

BOLALARDA NAFAS TIZIMI ANATOMO- FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI VA KASALLIKLARI



Andijon 2024

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy ta'lim, fan va innovatsiyalar vazirligi,
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2024 yil "01" martdagi
"01/08/490-Sh"–sonli buyrug'iga asosan

I.Noraliev

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

Davolash ishi - 60910200, pediatriya ishi - 60910300

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

_____ ning
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

***Bolalarda nafas tizimi anotomo-fiziologik xususiyatlari va
kasalliklari***

nomli o'quv qo'llanmasi

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

_____ ga
O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat berildi.

Rektor  M.M.Madazimov
(imzo)



Ro'yxatga olish
raqami:
58



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

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

DAVOLASH FAKULTETI UCHUN PEDIATRIYA KAFEDRASI

I.Noraliyev

Bilim sohasi - ijtimoiy ta’minot va sog‘liqni saqlash-900000

Ta’lim sohasi-Sog‘liqni saqlash-910000

**BOLALARDA NAFAS TIZIMI ANATOMO-FIZIOLOGIK
XUSUSIYATLARI VA KASALLIKLARI**

o‘quv qo‘llanma

DAVOLASH ISHI -60910200

PEDIATRIYA ISHI-60910300

Andijon-2024

MUALLIF:

**I.Noraliyev- Andijon davlat tibbiyot instituti Davolash fakulteti uchun
Pediatriya kafedrası assistenti**

TAQRIZCHILAR:

**Sh.K.Xakimov - Andijon davlat tibbiyot instituti Fakultativ pediatriya va
neonatologiya kafedrası professori, t.f.d.**

**R.M.Shermatov - Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Pediatriya
kafedrası mudiri, t.f.n., dotsent**

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И
ИННОВАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

КАФЕДРА ПЕДИАТРИИ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

И. Норалиев

Область знаний - социальное обеспечение и здравоохранение-900000

Область образования - Здравоохранение - 910000

**АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И
ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ**

учебное пособие

ЛЕЧЕБНАЯ РАБОТА – 60910200

ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ РАБОТА -60910300

Андижан-2024

АВТОР:

**И. Норалиев – ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета
Андижанского государственного медицинского института**

РЕЦЕНЗИИ:

**Ш.К.Хакимов - профессор кафедры факультативной педиатрии и
неонатологии Андижанского государственного медицинского института,
д.м.н.**

**Р.М.Шерматов - заведующий кафедрой педиатрии Ферганского
медицинского института общественного здравоохранения, к.м.н., доцент**

**MINISTRY OF HIGHER EDUCATION, SCIENCE AND INNOVATIONS
OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN**

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

DEPARTMENT OF PEDIATRICS FOR THE FACULTY OF MEDICINE

I. Noraliyev

Field of knowledge - social welfare and health care-900000

Field of education - Health care - 910000

**ANATOMO-PHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND DISEASES OF
THE RESPIRATORY SYSTEM IN CHILDREN**

study guide

TREATMENT WORK -60910200

PEDIATRICS WORK -60910300

Andijan-2024

AUTHOR:

I. Noraliyev - Assistant of the Department of Pediatrics for the Faculty of Medicine of the Andijan State Medical Institute

REVIEWERS:

Sh.K. Khakimov - professor of the Faculty of Pediatrics and Neonatology of the Andijan State Medical Institute, DSc.

R.M. Shermatov - Head of the Department of Pediatrics of the Fergana Public Health Medical Institute, Ph.D., associate professor

ANNOTATSIYA

Ushbu o'quv qo'llanmada bolalarda nafas a'zolari kasalliklaridagi sindromlar, bronxoobstruktiv sindrom bilan kechuvchi kasalliklar, ularning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, differensial tashxis o'tkazish, davolash tamoyillari va profilaktikasi haqida muallif tomonidan keng yoritilgan. Shuningdek, o'quv qo'llanmadan talabalar bilim va ko'nikmalarini mustahkamlash uchun test topshiriqlari o'rin olgan. O'quv qo'llanmadan tibbiyot oliy o'quv yurti talabalari, klinik ordinatorlar, magistratura bosqichi talabalari va ushbu yo'nalishda tadqiqot olib borayotgan ilmiy izlanuvchilar keng foydalanishlari mumkin.

АННОТАЦИЯ

В данном учебном пособии автор подробно описывает синдромы органов дыхания у детей, заболевания, ассоциированные с бронхообструктивным синдромом, их этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальный диагноз, принципы лечения и профилактики. Также учебник содержит тестовые задания для закрепления знаний и умений студентов. Пособие может быть широко использовано студентами медицинских вузов, клиническими ординаторами, магистрантами и исследователями, проводящими исследования в этом направлении.

ANNOTATION

In this study guide, the author describes in detail the syndromes of children's respiratory organs, diseases associated with broncho-obstructive syndrome, their etiology, pathogenesis, clinic, diagnosis, differential diagnosis, principles of treatment and prevention. Also, the textbook contains test tasks to strengthen students' knowledge and skills. The manual can be widely used by medical university students, clinical residents, master's degree students and researchers conducting research in this direction.

KIRISH

Umumiy amaliyot shifokori tayyorlash nuqtai nazaridan bu fanning ahamiyati katta. Shu munosabat bilan ushbu dastur birlamchi bo'g'inda sog'lom bolani o'sish va rivojlanishi, to'g'ri ovqatlantirish va keng tarqalgan bolalar kasalliklarini oldini olish, kechishi, davolashi va reabilitastiya o'tkazishni inobatga olib 4 fanni qamrab oladi (*bolalar kasalliklari propedevtikasi, pediatriya, neonatologiya, ambulator - poliklinik pediatriya*).

Pediatriya fani bolaning o'sish va rivojlanish davrlarini, bola hayotining har bir yosh bosqichlariga xos alohida morfologik, fiziologik va psixologik o'zgarishlarini o'rgatadi.

Pediatriya fanlarini o'qitishdan maqsad – talabalarda turli yoshdagi sog'lom va bemor bolalar va ularning ota-onasi bilan muloqot qilish, bolalarni tekshirish, laborator taxlillarni yoshga oid o'qiy olish, bolalik yoshida uchrovchi kasalliklarni tashxislash, tez yordam ko'rsatish, profilaktika choralari belgilash bo'yicha ko'nikmalarni shakllantirishdan iborat.

Fanni vazifasi:

- bolalardagi a'zo va tizimlarning anatomik-fiziologik xususiyatlari;
- turli yoshdagi bolalarning jismoniy va psixomotor rivojlanish ko'rsatkichlari;
- turli yoshdagi bolalarni ovqatlantirish tamoyillari;
- bolalik davrida ko'p uchraydigan kasalliklarning etiologiyasi, patogenezini, klinikasi va qiyosiy tashxisoti haqida tasavvurga ega bo'lishi;
- bolalik davrlari kasalliklarini davolash tamoyillarini;
- jismoniy rivojlanish monitoringini o'tkazish;
- sog'lom bolalarni nerv-psixik xolatini baholash;
- kasallik anamnezini yig'ish;
- bemorlarni klinik-laborator tekshirish ko'nikmalariga ega bo'lishi;

- kasalliklarning asosiy klinik, laborator va instrumental mezonlarini aniqlash;
- bolalik davrlarida ko'p uchraydigan kasalliklarning profilaktikasini bilishi va ulardan foydalana olishi;
- reabilitastiya choralarini o'tkazish;
- axoli orasida sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilishga o'rgatish.

Fan bo'yicha talabalarning bilim ko'nikma va malakalariga quyidagi talablar qo'yiladi.

Talaba:

- bola organizmini anatomo-fiziologik xususiyatlari, turli yoshdagi bolalarning rivojlanishi, bolalar organizmining asosiy jarohatlanish simptomlari va sindromlari, semiotikasi, yoshga oid ovqatlanish, tibbiyot xodimlari va bemorning qarindoshlari bilan muloqotni etik va deontologik asoslari, bolalar davrida uchraydigan kasalliklar to'g'risida *tasavvurga ega bo'lishi*;
- bolalik davrida ko'p uchraydigan kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va qiyosiy tashxisi, laborator ko'rsatkichlari, bolalar kasalliklarini davolash tamoyillari, kasalliklarni oldini olish yo'llarini, bemorlarni poliklinika sharoitida reabilitastiyasi va dispanser kuzatuv qoidalari haqida *bilishi va ulardan foydalana olishi*;
- turli yoshdagi bolalarning jismoniy va psixomotor rivojlanish ko'rsatkichlarini aniqlash (bola vaznini va bo'yini o'lchash);
- yangi tug'ilgan chaqaloqni jismoniy rivojlanishi va etukligini baholash;
- kasalliklarning asosiy klinik, laborator va instrumental mezonlarini aniqlash;
- chaqaloqlarda shartsiz reflekslarni aniqlash;
- ko'krak suti bilan to'g'ri emizish texnikasi;
- nazogastral zondlash texnikasi;
- yurak chegaralarini aniqlash;
- jigar chegaralarini aniqlash;

- bolalarda arterial qon bosimini o'lchash;
- pikfloumetriya o'tkazish va natijalarini taxlil qilish;
- laringospazmda yordam ko'rsatish;
- talvasada yordam ko'rsatish;
- gipertermiyada yordam ko'rsatish;
- yuqori nafas yo'llariga yot jism tushganda yordam ko'rsatish;
- anafilaktik shokda yordam ko'rsatish;
- vakstinastiya va revakstinastiyani o'tkazish va samaradorligini aniqlash;
- axoli orasida sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilish;
- laborator tekshiruvlar interpretastiyasi (qon, siydik va axlat taxlillari) ni o'tkazish *amaliy ko'nikmalariga (shu jumladan klinik amaliy ko'nikmalariga) ega bo'lishi kerak.*

O'z navbatida pediatriya fani bolalar kasalliklar propedevtikasi, akusher-ginekologiya, ichki kasalliklar, yuqumli kasalliklarda ro'y beruvchi patologik jarayonlar mavjudligi va kasbiy umumiy shifokorlar tayyorlovchi kafedralar bilan ham uzviy bog'lanishi zarur.

Mashg'ulotlar davomida talabalar bilan quyidagi yangi interfaol o'yinlardan foydalaniladi: “VENN- diagrammasi“, “Assisment“, “Auto- kurs“, “Klaster“, «T-sxema», “SWOT” “Klaster”, “Miya shturmi”, “Rotastiya”, “Stol ustida ruchka”, “Galereya bo'ylab tur, “Ari uyasi”, “Rolli o'yin”.

Bu usullar afzalligi:

-Ishtirokchilar o'zaro g'oya va fikrlarni almashinish imkoniyatiga ko'proq ega bo'ladilar.

-Ishtirokchilar katta guruhlarda bayon qila olmaydigan fikrlarini, kichik guruhlarda bayon qiladilar.

-Ishtirokchilarning tajriba va g'oya almashinuvlari ularning bilimlarini oshiradi, mavjud yondashishlarini o'zgartiradi.

-Diqqat markazi pedagogdan ishtirokchilarga o'tkaziladi.

-Bilim olish uchun katta mas'uliyatni ishtirokchilar o'zlariga olishga majbur bo'ladilar.

Amaliy mashg'ulotlar multimedia qurilmalari bilan jihozlangan auditoriyada bir akademik guruhga bir o'qituvchi tomonidan o'tkaziladi.

Amaliy mashg'ulot davomida aniq bir mavzularni nazariy jihatdan chuqur o'rganish, uslubiy jihatdan dolzarb bo'lgan mavzularni chuqur taxlil qilish, aloxida muommolar bo'yicha ilmiy jihatdan ishlab chiqish maqsadida savol-javob, suhbat, doklad va referatlarni muhokama qilish, yozma nazorat ishlarini olish, vaziyatli masalalarni muhokama qilish va test savollariga javob berish orqali egallaniladi. Shu bilan birga mashg'ulot davomida interfaol usullardan va kompyuter, innovasion texnologiyalardan foydalangan holda nazariy bilimlarni mustahkamlash lozim.

Amaliy mashg'ulotlarni o'tkazishda quyidagi didaktik tamoyillarga amal qilinadi:

- Amaliy mashg'ulotlarni maqsadini aniq belgilab olish;
- O'qituvchining innovasion pedagogik faoliyati bo'yicha bilimlarni chuqurlashtirish imkoniyatlariga talabalarda qiziqish uyg'otish;
- Talabada natijani mustaqil ravishda qo'lga kiritish imkoniyatini ta'minlash;
- Talabani nazariy-metodik jihatdan tayyorlash.

Amaliy mashg'ulotda amaliy ko'nikmalarga o'rgatish jarayoni batafsil rejalashtiriladi va bir necha bosqichni o'z ichiga oladi:

Birinchi bosqich – mashg'ulotning maqsadi va vazifalaridan kelib chiqqan holda o'rganilayotgan amaliy ko'nikmani o'rganish motivasion asosi aniqlanadi, uning nazariy jihatlari muhokama qilinadi. Amaliy ko'nikmalarni amalga oshirish uchun kerakli asbob-anjomlar ishlash mexanizmi, ishlatish qoidalari bilan talabar tanishtiriladi.

Birinchi bosqichni amalga oshirish uchun kafedrada barcha asbob anjomlar mavjud va ishchi xolatda bo'lishi lozim.

