

ИЛХОМ АСОМОВИЧ КАРИМЖАНОВ,  
ШАХНОЗ ШУКУРОВНА АБДУСАГАТОВА

**ПЕДИАТРИЯ ВА  
НЕОНАТОЛОГИЯДА  
ХАМШИРАЛИК ИШИ**



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА УРТА МАХСУС  
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

**Илхом Асомович Каримжанов,  
Шахноз Шукуровна Абдусагатова**

# **ПЕДИАТРИЯ ВА НЕОНАТОЛОГИЯДА ХАМШИРАЛИК ИШИ**

**УҚУВ ҚУЛЛАНМА**

(«Олий маълумотли хамшира» факултети талабалари учун)

### Такризчилар:

**Д.И.Ахмедона - т.ф.д., проффессор**

**А.Р. Исроилов - т.ф.д., ирофессор,**

**Б.Т.Холматова - т.ф.д., „рофессор**

Ушбу у қув қулланма олий малакали ҳамширалар факультети талабалари учун педиатрия ва неонатология буйича уқув дастурига мос равишда тузилган.

“Соғлом бола боби” болалик даврлари, 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 ҳос чегарадош ҳолатлар, шу даврдаги тез-тез учрайдиган касалликлар (асфиксия-, лар, травмалар, сепсис, гемолитик сарикдик касалликлари ва бошқалари), уларда болаларни парваришlash ва хдмшира томонидан курсатиладиган тиббий ёрдам мажмуаси берилган.

Қулланманинг кейинги бобларида фақат кичик ёшдаги болаларда учрайдиган касалликлар (гипотрофия, рахит, спазмофилия, конституция аномалиялари ва х.к.), ва қағта ёшдаги болалар касалликлари, уларнинг узига ҳос кечиши хусусиятлари уз аксини топган.

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

Талабаларни ўқитиш ва амалий тайёргарликларига бўлган бугунги кун талабаларини инобатга олиб, алоҳида қилиб болаларни турли касалликларда (экссудатив-катарал диатез, спазмофилия, юрак-қон-томир касалликлари, буйрак ва меъда-ичак, қон касалликлари ва х.к.) парваришlash асослари, тез-тез учрайдиган оғир ҳолларда (гипертермия, талвасалар, анафилактик шок ва бошқаларда) тез ердам курсатиш уқув қулланмада амалий қуникмалар қисмида қддамма-қадам олиб борилиши, текширув ва назорат саволлари, таблица ва схемалар, расмлар келтирилган.

Ушбу уқув қулланма олий малакали хдмширалар факультети, тиббий коллежлар талабалари амалиёт ҳамширалари учун мулжалланган.

## КИРИШ

*Ҳамширалик иши-беморнинг тузалиши  
учун унинг атрофида қилинадиган барча  
хатти-ҳаракатлар маъмуидир.  
Ф.Найтингел.*

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

Ҳамширалик 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 “ҳамширалик иши” мутахассиси фақат муолажалар бажарувчи бўлибгина қолмай, балки мустақил равишда касаллик белгиларига асосан “ҳамширалик 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 ҳамширалик иши ўзига хос хусусиятларига эга. Чупки ҳамшира фаолиятидаги психологик компонент ҳажми малакавий компонентга теги. 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 утказишдаги қийинчиликлар, 3-4 ёшгача булган болалар шикоятларини тугри курсата олмайди, ота-онасини ҳам рухий ҳолати инобатга олиниши, парваришлардаги приоритетларни аниқлаш, гекширувлар утказишдаги муаммолар уз навбатида ҳамширалардан қўшимча масъулият талаб этади.

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

Муаллифлар ушбу ўқув қўлланмани тайёрлашда фаол иштирок этган 'I ГЛ "Болалар касалликлари" кафедраси доцентлари Толипова И. К., Гурсунбоев Л. К., ассистентлари Гаффарова Ф.М., Исакова Н. Ш., Исакова Г. К. ларга миннатдорчилик билдирадилар.

## СОҒЛОМ БОЛА БОЛАЛИК ДАВРЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ТАВСИФИ

Бола организмнинг катталар организмидаи асосий фарқи, унинг цитенсив усиши ва узлуксиз ривожланишидир. Ривожланйш жараёнида бола ҳамма вақт ўзгаради. Ҳомила ривожланишининг эрта давридан ва кейинги ривожланнш даврларида организмни ривожланиши ва мукамаллашиши еодир бўлади. Бола ҳаётини ҳар бир даври алоҳида хусусиятга эга. Бу хусусиятларни билмасдан, болани туғри 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 (12хафтагача)
- йўлдош( плацента) ривожланиш даври ( 12 хафта охиридан то туғилгунгача)

Б. Туғилгандан кейинги ривожланиш босқичи:

1. Чакалоқликдаври (яеонатал );

« эрта неонатал давр (туғилтандан то 7 кунгача );

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

2. Кўкрак эмизиклик ёши даври ( 1 дан 12 ойгача).

3. "Сут тишлари" даври

а) мактабгача олдидаври (1 дан 3 ёшгача ).

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

4. Мактаб дэври

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

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

**ҲОМИЛА РИВОЖ ЛАНИШ 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 (ҳомиладорликни 28-ҳафтасигача), кечки (қомиладорликни 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 иммуяитег 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 [0 ҳижрий ойгача давом этади. Бу даврда аъзоларни ҳосил бўлиши билан бирга, аъзоларнинг хужайра вазнини тўпланиши содир бўлади.

Ривожланаётган ҳомилани озикданиши она организми ҳисобидан бўлгаилиги сабабли, уни яшаш шароити ва соқлиғи келажакда соғлом бола ривожланишида катта аҳамиятга эга.

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

Ҳомилани эмбрионал ривожланиш 'даврда куйидаги бузилишлар кузатилиши мумкин:



Эмбриопативдар (хомиладорликни 16 дан 75 кунигача). 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 хомиладорлик туга- гунгача). Бу даврда ҳомилани ҳолати кўп даражада йўлдош ҳолатига боғлиқ бўлади. Ҳар хил шикастланишлар натижасида, ҳомвдани ривожланишини бузилиши ва туғруқни эрта чақирилишига олиб келувчи, вирус, микроб ва бошқа покулай воситачиларни йўлдош ўтказувчан бўлиб қолади.

Ҳомиладорликни фетал даврида инфекция билан зарарланганда туғма нуқсонлар кам ривожланади. Кўпроқ ҳомила ривожланишини орқада қолиш, кам вазн билан туғилиш содир бўлади. Кечки фетопатиялар ҳомила нчи инфскцияларинн марказий асаб тизими ва ички аъзоларни шикастлаши билнн кариактерланади.

## **ОНА ҚОРНИДАН ТАШҚАРИДА РИВОЖДАНИШ БОСҚИЧДАРИ.**

Чакалоқлик даври (неонагал давр) туғилгандан бошланади ва ҳаётини 4-хафтасигача 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 тешикдан қон ўтиши тўхтади, кичик қон айланишини тўлик ишга тушиши содир бўлади, йўлдошдаги киндик томирлари ва артериал оқимлар бўшайди, чакалоқ болада мустақил қон айланиши ишгатушади.

Кечки неонатал давр ҳаётини 8-кунидан то 28-кунигача давом этади. У чакалоқни атроф-муҳитга мослашишини давом этиши билан характерланади. Бу вақтда киндик яраси битаяди, 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 вақтигатуғри келади.

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

Биринчи кунларидан йирингли-сеитик 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 суст кечиши аниқланади.

2.Эмизикли давр - ҳаётини 29-қунидан то I ёшгача давом этади. Бу даврда болани она билан жуда яқин мулоқати кузатилади. Болани она қорнидан ташқаридаги ҳаёиа мослашиш жараёни тугаб, овқатланиш механизмлари, интенсив равишда жисмоний ва психомотор ривожланиши кузатилади. Бунда, анатомик тузилмаларининг етилмаганлиги, нафас тизими ош қозон-йчак тракти фаолиятининг чегараланганлиги ҳолда алмашинув жараёнляри кучаяди. Тўқималарни, айниқса, асаб тизимини ривожланиши даном пади. 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 мобайнвда болани тана узунлиги ўртача 50% га , вазн оғирлиги - 3 маротабадан юқорига катталашади. Бу даврда болани энергияга талаби катгаларниқвдам тахминан 3 маротаба юқори бўлиб, рациокал овқатлантириш ва тулиқ қўшимча овқат бериш билан копланади.

Ҳаётини биринчи йиллари мобайнида мотор фаолияти чақа-

лоқни тўлиқ ёрдамсиз ҳаракатланишидан то эркин юришгача ва ўйинчоқдар билан мулоқатни ўрганшгача тикланади. 6 ойликдан сут тишлари чиқа бошлайди ва 1 ёшда улар одатда 8 та бўлади.

Кўкрак ёшда болани тўғри овқатлантириш, кун тартибини тўғри ташкил қилиш, парваришlash, чиниқтириш болани нормал жисмоний ва психомотор ривожланишини, организмни инфекция ва бошқа атроф- муҳитдаги ноқулай шароитларига қарши кўрашишиний таъминлайди. Болани юқумли касалликлардан ҳимояlashда, жисмоний ва асаб-психикасини тўғри ривожланишида, айниқса, табиий овқатлантириш ва тўлиқ профвактик эмлашларни ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

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

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

3.«Сут тишлари» даври. Мактабгача давр олди даври (1-3 еш); тана вачни ва узунлиги ортишини секинлашиши, асаб тизимини , шартли реффлектор алоқаларни, иккинчи сигнал тизимини ривожланиши, бурун- томоқ лимфоид тўқимасини ривожланиши, мушаклар вазнини ортиши билан характерланади. 2 ёшда ҳамма сут тишларни чиқиши яқунланади. Бу даврда болалар атрофдагилар билан актив контактда, ҳаддан ташқари қизиқувчан бўлади, уларда нутқ ривожланадй. Ҳаракат имкониятлари кенгайди - юришдан то югуриш ва сакрашгача. Бу даврда ўйин ва катталар таъсирини кузатиш орқалимеҳнатватурмуш сабоқларини ўрганади. Бола характерида ипдлшгдуал кўринишлар аниқланади, шунинг учун бу ёшда болаларни тарбияси билан шуғулланиш асосий вазифалардан ҳисобланади.

Мактабгача давр олди даврда болани атрофдаги ҳдр хил ёмон тадсирлардан сақлаш учун кун тартибини тўғри ташкил қилиш

керак. Бу Сигдаги даврда овқат ҳазм 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, кдаилча, скарлатина, вирусли гепатит ва бошқалар билан касалланишга сабаб бўлади.

4. Мактабгача даври (3 дан 7 ёшгача) болани ташқи дунё билан мулоқатини кенгайтиши бидан 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 апмашиши бошланади. Бола катталарникидек овқатланиш тартибига ўтади. Иммунохидмояси 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 мактабгачиқишгатайёрланадилар.

Бу ёшда ЎРВИ ва бошқа болалар юкумли касалликлари билан касалланиш юқорилигича қолади, лекин олдинги ёшларга нисбатан энгил кечади ва асоратлари камаяди. Организмни сенсбилизациясини ошиши натижасида инфекцион-аллергик ва аллергик касалликлар (бронхиад астма, ревматизм ва бошқалар), тез-тез травмалар содир бўлади.

5. Кичик мактаб даври (7-10 ёш). Бу даврда туқимадар структурасини тузилиши яқунланади, аъзо ва тана вазнини ўсиши давом этади, жисмоний ривожланишда жинсий фарқ - ўғил боладар қиз болалардан ўсиш, етилиш тана тузилиши билан фарқ қилади. Бу даврда сут тишларини доимий тишлар билан тулиқ алмашиши содир бўлади. Абжир, чаққон, чидамлилиқ каби ҳаракатлар, ёзиш, чизиш, тикиш, кўлда 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 каттадарникка яқинлашади. Мактабдаги ўқиш болаларни тарбиялайди, мустақил ва жамоат кизиқишларини ўргатади.

Бу ёшдаги болаларда юқумли касалликлар, ошқозон-ичак, аллергия касалликлар билан касалланиш кўрсаткичлари юқориликка қолади. Мактабда шуғулланиш болаларда ҳаракатни бир мунча чегарадинитга олиб келиб, уларда гиподинамия, қомат 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 буйи (тана узунлиги), вазни, бош ва кўкрак айланаси ўлчами. 1 ёшгача бўлган болаларда уларнинг буйини ўлчаш горизонтал ҳолда (узунлиги), 1 ёшдан катта болаларда вертикал ҳолда ўтказилади ва бунинг учун махсус мосламалар ишлатилади. Бола вазнини 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.

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

Боланинг вазни туғилганида 2,5-4,4 кг ташкил қилади. Ҳаётининг 4-5 кунини давомида вази кўрсаткичлари бир оз камаёди (5-8 %) - “физиологик назн йўқотиш”. Ҳафтанинг охирига бориб

вази кўрсаткичлари аста-секин кўтарилга бошлайди. Бола хаётининг биринчи 5 ойига бориб, тана вазни икки маротаба ошиши, 1 ёшда эсауч марогабаошиши кузатилади. 10 ёшгача бола қар йили ўртача хисобда 2 кг вазнга қўшиб боради.

### Узунлик (буй) кўрсаткичлари.

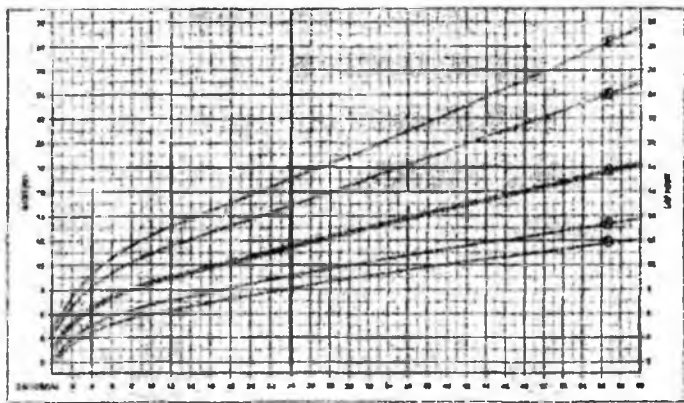
Соғлом, етилиб туғилган боланинг буйи одатда 48 - 52 см ташкил қилади. Бола тез уса бошлайди, ва I ёшга бориб туғилганига нисбатан 50% буйи кўшилади, 4 ёшда 2 баробар ошади, 4-10 ёш орасида буй ўсиш темпи бир-оз сусаяди ва кейинчалик эса яна жадаллашади.

### Бош айланаси.

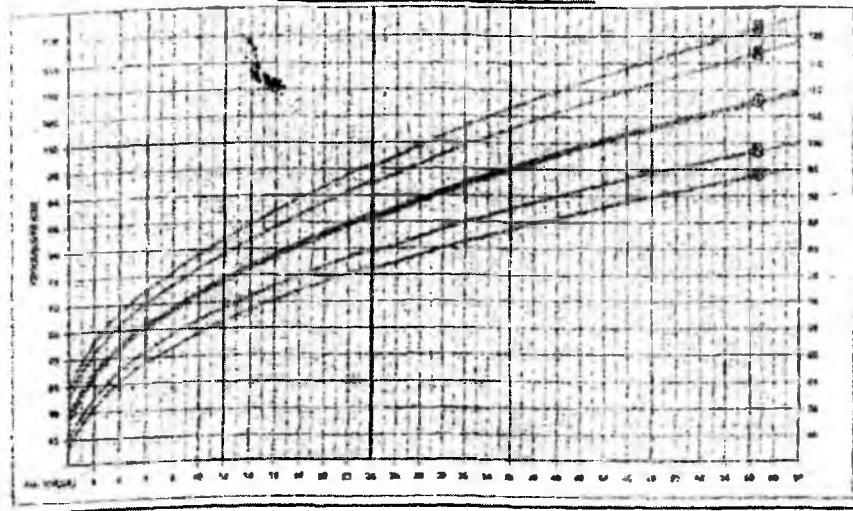
Соғлом туғилган боланинг бош айланаси 35 см, 3 ойликда 40 см, 6 ойликда 43 см ва 1 ёшда 46 см ни ташкил қилади. 6 ёшли боланинг бош айланаси каггаларнинг 90 % га тенг ва ўртача 54-55 см.

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

### ВАЗН ЕШИГА НИСБАГАН



УЗУНЛИКБЎЙ ЁШИГА НИСБАТАН



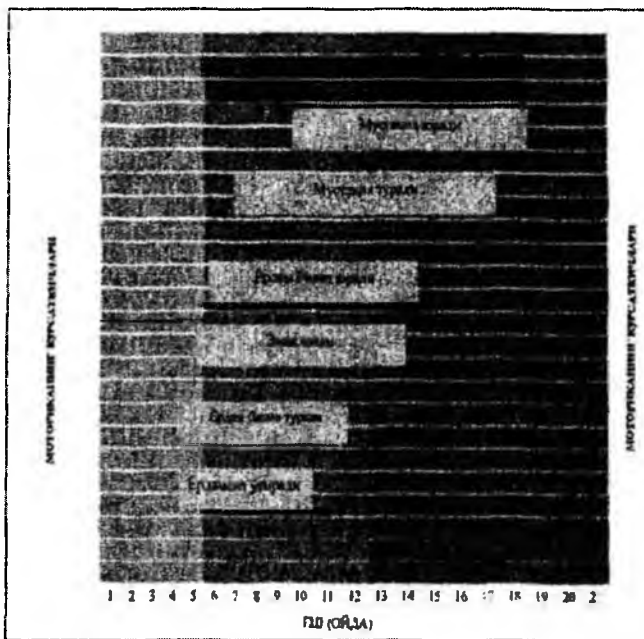
**Боланинг психомотор ривожланиши.**

Соғлом боланинг ривожланиш индикатори булиб.унинг психомотор ривожланишн хисобланади. "

ЖССГ/ВОЗ дастури асосида боланинг тафовут этилади.

- 1 - бола ёрдамсиз утиради.
- 2- эмаклайди.
- 3- ёрдам билан туради.
- 4- катгалар ёрдамида юради.
- 5- мустакил туради.
- 6- мустакил юради.

## БОЛА МОТОРИКАСИНИНГ РИВОЖЛАНИШ БОСҚИЧЛАРИ



Соғлом боланинг психомотор ривожланиши.

Янги туғилган чакалок хаётининг дастлабки 28 куниянги шариоитларга мослашиш даври деб ҳисобланади ва будаврда чакалоклар зҳитади.қўради, лекин ташки қўзғатувчиларга деярли жавоб бермайди.Мушаклар тонуси ошган.оёқдари тиззасида бир оз букилган.ҳимоя рефлeksi ривожланан-қоринда ётган холда бошини ёнбошга ўгиради. Қидириш шартли рефлeksi асосан биринчи хафталарда ифодаланган. Сўриш рефлeksi яхши ривожланган. Кафтига қўйилган бармоқларни маҳкам ушлайди ва ушлаш рефлeksiни бажаради. Асосан уйкуда бўлади ва фақатгина эмишга уйғонади. Уйғоқ найтларида эса қўлларини оғизга олиб боради, бошини 1-2 сония тутиб туради.



## ТУРЛИ ЁШДАГИ СОҒЛОМ БОЛАЛАРНИНГ ОВҚАТЛАНИШ ЖИХАТЛАРИ

### Табиий овқатлантириш

Овқатланиш жараёни инсон ҳаётида алоҳида ўрин эгаллайди, Одам организми овқат билан бирга тана қуввати учун сарфланадиган куч ва унинг асосий модда ағмашинувини таъминловчи зарурий моддаларни танаввул қилади. Ундан ташқари, инсон таом таркибида туқималарнинг 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 ривожланишига бевосита белгипайди. Боланинг биринчи ёшида овқатлантириш функцияларининг бузилиши критик даражада сезилади. Чунки айна 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 боисдан хдм эрта ёшдаги болалар соғлигини сақдашга 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 сути билан боқиш.

Кўкрак беши 50-60та беши бўлақлардан иборат бўлиб, бириктирувчи туқимали деворлар иштирокида бўлақчалар ва ацинусларга ажратилади. Таркибида кубик хужайралардан сут ишлаб чиқарувини ва сут ажралишини таъминловчи миоэпителиал хужайраларга эга бўлган жилғачалар чикнб, бўлақлар ва бўлақлараро ариқларга бирлашади. Мазкур ариқчалар сут дарахтини ташкил этиб, улар кўкрак сўргичида тугалланади. Кўкрак



бези қиз бо- лаинг етилиш даврида тезда ривожланади, аммо бу жараён ҳомиладорлик ва ку ( ёриш даврида етарли даражада кўзга ташланади. Кўкрак безини ривож- ланишида 4 босқични ажратиш мумкин:

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

Лактогенез - ацинуслар томонидан сут ажралишнинг кучайиш (голо- мерокринли 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, аёл- нинг кўзи ёригандан сўнгинаюз 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 ҳаракати сабабли рўй беради.

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

Жаҳон соғлиқни сақлаш «ВаЪу ГпепсПу Ёоврйа!» дастурига биноан кўкраксути билан овқатлантиришнинг кўллаб-қувватловчи 10 тамойил.

1. Овқатлантириш қоидаларига жиддий равишда амал қилиб, уларни тиббий ходимлар ва туғувчи аёлларга етказиш.

2. Тиббий ходимларни кўкрак сутни билан боқиш кўникмалари қоидаларига ўқитиш.

3. Барча ҳомиладор аёллар ва оналарни болани кўкрак сутни 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 саклашга 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 па рағбатлантириш, барча ҳомиладор ва эмизикли аёлларни туғруқхонадан чиқгач ушбу гуруҳларга юбориш.

Табиий овқатлантиришнинг устиворлиги.

1. Биологик ҳослиги. (Инсон ўз боласини фақат она сути билан боқиш керак).

2. Гиппоаллергенлик. (Она сути оксилларининг 1/3 қисми ошқозонда парчаланмай сўрилади, таомни аллергиялик хавфи эса камаяди.).

3. Болаларда юкумли касалликлар ва ичак инфекцияларга нисбатан пассив имунитетни пайдо бўлиши. (Эмизадиган она сувчечак, қизамик, тепки ва хоказо юкумли касалликларни бошидан кечирган бўлса, болаларда ушбу касалликлар учрамайди ёки енгил кечади, чунки сут орқали бола тана-сига 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 гуйгуларини 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 овқатлантирилаётган болаларнинг онги ва аклий 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 силлиқ мускулларини қискартиради, натижада тугиш йўлларидаги қон кетиш камаяди).

9. Контрацепция. (Сут билан етарли даражада боқилса, янги хайз жараёни ва ҳомиладорлик юз бермайди).

Табиий овқатлантириш қоидалари.

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 қоидаларини бузиш кўкракда оғриқлар пайдо қилади, кўкрак учи ёрилади, шу боис овқатлантириш оғриқли жараёнга айланади ва гўла ҳажмли бўлмайди. Бу пайтда кўкрак бешида 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 фарқ болани бир қарра овқатланишида сўриб олган сут миқдорини белгилайди.

7. Агар бола қандайдир сабабларга кўра сунъий овқатланти-

ришда бўлса, унга сут миқдори (ҳажми) куйидагича аниқланади.

Бир кеча кундуздаги сут ҳажмини аниқдаш учун Зайцева формуласи - дан фойдаланилади (дастлабки 7-8 кунгача).

Суткали сут миқдори (мл) = 2% тана массаси х п. п - бола ҳаёти кунла-ри.

Ҳисоблашнинг бошка усуллари ҳам мавжуд:

1) «Ҳажмий» усул - тана вазнига кўра бола 2 ҳафтадан 6 ҳафталиклигигача оладиган сут миқдори тана вазнининг 1/5 қисмини, 6 ҳафтадап 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) Кувватий (калорияли) усул - тана вазнининг ҳар бир кило-сига кабул килинади:

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 кувват кераклиги ҳисобланилади. Она сутининг 1 л 700 ккал кувват беришини ино-батга олиб, бола бир кеча кундузда қанча суттанавул килиши бел-гиланади.

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

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

ЮООмл - 700 ккал

X мл - 705 ккал X=1 ООбмл

Боданинг асосий озиқавий моддаларга эҳтиёжи:

1. кувватга:

1 ярим йил 120-115 ккал/кг,

2 ярим йил 110-Ю0ккал/кг;

2. оксилларга: 0-6 ой 2,5г/кг,

6- 9 ой 3 г/кг, 9-12 ой 3,5 г/кг;

3. ёгларга:

0-3 ой 6,5 г/кг, 4-6 ой 6г/кг,

7- 12 ой 5,5г/кг;

4. углеводаарга:

1 Зг/кг.

Озиқавин моддалар орасидаги нисбатлар кўшимча таом киритилгу- нига кадар 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.

Гипогалактія. Кўкрак безлари гомонидан сут ишлаб чиқарилишини камайишини англатади. Бу пайтда ажралаётган сут миқдори бола эҳтиёжини қониктирмайди. Г ипогалактія сабабларига: онани лактацияга яхши тайёр- ланмаслиги, она касалликлари (кандли диабет, қон томир, буйрак тизимлари касалликлари, ўткир яллиғланиш жараёнлари, ўсмалар ва хоказо.) 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 кабилар киради.

Овқатлантириш сони ва миқдорини аста-секин тавсия қилинганга етказиш лозим. Бунда тавсия қилинган миқдорга ет- гунча болага хар-бир овқатлантиришда 1 қошиқдан овқат миқдо- ри кўпайтирилиб борилади. Чой бериш тавсия қилинмайди. Унинг ўрнига мева шарбати, қайнатилган сув берилади.

Текширув саволлари:

1. Болага кўшимча таом киригиш асослари.

2. 6 ойлик болалар учун тахминий меню.

3. 12 ойлик бола учун меню тузинг.

4. 3 81пли бола учун кундалик меню.

Иммунологик муҳофазанинг асосий тамойиллари

Ҳимоявий эмлашлар эрта ёшли болаларга ҳаво-томчи йўли ор- кали юқадиган катор юқумли касалликлардан асраш усулидир. Танага киритилган вакцина иммун жавобни келтириб чиқаради ва табиий юқумли касалликларга қаршилик қобиляти билан гаъ- минлайди. Эмлаш ва улар орасидаги муддат таквим билан белги- ланади. Эмлаш тартиби ЖССТ томонидан тавсия этилган жадвал

буйича олиб-борилади. Иммуномухофаза ниятида кулланиладиган вакциналар юкумли хасталикларни чакирувчи қўзғатувчиларнинг ўлиги ёки

**Иммунопрофилактика асосий тамойиллари.**

Иммунопрофилактика тамойиллари	Тамойилларни бажариш
ГИммунизация қилинадиганларнинг саломатлиги	Иммунизация қилишдан олдин боланинг ривожланиши харитасида (ф-112) унинг саломатлиги, болага вакцинация ўтказишига рухсат берилганлиги ҳақида ёзув бўлиш шарт.
2. Санитар-гигиеник нормаларига риоя қилиш принциплари.	<p>-Эмлаш ўтказишига фақат соғ тиббий ходимларга рухсат бериш шарт ( яъни кўлида жароҳат, терини ва шиллик каватини йирингли шикастланиши бўлмаслиги керак).</p> <p>-эмлаш ўтказишдан олдин;</p> <p>а) эмлаш хонасидаги жиҳозлар, пол, деворларни махсус дез-эртма билан артиш; стол ва кушеткаларга етерилланган чойшаблар солиш; ...</p> <p>б) эмлаш ўтказиладиган ҳамшира тирноқлари қалта бўлиши, тоза халат, қалпоқ кийиши шарт, узук ва кўлга тақиладиган тақинчодаларни ечиш шарт. Қўлни совун билан ювиб ва қўл учларини спирт билан артиш керак, -БЦЖ вакцинацияси ёки туберкулин билан ташхис ўтказиш жиҳозларни алоҳида сақланиши лозим.</p>
3. Эмлашда қўлланиладиган дори вакциналарни сақлаш принциплари Иммунопрофилактика принциплари	<p>Вакциналарни совутгичда 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	<p>-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.)</p>

<p>5*Вакцина юбориш техникасига амал қилишнинг назорат қилиш принциплари.</p>	<p>-БЦЖ - тери ичига юборилди -АҚДС вакцинаси - мушак ичига -АДС, АД-анатоксинлари-тери остига ёқимушак ичига</p>
	<p>-полимиелит-оғиз орқали -паротит, қизамик моновакциналари -тери остига -«тримовакс» (қизамик, қизилча, эпидпаротит) -тери остига -«энджерикс» (гепатит В га қарши) - мушак орасига -«хаврикс» (гепатит А га қарши) - мушак орасига</p>

Текширув саволлари:

1. Болаларни эмлаш таквими.
2. Эмлашга қарши курсатмалар.
3. I [оствакципал реакция ва асоратяар.

## 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 ташки муҳитга мослашув ҳолатлари кузатилиб, кўпгина ҳолатларда 2-4 ҳафта мобайнида давом этади. Чала туғилган болаларда бу ҳолатузоқрок чўзилиши мумкин. Қулай бўлиши учун ЖССТ экспертлари томонидан неонатал даври давомийлиги биринчи 4 ҳафта, яъни 28 кун деб таклиф 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 нисбатан тана ҳароратини адекват сакдаб 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

Апгар шкаласи бўйича баҳоланади;

Белгилар	0	1	2
Юрак қисқаришлари	Йўқ	100 дан кам	100 дан кўп
Нафас фаоллиги	Йўқ	Сустлашган, норегуляр	регуляр
Мушаклар тонуси	Суст	Оёқ-қўллари бироз букилган	Оёқ-қўллари етарли букилган



Рефлектор кузгалуучанлик	Йук	гримаса	кичкирик
Тери копламаси ранги	Оқарган ёки кўкимтир	Танаси пушти, оёк-куллари кўкимтир	Тери копламалари пушти рангда

Янги туғилган чақалокни анатомик — физиологик хусусиятлари.

Янги туғилган чақалок танасини узига ҳос алохида аҳамиятга лойик [пмо]лари бор.

Янги туғилган нисбатан катта ҳисобланали. Бош буй узунлигини  $1/4$  қисмини ташкил  $1111.1111$ . Катталарда эса бу нисбат  $1/8$  қисмининг ташкил этади. Бош айланаси  $M < 6$  смга тенг бўлиб, кўкрак айланасига нисбатан 2-4 см кўн ҳисобланади. I .11И.1 суягидаги катта ликидоқ ва чоклари очик бўлиб, кўп янги туғилган ч||мнюкларда бошчаси сочлар билан қопланган.

1. Айни калта бўлиб, гўёки бошчаси елкада жойлашгандек.

Қўл - оёқлари нисбатан калта ҳисобланиб умумий буй узунлигини  $1/3$  ПШКИЛ этади. Қўл ва оёқлари узунлигида айрим фарк бўлади. Янги туғилган чақалок қўл- оёқларини букувчи мушаклари тонуси юқорилиги ҳисобига ц| па ва тирсак бўғимларини буккан холда тачасига яқин тутлади.

Тана вазни ва буй узунлиги Янги туғилган чақалок рпвожлаиғанлигини кўрсатувчи муҳим кўрсаткич ҳисобланади. Бу кўреаткичлар генетик, конституционал омилларидан ташқари жипси, I \ гишлиш муддати, онанинг ёши, овқатланиши( унинг миқдори ва сифати) ва оошқа шунга ўхшаш омилларга боғлиқ. Наслий омил буй узуплигида тана назнига қараганда кўпроқ аҳамият касб этади.

