

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

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

**Ulug‘ov A.I., Yunusov D.M., Isaxanova N.X.,
Soxibova M. J., Baxavitdinova Z.M.**

Bilim sohasi – Ijtimoiy ta‘minot va sog‘liqni saqlash-500000

Ta‘lim sohasi- 510000 «Sog‘liqni saqlash»

**“Bolalarda bug‘im yallig‘lanishi bilan kechadigan
kasalliklarni tashxisoti,
prfilaktikasi,dispanserizatsiyasi**

(O‘quv qo‘llanma)

5510200- «Pediatriya ishi» ta‘lim yo‘nalishi talabalari uchun

“ Ambulator poliklinik pediatriya ” fani bo‘yicha

TOSHKENT - 2022 Y.

Tuzuvchilar:

Ulug'ov A. I. ToshPTI "Oila shifokolik №1, jismoniy tarbiya va FM tarbiya" kafedrası dotsenti, t.f.n

Isaxonova N. X ToshPTI "Oila shifokorlik №1, jismoniy tarbiya va FM tarbiya" kafedrası assistenti

Yunusov D.M ADTI "Bolalar kasalliklari propedevtikasi va poliklinik pediatriya kafedrası assistenti

Soxibova M.J. ADMI "Bolalar kasalliklari propedevtikasi va poliklinik pediatriya kafedrası assistenti

Baxavitdinova Z.M ADMI "Bolalar kasalliklari propedevtikasi va poliklinik pediatriya kafedrası katta o'qituvch

Taqrizchilar:

Ashurova D.T. - ToshPTI "Bolalar kasalliklari propedevtikasi" kafedrası mudiri, t.f.d. professor

Jalilov A.A - ToshPTI Bosh shifokori
dotsent, t.f.d.i



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

GUVOHNOMA



Toshkent shahri

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash
vazirligi Toshkent pediatriya tibbiyot institutining
2022 yil "02" noyabrdagi "459" – sonli buyrug'iga
asosan

A.I.Ulugov, N.X.Isaxanova, D.M.Yunusov,

M.J.Soxibova, Z.M.Baxavitdinova
(muallifning familiyasi, ism-sharifi)

Tibbiyot oliygozlari talabalari uchun
(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

ning

talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan

Bolalarda bo'gim yallig'lanishi bilan kechadigan

kasalliklarni tashxislash, profilaktikasi, dispanserizastiyasi

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

nomli o'quv qo'llanma ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar mahkamasi
tomonidan litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr
etishga ruxsat berildi.



Rektor B.T.Daminov

Ro'yxatga olish raqami

000025



KIRISH

Bo'g'im sindromi bilan kechuvchi kasalliklar eng ko'p tarqalgan kasalliklar qatoriga kiradi va ko'pincha nogironlikka olib keladi. Mamlakatimiz kelajagi bolalar salomatligiga bog'liq. Faqat jismoniy va ruhiy kuchlarning uyg'un rivojlanishi bo'lgan sog'lom avlodgina jamiyatni yanada rivojlantirish va mustahkamlash masalalarini hal qilishga qodir. Bolalar salomatligini muhofaza qilish nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy muammo hamdir. Mamlakatimizda va boshqa mamlakatlarda bolalarning jismoniy rivojlanishi va har tomonlama ta'lim olishi uchun qulay shart-sharoitlar yaratilgan, yosh avlodni insonparvarlik, mehnatsevarlik va vatanparvarlik ruhida tarbiyalashga sharoitlar yaratilgan. O'zbekistonda bolalar va onalar sog'lig'ini muhofaza qilish O'zbekiston Respublikasi hukumatining diqqat markazida bo'lib kelmoqda. Kelajak avlod haqida g'amxo'rlik, oila, onalik va bolalikni muhofaza qilish O'zbekiston Respublikasi Konstitutsiyasida mustahkamlanib qo'yilgan bo'lib, bola tug'ilishidan avval boshlanadi. Har yili hukumat sog'liqni saqlash va bolalar salomatligini yaxshilashga qaratilgan ijtimoiy tadbirlarga ajratiladigan mablag'larni ko'paytirmoqda. Profilaktika yo'nalishidagi ishlar tobora muhim ahamiyat kasb etmoqda: OP, QVP larning material-texnik bazalari yaxshilanmoqda, pediatriya sohasi mustahkamlanmoqda, tor mutaxassislar kabinetlari tashkillashtirilmoqda, bolalarni tibbiy ko'rikdan o'tkazish muntazam ravishda olib borilmoqda.

O'quv qo'llanma oliy o'quv yurtlari talabalarini uchun pediatriya dasturiga to'liq muvofiq holda yozilgan. O'quv qo'llanma bo'g'im sindromi bilan kechuvchi kasalliklarni erta tashxislash uchun 6 kurs talabalariga mo'ljallangan.

BOB - 1

Tashxisdagi asosiy holatlar

- Artrit tashxisi mahalliy haroratning ko'tarilishi, harakatda og'riqning bo'lishi bilan birga, bo'g'imlarda shish yoki harakatlarning cheklanganligi kabi klinik belgilar asosida qo'yiladi. Ertalabki karaxtlik artrit uchun xos bo'lib, jismoniy yuklamadan so'ng yuzaga keladigan og'riq esa ko'proq bo'g'imlarning yallig'lanishsiz kasalliklari uchun xarakterlidir. Agar anamnez artritni bildirsada, biroq kasallikning klinik belgilari kuzatilmasa, belgilar paydo bo'lganida bolani qayta ko'rikdan o'tkazish lozim.

- Bo'g'im shikastlanganida bemorlar quyidagi tekshiruvlardan o'tishlari lozim:

Bo'g'imlarda og'riq shikoyatlarining taxlili: og'riq lokalizatsiyasi va xususiyatlarini (kun davomidagi ritmi) aniqlash. Tundagi og'riqlar artritning kuchli ifodalanganligi va/yoki suyak strukturasi shikastlanganligi haqida dalolat beradi. SHuningdek tungi og'riqlar moddalar almashinuvi jarayonining buzilganligida (uraturiya, fosfaturiya, oksaluriya) kuzatiladi. Ertalabki karaxtlik, tayanch-harakati apparati tomonidan boshqa shikoyatlarning bo'lishi yuvenil revmatoid artritda (YURA) kuzatiladi. Paresteziyalar periferik asab tizimining shikastlanishi bilan kechadi. Mialgiyalar YURA ning tizimli variantida kuzatilishi mumkin. Mushaklarning sustligi yuvenil dermatomiozit, tizimli vaskulitlarga xos. Ossalgiya gemablastozlar (leykoz), neoplastik jarayonlarda kuzatiladi. Bo'g'imlardagi og'riqdan tashqari bemor umumiy ahvolining yomonlashishi, xolsizlik, ertalabki karaxtlik, ozib ketishi, subfebril haroratga shikoyat qilishi mumkin.

- Anamnez yig'ish. Bemordan bo'g'im sindromi paydo bo'lgunga qadar 14-30 kun avval kasallik rivojlanishiga sabab bo'luvchi omillar haqida surishtiriladi. Ular quyidagilarni o'z ichiga oladi: jarohatlanish, bakterial va virusli (jumladan O'RI) infeksiyalar, profilaktik emlashlar, insolyasiya, psixologik stresslar.

Anamnezida bo'g'imlarning shikastlanishiga olib keluvchi o'tkir infeksiyalar mavjudligi aniqlanadi - virusli ekzantemalar (qizilcha, parvovirusli infeksiya), tipik toshмали infeksiyalar (gerpetik infeksiya), O'IK (ko'ngil aynashi, qusish, diareya), streptokokkli infeksiya (skarlatina, angina, saramas). Anamnezida urogenital buzilishlar mavjudligi aniqlanadi!: qiz bolalarda o'tkir sistit, vaginit, o'g'il bolalarda — uretrit, balanit, balanopostit, asimptomatik leykotsituriya, eritrotsituriya. Profilaktik emlashlar kalendari o'rganib chiqiladi. Revmatik kasalliklar rivojlanishining triger omillari aniqlanadi - yuqori insolyasiya, sovuq qotish, yo'ldosh kasalliklar va ularni davolashni taxlil qilishda esa qimmatli ma'lumotlarni olish mumkin. Ko'zlarning shikastlanishi: o'tkir kon'yunktivit -

reaktiv artritlarda, uveit – YURA da, spondiloartritda. NYAK, Kron kasalligi, gipotireoz bo‘g‘imlar shikastlanishining sabablari bo‘lishi mumkin.

- Epidemiologik anamnezga etiborni qaratish lozim (bemorning yaqin kunlarda artritogen infeksiyalar bo‘yicha noxush regionlarda bo‘lganligi).
- Demografik omillar ma‘lum ahamiyatga ega – kasallik boshlangandagi yoshi, jinsi. Pubertat yoshdagi qiz bolalarda tizimli qizil yugurik va YURA seropozitiv variantining rivojlanishi, erta yoshdagi qiz bolalarda – YURA ning tizimli varianti, o‘smir yoshidagi o‘g‘il bolalarda yuvenil ankilozlanuvchi spondiloartritning rivojlanishiga moyilligi yuqori ekanligi ma‘lum. Davriy kasallik, amiloidozda etnik moyillik mavjud. Oilaviy anamnez diagnostik ahamiyatga ega – qarindoshlarda revmatik kasalliklar (ayniqsa revmatoid artrit, spondiloartrit), onkologik patologiya, davriy kasallik, amiloidoz mavjudligi.
- Fizikal tekshiruv. Bo‘g‘imlar tekshiruvini 10 daqiqadan kam vaqt ichida olib borish mumkin. Shifokor barcha bo‘g‘imlarning ko‘ruvi, palpatsiyasini o‘tkazishi lozim. Teri rangi, mahalliy temperatura, funksiyasi, shish va og‘riq borligini baholashi zarur. Bo‘g‘imlarda faol va passiv harakatlarni tekshirish lozim. Bemorning qadam tashlashi baholanadi. Qadam tashlashning variantlari: tana vaznini kasal oyoqdan sog‘lom oyoqqa tezda o‘tkazishi (tizza, tos-son bo‘g‘imi, tovonning shikastlanishi), bemor tovonini bosib yoki oyoq uchida turadi (tovonning shikastlanishi), “o‘rdakka o‘xshab” lapanglab yurish (tos-son bo‘g‘imlarining ikki tomonlama shikastlanishi).
- Yurganda va yurganda qadam tashlashini kuzatish. Kichik bolalarda oqsoqlanish – og‘riq yoki karaxtlikni aniqlash uchun muhim diagnostik belgi bo‘lib hisoblanadi. Ko‘ruv vaqtida bolada oqsoqlanish kuzatilmasada, ota-onalar so‘zidan bolada oqsoqlanish mavjudligi odatda to‘g‘ri bo‘lib chiqadi. Bo‘g‘imlarni shish borligiga tekshirish zarur. SHifokor tizza va boldir-tovon bo‘g‘imlari terisining haroratini, so‘ngra teri simmetrik sohalarining haroratidagi farqni baholashi lozim. Bo‘g‘imlar bir tomonlama yallig‘langanda har doim teri harorati orasidagi farq aniqlanadi.
- Bo‘g‘imlarning harakatchanligini baholash. Bo‘g‘imlarda og‘riq yo‘qligida harakatlar amplitudasi odatdagidek bo‘lganida harakatlarning maksimal amplitudasida og‘riqning paydo bo‘lishini baholash zarur (mushaklarning himoyaviy taranglashishi, qarshiligi). Umurtqa pog‘onasi bo‘yin qismining asimmetrisiyasiga etibor qaratiladi. Bemordan boshini orqaga tashlash (me‘yorda 50-60°), iyagi bilan to‘sh suyagiga teginish (me‘yorda bukish 45°), boshni o‘ng, chapga o‘girish (rotatsiya me‘yorda 60-80°), boshni o‘ng va chap elkaga tekkizish (yon tomonga bukish - 40°) so‘raladi. Jag‘-chakka bo‘g‘imlari. Bemordan og‘izni ochish, pastki jag‘ni oldinga va orqaga harakatlantirish, pastki jag‘ni yon tomonlarga harakatlantirish so‘raladi.

Elka bo'g'implari. YOn tomondan qo'llarni yuqoriga ko'tarish, qarama-qarshi qo'llar bilan ensa sohasi orqali chap va o'ng quloqlarga teginish, orqa tomondan chap va o'ng kurakka teginish, mustaqil ravishda ko'ylakni echish, soch tarash so'raladi.

Tirsak bo'g'implari. Qo'llarni elkaga qo'yish so'raladi (meyorda bukish burchagi 20° dan ko'p emas), bilak bo'g'imida qo'llarni yozish (meyorda 180° dan kam emas), pronatsiya va supinatsiyani tekshirish (meyorda 90°).

Bilak bo'g'implari. Qo'llarni bukish (meyorda 70°), yozish so'raladi (meyorda 90°).

Qo'l barmoqlarining mayda bo'g'implari. Barmoqlarni musht qilish (musht zich bo'lishi lozim), mustaqil ravishda paypoq va kolgotkalarini echish, tugmachalarni taqish va echish so'raladi. Meyorda barmoqlar kaftga oson teginadi.

Tos-son bo'g'implari: uzatish (140° dan kam emas), son va tizzalari bilan ko'krakka teginishi lozim, tashqi va ichki rotatsiya (meyorda $40-45^\circ$ dan kam emas). Tos-son bo'g'implarida ichki rotatsiyaga sinama o'tkazish. Bunda bola tos-son va tizza bo'g'implarida 90° burchak ostida bukkan holatda chalqancha yotadi. Tizzalarini birgalikda ushlaganda holda, boldir qismini tashqariga qaratadi. Tos-son bo'g'implarining deyarli barcha kasaliklarida birinchi navbatda ichki rotatsiya o'zgaradi.

Tizza bo'g'implari. Bemordan oyoqlarini tizza bo'g'imida bukish, tizza bo'g'imida o'tirish va dumba sohasini tovoniga tushirish, tizza bo'g'implarini yozish (180° burchak), cho'kkalab o'tirish so'raladi. Tizza qopqog'ining ballotatsiyasi simptomi tekshiriladi. Oyoqlar tizza bo'g'imida bukiladi. Odatda tovonni dumbaga tekizish oson kechadi. Bola chalqancha yotganida oyoqlari tizza bo'g'imida bukilib, maksimal darajada yoziladi.

Tovon bo'g'implari, boldir-tovon bo'g'implari: yuqoriga ko'tarish (meyorda 45° li burchak), pastga qaratish (meyorda 20° li burchak), supinatsiya (tovonni ichkariga o'girish 30°), pronatsiya (tovonni tashqariga o'girish 20°). Boladan oyoq uchida turish va yurish, tovonida turish va yurish so'raladi (meyorda bola barchasini qiyinchiliklarsiz bajaradi). Turli yo'nalishlarda assimetriyaga etibor qaratiladi. Hatto bo'g'implarda ko'zga tashlanib turuvchi shishlar yo'qligida bukishdagi sezilarli cheklanish odatda qiyinchiliksiz aniqlanadi.

Umurtqa pog'onasining bel va ko'krak qismlarida harakatlar xajmi tekshiriladi. Oldinga egilib, qo'llar bilan polga teginish so'raladi (meyorda barmoq uchlaridan polgacha bo'lgan masofa 0-5 sm dan oshmaydi).

Bel qismidagi giperlordoz tos-son bo'g'imining shikastlanishi haqida dalolat beradi.

Entezopatiyalar mavjudligi tekshiriladi (paylarning suyaklarga birikkan joyida og'riq bo'lishi). Umurtqa pog'onasining suyakli o'siqlari, yon bosh suyagining tojlari, dumg'aza-yon bosh suyagi birikmasi, tizza qopqog'ining yuqori va pastki polyusi, axillov paylarining tovon suyagiga birikkan joyi bo'ylab paypaslanadi.

LABORATOR TEKSHIRUVLAR

- Umumiy qon taxlili (Hb, eritrotsitlar miqdori, rang ko'rsatkichi, trombotsitlar, leykotsitlar miqdori, leykotsitar formula, ECHT). Qonda leykotsitlar miqdorining me'yorda bo'lishi septik infeksiyani inkor qilmaydi, oshishi esa - septik yoki revmatoid artritni shubha qilishga imkon beradi. SRO konsentratsiyasiga nisbatan ECHT sekin-asta oshadi, biroq bo'g'im sindromining yallig'lanishli kelib chiqishini farqlash uchun juda muhim ko'rsatkich bo'lib hisoblanadi. Birlamchi tekshiruvda leykotsitar formulani aniqlash zarur, chunki leykoz bo'g'im sindromi bilan manifestatsiya qilinadi (ayniqsa tungi og'riqlar bilan).
- Umumiy peshob taxlili. SHyonlyayn-Genox purpurasi, tizimli qizil yugurikda siydik taxlilida (gematuriya) va enteroartritlarda (piuriya) o'zgarish bo'lishi mumkin.
- Sinovial suyuqlikning sitologik taxlili.
- Qonning biokimyoviy taxlili (umumiy oqsil, oqsil fraksiyalari, mochevina, kreatinin, bilirubin, transaminazalar, ishqoriy fosfataza, kalsiy, fosfor, kaliy, temir, kreatinfosfokinaza, laktatdehidrogenaza). Imkoni boricha – qonning immunologik taxlili (SRO, IgA, IgM, IgG konsentratsiyasi, komplement, revmatoid faktor, antinuklear faktor, DNK ga AT , anti-O-streptolizin, antistreptogialuronidaza, antitsitogshazmatik AT, kardiolipinlarga AT). Revmatoid faktor kam holatlarda yuvenil revmatoid artritda uchraydi. Bolalarda artrit bo'lganida boshlang'ich tekshiruv rejasiga revmatoid faktorni aniqlashni kiritish kerak emas, uni artrit uzoq vaqt davom etganida olib borish lozim. 2 haftadan ortiq davom etgan artritning barcha holatlarida antinuklear antitanalarni aniqlash, qon va peshob ekmasining mikrobiologik tekshiruvini o'tkazish lozim. A guruxidagi streptokokk aniqlanganda va spetsifik klinik belgilar (isitma va migratsiya qiluvchi poliatrit) mavjud bo'lganida revmatik isitmani inkor qilish lozim.
 - Patogen ichak florasini mavjudligiga najasning bakteriologik tekshiruvini.
 - Turli infeksiyalarga AT larni aniqlash maqsadida IFA usuli bilan serologik tekshiruv o'tkazish.
 - Xlamidiy antigenini aniqlash uchun sinovial suyuqlik, uretraning epitelial hujayralari, kon'yunktivani tekshirish.
 - Gelmintlar antigeniga AT larni aniqlash maqsadida IFA usuli bilan serologik tekshiruv o'tkazish.

- Qonni paravirus V19, V, S hepatiti virusi, I va II turdagi oddiy herpes virusining serologik tekshiruv
- Tuberkulez infeksiyasini tashxislash maqsadida qonni tekshirish (PSR – IFA usuli bilan tuberkulez mikobakteriyasini tashxislash va AT ni aniqlash)
- Immunogenetik tekshiruv. YURA uchun - NLA A2, DRB1 04,07; tizimli qizil yugurik uchun – A1, DRB1 08 aniqlash xos.

INSTRUMENTAL TEKSHIRUVLAR

- **SHikastlangan bo‘g‘imlarning rentgenologik tekshiruv**
Osteoporoz, suyak strukturasi destruktiv o‘zgarishlari, bo‘g‘im tirqishining o‘zgarishlari, suyaklarning bo‘g‘im yuzalarining butunligi, eroziyalar mavjudligi, bo‘g‘im yuzalarining uzuratsisi, kistalar, sinishlar, osteofitlar, kalsinatlar va b. lar aniqlanadi.
- **Bo‘g‘imlar UTT** - Sinovial suyuqlikning miqdori, yumshoq to‘qimalar, pay, tog‘aylarning patologiyasini aniqlashga imkon beradi.
- **KT-** suyaklar strukturasi holatini baholashga imkon beradi. Suyaklar tuberkulez, suyaklar o‘smalarini differensial diagnostikasiga yordam beradi.
- **MRT-** yumshoq to‘qimalardagi (tog‘ay, menisk, bog‘lam, paylar, sinovial qobiq, sinovial sumka) o‘zgarishlarni aniqlaydi.
- Skelet **ssintigrafiyasi** xavfli o‘smalar, suyaklarga metastazalarni aniqlash uchun o‘tkaziladi.
- **Artrotsentez** - ham diagnostik, ham davolash maqsadida olib boriladi. Bo‘g‘imlarga yuboriladigan preparatlarning davomiyligini hisobga olgan holda punksiya qilinadi.
- **Artroskopiya** -faqat qat’iy ko‘rsatmalar bo‘lganida o‘tkaziladi.
- YUrak va o‘pkaning shikastlanishiga shubha qilinganda shifokor qo‘shimcha tarzda EKG,ExoKG va ko‘krak qafasining rentgenologik tekshiruvini o‘tkazishi lozim.

BOSHQA MUTAXASSISLARNING KONSULTATSIYASI

- Barcha bolalarga yiliga 1 marta tuberkulin diagnostikasini o‘tkazish lozim.
- Bo‘g‘imlari shikastlangan barcha bemorlar, ayniqsa erta yoshdagi qiz bolalar, okulist ko‘rigidan o‘tishlari lozim.
- Burun-xalqumda surunkali infeksiya o‘choqlari bo‘lganida otolaringolog maslahatiga yuboriladi.
- Ossalgiya, gematologik buzilishlar bilan tizimli og‘ir artalgiya gematolog, onkolog konsultatsiyasi uchun ko‘rsatma bo‘lib hisoblanadi.

- Bo‘g‘imlarning funksional etishmovchiligida, suyaklarning bo‘ylama o‘shidagi buzilishlarida, umurtqa pog‘onasida o‘zgarishlar, og‘riqlar bo‘lganida, tos-son bo‘g‘imi shikastlanganida bolani ortopedga yuborish lozim.
- Qalqonsimon bez patologiyasiga shubha qilingan bemorlarda UTT o‘tkazish va tireoid gormonlar miqdorini aniqlash zarur.

BOB - 2

REVMATIZM (Sokolskiy-Buyo kasalligi, o‘tkir revmatik isitma) – asosan bolalar va o‘smirlarda moyilligi bo‘lgan shaxslarda (HLA - DR3.4 va V-limfotsitar antigen-88 turi) o‘tkir infeksiya (A guruxidagi β -gemolitik streptokokk) bilan bog‘liq holda rivojlanuvchi, jarayonning asosan yurak-qon tomir tizimida joylashishi bilan biriktiruvchi to‘qimaning toksik-immunologik kasalligidir. Atamani, podagradan revmatizmdagi uchib yuruvchi og‘riqlarni farqlash uchun, 1635 yilda Ballonius kiritgan.

Revmatik jarayonning evolyusiyasi, aholi hali bunga tayyor bo‘lmagan, streptokokkning yangi serotiplarining (5, 9, 19, 24) paydo bo‘lishi; atmosfera havosining ifloslanishi; birlamchi va ikkilamchi profilaktikaga nisbatan shifokorlar hushyorligining pasayishi bilan bog‘langan.

O‘TKIR REVMATIK ISITMA (KXT-10: M79)

KXT-10: 100 yurakning shikastlanishisiz revmatik isitma; 101 yurakning shikastlanishi bilan revmatik isitma.

Bo‘g‘im sindromi: bo‘g‘imlarda ko‘zga tashlanadigan o‘zgarishsiz poliartralgiyalar, revmatik artrit — deformatsiyalarsiz oyoqlar yirik bo‘g‘imlarining simmetrik shikastlanishi, uchib yuruvchi xarakterga ega, YAQNP va GK bilan davolashda tezda bartaraf etiladi. O‘tkir streptokokkli infeksiyadan so‘ng 1,5-2 haftadan keyin rivojlanadi.

