

Nafas olish a'zolari potologiyalari orasida bolalardagi nafas yo'llari kasalliklari asosiy o'rinlardan birini egallaydi. Keyingi o'n yil davomida nafas yo'llari kasalliklarining etiologiyasi va potogenezini aniqlashda erishgan yutuqlarga, davolashning yuqori samaradorligiga ega bo'lgan usullarning qo'llanishiga qaramay, kasalliklarni keng tarqalganligi, kechishi shakllarining xususiyatlarining o'zgarganligi xamda bolalar o'limi orasidagi ulushi yuqoriligi bilan ajralib turadi. Shuning uchun bu kasalliklarni oldini olish va davolashda yangi usullarni topish muhim ahamiyat kasb etadi.

Bunday murakkab muammoni hal qilish uchun uchta asosiy masala yechimi turadi: 1) o'tkir respirator infeksiya kasalliklarni kamaytirish, 2) o'lim bilan yakunlanishi mumkin bo'lgan zotiljamning og'ir shakllarini oldini olish, 3) surunkali o'pka bronhjarayonlariga sabab bo'lgan nafas yo'llarining tez-tez qaytalanuvchi, ayniqsa cho'ziluvchi kechishga ega bo'lgan shakllarining oldini oladi.



Maxpiyeva Guldonaxon Kabiljanovna

BOLALARDA NAFAS OLIISH A'ZOLARI KASALLIKLARI VA TEKSHIRISH USULLARI

O'quv qo'llanma



REHEALTH

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA‘LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI**

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

Maxpiyeva Guldonaxon Kabiljanovna

**BOLALARDA NAFAS Olish
A‘ZOLARI KASALLIKLARI
VA TEKSHIRISH USULLARI**

O‘quv qo‘llanma

Andijon, 2023-yil

UO‘K 616-053.2

KBK 57.3

M36

Tuzuvchi:

G. K. Maxpiyeva – Andijon Davlat tibbiyot instituti davolash fakulteti uchun pediatriya kafedrası dotsenti, PhD.

Taqrizchilar:

A.G. Arzibekov – Andijon Davlat tibbiyot instituti davolash fakulteti uchun pediatriya kafedrası mudiri, t.f.n, dotsent.

N.D. Azizova – O‘zR SSV RIPIATM pulmonoloiya bo‘limi yetakchi ilmiy hodimi, profesor, t.f.d.

Maxpiyeva G.K.

M36 BOLALARDA NAFAS OLISH A‘ZOLARI KASALLIKLARI VA TEKSHIRISH USULLARI: O‘quv qo‘llanma / Maxpiyeva G.K.:–
Andijon: RE-HEALTH nashriyoti, 2023 – 92 b.

ISBN 978-9910-758-22-5

Ushbu o‘quv qo‘llanma tibbiyot institutlarining davolash -5510100 (kasb ta‘limi - 5111000) va pediatriya - 5510200 fakul‘etlari talabalari uchun mo‘ljallangan o‘quv dasturining 3.02 blokiga mos xolatda tuzilgan bo‘lib, turli yoshdagi bolalarda nafas olish a‘zolarining kasalliklarini kechishi va tekshirish usullari xaqidagi ma‘lumotlar keltirilgan. O‘quv qo‘llanma rasm, jadval va jadvallar bilan yoritilgan.

O‘zbekiston Respublikasi Oliy ta‘lim, fan va innovatsiyalar vazirligi Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 30.10.2023-yildagi “01/08/339-Sh”-sonli buyrug‘iga asosan nashr etishga ruxsat berildi.

UO‘K 616-053.2

KBK 57.3

ISBN 978-9910-758-22-5

© **Maxpiyeva G.K., 2023**

© **RE-HEALTH nashriyoti, 2023**

MUNDARIJA

KIRISH.....	5
I. BOLALARDA NAFAS OLISH TIZIMINING ANATOMO-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI.....	6
Ko‘krak yoshidagi bolalarda nafas a‘zolarining xususiyatlari.....	7
Nafas olish tizimi tekshirish usullari.....	14
Nafas tizimini funktsional, rentgenologik va laborator tekshirish usullari...27	
II. NAFAS OLISH A‘ZOLARI KASALLIKLARI.....	35
Traxeit.....	35
Bronxit.....	37
Bronxiolit.....	38
Plevrit.....	39
Bolalar o‘tkir zotiljam - pnevmoniya.....	40
Bronxial astma.....	60
Masalalar.....	74
Testlar.....	79
Adabiyotlar ro‘yxati.....	91

SHARTLI QISQARTMALAR

- FX - anatomo-fiziologik xususiyatlari
- OB - O‘tkir oddiy bronxit
- OOB - O‘tkir obstruktiv bronxit
- QB -qaytalanuvchi bronxit .
- QOB - qaytalanuvchi obstruktiv bronxit
- SB -Surunkali bronxit
- MNT -markaziy nerv tizimi
- SMVI - Sitomegalovirusli infeksiya
- BA - Bronxial astma
- PSV - nafas chiqarishning yuqori tezligi
- OFV1 - nafas chiqarishning kuchaytirilgan hajmi
- FJEL -o‘pkaning hayotiy kuchaytirilgan hajmi
- OTS – O‘pkaning tiriklik sig‘imi
- NOMH - Nafas olishning minutli xajmi
- OMV - O‘pkaning maksimal ventilyasiyasi

KIRISH

Nafas olish a'zolari potologiyalari orasida bolalardagi nafas yo'llari kasalliklari asosiy o'rinlardan birini egallaydi. Keyingi o'n yil davomida nafas yo'llari kasalliklarining etiologiyasi va potogenezini aniqlashda erishgan yutuqlarga, davolashning yuqori samaradorligiga ega bo'lgan usullarning qo'llanishiga qaramay, kasalliklarni keng tarqalganligi, kechishi shakllarining xususiyatlarining o'zgarganligi xamda bolalar o'limi orasidagi ulushi yuqoriligi bilan ajralib turadi. Shuning uchun bu kasalliklarni oldini olish va davolashda yangi usullarni topish muhim ahamiyat kasb etadi.

Bunday murakkab muammoni hal qilish uchun uchta asosiy masala yechimi turadi: 1) o'tkir respirator infeksiya kasalliklarni kamaytirish, 2) o'lim bilan yakunlanishi mumkin bo'lgan zotiljamning og'ir shakllarini oldini olish, 3) surunkali o'pka bronhjarayonlariga sabab bo'lgan nafas yo'llarining tez-tez qaytalanuvchi, ayniqsa cho'ziluvchi kechishga ega bo'lgan shakllarining oldini oladi.

Nafas yo'llari kasalliklarining, ayniqsa kichik yoshdagi bilalar orasida keng tarqalganligi va turli asoratlar rivojlanishi mumkinligi, nafas olish a'zolari anatomik va fiziologik hususiyatlari, nafas yo'llari bolaning yoshiga bog'liq holdagi to'qima to'siqlarining noyetukligi, nafas faoliyatining to'la shakllanmaganligi va nafas organlari rivojlanishi davom etishi fiziologik holat bo'lib, bu narsa o'z- o'zidan kasallik chaqira olmaydi, ammo kasallikka moyillik tug'diradi. Nafas yo'llarining bolalarda ko'p uchraydigan kasalliklarning etiologiyasiga, o'tkir cho'ziluvchan va qaytalanuvchi shakllarning potogenetik asoslariga va ularning dispanserizatsiyasi, oldini olish chora-tadbirlariga alohida e'tibor qaratilishi talab e'tiladi.

Hulosa qilib aytish mumkinki, mazkur o'quv qo'llanma yuqorida sanab o'tilgan xususiyatlari bilan pediater-shifokor va tibbiyot oliygohlari pediatriya fakul'teti talabalari uchun muhim qo'llanma bo'lib xizmat qiladi.

I. BOLALARDA NAFAS OLIŞ TIZIMINING ANATOMO-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI

nafas olish a'zolari kattalarnikiga qaraganda o'lchami kichik va anatomik-fiziologik rivojlanishi tugallanmaganligi ajralib turadi.

Nafas olish sistemasining rivojlanishi embrional davrning 3-haftasidan boshlanadi. Bunda ichak naychasi oldingi qismidan burtma o'sib chiqib, keyinchalik undan hikildoq, kekirdak, bronx va o'pkalar paydo bo'ladi.

Homilalikning boshlanish davrlarida o'pkaning murakkab tuzilishdagi bezga oid rivojlanishi kuzatilib, 4 haftada burtma 2 ga (bo'lg'usi o'ng va chap o'pkaga), keyinchalik yana mayda - mayda bo'laklarga (bo'lg'usi o'pka bo'laklariga) bo'linib boradi. Shu bilan bir qatorda bronx daraxtining maydalashgan shoxchalari ham paydo bo'lib boradi. 6-haftada o'pka bo'lagi bronxlari, 8-10 haftada segment bronxlari, 16-haftasidan bronx kanallarining hosil bo'lish bosqichi boshlanib, 24- haftasidan bo'lg'usi atsinuslarni takomillashib borish bosqichi boshlanadi. Ammo oxirgi bosqich bola tug'ilganda ham tugallanmagan bo'lib, keyin ham davom etadi.

Homilalikda nafas yo'llari (hikildoq, traxeya, bronx, alveolalari) kengaygan va xujayralar sekretyasi suyuqligi bilan to'lgan bo'ladi. Bu suyuqlik tarkibida oqsil ham tutib, yopishqokligi juda oz bo'lganligi sababli bola tug'ilib nafas olishi tiklanishi bilanoq tezda surilib ketadi.

Surfaktant- alveola yuzasini qoplab olgan yupqa parda (0,1- 0,3 mkm.) bo'lib, lipoproteidlardan tashkil topgan bo'ladi. Surfaktant 22- 24 haftalik homilada paydo bo'ladi. Normadagi nafas olish vazifasini namoyon bo'lishi, ya'ni surfaktant faolligini etilishi homilalikning 34- 38 haftalarida kuzatiladi. Surfaktantning etishmasligi ko'pincha chala tug'ilgan bolalarda uchrab, bunda nafas etishmaslikning og'ir formasi- respirator disstres sindromi kuzatiladi.

Ko'krak yoshidagi bolalarda nafas a'zolarining xususiyatlari

Odatda nafas yo'llari yuqorigi (burun, xalq um), o'rta (hikildoq, traxeya, bo'lak va segment bronxlari) va pastki (bronxiola va alveolalar) qismlariga bo'linadi.

1. burun yo'li; Kichik yoshli bolalarda burunning bir oz kichikligi, burun yo'llarining torligi, quyi burun yoli bo'lmasligi bilan tafovutlanadi. Shilliq qavati xam nozik bo'lib, nisbatan quruq, qon tomirlarga boy. Yuqoridagi xususiyatlar tufayli bir yoshgacha bolalarda bir ozgina shamollash belgilari xam burun orqali nafas olishni qiyinlashishiga sabab bo'ladi. Bolalar xayotining birinchi olti oyligida ogizi bilan nafas olmaydi, sababi ularning tili katta bo'lib xalqum usti tog'ayini orqaga qisadi.

2. Yordamchi bo'shliqlar - g'alvirsimon va Gaymor bo'shliqlari homilalik davridan rivojlana boshlagan bo'lsa ham, chaqaloqlarda juda kam taraqqiy etgan bo'ladi. Ular asosan 2 yoshdan kattalashib, 6 yoshda no'xat donasi kattaligida bo'lib, 12- 15 yoshlarida batamom takomillashadi. Gaymor bo'shlig'i yangi tug'ilgan chaqaloqlarda boshlang'ich holatda bo'lsa ham, 2 yoshdan keyin sezilarli darajada kattalashib boradi. Xuddi shuningdek asosiy (spinoidalis) va g'alvirsimon bo'shliqlar yangi tug'ilgan bolalarda juda kichik bo'lib, ular 6 yoshdan keyin tez kattalashib boradi. Erta yoshli bolalarda burun qo'shimcha bo'shliqlari hali rivojlanmaganligi sababli burun shilliq qavatidan yallig'lanish jarayoni bu bo'shliqlarga deyarli tarqalmaydi.

3. Ko'z yoshi-burun yo'li qisqa va tashqi teshigi yopqichlari yaxshi rivojlanmaganligi sababli infektsiyaning burun shilliq qavatidan ko'zga o'tishiga qulay sharoit mavjud bo'ladi.

Burun bo'shlig'ida kecha kunduzda 0,5- 1 litrga yaqin o'zida bakteritsid modda va immunoglobulin A tutgan shilimshiq suyuqlik ajraladi.

4. Xalqum tor, eshituv nayi esa kalta va keng bo'lib, limfa bezlari hali yaxshi rivojlanmagan bo'ladi. Bodomcha bezlar tuzilishi jihatdan limfa bezlariga o'xshash bo'ladi. Bir yoshdan keyingina limfa tugunlari giperplaziyaga uchrab kattalashishi (gipertrofiyasi) mumkin. Shu sababli bir yoshgacha bo'lgan bolalarda angina kam uchraydi. 4- 5 yoshlarda bodomcha bezlari yaxshi taraqqiy etgan bo'lib, ba'zan ular

gipertrofiyasini ham kuzatish mumkin. Bodomcha bezlari mikroblar uchun filtr vazifasini o'taydi, tez- tez takrorlanuvchi yallig'lanish jarayonida kattalashib, doimiy infeksiya uchog'iga aylanib, surunkali tonzillit kasalligi kelib chiqadi. Burun - halkum bodomcha bezlari kattalashishiga- adenoidlar deyilib, bunda burun orqali nafas olish qiyinlashadi, bolada intoksikatsiya belgilari, e'tiborsizlik, allergik jarayonga beriluvchanlik kuzatiladi. Yuqori nafas yo'llari kasalliklaridan bolalarda ko'pincha rinit, angina uchraydi.

5. Xiqildoq emizikli bolalarda voronkasimon, kattarok bolalarnikiga qaraganda uzunrok, tog'aylari nozik va yumshoq, shilliq pardasi qon tomirlariga boy, ovoz tirkishi esa tor bo'ladi.

Xiqildoq yosh bolalarda voronkasimon shaklda bo'lib, katta yoshda tsilindr shakliga kiradi. Xiqildok chaqaloqlarda yuqorida joylashgan bo'lib, pastki chegarasi 4-bo'yin, kattalarda esa 7-bo'yin umurtkasida bo'ladi. Tog'ay qismi nozik, yumshoq bo'ladi. Ovoz yorigi 6- 7 yoshgacha tor bo'ladi. Chin ovoz boylami kattalarnikiga nisbatan kalta bo'lganligi sababli, yosh bolalarning ovoz tembri yuqori bo'ladi. 12 yoshda ovoz boylami o'g'il bolalarda qizlarga nisbatan uzun bo'ladi. 3 yoshgacha hikildoq shakli o'gil va qiz bolalarda bir xil bo'ladi. 3 yoshdan keyin o'g'il bolalarda qalqonsimon bez plastinkasi qo'shilish burchagi o'tkir bo'la borib, bu ayniqsa 7 yoshlarda sezilarli darajada kuzatiladi. 10 yoshda hikildok kattalarnikiga o'xshash bo'ladi.

Shilliq qavati qon va limfa tomirlariga boy bo'lib, shish hosil bo'lishiga moyillik kuzatiladi.

6. Traxeya bola hayotining dastlabki oylarida voronkasimon, yo'li tor, tog'aylari yumshoq va bir-biriga sust birikkan bo'ladi. Shilliq pardasi nozik, qon tomirlariga boy, shilimshiq bezlari kam bo'ladi. Chaqaloqlarda traxeyaning yuqori chegarasi 4-bo'yin umurtqa pogonasida (kattalarda 7), uzunligi chaqaloqlarda 4 sm, 14- 16 yoshda 7,2 smga teng bo'ladi. Elastik tuqimalari yaxshi rivojlangan, traxeya bifurkatsiyasi kattalarga nisbatan yuqorida joylashgan bo'ladi. Bu taxminan spiria scapulae dan umurtqa pogonasiga tortilgan chiziqqa to'g'ri keladi. Traxeya shilliq

qavati bezchalarga boy bo‘lib, ular ishlab chiqargan sekret - kekirdak sathini shilliq suyuqligi bilan ta‘minlaydi. Traxeya tog‘aylarining yumshoqligi, elastik to‘qimalari kam rivojlanganligi, hamda qo‘zg‘aluvchanlik, uning yo‘llarining torayishiga, xurrak otganga o‘xshash shovqinli nafas olishning paydo bo‘lishiga olib kelishi mumkin. Bolalarda traxeya shikastlanishi alohida traxeit yoki laringotraxeit, traxeobronxit holida kechishi mumkin.

7. Bronxlar tug‘ilish davriga kelib etarlicha rivojlanmagan, yo‘llari tor, tog‘aylari yumshoq, shilimshiq bezlari kam, qon tomirlariga boy bo‘ladi. O‘ng bronx odatda traxeyaning davomi sifatida tik holatda va chapiga qaraganda kengroq bo‘ladi. Har bir bronx mayda bronxlarga, ular esa juda mayda bronxiolalarga bo‘linadi, ular esa alveolalar bilan yakunlanadi. Mayda bronx va bronxiolalar shilliq qavatlarida juda nozik, qon tomirlarga boy bo‘lib, yupqa shilliq qavat bilan o‘ralgan bo‘ladi. Shular sabab bir yoshgacha bo‘lgan bolalarda obstruksiya sindromlari bilan kechuvchi bronxiolitlar ko‘p uchraydi. Bronxlar bir yoshgacha yaxshi o‘sib, keyin o‘sish surati sekinlashib, balog‘at yoshida yana tezlashadi, 12- 13 yoshda bosh bronxlar uzunligi ikki barobar oshadi. Bola tug‘ilganda terminal bronxiolalar yorigi 0,1 mm bo‘lib, 2 yoshda ikki, 4 yoshda uch, 18 yoshda 5 marotaba ortadi. Erta yoshdagi bolalarda bronxiolalarning ingichkaligi sababli ularda atelettaz ko‘proq kuzatiladi.

8. O‘pka bolaning go‘daklik davrida biriktiruvchi to‘qimalar va qon tomirlariga boy, alveolalar atrofida elastik to‘qima sust rivojlangan, nafas olishda qatnashadigan sathi katta yoshdagi odamlardagiga qaraganda katta bo‘ladi. Vaqt birligi ichida bolalarda o‘pka orqali o‘tadigan qon miqdori kattalarnikiga qaraganda ko‘proq bo‘ladi. Chaqaloq bolalar o‘pkasi 50-60g bo‘lib, gavda og‘irligining 1G‘50 qismini tashkil qiladi. Keyinchalik o‘pka vazni tez ortib boradi. O‘pka vazni 6 oylikda ikki marotabaga, 4-5 yoshda 5 marotabagacha, 12- 13 yoshda 10 marotabaga, 20- yoshda 20 marotabaga ortadi. O‘ng o‘pka chap o‘pkaga qaraganda kattaroq bo‘lib, uning o‘pkada 3 ta (yuqorigi, o‘rta va pastki) bo‘lak, chap o‘pkada esa 2 ta yuqorigi, pastki va o‘rtada tilsimon bo‘lak bo‘ladi.

Chaqaloqlarda o'pkasida elastik to'qimalar kam rivojlanganligi sababli o'pka kasalliklarida osongina emfizema paydo bo'lishi mumkin. Bola tug'ilishida o'pkaning asl nafas oluvchi qismi, ya'ni atmosfera havosi bilan qon o'rtasida gaz almashuvini ta'minlovchi atsinuslar hali etarlicha rivojlanmagan bo'lib, ularning rivojlanishi bola hayotining 4-6 haftalaridan boshlanadi. Ular soni birinchi yil davomida tez ortib, 8 yoshgacha ko'payib boradi, 8 yoshdan keyin o'pka hajmining ortishi hisobiga bo'ladi. Alveolalar sonining ortishi bilan o'pkaning nafas oluvchi sathi ortib boradi. Ayniqsa, bu birinchi yil davomida tez (4 marotaba) ortadi. Bunga mos ravishda kislorodga bo'lgan talab ham ortadi.

9. Emadigan bolalarda plevra yupqa, uning varaqlari oson chuziladigan, diafragma kattalarnikiga qaraganda yuqorirokda joylashgan va qisqarishlari zaif bo'ladi. Plevra bo'shlig'i hajmi katta kichik bo'lib o'zgarishi mumkin, chunki parietal qavatlar ko'krak qafasiga juda bo'sh birikkan bo'ladi. Plevra bo'shlig'iga suyuqlik yig'ilganda ko'ks oralig'idagi a'zolar, ayniqsa yurak va pastki kavak vena o'z o'rnidan juda oson qo'zg'aladi. Shuning uchun bolalarda plevra bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilganda qon aylanish sistemasining faoliyati tez o'zgaradi. Undan tashqari aorta, traxeya, qizilo'ngach, diafragma ham uz o'rnidan siljiydi, bu esa shu a'zolar faoliyatining o'zgarishiga olib keladi.

10. Ko'ks oralig'i bolalarda kattalarnikiga nisbatan kattarok bo'lib, uning oqori qismida traxeya, yo'g'on bronxlar, ayrisimon bez, limfa bezlari, ateriyalar, nerv tolalari joylashgan, pastki qismida esa yurak, tomirlar va nerv tolalari joylashgan bo'ladi.

11. O'pkaning limfa tugunlariga traxeobronxeal, bifurkatsion (traxeyaning ikki bronxga bo'lingan joyida joylashgan), bronxopulmomal (bronxlarning o'pkaga kirish qismida joylashgan), yirik tomirlar tugunlari - yuqorigi, o'rtadagi va pastdagilar kiradi. O'pka limfa tugunlari erta yoshli bolalarda yaxshi rivojlangan bo'lib, o'zining tuzilishi jihatidan yallig'lanish jarayoniga moyil bo'ladi. Bolaning 7-9 yoshidagina limfa tugunlari aksiga rivojlanadi.

12. O'pkalarning segmentar tuzilishi Har bir o'pka bo'lagi segmentlardan iborat bo'lib, har bir segment mustaqil qon tomir va asab tolasi bilan ta'minlangan. O'ng o'pkada 10 ta segment, chap o'pkada 9 ta segment majud. O'ng va chap o'pkaning yuqorigi bo'lagi 3 segmentdan: 1-yuqori-cho'kki, 2-yuqori-orqa, 3-yuqori - oldingi segmentlardan iborat. O'ng o'rta bo'lak 2 segmentdan iborat. O'rta yon lateral (4) segmenti orqada, o'rta-oldingi (5) medial segmenti joylashgan bo'ladi. Chap o'rta bo'lak ham ikkita tilcha segmenti- yuqorigi tilcha (4) va pastki tilcha (5) segmentlardan iborat. O'pkaning o'ng va chap pastki bo'laklari: bazal-cho'qqi (6), bazal-oldingi (8), bazal-lateral (9) va bazal-orqa (10) segmentlardan iborat. O'ng pastki bo'lakda yana bazal-medial (7) segmenti bo'ladi.

Bolalarda segmentlarning joylashishi, havo o'tishi va sekret chiqarish faoliyatining o'zgarishiga qarab, pnevmoniya ko'pincha 6 segmentda va yana 10 va 2 segmentlarda kuzatiladi. O'rta yonbosh (4) va o'rta oldingi (5) segmentlar bronxlari uzun, yorig'i tor bo'lganligi, bronx pulmonal limfa tugunlariga yaqin bo'lganligi va bezlar kattalashganda bronxlar ezilishi va nafas oladigan sath kamayishidan pnevmoniya og'ir nafas etshimasligi bilan kechishi mumkin. Bolalarda o'pkaning rivojlanishini A. I. Strukov 4 davrga: I – (1-2 yoshgacha) alveolalar sonining jadal ortishi, II- (2-5 yoshda) elastik va muskul tolalarining jadal o'sishi va limfatik to'qimalarining qo'shilishi, III- (5-7 yosh) atsinuslarning to'liq etilishi, IV- (7-12 yosh) etilgan o'pka to'qimasi vaznining ortib borishi bo'ladi.

Fiziologik farqlar quyidagilardan iborat:

1. Bolalarda tug'ilishining birinchi soat yoki kunlari kuzatiladigan nafas olish ritmining notekisligi odatda tezda yo'qolib ketadi. Ba'zan chaqaloqlarda, ayniqsa yangi tug'ilgan bolalarda, birinchi nafasdan so'ng o'pka to'la yozilmay fiziologik atelektaz kelib chiqishi mumkin. Bunday holatda o'pkada yallig'lanish jarayoni rivojlanishiga sharoit tug'iladi.

2. Nafas olganda olingan havo hajmi chaqaloqlarda kam bo'lib, bu ko'rsatgich bola yoshi kattalashgan sari ortib boradi. Bu bola o'sib rivojlanishi bilan bir qatorda o'pka vaznining ortib borishi, hamda nafas olganda ko'krak qafasi ekskursiyasining

kengayib borishi bilan bog'liq bo'ladi. Nisbiy nafas hajmi, ya'ni nafas olganda olingan havo hajmining bolaning 1 kg vazniga bo'lgan hajmi ham bolalarda kattalarga nisbatan kam bo'ladi. O'pkaning hayotiy sig'imi (maksimal nafas chiqargandan so'ng, maksimal olingan havo miqdori) bolalarda kam bo'lib, yosh kattalashishi bilan bu ko'rsatkich ortib boradi. O'pkada hayotiy sig'imini aniqlash erta yoshlik bolalarda qiyin (bola qichqirganda chiqarilgan havo miqdorini aniqlash yo'li bilan baholash mumkin) bo'lib, katta yoshdagi bolalarda (5- 7 yoshda) spirometr yordamida aniqlash mumkin.