Ikkinchi bosqich – amaliy ko'nikmani namoyish qilib berish va ko'p marta mashq qilish. Bu bosqichni amalga oshirish uchun amaliy ko'nikmalarni qadamma qadam algoritmi pedagog tomonidan va videofilmlar orqali namoyish etiladi, algoritm asosida bosqichma bosqich to'g'ri bajarishga alohida e'tibor qaratiladi. Talaba amaliy ko'nikmani mustaqil, biroq pedagog nazorati ostida ko'p marta mashq qilib o'rganadilar. Boshida barcha bosqichlarini alohida, keyinchalik umumlashtirgan holda to'liq va to'g'ri bajara olgandan so'ng bemorda qo'llashga ruxsat beriladi (imitation trening).

Ikkinchi bosqichni amalga oshirish uchun kafedra tomonidan ishlab chiqilgan amaliy ko'nikmalar qadamma qadam algoritmi va videofilmi, o'quv-uslubiy qo'llanmasi, bajarish sxemasi yoki texnikasi va x.k., baholash mezonlari ishlab chiqilgan bo'lishi lozim. Mulyajlyar, trenajyorlar, fantomlar va manekenlar, imitatorlar, asbob anjomlar bo'lishi lozim va kerakli shart sharoitlar (maksimal darajada ish sharoitiga yaqin modellashtirilgan) yaratilishi lozim. Bu bosqichda pedagog nazorat qiladi va kerak bo'lganda talabalar ishidagi xatoliklarni to'g'irlyadi. Bu jarayonda talaba harakatlari videotasvirga olinib o'ziga namoyish etilishi, tanqidiy muhokama qilinishi mumkin. Talaba, uning xatosi nimada ekanligini, o'qituvchiga va boshqa talabalarga tushuntirib beradi va so'ngra muolajani takrorlaydi. Interfaollik shunda namoyon bo'ladiki, bunda boshqa talabalar ekspert sifatida chiqishda va o'qitilayotgan talabaning amaliy ko'nikmani to'g'ri o'zlashtirganligini baholashda ishtirok etadilar. Amaliy ko'nikma aftomatizm darajasigacha etkazilishi maqsadga muvofiq.

Uchinchi bosqich - o'rganilgan bilim va amaliy ko'nikmani bemorda qo'llash. Bu bosqichda talaba o'zlashtirilgan bilim va amaliy ko'nikmani turli xil klinik xolatlarda (shu jumladan shoshilinch xolatlarda) qo'llashga, olingan natijalarni taxlil qilishga va shu ma'lumotlar asosida xarakat taktikasini belgilashga pedagog nazoratida o'rgatiladi.

Uchinchi bosqichni amalga oshirish uchun kafedra tomonidan ishlab chiqilgan o'quv, uslubiy qo'llanmalar, fotosuratlar, vaziyatli masalalar va testlar

to'plami, keyslar, klinik protokollar, diagnostika va davolash standartlari, o'rgatuvchi kasallik tarixlari va ambulator kartalar va x.k. ishlatilishi lozim. Interfaollik shunda namoyon bo'ladiki, bunda boshqa talabalar nafaqat ekspert sifatida chiqishda va o'qitilayotgan talabaning amaliy ko'nikmani to'g'ri o'zlashtirganligini baxolashda balki komandada ishlashda ishtirok etadilar.

To'rtinchi bosqich – xulosa. Bu bosqichda pedagog talaba tomonidan olingan bilim va egallagan ko'nikmani bemorlarda, turli xil vaziyatlarda, faoliyat jarayonida to'g'ri va to'liq qo'llay olishiga ishonch hosil qilishi kerak va shunda amaliy ko'nikma o'zlashtirildi deb hisoblanadi.

Mashg'ulot so'ngida o'qituvchi har bir talabaning amaliy ko'nikmani o'zlashtirganligini tasdiqlaydi. Talaba amaliy ko'nikmani o'zlashtira olmagan vaziyatlarda, mashg'ulotdan tashqari vaqtda mustaqil o'zlashtirish tavsiya etiladi va pedagogga qayta topshiradi. Talaba barcha amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirgan holda fanni o'zlashtirgan hisoblanadi.

Fan bo'yicha mustaqil ish auditoriya va auditoriyadan tashqari o'tkaziladi.

Mustaqil ishini tayyorlashda fanning xususiyatlarini hisobga olgan holda quyidagi shakllardan foydalanish tavsiya etiladi:

- Bemorlar kurastiyasida davolovchi yoki navbatchi shifokor bilan nazorat qilishda ishtirok etish;
- Darslik va o'quv qo'llanmalar bo'yicha fan boblari va mavzularini o'rganish;
- Simulyastion o'quv klinik kompyuter dasturlar bilan ishlash;
- Ayrim nazariy mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish;
- Berilgan mavzu bo'yicha axborot (referat) tayyorlash;
- Fanning bo'limlari yoki mavzulari ustida maxsus yoki ilmiy adabiyotlar (monografiyalar, maqolalar) bo'yicha ishlash va ma'ruzalar qilish;
- Ilmiy maqola, anjumanga ma'ruza tezislari tayyorlash;
- Vaziyatli va klinik muammolarga yo'naltirilgan vaziyatli masalalar echish;
- Keys (real klinik vaziyatlar va klinik vaziyatli masalalar asosida case-study) echish;

- grafik organayzerlar ishlab chiqish va to'ldirish;
- krossvordlar tuzish va yechish;
- prezentastiya va videoroliklar tayyorlash hamda mustaqil ish jarayonida keng qo'llash va x.k.
- tarqatma materiallar bo'yicha ma'ruzalar qismini o'zlashtirish;
- avtomatlashtirilgan o'rgatuvchi va nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash
- yangi texnikalarni, apparaturalarni, jarayonlar va texnologiyalarni o'rganish;
- talabaning o'quv-ilmiy-tadqiqot ishlarini bajarish bilan bog'liq bo'lgan fanlar bo'limlari va mavzularni chuqur o'rganish;
- faol va muammoli o'qitish uslubidan foydalaniladigan o'quv mashg'ulotlari;
- masofaviy (distanstion) ta'lim fanni faol o'zlashtirishda talabalarni olimpiada, tanlovlar, ko'rgazma, anjumanlar va boshqa tadbirlarda ishtirok etish.

BOLALARDA NAFAS TIZIMI ANATOMO-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI

Nafas olish sistemasi nafas yo`li va respirator qismdan iborat. Nafas olish sistemasi asosiy vazifasi — tashqi nafas. Burun yo`li bo`yicha havo burun-halqum, halqum, traxeya, bronx va bronxiolalardan o`tib o`pkaning respirator qismiga kelib tushadi. Alveolalarda gaz almashinuvi sodir bo`ladi, qon aylanish tizimi yordamida qaerdaki to`kima nafas olsa o`sha hujayralarga kislorod etkaziladi.

Burun bo`shlig`i va burun yondosh bo`shliqlari

Burunning vazifasi:

- havoni isitish;

- havoni iflosliklardan tozalash;
- himoya (shilliq qavatda sekretor IgA mavjudligi sababli).

Burun. Burun yo`li tor, burun chanog`i qalin, pastki burun yo`li 4 yoshda shakllanadi. Shilliq qavati yupqa qon tomirlarga boy. Kavernoza to`qima rivojlanmagan, uning shakllanishi 8-9 yoshga to`g`ri keladi. Oz miqdordagi shish burun orqali nafas olishni qiyinlashtiradi, so`rish xam qiyinlashadi.

Halqum. Chaqaloqlarda halqum tor. Limfoid halqa kuchsiz rivojlangan. 1 yoshdan so`ng bodomsimon bez murtaklari yoy chegarasidan chiqadi, ammo kriptalari kuchsiz rivojlangan. Anginaerta yoshdagi bolalarda kam uchraydi. Erta yoshdagi bolalarda ko`pincha burun halqum limfoid to`qimasi o`sishi (razrastanie) uchraydi (adenoidlar), bu burun orqali nafas olishni qiyinlashtiradi. «Adenoid yuz» shakllanishi mumkin: doimiy ochiq og`iz, burun orqali nafas olish yo`qligi, shishli-so`lqigan yuz, uyqusida xurrillash kuzatiladi.

Hiqildoq. Voronkasimon shaklda, tor, tog`ayi mayin va yumshoq. Bo`shlig`i tor, qon tomirga boy va shilliq qavati shishishga moyil. Kattalarga qaraganda ovoz boylamlari kalta, u ovoz xarakterini belgilaydi. 3 yoshgacha o`g`il va qiz bolalarda halqum shakli bir xil. Keyinchalik o`g`il bolalarda qizlarga qaraganda qalqonsimon tog`ay plastinkasiga birikkan burchak o`tkirroq bo`ladi. Ulg`aygan sari ovoz boylamlari uzayadi (ayniqsa 10—12 yoshda). Kichik bolalarda ovozi baland. Kichik bolalarda stenoatlanuvchi laringitga moyillik yuqori.

Ko`krak qafasi. Chaqaloqlarda ko`krak qafasi bochkasimon: sagittal o`lchami ko`ndalang o`lchami bilan deyarli teng. Qovurg`a umurtqa bilan ko`proq gorizontaal birikadi (deyarli to`g`ri burchak ostida). Epigastral burchak o`tmas. Nafas mushaklari kuchsiz, yuzaki, chaqaloq va 1 oylik bolalarda ayniqsa diafragmal nafas olish xarakterli. Ulg`aygan sari old orqa ko`lami kamayadi, ko`krak qafasining ko`ndalang kesimi oval bo`ladi. Uning frontal razmeri oshadi, sagittal — nisbatan kamayadi, qovurg`alar egriligi oshadi, epigastral burchak o`tkirroq bo`ladi. O`pka to`qimasida elastik strukturasi rivojlanadi, ventilyasiya

effektivligi oshadi. Erta yoshdagi bolalarda va chaqaloqlarda atelektaz va pnevmoniya bo`lish xavfi yuqori.

Traxeya. Voronkasimon shaklda. Karkasi 14-16 yumshoq yarim aylana tog`aydan iborat, orqadan fibroz parda bilan birikkan .Elastik to`qima kuchsiz rivojlangan. Tashqi tomondan bosish qulayligi, yoriqsimon o`yiq, shovqinli nafas paydo bo`lishi (stridor).

Bronxial daraxt. Tug`ilgan vaqtda shakllanadi. Bronxlar asosi — tog`ayli yarimhalqalar fibroz parda bilan birikkan. Traxeya o`ng va chap asosiy bronxlarga ajraladi. O`ng asosiy bronx chapiga qaraganda traxeya bilan kichikroq burchakni tashkil etadi. Bronx va bronxiolalar shilliq qavati mayin, qon tomirga boy, yupqa shilliq bilan qoplangan, shilliq evakuatsiyasi taminlovchi silindrik kipriksimon ko`p qatorli epiteliy bilan o`ralgan. Chaqaloqlarda silliq mushaklari kam. Tashqi tomondan bosish qulayligi. Aspiratsiya vaqtida yot jism ko`pincha o`ng bronxga tushadi. Bolalarda mushak va elastik to`qima kam rivojlanganligi tufayli bronxospazm fenomeni kamroq aniqlanadi; Bronxial obstruksiya asosan shilliq qavatining shishishi va yopishqoq balg`am hosil bo`lishi bilan bog`liq.

O`pka. Kattarnikiga o`xshash segmentar tuzilgan, biroq atsinuslari etarlicha rivojlanmagan. Biriktiruvchi to`qimaga boy, ko`plab qon tomirlarga ega, elastik to`qima kuchsiz rivojlangan. Kichik bolaning o`pkasi kattalarnikiga qaraganda havoliligi past, ammo qon bilan ta`minlanganligi yuqori. Letsitin kamligi sababli surfaktant etishmovchiligi kuzatiladi (yetilmagan o`pka). Obstruksiya va atelektaz tez rivojlanadi. Surfaktant etishmovchiligi— muddatiga etmay tug`ilgan chaqaloqlarda o`pkani burmalarining yozilmasligining asosiy sababidir. O`ng o`pka uch bo`lakdan (yuqori, o`rta va pastki), chap o`pka ikki bo`lakdan (yuqori va pastki) iborat. O`ng o`pkaning o`rta bo`lagi chap o`pkaning tilsimon qismiga mos keladi. O`pka bo`laklari orasidagi chegara quyidagicha joylashadi. Oldindan chapda yuqorigi, o`ngda - yuqori va o`rta bo`lak; (ular orasidagi chegara IV qovurg`adan o`tadi).

- Yon tomondan o`ngda uch bo`lak, chapda ikki bo`lak aniqlanadi;

- Orqa tomondan ikkala tomonda yuqori va pastki bo`laklar joylashgan; ular orasidagi chegara kurak suyagi pastki qismidan o`tkazilgan chiziq umurtqalar bo`ylab kesishgan joydan o`tadi.

Ko`ks oralig`i.

Nisbatan katta, kattalarga qaraganda. Yuqori qismida traxeya joylashadi, yirik bronxlar, arteriyalar, venalar, nervlar (*p. vagus, truncus sympathicus, p. laryngeus recurrens* va bq.), ayrisimon bez va limfatik tugunlar. Pastki qismida — yurak.

O`pka ildizi — ko`ks oralig`ining asosiy qismi, bo`lib yirik bronxlardan iborat, qon va limfa tomirlari va limfatik tugunlar (traxeya atrofi, traxeobronxial, bronxo`pka va o`pka va bq.) O`pka limfa to`qimasi keng sinusga ega (boshqa joydagi limfatik tugunlar singari), qon tomirga boy, kapsula kuchsiz rivojlangan, yirik hujayra elementlari miqdori ko`p. Yallig`lanish jarayoni tezda rivojlanadi.