Янги туғилган чақалок тана вазни ўртача 3.500 гр. тенг бўлади (2500- 1100). 2500 гр дан кам вазн билап туғилган чақалок кам вазнли, 4400 гр. кўп назн билан туғилган чақалок йирик чақалок ҳисобланади.

Чақалокнинг тана узунлиги 46 смдан 56 смгача меъёр ҳисобланиб, ўртача 52-54см гатенг.

Янги туғилган чақалок териси силлиқ, эластик, сувга бой бўлади. Юзакчи жойлашган артериал каииллярлар унга кизғиш тус беради. Ганасийнинг орқа қисми, елка соҳалари майин гукча-

лар (ланугр) билан копланган. Эпидермиснинг энг юза шохсимон қавати дермадаги бириктирувчи тўқима ва эластик толалар суст ривожланган бўлади. Ёғ безлари яхши ривожланган ва иш фаолиятини ҳам бошлаган. Терини гикланиш хусусияти етарли ривожланган. Шунингдек терини тактил сезиши яхши ривожланган бўлиб иссиқ ва совук, оғрик ва тегишни сезади. Чакалоқлар териси катталарникига қараганда бир неча маротаба яхши нафас олиш функциясини бажаради. Резорбция функцияси ҳам яхши ривожлашганлиги 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 туганлиги, олеин кислотасини камлиги ҳисобига катталарникига қараганда каттикрок ҳисобланади. Ундан ташқари тери ости ёғ қавати термогенез, яъни иссиқлик ажратиш борасида хзм, 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 масса-сининг 1-3 % ни ташкил этади.

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

Шиллик қават безлари иш фаолиятини ҳали тўлиқ бошланганлиги сабабли нозик ва қуруқ бўлади. Шиллик қават эластик тўқималари суст ривожланган, қон ва лимфа томчиларига бой бўлганлиги сабабли ҳдм пушти қизғиш тусда бўлади.

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

Суяк тизими. Суякларнинг катга қисми тузилиши жиҳатдан тоғай тузилишига яқин. Кўкрак қафаси конуссимон. Қовурғалари

эгиловчан, туш 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, тогайи юмшоқ, Ҳаво йўллари тор. Шиллиги нозик, қон ва лимфа томрлариға бой, шу сабабли енгил шамоллаш оқибатвда тор нафас йўллари янада то-райиб бурун орқали нафас олишни қийинлаштириб қўяди. Пастки нафас йули ривожланмаган.

Шилпик каверноз қисми етарли ривожланмаган. Ёш безларнинг иш фаолияти суст. Бурун атрофидаги ёндош бўшлиқлар тўлиқ ривожланмаган.

Евстахийев трубаси капта ва кенг, нисбатан горизонтал йуналишда жойлашган. Шунинг учун, бурун бўшлиғидаги инфекция осон ўрта қулоққа ўтади. Ютқум, ҳалқум, трахея ва бронхлар тор, тоғайлари юмшоқ, лимфатик ҳалқа суст ривожланган. Ўпка - зич, қон томирлариға 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 томрларининг нисбий кенглиги юрак ишини енгиллаштиради. Капилляр тўр яхши ривожланган. Капиллярлар қиска ва уларнинг девори осон ўтказувчан.

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

Қон ҳосил қилувчи аъзолар. Суяк қўмиги қон ҳосил қвдишининг асосий аъзоси ҳисобланади. Чақалоқдик даврида қон ҳосил бўлиш узининг мбрионал характерини сакдади. Суяк қўмигида етилган қон хужайралари каторида ёш шаклли элементлари ҳам танилади. Бу даврда зарарли гаъсирларга нисбатан қон ҳосил қилиш тизими учун чидамсизлик характерли. Аммо кучли регенерация қобиляти мавжуд, йўқотишлар одатда тез ва гўлиқ тикланади. Туғилган заҳоти гемоглобин миқдори- 180-240 г/л га кўтарилиши билан характерланади, эритроцитлар -  $6 \times 10^{12}/л$ , кейин эса ҳам гемоглобин- 120-140г/л, ҳам эритроцитлар миқдори- $4,5 \times 10^{12}/л$  камаяди. Чака-

локлик даврида периферик қоннинг нафақат сон жиҳатдан, балки сифат жиҳатдан ҳам хусусиятлари аниқланган: анизоцитоз, макроцитоз, кўп ёш эритроцитларнинг етилмаган шакллари, эритроцитларнинг жараёнини фаол кечишини кўрсатади ( ретикулоцитлар сони - 8-13%). Ранг кўрсаткичи чакалоқларда юкори-1,2-1,3. Чакалоқларда лейкоцитлар сони  $15 \times 10^9$ /л дан  $20 \times 10^9$ /лгача. 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 миқдори  $150-300 \times 10^9$ /л орасида ўзгариб туриши мумкин. Эритроцитлар чўкиш тезлиги бир оз сусайган - 2мм/соат. Бу эса чакалоқлар қонида фибриноген ва холестеринни кўрсаткичи пастлиги ҳисобига деб асосланади.

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

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

Сўлак безлари: улар секрецияси суст ривожланган. Сўлак птериалин, мальтаза, лизоцим, электролитлар ҳамда муциндан иборат. Нордон сутли аралашмалар сутга қараганда икки марта кўп сўлак

ажралишини чакиради.

Қизилўнғач чақалокларда нисбатан қиска. шиллик қавати нозик, қон то.мирларга бой. Мушак на эластик қавати суст ривожланган. Безлар деярли йўқ.

Ошқозон деярли юмалок, горизонтал ёки бироз ёнбошлаган холатда ва унинг катта қисми чан қовурга остида жойлашган. Ошқозон мушак қавати суст ривожланган, шиллик қавати нисбатан нозик. Чақалокларда ошқозоннинг асоси ва кардиал қисми суст ривожланган, шунинг учун «очик шишача» га ўхшатилади. Ушбу хусусиятлар туфайли чақалокларда қайд қилиш ва аэрофагия кўи учрайди. Ўта тўйинтириш ва қаттик йўргаклаш юқоридагиларга олиб келади.

Ичак: туғилиш вақдига келиб боланинг ичак узунлиги тана узунлигидан катта, катгаларникига нисбатап узун бўлади. Унинг шиллик қавати қон томирларга бой. Мушак ва эластик қавати яхши ривожланмаган. Бола қанча кичик бўлса, ичак деворининг ўтказувчанлиги шунча юқори бўлади. Ичак микробиоценози қуйидаги бактериялардан ташкил топган: бифидобактериялар, ичак таёкчаси, энтерококк, энтеробактер ва нопатоген стафилококклардан иборат. Нормал микрофлора ҳимоя функциясини бажаради. Ичак микрофлорасининг турли нозуя таъсирлар натижасида узгариши дисбиоз деб аталади.

Жигар чақалокларда нисбатан ўлчамлари катта, у қон томирларга бой, бириктирувчи гўкимаси оз, бўлақлари аниқ чегараланмаган, функционал томондан хали егилмаган бўлади. Ўт кислоталарининг ажралиши кўп эмас, қайсики овқат ҳазм қилиш жараенида муҳим рол ўйнайди.

Ошқозон ости беги гугилиш вақтига келиб охиригача шаклланмаган бўлади. Унинг эндокрин фупқцияси етилмаган, лекин сут таркибидаги енгил ҳазм бўлувчи озиқ моддалар гидролизни тўлиқтаъминлайди.

Меконий хомила хаётининг 3-4 ойлигидан бошлаб ҳосил бўлади. У чақалоклардан биринчи 1-2 кун ажралади ва куюк ёпишқок масса бўлиб тўқ зайтун рангида, хидсиз бўлади. Унинг таркибида ичак эпителий хужайралари, ютилган қоғонок суви қолдиклари, тери хужайралари. лануго, ўт, ичак ва ошқозон ости беги секрет-

лари бўлади.

Сийдик аъзолари тизими. Буйрак чақалоқларда нисбатан пастрок жойлашган. Деярли булаккли тузилишга эга, пўстлоқ қавати етарли ривожланмаган. Кидокчаларнинг умумий филтёрлаш юзаси катта эмас. Буйрак каналчалари чақалоқларда анча қисқа, уларни ёриги катталарникидан деярли икки марта тор. Худди шу ўринда Генле ковузлоғига ҳам тегишли, шунинг учун чақалоқларда бирламчи сийдик канал аппаратида суст. Буйрак жомчалари нисбатан яхши ривожланган. Лекин мушак ва эластик тукима суст ривожлапган. Буйрак лимфа томирлари билан ичак лимфа томирларининг узвий боғлиқлиги уларнинг хусусиятидир. Бу билан ичакдан инфекция буйрак жомчаларига осонлик билан ўтиши ва пиелонефрит ривожлапиши тушинилади. Сийдик пуфаги катталарникидан юқорироқ жойлаппан, шунинг учун осон пайпасланади. Уғил болаларда сийдик чикариш канали узунлиги болаларда 1-2 см. Чақалоқ биринчи кунлари суткада 4-5 марта бир хафтадан кейин суткасига 20- 25 мартагача сийдик || |' ч ||Н1 гезлашади. Сийдикнинг солиштира огирлиги биринчи кун 1006- Н)1 ' ксйппги кунларида 1008-1013, кейинчалик эса 1002- 1004, биринчи

Жинсий аъзолар:Простата беги чақалоқларда нисбатан катта, |»мирларн кенг ва бириктирувчи гукумаси бўш. Без секрецияси суст |.кра |ади. Жинсий аъзо тузилиши жихатидан катта болаларникидан фарк М1 )майди. Кўпгина ўғил болаларда физиологик фимоз аникланади, кайсики . и пр чаражаларда патологик бўлиб колиши мумкин.

Қиз болаларда катта ва кичик жинсий лаблар нисбатан катта, клиторни «| рмггиб туради. Бачадон консистенцияси хамирга ўхшайди. Қин деворлари цпр - бирига якин жойлашган, факат потенциал бўшлик бор. Тухумдонлар марказий қисмида кўпипча яхши ривожланган Граафов фоликулалари юпнлади. Сарик тана йўқ. Фаллопий найлари катталарникига нисбатан фарқланади, буюкми кўи бўлади.

Эндокрин тизим. Қалкопсимон без чақалоқларда така шаклида бўлиб, унинг гистологик тузилиши катталар беги гистологик тузилишига якин. | угилгандан кейин биринчи ойларда без фаолияти суст бўлади.

Буйрак усти беги чакалокдарда нисбатан катга, тузилиши [угалланмаган, уларнинг функцияси суст. Буйрак усти безининг пўстлок кавати нисбатан яхши ривожлаиан.

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 - чакалокнинг энг катта аъзоси. Казта ярим шарлар пўстлоғи нисбатан ингичка. Мияпинг кул ранг молдаси ок моддасидан етарли чегараланмаган. Йирик эгатчалар ва пушталар яхши памоён бўлган, лекин баландлиги ва чуқурлиги кичик. Майда эгатчалар нисбатан кам, лекин улар тутилгандан кейин пайдо бўлади. Мияча суст ривожланган, ён коринчаси катта, чўзилган. Катгаларникига караганда миянинг кон билан таъминлиниши яхширок. Гематозэнцефалитик барьер ўтказувчанлиги юкори. Орка мия тугилиш вақтига келиб тузилиши дсярли гугалланган бўлиб, функционал етилган бўлади. Чакалокдарда у нисбатан узун. Орка миянинг ҳамма ўтказувчи нерв йўллари етарли ривожланган, пирамидадан ташкари, миелнизация тугалланмаган бўлади.

Орка мия суюклиги чакалокларда наст босим остида бўлади, унипг ранги кўпинча сарғиш тусда бўлади. Панди реакцияси мусбат, оксил нисбаган кўп, канд эса камроқ, цитоз кўпрок, лимфоцитлардан иборатдир.

Вегетатив нерв тизими бола туғилиш вақтига келиб нормал фаолият кўрсатади.

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

Сезги аъзолари чакалоқлик даврининг характерли хусусияти - такомиллашмаганлигидир.

Кўриш аста секин ривожланади. Чакалокда у ёруғликни сезишдан иборат бўлади. Кўз ҳаракатлари координацияланмаган. Ҳаётининг дастлабки соати ва кунларида болаларга фотофобия

хосдир, унинг кўзлари қарийиб доимо ёпик, кўз қорачиғи торайган бўлади. Кўз ёши безларининг иши суст бўлади. Шунинг учун чақалоқ кўз ёшсиз йиғлайди. Кучли ва тўсатдан ёритилганда боланинг қовоқлари ёпилади ва боши орқага ташланади.

Чақалокнинг эшитиши ҳаётининг биринчи кунларидаёқ ривожланган бўлади. Кучли товуш кўзга тавчиларга 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 сохаларининг сезувчанлиги турличадир. У юз, қўл ва оёқда кучлидир, орқада эса кучсизроқдир. Терига совук предметлар билан тетилса, чуқур нафас олиб йиғлайди (жонлаштириш муолажаларида ишлатилади). Чақалокларда оғриқсезгиси ҳам мавжуд: уколга одатда ҳаракат реакцияси билан жавоб беради.

## ЧЕГАРАВИЙ ҲОЛАТЛАР

Ҳаётнинг янги шароитига мослашиш жараёнини ифодаловчи ҳолатлар ўтиш (чегаравий, физиологик) ҳолатлар дейилади, бу ҳолағлар фақат чақалоқлик даврида бўлади. Бу ҳолатларни эсда тутмоқ ва уларни патологик ҳолатлардан ажрата билмоқ лозим, чунки уларнинг ўхшашлик жиҳатлари бор. Чегаравий ҳолатларда даволаш талаб этилмайди. Чақалокларнинг орпшизмида рўй бераётган ўзгаришлар ўз-ўзидан тўлик йўқолади. Фи шологик ўткинчи ҳолатларга қуйидагилар киради:

Физиологик эритема - чақалок бутун терисининг қип - кизиллиги, оаъзан қафт ва оёғини тағииинг кучсиз кўқариши. Эритема ташқи муҳитнинг I аъсиротларидан терининг таъсирланиши натижасида ривожланади. У бир неча соатдан 2-3 суткагача давом



этади. Овкатланиш бунда бузилмайди, бола ҳаракати ўзгармайди. Эритема йўқолгандан сўнг кафт ва оёқ остида кўпроқ кузатилади-ган терининг кипиқланиши пайдо бўлади.

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

Физиологик сариклик ҳамма чакалоқларда ҳаётининг 3-4 кун ривожланади. Боланинг аҳволи қониқарли бўлганда тери, оғиз бўшлиғи шиллиқ кавати ва кўз склерасининг саргайиши пайдо бўлади. Ахлати о.здий рангда бўлади. Жигар ва талок катталашмаган. Сариклик эритроцитларнинг бир қисми парчаланиши, жнгарнинг физиологик етишмовчилиги, билирубиннинг ажратилиши сустлиги ва билирубиннинг ичаклардан қайта сўрилиши юкорилиги натижасида ривожланади. Сариклик 7-14 чи кунгача секинлик билан камайиб боради. Агар сарикдик етук болада 14 кундан узок, чала тугилган чакалоқларда 21 кундан узок ёки янги туғилган чакалоқда ҳаётининг биричи 36 соати ичида аникланса, бу патологик сариклик деб баҳоланади (чакалоқнинг гемолитик касаллиги, инфекциялар, ўт йўллари атрезияси ва х.к.).

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

Қиз болаларда 1-2 кунгача қонга ўхшаш ажралма кин орқали чиқиши мумкин. Ўғил болаларда ёрғокда шиш бўлиши мумкин, бир иеча кувдан сўнг эса ўзи қайтади. Сут безининг катталашини



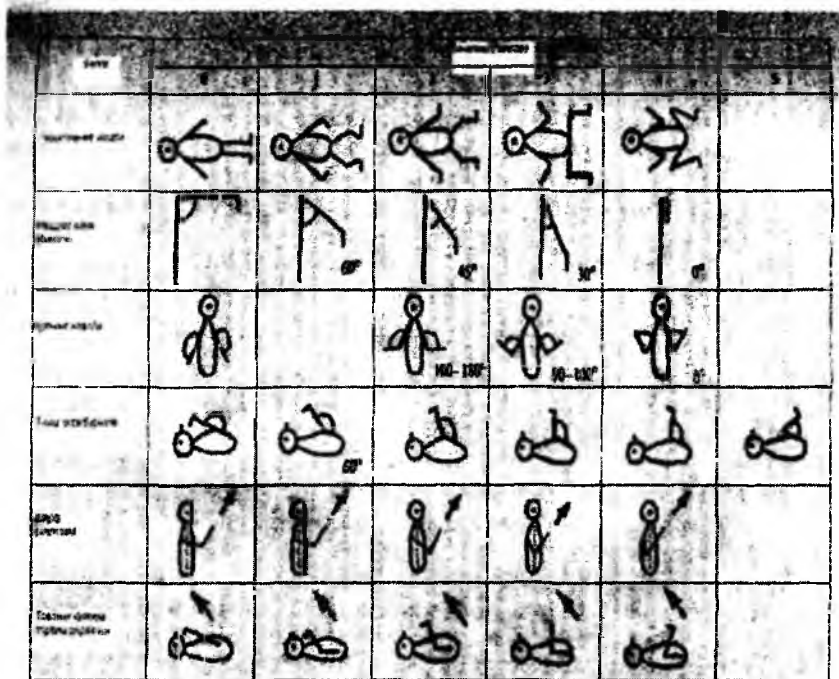
хамма киз болаларда ва ўғил болаларни ярмида учрайди.

Дескваматив вульвовагинит - жинсий йўлдан ажраладиган оккулрангсимоң рангдаги шиллик бўлиб, биринчи 3 кунликда киз болаларда пайдо бўлиб, 1-3 кундан кейин астасекин йўқолади.

**Морфологик мезонлар йиғиндиси буйича боланинг гестацион ёшини баҳолаш (Боллард Дж. ва б., 1979):**

Бслгилар	Баллар					
	0	1	2	3	4	5
Тери	Желатинсимон, кизил, тиник	Силлик, пушти қон томирлар кўринади	Юзаки кипиклаиш ва ёки қон томирлар бироз кўринади	Эгатсимои, кам ривожланган қои томирлар	Г Пергаментсимои, чуқур эгатлар, қон томирлар кўринмайди	Етуқ эгатлар, бурмалар
Лануго	йўқ	Жуда кўп	суқ	Туксиз сохдлар	Қатта қисмлар туксиз	
Товондаги бурмалар	йўқ	Ноаник, кизил чизинотар	Бурмалар фақат товоининг ояд қисмида	Бурмалар товоининг 2/3 қисмида	Бурмалар қафт-товоининг хамма қисмида	
Қуқрак безлари	Жуда оз сезилади	Ясси, сўргич агрофи айланаси йўқ	Тўлик ривожлаиғап, сўргич айланаси 1-2 мм	Сўргитг қуқтарилган, сўргич айланаси 3-4 мм	Сут бези тўқимаси тўлик ривожланган, сўргич айлапаси 5-10 мм	
Қулоқ	Қулоқ супраси ясси, буқилган ҳолатда қолади	Қулоқ супраси бироз буқилган, буқилгандан сунг секин зўтрилаиади	Қулоқ супраси яхши ЭГИЛДН, буқилгач осон тўтриланали	Зич ва шакланган, буқилгач теада тўтрилаиади	Зич тогай, қулоқ қақтик	
Жинсий аъзо. 1ар (ўғил бола)	ЁрҒОК буш, бурмалар йўқ		Тухумлар срғокка гушадн, ёрғок бурмалари бор	Тухумлар ёрғокка тушадн, ёрғок бурмалари яхши ривожланган	Тухум.тар «осилиб туради», ёрғок чуқур бурмаларга эга	

Жинсий аъзолар (қиз бола)	Клитор ва кичик жинсий лаблар чикиб туради		Кагга ва кичик жинсий лаблар деяр- ли тенг	Кагга жин- сий лаблар кичик жин- сий лаб. тар- ни йпибту- ради	Клитор ва кичякжин- сий лаблар кагга жип- сий лаблар билан ёпи- либ турали
---------------------------------	---	--	--	---	--



Тўғилган ҳолатда китора ва лабларнинг ўлчамлари. Билмас, 1979

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

Чала туғилган чақалоқларнинг функционал белгилари. Чала туғилган чақалоқлар гипотермияга мойил булади, иссиқлик ишлаб чиқариш камлиги, иссиқлик йуқотиш кучлилиги, овқат билан энергия кам тушиши, айниқса ҳаётининг биринчи кунларида, мушаклар тонусининг етишмаслиги ва улар массасининг

камлиги билан асосланади. Иссиклик ишлаб чиқариш ёғларнинг липолизи ҳисобига чегараланган, унинг миқдори чала туғилган чакалоқларда жуда кам. Юқори иссиқдик узатиш тери юзасининг нисбий катталиги билан боғлиқ, тери ости ёғ қавати ингичкалиги, қон томирлар тури тери юзасига яқин жойлашганлиги, тулик туғилган чакалоқларга нисбаган минутлик нафас ҳажми куплиги билан боғлиқ.

Чала туғилганлар учун тана хароратини инфекциян жараёнга жавобий кутарилишини йуклиги ва қувездатез исиб кетишликхосдир.

Чала туғилган чакалоқларни парваришлари ва даволашда сув-электролит алмашинувини лабиллигини ҳисобга олиш зарур, чала туғилган болалар организми гидратация куплиги билан фарқланади. Сув электролит режими бузилганда чала туғилган чакалоқлар шиш ҳосил бўлишига мойилдир, худди сувсизлик (дегидратация) ривожланиши каби.

Қон ковушқоқлигининг ошиши вегегатив нерв системасининг етилмаганлиги, гемодинамик бузилишларнинг тез пайдо бўлишига асосланади. Қон оқшининг бузилиши, шу билан бир қаторда ўпкада ҳам чуқурлашиши мумкин, баъзап эса ташки нафас функциясининг бузилиши кучайиши мумкин.

Бу бузилишлар коррекцияси чала туғилган чакалоқ буйрақлар иш қобилияти қийинлаштиради (коптокчалар филтрацияси суст, натрий ионларини деярли тулик реабсорбцияси, концеграцион ва секретор функцияни пасайиши.)

Чала туғилгалларда иммунитет етилмаганлигидан юкумли касалликларга мойиллик деб тушунилади. (Т- ва В-лимфоцитлар функционал активлигини пастлиги) ва носпецифик ҳимоя (лизозим, В-лизинларни миклорини камайиши).

Овқаз ҳазм килиш системаси ошқозонни ҳажмини кичиклиги, кардиал сфинтерни кучсизлиги, ошқозон ширасини прогеолитик активлиги сустлиги, ошқозон ости беши ферментатив қобилияти ва ичаклар фаолияти сустлиги билан характерланади.

Тана вазнининг физиологик йукотиши чала туғилгалларда ҳаётининг 4- 6 кунлари кузатилади ва тана массасини 7-14 %ини ташкил килади. Бошланғич йукотишни бу болаларда тикланиши

секинроқ кечади (хаётининг 3-4 ҳафтасида.)

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

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

### ЧАЛА ТУҒИЛГАН ВА КИЧИК ВАЗНЛИ ЧАҚАЛОҚДАРНИ ПАРВАРИШЛАШ ҚОИДАЛАРИ,

Кичик вазнли чақалоқларда куйидаги патологик ҳолатлар ривожланиш эктимоли юқори: неонатал асфиксия, гипотермия, гипогликемия, овқатлантириш билан боғлиқ муаммолар, инфекциялар ва турли нуқсонлар. Чала туғилган чақалоқларда эса яна апноэ, нафас бузилиш синдроми, гипербилирубинемия, бош миёга қон куйилиш ҳолатлари ва ҳ.к. кузатилиши мумкин. Агар янги туғилган, кичик вазнли чақалоқларда бу ҳолатлар кузатилмасан, 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 «тепри-тери» контакти, кувез, иссиқлик нурлари ва иссиқ тушаклардан фойдаланиш мумкин.

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

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

## Пилороспазм

Пилороспазм - ршқозон пилорик қисмининг мускуллари спазми бўлиб, ошқозондан овқа г ўтиши қийинлашишига олиб келади. Пилороспазм сабаби бўлиб марказий нерв системаси ва унинг вегетатив қисми бошқариш фаолияти бузилиши ва невропатик ирснй мойиллик хисобланади.

Юшникаси, Асосий симптомлар - қусиш, кекириш бўлиб, бола хаёгининг биринчи кунларидан кузатилади. Қусиш бола овқатлангандан кейин 10-15 дақиқа 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, уйку режими, оилада тинчли ҳолатини таъминлаш тавсия қилинади. Қайт қилган ҳолатларда кўкрак сутига қўшимча қуюқроқ овқат (гуруч қайнатмаси 1-2 чой қошиқдан) берилди. Пилорик қисм спазминни йўқотиш учун овқатдан 10-15 минут олдин церукал, но-пша каби воситалар буюрилади. Витэмин В1, В6, пипольфен, парафин аппликациялари, электрофорез новокаин билан (меъда соҳасига) муолажалари мақсадга мувофиқдир.

Қусиш пайдо бўлганда хамшира кусуқ моддалари аспираниясини 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 илиқ сув ёки 2 фойизли натрий бикарбонат эритмасми билан ювйлади, кусуқ массалари шифокор келгупча қолдирилади, ёки лабораторияга текширув учун юборилади. Хамшира боланинг ахволини шифокорга маълум қилади.

## Пилоростеноз

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

Клиникаси. Биринчи клиник белгилари чақалок хаётининг 2-4 хафталаарида юзага келади. Касалликнинг асосий белгиси - озикдангандан кейинги қусиш ҳисобланади. Қусук моддалари кучли босим билан, фонтан каби отилиб чиқади. Қусик таркибида сафро бўлмайди. Бемор озиклангандан кейин эпигастрал соҳада кўзга кўринарли перистальтика аникланади, «қум соат» симптоми мусбат бўлади.

Чақалок ахволи гезда огирлашади, атрофидагиларга бепарк, вақти-вақги 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 меъдадалуриб колгапи аникланади.

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

Текширув савогиари:

1. Пилороспазм клиникаси.
2. Пилоростепоз диагностикаси.
3. Ушбу касаликларни даволаш асослари.



### Чақалоклар асфиксияси.

Ҳозирги пайтда «асфиксия» деганда - юрак уриши давомийлигидаги нафас етишмаслиги ёки алоҳида вақти-вақти билан но.мунтазам, 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 қомила 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 гамойил тафовут этилади.

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

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

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

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

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



Иккиламчи гипоксия аспирация, пневмопатиялар, бош ва орқа миянинг туғма шикастлари ва бош мия, упка, юракнинг туғма нуқсонлари 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 ривожлаувчи бўғилиш маъносини билдиради. Модда алмашинувининг тулиқ оксидланмаган маҳсулотлари қонда айланиб юриб, тўқималарда биокимёвий жараёларни сундиради ва тўқима гипоксиясини келтириб чиқаради: хужайрадар кислородни сингдириш хусусиятини йўқотади. Патологик ацидоз қон томирлари девори ва тўқима мембраналари ўтказувчанлигини оширади, натижада қон айланиши ва қон ивиши бузилиши, турли органларга қон куйилиши кузатилади. Томирлар тонуси пасаяди ва улар қонга тўлади. Қоннинг суюқ қисми атроф тўқималарга чиқиб, барча аъзо ва тўқималарда дистрофик ўзгаришлар ва шишлар ҳосил қилади.

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

Белгилар	0	1	2
Юрак қисқаришлари	Йўқ	100 дан кам	100 дан 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

Ўрта оғирликдаги асфиксия куйидагича таърифланади. Туғруқдан кейин нормал нафас олиш 1 дақиқа давомида тикланмайди. Ўсқин юрак уриш сони минутига 100 ва ундан кўп. Мушак

тонуси ташки таъсирга сушт жавоб беради, 1 минутдан сунг Апгар шкаласи буйича - 4-6 балли ташкил этиб «Кук асфиксия» деб аталади.

Урта оғирликдаги асфиксия билан туғилгаи боланинг холати - ҳаётининг биринчи дақиқаларида - бола ланж, текшириш ва таъсиротларга реакцияси сушт, физиологик рефлекслари жуда пасайган. Тери қаватлари цианотик, оксигенация ўтказилганда бирданига пуштиранг бўлади, акрианиоз сакланиб қолади.

Аускультацияда - юрак гонлари бугиклашган, тахикардия. Нафас ритмик, хўрсинишлар билан, киска, қайталанувчи апноэ холати хосдир.

Оғир асфиксия: - туғилганда пульс 100 мартадап кам, пафас олиши кийинлашган ёки йук, териси рангпар, мушаклари атоник. Апгар шкаласи буйича 0-3 балл деб баҳоланиб «Ок асфиксия» деб аталади.

Боланинг туғилгандаги холаги оғир ва жуда оғир. Мушак тонуси, споптан харакаг фаоллиги, кўриш ва оғрикка сезувчанлиги пасайган ёки бўлмайти. Биринчи соатларда чақалокдарда физиологик рефлекслар чақирилмайти. Тери қаватлари ранги цианотик - оқнш, ва актив оксигенацияда пушти ранггача аста-секин тикланади, юрак тонлари бугик ёки бугиклашган. Меконий туғилишигача ёки туғилгавда ажралади.

Касаллик асоратлари: 2 гуруҳ асоратлари фарқланади - эрта, яъни ҳаётининг биринчи соатлари ва кунларида ривожланадиган, кечки - биринчи ҳафтанинг охири ва ундан кейинги вақтларда кузатилади. Эрта асоратлар ичида, бош миянинг шикастланишвдан ташқари (шиш, бош мияга қон қуйилншн, некрозлар ва бошқалар), кўлинча гемодинамик (ўпка гипертензияси, юрак етишмовчилиги), буйрак, ўпка, ҳазм қилиш аъзоларида бузилишлар ва геморрагик ўзгаришлар (анемия, тромбоцитопения, ДВС- синдром) кузатилади.

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

Даволаш. Янги туғилган чақалокдар асфиксияси - терминал холат бўлиб, ундан чиқариш учун айрим реанимацион тадбирлар

Ўтказилиши шарт.

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

А- Агпсау - ҳаво ўтказувчи йўлларни тозалаш ва уларнинг ўтказувчанлигини сақдаб туриш.

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

С- Сонйа! С1гс1лабоп - юрак фаолияти ва гемодинамикани тиклаш ва сақлаб туриш.

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

1-босқич, Реанимация (жовдантуриш), 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 йўрғакларга ўраб иссиқлик остидаги реанимацион стоячага тезликда олинади. Боланинг бош томони бироз пастга туширилган бўлади (тахминан 15° га). Боладаги ҳомила олди сувлари, шиллик, айрим ҳолларда тервдаги она қонини иссиқ йўрғак билан артиб олинади. Оғир асфиксияда, ҳомила олди сувларида ёки бурун - ҳалкумида меконий бўлганда тезликда нафас йўлларининг санацаяси ва интубация амалга оширилади. Ой куни тўлиб туғилган бола туғрукдан сўнг онадан дарҳол, чала туғилган чақалоқ эса бир минутдан сўнг ажратипади, биринчи босқич охирида (у 20 - 25 секунддан ошмаслиги керак) боланинг нафас олиши баҳоланади. Адекват нафас олишда, юрак уришлар сони минутига ЮОдан юқори бўлганда, терида цианоз кам бўлганда реанимацион тадбирлар тўхтатилади ва болага кейинги кузатув ташкил этилади. Иложи борича тезроқ болани она сути билан боқишни бошлаш керак.