3. Bolalarda kislorodga bo'lgan talab ularda modda almashuv shiddatli kechishi sababli kattalarga nisbatan ko'p bo'ladi. Bir yoshli bolaning kislorodga bo'lgan talabi har bir kilogramm vazniga 7,5-8 mlG' daqiqa bo'lsa, 6 yoshda 9,2 mlG'daqiqa, keyinchalik bu kursakich kamayib 10 yoshda 6,3 mlG'daqiqa, 11 yoshda 5,2 mlG'daqiqani tashkil etadi. Kattalarda bu ko'rsatkich 4,5 mlG'dakikiga teng

4. Emadigan bolalarda nafas yuza (kattalarnikiga qaraganda 8-10 baravar sayoz) bo'lib, ular chuqur-chuqur nafas ololmaydi.

Ammo boladagi nafas olishning yuzaligi va nafas ritmining notekisligi ulardagi nafas olishning tezligi bilan kompensatsiyalanadi. Bola kancha kichik bo'lsa 1 daqiqada nafas harakatlari soni shuncha ko'p bo'ladi (fiziologik hansirash).

5. Chaqaloqlarda har bir nafas olishga 2,5- 3 tomir urishi, 1 yosh va undan katta bolalarda 3-4 va nihoyat kattalarda 4- 5 yurak qisqarishi to'g'ri keladi.

6. Bola hayotining dastlabki haftalarida nafas aritmiyasi kuzatiladi, ya'ni nafas olish va chiqarish maromi har xil bo'ladi.

7. Bolalarning nafas olishi ularning yoshi va jinsiga bir qadar bog'liq bo'ladi: chaqaloq ko'proq qorni bilan nafas oladi, emizikli davrida ko'krak-qorin tipida, 3-4 yoshga kelib yana ko'krak tipida, 7-14 yoshga kelib esa jinsiga qarab-ugil bolalar qorin, qiz bolalar ko'krak tipida nafas oladigan bo'lib qoladi.

8. Bola hayotining dastlabki oylarida yo'tal refleksi sust rivojlangan bo'ladi.

9. Nafas olishning minutlik hajmi (nafas olgandagi havo hajmining bir daqiqadagi nafas olish soniga ko'paytirilgani) bolaning yoshi kattalashgan sari ortib

boradi. Yangi tugʻilgan bolada bu koʻrsatgich 635 sm³ ni, 3 oyda 1100 sm³ ni, 1 yoshda 2200 sm³ ni, 6 yoshda 3210 sm³, 14 yoshda 5000 sm³ ni, kattalarda 6150 sm³ ni tashkil etadi.

10. Nafas olish jarayonida organizmdagi normal gaz almashinuvini taʼminlab turish uchun nafas olish fazalari yoki bosqichlarining oʻzaro toʻgʻri almashinib turishi lozim. Maʼlumki, nafas olish jarayoni uch bosqichdan iborat:

- 1) Tashqi nafas olish - alveolalar bilan atmosfera orasida gaz almashinuvi.
- 2) Oʻpka nafas olishi - oʻpka bilan qon oʻrtasida gaz almashinuvi.
- 3) Toʻqima yoki ichki nafas olish - qon bilan toʻqimalar orasida gaz almashinuvi.

Tashqi nafas olishning samaradorligi nafas olgandagi va nafas chiqarilgandagi kislorod va karbonat angidrid miqdorining farqi asosida baholanadi. Bu farqlar erta yoshdagi bolalarda 2-2,5% ni, kattalarda 4-4,5% ni tashkil etadi. Gaz almashuvi kattalarga nisbatan jadal (har bir kg ogʻirligiga) boʻlsa ham, har nafas olganda kam miqdordagi kislorod oʻzlashtirilib, karbonat angidrid ajratiladi.

11. Bolalarda toʻqima nafas olishi kattalarga nisbatan jadal suratda (bu chaqaloqlarda fermentlarni kattalarga nisbatan faolligi bilan tushuntiriladi) kechadi. Karbonat angidrid gazining partial bosimi qonga nisbatan toʻqimada ortiqcha boʻladi.

12. Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda, ayniqsa, chala tugʻilgan bolalarda karboangidraza fermenti faolligi juda past boʻlganligi sababli (bir yoshlarning oxirlarida kattalar normasiga yaqinlashadi) erta yoshli bolalar kasalliklarida, ayniqsa, oʻpka kasalliklarida koʻpincha giperkapniya kuzatiladi.

Koʻrsatib oʻtilgan nafas olish va chiqarish jarayonining bolalarda oʻziga xosligi ularda nafas olish sistemasining anatomik va fiziologik xususiyatlariga bogʻliq boʻlib, bu holat ularda bu sistema aʼzolarining oson jarohatlanishiga, nafas olishning tez buzilishiga imkon yaratadi.

Nafas tizimini tekshirish usullari

A'zo va tizimlar tekshiruvi patsientlardan anamnez to'plashdan boshlanadi kasallik tarixini to'ldirish va bemor bolaga tashxis qo'yish uchun uning onasi yoki kattaroq bola bo'lsa o'zida so'rab suishtiriladi. Bunda asosan xozirgi kasallikning qachondan boshlanganligi, ilk belgilari (masalan nafas yo'llari xastaliklarida yo'tal, g'ijjllash, entikish, tana xaroratining kotarilishi....), bolaning ilgari o'tkazgan nafas yo'li kasalliklariga, ob-havo o'zgarishidan sovuq qotish faktorlari bo'lgan ligiga, infeksiyon kasalliklar yoki tuberkulyoz bilan og'rigan bolalar bilan aloqada bo'lgan-bo'lmagaligiga alohida e'tibor karatiladi.

Bolani ko'zdan kechirish. Bemorni ko'zdan kechirishda uning holati, es - xushi, fe'l atvoriga, yuz ko'rinishiga, qanday nafas olayotganiga (og'iz yoki burun orqali), tashqi ko'rinishida nafas olish a'zolari kasalliklariga xos belgilar mavjudligiga ahamiyat beriladi. Bemorda haroratning ko'tarilishi bilan bir qatorda ko'karib oqarish, bo'shshishning aks etib turishi, nafasning tezlashib, bunda burun qanotlarining ishtiroki va har nafas olganda kengayishi ko'pincha bronxopnevmoniyaga xos bo'ladi. Kasallikning og'ir xilida ko'karish og'iz va burun, hamda yuzga tarqalgan bo'lib, bu ayniqsa, nafas qisishida zo'rayadi. Ko'pincha engilgina ko'karish og'iz -burun atrofida kuzatilib, bola yig'laganda va baqirganda kuchayadi.

Chaqaloq va 2-3 oylik bolalarda og'iz burchagidan yoki til ostidan ko'piksimon suyuqlik ajralishi zotiljam kasalligida kuzatiladi. Bunga sabab o'pka va bronxlardagi eksudatning og'iz bo'shlig'iga chiqishidir. Nafas etishmaslik qancha zo'raysa, terining ko'karishi shuncha kuchayadi va tarqalgan bo'ladi. Terining ko'karishi arterial qonning kislorodga to'yinishi (oksigemoglobin) 95% dan kamayganligida kuzatiladi.

Ko'k yo'tal va surunkali o'pka kasalliklari bilan og'rigan bolalar tashqi ko'rinishiga yuzining va qovoqlarining oqarib salqiganligi, og'iz shilliq qavatlarining ko'karganligi, teri vena qon tomirlarining bo'rtib turishi, hamda kuzlarning shilliq qavati va teri ostiga qon quyilishi xosdir.

Buruni tekshirishda ona yoki hamshira qo‘li bilan choyshabga o‘ralgan bolani tizzasida ushlab o‘tiradi. Vrach bola boshini orqaga tashlagan holda burun uchidan ko‘tarib, burun bo‘shlig‘ini ko‘zdan kechiradi. Burun shilliq qavati yallig‘lanishida seroz, shilliqli, shilliq- yiringli, gemorragik suyuqlik ajralishi mumkin. Rinit ko‘pincha o‘tkir respirator virusli infeksiyalarda kuzatiladi.

Yo‘tal - nafas olish a‘zolari kasalliklarining asosiy belgilaridan biri bo‘lib, yo‘tal bor yo‘qligi va uning harakterini aniqlash kerak bo‘ladi. Qo‘pol, kuv-kuvlagan, «xuddi bochkaga» yo‘talgandek yo‘tal laringitda va haqiqiy krup(bug‘ma) da bo‘ladi. Qiynaydigan quruq yo‘tal - faringitda, traxeitda va bronxitning boshlanishida uchraydi. Bronxit tuzalayotganida yo‘tal xo‘l bo‘ladi va balg‘am ajralishi kuzatiladi. Kalta og‘riqli yo‘tal - plevritda kuzatiladi. Vaqti-vaqti bilan bo‘ladigan yo‘tal, ya‘ni xurujli (paroksizmal) yo‘tal ko‘kyo‘talda bo‘ladi va yo‘tal paytida nafas olish chuziladi, bemor yuzlari qizarib ketadi va qo‘sib yuboradi. Bitonal yo‘tal, ya‘ni 2 uzakli - biri qo‘pol yo‘g‘on , ikkinchisi esa ingichka yo‘tal - bronxial limfa bezlarining kattalashuvida uchraydi (chunki bezlar kattalashib traxeyaning 2 ga bo‘lingan sohasini qitiklaydi). Bunday yo‘tal sil bronxoadenitida, limfosarkomada va leykozda ham kuzatiladi.

Yo‘talganda ko‘p balg‘am ajralishi, kichik yoshdagi bolalarda o‘pka abstsessi yoki kistani yorilib bo‘shashida bo‘lsa, katta yoshdagi bolalarda bronxoektaziya bilan kechuvchi surunkali pnevmoniyada kuzatiladi.

Bemorni tekshirishda uning ovozigam ham e‘tibor beriladi, chunki bemor ovozi halkum va og‘iz paylari shikastlanganida o‘zgaradi. Bolalarda laringit ko‘pincha nafas olishning qiyinlashuvi – krup (bo‘g‘ilish) bilan kechadi. Krup xaqiqiy (chin) va soxta bo‘lishi mumkin.

Xaqiqiy krup difteriyada kelib chiqadi, bunda ovoz paylarining krupoz yallig‘lanishi va plenka bilan koplanishi kuzatiladi. Soxta krup - ko‘pincha o‘tkir respirator virus infeksiyasida kuzatilib ovoz paylari va og‘iz da shish paydo bo‘ladi. Soxta krup odatda to‘satdan, xaqiqiy krup esa asta sekin boshlanadi. Dimogi bilan, qiynalib gapirish surunkali murtak bezlarining yallig‘lanishida, burun bezlarining

kattalashishi - adenoidlarda, «buri tanglayda», yumshoq tanglay falajida (difteriya asoratida) uchraydi. Yo'g'on, past ovoz va xirillab nafas olish miksedemada uchraydi.

Tekshiruvda burun qanotlarining kengayishi, nafas olganda yordamchi muskullarning ishtirok etishi nafas qisilishining mavjudligidan dalolat beradi. Nafas qisishi gipoksemiya, giperkapniya, qonda, miyada chala oksidlangan moddalar yilishida, atsidozda kuzatiladi.

Bemorni tekshirishda uning og'zi, xalq um va bodomcha bezlari holatiga ahamiyat berish kerak (buni bolaning bezovta qilmaslik maqsadida tekshirish nihoyasida o'tkazgan ma'qul). Odatda maktabgacha bo'lgan bolalarda limfatik to'qimalar, bodomcha bezlarning giperplaziyasi kuzatiladi. Ko'pincha bolalarda har xil turdagi anginalar uchraydi. Kataral anginada xalqum bodomcha bezi yallig'lanishdan qizargan, bo'rtgan va shishgan bo'ladi. Follikulyar anginada kattalashgan, shishgan, bodomcha bezlarining yuzasida mayda oqish ko'rinishdagi karashlar paydo bo'ladi. Lakunar anginada yallig'lanish darajasi kuchaygan bo'lib, bodomcha bezi yuzasidagi chuqurchalarni qoplagan bo'ladi. Xalqum difteriyasida bodomcha bezlarida xira kulrang ko'rinishdagi parda paydo bo'lib, bunda qizarishlik meyo'rida bo'ladi.

Parda ko'chirilsa shilliq qavatda qon oqishi kuzatiladi. Skarlatinada angina har xil kechishi mumkin. Kasallikning engil hilida oddiy angina ko'rinishida qat'iy chegaralangan qizarishlik bilan kechsa, og'ir xilida shilliq qavatning nekrozi bilan (nekrotik angina) kechishi mumkin. Flegmanoz anginada yallig'lanish atrof to'qimalarga keng tarqalgan bo'ladi. Ba'zan bodomcha bezi abstsessida bez bir tomonlama shishib, kattalashgan, chaynov muskullarining spazmi natijasida bola og'zini ocholmay qolishi mumkin. Burun xalqum bodomcha bezlarining patologik giperplaziyasida, xoanalar yo'llari beqilishidan, nafas olish qiyinlashib bola og'iz orqali nafas olishga majbur bo'ladi. Natijada bemorda adenoidga xos belgilar (yuzini oqarib bir oz shishishi, salqiganligi, yuqori lab ko'tarilgan, og'iz ni ochiq bo'lishi, pichirlab gapirish, eshitish qobiliyatining buzilishi) paydo bo'ladi.

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirganda uning shakliga (suyak sistemasiga qarang), nafas olishda har ikkala bo'lagining bir xilda ishtirok etishiga ahamiyat beriladi. Plevritda, sil bronxoadenitida, o'pka atelektazida, surunkali pnevmoniyaning bir tomonda ko'proq kuzatilishida, shu tomonda ko'krak qafasining nafas olishda orqada qolishi kuzatiladi.

Bronxial astmada, o'pka emfizemasida ko'krak qafasi maksimal nafas olgan holatdagi (bochkasimon) ko'rinishda bo'ladi, ekssudativ plevritda jarohatlangan tomonda ko'krak qafasi ko'tarilishi, surunkali pnevmoniyada esa cho'kishi kuzatiladi. Chaqaloq bolalarda ko'krak qafasining ko'tarilgan bo'lib qolishi - pnevmotoraks, pnevmomediastenumda kuzatiladi.

Qovurg'alar oralig'ining diafragma ga birikkan qismlarining nafas olganda bir oz ichga botishi 3 oygacha bo'lgan bolalarda normal hisoblanib, undan kattalarda qovurg'alar yumshoqligida (raxit) yoki inspirator nafas qisishi bilan kechuvchi nafas yo'llari kasalliklarida kuzatiladi. Bu holatning kuchli darajada bo'lishi stenotik nafas olish - krupda kuzatiladi.

Ko'krak qafasining siljib harakatlanishi (ekskursiyasi) santimetr lentasi yordamida, tinch holatda, maksimal nafas olganda va maksimal nafas chiqarganda o'lchanadi. Bunda santimetr lentasi oldinda ko'krak bezi, orqadan kurak suyaklari burchagiga qo'yiladi.

Tekshirishda nafas olishning tipiga ahamiyat beriladi. Erta yoshli bolalarda normada qorin tipidagi nafas olish kuzatilib, bu o'gil bolalarda o'zgarishsiz qoladi. Qiz bolalarda esa 5-6 yoshlikdan ko'krak tipida nafas olish kuzatiladi. Ko'krak qafasi ekskursiyasining pasayishi o'pkaning o'tkir shishida, bronxial astmada, o'pka fibrozida, diafragma osti abstsessida va qovurg'alararo nevrалgiyada kuzatiladi, shuningdek nafas olishning ritmiga va soniga e'tibor berish kerak. Kuzatish mumkin bo'lgan havo etishmasligida, nafas olish sonini ko'krak qafasining harakatidan osongina sanash mumkin.

Yo'tal va ovozning o'zgarishi - nafas tizimi zararlanishiga xos belgilardan biri. Yo'tal quruq, dag'al, "akillovchi", xo'l balg'am ajralishi bilan bo'lishi mumkin. Korik

vaqtida og'iz boshlig'ida tomoq va bodomcha bezlari holatiga e'tibor berish kerak. Shuningdek, ko'rikda nafas turiga e'tibor berish kerak (kichik bolalarda nafas olishning qorin turi), ko'krak qafasi harakati va shakli, nafas olishda ko'krak qafasi ikki tomoni sinxron qatnashishi, qovurg'alararo mushaklar tortilish xarakteri, bolani korik vaqtida nafas olishda yo'rdamchi mushaklarning (qorin to'g'ri mushagi, ko'krak-o'mrov, ko'krak) qatnashishi nafas olishning qiyinlashuvi, ya'ni hansirashdan dalolat beradi. Bunda erta yoshdagi bolalarda burun qanotlari kerikishi va zo'riqishi kuzatiladi.

- inspirator xansirash - nafas olish qiyinlashgan;
- ekspirator xansirash - nafas chiqarish qiyinlashgan
- aralash xansirash - ekspirator-inspirator
- stenotik nafas - yuqori nafas yollaridan havo otishining qiyinlashuvi
- nafas yetishmasligi xuruji - astmada kuzatiladi (nafas olish va chiqarish jarangdor, masofadan eshitiladi)
- tug'ma stridor. Erta yoshdagi bolalarda bo'ladi. Nafas olishda inspirator shovqin bilan xarakterlanadi, 2-3 yoshda o'z-o'zidan yo'qoladi.

Palptasiyada ko'krak qafasida og'riqni aniqlash mumkin. Bunda yuzaki og'riq (yuzaki to'qimalar (muskul, nerv, suyak) bilan bog'liq) va chuqur (plevra shikastlanishi bilan bog'liq) og'riq ajratiladi. Plevral ogriqlar nafas olish va chiqarishda kuchayadi, epigastral va qovurg'a osti soxasiga uzatiladi. Agar ko'krak qafasiga bosilsa, kamayadi.

Ovoz dirillashi - bemor ko'krak qafasining ikki tomoniga, simmetrik qismlarga qo'l qo'yilganda seziladi, bu vaqtda bemor ovozga katta vibrasiya beradigan so'zlarni aytadi (ko'proq "r" xarfi bo'lgan sozlar, "arra", "qir? to'rt" va boshqalar). Ovoz dirillashini aniqlash uchun boladan yuqoridagi so'zlarni aytish talab etiladi, kichik yoshdagi bolalarda yig'laganda aniqlanadi.

Ovoz dirillashining kuchayishi o'pka to'qimasi qattiqlashuvi, o'pkada bo'shliqlar borligi bilan bog'liq. Ovoz dirillashi pasayishi bronxlar tiqilib (to'lib) qolganda (o'pka atelektazi), ko'krak devorlarida bronxlarning siqilishlarida (ekssudat,

pnevmtoraks, plevra o'smasi) kuzatiladi. Nafas olish sonini sanash bolaga bildirilmagan holda otkaziladi, ko'krakka yo'ki qoringa qo'l qo'yib, chaqaloqlar va ko'krak yoshidagi bolalarda - nafas olish sonini bolaning burniga stetosko'pni qo'yib (uyqu vaqtida) aniqlash ham mumkin. Nafas olish sonini sanash bir minutda o'tkaziladi.

Sog'lom bolalarda nafas olish soni (minutda)

Chaqaloqlar - 40-60 ta

6 oy - 35-40 ta

1 yosh - 30-35 ta

4-6 yosh - 24-26 ta

10-12 yosh - 18-20 ta

13-15 yosh - 16-18 ta

Ko'krak qafasini perkussiya qilganda bolani xolati togriligiga e'tibor berish kerak. Erta yoshdagi bolalarda ko'krak qafasi old yuzasini bola yotgan xolatda perkussiya qilish qulay, kichik bolani kimdir ushlab turishi kerak. Boshini ushlay olmaydigan bolalarda, qoringa yotqizib yoki bolani chap holga olib perkussiya qilinadi. Bu xolatda bola shifokorning chap qo'l kaftida orqasi bilan yotadi, o'ng qo'lning bosh barmog'i bolani chap qo'litiq ostiga o'tkaziladi, ko'rsatgich barmoq o'ng o'mroviga qo'yiladi. qolgan barmoqlar ko'krak qafasining o'ng tomoni yon yuzasiga qo'yiladi.

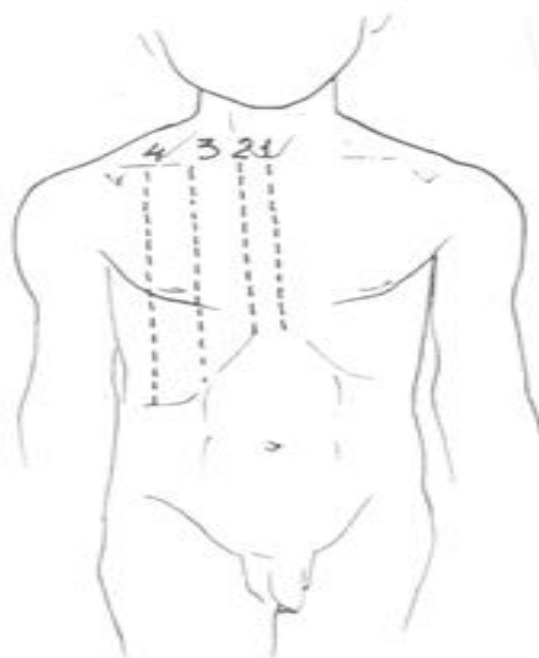
Kichik yoshdagi bolalarni stulga otkazib perkussiya qilinadi. Katta yoshdagi bolalarni tik turgan holda perkussiya qilinadi. Bunda orqa yuzani perkussiya qilish uchun qo'l ko'krakka qo'yiladi va bir vaqtning o'zida oldinga bir oz engashtiriladi. Ko'krak qafasi yon yuzasini perkussiya qilinganda qo'lni shu tomonga yengil olib borish kerak. Katta yoshdagi bolalarda bevosita, kichik yoshdagi bolalarda bilvosita perkussiya ishlatiladi.

Bilvosita perkussiya bukilgan barmoqlar, orta va korsatgich barmoqlar bilan tukillatib bajariladi. Bunda toqimalardagi qarshilikni qo'l bilan sezish mumkin. Perkussiyaning bu usuli erta yoshdagi bolalarni tekshirishda ishlatiladi. Ko'krak

yoshidagi bolalarda o'pkaning taqqoslash perkussiyasi orqaga yotgan holatda, old tomondan otkaziladi, orqa tomondan bemor o'tirgan xolatda oldinga bir oz engashadi, onasi old tomondan bolani ushlab turadi.

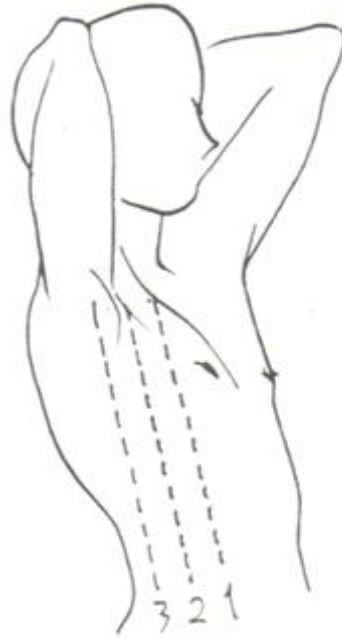
Ko'krak qafasi old tomonida
vertikal tanitadigan chiziqlar

1. oldingi o'rta chiziq
2. to'sh chizig'i
3. to'shsuyagi oldi chizig'i
4. o'rta omrov chizig'i



Ko'krak qafasi yon tomonidagi vertikal tanitadigan chiziqlar

1. 1. old qo'ltiq osti chizig'i
2. 2. o'rta qo'ltiq osti chizig'i
3. 3. orqa qo'ltiq osti chizig'i

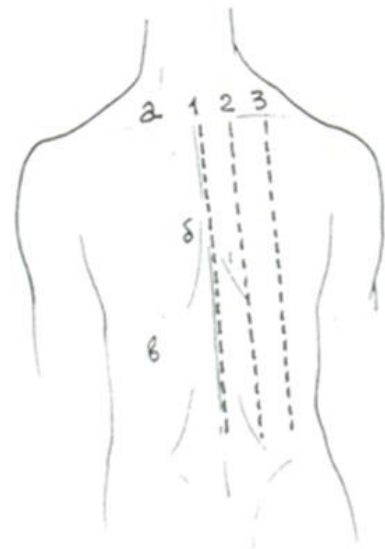


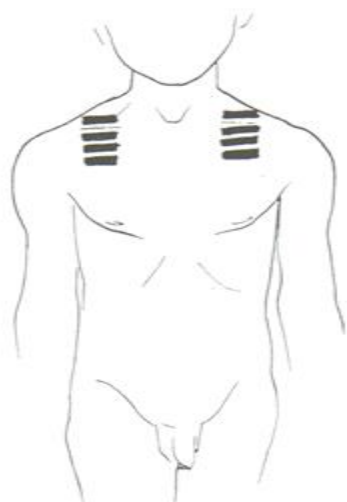
Ko'krak yoshidagi bolalarda qovurg'alararo, shuningdek qovurg'a bo'ylab perkussiya qilinadi, ko'krak qafasining kuchsizligini hisobga olinadi. Katta yoshdagi bolalarda o'pkaning yuqori chegarasi old tomondan o'mrov suyagi o'rtasidan 2 - 4 sm yuqorida, orqa tomondan VII- bo'yin umurtqasidan chiqib turmaydi.

