафас етишмовчилиқ даражаларига қараб белгиланади. Енгил, ўрта оғир ва оғир кечувчи зотилжам шакллари фарқланади.
- Ўчоқли зотилжам** – эрта болалик даврида кўп учровчи зотилжам шакли ҳисобланади.
- Яллиғланиш жараёни ўпка тўқимасининг майдонини қамраб олади. Майда яллиғланишли ўчоқлар бир-бири билан қўшилиб кетиши ҳам мумкин. Бундай ўчоқли қўшилган зотилжам оғир кечиб, деструкцияга мойил бўлади. Одатга қўра ЎРВИ нинг 5-7 кун қасаллик ривожланади. Зотилжамнинг дастлабки белгилари - интоксикация, тана ҳарорати кўтарилиши, безовталик, кўзгалувчанлик, уйқу бузилишлари тез намоён бўлади. Бола эмишдан бош тортади, дастлаб оз, кейинчалик кўп қусиш, ичнинг суюқ келиши кузатилади. Тана оғирлиги орғиши секинлашади. Болани йўтал безовта қилади. Секин-аста ёки ўткир равишда нафас етишмовчилиғи ривожланади. Дастлаб бола йиғлаганида ёки эмганида оғиз атрофида цианоз пайдо бўлади. Оғир ҳолларда эса цианоз тинч пайтида ҳам кузатилиб, тарқалган ҳолда бўлади.

Тери кулранг-ер рангини олади. Бола хириллаб нафас олади, ёрдамчи мушаклар нафас актида қатнашади, бўйинтурук ўйиғи таранглашиши, қовурғалараро, ўмров ости ва ўмров усти соҳаларида ҳам таранглашишлар кузатилади. Нафас тезлиги ва чуқурлиги ўзгариши билан хансираш, апноэ ҳуружлари кузатилади. Кўкрак ёшидаги болаларда хансираш эквиваленти бўлиб, нафас олиш тўлиқ бошини силкиши, лунжларини шишириши ва лабларини чўччайтириши – «найчи» симптоми, бурун канотлари таранглашиши ва кенгайиши каби белгилар ҳисобланади. Кўкрак қафаси бўртиб чиққан. Оғиздан ва бурундан кўпиксимон ажралмалар чиқиши кузатилади. Нафас олиш ва пульс нисбати ўзгаради (1:2,5 ва 1:2).

ЖССТ/ВОЗ тавсияларига кўра тезлашган нафас деб- икки ойликкача бўлган болаларда нафас сони - 60га ва ундан кўп, икки ойликдан то ўн икки ойликкача - 50га ва ундан кўп, бир ёшдан беш ёшгача - 40га ва ундан юқори бўлиши айтилади. Оғир зотилжамнинг белгиси деб кўкрак қафаси тортилиши ва стридор ҳисобланади.

Объектив кўрик тўлиқ – зарарланган ўчоқ устида перкутор товуш қискарган, аускультацияда нафас шовкинлари ўзгарган (сусайган ёки бронхиал нафас), крепитация, майда пуфакли нам хириллашлар эшитилади. Булар касаллик давомида ўз характерини ўзгартириш хусусиятига эга. Асоратланмаган ўчоқли зотилжамнинг клиник симптомлари даво муолажалари ўтказилгандан кейин 10-12 кундан сўнг йўқолади. Ўпкадаги морфологик ўзгаришлар эса 4-6 ҳафтадан сўнг йўқолади.

**Сегментар зотилжам** – барча ёшдаги болаларда учраб, упканинг бир ёки бир неча сегменти зарарланиши билан характерланади. Клиник манзараси худди ўчоқли зотилжамдаги каби бўлиб, жараён локализацияси ва тарқоклигига боғлиқ бўлади. Сегментар зотилжам чўзилувчан кечишига мойил бўлади, бу бўлакча вентиляцияси бузилиши ва майда ателектазлар юзага келиши билан боғлиқ. Кейинчалик эса чегараланган пневмосклероз пайдо бўлади. Баъзан абсцесс юзага келиш эҳтимоли бўлади. Қатор ҳолатларда зотилжам клиник белгиларсиз кечиниш ҳам мумкин. Диагноз рентгенологик текширувларга асосланиб қўйилади. Рентгенографияда гомоген сегментар соялар кўриниб, уларнинг чегаралари аниқ бўлади.

**Крупоз (лобар) зотилжам** Мактаб ёшидаги болалар кўпроқ зотилжамнинг шу тури билан касалланадилар. Касаллик тўсатдан, шиддатли бошланиб, бемор ўзини жуда ёмон ҳис қилади, бош айланиши, бош оғриғи, гипертермия, титроқ тутиши кабилардан шикоят қилади. Дастлабки кунлари йўтал бўлмайдиган кам холларда қуруқ, сийрак бўлади. Токсик синдром касаллик динамикасида орта боради, I-II даражали нафас етишмовчилик белгилари пайдо бўлади. Кўп ҳолларда абдоминал синдром - қусиш, ўнг қовурға остида оғриқ, киндик атрофида ҳам оғриқ, тили қуруқ, қараш билан қопланган. Қорин парда таъсирланиш белгилари, метеоризм каби белгилар ривожланади.



Ўнг ўпка юкори қисмида крупоз зотилжам ривожланганида менингизм белгилари намоён бўлади. Ҳозирги даврда крупоз зотилжам атипик кўринишда кечади. Крупоз зотилжамда кучли антибактериал терапиядан сўнг соғайиш 1-2 ҳафтадан сўнг бошланади.

**Интерстициал зотилжам** – чала туғилган чақалоқларда ва эрта чилла давридаги чақалоқларда, анемия, иммунтанкис ҳолатлар фониди келиб чиқади. Касаллик чакирувчилари асосан вируслар ҳисобланади. Бу зотилжамда альвеолаларо ўпка тўқимаси ва ўпканинг бириктирувчи тўқималарида яллиғланиш жараёни ривожланади. Касаллик токсик шаклда кечади. Клиникасида нафас етишмовчилиги белгилари тез ривожланиши билан характерланади. Нафақат нафас системаси, балки юрак – кон томир системаси, МНС фаолияти бузилиши, ошқозон-ичак фаолиятида ҳам ўзгаришлар бўлади. Беморда ҳолдан тойдирувчи, хуружсимон йўтал бўлади. Эмфизема фониди рентгенологик "ари уяси" симон белги аниқланади. Интерстициал зотилжам узок кечиш хусусиятига эга.

Янги туғилган чақалоқлар зотилжами оғир кечиб, ўзига хос клиник манзара ва жиддий оқибатларга эга. Улар ҳомила, ҳали она корнидалигидаёқ ривожланиши ёки орттирилган бўлиши мумкин. Ҳомила ифлос ҳомила олди қоғонко сувларидан аспирация килиши ёки ҳомиладорлик охирида аёлниг бирор бир инфекция келтириб чиқарувчи касалликлар билан оғриши сабабли келиб чиқади. Орттирилган зотилжамлар ичида чала туғилган чақалоқлар аспирацион зотилжам муҳим аҳамият касб этади. Касалликнинг клиник манзарасида умумий интоксикация белгилари ва МНС фаолияти сусайиши белгилари - адинамия, гипотония, гипорелефлексия кабилар кўзга яққол ташланади. Нафас етишмовчилиги белгилари кузатилади. Цианоз хуружлари, апноэ, оғиздан ва бурундан кўпиксимон шиллик ажралиши каби белгилар киска муддат ичида юзага келади. Ҳарорат реакцияси кам ифодаланган. Йўтал эса сийрак, кам, баъзан эса умуман бўлмаслиги мумкин. Объектив текширув кам натижа беради. Касаллик кўпинча чўзилувчан характерда кечади, критик ҳолатлар ва асоратлари кўп бўлади.

Аллергик диатези бор болаларда пневмония ривожланишида аллергияк фактор ва шишга мойиллиги асосий роль ўйнайди. Касалликка кучли йўталнинг бўлиши, бунга кўпинча обструктив синдромнинг кўшилиши, чўзилувчан ва рецидивли кечиш каби белгилар жуда хос.

Рахит билан оғриган болаларда зотилжам тез ривожланади. Бунга мушак гипотонияси, кўкрак кафаси деформацияси, нафас йўллари тонуси пасайиши, ателектаз хосил бўлишга мойиллик каби омиллар олиб келади. Зотилжам чўзилувчан характерда кечади.

Гипотрофияли чақалоқларда иммунологик реактивлик сусайиши ҳисобига зотилжам тезда ривожланади. Касаллик белгилари суст бўлиб, чўзилувчан кечиш характерига эга.

Деструктив зотилжам - ўпка ва плевранинг ўткир йирингли яллиғланиши булиб одатда зотилжам асоратидир. Касаллик келиб чиқишига

ноқулай эпидемиологик ҳолат ва чакалоқларнинг юқори инфекцияланишига олиб келувчи омиллар сабаб бўлади. Касалликнинг бошланиш давридаёқ ўпка тўқимаси абсцессланиб, ҳаво бўшлиқлари ҳосил бўлади. Йирингли ўчоқ плевра бўшлиғига ёрилиб, пневмоторакс келиб чиқади. Касаллик шиддатли кечиб, тез ривожланади. Клиник манзараси оғир септик жараёнга мос келади.

**Даволаш:** бир ёшгача бўлган ва зотилжамнинг оғир шакллари билан оғриган болалар зудлик билан касалхонага ётқизилади.

Даволашда асосий ўринни микробларга қарши терапия эгаллайди. Антибиотиклар, нитрофуран ва сульфаниламид препаратлар кенг қўлланилади. Улар мустақил еки биргаликда буюрилади. Антибиотикларни организмга асосий киритиш усуллари парентерал, мушак орасигадир. Зотилжамнинг оғир шаклларида антибиотиклар томир ичига юборилади. Баъзан эса антибиотиклар яллиғланиш ўчоқларига аэрозоллар кўринишида қўлланилади. Антибиотикларни узок қўлланилганда замбуруғга қарши препаратлар ҳам биргаликда қўлланилади (нистатин, леворин). Даволашда яна антигистамин препаратлар, витаминлар, зубиотиклар ҳам қўлланилади. Бир сўз билан айтганда касалликнинг биринчи кунидан бошлаб патогенетик, дезинтоксикацион, симптоматик ва синдромологик терапия ўтказилади.

Нафас етишмовчилигини бартараф қилиш учун оксигенотерапия қилинади. Нафас йўлларида кўп миқдорда шиллик ажрайма тўпланган бўлса, уларни йирик бронхлар, хикилдоқ, бурун, халқум йўллари орқали тез чиқиб кетишини таъминлаш лозим. Бунинг учун бронхолитиклар, муколитиклар ва балғам кўчирувчи препаратлар, вибрацион массаж, постурал (позицион) дренаж тавсия қилинади. Йирингли асоратлар бўлганда эса хирургик даво ўтказилиши лозим. Рефлектор терапия, нафас гимнастикаси, массаж, физиотерапевтик даво муолажалари катта аҳамият касб этади.

**Парвариш қилиш.** Стационар шароитида касалхона ичи инфекцияси ва реинфекцияланишни олдини олиш мақсадида болалар алоҳида бокс ёки палаталарга жойлаштирилиши лозим. Бутун иситма даврида ёки интоксикациянинг бошқа белгилари кузатилганда ётоқ режимига риоя қилиши керак. Кунига камида 3 маҳал палата нам латта билан артилиб, кварц лампаси ёқилади. Нафасни енгиллаштириш учун кроватнинг бош томони 30° га кўтариб қўйилади. Қаттиқ қилиб болани ўраб қўйиш тақиқланади. Димланиш белгилари пайдо бўлишини олдини олиш учун болани у ёнбошидан бу ёнбошига ағдариб турилади, қўлда бироз кўтариб юрилади. Ташқи нафас бузилганда аэротерапия тавсия қилинади. Палата ёки бокслар кунига 5-6 марта 20-30 минутдан шамоллатилади. Палатанинг оптимал ҳарорати 18-20 °С. Тана ҳарорати нормаллашгач ва интоксикация белгилари бартараф этилгач, болани кўчада айлантиришга руҳсат берилади. Болани овқатланиши ёшига мос ва тўлиқ бўлиши керак. Болага кўпроқ суюқлик ичирилади. Клюква, брусникали морслар, наъматак қайнатмаси, қароғат, қурук мевалар дамламалари, нордошроқ шарбатлар тавсия қилинади. Айниқса бола териси яхши парвариш қилинмоғи керак. Бола йўрағи нам бўлса тез-тез алмаштирилиши керак.

**Профилактика** - организмни инфекция касалликларга қаршилигини ошириш билан боғлиқ. Бирламчи профилактикаси чақалоқларни биринчи ойлариди рационал овқатлантириш, тоза ҳавода етарлича олиб юриш, яхши парвариш қилиш лозим. Сурункали инфекция ўчоқларини ўз тўлиқ санация қилиш шарт. Ўпка-бронх патологиясига олиб келувчи касалликларни ўз тўлиқ олдини олиш ва даволаш тавсия этилади. Иккиламчи профилактикаси - қайта касалланишини ва ўткир зотилжамнинг чўзилувчан ва сурункаликка ўтиб кетишни олдини олишдан иборат. Нафас аъзолари касалликларини ўз тўлиқ то тўлиқ тузалгунча даволаш, реинфекциядан эҳтиёт бўлиш, айниқса ўткир зотилжамдан сўнг дастлабки 2 ой мобайнида, бола соғлиғи назорат қилиниши керак.

УРВИ, бронхит ва пневмонияларда тиббий ходим томонидан беморларни катарал белгилари тугагунча назорат қилиш, никоб режимини, тоза ҳаво, ҳарорат режимини таъминлаш, болага дренажли ҳолатни ташкил қилиш, балғам кўчишини яхшилаш, димланиш олдини олиш лозим. Тери ва шиллик қаватлар гигиенасини таъминлаш, тери нафас функциясини яхшилашга қаратилган.

Текширув саволлари:

- 1.Боладаги нафас йуллари касалликларини кўрсатинг.
- 2.Нафас йуллари анатомио-физиологик хусусиятлари.
- 3.Нафас йуллари касалликларида парваришлаш.
- 4.Ўткир зотилжам клиникаси.

## Бронхиал астма

Бронхиал астма - сурункали касаллик бўлиб, даврий равишда экспиратор хансираш (бўғилиш), бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши билан характерланади. Болалик даврида бронхиал астманинг 2 та асосий шакллари фарқланади. 1. атопик. 2. ноатопик.

**Этиологияси.** Атопик шакли ривожланишида организмнинг ноинфекцион аллергенларга сенсбилизацияси муҳим ҳисобланади. Буларга овқат ва дори аллергенлари, уй чанги, ўсимлик чанглари, ҳайвон жуни ва қазғоклари мисол бўлади. Ноатопик (инфекцион аллергик) шакли ривожланишида эса вируслар (грипп, парагрипп, РС-вируслар), бактериялар, замбуруғлар муҳим рол ўйнайди. Булардан ташқари касаллик ривожланишига ноқулай психоген ва метеорологик таъсирлар, жуда юқори жисмоний юкламалар ҳам сабаб бўлади.

**Патогенези.** Бронхиал астманинг барча шакли ривожланишида аллергик механизм аҳамияти жуда муҳим. Организмнинг аллергик реакцияларига бегирилувчанлиги ирсий мойиллик билан аниқланади. Бронхиал астма хуруж траҳся ва бронхларнинг ҳар хил таъсирловчиларга сезувчанлиги ортиши оқибатида ривожланувчи нафас йуллари обструкцияси билан боғлиқ. Бронх.

лар ўтказувчанлигининг бузилиши эса бронхоспазм, шиллик қавати шиши, майда бронхларнинг қуюқ, кийин кўчувчи балғам билан тикилиб қолиши оркали тушунтирилади.

**Клиникаси:** Касаллик кечишида навбатдаги даврлар ажратилади:

- 1) Даракчилари
- 2) Хуруж даври
- 3) Хуруждан кейинги
- 4) Хуружлараро давр

Даракчилар даври – хуруждан бир неча дақиқа, баъзан эса бир неча кун олдин бўлади ва болаларда нотинчлик, таъсирчанлик, уйқу бузилишлари бўлиши билан характерланади. Кўпинча акса уриши, тери ва кўз қичишиши, бурундан ажралма келиши, ёпишқоқ қуруқ йўтал, бош оғриғи каби белгилар кузатилади. Бўғилиш хуружида ҳаво етишмаслик, кўкрак босимининг ошиши хисси, экспиратор хансираш симптомлари кузатилади. Нафас хуштаксимон, хириллашлар масофадан эшитилади. Кичик болалар кўрққан, тўшагида тўлғонадилар, катта ёшдаги болалар эса – мажбурий ҳолатни эгаллайдилар - олдинга эгилган, тизза ва тирсақларига таянган ҳолда ўтирадилар, оғзи билан ҳавони тутиб оладилар. Сузлашининг умуман иложи йўқ. Териси рангпар, кўкиш рангда, совуқ тер билан қопланган. Бурун қанотлари нафас олишда кенгайди. Кўкрак қафаси максимал нафас олиш ҳолатида бўлиб, нафасда ёрдамчи мушаклар ҳам иштирок этиди. Балғам қуюқ, ёпишқоқ бўлиб, йўталганда қийинчилик билан ажралади. Перкуссияда қутисимон товуш аниқланади. Аускультацияда дағал ёки сусайган нафас фониди кўп микдордаги қуруқ хуштаксимон хириллашлар, кўпинча-крепитация эшитилади. Юрак тонлари бўғиқ, тахикардия бўлади.

Ёш болаларда шиш ва гиперсекреция устун бўлади, шунинг учун бўғилиш нисбатан секин ривожланади, узоқ ва оғир кечади. Касаллик энгил кечганида хуружлар кам, йилига бир-икки мартаба бўлади ва тезда бартараф этилади. Уртача оғирликда хуружлар ойига бир марта кузатилиб, астмага қарши воситаларни кўпинча парентерал юборгандан сўнгина хуруж йўқолади. Оғир кечганида бўғилиш хуружлари тез-тез ва узоқ бўлиб, уни бартараф этиш кийин ва оз фурсатда астматик ҳолатга ўтиб кетади.

Астматик ҳолат хуруж 6-8 соат ва ундан кўп вақт мобайнида бартараф этилмаганда келиб чиқади. Бунда нафас етишмовчилиги белгилари ошиб боради ва кўп микдорда қуруқ ёки нам хириллашлар эшитилади. Аста секин нафас сусаяди, ўпкада хириллашлар йўқолиб – «соқов» ўпка манзараси шаклланади. Касаллик ривожланиб бориши билан гипоксемик кома юзага келади.

Хуруждан кейинги даврда – бемор умумий аҳволи бир оз яхшиланади, лекин бир неча кун мобайнида шилликли балғам ажралувчи йўтал сақланиб, баъзан хириллашлар эшитилиши мумкин.

**Диагностикаси:** Қон умумий таҳлилида эозинофилия бўлади. Балғамда парчаланган ҳужайралардан чиққан эозинофил доналари ва бўлакчалари топилади (Шарко – Лейден кристаллари). Қонда иммуноглобулин Е микдори ошган. Хуружлар орасидаги даврда махсус аллергенни аниқлаш учун аллер-

генлар билан тери синамалари қўйилади. Зарур бўлганда – провокацион синамалардан фойдаланилади.

**Даволаш:** Бронхиал астмани даволаш куйидаги босқичларда олиб борилади:

- 1.хуружни бартараф қилишга қаратилган терапевтик чора тадбирларни ўтказиш;
- 2.кайталашга қарши даво ўтказиш;
- 3.махсус иммунотерапия.

Хуружни йўқотиш учун куйидаги препаратлар қўлланилади - адреналин, зуфиллин, сальбутамол, изадрин, теофиллин, теофедрин, салутан, беродуал ва бошқалар. Бронхиал астма хуружга қарши тез ёрдам кўрсатишда аввал қўлланадиган препарат дозаси, муддати, хуружининг оғирлик даражаси эътиборга олинади. Енгил хуружларни бартараф этишда бронхолитик воситалар ингаляция кўринишида ёки ичишга таблеткалар кўринишида қўлланилади. Ўртача оғирликда кечувчи хуружларда бронхолитиклар асосан парентерал усулда қўлланадилар. Агар улар ёрдам бермаса, тери остига 0,1 % ли адреналин эритмаси, 5% ли эфедрин эритмаси қилинади. Агар эффект бўлмаса, 2,4% ли зуфиллин эритмаси томир ичига юборилади, оғир ҳолларда преднизолон парентерал усулда юборилади. Оксигенотерапия ўтказилади, антигистамин воситалар, транквилизаторлар, муколитиклар ва протеолитик ферментлар қўлланилади. Агар бронхиал астма овақатдан кейин келиб чиққан бўлса – аллергиясиз парҳез буюрилади, диетотерапия, сорбентлар, кетотифен тавсия қилинади. Оғир кечадиган ҳолатларида беморни даволаш интенсив терапия бўлимларида олиб борилади. Бронхиал астманинг хуруждан кейинги даврида амбулатор шароитида даволаш ўтказилади. Бу босқичда болалар ва оналарни ингаляцияларни тўғри қўллашга тавсияларини тўлиқ бажаришга ўргатиш лозим.

**Профилактикаси:** Бирламчи профилактикаси – обструктив бронхит-бронхиолит, стенозланувчи ларингит, овақат ва дориларга аллергияси бўлган болаларни кузатишдан иборат. Иккиламчи профилактика - бронхиал астма хуружларини олдини олишга қаратилган.

Текширув учун саволлар:

- 1.Бронхиал астма сабаблари.
- 2.Бронхиал астма, клиник кўриниши.
- 3.Бронхиал астманинг босқичли таснифи ва ёрдам.

## ЮРАК - ҚОН ТОМИР СИСТЕМАСИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Болаларда юрак-қон-томир тизимининг ўзига хос хусусиятлари бор.

Юрак-янги туғилган чақалоқларда нисбатан катта бўлиб, тана массасининг 0,8% га тенг, 3 ёшга бориб у 0,5% ташкил этади (катталарникидек). Болаларда юракнинг ўсиши нотекис бўлиб, биринчи икки йил ва балоғат ёшида нисбатан фаоллик билан ўсади. 2 ёшгача асосан бўлмачалар, 10 ёшдан ўса бошлаб қоринчалар катталашади. Лекин барча даврларда юрак ҳажмининг ўсиши боланинг бўй ўсишидан орқада қолади.

Янги туғилган боланинг юраги думалоқ шаклда, 6 ёшга бориб овал шаклни эгаллайди. 2 ёшгача бўлган болаларда юрак горизонтал, 2-3 ёшдан эгри ҳолатни эгаллайди. Янги туғилган чақалоқларда юракнинг ўнг ва чап бўлимлари орасидаги алоқа қисман сақланиб қолади (овал тешик, очик артериал оқим, кичик қон айланиш доирасидаги артериал-венуляр анастомозлар ва х.к.), ва ўпка гипертензияси ва нафас етишмовчилиги ҳолатлари артериал ва веноз қон қўшилиб кетишига сабаб бўлади. Қон томирлари болаларда нисбатан кенг бўлиб, веналар диаметрига тенг, 15-16 ёшда веналар артериялардан 2 баробар кенг бўлади. Аорта ўпка артериясидан тор бўлиб, 10 ёшга бориб тенглашади ва балоғат ёшида у нисбатан катталашиб кетади. Капиллярлар яхши ривожланган, уларнинг ўтказувчанлиги юқори. Бу ўз навбатида қон димланишига мойиллик туғдиради ва пневмония, остеомиелитларда муҳим рол ўйнайди. Артериал нульс болаларда нисбатан тез (юрак қисқариши, адашган нерв таъсири ва модда алмашинуви юқорилиги билан боғлиқ). Янги туғилган чақалоқларда нульс 140-160 минутига, 1 ёшда - 120, 5 ёшда - 100, 12-13 ёшда - 75-80га тенг бўлади. Бола йиғласа, бақирса, тана ҳарорати кўтарилса, жисмоний юкламада нульс аниқ ва яққол тезлашади.

Артериал қон босими катталарга нисбатан бир оз пастроқ. Бола қанча ёш бўлса, шунча паст кўрсаткичлар кузатилади. Шуларни инобатга олган ҳолда болаларнинг юрак фаолияти катталарникига нисбатан кучлидир.

### Туғма юрак нуқсонлари (ТЮН).

Туғма юрак нуқсонлари - ҳомиладорликнинг 28 ҳафтасида эмбриогенез жараёнлари бузилишлари натижасида, юрак ва йирик томирлар морфологик ривожланиш нуқсонларидан келиб чиқади.

**Этиология** - ҳомиладорликнинг дастлабки 1-3 чи ойларида юрак шаклланишига вирус инфекциялари (қизилча, қизамиқ, тепки, сувчечак, полиомиелит ва бошқалар), токсикоз, антибиотиклар ва сулфаниламидлар қабул қилиш, алкоғолизм манфий таъсир кўрсатади. Бундан ташқари ондаги юрак нуқсонлари, экзоген ва ва эндоген токсик маҳсулотлар, ионлангувчи радиация, гиповитаминозлар, 35 ёшдан катта аёллар ҳомиладор бўлганда, жинсий аъзолари касалликлари натижасида ҳомиллада туғма нуқсонлар ривожланади.

Туғма юрак нуқсонлари – «кўк» (цианоз билан) ва «оқ» (цианозсиз) нуқсонларга ажратилади. Кичик ва катта қон айланиш доираси гемодинамик ҳолатига қараб ТЮН 4 гуруҳга ажратилади.

1. Кичик қон айланиш доирасида қон димланиши
2. Кичик қон айланиши доирасида қон камайиши
3. Катта қон айланиш доирасида қон миқдори камайиши
4. Гемодинамик ўзгаришларсиз.

### Туғма юрак нуқсонлари таснифи

	Гемодинамика бузилиши	Цианозсиз	Цианоз билан
1	Кичик қон айланиш доирасида димланиш (тўлақонлик)	Очиқ артериал оким, бўлмачалар аро тусик дефекти, қоринчалар аро тўсик дефекти	-
2	Кичик қон айланиш доирасида қон ҳажмининг камайиши	Ўпка артерияси стенози	Фалло тетрадаси
3	Катта қон айланиш доирасида қон ҳажмининг камайиши	Аорта коартацияси	-
4.	Гемодинамик бузилишларсиз	Қоринчалар аро тўсик кичик дефекти	-

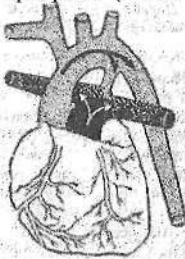
**Клиникаси.** ТЮН ҳар хил кўринишларида умумий характердаги қатор белгилар ҳам бўлиб, улар чақалоқда юрак аномалиясининг бирор тури борлигидан далолат берадилар. Гемодинамик бузилишлар кучли бўлганда бундай болалар жисмоний ривожланишдан орқада қоладилар. Уларда ҳансираш, рангпарлик ёки цианоз, тирнок фалангалари деформацияси («соат ойнаси», «ноғора таёкчалари»), кўкрак қафаси деформацияси («юрак букриси») кузатилади. Юрак чегараси кенгайган, систолик шовкин эшитилади.