2- босқич. Ташқи нафасни тиклаш асосий вазифадир. Мустақил нафас олиши қийин ёки йўқ бўлган болаларда ўтказилади (нафас олиши кам, тарқоқ цианоз борлиги ва бошқалар). Асосий тадбирлардан бири маска (ниқоб) ёки Амбу қопчаси ёрдамида ўпкалар вентиляциясини тиклаш саналади. Нафас олиш сони минутига 40 - 60 марта, илк бор 100% кислород - ишлатилади. Кўкрак қафасининг етарли экскурсияси альвеолаларнинг яхши вентиляцияси ва нафас



йўлларининг ўтказувчанлиги бекам-куслигидан далолат беради.

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

3- босқич. Организмда метаболизм ва қон айланиши бузилишларида олиб бориладиган чора-тадбирлар - ЮКС минутига 6((- 80дан кам бўлганда дарҳол 100% лик кислород билан ўтказиладиган ЎСВ фонида юракни билвосита массажини бошлаш керак. Бунинг учун катга 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 УСВ ва юракнинг билвосита массажи ўтказилади. Сўнгра терининг ранги ва микроциркуляция ҳолати баҳоланади. Кўрсатмалар бўйича инфузион терапия ўтказилади (альбумин, натив плазма, натрий хлорид эритмаси). Тугруқ 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, турғун брадикардия кузатилса, бош миянинг оғир шикастланиши ҳақида фнкр юритиш мумкин ва реанимацион чора тадбирларни тўхтатиш масаласи кўрилади..

### Туғма травма ва шикастлар

«Туғма травма» термини гуғруқ пайтида аъзо ва туқималари бутунлигининг бузилишини (функциялари ҳам бузилади) ўзида жамлайди.

Туғма гравмаларнинг сабабларидан бири туғрукдаги акушерлик муолажаларидир. Ҳомила гипоксияси ва оғир интранагал асфиксия нормал кечаётган туғрукда ҳам шикастланишлар пайдо бўлиши мумкин. Одатда асаб системаси, юмшоқ тўқима, суяк ва аъзоларнинг туғма шикастлари фаркланади. Асаб системасининг туғма шикастларига куйидагилар киради: бош ва орка миянинг шикастланиши, периферик асаб системаси (кўлнинг акушерлик парези, диафрагма ва мимик мушаклар парези). Янги тугилган чакалоқлар патологиясида муҳим ўринни суяклар синиши эгаллайди (ўмров, сон, болдир). Оғир туғрукларда ички аъзо зарарланиши билан мушаклар узилиши ва қон кетишлар юзага келади. Энг кўп учрайдиган юмшоқ тўқима шикастлари - туғрук ўсмаси ва кефалогематома ҳисобланади.

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

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

### **Марказий нерв системасининг перинатал шикастланиши**

Бу термин остида бош мияда чуқур пато.морфологик ўзгаришлар юзага келиши тушунилади, булар қон куйилиши (мияга қон куйилиши) ва тўқималар деструкцияси (гипоксик - ишемик энцефалопатия). Мияга қон куйилиши келиб чиқишига кўра икки турга



булинад: травматик ва гипоксик. Уларнинг бир-бирига нисбати 1: 10.

Гипоксик-ишемик энцефалопатия перинатал гипоксия натижа-сида бош миянинг зарарланиши бўлиб, харакаг бузилишлари, ти-ришишлар, рухий ривожланишнинг бузилишларига олиб келади.

МНС туғма шикастларининг асосий сабаби ҳомиланинг анте-ва интранатал даврида ўткир ёки узоқ давом этувчи гипоксиядир. Бу мияга қон куйилишига сабабчи бўлади. Она ҳомилдорлигида юз берган ҳар- бир касаллик ҳомила гипоксиясини чақиради. Ги-поксия ва бош миянинг туғма шикастлари бир - бири билан пато-генетик боғлиқ, кўпинча бирга келади. Баъзан мияга қон куйили-ши ва бош мия тўқималарининг жароҳдти гипоксиянинг оқибати ёки унвнг сабаби бўлади.

Янги тугилгаи чақалоқларда МНС шикастланиши турли хил клиник ва морфологик ўзгаришлар билан характерланади, бун-га; гемоликворцир- куляция бузилишидаги енгил функционал ўзгаришлардан тортиб то мияга қон куйилиш ва диффуз шиш-ларда бўладиган ҳаётий функциялар ва мия шикастланишининг чуқур ўзгаришларигача киради.

Клиникаси, Мияси тугма шикастланган болалар кўпинча ас-фиксия билан туғилади ёки иккиламчн асфиксия ҳаётининг 3 - 5 кунлари юзага келади. Айрнм ҳолларда чақалоқ ҳаётининг би-ринчи кунлари МНС шикастланиши суест намоён бўлиб, биринчи-ҳафтанинг охирларида ёки ундан кейин ташхисланади.

МНС туғма шикастларининг кечишида куйидаги даврлар фарк-данади: ўткир (7-10 кун, чала туғилганларда 1 ойгача), эрта ти-кланиш (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.

Касаллкнинг ўткир даврида умуммия бузилишлари устунлик қилади ва бу ўта қўзғалувчанлик сивдроми ёки сўниш синдроми кўринишида ўтади. Ўта қўзғадувчанлик синдромида ҳаракатлар нотинчлиги, талвасага мойиллик ёки талваса тутиши, мия билан боғлиқ монотон бақириниш, инграш, мушаклар тонусининг ошиши, энса мушакларинг таранглашиши, қўл ва ияк титраши кузатилади.

Суниш синдромида барча ҳаётӣ функцияларнинг сусайиши, гипо- ва адиаамия, мушаклар гипотонияси, физиологик рефлексларнинг сусайиши ёки йўқолиши кузатилади.

Мия шикастланишининг ўчоқли белгиларвага спастик парез ва фалажлик, «ботаётган қуёш» симптоми, диққат билан гикилиш, нистагм, юз асимметрияси, мушаклар тонуси ва рефлекслар асимметрияси киради.

Кўп ҳолларда МНС нинг тугма шикастланишлари нафас бузилиши синдроми ва юрак-қон томир системасидаги ўзгаришлар билан қўшилнб келади. Овқат ҳазм қилиш тизимининг гипоксия натижасида шикастланиши иштаҳанинг ўзгариб турниши, баъзан иштаҳа йўқолиши, кекариш 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 букувчи ва ёзувчи мушак гуруҳларни, ҳамда соининг келтирувчи мушакларини қамраб олиш мумкин.

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

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

Кечки тикланиш даврида бош миянинг шикастланиш даражаси яққол аниқланади. Прогностик жиҳатдан бўшашган елка симпто-

ми, оёқлар кесишмаси ва руҳий, жисмоний ривожланишдан орқада қолиши каби белгиларнинг бўлиши ёмон оқибат ҳисобланади.

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

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

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

Даволаш куйидагиларни ўз ичига олади:

- 1) дегидратация (маянтол, лазикс);
- 2) тал васага қарши терапия (седу ксен, дропер идол, фе но-барб итал);
- 3) томирлар деворини мустаҳкамлаш (кальций глюконат, аскорбйн кислота);
- 4) нерв тўқимасида модда алмашинувини меъёрга келтириш ва бош мияни гипоксияга чидамлилигини ошириш (глюкоза, АТФ, липоат кислота, альфа- токоферол, глутамин кислота).
- 5) Синдромларни даволаш: нафас етишмовчилиги ва юрак - қон томир етишмовчилигига қарши курашиш, талвасаларни, гипертермияни даволаш.

Касалликнинг ўткир даврида болани кунт билаи парвариш қилиш керак. Бу куйидаги муҳофаза тартибига риоя қилишни талаб қилади: товуш ва ёруглик таъсуротларинияг интенсиивлигини камайтириш, кўрикларни ва гурлн хил муолажаларни юқори даражада эҳтиёткорлик билан амалга ошириш, оғриқди муолажаларни иложи борича камайтириш, «ҳаракат ҳимояси» 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 шарти табиий овқатлайтириш 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) ўтказади. Ноотроп препаратлар қўлланилади (пирацетам, аминалон, пантогам). Миёда 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 биланкечади?
3. Парваришлаш чора-тадбғфлари.

### Чақалоқлар гемолитик касаллиги

Чақалоқлар гемолигик касаллигй (ЧГК) асосида она ва ҳомила эритроцитлари антигенларининг бир - бирига тўғри келмаслиги натижасида ҳомила ва чақалоқнинг эритроцитларини гемопизга учраши ётади.

Этиологияси. ЧГК асосан она ва ҳомила конининг резус омили бир - бирига мос келмаганда ривожланади. Камроқ ҳолларда қон гуруҳи антигенларининг (ABO) ёки бошқа антиген системалари бўйича номутаносиблиги натижасида келиб чиқади. Резус-номутаносиблик резус маифий бўлган аёлнинг резус- мусбат ҳомила билан ҳомиладор бўлганда юзага келади. ABO - номутаносиблик она қон гуруҳи 0(1) бўлиб, ҳомилада A(1Г)ёки B(Ш) қон гуруҳи бўлганида кузатилади. Резус манфий аёл организмнинг илгари сенсibiliзацияга учрагани (қон куйиш, 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 антианалар микдори ва ўларнинг шикастлаш хусусияти, ҳомиланинг реактивлиги ҳам аҳамиятлидир:

Патогенези. ҳомйла организмдаги резус -антиген резус манфий аёл конига ўтиб махсус антианалар ишлаб чиқарилишига олиб келади.

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

Клиникаси. ЧГКнинг 3 шакли фарқланади: шишли, сариклик 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, энгил сарикдик билан ёки цианотик тусда бўлади. Юз кўриниши шиш ҳисобига ойсимон шаклга эга. Тана ва кўл - оёқларда шиш кузатилади. Бўшлиқларда эркин суюқлик аниқланади. Жигар ва талоқ катталашган бўлади. Болалар одатда туғилгацан сўнг биринчи соатлардаёқ нобуд бўлади.

Сариклик билан кечувчи шакли энг кўп учрайди, Юзага чиқиш даражасига қараб энгил, ўртача оғирликдаги ва оғир даражалари фарқланади. Касалликнинг асосий симптомлари эрта пайдо бўлувчи сариклик, анемия ва гепатоспленомегалия. Сарикдик бола туғилиши билан ёки биринчи, баъзан иккинчи куни пайдо бўлиб, аста секин кучайиб боради. Жигар ва талоқ катталашади. Билирубинли интоксикация кучайиб борган сари боланинг аҳволи ёмонла-

шади: бола уйкучан бўлиб қолади, физиологик рефлекслар сусазди. 3-4 суткада билирубин даражаси жуда юқори бўлиб, ядровий сарикдик пайдо бўлади (энса мушаклари таранглашиши, талвасалар, «ботаётган қуёш» симптоми, мияга боғлиқ бўлган кичқирриш, катта лиқилдоқ таранглиги). Биринчи ҳафта охирларда ҳолестаз сабабли ўтнинг ичакка ажралиши бузилади («ўтнинг қуюқишиш синдроми»). Тери яшилнамо тусга киради, ахлати рангсизланади, сийдик тўқ рангга киради, қонда бевосита билирубин миқдори ошади.

Аиемик шакли нисбатан енгил кечади. Биринчи ҳафта охирларида бола тери қопламларининг рангпарлиги аниқланади. Сариклик физиологик сарикликдан кучсизроқ намоён 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 оштавий анамнездан ташқари ҳомиладорлик даврида антитаналар миқдорини динамикада кузатиш керак (антитаналар миқдорини ҳомиладорликнинг 3 - ойидигигача ошиши аёлнинг тери ва киндикнинг инфекция қасалликлари

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

Флорасига (ичак таёкчаси, протей, клебсиелла, эитеробактерлар), билан бирга кўк йиринг таёкчасига катта аҳамият берилмоқда. Касаллик ривожланишига ўткир ва сурункали яллиғланиш ўчоқлари, онада кечаётган яширин инфекция, гуғрук йўллари инфекцияси, чақалокларни 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 чақалокларда инфекция яллиғланиш жараёнининг генерализацияси (авж олиб кетиши) кўп кузатилади.



Пиодермия - терининг йирингли яллиғланиш касаллигидир. Янги туғилган чақалокларда пиодермия аниқланиши билан уларни бошқалардан ажратиш ва касалхонага ётқизиш лозим. Бундай болалар парвариш қилишда фақатстерил окликлардан фойдаланиш керак.

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

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

Чақалоктар пуфакли ёки чилла яраси. Асосан бола ҳаётининг биринчи- иккинчи хафтасида ривожланади. Бўйинда, қоринда, кўл - оёқларда юза жойлашган турли ўлчамли пуфакчалар ҳосил бўлади (диаметри 0,5 - 2см)ва ўз ичида хира суюқлик саклайди. Пуфаклар осон ёрилади ва қонаши мумкин бўлган эрозияли юза ҳосил қилади. Тошмалар бир вақтда пайдо бўлмаганлиги сабабли полиморф табиатга эга бўлади. Эрозияли сохштар тез эпителийланади, унинг ўрнида узок муддат оч - пушти рангли доғ қолади. Териди 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 сезувчанлигини ҳисобга олиб антибактериал терапия, дезинтоксикацион, симптоматик ва витаминотера-

пия ўтказилади.

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

Даволаш. Умумий даволаш сепсисни даволашга ўхшаш ўтказилади. Маҳаллий даво куйидагича олиб борилади: стерил игна ёки қайчи билан пуфак ёрилади, стерил пахта ёрдамида суюқдик 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 найларада ривожланади, чақалокларда ва ҳаётининг биринчи ойларида бу найлар нисбатан кенг бўлади. Дастлаб энсада, танаяинг орқа юзасида, думбада ва бошқа соҳаларда пусгулалар пайдо бўлади, ичидаги маҳсулоти тезда қуриб, пўстлоқ ҳосил қилади. Сўнгра шу соҳаларда кўкимтир-қизғиш рангли тугунлар ҳосил бўлади, ўлчами нўхотдан то ёнғоққача катталиқда бўлади (инфильтрация босқичи). Тез орада яллиғланиш ўчоғи марказида флюктуация аниқланади. Абсцесс ёрилганда қуюқ яшилсимон-сарик рангли йиринг ажралади. Яллиғланиш ўчоғи битганидан сўнг чандиқ қолади. Болалардаги кўп сонли абсцесслар умумий ҳолатнинг бузилиши билан кечади: юқори ҳарорат, ҳолсизлик, дистрофик ўзгаришлар. Касаллик узок муддат тўлқинсимон кечиши мумкин.

Даволаш. Псевдофурункулёзни даволаш умумий ва маҳаллий терапияни ўз ичига олади. Маҳаллий даво касаллик босқичига боғлиқ: инфильтрация 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.

Флегмопоз омфалит- яллиғланиш жараёнининг киндик атрофиға ва а<sup>Р</sup>Ф тўкималарға тарқалиши билан характерланади. Киндик жароҳати а\*Ралмаси йирингли бўлади. Киндик атрофидаги тери кизарган, шишади, КИГДик соҳаси сезиларли бўртиб қолади. Агар яллиғланиш жараёни киндик °Мирларига тарқалса, томирлар кенгайиб, киндик халқасидан юқорида ва паётДа тасма кўринишида аниқланади, қорин олди девори томирларининг к°Нгайиши характерли. Боланинг умумий аҳволи ёмонлашади, гана харорати кУГарилади, иштаҳа пасаяди, тана вазни ошиши секинлашади, периферик КОНда~яллиғланиш белгилари аниқланади.

Некротик омфалит- кам учраб, одатдахимоя кучи сустбўлган болаларда УЧрайди. Киндик атрофи териси кизгиш- цианотик рангда бўлалади. Некроз г®ГДа терининг ҳамма қаватларига тарқалади, кейин некрозга учраган т'ч'л]ма., тар кучади ва қорин бўшлиғи аъзолари эвентрацияси юзага келиши м>мкиц. Омфалитнинг бу шакли энг оғир хисобланиб, ифодаланган ПГГГоксикания билан кечади ва асосан сепсис билан яқунланади.

Даволаш. Омфалитни даволашда киндик жароҳатига хар доим 3% Водород пероксиди билан, сўнгра 70% спирт ва 5% калий перманганат аРитмаси билан ишлов берилади. Жароҳатдан кўп ажралма чиқаётган бўлса патРий хлорид гипертоник эритмаси билан хўтпанган боғлам қўйилади. Ма\*алдий давода стафиллококк бактериофаги ҳам қўлланилади. Киндик ЖаРоҳати эителийланишини тезлашгириш учун УБН қўллапилади.

Коланинг умумий аҳволи ёмонлашганда ва инфекцион жараённипг гаРкадиш ҳавфи бўлганда умумий терапия ўтказилади («Сепсис»ға қаранг).

Гекшнрув саволлари:

- 1- Тери ва киндик тизимчасининг инфекцион касалликлари.
- 2- Везикулопустулез клиникаси.
- 3- Герининг инфекцион касалликларини олдини олиш.

### Чақалокларда сепсис касаллиги.

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

Этиологияси, Вақтига етиб туғилган болаларда касалликнинг асосий этиологик омил 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, тугма гипотрофия, туғруқ жароҳатлари, чақалоклар гемолитик касаллиги; парваришнинг бузилиши, туғруқхонада ва уй шароитида санитария- эггидем ологи к холатн ингбузилиши; тери вакиндик касалли кл ар и,

Патогенези. Инфекциянинг кириш жойида бирламчи яллиғланиш ўчоғи ҳосил бўлади (омфалит, везикулопустулез ва ҳ.к.). Яқин атрофдаги томирлар ва атроф тўқима шикастланади. Боланинг организмда ҳимоя омилларининг сусайишн 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»<sup>1</sup> натижасида метастатик ўчоқлар ҳосил бўлади. Микроб ва токсинлар таъсирида, нерв бошқарувининг бузилиши натижасида барча аъзо ва системапар 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 куйидагилар ҳисобланади: киндик қолдиғининг кеч тушиши, тез-тез қусиш,



вазн ўсиши секинлашиши ва чақалокдар сариқпигининг узок муддат сакданиши. Касалликнинг эрта клиник белгилари интоксикация симптомларидир.

Септицемия - кўзга кўринарли йирингли ўчоқларсиз кечадиган сепсис шакли ҳисобланиб, кўпинча чала тугилган болаларда кузатилади. Болада ҳаракат, рефлекслар ва сўриш активлиги пасаяди, субфебрилитет, гипотония, тез-тез қусиш, метеоризм, диспептик ўзгаришлар кузатилади. Бола бғирлиги 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 талоқ катталашади. Тери ости ёғ қаватининг пастозлиги ва шишинқираганлиги аниқданади, қоринда томирлар тўри пайдо бўлади. Оғир ҳолларда геморрагик синдром ривожланади.

Септикопиемия - аъзоларнинг шикастланиш симптомлари қушилиши 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 гурли босқичларида бир-бири билан қўшилиб кетади.

Чала тугилган болаларда сепсиснинг клиник кечиши касаллик бошланишида аниқ клиник намоён бўлмаслиги, суст 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 фарқданади. Яшин тезлигидаги сепсис кечишига септик шок ривожланиши хосдир.

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

Ташхиси. Ташхис қўйишда 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 гемогло-



биннинг камайиши), қони стериликка текшириш натижаларини (2-3 марта), бирламчи инфекция ўчогидаги 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 қўйиш мумкин.

Даволаш. Сепсисни даволаш қўзғатувчини бартараф қилиш, организм қаршилигини ошириш, йирингли ўчоқларни йўқотишга қаратилади. Антибактериал терапия қўзғатувчининг 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 қўллавилади.

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 био-препаратлар қўлланилади: лактобактерин, бифидумбактерин, бификол, ДВС синдромга қарши ва симптоматик терапия ўтказилади, инфекция ўчоқларини маҳаллий даволаш амалга оширилади. Боланинг табиий овқатланиши таъминлаш жуда муҳим. Реконвалесценция даврида массаж, даволаш гимнастикаси, гоза ҳавода сайр қилиш, гигиеник муолажалар, умумий УБН катта аҳамиятига эга.

Профилактикаси. Бола туғилишидан аввал бошланиши керак. У I мишдагиларни ўз ичига олади: ҳомиладорликнинг эрта давридан ҳомиладор иёлни кузатиш, сурункали ва ўткир касалликларни аниқлаш ва даволаш, кўкрак сути билан бокишни тўғри ташкил қилиш, ҳомиладор аёл кун гартибини тўғри ташкиллаштириш, очиқ ҳавода етарлича сайр этиш, ҳомиладорлик асоратларипинг олдини олиш ва ўз тўлик даволаш. Чақалоклар сепсисининг олдини олишда онанинг гигиеник коидаларга риоя қилиши катта аҳамиятга эга. Янги туғилган чақалокни парвариш қилишда асеп-

тикага риоя қилиш шарт. «Кичик септик ҳолатларни» ўз вақгида, тулик аниқлаш ва даволаш керак.

Гекширув саволлари:

1. Сепсис гурлари.
2. Чақалоқлар сенсиси клиникасн.
3. Сепсисда антибиотикларви қўтлаш.

Эмизикли ёшдаги болалар касалликлари

Гипотрофия

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

Эгиология. Туғма ва ортгирилган гипотрофия фаркланади. Туғма ғипо- трофияга ҳомиладор аёлдаги гурли касалликлар, тез-тез абортлар, касбга оид зарарли омиллар, ижтимоий турмуш шароитларининг қониқарсизлиги ва бошқалар сабаб бўлиши мумкин.

Постнатал даврда гипотрофияга эндо- ва экзоген омиллар олиб кели- ши мумкин. Экзоген сабабларга куйидагилар киради: алиментар бузилишлар (овқат миқдори ва сифатидаги етишмовчиликлар), инфекцион омиллар (ўтқир ва сурункали касалликлар, айникса овқат хазм қилиш аъзоларининг касалликлари), парвариш қилиш камчиликлари, экологик омиллар, дори моддаларининг токсик таъсирлари (заҳарланишлар, гипервитаминозлар).

Эндоген омилларга моддалар алмашинувининг ирсий бузилишлари (га- лактоземия, фруктоземия ва бошқалар), иммунитет ганқислиги ҳолатлар, туғма нуқсонлар (юкори лаб ёриғи, қатгиқ танглай битмаслиги, пилоросте- поз, юракнинг тугма 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 оўлувчи овқатларни бериш (она сути, она сути йўқлигида мослаштирилган аралашма- лар, яхшиси сут-қатикли ацидофил аралаш- малар: «Кичкинтой», «Малютка», «Малмш», «Ором», «Биолакт»),

«Бифилин» ва бошкалар);

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

3.Овқатланиш, ич келиши, диурез (ичилган ва парентерал буюрилган суюқдик), тузлар микдорини мос холда, мунтазам назорат қилиш;

Овқатга толерантликни аниқдаш 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 (чой, наъматак дамламаси, мева шарбатлари, сабзавот ва мева қайнатмалари, оралит, регидрон ва б.к.).

Боланинг ахволи яхшилангандан кейин овқат микдори аста-секин физиологик меъёрга етказилади. I даражали гипотрофияда овқатланиш ҳисоо ва коррекцияси 1 кг ксрак бўлган тана вазнига қараб ўтказилади. I гипотрофиянинг II даражасида суткалик рациондаги оксил ва углеводлар микдори 1 кг керак бўлган вазнга, ёғлар микдори — 1 кг фактик вазнига ҳисобланади. III даражали гипотрофияда оксиллар ва углеводлар керак бўлган тана вазнига яқин вазнга (фактик вазн + фактик вазннинг 20% ), ёғлар микдори фактик вазнга ҳисобланади.

Боланинг ахволи яхшиланиб бориши ва тана вазни турғун органи бошлаши билан аста-секин ёшига мос бўлган овқат билан овқатлантириш бошланади. Оксиллар микдори оксилли аралашмалар ва оксилли маҳсулотлар (оксилли энпит, катик, оксилли сут, творог, тухум сариги, 1ўшт маҳсулотлари); углеводлар — шакар сиропи, мевалар шарбати ва пюре, бўткалар; ёғлар - ёғли энпит, каймоқ, ўсимлик ёғи ва сарёғ қўшиш билан коррекция қилинади.

Бола учун энг мос овқат она сүти 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 керак. Палатада ҳаво ҳарорати 24-25°C дан паст, 26-27 °C дан юқори бўлмаслиги керак, чунки бундай болалар тез совуқ котади ва тез кизиб кета-шиар. Ташқарида сайр қилишга, ҳаво ҳарорати -5°C дан паст бўлмаган пайт-иарда рухсат этилади. Кузда ва қишда сайр пайтида боланинг оёқларига I релка қўйилади. Болада мусбат тонус ҳосил қилиш, тез-тез қўлга олиб ту-риш жуда фойдали. Қўшимча инфекция профилактикаси учун беморни влоҳида боксга жойлаштириш, хонани мунтазам кварцлаш керак. Илик гипотрофия ваннапар яхши таъсир кўрсатади (сув ҳарорати 38 °C), гимнастика ва массаж қилиш шарт ҳисобланади.

Гипотрофияда парваришlash болани тўғри овқатлантиришдан иборат. Бунда овқатда оксил, ёғ ва углеводлар коррекциясини олиб бориш, болага қўшимча суюқликлар киритишни таъминлаш, гипотрофия даражасига қараб овқат ҳажмини аста-секин ошириш-ни ташкил этиш керак. Ундан ташқари боланинг кундалик режими-ни, 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 соғлигини ҳимоя қилишга қаратилган тадбирлар профилактиканинг муҳим қисми деб ҳисобланади.

Текширув саволлари:

1. Гипотрофия бу қаидай касаллик?
2. Гигготрофия даражалари ва югиник кўриниши.
3. Гипотрофияда парҳез ва парваришлаш асослари.

## КОНСТИТУЦИЯ АНОМАЛИЯЛАРИ (ДИАТЕЗЛАР)

Конституция аномалияларига организмнинг бошка болаларда ҳеч қандай алоҳида ўзгаришлар чақирмайдиган ташқи муҳит таъсуротларига одатдан гашкари, ноадекват реакция билан жавоб беришга мойиллиги кира- ди.

Диатезлар асосида моддалар алмашинувидаги ўзгаришлар ва иммуноло- гик реакцияларнинг ўзига хослиги ётади.

Болаларда диатезларнинг 3 та гури фарқланади:

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

Экссудатив - катарал диатез (ЭКД) - терида турли тошмалар бўлиши. шиллик қаватлар таъсирчанлиги ва яраланувчанлиги. инфекция қасаллик- ларга қаршилиқ пасайиши, тез-тез аллергия реакциялар бўлиши, туз-сув ал- машинуви турғунлиги бузилиши билан характерланадиган ҳолат.

Этиопатогенези. ЭКД генетик омиллар билан боғлиқ (70-80% болаларда ирсий мойиллик) хазм қилиш тракти фермент системаси ва иммунологик ҳимоя системасида ёшга хос хусусиятлар ва ташқи муҳит омилларига боғлиқ. Хавфли омилларига она қорнида ривожланиши давридаги ҳомила гипоксия- си, МАС перинатал шикастланиши, инфекция қасалликлар, кучли медицина- ментоз терапия, овқатлантириш характери кирали.

ЭКДнинг им.мун ва ноиммун турлари фарқланади.

Иммун ЭКД иммуноглобулин Е (ГҶЕ) - реакинлар ошишига ирсий мой- иллик бўлиши билан характерланади, бунинг патижасида ҳаётининг биринчи кунидан терида юзага келувчи, тўхтовсиз (қайталанувчи) кечувчи ва терапия наф бермайдиган аллергия реакциялар ривожланади. ЭКДнинг худди мана шу формаси кейин-

чалик аллергия касалликларга (бронхиал астма, экзема, нейродермит) айланиши мумкин.

Кўпчилик болаларда ЭКД ноиммун гснзга эга. Бир томонда бу ссмиз хужайраларда гистаминнинг ортиқча секрецияси билан боғлиқ бўлса, бошқа томондан унинг инактивацияси етишмовчилиги билан боғлиқ бўлади. Эми- зикли болалар тўкималарини гистаминга сезгирлиги мактаб ёшидаги болаларга нисбатан анча юкори бўлади, семнз хужайралар гисгаминни кўп микдорда ажратиши эса совук таъсирида, витаминлар танқислигида, вакцинация, турли касалликларда (УРВИ, ичак нифекциялари, дисбактериозда) бўлади. ЭКД ниинг белгилари намоеън бўлишига олиб келувчи омиллар қаторига сигир сутининг оксиллари, тухум, цитрус мевалар, кулупнай, бўтқалар ва бошқалар киради. Кўкрак сути билан боқиладиган болаларда онаси гомонидан юқоридаги маҳсулотлар овкатга ишлатилганда диатез пайдо бўлиши мумкин.

ЭКДли болаларда гидролабиллик кучли ифодаланган бўлиб, бу бир томондан организмда сув, натрийни ушлаб қолинишн натижада - пастозлик, онаклик, танаининг ортиқча вазпига олиб келса, бошқа томондан интеркур- 1>сит касалликларда тез сувсизланишга сабаб бўлади.

Клиникаси. Теридаги узгаришлар бола ҳаётининг иккинчи ярим йиллирида зўраяди. Дастлаб бу бошнинг сочли қисмидаги гнейс (сборрея кнпикяари, қазғокларнинг кўи хосил бўлиши), яхши гигиеник парваришда ам тери бурмаларида бичилишлар пайдо бўлиши билан ўтади. Кейинчалик оуига ёнокларда гиперемия, инфилтрация ва қазғокланиш, сутли пўстлок (молочный струп) ва строфулюс - марказида майда нуктасимон везикулали гхтунчалар, кичишадиган тошмалар пайдо бўлиши кўшилади. Намланувчи жзма терининг жиддийроқ шикастланиши хисобланади. Юз, гавда, оёк - кўллар терисида майда, аранг билинадиган папулалар ҳосил бўлади ва улар гезда пуффакчаларга айланади. Пуффакчалар ёрилади ва улар ўрнида кўп микдорда сарғиш суюклик ажралиб турадиган намланган юзаси қолади. Улар куриб колганда экзематоз пўстлоқчалар ҳосил бўлади. Тошмалар бирданига пайло бўлади ва азобли кичишиш билан кечади. Намланувчи экзема узоқ ва сурункали кечади. Кам ҳолларда тери намланмасдан кипикланиши би-

лан ке- чадиган курук экзема учрайди. Каттароқ ёшдаги болаларда қичима - майда, қағиқ қичишадиган, оёқ қўлларда жойлашган тугунчалар кузатилади. Бу болаларнинг териси қўпинча курук ва кипикланувчи бўлади.

Шиллик пардаларнинг тез яралаювчанлиги тилда қучайган ва нотекис эпителий қўчиши («географик тил»), оғиз шиллик кавати ўзгариши (стома- гит) орқали кўринади. Куз касалликлари (конъюнктивит, блефарит) ва юқори нафас йўллари касалликлари (кайталанувчи ринитлар, фарингитлар, синуситлар, бронхитлар, сохта круп) кўп кузатилади. ЭКДли болаларда қўпинча сийдикда ҳеч қандай сабабсиз ўзгаришлар (протеинурия, лейкопитурия, ясси эпителиал хужайралар), ичак дисфункцияси аниқланади. Лимфоид туқима гиперплазияси - ЭКД га ҳос клиник кўринишидир. Аденоидлар ва бодомси- мон бсз лимфа тугунлари, баъзан жигар ва талоқ катгалашади, анемия ри- вожланади.