Xususiyatlari: klinik belgilari asosida revmatik isitmaga shubha qilinganda qon zardobida antistreptolizin aniqlanishi va EKG, ko‘krak qafasi a‘zolarining rentgenografiyasi o‘tkazilishi lozim. Antistreptolizinning me‘yoriy titri revmatik isitmani inkor qiladi.

TASHXISLASH MEZONLARI

Revmatizmning Kisel-Djons-Nesterov tashxis mezonlari

Asosiy: kardit, poliartrit, xoreya, revmatik tugunlar, xalqasimon eritema, "revmatik anamnez", revmatizmga qarshi terapiyaning samaradorligi.

Qo‘shimcha: isitma, artralgiya, leykotsitoz, ECHT ning oshishi, EKG da P-Q intervalining uzayishi, o‘tkazilgan streptokokkli infeksiya, serologik va biokimyoviy ko‘rsatkichlar, kapillyarlar o‘tkazuvchanligining oshishi, charchash, qorinda og‘riq, burundan qon ketishi.

Revmatik jarayon faolligining mezonlari

I. Maksimal (III daraja) faollik bilan uzluksiz retsivlanuvchi revmatizm (revmokardit)

A. *Klinik simptomatologiyasi (sindrom):*

a) pankardit;

b) o'tkir va o'tkirosti diffuz miokardit;

v) davolash samara bermaydigan kuchli ifodalangan qon aylanishining etishmovchiligi bilan o'tkir osti revmokardit;

g) o'tkir yoki o'tkir osti poliartrit, plevrit, peritonit, revmatik pnevmoniya, glomerulonefrit, gepatit va b. larning simptomlari bilan kechuvchi o'tkir osti yoki retsivlanuvchi revmakardit;

d) xoreya s vyrajennymi proyavleniyami aktivnosti.

B. YUrak o'lchamlarining kattalashib borishi, miokardning qisqaruvchi funksiyasining pasayishi, faol revmatizmga qarshi terapiya ostida orqaga qaytuvchi plevroperikardial chandiqlar (rentgen tekshiruv ma'lumotlari bo'yicha).

B. Aniq elektrokardiografik simptomatika (ritm va o'tkazuvchanlikning dinamikada buzilishi), davo ta'siri ostida orqaga qaytishi bilan xarakterlanadi.

G. Qondagi o'zgarishlar: neytrofilli leykotsitoz, ECHT 30 mm/soat dan yuqori, SRO reaksiyasi keskin musbat (++, +++ i bolee); α -globulin miqdori 0,17 gacha, γ -globulin miqdori 0,23-0,25 gacha; qonda seromukoid 0,82 birl.; DFA reaksiyasi 0,350-0,500.

D. Serologik ko'rsatkichlar, ASL-O, ASG, antistreptokinaza titrlari me'yordan 3-5 baravar yuqori.

E. II-III darajali kapillyarlar o'tkazuvchanligining oshishi.

II. O'rtacha faollikdagi (II daraja) revmatizm (revmokardit).

A. *Klinik simptomatologiyasi (sindrom):*

a) sekin-asta davoning samara berishi, qon aylanishining I, I-II darajasi bilan birga kechuvchi o'tkir osti revmokardit;

b) o'tkir osti poliartrit, fibrinoz plevrit, peritonit, glomerulonefrit va xalqasimon eritema bilan birgalikdagi o'tkir osti yoki retsivlanuvchi revmokardit;

v) o'tkir osti poliartrit;

g) revmatik xoreya.

B. Faol revmatizmga qarshi davo ta'siri ostida rivojlanishdan orqaga qaytuvchi rentgenologik aniqlangan yurak o'lchamlarining kattalashishi, plevroperikardial chandiqlar.

V. Elektrokardiografik simptomatika (P-Q intervalining uzayishi, ritmning boshqa buzilishlari), koronarit belgilari, dinamiklik va revmatizmga qarshi davo ta'siri ostida yo'qoluvchi koronar qon aylanishining buzilishi.

G. Qondagi o'zgarishlar: neytrofilli leykotsitoz, ECHT ning 20-30 mm/soatgacha

oshishi, SRP reaksiyasi + dan +++ gacha; γ -globulinlar miqdorining 0,21-0,23 atrofida bo'lishi; qonda seromukoid miqdori 0,3-0,8 birl. atrofida; DFA reaksiyasi 0,250-0,300 atrofida.

D. Serologik testlar: antistreptokokkli antitanalar, asosan, ASL-O va ASG titrining me'yordan 1,5-2 baravar oshishi.

E. kapillyarlar o'tkazuvchanligining II darajali oshishi.

III. Minimal faollikdagi (I daraja) revmatizm (revmokardit).

A. Klinik simptomatologiyasi (sindrom):

a) mehnatga layoqatlik saqlanganda yoki pasayganda cho'ziluvchan, sust kechuvchi yoki latent revmakarditning simptomatikasi; avval rivojlangan yurak nuqsoni fonida retsivlanuvchi revmokarditda turli darajadagi qon aylanishining etishmovchiligi bo'lishi mumkin, qoidaga ko'ra, yurak preparatlari bilan o'tkaziladigan faol terapiya yaxshi natija bermaydi;

b) revmatik xoreya, ensefalit, vaskulit, prit, teri osti revmatik tugunlari, xalqasimon eritema va turg'un artralgiya bilan birga kechuvchi cho'ziluvchan yoki latent revmokardit;

v) revmatik xoreya.

B. Rentgenologik birlamchi revmokarditda yurakning normal yoki biroz kattalashganligi, plevroperikardial chandiqlar revmatizmga qarshi davo ta'siri ostida rivojlanishdan qiyin orqaga qaytadi. Qaytalama revmokarditda, avval yurak nuqsoni rivojlangan fonida, biroq, qoidaga ko'ra, qiyinchilik bilan bo'lsada, faol davo ta'siri ostida reduksiyalanadigan, yurak soyasining kengayishi va konfiguratsiyasining o'zgarishi, ba'zida plevroperikardial chandiqlar bilan rentgenologik belgilar turlicha bo'lishi mumkin.

B. EKG da, revmatizmga qarshi terapiya qiyinchilik bilan samara beradigan, kardioskleroz (postmiokarditik), koronarit va koronar qon aylanishining buzilishi va yurak ritmining turlicha buzilishi aniqlanishi mumkin. Elektrokardiografik simptomatika odatda uncha ifodalanmagan.

G. Qondagi o'zgarishlar: ECHT biroz oshgan (qon aylanishining buzilishi yo'q bo'lganida), SRP reaksiyasi manfiy yoki juda sust (+), globulinlar fraksiyasining miqdori (asosan γ -globulinlar) biroz oshgan yoki me'yorning yuqori chegarasida, DFA-reaksiyasi me'yorning yuqori chegarasida; seromukoid me'yorida yoki pasaygan.

D. Serologik ko'rsatkichlar me'yorning yuqori chegarasida yoki biroz oshgan. Bu ko'rsatkichlarning dinamikasi kasallikning kechishida ahamiyatga ega va interkurrentli infeksiyaga bog'liq emas. Streptokokkli antitanalaraning past titrlari immunologik reaktivlikning bostirilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin va chin muvaffaqiyatni aks ettirmaydi. Titrlarning vaqti-vaqti bilan ko'tarilishi, ayniqsa zararlanish yo'qligida, ularning sekin-asta oshib borishi revmatik jarayon

faolligining bilvosita tasdig'i bo'lib xizmat qilishi mumkin.

E. Agar boshqa sabablar inkor etilsa, I-II darajadagi kapillyarlar o'tkazuvchanligining oshishi.

Revmatizmning diagnostik sindromlari (A.I.Nesterov, 1971)

Klinik-epidemiologik sindrom: o'tkir streptokokkli infeksiya (angina) bilan og'rishi yoki burun va xalqumda infeksiyaning qaytalanishi, streptokokkli infeksiya tashuvchilari bilan kontaktda bo'lish. Tashxisni tasdiqlash uchun o'tkazilgan streptokokkli infeksiyaning klinik-laborator verifikatsiyasi zarur.

Klinik-immunologik sindrom quyidagilarni o'z ichiga oladi:

a) klinik belgilari: burun-xalqumda o'tkazilgan infeksiyadan so'ng o'zini va mehnatga layoqatlikni tiklab olishning motivatsiyalanmagan orqada qolishi; tez charchash, terlash; subfebrilitet, artralgiya, yurakning tez urishi;

b) laborator ko'rsatkichlar – qon zardobida streptokokkli antigenning paydo bo'lishi, streptokokkka qarshi antitanalar titrining oshishi (ASL-O, ASG, ASK), qonda albuminlar darajasining pasayishi va globulinlar miqdorining oshishi, ECHT ning oshishi, glyukoproteidlar, seromukoid va b. lar darajasining oshishi.

YUrak-qon tomir sindromi sub'ektiv va ob'ektiv ma'lumotlar, bemorni klinik, rentgenologik tekshiruvi, EKG va FKG ni hisobga holda asoslanadi.

Ushbu sindromlar bemorlarni qayta tekshiruvdan o'tkazganda alohida ahamiyat kasb etadi.

**BOLALARDA REVMOKARDIT, NOREVMATIK KARDIT VA
FUNKSIONAL KARDIOPATIYANING DIFFERENSIAL-DIAGNOSTIK
BELGILARI**

Belgilar	Funksional kardiopatiya	Norevmatik kardiit	Revmokardiit
1	2	3	4
1. 1. Infeksiyon kasalliklar bilan bog'liqligi	mavjud emas	virusli kasalliklar, O'RVI, kam hollarda - angina	angina, skarlatina yoki surunkali tonzillitning zo'rayishi
2. Kasallikning boshlanishi	sekin-asta	infeksiyon jarayon fonida yoki dastlabki 3-5 kun ichida	streptokokkli infeksiyadan so'ng 2-4 haftadan keyin
3. Umumiy shikoyatlari	umumiy (kasallik simptomlarining sub'ektiv motivirovkasi)	mavjud emas yoki alohida	mavjud emas
4. Vegetativ-tomir distoniyasi sindromi (teri marmarligi, gipergidroz, oyoq-qo'llar sovuq va b.)	kuchli ifodalangan*	mavjud emas yoki biroz ifodalangan	

1	2	3	4
5. YUrak sohasida og‘riq	ko‘pincha. psixoemotsional zo‘riqish bilan bog‘liq	ko‘pincha, ahamiyatli	mavjud emas yoki kuchsiz ifodalangan
6. Kuchli yurak urishi	hayajon bilan bog‘liq, sub‘ektiv (yurak ritmi tezlashmagan)	jismoniy zo‘riqishdan so‘ng, yurak ritmi tezlashgan	
7. YUrakning notekis urishi	ko‘pincha	ko‘pincha	kam holatlarda
8. Hansirash	Nafas olish tezlashmaganda havo etishmasligini sub‘ektiv his etish	Jismoniy zo‘riqishdan so‘ng (chin)	
9. Puls	labil, me‘yoriy to‘liqlikda	tezlashgan, kam hollarda sekinlashgan, to‘liqligi kam, ba‘zida aritmik	tez-tez, to‘liqligi kam
10. Arterial qon bosimi	turg‘un emas, gipertenziyaga moyillik, asimmetriya	me‘yorida yoki gipotenziyaga moyillik	ko‘pincha gipotenziya yoki me‘yorda
11. YUrak chegaralari	me‘yorida, kam hollarda kichraygan (kichik, tomchisimon yurak)	me‘yorida, kam hollarda kengaygan	ko‘pincha kengaygan

12.YUrak tonlari ton cho‘qqi ustida ton o‘pka arteriyasi ustida ton	o‘zgarmagan yoki biroz pasaygan, biroq ko‘proq II ton kuchaygan past amplitudali (me‘yorida)	bo‘g‘iqlashgan yoki pasaygan, ba’zida ikkilangan o‘zgarmagan yuqori amplitudali (patologik)	bo‘g‘iqlashgan, pasaygan, strukturasi o‘zgargan o‘zgarmagan, ba’zida kuchaygan yuqori amplitudali (patologik)
Belgilari	Funksional kardiopatiya	Kardit norevmatik	Revmokardit
13.Sistolicheski y shum: Lokalizatsiya Tembr Provodimost Prodoljitel nost Forma Svyaz s I tonom	Vtoroe-chetvertoe mejrebere Raznoy intensivnosti Perikardialnaya oblast 1/3-1/2 sistoly Veretenoobraznaya, rombovidnaya Otsutstvuet	Verxushka, chetvertoe mejrebere	
		YUmshoq, bo‘g‘iq Sistolaning 1/3-2/3 joylashgan Noma’lum Ko‘pincha mavjud emas	Turli intensivlikda esuvchi qo‘ltiq osti sohasi sistolaning 2/3-3/4 Kamayib boruvchi, doimiy emas.

1	2	3	4
13.Sistolik indeks	0,25 va undan kam	0,25 va undan kam	Ko'pincha 0,4-0,5
14.Diastolik furiya	Mavjud emas	Kam hollarda qisqa, mezodiastolik	Proto-, mezo-diastolik
15.EKGdagi buzilishlar	Mavjud emas yoki aniq emas qo'zg'aluvchanlik, avtomatizm, o'tkazuvchanlik funksiyasining buzilishi, izolyasiyalangan	Har xil, diffuz, dinamik, kuchayib boruvchi, murakkab birikmalar	Kam ifodalangan Ko'p holatlarda qisqarish chastotasi, o'tkazuvchanlikning o'zgarishi
16. Rentgenologik belgilar	Norma yoki tomchisimon, mitral konfiguratsiya	CHap qorinchaning kattalashishi, kam hollarda ikkalasining, pulsatsiya sust, amplitudasi pasaygan	CHap qorinchaning kattalashishi, pulsatsiya amplitudasi pasaygan
17.Ekstrakardial belgilar		Ko'pincha allergik toshma	Poliartrit, kichik xoreya, anulyar eritema, revmatik tugunlar
18. Qonning klinik taxlili	O'zgarmagan	Normal yoki leykopeniya, eozinofiliya, limfotsitoz, monotsitoz, ECHT ning oshishi (20-22 mm/s gacha)	Neytrofilez bilan leykotsitoz ECHT ning oshishi (faollik darajasiga muvofiq)

19."O'tkir fazaviy" ko'rsatkichlar (SRO, gliko- proteidlar, se- romukoid va b.)	O'zgarmagan	Alohida ko'rsatkichlar biroz oshgan	Faollik darajasiga muvofiq oshgan
---------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-------------------------------------------	--------------------------------------

Tashxis etaloni

Revmatizm I, III darajali faollik, asosan miokardning shikastlanishi bilan birlamchi revmokatit, poliartrit, o'tkir kechishi, N₂d

Revmatizm tasnifi (A.I.Nesterov, 1964)

Faza	SHikastlanishning klinik-anatomik xarakteristikasi		Kechish xarakteri	Qon aylanishtining funksional xarakteristikasi
	Yurak	Boshqa a'zolar va tizimlar		
Faolligi (I, II, III daraja)	1. Revmokatit birlamchi a) Klapan nuqsonisiz	Poliartrit, serozitlar (plevrit, peritonit, abdominal sm xoreya, ensefalit, meningo-ensefalit, serebral vaskulitlar, asab-ruhiy buzilishlar bbbububuzilishlar	O'tkir O'tkirostiPodostroe	N ₀ N ₂ ,
	b) Klapan nuqsoni bilan bilan	pnevmoniya, teri shikastlanishporajenie irit, iridotsiklit, tireoidit	Uzluksiz	N _{2a} ; N _{2B}
Nofaol	2. Revmokatit Qaytalanuvchi Yurakda o'zgarishlarsiz 4.Revmatik miokardioskleroz	O'tkazilgan shikastlanishning qoldiq holatlari	CHo'ziluvchan Latent	N ₃

Bolalarda revmatizmning zamonaviy kechishining o'ziga xosligi

Avvalombor asosiy mezonlar strukturasi o'zgarishi bilan kechadi:

- "revmatik tugunlar" kam uchraydi;
- "xalqasimon eritema" simptomi qat'iy spetsifiklik bilan farq qilmaydi;
- yurak ritmi va o'tkazuvchanligining o'zgarishi va o'rta va sust ifodalangan karditning ko'payishi bilan revmokardit xarakteri o'zgardi;
- kichik xoreya kam uchraydi, u atipik kechadi;
- maktabgacha yoshdagi bolalar soni kamaydi va pubertat davridagi bemorlar soni oshdi, birlamchi revmokarditning rivojlanishida jinsiy tafovutlar yo'q.

REVMATIZMNI ANIQLASH UCHUN DIAGNOSTIK DASTUR

Minimal:

- Puls chastotasi, nafas soni, arterial qon bosimini o'lchash
- Umumiy qon taxlili
- Umumiy peshob taxlili
- SRV ga qon taxlili
- Sial kislotaga qon taxlili
- FKG.

Maksimall:

- Burun va tomoq surtmasini-gemoliticheskiy streptokokk A gruxiga tekshirish.
- Qonda ASL-0 i ASG titrini aniqlash.
- Qonni bioximik (oqsil fraksilari, transaminazA, elektrolitlar) tekshiruvi .
- Immunn statusni(T- i V-limfotsitlar, fagotsitoz, IK, immunoglobulinlar)aniqlash.
- Diurezga etibor berish.
- **Exokg.**
- YUrakni rentgenda tekshirish.
- Otolaringolog va stomatolog kurigi.

Ko'rsatma bo'yicha:

- Zimnitskiy buyicha siydik tekshiruvi.
- Nechiporenko bo'yicha siydik tekshiruvi
- Reberga sinamasi
- Koagulogramma.
- Qonda LE-xujayralarni aniqlash.
- Qondaa revmatoid omilni tekshirish.
- Qalqonsimon bez faoliyatini tekshirish.

- Nevrologik tekshiruv.
- Ko‘z shifokori va boshqa mutaxassislar ko‘rigi.

REVMATIZMNI DAVOLASH DASTURI

Davoga yunaltirilgan tasirlar:

1. Umumiy chora tadbirlar.
2. Streptokokk infeksiyani susaytirish davolash.
3. Yurak, bug‘im, boshqa organ va tizimlarda eksudativ yallig‘lanish komponentni susaytrish
4. Simptomatik davo.

Kompleks terapiya vazifalarini amalga oshirish

- 1.1. Yotoq rejim kasallikni o‘tkir davrida
- 1.2. Gipoallergenli parhez;
 - Engil-elpi ovqatlanadigan kunlar;
 - QAB IIB - 7stol ("tuzsiz");
 - QAB IIA – 5-stol
 - QAB I-0 – 10-stol
- 1.3. Qo‘shimcha "kaliyli" ertalabki nonushta - gipokaliemiyada va glyukokortikosteroidlar, saluretiklar, yurak glikozidlari tavsiya etilganda.
- 2.1. DJT:
- 2.2. Penitsilin qator antibiotiklar:
 - benzilpenitsillin (fl.0,025; 0,5; 1; 5; 10 mln.ED) 100000 ED/kg/sutkada;
 - ampitsillin (fl. 0,25; 0,5; 1; 2 g) 1-4 g/sutkada;
 - karbenitsillin (fl. 1 g) 1-6 g/sutkada;
- 2.3. Sefalosporinlar:
 - sefotaksim (fl. 0,25; 0,5; 1; 2 g) 1-2 g/sutkada;
 - sefazolin (fl. 1 g) sutkasiga 1-6 g;
 - sefoperazon (fl. 1; 2 g) sutkasiga 2-8 g va b.
- 2.3.Makrolidlar:
 - eritromitsin (fl. 0,3 g; tabl. 0,2; 0,25; 0,5g) kuniga 0,4-1 g.;
 - azitromitsin, sumamed (tabl. 0,125 g; kaps. 0,5 g; sirop, fl. 5 ml=0,1 g) sutkasiga 0,25-0,5 g.
- 2.4.Burun-xalqumda infeksiya o‘chog‘i mavjud bo‘lganida – burun va og‘iz bo‘shlig‘ini sanatsiya qilish (tomoqni antiseptik eritmalar bilan chayqash, tishlar sanatsiyasi va sh.o‘).
- 3.1.Revmatizmning yuqori darajadagi faolligida (III), poliserozitlarda
 - Dozasini sekin-asta kamaytirib borish bilan prednizolon (tabl.0,005 g) sutkasiga 0,5-1 mg/kg 2-3 hafta
- 3.2.Nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar

- a) Atsetilsalitsil kislotasi va uning hosilalari (tabl. 0,1; 0,25; 0,3; 0,325; 0,5 g) kuniga yoshiga 0,2 g dan, biroq 2,0 g dan ko'p emas;
 - b) Indol hosilalari (indometatsin va b., tabl. 0,025; 0,05 g) sutkasiga 0,001 - 0,003 g/kg;
 - v) Arilpropion kislotaning hosilalari;
 - ibuprofen (tabl. 0,2; 0,4; 0,8 g) 0,01-0,04 g/kg;
 - naproksin (tabl.0,25; 0,375 g; fl.100 ml suspenziyada, 5 ml=0,125 g) 0, 25 g kuniga 2-3 mahal;
 - g) Arilksusli kislotaning hosilalari;
 - diklofenak-natriy, voltaren, ortofen (tabl. 0,025; 0,1 g; fl.1ml=0,025 g) sutkasiga 0,002-0,003 g/kg.
- 3.3. CHo'ziluvchan kechishida - 4-aminoxinolinli preparatlar; delagil (tabl. 0,25 g), plakvenil (tabl. 0,2 g) 3-12 oy davomida sutkasiga 100-400 mg.
- 4.1. YUrak glikozidlari: digoksin (tabl.0,25 mg) to'yinish dozasida:
 - QAE II A da - 0,03-0,05 mg/kg;
 - QAE II B da- 0,075mg/kg;
 - QAE III da - 0,1 mg/kg.
- 4.2. Digitaloidlar: strofant, adonis, may marvaridgulining spirtli damlamasi – yoshiga 1 tomchidan kuniga 2-3 mahal -QAE I da.
- 4.3. Kardiotrofiklar:
 - kokarboksilaza - 50-100 mg m/o;
 - riboksin 2% - 5-15 ml t/i.
- 4.4. Vitaminlar:
 - askorbin kislotasi (tabl. 0,05 g) 1-2 tabl. dan kuniga 2-3 mahal;
 - rutin (tabl. 0,02 g) 1/2-1 tabl. dan kuniga 2-3 mahal;
 - tiamin bromid (tabl. 0,01 g) 1 tabl.dan kuniga 1-3 mahal;
 - kalsiy pantotenat (tabl. 0,2 g) 1/2-1 tabl.dan kuniga 2 mahal.
 - piridoksin (tabl. 0,005 g) 1 tabl.dan kuniga 1-3 mahal;
 - kalsiy pangamat (tabl. 0,05 g) 1 tabl.dan kuniga 3 mahal.
- 4.5.Peshob haydovchi preparatlar - QAE IIB-SH da:
 - laziks- ichishga 1-2 mg/kg , mushak orasiga;
 - gipotiazid - 2-3 mg/kg;
 - veroshpiron - 2-3 mg/kg.
- 4.6.Panangin - 1 tabl. dan kuniga 1-3 mahal.