ТЮН клиник кечишида (туридан қатъий назар) 3 та фаза ажратилади. Биринчи фаза - бирламчи адаптация – бола гемодинамик бузилишларига мослашади. Организмнинг мослаштирувчи ҳимоя механизмлари умумий аҳволни яхшиланишини таъминлайди. Бу иккинчи - нисбий компенсация фазасидир. Қачонки ҳимоя мослаштирувчи механизмлар захираси тугаса –

учинчи - терминал фаза - ривожланади. Бу босқичда қон айланиши кескин бузилиб, даволаш ёрдам бермайди.

Кичик қон айланиши доирасида қон димланишига сабаб бўлувчи нуксонлар – бу нуксонларнинг умумий анатомик белгиси – катта ва кичик қон айланиш доиралари орасида патологик алоқа бўлиб, қон артериал оқимдан веноз оқимга тушади (чапдан -ўнгга шунт).

Очик артериал (Боталлов) оқим ( йўл) – бу нуксонлар ичида энг кўп учрайдиганидир.

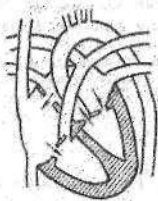


Одагда артериал йўл бола туғилганидан сўнг фаолиятини тўхтатади ва дастлабки 2-3 ой ичида, баъзан кеч муддатларда битиб кетади.

Йўл битмай қолганда нуксон ривожланади ва бунда қоннинг бир қисми аортадан йўлдаги тешик орқали ўпка артериясига отилиб чиқади.

Натижада катта қон айланиш доирасида қон кам, кичик қон айланиш доирасида эса ортикча микдорда бўлади. Аник клиник белгилар бола ҳаётининг 2-3 йили пайдо бўлади. Ҳансираш, толиқиш, юрак соҳасида оғрик бўлади. Максимал босим нормага мос келади, минимал босим эса нормадан паст (айниқса тикка турганда) бўлади. Пульс сакровчи бўлади. Перкурсияда юрак чегаралари асосан чапга ва юқорига кенгайган, ўпка гипертензияси ривожланганда эса юракнинг ўнг бўлмача ва қоринчаси ҳам катталашади. Аускультацияда 2 ковуруга ораллиғида, чап томонда систолик шовқин эшитилиб, бу шовқин аортага, бўйин томирлари ва кураклар орасига узатилади.

Бўлмачалараро тўсик нуксони – болаларда бу нуксон ҳам нисбатан кўп учрайди.

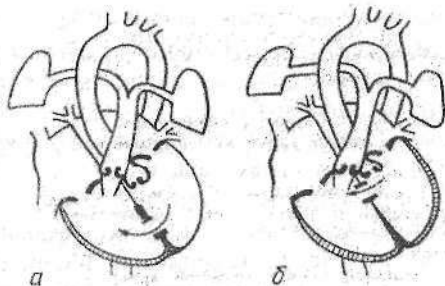


Бу ТЮНи кизларда ўғил болаларга нисбатан кўп учрайди. Тешик тор бўлиши мумкин, ёки тўсик умуман бўлмаслиги мумкин. Нуксон катталиги гемодинамик бузилишлар даражасини белгилайди. Тўсикдаги нуксон орқали қон чап бўлмачадан ўнг бўлмачага (чапдан - ўнгга шунт) чиқади. Юракнинг ўнг

ярмида систолик, кейинчалик диастолик босим ортади. Ўнг бўлмача гипертрофияси кузатилади. Тери қопламалари рангпар, баъзан бўйин веналари пульсацияси ва кенгайганлиги киши эътиборини жалб этади. Айрим болаларда жисмоний ривожланишдан орқада қолиш кузатилади. Респиратор касалликларга мойиллик кучли бўлади. Аускультацияда тўш суягидан чапда 2-3 ковуругалар ораллиғида систолик шовқин эшитилади.



Қоринчалараро тўсик нуқсони – нисбатан кўп учрайди.



Нуқсон тўсикнинг мушак қисмида жойлашганда (Голочинов – Роже касаллиги) тешик айланаси кичик (1 см гача) бўлиб, гемодинамик ўзгаришлар бола соғлиғига таъсир кўрсатмайди. Тўсикнинг пардали қисмидаги нуқсони кенг ва каттарок бўлиб, қоннинг кўп қисми чап

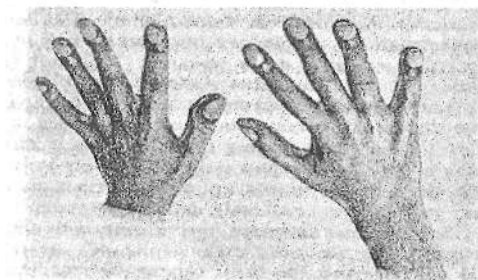
қоринчадан ўнг қоринчага отиради. Иккала қоринча ҳам катта юклама билан ишлайди. Қоринчалараро тўсик мушак қисмидаги кичик нуқсон беморда ҳеч қандай шикоятга имкон бўлмайди, лекин бола текширилганда тўсатдан дағал ғижирловчи систолик шовқин, тўш суягидан чапда IV-V қовурғалар орасида эшитилади. Нуқсон пардали қисмида бўлганда тез чарчаш, хансираш, даврий йўтал, цианоз, жисмоний ривожланишдан ортда қолиш белгиларини беморларда кўриш мумкин. Кўкрак қафаси деформацияланган. Юрак турткиси тарқалган, чапга силжиган. Перкутор – юрак чегаралари кўндалангига ва юқорига кенгайган. Аускультацияда тўшдан чапда систолик шовқин эшитилиб, у ҳамма томонга ва яна орқага узатилади.

Ўпка артерияси стенози – бу нуқсоннинг ҳар хил анатомик вариантлари бўлиб, шулардан кенг тарқалган ўпка артериясининг қопқокли торайиши ҳисобланади. Нуқсон сабабли қоннинг ўнг қоринчадан ўпка артериясига ҳайдалиши қийинлашиб, натижада кичик қон айланиши доирасига қон кам миқдорда ўтади. Клиникада шикоятлар: тез чарчаш, юрак соҳасидаги оғриқ, хансираш, рангпарликдан иборатдир. Перкуссияда юрак чегаралари ўнгга кенгайган. Тўшдан чапда 2 қовурга оралиғида дағал систолик шовқин эшитилиб, чап ўмров ости соҳаси ва уйқу артерияларига узатилади. Чўққида 1 тон кучайган, ўпка артерияси устида 2 тон сусайган ёки умуман эшитилмаслиги мумкин.

Фалло касаллиги (триада, тетрада, пентада) «Кўк» нуқсонларнинг кенг тарқалган шакли ва цианоз билан кечувчи бу Фалло тетрадаси нуқсони ҳисобланади. Нуқсон 4 та аномалия бирикишидан ҳосил бўлган: 1. Ўпка артерияси торайиши (стенози). 2. Қоринчалараро тўсик нуқсони. 3. Аортанинг ўнгга транспозицияси. 4. Ўнг қоринча гипертрофияси.

Кичик қон айланиши доираси етарлича қон билан таъминланмайди. Катта қон айланиш доирасига аорта орқали, қоринчалараро тўсик нуқсони орқали аралаш қон - ўнг қоринчадан веноз ва чап қоринчадан артериал қон чиқади. Ўпка артерияси торайиши ва аортада босим ортиши ҳисобига ўнг қоринча гипертрофияланади. Цианоз баъзан туғилганидан сўнг дарҳол сезилади, ёшга боғлиқ ҳолда кучаяди. Кўкрак ёшдаги болаларда хансираш озгина

харакатдан сўнг, эмаётганида пайдо бўлади. Кўпинча цианоз кўкрак ёшидаги болаларда хушдан кетиши ва тиришиш билан бирга кузатилади. Катта ёшдаги болаларда хуружлар нисбатан енгил кечиб, бола мажбурий ҳолатда – чўккалаб ўтиради ёки юзи билан ётади. Болалар бош оғриги, бош айланиши, ҳушидан кетишга шикоят қиладилар. Жисмоний ривожланишдан орқада қолгани, бармоқ деформациялари («барабан таёкчалари») киши этиборини ўзига жалб қилади.



Аускультацияда II ва III коворғалар оралигида дағал, давомли систолик шовқин, ўпка артерияси устида 2 тон сусайганлиги аниқланади.

Периферик қонда гомоглобин ва эритроцитлар микдори ортади. (коннинг «куюкклашиши»).

Аорта коарктацияси. Аортанинг кўкрак қисми чап ўмров ости артерияси оғзи (тешигидан) дан паст соҳада торайишдир. Торайиш даражаси ҳар-хил бўлади. Тана пастки қисми томирлари кам кон олади. Торайиш жойидан юқорида бош томирларида гипертензия кузатилиб, елка камари, қўлларда ҳам кузатилади. Шикоятлар кеч пайдо бўлади ва гипертония, юрак фаолияти декомпенсацияси билан боғлиқ бўлади. Беморлар бош оғриги, бош айланиши, қулоқдаги шовқинлар, хансираш, чарчашга шикоят қиладилар, кўрик тўлиқ тананинг юқори қисми пастки қисмига нисбатан яхши ривожланганлиги кўринади. Асосий клиник симптомларидан бири - қўллардаги ва оёқлардаги қон босими орасидаги фарқ ҳисобланади. Артериал босим юқори (250-300 мм симоб устунигача) - қўлларда, оёқларда эса пасайган (баъзан 0-гача) бўлади. Пульс оёқларда кучсиз, қўлларда теран бўлади. Перкуссияда юрак чегаралари чапга кенгайган. Аускультацияда аорта устида 2 тон акценти, баъзан юрак асосида ёки қураклар орасида систолик шовқин эшитилади.

Диагностикаси. ТЮН анамнез маълумотлари, клиник манзараси ва кўшимча текширув маълумотларига – ЭхоКС, ЭКГ (юрак гипертрофияси), ФКГ (шовқин, унинг жойлашган жойи, характери) кўкрак қафаси аъзолари рентгенограммаси (кон димланиш белгилари, юрак сояси шакли ўзгариши, унинг бўлимлари гипертрофияси), юрак ангиографияси, юракни зондлаш, ультратовуш текширувларга асосланиб қўйилади.

Юрак касалликларида парваришни ташкил этиш: беморга овқатни кичик порциялар билан 4-5 мартада ташкиллаштириш, овқатга калийга бой маҳсулотларни киритиш; суюклик ва тузни чеклаш. Беморга ётоқ режимини таъминлаш, жисмоний юкларни чегаралаш, оғир ҳолларда тез ёрдам бе-

риш. Нафас олиш, пульс сони, артериал қон босимини (АҚБ) ўлчаш ва назорат қилиш, дориларни ўз тўлиқ тўғри беришдан иборат.

**Даволаш.** ТЮН ни асосий даволаш усули жаррохлик операциясидир. Оператив даволаш учун энг қулай муддат – 3-12 ёш ҳисобланади. Консерватив даво: юрак етишмовчилик белгилари ва гипоксик хуружларда тез ёрдам беришдан иборат. Яна бошқа асоратларда ҳам қувватловчи терапиядан фойдаланилади. Паллиатив даволаш – бемор ахволини енгиллатувчи ва эрта ўлимни олдини олиш учун ўтказилиши мумкин. Радикал даволаш – гемодинамик бузилишларни нормаллашувига олиб келади.

Текширув саволлари:

- 1.Юракнинг туғма нуқсонлари классификацияси.
- 2.Юрак туғма нуқсонларига хос клиник манзара.

## Р Е В М А Т И З М (РЕВМАТИК ИСИТМА)

Ревматизм – бириктирувчи тўқиманинг яллиғланиши характерига эга бўлган юрак - қон томир системаси зарарланиши билан кечадиган касалликдир. Кўпинча ревматизм билан мактаб ёшидаги болалар касалланадилар. Ревматизм юракнинг ортирилган нуқсонларини асосий сабабларидан ҳисобланади.

**Этиологияси.** Ҳозирги вақтда ревматизмнинг стрептококкли этиологияси кенг тарқалган ва далиллар билан исботланган (А гуруҳдаги В – гемолитик стрептококк). Ангина, сурункали тонзиллит қўзиши, скарлатина, назофарингит, синусит, отит, ўтказилган стрептококкли инфекция қасалликлар ва ревматизм бошланиши орасида боғлиқлик борлиги аниқланган. В -гемолитик стрептококк ва вируслар биргаликда ревматизмга олиб келиши ҳам мумкин.

**Патогенези** – Ревматик жараён юзага келиши организмда аллергик реакциялар ривожланиши билан қаттиқ боғланган. Ревматизм инфекция қасаллик бўлиб, клиник симптомлар стрептококкли инфекциялардан сўнг тезда юзага келмасдан, балки 2-3 ҳафтадан сўнг ривожланади. Бу вақт антителолар ҳосил бўлиши учун зарур. Ревматизмда «шок аъзо» бириктирувчи тўқима - шикастланган бўлганлиги учун қасаллик клиникаси ранг-баранг бўлади. Кўпинча юрак зарарланади, чунки стрептококк токсини кардиотроп таъсирга эга ва бириктирувчи тўқимани тезда емиради. Зарарланган тўқима антигенлик хусусиятига эга бўлиб қолади ва аутоантителолар ҳосил бўлишига ва яна бириктирувчи тўқима зарарланишига, яъни аутоиммун жараёнга сабаб бўлади.

**Клиникаси.** Ревматизм клиник кўриниши ҳар-хил бўлиб, ревматик жараён жойлашган жойи ва унинг фаоллик даражасига боғлиқ бўлади. Одатда қасаллик ўтказилган стрептококкли инфекциядан сўнг 2-3 ҳафта ўтгач ривожланади. Тана ҳарорати кўтарилиши, интоксикация белгилари, хансираш,

тахикардия, тери қопламлари рангпарлиги, юрак тонлари сусайиши - булар ревмокардит юзага келишидан далолат беради (юрак зарарланиши). Қўпинча миокардит, эндокардит ва эндомиокардит, кам ҳолларда перикардит шаклланади.

Миокардит - ўчоқли ва тарқалган, диффуз бўлади. Диффуз миокардит – нисбатан оғир кечади. Миокардитнинг дастлабки белгилари пайдо бўлиши биланоқ бола умумий аҳволи ёмонлашади, уйқуси бузилади, иштаҳаси пасаяди, бош оғриғи, юрак соҳасида оғриқ ва нохуш сезгилар, ҳансираш, субфебрил ҳарорат, рангпарлик каби шикоятлар кузатилади. Болаларда субъектив шикоятлар катталарникига нисбатан унча ривожланмаган бўлади. Тахикардия турғун бўлиб бола ухлаганида ҳам йўқолмайди. Артериал босим пасаяди. Юрак чегаралари кенгайган. Юрак чўққисида майин систолик шовқин эшитилади.

Эндокардит. – Ревматик жараён эндокарда бўлса, деярли ҳамма вақт клапанлар соҳасида жойлашади. Нисбатан кўп ҳолларда митрал, кам ҳолларда эса аортал клапанлар зарарланади. Одатда эндокардит – тана ҳароратининг 38-39 °С гача кўтарилиши, умумий аҳволи ёмонлашиши, рангпарлик, кўп терлаш, юрак соҳасидаги оғриқлар билан бошланади. Аускультацияда юрак чўққиси ва V нўқтада дағал систолик шовқин эшитилиб, у кўлтиқ ости соҳасига узатилади. Аортал копоқ зарарланганда эса тўшнинг чап қиррасидан узокроқда «кўйилувчи» диастолик шовқин эшитилади.

Перикардит. – Чегараланган жараён сифатида учрамаслиги мумкин. У эндокардит ва миокардит билан бир вақтда, уларга қўшилган ҳолда учраши мумкин. Фибриноз (курук) перикардитда юрак соҳасида оғриқ, ҳансираш, перикард ишқаланиш шовқини пайдо бўлади. Экссудатив (суюқликли) перикардитда умумий аҳвол оғирлашади. Рангпарлик, лабларда цианоз, бўйин веналари бўртиши, ҳансираш каби белгилар юзага келади. Бемор ўтирган ҳолда мажбурий ҳолатда бўлади. Пульс тез-тез, кучсиз тўликликда бўлади. Артериал кон босим пасайган. Юрак чегаралари кенгайган, юрак тонлари сусайган. Юрак -қон томир етишмовчилиги ривожланади.

Ревматизмда патологик жараён жуда кенг тарқалган бўлиб, юракдан ташқари белгилари ҳам юзага келади. Беморда – полиартрит, кичик хорая, тери ва катор ички аъзоларни зарарланиши белгилари юзага келади.

Ревматик полиартрит – одатда касалликнинг бошида пайдо бўлади. Қўпинча ўрта бўғимлар (тизза, болдир, тирсак, билак-кафт бўғимлари) зарарланади. Ревматик полиартритга оғриқларнинг учувчанлиги, бўғимларни кўнлаб ва симметрик зарарланиши хос. Бўғимлар шишган, оғриқли, унинг устидаги тери кизарган, ушлаб кўрилганда иссик бўлади. Полиартрит клиник манзараси 2-3 ҳафта мобайнида, даволаниш тўлиқ эса бир неча кун сақланиб туради. Бўғимлар деформацияси бўлмайди. Кейинги вақтларда ревматик полиартритнинг кўп учровчи шакли артралгиялар бўлиб, бўғимларда оғриқдан бошқа ҳеч қандай ўзгаришлар бўлмайди.

Ревматизмда терининг махсус зарарланиши яъни – аннуляр эритема, ревматик тугунчалар ҳозирги вақтда кам учрайди.

Аннуляр эритема пушти, халқасимон элементлар бўлиб, баъзан кичишади, тери юзасидан кўтарилмайди, жим - жима расми кузатилади. Кун мобайнида халқасимон эритема бир неча бор пайдо бўлиб, яна йўқолиши мумкин. Ревматик тугунчалар кам учрайди. Улар ҳар хил катталиқда, оғрикли, пайпасланганда каттик, ҳаракатсиз бўлиб, улар устида тери ўзгармаган бўлади. Тугунлар йирик бўғимлар соҳасида жойлашади, секин йўқолиб, ўзидан сўнг из қолдирмайди.

Болаларда ревматизмнинг ўзига хос кечиш хусусияти шундан иборатки - кичик хорая кўринишда патологик жараёнга нерв системаси ҳам тортилади. Қасаллик аста – секин эмоционал ўзгаришлар (қўзғалувчан, йиғлоки), умумий ҳолсизлик, ховотирли ҳаракатлар билан бошланади. Хораянинг клиник манзараси қасалликнинг 2-3 ҳафтасидан сўнг бошланади. Хораяга хос учлик - бу: 1) гиперкинезлар (ҳар хил мушак гуруҳларининг ихтиёрсиз ҳаракати бўлиб, булар эмоционал толиқиш, таъсиротлар натижасида юзага келади ва уйқу тўлиқ йўқолади);

1) мушаклар гипотонияси; 3) ҳаракат координацияси бузилишларидир.

Бемор эмоционал муҳити бузилади. Боланинг ўзини тутиши ўзгаради, ҳар хил киффада бўлиб, паришонхотирлик, ёзувининг ўзгариши кабилар кузатилади. Кичик хораяда ҳаракатлар норитмик, тез, бутун танага тарқалган бўлади. Ҳикилдоқ мушакларнинг кучли гиперкинезида ютиш ва сўзлаш фаолияти бузилади. Кичик хораяда юрак кам шикастланиб, тана ҳарорати нормал ва лаборатор кўрсаткичларда ўзгаришлар сезиларсиз бўлади. Ҳозирги вақтда хораянинг минимал шакллари кузатилиб, нерв системаси шикастланиш белгилари кам ривожланган бўлади. Кичик хорая одатда 2-3 ой (кам ҳолларда 6-12 ой) давом этади. Рецидивланиш хусусиятига эга. Лекин 17-18 ёшларда у албатта йўқолиб кетади.

Ревматизм кечишида – фаол ва нофаол даврлари фарқланади. Фаол даврида барча клиник ва лаборатор - инструментал белгилари кузатилади. Нофаол даврда қолдиқ белгилар (юрак нуқсонлари, миокардиосклероз ва бошқалар) кузатилиб, фаоллик кўрсаткичлари бўлмайди.

Фаол ревматизм диагностик белгилари сифатида Кисел – Жонсон – Нестеров критерийлари қўлланилади. Бу критерийларга асосий деб – кардит, полиартрит, хорая, ревматик тугунлар, аннуляр эритема, ревматик анамнез киради. Кўшимча диагностик критерийларга иситма, артралгия, лаборатор ўзгаришлар, ЭКГ - ўзгаришлари, антиревматик даволаш эффе́ктивлиги кирилади.

Жараён фаоллигининг 3 даражаси фарқланади: I - минимал, II - ўртача, III - максимал. III-даражали фаолликда – белгилар аниқ ифодаланган, юқори ҳарорат, ЭКГ да кардитнинг аниқ белгилари, лаборатор кўрсаткичлари ошиб кетиши кузатилади.

II даражали фаолликда клиник белгилар ўртача ривожланиб, лаборатор ва касалликнинг бошка белгилари ҳам ўртача даражада бўлади. Иситма бўлмаслиги мумкин.

I даражали фаолликда клиник лаборатор ва инструментал текширув натижалари суст ифодаланган.

Фаол даврнинг - ўткир (2 ойгача), ўткир ости (3-4 ойгача), чўзилувчан (5 ойгача), қайталанувчи (1 йил ёки ундан кўп), латент (клиник белгиларсиз) кечувчи турлари фаркланади.

**Диагностикаси** – Лаборатор усуллар патологик жараёнинг фаоллигини, даволаш самарадорлигини назорат қилиш учун қўлланилади. Умумий қон таҳлилида – лейкоцитоз, формуланинг чапга силжиши, ЭЧТ нинг ошиши эозинофилия (баъзан) аниқланади. Биохимик текширувларда – диспротеинемия, С-реактив оксил, фибриноген миқдори ортиши.

Стрептококка қарши антителолар титрининг ортиши: антистрептолизин О (АСЛО), антистрептогялуруонидаза (АСГ), антистрептекиназа (АСК) кўрсаткичлари аниқланади.

**Даволаш.** Ревматизмни даволаш босқичли, комплексли ва узоқ муддат олиб борилади. Ўткир даврида болалар стационарга ётқизилади. II-III оғирлик даражасида беморлар 1-2 ҳафта қатъий ётоқ режимида сақланиб, кейин яна 2-3 ҳафтага ётоқ режимга риоя қилиши назорат қилинади. Функционал синамалар натижасига қараб (-1,5 ой ўтгач) болалар аёвчи режимга ўтказилади. Санатория шароитида болалар (2 босқич) шуғуллантирилувчи режимга ўтказилади. Жисмоний тарбия махсус ишлаб чиқилган комплекс бўйича ўтказилади. Парҳезда енгил ҳазм бўлувчи, оксилга бой, витаминли, калий тутувчи маҳсулотлар тавсия қилинади. Туз, суюклик ва экстрактив моддалар чегараланади.

Ревматизмни медикаментоз даволаш қуйидагиларга қаратилади:

1. Стрептококкли инфекцияга қарши кураш.
2. Бириктирувчи тўқимада яллиғланиш жараёнини камайтириши.
3. Организм сенсбилизациясини камайтириши.

Асосий дори препаратларидан пенициллин (10-14 кун) кейин эса Бициллин –5 ёки Бициллин-1, салицилатлар ёки пиразолон унумлари (анальгин), постероид яллиғланишига қарши воситалар (индометацин, вольтарен) –4 ҳафта тўлиқ дозада ва 2 ҳафта давомида ярим дозада қўлланилади. Оғир ҳолларда преднизолон секинлик билан камайтирилувчи дозаларда қўлланилади. Десенсибилизацияловчи воситалар –супрастин, тавегил, пипольфен, диазолин ҳам қўлланади. Асосий базис препаратларидан ташқари, поливитаминлар, калий препаратлари (панангин, калий оротат), юрак гликозидлари ҳам кенг қўлланилади. Хораяда антиревматик препаратлар билан биргаликда қўшимча равишда бромидлар, кичик транквилизаторлар (элениум, триоксазин) тавсия этилади. Физиотерапевтик даво ҳам тавсия қилинади. Беморларни реабилитация қилиш ва тўлиқ даволаш маҳаллий санаторийларда 2-3 ой мобайнида олиб борилади.

**Профилактика.** Кейинги диспансер кузатув поликлиника шароитида ревматолог томонидан ўтказилади. Ревматолог ревматизм билан оғриган ҳар бир болани алоҳида кузатиб улардаги фаоллик даражаси белгиларини аниқлаш, йил давомида касаллик рецидивларини олдини олиш учун профилактик чора-тадбирларини олиб боради. Ревматизмда 3 хил профилактик тадбирлар фаркланади:

Бирламчи профилактика - сурункали стрептококкли инфекция ўчоқлари мавжуд болаларда, ревматизм касаллигини олдини олишга қаратилган бўлиб, булар, сурункали инфекция ўчоқлари санацияси билан биргаликда мавсумий бициллин-1 терапияси чораларидан иборатдир.

Иккиламчи профилактика - ревматизм билан оғриган беморларда касаллик рецидивларининг олдини олишга қаратилган. Бирламчи ревмокардит ҳамда хорей билан оғриган беморлар учун рецидивга қарши профилактика 3 йил давомида ўтказилади ва носпецифик чоралар, бициллин билан даволашдан иборат бўлади. Қайталоғчи ревмокардит ва бирламчи ревмокардит юрак клапанларининг зарарланиши билан кечган ҳолларда - 3 йил давомида йил бўйи бициллин - профилактика, кейин 2 йил давомида мавсумий бициллин профилактика ўтказилади.

Текширув саволлари:

- 1.Ревматизм касаллиги клиник белгилари.
- 2.Ревматизм касаллигида парваришлаш ва профилактика чора-тадбирлари.