Ko'krak qafasi orqa tomonida vertikal tanitadigan chiziqlar va soxalar

1. orqa o'rta chiziq (umurtqa poqonasi)
2. Umurtqa poqonasi oldi chizig'i
3. kurak chizig'I
 - a. kurak usti sohasi
 - b. kuraklararo soha
 - v. Kurak osti sohasi

Ko'krak qafasining old yuzasida o'pkaning taqqoslash perkussiyasining sxemasi

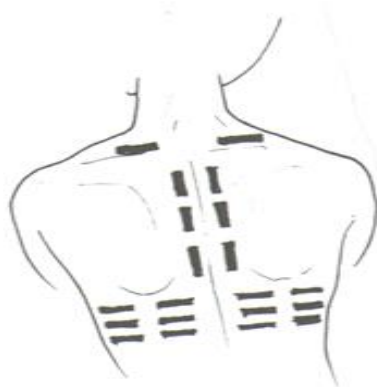




Ko'krak qafasining yon yuzasida o'pkaning taqqoslash perkussiyasining sxemasi



Ko'krak qafasining orqa yuzasida o'pkaning taqqoslash perkussiyasining sxemasi



Filosofov piyolachasi simptomi. To'sh suyagining I-II qovurg'alar oralig'i sohasida perkutor tovushning bo'g'iqlashuvi bo'lib, normada perkutor tovushini bo'g'iqlashuvi tush suyagi ustida aniqlanadi. Bordiyu perkutor tovushining bo'g'iqlashuvi tush suyagiga etmay eshitilsa, bunda simptom ijobiy hisoblanadi. Filatov va Filosofov simptomlarining ijobiy bo'lishi - oldingi ko'ks oralig'i limfa tugunlarining kattalashganligini bildiradi.

VII bo'yin umurtqasi sohasida terining yuzaki kapillyar qon tomirlarining kengayganligi, traxeobronxial limfa tugunlarning kattalashganligini bildiradi (Franko simptomi).

Korani simptomi - da 7-8 ko'krak umurtqasining o'tkir o'simtasi bo'ylab pastdan yuqoriga qarab bevosita perkussiya qilinadi, normada perkutor tovushning bo'g'ilishi kichik yoshli bolalarda II ko'krak umurtqasida, katta yoshli bolalarda IV ko'krak umurtqasida eshitiladi. Bordiyu perkutor tovushning bo'g'iqlashuvi ko'rsatilgan umurtqalardan pastki sohalarda eshitilsa, bunday holat bifurkatsion limfa bezlarining kattalashganligini bildiradi.

Arkavin simptomi - oldingi qo'ltiq osti chizig'idan, pastdan yuqoriga, qo'ltiq ostiga qarab perkussiya qilinganda, normada bu sohada bo'g'iq perkutor tovush eshitilmaydi. Bunday tovushning paydo bo'lishi bronxopulmonal limfa bezlarining kattalashganligidan dalolat beradi.

Auskultatsiya. Auskultatsiyada avvaliga asosiy nafas shovqinining harakteri aniklanadi, keyin yondosh shovqinlar baholanadi. Nafas olishning patologik o'zgarishlari. Susaygan nafas. Bu xilda nafas olish to'la va holsiz bolalarda, chala tug'ilgan bolalarda kuzatiladi: o'pka emfizemasida, o'pkaning bir qismida havo yo'li berkilib qolishi, o'pkaning suyuqlik (plevrit), havo (pnevmtoraks) bilan siqilib qolishida, plevra pardasining qattiq qalinlashib ketganida, o'pka yallig'lanishining boshlang'ich va oxirgi davrlarida, alveolalar elastikligining buzilishida kuzatiladi.

Kuchaygan nafas - mayda bronxlarning torayishida (ularni yallig'lanishi yoki spazmi hisobiga) paydo bo'lib (nafasni kuchayishi nafas chiqarish hisobiga bo'ladi) bronxiolit, astma xurujida kuzatiladi.

Qattiq (dag'al) nafas. Bu vezikulyar nafas olishning dag'allashishi va nafas chiqarishning cho'zilishi bilan xarakterlanadi. Bunday nafas mayda bronxlarning zararlanishini bildiradi, bronxit va bronxopnevmoniyada kuzatiladi. Bunday kasalliklarda yallig'lanish natijasida ajralib chiqqan eksudat bronxlar kengligini toraytiradi, bu esa shu tipdagi nafas olishga sharoit yaratadi.

Bronxial nafas. Bronxial nafas olish «X» harfi tovushini eslatib, bunda nafas chiqarish nafas olishga qaraganda har doim kuchliroq va davomliroq bo'ladi.

Sog'lom bolalarda bronxial nafas xiqildoq ustida, traxeyada, kurak suyaklariaro sohada 3-4 ko'krak umurtqasi oralig'ida eshitiladi.

Patol ogik holatlarda bronxial nafas olish o'pka to'qimasining qalinlashib dag'allashishida (segmentar yoki lobar pnevmoniyada, o'pka abstsessida) eshitiladi.

Amforik nafas. Amforik nafas olish bronxial nafas olishning bir turi bo'lib, u kuchli va musiqa tovushlariga o'xshagan bo'ladi. Bunday tovushni yupqa devorli bo'shliqlar bor joylardan (bronxoektaz va kaverna) eshitish mumkin.

Xirillashlar. O'zining tabiati bo'yicha qo'shimcha shovqin bo'lib, ular havo yo'llaridagi suyuqlik, qon, shilimshiq moddalarning harakatga kelishidan hosil bo'ladi.

Xirillashlarning quruq va nam xillari farqlanadi:

Quruq xirillashlar bronxlarning shilliq qavatida shilliq iplarning hosil bo'lishidan kelib chiqadi. Nafas olish paytida havo oqimi bu iplarni musiqa asbobining toriga o'xshatib harakatga keltiradi. Boshqa hollarda shishib ketgan bronxlarning shilliq qavati havo oqimiga qarshilik ko'rsatishi natijasida tovushlarning hosil bo'lishi kelib chiqadi. Quruq xirillashlar ovozi bo'yicha xushtak ovozig va musiqa asbobining ovozig o'xshagan bo'lib, yuqori yoki past tovushda eshitilishi mumkin. Ular o'zgaruvchanligi bilan ajralib turadi. Ular laringit, faringit, bronxit kabi kasalliklarida uchraydi.

Nam xirillashlar. Bunda bronx va bronxiolalarda suyuqlik yig'ilishi natijasida nafas olish va chiqarish paytida kelayotan havo oqimi pufakchalar hosil qiladi. Ovozi bo'yicha ular yonayotgan olovda tuz yoki suv pufaklarining yorilishini eslatadi. Nam

xirillashlar katta bronxlarda, bronxoektazda, kavernada, maydalari esa juda kichik bronxlarda (bronxiolitda) eshitiladi. Mayda pufakli xirillashlarning ahamiyati muhim bo'lib, ko'pincha ular yallig'lanish jarayonining o'pka to'qimasiga tarqalayotganidan dalolat beradi. Katta pufakli xirillashlar paydo bo'lishi asosan ma'lum bo'lsa ham ayrim paytlarda muhim ahamiyatga ega bo'ladi. Chunonchi, bunday tovushlarning katta bronxlari yo'q o'pka bo'laklarida paydo bo'lishi kaverna borligidan dalolat beradi.

O'pka yallig'lanishining boshlanish davrida va tuberkulyoz infiltratsiyalanishining bir necha turlarida, o'pka infarktida mayda xirillashlardan farqli ravishda krepitatsiya eshitiladi.

Krepitatsiya. Krepitatsiya kelib chiqishiga sabab yopishib qolgan bronxiola, alveola devorlarining nafas olish paytida kirgan havo ta'sirida ajralishidan paydo bo'ladi. Krepitatsiya faqat nafas olish paytida hosil bo'ladi. Krepitatsiya krupoz pnevmoniyada, kasallikning 1-3 kunlari (crepitatio indux) ekssudatning quyilish davrida, 7-10 kunlari (crepitatio redux) - ekssudatning so'rilish davrida eshitiladi.

Bola hayotining birinchi oylarida ko'krak qafasi ekskursiyasining sustligidan xirillashlar ko'p hollarda qiyin eshitiladi.

Plevraning ishqalanish shovqini. Plevraning parietal na vistseral pardalarning ishkalanishi natijasida hosil bo'ladi va quyidagi patologik holatlarda eshitiladi:

1. Plevra yuzasining yallig'lanish natijasida fibrin bilan qoplanishi, unda yallig'langan o'choklarning hosil bo'lishi, keyinchalik esa plevra yuzasida notekis g'adir - budirlar hosil bo'lganda.
2. Yallig'lanish natijasida plevrada nozik yopishishlar paydo bo'lganda.
3. Plevra yuzasida o'sma bo'lganda, plevra tuberkulyozida.
4. Tanadan ko'p suyuqlik yo'qotilganda.

Ba'zan plevraning ishkalanish shovqini krepitatsiyaga o'xshab ketadi. Krepitatsiya va pufakchali xirillashlardan plevraning ishqalanish shovqini quyidagilar bilan farqlanadi:

1. Yo'talganda ba'zan mayda pufakchali xirillashlar yo'qoladi, plevranning ishkalanish shovqini esa o'zgarmay qoladi.
2. Plevranning ishkalanish shovqini nafas olishning har ikki fazasida, krepatatsiya esa faqat nafas olishda eshitiladi.
3. Bemor og'zi va burnini berkitib nafas olganda (bronxlarda havo harakati kamayganda) xirillashlik eshitilmaydi, plevranning ishkalanish shovqini esa eshitiladi.
4. Fanendoskop bilan ko'krak qafasi bosilganda plevranning ishqalanish shovqini kuchayadi, krepatatsiya esa o'zgarishsiz qoladi.
5. Plevranning ishqalanish shovqini yuzaroqda, mayda pufakchali xirillashlar esa o'pkaning chuqurroq qismlaridan eshitiladi.

Bronxofoniya - auskultatsiyada tovushning bronxlar orqali ko'krak qafasiga uzatilishidir. Sog'lom odam gapirayotganda, uning ko'krak qafasiga kuloq tutilganda, gapirilayotgan gaplarni ajratib bo'lmaydi, ular qo'shilib ketadi. O'pka to'qimasining qalinlashishi yoki o'pkada bo'shliqlarning paydo bo'lishi natijasida ovoz juda yaxshi eshitiladi va har bir so'zni ajratsa bo'ladi. Bronxofoniya o'pkaning simmetrik sohalarida tekshirilib, quloq bilan yoki stetoskop yordamida eshitiladi. Bunda bola aytishi kerak bo'lgan so'zlarni sekin ovozda (sekin tovushlar yaxshi o'tkaziladi), jumladan, «kis - kis», «bir - ikki - uch» va xakazo so'zlarni aytishi tavsiya qilinadi. Go'dak bolalarda esa ularning yig'lashidan yoki qichqirishidan foydalanish mumkin. Kuchli bronxofoniya o'pka yallig'lanishida va atelektaz holatlarida kuzatiladi. Bronxoektatik bo'shliqlarda va kavernalarda bronxofoniya kuchli va metall ovozi sifatida bo'lishi mumkin.

Dombrovskaya simptomi. Chapdan yurak tepkisi sohasida yurak tonlari eshitilib, darhol fonendoskop o'ng aksilyar sohaga ko'chiriladi. Normada bu sohada tonlar eshitilmaydi, o'pka to'qimasi qalinlashganda esa tonlar bu sohada ham yaxshi eshitiladigan bo'lib qoladi.

De-la Kampa simptomi. Ko'krak yoshidagi bolalarda V-VI ko'krak umurtqasi ustida baland laringo-traxeal nafas eshitilishidir.

Smit simptomi. Ko‘krak yoshidagi bolaning boshi gorizontal holatga kelguncha orqaga tashlanganda, to‘sh suyagining tepa qismida vena shovqini eshitiladi. Agar bolaning boshi asta - sekin pastga tushirilsa - shovqin kuchayadi. Vena shovqinining baland - pastligi paratraxéal limfa bezlarining kattalashish darajasiga bog‘liq bo‘ladi.

D-Espin simptomi. Bunda 7-8 ko‘krak umurtqasining o‘tkir o‘simtasi bo‘ylab pastdan yuqoriga, bola «kis - kis » yoki «bir - ikki - uch» kabi so‘zlarni sekin tovushda aytayotganida eshitib ko‘riladi. Normada ko‘krak umurtqasi sohasida tovush o‘tkazuvchanligini kuchayganligi mavjud bo‘lib, bunday kuchayishning bu sohadan pastda paydo bo‘lishi bifurkatsiya limfa tugunlarining kattalashganligidan dalolat beradi.

Nafas tizimini funktsional, rentgenologik va laborator tekshirish usullari

Nafas a‘zolari tizimining funktsional tekshiruvlariga spirografiya, pnevmotaxometriya, qondagi gazlarni tekshirish, bronxospirografiya va oksigemometriya kabi tekshiruvlar kiradi.

Spirografiya - tashqi nafasni tekshirish usuli. Bunda yopiq xavo sirkulyasiyasi, o‘pka xajmi va o‘pka ventilyasiyasi grafik registrasiyasini apparat yo‘rdamida tekshiriladi. Tashqi nafasni tekshirish nahorda tinch holatda o‘tkaziladi. Usul bolani faol qatnashishini talab etadi, 5 yosh va undan katta bolalarda qo‘llaniladi. Spirogrammada nafas harakati qiymati yig‘indisi hisoblanadi (nafas olish yo‘ki nafas chiqarish). O‘rtacha qiymati aniqlanadi va spirograf shkalasi masshtabiga mos holda millilitrlarda qayta hisob bajariladi. Spirogrammada tishlarning siljish qiymatiga qarab, tinch holatda nafas hajmi aniqlanadi. havoning rezervli hajmi, tinch nafas olgandan keyin olish mumkin bolgan gazning maksimal hajmi, maksimal nafas olishning tinch holatda nafas olish tengligidagi tishlarning o‘zgarishida aniqlanadi va millilitrlarda qayta hisoblanadi. Tekshirish 3-4 marta takrorlanadi, interval 30-40 sek va eng yuqori natija hisobga olinadi.

O‘pkaning tiriklik sig‘imi (OTS) - maksimal nafas olishdan so‘ng nafas chiqarish mumkin bolgan gazning maksimal miqdori. Inspirator choqqidan

ekspirator cho'qqigacha bo'lgan masofa aniqlanadi va millilitrlarda qayta hisoblanadi. O'gil bolalarda qizlarga nisbatan OTS yuqori bo'ladi. Nafas olishning minutli xajmi (NOMH). 1 minutda o'pkada ventilyasiya qilingan havo miqdori. NOMH - nafas olish sonining nafas chuqurligiga ko'paytmasi. 3-5 minutdagi nafas hajmi yig'indisi hisoblanadi va keyin 1 minutdagi o'rtacha qiymati aniqlanadi.

O'pkaning maksimal ventilyasiyasi (OMV) - nafas olish chegarasi- 10 sekund ichida tez va chuqur nafas olish, keyinchalik 1 minut davomida qayta hisoblash bilan aniqlanadi. Sog'lom bolalarda jismoniy yuklama bilan o'tkazilgan sinama qonning kislorodga to'yinishi pasayishiga olib kelmaydi.

Pnevmetometriya – Bronx yo'llarining o'tkazuvchanligini tekshirish uslubi bo'lib, uning yordamida nafas olish va chiqarishda harakatdagi havoning hajmi, tezligi aniqlanadi. Bunda tekshiriluvchining faol ishtiroki talab etilishi sababli ushbu tekshirish asosan maktab yoshidagi bolalarda o'tkaziladi.

Bolaning yoshi nazarga olinib trubkaning diametri tanlanadi. Odatda tekshirish 20 mm teshikli trubkadan boshlanadi, nafas olish va chiqarish quvvatining kamligiga iqrar bo'lgandan keyingina, tekshirish 10 mm teshikli trubka bilan davom ettiriladi. Tekshiriluvchi nafas olish trubkasining uchini lablari bilan mahkam qisib, trubkaga maksimal tez nafas chiqaradi. Apparatdagi muruvvat «nafas chiqarish» holatida turishi, burun esa qisqich yordamida yopilgan bo'lishi kerak. Keyin muruvvat «nafas olishga» beriladi va maksimal nafas olish registratsiya qilinadi. Tekshirish 3-4 marta takrorlanadi va hisob maksimal ko'rsatgich bo'yicha olib boriladi. Nafas olish va chiqarish quvvati ko'rsatgichlarining kamayishi, ventilyatsiya buzilishining obstruktiv harakterini ko'rsatadi (bronxospazmda, nafas yo'llari shilliq qavati shishida).

Oksigemometriya. Bunda fotoelektrik uslub vositasida, qayta tiklangan gemoglobin va oksigemoglobinlar spektral xususiyatlarining farqiga asoslangan holda qonning kislorodga (NSO₂) to'yinganligi aniqlanadi. Oksigemometriyaning to'g'ridan - to'g'ri bevosita usulida juda tez (2 - 3 daqiqa) va aniq ($\pm 2\%$) qonning kislorod bilan to'yinganligi (NSO₂) foizlarda aniqlanadi. Sog'lom kishilarda arterial

qonning kislorodga o'yinganligi 94-98% ni tashkil etadi. Oksigemometriyaning to'g'ridan - to'g'ri bo'lmagan bilvosita usulida turli xil datchiklar yordamida (quloq suprasi, barmoqdan) amalga oshiriladi. Bu uslub uzoq vaqt davomida, (har turdagi funksional sinamalar o'tkazishda, dorilar ta'sirini kuzatishda) qonning kislorodga to'yinganligini dinamikada tekshirish imkoniyatini beradi.

Rentgen apparatlari yordamida tekshirish. Ko'pincha bolalarda nur ta'sirini kamaytirish maqsadida rentgenografik zarurat tug'ilganda rentgenoskopik usulda tekshirishlar o'tkaziladi.

Sog'lom o'pkada rentgen nuri to'xtamaydi. Shu sababli o'pkaning normal holatida ekranda o'ziga xos to'r bilan qoplangan ikki yorug' maydoncha ko'zga ko'rinadi. Bu tarqalgan to'r qon - tomirlar, yirik va o'rta hajmdagi bronxlar soyasi bo'lib, o'pka ildizida soya quyuproq, pereferik tomonda esa siyraklashib boradi.

Kasalliklarda o'pka maydonchalari tiniqligi o'zgaradi va bu o'zgarishning harakteriga, joylashgan joyiga, katta kichikligiga qarab rentgenologik tashxis qo'yiladi. Tiniqlikning pasayib qorong'lashib ketishi turli xil pnevmoniyalarda kuzatilib, yorug'lashib ketishi esa o'pka enfizemasida, pnevmotoraksda kuzatiladi. Ko'pmiqdorda yig'ilgan suyuqlik o'pka tiniqligini pasaytirib, ko'ks oralig'i a'zolarini sog'lom tomonga surib qo'yadi. Bunda suyuqlik sathi bir tekisda bo'lmay, tepadan pastga va ichga yo'nalgan egrichiziqni tashkil qiladi. Bunda bemorni zararlangan tomonga gorizontol holda yotqizilsa, suyuqlik birtekis sathni egallaydi.

Bundan tashqari bemor tashxisida zarurat tug'ilganda bronxografik(bronxlarga kontrast moddalar yuborib), tomografik (qatlamli) rentgenografiya qilib, flyurografik – rentgenologik ko'rinishi plyonkaga fotografiya qilib olish usullarida tekshirishlar o'tkaziladi.

Yuqori nafas yo'llarning kasalliklari tashxisida maxsus oynachalar yordamida o'rta va orqa rinoskopiya (burun yo'llarini ko'rish) hamda laringoskopiya (xalqum va xiqildoqni ko'rish) o'tkaziladi.

Bronxoskopik, traxeobronxoskopik usullar yordamida traxeya, bronxlarni ko'rish bilan bir qatorda, bronxoskop yordamida biopsiya olib, yot moddalarni, suyuqliklarni

olib tashlash mumkin. Bronxoskopiya 3-4 yoshgacha bo'lgan bolalarda umumiy narkoz ostida o'tkazilsa, kattaroq yoshdagi bolalarda burun xalqum shilliq qavatlarida mahalliy anesteziya qilish bilan o'gkazish mumkin.

Laborator usullarda tekshirish. Nafas olish sistemasi kasalliklarida laborator uslubda asosan bemor balg'ami hamda plevra suyuqliklari xususiyatlari va tarkibi tekshiriladi.

Balg'am - yo'tal va tupurishda nafas yo'llaridan ajralib chiqadigan patologik ajralma. Balg'am paydo bo'lishi hamisha o'pka yoki bronxlarda patologik jarayon borligidan darak beradi. Balg'amga nafas a'zolari kasalligi belgisi sifatida baho berish uchun birinchidan balg'am miqdori, uning quyuq-suyuqligi, rangi, hidi va aralashmalarini hisobga olish zarur. Balg'am shilliqli, serozli, yiring va aralash bo'lishi mumkin. Balg'amda qon yoki ipir-ipir qon bo'lganda hamshira darhol shifokorga xabar berishi lozim. Bemor o'pkasida bo'shliq bo'lganda balg'am ko'p miqdorda ajraladi.

Balg'amning yaxshiroq ko'chishi uchun bemor eng qulay vaziyat tanlashi lozim, bu vaziyat yordamida drenaj qilish deyiladi. Jarayon bir tomonlama bo'lganda bemor sog'lom yonboshida yotadi. Vaziyat yordamida drenaj qilish kuniga 2-3 marta 20-30 daqiqadan o'tkaziladi. Tibbiyot hamshirasi bemor bu muolajani muntazam o'tkazishini kuzatib borishi zarur. Bemor balg'amni tufdonga - qopqog'i burab bekitiladigan to'qrangli shisha idishga tupurishi lozim. Kunlik miqdorni o'lchash uchun balg'amni cho'ntak tufdonidan qopqoqli va darajalarga bo'lingan tiniqrangli shisha idishga solinadi va qorong'i, salqin joyda saqlanadi.

a) Balg'amni umumiy tahlil uchun olish tartibi:

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: toza keng bo'g'izli, qopqoqli shisha flakon, og'iz chayish uchun eritma (furatsillinning 1:5000 yoki natriygidrokarbonatining 2% li, kaliy permanganatining 0,1 % li eritmasi), yo'llanma.
3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushun- tiriladi.
4. Qo'lqoplar kiyiladi.

5. Bolaning og‘zi tayyorlangan antiseptic eritmalardan biri bilan chayiladi.
6. Bolada balg‘am yaxshi ko‘chishi uchun bronxlardrenaji o‘tkaziladi.
7. Boladan yaxshilab yo‘talib, balg‘amni flakon chetlariga tekkizmasdan tupurish so‘raladi.
8. Flakonning qopqog‘i berkitiladi.
9. Qo‘lqoplar echiladi va ularga ishlov beriladi.
10. Flakonga yo‘llanma biriktiriladi va klinik laboratoriyaga yuboriladi.
11. Natija o‘sha kuni yoki ertasiga ertalab olib kelinadi.
12. Tekshiruv natijasi kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

Izoh: Analiz uchun balg‘amni ertalab nonushtadan oldin yig‘ish kerak. Bronxlar drenaji quyidagicha o‘tkaziladi: karavotning bosh qismi tushiriladi va oyoq qismi ko‘tariladi. Bola qorniga yotqizilib, orqasiga engil tukillatiladi.

b) Balg‘amni mikroflora va antibiotiklarga sezgirligini aniqlash uchun yig‘ish tartibi:

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo‘yiladi: bakteriologik laboratoriyadan olingan steril flakon, og‘I zchayish uchun eritma (furatsillinning 1:5000 yoki natriygidrokarbonatining 2% li, kaliypermanganatining 0,1% li eritmasi), spirtovka, gugurt, yo‘llanma.
3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
4. Qo‘lqoplar kiyiladi.
5. Bolaning og‘zi tayyorlangan antiseptic eritmalarning biri bilan chayiladi.
6. Bolada balg‘am yaxshi ko‘chishi uchun bronxlar drenaji o‘tkaziladi.
7. Chap qo‘l bilan steril flakon olinadi, o‘ng qo‘l bilan tiqini ochiladi.
8. Boladan yaxshilab yo‘talib, balg‘amni va lablarini flakonning chetlariga tekkizmasdan tupurishi so‘raladi.
9. Flakon chetlari va tiqinini spirtovka alangasi ustida kuydirib olinadi.
10. Flakon tiqini bilan berkitiladi.
11. Qo‘lqoplar echiladi va ularga ishlov beriladi.

12. Flakonga yo'llanma biriktiriladi va bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi.
13. Natija 7-10 kundan keyin olib kelinadi.
14. Tekshiruv natijasi kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

Izoh: Tahlil uchun balg'amni ertalab nonushtadan oldin yig'ish kerak.

Balg'amli idishda bemorning ismi-sharifi hamda tekshirish maqsadi yozilgan qog'oz bo'lishi kerak. Hamshira balg'amga ishlatiladigan bankalarning hamma vaqt toza bo'lishini kuzatib borishi lozim. Buning uchun harkuni ularni issiq suv bilan yuvish va 30 daqiqa mobaynida 2 foizli natriygidrokarbonat eritmasida qaynatishl o'zim. Tufdon tubiga 5 foizli karbolkislota eritmasi, 2 foizli kaliypermanganat yoki 30 foizli xloramin eritmasi quyiladi. Umumiy tufdonlarni zararsizlantirishda balg'amustiga zararsizlovchi xloramin eritmasi, tindirilgan (balg'am ustiga) xlorli ohak eritmasi quyiladi, so'ngra kanalizatsiyaga to'kiladi.

Silga qarshi tibbiyot muassasalarida tufdondagi balg'amni qirindi yoki torf bilan aralashtiriladi va maxsus pechlarda kuydiriladi.