Reabilitatsiyaning poliklinika bosqichi:

1. Infeksiya o‘choqlari sanatsiyasi (stomatolog, otolaringolog ko‘ruvi) – yiliga 1 marta
 2. Yil davomida bitsillinoprofilaktika - 5 yil davomida:
 - bitsillin-1600 000 birlikda m/o ga 2 haftada 1 marta – 7 yoshgacha bo‘lgan bolalarga, 1200000 birlikda m/o ga 4 haftada 1 marta – 7 yoshdan katta bolalarga; bitsillin-5 750 000 birlikdan m/o ga 2 haftada 1 marta – 7 yoshgacha bo‘lgan bolalarga, 1500000 birlikda m/o ga 4 haftada 1 marta – 7 yoshdan katta bolalarga;
 - ekstensillin - 2 400 000 birlikda m/o ga 3 haftada 1 marta.
 3. O‘tkir interkurrent infeksiyalarni davolash, zarur bo‘lganida - qon taxlili nazorati ostida 10 kun davomida nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalarni qo‘llash.
- Anginada 10 kun davomida penitsillin qatoridagi preparatlar bilan antibiotikoterapiya kursi.
1. Jismoniy tarbiya bilan shug‘ullanish: xurujdan keyingi birinchi yilda - DJT, ikkinchi yilda – maxsus guruxda, uchinchi yilda – tayyorlov guruxi, to‘rtinchi guruxda – musobaqalardan ozod etish bilan asosiy guruxda, beshinchi yil – asosiy gurux.
 2. Sanator-kurort davo: mahalliy turdagi sanatoriya – kuzatuvning birinchi yilida.

REVMATIZM BILAN OG‘RIGAN BOLALAR DISPANSER KUZATUVINING SXEMASI VA REABILITATSIYASI

Tor mutaxassislar tomonidan ko‘ruv chastotasi	Xurujdan so‘ng: 1-3 oyda bir marta; 3-9 oyda bir marta, so‘ngra 6 oyda bir marta - pediatr, kardiorevmatolog; nevropatolog MAT shikastlanganida, xoreyada; stomatolog, otolaringolog – yiliga 2 marta: xinolinli preparatlar bilan davolashda – 3-6 oyda bir marta - okulist; qolgan mutaxassislar – ko‘rsatma bo‘yicha.
--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Ko'ruvda quyidagilarga e'tibor berish lozim:</p>	<p>Angina, O'RVVI chastotasi, charchash, temperatura, hansirash, shishish, jigarning kattalashganligi, yurakning tez urishi; bo'g'imlarda og'riq va ulardagi o'zgarishlar; tomir urishi, arterial qon bosimi, yurak o'lchamlari, tonlarning balandligi, ritmning buzilishi, yurakda shovqilarning paydo bo'lishi, ularning xarakteri, dinamikada rivojlanishi, bolaning kayfiyati, mushaklar tonusi giperkinezlar, burundan qon ketishi, abdominal sindrom.</p>
<p>Qo'shimcha tekshiruvlar:</p>	<p>I. Kuzatuvning birinchi yilida umumiy qon taxlili 3 oyda bir marta. II. So'ngra yiliga 2 marta: 1) umumiy qon taxlili; 2) SRV, sial kislotasiga qon taxlili, formolov va timol sinamalari, ASL-O, ASG titri; 3) umumiy peshob taxlili; 4) EKG, FKG. III. Har bir ko'ruvda - SHalkov bo'yicha funksional sinamalar IV. Ko'rsatma bo'yicha: - 3 proeksiyada yurak rentgenogrammasi, EXOKG va boshqa instrumental va laborator tekshiruvlar. V. Interkurrent kasalliklardan so'ng - nazorat: umumiy qon, peshob taxlili, zarur bo'lganda- boshqa tekshiruvlar.</p>
<p>Sog'lomlashtirishning asosiy yo'llari</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surunkali nfeksiya o'choqlari sanatsiyasi. 2. Interkurrent kasalliklarni nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar va askorbin kislotasi bilan kamida 10 kun davomida davolash, ko'rsatma bo'yicha - antibiotiklar. 3. Yil davomida bitsillinoprofilaktika - 5 yil. 4. Metabolik jarayonlarni yaxshilovchi vositalar yiliga 1-2 marta ko'rsatma bo'yicha. 5. Yurak glikozidlari – NK ko'rsatkichlari bo'yicha 6. Sedativ preparatlar, trankvilizatorlar – xoreya bo'lgan bemorlarga ko'rsatma bo'yicha. 7. Kuniga 3-4 soat davomida ochiq havoda sayr qilish va boshqa chiniqtiruvchi muolajalar. 8. Sanatorno-kurortnoe lechenie: pervyy god - mestnogo tipa, v dalneyshe vserossiyskie zdravnitsy (po pokazaniyam)

Kuzatuv davomiyligi	Kamida 5 yil; jarayon zo‘rayganda, klapan nuqsoni shakllanganda kuzatuv shifokor-terapevtga o‘tkazilgunga qadar davom ettiriladi.
Jismoniy tarbiya bilan shug‘ullanish	Xurujdan so‘ng: birinchi yili - DJT, jismoniy tarbiya bo‘yicha maxsus gurux, ikkinchi yili faol bo‘lmagan fazada – tayyorlov guruxi, uchinchi yili – musobaqalarda ishtirok etishdan ozod qilish bilan asosiy gurux, to‘rtinchi yili – asosiy gurux, 5-yil - sport seksiyalari.
Profilaktik emlashlar	Birinchi yil profilaktik emlashlar olib borilmaydi, keyinchalik individual tarzda o‘tkaziladi.

REVMATIZM" MAVZUSIGA OID TEST SAVOLLARI

1. 2 yil avval revmatizm xurujini o‘tkazgan, revmatizmning nofaol fazasi bo‘lgan 10 yoshli bolada bitsillin profilaktikasining chastotasi va davomiyligini ko‘rsating:
 1. Bitsillin-5 – bahor va kuz oylarida 1 marta.
 2. Bitsillin-5 – 2 haftada 1 marta yil davomida.
 3. Bitsillin-5 – 4 hafta 1 marta yil davomida.
 4. Bitsillin-3 – haftada 1 marta bahor va kuz oylarida.
2. Revmatizmning absolyut mezoniga kirmaydi:
 1. Kardit.
 2. Poliartrit.
 3. Kichik xoreya.
 4. Poliartralgiya.
 5. "Revmatik" anamnez.
3. Revmatizmning absolyut mezoniga kiradi:
 1. "Revmatik" anamnez.
 2. Turg‘un subfebril harorat.
 3. Revmatik tugunlar.
 4. Anulyar eritema
 5. Antirevmatik terapiyaning samaradorligi.
4. Faol revmatizm uchun xos bo‘lgan toshma xarakterini ko‘rsating:
 1. Papula.
 2. Petexiya.

3. Vezikulya.
4. xalqasimon eritema
5. Periorbital eritema
5. Kichik xoreya simptomiga kirmaydi:
 1. Emotsional labillik
 2. Giperkinezlar.
 3. 1-2 gurux mushaklarining stereotipik qisqarishi.
 4. Mushaklar gipotonyasi.
 5. Statika va motorikaning buzilishi.
6. Revmatik poliartrit uchun xos bo'lgan simptomni ko'rsating:
 1. Mayda bo'g'imlarning shikastlanishi.
 2. SHikastlangan bo'g'imlarning asimmetriyasi.
 3. Ertalabki karaxtlik.
 4. bo'g'im sindromining uchuvchanligi.
 5. bo'g'imlarning turg'un deformatsiyasi
- 7 Revmatizmning zamonaviy kechishi uchun xos:
 1. Qon aylanishi etishmovchiligining ifodalanganligi.
 2. Poliserozit.
 3. YUrak ritmi va o'tkazuvchanligining buzilishi.
 4. Xoreik "bo'ron".
 5. Revmatik tugunlar.
- 8 Revmatizmning tipik holatidan avval kuzatiladi:
 1. O'tkir virusli infeksiya.
 2. Bronxit.
 3. Angina.
 4. O'tkir pnevmoniya
 5. Pielonefrit.
9. Revmokardit uchun xos emas:
 1. YUrak o'lchamining kattalashishi.
 2. Qon aylanishining etishmovchiligi
 3. YUrak cho'qqisida I tonning susayishi
 4. Atrioventrikulyar o'tkazuvchanlikning buzilishi.
 5. Paroksizmal taxikardiya xuruji.
10. Bolada minimal faollikdagi birlamchi revmokarditning cho'ziluvchan kechishi. Mos preparatni tanlang:
 1. Delagil.
 2. Prednizolon.
 - 3 Voltaren m/o.
 4. Metotreksat.

5. Flugalin

11. 10 yoshli bolada nafaol fazadagi revmatizm fonida follikulyar angina. U quyidagi preparatlarning qay birini qabul qila olmaydi?:

1. Penitsillin.
2. Eritromitsin.
3. Bitsillin-5.
4. Atsetilsalitsil kislotasi.
5. Askorbin kislotasi.

12. 12 yoshli bola 2 yil avval revmatizm xurujini boshdan kechirdi. Hozirda revmatizm nafaol fazada, yurakda o'zgarishlar yo'q. Jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish bo'yicha guruxni tanlang:

1. Maxsus.
2. Tayyorlov.
3. Asosiy
4. DJT
5. Sport seksiyasi.

13. 15 yoshli bola 5 yil avval revmokarditni o'tkazdi. 5 yil ichida jarayonning faollashishi va yurak nuqsonining shakllanishi aniqlanmadi. SHifokor taktikasini belgilang:

Hisobdan o'chirish. Revmatologning dispanser kuzatuviga o'tkazish

BOB 3

BIRIKTIRUVCHI TO'QIMANING DIFFUZ KASALLIKLARI (BTDK, kollagenozlar)

BTDK - bu qon tomirlari va boshqa a'zolarining tizimli shikastlanishi bilan biriktiruvchi to'qimaning immunopatologik shikastlanishi, ko'pincha zo'rayib boruvchi xarakterga ega.

BTDK etiologiyasida etakchi omillarning 3 guruxini ajratish mumkin:

- 1- omil** – genetik moyillik, bu epidemiologik tadqiqotlar, yaqin qarindoshlari, egizaklardagi kasallik va HLA tizimi bo'yicha alohida kasalliklar markerlarining aniqlanishi bilan tasdiqlanadi.
- 2- omil** – RNK saqlagan viruslar va sekin-asta reaksiya beruvchi (retroviruslar) sifatidagi boshlang'ich mexanizm, transplantsentlar o'tuvchi surunkali persistensiyalanuvchi infeksiya.
- 3- omil** - stressli vaziyatlar, giperinsolyasiya, sovqotish, oqsil va kimyoviy preparatlarni o'rinsiz qo'llash.

Barcha BTDK da quyidagilar aniqlanadi:

- kasallikning faollik darajasi;

- kechish xarakteri;
- visseral shikastlanishlarning mavjudligi;
- jarayonga jalb qilingan a'zo va tizimlarning holati bo'yicha bemorning funksional ahvoli;
- asoratlar xarakteri.

BTDK lari guruxida 4 ta "katta kollagenoz" ajratiladi:

- tizimli qizil yugurik (TQYU),
- tizimli sklerodermiya (tizimli zo'rayib boruvchi skleroz, TSD),
- dermatomiozit (DM),
- tugunli periarteriit (panarteriit, UP).

BTDK prodromida turli nozologik shakllarni birlashtiruvchi qator umumiy belgilar mavjud:

- motivatsiyalanmagan xolsizlik, gipodinamiya;
- ishtaha va tana vaznining pasayishi;
- antibiotiklar va nosteriod yallig'lanishga qarshi vositalarga chidamli bo'lgan isitmalash, va glyukokortikoidlar bilan davolashga javob reaksiyasining bo'lishi;
- teri va shilliq qavatining shikastlanishi;
- bo'g'im sindromi;
- limfadenopatiya;
- jigar va qora taloqning kattalashishi;
- turg'un mono- yoki polivisseritlar.

Laborator diagnostikada ko'pchilik BTDK uchun (TSD dan tashqari) o'tkir faza ko'rsatkichlari (ECHT, sial kislotasi, SRO va b.) va ba'zi spetsifik (LE-hujayralar va b.) ko'rsatkichlar xos.

TIZIMLI QIZIL YUGURIK (TQYU). TQYU da immun komplekslar tarkibiga qonda zo'rayish davrida aniqlanishi mumkin bo'lgan yadroli antigenlar va antitanalar kiradi; ular buyrak kalavalarida, boshqa azolarda fiksatsiya qilinishga moyil bo'lib, TQYU ning immunnokompleksli kasallik sifatida xilma-xilligini keltirib chiqaradi.

Bo'g'im sindromi. Kasallikning boshlang'ich davrida — ko'chib yuruvchi xarakterga ega poliartralgiyalar va bo'g'imlarning nosimmetrik shikastlanishi. Kasallikning avj olgan davrida — eroziya va turg'un deformatsiyalar, ertalabki karaxtlik bilan kechmaydigan bo'g'imlarning simmetrik shikastlanishi.

Xususiyatlari. YUz sohasidagi tipik eritema, poliserozit (ko'pincha plevrit), nefrit, MAT ning shikastlanishi, leykopeniya va trom- botsitopeniya, volchankali

antikoagulyant, antinuklear omil, DNK ga AT, antifosfolipidli AT larning mavjudligi bilan tasdiqlanadi.

TASHXISLASH MEZONLARI

Klinik:

TQYU ning diagnostik mezonlariga (Amerika revmatologik assotsiatsiyasining mezonlari, 1982) quyidagilar kiradi:

- eritematoz “kapalak”;
- diskoid toshma;
- fotodermatit;
- og‘iz shilliq qavati yaralari;
- artrit;
- serozit (plevrit, perikardit);
- buyraklarning shikastlanishi;
- MAT ning shikastlanishi.

Boshqa, shu jumladan ko‘p uchraydigan klinik belgilarni ham, qo‘shimcha mezonlar deb hisblash mumkin (isitmalash, distrofiya, limfo- adenopatiya va b.)

Bolalarda yuqorida berilgan 8 mezonlar ichidan diagnostik triada e‘tiborga loyiq: teri sindromi, artrit, poliserozit.

1. Teri sindromi: eritematoz dog‘dan og‘ir bullyoz o‘zgarishlargacha bo‘lgan turli toshmalarning 28 tagacha variantlarini o‘z ichiga oladi. “Kapalak” simptomi patognomonik – burun usti va yanoq yo‘llaridagi eritema. Surunkali kechishida 25% bemorlarda giperemiya, infiltratsiya, follikulyar giperkeratoz va chandiqli atrofiya bilan disksimon o‘choqlar paydo bo‘ladi. Bolalarda ko‘pincha nuqtali gemorragiyalar bilan, qoidaga ko‘ra, og‘riqsiz yoki faqat ovqat qabul qilganda og‘riqli bo‘lgan og‘iz shilliq qavati enantemasi va eroziyasi rivojlanadi. Jarayon zo‘rayganda enantemalar oqish blyashkalar, chandiqlarga transformatsiyalanadi. TQYU da ko‘pincha teleangiektaziyalar, teri quruqlashishi, sochlarning dtffuz to‘kilishi, tirnoqlar deformatsiyasi va sinuvchanligi ko‘rinishida umumiy trofik buzilishlar kuzatiladi.

1.Lyupus-artrit ko‘pincha mialgiya bilan birga tranzitor intensiv artralgiyalar (“morfinli”) bilan namoyon bo‘ladi. Poliartritda mayda va o‘rta (falangalararo, bilak, boldir-tovon), kam hollarda yirik shikastlangan bo‘g‘imlarning asimmetriyasi xarakterli. Sinovial suyuqlikda - revmatoid artritdan farqli ravishda – yuqori darajada yopishqoqlik, oqsil va leykotsitlar miqlorining kamligi, LE-hujayralar bo‘lishi mumkin. Rentgenologik tekshiruvda – bo‘g‘imlar tirqishining torayishi, o‘rta darajada osteoporoz aniqlanadi.

2. Poliserozitlar TQYU ning erta simptomlaridan biri bo‘lib hisoblanadi va ko‘pincha adgeziv perikardit bilan namoyon bo‘ladi: intensiv kardialgiya, taxi-

kardiya, tonlarning bo'g'iqlashishi, hansirash va turg'un bo'lmagan perikardning ishqalanish shovqini. Plevrit – ikki tomonlama, retsdivlanuvchi, quruq fibrinozli yoki biroz suqlik to'planishi bilan va keyinchalik chandiqlashish bilan namoyon bo'ladi. Kam hollarda jarayon qorin pardaga o'tadi, perigepatit kuzatilishi mumkin.

3. Kardial sindrom. TQYU uchun mitral klapanning etishmovchiligi shakllanishi bilan Libman-Saks so'galli endokarditi xos: epitsentri cho'qqida bo'lgan, chap qo'ltiq osti sohasiga uzatiluvchi dag'al sistolik shovqin, o'pka arteriyasida I tonning susayishi, II tonning aksenti, rentgenda yurakning "mitral" konfiguratsiyasi.

4. Qon tomirlari buzilishlari sindromi. Jarayon shikastlanish darajasi turlicha bo'lgan o'rta va mayda kalibrli arteriyalarda kuzatiladi. Digital kapillyarlar koronarit, kam hollarda – aortit juda xos. Zo'rayish davrida har to'rtinchi bemorda vaskulit belgisi ko'rinishida oyoqlar tromboflebiti kuzatiladi. Mezenterial arteriit – TQYU da abdominal krizning asosiy sababi bo'lib hisoblanadi.

5. Buyrak sindromi. TQYU da immun komplekslarning hosil bo'lishi bilan nazorat qilinmaydigan antitanalarning ishlab chiqarilishi buyraklar shikastlanishining turli-tumanligini keltirib chiqaradi. Ulardagi morfologik o'zgarishlar klinik ko'rinishlardan ko'proq uchraydi – har ikkinchi bemorda aniq simptomlarsiz nefrit. Lyupus-nefritning tasnifi (V.V.Serov va hammual., 1980) asosida morfologik o'zgarishlarning (o'choqli proliferativ o'zgarishlardan boshlab, to fibroplastik o'zgarishlargacha) 7 turi yotadi, ular dinamik jarayonning bosqichlari bo'lib hisoblanadi. I.E.Tareeva tasnifiga muvofiq, nefritning faol shakllari farqlanadi: tez zo'rayib boruvchi (2-3 yilda) - 10-20%; nefrotik sindrom bilan nefrit - 30-40%; kuchli ifodalangan siydik sindromi bilan nefrit - 30-35%; minimal siydik sindromi bilan nefrit yoki subklinik proteinuriya (peshobdagi oqsil < 0,5 g). Faol lyupus-nefritning klinik-laborator belgilari quyidagilar: peshobda proteinuriya sutkasiga > 1 g; eritrotsituriya > 10000; 1 ml peshobda gialinli, donador silindrlar > 250; qon zardobida kreatininning oshishi; kalava filtratsiyasining pasayishi.

6. TQYU bilan og'rikan har ikkinchi bemorda **oshqozon-ichak traktining shikastlanishi** kuzatiladi. Ko'ngil aynashi, ishtahaning yo'qligi, ovqatdan bosh tortish, jig'ildon qaynashiga shikoyat qiladilar. Qorin sohasidagi turli-tuman og'riqlar oshqozon-ichak trakti istalgan bo'limining patologiyasini, shu jumladan, jarrox maslahatini talab etuvchi abdominal kriz rivojlanishini aks ettiradi.

7. Neyrolyupus migrendan tortib to ensefalomielopoliiradikulonevritgacha TQYU bilan og'rikan barcha bolalar uchun xarakterli. Bitta katta mezon va/yoki EEG, ssintigrammada, serebral angiogrammada yoki serebrospinal suyuqlikdagi o'zgarishlar bilan birga (oqsil > 0,5-1,0 g/l, pleotsitoz, bosimning oshishi) bitta kichik mezon neyrolyupusning diagnostik tasdig'i bo'lib hisoblanadi.

Differensial tashxis

TQYU differensial tashxisi biriktiruvchi to‘qimaning boshqa diffuz kasalliklari, neoplastik jarayon, sepsis, septikopiemiya bilan olib boriladi.

Tashxis etaloni

TQYU, o‘tkirosti kechishi, II darajadagi faollik, terining “kapalak” ko‘rinishidagi shikastlanishi, endokardit, poliartralgiyalar, polinevrit.

BIRIKTIRUVCHI TO‘QIMANING DIFFUZ KASALLIKLARINI ANIQLASH UCHUN DIAGNOSTIK DASTUR

Minimal:

- Kasallik anamnezini yig‘ish va taxlil qilish.
- Teri va artritik sindromlarni aniqlash va baholash.
- Retsidivlanuvchi monosindromni (Verlgof sindromi, kichik xoreya, Reyno sindromi, autoimmun gemolitik kamqonlik, diskoidli volchanka) baholash.
 - Poliserozitlarni aniqlash.
 - Qonning klinik taxlili.
 - Peshob taxlili.

Maksimal:

- Qonning biokimyoviy tekshiruvi.
- LE-hujayralar, antinuklear omil, DNK ga antitanalarga qonni tekshirish.
- Immunogramma.
- Qonda SIK tekshirish
- EKG, FKG.
- EXOKG.
- Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining UTT.
- Reberg sinamasi, renogramma.
- Terining shikastlangan sohalari, tomirlar, bo‘g‘imlar sinovial qavati biopsiyasi.
- O‘pka rentgenografiyasi, spirografiya.
- Ko‘z tubini ko‘rish.
- Konsultatsiyalar: otolaringolog, nevropatolog, ko‘rsatma bo‘yicha boshqa mutaxassislar ko‘ruvi.

BIRIKTIRUVCHI TO‘QIMANING DIFFUZ KASALLIKLARIDA DAVOLOVCHI DASTUR

Terapevtik ta‘sirning yo‘nalishi:

1. Umumiy chora-tadbirlar.
2. YAllig‘lanish reaksiyasini bostirish.
3. Immunkorreksiya.
4. Sindromal terapiya.

Kompleks terapiya vazifalarini amalga oshirish:

-Tuzlar va engil hazm bo'luvchi uglevodlarni cheklash bilan oqsil va vitaminlarga boy bo'lgan parhez. Parhezdagi korreksiya buyrak, yurak funksiyalarining buzilganligi bois o'tkaziladi.

-Bemorning holatiga ko'ra, funksional sinamalar nazorati ostida sekin-asta kengaytirib borish bilan faollikning yuqori darajasida yotoq tartibi.

-Nafas, yurak faoliyati, bo'g'imlar funksiyasini yaxshilash uchun DJT.

-Glyukokortikosteroidlar.

a) faollikning yuqori darajasida – bioritmga muvofiq prednizolon 2-5 mg/kg dan kuniga 3 mahal. Dozani sekin-asta kamaytirib borish - kuniga 5-10 mg.

b) Kasallikning maksimal faolligida, davoga rigidligida - puls-terapiya: metipred t/i kuniga 600-800 mg 2-3 kun davomida, keyinchalik – 3 oyda 1 marta.

-Nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar – kasallikning minimal faolligida, bo'g'im sindromida ("Revmatoid artrit" bo'limiga qarang).

Immunodepressantlar tashxis verifikatsiyasidan boshlab bir necha yillar davomida tavsiya etiladi ("Revmatoidный artrit", 2.5. bo'limiga qarang).

-4-aminoxinolinli qator preparatlari – TQYU ning minimal faolligida -1-3 yil ("Revmatoidный artrit", 2.1. bo'limiga qarang).

-Timus preparatlari (immunogramma nazorati ostida) - timaktid, timozin-alfa (tabl. 0,25 g) 1/4-1 tabl. dan til ostiga 5 kunda 1 marta N 5-7.

-Plazmaferez – 5 kunlik interval bilan 3 seans, keyinchalik puls-terapiya bilan birga 3 oyda 1 marta.

-Gemosorbsiya.