## Норевматик кардитлар

Норевматик кардитлар -бу турли ешдаги болаларда учрайдиган юрак миокарди ва перикардининг яллиғланиши, унинг ўтказувчан системасининг турли хил ўзгаришлари билан кечадиган катта гуруҳ касалликларидир. Норевматик кардитнинг тўлиқ тушунчаси бугунги кунда ишлаб чиқилмаган, сабаби шундаки, касалликнинг кечиши, типик клиникаси билан бир қаторда кам ифодаланган латент формалари учраб туради. Ритм бузилиши синдроми эса бир қатор вегето-томир дистонияларида ҳам учраши мумкин. Аутопсия натижаларига кўра норевматик кардит, болаларда катталарга нисбатан кенг тарқалган ва «тўсатдан ўлим» синдромининг 14% ни ташкил этади.

**Этиологияси.** Кардит билан ҳамма инфекцион касалликлар асоратланиши мумкин. Асосий этиологик омил бўлиб вируслар ҳисобланади, чунки улар ҳам табиатда кенг тарқалган, ҳам кардиотроп хусусиятга эга (Коксаки, ЭСНО, герпес, цитомегаловирус, қизилча вируслари). Бактериал кардитлар, асосан кичик ёшдаги болаларда сепсис фонида ривожланиши мумкин. Кўп ҳолларда вирус-вирус ёки вирус-бактериал ассоциацияси кузатилади. Касаллик ривожланиши сабаблари бўлиб, токсоплазмалар, замбуруғлар ҳисобланади. Булардан ташқари аллергик кардитлар (дорилар,

зардоб ва вакцинациядан кейинги) тафовут этилади. Кардитлар ривожланишида наслий мойиллик муҳим рол ўйнайди. Болаларнинг иммунокомпетент тизимининг шаклланиши тўлиқ бўлмаганлиги ҳам аҳамиятга эга.

**Патогенези.** Юқоридаги омилларнинг патоген таъсири юрак мушаклари, қон томирлари деворларига ёки бириктирувчи тўқимага қаратилган. Ўткир кардитларда инфекцион омиллар таъсири натижасида яллиғланиш медиаторларининг ажралishi ва тезкор иммун реакция ривожланиши кузатилади. Сурункали жараёнда эса, аутоантиген-антитело реакциялари юзага келади. Иммун комплексларнинг хусусиятлари, ҳажми, патологик жараён ривожланиш жойи, миокарднинг жавоб реакциясига кўра касалликнинг энгил ёки оғир шакллари ривожланади.

Касаллик таснифига кўра туғма ва орттирилган кардитлар фарқланади.

**Туғма кардитлар** таъхисини қўйишга асос бўлиб, ҳомиладаги ёки янги туғилган чақалоқда интеркуррент касалликлар билан боғлиқ бўлмаган боланинг биринчи 6 ойлигида аниқланадиган юрак хасталиги ҳисобланади.

**Клиникаси.** Касалликнинг клиник белгилари биринчи 6 ой ичида, камдан-кам ҳолларда 2-3 ёшда намоён бўлади. Боланинг jisмоний ривожланиши сустлиги, кам вазнлик, рангпарлик, статик функцияларнинг кеч ривожланиши кузатилади. Бола ланж, ҳолсиз, овқатланганда тез чарчаш ҳолатлари кузатилади. Беморда сабабсиз безовталаниш хуружлари, хансираш, цианоз, талвасалар, ҳушдан кетиш ҳолатлари бўлиши мумкин. Юрак томонидан юрак бўкри, юрак чегаралари кенгайиши, аускультацияда тонлар бўғиклиги, тахикардия, экстрасистолия, чап қоринча етишмовчилик белгилари кузатилади. Рентгенограммада юрак сояси шарсимон ёки трапеция шаклида ўзгарган. Туғма кардитларнинг морфологик белгиси бу фиброэластоз ёки эластофиброзидир.

**Орттирилган кардитлар** ўткир, ўткирости ёки сурункали бўлиши мумкин. Одатда ўткир кардитлар ўРВИ фонида ёки ундан кейин ривожланади ва айниқса 3 ёшгача бўлган беморларда оғир кечади. Бола ҳолсиз, иштаҳаси пасайган, тунги безовталаниш ва интраш, кўнгил айниши ва қайт қилиш ҳодисалари кузатилади. Кўп ҳолларда узок давом этувчи йўтал (айниқса боланинг ҳолати ўзгарганда) кузатилади. Кардиал симптомлардан илк бор хансираш, нафас тезлашиши, тахикардия кейин эса диурез пасайиши, тўқималарда пастозлик ва шишлар, жигар катталашишини кўришимиз мумкин. Юрак турткиси суст, чегаралари катталашган, юрак бўкри аниқланади. Бу ўзгаришлар касалликнинг давомийлигига боғлиқ бўлади.

Сурункали кардитлар асосан катта ёшдаги болаларда аниқланади. Сурункали кардит бу ўткир ёки ўткирости кардитнинг асорати. Сурункали кардитнинг 2 тури фарқланади: дилатацион тури- чап қоринча бўшлигининг ҳажмининг ошиши устунлиги билан ва гипертрофик тури-чап қоринча миокарди гипертрофияси билан кечади. Сурункали кардитларга хос белги



деб, касалликнинг узок муддат яширин кечиши, экстракардиал симптомлар устунлиги: жисмоний ривожланишдан орқада қолиши, қайталанувчи пневмониялар, синкопе хуружлари, қайт қилиш ва хоказолар ҳисобланади. Одатда кардиал белгилар ўРВИ дан кейин намоён бўлади: юрак чегаралари кескин катталашган, систолик шовқин, ритм бузилиши, кейинчалик юрак букриси аниқланади. Одатда кардиомегалия даражаси ва беморнинг умумий ҳолати ўртасида номутаносиблик кузатилади.

Ташхис қўйиш учун қуйидаги текширувлар ўтказилади: ЭКГ, кўкрак қафаси рентгенограммаси, ЭхоКС. Қонда лейкоцитоз ва ЭЧТ ошиши кузатилади. Вирусларга қарши антителолар микдори 3- 4 баробар ошади.

Дифференциал диагностика. Туғма ва орттирилган юрак нуксонлари, юрак ўсмалари, вегето-томир дистониялар билан ўтказилади.

**Даволашда** вирусларга қарши препаратлар, антибактериал терапия, ностероид яллиғланишга қарши воситалар, кардиотроф препаратлар ва витаминлар қўлланилади. Норевматик кардит билан огриган беморларни парваришлашда кун тартиби, пархез ва жисмоний ҳамда психик юкламаларни чегаралаш тавсия этилади. Норевматик кардит билан огриган беморлар поликлиника шароитида уртача 3 йил давомида диспансер назоратда булиши лозим.

**Профилактика.** Специфик чора-тадбирлар йўқ. Онанинг ва боланинг саломатлигини доим назорат қилиш, турли касалликларни ўз вақтида ва тўлиқ даволаш лозим. Ўткир норевматик кардит билан хасталанган беморлар 3 йил мобайнида диспансер назоратида бўлиб, витаминлар, стимулловчи дорилар тайинланади.

Текширув учун саволлар:

1. Норевматик кардит сабаблари.
2. Норевматик кардит клиник кўриниши.
3. Беморларни парваришлаш.

## Ювенил сурункали артрит

Ювенил сурункали артрит касаллиги - асосида иммунологик жараён бўлган, барча тизимлар шикастланиши билан кечувчи бириктирувчи тўқималар диффуз касаллиларидан биридир.

**Этиологияси:** Касалликнинг бугунги кунда аниқ бир сабабчиси аниқланмаган. Ўткир вирусли ёки бактериал инфекция, дори воситалари (оксил препаратлари, вакцинация), физик омиллар касаллик ривожланишига олиб келиши мумкин.

**Клиникаси:** Асосий клиник белги - бу бўғимлар зарарланиши- артрит ҳисобланади. У моно-, олиго- ва полиартрит куринишида бўлиши мумкин. Касаллик асосан 2-4 ёшдаги болаларда ривожланади. Бўғимларда огрик, кизариш, ҳаракати чегараланиши, бўғим шакли ўзгариши кузатилади.

Асосан катта ва ўрта бўғимлар шикастланади. Эрталабки қарахтлиқ - касалликнинг ўзига хос белгисидир. Касаллик аста-секин ёки шиддатли ривожланиши мумкин. Рентгенограммада турли ўзгаришлар билан кечади (остеопороз, бўғим тирқиши торайиши, деструкция, анкилоз), контрактуралар ривожланиши мумкин. Бўғим атрофидаги мушаклар гипотония ва гипотрофияси ривожланади.

Айрим ҳолларда болаларда иридоциклит - кўзнинг кўриш қобилияти сусайиши, "кўзларда қум борлиқ" ҳисси билан кечади.

50% беморларда ички аъзолар томонидан ўзгаришлар ривожланади, биринчи навбатда кардит, гепатит, нефрит қабилири.

Стилл синдроми - юқори ҳарорат, жигар ва талок, лимфа тутунларининг катталашishi билан кечади. Ундан ташқари, буйрак, ўпка, юрак томонидан шикаятлар ва ўзгаришлар кузатилади. Касаллик тез ривожланувчи, прогрессив характерга эга булиб, бемор болаларни ногиронликка олиб келади.

Вислер-Фанкони субсепсиси - ювенил сурункали артритнинг оғир шаклларида бири ҳисобланади. Касаллик ўткир бошланади - юқори ҳарорат, турли тошмалар, бўғимда кучли ўзгаришлар, шишлар, ички органлардаги ўзгаришлар билан намоён бўлади. Тошмалар турли хил - макулопапулёз (қизамиқ қаби), уртикар (эшакеми қаби), ёки бошқа тусда (аннуляр эритема) бўлиши мумкин. Тошмалар асосан қўл-оёқлари ва танасида жойлашган бўлади. Юрак томонидан ўзгаришлар миокардит кўринишида, буйрақларда эса протеинурия, лейкоцитурия, гематурия кузатилади. Қонда лейкоцитоз, нейтрофилёз, ЭҲТ кескин ошиши, ревмосинамалар мусбат бўлиши хос.

**Даволаш:** биринчи ўринда ялиғланишга қарши препаратлар тайинланади - бруфен, ибупрофен, диклофенак, индометацин ва бошқалар. Улар узоқ муддатга берилади.

Глюкокортикоидлар - преднизолон, дексаметазон, метипред - даволашда кенг қўлланиладиган дори воситалари. Касалликнинг оғир турларида иммунодепрессантлар (циклофосфан, хлорбутин) қўлланилади. Сурункали жараёнда хиолин қатори препаратларидан (делагил, плаквенил) фойдаланилади. Бўғимларда микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида никошпан, курантил, гепарин тавсия этилади. Физиотерапевтик даво: УВЧ, ультратовуш, парафин қўлланилади.

**Профилактика.** Касалликнинг бирламчи профилактика чоралари йўқ. ЮСА билан оғриган беморлар бир умр назорат остида бўлиши лозим ва вақти - вақти билан даволаш курслари, физиотерапия, сурункали инфекция ўчоқлари санацияси ўтказилади.

Текширув саволлари:

1. Болаларда ювенил сурункали артрит касаллиги клиник манзараси.

2. Сурункали ревматидди артрит касаллигида болаларни парвартиллаш асослари.

## ҚОН ВА ҚОН ЯРАТИШ АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Қон тизимига периферик қон, қон яратиш ва парчалаш аъзолари қиради (қизил кўмигли суяқлар, жигар, талоқ, лимфа тугунлари ва бошқа лимфоид тўқималар). Эмбрионал даврда қон яратиш аъзолари деб жигар, талоқ суяк кўмиги ва лимфоид тўқима ҳисобланади. Бола туғилгандан сўнг асосий қон яратиш органи – бу ҳамма суяқлардир. Балоғат ёшига бориб қон яратилиши тўш суяги, қовурғалар, умуртқалар танаси, найсимон суяқлар эпифизлари, лимфа тугунлари ва талоқда ўтади.

Лимфа тугунлари: лимфопознинг асосий органи. Лимфа тугунларининг морфологик ва функционал етилмаганлиги, уларнинг барьер функцияси сустлиги, чақалоқларда инфекция омиларнинг қон оқимига осонлик ўтиши сабабларидан биридир. 7-8 ёшда лимфа тугунлари етилиши билан маҳаллий лимфа тугунларининг инфекциясига жавобан катталашиши ва оғрикли бўлиши аниқланади. Соғлом болаларда нормада жағ ости, бўйин, энса, кўлтлик ости ва чов соҳасида лимфа тугунчалари пайпасланади. Улар кичик (мошдек), майда, юмшоқ ва тўқималар билан боғлиқ эмас.

Тимус-айрисимон без – иммунитетнинг асосий аъзоси. Янги туғилган чақалоқларда яхши ривожланган. 3 ёшгача унинг массаси ошиши кузатилади. Балоғат ёшига бориб унинг инволюцияси бошланади.

Талоқ – иммунитетнинг периферик аъзоларидан бири, бу ерда лимфоцитлар ҳосил бўлиши, эритроцитлар ва тромбоцитлар парчаланиши, темир модда захираси, иммуноглобулинлар синтези ўтади. Талоқ қоннинг захираси ҳам ҳисобланади.

Ретикулоэндотелиал тизим – моноцитлар ҳосил бўлиш аъзоси.

Муртак безлари – асосий лимфоид тўқима. Уларнинг структур ва функционал етилмаганлиги сабабли 1 ёшгача бўлган болаларда ангиналар кузатилмайди. 5-10 ёшга бориб муртак безлари лимфоид тўқималари катталашиши (аденоидлар) кузатилади. Балоғат ёшида улар кичрайиб, бириктирувчи тўқима билан алмашади.

Болаларнинг қон яратиш тизими учун функционал лабиллик, осон шикастланиш, патологик ҳолатда эмбрионал турдаги қон яратишга қайтиш ёки экстрамедулляр қон яратиш ўчоқлари ҳосил бўлиши билан фарқланади. Шу билан биргаликда регенерация жараёнлари ҳам жадал кечади. Бунинг оқибатида турли хил таъсирловчи омилар сабабли қонда ёш, дифференциацияланмаган шакли элементлар ва хужайралар пайдо бўлади.

Периферик қон. Янги туғилган болаларга эритроцитлар сони ва гемоглобин миқдори юқори бўлиши хос. Қон тарқибини 60 – 80% ни фетал гемоглобин ташкил этади. Биринчи 3 ой ичида у катталар гемоглобинига алмашади. Ранг кўрсаткичи 1,0 -1,3 га тенг. Янги туғилган чақалоқлар қонида нормада анизоцитоз, ретикулоцитоз, нормобластлар бўлиши мумкин. Лейкоцитлар тарқибидан биринчи кунлари нейтрофиллар устуңлиги, 5-6 кунга бориб нейтрофиллар ва лимфоцитлар сони тенглашиши ва 1 ойга бориб лимфоцитлар сони 55-60% ни ташкил этади. 1 ёшгача бўлган болаларнинг

конда эритроцитлар сони ҳамда гемоглобин аста-секин камаяди. Бу ҳолат болалар организмнинг тез ўсиши ва эритроцитлар синтези нисбатан сустрок кечиши билан боғлиқ (оксил ва темир модда етишмовчилиги).

1 ёшдан катта болаларда қонда яна эритроцитлар сони ва гемоглобин миқдори оша бошлайди, ёш қон элементлари аниқланмайди, ретикулоцитлар 2-3% ни ташкил этади. Лейкоцитлар формулада лимфоцитлар сони камайиб, нейтрофиллар кўпайиши яққол кузатилади, ва 5 ёшга бориб улар сони яна тенг бўлади. Кейинчалик эса ҳар доим нейтрофиллар сони устунлиги кузатилади.

### **Анемиялар**

Анемия( камқонлик) - бу организмнинг патологик ҳолати бўлиб, бунда қоннинг ҳажмий бирлигида эритроцитлар миқдори камайиши кузатилади. Анемия болаларда, айниқса ёш болаларда кўп учровчи касалликдир. Бу даврда болалар ўсиши тез бўлиб, юқорида кўрсатгандек эритропоз эса бир мунча орқада қолади. Шунинг учун эритроцитлар миқдори ва гемоглобин даражаси паст бўлиши мумкин. Қоннинг кўрсаткичлари пасайиши даражаси, ҳомила ривожланишининг охириги 3 ой мобайнида тўпланадиган темир захирасига боғлиқ бўлади. Эрта ёшда анемия ривожланишига эритроцитларнинг шикастланишига мойиллиги ва қон ҳосил қилувчи аъзоларнинг экзоген таъсирларга функционал чидамсизлиги ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Қизил қон кўрсаткичларининг бирламчи пасайиши, эрта ёки «физиологик» анемия деб аталиб, ой қунига етиб туғилган болаларда 2,5-3 ойлигида ва ой қунига етмасдан туғилган болаларда 1,5-2 ойлигида кузатилади. Бу ҳолат чақалокнинг ташқи муҳитга мослашиши натижасида келиб чиққани учун, даво талаб этмайди.

«Кечки» анемия ўз тўлиқ туғилган болаларда 6 ойдан кейин ва эрта туғилганларда 3-4 ой ичйда ривожланади. Бу анемия 90% ҳолатларда дефицитли, инфекция-алиментар бўлиб даво талаб этади.

#### **Анемиялар таснифи .**

1. Дефицитли (танқис) анемиялар ( Темир, витамин ёки оксил етишмовчилиги сабабли).
2. Гипо - ва апластик анемиялар
3. Геморрагик анемиялар. (Ўткир ва сурункали қон йўқотишдан кейинги)
4. Гемолитик анемиялар.(Туғма ва орттирилган).
5. Турли касалликлардаги анемиялар (иккиламчи, ёндош).

## Дефицитли ( танқис) анемиялар

Дефицитли (танқис) анемиялар деб – гемоглобин молекуласини тузилишида муҳим маҳсулотларнинг етарлича организмга тушмаслиги ёки шу маҳсулотлар сўрилишининг бузилишидан келиб чиқадиغان анемияларга ай- тилади. Дефицитли анемиялар ичида катта гуруҳни темир танқислиги ане- миялари ташкил этади.

**Этиология ва патогенези.** Этиологияда асосий ролни оч қолиш ўйнайди.

Мойиллик факторларига: эрта сунъий овқатлантириш, узок вақт бир хил овқат бериш, вегетариан овқатлантириш, боланинг тез-тез касалланиши, ра- хит, гипотрофия, чала туғилиш, кўшимча овқатларни кеч бериш киради.

Юқоридаги факторлар натижасида бола организмда турли алмашинув жараёнлари бузилади. Айниқса, темир ўзлаштириш бузилади. Темирнинг кам сўрилиши организмдаги депода (жигар, мушак, суяк кўмидаги) темир камай- ишига олиб келади. Темир гемоглобин структураси асоси бўлиб, кислород ташишини таъминлайди. Организмга темир ташқаридан овқат билан тушади. Алиментар темир организмнинг темир депосини тўлдирувчи ҳисобланади. Оксил дефицити ўз навбатида темир транспортини ва уни депога тўланишини таъминловчи ва гемоглобин ҳосил бўлишида қатнашувчи оқсиллар ишлаб чиқишини бузилишига олиб келади.

Витаминлар дефицити (  $V_1$ ,  $V_2$ ,  $V_6$ , PP, PP, C) оксил алмашинуви ва ме- таболизмни бошқа кўринишларида акс этади. Витамин  $V_{12}$  ва фолат кислота гемопоэз жараёнларига зарур молда деб ҳисобланади.

**Клиникаси.** Темир етишмовчилик анемиялари аниқ шакллари бўлиб, уларни енгил – (эритроцитлар  $-3,0-4,0 \times 10^{12}$  /мл, гемоглобин 90-100г/л); ўрта оғир (эритроцитлар  $2,0-3,0 \times 10^{12}$  /мл, гемоглобин - 70-90г/л) ва оғир – (эрит- роцит  $2,0 \times 10^{12}$  /мл ва гемоглобин  $-70$  г/л дан паст) шакллари фарқланади. Бу- лар асосан кичик ёшлардаги болаларда учрайди.

Енгил шакли - ҳамма вақт ҳам аниқланмайди. Чунки бола ҳолати қониқарли бўлади. Боланинг ҳолсизлигига, иштаҳасизлигига, бироз оқариш, таъсирчанлигига аҳамият берилмайди. Баъзи болаларда бироз тана вазни па- сайиши кузатилади. Ўрта оғирликда – организм ҳолатини яққол ўзгаришлари: сезиларли ҳолсизлик, апатия, адинамия, йиғлоқлик, иштаҳанинг кескин пасайиши. Кўрикда – териси қуруқ сочлар ингичка ва сийрак. Пульс тез-тез, юрак чўққисида систолик шовқин эшитилади. Оғир шакли - секин-аста ривожланади. Асосий симптоми тери ва кўринарли шиллик қаватларнинг ривожланиб борувчи оқаришидир. Эпителиал тўқима шикастланишининг белгилари пайдо бўлади: қуруқлик, тез синувчан тирноқлар, сийрак, ингичка ва синувчан сочлар, оғиз бурчакларининг бичи- лиши. Юзнинг керикиши кузатилиши мумкин. Кўл-оёқлар совуқ, мушаклар гипотонияси кузатилади. Юқоридагилар билан бир вақтда иштаҳасининг бу- зилиши ёки унинг кескин пасайиши, натижада тана вазни камайиши кузати- лади. Юрак қон-томир тизимида – тахикардия, юрак чўққисида систолик

шовкин. Кўпинча жигар ва талок катталашиши ахамиятлидир. Болалар тез тез касалланишга мойил бўлиб қоладилар. Шунга кура касаллик клиникасида қуйидаги синдромларни кузатиш мумкин: астеник синдром, эпителиал синдром, юрак қон томир синдроми, иммунитет танқислиги синдроми.

**Гипо ва апластик анемиялар.** Болаларда кам учрайди. Унинг асосида ўзак хужайралар даражасида қон яратиш дефектлари ёки ўзак хужайраларининг мутлок шикастлари ётади. Туғма гипо- ва апластик анемиялар наслдан-наслга (аутосом - рецессив типда) ўтади. Орттирилган гипо- ва апластик анемиялар болаларда организмнинг турли умумий касалликлари (сепсис, грипп, сил, ревматизм), физик факторлар (ионизацияловчи радиация), дори воситалари (левомецетин, стрептомицин, сульфаниламидлар, олтин препаратлари ва бошқалар), химик бирикмалар (баъзи бўёқлар, лак, эритувчилар, эпоксид сақичлар) таъсири остида ривожланади. Касаллик аста-секин ривожланади. Эрта симптомларга: шиллик қаватлар ва теридаги ривожланувчи оқариш, ҳолсизлик, чарчаш, анорексия. Геморрагик диатезлар эрта белгилари (бурун, ошқозон – ичаклардан қон кетиш, тери остига қон қуйилишлар). Септик ва некротик асоратлар камроқ учрайди. Кўп ҳолларда касаллик секин аста ривожланади, сустр кечади.

**Геморрагик анемиялар** Бу анемиялар ўткир ва сурункали қон йўқотишлар натижасида келиб чиқади. Кўпроқ катта ёшдаги болаларда учрайди. Геморрагик қамқонликлар клиникаси қон йўқотиш тезлиги, миқдори, бемор ёши ва этиологик факторларга боғлиқ бўлади. Кўп қон йўқотилганда геморрагик шок ривожланиши мумкин.

**Гемолитик анемиялар** Бу анемиялар эритроцитлар қучли парчаланishi натижасида ривожланади. Ирсий гемолитик анемиялар ичида Минковский-Шоффар микросфероциттар гемолитик анемияси кўпроқ тарқалган. Бу касалликлар асосида эритроцитлар қобилигининг туғма етишмовчилиги ётади. Гемолитик синдромни 3 характерли белгилари: сариклик, анемия, спленомегалия аниқланади. Касаллик кечishi кризлар ва ремиссиялар алмашинуви билан ахамиятлидир. Орттирилган гемолитик қамқонлик аутоиммун характерга эга. Кўпроқ ўтказилган инфекция қасалликлардан кейин (УРВИ, пневмония, инфекция мононуклеоз ва бошқалар) ривожланади. Анемия ва сариклик камроқ ифодаланган бўлади. Болалардаги гемолитик анемияларга чақалоқлар гемолитик анемияси яққол мисол бўла олади.

**Диагностикаси.** Клиник кўриниш, анамнез, лаборатор текширувлари натижалари асосида диагноз қўйилади.

Умумий қон таҳлилида – эритроцитлар миқдори камайishi, гемоглобин миқдори ўзгариши, ранг кўрсаткичи (пасайishi гипохром, ўзгармаган – нормохром, кўтарилиши – гиперхром анемия). СОЭ кўтарилиши характерли. Темир танқислик анемияда - зардобдаги темир 2-3 марта камайганлиги алоҳида ўрин тутади. Витамин танқислик анемияда эритроцитларнинг дегенератив шаклларини топиш мумкин (Жолли таначалари, Кебот ҳалқаси). Оксил танқислиги анемиясида диспротеинемия бўлиши хос. Гипо ва апластик анемияларда лейкопения, тромбоцитопения яққол ифодаланган бўлади.

**Даволаш.** Даволашни касалликни чақирган сабабни йўқотишдан, тўғри режим ва овқатланишни йўлга қўйишдан бошлаш керак. Асосий патогенетик терапия темир препаратларни тавсия қилишдир. Енгил ва ўрта оғир анемияларда ичишга икки валентли темир препаратлари берилади. Бу препаратлар уч валентли темир

препаратларига нисбатан тезроқ сўрилади. Бунда темир лактати, темир аскорбинати, алоэ сиропи темир билан, тотема, ферронат, мальтофер ва бошқалар бериллади. Оғир анемия ёки темир препаратларини энтерал сўрилиши сусайганда (феррум-лек, ферковен, ферамид, фербитол ва бошқалар) препаратлар парентерал юбориллади. Бу препаратлар билан бирга витаминотерапия (аскорбин кислота, В гуруҳ витаминлари, фолат кислота ва бошқалар) ўтказиллади.

Гипо – ва апластик анемияларда, гемorraгик ва туғма гемолитик анемияларда қон препаратлари (эритроцитар масса, тромбоцитар масса, плазма) билан ўрин сувучи терапия ўтказиллади, гормонал терапия ўтказиллади.

Боланинг овқат раціонига темир, мис, кобальт, никель, марганец ва витаминларга бой маҳсулотлар, гречка, яшил нўхот, картошка, қизил ловлаги, карам, кора смородина, олхўри, олма, тухум, гўшт, творог ва бошқалар бериллади. Овқатланишда сут маҳсулотлари чегараланади, чунки бу маҳсулотлар кальций ва фосфорни кўп саклайди, булар эса темир билан комплекс ҳосил қилиб, чўкмага тушиши мумкин. Ундан ташқари сут ичаклардан қон кетишига ҳам сабаб бўлади. Ун маҳсулотлари ҳам таркибида фитин бўлганлиги учун чегараланади. У ҳам темир сўрилишини сусайтиради. Чой берилмаслиги тавсия этади (таркибидаги танин моддаси темирнисурилишига тускинлик қилади).