O`pka bo`laklari chegarasi

<i>O`pka bo`laklari chegarasi</i>	
<i>Oldindan</i>	<i>Orqadan</i>
O`ng o`pka: IV qovurg`a ostida — yuqori bo`lak; IV qovurg`a ustida — o`rta bo`lak.	O`ng va chap o`pka: <i>spina scapulae</i> ustida — yuqori bo`lak; <i>spina scapulae</i> ostida — pastki bo`lak

Nafas olish sistemasi funksional xususiyati

Tashqi nafas funksiyasi samaradorligi uch jarayonda aniqlanadi:

- Alveolyar bo`shliqdagi ventilyasiya;
- Kapillyar qon oqimi (perfuziya);
- Alveola-kapilyar membrana orqali gazlar almashinuvi (diffuziya)

Kislorod va karbonat angidrid diffuziyasi alveolyar havo va qondagi parsial bosimning o`zgaruvchanligiga bog`liq. Kislorod diffuziya yo`li orqali

alveolalardan o`pka kapillyarlariga kiradi va butun tanaga tarqaladi, plazmada erib (taxminan 3%) yoki Nb bilan birikadi (97%). Qonning transport qobiliyati asosan Nb konsentratsiyasiga bog`liq (Nb xar bir gramiga 1,34 ml kislorod qo`shilishi mumkin). Qon oqimidan karbonat angidritni eliminatsiya qilish bir qancha usullar bilan amalga oshiriladi: bikarbonat va vodorod ioni ko`rinishida yoki ba`zi plazma oqsillari va Nb kombinatsiyasi ko`rinishida. YAngi tug`ilgan chaqaloqlarda hayotining birinchi kunlarida Nb konsentratsiyasi yuqori, kattalarnikiga qaraganda, shuning uchun qonning kislorodni bog`lash qobiliyati yuqori. Bu esa chaqaloqning o`pka nafasini shakllanishida juda muhim davrni boshdan kechirishiga imkon beradi. Chaqaloqlarda HbF yuqori miqdorda bo`lishi katta ahamiyatga ega, bu kislorod uchun juda katta ahamiyatga ega, kattalarnikiga qaraganda. (NbA, NbA₂). O`pka bilan nafas olish boshlangandan so`ng bola qonida HbF konsentratsiyasi tezda kamayadi. Gipoksiya yoki anemiya bo`lgan vaqtdagina HbF konsentratsiyasi kompensator ravishda oshishi kuzatiladi.

Nafas olish sistemasi tekshirish usullari

Nafas olish organlarini tekshirishga kiradi:

- anamnez yig`ish;
- kuzatish;
- palpatsiya;
- perkussiya;
- auskultatsiya;
- laborator va instrumental tekshirish.

Anamnez

Anamnez yig`ishga bemorlarni shikoyatlarini aniqlash, ularning paydo bo`lishida tashqi omillarga bog`liqligi kiradi.

Ko`p uchraydigan shikoyat:

- Burun orqali nafas olish qiyinlashishi.

- Burundagi ajralmalar (seroz, shilliqli, shilliq-yiringli, qon aralash, qonli).
- Yoʻtal (quruq yoki nam). Yoʻtalni paydo boʻlishi va kuchayishida bogʻliq boʻlgan qandaydir moyillik qiluvchi faktor mavjudligini aniqlash zarur. Yoʻtal qusishga sabab boʻlishi mumkin.
- Quruq yoʻtal xirrildoq yoki xurujsimon boʻlishi mumkin.
- Nam yoʻtal produktiv (balgʻam ajralishi bilan) va noproduktiv (bolalar koʻpincha balgʻamni yutib yuborishlarini unutmash zarur) ajratiladi. Balgʻam ajralganda eʼtiborni uning xarakteri va miqdoriga qaratish kerak (shilliqli, shilliq-yiringli, yiringli).
- Koʻkrak qafasida ogʻriq (agar ogʻriq nafas bilan bogʻliq boʻlsa).

Suhbat vaqtida, bola nafas olish organlarining qaysidir kasalligi bilan oldinroq kasallanganmi, oʻtkir yuqumli kasallikka chalingan bemor bilan muloqotda boʻlganmi, sil kasalligi bilan ogʻrigan bemorlar bilan aloqa qilish haqida aloxida soʻraladi. Bolaning allergologik va oilaviy anamnezini tekshirish ham muhim.

Fizikal tekshirish

Tekshirish umumiy koʻrikdan boshlanadi, bolaning harakat aktivligi va es xushi holati baxolanadi. Keyin diqqatni bemorni vaziyatiga teri va shilliq qavatining rangiga qaratamiz, (*masalan*, oqarish yoki sianoz).

- Bolani yuziga qaraganda burun orqali nafas olayotganligiga, prikus, pastozlik borligi yoki yoʻqligiga, ogʻiz yoki burundan ajralayotgan ajralmaga eʼtibor beramiz.
- Burun boʻshligʻini koʻzdan kechirish. Agar burun teshigi ajralma yoki iflosliklar bilan berkilgan boʻlsa ularni paxtali tampon bilan olib tashlash zarur. Burun boʻshligʻini koʻzdan kechirish extiyotkorlik bilan amalga oshiriladi, chunki bolalarda shilliq qavatda qon tomirlari koʻp va mayin boʻlganligi sababli burundan qon oqishi oson.
- Ovozning ahamiyati, yigʻlayotgan va qichqirayotgan bola yuqori nafas yoʻllari holatini baholashga yordam beradi. Odatda sogʻlom bola tugʻilgan

zaxoti birinchi chuqur nafasni oladi, o`pkasini to`ldiradi va baland ovozda qichqiradi. Ovozning bo`g`ilishi stenozlanuvchi laringotraxeitda kuzatiladi.

Halqumni ko`rish

Tekshirish oxirida halqum tekshiriladi, chunki bu bolaga bezovtalik va qichqirishga sabab bo`lib so`rovga xalaqit berishi mumkin. Ko`zdan kechirish vaqtida e`tiborni halqum holati, bodomsimon bezlar va halqum orqa devoriga qaratamiz.

- Hayotining birinchi yilidagi bolalarda bodomsimon bezlar odatda old arkadan tashqariga chiqmaydi.
- Maktabgacha yoshdagi bolalarda limfoid to`qimaning giperplaziyasi tez-tez kuzatiladi, bodomsimon bezlar old arkadan tashqariga chiqadi. Ular odatda qalin va halqumning shilliq qavati rangidan farq qilmaydi.

Agar anamnez yig`ish vaqtida yo`talga shikoyat aniqlansa, halqumni tekshirayotgan vaqtda shpatel bilan ta`sirlab yo`tal chaqirib ko`rish mumkin.

Ko`krak qafasini ko`rish

Ko`krak qafasini ko`zdan kechirayotgan vaqtda e`tiborni uning shakli va nafas aktida qo`shimcha muskullar ishtirokiga qaratamiz.

- Nafas olayotgan vaqtda kurak (ayniqsa uning burchagi) va ko`krak qafasi ikkala tomoni harakati sinxronligini baholaymiz. Plevrit, o`pka atelektazi va patologik jarayonning bir tomonlama lokalizatsiyasi bilan kechadigan bronxoektaz bilan kasallangan bolada ko`krak qafasining yarmi (zararlangan tomonda) nafas olish vaqtida orqaga qolish aniqlanadi.
- Nafas ritmini ham baholash zarur. Sog`lom etuk chaqaloqlarda ritm beqarorligi va qisqa muddatli (5 soniyagacha) nafas to`xtashi (apnoe) kuzatilishi mumkin. 2 yoshgacha (ayniqsa hayotining birinchi oyida) nafas ritmi g`ayritabiiy bo`lishi mumkin, ayniqsa uxlash vaqtida.

- Nafas tipiga diqqat qaratish zarur. Erta yoshdagi bolalar uchun qorin tipida nafas olish xarakterli. O`g`il bolalarda keyinchalik nafas tipi o`zgarmaydi, qiz bolalarda esa 5-6-yoshda ko`krak tipida nafas kuzatiladi.
- NHCH 1 daqiqada bolaning uyqu vaqtida sanash qulayroqdir. Yangi tug`ilgan chaqaloqlarni va yosh bolalarni tekshirganda stetoskopdan foydalanish mumkin (rastrubni bola burni atrofiga ushlab). Bola qancha kichik bo`lsa, NHCH shuncha yuqori bo`ladi. Chaqaloqlarda yuza xarakterdagi nafas uning yuqori chastotasi bilan kompensirlanadi.

Nafas harakatining yoshga bog`liq normasi

Yoshi	NHCH, minutiga
Yangi tug`ilgan chaqaloq	40-60
1 yosh	30-35
5-6 yosh	20-25
10 yosh	18-20
Kattalar	16-18

- NHCH va YUUS nisbati sog`lom bolalarda hayotining birinchi yilida 3-3,5 ni tashkil qiladi, ya`ni bir nafas harakati bajarilganda 3-3,5 yurak qisqarishi sodir bo`ladi, katta yoshdagi bolalarda - 4 yurak qisqarishi.

Palpatsiya

Ko`krak qafasini palpatsiya qilish uchun ikkala qo`lni tekshirilayotgan sohaga simmetrik tegizamiz. Ko`krak qafasini oldindan orqaga va yon tomondan bosib uning rezistentligini aniqlaymiz. Bola qancha yosh bo`lsa, ko`krak qafasi shuncha yumshoq bo`ladi. Ko`krak qafasi qarshiligining oshishi uning rigidligidan darak beradi.

Ovoz titrashi — palpatsiya vaqtida qo`lga seziladigan bemorning ko`krak devorining rezonansli vibratsiyasi (past chastotali). Ovoz titrashini baholash uchun ham qo`l kaftlari simmetrik joylashishi kerak. Keyin boladan ovoz boylami va

rezonans strukturada maksimal tebranish paydo qiluvchi belgili soʻzlarni talaffuz qilish soʻraladi (masalan, «qirq toʻrt», «raketa» va b.q.).

Erta yoshdagi bolalarda ovoz titrashini yigʻlagan yoki qichqirgan vaqtda tekshirish mumkin.

Perkussiya

Perkussiya vaqtida koʻkrak qafasini ikkala tomonida simmetrik joylashishni taʼminlovchi bolaning toʻgʻri holatda turganligi muxim. Notoʻgʻri holatda joylashish simmetrik sohalarida perkutor ovoz har xil boʻlishi mumkin, bu olingan maʼlumotlarni notoʻgʻri baholashga olib kelishi mumkin. Orqani perkussiya qilgan vaqtda bola qoʻllarini chalkashtirib koʻkragiga qoʻyishini taklif qilish maqsadga muvofiq; koʻkrak qafasini oldingi yuzasini perk ussiya qilgan vaqtda bola qoʻllarini tana boʻylab tushiradi. Erta yoshdagi bolalarda koʻkrak qafasining oldingi yuzasi qulay perkussiyalanadi, qachonki bola orqasi bilan yotsa. Perkussiya uchun bolani orqa tomoni egilgan va kimdir bolani ushlab turishi kerak. Bolaning boshini qanday tutish haqida hali bilmasa gorizontal yuzaga qorni bilan yotqizish yoki oʻzining chap qoʻliga qoʻyish kerak.

Bevosita va bilvosita perkussiya farqlanadi.

- *Bevosita perkussiya* — egilgan barmoq bilan (odatda oʻrta yoki koʻrsatgich barmoqni) toʻgʻridan toʻgʻri bemor tanasining yuzasiga perkussiya qilish. Bevosita perkussiya erta yoshdagi bolalarni tekshirganda qoʻllaniladi.
- *Bilvosita perkussiya* — barmoq bilan boshqa qoʻl barmogʻini urish (odatda chap qoʻlning oʻrta barmogʻi), bemor tanasining tekshiriluvchi yuzasi boʻylab kaft yuzasiga mahkam tegizamiz.

Anʼanaviy perkussion zarba oʻng qoʻl oʻrta barmogʻi bilan bajariladi. Erta yoshdagi bolalarda perkussiya kuchsiz zarbalar bilan amalga oshiriladi, chunki koʻkrak qafasining elastikligi va kichik hajmdaligi sababli perkutor titrashni osonlik bilan boshqa uchastkalariga uzatiladi.

- Barmoq plessimetr qovurg`alar bilan perpendikulyar joylashishi kerak chunki erta yoshdagi bolalarda(kattalarnikiga solishtirganda), qovurg`alar oraliq`i tor bo`ladi.

Ko`krak qafasining simmetrik qismlarida qiyosiy perkussiya o`tkaziladi. Sog`lom o`pkani perkussiyasida aniq o`pka tovushi eshitiladi. Nafas olish so`ngida bu tovush yanada aniq eshitiladi, nafas chiqarish cho`qqisida birmuncha qisqaradi. Xar xil maydonda perkutor tovush turlicha. O`ng tomon pastda jigar yaqin joylashganligi sababli tovush qisqargan, chapda oshqozon yaqinligi sababli tovush timpanik fonda eshitiladi (Traube bo`shlig`i deyiladi).

O`pka chegaralarini aniqlash

- *Oldindan o`pka cho`qqisi balandligini aniqlash.* Barmoq-plessimetrni o`mrov ustidan, oxirgi barmoqni to`sh o`mrov so`rg`ichsimon muskuli tashqi qirrasiga joylashtiramiz. Barmoq plessimetr bo`ylab, tovush qisqarganicha yuqoriga qarab perkussiya qilamiz. Normada bu maydon o`mrovning o`rta qismidan 2-4 sm yuqorida joylashadi. Chegara aniq tovushga qaragan barmoq-plessimetr tomonidan o`tkaziladi.
- *Orqadan o`pka cho`qqisi balandligini aniqlash.* Cho`qqini perkussiya qilish orqadan kurak suyagidan C-VII suyak o`sig`i bo`ylab amalga oshiriladi. Birinchi marta ovoz qisqarganda perkussiya to`xtatiladi. Normada orqa tomondan o`pka cho`qqisi C-VII suyak o`sig`i soxasiga to`g`ri keladi. O`pkaning yuqori chegarasini maktabgacha yoshdagi bolalarda aniqlab bo`lmaydi, chunki o`pka cho`qqisi o`mrov orqasida joylashadi.
- *O`pkaning pastki chegarasi* barcha topografik liniyalar bo`ylab aniqlanadi.