Ташки кўринишдан болалар пастоз, кериккан, говак, ланж ёки озғин, безовта, нозик териلى, терисидаги тош.малар курук қичишадиган бўлиши мумкин.

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

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

Даволаш. Қунт билан туғри парвариш ва тоза хавода етарли- ча бўлиш эътиборга олинган режимпи ташкил қилиш муҳимдир. Овқатланиш раниони- дан облигат аллергиялар чиқариб гашланган ҳолда, овқат тўлик ва сифатли бўлиши керак. Ортикча вазнли болаларда углеводли овқатлар чекланади (бўтқайар, кисель, унли маҳсулотлар). Касаплик авж олган даврда қавд ўрнига ксилит ва сорбит ишлатиш тавсия қилинади. Қўшимча калий тузлари берилади, ош тузи ва суюқлик чекланади.

Эмизувчи она диетасида овқат аллергиялари, экстрактнв моддалар, кон- сервантлар, бўёқ моддалар бўлмаслиги керак.

Диатез оғир кечган ҳолларда, айниқса сигир сутига аллергия

исботланган бўлса, бу болаларга бодом, соя «сути» ва улар асосидаги аралашмалар берилadi. Сунъий бокиладиган, ЭКД га чалинган болаларга сизир сутини чегараланиши, сабзавот пюреси кўринишдаги биринчи кўшимча овқат эртароқ, 4 - 4,5 ойлигида берилadi. Табiiй овқатлантириладиган ЭКДга чалинган болаларга кўшимча овқатни соғлом болаларга қараганда кечроқ бериш тавсия қилинади. Бутқалардан энг туғри келадигани гречиха, буғдой, перловка гуруч ёрмасидан тайёрланадиганлари. Бўтқа ва сабзавот пюрелари тайёрлашдан сабзавот қайнатмаларидан фойдаланишлари керак. Ҳамма маҳсулотларни беришда қатъий индивидуал ёндошиш ва беришни аста-секин бошлаш керак.

Овқатнинг маълум бир турини индивидуал кўтара олмасликни 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. ЭКД 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 картовдан шина қўйиб қўйилади. Бундай пайтда болани ураб чирмаш мақсадга мувофиқ эмас, чунки бунда қичиниш кучади. Тирноқлар калта



қилиб олинади. Боланинг кийим- кечаклари ва урин-кўрпалари тоза бўлишига эътибор бериш керак.

ЭКД да парваришлаш. Тиббий хдмшира касалликнинг аниқ клиник ривожланишига ва жараён кузишига йул қўймаслиги керак. Шу мақсадда онага «оқатланиш кундалигини» олиб боришни ўргатиши, облигат аллерген бўлган озик швкат махсулотларини истеъмол қилмасликни тушунтириши, бола териси ва шиплиқ каватларининг озода бўлишини таъминлаши, болада нерв қўзғалувчанлигининг юқори бўлмаслиги учун химояловчи режимни ташк ил лаштириш,

Профилактикаси. Антенатап даврдан бошланиши керак - «аллергик» оиладаги ҳомилаДор аёл облигат аллергенларни, аллергик реакция чақирувчи дориларни истеъмол қилмаслиги керак. ЭКД ли болалар поликли- никада диспансер назоратига олинади. Бу болаларни кузатиб бориш, овкат кундалигини юритиш, максимал узок вақт табиий овкатлантириш. 1 ёшлан кейин облигат аллергенларсиз овкат тайинлаш, уйда гипоаллерген шароитиня яратиш, профилактик эмлашларни индивидуал режасини тузиш, сурункали инфекция ўчоқларини эрта аниқлаш ва санадия қипиш, анемия, гижжалар, гипотрофия, дисбактериозларни даволашни ўз ичига олади. -

### Лимфатик— гипопластик диатез

Лимфатик-гипопластик диатез (ЛГД) - инфекция белгилари йўқдигида лимфа тугунчаларининг тарқалган, турғун катталашиши, эвдокрин тизими дисфункцияси - ташқи муҳит таъсиротларига мослашиши пасайиши, аллер- гик реакцияларга мойиллик билан харакгерланадиган конституция аномалия- сидир. ЛГД шаклланишида она қорнида (ҳомиладорлик токсикозлари, ҳомнладорлик иккинчи ярмидаги онадаги инфекцион касалликлар) ва ундан кейинги (узок давом этган инфекцион -токсик касалликлари, углеводлар ёки оқсиллар ортикча бўлган нораціонал овқатлантириш ва бошқа) таъсир қилувчи ташқи муҳит омиллари асосий роль ўйнайди. ЛГД кўпроқ аллергик мойиллик бўлган оилалардаги болаларда кузатилади

Клиникасн. ЛГД ли болалар рангпар, ланж, апатик, кериккан (пастоз) бўлиб, ортикча тана оғирлигига эга бўладилар. Туқималар тургори ва мушак-лар қонуси пасайган, териси салқиллашган. Артериал босим паст. Диспро- порционал тана тузилиши ўзига эътиборини тортиши мумкин (бўйин ва гав- данинг калталиги, узун оёк-қуллар). Бундай болалар тез чарчаб қоладилар, узоқ ва кучли таъсиротларни кутара олмайдилар. Тери ости клетчаткаси ортикча ривожланган, гидрофил, нотўғри тақсимланган (қоринда ва сонда йиғилган).

### ЛГД учун қуйидагилар хос:

- Лимфовд туқиманинг даффуз пшерплазияси, айрисимон без катгала- шиши. Бу болаларда бодомсимон безлар катта ва говаклашган бўлади, аде- ноид туқима ўсиб кетиши кузатилади; айрисимон без жуда катга улчамга етиб, нафас олиш бузилиши, стридор, астматик ҳолат, асфиксия хуружи, тит- раш (тиришиш-лар) келиб чиқиши мумкин;

- қатор ички аъзолар (юрак, аорта, буйрақлар) ва ички се-креция безлари (буйрак усти бези пўстлоғи, қалқонсимон без, кдлқонсимон без олди безй, жинсий безлар) яхши ривожланма-ганлиги;

ЛАД ли болаларни зўрлаб овкатлантириш ярамайда, лекин овкатланиш ора- свдаги вақт узайиб кетмаслиги керак.

Ацетонемик криз даракчилари пайдо бўлиши билан ҳар 10-15 минутд\$ ичишга глюкоза эритмаси, ширин чой, янги тайёрлаяган мева шарбати, тар- вуз шарбати, ишкорли минерал сув ёки 0,5-1% натрий гидрокарбонат эрит- маси бериб турилади. Кетон танача-ларни ичак оркали чиқишини тезлашти- риш учун албатта тоза- ловчи клизма қилинади. Ацетонемик кусиш хуружй бўлган бола шифохонага ётқизилиши керак. Даволаш: ацидоз, сувсизланишга қарши курашиш ва кетон таначалари чиқарилишини тезлашти-ришга қаратилган. Шу мақсадда вена ичига 5-10% ли глюкоза эритмаси, 0,9% ли на- трий хлорид эритмаси, 4% ли назрий ги-дрокарбонат эритмаси, кокарбоксила- за, аскорбин кислота, эссеи-циале юборилади. Аллопуринол, кальний панто- тенат, калий оро-

тат, панангин, В гуруҳ витаминлари буюрилади. Асаб систе- маси юкори қўзғалувчанлигини камайтириш учун бром ва валериана препа- ратлари ишлатилади.

Профилактикаси. Болаиинг кун тартибига риоя қилиш, раци- онал овқатлантириш болани ортиқча хис-хаяжонлардан сақлаш. Тутри тарбиялаш узок вақт бузилган алмашинув жараёнини ком- пенсация қилиши мумкин.

Текширув саволлари:

1. Болаларда конституция аномалиялари турларини кўрсагиш.
2. Экссудатив катарал диатезда болани парваришлаш.

## РАХИТ

Янги туғилган чақалокнинг 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 балогат даврига тўғри келади. Болаларнинг суяк тўқимаси сувга бой ва кам микдорда минерал тузларни ўз таркибида тутати. Шу сабабли улар юмшок ва тезда деформацияга учрайди, катталарга нисбатан уларга нам синишлар хос (“яшил новда” каби).

Калла суяклари. Янги туғилган болаларда нисбатан калласи кат- та бўлиб танасининг ‘А қисмини ташкил этади. Калла суяклари чоклари 2-3 ойга бориб ёпилали. Кагта ликилдок ромб шаклига эга бўлиб, нормада 2 x 3 см тенг бўлади, 12-16 ойларга бориб берки- лади. Кичик ликилдок ва ёнбош ликилдоқлар (учбурчак шаклли) кўпгина холларда янги туғилган чақалокларда ёггик 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. 1 ёшгача бўлган болаларда конус шаклига эга. Қовургалар горизонтал жойлашган ва бу ҳолат ўпка экскурсияси- ни чегаралайди. Бола юра бошлаганда қовургалар бир оз эгилган ҳолатни эгаллайди.

Умуртка поғонаси. Янги тутилган чақалоққа туғри чизик каби, бола туриб юра бошлагандан кейин физиологик эгриликлар хосил бўлади (бола бошининг нтнши билан бўйин лордози, утира бошлаганда- кўкрак кифози ва юра бошлаганда- бел лордози). 3-4 ёшга бориб болада типик умуртка поғонаси конфигурацияси шаклланади.

I (айсимон суяюгар. Уларнинг диафиз ва эпифизлари орасида узок муддат шифизар тоғай сакланади. Унинг қон томирларига бойлиги ва қон айланиши сустлиги, кучли пролиферация жараёнлари болаларда остеомиелит рнпожланишига мойиллик туғдиради.

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

Рахит - бола организмнинг умумий касаллиги бўлиб, моддалар алмашинуви, биринчи ўринда фосфор- кальций алмашинуви бузилиши, суяк хосил бўлиши ва асосий аъзо ва тизимлар функцияси бузилиши билан кечади на кўл қолларда Д витамини танқислиги бевоситасабабчи қисобланади.

Этиологияси. Д витамини танқислигига олиб келадиган омиллар:

1. Тоза қавода етарлича бўлмаслик ва куёш нурлари дефицити. Организмда эндоген қосил бўлувчи Д витаминининг актив формаси 90% и куёш нури таъсирида териди синтезланади.

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

3. Чала туғилганлик - Д витамини, кальций ва фосфорнинг онадан ҳомилага жадаллик билан ўтиши ҳомиладорликнинг охириги ойларида рўй беради. Бундан ташқари ой-куни тўлиб туғилган болаларга қараганда жадал ўсиши сабабли бу болаларга кўпроқ микдорда фосфор ва кальций керак бўлади. Айни вақтда ҳомиладорнинг нораціонал овқатланиши ва нотўғри ҳаёт тарзи натижасида ой-куни тўлиб туғилган боланинг организмда мине-

рал моддалар депоси нисбатан кам бўлиши мумкин.

4. Асаб системаси перинатал шикастланиши натижасида ҳаракат актив- лиги 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; - гупроқда ва шундан келиб чиқиб озик маҳсулотларида сгронций, кўрғошин, рух ва бошқа мегаллар мик- дори кўп бўлиши уларнинг суякда кальцийнинг ўрнини эгаллаши- га олиб келади.

7. Мия ичи жароҳатлари билан тугилган беморларга узок муд- датли анти- конвульсив терапия утказиш Д витамини актив форма- лариини хосил булиши- га тускинлик килади ва уз навбатида рахит касаллиги ривожланишига мой- иллик тугдиради.

Рахит УРВИ, пневмония, ичак касалликларининг ва бошқа ка- сапликлар огир кечишга олиб келади. Ўз навбатида улардан хар бири рахит кечишини огирлаштиради.

Патогенези. Д витамини етишмаслиги кальций ионларининг ичак дево- ридан ташилишини таъминловчи кальций боғловчи ок- сил синтезини ка.май- тириш хисобига қонда ионланган кальний даражасини камайтиради. Гипо- кальцемиа калқонсимон безолди безлари фаолиятини фаоллаштиради ва қонда кальций даражаси- ни доимий ушлаб турувчи паратгормоннинг кўп иш- ланишига олиб келади. Бунда паратгор.мои ноорганик кальнийнинг суяк- дан ажралиб чиқишини таъминлайди, айни вақтда буйракларда фосфор реаб- сорбцияси пасаяди (гипофосфате.миа), оксидланиш жараёнлари бузилади, ацидоз ривожланади, фосфор-кальний туз- лари суяклар ўсиш зонасида тўпланмайди ва ҳосмл бўлган суяк тўқимасидан гузлар ювилиб чиқиб кетиши юз беради. Суяклар юмшаб қолади ва осон деформацияланади. Шу билан бир вақтда ўсиш зоиналарида тўлик бўлмаган остеоид тўқима ўсиб кетади.

Ацидоз МАС ва ичак аъзоларда функционал ўзгаришларга олиб келади. Иммунологик химоя пасаяди ва тез-тез касалланиш ва ка- салликлар огир ке- лувчи ўзига хос преморбид фон яратилади.

Клнникаси. Касаллик қуйидаги клиник даврларга ажратилади:

1) бошланғич;

- 2) авж олиши
- 3) реконвалесценция
- 4) қолдик асоратлар даври

Бошланғич давр. Бу давр асаб системасидаги ўзгаришлар билан харак- терланади. Биринчи белгилар бола хаётининг 2-3 ойларида (чала тугилганларда биринчи ой охирида) пайдо бўла бошлайди. Болада енгил кўзгалувчанлик, безовталиқ, каттик товуш ва тўсатлан ёруғлик таъсир қилганда чўчиб, сесканиб кетиш пайдо бўлади. Уйкуси юзаки бўлади. Тер ажралиши, айниқса йиглаганда, овқатланганда кучаяди. Гер ёкимсиз, нордон қидга эга, бадан терисипи таъсирлантиради, кичиштиради. Мушаклар гинотонияси ривожланади. Бола бошини ёстикқа ишкалайди ва энсасида сочи тўкилади. Калласуягини пальпация қилганда чоклар ва катга ликилдоқ чекка киргоклари 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. Энсаясиланади, энса суяклари юмшаши кучаяди (краниотабес). Бош асимметрик шаклга киради. Қалла суяклари марказларида остеоид тўқима ортикча ҳосил бўлиши натижасида пешона ва тепа дўмбоклари пайдо бўлади, бош квадрат шаклига киради. Катта ликилдоқнинг ёпилиши муддатлари ўзгаради. Кўпинча тишлар чиқиши кечикади, кетма-кетлиги бузилади, жағларнинг бир-бирига нисбатан туриши бузшгади. Шунингдек кўкрак қафаси ҳам деформацияга учрайди. Қовурғаларда тоғайдан суякка ўтувчи қисмида қалинланишлар («рахитик тасбеҳдар») ҳосил бўлади. Қовурғалар юмшоқ, эгилувчан бўлганлиги учун, кўкрак қафаси осон деформацияланади («говук 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

йўгонлашиш бармоқ фалангадарвда ҳам бўлиши мумкин («маржон» тизмалари), болалар юришни бошлагунга қадар оёқлари кўпинча О-симон, камроқ ҳолларда Х-симон қийшайди.

Гипотония ва бойлам аппарати кучсизланиши кузатилади - қорин девори мушаклари ва ичаклар мускулатураси гипотонияси натижасида «қурбақа қорин» деб аталувчи катта қорин пайдо бўлади. Бўгимларшиг ортиқча ҳаракатчанлиги «пакки» симптомида юзага келади (боланинг оёғи букилганда товонини бемалол энсасига етказадй). 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 тадок катталашади. Кўкрак қафаси деформацияси ва нафас мушаклари гипотонияси натижасида ўпка вентиляцияси бузилади, бу пневмонияларга олиб келади.

Реконвалесценция даврида рахит белгилари камаяди ва кейин орқага қайтали.

Қолдиқ белгилар даври ҳақвда 2-3 ёшдан кейин сўз юритиш мумкин. Рахит бўлиб ўтгавдан кейин кадла суяги, кўкрак қафаси деформация- сцнайсимон суяклардаги узгаришлар, мушаклар гипотонияси, анемия кўринишида қолдиқ асорзтлар қолади.

Рахит оғирлигига қараб 3 та даражага бўлинади. I даражали (енгил) рахит диагнози рахитининг бошлангич 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 тугилган болаларда учраб, неврологик симптомлар ва суяк тўқимаси остеомадяция белгилари тез ривожланиши билан кузатилади.

Уткир ости кечишида остеоид тукима гиперплазияси (суяк ортиқча ҳосил бўлади) ривожланади. Касаллик аса-секин ривожланади ва кўпроқ 6 ойлик-дан катга болаларда кузатилади. Рецидивланувчи кечиши жараёни кўзиши ва яхшиланиши даврлари алмашилиб туриши билан ифодаланади.

Диагностикаси. Тулиқ 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 узоқ бўлиб рахит-га олиб келувчи сабабларни йўқотиш, гиповитаминоз Д ни бартараф қилишга қаратилган.

Махсус бўлмаган (тўғри озиқлантириш, парваришlash ва УБН) ва Д ви-тамини препаратларини беришни ўз ичига олган махсус даволаш фарқланади. Махсус бўлмаган даволаш тадбирлари бола организмда алмашинув жараёнларини меъёрига олиб келиши ва унинг резистентлигини оширишга қаратилган. Бола ёшини ҳисобга олиб овқатланишни коррекция қилиш биринчи даражали тадбир ҳисобланади. Биринчи қўшимча овқат (саб-завотли пюре) муддатдан бир ой олдин берилади. Иккинчи қўшимча овқат сифатида сабзавот қайнат.масида тайёрланган қора бугдой ёки сўли бўтқаси тавсия қилинади. Одатдагидан эртароқ тухум сариғи ва творог, ичишга эса сабзавот ва мева қайнатмалари ва шарбатлар берилади.

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) видехол - холекальциферол (Д3) нинг 0,125% ли ёғли эритмаси, 1 томчиси- 500 ХБ;
- 2) видеин - оксил (казеин) ко.мплекси 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 томчи- си-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, тўлик туғилган болаларга Д2 витамини суткали до- заси 1500-2000 ХБ ни ташкил этади. Уртача 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 до- засидан профилактик дозага (400-500 ХБ) ўтилади ва бу ҳар кун икки йил давомида берилади (ез ойларида ташкари).

Д витамини билан даволаш Сулкович синамаси (сийдикда кальций миқдорини аниқлаш) назорати оствда олиб борилади.

Д витамини билан даволаш даврида кальций ва фосфор пре- паратлари (фитин, кальций глицерофосфат ва кальций глюконат), В, С гуруҳи витамин- лари, ацидоз ва унинг оқибатларини камай- тирувчи цитраТ аралашмаси ёки лимон шўрбати буюрилади. Асаб тизими фаолиятини нормаллаштирувчи, су- якларда ва мушаклар- да алмашинув жараёнларини рағбатлантирувчи даволаш гимнасти- каси, массаж, тузли ва хвойли (йғна баргли) ванналар даволашнинг ажралмас таркибий қисми ҳисобланади.

Профилактикаси. Рахит профилактикаси антенатал даврдан бошланади ва постнатал даврда давом эттирилади. Махсус (специ- фик) ва махсус бўлмаган (носпецифик) профилактика фарқланади. Антенатал даврда махсус бўлмаган профилактика хомипадорлар- да ўтказилади ва кун тартибига риоя қилиш, тоза ҳавода кўпроқ бўлиш, ҳаракат фаоллиги, балансланган диета, ка- салликлар, ге- стозларни даволаш ва олдини олишдан иборат. Поливитамин- лар- ни қабул қилиш тавсия қилинади («Увдевит», «Гендевит»).

Махсус профилактика хомипадорликнинг охириги икки ойида агар бу ой- лар куз - киш фаслларидага тўғри келса 500 ХБ дозада Д витамини буюриш- дан иборат.

Постнатал даврда махсус бўлмаган профилактикага куйидагилар киради: болани тўғри парвариш қилиш, тоза ҳавода етарлича бўлиш, ёзда дарахтлар «ола соясида ҳаво ванналари ўтказиш,



куидалик гимнастика ва массаж, та- бий овқаглантириш ва уни ўз тўлиқ коррекция қилишни ташкил қилиш. Бо- ланинг I ойлик давридан бошлаб махсус профилактика бошланади: Д вита- мини кунига 500 ХБ дан икки йил давомида (ёз ойларида ташқари) буюри- лади. Мослаштирилган аралашмапар берилганда Д вита- минининг микдорини ҳисобга олган ҳолда буюрилади.

Рахитда парваришлаш. Тиббий ҳамшира боланинг ота-онаси билан суҳбат ўткази. Рахит касаллиги ва унинг оқибатлари ҳақида маълумот бе- риш, боланинг овқатига Д витаминини мак- симал суратларда киритиш. Бола- ни биринчи навбатда тўғри овқатлантириш( табиий овқатлантириш ) ни таш- киллаштириш, узоқ вақт очиқ ҳавода бўлишини таъминлаш, гимнастика ва мас- сажни ташкиллаштириш, профилактик ва даволаш учун Д вита- мини пре- паратларини тўғри ҳисоблаб беришдан иборатдир. ■

## СПАЗМОФИЛИЯ

Спазмофилия (тетания) боланинг биричи 6-18 ойлигида, гтатогенетик рахит билан боғлиқ бўлган талвасалар ва спастик ҳолатларга мойиллиги би- лан характерланадиган касалликдир.

Этиопатогенези. Касаллик Д витаминини юқори дозаларда ёки эрта баҳорда, яъни юқори инсоляция натижасида терида Д витами- ни гипериро- дукцияси бўладиган пайтда қабул қилиш натижасида ривожланади.

Актив Д витаминининг катга дозалари қалқоисимон без олди бези функ- циясини пасайтиради, ичакларда кальций ва фосфор тузлари сурилишини ва уларнинг буйрак каналчаларида реабсорб- циясини стимуллади, натижада қоннинг ишқорий захираси оша- ди, алкалоз ривожланади. Кальцийнинг суяк- ларда тўпланиши ку- чаяди, бу гипокальцемия ва асаб - мушак кўзгалувчанлиги ошиши - титрок синдромига олиб келади.

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

Яширин формасида болалар ташқи томонидан соғлом кўринади, психо- мотор ривожланиши ёшига мос: уларда деярли ҳамма вақт

рахит белгилари бўлади. Спазмофилиянинг яширин формаси куйидаги симптомлар ёрдамида қўйилади: Хвостек симптоми - ёнок равоги ва оғиз бурчаги орасида ёнокка оҳиста урилганда шу томонда юз мимик мушаклари қисқаради. Труссо сим-птоми - елкада томир - асаб тутамига босилганда қўл панжаси қисқаради ва «акушер кўли» ҳолатини олади. Люст симптоми - болғача билан кичик бол-дир суяги бошчасидан пастга урилганда оёқ нанжаси кафтига қараб букилади ва ташқарига тортилади. Яшириш спазмофилия кўп учрайди ваупи провока-ция килувчи омиллар (йиғлаш, кусиш, юқори ҳарорат, инфекциян касаллик-лар, кўркув) таъсирида апиқ турига ўтиши мумкин.

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

Ларингоспазм - овоз ёригининг ўткир торайиши. Йиғлаш ва кўркувда тўсатдан юзага келади ва овоз ёригини қисман ёки тўлиқ ёпилиши билан ксчади. Нафас олиш шовкинли ёки хириллаган («хўроз қичкириғи») бўлади. Бунда боланинг юзида кўркув, цианоз, совуқ гер пайдо бўлади. Ҳикилдокнинг кучли спазмида нафас бутунлай тўхташи ва ҳушидан кетиши кузатилиши мумкин. Ҳуруж чуқур шовкинли нафас олиш билап тугалланади, нафас олиш аста-секин тикланади ва бола ухлаб қолади. Одатда ларингоспазм ҳуружи бир неча секунддан 1-2 минутгача давом этади ва бир кунда бир неча маротаба такрорланади, оғир ҳолатларда ўлимга олиб кслиши мумкин. Карпопедат спазм-бир ёшдан катта болаларда учрайди, қўл панжаси, оёқ панжаси юзининг тоник тиришиши билан кечади. Қўл панжаси «акушер кўли» ҳолатини олади, оёқ панжа - кескин плантар букилган. Спазм бир неча минут, соат, кун давом этиши мумкин. Узоқ вақт спазм бўлганда қўл ва оёқ панжаси орка томонида шиш пайдо бўлади. Кўпинча оғиз айлана муша-ги спазми ҳам кузатилади («балик оғзи»), Кам ҳолатларда нафас мушаклари, ичаклар, сийдик пуфаги силлик мушаклари тоник қисқаришлари, бронхос-назм кузатилади.

Спазмофилиянинг кам учрайдиган, лекин энг хавфли шакли -эклампсия булиб - клоник-тоник қисқаришлар, ҳушидан кетиши билан кечади. Енгил ҳолатларда ҳуруж, тўсатдан юз оқариши, ко-



тиб колиши, силлиқ мушаклар учиши билан ўтиб кетади. Оғир хуруж ҳам юз мушаклари учишидан бошла- нади, кейин титрок бўйинга, оёк- кўяларга гаркалиб бутун катта мушак гуруҳдарини, шу жумладан, нафас мушакларини ўз ичига олади. Бола тўхтаб- тўхтаб, энтикиб нафас ола бошлайди, цианоз пайдо бўлади. Хуруж бошла- ниши билан бола ҳушини йўкотади. Ихтиёрсиз сийиши ва ич келиши кузати- лади. Хуруж давомийлиги бир неча секунддан 20-30 минутгача етади, кейин аста-секин пасаяди ва касал ухлаб қолади. Баъзан кетма-кет хуружлар куза- тилиши мумкин. Хуруж пайтида нафас ва юрак тўхтаб қолиши мумкин. Эк- ламлсия кўпроқ 1 ёшгачабўлган болаларда кузатилади.

Диагностика. Боланинг ёши (2 ёшгача), рахит белгилари, йил фасли, нотўғри овқатлантириш эътиборга олиниши керак. Диагноз қонда гипокаль- ниемия, гипофосфатемия, алкалоз аниқланиши билан тасдиқланади.

Даволаш. Ларингоспазм ва умумий гитроқ хуружларида болага шөнни- лянч ёрдам кўрсатилади.

Гитроқ йўқолгандан кейин бола госпитализация қилинади. Мева шар- батлари, кўп суюклик берилади. Сунъий боқиладиган болапи рационда си- гир сутини максимал чеклаш керак (фосфат- лар миқдори кўп бўлганлиги са- бабли) ва сабзавотли кўшимча овқатни кўпайтириш керак. Кальций препа- ратларини қўллаш шарт ҳисобланади (кальций глюконат, 10% кальций хлор эрит- маси). Болага оғир ларингоспазм хуружини чақиритиши мумкин бўлган ҳамма муолажалар чекланади ёки жуда эҳтиёткорлик билан бажарилиш ке- рак. Хуруждал 3-4 кундан кейин рахитга қарши даволаш ўтказилади. 10% ли аммоний хлоридэритмаси буюрилади (ацидоз ҳосил қилиш учун).

Спазмофилияда парваришлаш: болада тиришишлар, талваса- лар олди- пи олишга қаратилган. Кальций тузларига бой озиқ- овқатларни беморга тав- сия қилиш ва улар билан таъминлаш, си- гир сути миқдорини чегарлаш, химояловчи режимни ташкиллаш- тириш, рахитга қарши чораларни ишлаб чиқиш, чунки рахитсиз спазмофилия ривожланмайди. Касаллик ривожлан- ганда биринчи ёрдам кўрсатиш: ларингоспазмда ва ундан кейинги ҳолатларда.

### Гипервитаминоз Д

Гипервитаминоз Д (Д витамин билан заҳарланиш) бўлиб, Д витамини дозаси ошиб кетishi ёки уш а писбатан сезгирликнинг индивидуал юқори бўлиши - гипер- кальциемия, аъзо иа гўкималарда токсик ўзгаришлар билан ксчувчи касалликдир.

Этиопятогенези. Д гипервитаминоз асосап 2 ёшгача бўлган болаларда ри- вожланади, лскин унинг окибатлари катгаларда ҳам кузатилиши мумкин. Д вигамини дозаси ошиб кетиши ичақда кальцийнинг сўрилишини оширади, айникса сунъий овкатлант-рилганда. Гиперкальциемия натижасида кальций тузлари нафакат найси.мон суяклар ўсиши зонасида, балки буйракларда, томирларда, мио- кардда, ўикада ва бошка аъзоларда тўпланиб, оркага кайтмас кальцинозга олиб ке- лади. Бупдан ташкари Д витамини (тўғридан-тўғри) хужайраларга таъсир кўрсатади, ички аъзолар функцияси кўнол бузилади, тимус инволюцияси ривожла- нади ва иммунитет бузилади.

Клиникаси. Анорексия, қусиш, қабзият, бсзовталиқ ёки апагия, уйқучанлик кузатилади. Дистрофия ривожланади, тана огирлиги, кейин бўй ўсиши оркада қолади. Юрак тонлари бугикдиги, тахи- кардия, артериал гипотония, жигар каттала- шиши, полиурия, аль- буминурия аниқланади. Қонда ацетонемия, азот колдиоари ошиши кузатилади. Сийдикда кальций микдори кескин ошади.

Диагностнкаси. Қонни биохимик тскширганда гиперкальцие- мия, сийдикда - гиеркальциурия, гиперфосфатурия аниқланади. Сийдикда кальций микдори ош- ганлиги Сулкович синамаси ёрда- мида аниқланади. Сулкович реактиви икки бара- вар микдордаги сийдик билан аралаштирилади: соглом болаларда 1-2 минутдан кейин сугсимоп лойкаланиши бўлади, гиперкальциурияда дархол кучли лойқалапиш пайдо бўлади, гипокальциурияда аралашма тиниклигича қолади.

Даволаш стационарда олиб борилади ва дезинтоксикация, ички аъзоларниш бузилган функцияларини тиклаш, минерал атмашипув- ни нормаллаштириш ва каль- ций тузларини организмдап чиқариб юборишдан иборат. Д вигамин ва кальций препаратларини қабул қилиш дархол тўхтадилади. Диетада кальцийга бой махсулотлар

(сигир сути, творог) олиб ташланади. Сабзаёт шарбаглари ва сабза- вотли овқатлар, 5% ли глюкоза эритмаси, суюкликни кўпрок бериш шарт ҳисобланади. Д витаминини пг физиологик антагонистлари буюрилади: витамин А, витамин Е, витамин В, витамин С, огир холларда - преднизолон.

Профилактика. Асосан рахит касаллигидаги чора - тадбирлар утказилиши лозим. Эпг муҳими болаларни табиий овқатлантаришни таъминлаш. Баҳор мавсу- мида спазмофилияга мойиллиги бор беморларга кальций тузларини етарли мик- дорда бериш керак.

Текширув саволлари:

1. Спазмофилиянинг клиник кўриниши.
2. Яишрнн спаз.мофилияни чакирувчи омлар.
3. Д витамини пренаратаари.