**Профилактика.** Антенатал даврда хомиладор аёл овқатланиши режимини адекват олиб бориши керак, барвақт туғруқнинг олдини олиш, хомиладорлик тўлик инфекцион касалликлар олдини олиш керак.

Постнатал профилактика табиий овқатлантириш, ҳаётининг биринчи йилида рационал овқатлантириш, нафас олиш аъзолари касалликлари, ошқозон-ичак тизими касалликлари профилактикаси, анемияга «хавф» ли болаларни (чала туғилган, рахит, экссудатив диатезли, гипотрофияли) ва 3-6-12 ойлик ҳамма болаларни диспансеризация қилишга қаратилган. Қон касалликларида беморни парварিশлашдан мақсад; касалликнинг авжига олиши, иммунитет пасайиши ва асоратларни ривожланишини олдини олишга қаратилган. Бунинг учун санитария -гигиена талабларига риоя қилиш, стационарлардаги эпидемиологик режимни ташкил этиш, дори воситаларидан эҳтиёткорона фойдаланиш, қон трансфузияларини туғри ташкил қилиш, уларни асоратларини билиш ва олдини олиш. Травмалар олдини олишга қартилган чора тadbирларни ишлаб-чиқиш, болага бериладиган дорилар таъсирларидан хабардор бўлиш.

Текширув саволлари:

1. Болаларда анемиялар классификацияси.
2. Темир танқис анемиялар.
3. Камқонлик касаллигини олдини олиш ва даволашда овқатланиш тамойиллари.

## Геморрагик диатезлар

Геморрагик диатезлар гурухига қон қуйилиш ва қон кетишига юқори мойиллик характерли касалликлари киритилади. Бу симптомлар гемостаз тизимида ўзгаришлар натижасида организмни кўп қон йўқотишдан ҳимоя механизми сифатида юзага келади.

Гемостаз механизмида 3 фактор иштирок этади: 1. Томирли. 2. Тромбоцитлар. 3. Қон қуйилишининг зардоб факторлари.

Ҳозирги вақтда фарқланади: 1. Вазопатиялар – томир ўтказувчанлиги бузилиши билан юзага келувчи касалликлар (Шенлейн – Генох касаллиги, геморрагик васкулитлар). 2. Тромбоцитопатиялар - тромбоцитлар сифат ва миқдор ўзгаришлари билан кечувчи касалликлар (Верльгоф касаллиги – тромбоцитопеник пурпура). 3. Коагулопатиялар - қоннинг плазма факторлари етишмовчилигидан келиб чиқувчи қон қуйилишига боғлиқ касалликлар (гемофилия А).

## Геморрагик васкулит

Геморрагик васкулит (Шенлейн Генох касаллиги, капилляротоксикоз). (ГВ) - инфекция – аллергия касаллик бўлиб, майда қон томирлар девори шикастланиши ва микротромблар ҳосил бўлиши билан характерланади.

**Этиологияси.** Организмда сенсбилизация чакирувчи аллергенлар бўлиб бактериал инфекция (скарлатина, ангина, УРВИ) дори препаратлари (вакциналар, антибиотиклар, В гуруҳ витаминлари), овқат маҳсулотли (облигат аллергенлар, тухум, балиқ, кулупнай, цитруслилар). Кўп беморларда сундуқли инфекция ўчоқлари аниқланади. Кўпинча наслий аллергия касалликлар аҳамиятга эга бўлади.

**Патогенези.** Кўп ҳолларда касалликнинг латент (яширин) даври 1 – 3 ҳафта давом этади. Бу вақт антителалар ҳосил бўлиш даври. Майда томирлар эндотелийсн «шок аъзо» ҳисобланади. Антиген – антитело реакцияси натижасида томир деворида «иммунологик яллигланиш» ривожланади. Бунда эса эндотелий хужайралари ўз структурасини ўзгартирилади ва антиген хусусиятини намоён қилади. Натижада аутоиммун жараён вужудга келади. Бу ўзгариш натижасида бир томондан томирлар девори ўтказувчанлиги ошса, иккинчи томондан эса – ДВС - синдроми ривожланишига, яъни шикастланган эндотелий томир ичдаги тромбоцитлар агрегациясига, бу эса микротромбозларга ва капиллярларда тикилиб қолишига, некроз ва майда томирлар ёрилишига, микроциркуляция бузилишига олиб келади.

**Клиникаси.** Касалликнинг клиник синдромларига кура тўрт тури тафовут этилади: 1. Тери-геморрагик. 2. Бўғим. 3 Абдоминал. 4 Буйрак.

Касаллик кўпинча ўткир бошланади. Кўп болаларда тана ҳарорати 38-39 °С га кўтарилади, иштаҳа пасаяди ҳолсизлик, тез чарчаш кузатилади. Клини-



ка бир ёки бир неча синдромлар қўшилиб кетиши билан намоён бўлиши мумкин.

**Тери** – геморрагик синдром. Ўзгаришлар аввал оёқ териларида, кейин думбада, қўлларда, белда, камроқ ҳолда кўкракда, юзда ва бўйинда бўлади. Типик ҳолларда бу ўзгаришлар – майда (2-3 мм диаметрли) эритематоз доғлар бўлиб, вақт ўтиши билан тўқ қизил рангга эга бўлади ва бир-бирига қўшилиб кетади. Тери ўзгаришлари кўпинча симметрик, бўғимлар атрофида, думбада, бўғимларнинг ёзувчи юзаларида бўлади ва полиморф характерга эга бўлади. Беморларда ангионевротик шишлар ҳамда қўл-оёқ, болдир, ковок, юз, шишлари кузатилади.

**Бўғим синдроми** – катта бўғимлар шикастланиши билан ўтади (тизза, болдир – товон, билак – кафт, тирсак). Бўғимлар ҳаракати чегараланиши, оғриқ, шиш, гипофункция бир неча соатдан бир неча кунгача сақланиши мумкин ва кейинчалик бўғимлар функциясининг тўла тикланиши билан кечади. Ўзгаришлар учувчан характерга эга.

**Абдоминал синдром** – тўсатдан бошланувчи, хуружсимон, ўткир, кўпроқ киндик атрофида жойлашган оғриқлар билан характерланади. Клиник кўриниши – «ўткир қоринга» ўхшаб кетади. Оғир ҳолларда қон қайт қилиш, қонли ёки қора тусли ахлат кузатилади.

**Буйрак синдроми** – камроқ учрайди. Касалликнинг 1-3 ҳафтасида қўшилади. Ўртача микрогематурия ва протеинурия кузатилади. Булар даво натижасида йўқотилади. Баъзида сурункали нефрит билан асоратланади.

**Диагностикаси.** Клиник кўринишлар асосида ташхис қўйилади. Лаборатор қон таҳлилида - ҳар хил даражадаги лейкоцитоз, нейтрофилёз, эозинофилия, ЭЧТ ошиши. Буйрак шикастланиши билан кечгани учун барча касаллардан сийдик таҳлили олинади. ДВС - синдром ривожланиши мумкинлиги учун тромбоцитлар сони санаб турилади. Қон кетиш вақти ва қуйилиши вақти ўзгармайди. Эндотелиал синамалар манфий.

**Даволаш.** Стационар шароитида ўтказилади. Агар бемор бактериал инфекция ўтказган бўлса ёки сурункали инфекция ўчоғи бўлса, иситма бўлса – антибиотиклар билан даволаш ўтказилади. Агар овқат ёки дориға аллергия аниқланган бўлса, уни рациондан ва даволашдан олиб ташлаш керак. Десенсибилизацияловчи воситалар (супрастин, тавегил, диазолин, фенкорол), қон томир деворини мустаҳкамловчи (кальций хлор, кальций глюконат, аскорбин кислота, аскорутин), дезагрегатлар (курантил, трентал) берилади. Керак бўлганда симптоматик терапия ўтказилади. Оғир ҳолларда преднизолон ва гепарин бирга берилади.

**Пархез даволашнинг бир қисми** ҳисобланади. Ўткир даврда ҳайвон оқсиллари, ош тузи, экстрактив моддаларни чеклаш билан боради. Абдоминал синдромда - механик аёвчи суюқ овқат маҳсулотлари берилади. Ичак перистальтикасини кучайтирувчи озиқ маҳсулотлар (қора нон, сут, қарам, газли ичимликлар) дан сақланиши лозим. Витаминди, кўп микдорда суяқлик берилди.

Ётоқ режими 2-3 ҳафта, ҳамма болаларга активланган кўмир, энтеросорбент, полинефан берилади.

Болалар 5 йил мобайнида педиатр назорати остида турадилар. Йилда 2 марта стоматолог, отолоринголог кўриги ва инфекция ўчоқлари санацияси ўтказилади. Кварталда 1 марта сийдик таҳлили ўтказилади. 2 йил болаларга вакцинация ўтказилмайди.

### **Идиопатик тромбоцитопеник пурпура**

Идиопатик тромбоцитопеник пурпура (Верльгоф касаллиги), (ИТП) – гемостазнинг тромбоцитар звеносининг сифат ва миқдори етишмовчилиги касаллиги.

**Этиология ва патогенези.** ИТП билан оғриган беморларда қон кетишлар ўтказган касалликлар (ОРВИ, қизамиқ, қизилча ва бошқалар), профилактик эмлашлар, физик, психик травмалар ва бошқа ташқи омиллар натижасида, шунингдек тромбоцитлар сифати ўзгаришлари (тромбоцитопатия) юзага келади. Болада тромбоцитларнинг ангиотрофик хусусиятларидан ҳоли қолган томир эндотелиysi дистрофияга учрайди, бу эса томир ўтказувчанлигини оширади ва спонтан геморрагиялар юзага келтиради. Касалликни ўткир (6 ойгача) ва сурункали (6-7 ойдан ортиқ) формалари фарқланади.

**Клиникаси.** Касаллиқнинг ўзига хос симптоми – пурпура (тери ва шиллик қаватлар орасига қон қуйилиши) ва шиллик қаватлар қонаши ҳисобланади. Болалардаги геморрагик тошмалар хусусиятлари: 1. улар полихром – бир вақтнинг ўзида терида ҳар хил рангдаги тошмалар (кўкимтир-қизғишдан то яшил, сариққача); 2. полиморф (экхимозлар ва петехиялар); 3. носимметрик; 4. Спонтан ҳосил бўлиши, кўпинча кечаси, хусусиятига эга.

ИТПда шиллик қаватлардан қон кетишлари: а) бурундан – энг қуп ва тез учраб, профуз характерга эга, ундан кейин анемия ривожланиши мумкин; б) оғиз бўшлиғидан – милк, тил, тишлар экстракцияси, тонзилэктомия ва бошқалардан сунг; в) ички аъзолардан – ошқозон-ичак, буйрак, бачадон, ўпка (камрок учрайди).

Беморларда қўп ҳолларда қора талок катталашганлигини кўриш мумкин.

**Диагностикаси.** ИТП ташхиси характерли клиник кўриниш ва лаборатория натижалари асосида қўйилади.

Лаборатор текширувларида – тромбоцитопения, анемия (профуз қон кетганда), қон ивиш вақтининг узайиши (Дьюк бўйича), мусбат эндотелиал синамалар (капиллярлар резистентлиги синамалари – жгут, чимчилаш, банкали). Қоннинг қуюлиши нормал.

**Даволаш.** ИТП да геморрагик синдромини даволашда маҳаллий (фибрилли губка, янги плазма, кўкрак сути, гемостатик губка, тромбин) ва умумий гемостатик (эпсилон – аминокaproн кислотаси, дицинон, тромбоцитар

масса) воситалар бериледи. Десенсибилизацияловчи терапия (супрастин, тавегил, фенкарал, димедрол ва бошқалар), томир деворларини мустаҳкамловчи (кальций хлор, кальций глюконат, аскорбин кислота, аскорутин) воситалар тавсия этилади. Плазмоферез яхши натижа беради. Дори препаратлари иложи борича оғиз оркали ёки вена ичига юборилади. Шиллик қаватлар ва тери бутунлигини бузувчи манипуляциялардан сақланиш лозим (зондлаш, бужлаш, катетерлаш). Оғир ҳолларда гормонал терапия амалга оширилади. Консерватив даво эффектив бўлмаса, спленэктомия бажарилади.

Диспансер назорат ўткир ИТПда 5 йил давомида, сурункали турларида бир умр давомида утказилади. Вакцинация десенсибилизация фонидида бир йилдан сунг утказилиши мумкин. 3-5йилдавомида иклим ўзгартириш номувофик. Даволаш тўлиқ тромбоцитлар функциясини ўзгартирувчи препаратлар (индометацин, бутадиион, вольтарен, папаверин, курантил, пенициллин гурухи антибиотиклари, аналгин, аспирин ва бошқалар) ва УБН (УФО), УВЧ дан эҳтиёт бўлиш зарур. Бола соғайгандан кейин 3-6 ой мобайнида фитотерапия тавсия этилади.

### Гемофилия

Гемофилия - қон ивиш VIII (гемофилия А) ва IX (гемофилия В) плазма факторларининг фаоллиги сусайиши натижасида қон кетишнинг кучайиши ва қон ивишнинг кескин сусайиши билан характерланувчи наслий касалликдир.

Бу қон кетишнинг классик формасидир. Касаллик жинсга боғлиқ (X – хромосомага), рецессив типда ўтади. Касаллик белгилари бўлмаган (кондуктор) онадан, аномал X-хромосома олган ўғил касал бўлади.

**Клиникаси:** 1. Тери ва шиллик қаватлари бутунлиги бузилганда узок вақт қон кетиши. 2. Кичик травмалар, шикастлар натижасида тери ости ёғ қаватиға, мушакларға, бўғимға, ички аъзоларға массив ўчоқли қон куйилиши (гематома) га мойиллик. Эрта белгилари: киндик кесганда қон кетиши, терига, тери остиға қон куйилиши бўлиши мумкин. Касаллик кўпинча 1 ёшдан кейин, бола юра бошлаганда, фаол ҳаракат қила бошлаганда – травматизация ошганда аниқланиши мумкин. Қон кетиш узок вақт бўлади. Ўз - ўзидан тўхтамайди, рецидивларға мойил бўлади. Гемофилияда геморрагик синдром - кечки қон кетиш аҳамиятли бўлади. Одатда қон кетиши травматизациядан кейин анча вақтдан кейин, баъзида 6-8 соатдан кейин юзаға келади. Чунки қон кетишини бирламчи тўхтатиш тромбоцитлар билан амалга оширилади. Гемофилияда эса тромбоцит сони ўзгармайди. Оғир қон кетишларға турли тиббий муолажалар (инъекциялар, зондлаш, бужлаш ва бошқалар) олиб келиши мумкин. Узок қон кетишиға - тиш экстракцияси ва тонзилэктомия олиб келади. Улардан кейин тарқок гематомалар ҳосил бўлиши мумкин. У нервларни эзиб, паралич, парезларға сабаб бўлиши мумкин. Гемартроз (бўғимларға қон куйилиши) характерли белги бўлиб, беморларни ногирон-

ликка олиб келиши мумкин. Одатда йирик бўғимлар шикастланади: тизза, болдир-товон, тирсак, чанок - сон ва бошқалар. Бўғим катталашади ва оғрикли. Тана ҳарорати субфебрил бўлиши кузатилади.

Биринчи қон қуйилишида бўғим ичида қон сўрилиб кетади ва бўғим функцияси тикланади. Кейинги қон қуйилишларида бўғим бўшлиғи облитерацияланади ва бўғим ўз функциясини йўқотади – анкилоз ривожланади.

**Диагностикаси.** Оила ёки авлод шажарасига (она томондан эркаклар), анамнез ва лаборатория текширувлари натижасига асосланади. Типик гематологик белгилар бўлиб – анемия, қон ивиши вақтининг сезиларли узайиши, қон ивиши факторларидан бирининг камайиши, қон кетиш вақти ўзгармайди. Эндотеллиал синамалар манфий.

**Даволаш.** Дефицит факторни тўлдириш ва қон қуйилиши асоратларини олдини олишга қаратилган. А гемофилияда VIII фактор криопреципитаги, В гемофилияда PPSB комплекси (II, VII, IX, X, X-факторларининг комплекси) ёки консервацияланган плазма қўйилади. Антигемофил препаратлар эритилгандан кейин дарҳол вена ичига юборилади. Мушак орасига инъекциялар мумкин эмас.

Гемостатик мақсадда - фибринолиз ингибитори - (эпсилон – аминокрон кислота) ишлатилади. Маҳаллий – гемостатик губка, тромбин, кўкрак сути, фибрин шёнкани тампонлари қон кетиши жойига, тери ва шийлик қаватларга қўйилади. Бўғимга қон қуйилганда ўша соҳа 2-3 кунга (ўткир давр) физиологик ҳолатда иммобилизация қилинади. Гемартрозларни даволашда гидрокортизон билан фоноферез, массаж ўтказилади.

Беморнинг диспансер назорати гематолог ва педиатр ҳамкорлигида олиб борилади. Иқлим ўзгартириш мақсадга мувофиқ эмас. Бола эмлашдан ва жисмоний машқлардан озод қилинади. Овқатлантириш соғлом болалардан фарқ қилмайди. Фитотерапия мақсадга мувофиқдир.

#### Текширув саволлари:

1. Геморрагик диатезлар гуруҳига мансуб асосий касалликлар.
2. Геморрагик диатезларда беморларни парваришлаш.

## Овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликлари.

### Ўткир гастрит

Ўткир гастрит - меъда шиллик қаватининг ўткир яллиғланиши.

**Этиологияси.** Ўткир гастритнинг асосий сабаблари бўлиб овқат токсикоинфекцияси, сифатсиз овқатланиш, ҳаддан ташқари кўп овқат, қаттиқ, совук овқат ейиш ёки яхши чайнамай ютиш, аллергия ва захарланиш, узоқ вақт дори воситалари қабул қилиши (сульфаниламид, гормонлар, салицилатлар).

**Патогенези.** Бактериал токсинлар, бактериялар парчаланиш маҳсулотлари, сифатсиз овқат маҳсулотлари меъда шиллик қаватини таъсирлантириб, унинг трофикасини бузади. Бу эса ўз навбатида меъданинг секретор фаолияти бузилишига олиб келади ва меъдада ҳазм бўлиш жараёнининг бузилишига олиб келади.

**Клиникаси.** Этиологик фактор таъсиридан кейин 8-12 соатдан сўнг касаллик белгилари намоён бўлади.

Алиментар келиб чиққан ўткир гастрит-дискомфорт, умумий ҳолсизлик, қовурға остида оғирлик, қўнғил айнаиши, сўлак оқиш, оғизда ёқимсиз таъм билан кечади. Кейинроқ ҳолсизлик, бош айланиши, иштаҳа пасайиши ёки йўқолиши, қусиш; хуружсимон, тарқоқ оғриқлар кузатилади. Қусиқ массаларида аввалги кунда еган озиқ маҳсулотлари кўринади. Объектив кўрганда; бола рангпар, тили ок-сарғиш караш билан қопланган. Метеоризм, эпигастрал соҳада оғриқ аниқланади. Касаллик кечиши 2-5 кун. Токсик-инфекцион сабабли келиб чиққан гастритда юкоридаги белгиларга интоксикация, фебрил тана ҳарорати, узоқ вақт қусиш, сувсизланиш белгилари қўшилади. Касаллик 7-10 кун давом этади.

**Даволаш.** Биринчи 2-3 кун ётоқ режими белгиланади. Даволаш меъда ва ичакни қолдиқ овқатдан тозалаш билан бошланади. Меъда натрий хлорид илик эритмаси билан, 1% ли гидрокарбонат билан минерал ёки қайнаган сув билан, ичак эса тозаловчи хўқна йўли билан тозаланади. Ичишга турли бўшаштирувчилар берилади. Сувсизланишда парентерал физиологик эритма билан 5% ли глюкоза эритмаси, рингер эритмаси қўйилади. Тўхтовсиз қусишда 0,1 мл/ ёшига ҳисобида аминазин берилади.

Даволовчи овқат асосий ўринни эгаллайди. Касаллик бошланишидан 8-12 соат давомида овқат емаслик тавсия этилади. Бу вақтда совутилган чой, изотоник эритма ва 5% ли глюкоза эритмалари (тенг ҳисобда) берилади. 12 соатдан кейин беморга пюре-шўрва, ёғсиз шўрвалар, қуритилган нон, кисель, 5-7 кунда одатдаги овқатга ўтилади. Овқатдан ўткир таомлар, қовурилган гўшт, консервалар, дағал клетчатка олиб ташланади. Токсико-инфекцион гастритда антибактериал терапия (ампициллин, оксациллин, гентамицин) ферментлар, В гуруҳ витаминлари берилади.

**Профилактикаси.** Касалликни олдини олиш учун рационал овқатланиш ва овқатланиш гигиенасига амал қилиш керак. Меъда шиллик қаватларини таъсирловчи дори воситаларини узоқ вақт қабул қилмаслик ва ёмон сифатли озиқ-овқат маҳсулотларини қабул қилмаслик керак.

### Сурункали гастрит

Сурункали гастрит - меъда безларини атрофияга олиб келувчи, меъда шиллик қаватини сурункали яллиғланишидир.

**Этиологияси.** Асосий этиологик омил бўлиб хеликобактер (*Helicobacter pilori*) 85% ва аутоиммун жараёнлари (1-3%) ҳисобланади. Касаллик ривожланишига овқатланишнинг узоқ вақт бузилишлари (дағал овқатлар, кўп, яхши чайналмаган совуқ ёки иссиқ овқат) таркиб жиҳатдан нотўлиқ овқат (оқсил, темир, витаминлар танқислиги), назоратсиз узоқ вақт меъда шиллик қаватини таъсирловчи дори қабул қилиш, манфий эмоциялар олиб келади. Наслий фактор ҳам аҳамиятлидир.

**Патогенези.** Таъсирловчи факторларнинг узоқ вақт шиллик қаватга таъсири меъданинг секретор ва мотор хусусиятларининг функционал бузилишларига, кейинчалик эса дистрофик ўзгаришларга ва шиллик қават регенерацияси бузилиши ва атрофиясига олиб келади.

**Клиник кўриниши.** Сурункали гастритнинг клиник кўриниши меъданинг мотор ва секретор функциялари бузилиши характерига боғлиқ бўлади. Бунга кўра сурункали гастрит сакланган, кўтаришган ва пасайган секретор функцияларига бўлинади. Сурункали гастрит ўткир даврида оғрик ва диспептик синдромлари хос.

**Оғрик синдроми.** Оғрик эпигастрал соҳада бўлиб, овқат қабул қилиши билан боғлиқ бўлади. Овқат қабул қилингандан 20 минутдан сўнг оғрик юзага келса, бу яллиғланиш жараёни меъданинг проксимал қисмида жойлашганини, 1,5-2 соатдан кейин кейинг меъданинг дистал қисмида яллиғланиш жараёни борлигидан дарак беради. Бемор бола ёки унинг ота-онаси 1,5-2 соатдан кейинги (кечки оғрик) овқат қабул қилиши билан боғланмай уни оч қоринга оғриқлар деб ўйлашади. Оғриқлар аста-секин тарқалган ёки ўткир, хуружсимон бўлиши мумкин. Оғрик давомийлиги 3 кундан 3 ҳафтагача.

Диспептик синдроми – кўнгил айниши, қайт қилиши, кекириш билан кечади.

Объектив кўриқда – тил қараш билан қопланган, кариоз тишлар, тери рангпарлиги, эпигастрал соҳада оғрик, иштаҳа пасайиши, жисмоний ривожланишнинг пасайиши аниқланади.

**Диагностикаси.** Ташхис фиброгастроскопияда меъда шиллик қаватининг яллиғланиш ва атрофик ўзгаришлари, рентген текширувида: (шиллик қават рельефи бузилиши ва ҳаракати ўзгаришлари), меъда ширасининг фракцион текширишда тасдиқланади. Кўрсатма бўлганда ахлат яширин конга текширилади.

**Даволаш.** Комплекс ва босқичма-босқич олиб борилади: 1) стационар шароитида даволаш; 2) поликлиникада диспансер назорати; 3) санатор даволаш. Сурункали гастрит даволашни асосий шарт - кун тартибини оптимал тузиш ва рационал овқатланишдир.

Стационарда даволаш. Ётоқ режими 2-4 ҳафтага белгиланади.

Диетотерапия – меъдани химик, механик, термик аяш принципи асосида олиб борилади. Овқатланиш режими суткасига 5-6 марта, интервали 3-3,5 соат. Даволовчи столлар - № 1А, 1Б, 1 Стол №1 А биринчи 5-10 кунга берилди. Стол №1 Б 10-20 кун давомида Стол №1 ўткир даврининг охиригача берилди. Паст секретор функцияли гастритда секретияни оширувчи диета (гўштли бульон, нордон мевалар шарбатлари) ва шу билан бирга меъда секретор функцияси бузилишини коррекция қилувчи препаратлар – ошқозон шираси, пепсин, абомин, ацидин-пепсин берилди. Юқори секретияли гастритларда антацид препаратлар берилди. Улар хлорид кислота ва пепсиннинг агрессивиясини камайтиради: бекарбон, белостезин, альмагель, гастал, маалокс, викалин; гистамин  $H_2$ -рецепторлар блокаторлари: циметидин, ранитидин. Шиллик кават эпителизациясини яхшилашга қаратилган облепиха мойи, солкосерил, метилурацил тавсия этилади. Церукал ва координакс меъда моторикасини яхшилайди. Юқори таъсирчанликда седатив препаратлар: валериана, бром, транквилизаторлар тавсия этилади.

Физиотерапия кенг қўлланилади. Гипербарик оксигенация эффектив натижа беради. Даволовчи жисмоний тарбия ва массаж қўлланилади.

Поликлиника шароитида касаллик ўткир даврини олдини олиш ва асоратларни бартараф этиш учун бемор диспансер назоратига олинади. Рецидивга қарши даво 1-2 ой куз, ва баҳорда ўтказилади (1-2 ҳафта ётоқ режими стол №1, антацид терапия, витаминлар, транквилизаторлар).

III - босқич - санатор даволаш – стационардан чиққандан кейин 3-7 ойдан кейин буюрилади (Железноводск, Ессентуки, Трускавец, Боржоми). Кам минерализацияланган сувлар илиқ ҳолда (газлар аввал чиқариб ташланади), 3 марта кунига берилди. Гиперсекретияда бу сувлар овқатланишдан 1-1,5 соат, гипосекретияда – 15-20 минут аввал ичилади.