O`pkaning pastki qirrasini perkutor chegarasi

O`pkaning pastki qirrasini perkutor chegarasi		
Tana chiziqlari	O`ng	Chap

O`rta o`mrov	VI qovurg`a	Yurak chegaralariga mos keladigan o`yiqni shakllantiradi, VI qovurg`a balandligida
Old qo`ltiq osti	VII qovurg`a	VII qovurg`a
O`rta qo`ltiq osti	VIII-IX qovurg`a	VII-IX qovurg`a
Orqa qo`ltiq osti	IX qovurg`a	IX qovurg`a
Kurak	X qovurg`a	X qovurg`a
Paravertebral	T _{XI} suyak o`sig`i sohasiga	

- O`pkaning pastki qirrasi harakatchan. O`pkaning pastki chegarasi perkussiyasi o`rta yoki orqa qo`ltiq osti chizig`i bo`ylab boshlanadi. Keyin boladan chuqur nafas olish va nafasni ushlab turish so`raladi, o`pkaning pastki qirrasi chegarasi aniqlanadi (aniq perkutor tovush eshitilgan tomondan barmoq tomon bo`ylab belgi qo`yamiz). Xuddi shunday o`pkaning pastki chegarasini nafas chiqarganda aniqlaymiz, buning uchun bemordan nafas chiqarish va uni ushlab turish iltimos qilinadi.

Auskultatsiya

Auskultatsiyada bolaning holati xuddi perkussiyada bo`lgani kabi (7-16 rasm). Ikkala o`pkada simmetrik sohalarda eshitiladi. Normada 3-6 oygacha bolalarda susaygan vezikulyar nafas eshitiladi, 6 oydan 5-7 yoshgacha - pueril (nafasning ikkala fazasi davomida nafas shovqini balandroq va davomliroq).

Bolardagi pueril tipdagi nafas olish organlarining strukturaviy xususiyati quyida keltirilgan.

- Ko`krak qafasining hajmi kichikligi sababli auskultatsiya qilinayotgan joydan ovoz yorig`igacha qisqa masofa, bu halqumdan nafas shovqinlarini qisman eshitilishiga olib keladi.
- Vibratsiyasini kuchaytiruvchi yuqori elastiklik va ko`krak qafasining yupqa devori.

- O`pka to`qimasining havochanligini kamaytiruvchi o`pka interstitsial to`qimasi birmuncha ko`p rivojlanganligi.

7 yoshdan so`ng bolalarda nafas olish asta sekin vezikulyar xarakterdagi nafasga aylanadi.

Bronxofoniya -ko`krak qafasi bronxlaridagi tovush to`lqinlarini auskultatsiya qilish. Bemordan “sh” va “ch” tovushlarini saqlovchi so`zlarni pichirlab aytish so`raladi (*masalan*, «chashka chaya»). Bronxofoniya ko`krak qafasi simmetrik uchastkalarida tekshirish shart.

INSTRUMENTAL VA LABORATOR TEKSHIRISH

Rentgenologik va radiologik metodlar

Bolalarda nafas olish organlarini tekshirish uchun ko`krak qafasi organlari rentgenogrammasi. Kompyuter tomografiya, burun yondosh bo`shlig`i rentgenografiyasi, bronxografiya, o`pkada qon aylanishini baholash uchun o`pka arteriografiyasi va aortografiya, o`pkani radioizotop skanirlash ko`proq foydalaniladi.

Endoskopik metod

Ovoz yorig`ini tekshirish uchun laringoskopiya o`tkaziladi. Erta yoshdagi bolalarda to`g`ri laringoskopiya narkozostida o`tkaziladi. Katta yoshdagi bolalarda bilvosita laringoskopiya o`tkaziladi (oyna yordamida).

Kichik bolalarda bronxoskopiya qattiq bronxoskop yordamida narkoz ostida o`tkaziladi. Kattaroq yoshdagi bolalarda halqum shilliq pardasini mahalliy og`riqsizlantirish orqali fibro- bronxoskopiya o`tkazish mumkin.

Mikrobiologik metod

Bronxial ajralma, burun bo`shlig`i va halqumdan olingan mazok tekshiriladi. Plevral suyuqlikni bakterioskopik va bakteriologik tekshirish zarur.

Allergologik metod

Allergenlar bilan teri (applikatsion, skarifikatsion), teri ichi va provokatsion sinamalar qo`llaniladi. Turli allergenlarga maxsus IgE mavjudligi va IgE umumiy miqdori aniqlanadi.

Tashqi nafas funksiyasini tekshirish

Spirograf yordamida o`pkaning tiriklik sig`imi, o`pkaning umumiy sig`imi, nafas olish rezerv hajmi, nafas chiqarish rezerv hajmi, funksional qoldiq sig`im, qoldiq hajm, nafas olish yoki chiqarishda havo oqimi tezligi (forsirlangan tiriklik sig`imi, 1 sekunda nafas chiqarish forsirlangan hajmi, o`pkaning tiriklik sig`imidan nafas chiqarishning maksimal tezligi 25, 50, 75% ni tashkil qiladi.) Pikflumetriyada shaxsiy qo`llaniladigan turli modifikatsiyadagi portativ qurilmalar yordamida (pikfloumetr) maksimal ekspirator oqimni belgilaydi. Ko`pincha ertalabki va kechki ko`rsatgichlarni baholash foydaliroq, ertalab bronx kengaytiruvchi preparatlar qabuligacha va kechqurun ularni qabul qilgandan so`ng. Pik ekspirator oqim o`zgaruvchanligi bemor holati barqarorligi va og`irlik darajasiga bog`liq. Pikfloumetr yordamida astma monitoringida bronxial obstruksiya qaytishini; kasallik kechish og`irligini baholash; bronxlar giperreaktivlik darajasini; astma qo`zishini taxmin qilish, davo effektivligini baholash mumkin.

Qonning gaz tarkibini aniqlash

Kapilyar qondagi kisloroda va karbonat angidrid to`yinganligi va yana pH aniqlanadi. Qonning gaz tarkibini uzoq vaqt uzluksiz nazorat qilish zarur bo`lsa dinamikada qonning kislorod bilan to`yinganligini teri orqali aniqlanadi. (saturatsiya).

BRONXITLAR

Bronxit – bronx shilliq qavatlarini yallig'lanishi, o'ziga xos yo'tal, balg'am ajralishi, mayda bronxlar shikastlanganda xansirash rivojlanishi bilan ifodalanadi. Bolalar nafas yo'llari kasalliklari ichida bronxit eng ko'p tarqalgandir. Ushbu holat respirator yo'llarini shilliq qavat maydonini tashqi muhit bilan uzviy bog'liqligining natijasidir.

Yuqoridagilar bronx shilliq qavati tomonidan turli xil patogenetik reaksiyalarni paydo bo'lishiga, xatto yallig'lanishgacha olib keladi. Ushbu o'zgarishlar keyinchalik bronx shilliq qavati tomonidan qaytalanuvchi yoki asoratlangan yallig'lanish jarayoni paydo bo'lishiga asos bo'ladi. Undan tashqari bronxirlarning ko'p uchrashi, kasallikning o'ziga xos kechishi nafas organlarining anatomo-fiziologik tuzilishi xususiyatlarining o'zigaxosligidir.

1 yoshgacha bo'lgan bolalar burun bo'shliqlari yaxshi rivojlanmagan, burun yo'llari tor, kalta, pastki burun yo'li hali rivojlanmagan (u 4-5 yoshga borib taraqqiy qiladi). Shuning uchun hamhavo yaxshi isitilmaydi va tozalanmaydi. Nafas yo'llari sal shamollaganda (yallig'lanishi natijasida tez berkilib nafas olish qiyinlashadi) bola yaxshi emal olmaydi. Shilliq qavatlari nozik, qon-tomirlarga boy, g'orsimon to'qima yaxshi rivojlanmagan. O'pka hajmi kichik, 1 sm tana uzunligiga 4 ml o'pka hajmi to'g'ri keladi, 8 yoshda- 18 ml, kattalarda esa 31 ml ga teng. Havo yo'llari kalta, respirator bronxial va alveolalar soni oz. O'pka segmentlari bir-birlaridan biriktiruvchi to'qima bilan chegaralangan, shuning uchun ham segmentar va polisegmentar pnevmoniyalar ko'p uchraydi. Elastik to'qimasi kam, biriktiruvchi o'qimaga boy bo'lib, qon- tomirlar bilan mo'l-ko'l ta'minlangan. Alveolalar orasida elastik to'qima sust rivojlangan. Shuning uchun ham qon dimlanish, emfizema, yallig'lanish jarayonlari boshlanishiga

qulay sharoit yaraladi. Bronxitlar bronxlarni yalliglanishi bilan kechadigan kasallik. Go'dak bolalar orasida keng tarqalgan kasallik bo'lib, tez pnevmoniyalarga utib ketishi extimoli mavjud.

Bolalarda o'tkir oddiy bronxit, o'tkir obstruktiv bronxit, o'tkir bronxiolit va kaytalanuvchi bronxitlar tafovut qilinadi.

O'TKIR ODDIY BRONXIT

Etiologiyasi. O'tkir oddiy bronxitni chaqiruvchilari: paragripp, respirator - sintisial viruslar, adenovirus, rinoviruslar, enteroviruslar, gripp virusi, qizamiq, stafilo-streptokokklar, pnevmokokklar. Chala tug'ilgan va immunologik reaktivligi past bo'lgan chaqaloq bolalar kasalxona sharoitida kasalxona infeksiyalaridan ko'pincha klebsiellyozdan, yoki ko'k yiringli tayoqchadan, ba'zan zamburug'lardan zararlanishi mumkin.

Ikkilamchi zamburug'li bronxitlarni Candida albicans chaqirgan bo'lishi mumkin. Bronxitni cho'ziluvchan kechuvini ko'pincha mikoplazma yoki xlamidiyali infektsiya bilan bog'lash mumkin. Bundan tashkari turli ximik moddalar, passiv chekish, bronxlardagi organik va noorganik yot tanachalar, termik faktorlar, sovqotish, sovuq xavodan nafas olish.

Patogenezi. Respirator viruslar nafas yo'llarining shilliq qavati epiteliysini zararlaydi. Epiteliy degeneratsiyaga uchraydi, traxeya va bronx kiprikcha hujayralari yo'qolib, mukotsiliar ekskalatorni to'xtashiga, mukostazga va bronx devori drenajini buzilishiga olib keladi. Nafas yo'llari epiteliy qatlamiga va bronx shilliq osti tomir devorlariga viruslarni birlamchi toksik ta'siri natijasida bronx devorlari shishadi va shilliq bezlar sekretsiyasi oshadi, xamda shu o'zgarishlar natijasida bronx ichida balg'am paydo bo'ladi.

Bronxlarning shilliq ostida joylashgan “semiz” xujayralari viruslar ta’sirida yallig’lanish mediatorlarini bo’shab chiqishi natijasida ikkilamchi bronx shilliq qavatini shishishi va sekretsiyasi kuchayadi. Respirator viruslar ta’siri ostida kinin-kallekrein va komplement tizimi faollashadi, o’z navbatida shuning natijasida bronx shilliq qavatini shishishi va yallig’lanishi uni hujayra elementli infiltratsiyasini kuchayishiga olib keladi.

Bronxitlar tasnifi

Patogenezi bo’yicha	Etiologiyasi bo’yicha	Zararlangan joy bo’yicha	Klinik turlari	Kechuvi
Birlamchi Ikkilamchi	Virusli Bakterial Aralash Noinfeksion Aniqlanmaga nsabablar	Laringotraxeit Traxeobronxit	Oddiy bronxit Obstruktiv bronxit	O’tkir (2xafta) Cho’zilgan (1oygacha) Qaytalanuvchi

Klinikasi. O’tkir bronxitni asosiy belgisi yo’tal bo’lib, kasallik boshlanishida quruq bo’ladi. Traxeobronxitda yo’tal ko’krak qafasida bosim yoki og’riq hissi bilan kechadi. Kasallanishning ikkinchi haftasida yo’tal yumshoq balg’am ajraluvchan bo’ladi.

O’tkir bronxitning dastlabki belgilari: yo’tal, harorat (subfebril, ba’zan 38 - 39° S), katta yoshdagi bolalarga bosh og’rigi, tomoq qichishishi, to’sh orqasining achishiga shikoyat qiladilar. Kasallikning boshida yo’tal, quruq, xurujsimon, og’riq bilan, davomli, ko’proq kechasi va ertalab kuzatiladi, keyinchalik yo’tal xo’l, balg’am ajralishi bilan. Avval balg’am suyuq, cho’ziluvchan, so’ng yiringli, qon aralashgan bo’lishi mumkin. Xansirash, sianoz bo’lmaydi, perkutor tovush o’zgarmaydi.