## НАФАС ОЛИШ АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Болаларда нафас олиш аъзолари касалликлари умумий касалла- ниш ста- I истикасида етакчи ўринни эгаллайди. Поликлиникага мурожаат қилган учта бемордан иккитаси респиратор касалли- кларга хос шикоятлар билан келади. 5 ёшгача бўлган болалар ора- сида бу касалликлардан ўлим ҳоллари юқори. Нафас системаси касалликлари структураси нафас аъзолари морфологик ва функци- онал етилмаганлиги билан узвий боғланган. ёшга боғлиқ анатомо- физиологик хусусиятлари таъсир қилади.

Улардан энг аҳамиятлилари:

1. Нафас йуллари калта ва нисбатан кенг бўлиши.
  2. Шиллик қаватлари нозик ва осон жарохатланади.
  3. Ўпка экскурсияси сустлиги (қовурғалар горизонтал жой- лашган).
  4. Диафрагма юқори жойлашган.
  5. Ўпка хажми кўкрак кафаси хажмидан ортиклиги сабали у “тикилиб” зуради.
  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.

Пафас аъзолари касалликлари ишчи классификацияси (В.К. Таченко, С.В. Рачинский).

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

II. Бронхитлар: ўткир (одтий) бронхит 2. обструктив бронхит,3. брон- хиолит

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 упкадаги микробли-яллиғланиш жараёни деб қаралади. Бронхиал астма ал- лергик касалликлар гуруҳига киради.

### Ўткир респиратор-вирусли инфекциялар (ЎРВИ)

ЎРВИ - нафас йўллари зарарланиши симптомлари билан юзага чиқадиган инфекцион касалликлар полиэтиологик гуруҳи. Болалардаги ин- фекцион касалликлар структурасида ЎРВИ биринчи ўринни эгаллайди. Касалликнинг энг юқори кўрсаткичларини болалар коллективлари орасида кузатилади. 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 гуруҳида ажратилади. Болалар коллективларида энг кўп ЎРВИ чакирувчи сабабчилар бўлиб грипп, парагрипп вируслари ва аденовируслардир.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи бўлиб бемор одам ёки вирус та- шувчи ҳисобланади.

Вирусли респиратор инфекция кўши механизми - ҳаво томчи йўли. Соғлом одам, касал одам аксирганда (2 м гача масофада),

йўталганда (3-3,5 м гача масофада) чиқарувчи сулак ва балғам инфекцияланган ҳаводан нафас олганда юктиради. Кириш дарвозалари бўлиб оғиз-ҳалқум шиллик-қавати. шуниингдек нафас олиш трактининг бошқа қисмлари шиллик қаватлари ҳисобланади.

Патогенези. Ҳамма кўзгатувчилар нафас йўллари шиллик қавати эпителийсига нисбатан юкори 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 бўлини, аксириш, ҳалқум орқа девори гипермияси ва донадорлиги, курук ёки нам йўтал киради.

УРВИ 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 бўшлиги шиллик қавати яллиғланиши. Клиник манзара— сизда биринчи ўринга нафас олиш бузилиши чиқади, бу боланинг эмишини кийинлаштиради. Тўлиқ овқатланмаслик беморнинг уйқуси бузилишига, безовталанишига ва тана массасини йўқотишига олиб келади. Ҳалқумнинг орқа деворидан шиллик оқиш, оғиз орқали нафас олганда кучанувчи йўгал чакиради. Йўтал кўпинча кечаси кузатилади. Катта ёшдаги болаларда дастлаб бурун ва бурун-ҳалқумида қуриш, ачиниш, буруп орқали нафас олганда кучли қийинлашиши, ёш оқиши, бош оғриги кузатилади. Бир неча соатдан кейин сероз, сувсимон, кейинроқ куюқ шилликли ажралма ажралади. Ажралмалар бурун атрофи териси таъсирланишига олиб келади. Интоксикация симптомлари одатда



кам ифодаланган бўлади. Ринит деярли ҳамма вақт ринофарингит кўринишида бўлади, яъни жараён халқумга ўтади.

Фарингит - халқумда жойлашган яллиғланиш жараёни. Фарингитда кагга ёшли болалар томоқда кирилиш, қичишиш, ёт жисм сезгисига шикоят килади. Томоқни тирновчи курук, ҳолдан тойдирувчи йўтал бўлади. Объект-гив текширувда халқум орқа девори гиперемияси ва «донадорлиги» (халқум лимфоид туқимаси гипертрофияси) аниқланади.

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

Конъюкт ивит-Кўз шиллик қаватлари зарарлапиши аденовирус инфекциясининг характерли симптоми ҳисобланади. Кўз кичишиши, ачишиши, ёт жисм сезгиси, қовоқлар шиши кузатилади. Кўз конъюнктиваси гиперемия-иангап, кўздан сероз - йирингли ажралма ажралади.

Ларингит - ҳикилдоқ шиллик қавати яллиғланиши. Касалликнинг асосий симптомлари: дастлаб дағал, курук, кейин нам, «вовулловчи» йўтал, овоз хиррилаши, баъзан афония. Агар яллиғланиш жараёни овоз бойламлари ва бойлам ости бўшлиқларига таркалса-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 куйидагилар ётади: шиллик қаваг яллиғланиши ва шиши; ҳикилдоқ бўшлиғи балғам билан ёпилиб қолиши; ҳикилдоқнинг реффлектор спазми.

Ҳикилдоқнинг ўткир стенози: нафас олиш қийинлашиши, овоз ўзгариши на дағал йўтал. Одатда сохта круп тўсатдан, кўпинча тунда ривожланади. Бола безовталанади, кучли йўгал, 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 би- роз тортилиши билан шовкинли нафас олиш.

II даражали стеноз - умумий аҳволнинг чуқуррок узгаришлари билан кечеди: безовталиқ пайдо бўлади, йўтал кўпаяди, хансираш доимий бўлиб, нафас актида ёрдамчи мускуллар қатнашади. Бурун

лаб учбурчагида цианоз ривожланади.

III даража (декомпенсациялашган) - бола кўзгалувчан, хавотирга гуш- гап, кўркув ҳисси. Тери окимтир - цианотик, совук, ёпишқоқ тер билан копланган, цианоз ва акроцианоз кузатилади. Хансираш жуда кучайгап, нафас олишда меъда соҳаси ва кўкрак кафаси юмшоқ жойлари қатнашади. Пульс гез-тез пардоксал кўринишда, юрак тонлари бўғиқ.

IV даража (асфиксия). Бола жуда ҳолсизланган, у ёк бу ёққа узини таш- лайди, нафас олишга интилади, оғзини очиб хавони тутатаётганидек кўринади. Цианоз тез ошиб борали, талвасалар пайдо бўлиши мумкин. Пульс кучсиз, нерегуляр, юрак тонлари бўғиқлашган. Аста - секин нафас йўқола боради. Юрак тонлари эшитилмайди ва юрак мушаклари бетартиб қискариб, сўнгра тўхтаб қолади.

Ўткир стенозли ларингитда даволаш клиник белгиларга асосланпб ўтказилиши керак. Яъни стенознинг биринчи белгилари пайдо бўлишп биланоқ даво ўтказилади.

Трахеит - трахея шиллик қаватларининг яллиғланиши. Трахеитда йўтал дастлаб куруқ 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 югассификацияси.

## Бронхитаар

Ўткир бронхит - бронхлар яллиғланиши бўлиб, болаларда алоҳида ка- саллик кўринишида камдан кам учрайди. Кўпинча респиратор- вирусли ин- фекциялар белгилари билан бирга кузатилади.

Ўткир бронхитнинг асосий белгиси йўтал бўлиб. дастлаб куруқ, кейин эса бироз юмшоқ, на.мли йўтал бўлади. Эрта болалик даврида болалар балғамини ютиб юборишади. Ўпка устида перкутор товуш ўзгармаган. Эши- тиб кўрилганда бутун ўпка бўйлаб доимий бўлмаган куруқ ва ҳар хил ка- либрли 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 haftaдан сўнгтўлиқтузалиш билан якунланади.

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

Обструктив бронхит ривожланишининг иккинчи механизми - бронхио- лалар спаз.ми хисобланади.

Обструктив бронхит клиник манзарасида нафас етишмовчилиги белги- лари асосий ҳисобланади, яъни: цианоз, ҳансираш, нафас олиш актида ёр- дамчи мушаклар иштироки, хуштаксимон нафас чиқариш. Эшитиб кўрганда иккала ўпкада ҳам куруқ ва ҳар хил калибрли нам хириллашлар эшитилади. Бу хириллашларни масофадан эшитиш, ёки пальпацияда сезиш мумкин.

Бронхиолит - (капилляр бронхит) - болалар хаётининг дастлаб- ки икки йилида учровчи касаллик ҳисобланади (кўпинча 5-6 ойлик чакалоқлар касалланади) ва бронхиолалар ҳамда майда бронхлар- нинг тарқалган обструктив И1рарланиши билан ифодланади.

Кўпчилик холларда бронхиолит клиникаси ўткир респиратор вирусли ппфекциялар клиник белгиларидан сўнг ривожланади. Баъзи холларда бола- парнинг умумий ахволи тўсатдан оғирлашса - баъзан эса аста - секин оғирлаша боради. Бола ланж бўлиб ко-

лади, иштаҳаси пасаяди, йўтал пайдо бўлади, кўкрак қафаси ковурғалараро соҳаси таранглашади, хансираш ва на- фас олиш қийинлашиши, бурун канотлари кенгайиши каби белгилар кузатилади. Нафас етишмөвчилигининг бошқа белгилари ҳам рангпарлик, оғиз атрофида ёки таркалган цианоз, тахикардия кабиларни аниклаш мумкин. Кучли ифодаланган хапсираш ва юзаки нафас олганда баъзан хириллашлар чнитилмаслиги мумкин. Агнос холатлари кузатилади. Давомли хансирашда сувсизланиш аломатлари ривожланиши мумкин. Ғана харорати кўпинча суб- фебрил, баъзан нормада бўлади. Айрим болаларда эса обструктив синдром- пнинг 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 пуфақли нам ва крспитацияланувчи хириллашлар эшитилади. Рентгенограммада - ўпка тиниклиги ортиши кузатилади.

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

ГКасаллик бошланишининг 1-2 кунларида болаларга вирусга қарши нрепаратлар (лейкоцитар иптерферон, оксалин мази, грип- пга қарши гамма- глобулин, ДНК-азалар) тавсия қилган маъкул.

2. Антибиотиклар вирусларга таъсир қилмайди. Шунинг учун бу маса- лани индивидуал ҳал қилиш керак.

3. Дезиптоксикацион терапия ўтказганда кўпинча болага кўп микдорда суюклик ичиришнинг ўзи кифоя килади.

4. ЎРВИ ни даволашнинг асосий усули - симптоматик ва ма- халлий те- рапия ўтказиш ҳисобланади. Мазкур даво усули пато- логик жараён жойлаш- ган жойга ва парваришни қандай ташкил қилишга боғлиқ.

Ринит - даволаш нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклашга ва яллиғланиш жараёнини бартараф этишга қаратилган бўлади. Ка- саллик бош- ланишида суюк ажралмалар бўлганда томир торай- тирувчи препаратлар қўлланилади (0,05-0,1% нафтизин эритмаси).

Томирларни торайтирувчи пре- паратлар 2-3 кундан ортик берилмайди, чунки бу препаратларни узок кўллаганда бурун шиллик кавати шиши кучайиши мумкин. Даволашда реф- лектор терапия кеиг кўлланилади (камбаласимон мушакларга горчичник кўйиш, оёк кафтига куруқ иссиқ кўйиш, иссиқ оёк ванналари, парафинли ёки озокеритли «этикчалар»). Кўкрак ёшидаги болаларга томир торайтирувчи препаратлар овкатланишдан 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. Бо- лалар даструмолини тез-тез алмаштириб туриш лозим. Ажралмалар натижа- сйда бурун атрофи териси таъсирланган бўлса, унга стерил ёғ (ўсимлик ёғи ёки вазелин) суриб кўйиш керак.

Фарингит - фарингосепт, ингалипт каби прспаратлар фарингитни даво- лашда яхши натижа беради. Агар куруқ йўтал бўлса йўтал марказига блок- ловчи таъсир кўрсатувчи, яъни йўтални бо- сувчи воситалар тавсия қилинади. Бундай воситаларга либексин, гусупрекс, глауцин (2 ёшдан тавсия қилинади) киради. Физиотерапевтик муолажалардан ёғли ингальяциялар киска муддатга тавсия қилинади. Улар узок кўлланилганда шиллик парда атрофиясипи қақришлари мумкин.

Ларингит - Даво нафас йўллари тўсикларига шиллик йигилиб қолишни олдини олишга қаратилган бўлиши керак. Шу мақсадда куйидагилар тавсия қилинади. 1. Балғамни эритувчи воситалар: Иссиқ ишкорли ичи.млик (натрит бикарбонат эригмаси ёки сут билан «Боржоми»), содали ингальяциялар, про- теолитик ферментлар (трипсин, ацетилцистеин), калий йодид ва бошқалар. 2. Балғам кўчирувчи воситалар: Мукалтин, бромгексин, балғам кўчирувчи мик- стулардан алтей, термопсис ва утлардан дамламалар. 3.Бронхолитиклар - зарур бўлганда бронхоспазмни йўқотиш учун (эуфиллин, эфедрин, бронхо- литин ёки солутан билан ингальяция қилиши ёки ичиш) оғир холларда - эу- филлин томир ичига. Исит- ма ва юрак - кон-томир етишмовчилиги белгилари бўлмаганда реф- лектор терапия қилинади: иссиқ оёк ванналари, кўкрак қафаси, оёк камбаласимон мушакларига хонталли қоғозлар, озокеритли «этик- чалар». Ларингатда «овоз режим»га эътибор бериш керак, яъни

овоз бойламалари тинчлигиини таъминлаш керак. Болани алохида палатада ёткизиб, психик ва физик тинчлик, тўйиб ушлаш, тоза хаво, алохида парварини таъминлаш керак, уйғоклигида эса чалғитувчи воситаларни қўллаш лозим.

Бронхитлар. Бронхитни даволаш куйидаги симлтомлар - 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 кўпроқ суюқлик ичирилади. Тана ҳарорати  $38^{\circ}\text{C}$  бўлганда физик совитувчилар (сиркали сув билан артиш, бошга ва йирик кон томирларга совуқ қуйиш, танани спирт билан артиш) қўлланилади. Тана ҳарорати  $38,0-38,5^{\circ}\text{C}$  бўлса иситма туширувчи воситалар оғиз орқали ичилади ёки гўғри ичакка юборилади. Оптимал пренарат 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.

Қом айланишининг сезиларли марказлашуви (турғун тери раштгарлиги ёқн герининг мармарсимон бўлиши, кўл-оёқ совуқлиги, кўлтиқ ости ва тўғри пчакда ҳарорат орасидаги фарқнинг ошиб кетиши) литик аралашмаларини гомир спазмолитиклари билан қўшиб беришга кўрсатма бўлади (никотин кинг слотаси, папаверин, дибазол). Нафас етишмовчиликларини йўқотиш учун оксигенотерапия тавсия этилади. Намланган кислород, кислородли палаткалар қўлланилади. Каровотнинг бош томони  $30-40^{\circ}$  га кўтарилиши шарт.

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

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

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

Уткир зотилжам (пневмония)

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

Этиологияси: ўпкада яллигланиш жараёни ривожланиши сабабчилари: 1.Бактериал флора (стафилококклар, стрептококклар, пневмококклар, ичак таёқчаси).2. Вируслар (грипп, респиратор-синтициал вируслар, аденовируслар ва х.к.). 3. Микоплазмалар. 4.Пневмоцистлар.5. Замбуруглар (кандидалар). Кўпинча пневмонияда аралаш флора аниқпапади: бактсриал, 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 системасидегги нуқсонлар, иммун танқис ҳолатлар, чала туғилганлик, туғрук 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 йўллариининг 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.

ОдатдаЎРВИ бошлангандан 4-7 кун ўтгач зотилжам юзага келади, сабаб вируслар нафас йўллариини бактериал флора тушиши учун тайёрлайдилар. Вируслар шиллик пардага тушгач уни бутунлигини бузадилар, қаршилиқ кўрсатиш механизмларини издан



чиқаради, организмнинг барча функциялари сусайтириб, бактерияларнинг флорани киришига шароит яратадилар. Бунинг натижасида инфекция терминал бронхиола ва альвеолаларгача бориб, ўпка паренхимасига қиради ва яллиғланиш чакиради. Упкалардаги вентилиацион етишмовчилик 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 етишмовчилиги белгилари. 4. Упкаларда 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 чузилувчан (2 ойдан 8 ойгача) турлари фарқланади.

Зотилжам кечишининг оғирлик даражаси токсикоз ривожланиши ва нафас етишмовчилик даражаларига қараб белгиланади. Енгил, ўрга оғир ва оғир кечувчи зотилжам шакллари фарқланади.

Ўчоқли зотилжам - эрта болалик даврида кўп учровчи зотилжам шакли ҳисобланади.

Яллиғланиш жараёни ўпка гўкимасиининг майдонини қамраб олади. Майда яллиғланишли ўчоқлар бир-бири билан қўшилиб кетиши ҳам мумкин. Бундай ўчоқди қўшилган зотилжам оғир кечиби, деструкцияга мойил бўлади. Одатга кўра ЎРВИ нинг 5-7 кунли касаллик ривожланади. Зотилжамнинг дастлабки белгилари - интоксикация, тана ҳарорати кўтарилиши, безовталиқ, қўзғалувчанлик, уйку бузилишлари тез намоён бўлади. Бола эмишдан бош тортади, дастлаб оз, кейинчалик кўп қусиш, ичнинг суяқ келиши кузати-



лади. Тана огирлиги ортиши секинлашади. Болани йўтал безовта килади. Секин- аста ёки ўткир равишда нафас етишмовчилиги ривожланади. Дастлаб бола йиғлаганида ёки эмганида оғиз атрофида иианоз найдо бўлади. Оғир ҳолларда эса цианоз тинч пайтида ҳам кузатилиб, гарқалган холда бўлади.

Асри кулранг-ер рангини олади. Бола хириллаб нафас олади, ёрдамчи му- пмклар нафас актида қатнашади, бўйинтурук ўйиғи таранглашиши, | юиурғалараро, ўмров ости ва ўмров усти соҳаларида ҳам таранглашишлар кматади. Нафас тезлиги ва чуқурлиги ўзгариши билан хансираш, апноэ иружлари кузатилади. Кўкрак ёшидаги болаларда хансираш эквиваленти <>9чнб, нафас олиш тўлиқ бошини силкиши, лунжларини шишириши ва лаб- шрини чўччайтириши - «найчи» симптоми, бурун канотлари таранглашиши и. | кенгайиши каби белгилар ҳисобланади. Кўкрак қафаси бўртиб чиққан. Огпздан ва бурундан кўпиксимон ажралмалар чиқиши кузатилади. Нафас олиш ва пульс нисбати ўзгаради (1:2,5 ва 1:2).

ЖССТ/ВОЗ тавсияларига кўра тезлашган нафас дсб- икки ойликкача оўлган болаларда нафас сони - 60та ва ундан кўп, икки ойликдан то ўн икки ойликкача - 50та ва ундан кўп, бир ёшдап беш ёшгача - 40та ва ундан юкори оўлиши айтилади. Оғир зотилжамнинг белгиси деб кўкрак қафаси тортилиши на стридор ҳисобланади.

Объектив кўрик гўлик - зарарланган ўчоқ устида перкутор товуш кискарган, аускультацияда нафас шовқинлари ўзгарган (сусайган ёки оронхиал 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 1арқоклигига 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 чолатларда зотилжам клиник белгиларсиз кечиниш ҳам мумкин. Диагноз рентгенологик текширувларга асосланиб қўйилади. Рептгенографияда гомоген сегментар соялар кўриниб, уларнинг чегаралари аниқ бўлади.

Крупоз (лобар) зотилжам Макгаб ёшидаги болалар кўпроқ югнлжамнинг шу тури билан касалланадилар. Касаллик тўсатдан, шиддатли оошланиб, бемор ўзини жуда ёмон хис қилади, бош айланиши, бош оғриғи, I ппертермия, титроқ тутиши кабилардан шикоят қилади. Дастлабки кунлари йўтал бўлмайти ёки кам холларда курук, сийрак бўлади. Токсик синдром ка- | аллик динамикасида ортаборади, I-II даражали нафас етишмовчилик белгилари пайдо бўлади. Кўп холларда абдоминал синдром - қусиш, ўнг қовурга остида оғрик, киндик атрофида ҳам оғрик, тили курук, караш билан коплапган. Қорин парда таъсирланиш белгилари, метеоризм каби белгилар рпвожланади.

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

Интерстициал зотилжам - чала туғилган чақалоқларда ва эрта чилла давридаги чақалоқларда, анемия, имунтанқис холатлар фонида келиб чиқади. Касаллик чақирувчилари асосан вируслар хисобланади. Бу зотилжамда альвеолалараро ўпка тўқимаси ва ўпканинг бириктирувчи тўқималарида яллиғланиш жараёни ривожланади. Касаллик токсик шаклда кечади. Клиникасида нафас етишмовчилиги белгилари тез ривожланиши билан характерланади. Нафакат нафас системаси, балки юрак - кон томир системаси, МНС фаолияти бузилиши, ошқозон-ичак фаолиятида ҳам ўзгаришлар бўлади. Беморда ҳолдан тойдирувчи, хуружсимои йўтал бўлади. Эмфизема фонида рентгенологик «ари уяси» симон белги аникланади. Интерстициал зотилжам узок кечиш хусусиятига эга.

Янги туғилган чақалоқлар зотилжамми оғир кечиб, ўзига хос клиник мап- зара ва жиддий окибатларга эга. Улар хомила, хали

она қорнидалигидаёқ ри- вожланиши ёки орттирилган бўлиши мумкин. Ҳомила ифлос хомила олди қогоноқ сувларидан аспирация килиши ёки хомиладорлик охирида аёлнинг бирор бир инфекция келтириб чиқарувчи касалликлар билан оғриши сабабли келиб чиқади. Орттирилган зотилжамлар ичида чала тугилган чакалоқлар аспиранион зотилжами муҳим аҳамият касб этади. Касалликнинг клиник ман- зарасида умумий интоксикация белгилари ва МНС фаолияти сусайиши бел- гилари - адинамия, гипотония, гипорефлексия кабилар кўзга яққол ташлапа- ди. Нафас етишмов- чилиги белгилари кузатилади. Цианоз хуружлари, апноэ. оғиздан ва бурундан кўпиксимон шиллик ажралиши каби белгилар киска муддат ичида юзага келади. Ҳарорат реакцияси кам ифодаланган. Йўтап эса сийрак, кам, баъзан эса умуман бўлмаслиги мумкин. Об- скуртив текширув кам натижа беради. Касаллик кўпинча чўзилувчан характерда кечади, критик ҳолатлар ва асоратлари кўп бўлади.

Аллергик диатези бор болаларда пневмония ривожлаиши- да аллергик фактор ва шишга мойиллиги асосий роль ўйнайди. Касалликка кучли йўталнинг бўлиши, бунга кўпинча обструктив синдромнинг қўшилиши, чўзилувчан ва рецидивли кечиш каби белгилар жуда хос.

Рахит билан оғриган болаларда зотилжам тез ривожланали. Бунга мушак гинотопияси, кўкрак кафаси деформацияси, нафас йўллари тонуси пасайиши, ателектаз ҳосил бўлишга мойиллик каби омиллар олиб келади. Зотилжам чўзилувчан характерда ке- чади.

Гипотрофияли чакалоқларда иммунологик реактивлик сусайи- ши ҳисобига зотилжам тезда ривожланади. Касаллик белгилари суст бўлиб, чўзилувчан кечиш характерига эга.

Деструктив зотилжам - ўпка ва плсвранинг ўткир йирингли яллиғланиши булиб одатда зотилжам асоратидир. Касаллик кслиб чиқишига поқулай эпидемиологик ҳолат ва чакалоқларнинг юко- ри инфекциялапишига олиб келувчи омиллар сабаб бўлади. Касал- ликнинг бошланиш давридаёқ ўнка тўқимаси абсцессланиб, хаво бўшлиқлари ҳосил бўлади. Йирингли ўчок илевра бўшлиғига ёри- либ, пневмоторакс келиб чиқади. Касаллик шиддатли кечиш, 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. Ан-тибиотиклар, нитрофуран ва сульфаниламид препаратлар кенг қўлланилади. Улар мустақил еки биргаликда буюрилади.. Антибиотикларни организмга асосий киритиш усуллари парентерал, мушак орасигадир. Зотил- жамиинг оғир шаклларида антибиотиклар томир ичига юбориладн. Баъзан >са 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 билап айтганда касалликнинг биринчи кунидан бошлаб патогенетик, де- зинтоксикацион, симптоматик ва синдромологик терапия ўтказилади.

Нафас егишмовчилигини бартараф қилиш учун оксигенотерапия қилинади. Нафас йўлларида кўп микдорда шиллик ажралма тўпланган бўлса, уларни йирик бронхлар, хикилдок, бурун, ҳалқум йўллари оркали гез чикиб кетишини таъминлаш лозим. Бунинг учун бронхолитиклар, муколитиклар ва балгам кўчирувчи препаратлар, вибрацион массаж, постурал (позицион) дренаж тавсия қилинади. Йирингли асоратлар бўлганда эса хирургик даво ўтказилиши лозим. Рефлектор терапия, нафас гимнастикаси, массаж, физио- тераневтик даво муолажалари каттааҳамият 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 ёток режимига риоя қилиши керак. Кунига камида 3 маҳал палата нам латта билан артилиб, кварц лампаси ёқилади. Нафасни енгиллаштириш учун кроваттинг бош томони 30° га кўтариб қўйилади. Қаттиқ қилиб болани ўраб қўйиш тақиқланади. Ди.мланиш белгилари пайдо бўлишини олдини олиш учун болани у ёнбошидан бу ёнбошига ағдариб турилади, кўлда бироз кўтариб юрилади. Ташки нафас бузилганда аэротерапия тавсия қилинади.

Палата ёки бокслар кунига 5-6 марта 20-30 минутдап шамоллатилади. Палатанинг оптимал ҳарорати 18-20 °С. Тана ҳарорати нормаллашгач ва интоксикация белгилари бартараф этилгач, бола-пи кўчада айлангиришга рухсат берилади. Болани овқатланиши ёшига мос ва зўлик бўлиши керак. Болага кўпроқ суюқлик ичирилади. Клюква, брусникали морслар, паъматак қайнатмаси, қароғат, қурук мевалар дамламалари, пордонрок шарбатлар тавсия қилинади. Айниқса бола териси яхши парвариш қилинмоғи керак. Бола йўргаги нам бўлса тез-тез алмаштирилиши керак.

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

УРВИ, бронхит ва пнсвмонияларда тиббий ходим томонидан беморлар-ни катарал белгилари гугагунча иазорат қилиш, никоб режимини, тоза ҳаво, ҳарорат режимини таъминлаш, болага дренажли ҳолатни ташкил қилиш, балғам кўчишини яхшилаш, димланиш олдини олиш лозим. 1'ери ва шиллик қаватлар гигиенасини таъминлаш, тери вафас функциясини яхшилашга қаратилган.

Текширув саволлари:

1. Воладаги нафас йуллари касалликларини кўрсатинг.
2. Нафас йуллари анатомио-физиологик хусусиятлари.
3. Пафас йуллари касалликларида парваришлаш.
4. Ўтқир зотилжам клиникаси.

## БРОНХИАЛ АСТМА

Бронхиал астма - сурункали касаллик бўлиб, даврий равишда экспиратор хансираш (бўғилиш), бронхлар утказувчанлигининг бузилиши билан харак- терланади. Болалик даврида бронхиал аст- манинг 2 та асосий шакллари фарқланади. 1 .атопик. 2. ноатопик.

Этиологияси. Лтопик шакли ривожланишида организмнинг но- инфек- цион аллергенларга сенсibiliзацияси муҳим ҳисобланади. Буларга овқат ва дори аллергенлари, уй чанги, ўсимлик чанглари, ҳайвон жуни ва қазгоқлари мисол бўлади. Ноатопик (инфекцион ал- лергик) шакли ривожланишида эса вируслар (грипп, парагрипп, РС- вируслар), бактериялар, замбуруғлар муҳим рол уйнайди. Булардан ташқари касаллик ривожланишига ноқулай психоген ва метеороло- гик таъсирлар, жуда юқори жисмоний юкламалар ҳам сабаб бўлади.

Патогенези. Бронхиал астманинг барча шакли ривожланиши- да аллергик механизм ахамияти жуда муҳим. Организмнинг ал- лергик реакцияларига бе- ридувчанлиги ирсий мойиллик билан аниқланади. Бронхиал астма хуруж трахся ва бронхларнинг ҳар хил таъсирловчиларга сезувчанлиги ортишг оқибатида ривож- ланувчи нафас йўллари обструкцияси билан боғлиқ. Бронхит ўтказувичанлигининг бузилиши эса бронхоспазм, шиллик қавати шиши, майда бронхларнинг куюқ, қийин кучувчи балғам билан тикилиб қолиши орқали тушунтирилади.

Клиникаси: Касаллик кечишида навбатдаги даврлар ажратила- ди:

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

Даракчилар даври - хуруждан бир неча дақиқа, баъзан эса бир неча кун ол- ИПП бўлади ва болаларда нотинчлик, таъсирчанлик, уйқу бузилишлари бўлиши характерланади. Кўпинча акса уриши, тери ва куз қичишиши, бурундан и.ралма келиши, ёпишқок қуруқ йўтал, бош оғриғи каби белгилар кузатилади. I..И I I ИШ хуружида ҳаво етишмаслик, кўкрак босимининг ошиши хисси, экспи- р.нор хансираш симптомлари кузатилади. Нафас хуштаксимон, хирил-

лашлар чпсофадан эшитилади. Кичик болалар кўрккан, тўшагида тўлғонадилар, катта • п/шги болалар эса - мажбурий ҳолатни эгаллайдилар - олдинга эгилган, тизза п. | Инрсакларига таянган ҳолда ўтирадилар, оғзи билан хавони гутиб оладилар. | Vлашишининг умуман иложи йўқ. Териси рангпар, кўкиш рангда, совуқ тер копланган. Бурун кайотлари нафас олишда кенгайди. Кўкрак қафаси миисимал нафас олиш ҳолатида бўлиб, нафасда ёрдамчи мушаклар ҳам иштирок н. |' II. Балгам куюқ, ёпишқоқ бўлиб, йўтапганда кийинчилык билан ажралади. Перкуссияда кутисимон товуш аниқланади. Аускультацияда дағал ёки сусайган п. ||||лс фонида кўп микдордаги куруқ хуштаксимон хириллашлар, кўпинча- •. l>|-пп гация эшитилади. Юрак тонлари бўғиқ, тахикардия бўлади.

Ёш болаларда шиш ва гиперсекреция устун бўлади, шунинг учун бўғилиш нисбатан секин ривожланади, узоқ ва оғир кечади. Касаллик епгил кечганида хуружаар кам, йилига бир-икки маротаба бўлади ва тезда барта- раф этилади. Уртача оғирликда хуружлар ойига бир марта кузатилиб, астмага қарши воситаларни кўпинча парентерал юборгандан сўнгина хуруж пўколади. 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 нилмаганда келиб чиқади. Бунда нафас етишмовчилиги белгилари ошиб боради ва кўп микдорда куруқ ёки нам хириллашлар эшитилади. Аста секин нафас сусаяди, ўпкада хириллашлар йўқолиб - «соқов» ўпка манзараси шакл- лапади. Касаллик ривожланиб бориши билан гипоксемик кома юзага кслади.