**Профилактикаси.** Сурункали гастритнинг бирламчи профилактикаси жисмоний ва эмоционал юктамаларини камайтириш, сурункали инфекция ўчоқларини ўз тўлиқ аниқлаш ва санация қилиш, рационал овқатланиш меъдасига амал қилишни ўз ичига олади. Иккиламчи профилактика – касалликнинг мавсумий ўткирланишларини олдини олишга қаратилган чоратадбирлардир.

Текширув саволлари.

1. Сурункали гастритда парҳез таомлари.

2. Сурункали гастритни даволашни 3 босқичи.

## Сурункали гастродуоденитлар

Сурункали гастродуоденитлар-меъда шиллик қаватининг сурункали яллиғланиши. Меъда-ичак касалликлари орасида кенг тарқалган бўлиб, улар сурункали гастритлар билан биргаликда 60-65% ни ташкил қилади ва асосан мактаб ёшидаги болаларга хос.

**Этиологияси:** сурункали гастродуоденитлар сабабларини икки гуруҳга ажратиш мумкин:

1. экзоген омиллар- нерегуляр овқатланиш, аччиқ, нордон, шўр овқатларни истеъмол қилиш, овқат таркибида оксил етишмовчилиги. Экологик омиллар-ичимлик сувининг ҳолати, кўп миқдорда дорилар қабул қилиши (ностероид яллиғланишга қарши препаратлар, гормонлар). Овқат аллергияси ҳам меъда шиллик қаватини таъсирлантириб, касаллик ривожланишига олиб келади.
2. эндоген омиллар- бошқа касалликлар таъсири натижасида (юррак, буйрак, ичак касалликлари, гижжалар). Охирги йилларда касаллик ривожланишида хеликобактер (*Helicobacter pylori*) номли таёқча муҳим рол ўйнайди.

**Патогенезида:** сабабчи омилнинг узок вақт давомида таъсири меъда шиллик қаватининг яллиғланиши, ошқозон шираси ишлаб чиқаришнинг бузилиши, эрозиялар ҳосил бўлишига олиб келади. Беморнинг нафақат меъда, балки 12-бармоқли ичак шиллик қаватларида ҳам шу каби ўзгаришларни кўриш мумкин.

**Клиникаси:** беморларда қоринда турли даражадаги оғриқлар кузатилади. Оғриқлар овқат истеъмол қилгандан сўнг 1-1,5 соат ўтгач, кечқурунги ёки тунги бўлиши мумкин. Кекириш, кўнгил айнаши, жигилдон қайнаши, қайт қилишлар ҳам кузатилади. Одатда иштаҳа бузилмаган. Беморда ҳолсизлик, бош оғриғи, тез чарчаш, терлаш каби ҳолатлар кузатилади.

Асосий текширув усули деб эндоскопия ҳисобланади ва у шиллик қаватлар шикастланиш даражасини кўрсатади. Меъда ширасининг таркибининг ўрганиш, рентгенологик текширувлар, хеликобактерни аниқлаш усуллари ташхис қўйишда ёрдам беради.

**Диагноз:** боланинг шикоятлари, клиник текширувлар, эндоскопия натижалари асосида қўйилади. Ундан ташқари онлавий анамнез ҳам аҳамиятлидир (оилада шу каби касалликларнинг мавжудлиги).

**Даволашда** асосий ўринни парҳез эгаллайди. Овқат механик, химик ва термик аёвчи бўлиши лозим. Овқатланиш нисбатан тез-тез, кунига 4-5 марта, овқат таркиби оксиллар, витаминлар ва микроэлементларга бой бўлиши керак. Медикаментоз даволаш меъда секрециясини меъёрлаштиришга қаратилган бўлиб, антацидлар, шиллик қаватларнинг ўзгаришини бартараф этувчи воситалар, хеликобактер пилорига қарши терапиядан иборат.



Ремиссия даврида эса фитотерапия тавсия этилади. Санатор-курорт даволашда турли минерал сувлар, физиотерапевтик даволаш тавсия этилади (Семашко, Минводы ва ҳоказо).

Текширув саволлари:

1. Сурункали гастродуоденитга олиб келувчи омиллар.
2. Сурункали гастродуоденит касаллигини даволашда парҳез ўрни.

### Болаларда яра касаллиги.

Болаларда яра касаллиги сони охириги йилларда 2,5 баробар ошиши кузатилмоқда. Яра касаллиги ўғил ва қиз болалар орасида тенг тарқалган бўлиб, меъда яра касаллиги 13% ни, 12- бармоқли ичак яра касаллиги 81% ни ташкил қилади.

**Этиологияси:** касаллик ривожланиши асосида наслий мойиллик, хеликобактер пилори билан зарарланиш, алиментар етишмовчилик, стресс ҳолатлар муҳим рол ўйнайди.

**Патогенези:** касаллик ривожланишида меъда тизимининг агрессив ва химоя факторларининг мутаносиблиги бузилиши ётади.

### Шайа тарози

Яра йўқ	Яра
<b>Химоя омиллари:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. шиллик химоя баръери.</li><li>2. фаол регенерация</li><li>3. қон билан таъминланиши</li><li>4. антродуоденал кислота тормози</li></ol>	<b>Агрессив омиллар:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. хлорид кислота гиперпродукцияси.</li><li>2. шиллик қават шикастланиши.</li><li>3. дисмоторика</li><li>4. хеликобактер пилори.</li></ol>

**Клиникаси:** энг характерли белги бу оғриқдир. Оғриқлар оч қоринга ёки овқатдан кейин 1,5-2 соатдан сўнг пайдо бўлади, тунги ва кечқурунги оғриқлар кузатилади. Овқат қабул қилгандан сўнг оғриқлар бироз камаяди. Жиғилдон қайнаши, кекириш, қайт қилиш ҳам касалликнинг белгиларидир. Касалликка мавсумийлик хос. Одатда касаллик аста-секин бир-неча йиллар давомида ривожланади.

**Диагностика:** асосий диагностик усул бу эндоскопия бўлиб, унда меъда ва 12-бармоқли ичак шиллик қаватларида яралар аниқланади.

Рентгенологик текширувда “токча” симптоми кузатилади. Яра касаллиги билан оғриган беморларнинг барчасида хеликобактер пилори аниқланади.

Асоратлари: яра касаллиги асоратлари 5-8% беморларда учрайди. Ярадан кон кетиш, перфорация, пенетрация ва стеноз кабилар кузатилади.

**Даволаш:** парҳез ва асосий омиллар “химоя-агрессия”га таъсир этишдан иборат. Антацидлар меъда шираси, хлорид кислотаси миқдорини камайтиради (альмагел, гастал, маалокс). Селектив М-холинолитиклар (гастроцепин), Н-2 гистамин блокаторлари (циметидин, ранетидин) тавсия этилади. Шиллик қаватларнинг химоя функциясини тиклаш мақсадида де-нол, сукрафальк қўлланилади. Хеликобактер пилори эрадикацияси мақсадида юкоридагиларга қўшимча этиб, амоксациллин, кларитромицин, метронидазол, трихополлар буюрилади.

Ремиссия даврида, физиотерапия, санатор-курорт даволаш, қайталанишга қарши даволаш ўтказилади. Диспансер назорат доимий бўлиши шарт.

Текширув саволлари:

1. яра касаллигининг асосий сабабларини кўрсатинг.
2. меъда химоя ва агрессив факторларини сананг.
3. хеликобактер эрадикацияси учун препаратларни кўрсатинг.

### Ўт йўллари дискинезияси

Дискинезия – жигардан ва ўт пуфагидан 12 бармоқли ичакка ўт чиқариш бузилишига олиб келувчи, ўт пуфаги ва ўт йўллари тонусининг функционал бузилишидир.

**Этиологияси.** Кўпинча дискинезия сабаблари бўлиб: интенсив психик зўриқишлар, ошқозон-ичак тракти касалликлари, гижжа инвазияси, диета бузилиши, кам ҳаракатли ҳаёт кечириш ҳисобланади.

**Патогенези.** Дискинезия ривожланишининг асосий механизми бўлиб, МНС неврози ва ўт ҳайдаш жараёнлари бошқарилишининг бузилиши ҳисобланади. Симпатик ва парасимпатик нерв системасининг қайси бири устунлигига қараб ўт йўллари сфинктерларида спазм еки гипотония вужудга келади. Натижада ўт ҳайдаш ритми бузилиб, унинг таркиби ва хусусияти ўзгаради.

**Клиник кўриниши.** Ўт йўллари дискинезиясида икки асосий тури- гипотоник ва гипертоник фарқланади.

Гипотоник форма – доимий оғриқлар, киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳада оғриқ сезгиси билан характерланади. Бу ҳолатлар ўт ҳайдовчи овқат (тухум, шарбат) истеъмол қилганда ўтиб кетади. Яна диспептик бузилишлар-оғизда аччиқ таъм, ёғли ва ковурилган таомлардан воз кечиш, кўнгил айнаш, баъзан қайт килиш кузатилади. Пальпацияда катталашган ўт пуфагини аниқлаш мумкин. Холецистографияда ўт ҳайдовчи нонушта (тухум сариғи) берилганда ўт пуфаги кўндалангига 50% қисқаргани кўринади. Нормада ўт пуфаги 50%дан кам қисқариши керак.

Гипертоник форма – хуружсимон оғриқлар ўнг ковурга соҳасида, баъзан ўнг куракка ёки ёнга иррадиация беради ва овқат истеъмол қилганда оғриқ кучаяди. Кўпинча қисқа диспептик бузилишлар пайдо бўлади. Кўпчилик беморларда: тез чарчаш, таъсирчанлик, жahlдорлик, бош оғриғи, терлаш аниқланади. Пальпацияда ўнг ковурга остида оғриқ, (Кернинг, Ортнер, Мюсси) симптомлари мусбат, холецистографияда ўт пуфағи кичик ўлчамли ва унинг қисқариш ўлчамлари 50% дан кўп. Меъдани фракцион зондлашда – Одди сфинктери очилиши вақти узайиши, «Б» порция ҳажми камайиши, «В» порция чиқиш вақти бирмунча узаяди.

**Даволаш.** Ёғли ва қайнатма шўрвали овқатлар чегараланади (стол №5). Механик ва химик аёвчи диета берилади. Овқат кунига 4-5 марта, илиқ ҳолда, махсус кулинар ишловдан кейин берилади (буғда пиширилган ва майдаланган овқат). Дискинезия типи ҳисобига олиниб, минерал сув тавсия этилади. Гипотоник турда илиқ ҳолда - «Трускавец», «Ессентуки-7», «Боржоми». Гипертоник типда - илиқ «Славяновская», «Нарзан-7», «Ессентуки-4, 20» сувлари кичик порцияларда берилади.

Ўткир оғриқларда ётоқ режими белгиланади. Гипертоник типда спазмолитиклар (но-шпа, папаверин, платифиллин), холинolitikлар (беккарбон, метацин), иссиқлик амалиётлари албатта ўтказилади (парафин, озокерит аппликациялари), папаверинли ва новокаинли электрофорез тавсия этилади. Даволовчи жисмоний тарбия - аёвчи усул бўйича - қорин мушакларига зўриқишсиз берилади.

Гипотоник типда - холекинетиклар берилади (ўт ҳайдашни кучайтирувчи препаратлар): сорбит, ксилит, мағний сульфат; холеретиклар: ўт ишлаб чиқишни кучайтирувчи препаратлар - Аллохол, Холагол, Холензим, Фламин, Холасас, ўт ҳайдовчи ўсимликлар (маккажухори попуғи).

Ўт димланиши олдини олиш учун Демьянов бўйича тубаж ўтказилади.

Седатив препаратлардан бром, валериана, умумқувватловчи препаратлар элеутерококк, пантокрин. Илиқ хвояли ванналар, даволовчи жисмоний тарбия ва тонусловчи машқлар буюрилади.

**Профилактикаси.** Нерв тизимини мустаҳкамлаш, рационал овқатланишни ташкил этиш, ёндош ошқозон ичак касалликларини даволаш.

**Ут йуллар дискинезиясида парваришлаш.** Беморга парҳез 5-стол тайинлаш. Ёғли маҳсулотлар, консервалар, қовурилган, дудланган овқатлар, ширинликларни олиб ташлаш керак. Гипомотор дискинезияда ўт ҳайдовчи маҳсулотлар – тухум, шарбатлар, ўсимлик мойи кўшилади. Бола парҳези қатъий кузатиб борилади. Меҳнат ва дам олиш вақтларини ташкиллаштириш, жисмоний ва эмоционал юкламани чегаралаш лозим.

Текширув саволлари:

1. Дискинезияларнинг турларини кўрсатинг.

2. Ўт ҳайдовчи препаратларни санаг.

## Буйрак касалликлари.

### Сийдик ажратиш тизимининг анатомик ва физиологик хусусиятлари.

Бола туғилиши даврида бу тизим органлари шаккланган бўлади, лекин ўзига хос структур ва функционал хусусиятларга эга.

Буйраклар-Янги туғилган чақалоқда буйраклари нисбатан каттароқ бўлиб уларнинг ривожланиши асосан биринчи йили ва балоғат ёшида интенсив бўлади. 1 ёшгача бўлган болаларда буйраклар катталарга нисбатан 1 -1,5 умуртка паст жойлашган. Бу ҳолат кичик ёшдаги болаларда буйрак пальпацияси осонлик билан ўтказишни таъминлайди.

Буйрак жомчалари ва сийдик найчалари нисбатан кенг ва гипотоник, найчаларида қайилишлар ва кенгайишлар мавжудлиги сабабли сийдик тўхтаб қолиши ва яллиғланиш жараёни ривожланишига қулай шароитлар туғилади.

Сийдик қопи нисбатан юқори жойлашган ва қориннинг киндикдан паст қисмида пальпация қилинади. Икки ёшдан сўнг у кичик тосга тушади. Унинг ҳажми янги туғилган чақалоқларда 50мл, 1 ёш болада - 200мл, 8-10 ёшда 800млга тенг. Янги туғилган чақалоқлар қунига 4-6 марта сийдик ажратади, ҳажми эса 10-20 млга тенг. Кейинги ҳафталарда сийдик ажратиш сони кескин ошади ва 20-25 мартагача бўлади ва 1 ёшгача бўлган болаларда ўртача 15 мартани ташкил қилади. Агар биринчи ойларда сийдик ажратиши шартсиз рефлекс бўлса, 6 ойдан сўнг у шартли рефлекс бўлиб, уни қувватлаш лозим.

## Гломерулонефрит

Гломерулонефрит (ГН) буйрак коптокчаларининг иммунологик яллиғланиши ва иккиламчи буйрак каналчаларининг шикастланиши билан кечувчи касаллиги сифатида қаралади. Касаллик асосан мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда кузатилади.

**Этиологияси.** ГН полиэтиологик касаллик бўлиб, А гуруҳли  $\beta$  – гемолитик стрептококк, стафилококклар, В гепатит вируси, цитомегаловируслар, безгак плазмодийси касалликнинг асосий сабабчиларидир. Ноинфекцион омиллардан ГН ривожланишида профилактик эмлаш, совуқ қотиш аҳамиятлидир.

**Патогенез.** Касаллик ривожланишида организмда антиген-антитело комплекси ҳосил булиши, уни қонда циркуляцияси ва буйрак тўқимаси, айниқса коптокчалар базал мембранасининг шикастланиши ётади. Бунинг натижасида қон томирлар ўтказувчанлиги ошиши ва оксил моддаларини сийдик орқали кўп ажралиши, маҳаллий қон айланиш - микроциркуляция бузилиши, капиллярларда стаз, тромбоцитлар агрегацияси ва маҳаллий ДВС-синдром ривожланиши кузатилади. Бу ўз навбатида буйрак тўқималари гипоксияси, ренин-ангиотензин тизимининг фаоллашиши, гипертензия (қон бо-

симининг ошиши), тўқималарда тузларнинг ушланиб қолиши ва шишлар ривожланишига олиб келади.

**Клиникаси.** ГН болаларда ўткир бошланади. Одатда ўткир инфекция, сурункали тонзиллит, ангиналардан 1–3 ҳафта вақт ўтгач болада нохушлик, бош оғриқ, кўнгил айнаш, қусиш кузатилади. Бола ҳолсиз бўлади, иштаҳаси пасаяди, қувватсизлик юзага келади. Баъзида бола бел ёки қориндаги оғриқдан шикоят қилади.

Ўткир ГНга уч синдром характерли: шишлар, гипертензия, сийдикдаги ўзгаришлар.

Шишлар - ўткир ГН эрта белгиси ҳисобланади. Боланинг териси рангпар, юзлари кериккан, ковокларида шиш кузатилади. Шишлар тана ва оёқ-қўлга тезда тарқалиши мумкин.

Сийдикдаги асосий ўзгаришлар – олигурия, гематурия, лейкоцитурия, протеинуриядир. Сийдикнинг суткалик миқдори камайгач сийдик нисбий зичлиги юқори (1030 – 1040) бўлиши кузатилади. Гематурия даражаси ҳар хил: микрогематуриядан то макрогематуригача (сийдик ранги «ғўшт сели» кўринишида бўлади). Оксил миқдори (протеинурия) турли даражада бўлиши мумкин (0,33-3,3% ва ундан юқори).

Гипертензион синдром ривожланишида систолик босим билан бирга диастолик босим ҳам ошади. Юрак аускультациясида юрак чўққисида систолик шовкин аниқланади.

Ўткир ГН кечишида бир неча даврларни ўз ичига олади. Бошлангич даври-2-4 ҳафтагача давом этади. Бунда юқоридаги белгилар турли даражада бўлиши (асосий шишлар ёки сийдик синдроми ёки гипертензия устунлиги кузатилади, баъзи ҳолларда ҳамма синдромларнинг баравар, кучли кўриниши кузатилади).

Сўниш даврида (ўртacha 2-4 ой давом этади) касалликнинг экстраренал белгилари йўқолади (шиш ва гипертензия), сийдикдаги ўзгаришлар камаяди.

Клиник – лаборатор ремиссия даври – клиник симптомлар ва сийдикдаги ўзгаришлар аниқланмайди.

Касалликнинг ўткир (1 йилгача) ва сурункали (1 йилдан узокроқ давом этувчи) формалари фарқланади

Сурункали ГНнинг намоён бўлиши бўйича 3 та асосий формаси: гематурик, нефротик ва аралаш шакллари аниқланади.

Гематурик шаклида макрогематурия ёки кучли намоён бўлган микрогематурия аниқланади. Протеинурия ва кон босими ошиши юқори бўлмайди. Буйрак фаолияти узок вақт меъёрий ҳолатда бўлади.

Нефротик шаклида сийдик орқали кўп миқдорда оксил ажралиши (1,65-9,9%) ва кучли ифодаланган тарқок шишлар кузатилади. Касаллик тўлқинсимон кечади. Буйрак функцияси узок вақт меъёрий ҳолатда бўлади.

Аралаш шакли кон босими ошиши, гематурия, нефротик синдром билан намоён бўлади. Касаллик нохуш оқибат билан кечади. Сурункали буйрак етишмовчилиги эрта ривожланади.

Сурункали ГН кечишда 3 та давр аникланади: кўзиш даври – ҳамма клиник симптомлар кучли намоён бўлган, қисман ремиссия даври – экстра-ренал симптомлар йўқолади. Лекин, конда, сийдикдаги ўзгаришлар қолади: клиник – лаборатор ремиссия даври – экстра-ренал симптомлар ва сийдикдаги ўзгаришлар аникланмайди.

Буйрак фаолиятига ичилган суюклик ва чиқарилган суюклик орасидаги нисбатга, сийдик нисбий зичлигига қараб (Зимницкий синамаси), конда креатинин, колдик азот ва мочевина микдорига қараб, радиоизотоп ренография, экскретор урография, эндоген креатинин клиренсларига қараб баҳо берилади.

**Асоратлари.** Ўткир ГН оғир кечиши натижасида ўткир буйрак ва юрак етишмовчилиги, эклампсия ривожланиши мумкин.

ЎБЕ - ўткир буйрак етишмовчилиги тез намоён бўлиши натижасида конда колдик азот, креатинин ва мочевина микдори кўпаяди, анурия ва уремия ривожланади.

Сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) асосан узок давом этувчи, аралаш шакли ГН натижасида ривожланади. Ўткир юрак етишмовчилиги болларда кам учрайди.

**Диагностикаси.** ГН диагностикасида қуйидаги текширишлар ўтказилади: 1. Умумий кон таҳлили (анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши), умумий сийдик таҳлили (протеинурия, гематурия, цилиндруря, баъзан лейкоцитуря); Нечипоренко синамаси, Зимницкий синамаси, зардобда оксил ва унинг фракциялари, азот колдиклари, креатинин ва мочевина микдори, коагулограмма, экскретор урография, буйракнинг ультратовуш текшируви (УТТ), радиоизотоп ренография, Реберг синамалари.

**Даволаш.** Ўткир ГН ёки сурункали ГН кўзиш даврида бемор касалхона шароитида даволаниши лозим. Касалликнинг ўткир даврида тўшак режими 2-4 ҳафта, то шишлар йўқолгунча, артериал кон босими меъёрлашгунча ва сийдик таркиби яхшилангунча буюрилади. Бола аҳволи яхшилангандан кейин ярим тўшак режимига ўтилади. Парҳезида № 7 стол ( туз, суюкликлар чегараланган) буюрилади.

ГН ни даволашда антибактериал терапия (пенициллин ва яримсинтетик пенициллинлар), антигистамин препаратлардан диазолин, супрастин кабилари тавсия қилинади. Витаминлардан асосан В гуруҳ витаминлари, антиоксидантлардан А ва Е витаминлар буюрилади. Гипотензив терапия резерпин, раунатин, анаприлен, капотен, валериана, кичик транквилизаторларни ўз ичига олади. Диуретиклардан (сийдик хайдовчи) фуросемид, гипотиазид, бринальдикс кабилар буюрилади.

Патогенетик терапия: Преднизолон касалликнинг биринчи кунларидан 4 ҳафта давомида ва яна 6 ой давомида кичик дозада тайинланади. Антикоагулянтлардан ( буйрак коптокчаларда кон айланишини яхшилаш мақсадида) - гепарин 3 ҳафта давомида. Антиагрегантлар - курантил 2-3 ой давомида; 4-аминохинолинларга мансуб-делагил, шлаквенил 6 ой давомида берилади. Ка-

салликиннинг оғир формаларида цитостатиклар-лейкеран, хлорбутин, азатио-принлар узок муддатга буюрилади.

Буйрак фаолияти бузилган холларда конни буйракдан ташкари тозалаш усуллари-плазмоферез, гемодиализ, гемосорбциялар утказилади.

**Диспансеризацияси.** Стационар тавсиясини катъий бажариш, сурункали инфекция ўчоқларини даволаш, ёндош инфекциянинг олдини олиш билан диспансер назорат ўтказилади. Бола профилактик эмлашлардан озод қилинади. Тўлик клиник – лаборатор ремиссия даврида педиатр болани кварталда 1 марта кўради. Сийдик таҳлили ойида 1 марта ўтказилади. Қисман ремиссия даврида - педиатр кўриги 2 ҳафтада 1 марта, сийдик таҳлили ҳам 2 ҳафтада 1 марта ўтказилади. ГН билан оғриган болалар жисмоний тарбия машғулотларидан 6 ой ва ундан кўпроқ муддат давомида озод қилинадилар, кейин махсус гуруҳдаги машғулотларга рухсат берилади. Клиник – лаборатор ремиссия турғун бўлганда 5 йилдан кейин бемор диспансер назоратидан чиқарилади.

Текширув саволлари:

1. Гломерулонефритнинг асосий клиник белгиларини кўрсатинг.
2. Гломерулонефритнинг клиник турлари.
3. Гломерулонефрит даволашида қўлланиладиган дори воситалари.

## Пиелонефрит

Пиелонефрит (ПН) – буйракнинг интерстициал тўқимасида ва косажом тизимининг бактериал ялиғланишидир.

**Этиология ва патогенези.** Пиелонефрит ривожланишида бактериал инфекция алоҳида аҳамиятга эга. Касалликни ичак таёқчаси, клебсиелла, протей, энтерококк, кўк - йиринг таёқчаси, стрептококк, стафиллококк, вируслар келтириб чиқаради. Баъзида аралаш флора ҳам бўлиши мумкин. Микроблар буйрак тўқимасига гематоген йўл (кўпроқ кўкрак ёшидаги болаларда) ва кўтарилувчи йўл (кўпроқ катта ёшдаги болаларда) билан тушади. Бактериялар ҳамма вақт ҳам буйракда ялиғланишни юзага келтирмаслиги мумкин, бунинг учун 2 та шарт-шароит бўлиши лозим: иммунитет пасайиши ва буйрак нуқсонлари туфайли сийдик пассажининг бузилиши (сийдик чиқарув йўлларида тош бўлганда, қабзият, гижжалар ва хоказолар).

**Клиникаси.** Бирламчи ва иккиламчи пиелонефрит фаркланади. Бирламчи пиелонефрит алоҳида касаллик сифатида ривожланади. Иккиламчи пиелонефрит эса буйрак ва сийдик йўллари аномалияси фонида ривожланади.

Ўткир пиелонефрит клиник кўриниши қуйидаги асосий синдромлар кўринишида намоён бўлади: интоксикация, абдоминал (оғриқли), дизурик, сийдик таркибдаги ўзгаришлар;

Интоксикация синдроми учун ҳарорат кўтарилиши, ҳолсизлик, қувватсизлик, бош оғриқ, кўнгил айниш ва қусиш характерли. Абдоминал синдромда коринда сабабсиз оғриқлар бўлиши кузатилади. Дизурик синдром тез-тез, кўп миқдорда, оғриқлик сийдик келиши, никтурия, сийдик тутаолмаслик характерли. Сийдик ўзгариши синдромида сийдик ранги ва тиниқлиги ўзгариши, сийдикда сезиларли миқдорда лейкоцитлар, бактериялар ва эпителий аниқланади. Протеинурия ва микрогематурия ҳам бўлиши мумкин.

Ўткир пиелонефрит клиник даврлари ўткир гломерулонефрит даврларига ўхшаш: авж олиш даври (бошланғич); орқага қайтиш даври; клиник – лаборатор ремиссия еки соғайиш даврлари тафовут этилади.

Клиник кечиши бўйича ўткир (давомийлиги 6 ойгача) ва сурункали пиелонефрит (6 ойдан кўп) фарқланади.

Сурункали пиелонефрит даврлари ҳам худди сурункали гломерулонефрит даврига ўхшашдир: кўзиш, қисман ремиссия, клиник – лаборатор ремиссия.