Auskultatsiya qilganda oddiy bronxitda dag’al nafas va yo’talganda miqdori o’zgaruvchi diffuz katta va o’rta pufakchali nam xirillashlar eshitiladi. Chuqurroq

bronxidlarda, zotiljamdan farqli, tarqalgan mayda pufakli xirillashlar eshitiladi. Bronxit ko'pincha ikki tomonlama, auskultativ o'zgarishlar simmetrik bo'ladi. O'pkaning hamma yuzasida, ba'zan orqa pastki bo'limida har xil xo'l va quruq xriplar eshitiladi. Gijillashlarning joylashishi har xil joyda, doimiy emas, yo'talda migratsiyasi kuzatiladi. Jarayon o'pkani ikkala tomonida joylashadi.

Bronxitda gematologik siljishlar xos emas, virusli va mikoplazmali infeksiyalarda leykotsitlar soni me'yorda, yoki pasayadi, EChT oshadi, ba'zan qisman neytrofillyoz va uncha katta bo'lmagan chapga siljishlik kuzatiladi.

Bronxitda *rentgen o'zgarishlar* – yumshoq soyali suratni kuchayganligi, ko'pincha ildiz oldi va pastki medial maydonlarda kuzatiladi. O'tkir bronxit davomiyligi asosan 2 haftadan oshmaydi, biroq ba'zi hollarda umumiy holatni o'zgarishsiz kataral belgilar va quruq yo'tal uzoq turadi.

BRONXITNI TASHXISOT MEZONLARI

I. Anamnez ma'lumotlari.

Kasallik ko'pincha o'tkir respirator virusli infeksiyadan keyin rivojlanganligi aniqlanadi.

II. Klinik belgilar:

1. ***Respirator sindrom:*** tomoq shilliq qavati giperemiyasi, rinit, kasallikni boshlang'ich bosqichlarida yo'tal quruq, sekin-astalik bilan yo'tal nam bo'ladi. Balg'am engil ko'chuvchi, xarakteri shilliq, ba'zan shilliq-yiringli bo'lishi mumkin.
2. ***Nafas yetishmovchilik sindromi*** kuzatilmaydi yoki potologik jarayon cho'qqisida kuchsiz yaqqollikda namoyon bo'ladi.
3. ***Bronx o'pka sindromi:*** perkutor tovush o'zgarmagan yoki qutichasimon

tusda bo'lishi mumkin; dag'al nafas, quruq, yirik va o'rta puffakchali nam xirillashlar, nafas olganda 2 tomonda eshitiladi, yo'talganda xirillashlar miqdori o'zgaribba'zan kam mayda puffakchali nam xirillashlar eshitiladi.

Intoksikatsiya belgilari: emotsional tonus pasayishi (tajanglik, negativ reaksiyalar), teri engil rangparlik ko'rinishida namoyon bo'ladi. Tana xarorati me'yoriy yoki subfebril bo'lishi mumkin. Tana xaroratini ko'tarilishi 2-3 kundan oshmaydi, biroq mikoplazmali va adenovirusli infeksiyalarda 8-10 ko'ngacha saqlanishi mumkin.

III. Paraklinik belgilari:

O'pka rentgenogrammasi (tekshiruv hamma bolalarga ham qilinmaydi: pnevmoniya va yot jism va boshkalarga shubha qilinganda o'pka rentgenogrammasi qo'llaniladi): infiltrativ o'choqli soyali o'zgarishsiz, o'pka suratini kuchayishi, o'pka ildizi kam strukturali.

Umumiy qon taxlili: Leykotsitlar me'yoriy, leykopeniya, limfotsitoz, monotsitoz bo'lishi mumkin, ko'pchilik bemorlarda o'zgarmaydi.

O'TKIR OBSTRUKTIV BRONXIT (YOKI BRONXOOBSTRUKTIV SINDROM BILAN KECHUVCHI BRONXIT)

Hozirgi zamonaviy tibbiyotda bu shakldagi bronxitlar bronxoobstruktiv sindrom – BOS deb xam ataladi. Obstruktiv bronxitda bronx shilliq qavatlarini yallig'lanishi, shishishi, shilliq sekretsiyani oshishi, bronxospazm rivojlanishi xisobiga nafas yo'llarini obstruktsiyasi yuzaga keladi. Obstruktiv bronxit xar kandy yoshda rivojlanadi, ko'pincha 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda aniqlanadi.

Ko'pincha obstruktiv bronxit nafas yo'llarining RS-virusi, paragripp

virusi, adenoviruslar bilan zararlanganda paydo bo'ladi. Infektsiyasi bronx shilliq epiteliysini shishishi, bronx ichini torayishi va bronx o'tkazuvchanligini buzilishiga olib keladi. Bu nafas yo'llarida obstruksiya paydo bo'lishiga olib keladi.

Obstruktiv sindromni patofiziologiyasi bir nechta omillardan iborat:

- shilliq qavatni shishishi;
- shilliq sekretsiasining ortishi va uning yopishqoqligining oshishi;
- bronxospazm;
- infeksiyon agent ta'siri ostida bronx shilliq giperplaziyasi;
- bronx diskineziyasi.

Obstruktiv bronxitni boshlang'ich klinik belgisi o'tkir xaroratni ko'tarilishi (ko'pincha 39⁰S atrofida) va kataral belgilar (yo'tal va rinit) bilan boshlanadi. Bolani umumiy holati o'zgargan, ishtaxasi past, ba'zan bezovta, injiq bo'lishi mumkin.

Respirator buzilishlar ko'pincha xushtaksimon (ekspirator) kechadigan shovqinli, qiyin nafas chiqarish; nafasda yordamchi muskullar ishtiroki; quruq yoki nam, tez - tez yo'tal, asosan kechasi. Nafas kuchaygan, yordamchi mushaklar ishtiroki bilan, burun kataklari kengayishi, epigastral sohani va qovurg'alar oralig'ini tortilishi kuzatiladi. Ba'zan og'iz atrofi tarqalgan ko'karishi kuzatiladi.

Perkutor tekshirganda qutichasimon tovush aniqlanadi, Auskultatsiyada dag'al nafas, nafas chiqarish cho'zilgan va kuchaygan, yirik pufakli nam va quruq tarqalgan xirillashlar eshitiladi. Ba'zan xirillashlar oraliq masofadan eshitiladi. Qon tahlilida leykotsitlar ko'rsatkichi oshiqroq, ba'zan neytrofillarni chapga siljishi kuzatiladi. EChT ko'pincha me'yor atrofida, yoki qisman (15-20 mmG's. gacha) oshgan bo'ladi. Rentgen usulida tekshirish faqat zotiljamni inkor etish uchun o'tkaziladi.

Obstruktiv bronxitni rentgenologik belgilari quyidalar: o'pka to'qimasini ko'pchishi, o'pka maydoni yoriqligini kuchayishi, ildiz oldi soxa suratini

quyuqlashishi kuzatiladi.

Kasallikni davomiyligi 7-10 kun. Obstruktiv bronxit qiyosiy tashxisotini ko'pincha o'tkir zotiljam va bronxialastma bilan o'tkazish kerak.

O'TKIR BRONXIOLIT

O'tkir bronxiolit - asosan go'dak bolalarda birinchi yarim yillikda uchraydi.

Bronxiolit – bu mayda bronxlarning o'tkir yallig'lanishi bo'lib, o'tkir nafas yetishmovchilik rivojlanishi bilan ifodalanadi.

Etiologiyasi. Bronxiolit sabablari xuddi o'tkir bronxitni chaqirgan omillar kabi - paragripoz va respirator sintsial viruslar, adenovirus bo'ladi.

Patogenezi. Patogenezida yallig'lanish jarayoni terminal va respirator bronxiolalarni egallaydi, ba'zan alveolalarga o'tadi. Mayda bronxlar va bronxiolalar shilliq qavatlar yallig'lanishi, shishi, infiltratsiyasi, gipersekretsiya, spazm, nafas yo'llarini generalizatsiyalangan obstruktsiyaga olib keladi. Nafas yo'llarining obstruktsiyasi nafas yetishmovchiligiga olib keladi.

Klinikasi. Kasallik og'ir kechishi, toksikoz, nafas va yurak qon-tomir etishmovchiligi bilan xarakterlanadi. Goxida kollaptoid holat yuzaga keladi. Adenovirusli bronxiolitga gipertermiya 39 - 40°S xarakterli. AS va paragrippli bronxiolitga febril temperatura 1-3 kun kuzatiladi.

Kasallik klinikasida taxipnoe - nafas 70 - 80 ta 1 minutda va undan kup; nafas shovqinli, yuzaki, yordamchi muskullar ishtirokida; teri kulrang - ko'kimtir, shilliq qavatlar ko'kimtir (lab - og'iz uchburchagida). Quruq, xurujsimon yo'tal, keyin nam yo'talganda qayt qilish, perkussiyada old va orqa tomonda qo'shimcha tovush, ba'zi joylarda perkutor tovush kaltaligi;

auskultatsiyada dag'al nafas, mayda pufakchali, ba'zi joylarda krepitatsiya, asosan o'pkaning pastki bulimida g'ijilash, bular bilan o'rta va katta kalibrdagi migratsiyalanuvchi xo'l va xushtaksimom quruq g'ijillashlar va muzikali xirillashlar eshitiladi.

Yurak tonlari bo'g'iq, chegarasi kengaygan, o'ng yurak yetishmovchiligi, ba'zan jigar kattalashgan, kindik va uning pastigacha biroz shishinqiragan. Gipoksiya natijasida bezovtalik, gipoksemiya, eklampsiya.

QAYTALANUVCHI – RETSIDIVLANUVCHI BRONXIT

Retsidivlanuvchi bronxit deganda 1-2 yil davomida 3-4 marta qaytalovchi obstruksiya belgilarisiz namoyon bo'ladigan bronxit tushuniladi. Bronxit epizodlari klinik belgilari uzoq namoyon bo'luvchi (2 hafta va undan ko'p) bilan ifodalanadi.

Qaytalanuvchi bronxit ko'pincha burun yutqun va burun bo'shliq yo'llarini yalig'lanishi bor bolalarda uchraydi. Bronxit qaytalanishi cho'ziluvchan kechuvga ega bo'lib, qaytalanish 3-4 haftagacha boradi.

Etiologik omillarni (yoki ularni birgaligi) quydagilarga bo'linadi:

- Bolani tez-tez (yilda 3-4 martagacha) respiator virus infektsiya bilan kasallanishi;
- LOR a'zolarining kasalliklari;
- Ekologik sharoitning noqulayligi;
- Bakterial allergiyani borligi;
- Genetik omillar (immunitet tanqisligi, mukovitsidoz x.k.)

Ko'pgina bolalarda virusni persisterlanishi mumkin. Qaytalanuvchi bronxitda o'tkir bronxit bilan solishtirganda bakterial infektsiya ishtiroki katta ahamiyatga ega.

Etiologiyasi. Ko'proq ORVI, ayrim hollarda o'tkir pnevmoniya, qizamiq, ko'k yo'tal, burun va og'iz bo'shligidagi surunkali infektsiya o'choqlarini qaytalangandarivojlanadi.

Etiologik faktorlarga viruslar, gripp, paragripp, mikoplazmalar, bakteriyalar, bakteriya-virus assotsiyatsiyalari.

Klinikasi. Kasallikni har bir qaytalanishi o'tkir boshlanadi. Qisqa muddatli harorat ko'tarilishi mumkin. Bosh og'rigi, yuqori nafas yo'llarida kataral o'zgarishlar, umumiy ahvol bir oz o'zgaradi. Kasallikni qaytalanishga quruq og'riqli, ayrim hollarda xurujsimon yo'tal yoki yiringli balg'am bilan yo'talish kuzatiladi. 3-4 hafta ba'zan 6-12 hafta davom etadi.

Auskultatsiyada o'pkada xarakteristik kalibrdagi, o'zgaruvchan, butun o'pka bo'ylab, quruq xirilashlar, ko'proq nafas olishda, kuraklar orasida dagal nafas eshitiladi. Remissiya davrida o'pkada o'zgarishlar bo'lmaydi.

Diagnostikasi. Virusologik. Serologik, periferik qonda leykotsitopeniya, limfotsitoz, SOE tezlashishi, leykotsitoz pnevmoniyaga xos; rentgenologik o'pka tinikligi ortishi, qovurg'alararo oraligni kengayishi, ildiz oldi soyasini ortishi. Bronxitlar differentsial diagnostikasi o'tkir pnevmoniya, o'tkir respirator infektsiya, ko'k yo'tal, bronxoobstruktiv sindrom va boshq. bilan o'tkaziladi.

Davolash. Oksigenoterapiya; Simptomatik va etiotrop. Grippda kasallikni 1-2 kunida grippga qarshi g - globulin 0,1 - 0,2 mg/kg; leykotsitar interferon buro'nga 4-6 marta. Gipertermiyada - fizik metodlar, litik aralashmalar: tsefeqon shamlari 2-10 yoshgacha 1G³-1G² katta bolalarga 3G⁴ -svecha; Kuchli yo'talda issik vannalar, ko'krak qafasiga spirtli kompresslar;

Yallig'lanishga qarshi, mukolitik va bronxolitik aerezollar; toksikoz, eksikozlarda dezintoksikatsion terapiya; spazmolitiklar (eufillin); pnevmoniyaga

taxmin bo'lsa antibiotiklar; bronxidlarni davolashda keng ko'lamda chalg'ituvchi va fizioterapiya muolajalari egallaydi – gorchichniklar, kompreslar, oyoq vannalari, ingalyatsiyalar, uvch, ufo, elektroforez va h.k.