Balg'amda ipir-ipir yoki ko'p miqdor qip-qizil qon paydo bo'lishi, o'pkadan oqayotgan qonni bildiradi.

Mikrobiologik teshiruv. Bunda xalqum va burun shilliq qavatida nolingan surtmalar, bronxlar sekretlari, plevra suyuqliklari bakteriologik yoki bakterioskopik tekshiruvdan o'tkaziladi.

Amaliy ko'nikmani bajaring va eslab koling!!

Plevral punktsiyada qatnashish

Plevra bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilib qolganda plevrani tashxis va davo maqsadida punksiya qilish zarur bo'ladi. Plevra punktsiyasini shifokor bajaradi. Bunda hamshiraning vazifasi asboblarni, bemorni tayyorlash va muolajani bajarish vaqtida shifokorga yordam berishdan iborat.

Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va uslubi tushuntirib beriladi.
2. Qo'llar yuvib, quritiladi.

3. Quyidagilar tayyorlanadi: anesteziya uchun to'plam (shprints 5 ml, 10 ml, teri osti, mushaklar orasiga ineksiya qilish uchun ignalar, 0,5% li novokain ampulada, 70% li spirt, steril paxta), pleural punktsiya uchun rezina nayliigna, qisqich, drenaj naychalar tizimi, Poten shprints yoki Bobrov apparati, yoki elektro so'rg'ich, ko'krak qafasining tog'ri va yon proeksiyalardagi rentgenogrammalari, pleural suyuqliklarni yig'ish uchun idishlar, steril bog'lov anjomlari bo'lgan biks, kleol yoki leykoplastr, laboratoriyaga yo'llanma, probirkalar, dezinfeksiyalovchi vositalar uchun idishlar.
4. Shifokorga qo'lini yuvishda yordam beriladi.
5. Stul suyanchig'iga yostiq qo'yiladi, bolani stul suyanchig'i tomonga qaratib o'tkaziladi, uning qo'llari yostiqda turishi kerak.
6. Bolaga stul suyanchig'i ustiga engashish buyuriladi (qovurg'alar aro masofaning kengayishi uchun).
7. Qo'llarga ishlov beriladi, qo'lqoplar, niqob, qalpoqcha va steril xalat kiyiladi.
8. Punktsiya paytida shifokorga yordam berib turiladi, bola ahvolidan xabardor bo'lib turiladi (57-a,brasm).
9. Muolajadan keyin bolani aravachada xonasiga olib boriladi.
10. Laboratoriyaga punktsiya paytida olingan suyuqlik olib boriladi.
11. Tahlil natijasi olingach, kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.
12. 3 soat davomida bolani tinimsiz kuzatiladi (qat'iy yotoq tartibi).

Allergologik tekshiruv.Bunda teri yoki teri ostiga allergenlaryuboribumumiy IgE ha2mda, allergenlarga spetsifik bo'lgan IgE va IgG lartekshiriladi.

O'pkaning funktsional holatini aniqlashda turli xil sinamalar, jumladan nafas olishda (Shtange bo'yicha) va nafas chiqarishda (Gench bo'yicha) nafasni to'xtatib turish kabi sinamalar o'tkaziladi. Bunda tekshirilayotgan bola o'tirgan holda nafasni burunni siqib ushlab turadi. Pediatriyada Gench usulining modifikatsiyasi qo'llaniladi. Bu sinama bola uch marta nafas olgandan so'ng o'tkaziladi. Nafas ushlab turishning davomligi qo'yidagi yoshlarda qo'yidagi ko'rsatgichlarni tashkil etadi

Yoshlar	Davomliligi	Yoshlar	Davomliligi
6 yosh	16 daqiqa	10 yosh	37 daqiqa
7 yosh	28 daqiqa	11 yosh	39 daqiqa
8 yosh	32 daqiqa	12 yosh	42 daqiqa
9 yosh	34 daqiqa		

Bolani ko'ruv vaqtida burundan ajralma kelishi va burun orqali nafas olish qiyinlashuvini sezish mumkin. Tashqi ko'rikda nafas yetishmovchiligi teri sianozi, lab shilliq qavati va til sianozi bilan bilinadi.

NAFAS OLISH A'ZOLARI KASALLIKLARI

TRAXEIT

Traxeit - bu traxeyadagi yallig'lanish jarayoni bo'lib. Barcha yoshdagi odamlar bu kasallikka duch kelishi mumkin, lekin ko'p hollarda bu kasallik bolalar, ayniqsa maktabgacha yoshdagi kasalliklarga duchor bo'ladi. Ko'pgina hollarda kasallik ARVI shaklidir va laringit, rinit, bronxit bilan kechadi. Kasallikning prognozi ijobiy, ammo tibbiy yordam uchun o'z vaqtida topshirgan holda.

Bolada traxeitning sabablari

Kasallik boshqa yuqumli va yuqumli kasalliklarga ham ega bo'lishi mumkin. Ushbu kasallikka olib kelishi mumkin bo'lgan sabablarni ta'kidlash kerak:

- ko'pincha kasallik viruslar, masalan, adenovirus, gripp, parinfluenza, rinovirus kabi kasalliklarga olib keladi;
- Virusli kasallikdan keyin trakeal jarohatlarda bakterial traxeit rivojlanishi mumkin, shuningdek, bu shakl pneumococcus, hemophilia, streptococcus, staphylococcus;
- ehtimol, xlamidial, mycoplasma lezyoni;
- kasallik ikkinchi darajali xarakterga ega bo'lishi va qizamiq, qizil olov, difteri, ko'k yo'tal natijasida bo'lishi mumkin;
- kam hollarda kasallik mantarlar tomonidan qo'zg'aladi;
- issiq yoki juda sovuq havo, bo'yoq bug'lari, laklar va boshqa kimyoviy moddalar, sigaretaning tutuni ta'siri ostida kasallik xavfi mavjud;
- allergenlarning ta'sirida allergik traxeit rivojlanishi mumkin;
- Og'izdagi kariyes mavjudligi.

Boladagi traxeit belgilari. Har bir ona bu kasallikning namoyon bo'lishining asosiy xususiyatlarini bilishi kerak, shuning uchun birinchi alomatlar paytida siz shifokorni ko'rishingiz kerak. Faqat shifokor tashxisni tasdiqlab, davolanishni buyurishi mumkin.

Kasallikning boshlanishi virusli infeksiya rivojlanishiga o'xshaydi. Bolada isitma, burun, yo'tal bor. Bola bosh og'rig'idan, zaiflikdan shikoyat qiladi. Tomoqda terlash ham mavjud.

Bolalardagi traxeitning asosiy alomatlari yo'tal bo'lib, u o'ziga xos xususiyatlarga ega:

- torasik;
- odatda Balg'amsiz yoki juda oz miqdorda ekstraktsiya qilmasdan;
- yo'tal alamli hissiyotlarga olib keladi;
- ko'pincha uyqudagi vaqtida yoki uzoq yolg'on gapirishda, yugurayotganda, yig'lashganda, kulishda yuz beradi;
- tomoq terisidan boshlanadi va hujumga yetguncha o'sadi;
- Yo'talish odatda hushtak bilan birga keladi.

Bundan tashqari, bolalardagi allergik traxeit belgilari e'tiborga olinishi lozim. Bu form doimiy oqim va doimiy og'riq bilan tavsiflanadi. Odatda bu turdagi xiralik odatdagi haroratda sodir bo'ladi. Ammo ota-onalar bolaning umumiy farovonligining yomonlashuvini ta'kidlashlari mumkin. U shavqatsiz bo'lib, yomon ovqat eb, zaiflikdan shikoyat qiladi. Qon testi odatda eozinofillarning o'sishini ko'rsatadi.

Bunday holda, allergik reaksiyaning manbasini aniqlash juda muhimdir. U uy chang, baliq ovqati bo'lishi mumkin.

Bolalardagi traxeitning asoratlari kam uchraydi. Ammo kasallik eng yoshi uchun xavflidir, chunki ular yo'tal refleksini rivojlantirmaydilar va ular yaxshi yo'tala olmaydi. Bunday holda, kasallik bronxopnevmoniya holatiga tushishi va nafas etishmovchiligi tufayli murakkablashishi mumkin.

Traxeyitni davolash

Shifokor terapiyani buyurishi kerak. Odatda antiviral va antihistaminiklarni qo'llash tavsiya etiladi. Agar kasallik bakterial xususiyatga ega bo'lsa, antibiotiklar buyuriladi. Shifokor antitussiya yoki ekspektoran preparatlarni buyurishi mumkin, inhaliyalar.

Xonani nam, muntazam tozalash va ventilyatsiya qilish juda muhimdir. Ko'p onalar chaqaloqning salomatligi uchun toza havo qanchalik muhimligini tushunadilar. Shuning uchun, ota-onalar bir savol bor, bolada traxeit bilan yurasizmi. Kichkintoyning tiklanish bosqichida foydali faktlar. Agar bolada og'riqli yo'talsa, isitma vaqtida yurishdan voz kechish yaxshiroqdir.

BRONXIT

Bronxit. Kasallik bolalarda aksariyat xollarda respirator viruslar tomonidan chaqiriladi, bakterial bronxit esa kamdan - kam uchraydi. Lekin bakteriya(ko'pincha stafilokokk, streptokokk, pnevmokokk) lar viruslar ta'sirida faollashadi. Bronxitda kasallikka beriluvchanlik ham muhim o'rin egallaydi. Shuning uchun ba'zi bolalar boshqalariga nisbatan bronxit bilan ko'proq kasallanadi. Ba'zi bolalar infeksiyon kasalliklari (qizamiq, ko'kyo'tal) da bronxit asosiy kasallikning odatdagi klinik ko'rinishi hisoblanadi.

Klinikasi. Kasallikning asosiy belgisi yo'tal bo'lib, u bronxit boshlanishida quruq, ba'zan davomli va ko'krakda og'riq bilan kechadi. Ikkinchi haftalarda yo'tal yumshaydi va bemor shilimshiq, shilliq - yiringli balg'am ajrata boshlaydi. Perkutor tovush o'zgarmagan, ba'zan o'pkaning bo'rtishida qutisimon tovush eshitiladi. Auskultatsiyada quruq yoki yirik va o'rta kalibrli nam xirillashlar eshitiladi. Agarda patologik jarayonga mayda bronx va bronxiolalar ham qo'shilsa, mayda pufakchali xirillashlar paydo bo'lib, ular soni yo'talganda ko'payadi. Bronxit asosan ikki tomonlama bo'lib, ba'zan bir tomonlama ham bo'lishi mumkin.

Aksariyat hollarda rentgenologik o'zgarishlar bo'lmasligi mumkin. Lekin ko'pincha erta yoshdagi bolalarda bronx-qon tomirlar suratining ikki tomonlama kuchayishi kuzatiladi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining kriteriysi bo'yicha balg'amli ho'l yo'talning yil davomida 3 oy va undan ko'p davom etishi yoki ketma-ket ikki yil davomida saqlanib turishi surunkali bronxitga xosdir.

Obstruktiv (spastik) bronxit. Bunda ham bronxitga xos simptomlar kuzatiladi, ammo obstruktiv sindromlar: ekspirator nafas qisishi, ko'krak qafasining bo'rtib turishi, perkutor tovushning qutisimon bo'lishi, nafas chiqarishning cho'zilishi va bunda hushtaksimon xirillashlarning eshitilishi juda yaqqolroq namoyon bo'ladi. Bronx yo'llarining yallig'lanish infiltratsiyasi, ko'p miqdorda shilliqli suyuqliklar va shish paydo bo'lishi, ularning bronx yo'llarida turib qolishi obstruktsiyaga sabab bo'ladi. Bordiyu buning natijasida bronx yo'llari butunlay berkilib qolsa, o'pkaning o'sha segmenti yoki bo'lagida xirillashlar yo'qolib, nafas olishning eshitilishi juda pasayadi yoki umuman eshitilmay qoladi.

BRONXIOLIT

Bronxiolit. Kasallik erta yoshdagi bolalarda, ayniqsa tug'ilishning birinchi oylarida nisbatan ko'p uchraydi. Odatda oilada kattalar engil respirator infeksiyalarni boshidan o'tkazganida bola tezda kasallanib qolishi mumkin.

Klinikasi. Kasallik engil tumov, subfebril isitma bilan boshlanib, 2-3 kun ichida bemorning ahvoli og'irlashadi. Bunda nafas qisishi (yordamchi muskullar ishtiroki bilan), burun qanotlarining kengayishi, og'iz atrofi sohasining ko'karishlari paydo bo'ladi. Obstruktsiya kuchayishi bilan bemor betoqatlanadi va nafas olish etishmasligi yanada ortadi. Nafas olish soni minutiga 70 - 90 taga etadi, perkussiyada qutisimon tovush eshitiladi. Auskultatsiyada musiqasimon, hushtaksimon quruq va ko'p miqdorda mayda pufakchali xirillashlar eshitiladi. Rentgenologik tekshiruvda o'pka bo'laklari tiniqligi, hamda bronx-qon tomir suratining kuchayishi kuzatiladi.

PLEVRIT

Plevrit. Plevraning yalligʻlanish kasalligi boʻlib, mustaqil kasallik yoki pnevmoniyaning qoldigi yoki asorati sifatida rivojlanishi mumkin.

Plevritning ikki - quruq va hoʻl xillari farqlanadi.

Quruq plevrit - oʻpkaning oʻtkir bakterial infeksiyasida, tuberkulyozda, kollagenozlarda kuzatiladi.

Klinikasi. Quruq plevritning xarakterli belgisi ogʻriq sindromi boʻlib, ogʻriq nafas olganda kuchayadi va qovurgʻalar boʻylab diafragma ham zararlansa, qorin sohasiga tarqaladi. Bemor ogʻriqni kamaytirish maqsadida zararlangan tomonga yonboshlab yotishga harakat qiladi (majburiy holat). Auskultatsiyada zararlangan tomonda nafas shovqinining pasayishi va plevraning ishqalanish ovozi eshitiladi.

Serozli plevrit. Kelib chiqishiga qarab spetsifik (tuberkulyozda), hamda nospetsifik (pnevmokokk, streptokokk, gripp virusi taʼsirida) boʻladi.

Yiringli plevrit. Koʻpipcha pnevmoniyaning qoldigi yoki asorati sifatida, baʼzan esa mustaqil ravishda paydo boʻladi.

Klinikasi. Bemorning umumiy ahvoli ogʻir, febril isitma tezda gektik harakterdagi isitma bilan almashinadi. Nafas etishmasligi zoʻrayib, bemor chuqur-chuqur, hoʻl yoʻtaladi.

Eksgudativ yoki yiringli plevritda suyuqlik plevra sohasining bir tomonlama koʻp qismini egallagan boʻlsa, nafas olishda koʻkrak qafasining yarmi (kasallangan tomon) orqada qoladi. Perkussiyada Ellis-Damuazo-Sokolov chizigʻi aniqlanadi. Bunda boʻgʻik perkutor tovushining yuqorigi chegarasi orqa aksillyar chiziqning yuqori qismida boʻlib, bu erdan u ichkariga va pastga qarab boradi. Bu chiziq plevradagi suyuqlikning eng baland turish sathini koʻrsatadi. Bunda oʻpka suyuqlik tufayli ildiz tomon surilgan boʻladi. Zararlangan tarafda uchburchak shaklida boʻgʻiq timpanik tovush (Garlyand uchburchagi) hosil boʻladi. U qisilgan oʻpka sohasiga toʻgʻri keladi. Uning gipotenezasi-Sokolov-Damuazo chizigʻining davomi, kateti esa umurtqa pogʻonasi va Sokolov-Damuazo choʻqqisidan tushirilgan perpendikulyar

chiziq bo'ladi. Sog' tarafda ham Rauxfus-Grokko nomi bilan ko'ks oralig'i a'zolarining surilishi natijasida yana bir uchburchak paydo bo'ladi. Bu joyda perkussiyada bo'g'ik tovush eshitiladi. Uning bir kateti -umurtqa pog'onasi, ikkinchisi esa - o'pkaning pastki chegarasi, gipotenezasi esa - Sokolov - Damuazo chizig'ida bo'ladi.

Auskultatsiyada nafas olish va xirillash juda pasaygan, ba'zan esa eshitilmas darajada bo'lishi kuzatiladi. Rentgenologik va plevra suyuqligini tekshirish orqali plevrit diagnozi va uning etiologiyasi tasdiqlanadi.

BOLALAR O'TKIR ZOTILJAM - PNEVMONIYA

Pnevmoniya - (yunoncha pneumon - o'pka) - o'pka to'qimasining yallig'lanishi bo'lib, go'dak bolalar o'rtasida uchraydigan kasallanish va o'lim strukturasi etakchi o'rinda turadi.

Pnevmoniya kichik yoshdagi bolalar orasida hammadan ko'ra ko'proq uchraydi, shuningdek bu kasallik 2 yoshgacha bo'lgan bolalarning nafas a'zolari kasalliklari orasida 80% dan ko'proqni egallaydi.

Bola o'pkasining anatomo-fiziologik xususiyatlari, yosh organizmning immun holati (emadigan bolalar pnevmokoklardan bo'ladigan kasallika qarshi aktiv imunitet hosil qila olmaydi), atrof muxit omillariga aloqador bo'lgan organizm reaktivligi yosh bolalarda pnevmoniyalarning ko'p uchrashi va og'ir o'tishiga sabab bo'ladi.

Etiologiyasi. Pnevmoniya polietiologik kasallik hisoblanadi. Turli xil bakteriyalar(pnevmonokokk, streptokokk, enterokokk, vulgar protey, ichak tayokchasi va boshqalar), viruslar(gripp, paragripp viruslari, adenoviruslar, qizamiq viruslari va boshqalar), parazitlar(Karini pnevmotsistalari, askaridalar va boshqalar), zamburug'lar, mikoplazmalar ham kasallikni keltirib chiqarishlari mumkin.

Virus keltirib chiqargan pnevmoniyalar ko'pchilik hollarda atipik interstitsial formalarda o'tadi. Shuning uchun bunday formalar bilan kasallangan bolalarni davolashda antibiotiklarning ta'siri deyarli kuzatilmaydi.

Bolaning ona qornida asfiksiyaga uchrashi, bosh miyya ichi jarohatlari olishi va o'pka atelektazlarining paydo bo'lishi hayotining daslabki oylarini yashab kelayotgan davrlarda pnevmoniyalar paydo bo'lishiga zamin bo'lib xizmat qiladi.

Bolani noto'g'ri ovqatlantirish, parvarishdagi nuqsonlar, kun tartibining buzilishlari, turmush sharoitlarining yaxshi emasligi, shuningdek o'tkir kasalliklar bilan tez-tez og'rib turish, raxit, gipotrofiya, anemiya, qonstitutsiya anomaliyalarining mavjudligi bolalar organizmi reaktivligining anchagina pasayib qolishiga olib keladi. Bola organizmining sovqotishi ham kasallik kelib chiqishida muhim o'rin egallaydi.

O'pka parenximasiga infektsiya quyidagi yo'llar orqali to'shadi:

1. Gematogen yo'l - organizmning ba'zi bir a'zosida yallig'lanish bo'lsa, mikroorganizm bu jarayondan qonga o'tib o'pka parenximasiga tushishi, ko'payishi va rivojlanib yallig'lash belgilarini namoyon etishi mumkin;
2. Limfogen yo'l - xuddi yuqorida qayd etilgandek, lekin yallig'langan joydan o'pka parenximasiga limfa yo'llari orqali keladi;
3. Bronx aerogen yo'l - yuqori nafas yo'llaridan pastki nafas yo'llariga, xususan atsinus, alveolalarga infektsiya tushib, zotiljam alomatlarini namoyon etadi. Bunda ko'pincha bronx zotiljami (bronxopnevmoniya) kuzatiladi. Bu bronxopnevmoniyada klinik alomatlar o'ziga xos bo'lib, ajralib turadi;
4. Kontakt yo'l - bunda o'pka parenximasiga qo'shni a'zodan yallishanish o'tib, zotiljam yuzaga kelishiga sabab bo'ladi.

Patogenezi. O'tkir zotiljam patogenezi etiologiyasiga, tarqalish yo'llariga qarab har xil bo'ladi. Shunga qaramay mikroorganizm u yoki bu yo'l orqali o'pka parenximasiga tushadi. Bu erda ko'payish va rivojlanish natijasida mikroorganizm endo yoki ekzotoksin yoki birgalikda endo va ekzotoksin kabi zaharlarni ajratib chiqarishi mumkin. Bu zaharlar birinchi navbatda o'pka qon-tomirlarini zararlab, devorlarini keskin ravishda g'ovlashtirib, ularning o'tkazuvchanligini kuchaytiradi. Buning oqibatida qonning suyuq qismi to'qimalarga hamda alveolalarga qarab yo'naladi.

Alveolalarning ichi suyuqlik bilan to'lganligi sababli umuman nafas olish vazifalarini bajara olmaydi. Natijada zararlangan alveolalarni qon tarkibidagi karbonat angidrid chiqarish va kislorod bilan boyitish vazifasi buziladi, buning hisobiga qon tarkibida kislorod miqdori kamayib, karbonat angidrid miqdori ko'payadi. Qon-tomir devorlarida joylashgan interoretseptorlar bunga javoban markaziy asab sistemasiga afferent yo'l orqali qonda kislorod kamchiligi to'g'risida xabar beradi. Uz navbatida markaziy asab sistemasi efferent yo'l orqali nafas sistemasini jadallashtiradigan impulslar yuboradi.

Nafas olish tezligi ortadi, ammo nafas olish chuqurligi, o'pkaning hayotiy hajmi (O'HH) sayozlashadi. Bunday o'zgarish qon tarkibida kislorod miqdorining yanada kamayishiga, karbonat angidridning esa ko'payishiga olib keladi. Qaytadan interoretseptorlar orqali markaziy asab sistemasiga yuborilgan afferent va qayta kelgan efferent impulslar qayd etilgan o'zgarishlarni yanada kuchaytirib, nuqson doirasini vujudga keltiradi.

Mantiqan tahlil qilinganda qondagi kislorod miqdori kamayishida mahalliy yallig'lanishning ahamiyati katta. Kompensatsiya qilish uchun ishga tushgan markaziy asab sistemasi aslida dekompensatsiyaga olib keladi. O'pkadagi yallig'lanish jarayoni sababli qonga keskin ravishda toksinlar (zaharlar) o'tib ketadi va toksemiya olib keladi.

Klinikada bu o'zgarish intoksikatsiya deb ataladi. Toksemiya birinchi navbatda markaziy asab sistemasini zararlantiradi. Patogenetik nuqtai-nazardan bunday zararlanganda qondagi toksinlar miya moddasi tevaragidagi qon-tomirlar o'tkazuvchanligini keskin kuchaytirib yuboradi. Natijada qon-tomir ichidagi qon zardobi miya moddasi to'qimasi tomon yo'nala boshlaydi va har bir xujayraning hajmi suyuqlik hisobiga kattalashadi. Umumiy qilib olganda, miya to'qimasi shishadi. Ammo bu shish cheksiz bo'lmaydi, sababi bosh suyaklari bunga yo'l ko'ymaydi.

Bunday o'zgarishlar oqibatda miya to'qimasining siqilishiga (kompresiya) olib keladi. Siqilish natijasida hayotiy muhim markazlar (nafas olish, yurak, qon-tomir, termoregulyatsiya va hokazolar) shikastlanadi.

Zotiljam kasalligida yurak qon-tomir sistemasi periferik va markazlashgan ravishda buziladi, me'da-ichak yo'llari ham bevosita shikastlanadi, kamqonlik alomatlari vujudga keladi.

Klinikasi. Kasallikning klinikasi uning turiga va keltirib chiqaruvchi sabablariga bog'liq bo'lib juda xilma-xildir.

O'tkir zotiljamning 1985 yilda qabul qilingan yangi tasnifi

Morfologik shakli

1. O'choqli
2. Segmentar
3. Interstitsial
4. O'chogli- qo'shilgan
5. Krupoz

Yuqish sharoitiga ko'ra

1. Kasalxona ichi
2. Kasalxonadan tashqari
3. Perinatal
4. Immunodefitsitli bemorlarda

Kechishi

1. O'tkir
2. Cho'zilgan

Asorati (yoki og'irlik)

- a) o'pka:
- sinpnevmonik
 - plevrit
 - pio, pnevmotoraks

- o'pka destruksiyasi
- o'pka abstsessi
- metapnevmonik plevrit

b) o'pkadan tashqari:

- yuqumchil toksik shok
- DVS sindrom
- YuQT etishmovchiligi
- respirator distress sindrom

O'choqli pnevmoniya odatda tumov, aksirash, quruq yo'tal, uncha yuqori bo'lmagan isitma, bolaning injiqlanishi, burunning bitib qolishi bilan boshlanadi. Kasallikning asosiy sababchisi respirator viruslar hisoblanadi. 5-7 kunlarga kelib bolaning rangi pasayadi, yo'tal kuchayadi, isitmasi ko'tarilib bolada hansirash paydo bo'ladi. Bola yig'laganda va emayotganida lablari, og'iz atrofida tsianoz kuzatiladi. Asta-sekinlik bilan bu belgilar kuchayadi, nafas olish va yurak urishlari soni ortadi. Nafas olishda burun qanotlarining uchishi, qo'shimcha muskullarning qatnashuvi aniqlanadi(qovurg'alararo muskullar va buyunturuq chuqurchalarining ichkariga tortilishi va boshqalar).