**Диагностикаси.** Пиелонефрит диагностикаси учун қуйидаги текширишлар ўтказилади: умумий қон таҳлили (яллиғланиш белгилари): умумий сийдик таҳлили (лейкоцитурия, гематурия, бактериурия, протеинурия бўлиши мумкин): Нечипоренко синамаси (1 мл сийдик чўкмасида лейкоцитлар ва эритроцитлар миқдори): Зимницкий синамаси, қонда қолдиқ азот, креатинин ва мочевина миқдори; бактериурия даражасини аниқлаш (микроблар сони 50-100 мингдан юқори); УТТ, экскретор урография (кўпроқ бир томонлама шикастланиш аниқланади), микцион цистография (сийдик ажралиши бузилиши кузатилганда). Қизларга гинеколог маслаҳати тавсия қилинади.

**Даволаш.** Касаллик ўткир даврида бемор болани касалхонага ётказилади. Тўшак режими буюрилади. Парҳез - №7 стол, кейин №5 стол (ўткир, тузланган, дудланган озиқ-овқатлар чегараланади.) Кўп миқдорда суюқлик, суюқликнинг суткалик миқдори ёши бўйича талаб даражасидан 2,5 мартадан ошмаган, (тарвуз, шарбатлар, ишкорий минерал сувлар) ҳолда тавсия қилинади. Сийдик рН ўзгартириш мақсадида ҳар 7-10 кунда парҳезда сут маҳсулотлари, сабзавот мевали ва гўштли диета ўтказилади, бу касаллик кўзгатувчисини ривожланиши ва кўпайишига тўсқинлик қилади. Пиелонефрит давоси комплексли, патогенетик, этапли бўлиши лозим. Антибактериал даво- микрофлора сезгирли аниқлангандан кейин буюрилади. Асосан ярим синтетик пенициллинлар, аминокликозидлар, цефалоспориинлар берилади. Бундан ташқари сульфаниламид препаратлари (бисептол, сульфален), нитрофуранлар (фурагин, фурадонин, фуразолидон), налидиксин кислота препаратлари (неграмон, неграм, 5-НОК ва бошқалар) тавсия қилинади. Антибактериал даво поликлиника шароитида 6 ойгача давом этилади.



Оғир ҳолларда дезинтоксикацион терапия ўтказилади. Сийдик ҳайдовчи препаратлар (лазикс, верошпирон, гипотиазид), ҳарорат тушурувчи, спазмолитик дори воситалар ва бошқалар қўлланилади.

Фитотерапия яхши натижа беради (буйрак чойи, қора смородина, жўхори попуғи, наъматак ва бошқалар).

Клиник-лаборатор ремиссия даврида санаторийларда даволаниш кўрсатма ҳисобланади (Трускавец, Железноводск).

**Диспансеризацияси.** Диспансеризация ўтказганда стационар тавсияларни бажариш ва сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш лозим. Бола профилактик эмлашлардан вақтинча озод қилинади, ёндош инфекциядан сақланиш лозим. Пиелонефрит билан оғриган болалар 6 ой ва ундан кўп вақт мобайнида жисмоний тарбия машғулотларидан озод қилиниши ва кейин махсус гуруҳларда машғулот ўтказишга рухсат берилади.

Турғун клиник-лаборатор ремиссия 3 йил кузатилгандан кейин бемор диспансер кузатувдан чиқарилади.

Хамширани нефрологик беморлар билан ишлаши: хамшира беморларнинг диетасини назорат қилиши, уларда туз ва суякликни чегараланишини бемор ва ота- онасига тушунтириши, суткалик диурезни назоратини ўтказиши, болаларни вақти-вақти билан оғирлигини ўлчаши (яширин шишларни аниқлаш), қон босими ва пульсини текшириш, беморда дизурик ҳолатларни аниқлаш, сийдик ранги ва таркибига (қон, хиралик, чукмалар) эътибор бериш, беморларда Зимницкий синамасини учун сийдикни йиғиш, рентгенологик текширувлар учун беморни тайёрлаш (тозаловчи хукна, йодга сезувчанлигини текшириш ва х.к.)

Текширув саволлари:

1. Пиелонефрит клиник кўриниши.
2. Пиелонефритда пархез.

### Паразитар касалликлар.

#### Гелминтозлар.

Гелминтозлар - гижжалар чақирувчи касалликлардир. Гелминтозларнинг 250 дан ортиқ нозологик шакллари қайд этилган. Уларнинг тарқалишида турар жойларнинг қоникарсиз санитария ҳолати ва маиший маданиятнинг пастиги асосий ўринни эгаллайди. Гельминтларнинг 3та асосий синфлари тафовут қилинади:

1. Йирик гижжалар (чувалчанлар)- нематодалар
2. Тасмасимон чувалчанлар – цестодалар
3. Сўргичлилар- трематодалар.

Ёш болалар кўпроқ юмалоқ чувалчанлар чақирадиган хасталикларга чалиниб турадилар: аскаридоз, трихоцефалез, энтеробиозлар.

### **Аскаридоз.**

Касалликни чакирувчи йирик гелминтларга кирувчи аскардалардир. Уларнинг узунлиги 25 – 40 смгача етади. Аскардалар ингичка ичакларда паразитлик қилади. Унинг урғочиси 1 сутка давомида ичак бўшлиғига 200000 гача тухум қўйиши мумкин. Бу тухумлар фекалиялар билан ташқи муҳитга чиқади ва тупроқда етилади. Юқиш ифлос қўллар ёки ювилмаган мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш орқали юз беради. Ичакда етилган тухум қобиғи эриб, ундан личинка чиқади. Личинкалар ичак ва майда қон томирлари деворини тешиб, қонга тушади. Қон оқими бўйлаб веналар, жигар, пастки ковак венага, юракнинг ўнг бўлмаси, сўнгра кичик қон айланиш доирасига тушади. Ўпкада личинкалар альвеола девори орқали бронхиола ва бронхларга, у ердан балгам билан яна меъда- ичак трактига тушади. Ингичка ичакка қайта тушгач у тез ўсиб етук гелминтга айланади. Аскарда тухуминини ютиб юборилгандан унинг етилишигача бўлган муддат 75 -90 кунни ташкил қилади.

**Клиника:** Аскариданинг ривожланиш циклига мувофиқ касалликнинг 2 фазаси тафовут етилади: эрта (миграцион) ва кечки (ичакда). Миграцион даврда массив инвазиялар туфайли терида аллергик тошмалар, йутал ва кўкракда оғриқ кузатилади. Кўпинча бронхит, пневмония, ўпкаларда эозинофил инфильтратлар ривожланади. Баъзида субфебрил ҳарорат кузатилади. Ичак фазасида турли клиник кўринишлар намоён бўлиши мумкин. Булар асосан диспептик ўзгаришлар: иштаҳасизлик, кўнгил айнаши, қусиш, сўлак оқиши, қоринда оғриқ, ич кетиши ёки қабзият ҳос. Болалар инжиқ ва таъсирчан бўлиб қолади, ҳолсизликка, бош оғриғига шикоят қилишади. Уйқуси нотинч, уйқуда тишларини гижирлатадиган бўлиб қолади. Ичакда аскардалар кўп миқдорда тўпланиши ичак тутилишига сабаб бўлиши мумкин. Периферик қонда гипохром анемия, эозинофилия, ЭЧТ нинг ошиши кузатилади.

**Ташхис** касалликнинг клиник белгилари, ахлатда аскарда тухумларини аниқлаш орқали қўйилади.

### **Трихоцефалез.**

Касалликни қўзғатувчиси кўр ичакда паразитлик қилувчи қилбошли гижжа ҳисобланади. Улар ингичка боши ёрдамида ичак шиллиқ қаватига суқилиб, қон билан озикланади. Қилбошли гижжа тухумлари фекалиялар билан ажралиб тупроқда 30-40 кун давомида етилади. Юқиш етилган тухумларни ютиб юбориш орқали юз беради. Тухумлардан ичакда личинкалар чиқади ва улар шу ерда вояга етгунга қадар ривожланади. Улар ўртача 5 йил яшайди.

**Клиникаси.** Касалликнинг клиник белгилари инвазиянинг давомийлиги ва интенсивлигига боғлиқ. Болаларда иштаҳасизлик, кўнгил айнаши, қусиш, сўлак оқиши, қоринда оғриқ, кўпроқ ўнг ёнбош соҳасида кузатилади. Оғир ҳолларда асаб тизими шикастланиш симптомлари: бош оғриғи, бош

айланиши, хушдан кетип, эпилептиформ тутқаноклар учрайди. Қонда гипохром анемия, лейкоцитоз.

**Ташхис** ахлатида килбошли гижжа тухуми аниқлаш оркали қўйилади.

#### **Энтеробиоз.**

Касалликни катталиги 3 смгача бўлган кичик гелминтлар-острицалар-чақиради. Табиий манбаи касал одам ҳисобланади. Гижжалар йўғон ва ишгичка ичакнинг пастки қисмида паразитлик қилади. Урғочилари тўғри ичакдан чиқиб, перианал бурмаларга тухум қўяди. Тухумлар 4-6 соатда етилади. Острицанинг актив ҳаракати анус атрофида кучли қичишлар чақиради. Болалар перианал сохани қичиб, бармоқлари тухумлар билан ифлосланади, шахсий гигиена қоидаларига амал қилинмаган ҳолларда тухумлар оғизга тушади. Энтеробиозни юқиш омиллари бўлиб ўрин кўрпалар, ўйинчоқлар, горшок ва ҳоказолар хизмат қилади. Острица 3-4 хафта умр кўради, аммо доимий реинвазиялар касалликни давомийлигини таъминлайди. Қизларда острицанинг таносил органларига кириши вульвовагинитга сабаб бўлади. Перианал соҳадаги қичишишлар тирналишларга олиб келади, бу ўз навбатида оғир кечувчи дерматитларга олиб келади. Касалликнинг узоқ муддатли кечиши, болаларнинг асаб-руҳий ривожланишига салбий таъсир кўрсатади, бу хотиранинг пасайиши ва дарсларнинг ўзлаштира олмаслик кўринишида намоён бўлади.

**Ташхислаш** мақсадида перианал бурмалардан суртма олиниб, острица тухумлари аниқланади.

#### **Гелминтозларни даволаш.**

Гелминтозларни даволаш мақсадида комбантрин, вермокс, декарис, пирантел, пиперазин, адипинат каби тиббий препаратлар ишлатилади. Острицаларни механик йўқотиш учун содали эритмалар билан клизмалар ўтказилади. Гелминтозларнинг самарали даволашнинг асосий омили бола ва унинг оила аъзоларининг шахсий гигиена қоидаларига амал қилишдир. Даво чоралари олиб борилаётганда болалар боғчаси, мактаб ва уйларда хоналарни совун-содали эритма билан ювиб чиқиш, хожатхоналар, болалар горшокларини ва эшик тутқичларини қайноқ сув билан ишлов бериш, гиламлар, шолчалар ва юмшоқ ўйинчоқларни чанг юткич билан тозалаш, хоналарда одеяло, кўрпа, оқликларни коқмаслик қабилар доимий бажарилиши лозим. Даво якунлангач уйдаги дастурхон ва пардаларни алмаштириш керак. Бола қўлларини тез-тез ювиб туриши керак. Энтеробиозда болани кечкурун ювинтириш, анал тепикка пахта тампони, атрофига вазелин мойи суртиш тавсия этилади. Бунда тампон острицаларни ичакдан чиқишига йул қўймайди. Вазелин мойи эса острицаларни етилишига тўсқинлик қилади. Эрталаб тампон олиб ташланади, бола ювинтирилади, ич кийими алмаштирилади, боланинг қўллари совун билан ювилади. Тирноқлари эса қалта қилиб олиниши керак.

**Профилактика.** Касалларни аниқлаш ва уларда дегельминтизация ўтказиш, болалар ва катталар орасида санитария оқортув ишларини олиб бориш, шахсий гигиена қоидаларига амал қилишга асосланган.

Текширув саволлари:

1. Аскардаларнинг ривожланиш цикли.
2. Гелминтозларда қўлланиладиган препаратлар.
3. Гелминтозларнинг клиник кечиши.
4. Болаларда гижжа инвазиясини олдини олиш чоралари.

## Беморларни парваришлаш асослари

### 1. Экссудатив-катарал диатезда парваришлаш.

Мақсад: касалликнинг аниқ клиник манзараси ривожланишига, жараён кўзишига йўл қўймаслик. Бемор болага максимал комфорт яратиб бериш.

Хамширани аралаштириш режаси	Асослаш
1. Касаллик, ва кейинги оқибатлари ҳақида ота-оналарга информация бериш.	-Информация олишга ота-оналар ҳуқуқи таъминланади. -Парваришлашнинг ҳамма тадбирларини бажаришни ота-оналар тушунади.
2. "Овқатланиш кундалиги"ни олиб боришни онага ўргатиш	Уни ёрдамида боланинг индивидуал аллергиясини аниқлаш ва уни йўқотиш мумкин.
3. Болани овқат ва бошқа кўринишдаги аллергиялар билан контактни йўқотиш	Экссудатив диатезда болалар аллергияга мойил
4. Болани сув ва туз қабул қилишини чеклаш	Организм суюқлик ушлаши ҳисобига тана массаси ошади.
5. Болани тери ва шиллик пардалари гигиенасига қатъий риоя қилиш	ЭҚД да «шок орган»-бу тери ва шиллик пардалардир, натижада улар тез-тез ва кучли шикастланади.
6. Болани ота-онасини терида касалликни йўқолишини олдини оловчи қушимча гигиеник тадбирлар ўтказишни ўргатиш.	Парваришлаш қушимча тадбирлари бемор бола учун максимал комфорт билан таъминлайди ва тери йирингли касалликлари қушилишидан асрайди.
7. Болага ҳимояловчи режим ташкиллаштириш.	Болаларда кўзгалувчанлик юқори.
8. Инфекциялар ва шамоллаш олдини оловчи чора тадбирлар олиб бориш	ЭҚД билан касалланувчи болалар иммунитетини тушиб кетган, тез касалланувчи болалар гуруҳига киради.

### 2. Рахит касаллигида парваришлаш.

Мақсад: касалликнинг кучли клиник белгилари ривожланишига ва ҳамроҳ касалликлар қўшилишига йўл қўймаслик.

Хамшира амаллари режаси	Асослаш
1. Касаллик ва унинг оқибатлари ҳақида ота-оналарга информация бериш	Информация олиш ҳуқуқи ота-оналарда таъминланган -Парваришлашнинг ҳамма тадбирларини бажаришни ота-оналар тушунади.

2.Болага тўла қийматли, рационал овқатланиш, яъни витаминларга (айниқса Д витаминига), ва кальцийга бой маҳсулотлар	Рахит бу полигиповитаминоз бўлиб, асосан Д витамини етишмайди, оқибатда бола организмда Са камайиши кузатилади.
3.Болани узоқ вақт тоза ҳавода, дарaxтлар соясида сайр қилишини таъминлаш.	Бола терисиди УВ нурлари таъсири остида Д витамини ишлаб чиқарилишини таъминлаш. Дарaxтлар инфра кизил нурларни ушлайди, болани қизиб кетишидан асрайди.
4.Болани қундалиқ гимнастика ва массаж қилинишини ташкиллаштириш	Рахитда мушаклар гипотонияси кузатилади.
5.Ҳамроҳ касалликлар қўшилишини олдини олиш чора-тадбирларини ўтказиш.	Рахит нохуш преморбид ҳолатдир.

### 3.Спазмофилияда парваришлаш

Мақсад: болада талвасалар, тиришишлар ривожланишига йўл қўймаслик.

Ҳамшира амаллари режаси	Асослаш
1.Касаллик ҳақида ва унинг рахит билан боғлиқлиги ҳақида ота-оналарга информация бериш.	-Информация олиш ҳуқуқи ота-оналарда таъминланган -Парваришнинг бажариладиган ҳамма тадбирларини ота-оналар тўла тушуниши
2.Юқори кальцийли овқатланиш билан болани таъминлаш	Спазмофилия ривожланиши асосида кальций етишмовчилиги ётади.
3.Овқатланиш рационидан сугир сутини чиқариш	Сугир сутни қабул қилишда ичакда кальций сўрилиши бузилади.
4.Болада ҳимояловчи режим ташкил этиш	Спазмофилияли беморда ҳар бир таъсирловчи омил тиришиш хуржини қўзғатиши мумкин.
5.Рахитни йўқотувчи тадбирларни таъминлаш	Спазмофилия рахитли тетаниядир, «рахитсиз спазмофилия йўқ»

### 4.Озикланвишнинг сурункали бузилиши (Гипотрофия)да парваришлаш.

Мақсад: Антропометрик кўрсаткичларни болада нормаллаштириш, асоратлари ривожланишига йўл қўймаслик, болага максимал комфорт яратиш.

Ҳамшира амалларининг режаси	Асослаш
1.Ота-оналарга касаллик ҳақида ин-формация бериш	-Информация олиш ҳукуки ота-оналарда таъминланади. -Парваришнинг бажариладиган ҳамма тадбирларини тўлалигига ота-оналар тушуниш.
2.Болада овқатланиш рационада оксил, ёғ, углеводлар коррекциясини олиб боришни ташкил қилиш	Гипотрофия сабаби тўйиб овқатланмаслик, болада оксил, ёғ, углевод дефицити ривожланади.
3.Болага кўшимча суюқлик киритишни таъминлаш	Эксикоз ривожланишини олдини олади
4.Гипотрофия даражасига қараб овқат ҳажмини аста-секин оширишни таш-кил этиш	Унда болада овқат кўтара олмаслик аниқланади.
5.Боланинг кундалик режимини тўғри кузатиш ва ташкиллаштириш	Кундалик режим овқатни регуляр қабул қилишни ва ўз вақтида яхши сўрилишини таъминлайди
6.Болада ҳаракат режимини таъмин-лаш	Упқада димланиш белгилари ри-вожланмайди.
7.Ҳамроҳ касалликлар кўшилишини олдини олиш чора тадбирларини олиб бориш	Гипотрофия нохуш преморбид ҳолат бўлиб, иккиламчи иммуно-дефицит ривожланиши билан боғлиқ.
8.Ёшига мос ҳолдаги гимнастика ва массаж комплексларини ўтказишни ота-онага ўргатиш	Мушак гипотонияси ривожлани-шини олдини олади. Массаж, гимнастика организмни мустаҳкамлайди, иммунитетни оширади.

### 5.Нафас аъзолари касалликларида (ЎРВИ, бронхит, пневмония) парваришлаш.

Мақсад: касаллик клиник манзараси яққол ривожланишига, асоратлар ри-вожланишига йўл қўймаслик, бемор болага максимал қулайликни таъмин-лаш.

Ҳамшира иши режаси	Асослаш
1.Бемор ва уни қариндошларига ка-саллик ҳақида ва келиб чиқиши мум-кин бўлган асоратлардан маълумот бериш.	-Беморни ахборотга эга бўлиш ҳукуқини таъминланади -Бола ва уни қариндошлари пар-вариш коидаларига қатъий риоя

	қилишни тушуниши керак.
2. Даволанаётган беморни изоляция қилиш (алоҳида хонага) то катарал кўринишлар йўқолгунча	Бемор боладан юктириш мумкин
3. Беморни госпитализация қилишда палатани «циклик» тўлишини таъминлаш	«Кесишган инфекция» ривожланиши мумкин.
4. Маскали режимни ташкиллаштириш	Инфекцияни юқиш йўли ҳаво томчилиги қайд қилинса.
5. Ўткир даврида ётоқ режимини ташкиллаштириш	Асоратлар ривожланишига шубҳа бўлса
6. Тоза ҳаво билан таъминлаш	Нафас органлари касалликларида кислород етишмовчилиги кузатилади
7. Бола ётган хонанинг ҳароратини 18-20 градусда сақлаш зарур.	Совуқ ҳаво балғамни кўчишини яхшилаб, нафас олишни чуқурлаштиради.
8. Тўшақда болани кўтариш ҳолатда кўйиш	Ўпкага қон келиши камаюди, диафрагма бироз пастга тушади ва нафас олиш енгиллашади
9. Ҳар куни камида 2 марта хонани намлаб аритиш ва шамоллатиш	Хонани тозалигига эришилади, кўзгатувчилар концентрацияси камаюди.
10. Болага ҳаракатли режим ва дренажли ҳолатни ташкил этиш керак.	Балғам кўчиши яхшиланади, димланишни олди олинади
11. Тери, бурун-юткин, кўз шиллик каватлари гигиенасига риоя қилиш	Тери нафас функциясининг бажарилиши таъминланади. Нафас аъзолари касалликларида катарал ҳолатлар, конъюнктивит, ривожланиши мумкин.
12. Ич келишини назорат қилиш, қабзиятни олдини олиш.	Қабзият интоксикацияни кучайтиради. Қабзиятда диафрагма юқорига кўтарилиши нағижасида нафас экскурсияси кийинлашади.
13. Меҳнат ва дам олишни ташкиллаштиришда юкламалар чегаралансин.	Ҳар бир юклама қушимча кислородни талаб этади ва нафас етишмовчилик белгиларини кучайтиради.
14. Овқатлантиришда кўп миқдорда суюклик, овқат ҳажми кичик порцияларда.	Ўпка экскурсиясига салбий тасир кўрсатмайди. Кўп миқдорда суюклик қабул

	килиш дезинтоксикацион таъсирга эга.
--	--------------------------------------

## 6. Буйрак касалликларида беморларни парваришлаш.

Мақсад: касалликни яққол клиник белгилари юзага чиқмаслигини, жараён авж олмаслиги ва буйрак етишмовчилигини олдини олиши.

Ҳамшира томонидан аралашув режаси	Асослаш
1) Бемор ва қариндошларини касаллик тўғрисида хабарлаш	Бемор ахборот олишга ҳақлидир. Бола ва қариндошлари ҳамма қилинаётган муолажаларни даволаш мақсадига мувофиқлигини тушунишади.
2) Пархез: стол №7 белгилаш, аччиқ, шўр озик-овқатлар ва суюқликни чеклаш. Эслатма: Ўткир пиелонефрит беморларда кўп суюқлик ичишини ташкил қилиш ҳолатда диурезини кузатиб туриш лозим. Ўткир гломерулонефритли беморларда облигат аллергенларни инкор қилиш.	Буйрак паренхимаси таъсирланиши камаяди, шу билан бирга боғлиқ оғриқ синдроми камаяди. Буйракларга юклама камрок тушади. Организмда суюқлик йиғилиши шишларни кўпайтиради, АҚБ оширади Пиелонефритнинг ўткир даври интоксикация билан кечади Гломерулонефрит инфекцион аллергик касаллик ҳисобланади
3. Касаллик ўткир даврида тушак режими ташкиллаштириш, кейинчалик аста-секин уни кенгайтириш билан	Буйраклар горизонтал ҳолатни яхши кўради, чунки бемор ётган ҳолатда оғриқ синдроми камаяди, буйракни қон билан таъминланиши яхшиланади, натижада регенератор жараёнлар ҳам яхшиланади.
4. Диурезни аниқ регистрациялаш	-Диурез камайиши организмда суюқлик ушланишидан далолат беради. -Диурез бузилиши, ҳамда унинг кундузги ва тунги нисбати ўзгариши буйрак фаолиятини баҳолашга имконият беради.
5. Болани кўшимча инфекция ва шамоллашлардан эҳтиёт қилиш.	Турли хил кўшимча инфекция касалликни авж олишига олиб кела-



	ди.
6.Бола меҳнат ва дам олишни ташкиллаштиришда функционал ва эмоционал юкламани чегаралаш.	Юклама АҚБ кўтарилиши ва оғрик синдромини кучайишига олиб келади.
7.Жинсий аъзолар гигиенасига риоя қилиш	Юқорига кутарилувчи инфекция ривожланиш эҳтимоли бор.
8.Болани совуқ қотишдан эҳтиёт қилиш	Совуқотиш иммунитетни (маҳаллий ва умумий) пасайтиради ва жараён авж олишига олиб келади.
9.АҚБ регуляр ўлчаб туриш, касал бола қариндошларига АҚБ ўлчашни ўргатиш	АҚБ кескин ошиб кетишига олиб келмаслик.

### 7.Ўт йўллари дискинезияларида парварishi.

Мақсад: касаллик клиник манзараси,оғрик синдроми , патологик жараён кўзишига йў қўймаслик.

Ҳамшира иш режаси	Ассослаш
1.Бемор ва уни қариндошларига касаллик тўғрисида ахборот бериш	Бемор ахборот олишга ҳақлидир Бола ва қариндошлари ҳамма қилинаётган муолажаларни даволаш мақсадига мувофиқлигини тушунишади.
2)Болага 5чи парҳез столни ташкил қилиб бериш. Рациондан кучли бульонлар, консервалар, ёғли маҳсулотлар, қовурилган, дудланган, озикалар ман этилади. Эслатма: Ўт йўллари дискинезиясининг гипотоник тури билан оғриган бола рационига ўт ҳайдовчи маҳсулотлари (тухум, шарбат, ўсимлик мойи) қўшилади: ўт йўллари дискезияси гипертоник тури билан оғриган бола рационидан юқорида кўрсатилган маҳсулотлар олиб ташланади.	Кўрсатилган маҳсулотлар ўт ҳосил бўлишини кескин кучайтиради ва ўт йўлларини таъсирлайди. Юқоридаги маҳсулотлар ўт йўллари дискинезиясининг гипотоник типига оғрик синдромига олиб келувчи ўт димиланиш ҳолатини олдини олади. Ўт йўллари дискенезияси гипертоник типигаги ўт чиқиб кетиши Одди сфинктери спазми ҳисобига ривожланади,юқоридаги маҳсулотлар оғрик хуружини кучайтиради.
3.Бола парҳезини қатъий кузатиб бориш	Парҳездан ҳар қандай четга чиқиш оғрик синдромини кўзишига олиб

	келади.
4.Ҳар куни бир вақтда овқатланишни ташкил қилиш ва кузатиш	Овқат қабул қилиш режимига риоя қилганда ўт ажралиш жараёнини тренероькаси кетади
5.Бола меҳнати ва дам олишнинг ташкиллаштиришда жисмоний ва эмоционал юкламани чегаралаш	Ҳар қандай юклама оғрик синдроми зўриқишига олиб келади.

### 8.Сурункали гастритда парварииш

Мақсад: касалликни кучли клиник манзараси ривожланишига, жараён кўзишига, меъда ярасини ривожланишига йўл кўймаслик.