Bilimlarni mustahkamlash uchun test savollari

1. Bronxidlarni keltirib chiqaruvchi asosiy etiologik omillari:

- a) pnevmokoklar, streptokoklar, viruslar
- b) pnevmokoklar, streptokoklar, diplokoklar
- c) stafilokoklar, streptokoklar, gonokoklar
- d) pnevmokoklar, streptokoklar, enterokoklar

2. Qaysi qo'zg'otuvchilar bronxidlarni rivojlanishiga sabab bo'lmaydi?

- a) Borde Jangu tayoqchasi, Kox batsillasi
- b) pnevmokokk, streptokok, diplokoklar
- c) virus va bakteriyalar
- d) patogen zamburuglar

3. Bronxidlarni rivojlanishida infeksiyaning asosiy kirish yo'li:

- a) aerogen bronxogen
- b) gematogen
- c) limfogen
- d) retrograd

4. O'tkir oddiy bronxitning asosiy simptomlarini ko'rsating.

- a) quruq, og'rikchan yo'tal
- b) ekspirator xansirash

- c) xirillashlar masofadan turib eshitiladi
- d) intoksikatsiya belgilari

5. Oddiy o'tkir bronxitga xos ob'ektiv ma'lumotlar:

- a) o'pkada dagal nafas, quruq va nam xirillashlar
- b) o'pkada vezikulyar nafas, xirillashlar yuk
- c) o'ng o'pkaning yukori kismida sust nafas
- d) o'pkaning pastki kismilarida krepitatsiya

6. Bronxirlarning klasiffikatsiyasiga kiritilmagan:

- a) o'choqli bronxit
- b) o'tkir oddiy bronxit
- c) obstruktiv
- d) qaytalanuvchi

7. Obstruktiv bronxit asosan rivojlanadi:

- a) EKD si bor bolalarda
- b) anemiyasi bor bolalarda
- c) gipotrofiyasi bor bolalarda
- d) raxiti bor bolalarda

8. O'tkir obstruktiv bronxitning asosiy simptomlari:

- a) ekspirator xansirash, distantsion xirillashlar
- b) quruq og'riqli yo'tal
- c) neyrotoksikoz simptomlari
- d) kuchli intoksikatsiya belgilari

9. O'tkir obstruktiv bronxitning auskultatsiyada eshitiladi:

- a) butun o'pka bo'ylab quruq xushtaksim on xirillashlar

- b) o'pkada amforik nafas, xirillashlar yo'q
- c) paravertebral sohalarda krepitatsiya
- d) oral xirillashlar

10. O'tkir bronxitga xos simptomlar:

- a) quruq yo'tal, tarqoq quruq xirillashlar
- b) intoksikatsiya belgilari
- c) o'pkada vezikulyar nafas, xirillashlar yo'q
- d) o'pkaning pastki kismlarida krepitatsiya

11. Avval quruq, og'rikchan, bir necha kundan so'ng nam yo'tal xos -

- a) o'tkir bronxidlarga
- b) o'tkir pnevmoniya
- c) bronxial astma
- d) bronxoektatik kasallik

12. O'tkir bronxidlarga xos klinik simptomlar:

- a) rinofoaringit belgilari, quruq yo'tal, tarqoq quruq xirillashlar
- b) intoksikatsiya belgilari, o'pkada krepitatsiya
- c) o'pkada vezikulyar nafas, xirillashlar yo'q
- d) ertalab balg'am tupirish bilan yo'tal, auskultatsiyada krepitatsiya

13. O'tkir obstruktiv bronxitda o'pkada eshitiladigan xirillashlarning xarakteri:

- a) butun upka bo'ylab tarqoq quruq, xushtaksimon xirillashlar
- b) gijjillagan xirillashlar
- c) mayda pufakli xirillashlar sust nafas
- d) krepitatsiya

14. O'tkir bronxidlarga xos ob'ektiv ma'lumotlar:

a) o'pkada dag'al nafas, quruq, xushtaksimon xirillashlar, ayniqsa o'pkaning yuqori qismlarida

b) o'pkada vezikulyar nafas, xirillashlar yo'q

c) o'ng o'pkaning yukori qismida amforik nafas

d) o'pkada dag'al nafas, quruq xirillashlar va krepitatsiya

15. O'tkir bronxit klinik diagnozini qo'yish uchun kerak:

a) rentgen tekshiruvi

b) klinik tekshiruv

c) bronxoskopik

d) bronxografiya

16. O'tkir bronxidlarda rentgenologik o'zgarishlar:

a) o'pka va bronx naqshi kuchaygan, ayniqsa ildiz soxalarida

b) o'pka va bronx naqshi kuchaygan, uchoqli soyalanishlar

c) bronx-o'pka strukturasi o'zgargan, pnevmoskleroz belgilari

d) o'pka va bronx naqshi kuchaygan, bo'lak soyalanishi

17. 6 oygacha bo'lgan bolalarda nafas olish soni me'yorida 1 minutda:

a) 40-45 ta

b) 35-40 ta

c) 40-50 ta

d) 30-35 ta

18. Nafas etishmovchiligi darajasini aniqlash uchun xisobga olish kerak:

a) nafas olish tezligini pulsga nisbati

b) bir minutda nafas olish soni

c) bir minutda puls tezligi

d) o'pka auskultatsiyasi

19. O'tkir oddiy bronxitda antibiotiklar qo'llanishiga ko'rsatmalar:

- a) go'dak yoshdagi bolalarda, bakterial infeksiya qo'shilganiga taxmin qilinsa
- b) intoksikatsiya belgilari yuk bo'lsa
- c) bolalarda yondosh kasalliklari (raxit, gipotrofiya) kuzatilsa
- d) immunodefitsit xolatlar kuzatilsa

20. Bronxit kasalligi klinikasida yo'tal xarakteri. Noto'g'ri javobni ko'rsating.

- a) «vovullovchi» yo'tal
- b) avval quruq, og'rikli keyin nam yo'tal
- c) quruq og'riqli yo'tal
- d) rinofoaringit belgilari, yo'tal,

21. «Vovullovchi» yo'tal kaysi kasallikka xos simptom:

- a) o'tkir stenozlovchi laringotraxeit
- b) o'tkir oddiy bronxit
- c) o'tkir obstruktivbronxit
- d) o'tkir pnevmoniya

22. O'tkir oddiy bronxitda antibiotik qo'llanishiga ko'rsatma bo'lsa antibiotiklar qay usulda berish maqsadga muvofiq bo'ladi?

- a) per os (og'iz orqali)
- b) m/o
- c) v/i
- d) t/o

23. O'tkir oddiy bronxitda antibiotiklar necha kun davomida beriladi?

- a) 5-7 kun
- b) 2-3 kun
- c) 6-8 kun

d) 1 kun

24. O'tkir bronxiolitda patologik protsess kaerda kuzatiladi?

- a) mayda bronxiolalar va alveolalarda
- b) o'rta kalibrdagi bronxlarda
- c) mayda bronxlarda
- d) yirik kalibrdagi bronxlarda

25. O'tkir bronxiolitga qaysi eshdagi bolalar ko'proq chalinadi ?

- a) 6 oygacha bo'lgan bolalar
- b) chaqaloqlar
- c) 1 eshgacha bulgan bolalar
- d) bogcha eshidagilar

26. Qaytalanuvchi bronxitda kasallikning qaytalanishi qancha davom etadi ?

- a) 2-3- xaftadan, 3 oygacha
- b) 2-3 xafta
- c) 1-2 xafta
- d) 1-2 oy

27. Qachon retsidivlanuvchi bronxit diagnozi qo'yiladi?

- a) bola bir yilda 4-5 marta bronxit bilan og'riganda
- b) bola bir yilda 5-6 marta bronxit bilan og'riganda
- c) bola bir yilda 1-3 marta bronxit bilan og'riganda
- d) bola 2 yilda 4-5 marta bronxit bilan og'riganda

28. O'tkir obstruktivda davolash prinsiplari asosan yo'naltirilgan:

- a) bronxial obstruktsiyani bartaraf qilishga
- b) yallig'lanishga qarshi

- c) qo'zg'atuvchiga qarshi
- d) intoksikatsiyaga qarshi

29. Bronxit diagnozini ko'yishda asosiy diagnostik qiymatga ega bo'lgan diagnostik tekshiruv:

- a) ob'ektiv tekshiruvlar ma'lumoti, rentgenografiya
- b) ob'ektiv ma'lumotlar, bronxografiya
- c) spiroografiya
- d) ob'ektiv simptomlar, pikfloumetriya

30. O'tkir bronxidlarda penitsillinning o'rtacha dozasi:

- a) 100-150 ming XB/kg
- b) 200-300 ming XB/kg
- c) 50-100 ming XB/kg
- d) 200-250 ming XB/kg

31. Bronxit kasalligini davolashda antibiotikoterapiya tamoyillari:

- a) antibiotiklar 5-7 kunga tavsiya etiladi
- b) antibiotiko-terapiya davomli, xar 7-10 kunda almashtiriladi
- c) antibiotik-lar maksimal dozada tavsiya etiladi
- d) bir vaqtda 2- ta antibiotik qo'llaniladi

32. Qaysi preparatlar organizm himoya kuchini oshirish uchun ishlatilmaydi?

- a) antibiotiklar
- b) immunoglobulin
- c) dibazol
- d) biostimulyator

33. Antibakterial terapiyani asoratini oldini olish maqsadida qo'llaniladi?

- a) zamburug'ga qarshi preparatlar
- b) vitaminlar
- c) sulfanilamidlar
- d) biostimulyator

34. Bronxlar drenaj funksiyasini tiklashda qo'llaniladi?

- a) 10% atsitilsistein, 2% soda, mukolitiklar
- b) bromgeksin
- c) vitaminlar
- d) UVCh

35. Qaysi dorivor moddalar antibiotiklar guruhiga kiradi:

- a) ampitsillin, tsefazolin, megatsef
- b) ampitsillin, tsefataksim, nistatin
- c) tetratsiklin, levorin, amoksitsillin
- d) ampitsillin, ketotsef, ketonal

36. Tsefalosporinlar qatorini ko'rsating:

- a) tsefatoksim, kefzol, tsefazolin baktotsef
- b) tsefazolin, kefzol, riboksin
- c) kefzol, kanamitsin, amoksiklav
- d) tsetatoksim, tseporin, tserukal, baktrim

37. Bronxlar drenaj funksiyasini yaxshilash uchun qo'llaniladi:

- a) ingalyatsion aralashmalarga mukolitiklar qo'shish
- b) ingalyatsion aralashmalarga vitaminlar qo'shish
- c) ingalyatsion aralashmalarga antibiotiklar qo'shish
- d) antibiotiklar almashtirish

38. Mukolitik preparatlar guruhiga kiradi:

- a) mukosolvin, atsts, ximopsin,
- b) ximopsin, eufillin, novokain
- c) eufillin, adrenalin, atsetiltsistein
- d) mukosolvin, adrenalin, ximopsin

39. Yarimsintetik penitsillinlar guruhiga kiruvchi antibiotiklarni ko'rsating:

- a) ampitsillin, amoksitsillin, oksamp
- b) ampitsillin, tsefataksim, oksamp
- c) amoksitsillin, oleandomitsin
- d) ampitsillin, ketotsef, azitromitsin

40. Antigistamin guruh preparatlar guruhini ko'rsating:

- a) diazolin, tavegil, ketotifen, suprastin
- b) diazolin, ditsinon, dimedrol,
- c) suprastin, diazolin, stoptussin
- d) dimeksin, tsimetidin, ketotifen

41. Biopreparatlar guruhini ko'rsating:

- a) lineks, enterojermina, laktobakterin
- b) bisakodil, senadeksin, dyufalak
- c) no-shpa, platifillin, laktobakterin
- d) biseptol, ampitsillin, lineks

42. Gipertermiya sindromida birinchi yordam:

- a) fizikaviy usulda sovutish (oxlajdenie)
- b) analgin, seduksen, gomk, oksigenotera-piya
- c) litik aralashma
- d) chalg'ituvchi terapiya sifatida

43. Bronxiti larni davolashda tavsiya etiladi:

- a) gorchichniklar, banka qo'yish
- b) massaj, ko'krak qafasiga uvch
- c) quyosh vannalari, gorchichniklar
- d) aerosol, elektorforez

44. Zamburug'li qarshi qo'llaniladigan dorilar:

- a) flukanazol, amfoteritsin
- b) tsefamizin, gentamitsin
- c) linkomitsin, gentamitsin
- d) rifampitsin

45. Ambroksol, mukosolvin, atsetilsistein, ximopsin - bu:

- a) mukolitik preparatlar
- b) antigistamin preparatlar
- c) antibiotiklar
- d) biopreparatlar

46. Tseftriakson, tsefazolin, rotatsef – bu:

- a) tsefalosporin antibiotiklar
- b) aminoglikozidlar
- c) zamburug'ga qarshi preparatlar
- d) yarimsintetik penitsillinlar

47. Gentamitsin, sizamitsin – bu:

- a) aminoglikozidlar
- b) tsefalosporin antibiotiklar
- c) yarimsintetik penitsillinlar

d) rifampitsin guruhi

48. Lineks, enterojermina, bifolak – bu:

- a) biopreparatlar
- b) sulfanilamidlar
- c) antibiotiklar
- d) yarimsintetik penitsillinlar

49. O'tkir bronxidlarda ampitsilinning o'rtacha dozasi:

- a) 100- ming XB/kg
- b) 200-300 ming XB/kg
- c) 50-70 ming XB/kg
- d) 200-250 ming XB/kg

50. Flukanazol, funistatin, amfoteritsin – bu:

- a) zamburug'ga qarshi preparatlar
- b) aminoglikozidlar
- c) sulfanilamidlar
- d) antigistamin preparatlar

PNEVMONIYALAR

O'TKIR PNEVMONIYA

O'tkir pnevmoniya - go'dak yoshdagi bolalar orasida eng ko'p tarqalgan kasallikdir. Bu kasallik asosan nafas tizimining respirator bo'limlari va o'pka to'qimasida infiltrativ yallig'lanish bilan kechadigan o'tkir infeksiyon jarayon

bo'lib hisoblanadi. Bunda alveolalarda ekssudat to'lib, organizm umumiy reaksiyalar berishi kuzatiladi (harorat, intoksikatsiya belgilari), yo'tal, nafas etishmovchiligi (xansirash, nafasda qo'shimcha muskullarning ishtirok etishi), maxalliy fizikal simptomlar, rentgentgrammada infiltrativ o'chog'lar kuriladi.