Хуруждан кейинги даврда - бемор умумий аҳволи бир оз яхшиланади, лекин бир нсча кув мобайнида шилликли балғам ажралувчи йўтал сакланиб, баъзан хириллашлар эшитилиши мумкин.

Диагностикасн: Қон умумий тахлилида эозинофилия бўлади. Балғамда парчаланган хужайралардан чиққан эозинофил доналари ва бўлакчалари то- пплади (Шарко - Лейден кристаллари). Қонда иммуноглобулин Е микдори ошган. Хуружлар орасидаги даврда махсус аллергенни аниқлаш учун аллергенлар билан тери синамалари кўйилади. Зарур бўлганда - провоканион си- намалардан фойдаланилади.

Даволяш: Бронхиал астмани даволаш куйидаги босқичларда олиб борилади:

Хуружни бартараф қилишга қаратилган терапевтик чора тadbирларни ўтказиш;

2. кайталашга қарши даво ўтказиш;
3. махсус иммунотерапия.

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

Профилактикаси: Бирламчи профилактикаси - обструктив бронхит- бронхит, стенозланувчи ларингит, оват 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 курилиши.
3. Бронхиал астманиш' 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 Сшида нисбатан фаоллик билан ўсади. 2 ёшгача асосан бўлмачалар, 10 ёшдан эса 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 сакланиб 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 кўшилиб кетишига сабаб бўлади. Қон томирлари болаларда нисбатан кенг бўлиб, веналар дааметрига 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 динмланишига мойнлик тугдиради ва пневмония, остеомиелитларда муҳим рол ўйнайди. Артериал иульс болаларда нисбатан тез (юрак қисқдриши, адашган нерв таъсирн ва модда алмашинуви юқорилиғи билан боғлиқ). Янги туғилган чақалоқларда нулс 140-160 минутига, 1ёшда - 120, 5 ёшда-100, 12-13 ёшда - 75-80га тенг бўлади. Бола йиғласа, бақирса, тана ҳарорати кўтарилса, жисмоний юкламада иульс 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 жарайонлари бузилишлари натижасида, юрак ва йирик гомирлар морфологик ривожланиш нуқсонларидан келиб чиқади.

Этиология - ҳомиладорликнинг дастлабки 1-3 чи ойларида юрак (накъланишига вирус инфекциялари (қизилча, қизамик, тепки, сувчечак, полиомиелит ва бошқалар), токсикоз, антибиотиклар ва сульфаниламидлар қабул қилиш, алкоголизм манфий таъсир кўрсатади. Бундан ташқари ондаги юрак нуқсонлари, экзоген ва ва эндоген токсик маҳсулотлар, ионлантирувчи радиация, гиповитаминозлар, 35 ёшдан катга аёллар ҳомиладор бўлганда, жинсий аъзолари касалликлари натижасида ҳомиллада туғма нуқсонлар р/ шожланади.

Туғма юрак нуқсонлари — «кўк» (цианоз билан) ва «оқ» (цианозсиз) нуқсонларга ажратилади. Кичик ва катга 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. Катга қон айланиш доирасида қон мивдори камайиши
4. Гемодинамик ўзгаришларсиз.

### Туғма юрак нуқсонлари таснифи

	Гемодинамика бузилиши	Цианозсиз	Цианоз билан
Р' 1	Кичик қон айланиш доира-сида димланиш (тулақонлик)	Очиқ артери-алоким, бўлма-чалар аро тусик дефекти, ко-ринчалар аро тусик дефекти	т
к	Кичик қон айланиш доира-сида қон ҳажмининг камай-иши	Упка артс-рияси стснози	Фалло тетра-даси
* »3	Катга қон айланиш доира-сида қон ҳажмининг камай-иши	Аорта коар-тацияси	т.
1 14. 	Гемодинамик бузилишлар-сиз	Қоринчалар аро тусик ки-чик дефекти _____	-

Клиникаси. ТҶОН ҳар хил кўринишларида умумий характердаги қатор белгилар ҳам бўлиб, улар чакаловда юрак аномалиясининг бирор тури бор- лигидан далолат берадилар. Гемодинамик бузилишлар кучли бўлганда бун- дай болалар жисмоний ривожланишдан орқада қоладилар. Уларда ҳансираш, рангпарлик ёки цианоз, тирнок фалангалари деформацияси («соат ойнаси», «иоғора таёкчалари»), кўкрак кафаси деформацияси («юрак букриси») кузатилади. Юрак чегараси кенгайган, систолик шовкин эшитилади.

ТҶОП клиник кечишида (туридан қатъий назар) 3 та фаза ажратилади.



Биринчи фаза - бирламчи адаптация - бола гемодинамик бузилишлари- га мослашади. Организмнинг мослаштирувчи химоя механизмлари умумий аҳволни яхшиланишини таъминлайди. Бу иккинчи - нисбий компенсация фазасидир. Қачонки химоя мослаштирувчи механизмлар захираси тутаса йўл бола фаолиятини

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

Кичик қон айланиши доирасида қон димланйшига сабаб бўлувчи пуқсоилар - бу нуқсонларнинг 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 нуқсонлар ичида энг кўп уч- райдиганидир.

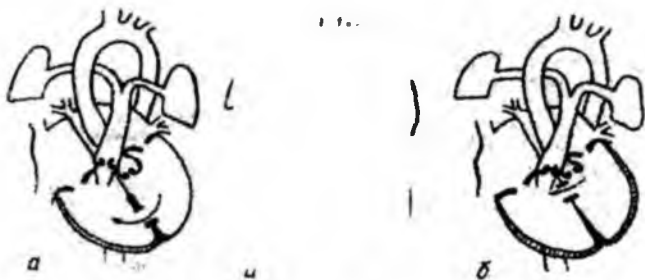
Одатда артериал туғилганидан сўнг тўхтатади ва дастлабки 2-3 ой ичида, баъзан кеч муддатларда битиб кетади.

Йўл битмай қолганда нуқсон ривожланади ва бунда қоннинг бир қисми аортадан йўлдаги тешиқ орқали ўпка артериясига отилиб чиқади. Натижада катта қон айланиш доирасида қон қам, кичик қон айланиш доирасида эса ортикча микдорда бўлади. Аниқ 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 тик-

ка турганда) бўлади. Пульс сакровчи бўлади. Перкурссияда юрак чегаралари асосан чапга ва юқорига кенгайган, упка гипертензияси ри- вожланганда эса юракнинг ўнг бўлмача ва қоринчаси ҳам катталашади. Ау- скультацияда 2 қовурға оралиғида, чап томонда систолик шовкин эшитилиб, бу шовқин аортага, бўйин томирлари ва кураклар орасига узатилади.

Бўлмачалараро тўсиқ нуксони - болаларда бу нуксон ҳам нисбаган кўп учрайди.

Бу ТЮНи кизларда ўғил болаларга нисбаган кўп учрайди. Тешик тор бўлиши мумкин, ёки тўсиқумуман бўлмаслиги мумкин. Нуксон катталиги гемодинамик бузилишлар даражасини белгилайди. Тўсиқдаги нуксон орқали кон чап бўлмачадан ўнг бўлмачага (чапдан - ўнгга шунт) чиқади. Юракнинг ўнг ярмида систолик, кейинчалик диастолик босим ортади. Унг бўлмача гипер- графияси кузатилади. Тери копламалари рангпар, баъзан бўйин веналари пульсапияси ва кенгайганлиги киши эътиборини жалб этади. Айрим бола- иарда жисмоний ривожланишдан орқада қолиш кузатилади. Респиратор ка- I алликларга мойиллик кучли бўлади. Аускультацияда тўш суягидан чапда 2- 5 қовурғалар оралиғида систолик шовқин эшитилади.



**Қоринчалараро тўсиқ нуксони - нисбаган кўп учрайди.**

Нуксон тўсиқнинг мушак кис.мида жойлашганда (Толоч и но в — Роже касаллиги) тешик айланаси кичик (1 см гача) бўлиб, гемодинамик ўзгаришлар бола соғлигига таъсир кўрсатмайди. Тўсиқнинг пардали кисмидаги нуксони кеиг ва каттароқ бўлиб.

қоннинг кўп қисми чап қоринчадан ўнг қоринчага отиради. Иккала қоринча ҳам катга юклама билан ишлайди. Қоринчалараро гусик мушак қисмдаги кичик нуқсон беморда ҳеч қандай шикаятга имкон бўлмайди, лекин бола текширилганда тўсатдан дағал ғижирловчи систолик шовқин, тўш суягидан чапда IУ-У қовурғалар орасида эшитилади. Нуқсон пардали қисмида бўлганда тез чарчаш, хансираш, даврий йўтал, нианоз, жисмоний ривожланишдан ортда қолиш белгиларини беморларда кўриш мумкин. Кўкрак кафаси деформацияланган. Юрак турткиси тарқалган, чапга силжиган. Перкутор - юрак чегаралари кўндалангига ва юқорига кенгайган. Аускультацияда тўшдан чанда систолик шовқин эшитилиб, у ҳамма томонга ва яна орқага узатилади.

Ўнка артерияси стенози - бу нуқсоннинг ҳар хил анатомик вариантлари бўлиб, шулардан кснг тарқалган ўпка артериясининг қопқоқли торайиши ҳисобланади. Нуқсон сабабли қоннинг ўнг қоринчадан ўнка артериясига ҳайдалиши қийинлашиб, натижада кичик қон айланиши доирасига қон кам миқдорда ўтади. Клиникада шикаятлар: 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. Чуққида 1 тон кучайган, ўпка артерияси устида 2 гон сусайган ёки умуман эшитилмаслиги мумкин.

Фалло касаллиги (триада, тетрада, нентада) «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 билап таъминланмайди. Катта қон айланиш доирасига аорта орқали, қоринчадараро тўсик нуқсони орқали аралаш қон - ўнг қоринчадан веноз ва чап қоринчадан артериал қон чиқади. Ўпка артерияси торайиши ва аортада босим ортиши ҳисобига ўнг қоринча 1 ипертрофияланади. Цианоз баъзан туғилганидан сўнг дарҳол сезилади, ёшга боғлиқ ҳолда кучаяди. Кўкрак ёшдаги болаларда хансираш озгина хара-

катдан сўнг, эмаётганида пайдо бўлади. Кўпинча циапоз кўкрак ёшидаги болаларда хушдан кетиши ва тиришиш билан бирга кузатилади. Катта ёшда- ц| болаларда хуружлар нисбатан енгил кечиб, бола мажбурий ҳолатда - чўккалаб ўтиради ёки юзи билан ётади. Болалар бош оғриги, бош айланиши, хушидан кетишга шикоят қиладилар. Жисмоний ривожланишдан орқада қолгани, бармоқ деформациялари («барабан таёқчалари») киши эътиборини ўзига жалб қилади.

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

Периферик қонда гомоглобин ва эритроцитлар миқдори ортади. (коннинг « қуюкдашиши»).



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 юкорида бош томирларида гипертензия кузатилиб, елка камари, қўлларда ҳам кузатилади. Шикоятлар ксч пайдо бўлади ва гипертония, юрак фаолияти декомпенсацияси билан боғлиқ бўлади. Беморлар бош оғриги, бош айлани- |пи, қулоқдаги шовқинлар, хансираш, чарчашга шикоят қиладилар, кўрик гўлик тананинг юкори қисми пастки қисмига нисбатан яхши ривожланганли- ги кўринади. Асосий клиник симптомларидан бири - қўллардаги ва оёқлардаги қон босими орасидаги фарк хисобланади. Артериал босим юкори (250-300 мм симоб усзунигача) - қўлларда, оёқларда эса пасайган (баъзан 0- гача) бўлади. Пульс оёқларда кучсиз, қўлларда теран бўлади. Перкуссияда юрак

чегаралари чапга кенгайган. Аускультацияда аорта устида 2 тон акцен- I и, баъзан юрак асосида ёки кураклар орасида сисголик шовкин эшитилади.

Диагностикаси. ТЮП анамнэз маълумотлари, клиник манзараси ва қушимча текширув маълумотларига - ЭхоКС, ЭКГ (юрак гипертрофияси), <1>КГ (шовқин, унинг жойлашган жойи, характери) кўкрак кафаси аъзолари |хштгенограммаси (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 иорциялар билан 4-5 мартда ташкиллаштириш, овқатга калийга бой маҳсулотларни киритиш; суюқлик ва тузни чеклаш. Беморга ётоқ рсжимини цъгмиплаш, жисмоний юкламаларни чегаралаш, оғир ҳолларда тез ёрдам бериш. Нафас олиш, лулъс сони, артериал кон босимини (АҚБ) ўлчаш ва назорат қилиш, дориларни ўз тўлиқ тўғри беришдан иборат.

Даволаш. ТЮН ни асосий даволаш усули жарроҳлик операниясидир . Оператив даволаш учун энг қулай муддат - 3-12 ёш ҳисобланади. Консерватив даво: юрак егишмовчилик белгилари ва гипоксик ҳужумларда тез ёрдам беришдан иборат. Яна бошқа асоратларда ҳам қувватловчи терапиядан фойдаланилади. Паллиатив даволаш - бемор аҳволини энгиллатувчи ва эрта ўлимни олдини олиш учун ўтказилиши мумкин. Радикал даволаш - ге.модинамик бузилишларни нормаллашувига олиб келади.

Текширув саволлари:

1. Юракнинг туғма вуксоилари классификацияси.
2. Юрак туғ.ма иуқсонларига хос клиник манзара.

## РЕВМАТИЗМ (РЕВМАТИК ИСИТМА)

Ревматизм - бириктурувчи туқиманинг яллиғланиши характерига эга бўлган юрак - қоп томир системаси зарарланиши билан кечадиган касалликдир. Қўпинча ревматизм билан мактаб ёшв-

даги болалар касалланадилар. Ревматизм юракнинг орттирилган нуксонларини асосий сабабларидан ҳисобланади.

Этиологияси. Ҳозирги вақтда ревматизмнинг стрептококкли этиологияси кенг тарқалган ва далиллар билан исботланган (А гуруҳдаги В - гемолитик стрептококк). Ангина, сурупкали тонзиллит кўзиши, скарлатина, назофарингит, синузит, отит, ўтказилган стрептококкли инфекциялар ва ревматизм бошланиши орасида боғлиқлик борлиги аниқланган. В - гемолитик стрептококк ва вируслар биргаликда ревматизмга олиб келиши ҳам мумкин.

Патогенези - Ревматик жараён юзага келиши организмда аллергия реакциялар ривожланиши билан қаттиқ боғланган. Ревматизм инфекциялар билан боғлиқ бўлиб, клиник симптомлар стрептококкли инфекциялардан сўнг тезда юзага келмасдан, балки 2-3 ҳафтадан сўнг ривожланади. Бу вақт антигелолар ҳосил бўлиши учун зарур. Ревматизмда «шок аъзо» бириктирувчи тўқима - шикастланган бўлганлиги учун касаллик 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 касаллик ўтказилган стрептококкли инфекциядан сўнг 2-3 ҳафта ўтгач ривожланади. Тана ҳарорати кўтарилиши, интоксикация белгилари, ҳансираш, гахикардия, тери қопламлари рангпарлиги, юрак тонлари сусайиши - булар ревмокардит юзага келишидан далолат беради (юрак зарарланиши). Кўпинча миокардит, эндокардит ва эндомиокардит, кам ҳолларда перикардит шаклланиди.

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 ноҳуш сезгилар, ҳансираш, суб-эбрил ҳарорат, ранг-



парлик каби шикоятлар кузатилади. Болаларда субъек- тив шикоятлар катталарикига нисбатан унча ривожланмаган бўлади. Тахикардия турғун бўлиб бола ухлаганида ҳам йўқолмайди. Артериал босим па- саяди. Юрак чегаралари кенгайган. Юрак чўққисида майин систолик шовқин эшитилади.

Эндокардит. - Ревматик жараён эндокардда бўлса, деярли ҳамма вақт клапанлар соҳасида жойлашади. Нисбатан кўп ҳолларда митрал, кам ҳолларда эса аортал клапаилар зарарланади. Одатда эндокардит - тана ҳароратининг 38-39 °С гача кўтарилиши, умумий аҳволи ёмонлашиши, ран- гпарлик, кўп терлаш, юрак соҳасидаги огриклар билан бошланади. Аускуль- тацияда юрак чўққиси ва V нуқтада дағал систолик шовқин эшитилиб, у қўлтиқ ости соҳасига узатилади. Аортал копқоқ зарарланганда эса тўшнинг чап киррасидан узокрокда «кўйилувчи» диастолик шовқин эшитилади.

Перикардит. - Чегараланган жараён сифатида учрамаслиги мумкин. У шдокардит ва миокардит билан бир вақтда, уларга кўшилган ҳолда учраши мумкин. Фибриноз (курук) перикардитда юрак соҳасида огрик, хансираш, перикард ишқаланиш шовқини пайдо бўлади. Экссудатив (суюқликли) пери- кардитда умумий аҳвол оғирлашади. Рангпарлик, лабларда цианоз, бўйин ве- пала- ри бўртиши, хансираш каби белгилар юзага келади. Бемор ўтирган ҳолда мажбурий ҳолатда бўлади. Пульс тез-тез, кучсиз тўлиқликда бўлади. Артери- ал қон босим пасайгап. Юрак чегаралари кенгай- ган, юрак тонлари сусайган. Юрак -қон томир етишмовчилиги ривожланади.

Ревматизмда патологик жараён жуда кенг тарқалган бўлиб, юракдан ташқари белгилари ҳам юзага келади. Беморда - поли- артрит, кичик хорая, гери ва катор ички аъзоларни зарарланиши белгилари юзага келади.

Ревматик полиартрит - одатда касалликнинг бошида пайдо бўлади. Кўпинча ўрта бўғимлар (тизза, болдир, тирсак, биллак-кафт бўғимлари) зарар- ланади. Ревматик полиартритга огрикларнинг учувчанлиги, бўғимларни кўплаб ва симметрик зарарланиши хос. Бўғимлар шишган, оғрикли, унинг устидаги тери қизарган, уш- лаб кўрилганда иссик бўлади. Полиартрит клиник манзараси 2-3 хафта мобайнида, даволаниш тўлиқ эса бир неча кун сакланиб гу-

ради. Бугимлар деформацияси бўлмайди. Кейинги вақтларда ревматик полиартритнинг кўп учровчи шакли артралгиялар бўлиб, бугимларда оғриқдан бошқа ҳеч қандай ўзгаришлар бўлмайди.

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

Аннуляр эритема пушти, халкасимон элементлар бўлиб. баъзан қичишади, тери юзасидан кўтарилмайди, жим - жима расми кузатилади. Кун обайнида халкасимон эритема бир неча бор пайдо бўлиб, яна йўқолиши мумкин. Ревматик тугунчалар кам учрайди. Улар ҳар хил катгалиқда, оғрикли, пайпасланганда каттик, ҳаракатсиз бўлиб, улар устида тери «згармаган бўлади. Тугунлар йирик бугимлар соҳасида жойлашади, секин йўқолиб, ўздан сўнг из қолдирмайди.

Болаларда ревматизмнинг ўзига хос кечиш хусусияти шундап иборатки - кичик хорей кўринишда патологик жараёнга нерв системаси ҳам тортилади. Касаллик аста - секин эмоционал ўзгаришлар (кўзгалувчан, йиғлоқи), уму- мий ҳолсизлик, ховотирли ҳаракаглар билан бошланади. Хорейнинг клиник манзараси касалликнинг 2-3 хафтасидан сўнг бошланади. Хорейга хос учлик . бу: 1) гиперкинезлар (ҳар хил мушак гуруҳларининг ихтиёрсиз ҳаракати бўлиб, булар эмоционал толиқиш, таъсиротлар натижасида юзага келади ва уйку тулик йўқолади);

2) мушаклар гипотонияси; 3) ҳаракат координацияси бузилишларидир.

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

Ревматизм кечишида - фаол ва нофаол даврлари фарқланади.

Фаол дав- рида барча клииик ва лаборатор - инструментал белгилари кузатилади. Но- фаол даврда колдик белгилар (юрак нуксонлари, миокардиосклероз ва бошқалар) кузатилиб, фаоллик кўрсаткичлари бўлмайди.

Фаол ревматизм диагностик белгилари сифатида Киссл - Жонсон - Не- стеров критерийлари қўлланилади. Бу критерийларга асосий деб - кардит, полиартрит, хорая, ревматик гугунлар, аннуляр эритема, ревматик анамнез киради. Қўшимча диагностик критерийларга иситма, артралгия, лаборатор ўзгаришлар, ЭКГ - ўзгаришлари, аптиревматик даволаш эффективлиги кири- тилади.

Жараёи фаоллигининг 3 даражаси фаркланади: I - минимал, II - ўртача, III - максимал. III-даражали фаолликда -белгилар аниқ ифодаланган, юкори ҳарорат, ЭКГ да кардитнинг аниқ белгилари, лаборагор кўрсаткичлари ошиб кетиши кузатилади.

II даражали фаолликда клиник белгилар ўртача ривожланиб, лаборагор на касалликнинг бошқа белгилари ҳам ўртача ларажада бўлади. Иситма бўлмаслиги мумкин.

I даражали фаолликда клииик лаборатор ва инструментал текширув на- гижалари суст ифодалангап.

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

Диагностикаси Лаборатор усуллар патологик жараённинг фаоллиги- ни, даволаш самарадорлигипи назоратқилиш учуп қўлланилади. Умумий кон тахлилида лейкоцитоз, формуланинг чанга силжиши, ЭЧТ нинг ошиши эо- зинофилия (баъзан) аниқланади. Биохимик текширувларда - диспротеине- мия, С-реактив оксил, фибриноген микдори ортиши.

Сзрептококка карши антителолар титрининг ортиши: антистрептолизин 0 (АСЛ-О), антистрептогиалуронидаза (АСГ), антистрептекиназа (АСК) кўрсаткичлари аниқланади.

Даволаш. Ревматизмни даволаш босқичли, комплексли ва узок муддат олиб борилади. Ўтқир даврида болалар станионарга ётқизилади. II-III огирлик даражасида беморлар 1-2 ҳафта қатъий ёток режимида сакланиб, кейин яна 2-3 ҳафтага ёток режимига риоя қилиши назорат қилинади. Функ- ционал синамалар нати-

жасига караб (-1,5 ой утгач) болалар аёвчи режимга ўтказилади. Санатория шароитида болалар (2 босқич) шуғуллантирилувчи режимида ўтказилади. Жисмоний тарбия махсус ишлаб чиқилган комплекс бўйича ўтказилади. Парҳезда енгил ҳазм бўлувчи, оксилга бой, витаминли, калий тугувчи махсулотлар тавсия қилинади. Туз, суюқлик ва экстрактив моддалар чегараланади.

Ревматизмни медикаментоз даволаш қуйидагиларга қаратилади:

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

Асосий дори препаратларидан пенициллин (10-14 кун) кейин эса Бициллин-5 ёки Бициллин-1, салицилатлар ёки пиразолон унумлари (анальгин), ностероид яллиғланишга қарши воситалар (индометацин, вольтарен) -4 ҳафта тўлиқ дозала ва 2 ҳафта давомида ярим дозада қўлланилади. Оғир ҳолларда преднизолон секинлик билан камайтирилувчи дозаларда қўлланилади. Десенсибилизацияловчи воситалар -супрастин, тавегил, пи-польфен, диазолин ҳам қўллаилади. Асосий базис препаратларидан ташқари, иоливитаминлар, калий препаратлари (панангин, калий оротат), юрак глико-сидлари ҳам кенг қўлланилади. Хораяда антиревматик препаратлар билан биргаликда қўшимча равишда бромидлар, кичик трапквилизагорлар (элсни-ум, триоксазин) тавсия этилади. Физиогепаевз ик даво ҳам тавсия қилинади. Бсморларни реабилитация қилиш ва тўлиқ даволаш махаллий санаторийлар- 1п 2-3 ой мобайнида олиб борилади.

Профилактика. Кейинги диспансер кузатув подиклиника шароитида ревматолог то.монидан ўтказилади. Ревматолог рев.матизм билан огриган ҳар бир болани алоҳида кузатиб улардаги фаоллик даражаси белгиларини аниқлаш, йил давомида касаллик рецидивларини олдини олиш учун профи-лактик чора-тадбирларини олиб боради. Ревматизмда 3 хил профилактик тад-бирлар фарқланади:

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 чо-

раларидан иборатдир.

Иккиламчи профилактика - рев.матизм билан оғриган беморларда касаллик рецидивларининг олдини олишга қаратилган. Бирламчи ревмокардит ҳамда хорей билан оғриган беморлар учун рецидивга қарши профилактика 3 йил давомида ўтказилади ва но-специфик чоралар, бициллин билан даволашдан иборат бўлади. Қайталовчи 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 парвариги.таш ва профилактика чоратадбирлари.

## 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 катгаларга нисбатан кенг тарқалган ва «тўсатдан ўлим» синдромининг 14% ни ташкил этади.

Этиологияси. Кардит билан ҳамма инфекцион касалликлар асо-ратланиши мумкин. Асосий этиологик омил бўлиб вируслар хисобланади, 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 мумкии. 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 уйнайди. Болаларнинг иммунокомпетент тизимининг шаклланиши тулиқ бўлмаганлиги ҳам аҳамиятга эга.

Патогенези. Юқоридаги омилларнинг патоген таъсири юрак мушаклари, қон томирлари деворларига ёки бириктирувчи тўқимага қаратилган. Уткир кардитларда инфекциян омиллар таъсири натижасида яллиғланиш медиаторларининг ажралиши 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 еки оғир шакллари ривожланади.

Касаллик таснифига кўра туғма ва орттирилган кардитлар фарқланади.

Туғма кардитлар ташхисини кўйишга асос бўлиб, ҳомиладаги ёки янги ягулган чақалоқда ингеркуррент 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 жисмоний ривожланиши сустлиги, кам вазнлик, рангпарлик, статик функцияларнинг кеч ривожланиши кузатилади. Бола ланж, ҳолсиз, овқатланганда тез чарчаш ҳолатлари кузатилади. Беморда сабабсиз безовталаниш хуружлари, ҳансираш, цианоз, талвасалар, хушдан кетиш ҳолатлари бўлиши мумкин. Юрак томонидан юрак букри, юрак чегаралари кенгайиши, аускультацияда тонлар бўғиқлиги, 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 УРВИ фонида ёки ун-

дан кейин ривожланади ва айниқса 3 ёшгача бўлган беморларда оғир кечади. Бола ҳолсиз, иштаҳаси пасайган, тунги безовтала-ниш ва инграш, кўнгил айниши ва қайт қилиш ҳодисалари куза-тилади. Кўп ҳолларда узоқ давом этувчи йўтал (айниқса боланинг ҳолати ўзгарганда) кузатилади. Кардиал симптомлардан илк бор ҳансираш, нафас тезлашиши, тахикардия кейин эса диурез пасай-иши, тўқималарда пастозлик ва шишлар, жигар катталашишини кўришимиз мумкин. Юрак турткиси суст, чегаралари катталашган, юрак бўкри аниқланади. Бу ўзгаришлар касалликнинг давомийли-гига 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 ги-пертрофик тури-чап қоринча миокарди гипертрофияси билан ке-чади. Сурункали кардитларга хос белги деб, касалликнинг узоқ муддат яширин кечиши, экстракардиал симптомлар устунлиги: жисмоний ривожланишдан орқада қолиши, кайталаувчи пневмо-иниялар, синкопс хужурали, қайт қилиш ва хоказолар хисобланади. Одатда кардиал белгилар ўРВИ дан кейин намоён бўлади: юрак чегаралари кескин катталашган, систолик шовқин, ритм бузили-ши, 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 миқдори 3- 4 баробар ошади.

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

Даволашда вирусларга қарши препаратлар, антибактериал тера-пия, ностероид яллиғланишга қарши воситалар, кардиотроф пре-паратлар ва витаминлар қўлланилади. Норевматик кардит билан огриган беморларни парваришлашда кун тартиби, пархез ва жис-моний ҳамда психик юкламаларни чегаралаш тавсия этилади. Но-ревматик карлит билан огриган беморлар поликлиника шароитида



уртача 3 йил давомида диспансер назоратда булиши лозим.

Профилактикга. Специфик чора-тадбирлар йўқ. Онанинг ва боланинг саломатлигини доим назорат қилиш, турли касалликларни ўз вақтида ва ўлик даволаш лозим. Ўткир норевматик кардит билан хасталашаётган беморлар 3 йил мобайнида диспансер назоратида бўлиб, витаминлар, стимулловчи до- рилар тайинланади.

Текширув учун саво.-шар:

1. Норевматик кардит сабаблари.
2. Норевматик кардит клиник кўрғаниши.
3. Беморлари парвариншаш.

## ЮВЕНИЛ СУРУНКАЛИ АРТРИГ

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 нреаратлари, 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 оғрик, кизариш, ҳаракат чегараланиши, бўғим шакли ўзгариши кузатилади.

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

Айрим ҳолларда болаларда иридоциклит - кўзнинг қуриш қобишғяти сусайиши, "кўзларда кум борлик" ҳисси билан кечади.



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

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

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

Даволаш: биринчи ўринда ялийглиянишга қарши препаратлар тайинланади - бруфен, ибупрофен, диклофенак, индометацин ва бошқалар. Улзр узок муддатга берилади.

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

Профилактика. Касалликнинг бирламчи профипактика 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 сурункалн артрит касаллшн клиник манзараси.

2 Сурункалиревматидли артрит касаллигида болаларни парваришлаш асослари.

## ҚОН ВА ҚОН ЯРАТИШ АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Қон тизимига перифсрик қон, қон ярагиш ва парчалаш аъзолари киради (қизил кўмигли суяклар, жигар, талоқ, лимфа тугунлари ва бошқа лимфоид тўқималар). Эмбрионал даврда қон яратиш аъзолари деб жигар, талоқ суяк кўмиги ва лимфоид тўқима хисобланади. Бола туғилгавдан сўнг асосий қон яратиш органи - бу хамма суяклардир. Балогат ёшига бориб қон яратилиши 1уш суяги, қовурғалар, умуртқалар танаси, найсимон суяклар эпифизлари, лимфа тугунлари ва галокда ўтади.

Лимфа тугунлари: лимфопозэнинг асосий органи. Лимфа тугунларининг морфологик ва функционал етилмаганлиги, уларнинг барьер функцияси сустлиги, чақалокларда инфекцион омилларнинг қон оқимига осонлик ўтиши сабабларидан биридир. 7-8 ёшда лимфа тугунлари етилиши билан махаллий лимфа тугунларининг инфекциясига жавобан катталашиси ва огрикли бўлиши аниқланади. Соғлом болаларда нормада жағ ости, бўйин, энса, қўлтик ости ва чов сохасида лимфа тугунчалари пайпасланади. Улар кичик (мошдек), майда, юмшоқ ва тўқималар билан боғлиқ эмас.