Ҳамшира иши режаси	Асослаш
1.Бемор ва уни қариндошларнинг касалик тўғрисидаги ахборот бериш	-Беморни ахборотга эга бўлиш ҳуқуқи таъминланади -Бола ва уни қариндошлари парҳез ва парварииш қоидаларига қатъий риоя қилишни тушуниши керак.
2.Болага айёвчи (механик, химик, термик) парҳезни ташкиллаштириш	Ошқозонни яллигланган шиллик қавати таъсирланишини пасайтиради. Жараёни кўзиш даврида овқат кўпроқ тежалган бўлиши шарт.
3.болани 4-5 мартабалик, кичик порцияларда овқатланишини таъминлаш.	«Кам -кам, тез-тез» овқатланиш, ОИТдан юкламани камайтиради, ошқозон шиллик қаватини хлорид кислота таъсиридан ҳимоя қилади.
4.Боланинг кунлик режимини ташкиллаштириш ва қатъий назорат қилиш	Режимини сақланган ҳолда овқат ҳар куни бир вақтда қабул қилинади, натижада яхши ҳазм бўлади. Кундалик режимга риоя қилиш қўшимча юкламалардан озод қилади ва буни бажармаслик жараён кўзиши ёки оғрикни кучайиши сабаблари ҳисобланади.
5.Боланинг эмоционал ҳолатини кузатмок.	Стресс фактори сурункали гастритнинг ривожланишига, уни авжланишига, ярани пайдо бўлишига олиб келувчи фактор ҳисобланади.

### 9. Қон касалликларида парвариш

Мақсад: клиниканинг ўта ривожланишига, жараёни авжланишига, иммунитетнинг пасайишига ва асоратларнинг пайдо булишига йўл қўймаслик.

Хамшира иши режаси	Асослаш
1. Бемор ва қариндошларига касаллик ҳақида ахборот бериш	- Беморни ахборотга эга бўлиш ҳуқуқи таъминланади - Бола ва уни қариндошлари парҳез ва парвариш қоидаларига қатъий риоя қилишни тушуниши керак.
2. Овқатланишни тўғри ташкилантириш: а) витаминларга бой (мева-сабзавотлар, табиий шарбатлар) б) кальцийга бой маҳсулотлар (сутли маҳсулотлар, творог, пишлок) в) темирга бой (кўкатлар, лавлаги, анор ва жигар) Эслатма: геморрагик васкулитли болани парваришда облигат аллергенларсиз озикланишни ташкиллаштириш (цитрусли маҳсулот, шоколад, балиқ икраси, қулупнай, ва ҳ.к. ).	Ҳар қандай қон касаллигида бола кучсиз бўлади, уни иммунитетни пасайган, организмга витаминлар керак бўлади Кальций томирлар деворини мустаҳкамлайди, қон ивишини яхшилайдди. Темир эритроцитларда гемоглобин ҳосил бўлиши учун зарур. Геморрагик васкулит инфекцион-аллергик касаллик ҳисобланади
3. Болани ва уни қариндошларини темир препаратларини тўғри қабул қилишга ўргатиш.	Темир препаратларини овқатланиш орасида берилиши керак ва уларни янги мева шарбатлари билан (яхшиси цитрусли) қабул қилиш керак. Темир препаратларини сут билан ичиш мумкин эмас.
4. Мехнат ва дам олишни ташкиллаштиришда жисмоний юкламани чегаралаш	Ҳар қандай қон касаллигида ҳолсизлик, бўшаувчанлик, иш қобилиятини пасайиши кузатилади Жисмоний юкламалар тўқималарга қон қуйилишини, қон кетишини, геморрагик тошмаларни кучайтириши мумкин.
5. Болаларни шикасланишдан сақлаш	Қон кетишига, қон қуйилишига олиб келувчи травмалар касалликнинг оғир кечишига олиб келади
6. Шамоллаш ва инфекцияларни ол-	Қон касалликларида бемор бола

дини олиш бўйича чора-тадбирларни ташкиллаштириш	иммунитети пасаяди. Инфекция кўшилиши касаллик кўзишига олиб келади.
--	---

### 10. Юрак касалликларида парвариш.

Мақсад: касаллик клиник манзарасини кучайишига, жараён кўзишига, юрак етишмовчилик ривожланишига йўл қўймаслик, болага максимал қулайлик билан таъминлаш.

Ҳамширани иш режаси	Асослаш
1. Бемор ва қариндошларига касаллик ҳақида маълумот бериш	- Беморни ахборотга эга бўлиш ҳуқуқи таъминланади - Бола ва уни қариндошлари парвариш қондаларига катъий риоя қилишни тушуниши керак
2. Болага кичик порциялар билан 4-5 марталик овқатланишни ташкиллаштириш	- Овқат ҳазм бузилиши кислород ишлатилишини талаб қилади. Юрак касалликларида эса унинг етишмовчилиги бўлади. Шунинг учун кам-кам, тез-тез овқатланиш юракка юкламани камайтиради. - Кўп миқдорда овқат қабул қилганда диафрагма кўтарилади ва юрак фаолиятини қийинлаштиради.
3. Болага калий тузларига бой овқатланишни ташкил қилиш. (картошка, қарам, петрушка, туршак, ўрик, анжир, майиз) Эслатма: Ревматизм билан оғриган беморларни парваришда облигат аллергиялар чегараланган овқатланишни ташкил қилиш керак.	Калий юрак фаолиятини яхшилайди Ревматизм инфекцияли аллергияли касаллик ҳисобланади
4. Болага суюқлик ва туз чегараланган овқатланиш ташкиллантирилиши лозим.	- Туз организмда суюқликни ушлаб қолади. - Суюқлик ушлаб қолиниши, қон босими ошишига, юрак етишмовчилигига олиб келади.
5. Касалликни ўткир даврида болага ётоқ режими ва уни аста-секин кенгайтирилишини ташкил қилиш	Асоратлар ва юрак етишмовчилиги ривожланишини олдини олиш
6. Болани тоза ҳавода бўлишини	Юрак фаолияти бузилганда,

таъминлаш	кислород етишмовчилиги ривожланади.
7.Тушакда болани боши кўтарилган ҳолатда қўйиш	Бунда юракка қон келиши камаяди ва натижада юракка юклама камаяди.
8.Мехнат ва дам олишни ташкил қилишда жисмоний ва эмоционал юкларни чегаралаш	Ҳар қандай юрак касаллигида ҳолсизлик, бўшашувчанлик, иш қобилиятини пасайиши бўлади. Жисмоний юклар АДни ва юракка юкларни оширади, кислородни қўшимча ишлатишни талаб қилади.
9.Инфекциялар қўшилишининг олдини олиш чораларини ташкил қилиш	Инфекциялар қўшилиши касаллик кўзишига олиб келади
10.Нафас олиш тезлиги, пульс, артериал босимни аниқ, регуляр назорат қилиб туриш	Келтирилган кўрсаткичлар касаллик кечишини кузатишга ёрдам қилади.

### 11. Чақалоқлар гемолитик касалликларида парваришлаш

Мақсад: касалликнинг кучли клиник картинасига йўл қўймаслик.

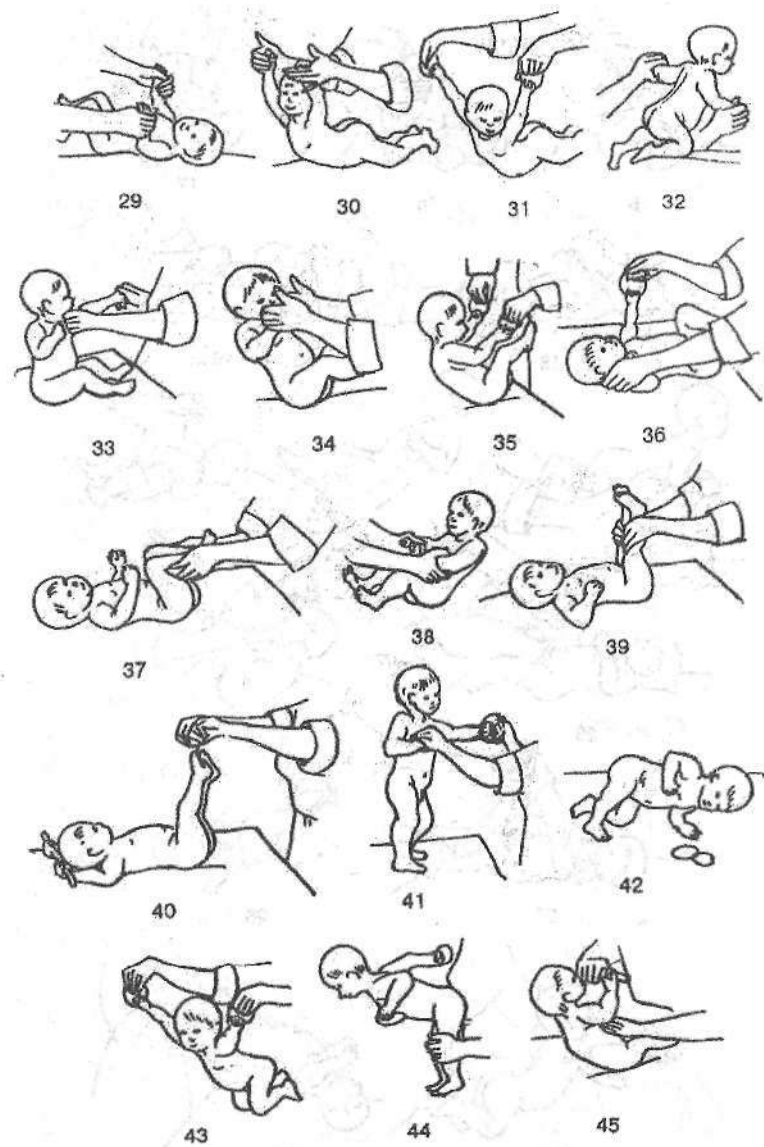
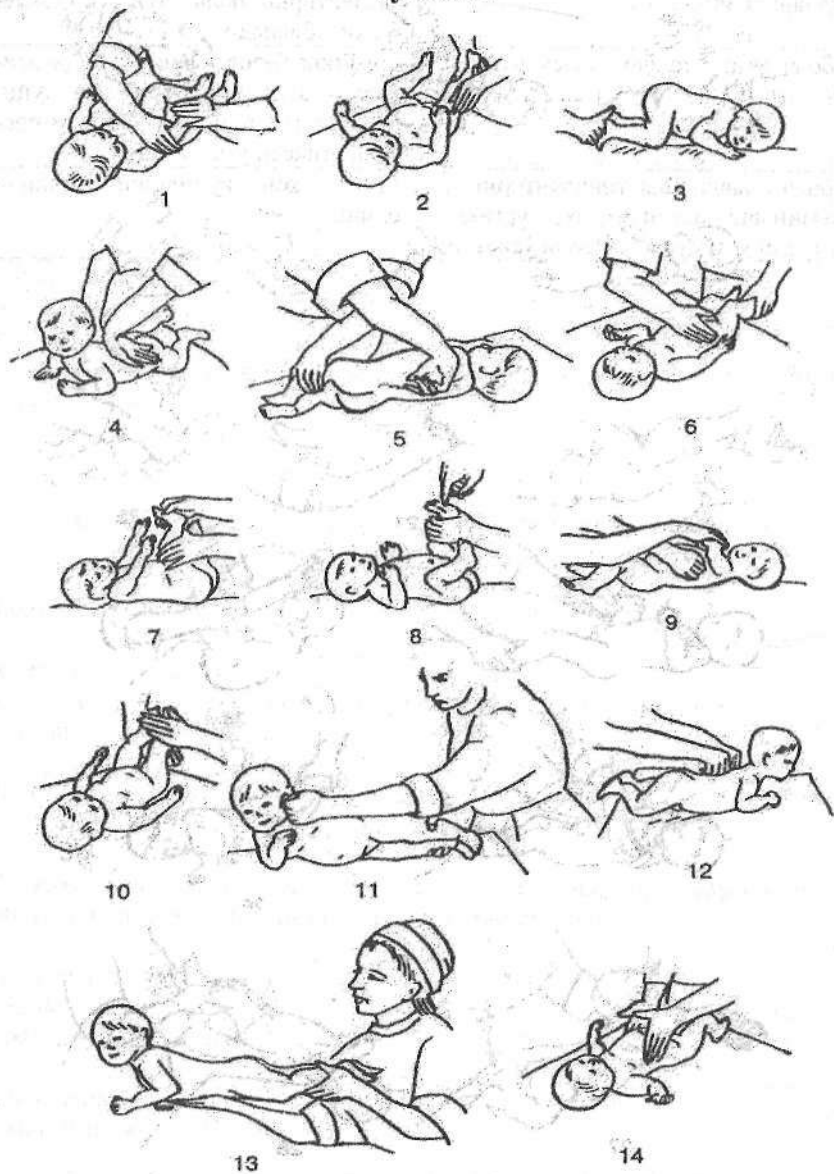
Ҳамшира амаллари режаси	Асослаш
1. Она сути билан имкон бори эрта эмизиш	Она сути табиий дофалак
2. Ҳаётининг 24-48 соатлиги давомида фототерапия ўтказишни ташкиллаштириш	Фототерапия теридаги билирубинни парчалайди.

### 12. Асфиксия ҳолатидан чиқарилган ва мия ичи жароҳатининг бошланғич давридаги бўлган беморни парваришлаш

Ҳамшира иши режаси	Асослаш
1. Бемор ва қариндошларига касаллик ҳақида ахборот бериш	-Беморнинг ота-онаси ахборотга эга бўлиш ҳуқуқи таъминланади
2. Беморни бош томони кутарилган ҳолатни таъминлаш	Бош миядан қонни
3. Бошига муз қуйиш.	Бош мия қон томирларини қиска-

	риши ва утказувчанлиги камайиши таъминланади
4.Зонд оркали овкатлантиришни ташкиллаштириш.	Она кукраги ва шиша идишдан овкатлантириш бола учун огир юклама хисобланади.
5.Болаларни ташки таасуротлардан саклаш.	Боланинг безовталаниши олди олинди, натижада мияга кон куйилишлар ва кон босими ошиши профилактикаси утказилади.
6.Болага максимал тинчлантириш ни таъминлаш (аевчи курик, йургаклаш ва турли хил муолажаларни утказиш).	Мияга кон куйилишни олдини олиш.

3 ёшгача бўлган соғлом болалар учун массаж ва жисмоний машқлар тўплами









46



47



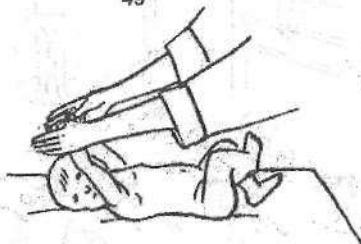
48



49



50



51



52

## Амалий кўникмалар

### 1. Гипертермияда тез ёрдам

Гипертермиянинг 2 тури бўлиши мумкин:

-кизил-иссиқлик ҳосил бўлиши иссиқлик йўқолишига тенг(беморнинг териси энгил гиперемияси кузатилади тери нам иссиқ)

-оқ гипертермия- иссиқлик ҳосил бўлиши унинг ажралишидан устун (периферик кон томирлари спазми калтираш териси рангпар лаблари кўкимтир қўл-оёқлари совуқ).

Ҳамшира амалларининг режаси	Асослаш
1.беморни тўшакка ётқизиш	Гипертермия – интоксикация белгиси
2. сиқиб турувчи кийимларини ечиш	Ўпка экскурсиясини яхшилаш
3.тоза ҳаво билан таъминлаш	Гипертермияда гипоксия ривожланади
4.Гипертермия турини аниқлаш	«Оқ» гипертермия периферик кон томирлари спазми билан боғлиқ, уни «кизил»га айлантириш зарур.
5.Иситма кўрсаткичларига кўра муолажаларни ташкиллаштириш: А.Агар ҳарорат 37,5 бўлса-кўп миқдорда суюқликлар тавсия қилинади(сув,мева шарбатлари,минерал сувлар). Б.Ҳарорати 38,0 бўлса-физик усулларни қўллаш ёрдамида тана ҳароратини тушириш лозим. В.Тана ҳарорати 38,5-39.0 С дан юқори бўлса-энтерал ва парентерал йўл билан иситма тушурувчи дори воситаларини қўллаш. Г.Ҳарорат туширишнинг физик усуллари: -йирик кон томирлар соҳасига (бўйин, қўлтик ости, чов, қорин , бош) муз қўйиш, -спирт, уксус эритмалари билан терини артиш	Иситма аста секин тушиши керак

-хукна (клизма) кўйиш -нам чойшабга ўраш, -ошқозонни илик сув билан ювиш. Д.Медикаментоз даволаш: -энтерал йўл билан-панадол, параше- тамол, цефекон, эффералган. Эслатма: гўдак ёшдаги болаларга ас- пирин, цефекон тавсия этилмайди. -парентерал йўл билан: -50% анальгин эритмаси, -1% димедрол эритмаси, -2% папаверин	
6.кислородтерапия ўтказиш .	Гипертермияда тўкималарнинг ки- слородга эҳтиёжи кучаяди
7.диурез назорат қилиш	Токсинларни чиқиб кетишини таъминлаш
8.такрор термометрия ва ўтказилган тадбирлар коррекцияси	Боланинг ҳарорати аста секин 20- 30 минутдан кейин тушиши керак.

## 2. Ларингоспазмда тез ёрдам.

Ларингоспазм-спазмофилия касаллигининг бир кўриниши бўлиб, бола кўркқанда, йиғлаганда, кичкирганда кузатилади. Бундай ҳолатларда нафас олиши бир неча секундларга тўхташи,(нафаси ичига тушиб кетиши)мумкин. Бола дастлаб ок, сўнг кўкаради ва ҳушдан кетиши мумкин. Хуруж чуқур хўрсиниш, жарангдор нафас олиш,"хўроз кичкириши" билан тугайди. Бемор бир оз йиғлаб, ўз ҳолатига келади ва уйқуга кетади.Оғир ҳолатларда хуруж юрак фаолияти тўхташи сабабли ўлимга олиб келади.

Хамшира амалларининг режаси	Асослаш
1.беморни текис жойга ётказиш	Реанимацион чоралар ўтказиш керак бўлиши мумкин (юрак фаолияти тўхтаса).
2.сиқиб турувчи кийимларини ечиш	Ўпка экскурсиясини яхшилаш
3.гоза ҳаво билан таъминлаш.	Кислород етишмовчилиги ривожлана- ди
4.тинч ҳолатни ташкиллаштириш	Такрор хуруж ривожланишини олдини олиш.

5. Боланинг юзлари, танасига совуқ сув пуркаш, ёки бурун шиллик қаватларини қитиклаш (пиллак билан, бурнига пуфлаш, нашатир спирти, пиёз ҳидлатиш), шпатель билан тил илдизига босиш	Спазмни рефлектор йўқотиш
6.Реланиум (седуксен) мушак орасига.	Талвасаларга қарши
7.10% кальций глюконат эритмаси м/о,т/и	Спазмофилияда гипокальцемия ривожланади
8.муолажалар самарасиз бўлса, интубация ёки трахеотомия 9.Юрак фаолияти тўхтаганда-юрак билвосита массажи 10.нафаси тиклангандан сўнг-кислородтерапия	Нафас йуллари ўтказувчанлигини таъминлаш Реанимацион чора-тадбирлар Ларингоспазм натижасида гипоксия ривожланади.

### 3. Шайтонлаш (талвасаларда) тез ёрдам.

Талвасалар-мушакларнинг ўз ҳолича қисқаришлари бўлиб, тана ва қўл-оёқларнинг шакли ўзгаришини чақиради.

Талвасаларнинг 2 босқичи тафовут этилади:

- 1-тоник тиришишлар-боланинг тўсатдан атрофдагилар билан мулоқоти тўхтайд, кўзлари ора-зирак, сўнгра телага ёки ён томонига фиксацияланади, бошини орқага ташлайди, қўллар буқилган, оёқлари эса тиришган ҳолда
- 2-клоник тиришишлар-юз мушакларининг тортилиши, сўнг қўл-оёқларида тиришишлар.

Ҳамшира амалларининг режаси	Асослаш
1.беморни текис ва юмшоқ жойга ётқизиш	Травмаларни олдини олиш.
2.сиқиб турувчи кийимларини ечиш	Ўпка экскурсиясини яхшилаш
3.тоза ҳаво билан таъминлаш.	Талвасаларда кислородга эҳтиёж ошади
4 Жағ тишлар орасига пахта ёки бинт ўралган шпатель қўйиш	Тишини тишлаб олишни олдини олиш.
55.Медикаментоз даво: диазепам (паралдегид) -реланиум(седуксен) -0,25% дроперидол -25% магний сульфат -20% ГОМК	МНС қўзғалувчанлигини пасайтиради

6.Кислородтерапия.	Гипоксияни олдини олиш ёки бар- тараф қилиш
7.Талвасалар сабабларини аниқлаш ва уни бартараф этиш	Талваса- бу турли касалликлар симптоми, сабаб йўқотилмаса, улар такрорланиши мумкин

#### 4. Ўткир ларингитда (крупда) тез ёрдам.

Бу ҳолат асосан турли вирусли инфекцияларда ривожланади ва овоз бўғилиши, дағал, «воввуловчи» йутал, нафас етишмовчилик аломатла-ри(беморнинг безовта бўлиши, инспиратор ҳансираш, нафас олишида қўшимча мускулатура(бурун катаклари, ковургалараро мушаклари, диафраг-ма)иштироки билан).

Ҳамшира амалларининг режаси	Асослаш
1.беморни боши бир оз кўтарилган ҳолда ётқизиш	Овоз бойламлари ости шишини ка- майтириш учун.
2.сикиб турувчи кийимларини ечиш	Ўпка экскурсиясини яхшилаш
3.тоза ҳаво билан таъминлаш.	Кислород етишмовчилиги ривож- ланади
4 тинч ҳолатни ташкиллаштириш	Бемор кўзгалувчан.
5Чалғитувчи терапия ўтказилади - болдирларига горчичниклар, оёқларига иссиқ ванналар	Овоз тирқиши соҳасидаги шишлар ва экссудатнини камайтиради
6. Ингаляциялар бўғли(зуфиллин,сода ва ўт дамламалари)	овоз тирқиши шишини камайтира- ди,балғам кўчишини яхшилайти
7.Медикаментоз даво: - лазикс -зуфиллин гормонлар	Овоз бойламлари ости шишиларни камайтиради Овоз бойламлари спазмини камай- тиради Яллиғланишга, аллергияга қарши таъсири
8.Кислородтерапия.	Кислород етишмовчилигини барта- раф этади

## 5. Анафилактик шокда тез ёрдам.

Анафилактик шок –аллергик реакциянинг бир тури бўлиб, алерген таъсирдан кейин тезда ривожланади. Унинг ривожланиши асосида биологик актив моддаларнинг кўп миқдорда ажралиб чиқиши ётади, натижада:

-томирлар ўтказувчанлиги ошиши,

қон босими пасайиши, тахикардия, териси оқариши, томир уриши сустлашиши,

-бронхоспазм, нафас олиши қийинлашиши, хансираш, цианоз ривожланиши,

-қоринда оғрик, қусиш, ичаклардан қон кетиши,

-галвасалар, хушдан кетиш

Илк белгилари кул-оёқлари совук, ипсимон тешланган пульс капилляр пульс тикланиши 3 сониядан ортик

Ҳамшира амалларининг режаси	Асослаш
1.аллерген юборишни тўхтатиш	Анафилактик шок-аллергик реакция
2.беморни текис қаттиқ тўшакка ётқизиш -оёқлари бир оз кўтарилган ҳолда -Бошини ёнбошга ўгириш	Юрак ва нафас олиш фаолияти тўхташи мумкин ва реанимация ўтказиш керак бўлиши мумкин - мияни кислород билан таъминланишини яхшилаш Қусиқ моддалари аспирациясини олдини олиш
3. Аллерген юборилган жойга муз қўйиш, имконият бўлса инъекциядан юқори жойга жгут қўйиш	Аллергенни таъсирини камайтириш, қонга тушишини олдини олиш
4. сикиб турувчи кийимларни ечиш	Ўпка экскурсиясини яхшилаш
5. тоза ҳаво билан таъминлаш	Кислород егишмовчилиги ривожланади
6. Томир ичи ёки мушаклар орасига: -преднизолон -адреналин 0,1%- -димедрол 1%- -эуфиллин 2,4%- -кальций глюконат 10%	Антиаллергик таъсирга эга Қон босимини кўтаради Антигистамин препарат Бронхолитик таъсирга эга Қон томирлари ўтказувчанлигини

	тиклайди, антиаллергик таъсирга эга
7 Кислородтерапия	Гипоксияни бартараф этиш

### 6. Метеоризмда тез ёрдам.

метеоризм – қоринда газлар тўпланиши ва қоринни дам бўлиши.

Ҳамшира амалларининг режаси	Асослаш
1. беморни текис жойга ётқизиш ва кийимларини ечиш	Ичак перисталтикасини осонлаштириш.
2. тоза ҳаво билан таъминлаш	Комфорт шароитлар ташкиллаштириш
3. қоринни енгил массажини ўтказиш	Перисталтика яхшиланиши учун
4. газлар чиқарадиган трубка қўйиш (юқоридаги чоралар самарасиз бўлган ҳолда)	Ичаклардаги йиғилган газларни чиқриш мақсадида.
5. қуйидаги дориларни тайинлаш Карболен ёки смекта Церукал (реглап) ёки прозерин	Адсорбентлар Ичак перисталтикасини яхшилайдди
6. Овқат рационидан қоринни дам қилувчи озик- овқат маҳсулотларни олиб ташлаш: сут, сабзавотлар, дуккакдилар, қора нон ва ҳ.к.	Метеоризмни олдини олиш.