-Giperbarik oksigenatsiya N 7-10.

Mikrotsirkulyasiyani yaxshilovchi preparatlar:

- kurantil, dipiridamol, persantin (dr.0,025; 0,075 g) 0,025 g dan kuniga 2-3 mahal 1 oy davomida;

- ksantinol nikotinat (tabl.0,15 g) 1 tabl. dan kuniga 2-3 mahal kurs-1 oy;

- trental, pentoksifillin, agapurin, ralofekt, dartelin, tidofleks, fleksital (tabl., dr. 0,1; 0,2; 0,4 g) 0,1-0,4 g dan kuniga 2-3 mahal kurs - 1 oy.

-Sedativ terapiya – MAT shikastlanganida, VTD sindromida ("VTD" bo'limiga qarang).

-Nefropatiyani davolash ("Glomerulonefrit" bo'limiga qarang).

-Qon aylanishi etishmovchiligini davolash.

Antibakterial terapiya – glyukokortikosteroidlar bilan davolashda yuqori dozalarda va bakterial infeksiya qo'shilganida sitostatiklar bilan.

Reabilitatsiyaning poliklinik bosqichi:

1. Quvvatlovchi terapiya:

a) Prednizolon kuniga 5-10 mg yoki nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar davolovchi dozaning 1/3-1/2 uzoq vaqt (3-5 yil va ko'proq – ko'rsatma bo'yicha);

b) Sitostatiklar davolovchi dozaning 1/3-1/2 yoki 4- aminoxinolin qatoridagi preparatlar davolovchi dozaning 1/2.

2. Dietoterapiya.

3. Mikrotsirkulyasiyani yaxshilovchi preparatlar 1 oydan yiliga 2-3 marta.

4. Alohida a'zo va tizimlarning funksiyalarini buzilishi bilan muvofiq ravishda DJT.

5. Surunkali infeksiya o'choqlari sanatsiyasi, interkurrent kasalliklarni kamida 10 kun davomida antibiotiklar bilan davolash, kasallikning o'tkir davrida glyukokortikosteroidlar dozasi oshirish.

***BIRIKTIRUVCHI TO'QIMANING DIFFUZ KASALLIKLARI BILAN
OG'RIGAN BOLALARNING DISPANSER KUZATUVI VA
REABILITATSIYASI***

Mutaxassislar tomonidan ko'ruv	Kardiorevmatolog har oyda. Pediatr kvartalda 1 marta. Kardiorevmatologik markazga tashrif kvartalda 1 martadan kam emas. Boshqa mutaxassislar ko'rsatma bo'yicha.
Ko'ruvda quyidagilarga e'tibor qaratiladi:	Ichki a'zolar holati: TQYU da – teri va shilliq qavatlari, buyraklar funksiyasi; sklerodermiyada - teri: BTDK faolligining klinik va laborator ko'rsatkichlari, interkurrent kasalliklar chastotasi va surunkali infeksiya o'choqlari sanatsiyasi.
Qo'shimcha tekshiruvlar	Klinik va biokimyoviy taxlillar har oyda. SHikastlangan a'zolarining chuqurlashtirilgan tekshiruvi yiliga 2 martadan kam emas. Immunologik tekshiruv (T- va V-limfotsitlar, Ig, antinuklear faktor, LE-hujayralar va sh.o'.) yiliga 2 martadan kam emas va ko'rsatma bo'yicha.

Sogʻlomlashtirishning asosiy yoʻllari	Bazis terapiyani sistematik tarzda qoʻllash. SHifoxonaning ixtisoslashgan boʻlimida yiliga kamida 2 marta davolanish (faollikdan qatʻiy nazar) infeksiya oʻchoqlarini tubdan sanatsiya qilish. SHikastlangan aʻzo va toʻqimalarning funksional holatiga bogʻliq holda tartib, parhez saqlash. Giperinsolyasiya, sovqotish, oqsil va dorivor preparatlarni asossiz qoʻllashdan qochish.
Dispanserizatsiya samaradorligining mezonlari	SHikastlangan aʻzolarida zoʻrayishning yoʻqligi. Retsidivlarning yoʻqligi yoki ular chastotasining kamayishi. Jarayon faolligining stabillashishi yoki kamayishi. Bemorning funksional holati, ishga layoqatliligi, umumtaʻlim maktablarida oʻqish imkoniyatining mavjudligi. Bolalardan hisobdan chiqarilmaydi.
Profilaktik emlashlar	Profilaktik emlashlardan ozod qilish, nafaol fazada – epidkoʻrsatma boʻyicha, individual grafik boʻyicha.

BIRIKTIRUVCHI TOʻQIMANING DIFFUZ KASALLIKLARI” MAVZUSIGA OID TEST SAVOLLARI

Testlar:

- 1 BTDK prodormal davrida uchramaydi:
 - 2 Uzoq davom etuvchi turgʻun subfebrilitet.
 - 3 Astenovegetativ sindrom.
 - 4 Terida nospetsifik toshmalar.
 - 5 Tana vaznining kamayishi.
 - 6 Semirishga moyillik.
2. TQYU ga xos boʻlgan teridagi oʻzgarishlarni koʻrsating:
 1. Periorbital zritema.
 2. Boldirlarda tugunli eritema.
 3. Anulyar eritema.
 4. YUZ sohasida eritematoz “kapalak”.
 5. Papulez toshma
2. Sklerodermiyaga xos emas:
 - 1 Tananing ochiq qismlarida eritema.

- 2 Terining zich shishi.
 - 3 Teri, teri osti kletchakasining induratsiyasi.
 - 4 Teri atrofiyasi.
 - 5 Terining shikastlangan sohalarining giperpigmentatsiyasi.
3. Kapillyarit simptomi qaysi patologiya uchun patognomonik:
1. Dermatomiozit.
 2. Tizimli sklerodermiya
 3. Tugunli periarteriit
 4. Visler-Fankoni allergosepsisi.
 5. Tizimli qizil yugurik.
4. Reyno sindromi qaysi patologiya uchun xos:
1. Tizimli sklerodermiya.
 2. Dermatomiozit.
 3. Revmatoid artrit.
 4. TQYU
5. Qaysi kasallikda qonda LE- hujayralar aniqlanadi?
1. Dermatomiozit
 2. Tizimli sklerodermiya
 3. Revmatizm
 4. Revmatoid artrit.
 5. TQYU
6. Qaysi klinik sindrom TQYU ning diagnostik mezonlariga kirmaydi?:
1. Eritematoz “kapalak”
 2. Diskoid toshma.
 3. Serozit.
 4. Lyupus-nefrit.
 5. Endokardit
6. TQYU ning laborator diagnostik mezonlariga kirmaydi:
1. ECHT ning tezlashishi.
 2. 4000/ml dan kam leykopeniya.
 3. menee 1500/ml dan kam limfopeniya.
 4. Neytrofilez.
 5. Retikulotsitoz bilan gemolitik anemiya
7. TQYU ning nefrotik sindromiga kirmaydi:
1. Leykotsituriya.
 2. Eritrotsituriya
 3. Silindruriya.
 4. Kreatinin klirensining pasayishi.

5. Giperxolesterinemiya.
8. TQYU da asab tizimining qanday shikastlanishi kuzatiladi?:
 1. Psixoz.
 2. Depressiya.
 3. Periferik neyropatiya.
 4. Ensefalomielit.
 5. Barchasi

YUVENIL REVMATOID ARTRIT

YUVENIL REVMATOID ARTRIT (YURA) – biriktiruvchi to‘qimaning diffuz kasalliklari guruxiga kiradi, asosida immunopatologik jarayonlarga ega bo‘lib, bemorlarning ko‘pchilik qismida biriktiruvchi to‘qima, asosan tayanch-harakat apparatining tizimli shikastlanishi bilan atsiklik cho‘ziluvchan yoki surunkali kechishi bilan xarakterlanadi (AA. YAKovleva, 1987). “Revmatoid artrit” atamasini 100 yildan ko‘p vaqt avval Carrod (1892) kiritgan.

YUvenil revmatoid artritning tarqalganligi mamlakatning turli regionlarida turlicha bo‘lib, o‘rtacha 0,5 : 1000 ni tashkil qiladi. Oxirgi ikki o‘n yillikda revmatoid artrit bilan og‘rigan bolalar soni 2-3 baravarga oshdi. Qiz bolalar o‘g‘il bolalardan 1,5-2 baravar ko‘proq og‘riydilar. Dastlabki simptomlarning paydo bo‘lish vaqti – bir necha oydan 15 yoshgacha, kasallik 5-7 va 12-14 yosh oraliqida ko‘p uchraydi.

Bo‘g‘im sindromi. Yirik va mayda bo‘g‘imlarning (tizza, bilak, boldir-tovon, hamda qo‘l va oyoqlarning mayda bo‘g‘imlari), shu bilan birga chakka-pastki jag‘ bo‘g‘imlari va umurtqa pog‘onasining bo‘yin qismi shikastlanishi bilan simmetrik oligo- yoki poliartrit yoki asimmetrik oligoartrit. Bo‘g‘imlardagi strukturaviy o‘zgarishlar kaftning mayda suyaklarida, ankilozlarning shakllanishi bilan kasallikning dastlabki 6 oyi davomida rivojlanadi. Bemorlarning bir qismida, asosan tos-son va chakka-pastki jag‘ bo‘g‘imlarida, destruktiv artrit rivojlanadi.

Xususiyatlari. 1 yoshdan 15 yoshgacha bo‘lgan davrda rivojlanadi. Ko‘pincha bu kasallik bilan qiz bolalar og‘riydilar. Boshlanishi — o‘tkir osti, surunkali. Qon taxlilida quyidagi o‘zgarishlar kuzatiladi: o‘rtacha leykotsitoz, ECHT ning oshishi, IgA, IgM, IgG, SRV, SIK darajalarining oshishi, bemorlarning bir qismida revmatoid va antinuklear omil aniqlanadi. Uveitning rivojlanish xavfi mavjud.

TASHXISLASH MEZONLARI

I. Anamnestik:

Virusli infeksiya, ayniqsa Epshteyn - Barr virusiga ahamiyat beriladi. Parvoviruslarning ishtiroki ham taxmin qilinadi. 28-47% holatlarda revmatoid artritga oilaviy moyillik isbotlangan. Bo‘g‘im shakli uchun - HLA - Bi₅, V₃₅.tizimli namoyon bo‘lishi bilan HLA - Ats, V-12, V₂₇, DR₄, tizimining antigenlari bilan bog‘liqlik xarakterli.

II. Klinik:

Bo‘g‘im sindromi – bolalarda ko‘pincha yirik va o‘rta bo‘g‘imlar, umurtqa pog‘onasining bo‘yin qismi shikastlanadi; kasallik, kattalarga nisbatan kam holatlarda, oyoq va qo‘llarning mayda bo‘g‘imlarining shikastlanishi bilan boshlanadi. YAllig‘lanishning barcha belgilari, ertalabki karaxtlik, bo‘g‘imlarning deformatsiyasi xarakterli. Juda erta

bo‘g‘imga ulangan mushaklarning atrofiyasi yuzaga keladi. Umuman olganda bolaning o‘sishi va skeletining alohida qismlari aziyat chekadi.

Rentgen tekshiruvida ancha erta yumshoq to‘qimalarning zichlashishi va osteoporoz, kech muddatlarda - suyak-tog‘ay destruksiyasi va suyaklanish yadrosining buzilishi aniqlanadi.

Retikulo-endotelial tizimning shikastlanishi: limfadenopatiya. gepatomegaliya.

Ko‘zlarning shikastlanishi: uveit, iridotsiklit, keratit, sklerit, katarakta.

Markaziy asab tizimining shikastlanishi: kayfiyatning o‘zgarib turishi, depressiya, tana harorati sutkalik ritmining buzilishi, vazomotor labillik, oyoq va qo‘llarda paresteziyalar, pay reflekslari va distal turi bo‘yicha sezgirlikning pasayishi.

Bo‘g‘im-visseral shakllarida sekin-asta amiloidozning shakllanishi bilan u yoki bu a‘zo va to‘qimalar shikastlanishi mumkin. Eng og‘ir shakli – Stil kasalligi bo‘lib, unda shikastlanishning poliorganlligi, limfadenopatiya, gepatosplenomegaliya, tez sur‘atda zo‘rayib boruvchi poliartrit, immunogenezning chuqur buzilishi, qon oqsil tarkibi va moddalar almashinuvining o‘zgarishi, nogironlik xosdir.

Allergoseptik variant (Visler-Fankoni allergosepsisi)

Simptomlar triadasi bilan namoyon bo‘ladi. Birinchidan, antibiotiklar va isitma tushiruvchi vositalar bilan davolashga refrakter bo‘lgan noto‘g‘ri tipdagi isitmalash. Ikkinchidan, - retsdivlanuvchi allergik toshmalar va,uchinchidan, - ko‘pincha retsdivlanuvchi poliartralgia ko‘rinishida kechuvchi va kasallik boshlanishida ortga qaytish xarakteriga ega bo‘lgan bo‘g‘im sindromi. Qon taxlilida o‘tkir faza ko‘rsatkichlari, gipoxrom kamqonlik, disproteinemiya

ifodalangan. Sinovial suyuqlikda yoki qonda revmatoid faktor (RF) aniqlanishi mumkin (seropozitiv shakli). RF ning erta aniqlanishi, uning yuqori titrda bo'lishi, revmatoid artritning noxush kechishi, retsiv ehtimoli, tarqoq vaskulitning rivojlanishini bildiradi. Bolalarda ko'pincha (80-84%) seronegativ varianti uchraydi. Kasallik son suyagi boshchasining aseptik nekrozi boshlanishi bilan yirik va o'rta bo'g'imlarning shikastlanishi bilan kechadi, ertalabki karaxtlik kam ifodalangan, revmatik tugunlar bo'lmaydi. SHikastlanishning ko'p tizimlili jarayonning tezda zo'rayishiga olib keladi.

III. Paraklinik:

- a) umumiy qon taxlili - gipoxrom anemiya, neytrofilli leykotsitoz, ECHT ning oshishi;
- b) qonning biokimyoviy taxlili – sial kislotasining oshishi, S-reaktiv oqsil musbat, disproteinemiya (dag'al dispersli oqsillar fraksiyasining oshishi);
- v) qon zardobida yoki sinovial suyuqlikda revmatoid faktor musbat, IgM, IgG oshishi, T-limfotsitlarning pasayishi;
- g) rentgenologik: bo'g'im atrofida osteoporoz, bo'g'im bo'shlig'ida suyuqlikning to'planishi, periartikulyar to'qimalarning zichlashishi, suyak ankiloz, suyaklar o'sishining buzilishi.

YUVENIL REVMATOID ARTRITNI ERTA TASHXISLASH MEZONLARI (A.V.Dolgoplova va b., 1979)

I. Klinik belgilari:

1. 3 haftadan ko'p davom etuvchi artrit (bu belgi bo'lishi shart).
2. Dastlabki 3 oyda uch bo'g'imlarning shikastlanishi.
3. Mayda bo'g'imlarning simmetrik shikastlanishi.
4. Umurtqa pog'onasi bo'yin qismining shikastlanishi
5. Bo'g'im bo'shlig'iga suyuqlik to'planishi.
6. Ertalabki karaxtlik.
7. Tendosinovit yoki bursit.
8. Ko'zlarning revmatoid shikastlanishi.
9. Revmatoid tugunchalar.

II. Rentgenologik belgilar:

1. Epifizar osteoporoz.
2. Bo'g'im tirqishining torayishi.
3. Bo'g'imga suyuqlik to'planganligi belgilari.
4. Periartikulyar to'qimalarning zichlashishi.

III. Laborator belgilar:

1. Panchenko bo'yicha ECHT 35 mm /soat dan ko'p.
2. Musbat revmatoid faktor.

3. Sinovial qavat biopsiyasining musbat ma'lumotlari.
7-8 simptomlarning bo'lishi klassik revmatoid artritni, 4-5 - ma'lum, 2-3 – ehtimoliy revmatoid artritni bildiradi.

Yoshga ko'ra yuvenil revmatoid artritning o'ziga xos kechishining ba'zi xususiyatlari

I. 3 yoshgacha

- Yiriy va mayda bo'g'imlar, tovonning shikastlanishiga moyilligi bilan bo'g'im sindromining keng tarqalganligi.
- Bo'g'imlarning nosimmetrik shikastlanishi.
- Mahalliy haroratning ko'tarilishi, ertalabki karaxtlik kabi bo'g'im faolligining belgilari bilan bir qatorda, suyak-tog'ay destruksiyasi rentgenologik belgilarining yo'qligi fonida regionar mushak guruxlarining kontrakturasi va atrofiyasining hosil bo'lishi bilan bo'g'imlar deformatsiyasi rivojlanadi.
- Bo'g'im sindromi kasallikning dastlabki 3 yilida transformatsiyaga bo'lgan moyillikka (ko'pincha o'g'il bolalarda) ega.

II. 3 yoshdan 7 yoshgacha

- Bo'g'imlarning shikastlanishi, qoidaga ko'ra, simmetrik. Sinovit tizza bo'g'imidagi etakchi klinik belgi bo'lib hisoblanadi.
- Rentgenologik tasdiqlangan suyak-tog'ay destruksiyasining yuqori foizi kuzatiladi.
- Kasallikning boshqa ko'rinishlari kam ifodalangan.
- Serologik reaksiyalarning manfiy natijalari kuzatiladi.

III. 7 yoshdan so'ng

- Bo'g'im sindromi nisbatan engil kechadi, qoidaga ko'ra ko'pincha tizza va boldir-tovon bo'g'imlari simmetrik shikastlanadi.
- Ekssudativ o'zgarishlar xarakterli.
- Suyak-tog'ay destruksiyasining rentgenologik belgilari kuzatilmaydi.
- Musbat serologik reaksiyalar foizi yuqori.

Barcha bolalarda transformatsiya chastotasining kasallik boshlanishi, jinsi, revmatoid faktorning mavjudligidan aniq bog'liqlik kuzatilmaydi.

Tashxis etaloni:

Yuvenil revmatoid artrit, seronegativ, bo'g'im shakli, monoartrit, sekin-asta zo'rayib borish bilan kechishi, faollikning I darajasi, rentgenologik bosqich II, FQE 26.

REVMATOID ARTRITNI DAVOLASHNING ASOSIY TAMOIYILLARI

- I.** Bo‘g‘im sindromini ushlab turuvchi infeksiya o‘choqlarini bartaraf etish (tishlar, burun-xalqum, o‘t- siydik chiqarish yo‘llarini sanatsiyasi va b.).
- II.** Immunologik reaktivlikni regulyasiya qilish (hujayraviy va neyro-gumoral).
- III.** YAllig‘lanishga qarshi preparatlarni bo‘g‘im ichiga yuborish, fizik omillar, DJT, uqalash, ortopedik chora-tadbirlar yordamida bo‘g‘im va bo‘g‘im atrofidagi to‘qimalardagi mahalliy jarayonga ta’sir ko‘rsatish.
- IV.** Davolashning boshqa turlari muvaffaqiyatsiz kechganda, faqat revmatoid artriting og‘ir darajadagi bo‘g‘im-visseral shaklida gormonoterapiya.
- V.** Stimullovchi terapiya (vitaminlar, nospetsifik adaptogenlar, anabolik steroid preparatlar) qat’iy ko‘rsatma bo‘yicha.
- VI.** O‘rin almashtiruvchi va simptomatik terapiya (og‘riq qoldiruvchi vositalar, miorelaksantlar, siydik haydovchi, gipotenziv, yurak-qon tomir preparatlari; fermentlar).
- VII.** Ratsional ovqatlanish va tegishli tartib (o‘tkir davrida - gipsli langeta qo‘yishgacha bo‘g‘imni immobilizatsiya qilish bilan yotoq tartibi).
- VIII.** Davoning radikal usullari: bo‘g‘imlarning og‘ir deformatsiyasi va konservativ davo samara bermaganda ortopedik davo bilan birga jarroxlilik yo‘li bilan davolash.

REVMATOID ARTRITDA DAVOLOVCHI DASTUR

Terapevtik ta’sir ko‘rsatish:

1. Bo‘g‘imlarda yallig‘lanishni bostirish.
2. Bazis davo (bo‘g‘imlarda proliferativ o‘zgarishlarni bostirish).
3. Umumiy chora-tadbirlar.

Kompleks terapiya vazifalarini amalga oshirish:

- 1.1. YAllig‘lanishga qarshi nosteroid preparatlar.

a) Arilpropion kislotasi hosilalari;

- ibuprofen sutkasiga 0,01-0,04 g/kg 3-4 mahal;
- naproksen (naproksin) 1 tabl. dan (0,25) kuniga 2-3 mahal;
- anseyd 1 tabl.dan (0,1) kuniga 1-2 mahal.

Antikoagulyantlar, beta-blokatorlar, gipotenziv, antidepressantlar bilan birga qo‘llanilishi mumkin.

b) Ariluksusli kislota preparatlari sutkasiga 2-3 mg/kg dozada 2-4 marta qabul qilish:

- diklofenak-natriy (revodin, voltaren, ortofen, nakpofen) 1 tabl.dan (0,025 g), 1

amp. - 2,5% - 3,0 ml;

- voltaren-retard 1 tabl. dan (0,1) kuniga 1-2 mahal.

Atsetilsalitsil kislotasi va antikoagulyantlar bilan birga qo‘llash tavsiya etilmaydi.

v) Indol va indenuksus kislotalari preparatlari sutkasiga 1-3 mg/kg:

- indometatsin (metindol) 1 tabl. (0,025);

- sulindak (kpinoril) 1 tabl. (0,1; 0,15; 0,2; 0,3).

g) Salitsil kislotasi preparatlari sutkasiga hayotining har bir yiliga 0,2 g dan:

- atsetilsalitsil kislotasi (aspirin) 1 tabl. (0,25; 0,5);

- dolobit (diflunizal) sutkasiga 750-1500 mg;

- aspizol 1 flakon 1,0 g m/o, t/i ga izotonik eritmada.

d) Oksikamlar: piroksikam, izoksikam, sudoksikam, roksikam - 1 tabl. dan kuniga (0,01) 2-3 mahal.

1.2. Glyukokortikosteroidlar:

a) Bo‘g‘im-visseral shaklida faollikning yuqori darajasida, terapiya natijasizligida - prednizolon sutkasiga 1-2 mg/kg.

b) Bo‘g‘im shaklida:

- gidrokortizon bo‘g‘im ichiga 5 mg dan 150 mg gacha 1 mahal 5-7 kunda № 3-5;

- diprospan 0,1-1,0 ml 2-3 ml fiziologik eritmada;

- kenalog (triamsinolon atsetonid) 6 yoshdan katta bolalarga doze 2,5-15 mg dozada, kenalog-10 (1 ml=10 mg), kenalog-40 (1 ml=40 mg).

2.1.4-aminoxinolin preparatlari: plakvenil, delagil, rezoxin va b. kechki ovqatdan keyin 1 mahal - 7 yoshgacha - 100 mg (1/2 tabl.), 7 yoshdan keyin - 200 mg (1 tabl.), 14-15 yoshdan keyin - 200-400 mg (1-2 tabl.).

Samara bergach 50% ga teng bo‘lgan quvvatlovchi dozaga o‘tkaziladi.

2.2.Salazin hosilalari: salazopiridazin, sulfasalazin - 1 tabl. dan (0,5) kuniga 2-4 mahal.

2.3.Oltin preparatlari:

a) Auronafin, aurofan, goldar sutkasiga 0,1 mg/kg dozada, sekin-asta dozani sutkasiga 0,2 mg/kg gacha oshiriladi; 1 tabl.=0,003 g.

b) Krizanol 5% m/o 0,5-1,0-2,0 ml (17-34 mg metallik oltin) haftasiga 1 marta (1 kursga 1-1,5 g oltin).