Тимус-айрисимон без - иммунитетнинг асосий аъзоси. Янги туғилган чақалокларда яхши ривожланган. 3 ёшгача унинг массаси ошиши кузатилади. Балогат 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 хисобланади.

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 зўкималари кагталашиши (аденоидлар) кузатилади. Балоғат ёшида улар кичрайиб, бириктирувчи туқима билан алмашади.

Болаларнинг қон яратиш тизими учун функционал лабиллик, осоп шикастланиш, патологик ҳолатда эмбрионал турдаги қон яратишга қайтиш ёки экстремедулляр қон ярагиш ўчоқлари ҳосил бўлиш билан фаркланади. Шу билан биргаликда регенерация жараёнлари ҳам жадал кечади. Бунинг оқибатида турли хил таъсирловчи омиллар сабабли қонда ёш, дифференциацияланмаган шакли элементилар ва хужайралар пайдо бўлади. Периферик қон. Янги туғилган болаларга эритроцитлар сони ва гемоглобин миқдори юқори бўлиши ҳос. Қон таркибини 60 - 80% ни фетал гемоглобин ташкил этади. Биринчи 3 ой ичида у капалар гемоглобинига алмашади. Ранг кўрсаткичи 1,0 -1,3 га тенг. Янги туғилган чақалоклар қонида нормада анизоцитоз, ретикулоцитоз, нормобластлар бўлиши мумкин. Лейкоцитлар таркибида биринчи кунлари нейтрофиллар устунлиги, 5-6 кунга бориб нейтрофиллар ва лимфоцитлар сони тенглашиши ва 1 ойга бориб лимфоцитлар сони 55-60% ни ташкил этади. 1 ёшгача бўлган болаларнинг қонида эритроцитлар сони ҳамда гемоглобин аста-секин камаяди. Бу ҳолат болалар организмнинг тез ўсиши ва эритроцитлар синтези нисбатан сустроқ кечиши билан боғлиқ (оқсил ва темир модда етишмовчилиги).

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

### Анемиялар

Анемия( камқонлик) - бу организмнинг патологик ҳолати бўлиб, бунда қояннинг ҳажмий бирлигида эритроцитлар миқдори камайиши кузатилади. Анемия болаларда, айниқса ёш болаларда кўп уч-

ровчи касалликдир. Бу даврда болалар ўсиши тез бўлиб, юқорида кўрсатгандек эритропоз эса бир мунча орқада қолади. Шунинг учун эритроцитлар миқдори ва гемоглобин даражаси пасг бўлиши мумкин. Қоннинг кўрсаткичлари пасайиши даражаси, ҳомила ривожланишининг охириги 3 ой мобайнида тўпланадиган темир захирасига боғлиқ бўлади. Эрта ёшда анемия ривожланишига эритроцитларнинг шикастланишга 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 ойлигвда ва ой қунига етмасдан туғилган : болаларда 1,5-2 ойлигида Кузатилади, Бу ҳолат чақалоқнинг ташқи муҳитга мослашиши натижасида келиб чиққани учун, даво талаб этмайди.

«Кечки» анемия ўз гулиқ туғилган болаларда 6 ойдан кейин ва эрта туғилганларда 3-4 ой ичида ривожланади. Бу анемия 90% ҳолатларда дефи- цитли, инфекциян-алиментар бўлиб даво талаб этади.

Анемиялар таснифи.

1-Дефицитли (танқис) анемиялар ( Темир, витамин ёки оксил етиш- мовчилиги сабабли).

2. Гипо - ва апластик анемиялар

3. Геморрагик анемиялар. (Уткир 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 чиқадиган анемияларга ай- тилади. Дефицитли анемиялар ичида катта гуруҳни темир танқислиги анемиялари ташкил этади.

Этиология ва патогенези. Этиологияда асосий ролни оч қолиш ўйнайди. МоЙиллик факторларига: эрта сунъий овқатлантириш, узоқ вақт бир хил овқат бериш, вегетариан овқатлантириш, боланинг тез-тез касалланиши, ра- хит, гипотрофия, чала тугилиш, кўшимча овқатларни кеч бериш киради.

Юқоридаги факторлар натижасида бола организмда турли алмашинув жараёнлари бузилади. Айниқса, темир ўзлаштириш бузилади. Темрнинг кам сўршши 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. Окснл дефицити ўз навбатида темир транспортинн ва уни депога тўпланишини таъминловчи ва гемоглобин ҳосил бўлишида қатнашувчи оксиллар ишлаб чиқишини бузилишига олиб келади.

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

Клнникаси. 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 - (эрт- 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 ҳдм аниқланмайди. Чунки бола ҳолати қониқарли бўлади. Боланинг ҳолсизлигига, иштаҳасизлигига, бироз оқариш, таъсирчанлигиг-а аҳамият берилмайди. Баъзи бола-



ларда биров тана вазни па- сайиши кузатилади, Урта оғирликда - организм ҳолатинн яққол узғаришлари: сезиларли ҳолсизлик, апатия, адинамия, йиғлоклик, иштаҳанинг кескин пасайиши. Кўриқда - териси курук 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: курукдик, тез синувчан тирноқдар, сийрак, ингичка ва синувчан сочлар, оғиз бурчакларининг бичи-лиши. Юзнинг керикиши кузатилиши мумкин. Кўл-оёқлар совуқ, мушаклар гипотониясн кузатилади. Юқоридагилар билан бир вақтда иштаҳасининг бу-зилиши ёки унинг кескин пасайиши, натижада тана вазни камайиши кузатиладн. Юрак қон-томир тизимида - тахикардия, юрак чўққисида снстолпк шовқин. Кўпинча жигар ва талоқ каздадашиши ахамиятлидир. Болалар тез тез ка-салланишга мойил бўлиб қоладилар. Шунга кура касаллик клиникасида куйидаги сиидромларни кузатиш мумкии: астеник синдром.эпителиал синдром,торак қон томир сминдроми.иммунитет танкислиги синдромлари.

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. Ортгирилг ан гипо-ва апластик анемиялар болаларда организмнинг турли умумий касалликлари (сепсис, |~рипп, сил, ревматггзм), физик фак-торлар (ионизацияловчи радиация), дори воситалари (левомицетин, стрептомицин, сульфаниламидлар, олтин препаратлари ва бошқалар), химик бирикмалар (баъзи бўёқлар, лак, эритувчилар, эпоксид сақичлар) таъсири остида ривожланади. Касал-лик 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 қуйшгишлар). Септик ва некротик асоратлар камроқ учрайди, Кўп ҳолларда касаллик секин аста ривожланади, суст кечади.

Геморрагик анемиялар Бу анемиялар ўткир ва сурункали қон

йўқотишлар натижасида келиб чиқади. Кўпроқ катта ёшдаги болаларда учрайди. Геморрагик камқонликлар клиникаси қои йўқотиш тезлиги, миқдори, бемор ёши ва этиологик факторларга боғлиқ бўлади. Кўп қон йўқотилганда геморрагик шок ривожланиши мумкин.

Гемолитик анемиялар Бу анемиялар эритроцитлар кучли ларчаланиш натижасида ривожланади. Ирсий гемолитик анемиялар ичида Минковский-Шоффар микросфероцитар гемолитик анемияси кўпроқ тарқалган. Бу касалликлар асосида эритроцитлар қобиғининг туғма егишмовчшиги ёғади. Гемолитик синдроми 3 характерли белгилари: сариқлик, анемия, спленомегалия аниқланади. Касаллик кечмиши кризлар ва ремиссиялар алмашинуви билан ахамиятлидир. Орттирилган гемолитик камқонлик аутоиммун характерга эга. Кўпроқ ўтказилган инфекция касалликлардан кейин (УРВИ, пневмония, инфекция мононуклеоз ва бошқадар) ривожланади. Анемия ва сариқлик камроқ ифодаланган бўлади. Болапардаги гемолитик анемияларга чақалоқлар гемолитик анемияси яққол мисол бўла олади.

Диагностикаси. Клиник кўриниш, анамнез, лаборатор текширувлари натижаларини асосида диагноз қўйилади.

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

Даволаш. Даволашни касалликни чақирган сабабни йўқотишдан тўғри режими ва овқатланишни йўлга қўйишдан бошлаш керак. Асосий патогенетик терапия гемир 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 аскор-

бина- Iи. аю) сиропли темир билан, тотема, ферронат, мальтофер ва бошқалар берилади. Оғир анемия ёки темир препаратлари инти энтсрал сўрилиши сусайганда (феррум- лек, ферковен, ферамид, фербитол ва бошқалар) препаратлар парентерал юборила- ди. Бу препаратлар билан бирга витаминотерапия (аскорбин кислота, В гуруҳ ви- таминлари, фолат кислота ва бошқалар) ўтказилади.

Гипо - ва апластик анемияларда, геморрагик ва туғма гемолитик анемияларда қон препаратлари (эритроцитар масса, громбоцитар масса, плазма) билан ўрин бо- сувчи терапия ўтказилади, гормонал терапия ўтказилади.

Боланинг овқат рационига темир, мис, кобальт, никсель, марганец ва витамин- ларга бой маҳсулотлар, гречка, яшил нўхот, картошка, қизил ловлаги, карам, кора смородина, олхўри, олма, тухум, гўшт, творог ва бошқалар берилади. Овқатланишда суг маҳсулотлари чегараланади, чунки бу маҳсулотлар кальций ва фосфорни кўп саклайди, булар эса темир билан комплекс ҳосил қилиб, чўкмага тушиши мумкин. Ундан гашқари сут ичаклардан қон кетишига ҳам сабаб бўлади. Уп маҳсулотлари ҳам таркибида фитин бўлгани учун чегараланади. У ҳам темир билан сўрилишини сусайтиради. Чой берилмаслиги тавсия этади (таркибидаги танин моддаси темирни сўрилишига тўсқинлик қилади).

Профилактика. Антенатал даврда хомиладор аёл овқатланиши режимини адекват олиб бориши керак, барвақт туғруқнинг олдинини олиш, хомиладорлик тўлиқ инфекцион касалликлар олдинини 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, экс- судатив диатезли, гипотрофияли) ва 3-6-12 ойлик ҳамма болаларни диспансеризация қилишга қаратилган. Қон касалликларига беморни парваришладан мақсад; касалликнинг авжига олиши, иммунитет пасайиши ва асоратларни ривожланишини олдини олишга қаратилган. Бунинг учун санитария -гигиена талаб-таригариюя қилиш, стационарлардаги эпидемиологик режимни таъкил этиш, дори воситаларидан эҳтиёткорона фойдаланиш, қон транс-



фузияларини тутри ташкил қилиш, уларни асоратларини билиш ва олдини олиш. Травмалар олдини олишга қартилган чора тадбирларни ишлаб-чиқиш, болага бериладиган дорилар таъсирларидаги ха- бардор бўлиш.

Текширув саволлари:

1. Болаларда анемиялар классификацияси.
2. Темир таъқис анемиялар.
3. Камқонлик касаллигини олдини олиш ва даволашда овқат-лапиш тамойиллари.

### ГЕМОРРАГИК ДИАТЕЗЛАР :

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

Гемостаз механизмида 3 фактор иштирок этади; ГТомирли. 2.Тромбоцитар. 3.Қон қуйишнинг зардоб факторлари.

Ҳозирги вақтда фарқланади: 1. Вазопатиялар - томир ўтказувчанлигига бу- звиши билан юзага келувчи касалликлар (Шенлейн - Генох касаллиги, ге- моррагик васкулитлар).2. Тромбоцитопатиялар ~ тромбоцитлар сифат ва миқдор ўзгаришлари билан кечувчи касалликлар (Верльгоф касаллиги тромбоцитопеник пурпура).3. Коагулопатиялар - қоннинг плазма факторлари етишмовчилигидан келиб чиқувчи қон қуйишига боғлиқ касалликлар (ге- мофилия А).

### Геморрагик васкулит

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

Этиологияси. Организмда сенсibiliзация чақирувчи аллергиялар бўлиб бактериал инфекция (скарлатина, ангина, УРВИ) дори

препаратлари (вакциналар, антибиотиклар, В гуруҳ втаминлари), овқат махсулотли (обли- гат аллергенлар, тухум, балик, кулупнай, цитруслилар). Кўп беморларда су- рункали инфекция ўчоқлари аниқланади. Кўпинча наслий аллергик касал- ликлар аҳамиятга эга бўлади.

Патогенези. Кўп ҳолларда касалликнинг латент( яширин)даври 1 -3 ҳафта давом этади. Бу вақт антителалар ҳосил бўлиш даври. Майда томирлар эндотелийси «шок аъзо» ҳисобланади. Антиген - антитело реакцияси нати- жасида томир деворида «иммуноло- гик яллиғланиш» ривожланади. Бунда эса эндотелий хужайрала- ри ўз структурасини ўзгартилади ва антиген хусусия- тини намоён қилади. Натижада аутоиммун жараён вужудга келади. Бу ўзгариш натижасида бир томондан томирлар девори ўтказувчавдиги ошса, иккинчи томондан эса - ДВС - синдроми ривожланишига, яъни шикастлан- ган эндотелий томир ичпдаги тромбоцитлар агрэг- циясига, бу эса микро- тромбозларга ва капиллярларда тикилиб қолишига, якрөз ва майда томирлар ёрвдишига, микроциркуляция бузилишига олиб келади.

Клинкаси. Касалликнинг клиник синдромларига кура тўрт тури тафо- вут этипади:!. Тери-геморрагик. 2. Бўғим. 3 Абдоми- нал. 4 Буйрак.

Касаллик кўпинча ўткир бошланади. Кўп болаларда тана ҳарорати 38-39 °С га кўтарилади, иштаҳа насаяди ҳолсизлик, тез чарчаш кузатилади. Клиника бир ёки бир неча синдромлар қўшилиб кетиши билан намоён бўлиши мумкин.

Тери - геморрагик синдром. Ўзгаришлар аввал оёқ терилари- да, кейин думбада, қўлларда, белда, камрок ҳолда кўкракда, юзда ва бўйинда бўлади, Типик ҳолларда бу ўзгаришлар - майда (2-3 мм диаметрли) эритематоз доғлар бўлиб, вақт ўтиши билан тўқ қизил ранга 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 шикастааниши билан ўтади (тизза, болдир - товон, билак - кафт, тирсак). Бўғимлар ҳаракати

чегараланиши, оғрик, шиш, гипофункция бир неча соатдан бир неча кунгача сақланиши мумкин ва кейинчалик бўғимлар функциясининг тула тикланиши билан кечадиди, Ўзгаришлар учувчан характерга эга.

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

Бўйрак синдроми - камроқ учрайди. Касалликнинг 1-3 ҳафтасида кўшилади. 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. Бўйрак шикастланиши билан кечгани учун барча касаллардан сийдик таҳлили олинганда. 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 дорига аллергия аниқланган бўлса, уни рациондан ва даволашдан олиб ташлаш керак. Десенсибилизацияловчи восталар (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 хисобланган. Ўткир даврда ҳайвон оксиллари, ош тузи, экстрактив моддаларни чеклаш билан боради. Абдоминал синдромда - механик аёвчи суяк овқат маҳсулотлари берилади. Ичак перистальтикасини кучайтирувчи озиқ маҳсулотлар (қора нон, сут, қарам, газли ичимликлар) даи сақданиши лозим. Витаминли, кўп микдорда. суяклик берилади.

Ётоқ режими 2-3 ҳафта, ҳамма болаларга активланган кўмир, энтеросор- бент, полипепфан берилади.

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

### Идиопатик тромбоцитопеник пурпура

Идиопатик тромбоцитопеник пурпура (Верльгоф касаллиги), (ИТП) - гемо- стазнинг тробоцитар звеносининг сифат ва миқдори етишмовчилиги касал- лиги.

Этиология ва патогенези. ИТП билан оғриган беморларда қон кетиш- лар ўтказган касалликлар (ОРВИ, қизамиқ, қизилча ва бошқалар), профипак- тик эмлашлар, физик, психик травмалар ва бошқа ташқи омиллар натижаси- да, шунингдек тромбоцитлар сифати ўзгаришлари (тромбоцитопатия) юзага келади. Болала тром- боцитларнинг ангиотрофик хусусиятларидан ҳоли қолган томир эндотелнийсн дистрофияга учрайди, бу эса томир ўтказувчанлигини ошради ва спонтан геморрагиялар юзага келтиради, Касаллик- ни ўткир (6 ойгача) ва сурункали (6-7 ойдан ортик) формалари фарқланади.

Клиникаси. Касалликиннг ўзига хос симптоми - пурпура (тери ва шил- лик қаватлар орасига қон куйилиши) ва шиллик қаватлар қонаши ҳисобланади. Болалардаги геморрагик тошмалар хусуси- ятлар: 1. улар поли- хром - бир вақннинг ўзида терида ҳар хил рангдаги тошмалар( кўкимтир- кизғишдан то яшил, сарикқача);2. полиморф (экхимозлар ва петехиялар); 3.носимметрик;4.Спонтан- хосил бўлиши, кўпинча кечаси, хусусиятига эга.

ИТПда шиллик қаватлардан қон кетишлари: а) бурундан —энг куп ва тез учраб, профуз характерга эга, ундан кейин анемия ри- вожланиши мумкин; б) оғиз бўшлиғидан - милк, тил, тишлар экс- тракцияси, тонзилэктомия ва бошқалардан сунг; в) ички аъзолар- дан - ошқозон-ичак, буйрак, бачадон, ўпка (камрок учрайди),

Беморларда кўп ҳолларда қора талоқ катталашганлигини кўриш мум- кин.

- 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, бан- кали). Қбннинг қуюлиши нормал.

Даволаш. ИТП да геморрагик синдромини даволашда маҳаллий (фибринли губка, янги плазма, кўкрак сути, гемостатик губка, тромбин) ва умумий гемостатик (эпсилон - аминокaproн кислотаси, дицинон, тромбоцитар масса) воситалар берилади. Десенсибилизацияловчи терапия (супрастин, тавегил, фенкарол, димедрол ва бошқалар), томир деворларини мустаҳкамловчи (кальций хлор, кальций глюконат, аскорбин кислота, аскорутин) воситалар гавсия этилади. Плазмоферез яхши натижа беради. Дори препаратлари иложи борича оғиз орқали ёки вена ичига юборилади. Шиллик каватлар ва тери бугунлигини бузувчи манипуляциялардан сакланиш лозим (зондлаш, бужлаш, катетерлаш). Оғир ҳолларда гормонал терапия амалга оширилади. Консерватив даво эффектив бўлмаса, спленэктомия бажарилади.

Диспансер назораг ўткир ИТПда 5 йил давомида, сурункали турларида бир умр давомида утказилади. Вакцинация десенсибилизация фонида бир йилдан сунг утказилиши мумкин. 3-5йилдавомида иклим ўзгартириш номувофик. Даволаш тўлиқ тромбоцитлар функциясини ўзгартирувчи препаратлар (индометацин, бутадиион, вольтарен, папаверин, курантил, пенициллин гуруҳи антибиотиклари, аналгин, аспирин ва бошқалар) ва УБИ (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 узоқ вақт қон кетиши. 2. Кичик травмалар, шикастлар натижасида тери ости ёғ қаватига, мушакларга, бўғимга, ички аъзоларга массив учоқпи қон куйилиши (гематома) га мойиллик. Эрта белгилари: киидик кесганда қон кетиши, тери- га, тери остига қон куйилиши бўлиши мумкин. Касаллик кўпинча 1 ёшдан кейин, бола юра бошлаганда, фаол ҳаракат қила бошлаганда - травмат изация ошганда аникланиши мумкин. Қон кетиш узоқ вақт бўлади. Ўз - ўзидан тўхтамайди, рецидивларга мойил бўлади. Гемофилияда геморрагик синдром - кечки қон кетиш аҳамиятли бўлади. Одатда қон кетиши травматизациядан кейин анча вақтдан кейин, баъзида 6-8 соатдан кейин юзага келади. Чунки қон кетишипи бирламчи тўхтатиш тромбоцитлар билан амалга оширилади. Гемофилияда эса тромбоцит сони ўзгармайди. Оғир қон кетишларга турли тиббий муолажалар (инъекциялар, зондлаш, бужлаш ва бошқалар) олиб келиши мумкин. Узоқ қон кетишига - тиш экстракиияси ва тонзилэктомия олиб келади. Улардан кейин тарқок гематомалар ҳосил бўлиши мумкин. У нсрв- ларни эзиб, паралич, парезларга сабаб бўлиши мумкин. Гемартроз ( бўғимларга қон куйилиши) характерли белги бўлиб, беморларни ногиронликка олиб келши мумкин. Одатда йирик бўғимлар шикастланади: тизза, болдиртовон, тирсак, чаноқ - сон ва бошқалар. Бўғим катгалашади ва оғриқли. Тана ҳарорати субфебрил бўлиши кузатилади.

Биринчи қон куйилишида бўғим ичида қон сўрилиб кетади ва бўғим функцияси тикланади. Кейинги қон куйилишларида бўғим бўшлиғи облитерацияланади ва бўғим ўз функциясини йўқотади - анкилоз ривожланади.

Диагностикаси. Оила ёки авлод шажарасига (она томондан эркакиар), анамнез ва лаборатория текширувлари натижасига асосланади. Типик гематологик белгилар бўлиб - анемия, қон ивиши вақгининг сезиларли узайиши, қон ивиши факторларидан бирининг камайиши, қон кетиш вақти ўзгармайди. Эндотелиал синемаиар манфий.

Даволаш. Дефицит факторни тўлдириш ва қон қуйилиши асоратларини олдини олишга қаратилган, А гемофилияда VIII фактор криореципитати, В гемофилияда PP8B комплекси (II, УП, IX, V, X-факторларининг комплекси) ёки консервацияланган плазма қуйилади. Антигемофил препаратлар эритил- гандан 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 плёнкани тампонлари қон кетиши жойига, тери ва шиллик қаватларга қўйилади. Бўғимга қон қуйилганда ўша соҳа 2-3 кунга (ўткир давр) физиологик ҳолатда имобилизация қилинади. Гемартрозларни даво- лашда гидрокортизон билан фоноферез, массаж ўтказилади.

Беморнинг диспансер назорати гематолог ва педиатр ҳамкорлигида олиб борилади. Икдим 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. диатезларда беморларни (тарваришlash).

## **ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИҚЛАРИ.**

### **Ўткир гастрит**

Ўткир гастрит - меъда шиллик қаватининг ўткир яллиғланиши.

Этиологияси. Ўткир гастритнинг асосий сабаблари бўлиб овқат токси- коинфекцияси, сифатсиз овқатланиш, ҳаддан ташқари кўп овқат, каттиқ, совуқ овқат ейиш ёки яхши чайнамай ютиш, аллергия ва захарланиш, узок вақт дори воситалари қабул қилиши (сульфаниламид, гормонлар, салицилат- лар).

Патогенези. Бактериал токсинлар, бактериялар парчаланиш маҳсулотлари, сифатсиз овқат маҳсулотлари меъда шиллик қава-

тини таъсир- лантириб, уинг трофикасии бузади. Бу эса уз набатида меъданинг секрс- тор фаолияти бузилишига олиб келади ва меъдада ҳазм бўлиш жараённинг бузилишига олиб келади.

Клиникаси. Этиологик фактор гаъсиридан кейин 8-12 соатдан сўнг ка- саллик белгилари намоён бўлади.

Алиментар келиб чиққан ўткир гасзрит-дискомфорт, умумий ҳолсизлик, қовурға остида оғирлик, кунгил айниши, сўлак оқиш, оғизда ёқимсиз таъм билан кечади. Кейинрок ҳолсизлик, бош айланиши, иштаҳа пасайиши ёки йўқолиши, қусиш; хуружсимон, тарқоқ оғриқлар кузатилади. Қусиқ массала- рида аввалги кунда еган озиқ маҳсулотлари кўринади. Объектив кўрганда; бола ранг- пар, тили ок-сарғиш караш билан копланган. Метеоризм, эпигаст- рал соҳада оғриқ аниқланади. Касаллик кечиши 2-5 кун. Токсик- инфекцион сабабли келиб чиққан гастритда юкоридаги белгиларга интоксикация, феб- рил тана ҳарорати, узок вақт қусиш, сувсизла- ниш белгилари кўшилади. Ка- саллик 7-10 кун давом этади.

Даволаш. Биринчи 2-3 кун ётоқрежими белгиланади. Даволаш меъда ва ичакни қолдиқ овқатдан тозалаш билан бошланади. Меъ- да натрий хлорид иликэритмаси билан, 1%ли гидрокарбонат билан минерал ёки қайнаган сув билан, ичак эса тозаловчи ҳўкна йўли билан тозаланади. Ичишга турли бўшаштирувчилар берилади. Сувсизланишда нарентерал физиологик эритма билан 5% ли глю- коза эритмаси, рингер эритмаси қўйилади. Тўхтовсиз қусишда 0,1 мл/ ёшига ҳисобида аминазин берилади.

Даволовчи овқат асосий ўринни эгаллайди. Касаллик бошла- нишидан 8- 12 соат давомида овқат емаслик тавсия этилади. Бу вақтда совутилган чой, изотоник эритма ва 5% ли глюкоза эрит- малари (тенг ҳисобда) берилади. 12 соатдан кейин беморга нюре- шўрва, ёғсиз шўрвалар, қуритилган нон, кисель, 5-7 кунда одат- даги овқатга ўтилади. Овқатдан ўткир таомлар, қовурилган гўшт, консервалар, дағал клетчатка олиб ташланади. Токсико-инфекцион га- стритда антибактериал терапия (ампициллин, оксациллин, ген- тамицин) фер- ментлар, В гуруҳ витаминлари берилади.

Профилэктикаси. Касалликни олдии олиш учун рационал овқатланиш ва овқатланиш гигиенасига амал қилиш керак. Меъда шиллик қаватларини таъсирловчи дори воситаларини узок вақт ка-



бул килмаслик ва ёмон сифатли озиқ-овқат мах,сулотларини қабул килмаслик керак.

### Сурункали гастрит

Сурункаяи гастрит - меъда безларини атрофияга олиб келувчи, меъда шиллик қаватини сурункали яллигланишидир.

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

Патогенези. Таъсирловчи факторларнинг узок вақт шиллик қаватга таъсири меъданинг секретор ва мотор хусусиятларининг функционал бузилишларига, кейинчалик эса дистрофик ўзгаришларга ва шиллик қават рсге-нерацияси бузилиши ва атрофиясига олиб келади.

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

Оғрик синдроми. Оғрик эпигастрал соҳада бўлиб, овқат қабул қилиши билан боглик бўлади. Овқат қабул қилингандан 20 минутдан сўнг оғрик юзага келса, бу яллигланиш жараёни меъданинг проксимал қисмида жойлашганини, 1,5-2 соатдан кейин кейинг меъданинг дистал қисмида яллигланиш жараёни борлигидан дарак беради. Бемор бола ёки унинг ота-онаси 1,5-2 соатдан кейинги (кечки оғрик) овқат қабул қилиши билап богланмай уни оч қоринга оғриклар дсб ўйлашади. Оғриклар аста-секин тарқалган ёки ўткир, хуружсимон бўлиши мумкин. Оғрик давомийлиги 3 кундан 3 хафтагача.

Диспептик синдроми - кўнгил айниши, қайт қилиши, кекириш

билан кечади.

Объектив кўриқда - тил караш билан қоплаш ан, кариоз тишлар, тери рангпарлиги, эпигастрал сохада оғрик, иштаҳа пасайиши, жисмоний ривожланишнинг пасайиши анкланади.

Диагностикаси. Ташхис фиброгастроскопияда меъда шиллик қаватининг яллиғланиш ва атрофик ўзгаришлари, рентген текширувида: (шиллик кават рельефи бузилиши ва харакати ўзгаришлари), меъда ширасининг фракцион текширишда тасдикланади. Кўрсатма бўлганда ахлат яширин копча текширилади.

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

Стационарда даволаш. Ётоқ режими 2-4 ҳафтага белгиланади.

Диетотерапия - меъдани химик, механик, термик аяш принципи асосида олиб борилади. Овкатланиш режими суткасига 5-6 марта, интервали 3-3,5 со- ат. Даволовчи столлар - № 1А, 1Б, 1 Стол №) А биринчи 5-10 кунга берилди. Стол №1 Б 10-20 кун давомида Стол №1 ўткир даврининг охиригача берилди. Паст секретор функцияли гастритда секрецияни оширувчи диета (гўштли бульон, нордон мевалар шарбатлари) ва шу билан бирга меъда секретор функцияси бузилишини коррекция қилувчи препаратлар ошқозон шираси, пепсин, абомип, ацидин-пепсин берилди. Юқори секрецияли гастритларда ангацид препаратлар берилди. Улар хлорид кислота ва пепсиннинг агрессиясини камайтиради: бекарбои, 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 яхшилади. Юқори гаъсирчанликда седатив препаратлар: валериана, бром, транквилизаторлар тавсия этилади.

Физиотерапия кенг қўлланилади. Гипербарик оксигенация эффектив на- тижа беради. Даволовчи жисмоний тарбия ва массаж қўлланилади.

Поликлиника шароитида касаллик ўткир даврини олдини олиш ва асоратларни бартараф этиш учун бемор диспансер назоратида

олинади. Реци- дивга қарши даво 1-2 ой куз, ва баҳорда ўтказилади (1-2 ҳафта ёғоқ режими стол №1, антацид терапия, витаминлар, транквилизаторлар).

III - босқич- санатор даволаш - стационардан чиққандан кейин 3-7 ойдан кейин буюрилади (Железноводск, Ессентуки, Трускавец, Боржоми). Кам ми- нерализацияланган сувлар илиқ ҳолда (газлар аввал чиқариб ташлапади), 3 марта кунига берилади. Гиперсекрецияда бу сувлар овқатланишдан 1-1,5 со- ат, гипосекрецияда - 15-20 минут аввал ичилади.

Профилактикаси. Сурункали гастритнинг бирламчи профилактикаси жисмоний ва эмоциянал юкларини камайтириш, сурункали инфекция ўчоқларини ўз тўлиқ аниқлаш ва санация қилиш, рационат овқатланиш меъё- рига амал қилишни ўз ичига олади. Иккиламчи профилактика - касаллик- нинг мавсумий ўткирланишларини олдини олишга қаратилган чора- тадбирлардир.

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 оксип етиш-мовчилиги. Экологик омиллар-ич имлик сувининг ҳолати, кўп миқдорда дорилар қабул қилниш (ностероид яллиғланишга қарши препаратлар, гормонлар). Овқат аллергияси ҳам меъда шиллик қаватини таъсирлантириб, касаллик ривожланишига олиб келади.

2. эидоген омиллар- бошқа касалликлар таъсири натижасида (юррак, буйрак, ичак касалликлари, гижжалар). Охирги йилларда касаллик ривожланишида хеликобактер (*Helicobacter pylori*) номли таёкча муҳим рол ўйнайди.

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

Клинкаси: беморларда қоринда турли даражадаги оғриқлар кузатилади. Оғриқдар овқат истеъмол қилгандан сўнг 1-1,5 соат ўтгач, кечкурунги ёки гунги 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 таркибни ўрганиш, рентгенологик текширувлар, хеликобактерни аниқлаш усуллари ташхис кўйишда ёрдам беради.

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

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

Ремиссия даврида эса фитотерапия тавсия этилади. Санатор-курорт даволашда турли минерал сувлар, физиотерапевтик даволаш тавсия этилади (Семашко, Минводът 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 киз 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.