Pnevmoniya yunon so'zidan olingan bo'lib, pneumon – o'pka; iuan – yalliglanish, ya'ni o'pka yalliglanishi ma'nosini bildiradi.

Pnevmoniya kasalligi ayniqsa go'dak yoshdagi bolalar orasida eng ko'p tarkalgan kasallik bo'lib, alohida kasallik yoki biror bir kasallikning asorati sifatida kuzatiladi va hozirgi vaqtgacha bolalar o'limining asosini tashkil qiladi. Bunday bo'lishiga sabab pnevmoniya diagnozini qo'yishda aniq bir diagnostik usulning yo'qligidir, shuning uchun xam bronxit va bronxiolitlar xisobiga pnevmoniya giperdiagnostikasiga sabab bo'ladi.

O'tkir pnevmoniyalar 1 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida 1000 ta sog'lom bolaga 10-15 ta, 1 –3 yoshgacha 15-20 ta, 5 yoshdan katta bolalarda esa 5 – 6 ta bolalarga pnevmoniya to'g'ri keladi.

Pnevmoniya kasalligi yilning sovuq oylarida, gripp epidemiyasida ko'payadi va qo'pincha nimjon, gipotrofiyasi, anemiyasi, tug'ma nuksonlari bor, chala tug'ilgan bolalar orasida ko'p uchrab ularning o'limiga sabab bo'ladi. 0-1 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida o'lim 4,5-23%ni tashkil qiladi.

Tasnifi. RF Sog'liqni Saqlash vazirligining 1995-yilda o'tkazilgan bolalar pulmonologlari va irsiy determinallangan o'pka kasalliklarining muammoli komissiyasi tomonidan bolalardagi pnevmoniyaning ishchi tasnifi kiritilgan.

Bolalarda pnevmoniyaning ishchi klassifikatsiyasi

Morfologik shakli	Pnevmoniya rivojlanish sharoitlari	Kechishi	Asoratlari	
			O'pka	O'pkadan tashqari

O'chogli Segmentar O'chogli- slivnaya Krupoz Intersti-tsial	Shifoxonadan tashqari Shifoxonaichi Perinatal zararlanish Immunotankislik sindromi bor bemorlarda	O'tkir 4-6 xaftagacha Cho'ziluvchan (2-6oygacha)	Sinpnevmonik plevrit Metapnevmonik Plevrit Nafas etishmovchiligi O'pka destruktsiyasi O'pka abstsessi Pnevmotoraks	Infektsion-toksik shok DVS-sindrom Yurak-tomir yetishmovchiligi Respirator distress-sindrom
--	---	--	---	---

Shifoxonadan tashqari pnevmoniyalar uyda rivojlanadi, asosan O'RVI so'ng. Shifoxona ichi yoki nozokomial pnevmoniyalar bemor shifoxonaga yotgandan 72 soat o'tgach rivojlangan yoki shifoxonadan chiqqandan 72 soat o'tgandan so'ng rivojlanadi.

Perinatal zararlanish oqibatida rivojlangan pnevmoniyalar asosan chaqaloq tug'ilgandan so'ng 72 soat ichida rivojlanadi. 72 soat o'tgandan so'ng rivojlangan pnevmoniyalar orrtirilgan yani postnatal pnevmoniyalar deb ataladi.

Etiologiyasi. Pnevmoniyaning etiologik omillari turli-tuman bo'lib, ularga viruslar, bakteriyalar, patogen zamburug'lar, mikoplazmalar, pnevmotsistalar, sodda jonivorlar, xlamidiyalar va boshqa mikroorganizmlar keltirib chiqarishi mumkin. Kasalxona ichi pnevmoniyasi, shifoxonada bo'lganda 48 soatda yoki shifoxonadan chiqqandan keyin 48 soat ichida rivojlanadi. Kasalxona ichi pnevmoniyasi (nozokomial) erta (birinchi 4 sutkada sun'iy o'pka ventilyatsiyasidan so'ng) va kechki (sun'iy o'pka ventilyatsiyasidan so'ng 4 sutkadan ortiq) ventilyatsion pnevmoniyalarga bo'linadi.

Pnevmoniyaning cho'ziluvchan kechishi pnevmonik jarayonning kasallik boshlanishidan 6 haftadan 8 haftagacha yo'qolmasligi kuzatilganda qo'yiladi.

Pnevmoniyaning og'irlik darajasi (yengil, o'rta og'ir, og'ir) toksikoz rivojlanishi, nafas yetishmovchiligi va yurak qon tomir o'zgarishlariga qarab belgilanadi. Bu esa o'z navbatida qo'zg'atuvchi turi, infektsiya ko'pligi va

makroorganizm holatigagina (reaktivlikga) bog'liq bo'lmay, balki o'z vaqtidagi va ratsional terapiyaga ham bog'liq.

Etiologiyasi. Uy sharoitida kasallangan 6 oydan 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda pnevmoniyaning eng ko'p tarqalgan qo'zg'atuvchisi- pnevmokokk (*Streptococcus pneumoniae*) va gemofil tayoqchasi - *Haemophilus influenzae* b hisoblanadi. So'ngi yillarda bolalarda pnevmoniyaning birinchi o'rinda turadigan sabablaridan biri tilla rang stafilokokk hisoblangan.

Epidemik mavsumda (sentyabr-yanvar) erta yoshdagi, maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda *Mycoplasma pneumoniae* (mikoplazmalar) ahamiyati yuqori bo'ladi. O'smir yoshda *Chlamidia pneumoniae* (xlamidiyalik pnevmoniya) kasallikni sababchi omili bo'lish ehtimolini unutmaslik kerak.

Viruslar asosan bir yoshgacha bo'lgan bolalarda virusli pnevmoniya rivojlanishida katta ahamiyatga ega.

Ko'p qusadigan, nafas yo'llari aspiratsiyasi bor, mukovistsidoz bilan og'rigan zaiflashgan bolalarda pnevmoniyaning sababchisi ichak tayoqchasi, tilla rang stafilokokk, ba'zida *Moraxella (Branchamella) catharalis* bo'ladi. Legionellalar bilan chaqirilgan pnevmoniya sababi *L. Pneumophila* (legionerlar kasalligi sababchisi) bo'lib, bolalarda kam uchraydi.

Homila ichi infitsirlanishida ko'pincha xlamidiyalik pnevmoniya tashhislanadi. Kam hollarda muddatidan oldin tug'ilgan bolalarda pnevmotsistozli pnevmoniya (qo'zg'atuvchisi- pnevmotsistlar); og'ir darajali chala tug'ilgan bolalarda ureaplazma va *Mycoplasma hominis* chaqirgan pnevmoniyalar aniqlangan.

Immunodefitsitning gumoral shaklida (birlamchi va immunoglobulinlar etishmasligi bilan kechadigan) pnevmoniyani sog'lom bolalardagidek o'pka florasi chaqiradi, lekin kasallik og'ir kechadi va qaytalanuvchi bo'ladi. Immunodefitsitning hujayraviy shaklida ko'pincha pnevmotsistli pnevmoniya (asosan VICH - infeksiyada), kam hollarda – tsitomegaloviruslar chaqirgan pnevmoniya kuzatiladi.

Alohida katta guruxni boshqa kasallik tufayli kasalxonaga yotqazilgan bolalarda rivojlanuvchi kasalxona ichi pnevmoniyasi tashkil qiladi. Bunday pnevmoniya antibiotiklarga yuqori rezistent bo'lgan "shifoxona" shtammlari (stafilokokk, klebsiella, psevdomonas – ko'k yiringli tayoqcha), yoki bemorning autoflorasi bilan chaqiriladi. Bu pnevmoniya rivojlanishiga oddiy o'pka florasi buzilishiga olib keluvchi antibakterial davo imkon yaratadi. Buning natijasida nafas yo'llarining pastki qismlari bola uchun yot mikroorganizmlar bilan to'lishiga yo'l ochib beriladi. Kasalxona ichi pnevmoniyasi *gospital* deb ham yuritiladi.

Patogenezi. Kasallik chaqiruvchi mikroorganizmlar o'pkaga ko'pincha aerogen yo'l orqali tushadi. Mikroblarning bronxlar shilliq qavatida joylanib olishiga bola immun mexanizmining zaiflashuviga olib keluvchi o'tkir respirator virusli infeksiyalar sababchi bo'ladi.

Sepsisda mikrob tanachalarining qon orqali gematogen yo'l bilan o'pkaga o'tishi kuzatiladi. O'pka to'qimasidan infeksiya limfogen yo'l orqali yaqin organlarga va plevruga tarqaladi. Infitsirlanganda mayda bronxlarda yallig'lanish rivojlanadi. Bu ventilyatsiyaning buzilishiga va alveolalarga (kislorod va karbonat anhidrid almashinuvi kuzatiladi)havo kirishini chegaralanishiga olib keladi. Atelektaz (alveolalar yopishishi) va o'pka to'qimasi yallig'lanishi kuzatiladi. Gaz almashinuvining buzilishi natijasida barcha organlarda gipoksiyayuzuga keladi. Yallig'lanishning asoratlanmagan kechishida o'zgarishlarning to'liq ortga qaytishi 3 hafta davomida kuzatiladi.

O'pkaning yallig'langan sohasidagi atelektaz yoki yiringli jarayonning so'rilishi uchun 4-6 hafta kerak bo'ladi. Plevraning zararlanishidan keyingi sog'ayish 2-3 oygacha davom etadi. Infeksiyaning respirator bronxiolalarga yaqin joylarda yallig'lanish reaksiyasi bilan chegaralanishida *o'choqli* va *o'choqlar qo'shilishi* turidagi pnevmoniya rivojlanadi.

Bakteriyalar va shish suyuqligining alveolalardan bir segment doirasida tarqalishi va segmentar bronxlarning infitsirlangan shilliq bilan tiqilib qolishi

natijasida *segmentarpnevmoniya* paydo bo'ladi, infitsirlangan shish suyuqligining o'pkaning bir bo'lagiga tarqalganda esa *bo'lakli (krupoz)* pnevmoniya yuzaga keladi.

Bolalarda pnevmoniyaning xarakterli belgisi bo'lib patologik jarayonga regionar limfa tugunlarining (bronxopulmonal, bifurkatsion, paratraxial) jalb qilinishi hisoblanadi, bu ob'ektiv tekshirganda o'pka ildizining kengayishi bilan namoyon bo'ladi.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda pnevmoniya o'ng o'pkaning II segmentida yoki ikkala tomonning IV-VI va IX-X segmentlarida joylashadi. Katta yoshdagi bolalarda o'ng tomonlama II, VI, X segmentlar, chap tomonlama VI, VIII, IX, X segmentlar zararlanadi.

Pnevmoniyada vujudga keluvchi kislorod etishmovchiligi MNSning faoliyatiga ta'sir qiladi. Bolalarda kasallik avj olgan davrda asab tizimining vegetativ qismida simpatik qismning ustunligi bilan xarakterlanuvchi disfunktsiya vujudga keladi. Toksikozdan chiqish davrida esa xolinergik reaksiya ustunlik qiladi.

Pnevmoniyada bemordagi yurak qon-tomir tomonidan kuzatiluvchi o'zgarishlar MNSning buzilishi, xamda nafas etishmovchiligi, o'pkaning to'laqonligi, toksikoz bilan bog'liq.

Bolalarda pnevmoniya kasalligida boshqa tizimlarda ham funktsional o'zgarishlar kelib chiqadi: hazm qilish tizimida (fermentlar faolligi pasayishi, oshqozon-ichak trakti motorikasi buzilishi va erta yoshdagi bolalarda qorin dam bo'lishi, disbakterioz, parenteral dispepsiya); endokrin tizimida (katexolaminlar, glyukokortikoidlar sekretsiyasi pasayishi); siydik ayirish tizimida (buyrakning filtratsion, reabsorbtsion va sekretor funktsiyasi buzilishi, jigarning mochevina hosil qiluvchi va dezaminirlovchi funktsiyasining pasayishi); immunologik reaktivlikning buzilishi kuzatiladi.

Kichik yoshdagi bolalarda pnevmoniyaga ko'p chalinish nafas olish organlarining anatomik xamda fiziologik xususiyatlariga bog'liq.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalar orasida nafas yo'llari kasalliklari, ayniqsa zotiljamlar ko'p uchrab turadi. Bunga asosiy sabab bo'lib nafas olish organlarining o'ziga xos xususiyatlari xisoblanadi. Masalan, chaqaloqlarda burun yo'llari faqat ikkita bo'lib, pastki burun yo'li xali rivojlanmagan, shuning uchun xavoning isishi xamda tozalanishiga mone'liklar ko'p; burun yo'llari tor xamda qisqa bo'lib, osonlikcha berkilib qoladi; burun yo'llari shilliq qavatlarini nozik xamda qon tomirlari bilan yaxshi ta'minlanganligi bois osonlikcha shishib qoladilar xamda burun orqali nafas olishga qiyinchiliklar tug'diradi; burun yo'llaridagi shilliq asoson suvdan iborat bo'lganligi uchun uning bakteriotsid xususiyatlari sust rivojlangan.