2.4.D-penitsillamin, kuprenil (1 kapsula = 0,15), artamin (1 kapsula = 0,05; 0,15; 0,25) sutkasiga 10 mg dan 25 mg gacha dozada.

Quvvatlovchi doza – sutkasiga 5 mg.

2.5.Faollikning yuqori darajasida va tarqoq shakllarida quyidagilar qo‘llaniladi:

a) Xlorbutin (leykeran) sutkasiga 0,05-0,1 mg/kg 6 oy va undan ko‘p (1 tabl.=0,002; 0,005 g).

b) Metotreksat tana yuzasiga 5-10 mg/kv.metr dozada 1 yil va undan ortiq vaqt

mobaynida haftasiga 1 marta ;

v)Azatioprin (1 tabl.=0,05 g) sutkasiga 0,002 g/kg 1-2 oy davomida 3-4 mahal, so'ngra 50% ga teng dozada.

2.6.YAllig'lanishga qarshi, mahalliy shishga qarshi va so'riluvchi ta'sir ko'rsatish bilan birga fermentlarni saqlagan kombinatsiyalangan preparatlar:

1- vobenzim (dr.) 2-6 draje dan kuniga 3-4 mahal 1-2 oy, so'ngra 1-4 drajedan 3-6 oy davomida;

- mulsal (dr.) 2-4 drajedan kuniga 3-4 mahal 1-2 oy.

2.7.Fiziomuolajalar:

- Bo'g'imlarga UVCH, SVCH;

- gidrokortizon, kaliy yod, novokain bilan fonoforez:

- magnit terapiyasi;

- lazer terapiyasi;

- dimeksid, gidrokortizon, geparin applikatsiyasi.

2.8. I darajadagi faollik va nafaol fazada shikastlangan oyoq-qo'llarni uqalash, umumiy uqalash.

2.9. I darajadagi faollik va nafaol fazada sanatorno-kurort davo.

2.10.Minimal faollik va nafaol fazada mexanoterapiya.

2.11. Nafaol fazada xirurgik davo – sinovektomiyadan to endoprotezlashgacha.

3.1. Faollikning yuqori darajasida yotoq tartibi, LOK.

3.2. Bo'g'im-visseral shaklida yurak, buyraklar, oshqozon-ichak traktining funksiyalarini hisobga olgan holda to'laqonli gipoallergen parhezga rioya qilish.

3.3. Bemor va uning ota-onalariga kasallik xarakteri, kechishining davomiyligi, asoratlari va olib boriladigan farmakoterapiyaning nojo'ya ta'sirlari haqida tushuntirish olib boriladi. O'z-o'zini uqalash, DJT, mexanoterapiyaga o'rgatiladi.

3.4. Surunkali infeksiya o'choqlari aniqlanadi va sanatsiya qilinadi, interkurrent kasalliklar davolanadi.

Reabilitatsiyaning poliklinik bosqichi:

1. Quvvatlovchi terapiya:

- bazis (2.1.-2.5 preparatlar);

- yallig'lanishga qarshi (1.1 preparatlar) davolovchi dozaning 1/2-1/3 ga teng dozasi, og'riq sindromining cho'qqi natijasiga chiqishidan 1 soat avval.

2. Fiziomuolajalar, xirurgik davo (2.8.-2.11.ga qarang).

3. Umumiy chora-tadbirlar (3.1.-3.4. ga qarang).

Vaziyatli masala

5 yoshli V. bilak, tizza, boldir-tovon bo'g'imlarida og'riqqa shikoyat qildi. Kasallik 2 yil avval o'tkir boshlandi: tana harorati ko'tarildi, o'ng boldir-tovon

bo'g'imida og'riq va shish paydo bo'ldi, bir oydan so'ng – chap boldir-tovoni, 3 oydan so'ng esa ikkala tizza va bilak bo'g'imlari shishdi.

Ko'ruvda qo'l va oyoqlar mushaklarining atrofiyasi, mikropoli- adeniya aniqlandi. SHikastlangan bo'g'imlar deformatsiyalangan, harakat cheklangan, ayniqsa ertalabki soatlarda. A'zo va tizimlar bo'yicha boshqa o'zgarishlar aniqlanmadi.

Qon taxlili: ECHT-45 mm/soat, Er-3,2 g/l, Nv-100 g/l, Leyk.-7,4 G/l, p-1%. s-70%, l-20%, m-9%; S-reaktiv oqsil (++) , oqsil fraksiyalari: A-50,01%, globuliny a_g6,3%, a₂-9,6%, r-17,3%, u-24,8%; sial kislotasi - 0,340. Revmatoid faktor manfiy.

Boldir-tovon bo'g'imlari rentgenogrammasida bo'g'im tirqishining torayishi, osteoporoz.

1. Qon taxlilini baholang.
 2. Tasnifga muvofiq tashxis qo'ying.
 3. Zarur qo'shimcha tekshiruv usullari va mutaxassislar maslahatini ayting.
- Davo rejasini tuzing.

REVMATOID ARTRIT BILAN OG'RIGAN BOLALARNING DISPANSER KUZATUVI VA REABILITATSIYASI SXEMASI

1	2	3	4	5	6	7	8
Revmatoid artrit, bo'g'im shaklida	Uchastka pediatri yiliga 2 marta. Kardiorevmatolog oйда 1 marta. Okulist, otolaringolog, stomatolog yiliga 2 marta ko'zlar shikastlanganida va aminoxinolin preparatlari bilan davolanishda – 3 oyda 1 marta. Ortoped yiliga 2 marta boshqa mutaxassislar ko'rsatmalariga bo'yicha	CHarchash, temperatura, 2ertalabki karaxtlikning davomiyligi va funksional boshqa ko'rsatkichlari, 2yallig'lanish belgilari, defor-matsiya, teri-osti kletchatkasi va mushaklar, limfa tugunlari, jigar, qora-taloq, 2ko'zlari, yurak qon tomirtva boshqa tizimlar	1. Umumiy qon taxlili, SRO, kislotasi, proteinogramma, peshob taxlili – 3 oyda 1 marta. 2. FEKG, immunitologik tekshiruv yiliga 2 marta. Bo'g'imlar rentgenogrammasi – yiliga 1 marta.	1surunkali infeksiya o'choqlari sanatsiyasi. 2. Interkurrent kasalliklarni davolash. Nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar va aminoxinolin preparatlari bilan uzoq vaqt davolash. Umumiy massaj va shikastlangan bo'g'imlarni uqalash, DJT. 3. Jarayonning faollik darajasiga ko'ra fiziomuolajalar 4. anator-kurort davo	Kamida 5 yil, zo'rayganda, tayanch-harakat apparati buzilganda shifokor-terapevt kuzatuviga o'tkaziladi	DJT yoki jismoniy tarbiya bo'yicha maxsus gurux	Ozod etiladi

REVMATOID ARTRIT” MAVZUSIGA OID TEST SAVOLLARI

1. Giperurikemik diatezdan aziyat chekuvchi bolalar quyidagilarning rivojlanishida xavf guruxi bo‘lib hisoblanadi:
 1. Artroz
 2. Revmatizm.
 3. Pertes kasalligi
 4. Osgud-SHlyatter kasalligi.
 5. Suyak tuberkulezi.
2. YUvenil revmatoid artritning asosiy diagnostik mezonini ko‘rsating:
 1. Poliartralgiya.
 2. Uch haftadan ortiq davom etuvchi artrit.
 3. Uzoq davom etuvchi subfebrilitet.
 4. ECHT ning oshishi
 5. Neytrofilli leykotsitoz.
3. Revmatoid artritning diagnostik mezoniga kirmaydi:
 1. Uch haftadan ortiq davom etuvchi artrit
 2. Bo‘g‘imlarda ertalabki karaxtlik
 3. Umurtqa pog‘onasi bo‘yin qismining shikastlanishi.
 4. Tirnoq falanglarining osteolizi.
 5. Suyaklar osteoporozi.
4. Bexterev kasalligining asosiy mezonini ko‘rsating:
 1. Umurtqa pog‘onasi bo‘yin qismining shikastlanishi.
 2. Umurtqa pog‘onasi bel qismining shikastlanishi.
 3. Oyoq-qo‘llar mayda bo‘g‘imlarining shikastlanishi.
 4. Ikki tomonlama gonit.
 5. Bo‘g‘im sindromining uchuvchanligi
5. Revmatoid artritning allergoseptik variantining debyuti uchun xos emas:
 1. Uzoq febril temperatura
 2. Polartralgiya
 3. Bo‘g‘imlar deformatsiyasi
 4. Allergik toshma.
 5. Limfadenopatiya.
6. 13 yoshli bolada RA bo‘g‘im shaklining minimal faolligida qo‘llanilmaydi:
 1. Ortofen.
 2. Delagil.
 3. Prednizolon peroral.
 4. Lidaza bilan elektroforez.

7.Revmatoid artritda quyidagi ko‘zning shikastlanishi:

1. Irit.
2. Uveit.
3. Iridotsiklit.
4. Katarakta.
5. Kon'yunktivit.

B SHikastlangan bo‘g‘imlar va mushaklar uchun YURA ning qaysi faollik darajasi absolyut qarshi ko‘rsatma bo‘lib hisoblanadi?

1. Faollikning I darajasi.
2. Nofaol faza.
3. Darajadagi faol faza.

BOB 4

REAKTIV ARTRIT – bo‘g‘im bo‘shlig‘ida na mikroorganizm, na uning antigeni aniqlanmaydigan, ma‘lum u yoki bu infeksiya bilan xronologik bog‘langan bo‘g‘imlarning yallig‘lanish kasalligidir. Reaktiv artrit keng tarqalgan bo‘lib, bolalarda tayanch-harakat apparati barcha shikastlanishlarining 50% gacha tashkil etadi.

Reaktiv artritning etiopatogenezida 3 asosiy omil ahamiyatga ega:

- 1) yallig‘lanish mexanizmini ishga tushirgan mikroorganizm xarakteri;
- 2) birlamchi infeksiya o‘chog‘ining lokalizatsiyasi (masalan, siydik-tanosil trakti);
- 3) makroorganizmning holati, uning nasliy moyilligi, xususan HLA-B₂₇ antigeni yoki o‘zaro ta‘sir qiluvchi antigenlar guruxi- HLA-B₇.DR4 va b. lar chastotasining yuqori darajada bo‘lishi:

Bo‘g‘im sindromi. Xlamidiya bilan chaqirilgan siydik-tanosil a‘zolarining o‘tkazilgan infeksiyon kasalliklari yoki iersiniya, salmonella, shigella va b.lar bilan chaqirilgan diareyadan so‘ng 1,5-2 haftadan keyin rivojlanadi. Bo‘g‘imlarning asimmetrik shikastlanishi xarakterli bo‘lib, ko‘pincha oyoq bo‘g‘imlari: tizza, boldir-tovon, to‘piqlarning mayda bo‘g‘imlari shikastlanadi; bir tomonlama sakroileit, tovon paylari tendovaginiti, fassiit, tovon do‘mbog‘i periostiti, barmoqlarning “sosiskasimon” deformatsiyasi rivojlanadi.

4) **Xususiyatlari.** Uretrit, kon'yunktivit, artrit, teri va shilliq qavatlarining shikastlanishi (keratoz bilan tirnoqlar distrofiyasi, oyoq va kaftlarda keratodermiya), HLA-B₂₇ mavjudligini o‘z ichiga olgan simptomokompleks Rayter kasalligi nomini olgan.

TASHXISLASH MEZONLARI

I. Anamnestik:

Kasallikdan 1-4 hafta avval o'tkir respirator infeksiya, enterokolit, o'tkir siydiktanosil trakti kasalligi (vulvit, sistit, pielonefrit va b.) o'tkazilganligi, og'iz-burun-xalqumda surunkali infeksiya o'chog'ining zo'rayishi, glistli invaziya va sh.o'.

II. Klinik:

1. Artritik simptomokompleks: o'rta va/yoki yirik bo'g'imlarning asimmetrik shikastlanishi: shish, og'riq, mahalliy haroratning ko'tarilishi, shikastlangan bo'g'im terisining giperemiyasi, funksiyasining buzilishi.

Reaktiv artrit uchun ertalabki karaxtlik va shikastlanish migratsiyasi xos emas. Asosiy kasallikning terapiyasi ostida bo'g'im sindromi 1-2 hafta davomida to'liq ortga qaytadi.

2. Infeksion yallig'lanish simptomlari: teri va shilliq qavatining rangparligi, regional limfa tugunlarining kattalashishi, tana haroratining ko'pincha subfebril darajagacha ko'tarilishi, qonda o'rtacha darajadagi yallig'lanish reaksiyasi.

3. Asosiy kasallikning qoldiq simptomlari: quruq yo'tal, tomoq giperemiyasi, tomoq orqa devorining donadorligi, bo'yin limfa tugunlarining kattalashishi (O'RVI dan so'ng); ishtahaning pasayishi, ko'ngil aynashi, najasning bir tekisda emasligi, disbakterioz simptomlari, najas taxlilida – bakteriologik tekshiruvning musbat natijalari (enterokolitdan so'ng); siydik chiqarishning buzilishi, mikroproteinuriya, leykotsituriya, mikrogematuriya, subfebril temperatura (pielonefritdan so'ng).

III. Paraklinik simptomlar sabab bo'luvchi omillar bilan chaqirilgan organizmdagi buzilishlar xarakterini aks ettiradi:

- a) bo'g'imlar rentgenogrammasi – bo'g'im bo'shlig'ida suyuqlikning bo'lishi, periartikulyar to'qimaning zichlashishi;
- b) bo'g'im punksiyasi – aseptik yallig'lanish belgilari.

Differensial tashxis

Revmatoid artrit, revmatizm, osteoxondropatiya, osteomielit bilan o'tkaziladi.

Reaktiv artriting o'xshash kasalliklar bilan differensial tashxisi

Belgilari	Reaktiv artrit	Revmatoid artrit	Tuberkulez artriti	Pertes kasalligi
Ko'pincha shikastlanadigan bo'g'imlar	Boldir-tovon, tizza, tirsak	Boldir-tovon, tizza, bilak	Tos-son	Tos-son
Ertalabki karaxtlik	Yo'q	Xos	Yo'q	Yo'q
Tunda bezovtalanish	Bo'lishi mumkin	Kuzatiladi	Xarakterli	Kuzatilmaydi
Absesslar, oqma yaralar	Yo'q	Yo'q	Xarakterli	Yo'q
Bo'g'im oxirlarining osteoporozi	Kuzatilmaydi	Xos	O'choqli	Kech davrida
Suyakda destruksiya o'chog'i	Yo'q	Pseudokistalar	Kuzatiladi	Fragmentatsiya
Tuberkulin sinamasi	-	+	+	
Sinovial suyuqlikda neytrofillarning ustunligi	Yo'q	Ko'pincha	Kam hollarda	Yo'q
Sinovial suyuqlikda revmatoid faktor	Odatda aniqlanmaydi	Musbat	Yo'q	Yo'q

Revmatik kasalliklarning zamonaviy **tasnifiga** muvofiq **reaktiv artrit** quyidagi asosiy guruxlarga ajratiladi:

- postenterokolitik;
- urogenital;
- o‘tkir burun-xalqum infeksiyasidan so‘ng;
- surunkali infeksiya o‘choqlari fonida;
- glistli invaziyada;
- postvaksinal.

REAKTIV ARTRITNI ANIQLASH UCHUN DIAGNOSTIK DASTUR

Minimal:

- Anamnestik ma’lumotlarni taxlil qilish va baholash
- Bo‘g‘im sindromini aniqlash va baholash.
- Teri va shilliq qavatlari shikastlanishi, visseritlarni aniqlash va baholash.
- Qonning klinik taxlili.
- Umumiy peshob taxlili.
- Koprogramma.
- Najasning bakteriologik taxlili.

Maksimal:

- Qonning biokimyoviy taxlili: oqsil va oqsil fraksiyalari, sial kislotasi, revmatoid faktor, bilirubin va transaminazalar, xolesterin, kreatinin, kalsiy, fosfor.
- ACJ1-0 titri, LE - hujayralar.
- Tomoqdan A guruxidagi gemolitik streptokokkka surtma olish
- Immunogramma.
- Xlamidiyaga peshob taxlili.
- Vulvadan surtma olish.
- Najasning bakteriologik tekshiruvi.
- SHikastlangan va unga simmetrik bo‘lgan bo‘g‘imlarning rentgenogrammasi.
- EKG.
- Bo‘g‘im punksiyasi.

REAKTIV ARTRITDA DAVOLOVCHI DASTUR

Terapevtik ta’sirning yo‘nalishi:

1. Artritning yuzaga keltirgan infeksiya o‘choqlarini sanatsiya qilish.
2. Bo‘g‘imlarda yallig‘lanishni bostirish, og‘riqni kamaytirish.

3. Bazis davo.

Kompleks terapiya vazifalarini amalga oshirish

1.1. Burun-xalqumda infeksiya o'chog'ini sanatsiya qilish.

1.2. Qo'zg'atuvchiga nisbatan antibiotikoterapiya o'tkazish.

a) Penitsillin qatoridagi antibiotiklar: benzilpenitsillin sutkasiga 100 ming birl./kg, ampitsillin sutkasiga 1,0-4,0 g; karbenitsillin sutkasiga 1,0-6.0 g/.

b) Sefalosporinlar: sefalekssin sutkasiga 1-2 g.; sefazolin sutkasiga 1-6 g; sefapirin sutkasiga 1-4 g; sefaperazon sutkasiga 2-8 g.

1.3. Postenterokolitik reaktiv artritlarda - enterokolitni davolash.

a) Diareyaga qarshi preparatlar:

- imodium 1 kapsuladan kuniga 2-4 mahal;
- neostopan 1 tabl. kuniga 3-4 mahal;
- furazolidon 0,05 dan kuniga 4-6 mahal;

b) Antioksidantlar - vit. A, E, S;

v) Normal mikroflora etishmovchiligining o'rnini to'ldirish:

- bifidumbakterin 1-5 dozadan kuniga 2-3 mahal ovqatdan oldin;
- bifikol 1-5 dozadan kuniga 2 mahal;
- laktobakterin 1-5 dozadan kuniga 2 mahal;
- kolibakterin 2-4 dozadan kuniga 2 mahal.

1.4. Gelmintli reaktiv artritlarda - gelmintlarga qarshi preparatlar:

- vermoks, mebendazol (tabl. 0,1 g) 1 tabl. dan kuniga 2 mahal 1-3 kun;
- dekaris, levamizol (tabl. 0,05; 0,15 g) 2,5 mg/kg bir marta kechqurun;
- kombantrin, pirantel (tabl. 0,125; 0,25 g; ichga qabul qilish uchun suspenziya fl. 5 ml=0,25 g) 10 mg/kg dan kuniga 2 mahal 1-3 kun;
- piperazin adipinat (tabl.) 1-2 tabl. dan kuniga 1-2 mahal 1-5 kun.

1.5. Urogenital reaktiv artritlarda – infeksiya o'choqlari sanatsiyasi, ginekolog yoki urolog bilan birga davolash.

a) Mikrobgaga qarshi preparatlar:

- nitroksolin, 5-NOK (tabl. 0,05 g) 0,05-0,1 dan kuniga 3-4 mahal;
- nalidiks kislotasi, nevigramon (tabl.) 0,5-0,1 dan kuniga 3-4 mahal;
- furadonin (tabl.) 0,05-0,1 dan kuniga 3-4 mahal;
- urobosal (tabl.) 1 tabl. dan kuniga 3-4 mahal;
- urosulfan (tabl.) 0,5-1 g dan kuniga 3-4 mahal.

Davo davomiyligi individual tarzda aniqlanadi. Uroseptiklar kursi har 5-7 kunda almashtiriladi.

b) Siydik yo'llarini dezinfeksiya qilish:

- fitolizin 100 ml suvda 1 ch.q. dan kuniga 3-4 mahal;
- toloknnyanka bargi qaynatmasi (10:180) 1 ch.q.-1 osh q. dan kuniga 5-6 mahal;

- siydik haydovchi o‘tlar (10:200) 1 ch.q.-1 osh q. dan kuniga 3-4 mahal.
 - 1. Nosteroid yallig‘lanishga qarshi preparatlar - 1-3 oy. ("Revmatoid artrit" 1.1-1.5. ga qarang).
 - 2. Aminoxinolin qatoridagi preparatlar, salazin hosilalari ("Revmatoid artrit" 2.1-2.2.ga qarang).
- Reabilitatsiyaning poliklinik bosqichi:
("Revmatoid artrit" 2.9, 2.11, 3.2., 3.4. ga qarang).

REAKTIV ARTRIT BILAN OG‘RIGAN BOLALARNING DISPANSER KUZATUVI VA REABILITATSIYASI SXEMASI

Mutaxassislar tomonidan ko‘ruv chastotasi	Kardiorevmatolog- retsidivdan keyingi birinchi yilda 3 oyda 1 marat, kuzatuvning ikkinchi yilida 6 oyda 1 marta. Otolaringolog va stomatolog – yiliga 2 marta. Qolgan mutaxassislar ko‘rsatma bo‘yicha.
Ko‘ruvda quyidagilarga e‘tibor berish:	CHarchash, temperatura, toshma, bo‘g‘imlarda yallig‘lanish belgilari, ularning funksiyasi, limfa tugunlari, jigar, qora taloq, yurak-qon tomir tizimi va boshqa ichki a‘zolar holatlari
Qo‘shimcha tekshiruvlar	Umumiy qon va peshob taxlili – birinchi yil 3 oyda 1 marta, biokimyoviy – yiliga 2 marta; ikkinchi yil – 6 oyda 1 marat. FEKG, bo‘g‘imlar rentgenogrammasi, immunologik tekshiruv ko‘rsatma bo‘yicha.
Sog‘lomlashtirishning asosiy yo‘llari	Asosiy kasallikni davolash. Surunkali infeksiya o‘choqlarini sanatsiya qilish. 2-3 kun desensibilizatsiyalovchi preparatlar va kamida 10-14 kun davomida nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalarni kiritgan holda interkurrent kasalliklarni davolash.
	Fiziodavolash va massaj – ko‘rsatma bo‘yicha. Ko‘rsatma bo‘yicha adaptogenlar va biostimulyatorlarni tavsiya etish.

Kuzatuv davomiyligi	Tayanch-harakat apparati funksiyasi tiklangandan so‘ng va bo‘g‘imlarda yallig‘lanish belgilari va boshqa a‘zo va tizimlarning shikastlanishi bo‘lmaganida - 2 yil.
Jismoniy tarbiya bilan shug‘ullanish	Birinchi yili – DJT 3 oy, so‘ngra musobaqalardan ozod etgan holda umumiy gurux. Ikkinchi yili – kasallik retsidivi yo‘qligida umumiy gurux.
Profilaktik emlashlar	Kuzatuvning birinchi yilida mumkin emas, keyinchalik ahvoliga qarab o‘tkaziladi.

GEMORRAGIK VASKULIT

GEMORRAGIK VASKULIT, SHENLEYN-GENOX KASALLIGI – tizimli vazopatiya bo‘lib, asosida teri, bo‘g‘imlarda va ichki a‘zolarida transsudativ-gemorragik o‘zgarishlarning yuzaga kelishi bilan immun kompleks tabiatga ega bo‘lgan mayda qon tomirlarining giperergik yallig‘lanishi yotadi.

Gemorragik vaskulit – birlamchi tizimli vaskulitlar orasida eng ko‘p tarqalgan kasallik.