Ko'krak qafasi perkussiya qilib ko'rilganda o'choqli pnevmoniyada yallig'lanib qattiqlashgan sohalardan perkutor tovushning qisqa va bo'g'iqroq chiqishi aniqlanadi. Auskultatsiyada nafas susaygan yoki aksincha dag'allashgan, biroz miqdorda tarqoq mayda pufakchali ho'l xirillashlar eshutilishi mumkin.

Rentgenologik tekshiruv mayda o'choqli xiraliklarni beradi. Qonda leykotsitoz, neytofilyoz va EChT ning tezlashganligi aniqlanadi.

Kasallik o'tkir kechganda 6 haftadan oshmaydi, bordiyu 8 haftagacha davom etsa, chuzilgan pnevmoniya deb qaraladi. Pnevmoniyaning 8 haftadan ko'pga cho'zilishi esa uning surunkali tus olganligini bildiradi .

O'tkir mayda o'choqli pnevmoniya ko'pincha go'dak bolalarda uchraydi va og'irroq kechadi.

Segmentar pnevmoniya odatda turli yoshdagi bolalarda uchrashi mumkin, lekin ko‘proq 3-7 yoshli bolalar kasallinishi kuzatiladi.

Krupoz pnevmoniya esa aksariyat maktab yoshidagi bolalarda uchraydi va og‘irroq kechishi bilan xarakterlanadi. Kasallik odatda to‘satdan, keskin boshlanadi, bolaning umumiy ahvoli birdaniga o‘zgaradi, boshi qattiq og‘riydi, odatda dastlabki kunlarda yo‘tal kamroq bo‘ladi, balg‘am ajralmaydi. Asta sekinlik bilan bolaning ahvoli og‘irlashib boradi, burun qanotlari uchadi, lablarida uchuqlar toshadi, yonoqlarida qizarish paydo bo‘ladi, tana harorati ko‘tariladi. Ko‘krak qafasiga urib ko‘rilganda ovozning susayishi, eshitib ko‘rilganda esa harakterli krepitatsiya (qorning g‘ichirlashi yoki bir tutam sochni qo‘lda uqalaganda chiqadigan tovushni eslatadigan nafis xirillash) eshitiladi.

1-2 hafta o‘tgach bolaning ahvoli yaxshilanib sog‘ayish belgilari paydo bo‘la boshlaydi.

Interstitsial pnevmoniyalar ko‘proq viruslar, pnevmotsistalar, mikoplazma va zamburug‘lar tomonidan keltirib chiqariladi, hamda aksariyat hollarda chaqaloqlarda, chala tug‘ilgan bolalarda, gipotrofiya, anemiya va boshqa ikkilamchi kasalliklar bilan og‘rigan nimjon bolalarda rivojlanadi. Pnevmoniyaning bu turida bolalarning ahvoli juda tez og‘irlashadi, burun qanotlari uchib nafas olish shovqinli bo‘lib qoladi. Lablar va yuzlarida ko‘karish paydo bo‘ladi, xurujsimon, cho‘ziluvchan, tinkani qurituvchi yo‘tal boshlanadi. Kasallikning harakterli tomoni shundaki ahvolning og‘irligiga qaramasdan o‘pkada perkutor va auskultativ o‘zgarishlar kam aniqlanadi. O‘pkadagi o‘zgarishlar ko‘proq rentgenologik tekshiruvlardagina ko‘rinadi. Interstitsial pnevmoniyalar odatda 1-2 haftadan 1-2 oygacha davom etishi mumkin (kasallik ko‘zg‘atuvchilariga qarab).

Chaqaloqlarda pnevmoniyalar o‘ziga xos tarzda, odatda og‘ir formada o‘tadi va chaqaloq bolalar o‘rtasida bo‘ladigan o‘lim sabablari orasida dastlabki o‘rinlardan birini egalaydi.

Chaqaloqlarda pnevmoniyalar paydo bo‘lishida virus-bakteriya ifektsiyasi va organizmning qarshilik qobiliyatini susaytiruvchi hamma omillar: sovqotish, ovqatga

yolchimaslik, bo'limda chaqaloqlarning ko'p bo'lishi, ona qornida bo'lib o'tgan asfiksiya, kalla ichi travmalari, atelektazlar, tug'ruqning cho'zilib ketishi, chilla davri kasalliklari va boshqalar katta ahamiyatiga ega.

Chaqaloqlar pnevmoniyalarning klinik manzarasi o'ziga xos, juda turli-tumandir, lekin bunda bitta umumiy qonuniyat bo'ladi-nafas organlariga tegishli o'zgarishlar emas, balki umumiy intoksikatsiya alomatlari birinchi o'rinda namoyon bo'ladi.

Bunday bolalarda mayda o'choqli pnevmoniyaning simptomlari kam ifodalangan bo'ladi va boshqa kasalliklarida uchraydigan simptomlar bilan o'xshab ketadi, bularga - ko'krakni emmay qo'yish, sutni qaytarib chiqarish, qayt qilish, qorinning dam bo'lishi, bola ichining diareyaga uxshagan holda buzilishi, ozib ketish, to'qimalar turgori va muskullar tonusining pasayishi, shartsiz reflekslarning so'nishi yoki susayib qolish kabilarni misol keltirish mumkin. Yo'tal bo'lmasligi yoki sust ifodalangan bo'lishi (bolaning sal-pal yo'talib qo'yishi) mumkin. Bola og'zidan, gohida esa burnidan ko'pikli shilimshiq ajralishi va nafas olganida lablarining cho'chchaytirib turishi kuzatiladi. Lekin, bu belgi doimiy bo'lmasligi ham mumkin.

Harorat reaksiyasi har xil - juda ko'pchilik holarda subfebril, ahyon-ahyonda ko'tarilgan, biroq normal bo'lishi ham mumkin.

Aksariyat hollarda nafasning izdan chiqishi: nafas tezlashuvlari(1 daqiqada 80-100 martagacha) tez-tez bo'lib turadigan to'xtalishlar bilan almashinib, bolaning yuzi, lablari atrofida, qo'l oyoq panjalarida tsianoz yuzaga kelishi bilan uyg'unlashgan holda namoyon bo'ladi. Bolaning rangi dam oqarib, dam ko'karib turishi harakterlidir.

Ko'krak qafasi perkussiyasida arziyas o'zgarishlar aniqlanadi, auskultatsiyada esa nafas harakterining o'zgarganligi (qattiq pueril, susaygan, bronxial nafas) va oz miqdorda yoki tarqoq holdagi mayda, nam, hamda krepatatsiyalovchi xirillashlar eshitaladi. Yurak tonlari bo'g'iq, puls, odata, tezlashgan, yumshoq va to'liqligi pasaygan bo'ladi. Jigar katalashgan, aksariyat hollarda qorinning dam bo'lib turishi aniqlanadi. Terida bichilgan joylar, piodermiyalar paydo bo'ladi, bolaning og'zi

oqarib stomatitlar boshlanadi, me'da-ichak yo'li funksiyasi buziladi, bu narsa bolani qayt qilib turishi, ichining surilishi, meteorizm (qorin dam bo'lishi) bilan namoyon bo'ladi. Bolada asab tizimi o'zgarishlari: giperesteziya, talvasa tutishi, toksik entsefalit belgilari boshlanishi mumkin.

Chala tug'ilgan bolalardagi pnevmoniyalar markaziy nerv sistemasi, nafas va isiqlikni idora etuvchi markazlarning etilmaganligini, butun nafas va tomirlar sistemasining morfologik va funktsional jihatdan norasoligi jihatidan o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'ladi.

Bolaning umumiy ahvoli juda tez og'irlashadi, yuqoridagi sanab o'tilgan belgilar chala tug'ilgan bolalarda juda ham yaqqolrok namoyon bo'ladi, bola ovqatdan bosh tortib, emgan sutini qaytarib chiqaradi, qayt qilib turadi, ichaklari dam bo'lib, ich ketadi, tanasining vazni keskin kamayib ketadi. Bolaning og'zi, ba'zida burnidan ko'pikli shilimshiq kela boshlashi xatarli belgi sanaladi. Bola qanchalik kichik bo'lsa perkutor va auskultativ ma'lumotlar kam ifodalangan bo'ladi.

Chala tug'ilgan bolalar pnevmoniyasi doimo og'ir kasallik hisoblanib, aksari atelektazlar va kalla ichi travmalari bilan birga dovom etadiki, bu holat patologik jarayonning uzoqroq (2-3 oygacha) cho'zilishiga va oqibatning yomonlashishiga sabab bo'ladi.

Katta yoshdagi bolalarda pnevmoniya chaqaloqlar va go'daklarga qaraganda kamroq uchraydi va engilroq kechishi bilan harakterlanadi. Aksariyat hollarda katta bolalardagi pnevmoniyalar o'choqli, segmentar va krupoz pnevmoniyalar sifatida bo'ladi. Faqatgina krupoz pnevmoniyalargina vaqtida, etarli darajada davolanmagan hollardagina asoratlari (yiringli plevrit, abstsess, pielonefrit, peritonit va boshqalar) berishi mumkin.

Asoratlari. Go'dak bolalarda pnevmoniyalardan so'ng asoratlari ancha ko'p uchraydi, lekin ximioterapevtik dori-darmonlar keng qo'llanilayotganligi munosabati bilan so'ngi yillarda bularning soni ancha kamayib qoldi.

Go'dak bolalarda bo'ladigan pnevmoniyalarning eng ko'p uchraydigan asoratlari otoantritga o'tib ketadigan kataral yoki yiringli otit, yiringli plevrit, o'pka

abstsesslari, entsefalit, meningit, meningoentsefalitdir. Mayda o'choqli pnevmoniyaning bir muncha kamroq uchraydigan asoratlari jumlasiga yiringli perikardit, peritonit, artritlar, osteomielitlar, pielonefritlar va boshqalarni kiritish mumkin.

Oqibati. Kasallik vaqtida aniqlanib tegishli davo va parvarish choralari olib borilsa batamom tuzalish bilan yakunlanishi mumkin. Lekin etarli e'tibor berilmagan hollarda, bolada qo'shimcha kasalliklar bo'lganda yuqori- dagi asoratlar kelib chiqadi.

Hamshiralik tashxislari. Tana haroratining ko'tarilishi, yo'tal, hansirash, ko'karish(tsianoz), emishdan bosh tortish, qayt qilish, talvasalar, qorinning dam bo'lishi(meteorizm), burun orqali nafas olishning qiyinlashuvi, ichning surilishi va boshqalar.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik, axlat tahlillari, balg'amni turli tekshiruvlari, rentgenologik tekshiruvlar va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. Pnevmoniyalarning davosi individual va kompleks bo'lishi va imkoni boricha barvaqt boshlanishi kerak. Davolashni uy va shifoxona sharoitida o'tkazish mumkin. Kasallik og'ir kechganda, chaqaloqlarda, ayniqsa chala tug'ilgan chaqaloqlarda, uy sharoiti noqulay bo'lganda, ota-onalarning tibbiy va sanitariya saviyasi past bo'lganda bolani statsionarda davolash maqsadga muvofiqdir. Aksari 1 yoshgacha bo'lgan bolalarning hammasini kasalxona sharoitida davolash tavsiya etiladi, qolgan hollarda bolalarni uy sharoitida ham davolasa bo'ladi.

Bolaga davolashni olib borishda parvarishning ahamiyati nihoyatda katta. Bola yotadigan palata (xona) havosi hamisha sof, toza va harorati doimiy (chaqaloqlar uchun 22-23°S va katta yoshdagi bolalar uchun 18-20°S) hamda nisbiy namligi etarlicha (60-80%) bo'lishi kerak. Chala tug'ilgan bolalarni ahvoli biroz yaxshilanguncha kuvezlarga qo'yib qo'yiladi, kuvezlar bo'lmagan takdirda grelka(isitgich)lardan foydalanib turiladi. O'rin-bosh qulay, toza va issiq bo'lishi kerak. Og'ir nafas etishmovchiligi paytida bolaning boshi ochiq va qo'llari erkin

turadigan qilib karavotga qaddini ko‘taribrot yotqizib qo‘yish, vaziyatini vaqti-vaqti bilan o‘zgartirib, uni qo‘lga olib turish zarur. Bolalarni yo‘rgakda qimirlatmasdan uzoq yotqizib qo‘yishdan saqlanish kerak. Bola kiyimi engil, qulay va harakatlari hamda nafas olishiga xalal bermasligi kerak. Terisi, shilliq pardalariga alohida e‘tibor qaratish lozim.

Bolalar ahvoli og‘ir bo‘lmaganda bot-bot cho‘miltirib turish (suv harorati 38-39°S, vanna mudati 3-5 daqiqa), burnini borat kislota eritmasiga ho‘langan paxta tampon bilan tozalab turish, og‘iz bo‘shlig‘i ahvoriga qarab borish kerak. Bola qaerda davolanmasin (kasalxonada yoki uyda), uning tinchini buzmaslik, orom olishi, etarlicha uzoq uxlashi uchun sharoit yaratilmog‘i kerak. Uyg‘oqligida esa bolani qo‘lga olish, qornini va orqalarini engil uqalash lozim. Bola bilan doimo muloqotda bo‘lish, unga mehribonlik qilish, uni erkaltish va salbiy ta‘sir qilmaydigan istaklarini amalga oshirish choralarini ko‘rish lozim.

Pnevmoniya bilan og‘irigan bolalarni palatalarga to‘g‘ri joylashtirish, parvarish qilishda ularni to‘g‘ri ovqatlanishiga katta ahamiyat qaratish talab etiladi. Ko‘krak bilan boqishning ahamiyatini esdan chiqarmaslik kerak.

Nafas etishmovchiligining og‘ir holatlarida bola sut ema olmay va yutolmay qolganida uni zond orqali ovqatlantirib turish tavsiya etiladi(--rasm).

Pnevmoniya bilan og‘irigan bolalar choy, 5-10% glyukoza eritmasi, Ringer eritmasi, izotonik natriy xlorid eritmasi, borjom suyuqliklari sifatida etarli miqdorda suyuqliklar olib turishi kerak. Hayotinig birinchi yilini yashab kelayotgan bolalarga beriladigan suyuqlik miqdori ko‘krak suti yoki sutli aralashmalari qo‘shib Bolalarda pnevmoniyalarni davolashda qo‘llaniladigan mikroblarga qarshi dori vositalar

Dorilar nomi Kundalik miqdori Dorining kiritish usuli

Benzilpenitsillin 50000-200000 TBG‘kg Muskulga

Oksatsillin 100-200 mgG‘kg Ichishga

Ampioks 100-200 mgG‘kg Muskulga

Ampitsillin 100-200 mgG‘kg

50-100 mgG‘kg Ichishga

Muskulga

Kefzol	25-50 mgG'kg	Venaga,muskulga
Karbenitsillin	200-400 mgG'kg	Venaga
Gentamitsin	3-5 mgG'kg	Muskulka
Sigmamitsin	10-15 mgG'kg	Venaga,muskulga
Eritromitsin	20-40-mgG'kg	Ichishga
Eritromitsin fosfat	10-20 mgG'kg	Venaga
Ristomitsin	20000-30000 TBG'kg	Venaga
Levomitsetin suktsinat	25-50 mgG'kg	Venaga,muskulka
Metitsillin	200 mgG'kg	Muskulka
Dikloksatsillin	125-250 mgG'kg	Ichishga
Fuzidin-natriy	6-80 mgG'kg	Ichishga
Brulomitsin	3-5 mgG'kg	Venaga,muskulga
Xlorifillipt	3-4 tomchidan 4 mahal	Ichishga
Xlorifillipt 0,0125%	4-5 ml	Venaga
Furadonin	5-8 mgG'kg	Ichishga
Baktrim (biseptol 120)	40 mgG'kg	Ichishga
Sulfadimetoksin	1 kun 0,025, keyingi kunlar 0,125 grG'kg	Ichishga 1 marta

Antibiotiklarning yaxshi naf berishini ta'minlash maqsadida eng kamida 5-7 kun, ko'pi bilan esa 10-14 kun qo'llash tavsiya etiladi. Kasallik engilroq kechayotganda antibiotiklarni iloji boricha ichishga, og'ir kechish hollaridagina muskul yoki venalarga kiritish yo'llaridan foydalanish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Kasallik og'ir kechganda va asoratlar berishga moyillik sezilganda antibiotiklar aralash yoki omuxta holda qo'llaniladi(bir vaqtda bir nechta antibiotik qo'llash).

Antibiotiklar ko'p miqdorda va omuxta usulda qo'llanilganda organizmda mikroorganizmlarning muvozanati buziladi va zamburug'lar (kandidoz) rivojlanishi

mumkin. Ana shu asoratning kelib chiqmasligi uchun bolaga kuniga 3-4 marta 50-100000 TB dan nistatin yoki 80-100000 Tb dan levorin berib turish tavsiya etiladi.

Tana harorati ko'tarilib, uyqusizlik, qayt qilish, bezovtalanish, talvasaga tushish bilan birga davom etib, xiyla nafas etishmovchiligi bilan o'tayotgan pnevmaniylarda neyroplegik vositalarni ishlatish tavsiya etiladi (ichirish, muskullar orasiga yoki venaga yuborish). Sutkasiga 1-2mgG'kg dozada aminazin, brom, fenobarbital preparatlari, seduksen, GOMK va boshqalar qo'llaniladi (bolaning yoshiga to'g'ri keladigan dozalarda). hisoblaganda sutkasiga 150 mlG'kg ni tashkil etishini unutmaslik kerak. Profilaktikasi. Bolalarda pnevmoniyalarning profilaktikasi quyidagi tadbirlarni amalga oshirishni o'z ichiga oladi:

1. Antenatal davrdan boshlaboq bo'lg'usi onaning vaqtida uxlab, vaqtida turishi, vaqtida mehnat qilib, vaqtida dam olishini ko'zda tutadigan to'g'ri rejim belgilash kerak. Qish kezlari sutkasiga 3-4 soatdan, yoz mahallari 8 soatgacha ochiq havoda yurishni nazarda tutadigan havo rejimiga rioya qilish ham ancha muhim. Homilador ayolning ovqatlantirish rejimi katta rol o'ynaydi.

2. Bolani tug'ilganidan boshlaboq ona suti bilan boqilishini ta'minlash.

3. Gipotrofiya, anemiya va raxit kasalliklarining oldini olish chora-tadbirlarini muntazam olib borish.

4. Bolani toza havodan bahramand qilish, jismoniy tarbiya, massaj, suv muolajalari, havo vannalari va boshqa omillar bilan chiniqtirish.

5. Bolani kun tartibiga rioya qilishini ta'minlash.

6. Adenoidlari va surunkali tonzilliti bor, burun qo'shimcha bo'shliqlari yallig'langan, bronxit, o'tkir respirator kasalliklar bilan tez-tez og'rib turadigan bolalarni alohida nazorat ostiga olish.

7. Aholi orasida sanitariya maorifi ishlarini keng miqyosda olib borish.

Atipik pnevmoniya - o'ziga xos patogenlar keltirib chiqaradigan o'pkaning nafas olish yo'llarining o'tkir infeksiyasi. Bu atama 1938 yilda pnevmokokk (*Streptococcus pneumoniae*) keltirib chiqaradigan o'sha paytda taniqli bakterial pnevmoniyadan farqli ravishda kiritilgan.

Atipik pnevmoniyalar kasalxonada orttirilgan (infektsiya kasalxonada sodir bo'ladi) va jamiyat tomonidan orttirilgan (kasalxonadan tashqarida rivojlanadi yoki kasalxonaga yotqizilganidan keyin birinchi 48 soat ichida o'zini namoyon qiladi) bo'linadi. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, atipik pnevmoniya jamiyat tomonidan orttirilgan pnevmoniyaning 7-30 foizida aniqlanadi, ammo qo'zg'atuvchini aniqlash har doim ham mumkin emas, shuning uchun atipik pnevmoniya foizi aslida yuqori.

Atipik pnevmoniya haqida gapirganda, ular quyidagi sabablarga ko'ra yuzaga kelganini anglatadi:

- **Mikoplazma** mikroorganizmlarning katta guruhi (120 tur), lekin faqat 3 tasi patogendir (*Mycoplasma pneumoniae*, *Mycoplasma hominis* va *Ureaplasma urealyticum*). Ko'pincha muddati 3 kundan 11 kungacha davom etadi, kasallik organizmga bakteriya kirgan odamlarning 40-90 foizida rivojlanadi [1][14]. Biroq, alomatlari bo'lmagan bemorlar patogenning tashuvchisi bo'lib qoladi va bir necha hafta davomida infektsiya manbai bo'lishi mumkin. Mikoplazma infeksiyasi har qanday yoshda uchraydi, lekin ko'pincha yoshlarda - 30 yoshdan 35 yoshgacha

Legionella mikroorganizm bo'lib, kasalxonadan kelib chiqqan pnevmoniyaning 33% gacha sabab bo'ladi [15]. Klinik jihatdan legioner kasalligi (davolashni talab qiluvchi o'pkaning og'ir shikastlanishi) va pontiak isitmasi (isitma, darmonsizlik, holsizlik va bosh og'rig'i bilan kechadi, lekin o'z-o'zidan o'tib ketadi va davolanishni talab qilmaydi) farqlanadi. Konditsioner tizimlar ko'pincha *Legionella pneumophila* manbai hisoblanadi. Bolalikda deyarli hech qachon sodir bo'lmaydi. Boshqa mumkin bo'lgan patogenlar orasida *Coxiella burnetii* (Q isitmasi) va respirator viruslar (birinchi navbatda A va B gripp viruslari, 1, 2 va 3 parainfluenza viruslari, respirator sinsitial virus, Epstein-Barr virusi va koronavirus infeksiyasi) mavjud.

Zamburug'li qo'zg'atuvchilarga *Histoplasma capsulatum* (gistoplazmoz), *Coccidioides immitis* (*coccidioides immitis*, paracoccidioidomycosis) va *Blastomyces* (blastomycosis) kamroq uchraydi. Ular ko'pincha qurilish ishchilari, g'orlar, tuproq bilan ishlaydigan odamlar va tovuq boqadigan fermerlarga ta'sir

qiladi. Infektsion ko'p miqdorda qo'ziqorin sporalarini nafas olayotganda sodir bo'ladi.

Atipik pnevmoniya rivojlanishining sabablari

Kasallik patogenni nafas olayotganda havo tomchilari orqali yuqadi. Odatda infeksiya kuz-qish davrida sodir bo'ladi, ammo siz yilning istalgan vaqtida kasal bo'lishingiz mumkin. Ko'pgina bemorlar kasallik rivojlanishidan oldin maktab, bolalar bog'chasi yoki kazarma kabi gavjum joylarga tashrif buyurishgan. Bir oila a'zolari tez-tez kasal bo'lib qolishadi .

Atipik pnevmoniya, shuningdek, so'lak va balg'am tomchilarini olgan narsalar orqali uy-ro'zg'or bilan aloqa qilish orqali ham yuqishi mumkin. Shu bilan birga, narsalardagi bakteriyalar tezda nobud bo'ladi va kasal bola o'yinchoqni yalasa va darhol sog'lom bola uni yalasa, siz yuqtirishingiz mumkin. Atipik patogenlar bilan kasallanish uchun xavf omillari orasida surunkali o'pka kasalliklari, chekish, immunitetning pasayishi (OIV, gepatit, og'ir operatsiyalardan keyingi holat, diabetes mellitus va boshqalar), shuningdek, yaqin ijtimoiy aloqalar, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish va kam vazn mavjud

Atipik pnevmoniya belgilari

Atipik bakterial pnevmoniya, qoida tariqasida, yo'tal va intoksikatsiya (bosh og'rig'i, isitma, zaiflik va bezovtalik) bilan namoyon bo'ladi. Odatda kasallik engil va o'rtacha shaklda sodir bo'ladi, lekin ayniqsa, Legionella bilan kasallanganda og'ir zararlanish holatlari mavjud.

Kuluçka muddati 3 haftagacha davom etadi.

Mikoplazma pnevmoniyasi Mikoplazmaning shikastlanishi asta-sekin intoksikatsiya sindromi bilan boshlanadi (harorat odatda past, 38 ° C gacha). Shu bilan birga, o'pkada shovqin kabi ob'ektiv alomatlar har doim ham aniq ifodalanmaydi, chunki o'pka to'qimasi zichroq bo'ladi, xirillash zaif eshitiladi (quruq yoki ho'l bo'lishi mumkin va pufakchalarning portlash ovozi sifatida qabul qilinadi), urish patologik belgilarni aniqlamaydi. Biroq, o'pkaning shikastlanishi, bunday kichik belgilarga qaramay, COVID-19 kabi keng tarqalgan bo'lishi mumkin. Bundan

tashqari, yo'tal, engil nafas qisilishi, burun oqishi, tomoq va quloq og'rig'i, ba'zan esa asemptomatik sinusit rivojlanadi. Yo'tal quruq yo'tal yoki engil balg'am chiqishi bilan bo'lishi mumkin.

Pnevmoniyadan tashqari, pankreatit, meningit, miokardit, buyrak shikastlanishi (glomerulonefrit) rivojlanishi mumkin, mushaklar va bo'g'inlar og'riy boshlaydi. Bolalar va o'smirlarda ko'pincha toshma va boshqa alomatlar paydo bo'ladi, masalan, nafas qisilishi, burun oqishi, burun tiqilishi, ovozning xirillashi, og'iz va tomoq og'rig'i. Shuningdek, qusish, diareya, quloq og'rig'i va kon'yunktivit, meningoensefalit, poliradikulonevrit, sariqlik, gemorragik sindrom (qon ketishining ko'payishi), anemiya va artrit rivojlanishi mumkin

Xlamidial pnevmoniya.Xlamidiya tufayli kelib chiqqan pnevmoniya ko'pincha asemptomatikdir. Boshqa hollarda kasallik burun oqishi, tomoq og'rig'i va tomoqning qizarishi bilan boshlanadi. Keyin yo'tal, intoksikatsiya va ko'krak og'rig'i keladi, bu erda quruq yoki nam raller eshitiladi.Xlamidiya infeksiyasining o'pkadan tashqari ko'rinishlariga meningoensefalit, artrit va miyokardit kiradi.