## 7. Қайт қилишда биринчи ёрдам.

Қусиш (қайт қилиш) сабаблари:

- заҳарланиш,
- интоксикация
- меъда-ичак касалликлари,
- МНС касалликлари

Ҳамшира амалларининг режаси	Асослаш
1.беморни бошини бир оз юқори ва ёнбош қилиб ётқизиш.	Қусуқ массалари аспирациясини олдини олиш
2.сиқиб турувчи кийимларини ечиш	Ўпка экскурсиясини яхшилаш
3.тоза ҳаво билан таъминлаш	Нафас олишни яхшилаш ва похуш хилларни йўқотиш
4.меъдани ювиш (шифокор тавсиясига кўра)	Заҳарларни чиқариш мақсадида
5.Медикаментоз даво: 0,25% новокаин (ичига)  Церукал, реглан (м/о) ёки прозерин Аминазин (м/о)	Периферик қусиш марказига таъсир кўрсатади Перистальтикани яхшилайди Марказий қусиш марказини кўзгалувчанлигини камайтиради
6.Қайт қилгандан сўнг: А)оғизни илиқ сув билан чайиш Б).2-4 соат давомида суюқлик тайинлаш.	Гигиеник комфортни таъминлаш Орал регидратацияни таъминлаш



### 8. Хушдан кетишда биринчи ёрдам

Ҳамшира амалларининг режаси	Асослаш
1.беморни текис жойга ётқизиш(оёқлари бир оз кўтарилган ҳолда) ёки ўтирган ҳолда бошини энгаштириш	Мияни қон билан таъминланишини яхшилаш
2.Сиқиб турувчи кийимларини ечиш	Ўпка экскурсиясини яхшилаш
3.Тоза ҳаво билан таъминлаш	Мия гипоксиясини камайштириш
4. Юз ва танасига сув пуркаш ёки нашатир спиртини хидлатиш	Нафас ва томир марказлари рецепторларини кўзғатиш
5.Медикаментоз даво: Тери остига кордиамин юбориш	МНС кўзғатиш хусусиятига эга

### 9.Бурундан қон кетишда биринчи ёрдам

Ҳамшира амалларининг режаси	Асослаш
1.бемор ўтирган ҳолда, боши бир оз олдинга энгашган	Қонни аспирация қилишни олдини олиш
2.сиқиб турувчи кийимларини ечиш	Ўпка экскурсиясини яхшилаш
3.тоза ҳаво билан таъминлаш	Нафас олишни яхшилаш
4.тинч ҳолатни ташкиллаштириш	Бола одатда безовта ва қурқув хисси
5.бурун катакларини босиб туриш (қон кетган томонини)	Механик қон кетишни тўхтатиш
6.бурунга совуқ грелка ёки муз қўйиш, оёқларига иссиқ қилиш	Бурунни қон билан таъминланишини камайштириш

7.пахта тампони билан қон кетган бурун йули тампонадаси (пахтани эритма билан намлаш)	Маҳаллий қон кетишни тўхтатиш
8.Медикаментоз даво: Дицинон, Аминакапрон кислота эритмаси Викасол м/о,ичига Кальций глюконат	Қон тўхтатиш хусусиятига эга Қон томирлари деворларини мустаҳкамлайди

### 10.Қоллапса тез ёрдам

Қоллапс- ўткир томир етишмовчилининг оғир формаси бўлиб кўп миқдордаги қон йўқотиш ёки уни тақсимланиши бузилиши сабабли, қон босимининг кескин пасайиши билан кечувчи оғир ҳолат.

Клиник манзараси: боланинг аҳволи бирданига кескин ёмонлашиши, ҳушдан кетиш , териси рангпар, совуқ ёпишқоқ тер билан қопланган, пульс нисмон, тезлашган, қон босими кескин пасайган.

Ҳамшира амалларининг режаси	Асослаш
1.беморни текис жойга етқизиш,бош томони пастга туширилган ҳолда ўтирган ҳолда, боши бир оз олдинга энгашган	Мияни қон билан таъминланишини яхшилаш, гипоксияни камайтириш мақсадида
2.сикиб турувчи кийимларини ечиш	Нафас олишни яхшилаш
3.тоза ҳаво билан таъминлаш	Гипоксияни камайтириш
4.томирларни торайтирувчи дори воситаларни юбориш: Мезатон ёки Адреналин ёки Норадреналин	Қон ҳажмини камайтириш ва қон босимини кўтариш
5.томир ичига қон ўрнини босувчи воситаларни юбориш(қон босими назорати остида)	Қон ҳажмини тиклаш ва қон босимини кўтариш

**Педиатрияда ҳамширалик иши бўйича умумий ўқитувчи –  
назорат қилувчи саволлар**

УЎҚИТУВЧИ

ЖАВОБ

**Чақалоқлар касалликлари:**

**1. Асфиксиянинг икки турини кўрсатинг:**

- хомила асфиксияси
- чақалоқлар асфиксияси

**2. Асфиксиянинг 5 сабабларини кўрсатинг:**

- киндик орқали қон айланишининг бузилиши
- йўлдошда газлар алмашинуви бузилиши
- хомила сурункали гипоксияси
- йўлдошнинг она қисмидаги етишмовчиликлари
- хомила туғма касалликлари

**3. Ўрта оғир асфиксия 5 белгилари:**

- нафас 1 мин ичида тикланмайди
- юрак уриш сони 100 ва ундан кўп

-мушаклар тонуси пасайган

-жавоб реакцияси суст

-Апгар буйича 4-6 балл

**4. Оғир даражали асфиксиянинг 5 белгиси:**

-нафас олиши қузатилмайди

-юрак уриши сони 100дан кам

-мушаклар тонуси йўқ (атония)

-рефлекслар чақирилмайди

-Апгар буйича 0-3 балл

**5. Апгар шкаласининг 5 кўрсаткичлари:**

-нафас олиши

-юрак уриши

-физиологик рефлекслар

-мушаклар тонуси

-терининг ранги

**6. АВС-реанимация маъноси:**

-А-нафас йўлларининг ўтказувчанлигини таъминлаш

-В-нафас олишни таъминлаш (ўпка сунъий вентиляцияси)

-С-юрак фаолиятини тиклаш ёки таъминлаш

**7. Нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш йўллари:**

-оғиз ва бурунни катетер орқали тозалаш

-тактил стимуляция ўтказиш

-терини артиш

-нафас йўллари санацияси

-нафас олиш сонини аниқлаш

**8. Нафас сунъий вентиляцияси:**

- маска ва Амбу қопчасини ишлатиш
  - 100% кислород бериш
  - нафас олиш сони 40-60
- 9.Юрак билвосита массажи:
- нафас сунъий вентиляцияси билан биргаликда
  - катта бармоқлар ёрдами усулида
  - икки бармоқ усулида
  - массаж ритми 1минутига 100
  - хар 30 сонияда пульс текширилиши
- 10.Перинатал энцефалопатия даврлари:
- Ўткир(10 кунгача)
  - эрта тикланиш(4 ойгача)
  - кеч тикланиш(4 ойдан -2ёшгача)
  - қолдик асоратлар(2ёшдан кейин)
- 11.Ўткир даврга хос 2 тур ўзгаришлар:
- қўзғалувчанлик синдроми
- 12.Тикланиш даврига хос 3 синдром:
- астеноневротик
  - гипертензион
  - гидроцефал
- 13.Чақалоқлар гемолитик сариклиги касаллиги сабаблари:
- АВО система мутаносиблиги
  - Резус-фактор бўйича номутаносиблик
- 14.Гемолитик сариклик касаллигининг 3 клиник шакли:
- анемик
  - сариклик
  - шиш
- 15.Чақалоқлар гемолитик сариклик касаллиги мойиллик факторлари:
- она организми сенсбилизацияси( қон қуйишлар,абортлар)
  - плацента ўтказувчанлиги ошишига олиб келувчи омиллар
  - антителолар шикастлантириш кучи
  - ҳонила етуклик даражаси
- 16.ЧГС касаллиги анемик шакли клиник белгилари:
- тери рангпарлиги
  - енгил даражали сариклик
  - қонда Нв микдори камайган
  - гепато ва спленомегалия
- 17.Сариклик шаклига хос белгилар:
- сариклик
  - анемия
  - гепатоспленомегалия
  - қонда билирубин микдори юқори

-неврологик ўзгаришлар

18. ЧГС касаллиги сариклик шаклидаги неврологик ўзгаришлар:

-энса мускуллари ригидлиги

-талвасалар

-қуёш ботиш симптоми

-катта ликилдок таранглашиши ва бўртиши

-Грефе симптоми

19. ЧГС касаллиги шнш формасига хос симптомлар:

-тарқоқ шишлар

-сариклик

-гепатоспленомегалия

-анемия

20. ЧГС касаллигининг даволаш асослари:

-кон алмаштириш

-инфузион терапия

-фототерапия

-фенобарбитал

-энтеросорбентлар

21. Сепсис касаллиги сабабларини кўрсатинг:

-стафилококklar

-стрептококklar

-грам-манфий флора

22. Сепсис касаллиги мойиллик факторлари:

-онада сурункали инфекция ўчоқлари

-муддатига етмай туғилиш

-туғруқ травмалари

-тери ва киндик инфекцион касалликлари

23. Сепсиснинг 2 клиник шаклини кўрсатинг:

-септицемия

-септикопиемия

24. Септицемияга хос 5 клиник белги:

-юқори ҳарорат ёки субфебрилитет

-қусиш

-вазни камайиши

-дислептик ўзгаришлар

-гепато-ва спленомегалия

25. Септикопиемияга хос 5 белги:

-менингит

-остеомиелит

-пневмония

-энтероколит

-токсикоз

26. Сепсис касаллигида 5 инфекция кириш йуллари:

- тери ва шиллик каватлари
- нафас йўллари
- киндик
- қулоқ
- ичаклар

#### 27. Сепсисни даволаш принциплари:

- антибактериал терапия
- дезинтоксикацион терапия
- а'стафиллококк плазма, гамма-глобулин
- дисбактериозни даволаш

#### 28. Сепсис профилактикаси:

- ҳомиладор аёлни соғломлаштириш
- ҳомиладорлик даври асоратларини олдини олиш
- туғруқ жараёни асоратларсиз кечишини таъминлаш
- шахсий гигиена
- она сути билан барвақт эмизиш

#### Эмизикли ёш касалликлари

#### 29. Гипотрофия сабабларини кўрсатинг:

- озикланишнинг бузилишлари
- юкумли касалликлар
- парвариш камчиликлари
- туғма нуқсонлар
- наслий ва ирсий касалликлар

#### 30. 1 даражали гипотрофияга хос 4 белги:

- вазн дефицити 10-20%
- тери ости ёғ қатлами корин ва кўкракда камайган
- бўй ўсиши ўзгармаган
- ички органларда ўзгаришлар йўқ

#### 31.2 даражали гипотрофияга хос 5 белги:

- вазн камомати 20-30%
- тери ости ёғ қатлами қўл-оёқларида камайган
- бўйи нормадан 2-4 см кам
- ички органларда бузилишлар
- иккиламчи инфекция ўчоқлари

#### 32.3 даражали гипотрофияга хос 5 белги:

- териси суякка ёпишган
- вазни қўшилиши йўқ
- ички органлар томонидан дистрофик ўзгаришлар
- бўй ўсиши тўхтайд
- септик ҳолат

#### 33. Сепсисни даволаш асослари:

- озикланишни таъминлаш

- бола парваришини йўлга қўйиш
  - инфекция учоқларини даволаш
  - касаллик сабабларини барараф этиш
  - ферменто-ва витаминотерапия
34. Конституция аномалияларининг 3 турини кўрсатинг:
- экссудатив-катарал диатез
  - лиматик-гипопластик диатез
  - нерв-артритик диатез
35. Экссудатив-катарал диатез клиник белгилари:
- гнейс(казғоклар)
  - турли тошмалар
  - экзема
  - пастозлик (хом семизлик)
  - овкат ва дори аллергияси
36. Лимфатик-гипопластик диатез белгилари:
- тананинг диспропорционал тузилиши
  - лимфоид тўқималар гиперплазияси
  - ички органлар етишмовчиликлари
  - эндокрин дисфункциялар
37. Нерв-артритик диатезга хос клиник белгилар:
- неврастеник синдром
  - модда алмашинуви бузилиши
  - спастик синдром
  - тери синдроми (тошмалар)
38. Рахит касаллиги мойиллик факторлари:
- нотўғри овқатлантириш
  - ультрабинафша нурлари етишмовчилиги
  - чала туғилиш
  - ички органлар касалликлари
  - экологик омиллар
39. Бола организмидаги Д витамин роли:
- ичаклардан кальций тузларини сўрилишини таъминлаш
  - суяк тўқималарига кальций ва фосфор тузларини етказиш
  - ортиқча тузларни сийдик билан чиқариш
40. Рахит касаллигининг 4 даври:
- бошланғич
  - авж олиш
  - репарация
  - колдиклар
40. Рахит касаллигида суяк томонидан ўзгаришлар:
- энса суякларининг яссиланиши
  - пешона ва тепа думбокчалари
  - кўкрак кафаси деформациялари

- умуртка поғонасидаги ўзгаришлар
  - найсимон суяклар деформациялари
- 41.Рахит касаллигида асаб системаси томонидан ўзгаришлар:
- кўзгалувчанлик
  - безовталаниш
  - уйкуси юзаки
  - кўп терлаш
  - чўчиш
- 42.Рахит касаллигида мушак томонларидан ўзгаришлар:
- бола бошини кеч тутади
  - ўтириш ,туриш кеч бўлади
  - корин мушаклари бўшашган(бақа корин,мечал)
  - ясси товон
- 43.Рахитни даволаш асослари
- тўғри озиқлантириш
  - кальций ва фосфор препаратлари
  - Д витамин препаратлари
  - массаж, гимнастика
  - тузли ва хвойли ванналар
- 44.Рахит профилактикаси:
- антенатал
  - постнатал
  - специфик
  - носпецифик
- 45.Спазмофилия икки турини кўрсатинг:
- якқол
  - яширин
- 46.Яширин спазмофилияга хос 3 симптом:
- Хвостек симптоми
  - Труссо
  - Люст
- 47.Якқол спазмофилияга хос 3 симптом:
- ларингоспазм
  - карпопедал спазм
  - эклампсия
- 48.Гипервитаминоз Д белгилари:
- анорексия
  - кусиш
  - безовталаниш,
  - уйкучанлик
  - гиперкальциурия
- 49.Ў ткир респиратор юкумли касалликлар этиологияси:
- грипп



- парагрипп
  - аденовируслар
  - респиратор-синтициал вируслар
- 50.Вирусли инфекциялар ривожланишининг 5 боскичи:
- хужайраларда вирусларнинг ривожланиши(репродукция)
  - вирусемия
  - ички органларнинг шикастланиши (айниқса нафас тизими)
  - бактериал асоратлар
  - соғайиш
- 51.ЎРВИга хос клиник симптомлар:
- ринит
  - фарингит
  - конъюнктивит
  - интоксикация
  - тана харорати кутарилиши
  - талвасалар
- 52.Ларингитнинг Засосий белгиси:
- дағал, вовулловчи йўтал
  - овоз бўғилиши(афония)
  - стенотик нафас
- 53.Бронхитнинг 3 тури тафовут этилади:
- ўткир(оддий) бронхит
  - обструктив бронхит
  - кайталанувчи бронхит
- 54.Ўткир зотилжам этиологиясида роль уйнайди:
- бактериал микрофлора
  - вируслар
  - микоплазмалар
  - замбуруғлар
  - пневмоцисталар
- 55.Пневмониянинг асосий кляник белгалари:
- юкори харорат
  - токсикоз
  - нафас етишмовчилиги
  - ўпкадаги аускультатив ўзгаришлар
  - рентгенограммада инфильтратив соялар
- 56.Пневмониянинг 4 клиник варианты фаркланади:
- ўчоқли
  - крупоз
  - интерстициал
  - сегментар
- 58.Пневмониянинг асосий даволаш принциплари:
- антибактериал терапия

- дезинтоксикацион терапия
  - синдромларни даволаш
  - физиотерапевтик даволаш
59. Пневмония билан оғриган беморни парваришлаш:
- беморларни боксларда даволаш
  - тоза ҳаво билан таъминлаш
  - хоналарни кварцлаш
  - ётоқ режимини ташкиллаштириш
  - озиклантиришни режалаштириш
60. Бронхиал астма турлари:
- атопик
  - ноатопик
61. Бронхиал астма патогенезида 3 босқич фарқланади:
- патохимик
  - патофизиологик
  - иммунологик
62. Бронхиал астма клиникасида оғирлигига кўра 4 давр тафовут этилади:
- интермиттирловчи
  - персистирловчи
  - ўрта
  - оғир
63. Касалликнинг кечишида 4 давр га бўлинади:
- бошланғич
  - хуружлар
  - хуружлардан кейинги ҳолат
  - хуружлараро давр
64. Бронхиал астманинг бошланғич даври белгилари:
- безовталиқ
  - уйқу бузилиши
  - йўтал
  - бурун ва кўзда қичишлар
65. Хуруж даври белгилари:
- нафаси сиқилиши
  - ҳаво етишмовчилиги хисси
  - хириллашлар масофали
  - ўта безовталаниш ҳолати
  - мажбурий ҳолат
66. Бронхиал астманинг даволаш принциплари:
- хуружни бартараф этиш
  - рецидивларни олдини олиш
  - специфик иммунопрофилактика.
67. Хуруж даврини даволашда қўлланиладиган препаратлар:
- адреналин

- зуфиллин
- сальбутамол
- солутан
- беродуал

**68.Юракнинг туғма нуқсонлари:**

- кичик қон доираси тўлақонлиги билан
- кичик қон доирасида қон камайиши билан
- катта қон доирасида қоннинг камайиши билан
- гемодинамик ўзгаришларсиз

**69.Кичик қон доирасида тўлақонлик билан кечувчи юрак туғма нуқсонлари:**

- очик артериал оқим
- бўлмачалараро тўсик дефекти
- қоринчалараро тўсик дефекти

**70.Юрак туғма нуқсонларига хос клиник белгилар:**

- жисмоний ривож олмагани
- ҳансираш
- цианоз
- панжалардаги деформациялар
- кўкрак қафаси деформацияси

**71.Туғма юрак нуқсонлари кечишида 3 давр тафовут этилади:**

- бирламчи адаптация даври
- нисбий компенсация даври
- декомпенсация, терминал давр

**72.Ревматик иситма касаллигида клиник белгилар:**

- кардит
- полиартрит
- хорея
- ревматик тугунчалар
- ички органларнинг шикастланиши

**73.Кардитнинг 3 варианты:**

- миокардит
- эндокардит
- перикардит

**74.Ревматик кардитга хос ўзгаришлар:**

- юрак соҳасида оғриқлар
- тахикардия
- ҳансираш
- юрак чегаралари кенгайиши
- аускультацияда-турли хил шовқинлар

**75.Ревматик полиартритга хос:**

- катта ва ўрта бўғимларда оғриқлар
- оғриқлар учувчан
- артрит давомийлиги 2-3 ҳафта

-ўзидан кейин асоратлар қолдирмайди

76. Хорреяга хос:

-гиперкинезлар

-мушаклар гипотонияси

-эмоционал бузилишлар

77. Ревматизм касаллиги кечишида 5 варианты бўлиши мумкин:

-ўткир

-ўткир ости

-қайталовчи

-латент

-чўзилувчан

78. Ревматизмнинг даволашда қўлланилади:

-антибактериал терапия

-салицилатлар

-десенсибилизация воситалари

-юрак гликозидлари

-физиотерапевтик даволаш

79. Ревматизм профилактикаси:

-бирламчи

-иккиламчи

-специфик

-носпецифик

80. Анемиялар классификация буйича 5 гуруҳга бўлинади:

-постгеморрагик

-дефицитли

-типо-ва апластик

-гемолитик

-аралаш механизмли

81. Темирдефицитли анемиялар ривожланиши 3 механизми:

-темирни организмга тушиши етишмовчилиги

-темирнинг ичакларда сўрилиши бузилиши

-темирнинг организмда сарфланиши кучайиши ёки талаб юкори бўлиши

82. Анемияларнинг 3 оғирлик даражаси фарқланади:

-енгил: эр-3,0-4,0млн. Нв 110-90г/л

-ўрта оғир: эр-2,5-3 млн., Нв-90-70 г/л

-оғир: эр.-2,0-2,5млн., Нв 70г/лдан кам

83. Анемияга хос 5 клиник синдром:

-астено-невротик

-геморрагик

-эпителиал

-гепатомегалия

-диспептик

84. Темирдефицитли анемияларни даволаш:

- тотема
- мальтофер
- темир лактат
- феррум-лек
- ферроплекс

**85. Темирга бой озик овқат махсулотларини кўрсатинг:**

- корабугдой
- олма
- тухум
- гўшт
- жигар

**86. Геморрагик диатезларнинг 3 гуруҳини кўрсатинг:**

- вазопатиялар
- коагулопатиялар
- тромбоцитопатиялар

**87. Геморрагик васкулитга хос 4 клиник синдром:**

- тери
- бўғимлар
- абдоминал
- буйрак

**88. Верльоф касаллигига хос 5 симптом:**

- тери ва шиллиқ пардалардаги геморрагик тошмалар
- қон кетишлар (бурундан, оғиздан, ички органлардан)
- тромбоцитопения
- спленомегалия
- анемия

**89. Гемофилия касаллигига хос 5 симптом:**

- қон кетишлар
- қон куюлишлар (гематома)
- гемартрозлар
- анемиялар
- коагулограммада ўзгаришлар

**90. Ўткир гастритнинг 3 асосий сабаблари:**

- овқат токсикоинфекцияси
- захарланиш
- узок вақт дорилар қабул қилиш

**91. Ўткир гастрит клиникаси:**

- кўнгил айнаш, қусиш
- умумий ҳолсизлик
- қоринда оғрик
- ич кетиши
- харорати кўтариллиши

**92. Ўткир гастритни даволаш:**

- овизқозонни ювиш
- тозаловчи ҳужжалар
- орал регидратацион воситалар ОРВ

- инфузион терапия
  - антибактериал даво
- 93.Сурункали гастрит 5 клиник белгилари:
- эпигастрал соҳада оғрик (овқат қабул қилиши билан боғлиқ)
  - кўнгил айнаш, қусиш
  - иштаҳаси пасайиши
  - кекириш
  - ичак дисфункциялари
- 94.Сурункали гастритни даволаш:
- пархез
  - ферментатив препаратлар
  - гистамин Н-2 рецепторлари блокаторлари
  - шиллик қаватлар эпителизациясини яхшиловчи дорилар
  - меъда моторикасини яхшиловчи препаратлар
- 95.Гломерулонефритни этиологик омиллари:
- В-гемолитик стрептококк
  - В гепатит вируси
  - цитомегаловируслар
  - профилактик вакцинация
  - совуқ қотиш
- 96.Гломерулонефритдаги 3 клиник синдром:
- гипертензион
  - шишлар
  - сийдикдаги ўзгаришлар
- 97.Сурункали гломерулонефритнинг 3 клиник шакли:
- нефротик
  - гематурик
  - аралаш
- 98.гломерулонефритнинг даволаш принциплари:
- пархез
  - ётоқ режими
  - патогенетик терапия
  - симптоматик терапия
  - диспансеризация
- 99.Пиелонефрит касаллигига хос 4 клиник синдромлар:
- интоксикация
  - оғрик
  - дизурик
  - сийдик томонидан ўзгаришлар
- 100.Пиелонефритни даволаш принциплари:
- пархез
  - кўп микдорда суюқлик
  - антибактериал терапия
  - фитотерапия
  - физиотерапевтик даволаш.

## Тавсия этилган адабиёт рўйхати.

1. Ахмедова Д.И, Толипова А.Л. Болаларнинг ўсиши ва ривожланиши мониторинги. Болаларни овқатлантиришдаги камчиликларини коррекцияси. ЎзРССВ/ЮНИСЕФ, 2006.
2. Баранов А.А. Детские болезни. М., 2007.
3. БКИУОБ. Ўқув қўлланма. ЖССТ/ЎзССВ, ЮНИСЕФ, ПИТИ. Т., 2003
4. Захарова Л.И., Двойников С.И., Рябчикова Т.В., Чайковская М.В. Сестринское дело в педиатрии. Рук-во для студентов ВСО. Самара, ГП "Перспектива", 2000.
5. Котельников Г.П. Сестринское дело. Профессиональные дисциплины. Р-над. "Феникс", 2007.
6. Краснов А.Ф. Сестринское дело. 2 том. М., 2000.
7. Кўкрак сути билан боқиш. Ўқув қўлланма. ЎзССВ/ЮНИСЕФ, ПИТИ. Т., 2003
8. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. СПб. "Фолат", 1999.
9. Солодухо Н.Н., Ежова Н.В., Русакова Е.М. Сестринское дело в педиатрии. Минск, Высшая школа, 1999.
10. Шабалов Н.П. Детские болезни. 2 том. М., 2004.
11. Шабалов Н.П. Неонатология. 2 том. М., 2004.
12. 10000 советов медсестре по уходу за больными. Большой медицинский справочник. Мед.библиотека.М., 2000.
13. В. Тульчинская, Н. Соколова, Н. Шеховцова. Сестринское дело в педиатрии//2000.

## Мундарижа.

Кириш	6
<b>Соғлом бола</b>	
Болалик даврлари ва уларнинг тавсифи	7
Ҳомила ривожланиш босқичлари	7
Она корнидан ташқарида ривожланиш босқичлари	9
Жисмоний ривожланиш қонуниятлари	13
Турли ёшдаги соғлом болаларнинг овқатлантириш жиҳатлари	21
Иммунологик муҳофаза асосий тамойиллари	31
<b>Неонатология</b>	
Янги туғилган чақалоқлар	36
Чегаравий ҳолатлар	42
Чала туғилган чақалоқлар	44
Чақалоқлар асфиксияси	51
Туғма травма ва шикастлар	55
Чақалоқлар гемолитик касаллиги	58
Терининг ноинфекцион ва инфекцион касалликлари	61
Чақалоқларда сепсис касаллиги	65
<b>Эмизикли ёшдаги болалар касалликлари</b>	
Гипотрофиялар	67
Конституция аномалиялари	72
Рахит	78
Спазмофилия	84
Гипервитаминоз Д	86
<b>Нафас олиш аъзолари касалликлари</b>	
Юкори нафас йўллари касалликлари	87
Бронхитлар	90
Ўткир зотилжам	93
Бронхиал астма	98
<b>Юрак қон томир тизими касалликлари</b>	
Туғма юрак нуқсонлари	101
Ревматизм	106
Норевматик кардитлар	110
Ювенил сурункали артрит	112
Қон ва қон яратиш аъзолари касалликлари	114



Камқонлик (анемиялар)	115
Геморрагик диатезлар	119

**Овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликлари**

Ўткир гастрит	124
Сурункали гастрит	125
Сурункали гастродуоденит	127
Яра касаллиги	128
Ўт йуллари дискинезияси	129

**Буйрак касалликлари**

Гломерулонефрит	131
Пиелонефрит	134

**Паразитар касалликлар**

Аскаридоз	136
Трихоцефалёз	137
Энтеробиоз	138
Болаларни парваришлаш асослари	139
Амалий кўникмалар	155
Ўқитувчи-назорат қилувчи саволлар	164
тўплами	177
Тавсия этилган адабиёт	177
Мундарижа	178

70

70

77

87

88

88

78

80

80

88

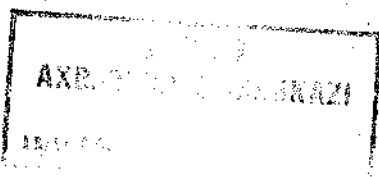
101

101

111

111

111



Заказ № 60. Формат 60x84<sup>1/16</sup>  
Объем 11,25 п.л. Тираж 100 экз.  
Цена договорная

Отпечатано в типографии ЧП «NISIM»  
г. Ташкент, проспект Ш.Рашидова, 71.