TASHXISLASH MEZONLARI

I. Anamnestik:

tomoqda infeksiya o‘chog‘ining bo‘lishi (ko‘pincha stafilokokkli). O‘tkazilgan infeksiyalar, profilaktik emlashlar, dorilarga allergiya, sovqotish, endogen metabolitlar bilan sensibilizatsiya haqidagi ma‘lumotlar. Tana haroratining 38-39° gacha ko‘tarilishi, umumiy xolsizlik, ishtahaning pasayishi, qusish bilan o‘tkir boshlanishi. Bir necha soatdan so‘ng kasallikning boshqa belgilari paydo bo‘ladi. Gemorragik vaskulit polisindromal debyutlanishi bilan xarakterlanadi.

II. Klinik:

1. Teri sindromi: simmetrik joylashgan dog‘simon papulez yoki mayda papulez gemorragik toshma oyoqlarni, qo‘llarni (bo‘g‘im atrofi), dumba sohasi, kam hollarda bel sohasi, ko‘krak sohasi va juda kam holatlarda bo‘yin va yuz qismini ketma-ket shikastlaydi. Toshma elementlari rangpar-shishgan teri ustidan biroz ko‘tarilib turadi, bosib ko‘rilganda yo‘qolmaydi, ular to‘g‘nog‘ich boshchasidan 1-2 sm gacha bo‘lgan kattalikda. Toshmalar rangi - tiniq qizil rangda, keyinchalik to‘q qizil rangga kiradi. So‘ngra “toshma” oqaradi, keyin o‘zidan, ikki hafta davomida yo‘qolib boruvchi, pigmentatsiya qoldiradi. Toshmaning intensivligi kasallikning og‘irlik darajasiga mos keladi. Og‘ir

holatlarda bullez-gemorragik elementlar kuzatilishi mumkin. Toshmalar qaytalanishi mumkin. Ba'zida boshning soch qismi, qovoqlar, lablar, oyoq-qo'llar, oraliq sohasida shishlar bo'lishi mumkin.

2. Bo'g'im sindromi ko'pincha teridagi o'zgarishlar bilan bir vaqtda kasallikning birinchi haftasida paydo bo'ladi, ko'pincha tizza, boldir-tovon, bilak bo'g'imlari shikastlanadi. Turlicha ifodalangan sinovit xos. Artritning barcha belgilari bilan xarakterlanadi: shish, giperemiya, teri haroratining ko'tarilishi, og'riq va vaqtinchalik karaxtlik.

3. Abdominal sindrom: teri-bo'g'im sindromi fonida, qator holatlarda teri sindromidan avval yuzaga keladi. Og'riq to'satdan paydo bo'ladi, intensiv xurujsimon xarakterga ega (bolalar juda bezovta bo'ladilar, majburiy tizza-tirsak holati yoki oyoqlarini qorin sohasiga bukkon holatda yotadilar). Tili quruq, karash bilan qoplangan. Qorni biroz damlangan, paypaslab ko'rilganda og'riqli. Kuniga 10-15 marta qusishi mumkin. Og'riq sabab bemorlar suv ichish va ovqat eyishdan bosh tortadilar. Najasi 10 martagacha keladi, suyuq, qon aralash bo'lishi mumkin. Dispeptik simptomlar motor-evakuator funksiyasining oshishidan to ichak invaginatsiyasi va parezigacha kuzatilishi mumkin.

4. Buyrak sindromi odatda kasallikning 3-4 haftasida gematurik nefrit klinikasi bilan namoyon bo'ladi.

5. Visseral buzilishlar simptomokompleksi: bosh og'rig'i, talvasa, parezlar, subaraxnoidal va miya ichiga qon quyilishlarning belgilari, kardiopatiya, gepatosplenomegaliya, limfadenopatiya, pankreatit va orxit belgilari, sovuq shishlar, Reyno sindromi.

III. Paraklinik:

- a) qon taxlili: leykotsitoz, neytrofilez, leykotsitar formulaning chapga og'ishi, ECHT ning oshishi, eozinofiliya, anemiya bo'lishi mumkin;
- b) peshob taxlili: mikrogematuriya, albuminuriya;
- v) koagulogramma: ko'rsatkichlar fazaviy xarakterga ega, qon tomirlari ichida tarqoq qonning ivishi bosqichlarini aks ettiradi. Ko'pincha – surunkali kechuvchi giperkoagulyasiya ko'rinishida: qon ivish vaqtining oshishi, rekalsifikatsiya vaqtining, trombotest pasayishi, plazmaning geparinga tolerantligi, fibrinogen konsentratsiyasining oshishi;
- g) qonning biokimyoviy taxlili: gipoalbuminemiya, giper ag- va gammaglobulinemiya, DFA va CRP oshishi;
- d) immunogramma: SIK, komplement, krioglobulinlarning oshishi, dis-immunoglobulinemiya.

Gemorragik sindrom bilan kechuvchi kasalliklarning differensial tashxisi

Sindrom	Gemorragik vaskulit	Granulematoz vaskulitlar: tugunli periarteriit, granulematoz Vegenera	Zardob kasalligi	Reyno sindromi, krioproteinemiya
Gemorragik	Teridagi toshmalar simmetrik, asosan boldir va qo'llarning yoziluvchi qismida, dumba sohasida. Ba'zida angionevrotik shish, vaskulit-purpura turidagi qon ketishi, bo'g'im, abdominal, nefrotik va boshqa sindromlar bo'lishi mumkin.	Asosan kichik kalibrdagi arteriyalar va arteriolalar shikastlanadi. Burun-xalqum, sinuslar shikastlanadi, (pansinuit, qon ketishi bilan o'pkaning tshikastlanishi), buyraklarning shikastlanishi va asab-mushak buzilishlari bilan birga kechadi.	Toshmalar simmetrik emas	Qon taxlilida krio-globulinlar va s dm komplekslari

Tashxis etaloni:

Gemorragik vaskulit, teri – bo'g'im – abdominal shakli, faolligi III darajali, o'tkir kechishi.

Gemorragik vaskulit tasnifi (A.S.Kalinchenko, 1968)

Klinik sindromlar	Jarayonning faolligi	Kechishi	Kasallikning yakuni
Teri	I daraja	O'tkir (30-40 kun)	Sog'ayish
Bo'g'im	II daraja	O'tkirosti (2 oy va undan ortiq)	Surunkali shakliga o'tishi
Abdominal	III daraja	Surunkali (1,5 - 5 yil)	Surunkali nefrit
Jigar		Retsidivlanuvchi	
Bosh miya		(kasallik simptomlari 2-3 yilda qaytalanadi)	
Kardial			

GEMORRAGIK VASKULITNI ANIQLASH UCHUN DIAGNOSTIK DASTUR

Minimal:

- Biologik, genealogik va allergologik anamnezlarni yig'ish va taxlil qilish
- Kasallik anamnezini yig'ish va taxlil qilish.
- Gemorragik, bo'g'im, buyrak, serebral, abdominal, kardial sindromlarni aniqlash va baholash.
- Surunkali infetsiya o'choqlarini aniqlash.
- Qonning klinik taxlili.
- Peshobning umumiy taxlili.
- Najasni gijja tuxumlariga tekshirish.

Maksimal:

- Qonning biokimyoviy taxlili (oqsil fraksiyalari, mochevina, kreatinin, natriy, kaliy, kalsiy, SRV, RF, LE-hujayralar).
- Koprogramma.
- Najasni yashirin qon ketishiga tekshirish.
- Qorin bo'shlig'i a'zolarining UTT .
- Li-Uayt bo'yicha qonning ivish vaqti.
- Trombin vaqti.
- Protrombin vaqti.
- Plazmaning geparinga tolerantligi.
- V-fibrinogen va PDF ni aniqlash.
- Fibrinogen.
- Sirkulyasiyadagi immun komplekslar.
- Etanol va protaminsulfat testlari.

GEMORRAGIK VASKULITDA DAVOLASH DASTURI

Terapevtik yo'nalish:

1. Kasallikning rivojlanishiga olib keluvchi sabablarni bartaraf qilish yoki kamaytirish.
2. Qonning koagulyasion faolligini pasaytirish va mikrotsirkulyasiyani yaxshilash.
3. Antimediyatorli terapiya.
4. YAllig'lanish reaksiyasini bostirish
5. Immunokorreksiya.
6. Qon tomirlari o'tkazuvchanligini kamaytirish.
7. Simptomatik davo.

Kompleks terapiya vazifalarini amalga oshirish:

- 1.1. 1-3 kun davomida och qolish (ko'tara olishiga qarab).
- 1.2. Gipoallergen parhez.

- 1.3. Harakat faolligining cheklanishi (yotoq tartibi - 2-3 hafta).
- 1.4. Tozalovchi klizmalar.
- 1.5. Enterosorbentlar:
- faollashtirilgan ko‘mir 5-6 tabl. dan kuniga 3-4 mahal 2-3 kun davomida
 - smekta (1 paketcha - 3 g kukun) 3 g dan kuniga 2-3 mahal 5-6 kun davomida.
- 1.6. Surunkali infeksiya o‘choqlarini sanatsiya qilish.
- 2.1. Geparin (fl. 5 ml=5000 birl) sutkasiga 200-300 birlikdan qorin sohasidagi teri ostiga kuniga 4-6 in’eksiya, davo kursi - miqdorini sekin-asta kamaytirish va sutkasiga yuborish miqdori saqlanib qolishi bilan 2-3 hafta Jarayonning yuqori faolligida - qon ivish tizimining nazorati ostida geparinni sutka davomida tomir ichiga yuborish.
- 2.2. Qon aylanishini yaxshilovchi vositalar va angioprotektorlar:
- kurantil, dipiridamol, persantin (dr. 0,025; 0,075) 1 oy lavomida sutkasiga 1-3 mg/kg dan ichish;
 - trental, pentoksifillin, agapurin (dr. 0,1; 0,4 g) 1 oy lavomida kuniga 0,05-0,1 g dan 3 mahal.
- 3.1. Gistaminli N_gretseptorlari blokatorlari, davoning davomiyligi individual tarzda aniqlanadi, har bir 5-7 kun davomida tavsiya etiladi:
- tavegil, fenistil (tabl. 0,001 g) 6-12 yoshdagi bolalarga 0,5-1 mg dan kuniga 2 mahal;
 - suprastin (tabl. 0,025 g) 1/2-1 tabl. dan kuniga 2 mahal;
 - diazolin (dr. 0,1 g) 0,02-0,05 g dan kuniga 1-3 mahal;
 - pipolfen, diprazin (tabl. 0,005; 0,025 g) 3-4 yoshli bolalarga - 5 mg dan kuniga 2 mahal; 5-6 yosh- 7,5 mg dan kuniga 3 mahal; 7-9 yosh – 10 mg dan 3 mahal; 10-14 yosh – 15 mg dan kuniga 3 mahal;
 - fenkarol (tabl.0,01; 0,025 g) 3 yoshgacha - 0,005 g dan kuniga 2-3 marta; 3-7 yosh - 0,01 g dan 2 mahal; 7-12 yosh - 0,01-0,015 g dan 2-3 mahal; 12 yoshdan katta bolalarga - 0,025 g dan kuniga 2-3 mahal.
- 3.2. Semiz hujayralar membranasi stabilizatorlari, davo kursi - 4-6 hafta:
- ketotifen, zaditen, astafen (tabl. 0,001 g) 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 0,025 mg/kg; 3 yoshdan katta bolalarga - 1 mg dan kuniga 2 mahal.
- 4.1. Prednizolon (amp. 1 ml=30 mg; tabl. 0,005 g) jarayon faolligining III darajasida birinchi 2-3 kunda t/i ga sutkasiga 1-3 mg/kg/, so‘ngra 10-14 kun davomida ichish.
- 4.2. Nosteroid yallig‘lanishga qarshi preparatlar:
- voltaren, ortofen, diklofenak (tabl. 0,025; 0,05 g) 1 yoshdan katta bolalarga sutkasiga 0,5-2 mg/kg dan 2-3 mahal qabul qilish, davo kursi - 5-6 haftagacha.
5. Immunodepressantlar – kasallikning immunokompleks variantida va ilgari olib borilgan terapiya samara bermaganida:
- azatioprin (tabl. 0,05 g) sutkasiga 1-2 mg/kg, davo kursi - 1-3 oy;
 - xlorbutin, leykeran (tabl.0,002; 0,005 g) sutkasiga 0,1 mg/kg, davo kursi -1-2 oy.
6. Rutin (tabl.) 0,02 g dan kuniga 2-3 mahal;

- askorutin (tabl.) 1/2-1 tabl.dan kuniga 2-3 mahal, 2-3 hafta davomida;
- lagoxilus opyanyayumiy (tabl. 0,2 g) 1/2-1 tabl. dan kuniga 2-3 mahal, davo kursi -2-3 hafta.
- 7. No-shpa (tabl. 0,04 g) 1/2-1 tabl. dan kuniga 2-3 mahal;
- papaverin gidroxlorid (tabl. 0,01; 0,04 g) 3-4 yoshli bolalarga - 0,005- 0,01 g; 5-6 yosh - 0,01 g; 7-9 yosh - 0,01-0,015 g; 10-14 yosh - 0,015-0,02 g kuniga 2-3 mahal;
- baralgin, spazmalgon, trigan, maksigan, andipal (tabl.) 1/2-1 tabl.dan kuniga 2-3 mahal qorinda og'riq bo'lganida;
- pentalgin (tabl.) 1/2-1 tabl. dan kuniga 2-3 mahal;
- novokain 1% 1 ch.q,-1 osh q.dan kuniga 2-3 mahal.

Reabilitatsiyaning poliklinika bosqichi:

1. Jarayon cho'ziluvchan va surunkali kechganida, buyraklar shikastlanganida nogironlikka chiqarish.
2. Emlashlardan 1 yilga ozod qilish.
3. Dispanser kuzatuv davomida gipoallergen parhezga rioya qilish.
4. I darajadan yuqori bo'lmagan faollik bilan jarayonning retsidivlanuvchi kechishida ambulator sharoitda davolash: mahalla pediatri va gematolog nazorati ostida nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar; qon tomirlarining o'tkazuvchanligini kamaytiruvchi va qon aylanishini yaxshilovchi angioprotektorlar.

Dispanser kuzatuvning tashkiliy-uslubiy tamoyillari

Ko'ruv chastotasi	Ko'ruvlar: mahalliy shifokor -1-2 oyda 1 marta, gematolog – 2 oyda 1 marta, stomatolog- 6 oyda 1 marta, LOR-vrach - 6 oyda 1 marta.
Ko'ruvda e'tibor qaratilishi lozim:	Gemorragik t oshma, bo'g'imlarda, qorinda og'riq: jigar, qora taloq, yurak qon tomir tizimining holati; najas rangining o'zgarishi (qora), peshob (gematuriya), burun bo'shliqlari, tishlar, murtak bezlarining holati
Qo'shimcha tekshiruvlar	Umumiy qon taxlili yiliga 2 marta; gematolog ko'ruvidan avval ko'rsatma bo'yicha koagulogramma; umumiy peshob taxlili kvartalda 1 martadan kam emas va O'RK dan so'ng; gijja tuxumlari, sodda hayvonlarga najas taxlili, yashirin qon ketishiga najas taxlili

Sog'lomlashtirishning asosiy yo'llari	YOshiga ko'ra tartib; obligat va individual allergenlarni inkor qilish bilan, A, S, E, V guruxidagi vitaminlar bilan boyitilgan to'laqonli parhez,
Kuzatuv davomiyligi	5 yil davomida; agar kasallik zo'raymasa bola hisobdan o'chiriladi.
Profilaktik emlashlar	2 yilgacha emlashdan ozod qilinadi.

GEMORRAGIK VASKULIT" MAVZUSI BO'YICHA TEST SAVOLLARI

1. Qaysi ko'rsatkichlar kasallikning o'tkirlik darajasi va og'irligini aks ettiradi?
 1. Qon ivish vaqtining oshishi.
 2. Qon ivish vaqtining, plazma rekalsifikatsiyasining pasayishi.
 3. a₂-nordon glikoproteinining oshishi.
 4. a₂- gamma-globulinlarning kamayishi.
 5. Qon ivish vaqtining pasayishi
2. Gemorragik vaskulit uchun qon ketishining qanday turi xarakterli?
 1. Gematomli.
 2. Vaskulit-purpurali
 3. Petexial-dog'li.
3. Gemorragik vaskulit uchun qaysi belgi xos emas?:
 1. Dog'li simmetrik toshma.
 2. Bo'g'imlarda og'riq.
 3. Gemartroz.
 4. Qorinda og'riq.
 5. Najasda qon bo'lishi.
4. Gemorragik vaskulitning surunkali hisoblanadi, qachonki jarayon faolligi quyidagi muddatdan o'tsa:
 1. 2 oy.
 2. 3 oy.
 3. 4 oy.
 4. 5 oy.
 5. 6 oy.
5. Gemorragik vaskulitda qonning ivish qobiliyati qaysi tomonga o'zgaradi?:
 1. Gipokoagulyasiya.
 2. Giperkoagulyasiya.
 3. O'zgarmaydi.
6. Gemorragik vaskulitda gemorragik sindrom xarakterlanadi:

1. Aniq joyda kuzatilishi.
 2. Simmetrik.
 3. Nosimmetrik.
 4. Qichishish .
 5. Elementlarning qo‘shilishi.
 6. Petexiyalar.
 7. Burundan qon ketishi.
 8. Gemartrozlar.
7. Gemorragik vaskulitni davolash uchun qaysi preparatlar qo‘llaniladi?:
1. Antigistamin.
 2. Ditsinon.
 3. Prednizalon.
 4. Epsilon-aminokapron kislotasi.
 5. Antiagregantlar.
 6. Geparin.
 7. Qonni ivitish omillari.

GEMOFILIYA

Haemophylia

GEMOFILIYA – X-xromosoma turi bilan retsessiv o‘tuvchi koagulopatiya guruxiga kiruvchi nasliy kasallik, qon ivishining VIII yoki IX plazma omillarining tanqisligi oqibatida, qon ivishining sekinlashishi va qon ketishining gematomali turi bilan xarakterlanadi

TASHXISLASH MEZONLARI

I. Anamnestik:

Nasliy anamnez: oilada gemofiliya bilan og‘rigan qon ketishidan aziyat chekuvchi erkaklarning borligi. Jarohatga adekvat bo‘lmagan qon ketishining qaytalanib turishi.

II. Klinik:

1. Gemorragik sindrom:

- Tez-tez qon ketishi – yangi tug‘ilgan chaqaloqlik davrida kefal- gematomalar, kindikning qonashi, tishlarning yorib chiqishi davrida qon ketishi. Bola yurishni boshlaganida qon ketish xavfi ortib boradi. Gematoma turidagi yumshoq to‘qimalarga qon quyilishi (mushaklar orasi, teri ostiga, mushak ichiga), ularning ifodalanganligi etkazilgan jarohatdan ustun keladi. To‘qimalar orasida gematomaning rivojlanishi mushaklar, nerv tolalari, qon tomirlarining ezilishi bilan kechishi mumkin, bu ishemiyaga, oyoq-qo‘llarning paralichiga va kuchli og‘riqlar bilan kechadi. Tomoq, xalqum yumshoq

to'qimalarining gematomasi xavfli hisoblanadi. Ko'ks oralig'i, qorinorti bo'shlig'i gematomasi va yonbosh-bel mushaklariga qon quyilishi o'tkir xirurgik patologiyani eslatadi;

- Milk, burun, karioz tishlar pulpasi, og'iz shilliq qavati, oldirilgan tish o'rnidan qon ketishi, ko'ruv nervining ezilishi bilan retroorbital qon ketishi;
 - Miya ichiga qon quyilishi, tetraplegiya va tos a'zolari funksiyasining buzilishi bilan orqa miyaga qon quyilishi, epileptik tutqanoq, vegeto-tomir distoniyasi, intellektual rivojlanishning buzilishi;
 - Bo'g'imlarga qon quyilishi – qaytalanuvchi, o'tkir gemartrozlar (tizza, tirsak, boldirtovon, tos-son), o'tkir og'riq, bo'g'imlar defiguratsiyasi, harakatlarning qiyinlashishi aseptik yallig'lanishning belgilari bo'lishi mumkin. Bo'g'imlarning shikastlanishi gemartroz, gemartrit, ankiloz bosqichlaridan o'tadi;
 - gematuriya – to'q rangli peshob, dizuriya, belda va siydik yo'lida og'riq bo'lishi mumkin, peshob ajralganda qon quyqasi kelishi mumkin.

III. Paraklinik:

- a) umumiy qon taxlili – retikulotsitlar sonining oshishi bilan anemiya, leykotsitlar biroz oshishi mumkin;
- b) koagulogramma – qon ivish vaqtining cho'zilishi, protrombin vaqtining qisqarishi, romboplastin generatsiyasi testining sekinlashishi

Bolalarda gemorragik diatezning muhim shakllarining differensial diagnostikasi

Klinik va laborator ma'lumotlar	Trombopatiya	Vazopatiya	Koagulopatiya
	Verlgof kasalligi	SHenleyn-Genox kasalligi	Gemofiliya
Kasallikning boshlanishi	Sog'lom bo'lgan paytida	Infeksiya bilan bog'liqligi	Nasliy
Teridagi o'zgarishlar	Mayda polimorf, qo'shilgan	Mayda, ba'zida petexiyalar, ko'pincha oyoq-qo'llarda	Jarohat joyida; shakli har xil
Endotelial sinamalar	Musbat	Manfiy	Manfiy
Toshmalarning simmetrikligi	Yo'q	Ha	Yo'q
SHilliq qavatlarning qon quyilishi	Ko'pincha og'izda, burundan qon ketishi	Kam holatlarda	Jarohatdan so'ng

Bo'shliqlarga qon quyilishi	Kam holatlarda	Ko'pincha	Bo'g'im ichiga
Yo'ldosh holatlar	Odatda kuzatilmaydi	Temperatura, gematuriya	Artroz: ranparlik
Qon morfologiyasi	Me'yorida	Neytrofilez, eozi-nofiliya	G ipoxrom anemiya
Qonning ivish vaqti	Me'yorida	Me'yorida	Oshgan
Qon ketishining davomiyligi	Oshgan	Ko'pincha me'yorida	Me'yorida
Tombotsitlar soni	Kamaygan	Me'yorida	Me'yorida
Qon quyqasining retraksiyasi	Yo'q	O'zgarmagan	Ba'zida o'zgargan

Tashxis etaloni:

Gemofiliya A, nasliy, og'ir shakli.

GEMOFILIYANI ANIQLASH UCHUN DIAGNOSTIK DASTUR

Minimal:

- Bolaning genealogik va biologik anamnezini taxlil qilish.
- Gemorragik sindromni aniqlash va ifodalanganlik darajasini baholash.
- Qonning klinik taxlili.
- Suxarev bo'yicha qon ivish vaqti.

Maksimal:

- Li-Uayt bo'yicha qon ivish vaqti.
- Aktivlashgan parsial tromboplastin vaqti.
- Plazmaning rekalsifikatsiya vaqti.

Qon ivish omillari darajasini aniqlash.

3.3. "Ikkilamchi revmatoid sindrom" ning shakllanishida N 5-8 bo'g'implarda rentgenoterapiya.