Atipik virusli pnevmoniya Atipik virusli pnevmoniya bilan harorat 39 ° C ga ko'tariladi, zaiflik, terlash va charchoq rivojlanadi, yo'tal odatda quruq, ammo balg'amni ajratish qiyin bo'lgan ho'l bo'lishi mumkin. Ba'zida ko'krak qafasi og'riy boshlaydi, xirillash, hushtak va nafas qisilishi paydo bo'ladi. Kasallikning boshlanishi ARVI ga o'xshaydi: tomoq og'rig'i, burun burunlari, tana og'rig'i, isitma, mushak og'rig'i va bosh og'rig'i. To'liq qon ro'yxati limfotsitlar (limfotsitoz) va monotsitlar (monotsitoz) darajasining oshishini, ba'zida eritrotsitlar cho'kish tezligini (ESR), C-reaktiv oqsil, ferritin va laktat dehidrogenaza (LDH) darajasini oshiradi.

Zamburug'li infeksiyasi o'tkir yoki surunkali shaklda sodir bo'ladi. O'tkir shaklda bemorning farovonligi keskin yomonlashadi, harorat 40 ° C ga ko'tariladi, ba'zan esa ko'tariladi, yo'tal (ba'zan qon bilan), ko'krak og'rig'i, zaiflik va charchoq paydo bo'ladi. Ba'zi hollarda pnevmoniya nafas olish qiyinlishuvi, jigar, taloq va limfa tugunlarining kattalashishi, vazn yo'qotishi, kechasi terlashi va teri toshmasi

bilan kechadi. Surunkali shaklning belgilari ko‘proq o‘chiriladi. Qoida tariqasida, u zaiflik, charchoq, yo‘tal va nafas qisilishi bilan tavsiflanadi.

Atipik pnevmoniyaning patogenezi

Pnevmoniya rivojlanishining 4 ta mexanizmi mavjud:

- nafas olish yo‘llariga orofarenkdan infektsiya bilan shilimshiqning kirishi (mikroaspiratsiya);
- ko‘p miqdorda bakterial zarralarni inhalatsiyalash;
- infektsiyaning qon oqimi orqali ekstrapulmoner fokusdan tarqalishi (masalan, septik tromboflebitda tos a'zolarining venalaridan);
- yaqin atrofdagi organlardan infektsiyaning kirib borishi (masalan, jigar xo‘ppozi yoki retrofaringeal bo‘shliq bilan) yoki ko‘krak qafasining penetran yaralari bilan.

Birinchi ikkita mexanizm eng keng tarqalgan. Sog‘lom odamlarning deyarli 70 foizi uxlash vaqtida orofarenkdan suyuqlikning mikroaspiratsiyasini boshdan kechirishadi. Odatda, yo‘tal refleksi, bronxial daraxtni tozalash mexanizmlari (mukosiliar tozalash) va immunitet tizimi infektsiyalangan sekretsialarni olib tashlaydi va bronxlarda "steril" sharoitlarni saqlaydi, ammo bu himoya mexanizmlari buzilgan bo‘lsa, infektsiya ko‘payadi va pnevmoniya rivojlanadi. Kiruvchi patogen agentlarning "dozasi" va ularning yuqumliligi ham muhimdir.

Atipik pnevmoniyaning tasnifi va rivojlanish bosqichlari

Pnevmoniyaning og‘irligi:

- engil - engil simptomlar, ambulatoriya sharoitida davolanadi;
- o‘rtacha daraja - alomatlar o‘rtacha, ambulator davolanish faqat shifokor nazorati ostida mumkin;
- og‘ir - statsionar davolanishni o‘z ichiga oladi, ba'zan reanimatsiya bo‘limida, chunki ambulator davolanish bilan asoratlar xavfi sezilarli darajada oshadi, hatto o‘lim;
- o‘ta og‘ir - davolash intensiv terapiyada amalga oshiriladi.

Ularning tarqalishiga ko‘ra ular:

- subsegmentar pnevmoniya - yallig‘lanish birdan kam segmentni egallaydi;

- segmentar - lezyon o'pka segmenti ichida joylashgan;
- lobar - yallig'lanish o'pkaning butun bo'lagini egallaydi;
- bir tomonlama - faqat bitta o'pka ta'sir qiladi;
- ikki tomonlama - ikkala o'pka ham ta'sirlanadi. Kasallikning tabiatiga ko'ra, u quyidagilar bo'lishi mumkin:
 - o'tkir - 4-haftaning oxiriga kelib bemor tuzalib ketadi (shikoyat yo'q, instrumental diagnostika natijalari ham normal chegaralarda);
 - uzaygan - oy oxirida ahvol yaxshilanadi, ammo rentgenografiyada pnevmoniya belgilari ko'rinadi.

Ba'zida kasallik bir nechta patogenlar ta'siri ostida rivojlanadi. Atipik pnevmoniyaning asosiy va ikkilamchi bo'linishi patogenlarning barcha turlari uchun xos emas. Birlamchi pnevmoniya mustaqil kasallikdir. Ikkilamchi surunkali bronxit kabi boshqa kasalliklar fonida rivojlanadi. Odatda, bunday pnevmoniya shartli patogen mikrofloradan kelib chiqadi, u bilan odam uning oz miqdori bilan yaxshi birga yashaydi. Salbiy ta'sir bakteriyalar faol ravishda ko'paya boshlaganida immunitetning pasayishi bilan bog'liq. Bu bo'linish, masalan, qo'ziqorin pnevmoniyasiga tegishli. Atipik pnevmoniyaning bosqichlari

Kasallik bir necha bosqichlardan o'tadi:

- **Inkubatsiya davri.** U infeksiya paytidan boshlanadi va kasallikning birinchi belgilari paydo bo'lgunga qadar davom etadi. O'rtacha 1-3 hafta davom etadi.
- **Prodromal davr yoki prekursorlar davri.** 1-3 kun davom etadi. Ko'p sonli respiratorli infeksiyalarga xos bo'lgan intoksikatsiya belgilari paydo bo'ladi (bosh og'rig'i va mushaklarning og'rig'i, tomoq og'rig'i, ehtimol burun oqishi, kichik bezovtalik).
- **Yuqori davr.** O'pka shikastlanishining belgilari rivojlanadi (yo'tal, ko'krak qafasidagi xirillash, nafas qisilishi, ko'krak qafasidagi og'riqlar, ba'zan esa hemoptizi).
- **Rekonvalesensiya yoki tiklanish davri.** Yallig'lanish jarayoni kamayadi va asta-sekin o'tadi.

Atipik pnevmoniya bilan simptomlar klassik kursga qaraganda kamroq aniqlanadi va rentgen tasviri ham xiralashgan. Maxsus simptomlar orasida toshma bor.

Atipik pnevmoniyaning asoratlari

Pnevmoniyaning eng ko‘p uchraydigan asoratlari:

- Eksudativ plevrit - plevra bo‘shlig‘ida yallig‘lanish suyuqligining to‘planishi, empiema (plevranning yiringli shikastlanishi).

Atipik pnevmoniya diagnostikasi

Atipik pnevmoniya belgilari yoki shubhasi bo‘lgan barcha bemorlar:

- ko‘krak qafasining rentgenografiyasi yoki ko‘p bo‘lakli kompyuter tomografiyasi (MSCT ko‘proq informatsion usul);
- leykotsitlar formulasi bilan umumiy qon ro‘yxati (CBC);
- biokimyoviy qon testi (BhAK), bu C-reaktiv oqsil (CRP), fibrinogen, ferritin, alanin aminotransferaza (ALT), aspartat aminotransferaza (AST), gidroksidi fosfataza, umumiy bilirubin, kreatinin va karbamid darajasini aniqlaydi;
- balg‘amning umumiy tahlili va uning bakterial madaniyati [1][2][3];
- optik tolali bronkoskopiya (o‘pka to‘qimalarida doimiy yallig‘lanish suyuqligi bilan uzoq vaqt davomida);
- plevra suyuqligi madaniyati bilan plevra ponksiyoni (plevrit uchun);
- pulsoksimetriya va qon gazini tekshirish;
- Echo-CG (yurak lezyonlarini aniqlash uchun);
- Qorin bo‘shlig‘i va buyraklarning ultratovush tekshiruvi .

Atipik pnevmoniyani davolash

Haroratning ko‘tarilishi (isitma) davrida yotoqda dam olish tavsiya etiladi, ammo balg‘amni olib tashlash uchun siz vaqti-vaqti bilan harakat qilishingiz kerak, masalan, tana holatini o‘zgartirishingiz, o‘tirishingiz kerak .

Dori terapiyasi

Dastlabki bosqichlarda tashxisni aniqlashtirish deyarli mumkin emasligi sababli, patogen va uning ushbu dorilarga sezgirligi haqida ma’lumot olinmaguncha,

bemorga antibiotiklar buyuriladi. Agar atipik pnevmoniyaga shubha bo'lsa, quyidagi antibiotiklar guruhlarini buyuriladi:

- makrolidlar (Azitromitsin, Doksisisiklin);
- tetratsiklinlar;
- ftorxinolonlar (Sparflokstsatsin, Siproflokstsatsin).

Makrolidlar odatda hujayralarga, ayniqsa makrofaglarga, fagotsitlarga va o'pka to'qimalarining hujayralariga kirishga qodir bo'lganligi sababli ishlatiladi. Gemoliz yoki miya to'qimalarining shikastlanishi bo'lsa, shifokor tizimli glyukokortikosteroidlar va boshqa yallig'lanishga qarshi preparatlar shaklida gormonal terapiyani buyurishi mumkin. Dori vositalarining dozalari va ularni qo'llash chastotasi bemorning kasallik tarixini (surunkali kasalliklar, yurak patologiyalari, allergiya) va dori vositalarining bir-biri bilan muvofiqligini, shuningdek, dori-darmonlarni qabul qilishda ishtirok etadigan dori-darmonlarni hisobga olgan holda faqat davolovchi shifokor tomonidan belgilanadi. Bemor, agar mavjud bo'lsa, doimiy ravishda oladi. Odatda, ftorxinolonlar bilan davolash 10-14 kun davom etadi, azitromitsin 7-10 kun yoki immunitet tanqisligi bo'lsa 21 kungacha qabul qilinadi. Bolalar va homilador ayollarga faqat makrolidlar buyuriladi.

Alomatlarga qarab, ular ham foydalanadilar:

- ekspektoran;
- bronxodilatatorlar (nafas olish va shilimshiqni chiqarishni osonlashtiradi);
- kislorodli terapiya (nafas olish etishmovchiligi belgilari mavjud bo'lsa);
- antipiretik dorilar, og'riq qoldiruvchi vositalar;
- detoksifikatsiya va infuzion terapiya (qon hajmining kamayishi, kaliy miqdorining pasayishi, kislota-baz muvozanati va yurak ritmining buzilishi, masalan, atriya fibrilatsiya uchun)

N-asetilsitsein ekspektoran terapiya sifatida buyuriladi. Shuningdek, u o'tkir respirator distress sindromi bo'lgan bemorlarga tavsiya etiladi, chunki u qonning kislorod bilan to'yinganligini oshiradi va kislorodni qo'llab-quvvatlashga bo'lgan ehtiyojni kamaytiradi. ARDS rivojlanishida kislorodli niqoblar ham qo'llaniladi

Fizioterapiya va ovqatlanish

Agar kontrendikatsiyalar bo‘lmasa, massaj buyuriladi. Nafas olish mashqlari pnevmoniya bilan og‘rigan barcha bemorlarga ko‘rsatiladi. Fizioterapiya katta dalillar bazasiga ega emas va kontrendikatsiyalar mavjud bo‘lsa, taqiqlanadi.

Kasallik paytida ovqatlanish imkon qadar muvozanatli, ko‘p miqdorda vitaminlar bilan bo‘lishi kerak, lekin ayni paytda yumshoq bo‘lishi kerak: ziravorlardan qochish, tuzni cheklash, qovurilgan ovqatlar, marinadlar, tuzlangan bodring va spirtli ichimliklarni istisno qilish kerak. Ovqat bug‘da pishirilishi, qaynatilishi yoki pishirilishi kerak. Bemorlarga, shuningdek, yurak-qon tomir etishmovchiligi kabi kontrendikatsiyalar bo‘lmasa, ko‘p miqdorda suyuqlik ichish tavsiya etiladi (kuniga 2,5-3 litr).

Atipik pnevmoniyaning oldini olish

Profilaktika vositalariga quyidagilar kiradi:

- yaxshi immunitetni shakllantirishga yordam beradigan sog‘lom turmush tarzi, to‘g‘ri ovqatlanish, chekish va spirtli ichimliklarni tashlash, ratsional jismoniy faollik, qotib qolish va tuz g‘orlarini ziyorat qilish;
- surunkali noinfeksion kasalliklar, ayniqsa qandli diabet, bronxopulmoner va yurak-qon tomir tizimi kasalliklarini o‘z vaqtida va to‘g‘ri davolash;
- infeksiya o‘choqlarini o‘z vaqtida davolash;
- nam tozalash, xonani ventilyatsiya qilish;
- yuqumli bemorlar bilan aloqa qilmaslik yoki shaxsiy himoya vositalaridan foydalanish: qo‘lqop, niqob, respirator;
- infeksiya tarqalishining oldini olish uchun asemptomatik pnevmoniyaning davolash.

Pnevmoniya bilan og‘riganidan so‘ng, bemor bir yil davomida dispanser nazoratida bo‘ladi. Bir, uch va olti oydan keyin nazorat EKG, umumiy va biokimyoviy qon testlari belgilanadi. Olti oy va bir yil o‘tgach, bemor o‘pkaning rentgenogrammasini o‘tkazishi va tashqi nafas olish funksiyasini tekshirishi kerak.

BRONXIAL ASTMA

Bronxial astma - surunkali, mustaqil, infeksiyon-allergik kasallik bo'lib, bronxlar muskullari tortishib qisqarishi natijasida bolaning nafasi qisib, bo'g'ilib qolishi, xurujsimon yo'tal tutishi va yopishqoq balg'am ajralishi bilan harakterlanadi.

Kasallik bolalar patalogiyasida muhim o'rinni egallab, so'ngi yillarda ko'proq uchraydigan va og'irroq o'tadigan, nafas qattiq qisib qolgan- da o'lim hollari ham kuzatiladigan bo'lib qoldi. Bu kasallik bilan barcha yoshdagi bolalar og'riydi, lekin aksariyat bolalarda kasallik hayotining daslabki 3 yilida boshlanadi.

Etiologiyasi. Bolalarda bronxial astma rivojlanishida irsiy moyillik muhim o'rin tutadi. Aksariyat bolalarning oilaviy anamnezida bronxial astma, ekzema, migren, podagra, yog' bosishi va boshqalar singari kasalliklar borligi aniqlanadi. Atrof muxit omillarining yomon ta'sir qilishi, eng avvalo bolani boqishdagi yo'l qo'yilgan jiddiy kamchiliklar, har xil infeksiyon kasalliklar, noqulay turmush sharoitlari, yomon asorat qoldiradigan psixogen ta'sirotlar va boshqalar ham kasallikning kelib chiqishida muhim ahamiyatga ega.

Organizmga turli allergenlar ta'sir qilishi natijasida uning sensibillashib qolishi bronxial astma kelib chiqishining asosiy patogenetik sababi hisoblanadi.

Allergenlar tashqi (ekzogen) va ichki(endogen), noinfeksiyon va infeksiyon bo'lishi mumkin.

Noinfeksiyon (atopik) allergenlarga quyidagilar misol bo'la oladi:

1. Ijtimoiy allergenlar: uy changlari, yostiq patlari, kitob va kutubxona changlari va boshqalar.

2. Hayvon va o'simlik allergenlari: daraxt va o'simlik changlari, pichan, hayvon junlari, mayda hasharotlar qismlari, har xil quritilgan ovqatlar va boshqalar.

3. Ayrim ovqat mahsulotlari: tuxum, qulupnay, shokolad, baliq, go'sht va boshqalar.

4. Dori moddalari: ko'pchilik antibiotiklar, pirozalon qatori vositalari, vitamin va boshqalar.

5. Kimyoviy moddalar: sun'iy tolalar, penoplast, har xil sintetik kleylar, poroshok va boshqalar.

Bular odatda atopik bronxial astmaning sabablari bo'ladi.

Infektsion allergenlarga quyidagilarni misol keltirish mumkin:

1. Turli bakteriyalar, viruslar, qo'ziqorinlar va boshqa patogen mikroorganizmlar.

2. Turli xil gelmintlar, sodda jonivorlar va nopatogan mikroorganizmlar.

Bular esa infektsion-allergik bronxial astma kasalligini keltirib chiqaradi.

Bulardan tashqari bronxial astmaning noimmunologik, zo'riqish, nevrogen turlari ham ajratiladiki, ular ko'proq katta yoshdagi bolalarda kuzatiladi va kattalarga xos belgilar bilan namoyon bo'ladi.

Klinikasi. Kasallikning asosiy belgisi nafas qisishi va bo'g'ilish xuruji hisoblanadi.

Bolalarda bronxial astmaning xuruj oldi, xuruj, xurujdan keyingi va xuruj orasi kabi davrlari farqlanadi.

Xuruj oldi davri. Bu davr nafas yo'llarida rivojlanayotgan allergik reaksiyalarning boshlanishini ifodalab, bola umumiy ahvolining yomonlashishi va nafas olish tizimi faoliyatida birinchi patologik o'zgarishlardan dalolat beradi. Bu davrda bolalar bezovta va injiq bo'lib qoladilar ularning ishtahasi pasayadi, tez charchash, holsizlanish kuzatiladi.

Ayrim bolalar bu davrda yuqori qo'zg'aluvchanlik harakat faoliyatining yuqoriligi va his-tuyg'ularning tartibsizligi bilan ajralib turadilar. Ko'pgina bolalarda bronxial astmaning xuruj oldi davrida yuqori nafas yo'llarining yallig'lanish belgilari paydo bo'ladi.

Bronxial astmaning noinfektsion — allergik turining xuruj oldi davrida bemor burni qichishib, aksiradi, ayrim hollarda burundan ko'p miqdorda suvli va shilimshiqli ajralma keladi. Ba'zan bolalarni tomoq qirilishi va qichishi, ayniqsa kechqurun xurujsimon quruq yo'tal bezovta qiladi. Ovqat mahsulotlarini iste'mol qilgandan so'ng, bronxial astma xurujlari paydo bo'lgan hollarda, nafas qisishdan

oldin har xil qichiydigan toshmalar, ayrim bolalarda esa me'da-ichak tizimi tomonidan buzilishlar kuzatiladi. Changli astma hollarida xuruj rivojlanishiga allergik rinit va kon'yunktivit sabab bo'ladi. O'tkir respirator kasallik qayta rivojlanishi tufayli yoki undan so'ng rivojlangan bronxial astmaning infeksiyon allergik turining xuruj oldi davri yuqori nafas yo'llari tomonidan kuzatiladigan kataral holatlarga o'tib, ko'payishi bilan ifodalanadi. Bunda yo'tal kuchayib, burun bitib qoladi, ayrim hollarda tana harorati subfebril raqamlargacha ko'tariladi.

Bronxial astmaning **qo'zish va xuruj oralig'idagi** davrlari farqlanadi.

Bronxial astmaning qo'zish davri esa o'z navbatida quyidagi davrlarga bo'linadi:

1. Xuruj (oldi) arafasi.
2. Xuruj davri.
3. Xurujdan keyingi davr.

Bronxial astmaning **xuruj oldi** davrida bemor bola ko'rilganda tomoq qizarganligi, murtak bezlarining shishganligi aniqlanadi. Ayrim bolalarda faringit holatlari kuzatiladi. Bu davrda nafas olish uncha qiyin bo'lmay qutisimon perkutor tovush va keskin nafas va bir-ikkita quruq xirillashlar aniqlanadi. Xuruj oldi davri davomiyligi har xil-bir necha daqiqadan 2-3 sutka bo'lishi mumkin. Biroq ayrim bolalarda bronxial astma xurujlari shunday tez rivojlanadiki, bunda xuruj oldi holatini payqamay qolish ham mumkin.

Xuruj davri. Bronxial astmaning bu davrida bronxlar obstruksiyasi paydo bo'ladi. Bunga uzoqdan eshitiladigan hushtaksimon shovqinli nafas bilan birgalikda kechuvchi ekspirator hansirash qo'shiladi. Bemorni qiyin ajraladigan balg'amli yo'tal bezovta qiladi. Xuruj vaqtida o'pka shishishi tufayli ko'krak qafasi kengayib, nafas olish qiyinlashadi. Kasallikning bu davrida bola tekshirib ko'rilganda qutisimon perkutor tovush aniqlanadi, bunda o'pkaning harakatchanligi kamaygan bo'ladi. Bemorlar tekshirib ko'rilganda, cho'zilgan nafas chiqarish negizida ko'pgina hushtaksimon xirillashlar eshitiladi. Bronxial astma xuruji eng avjiga chiqqanda, odatda tezlashgan yurak urishi kuzatiladi, o'tkir o'pka shishi tufayli yurak chegaralarini aniqlab bo'lmaydi, arterial bosim ko'tariladi. Ko'krak qafasi a'zolari

rentgenologik tekshirilganda o'pka to'qimasi shaffofligining oshganligi va o'pka suratining kuchayganligi aniqlanadi. Bronxial astma xurujining davomiyligi har xil – 10-15 daqiqadan bir necha soat va kungacha bo'lishi mumkin.

Katta yoshdagi bolalarda bronxial astma zo'rayganda bronxlarning silliq muskullari qisilishi tufayli bronxial o'tkazuvchanlik buziladi. Bunda bronxial daraxt shilliq qavatining yallig'lanib shishishi va bronxlar to'qima shilimshiqqlarining kam ajralishi kuzatiladi. Shu xususiyatlar tufayli katta yoshdagi bolalarda bronxial astma xurujlari o'ziga xos ko'rinishda kechadi. Bolalar kasallikning zo'raygan davrida tekshirilganda ko'p miqdorda quruq xirillashlar eshitiladi, Ho'l xirillashlar ko'pincha aniqlanmaydi yoki kam miqdorda o'rta pufakchali xirillashlar eshitilishi mumkin.

Go'dak yoshdagi bolalarga xos bo'lgan anatomo-fiziologik xususiyatlar tufayli (bronx yo'llarining torligi, qon va limfa tomirlarining qo'pligi) bu bolalarda bronxial astma xurujlari bronxlar shilliq pardalarining shishishi, bronx yo'llarida ko'p miqdorda ajralma yig'ilishi bilan kechadi.

Shu sababli, go'daklarda bronxial astma xurujlari eksudativ belgilarning ustun turishi bilan farqlanadi. O'pkada ko'p miqdorda har xil o'lchamli ho'l xirillashlar eshitiladi. Nafas olishda hansirashning aralashgan turi katta o'rin tutadi, nafas chiqarishning uzayishi va qiyinlashishi aniqlanadi.

Limfatik qonstitutsiyali bolalarda bronxial astma xuruji zo'rayganda o'ta rivojlangan nazosekretor belgilar, suv almashinuvining buzilishi, to'qimalarning shishishga moyilligi kuzatiladi. Bular shilliq qavatlarining tashqi muhitning zararli ta'sirlariga kam moslanganligidan dalolat beradi.

Noinfektsion - turdagi bronxial asgmada xuruj keskin boshlanadi. Bunda bir necha daqiqa davomida keskin hansirash xuruji kuzatiladi, o'pkada ko'p miqdorda quruq xirillashlar paydo bo'ladi. Bu turdagi bronxial astmaga bronxlarni kengaytiruvchi va gistaminga qarshi dori-darmonlar berilgandan so'ng bronxlar siqilishining tezda qaytishi xarakterlidir. Bronxial astmaning infeksiyon-allergik turida astma xuruji noinfektsion-allergik turiga qaraganda asta-sekin rivojlanishi bilan farqlanadi. Uning rivojlanishiga ko'pincha o'tkir respirator kasallik negizida

bronx-o'pka infeksiyasining qo'shilishi yoki surunkali infeksiya o'choklarining zo'rayishi sabab bo'ladi. Infektsion-allergik astma xuruji tutganda o'pkada quruq xirillashlardan tashqari har xil o'lchamli ho'l xirillashlar eshitiladi. Bronxlarni kengaytiruvchi dori moddalarini qo'llagandan so'ng, xuruj noinfektsion-allergik turdagi bronxial astmaga qaraganda ancha sekinroq yo'qoladi.

Bolalarda bronxial astmaning infeksiion-allergik va noinfektsion-allergik turlaridagi xurujlarning klinik ko'rinishidagi farqi shundan iboratki, noinfektsion-allergik bronxial astmada havo almashinishi asosan bronx qisilishi tufayli buziladi. Infektsion-allergik turdagi kasallikda esa bronx o'tkazuvchanligining buzilishi ko'pincha bronxlarning infiltrativ yallig'lanishi hisobiga vujudga keladi.

Bronxial o'tkazuvchanlikning qay darajada buzilganligi bronxial astma xurujining og'irlik darajasini belgilaydi. Bemorning umumiy ahvoli va nafas olish qiyinlashganligini hisobga olgan holda, bronxial astmaning engil, o'rtacha og'ir va og'ir xurujlari, hamda astmatik holati farqlanadi.