Клиникаси: энг характерли белги бу оғриқдир. Оғриқлар оч қоринга ёки овқатдан кейин 1,5-2 соагдан сўнг пайдо бўлади, 1унги ва кечкурунги оғриқлар кузатилади. Овқат қабул қилгандан сўнг оғриқлар бироз камаяди, Жигилдон 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.

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

Даволаш: парҳез ва асосий омиллар “ҳимоя-агрессия”га таъсир этишдан иборат. Антацидлар меъда шираси, хлорид кислотаси миқдорини камайтиради (альмагел, гастал, маалокс). Селектив М-холинolitikлар (гастроцепин), 11-2 гистамин блокаторлари (циметидин, ранетидин) гавсия этилади. Шиллик қаватларнинг ҳимоя функциясини тиклаш мақсадида де-нол, сукрафальк қўлланилади. Хеликобактер пилори эрадикацияси мақсадида юкоридагиларга қўшимча этиб, амоксациллин, кларитромицин, метронидазол, трихогюллар буюрилади.

Ремиссия даврида, физиотерания, санатор-курорт даволаш, қайталанишга қарши даволаш ўтказилади. Диспансер назорат до-

имий бўлиши шарт.

Текширув саволлари:

1. яра касаллигининг асосий сабаб.чарини кўрсатинг.
2. меъда химоя ва агрессив факторлари пи сананг.
3. хеликобактер эрадикацияси учун препаратларни кўрсатинг.

Ўт йўллари дискинезияси

Дискинезия - жигардан ва ўт пуфагида 12 бармоқли ичакка ўт чиқарнш бузилишига олиб келувчи, ўт нуфаги 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 система-сининг кайси бири устунлигига қараб ўт йўллари сфинктерларида спазм еки гипотония вужудга келади. Нагижжада ўт ҳайдаш ритми бузилиб, унинг таркиби ва хусусияти ўзгаради.

Клиник кўриниши. Ўт йўллари дискинезиясида икки асосий тури- ги- потоник ва гипертоник фарқланади.

Гинотоник 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, ёгли ва ковурилган таомлардан воз кечиш, кўнгил айниш, баъзан қайт қилиш кузатилади. Пальпацияда катталашган ўт пуфагини аииклаш мумкин. Холецистографияда ўт ҳайдовчи нонушта (тухум сариги) берилганда ўт пуфаги кундалангига 50% қисқаргани кўринади. Нормада ўт нуфаги 50%дан кам қисқариши керак.

Гипертоник форма - хуружсимон оғриқлар ўнг қовурға соҳасида, баъзан ўнг куракка ёки ёнга иррадиация беради ва овқат истеъмол қилганда оғриқ кучаяди. Кўпинча қисқа диспептик бузилишлар пайдо бўлади. Кўпчилик бе- морларда; тез чарчаш, таъсирчанлик, жажлдорлик, бош оғриғи, терлаш аниқланади. Пальпацияда ўнг қовурға остида оғриқ, (Керниг, Ортнер, Мюс- си) симптомла-

ри мусбат, холецистографияда ўт пуфаги кичик ўлчамли ва унинг қясқариш ўлчамлари 50% дан кўп. Меъдани фракцион зондашда - Одди сфинктери очилиши вақти узайиши, «Б» порция ҳажми камыйиши, «В» порция чиқиш вақди 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 май- даланган овқат). Дискинезия типи хисобига олиниб, минерал сув тавсия эти- лади. Гипотоник турда илиқ ҳолда - «Трускавец», «Ессентуки-7», «Боржо- ми». Гипертоник типда - илиқ «Славяновская», «Нарзан-7», «Ессентуки-4, 20» сувлари кичик порцияларда берилади.

Уткир оғриқларда ётоқ режими белгиланади. Гипертоник типда спазмо- литиклар (но-шпа, папаверин, платифиллин), холино- литиклар (бекарбон, ме- тацин), иссиқдик амалиётлари албатта ўтказилади (парафин, озокерит аппли- кациялари), папаверинли ва новокаинли электрофорез тавсия этилади. Даво- ловчи жисмоний тарбия - аёвчи усул бўйича - қорин мушакларига зўриқшсиз бе- рилади.

Гипотоник типда - холекинетиклар берилади (ўт ҳдйдашни кучайтирув- чи препаратлар); сорбит, ксилит, магний сульфат; холе- ретиклар: ўт ишлаб чиқишни кучайтирувчи препаратлар - Аллохол, Холагон, Холензим, Фламин, Холасас, ўт ҳайдовчи ўсимликлар (маккажухори попуги).

Ўт димланишни олдини олиш учун Демьянов бўйича тубаж ўтказилади.

Седатив препаратлардан бром, валериана, умумкувватловчи препаратлар элеутерококк, пантокрин. Илиқ хвояли ванналар, да- воловчи жисмоний тар- бия ва тонусловчи машқлар буюрилади.

Профилактикаси. Нерв тизимини мустаҳкамлаш, рационал овқатланишни ташкил этиш, ёндош ошқозон ичак касалликлари- ни даволаш.

Ут йуллар дискинезиясида парваришлаш. Беморга парҳез 5-стол тай- инлаш. Ёғли маҳсулотлар, консервалар, ковурилган, дудаанган овқатлар, ши- ринликларни олиб ташлаш керак. Гипо- мотор дискинезияда ўт ҳайдовчи маҳсулотлар - тухум, шарбатлар,

Ўсимлик мойи қўшилади. Бола парҳези қдтгий кузатиб борилади. Мехнат ва дам олиш вақтларини ташкиллаштириш, жисмоний ва эмоционал юқламани чегаралаш лозим.

Текширув саволлари:

1. Лискинезняларнинг турларини курсатинг.
2. Ут хайловчи нрепараттарни еананг.

### БУЙРАК КАСАЛЛИКЛАРИ.

Сийдик ажратиш тизимининг анатомик ва физиологик хусусиятлари.

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

Буйраклар-Янги гуғилган чақалокда буйраклари нисбатан катгароқ 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 холат кичик ёшдаги болаларда буйрак пальпацияси осонлик билан ўтказишни таъминлайди.

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

Сийдик копи нисбатан юкори жойлашган ва қориннинг киндикдан паст қисмида пальпация қилинади. Икки ёшдан сўнг у кичик тосга тушади. Унинг хажми янги туғилган чақалокларда 50мл, 1 ёш болада - 200мл, 8-10 ёшда 800млга тенг. Янги туғилган чақалоклар кунига 4-6 марта сийдик ажратади, хажми эса 10-20 млга тенг. Кейинги хафталарда 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 шаргсиз рсфлекс бўлса, 6 ойдан сўнг у шартли рефлекс бўлиб. уни қувватлаш лозим.



## Гломерулонефрит

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

Этиологияси. ГН полиэтиологик касаллик бўлиб, А гуруҳли Р - 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-анти-тело 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 зўқималари гипоксияси, ренин-ангиотензин тизимининг фаоллашиши, гипертензия (қон босимиининг 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 ноҳушлик, бош оғриқ, қўнғил айниш, қусиш кузатилади. Бола ҳолсиз бўлади, иштаҳаси пасаяди, қувватсизлик юзага келади. Баъзида бола бел ёки қориндаги оғриқдан шикаят қилади.

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

Шишлар - ўткир ГН эрта белгиси ҳисобланади. Боланинг териси ран- гпар, юзлари қориккан, қовоқларида шиш кузатилади. Шишлар тана ва оёқ- қўлга тезда тарқалиши мумкин.

Сийдикдаги асосий ўзгаришлар - олигурия, гематурия, лейкоци-турия, протеинуриядир. Сийдикнинг суткалик миқдори камайгач сийдик нисбий зичлиги юкори (1030 - 1040) бўлиши кузатилади. Гематурия даражаси ҳар хил: микрогематуриядан то макрогема-

туриягача (сийдик ранги «гушт сели» кўринишида бўлади). Оксил микдори (протеинурия) турли даражада бўлиши мумкин (0,33-3,3% ваундан юқори).

Гипертензион синдром ривожланишида систолик босим билан бирга диастолик босим ҳам ошади. Юрак аускультациясида юрак чўккисида систо- лик шовқин аникланади.

Ўткир ГН кечишида бир неча даврларни ўз ичига олади. Бошланғич 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 (ўртача 2-4 ой давом этади) касалликнинг экстра-ренал белгилари йўқолади (шиш ва гипертензия), сийдикдаги ўзгаришлар камаяди.

Клиник - лаборатор ремиссия даври клиник симптомлар ва сийдик- даги ўзгаришлар аникланмайди.

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

Сурункали ГНнинг намоён бўлиши бўйича 3 та асосий форма- си: гема- гурик, нефротик ва аралаш шакллари аникланади.

Гематурик шаклида макрогсмазурия ёки кучли намоён бўлган микроге- матурия аникланади. Иртеинурия ва кон босими оши- ши юқори бўлмайди. Бўйрак фаолияти узок вақт меъёрий ҳолатда бўлади.

Нефротик шаклида сийдик орқали кўп микдорда оксил ажрали- ши (1,65-9,9%) ва кучли ифодаланган тарқок шишлар кузатилади. Касаллик тўлқинсимон кечади. Бўйрак функцияси узок вақт меъё- рий ҳолатда бўлади.

Аралаш шакли коп босими ошиши, гематурия, нефротик син- дром би- лан намоён бўлади. Касаллик ноҳуш оқибат билан кеча- ди. Сурункали бўйрак егишмовчилиги эрта ривожланади.

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

Буйрак фаолиятига ичилган суюклик ва чиқарилган суюклик орасида- ги нисбатга, сийдик нисбий зичлигига қараб (Зимницкий синамаси), қонда креатинин, қолдиқ азот ва мочевино микдорига қараб, радиоизотоп реногра- фия, экскретор урография, эндогеп креатинин клиренсларига қараб баҳо бе- рилади.

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

ЎБЕ - ўткир буйрак етишмовчилиги тез намоён бўлиши натижа- сида қонда қолдиқ азот, креатинин ва мочевино микдори кўпаяди, анурия ва уре- мия 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: ЕУмумий қон тахлили (анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ оши- ши), уму- мий сийдик тахлили (протсинурия, гематурия, цилиндрү- рия, баъзан лейкоци- турия); Нечипоренко синамаси, Зимницкий сипамаси, зардобда оқсил ва унинг фракциялари, азот қолдиқлари, креатинин ва мочевино микдори, коа- гулограмма, экскретор уро- графия, буйракнинг ультратовуш текшируви (УТТ), радиоизотоп ренография, Реберг синамалари.

Даволаш. Ўткир ГН ёки сурункали ГН кўзиш даврида бемор қасалхона шароитида даволаниши лозим. Қасалликнинг ўткир дав- рида тўшак режими 2-4 ҳафта, то шишлар йўқолгунча, артериал қон босими меъёрлангунча ва сийдик таркиби яхшилангунча бую- рилади. Бола аҳволи яхшилангандан кей- ин ярим тўшак режимида ўтилади. Нарҳезида № 7 стол ( туз, суюқликлар че- гараланган) буюрилади.

ГН ни даволашда антибактериал терапия (пенициллин ва ярим- синтетик пенициллилар), аптигистамин преиаратлардан диазо- лин, супрастин қабилар- ри гавсия қилилади. Витаминлардан асосан В гуруҳ витаминлари, антиокси- дантлардан А ва Е витаминлар буюрилади. Гипотензив терапия резерпин, раунатин, анаприлен, капотен, валериано, қичик транквилизаторларни ўз ичига олади. Диуретиклардан (сийдик ҳайдовчи) фуросемид, гипотиазид, бри- нальдикс қабилар 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) - юпарин 3 ҳафта давомида. Антиагрегантлар - курантил 2-3 ой давомида; 4-аминохинолинларга мансуб-делагил, плаквенил 6 ой давомида берилади. Касалликнинг оғир формаларида цитостатиклар-лейкеран, хлорбутин, азатиопринлар узок муддатга буюрилади.

Буйрак фаолияти бузилган ҳолларда конни буйракдан ташқари тозалаш усуллари-плазмоферез, гемодиализ, гемосорбциялар ўтказилади.

Диспансеризацияси. Сгационар тавсиясини катъий бажариш, сурун-кали инфекция ўчоқларини даволаш, ёндош инфекциянинг олдини олиш билан диспансер назорат ўтказилади. Бола профилактик эмалардан озод қилинади. Тулик клиник - лаборатор ремиссия даврида педиатр болани қартилда 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 гарбия машғулотларидан 6 ой ва ундан кўпроқ муддат давомида озод қилинадилар, кейин махсус гуруҳдаги машғулотларга руҳсат берилади. Клиник - лаборатор ремиссия турғун бўлганда 5 йилдан кейин бемор диспансер назоратида чиқарилади.

Текширув саволлари:

1. Гломсрулонефритнинг асосий клиник белгиларини кўрагинг.
2. Гломсрулонефритнинг клиник гурлари.
3. Гломерулонефрит даволашида кулланилалган дори воситалари.

## ПИЕЛОНЕФРИТ

Пиелонефрит (ПН) - буйракнинг интерстициал тўқимасида ва қоса-жом тизимининг бактериал яллиғланишидир.

Этиология ва патогенези. Пиелонефрит ривожланишида бактериал инфекция алоҳида аҳамиятга эга. Касалликни ичак таёқчаси,

клебсиелла, протей, энтерококк, кўк - йириг таёкчаси, стрептококк, стафилококк, ви- руслар келтириб чиқаради. Баъзида ара- лаш флора ҳам бўлиши мумкин. Мик- роблар буйрак тўқимасига гематоген йўл (кўпрок кўкрак ёшидаги болаларда) ва кўтарилувчи йўл (кўпрок катта ёшдаги болаларда) билан тушади. Бакте- рия- лар хамма вакз ҳам буйракда ялиғланишпи юзага келтирмаслиги мумкин, бунинг учун 2 та шарт-шароит бўлиши лозим: иммунитет пасайиши ва буй- рак нуқсонлари туфайли сийдик пассажининг бузилиши (сийдик чиқарув йўлларида тош бўлганда, қабзият, гиж- жалар ва ҳоказолар).

Клиникаси. Бирламчи ва иккиламчи пиелопефрит фаркланади. Бир- ламчи пиелонефрит алоҳида касаллик сифатида ривожлана- ди. Иккиламчи пиелонефрит эса буйрак ва сийдик йўллари анома- лияси фонида ривожланади.

Ўткир пиелонефрит клиник кўриниши қуйидаги асосий син- дромлар кўринишида намосн бўлади: интоксикация, абдоминал (оғрикли), дизурик, сийдик таркибдаги ўзгаришлар;

Интоксикация синдроми учун ҳарорат кўтарилиши, ҳолсизлик, кувватсизлик, бош оғрик, кўнгил айниш ва кусиш характерли. Аб- доминал синдромда коринда сабабсиз оғриклар бўлиши кузати- лади. Дизурик синдром тез-тез, кўп микдорда, оғриклик сийдик келиши, никтурия, сийдик тутаол- маслик характерли. Сийдик ўзгариши синдромида сийдик ранги ва тиниклиги ўзгариши, сий- дикда сезиларли микдорда лейкоцитлар, бактерия- лар ва эпителий аниқланади. Протеинурия ва микрогематурия ҳам бўлиши мумкин.

Ўткир пиелонефрит клиник даврлари ўткир гломерулонефрит даврла- рига ўхшаш: авж олиш даври (бошланғич); орқага қайтиш даври; клиник - лаборатор ремиссия еки соғайиш даврлари тафо- вут этилади.

Клиник кечиши бўйича ўткир (давомийлиги 6 ойгача) ва сурун- кали пиелонефрит (6 ойдан кўп) фаркланади.

Сурункали пиелопефрит даврлари ҳам худди сурункали гломе- руло- нефрит даврига ўхшашдир: кўзиш, қисман ремиссия, клиник - лаборатор ре- миссия.

Диагностикаси. Пиелонефрит диагностикаси учун қуйидаги текши- ришлар ўтказилади: умумий қон таҳдили (ялиғланиш бел-

гилари); умумий сийдик таҳлили (лейконитурия, гематурия, бактериурия, протеинурия бўлиши мумкин): Нечипоренко синамасы (1 мл сийдик чуқмасида лейкоцитлар ва эритроцитлар миқдори): Зимницкий синамасы, қонда қолдиқ азот, креатинин ва мочеви-на миқдори; бактериурия даражасини аниқлаш (микроблар сони 50-100 мингдан юқори); УТТ, экскретор урография (кўпроқ бир томонлама шикастланиш аниқланади), микцион цистография (сийдик ажралиши бузылиши кузатилади). Қизларга гинеколог маслаҳати тавсия қилинади.

Даволаш. Касаллик ўткир даврида бемор болани касалхонага ётказилади. Ғушак режими буюрилади. Парҳез - №7 стол, кейин №5 стол (ўткир, тузланган, дудланган озиқ-овқатлар чегараланган.) Кўп миқдорда суюқлик, суюқликнинг суткалик миқдори ёши бўйича талаб даражасидан 2,5 мартадан ошмаган. (тарвуз, шарбаблар, ишкорий минерал сувлар) ҳолда тавсия қилинади. Сийдик рН ўзгартириш мақсадида ҳар 7-10 кунда парҳезда сут маҳсулотлари, сабзавот мевали ва ғуштли 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, аминогликозидлар, цефалоспоринлар берилади. Бундаи ташқари сульфаниламид препаратлари (бисептол, сульфален), нитрофуранлар (фурагин, фурадонин, фуразолидон), налидиксин кислота препаратлари (невиграмон, неграм, 5-НОК ва бошқалар) тавсия қилинади. Антибактериал даво поликлиника шароитида бўйича давом этилади.

Оғир ҳолларда дезинтоксикацион терапия ўтказилади. Сийдик ҳайдовчи препаратлар (лазикс, верошпирон, гипотиазил), харорат тушурувчи, спазмо литик дори воситалар ва бошқалар қўлланилади.

Фитотерапия яхши натижа беради (буйрак чойи, қора смородина, жўхори попуги, наъматак ва бошқалар).

Клиник-лаборатор ремиссия даврида санаторийларда даволанш кўрсатма ҳисобланади (Трускавец, Железноводск).

Диспансеризацияси. Диспансеризация ўтказганда стационар

тавсия ларни бажариш ва сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш лозим. Бола профилактик эмлашлардап вақтича озод қилинади, ёндош инфскция дан сақланиш лозим. Пиелонсфрит билан огриган 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 суюқликни чегараланишини бемор ва ота- онасига тушунгириши, сутка-ли диурезни назоратини ўтказиши, болаларни вақти-вақти билан оғирлигини ўлчашн (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, йод1а сезувчанлигини текшириш ва.к.)

Текширув саволлари:

1. Пиелоефрит клиник кўриииши.
2. Пиелоефритда пархез.

## ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР.

### Гелминтозлар.

Гелминтозлар - гижжалар чақирувчи касалликлардир. Гелминтозларнинг 250 дан ортиқ нозологик шакллари қайд этилган. Уларнинг тарқалишида турар жойларнинг қоникарсиз сапитария ҳолати ва майший маданиятнинг пастлиги асосий ўринни эгаллайди. Гельминтларнинг 3та асосий синфлари тафовут қилинади:

1. Иирик гижжалар (чувалчанглар)- нсматодалар
2. Тасмасимон чувалчанглар - цестодалар
3. Сўрғичлилар- трематодалар.

Ёш болалар кўпроқ юмалоқ чувалчанглар чакирадиган хасгалликларга 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 бўшлигига 200000 гача тухум кўйиши мумкин. Бу тухумлар фекалиялар билан ташқи муҳитга чиқади ва тупрокда етштади. Юқиш ифлос кўллар ёки ювилмаган мева ва сабзавотларни истъемол 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. Упкада 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. Аскарیدا тухуминини ютиб юборилгандан унинг етилишигача бўлган муддат 75 -90 кунни ташкил қилади.

Клиника: Аскаріданинг ривожланиш циклига мувофиқ касалликнинг 2 фазаси тафовут этилади: эрта (миграцион) ва кечки (ичакда). Миграцион даврда массив инвазиялар туфайли терида аллергик тошмалар, йутал ва кўкракда оғриқ кузатилади. Кўпинча бронхит, пневмония, ўпкаларда •озинофил 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 қдбзият хос. Болалар инжиқ ва таъсирчан бўлиб қолади, ҳолсизликка, бош оғриғига шикоят қилишади. Уйқуси нотинч, уйқуда тишларини ғижирлатадиган бўлиб қолади. Ичакда аскардалар кўп миқдорда тўпланиши ичак тугилишига сабаб бўлиши мумкин. Периферик қонда гипохром анемия, эозинофилия, ЭЧТ нинг ошиши кузатилади.



Ташхис касалликнинг клиник белгилари, ахлатда аскарیدا тухумларини аниқдаш орқали қўйилади.

### Трихоцефалез.

Касалликни қўзғатувчиси кўр ичакда паразитлик қилувчи қилбошли гижжа ҳисобланади. Улар ингичка боши ёрдамида ичак шиллик қаватига суқилиб, қон билан озикланади. Қилбошли гижжа тухумлари фекалиялар билан ажралиб тупроқда 30-40 кун давомида етилади. Юқиш етилган [ухумларни 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 иштахдсизлик, кўнгил айниши, қусиш, сўлак оқиши, қоринда оғриқ, кўпроқ ўнг ёнбош соҳасида кузатилади. Оғир ҳолларда асаб тизими шикастланиш симптомлари: бош оғриги, бош айланиши, хушдап кетиш, эпилептиформ тутқаноқлар учрайди. Конда гипохром анемия, лейкоцитоз.

Ташхис ахлатида қилбошли гижжа тухуми аниқлаш орқали қўйилади.

### Энтеробиоз.

Касалликни катталиги 3 смгача бўлган кичик гелминтлар-острицалар чақиради. Табиий манбаи касал одам ҳисобланади. Гижжалар йўгон ва ингичка 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 соҳани қичиб, бармоқлари гухумлар билан ифлосланади, шахсий гигиена қоидаларига амал қилинмаган ҳолларда тухумлар оғизга тушади. Энтеробиозни юқиш омиллари бўлиб ўрин кўрпалар, ўйинчоқлар, горшок на ҳоказолар хизмат қилади. Острица 3-4 ҳафта умр кўради, аммо доимий реинвазия чар касалликни давомийлигини таъминлайди. Қизларда острицанинг таносил органла-

рига кириши вутъвовагинитга сабаб бўлади. Перианал сохадаги кичишишлар тирналишларга олиб келади, бу ўз навбатида оғир кечувчи дерматитларга олиб келади. Касалликнинг узоқ муддатли кечиши, болаларнинг асаб-руҳий ривожланишита салбий таъсир курсатади, бу хотиранинг насайиши ва дарсларнинг ўзлаштира олмаслик кўринишида намоён бўлади.

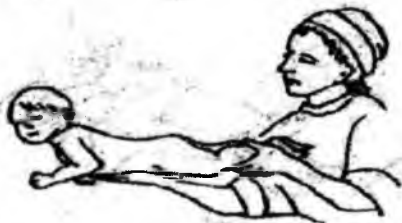
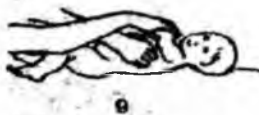
Ташхислаш мақсадида перианал бурмалардан суртма олиниб . острица гуҳумлари аниқтанади.

### Гелминтозларни даволаш.

Гелминтозларни даволаш мақсадида комбантрин, вер.мокс, декарис, пирантел, пиперазин, адипинат каби тиббий пренаратлар ишлатилади. Острицаларни механик йўқотиш учун содали эритмалар билан клизмалар ўтказилади. Гелминтозларнинг самарали даволашмиг асосий омили бола ва унинг оила аъзоларининг шахсий гигиена қоидаларига амад қилишидир. Даво чоралари олиб борилаётганда болалар богчаси, мактаб ва уйларда хоналарпи совун-содапи эритма билап ювиб чиқиш, хожатхоналар, боладар горшокларини ва эшик тутқичларини қайноқ сув билан ишлов бериш, ги.тамлар, шолчалар ва юмшоқ ўйинчокларни чанг юткич билан тозалаш, хоналарда одсяло, кўрпа, окликларни коқмаслик кабилар доимий бажарилиши лозим. Даво яқунлангач уйдаги дастурхон ва пардаларни алмаштириш керак. Бола кўлларипи тез-тез ювиб туриши ксрак. Энтеробиозда болани ксчкуруп ювиптириш, анал тешикка пахта тампони. атрофига вазелин мойи суртиш тавсия этилади. Бупда тампон острицадарни ичакдан чиқишига йул кўймайди. Вазелин .мойи эса острицаларни етилишига тўскинлик қилади. Эрталаб тампоп олиб ташлаиади , бола ювинтирилади, ич кийими алмаштирилади, боланиг кўллари совун билан ювилади. Тирноклари эса калта қилиб олипиши керак.

Профилактика. Касалларни аниқлаш ва уларда дегельминтизация ўтказиш, бо.тадар ва каггалар орасида санитария оқортув ишларини олиб бориш, шахсий гигиена қоидаларига амал қилишга асосланган.

### 3 ЁШҒАЧА БЎЛГАН СОҒЛОМ БОЛАЛАР УЧУН МАССАЖ ВА ЖИСМОНИЙ МАШҚЛАР ТЎПЛАМИ





15



16



17



18



19



20



21



22



23



24



25



26



27



28



29



30



31



32



33



34



35



36



37



38



39



40



41



42



43



44



45



46



47



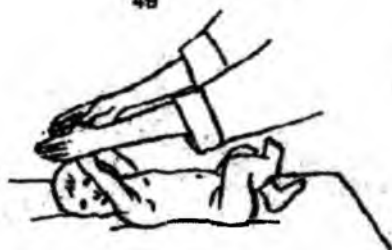
48



49

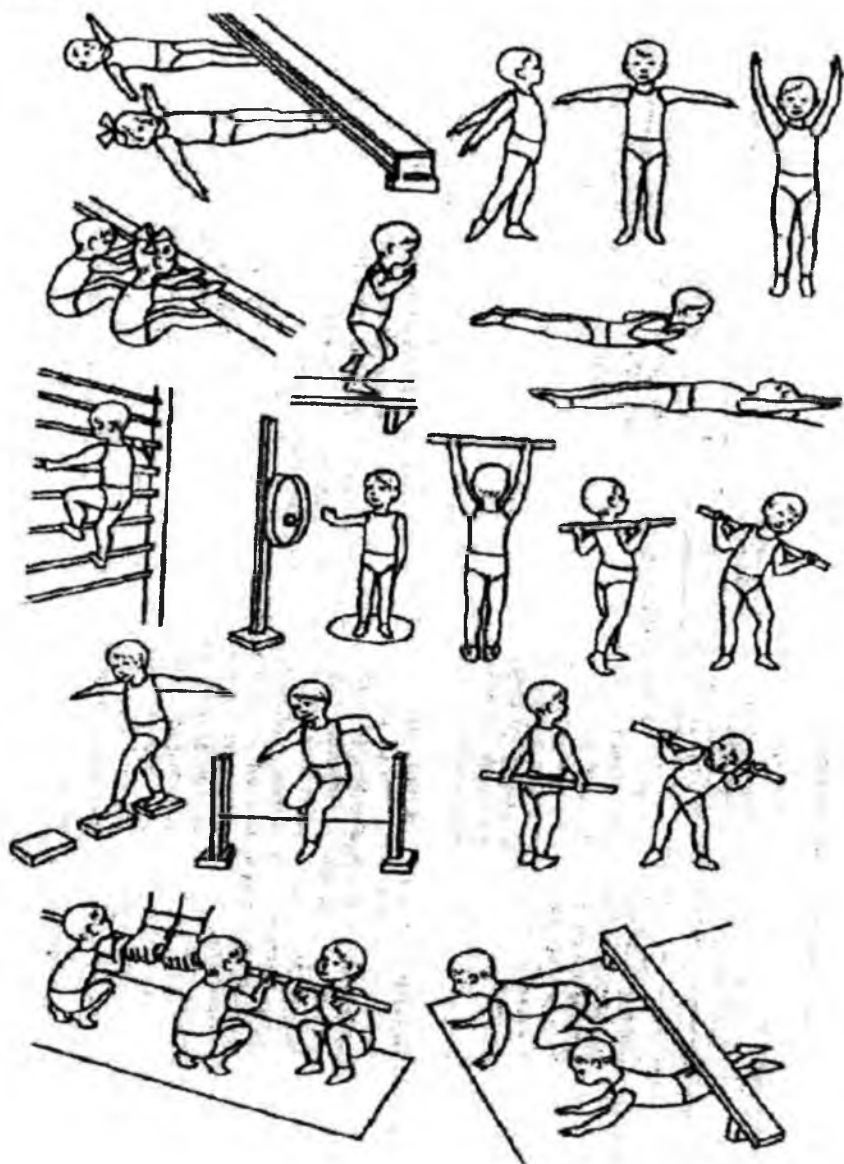


50



51





## ТАВСИЯ ЭТИЛГАН АДАБИЕТ 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 қўллаима. ЖССТ/ЎзССВ, ЮНИСЕФ, ПИТИ. Т.,2003 4.Захарова Л.И., Двойников С.И., Рябчикова Т.В., Чайковская М.В.
4. Сестринское дело в педиатрии. Рук-во дая студентав ВСО. Самара, ГП «Перспектива», 2000.
5. Укотельников Г.П. Сестринское дело, Профессиональнме дисциплиньг. Р'НаД."Феникс", 2007.
6. Кўкрак сути билан боқиш.Ўқув қўлланма.ЎзССВ/ЮНИСЕФ,ПИТИ.Т.,2003
7. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. СПб."Фояат",1999.
8. Солодухо Н.Н., Ежова Н.В., Русакова Е.М. Сестринское дело в педиатрии. Минск, Вьгшая школа, 1999.
9. В. Тульчинская, Н. Соколова, Н, Шеховцова. Сестринское Л.ело в педиат- рии//2000.



## МУНДАРИЖА

Кириш.....	3
Соғлом бола.....	5
Болалик даврлари ва уларнинг тавсифи .....	5
Ҳомила ривож ланиш босқичлари.....	6
Она қорнидан ташқарида ривожданиш босқичдари.....	7
Турли ёшдаги соғлом болаларнинг овқатланиш жиҳатлари .....	15
Неонатология.....	23
Чегаравий ҳолатлар .....	31
Чала туғилган ва кичик вазнли чақалокдарни парваришлаш қоидалари,.....	36
Конституция аномалиялари (диатезлар) .....	60
Рахит.....	66
Спазмофилия .....	73
Нафас олиш аъзолари касалликлари .....	77
Бронхитаар.....	82
Бронхиал астма .....	93
Юрак - қон томир системаси касалликлари.....	96
Ревматизм (ревматик иситма).....	102
Норевматик кардитлар.....	108
Ювенил сурункали артрит .....	111
Қон ва қон яратиш аъзолари касалликлари .....	113
Геморрагик диатезлар ; .....	120
Овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликлари .....	126
Сурункали гастродуоденитлар.....	130
Болаларда яра касаллиги. ....	132
Буйрак касалликлари.....	135
Пиелонефрит .....	139
Паразитар касалликлар. ....	142
3 Ёшгача бўлган соғлом болалар учун массаж ва жисмоний машқлар тўплами.....	146
Тавсия этилган адабиёт рўйхати.....	151