3.4. DJT.

3.5. Nv 70 g/l dan past bo'lganida eritrotsitlar quyish.

Reabilitatsiyaning poliklinik bosqichi:

1. Tashxis qo'yilgandan so'ng istalgan yoshdagi bolani nogironlik bo'yicha ro'yxatga olish.
2. Gemofiliyaning og'ir kechishida, tayanch-harakati apparatining turg'un buzilishida uy sharoitida o'rgatish.
3. Maktabda o'qishda qisqartirilgan ish kuni va qo'shimcha dam olish kunlarini joriy etish.
4. Jismoniy yuklama, maktabni tozalash ishlari, qishloq xo'jaligi ishlari bilan bog'liq bo'lgan mehnat darsidan ozod qilish.
5. Umuiy echinish xonasida jarohatlanishdan ehtiyot qilish maqsadida ustki kiyimlarni saqlash uchun joy ajratish.
6. DJT mashqlarini poliklinika sharoitida davom ettirish, basseynida cho'milish.
7. Gemartrozning qoldiq holatlarida fizioterapevtik muolajalarni davom ettirish
8. Fitoterapiya: qon to'xtatish xususiyatiga ega bo'lgan o't damlari va qaynatmalari (krapiva, lagoxilus).
9. Mushak orasi va teri ostiga qilinadigan in'eksiyalarni, dorilarni ichish, t/i, shag'amchalarni inkor qilish. Jarroxlik amaliyotidan avval, amaliyot vaqtida va keyinchalik - har kuni antigemofil globulinni yuborish - v doze ne menee tana vazniga 50ED/kg dan kam bo'lmagan dozada va yangi muzlatilgan plazmani yuborish.

GEMOFILIYA BILAN OG'RIGAN BOLALARNING DISPANSER KUZATUVI VA REABILITATSIYA SXEMASI

Mutaxassislar tomonidan ko'ruv chastotasi spetsialistami	Pediatr, gematolog 2 oyda 1 marta. Stomatolog – kvartalda 1 marta, LOR – yiliga 2 marta, ortoped - gemartrozlarda.
Ko'ruvda e'tibor qaratish:	Bemor shifokorga murojaat etmagan qon ketishi, qon quyilishining bo'lishi, bo'g'imlarning holati; gemartroz, artrit, ankiloz bo'lishi, bo'g'im funksiyasining buzilganlik darajasi, ichki a'zolarining holati, surunkali infeksiya o'choqlari

Qo‘shimcha tekshiruvlar	Qon ivishi, qon oqishining davomiyligini aniqlash bilan umumiy qon taxlili. Umumiy peshob taxlili.
Sog‘lomlashtirishning asosiy yo‘llari	YOshiga ko‘ra tartib. Jismoniy tarbiyadan ozod qilish, kundalik gigienik gimnastika (qonning VIII faktori darajasini oshiradi). Bo‘g‘im ankilozida DJT
Kuzatuv davomiyligi	Hisobdan chiqarilmaydi
Profilaktik emlashlar	Emlashlar mumkin emas

BOB 5

TURLI KASALLIKLARDA UCHRAYDIGAN ARTRITLAR

ENTEROARTRITLAR (KXT-10: M02.1)

Enterobakterial infeksiyalardan so‘ng (iersinioz, salmonellyoz, kam-pilobakterial infeksiya) ba’zida, septik artritdan qiyin differentsiatsiya qilinadigan, og‘ir artrit rivojlanadi. Taxminan bolalarning 10% da salmonellyozli infeksiyadan so‘ng bo‘g‘im sindromi rivojlanadi. Tipik holatlarda poliartrit rivojlanadi (bu septik artrit xarakterli emas). Iersinioz isitmalash, toshma toshishi, artralgiya, artrit, faollikning yuqori laborator ko‘rsatkichlari bilan kechishi, va YURA tizimli variantining “niqobi” bo‘lishi mumkin. Kaftlar va tovonlarda terining qipiqlashishi iersiniozning xarakterli xususiyati bo‘lib hisoblanadi.

Maktabgacha yoshda bo‘lgan bolalar kam kasallanadilar. Qoidaga ko‘ra, oyoqlarning yirik bo‘g‘imlari (tizzaga, boldir-tovon) shikastlanadi, biroq qo‘l va oyoqlarning mayda bo‘g‘imlari ham shikastlanishi mumkin. Ko‘pincha tana harorati ko‘tariladi, ECHT oshadi va qon zardobida SRO konsentratsiyasi ancha yuqori bo‘ladi. Diareya va qorinda og‘riqning bo‘lishi faqat bemorlarning 50% da kuzatilishi mumkin. Enteroartrit sekin-asta rivojlanuvchi monoartrit kabi namoyon bo‘lishi ham mumkin.

SEPTIK ARTRIT (KXT-10: M00)

Bo'g'im sindromi. O'tkir boshlanadi. Ko'pincha kuchli ifodalangan intoksikatsiya, tana haroratining ko'tarilishi, yallig'lanishning o'tkir fazali ko'rsatkichlarining mavjudligi bilan monoartrit ko'rinishida kechadi, bu erta boshlanuvchi oligoartrit uchun xos emas.

Xususiyatlari. Tana haroratining 38,5°S dan baland bo'lishi va qon zardobida SRO konsentratsiyasining 20 mg/l dan yuqori bo'lishi septik artritning aniq diagnostik mezonini (deyarli 100% holatlarda) bo'lib hisoblanadi. Aniq diagnostik mezonning bo'lishi muhim, chunki septik artritda doimo davo muqarrar. Hatto sanab o'tilgan simptomlar yo'qligida ham odatda bo'g'im punktsiyasi o'tkazilmaydi.

PSORITIK ARTRIT(KXT 09.0)

Psoriatik artrit – artritning alohida shakli bo'lib, psoriasis bilan og'rigan bemorlarda rivojlanadi. Psoriatik artrit spondiloartrit bilan namoyon bo'luvchi bo'g'imlarning shikastlanishiga kiradi. Bu kasalliklar ko'pincha yonboshdumg'aza birikmasining shikastlanishi, qon zardobida revmatoid faktorning bo'lmasligi va nasliy oilaviy moyillik bilan xarakterlanadi.

Keng tarqalgan teri kasalligi bo'lmish psoriasis psoriatik artritning etiologik omili bo'lib hisoblanadi. Teridagi o'zgarishlardan so'ng odatda bo'g'imlar shikastlanadi, kam holatlarda bu bir vaqtning o'zida kuzatiladi. Agar psoriasis artrit bilan boshlanadigan bo'lsa, bu tashxislashda katta qiyinchilik tug'diradi, teridagi o'ziga xos o'zgarishlar esa keyinroq yuzaga keladi. Psoriasis va psoriatik artritning HLA gistomosligining B13, B17, B38, B39 antigenlari; kuchli ifodalangan spondiloartritda B27 bilan bog'liqligi ko'rsatib berilgan.

Hozirgi vaqtda psoriasisga, patogenezida, jumladan bo'g'imlardagi o'zgarishlarda autoimmun buzilishlar hal qiluvchi rolni o'ynaydigan, tizimli kasallik kabi qaraladi. Bu haqida bemorlarda aniqlanadigan gipergammaglobulinemiya, teri antigenlariga antitanalarning ishlab chiqarilishi, hujayraviy va gumoral immunitet ko'rsatkichlarining o'zgarishi dalolat beradi.

Patomorfologiya jihatidan psoriatik artrit bo'g'imlar sinovial qobig'ining yuza qavatlarida o'zgarishlar bilan xarakterlanadi. Sinoviotsitlar deskvamatsiyasi kuzatiladi. Jarayon bo'g'im tog'ayi, suyaklarning epifizar qismiga tarqaladi. Bo'g'imning chala chiqishi, kontraktura va ankilozlar artritning yakuni bo'lishi mumkin.

Qo'l va oyoqlarning distal falangalararo bo'g'imlarining yallig'lanishli o'zgarishi psoriatik artrit uchun xos bo'lgan belgi bo'lib hisoblanadi. Oxirgi

falangalar shunday o'zgaradiki, ular "rediskasimon" shaklga ega bo'ladilar. Bu o'zgarishlar o'ziga xos tusga va tirnoqlardagi o'zgarishlar bilan birga kechadi. Bundan tashqari, "asosli" shikastlanish – bir vaqtning o'zida barmoqning distal, proksimal falanga bo'g'imlarining shikastlanishi xarakterli.

Bunday xarakterdagi o'zgarishlar oyoq barmoqlarida ham kuzatilishi mumkin. Bunday holatlarda o'zgargan barmoqlarni "sosikalar" shakli bilan taqqoslaydilar. Kam holatlarda, biroq barmoqlarning kaltalashishi, qiyshayishi, chala chiqish va ankilozlar sabab deformatsiyalar kuzatilishi mumkin.

Bo'g'imlardagi bunday o'zgarishlardan tashqari asosan bir tomonlama yirik bo'g'imlar – tizza, boldir-tovon bo'g'imlarining mono-oligoartrit ko'rinishidagi shikastlanishi kuzatilishi mumkin. Bemorlarning taxminan yarmisida minimal darajada klinik namoyon bo'luvchi va faqat rentgen tekshiruvida aniqlanuvchi sakroileit rivojlanadi.

Bo'g'imlardagi o'zgarishlardan tashqari irit, iridotsiklit ko'rinishida ko'zlarning, og'iz bo'shlig'i va jinsiy a'zolar shilliq qavatining shikastlanishlari kuzatiladi.

Agar artrit psoriazning teridagi tipik ko'rinishlari bilan kechsa bo'g'im patologiyasining tabiati oson aniqlanadi. Dermatozning atipik va klinikasi kam simptomli bo'lgan holatlarda qiyinchiliklar yuzaga keladi. Ko'pincha ko'p vaqt davomida bunday bemorlarga revmatoid artrit yoki artritlarning boshqa shakllaridan aziyat chekuvchi bemorlar kabi qaraladi.

Laborator va instrumental tekshiruv usullari. Laborator testlaridagi o'zgarishlar spetsifik emas – o'rtacha leykotsitoz, ECHT ning oshishi kuzatilishi mumkin, bo'g'imlarda kuchli ifodalangan yallig'lanishli o'zgarishlarda o'tkir fazali reaksiyalar musbat bo'ladi. Revmatoid faktor qon zardobida aniqlanmaydi. Sinovial suyuqlikda yuqori sitoz aniqlanishi mumkin, mutsin quyqasi g'ovakli, oson parchalanadi, yopishqoqligi past. Rentgenologik aniqlanadigan o'zgarishlar ko'proq xosdir. Distal falangalararo bo'g'imlarda eroziv va proliferativ o'zgarishlar aniqlanadi. Bemorlarning yarmisida umurtqa pog'onasi va ileosakral birikmaning shikastlanishi kuzatiladi. Sakroileit bir – va ikki tomonlama bo'lishi mumkin.

PA ning diagnostik mezonlari (H. Mathies bo'yicha):

1. Barmoqlarning distal falangalararo bo'g'imlarining shikastlanishi.
2. Bir barmoqning kaft-falanga, proksimal va distal falangalararo bo'g'imlarining shikastlanishi
3. Dermatolog tomonidan tasdiqlangan teri va tirnoqlarda psoriatik elementlarning mavjudligi.

4. Talalgiya.
 5. YAqin qarindoshlarida psoriazning isbotlangan holatlari.
 6. Revmatoid faktorga manfiy reaksiya .
 7. Qo‘l va oyoqlarda bo‘g‘imlar shikastlanishining rentgenologik belgilari – osteolitik jarayon.
 8. Klinik va rengenologik tasdiqlangan ileosakral birikmaning shikastlanishi.
 9. Umurtqa pog‘onasining rentgenologik shikastlanishi.
- Psoriatik artrini tashxislash uchun ko‘rsatib o‘tilgan mezonlarning uchtasi, ulardan biri 3, 5, yoki 7 bo‘lishi lozim.

ENTEZITLI ARTRIT

Bo‘g‘im sindromi. Artritni xarakterlash uchun quyidagi mezonlardan foydalaniladi: necha yoshda boshlanishi, bo‘g‘imlar shikastlanishining xarakteri (mayda yoki yirik bo‘g‘imlarning shikastlanishi); aksial artrit, simmetrik yoki poliartrit.

Xususiyatlari. Artrit entezit bilan yoki quyidagi ikki va undan ortiq mezonlar bilan kechadi: ileosakral birikmada og‘riq; umurtqa pog‘onasida yallig‘lanishli xarakterga ega og‘riq; HLA-B27 ning mavjudligi; og‘riq sindromi bilan old uveitning oila anamnezida bo‘lishi, spondiloar- gropatiya yoki ichakning yallig‘lanishli kasalligi; og‘riq sindromi bilan assotsiatsiyalangan old uveit, ko‘z olmasining qizarishi yoki yoruqlikdan qo‘rqish.

YUVENIL ANKILOZLANUVCHI SPONDILIT (KXT-10: M08.1)

Bo‘g‘im sindromi. Asosan oyoqlarning yirik va o‘rta bo‘g‘imlari shikastlanadi (tos-son, tizza, boldir-tovon); mono- va oligoartrit; oyoq barmoqlarining alohida bo‘g‘imlarining artriti kuzatilishi mumkin; boshqa bo‘g‘imlar orasida ko‘pincha chakka-pastki jag‘ bo‘g‘imlari shikastlanadi. Artrit ko‘pincha qisqa vaqtli, biroq turg‘un bo‘lib, davoning samara berishi oson emas va bu kasallikning bosh muammosini tashkil qiladi.

Xususiyatlari. HLA-B27, entezopatiyaning mavjudligi. Umurtqa pog‘onasi va dumg‘aza-yon bosh suyagi birikmalari shikastlanishining simptomlari odatda bir necha yillardan so‘ng paydo bo‘ladi. Ileosakral birikmaning ankiloatlanishi bilan tog‘ayning zo‘rayib boruvchi destruksiyasi.

TIZIMLI SKLERODERMIYA (KXT-10: M34)

Bo‘g‘im sindromi. O‘tkir osti yoki surunkali artritga o‘tuvchi artralgiya, bo‘g‘imlar simmetrik shikastlanadi. Minimal eksudativ belgilar bilan barmoq va bilakning mayda bo‘g‘imlari shikastlanadi, biroq yumshoq to‘qimalarning ifodalangan zichlashishi, bukuvchi kontrakturalar, bo‘g‘imlarning chala chiqishlari rivojlanadi.

Xususiyatlari. Xarakterli bo‘lgan teridagi va rentgenologik o‘zgarishlar bilan birga kechadi.

NOSPETSIFIK YARALI KOLIT VA KRON KASALLIGI

(KXT-10: M07.4)

Bo‘g‘im sindromi. Asosan oyoqlar bo‘g‘imlarining shikastlanishi bilan periferik asimmetrik artrit.

Xususiyatlari. Spondilit, sakroileit asosiy kasallikning faolligi bilan bog‘liq. HLA-B27 yuqori chastotada aniqlanadi.

TUBERKULYOZ (MKB-10: MOP)

Bo‘g‘im sindromi. Ifodalangan artralgiyalar, umurtqa pog‘onasining shikastlanishi, bir tomonlama gonit, koksit. Diffuz osteoporoz, suyaklarda qirra nuqsonlari rivojlanadi, kam hollarda — sekvestr bo‘lishi bilan chegaralangan suyak bo‘shlig‘i; suyaklarning bo‘g‘im oxirlarining emirilishi, ularning siljishi va chala chiqishlar. SHuningdek visseral tuberkulyoz fonida reaktiv poliartrit farqlanadi. Mayda bo‘g‘imlarning shikastlanishi xarakterli.

Xususiyatlari. Musbat tuberkulin sinamasi bilan birga kechadi.

LAYM KASALLIGI (TIZIMLI KANA BORRELIOZI)

(KXT-10: M01.2)

Bo‘g‘im sindromi. Bo‘g‘im sindromi: mono-, oligo-, simmetrik poliartrit. Tog‘ay va suyaklarning eroziyasi rivojlanishi mumkin.

Xususiyatlari. Kana eritemasi, asab tizimi, yurakning shikastlanishi bilan kechadi. Bilvosita immunoflyuorensensiya usuli bilan IgM va IgG sinfiga oid qon zardobida *Borrelia burgdorferi* ga AT aniqlanadi.

VIRUSLI ARTRITLAR (KXT-10: M01.5)

Artritlar virusli infeksiyalar bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin.

Bo‘g‘im sindromi. Bo‘g‘im sindromi — qisqa vaqtli, to‘liq ortga qaytadi.

Xususiyatlari. O‘tkir virusli gepatit, qizilcha, epidemik parotit, suvchechak, arbovirusli infeksiya, infeksiyon mononukleoz, parvo- va adenovirusli infeksiyalar va b. larda uchraydi. Viruslarga AT ni aniqlash kam hollarda o‘tkaziladi, chunki odatda tezda sog‘ayish ro‘y beradi.

GIPERTROFIK OSTEOARTROPATIYA (MARI-BAMBERGERA SINDROMI)

Bo‘g‘im sindromi. Barmoqlar “baraban tayoqchalari” ko‘rinishida, uzun naysimon suyaklarning gipertrofik periostiti, bo‘g‘imlar bo‘shlig‘iga suyuqlik to‘planishi bilan artralgiya yoki artritlar. Oyoq-qo‘llarning distal bo‘g‘imlari (bilak, tizza bo‘g‘imlari) simmetrik shikastlanadi.

Xususiyatlari. Tuberkulyoz, fibrozlanuvchi alveolit, o‘pka raki, sarkoidozda uchraydi.

LEYKOZLAR (KXT-10: S91)

Bo‘g‘im sindromi. Bo‘g‘imlarda keskin doimiy og‘riqlar, ekssudativ komponent va og‘riqli kontrakturalar bilan ossalgiya, ko‘chib yuruvchi artralgiya, nosimmetrik artrit.

Xususiyatlari. Albatta YURAning tizimli variantida inkor etilishi lozim.

NEOPLASTIK JARAYONLAR, NEYROBLASTOMA, SARKOMA, OSTEOID OSTEOMA, LEYKOZLARDA METASTAZALAR

Bo‘g‘im sindromi. Mialgiya, ossalgiya, artralgiya, monoartrit bilan kechadi. Periartikulyar sohalarda ifodalangan og‘riq sindromi xarakterli, artritning faolligi bilan korrelyasiya qilinmaydigan og‘ir umumiy ahvoli bilan kechadi.

Xususiyatlari. Tipik gematologik va rentgenologik o‘zgarishlar bilan kechadi.

OSTEOID OSTEOMA

Osteoid osteoma suyakning xavfsiz o‘smasiga kiradi. Odatda og‘riq o‘rtacha doimiy xarakterga ega. Qoidaga ko‘ra, og‘riq tun o‘rtasida paydo bo‘ladi va bola og‘riqdan uyg‘onadi. Bunday holatlarda, o‘xshash simptomatikaga ega va suyaklarning surunkali og‘rig‘ini keltirib chiqaruvchi suyak to‘qimasining xavfli o‘smasini inkor qilish uchun, bolani sinchiklab tekshiruvdan o‘tkazish lozim. Osteoid osteomada odatda og‘riq sindromini bartaraf etish uchun paratsetamol yoki ibuprofen qabul qilish kifoya qiladi. Bolada suyakning xavfli o‘smasi shubha

qilinganida, shuningdek og'riq paratsetamol yoki ibuprofen bilan bartaraf etilmagan holatlarda bolani tajribali ortoped maslahatiga yuborish lozim. Osteoid osteoma ko'pincha o'g'il bolalarda uchraydi. Ko'pchilik holatlarda klinik belgilar o'smirlik davrida namoyon bo'ladi, qator holatlarda og'riq erta yoshda ham paydo bo'lishi mumkin. Osteoid osteoma odatda tos-son bo'g'imida joylashadi, ba'zida o'sma tizza sohasida joylashadi. Tos-son bo'g'imida joylashganida diagnostika qiyinchilik tug'dirmaydi va rentgen suratda oson aniqlanadi. Ko'p holatlarda osteoid osteoma yakuniy tashxisi qo'yilganidan so'ng davvo talab etilmaydi. Biroq qator holatlarda og'riq sindromi kuchli ifodalanishi mumkin. Og'ir holatlarda suyakning osteoid osteoma bilan shikastlangan qismini xirurgik yo'l bilan olib tashlash mumkin.

GIPOTIREOZ (KXT-10: E03)

Bo'g'im sindromi. YUmshoq to'qimalarning biroz shishi va bo'g'im bo'shlig'iga yallig'lanishsiz suyuqlik to'planishi bilan artralgiya. Tizza, boldir-tovon bo'g'implari va qo'llar bo'g'implari shikastlanadi, kaft kanali sindromi rivojlanishi mumkin.

Xususiyatlari. Skelet shakllanishining buzilishi, uzun naysimon suyaklar o'sishi va suyaklanishning orqada qolishi va osteoporoz. Mushaklar sustligi, mialgiya ifodalangan.

SON SUYAGINING TUG'MA CHIQISHI

Son suyagining tug'ma chiqishi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda, hali ular tug'ruqxonada ekanligidayoq va keyingi ko'ruvlarda sinchiklab tekshirilganda aniqlanadi. CHiqish tashxisi aniqlanganidan so'ng darhol shina qo'yish lozim. Son suyagining tug'ma chiqishi yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 0,7% da kuzatiladi. Oilaviy holatlar ko'p uchraydi. Tos-son bo'g'imini tug'ilgandan so'ng birinchi tibbiy ko'rikda tekshirish lozim. CHiqish bo'lganida son suyagi quloqqa eshitiluvchi shiqillash bilan normal holatga qaytadi. Oyoqlar uzunligining turlicha bo'lishi son suyagi chiqqanligini bildiradi. Uni oyoqlarni tos-son va tizza bo'g'implarida 90° burchak ostida bukish bilan aniqlash mumkin. Son suyagining chiqishida tovon-dumba sinamasi ko'pincha musbat natija beradi: qorinda yotgan holatda bolaning oyoqlari tizza bo'g'imida bukiladi va sonlar shunday egiltiriladiki, bunda tovon dumbaga tegsin. CHiqish bo'lgan tomonda tovon o'rta chiziqni kesib o'tadi va qarama-qarshi tomondagi dumbaga tegib turadi. Tug'ma chiqish ikki tomonlama bo'lishi mumkin (bunday holatlarda asimmetriya sinamasi chiqishni aniqlashga imkon bermaydi).

OYOQLARNING STRUKTURAVIY ANOMALIYALARI

Maymoqlikni (talipes equinovarus) (KXT-10: Q66) doimo tug‘ilgandan so‘ng darhol aniqlash mumkin. Tug‘ma tovon-valgusli maymoqlikda (talipes calcaneovalgus congenitus) chaqaloqning tovonni valgus holatga qaragan. Bunday holatda kam holatlarda davo tavsiya etiladi. Plyusna maymoqligi (talipes metatarsus adductus) tovon old qismining ichki rotatsiyasi bilan xarakterlanadi, uning medial qismining invertatsiyalangan qiyshayishi ko‘rinishida ko‘zga tashlanadi. Ba’zida gipsli bog‘lam, leykoplastir qo‘yiladi yoki jarroxlik amaliyoti o‘tkaziladi.

YASSI OYOQLIK (KXT-10: Q66.5)

Agar tovonning old qismini erkin tarzda yuqori va pastga harakatlantirish mumkin bo‘lsa, valgus burchak esa bola oyoq uchida turganida yo‘qolsa xavfsiz hisoblanadi.

Tovonning ichki yoki tashqi rotatsiyasi bilan yurish normal holat bo‘lib, davoni talab etmaydi.

Oyoqlarning O-shaklidagi qiyshayishi (genu varum). Bir tomonlama shikastlanganda yoki hayotining birinchi yilidan so‘ng deformatsiya kuchaysa mutaxassis maslahatiga yuboriladi.

Oyoqlarning X-shaklidagi qiyshayishi (genu valgum). Bir tomonlama shikastlanishda (Blunt kasalligi), hamda maktabda o‘qishni boshlashda lodijkalar orasidagi minimal masofa 10 mm bo‘lganida mutaxassis maslahatiga yuboriladi. Bir-birining ustiga chiqqan oyoq barmoqlari kam hollarda xirurgik davoni talab etadi.