Bronxial astmaning engil xuruji. Bolaning umumiy ahvoli o'zgarmagan holda nafas olish qiyinlashadi. Bola tekshirilganda o'pka ustida qutisimon perkutor tovush, ba'zan dag'al nafas fonida davomiy nafas chiqarish bilan quruq xirillashlar eshitiladi. Xastalikda bemor ko'karmaydi, odatda nafas olish jarayonida yordamchi muskullar qatnashmaydi.

Bronxial astmaning o'rtacha og'irlikdagi xuruji. Bunda bolaning umumiy ahvoli o'zgarib, rivojlangan astmatik nafas qisishi kuzatiladi. Bunday holat bolani majburiy o'tirishga yoki karavotda o'ziga xos holatda yotishga majbur qiladi. Nafas olishda barcha yordamchi muskullar ishtirok etadi. Burun-lab uchburchagining ko'karishi va teri qoplaminig oqarishi kuzatiladi. Qiyin va davomiy nafas chiqarish fonida ko'p miqdorda quruq, ayrim hollarda o'rta pufakchali ho'l xirillashlar eshitiladi, yurak urishining tezlashishi va arterial bosimning ko'tarilishi qayd etiladi.

Bronxial astmaning og'ir xuruji. Rivojlangan astmatik nafas qisishi negizida nafas etishmovchiligi belgilarining qo'shilishi bilan xarakterlanadi. Burun-lab uchburchagi, burun qanotlari, quloq chig'anoklari, barmoq uchlarida tsianoz paydo

bo'lad. Bir vaqtning o'zida bolaning bezovtalanishi (qo'rqish xissiyoti) kuzatiladi, boshining sochli qismlari va yuz terisini sovuq ter qoplaydi. Yurak urishi tezlashadi, arterial bosim yanada ko'tariladi, gipoksiya va giperkapniya rivojlanadi, moddalar almashinuvining oksidlanmagan mahsulotlari yig'iladi, respirator, ba'zan esa metabolik atsidoz rivojlanadi.

Astmatik holat. Bolalarda astmatik holatni baholashda klinitsistlar orasida hozircha yagona fikr yo'q. Ba'zan bu holatni tashxislashda kuzatiladigan belgilar haqidagi ma'lumotlarning hammasi bir-biriga qarama-qarshi. Ma'lumki, bronxial astma xurujini bartaraf etishda dori-moddalar kor qilmasa, astmatik holat haqida fikr qilinadi. Ayrim mualliflar astmatik holatni aniqlash uchun qonning gaz tarkibi ma'lumotlariga tayanadilar. Ularning fikriga ko'ra, astmatik holatning rivojlanishi avvalo gipoksiyaga bog'liqdir. Boshqa mualliflar fikricha, bu holat giperkapniyaga xosdir. Ko'pgina klinitsistlar astmatik holatni tashxislaganda xurujning davomiyligiga katta ahamiyat beradilar. 6 soat va undan ortiq davomiylikda bartaraf etilmagan bronxial astma xuruji astmatik holat deb ataladi. Boshqa mualliflar esa, 24 soatgacha saqlanadigan bronx qisilishiga astmatik holat deb qaraydilar.

Bizning fikrimizcha, astmatik holatni baholashda nafakat nafas qisish xurujining davomiyligi, dori-darmonlarning ta'siri bo'lmaganligi, balki, kompleks ravishda paraklinik ko'rsatkichlar ham inobatga olinishi lozim.

Astmatik holat uchun quyidagi belgilar xarakterlidir:

1. 6 soatdan kam bo'lmagan davomiylikdagi bronxial astma xuruji.
2. Bronxlar drenaj faoliyatining buzilishi.
3. Gipoksiya RaO_2 60 mm.sim.ust. (8 kPa) va giperkapniya ($Ra SO_2$ 60 mm.sim.ust.).
4. Simpatomimetik dori-moddalarining ta'sir etmasligi.

Astmatik holat rivojlanishiga bronx-o'pka infeksiyasining zo'rayishi yoki qo'shilishi, o'tkir respirator virusli kasalliklar qo'shilishi, ko'p allergenlarning ta'sir qilishi, glyukokortikoidlarning etishmovchiligi, bronx qisilishini kechikgirib davolash bo'lishi mumkin. Astmatik holatga alfa-adrenoretseptorlarning qamalda bo'lishiga

olib keladigan simpatomimetik dori-moddalarni aerzollar ko'rinishida uzoq vaqt davomida va ortiqcha miqdorda qabul qilish ham olib keladi.

Astmatik holatning quyidagi bosqichlari farqlanadi:

1. Kompensatsiya bosqichi.
2. Dekompensatsiya bosqichi.
3. Gipoksik koma bosqichi.

Astmatik holatning birinchi **kompensatsiya bosqichi**. Klinik jihatdan cho'zilgan bronxial astma xuruji va bronx o'tkazuvchanligi buzilishining rivojlanganligi bilan ifodalanadi. Bu davr uchun tezlashgan, qiyinlashgan, shovqinli va dag'al nafas, o'pka shishining kuchayishi, quruq xirillashlar, ayrim hollarda xo'l xirillashlar xosdir. Bunda balg'am ko'chishi to'xtaydi, yurak urishi yanada tezlashib, arterial bosim ko'tariladi. Akrotsianoz, teri qoplamlarining oqimtirligi, bezovtalik nafas etishmovchiligining belgilaridir. Umumiy dehidratatsiya belgilari aniqlanadi. Arterial qondagi gazlar tekshirilganda gipoksemiya (RaO_2 60—65 mm. sim.ust., yoki 7,3—8 kPa), giperkapniya ($RaSO_2$ 60—65 mm sim.ust., yoki 8—8,7 kPa) va respirator alkaloz aniqlanadi.

Astmatik holatning ikkinchi **dekompensatsiya bosqichi**. Kuchaygan nafas etishmovchiligi bosqichi hisoblanib, bronxlar silliq muskullarining spazmi va bronxial daraxt shilliq qavatlarining rivojlangan shishi, bronx yo'lining qalin yopishkoq ajralma bilan butunlay berkilib qolishi tufayli rivojlanadi. Bu davr uchun oldin ayrim bo'laklarda, keyinchalik bo'lmalarda va butun o'pkada nafas shovqinlarining pasayishi va undan so'ng umuman yo'qolishi xarakterlidir. O'pkada "jimjitlik" (o'lik o'pka) deb ataladigan belgi paydo bo'ladi. Nafas susayishi bilan birga ko'karish kuchayadi, yurakning tez urishi saqlanadi, birinchi bosqichda ko'tarilgan arterial bosim, ikkinchi bosqichda tusha boshlaydi. Gipoksemiya (RaO_2 50-55 mm. sim.ust. yoki 6,7-7,3 kPa yoki 8,7-9,3 kPa) va giperkapniya ($RaSO_2$ 65-71 mm.sim.ust) aniqlanadi. Moddalar almashinuvida oraliq mahsulotlar to'planishining davom etishi metabolik atsidozga olib keladi.

Astmatik holatning uchinchi **gipoksik koma bosqichi**. Gipoksik koma — og‘ir nafas etishmovchiligi, butun o‘pka to‘qimasida "jimjitlik belgisi, o‘pka ekskursiyasining keskin chegaralanishi, keyinchalik, hushdan ketish va tirishish bilan namoyon bo‘ladi. Bola ko‘zdan kechirilganda teri va shilliq qavatlarning umumiy tsianozi kuzatiladi, o‘pkada nafas shovqinlari eshitilmaydi, arterial va muskul gipotoniyasi, yurak faoliyatining keskin pasayishi kuzatiladi. Astmatik holat glyukokortikoidlar etishmovchiligi belgilari bilan kechadi. Klinik jihatdan sekin va tez rivojlanadigan komalar farqlanadi. Sekin rivojlanadigan gipoksemik koma ko‘pincha og‘ir astmatik holat bilan tugaydi va nafas yo‘llarining quyuq, yopishqoq balg‘am bilan butunlay berkilib qolishi tufayli hosil bo‘ladi. Tez rivojlanadigan gipoksemik koma keskin rivojlangan bronx qisilishi tufayli anafilaktik reaksiya singari kechadi. Unga astmatik holatning boshida hushdan ketish va tez rivojlanadigan nafas etishmovchiligi xarakterlidir. Gipoksik komaning bu turi tez hosil bo‘ladigan allergik reaksiya ko‘rinishida rivojlanadi, chunki avvaldan ayrim allergenlarga yuqori sensibilizatsiya bo‘lgan bo‘lishi mumkin. Bunday bolalarda bir necha daqiqa ichida nafas qisishining o‘tkir xuruji rivojlanadi, o‘pkada "jimjitlik" belgisi paydo bo‘ladi va keyinchalik xushdan ketish va yurak faoliyatining keskin pasayishi kuzatiladi.

Xurujdan keyingi davr. Bronxial astmaning xurujdan keyingi davrida ekspirator hansirash bo‘lmaydi, o‘pkada 2-4 kun davomida siyraklashgan quruq va o‘rta pufakchali xo‘l xirillashlar saqlanadi. Bu davrda odatda yo‘tal nam bo‘lib, shilimshiq balg‘am qo‘chadi. Agar xuruj o‘tganidan so‘ng ham o‘pkada xirillashlar uzoq vaqg davom etsa, bu hol qo‘shimcha bronx-o‘pka infeksiyasi qo‘shilganidan dalolat beradi. Bunday hollarda balg‘am shilimshiq-yiringli bo‘ladi, antibakterial davolov bu o‘zgarishning yo‘qolishiga olib keladi.

Xuruj orasidagi davr. Bronxial astmaning xuruj orasidagi davrida fizikaviy yo‘l bilan aniqlanadigan bronx qisilishining belgilari bo‘lmaydi, bronxial o‘tkazuvchanlikning to‘liq me‘yorlanishi kuzatilmaydi. Bolalarda bronxial astmaning

xuruj orasidagi davrida turli a'zo va tizimlarda funktsional buzilishlar kuzatiladi. Bolaning jismoniy mehnatga layoqati pastligicha qoladi.

Asoratlari. Kasallik uzoq davom etib borganida, ayniqsa, bronx o'pka infeksiyasi bilan, burun-xalqumdagi yallig'lanish o'zgarishlari bilan birga qo'shilganida turg'un emfizema, cor pulmonum, o'pka atelektazi, pnevmotoraks, mediastinal emfizema, nevrologik o'zgarishlar, jismoniy rivojlanishdan orqada qolish ko'rinishidagi asoratlar qoldirishi mumkin.

Oqibati. Juda ko'p omillarga bog'liq bo'lib kasallikning atopik turida ancha yaxshi, allergen to'g'ri aniqlansa bemor sog'ayib ketadi. Infektsion-allergik turida esa oqibat kasallikning kechishiga bog'liq bo'lib qoladi.

Hamshiralik tashxislari. Nafas qisishi, bo'g'ilish, hayajonlanish, bezovtalik, yo'tal, qiyinlik bilan ko'chadigan balg'am va boshqalar.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik, axlat tahlillari, balg'amning umumiy tahlili, allergik sinamalar, o'pkaning rentgenologik tekshiruvlari va boshqalar. **Bronhial astma va obstruktiv bronxitning qiyosiy tashxisi**

<i>Belgilari</i>	<i>Bronxial astma</i>	<i>Obstruktiv bronxit</i>
Yoshi	1,5 yoshdan katta	1 yoshdan kichik
Bronxoobstruktiv sindrom ning yuzaga chiqishi	ORVIning birin chi sutkasida	va kechroq
Oldingi bronxoobstruktiv sindrom epizodlari	2 marta va undan ko'proq	Kuzatilmagan yoki bir marta
Allergik kasalliklarga nasliy moyillik	Bor	Yo'q
Ona tomonidan bronxial astma	Bor	Yo'q
Ovqat mahsulotlariga, dorilarga, profilaktik emlashlarga anamnezida allergik reaksiya	mavjudligi Bor yo'q	
Maishiy antigenga zoriqish, yashash joyida zax, chang bo'lishi	Kuzatiladi	Yo'q

Davolash va parvarish qilish. Bronxial astmaning davosi va parvarishi kasallik xurujlari va xuruj bo‘lmay turgan davrlarida ham tabaqalashtirilgan holda olib boriladi.

Kasallikning engil xurujlarida bolani toza havoga olib chiqish, oyoq va qo‘lariga issiq vannalar qilish, issiq sodali suyuqliklar ichirish yaxshi naf berishi mumkin. Bolaning e‘tiborini rasmlar ko‘rsatish, kitob o‘qib berish, qiziq hikoyalar so‘zlab berish va boshqa yo‘llar bilan chalg‘itish ham ahvolni yaxshilanishiga olib kelishi mumkin.

Hozirgi vaqtda bronxial astmani davolashda allergik reaksiyalarning har xil patogenetik zanjirlariga ta‘sir qiladigan terapevtik dori moddalari qo‘llanilmoqda. Xastalikning davosi bolalarning individual xususiyatlari, kasallikning kechishi va bosqichlarini hisobga olgan holda belgilanadi. Bu omillar u yoki bu terapevtik dorilarni qo‘llashda etakchi bo‘lib hisoblanadi. Bronxial astmani davolash taxminan 3 bosqichda olib boriladi:

1. Bronxial astmaning o‘tkir davrida davolash (tez yordam) bosqichi.
2. Kasallikning remissiyasiga erishish uchun qo‘llaniladigan davo bosqichi.
3. Maxsus giposensibilizatsiya o‘tkazish bosqichi.

Bronxial astmani o‘tkir davrida davolash - kasallikning patogenetik xususiyatlari va bronxial o‘tkazuvchanlikning buzilishi - bronxlar silliq muskullari qisilishining oldini olishga qaratilgan. Buning uchun birinchi navbatda bronx kengaytiruvchi dori-darmonlar tayinlanadi.

Bronxlarni kengaytirish mexanizmi bo‘yicha bronxkengaytiruvchi vositalar asosan 3 guruhga bo‘linadi:

- 1) Adrenergik retseptorlarni qo‘zgatuvchilar - simpatomimetiklar;
- 2) Metilksantin qatoridagi dori aralashmalari;
- 3) Atsetilxolinni yo‘qotuvchilar (xolinolitiklar).

Bolaga og‘iz orqali biror xil bronxkengaytiruvchi vositalarni ingalyatsiya qildirish (astmopent, salbutamol, berotek, atrovent, berodual), ayrim hollarda tabletka holdagi eufillin, efedrin va boshqalar ichirish kerak.

Bronxial astma xurujini yo'qotish uchun bir bosganda 1 miqdori 0,75 mg bo'lgan maxsus aerosol - ingalyator buyuriladi. Bir yoshgacha bolalarda ingalyatsiya usuli qo'llanilganda yoki 1G'4—1G'2 tabletka berilganda xuruj yo'qoladi (1 tabletkada 0,02g ortsiprenolin sulfat bo'ladi). Alupent tayyor 2% li eritma yoki 0,02 g tabletka ko'rinishida ko'llaniladi. Bolalarga 1-2 ingalyatsiya etarli, 6 yoshgacha 1G'4 tabletka, 6 yoshdan so'ng 1G'3 tabletka beriladi. Astmopentning 1,5% li eritmasi aerosol ko'rinishida ingalyatsiya uchun qo'llaniladi, bunda 1-2 ingalyatsiya etarlidir. Ta'sir 10—15 daqiqadan so'ng seziladi. Salbutamol ingalyatsion idishlarda 0,1mg modda ko'rinishida 4-7 yoshgacha bolalarga bitta, maktab yoshidagilarga 1-2 ingalyatsiya tavsiya qilinadi.

O'zgarish kuzatilmaganda teri ostiga efedrin, papaverin, no-shpa eritmalari biron xil antigistamin vosita (suprastin, dimedrol, tavegil va boshqalar) bilan birgalikda yuboriladi.

O'rtacha og'ir va og'ir hollarda bolalar kasalxona sharoitida davolanadi va dori vositalari aksariyat hollarda teri ostiga va venalarga yuboriladi. Xurujlar cho'zilib ketganda venalar orqali kortikosteroid gormonlar (prednizolon, gidrokortizon) kiritiladi.

Hamshiraning asosiy vazifasi bola holatini diqqat bilan kuzatish, undagi hayajonni tinchlantirish, kasallikning yaxshi oqibatlariga ishontirish, bolaga qulay sharoit yaratish, orqasiga yostiqlar qo'yish yoki funktsional karavotning bosh tomonini ko'tarib qo'yish, derazalarni ochib qo'yish, qisib turgan kiyimlarini engillatish va xonaga toza havo kirishini ta'minlashdan iborat.

Balg'amni suyultirish va ko'chishini osonlashtirish maqsadida solutan (har safar 7-10 tomchidan), bronxolitin (1-2 choy qoshiqdan), kaliy yodid (2-4% li eritmasi bir choy qoshiqda sutga qo'shib) kuniga 2-3 mahal ichish uchun tavsiya etiladi.

Fizioterapevtik muolajalardan adrenalin, kaltsiy, novokain yoki dimedrol bilan elektroforez qilish, aeroionoterapiya, ultratovush, induktoterapiya va UVCh toklari qo'llaniladi.

Asmatik holatni davolash. Asmatik holatning birinchi bosqichida davolash avvalo V_2 -adrenoretseptorlar to'sqinligini yo'qotish va bronxial o'tkazuvchanlikni tiklashga yo'naltirilgan bo'ladi. Bemorlarni asmatik holatdan chiqarishda eng samaralisi meliksantin qatoridagilar, ayniqsa eufillindir. Uni tomir ichiga 2,4 % li eritma holida 4—6 mgG'kg hisobida 250-500 ml natriy xlorning izotonik eritmasida yuboriladi. Kunlik miqdori 2-4 mg dan oshmasligi kerak. Bronxlarning drenaj faoliyatini yaxshilash va makrolitik ta'sir uchun 2 % li soda eritmasi va kaliy yodid tavsiya qilinadi. Gipoksiyani kamaytirish maqsadida namlangan kislorod bilan oksigenoterapiya o'tkaziladi. Oksidlanish-qaytarilish jarayonlarini yaxshilash uchun (S, V₅, V₆) vitaminlar tavsiya etiladi.

Metabolik atsidoz turli xil eritmalar yuborish bilan yo'qotiladi. Astma holatidagi bolalarda uyqu dorilari va trankvilizatorlarni ehtiyotlik bilan qo'llash lozim, chunki ular nafas markazini tormozlashi hisobiga bola ahvolini yana ham og'irlashtirib qo'yishi mumkin. Agar davolashning bu turi ta'sir ko'rsatmasa, glyukokortikoidlar beriladi.

Asmatik holatning ikkinchi bosqichida davolash birinchi navbatda bronx o'tkazuvchanligini tiklashga qaratiladi. Bu davrda bemor ahvoli og'irligi tufayli prednizolonning miqdori kuniga 3-5 mgG'kg ga oshiriladi. 1,5-2 mgG'kg ichishga, qolgani esa tomir ichiga yuboriladi. Birinchi bosqichdagidek atsidozning oldini olish maqsadida faol infuzion terapiya o'tkaziladi. Mukolitik vitaminlar (V₅, V₆, S) bilan davolash davom ettiriladi. Bisolven kuchli mukolitik ta'sirga ega bo'lib, tabletkada 8 mg, eritmada - 4 ml chikariladi. Go'dak yoshidagi bolalarga kuniga 10 tomchidan 3 mahal, 1-5 yoshlilarga 1G'2 tabletkadan, 4,0 yoki 2,0 ml dan kuniga 3 mahal, hamda 4,0 ml eritmasi kuniga 5 mahal beriladi.

Astmatik holatning ikkinchi bosqichida o'tkir holatlar yo'qotilgandan so'ng bemorni glyukokortikoidlar bilan davolashga o'tkaziladi, bunda preparatlar 1,5-2 mgG'kg hisobidan beriladi, keyinchalik miqdorini kamaytirib, 2-3 haftadan so'ng esa butunlay to'xtatiladi. Glyukokortikoidlar bilan birga bronxkengaytiruvchilar, mukolitiklar, antibiotiklar va kaliy moddalari tayinlanadi.

Astmatik holatning uchinchi bosqichidagi reanimatsion tadbirlar o'pkada havo almashinuvini saqlab qolishga, gipoksiya va giperkapniyaning xavfli darajasini yo'qotishga qaratilgan. Bunga o'pkada sun'iy havo almashtirish usuli bilan erishiladi. Bir vaqtning o'zida glyukokortikoidlar bilan davolash davom ettiriladi (6—10 mgG'kg prednizolon), bunda 2 mgG'kg prednizolon ichishga, qolgani esa tomir ichiga eufillin yoki natriy xloridning izotonik eritmasi bilan yuboriladi. Yurak etishmovchiligida yurak glikozidlari qo'llaniladi. Gipoksiya va giperkapniya darajasining pasayishiga, bronxial o'tkazuvchanlikning yaxshilanishiga, davolov bronxoskopiyasini qo'llash bilan erishiladi. Bolalarni xavfli holatdan chiqargandan so'ng 3-4 hafta davomida glyukokortikoidlar bilan davolash davom ettiriladi. Ba'zi olimlar ma'lumotlariga ko'ra - astmatik holatning II va III bosqichida bolalarda gemosorbtsiya o'tkazish yaxshi natijalar beradi.

Bronxial astmaning xuruji cho'qqisida anafilaktik karaxtlikni eslatadigan gipoksik koma rivojlansa, darhol tomir ichiga adrenalin yoki alupent, glyukokortikoidlar, keyinchalik eufillin yuboriladi, agar ta'sir bo'lmasa, bemorni sun'iy havo almashtirishga o'tkaziladi. Bronxial obstruktsiya va nafas etishmovchiligi bartaraf etilgandan so'ng sun'iy havo almashtirish to'xtatilishi mumkin. Bola gipoksik koma holatidan chiqarilgandan so'ng prednizlon bilan davolash davom ettiriladi. Ichishga 1,5—2 mgG'kg hisobidan 7—10 kun davomida beriladi, keyinchalik miqdori kamaytirilib, uchinchi haftaning oxirida umuman to'xtatiladi. Ayni shu vaqtning o'zida bronxkengaytiruvchilar va kaliy preparatlarini berish lozim. Boshqa davo choralari simptomlarga karatilgan bo'lishi lozim.

Bronxial astmada o'ziga xos giposensibilizatsiya, faqatgina davolash o'tkazilmoqchi bo'lgan etiologik ahamiyatga molik allergen isbotlangan bo'lsagina buyuriladi. Bronxial astmaning xurujlar orasi davrida hech qanday asoratlar bo'lmagandagina immunoterapiya o'tkaziladi.

Kasallik bilan og'rikan bolalar so'nggi xurujdan keyin kamida 5 yil davomida dispanser hisobda nazorat qilinadi, 15 yoshga to'lgach kattalar poliklinikasining o'smirlar xonasi nazoratiga o'tkaziladi.

Profilaktikasi. Nafas yo‘llari kasalliklarining oldini olish, o‘z vaqtida va to‘g‘ri davolash, surunkali ko‘rinishga o‘tkazib yubormaslik choralari ko‘rish, bolaning to‘g‘ri o‘sishi, ovqatlanishi, jismoniy tarbiyasi, organizmini chiniqtirishi bo‘yicha uzluksiz ishlarni olib borish kasallikning oldini olishda katta ahamiyatga ega.

Allergik kasalliklar va eksudativ diatezlari bor bo‘lgan oilalarda tug‘ilgan bolalarga alohida e‘tibor berish talab etiladi.

MASALALAR

1.1,5 yoshli bola.7 kun oldin O'RVI kechirgan.Kasallikni 8-kuni yana xarorat 39,0 ga ko'tarilgan.Bemorni axvoli yomonlashayapti,yo'tal kuchayyapti.

Xolisona tekshiruv davrida perkutor tovush bo'g'iqlashayapti.O'pkada dag'al nafas asosida quruq va nam g'ijillash eshitilayapti.

1.Sizning tashxisingiz? 2.Qanday qo'shimcha tekshirish usullari zarur.

Javob:1.O'choqli zotiljam.2.Ko'krak qafasi obzor rentgenografiyasi.Umumiy qon taxlili.

2.3-yoshli bola.O'RVI kechirgandan keyin bolada nam yo'tal va ko'krak qafasi va qorin soxasida og'riq bilinadi.Tana xarorati 38,3,ko'ngil aynish va ishtaxa kamligidan onasi shikoyat qiladi.Umumiy axvoli o'rtacha og'irlikda.Xushi joyida.Og'iz va burun soxasida tsianoz belgisi bilinadi.O'pkasida mayda pufakli g'ijillash eshitiladi.Yurak tonlari bo'g'iq.Qorni soxasi yumshoq,paypaslanganda biroz og'riq bilinadi.Ich kelishi va siyishi yaxshi.

1.Sizning tashxisingiz? 2.Qanday tekshirish usullari zarur?

Javob: 1.Segmentar zotiljam.2.O'pkaning obzor rentgenografiyasi,umumiy qon taxlili.

3. 8 yoshli bola.Kasallik o'tkir boshlandi.Bosh og'rig'i,tana xarorati 39,5,junjikish,qusish,qorinni o'ng yonbosh soxasida og'riq.Perkussiyada perkutor tovush bo'g'iqligi,O'pkasida dag'al nafas asosida shitirlovchi g'ijillash eshitiladi.

Sizning tashxisingiz? Qanday qo'shimcha tekshirish usullari zarur?

Javob: 1.Krupoz zotiljam quyilish bosqichi. 2.Ko'krak qafasi obzor rentgenografiyasi. Umumiy qon taxlili.

4. 7 yoshli bola.Umumiy axvoli og'ir.Yuzi qizargan.lablarida uchuq.Ko'krak qafasi o'ng tomonida perkutor tovush bo'g'iqlashgan.Bronxofoniya kuchaygan.Gijillash eshitilmayapti.Oligouriya belgilari bilinadi.Umumiy qon taxlilida proteinuriya aniqlangan.

1.Sizning tashxisingiz? 2.Qanday qo‘shimcha tekshirish usullari zarur?

Javob: 1.Krupoz zotiljam,qizil jigarlanish 11- daraja.

2.Umumiy qon va siydik taxlili,Ko‘krak qafasi rentgenografiyasi.

5. 9 yoshli bola.Umumiy axvoli o‘rtacha og‘irlikda.Xushi joyida.Kasallik boshlanganiga 7 kun bo‘ldi.Tana xarorati meyorlashdi.kuchli yo‘tal bemorni bezovta qilayapti.Perkussiyada timpanit belgisi bilinadi.O‘pkasida dag‘al nafas asosida krepitatsiya eshitilayapti.Bronxofoniya kchaygan.

1.Sizning tashxisingiz.2.Qanday qo‘shimcha tekirish usullari zarur.

Javob: 1.Krupoz pnevmoniya,sariq jigarlanish,111 darajasi.2.

2.Umumiy qon va siydik taxlili,Ko‘krak qafasi rentgenografiyasi.

6. 27 kunlik chaqaloq.Tug‘ruq meyorida kechgan.3-xomiladorlik va 3 tug‘ruqdan 3200 oqirlik bilan tug‘ilgan.Tug‘ruqxonadan 7 kun uyga javob berilgan.Bolani onasi bolani qusishidan,ich ketishdan,qorni dam bo‘lishdan,qiyin yo‘taldan,balg‘am qon aralash ko‘pikli.Xolisona tekshirishda:

Ko‘krak qafasi kengaygan,perkussiyada : timpanit.Nafas susayganDoimiy bo‘lmagan g‘ijillash eshitilayapti.Kuchli tsianoz va ovqinli ekspirator xansirash,yurak tonlari bo‘g‘iqlashgan,taxikardiya.

Laboratoriya taxili: Leykopeniya limfotsitozga moyillik.

Sizning tashxisingiz? 2.Qanday qo‘shimcha tekirish usullari zarur?

Javob: 1.Interstitsal zotiljam.2.Ko‘krak qafasi rentgenografiyasi.

BRONXOOSTUKTIV SINDROMDAN VAZIYATLI MASALALAR.

1.Masala.

6-yohli bola.BA tashxis bilan 2 yildan beri xisobda turadi.

Ko'ruv davrida bolna umumiy axvoli qoniqarli.Xushi joyida.Keyingi vaqtlarda umumiy bezovtalik,ta'sirchanlik,uyqsi buzilishidan,qo'zg'aluvchanlikdan,umumiy bexollikdan,ba'zan uyquchanlikdan,tormozlanishdan shikoyat qiladi.Bundan tashqari yuz qizarib ketishi,ko'p terlash,qorachiqlar kengayishi,taxikardiya,nafas aritmiyasi,bosh og'rig'i,ko'ngil aynish,qusish va tamoq qichishishi,ko'krak soxasida og'irlik sezish,burun bitishi,chuchkirish va yo'taldan shikoyat qiladi.Ba'zupn masofadan eshitiladigan g'ijillash eshitiladi.

1.Sizning tashxisingiz? 2.Qanday davolash tadbirlari zarur?

Javob: 1.Bronxial astma.xuruj arafasi davri.2.Tinch muxiti yaratish,xonalarni etarlicha shamollatish,gipoallergen parhez,bronxolitik va adrenomimetiklar aerosolda berish tavsiya etiladi.

2.Masala.

9 yoshli bemor.4 yildan beri BA tashxisi bilan dispanser xisobida turadi.Ko'ruv davrida bemor bezovta,boshi qattiq og'riyapti,Qon bosimi ko'tarilgan,128G'85.Shovqinli nafas eshitiladi.Nafas olishda yordamchi nafas mushaklari ishtirok etayapti.O'mrov osti va ustki soxasi ko'tarilganBemorda qo'rquv xissiyoti bor.Xolati faqat o'tirgan xolatda.Tizzasiga qo'lini tiragan xolatda,elkasi ko'tarilgan,Ko'krak qafasi kengaygan va ko'tarilgan xolatda,Perioral tsianoz,akrotsianoz.qiyin va quruq yo'tal,ko'pikli balg'am ajralayapti.

1.Sizning tashxisingiz. 2.Qanday davo tadbirlari zarur?

Javob: 1.Bronxial astma,xuruj davri.2.Simptomatik va bronxolitik moddalar enteral xolda,antigistamin preparatlar bilan birga.Efedrin,eufillin,dimedrol birgalikda yaxshi effekt beradi.Ayrim mualliflar Adrenalin 0,1% va 5% efedrinni tavsiya etadilar.

3.Masala.

11 yoshli bola.5 yildan beri BA bilan dispanser xisobida turadi.

Ko‘ruv davrida bolaning umumiy axvoli nisbatan qoniqarli.Terisi rangpar, Akrotsianoz,eksipirator xansirash,ko‘krak qafasi kengaygan,ozroq quruq g‘ijillash eshitiladi.Uzoqdan kuchli nafas shovqini,auskultatsiyada esa kuchsiz nafas shovqini eshitiladi.Taxikardiya,yurak glikozidlari bilan bartaraf bo‘lmayapti.Arerial bosim ko‘tarilgan,yurak nisbiy bo‘g‘iqlik darajasi toraygan. Bemorni sub’ektiv shikoyati yo‘q.

1.Sizning tashxisingiz? 2.Qanday davolash tadbirlari zarur?

Javob: 1.Bronxial astma,astmatik xolat,kompensatsiya davri.

2.Adrenomimetiklar to‘xtatilib,euffillin tavsiya etiladi,Balg‘amni suyultiradigan preparatlar tavsiya etiladi va fizioterapiya ko‘rsatmaga asosan antibiotiklar tavsiya etiladi.

4.Masala.

Bemor 14 yoshda.Dispanser nazoratida 5 yildan beri xisobda turadi.

Ko‘ruv davrida bemorni axvoli o‘ta og‘ir.Terisida oq tsianoz,og‘iz va burun soxasida tsianoz,kuchli taxikardiya,xansirash,jigar katalashgan,shish bilinadi.

O‘pka auskultatsiyasida g‘ijillash o‘pkada umuman eshitilmayapti.O‘pkanin pastki chegaralari kengaygan.O‘pka ekskurtsiyasi kamaygan.Yo‘tal yo‘q,Tomir urishi sust bilinadi.Arterial bosim pasaygan.Umumiy qo‘zg‘alish simptomlari.qo‘rquv,bo‘g‘ilish belgilari bilinadi.

1.Sizning tashxisingiz.2Qanday davolash tadbirlari zarur?

Javob: 1.Bronxialnayaastma,astmaticheskaya sostoyaniya,11stadiya dekompensatsiya.

2. Prednizolonvena ichiga tomchilab2G‘3mgG‘kg euffillin bilan birga15mgG‘kg.Gidrokarbonatnartiya 2% 20mlG‘yoshiga va ingibitor proteoliticheskix fermentov –kontrikal,trasilol,

Geparinoterapiya 100-150 EDG‘kg 4 maxal 1 kunda tavsiya etiladi.

5.Masala.

13 yoshli qiz bola. BA tashxisi bo'yicha 7 yildan beri xisobda turadi. Ko'ruv davrida umumiy axvoli o'ta og'ir. Xushsiz, kuchaygan tsianoz belgilari bilan reflekslar chaqirilmayapti. Taxikardiya va xansirash kuchaygan. Arterial bosim pasaygan. Jigar kattalashgan, bo'yin tomirlari tepchib chiqqan. O'pka ustida umuman nafas shovqini eshitilmayapti (o'lik o'pka)

1. Sizning tashxisingiz? 2. Qanday davolash tadbirlari ushbu xolatda zarur?

Javob: 1. Bronxialnaya astma, astmatik xolat-111 daraja. Gipoksik koma. 2. Reanimatsion tadbirlar (narkoz, bronxoskopik sanatsiya IVL ga o'tkazish) va yukori dozada prednizolon tavsiya etish. Ko'pgina bemorlarda astmatik xolatda gemosorbtsiya yaxshi naf beradi.

6- masala.

Bemor 11 yoshda. 3 yil davomida BA bilan dispanser nazoratida turadi. Kuruv davrida bemorda bushashishdan, uykusirashdan, karaxtlikdan shikoyat kiladi. Kon bosimi kamayishga moyillik va bradikardiya kuzatilmokda. Upkada auskultatsiyada nafas chikarishda kuruk –gijillash eshitilmokda. Yurak tonlari bugik, Tomir urtacha kuchlanishda.

1. Sizning tashxisingiz? 2. Kanday tekshirishlar zarur?

Javob: 1. Bronxialnaya astma, xurujdankeyingidavr.p.

2. Spirografiya (Tifnosinamasi), pnevmotaxometriya, pikfloumetriya, va bronxospazmolitik preparatlar bilan farmakologik

TESTLAR

1. Surfaktant xomilada necha haftadan paydo bo‘ladi va tarkibi nimadan iborat?

1. 22-24 haftalikdan paydo bo‘ladi va tarkibi lipoproteidlardan iborat
2. 33-34 haftalikdan paydo bo‘ladi va tarkibi lipoproteidlardan iborat
3. 12-22 haftalikdan paydo bo‘ladi va tarkibi lipoproteidlardan iborat
4. 40-42 haftalikdan paydo bo‘ladi va tarkibi lipoproteidlardan iborat

2. Chaqaloqlarda qaysi burun yo‘li bo‘lmaydi va u qachon takomillashadi?

1. Pastki burun yo‘li 4-5 yoshdan takomillashadi
2. O‘rta burun yo‘li 4-5 yoshdan takomillashadi
3. Pastki burun yo‘li 5-8 yoshdan takomillashadi
4. Pastki burun yo‘li 2-3 yoshdan takomillashadi

3. Gaymor bo‘shlig‘i bolalarda necha yoshdan kattalashib boradi?

1. 2 yoshdan
2. 6 yoshdan
3. 12 yoshdan
4. 15 yoshdan

4. Nafas olish bosqichlari tog‘ri ko‘rsatilgan qatorni ko‘rsating?

1) Tashqi nafas olish. A) alveolalar bilan atmosfera orasida gaz almashinish.

2) o‘pka nafas olishi. B). o‘pka bilan qon o‘rtasida gaz almashinuvi.

3) To‘qima yoki ichki nafas olish. V). qon bilan to‘qimalar o‘rtasida gaz almashinuvi.

1. 1-A, 2-B, 3-V.
2. 1-A, 2-V, 3-B
3. 1-V, 2-A, 3-B.
4. 1-V, 2-B, 3-A

5. Laringitda yo'tal harakteri?

1. Akkillovchi
2. Avval quruq, so'ng nam yo'talga o'tishi.
3. Bitonal yo'tal
4. Hurujsimon yo'tal

6. Bronxit va traxeitda yo'tal harakteri?

1. Avval quruq, so'ng nam yo'talga o'tishi.
2. Akkillovchi
3. Bitonal yo'tal
4. Hurujsimon yo'tal

7. Ko'k yo'tal uchun yo'tal harakteri?

1. Hurujsimon yo'tal
2. Akkillovchi
3. Bitonal yo'tal
4. Avval quruq, so'ng nam yo'talga o'tishi.

8. O'pka sili uchun yo'tal harakteri?

1. Bitonal yo'tal
2. Akkillovchi
3. Hurujsimon yo'tal
4. Avval quruq, so'ng nam yo'talga o'tishi.

9. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda nafas soni nechta?

1. 40-60 ta
2. 40-80 ta
3. 140-160 ta
4. 18-20ta

10. Normada nafas soni bilan puls o'rtasidagi nisbat? 1) 1 yoshda 1: 3,5;
2) 1yoshdan kattalarda. 3). Nafas olish organlari shikastlanganda A)1: 2 yoki1: 3; B)
1:3,5; V)1: 4

1. 1-B; 2-V; 3-A.
2. 1-A; 2-V; 3-B
3. 1-V; 2-A; 3-B
4. 1-A; 2-B; 3-V

12. Quyidagi kasalliklarda hansirash turi to'g'ri ko'rsatilgan qatorni ko'rsating?

1) Inspirator hansirash; 2) ekspirator hansirash; 3)Aralash hansirash. A) kruppda, yot jism, o'sma yoki shish paydo bo'lganda, traxeya, bronxni tug'ma torayishida; B) Emfizemada,bronxial astmada, astmatik bronxit;

V) har xil hajmdagi bronxlarning shikastlanishida, pnevmoniyada, bronxitda

1. 1-A; 2-B; 3-V.
2. 1-B; 2-V; 3-A.
3. 1-A; 2-V; 3-B.
4. 1-V; 2-A; 3-B.

13. Shika nafas qisishi qaysi kasalliklarda kuzatiladi?

1. Tuberkulyozda va tug'ma sifilisda
2. Pnevmoniyada va tuberkulyozda
3. Bronxial astmada, astmatik bronxitda
4. Bronxial astmada, Pnevmoniyada

14. Kussmaul tipidagi nafas uchun harakterli?

1. Nafas olish tez va chuqur, hamda pauza yo'qligi bilan harakterlanadi
2. Nafas olish tez, biroq yuza bo'lib o'rtada pauzalar bilan
3. Nafas olish chuqur, o'rtada pauzalar bilan
4. Nafas olish tez, biroq yuza bo'lib, pauza yo'qligi bilan harakterlanadi

15. Tug'ma stridor qachon kuchayadi?

1. Bola yig'laganda, yo'talganda, hayajonlanganda
2. Bola tinchlanganda, issiq xonaga kirganda
3. Bola tinchlanganda, hayajonlanganda, o'ynaganda
4. Bola o'ynaganda, uxlaganda, qichqirganda

16. Filatov simptomi nima?

1. Ekssudativ plevritda shikastlangan tomonda terining qalinlashishi
2. Ekssudativ plevritda shikastlangan tomonda terining qizarishi
3. Ekssudativ plevritda shikastlangan tomonda terining yupqalashishi va ko'karishi
4. Ekssudativ plevritda shikastlangan tomonda terining qichishishi

17. Auskultasiyada kripitasiya eshitilishi qaysi kasallik uchun xos?

1. Pnevmoniya
2. Bronxial nafas
3. Plevrit
4. Bronxit

18. Spirografiya qanday yoshdagi bolalarda o'tkaziladi?

1. 5 yoshdan katta bolalarda
2. 10 yoshdan katta bolalarda
3. 2 yoshdan katta bolalarda
4. 8 yoshdan katta bolalarda

19. O'pkaning funksional holatini baholashda qaysi sinamalardan foydalaniladi?

1. Shtange, Genche
2. Pikfulometriya, Tifno
3. Shtange, Genche, Pikfulometriya.
4. Pikfulometriya, o'pkalar rentgenografiyasi.

20. Nafas olish yetishmovchiligi darajasini kislorodning porsial bosimiga bog'liq holda aniqlang? 1)1-daraja. 2)2-daraja. 3) 3- daraja.4) 4- daraja. A) pO₂ 70-90%; B) pO₂ 80-90% V) pO₂ 70% dan past; G) pO₂ 50% dan past.

1. 1-B; 2-A; 3-V; 4-G.
2. 1-A; 2-B; 3-V; 4-G.
3. 1-V; 2-A; 3-B; 4-G.
4. 1-G; 2-A; 3-V; 4-B.

21. Bronxit kasalligining rentgenologik ko'rinishi?

1. O'pka ildizi surati kuchaygan.
2. O'pka ildizi surati susaygan
3. O'pka ildizi surati susaygan, o'pkaning yuqori qisimsda infiltrativ soya
4. O'pka ildizi surati kuchaygan, mayda o'chog'li soyalanishlar.

22. Yo'tal sindromi kuzatilayotgan bolani fizikal tekshirilganda nimalarga e'tibor berish kerak?

1. Umumiy tsianoz, nafas olishni qiyinlashishi, kaftlarning oqarishi, burun kataklarining kengayishi, inqillab nafas olish.
- 2.Yo'tal soni, boshlangan muddati va davomiyligiga.
- 3.Temperatura darajasiga
- 4.Intoksokatsiya darajasiga, og'iz-burun uchburchagidagi tsianozga.

23. 2 oylikkacha nafas soni nechta bo'lsa tezlashgan gnafas xisoblanadi?

1. 60 va undan yuqori.
2. 50 va undan yuqori
3. 40 va undan yuqori
4. 20 va undan yuqori.

24. 12 oylikkacha nafas soni nechta bo'lsa tezlashgan nafas xisoblanadi?

1. 50 va undan yuqori
2. 60 va undan yuqori.
3. 40 va undan yuqori
4. 20 va undan yuqori.

25. 1 yoshdan 5 yoshgacha nafas soni nechta bo'lsa tezlashgan nafas xisoblanadi?

1. 40 va undan yuqori
2. 20 va undan yuqori.
3. 50 va undan yuqori
4. 60 va undan yuqori.

26. Pnevmoniya qanday kasallik

1. O'pkaning interstitsial to'qimasi va alveolalarning infeksiyon yallig'lanishi.
2. O'pkaning interstitsial to'qimasi va alveolalarning yallig'lanishi.
3. Bronx devorlarining infeksiyon yallig'lanishi
4. Traxeyaning infeksiyon yallig'lanishi.

27. Pnevmonit nima?

1. O'pkaning interstitsial to'qimasi va alveolalarning yallig'lanishi.
2. O'pkaning interstitsial to'qimasi va alveolalarning infeksiyon yallig'lanishi.
3. Traxeyaning infeksiyon yallig'lanishi.
4. Bronx devorlarining infeksiyon yallig'lanishi

28. Pnevmoniyada auskultatsiyada nima eshitiladi?

1. Nam xirillash
2. Kripitatsiya xushtaksimon xrip
3. Kripitatsiya plevra ishqalanish shovqini

4. Kripitatsiya perikard ishqalanish shovqini

29. Plevra empiemasida qanday nafas shovqini eshitiladi?

1. Nafas shovqini eshitilmaydi
2. Xushtaksimon xrip
3. Kripitatsiya eshitiladi
4. Inspiratsion nafas qiyinlashishi

30. Pnevmotoraksda perkussiyada nima aniqlanadi?

1. Timpanik tovush
2. Perkutor tovush perkutor tovush
3. Bo‘g‘iqlashgan
4. Perkussiyada hech qanday tovush aniqlanmaydi.

31. Pnevmonsistli pnevmoniyada anamnez yig‘ilganda nima aniqlanadi?

1. Bolada yoki oila a‘zolarida OIV ga musbat test
2. Meningial simptomlarin bo‘lishi
3. Oilaviy anamnezida epilepsiya borligi
4. Oilaviy anamnezida profilaktik emlashlarga allergik reaksiya borligi.

32. Bezgakda o‘pka auskultatsiyasida nima aniqlanadi?

1. O‘pka auskultatsiyasida patologik o‘zgarishlar bo‘lmaydi
2. Kripitatsiya va nam xrip eshitiladi
3. Xurujsimon xrip eshitiladi
4. Quruq va nam xar xil kalibrli xriplar eshitiladi.

33. Pnevmoniyaning VOZ bo‘yicha sinflanishi

1. O‘ta og‘ir pnevmoniya, og‘ir pnevmoniya, pnevmoniya, pnevmoniya yo‘q
2. Shamollash.

3. Krupoz pnevmoniya, o'chog'li pnevmoniya. interstitsial, o'chog'li, bo'lakli pnevmoniya

4. Engil, o'rta og'ir, og'ir pnevmoniya.

34. O'ta og'ir pnevmoniya uchun xos?

1. Markaziy tsianoz
2. Og'iz- burun uchburchagidagi tsianoz
3. Nam yo'tal
4. Burun kataklarini kengayishi.

35. Letargik xolat, icholmaydi, emolmaydi yoki eganini qayt qiladi bu belgilar kaysi pnevmoniya uchun xos?

1. O'ta og'ir pnevmoniya.
2. Og'ir pnevmoniya
3. Pnevmoniya yo'q
4. Shamollash bronxit

36. O'ta og'ir pnevmoniya qaerda davolanadi?

1. Statsionarda
2. Ambulator
3. Uy sharoitida
4. Istalgan joyda davolash mumkin

37. Ampitsillin bolalarga qanday dozalarda beriladi?

1. 50-100mg/kg
2. 100-150 mingED/kg
3. 0-100mg/kg
4. 30-50mg/kg

38. Kichik yoshdagi bolalarda BOS sindromi kelib chiqishi va rivojlanishiga qanday omillar ta'sir etmaydi?

1. Tabiiy ovqatlanish
2. Viruslar
3. Bakteriyalar
4. Zamburug'lar

39. BOS da mexanik obturatsiyani muxim omili nima?

1. Shish gipersekretsiya
2. Yallig'lanish infiltratsiyasi
3. Yot jism
4. Bronxlar torligi

40. Bronxlarda yalliglanish infiltratsiyasi kelib chiqishiga sabab bo'lmagan omilni ko'rsating?

1. Antitelalarni ortishi
2. Gipersekretsiya
3. Yallig'lanish infiltratsiyasi
4. Shish bronxlar torligi

41. BOS sindromi bilan kechmaydigan kasalliklarni sanang?

1. ORVI
2. Soxta krup
3. Zotiljam
4. Bronxiolit

42. Aspiratsion genezli kasalliklarga xarakterli emas?

1. Diafragmal churra
2. Bronxial astma

3. Nafas yo'llarida yot jism

4. Bronxit

43. Bronxial astma qanday belgilar bilan xarakterlanmaydi?

1. Inspiratsion xansirash

2. Ekspirator xansirash

3. Xurujli yo'tal

4. Qutichasimon tovush

44. Ekzoallergenlarga nimalar kirmaydi?

1. Nerv tolasi

2. Gul changi

3. Xayvon yungi

4. Dori-darmonlar

45. Bronxial astma xuruji bolalarda ko'pincha qanday holatda yuzaga kelmaydi?

1. Gipotoniya xolatida

2. O'tkir infektsiya

3. Ovqat nosozligi

4. Emlashdan so'ng

46. Nafas yo'llari bo'linadi?

1. Yuqri

2. O'rta

3. Quyi tashki

4. pastki, yuqorigi

47. Nafas etishmovchiliging nechta darajasi bor?

- 1.3 ta
2. 4 ta
3. 5 ta
4. 2 ta

48. Qanday holatlar bola xayotiga xavf soluvchi belgilari

1. Bola emmay kuysa yoki suyuklik ichmay kuysa;
2. Barcha holatlar;
3. Bola kayt kilsa;
4. Bolada shaytonlash bulsa yoki ko‘zini ochmay bexush yotsa

49. Qaysi xollarda bolalarda bronxial astma xuruji takrorlanmaydi?

1. Antigistamin preparatlarini qabul qilgach
2. Oziq ovqat allergiyasi
3. Emlashdan so‘ng
4. O‘tkir infeksiyalardan keyin

50. BA da laborator ko‘rsatkichlar?

1. Eozinofillar ko‘payadi
2. Ishqoriy fosfataza ortadi
3. Leykotsitoz kuzatilmaydi
4. SOE keskin ortadi

ADABIYOTLAR RO‘YXATI

1. Geppe, N. A. Detskie bolezni: uchebnik G‘GeppeN. A. - Moskva : GEOTAR - Media, 2018. - 760 s.
2. Mazurin, A. V. Propedevtika detskix bolezney G‘A. V. Mazurin, I. M. Vorontsov. Sankt-Peterburg: Foliant, 2000. 538 s.
3. Kalmo‘kova, A. S. Propedevtika detskix bolezney: uchebnik G‘podred. Kalmo‘kovoyA. S. - Moskva : GEOTAR-Media, 2018. - 768 s.
4. Kalmo‘kova, A. S. Poliklinicheskaya I neotlojnaya pediatriya: - Moskva: GEOTAR-Media, 2020. - 968 s.
5. Kildiyarova, R. R. Laboratorno‘e I funktsionalno‘e issledovaniya v praktike pediatria G‘KildiyarovaR. R. - Moskva : GEOTAR-Media, 2017. - 176 s.
6. SamsoginaG.A. Kasheludetey. - Moskva : GEOTAR-Media, 2021. - 376 s.
7. Shabalov N. P. Detskiebolezni. Tom 1,2. 8-eizdanie. - Moskva : GEOTAR-Media, 2018. - 976 s.
8. manba: dialog.ru
9. Avitsenna.uz
10. Ziyonet. uz

O‘quv qo‘llanma

Maxpiyeva Guldonaxon Kabiljanovna

**BOLALARDA NAFAS OLISH A‘ZOLARI
KASALLIKLARI VA TEKSHIRISH USULLARI**

Muharrir: Abdurahimov A.

Korrektor va dizayn: Nazirjonov O.

Tasdiqnoma № 3693-615f-9ccc-0187-7582-2706-6992, 31.10.2020.

Format 60x84/16. Garnitura Times New Roman.

Muqova uchun rasm manbasi <https://www.zdravje.si/wp-content/uploads/2019/03/Bris-matericnega-vratu-hpv.jpg>

Shartli b.t. 5.35. Adadi 10 dona. Buyurtma №88.

«RE-HEALTH» nashriyotida tayyorlandi va chop etildi.

170127, Andijon, Yu. Otabekov ko‘chasi, 1-uy.

Telefon: +998941010091

e-mail: re-health@mail.ru

<http://re-health.uz>

0337