Qo‘l barmoqlarining sindaktilyasida (KXT-10: Q70) bola tug‘ilgandan so‘ng, agar jarayon I va II barmoqlarda bo‘lsa, darhol bolalar jarroxi baholaydi. Boshqa holatlarda xirurgik korreksiya 4-5 yoshda o‘tkaziladi. Sindaktilyaning barcha holatlarida jarrox maslahati zarur. Oyoq barmoqlari sindaktilyasida odatda davo talab etilmaydi.

TOS-SON BO‘G‘IMINING ASEPTIK SINOVITI

Tos-son bo‘g‘imining aseptik sinoviti tipik simptomlar asosida tashxislanadi, o‘rinsiz tekshiruvlardan qochish lozim. 10 yoshgacha bo‘lgan bolalarda o‘tkir oqsoqlanishning keng tarqalgan sababi bo‘lib hisoblanadi. Oqsoqlanishdan tashqari bola tos-son yoki tizza bo‘g‘imlari sohasida og‘riqqa shikoyat qiladi va son suyagini bukkan va tashqi rotatsiya holatida fiksatsiya qiladi. Tipik klinik belgi -

amplitudaning cheklanganligi va sonning ichki rotatsiyasida og'riq bo'lishi. ECHT biroz oshishi mumkin (35 mm/soat dan yuqori emas). Tos-son bo'g'imi bo'shlig'idagi ekssudatni UTT oson aniqlaydi. Imkon bo'lganida UTT ni tashxisni tasdiqlash uchun doimo o'tkazish lozim. Kasallik kam holatlarda ikki tomonlama bo'ladi. Bir vaqtning o'zida boshqa bo'g'imlarning shikastlanishi tos-son bo'g'imining aseptik sinovitini inkor etadi. Bolaga oyoqlarini tos-son bo'g'imida bukish bilan tinch holat tavsiya etiladi. Septik artritga shubha qilinganida yoki kuchli og'riq sindromida statsionar sharoitda bo'g'im bo'shlig'ining aspiratsiyasini o'tkazish zarur. Prognozi yaxshi.

SON SUYAGI BOSHCHASINING EPIFIZIOLIZI

Kasallikni erta tashxislash va jarroxli yo'li bilan davolash zarur. Davo olib borilmasa son suyagining boshchasi medial va orqa tomonga siljiydi va davo yaxshi yakun topmaydi. O'rta va og'ir darajadagi kasallikda ikkilamchi osteoartrozning erta yuzaga kelish ehtimoli oshadi. Son suyagi boshchasi epifizi son bo'yni tomonga siljiydi. Agar epifiz yangi holatda fiksatsiyalansa, bu holat stabil deb hisoblanadi. Agar epifiz fiksatsiyalanmasa va ko'pincha og'riq sindromi yuzaga kelsa bu nostabil holatni bildiradi. Kasallik 10-16 yoshda yuzaga keladi (qiz bolalarda ancha erta), ko'pincha semizlik bilan birga uchraydi. O'g'il bolalarda kasallik qiz bolalarga nisbatan o'g'il bolalarda 2,5 baravar ko'p uchraydi. Ikki tomonlama shikastlanish 20-30% holatlarda kuzatiladi.

Simptomlari: shikastlangan oyoqqa tayanganda oqsoqlanish va tizza, sonda va qorin pastki sohasida og'riq yuzaga keladi. Bemor oyog'ini biroz tashqariga rotatsiya qilib ushlashi tipik hisoblanadi. Tashxislash: rentgenografiya epifizning orqa tomonga siljiganini aniqlaydi. Kasallikka shubha qilinganida old-orqa proeksiyasida va Lauenshteyn proeksiyasida ikkala oyoqlarning holatini baholash zarur. Agar UTT da ekssudat aniqlansa, unda epifizioliiz nostabildir.

Doim xirurgik yo'l bilan davolanadi. Odatda bir dona vintdan foydalanib, epifiz stabillashtiriladi. Jarroxlik amaliyotining xajmi qancha kichik bo'lsa, shuncha yaxshi yakun topadi.

PERTES KASALLIGI (LEGGA-KAPVE-PERTES KASALLIGI, PSEVDOKOKSALGIYA) (KXT - 10: M91.1)

Son suyagi boshchasining aseptik nekrozi. Son suyagi boshchasining sinishi va suyaklanishning orqada qolishi epifizning yumshashiga olib keladi. Davo olib borilmasa son suyagi boshchasi yassilanadi.

Kasallikni erta tashxislash va chala chiqishga moyillikni davolash zarur. Son suyagi boshchasining yumaloq shakli saqlanib qolganida prognozi yaxshi bo'ladi. Kasallik asosan o'g'il bolalarda 2-12 yoshda yuzaga keladi. Kasallikning o'g'il va qiz bolalar orasidagi nisbati 5:1 ni tashkil qiladi. 10% holatlarda kasallik ikki tomonlama bo'ladi, odatda bir vaqtda shikastlanmaydi. Asosiy belgisi - oqsoqlanish. Kasallik tos-son bo'g'imining aseptik sinovitini eslatadi, biroq nisbatan sekin-asta boshlanadi va cho'ziluvchan yoki retsdivlanuvchi xarakterga ega bo'ladi. Og'riq qorinning pastki sohasi va tizza bo'g'imi orasida joylashadi. Qonda ECHT, SRO va leykotsitlar miqdori o'zgarmagan. Suyak yoshi pasportdagi yoshdan 2 yil orqada qoladi. Diagnostika rentgenografiyaga asoslanadi: suyak strukturasi tog'ay osti buzilishi ilk belgi bo'lib yuzaga chiqadi. Prognozi kichik yoshdagi bolalarda (6 yoshgacha) yaxshi yakun topadi.

OSGUT-SHLATTER KASALLIGI

Osgut-SHlatter kasalligi — jismoniy yuklamada boldir suyagini apofizining qayta shikastlanishi. Kasallikning boshlanishi o'smirlilik yoshidagi tez suratlarda o'sish davriga to'g'ri keladi. Haddan tashqari yuklamalarni cheklash bilan spontan tuzalishga imkon berish zarur. Og'riq boldirning yuqori uchinchi qismida yugurganda va sakraganda yuzaga keladi. Og'riq yugurish vaqtida, tovon tayanch yuzasiga tekkanda, kuchli bo'ladi, tovon tayanch yuzasidan uzilganda og'riq nisbatan kamayadi. Paypaslab ko'rilganda suyakning do'mbog'i sezgir. Rentgenografiya fragmentatsiyasini aniqlashga imkon beradi. Tipik holatlarda rentgenografiyani o'tkazishga zarurat tug'ilmaydi.

SPONDILOLISTEZ (KXT-10: Q76.2)

O'smirlarda ko'krak qafasining orqa tomonida yuzaga keladigan uzoq davom etuvchi va retsdivlanuvchi og'riqning eng ko'p tarqalgan sababidir. Ko'krak qafasi orqa tomonining pastki qismida jismoniy mashqlardan so'ng yuzaga keladigan va ko'pincha son sohasiga uzatiladigan og'riq spondilolistezning belgisi bo'lishi mumkin. Klinik belgilari: kuchli ifodalangan bel lordozi, paypaslab ko'rilganda umurtqa pog'onasining siljiganligi aniqlanadi.

Tashxis yon tomonlama rentgenografiyada umurtqa pog'onasi siljiganligining aniqlanishiga asoslangan. Xarakterli belgilar bo'lganida bolalar jarroxining maslahati zarur.

Haddan tashqari cho'zilishdan (og'ir yuk ko'tarish, gimnastika mashqlari) qochish zarur.

SHOYERMANN KASALLIGI (KXT-10: M92)

Shoyerermann kasalligi — umurtqa pogʻonasi togʻayining old qismini shikastlovchi osteoxondrit, kech pubertat davrda yuzaga keladi (13-15 yoshda qiz bolalarda va 15—17 yoshda oʻgʻil bolalarda). Kasallik oʻgʻil bolalarga nisbatan qiz bolalarda koʻp uchraydi. Eng tarqalgan belgilari — umurtqa pogʻonasining koʻkrak qismida ogʻriq, son suyagi orqa mushaklarining rigidligi. Diagnostika rentgenografiyaga asoslanadi: umurtqa pogʻonasi tanasi old qismining yassilanishi bilan ponasimon deformatsiyasi, qirra plastikalarining deformatsiyasi; SHmorlya churrasi (umurtqa pogʻonasining tana qismi yoʻnalishidagi chuqurcha) kech bosqichlarda rivojlanadi.

SKOLIOZ (KXT-10: M41 SKOLIOZ. KIFOSKOLIOZ)

Skolioz 85% holatlarda zoʻrayib boruvchi idiopatik va 15% holatlarda funksional boʻladi. Skolioz — yomon gavda tuzilishi emas, balki kasallikdir, bunda DJT samara bermaydi. Kasallik tez oʻsish fazasida rivojlanadi (10—12 yoshda qiz bolalarda, oʻgʻil bolalarda bir necha yildan keyinroq). Skrining uchun oyoqlarni toʻgʻri tutgan holda tanani oldinga engashtirgan holatda umurtqa pogʻonasining koʻruvi qoʻllaniladi. Agar bir tomondagi kurak boshqasidan baland tursa skolioz tasdiqlanadi. Engil yoki munozarali holatlarda bolalarni 6 oylik intervallar bilan kuzatish lozim. Skoliozning ogʻirlik darajasi deformatsiyaning maksimal burchagini aniqlash bilan rentgenogramma boʻyicha baholanadi. Agar klinik jihatdan aniq skolioz aniqlansa rentgenologik tekshiruv oʻtkaziladi.

KALVE KASALLIGI (VERTEBRA PLANA) (KXT-10: M43.0)

2-10 yoshdagi bolalarda kam holatlarda uchraydigan kasallik boʻlib, umurtqa pogʻonasi tanasining toʻliq yassilanishi bilan namoyon boʻladi. Klinik belgilari mahalliy ogʻriq, ECHT ning oshishi, baʼzida leykotsitozni oʻz ichiga oladi. Differensial diagnostikani oʻtkazishda tuberkulyozni inkor qilish zarur. Kalve kasalligiga shubha qilinganda bemorni tekshiruvlar oʻtkazish uchun stasionarga yuborish lozim.

QISQARTMALAR RO'YXATI

AT – antitelo, antitela

AG –antigen

MKG – mahalliy glyukokortikoidlar

VOZ – Jaxon sog‘liqni saqlash tashkiloti

GK - glyukokortikoidlar

KT –kompyuter tomografiya

MGK –mahalliy glyukokortikoidlar

SOE – eritrotsitlarni cho‘kish tezligi

SRO – S – reaktiv oqsil

UTT – ultra tovush tekshiruv

YURA – yuvenil revmatoid artrit

SYUA - surunkali yuvenil artrit

RO – revmatoid omil

ANA – antinuklear antitela

SIK – sirkulatsiyalanuvchi immunn kompleks

SQYU – sistemli qizil yugirik

ABTK – aralash biriktruvchi to‘qimakassalliklari

IFA – immunoferment analiz

EKG – elektrokardiografiya, elektrokardiogramma

FEGDS – fibrozofagogastroduodinoskopiya

DFK – davolovchi fizkultura

GLOSSARIY

Giperlordoz- bel sohasidagi shikastlanish haqida dalolat berishi mumkin.

Entezopatiyalar – paylarning suyaklarga birikkan joyida og‘riq bo‘lishi.

Bo‘g‘im sindromi – yirik va mayda bo‘g‘imlarning simmetrik oligo- yoki poliartriti (tizza, bilak, boldir-tovon, shuningdek qo‘l va oyoqlarning mayda bo‘g‘imlari), chakka-pastki jag‘ bo‘g‘imlari va umurtqa pog‘onasining bo‘yin qismi yoki asimmetrik oligoartrit.

Revmatizm (Sokolskiy-Buyo kasalligi, o‘tkir revmatik isitma) – o‘tkir infeksiya bilan bog‘liq holda rivojlanuvchi, jarayonning asosan yurak-qon tomir tizimda joylashishi bilan biriktiruvchi to‘qimaning toksik-immunologik kasalligi.

Biriktiruvchi to‘qimaning diffuz kasalliklari (BTDK, kollagenozlar) – qon tomiri va turli a‘zolarining tizimli shikastlanishi bilan biriktiruvchi to‘qimaning immunopatologik shikastlanishi bo‘lib, ko‘pincha zo‘rayib boruvchi kechishi bilan xarakterlanadi.

Tizimli qizil yugurik (TQYU) – zo‘rayish davrida qonda aniqlanishi mumkin bo‘lgan immun komplekslar tarkibiga yadroviy antigenlar va antitanalar kiradi, ular buyrak kalavachalari, boshqa a‘zolarida fiksatsiya qilinishga moyil bo‘lib, immun okompleksli kasallik sifatida TQYU ning turli-tumanligini keltirib chiqaradi.

YUvenil revmatoid artrit (YURA) – asosida immnunopatologik jarayonlarga ega bo‘lib, biriktiruvchi to‘qimaning diffuz kasalliklari (BTDK) guruxiga kiradi, va biriktiruvchi to‘qima, asosan tayanch-harakat apparatining tizimli shikastlanishi bilan bemorlarning ko‘p qismida atsiklik cho‘ziluvchan yoki surunkali kechishi bilan xarakterlanadi.

Reaktiv artrit – u yoki bu infeksiya bilan xronologik bog‘langan bo‘g‘imlarning yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, bo‘g‘im bo‘shlig‘ida na mikroorganizm, na uning antigeni aniqlanmaydi.

Septik (bakterial) artrit — sinovial qobiqning mikroorganizmlar bilan bevosita invaziyasida yuzaga keladi, ko‘p hollarda bo‘g‘imlarning tez zo‘rayib boruvchi destruktiv shikastlanishidir.

Psoriatik artrit (*Psoriatic Arthritis, PsA*) — psoriaz bilan kechuvchi bo‘g‘imlarning surunkali zo‘rayib boruvchi kasalligi. Asosan mayda bo‘g‘imlar shikastlanadi (oyoq-qo‘llarning falangalararo bo‘g‘imlari, umurtqa pog‘onasi, dumg‘aza-yon bosh bo‘g‘imlari).

Entezitli artrit – entezit bilan birga, yoki artrit ikki yoki undan ortiq mezonlar bilan kechadigan artrit.

Ankilozlanuvchi spondiloartrit (Ankylosing Spondylitis, SHtryumpell — Bexterev — Mari kasalligi), yoki Bexterev kasalligi — asosan dumg‘aza-yon bosh birikmasi, umurtqa pog‘onasi bo‘g‘imlari va paravertebral yumshoq to‘qimalarda joylashgan bo‘g‘imlarning surunkali tizimli kasalligi.

Tizimli sklerodermiya (grech. σκληρός — “qattiq” va δέρμα — “teri”) — biriktiruvchi to‘qimaning autoimmun kasalligi bo‘lib, teri, qon tomirlari, tayanch-harakati apparati va ichki a‘zolarining (o‘pka, ovqat hazm qilish trakti, buyraklar) shikastlanishi bilan xarakterlanadi, asosida mikrotsirkulyasiyaning buzilishi, yallig‘lanish va tarqoq fibroz yotadi.

Laym kasalligi (borrelioz) — kana chaqishi natijasida yuzaga keladigan kasallik.

Pertes kasalligi (to‘liq nomi Legga–Kalve–Pertes), (sinonimlari: son suyagi boshchasining osteoxondropatiyasi, bolalarda son suyagi boshchasining nekrozi, son suyagi boshchasi suyaklanish yadrosining subxondral nekrozi) — son suyagi boshchasida qon aylanishining buzilishi va uning bo‘g‘im tog‘ayida oziqlanishning buzilishi bilan chaqirilgan son suyagi va tos-son bo‘g‘imining kasalligi bo‘lib, keyinchalik nekroz rivojlanadi, osteoxondropatiya kasalliklari guruxiga kiradi.

Osgud–SHlatter kasalligi, Osgood–Schlatter disease — osteoxondropatiya guruxiga kiradi, suyak g‘ovak moddasining kasallik tufayli shikastlanishi.

Spondilolistez – grekcha spondylos (umurtqa pog‘onasi) va olysthesis (joyidan siljish). Boshqacha qilib aytganda, spondilolistez — bu umurtqa pog‘onasining pastdagilarga nisbatan joyidan siljishi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Baranov A.A., SHilyaev R.R., CHemodanova V.V., Baklushin A.E., Lomoskov V.A., Bezmaternyx N.A., Fadieeva O.YU., Kopilova E.B., Diagnosticheskie programmy pri razlichnykh zabolevaniyax fiziologicheskii normy detskogo organizma: Spravochnik dlya vrachey – pediatrov. – Ivanovo, 1997.- 128s.
2. Baranov A.A., Rusova T.V., Jdanova L.A. i dr. Dispanserizatsiya detskogo naseleniya// Problemy podrostkovogo vozrasta (izbrannye glavy) / Pod red.A.A.Baranova, L.A.Щeplyaginoy. – M.: Rossiyskaya akademiya meditsinskix nauk, Soyuz pediatrov Rossii, Sentr informatsii iobucheniya, 2003. – 190 -203s.
3. Gadaev A. // Umumiy amaliyot vrachlari uchun ma'ruzalar tuplami // Toshkent, 2012.
4. Klinicheskie rekomendatsii. Revmatologiya / Pod red. E.L. Nasonova. — M.: GEOTAR — Media, 2006. — 288 s.
5. Revmatoidnyy artrit. Diagnostika i lechenie / Pod red. V.N. Kovalenko. — K.: MORION, 2001. — 271 s.
6. Revmatologiya: Natsionalnoe rukovodstvo / Pod red. E.L. Nasonova, V.A. Nasonovoy. — M.: GEOTAR_Media, 2008. — 720 s.
7. Rukovodstvo po detskoj artrologii / Pod red. M.YA. Studenikina, A.A.Yakovlevoy. – M.: Meditsina, 1987, - 336s.
8. Rukovodstvo po ambulatorno- poliklinicheskoy pediatrii/ Pod red. Akad. RAMN A.A Baranova M.: GEOTAR , 2007.
9. *Sigidin YA.A., Guseva N.G., Ivanova M.M.* Diffuznyye bolezni soedinitelnoy tkani (Sistemnyye revmaticheskie zabolevaniya): Rukovodstvo dlya vrachey. — M.: OAO «Izdatelstvo «Meditsina», 2004. — 640 s.
10. SHilyaev R.R., Baklushin A.E., CHemodanova V.V., Ryjkova N.K., Panfilova A.V., Nagarnova N.I., Fadieva O.YU., Kriterii diagnostiki i intensivnaya terapiya patologicheskix sindromov u detey: Uchebno –

- metodicheskoe posobie dlya studentov, klinicheskix ordinatorov i vrachey – internov. – Ivanovo: IGMA, 1997. – 60Ss.
11. Pediatriya: Per. s ang.dop./Pod.red. N.N. Volodina, V.P. Bulatova, M.R. Rokitskogo, E.G. Ulumbekova, - M.: GEOTAR, 1996.
 12. Pediatriya: Per. s ang. /Pod red. Dj. Grefa. – M.: Praktika, 1997. – 912s.
 13. Xerl M. Diffepensialnaya diagnostika v pediatrii: V 2 t, - M.: Meditsina, 1990.
 14. Klinicheskaya revmatologiya: Rukovodstvo dlya vrachey /AMN SSR.- M.: Meditsina, 1989. – 592s.
 15. Isaeva L.A., Лыскина G.A Uzelkovыy periartrit u detey. - M.: Meditsina, 1984.- 208s.
 16. Vyalkov, A.I. Osnovnyye zadachi mejdunarodnoy dekadы (the Bone and joint Decade 2000–2010) v sovershenstvovanii borby s naibolee rasprostranennymi zabolevaniyami oporno-dvigatel'nogo apparata v Rossii / A.I. Vyalkov [i dr.] // Nauch.-praktich. revmatol. – 2001. – № 2. – S. 4–8
 17. 16. Filonenko, S.P. Boli v sustavax: differensialnaya diagnostika / S.P. Filonenko, S.S. YAkushin. – M.: GEOTAR
 18. Nasonov, E.L. Sovremennyye standarty laboratornoy diagnostiki revmaticheskix zabolevaniy. Klinicheskie rekomendatsii / E.L. Nasonov, E.N. Aleksandrova. – M.: BioXimMak, 2006. – 66 s.
 19. Nasonova, V.A. O vseмирnoy Dekade kostno-sustavnyx zabolevaniy / V.A. Nasonova, SH.F. Erdes // Nauch.-praktich. revmatol. – 2000. – 4. – S. 14–16.
 20. 11. Novikov, A.A. Diagnosticheskoe znachenie antitel k modifitsirovannomu siklicheskomu vimentinu pri rannem revmatoidnom artrite / A.A. Novikov [i dr.] // Klin. labor. diag. – 2008. – № 8. – S. 27–29.
 21. Novikov, A.A. Klinicheskoe znachenie antitel k siklicheskomu sitrullinirovannomu peptidu: novyye dannyye / A.A. Novikov [i dr.] // Klin. med. – 2007. – № 8. – S. 4–9.
 13. 22. Revmaticheskie zabolevaniya: v 3 t.

Оснoвы ревматoлoгии (рукoвoдствo) / пoд ред. D.X. Klippela [i dr.]; пер. с
англ. пoд ред. E.L. Nasonova. – М.: GEOTAR-Media, 2011. – Т. I. – 240 с.

22 14. Ревматoлoгиya. Natsionalnoe рукoвoдствo / пoд ред. aкaд. RAMN E.L.
Nasonova. – М.: GEOTAR-Media, 2010. – 720 с.

23 Ревматoлoгиya: klinicheskie rekomendatsii / пoд ред. aкaд. RAMN E.L.
Nasonova. – 2-e изд., ispr. i dop. – М.: GEOTARMedia, 2011. – 752 с. 16.

Filonenko, S.P. Boli v sustavax: differentsialnaya diagnostika / S.P. Filonenko,
S.S. YAkushin. – М.: GEOTARMedia, 2010. – 176 с.

24 Folomeeva, O.M. Rasprostranennost revmaticheskix zabolevaniy v
populyasii Rossii i SSHA / O.M.Folomeeva [i dr.] // Nauch.-praktich. revmatol.
– 2008. – № 4. – С. 4–13.

24. Erdes, SH.F. Problema revmaticheskix zabolevaniy v Rossii s pozitsii
obshchestva i patsienta / SH.F. Erdes, O.M. Folomeeva, V.N. Amirdjanova //
Vestn. RAMN. – 2003. – № 7. – С. 11–14.

25. Altman, R. The American College of Rheumatology criteria for the
classification and reporting of osteoarthritis of the hip / R. Altman [et al.] //
Arthritis rheum. – 1991. – Vol. 34. – P. 505–514. S.A. Turdialieva, E.A.
Mozharovskaya, O.M. Kudrina,

Mundarija	№
Kirish.....	5
Bob-1	6
Tashxisdagi asosiy holatlar	
Bob-2	11
Revmatizm	
Bob-3	27
Biriktiruvchi to‘qima difuzz kaalligi	
Sistemali qizil yugirik	28
Yuvenil revmatoid artrit (YURA)	36
Bob-4	46
Reaktiv artrit	
Gemoragik vaskulit.....	52
Gemofiliya	59
Bob-5	63
Turli kasalliklarda uchraydigan artritlar.....	
Qisqartmalar ro‘yxati.....	74
Glossariy.....	75
Adabiyotlar ro‘yxati.....	77