Burun yo'llari shilliq qavatlarining xilpillovchi epiteliyalari xali sust ekanligi tufayli uning yot jismlar xamda bakteriyalarni tutib qolish xususiyatlari past; burunning qo'shimcha bo'shliqlari (sinuslar) chaqaloqlarda deyarli bo'lmay, ular bola 12 yoshga etgandagina to'la shakllanib bitadilar; limfatik to'qimadan iborat bo'lgan Pirogov-Valdeer xalqasi xam xali sust rivojlangan bo'lib, infeksiyalarni tutib qolish xususiyatlari past; ovoz boylamlari ingichka xamda nozik bo'lib, sal narsaga shishib qoladilar va ovoz tirqishining torayishiga sabab bo'ladilar.

Traxeya xamdabronxlar qisqa vatorbo'lib, shilliqqabatlari nozikxamda qon tomirlari bilan yaxshi ta'minlangan, shuning uchun ular bo'shliqlari osonlikcha torayib qoladi va xavo o'tishining qiyinlashuviga olib keladi, shuningdek, bronxlar devori elastik tolalarining hali yaxshi rivojlanmaganligi xam ular bo'liqlarining osonlikcha torayib qolishiga olib keladi; o'pka to'qimasi elastik tolalarining sust rivojlanganliklari ham alveolarning osonlikcha puchayib qolib, gaz almashinuvining osonlikcha buzilishiga sabab bo'ladi; nafas olish organlarining bolalardagi eng muhim jihatlaridan biri bo'lib yana ko'krak qafasining tuzilishi xam xisoblanadi: kattalarda qobirg'alar vertikal joylashganligi holida kichik yoshdagi bolalarda esa, asosan gorizonttal ko'rinishda bo'ladi, bu holat ko'krak qafasi ekskursiyasini kamaytirib, chuqur nafas olishiga mone'lik ko'rsatadi.

O'pka hajmi kichik, 1 sm tana uzunligiga 4 ml o'pka hajmi to'g'ri keladi, 8 yoshda-18ml, kattalarda esa 31mlga teng.Xavo yo'llari kalta, respirator bronxial va alveola soni oz, tug'ilganda 1,5 mln. tashkil kilgan bo'lsa, 8 yoshda 14 mln.ga etadi. Tug'ilganda alveolalar soni 20-24 mln bo'lsa, 8 yoshda 300 mln.ga etadi.

O'CHOQLI PNEVMONIYA

O'choqli pnevmoniya – o'pkaning eng ko'p uchraydigan yallig'lanish turi bo'lib, asosan erta yoshdagi bolalarda, maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda turli hil kechadi.

Klinikasi: Maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda o'choqli pnevmoniya klinikasi “o'pka” (respirator) shikoyatlari, intoksikatsiya belgilari, lokal fizikal o'zgarish belgilaridan iborat.

Kasallik 1-chi va 2-chi haftani oxirida xarakterli belgilarning sekin-asta rivojlanishi bilan asta-sekin boshlanishi, yoki birinchi uch kunidayoq klinikasi yaqqol namoyon bo'lgan to'satdan boshlanishi ham mumkin.

Birinchi ko'rinishida ORI bilan kasallangan bolada, qisqa muddat ahvolini yaxshilanishi yoki intoksikatsiya belgilari kuchayishi mumkin: tana harorati ko'tarilishi, bosh og'rishi, o'zini yomon his qilish va ishtahani pasayishi, lanjlik va atrof-muhitga bo'lgan qiziqishni pasayishi, bezovtalik, uyqu buzilishi, til karash bilan qoplangan, taxikardiya, noadekvat bezgak darajasi kuzatiladi.

«O'pka» shikoyatlari yuqori nafas yo'llarining kamayib boruvchi katari fonida kuchayadi, nam yo'tal, hansirash, ba'zida ko'krak qafasining yon tomonida og'riq paydo bo'ladi. Shovqinli ekspirator hansirash pnevmoniya uchun xos emas.

Shilliq qavatlarini rangi o'zgarmagan holda teri qoplamlari oqimtir bo'ladi, ba'zida perioral tsianoz kuzatiladi, nafas olishda yordamchi ko'krak mushaklari ishtirok etadi: burun qanotlari kerikkan, qovurg'alararo tortilish, o'mrov usti chuqurchasi tortilishi xosdir.

O'pka ustida lokal fizikal o'zgarishlar aniqlanadi: zararlangan o'choq ustida perkutor tovushning qisqarishi, shu erda sustlashgan yoki dag'al nafas, krepitatsiyalovchi va jarangli doimiy mayda pufakli xirillashlar aniqlanadi. Pnevmoniya uchun lokal simptomlarni doimiyligi xarakterlidir.

Klinik qon tahlilida leykotsitoz, leykoformulaning chapga siljishi, EChT ortishi kuzatiladi. Rentgenologik tekshirishda bitta o'pkada o'choqli soyalar aniqlanadi.

Erta yoshdagi bolalarda o'choqli pnevmoniyaning kechishi birmuncha boshqacha bo'ladi. Birinchi o'rinda nafas etishmovchiligi paydo bo'ladi, lokal, fizikal o'zgarishlar esa keyinroq aniqlanadi, jarayon ba'zida ikki tomonlama xarakterga ega bo'ladi. Erta yoshdagi bolalarda kasallikning boshlanish davrida kataral belgilar aniqlanadi: tumov, aksa urish, quruq yo'tal, subfebril yoki febril tana harorati, umumiy ahvolning o'zgarishi kuzatiladi.

Ko'rik vaqtida bola lanj, adinamiya, mushaklar gipotoniyasi, hansirash, nafas olishda yordamchi mushaklarning ishtirok etishi, teri rangi oqarishi, peroral va tarqalgan tsianoz aniqlanadi.

Hansirashdan tashqari, nafas aritmiyasi, qisqa vaqtli apnoe kuzatilishi mumkin. Ob'ektiv tekshirganda o'pka shishi belgilari: perkutor tovushning qutichasimonligi, yurak nisbiy chegarasi torayishi kuzatiladi.

Pnevmoniyaning boshlanish davrida sust nafas eshitiladi. Mayda kalibrli jarangli lokal va krepitatsiyalovchi xirillashlar pnevmoniyaning birinchi kunlarida yarim bolalarda eshitiladi, keyinchalik ko'pgina bemorlarda aniqlanadi. O'pka ustida tarqoq xirillashlar eshitilishi bronxit, bronxiolit belgilariga kiradi. Bronxiolit bir haftadan ortiqdavom etsa pnevmoniya bilan asoratlanadi.

Erta yoshdagi bolalarda o'choqli pnevmoniya o'pka shishi, o'pka ildizi

kengayishi va o'pka suratining kuchayishi bilan xarakterlanadi. Soyalar ba'zida qo'shilib ketadi. Rentgenda o'choqli qo'shilgan soyalar abstsess rivojlanishiga moyillik tug'diradi.

Oqibati. Yaxshi tugaydi, antibiotiklarga bog'liq. Klinik va rentgenologik sog'ayish 3-4 haftadan so'ng yuz beradi.

SEGMENTAR PNEVMONIYA

O'choqli pnevmoniya bir yoki bir necha segmentni egallasa segmentar pnevmoniya deb ataladi. Segmentar pnevmoniyaning uchta varianti aniqlangan. Birinchi variantda kasallikning kechishi yaxshi tugaydi. Ko'pincha bu variant tashhis xam qilinmaydi, fokal o'zgarishlar bir necha kun saqlanadi, nafas etishmovchiligi, yo'tal, intoksikatsiya bo'lmasligi ham mumkin.

Tashxis rentgenologik tekshiruv o'tkazilganda qo'yiladi.

Segmentar pnevmoniyaning ikkinchi variantida krupoz pnevmoniya klinik ko'rinishiga o'xshash bo'ladi, to'satdan boshlanadi, bezgak va kasallikning tsiklik kechishi kuzatiladi. Segmentar pnevmoniya belgilaridan biri qorinda, ko'krak qafasida og'riq hisoblanadi.

Uchinchi variantida segmentar soya birdan paydo bo'lmaydi, balki kasallikning birinchi va ikkinchi haftalarida paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi: Maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda o'choqli pnevmoniya klinikasiga o'xshash bo'ladi, auskultatsiyada sust vezikulyar yoki dag'al nafas eshitiladi, bronxofoniya kuchaygan, xirillashlar eshitilmaydi. O'pka to'qimasi qattiqlashuvi to'g'risida ma'lumot beruvchi o'pka tovushi qisqarishi aniq emas. Plevraning zararlanishi va atelektaz ko'p kuzatiladi. Abstsess, destruksiya, cho'ziluvchan kechishiga moyillik yuqori bo'ladi.

KRUPOZ PNEVMONIYA

Maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda krupoz pnevmoniyaning tipik ko'rinishi kuzatiladi, kam hollarda 1-3 yoshda va bir yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Krupoz pnevmoniyaning patogenezida allergik reaktivlik katta ahamiyatga ega bo'lib, u giperergik reaksiyalarga moyil bo'lgan pnevmokokklarga sensibillashgan organizmda vujudga keladi. Ko'krak yoshidagi bolalarda krupoz pnevmoniyaning kam uchrashi bu yoshda pnevmokokklarga sensibilizatsiyaning bo'lmasligi bilan tushuntiriladi.

Bolalarda krupoz pnevmoniyada o'pkaning barcha bo'laklari ham zararlanmaydi, yallig'lanish o'choqlari bir nechta segmentlarda bo'lishi mumkin. Bolalarda krupoz pnevmoniya o'ng o'pkaning yuqori va pastki qismida joylashadi.

Klinik ko'rinishi: Kasallik to'satdan O'RIsiz, tana haroratining 39-40°Sgacha ko'tarilishi bilan boshlanadi, bosh og'rishi, umumiy holatning birdan o'zgarishi, yo'tal «zangsimon» balg'amli bo'ladi, ko'krak qafasida og'riq. Bemorlar kasallikning boshlanish davrida o'ng yonbosh sohasida va kindik atrofidagi og'riqdan shikoyat qiladi. Pnevmoniyani bu turdagi kechishi o'ng o'pkaning pastki bo'lagidagi zararlanishda kuzatiladi va vistsero-vistseral refleks bilan bog'liq. Bolada hansirash, tomir urishi kuchayishi, tana harorati ko'tarilishi, ko'krak qafasining bir tomoni nafas olishda orqada qolishi kuzatiladi, qorin ekskursiyasi erkin bo'ladi, qorin devori tarangligi bo'lmaydi, bu esa shifokorga to'g'ri yo'l ko'rsatadi.

Ba'zi maktabgacha bolalarda kasallikning boshlanishida yuqori tana harorati, bosh og'rishi, qusishdan tashqari, alahlash, ensa mushaklari tarangligi, klonik talvasalar kuzatiladi, bu belgilar meningitni klinik ko'rinishini eslatadi. Pnevmoniyaning bu kechishi patologik jarayonni o'ng o'pkaning yuqori bo'lagida

joylashganida kuzatiladi.

Bemor ko'rilganda, bosh miya tormozlanishi, teri rangining oqarishi, yonoqlarning qizarishi, ko'zlarining yaltiroqligi, lablari quruq, lablarida va burun qanotlarida herpes (uchuq) toshmalari, hansirash, nafas olishda yordamchi mushaklarning ishtirok etishi kuzatiladi. Pnevmoniyaning boshlanish davrida o'mrov usti chuqurchasi cho'kkanga o'xshaydi, elka oldinga va yon tomonga chiqqan bo'ladi.

Tekshirib ko'rilganda ko'krak qafasining bir tomoni nafas olishda orqada qoladi va o'pkaning pastki qirralari harakati chegaralangan bo'ladi, ovoz titrashi pasaygan, bronxofoniya kuchaygan, terisi kerishgan, zararlangan o'choq ustida qisqargan timpanik tovush aniqlanadi.

Kasallikning birinchi soatlarida nafas olish o'zgaradi, qisqa va og'riqli yo'tal, shilamshiq, oynasimon balg'am ajralishi bilan xarakterlanadi. Bola chuqur nafas olganda yon tomonda og'riq sezadi. Keyinchalik tana harorati yuqori darajada ushlanadi, yo'tal kuchayadi, azobli va og'riqlibo'ladi, hansirash kuchayadi, tsianoz, yuz va lablar shishi aniqlanadi. 2-3 kundan keyin fizikal tekshirilganda bronxial nafas, perkutor tovush qisqarishi, doimiy bo'lmagan mayin krepatatsiyalovchi xirillashlar aniqlanadi. Ba'zida xirillashlar keyinroq eshitiladi.

Krupoz pnevmoniya avj olgan davrida o'pkadan tashqaridagi o'zgarishlar ham kuzatiladi:

-yurak qon-tomir tizimi (yurak tonlari bo'g'iqligi; yurak nisbiy chegarasi kengaygan; mayin sistolik shovqin; tomir tonusi pasayishi– gipotenziya);

-asab tizimi (uyqusizlik, bosh og'rishi, pay va teri reflekslari o'zgarishi);

-jigarda (kattalashish va og'riq), laborator tekshirishda – zararsizlantirishfunktsiyasi buzilishi);

-buyrakda (unchalik katta bo'lmagan albuminuriya, ba'zidaeritrotsituriya vatsilinduriya).

Klinik qon tahlilida leykotsitoz, neytrofilez, formulaning chapga siljishi,

EChT ortishi kuzatiladi. Rentgenda bo'lakli o'choqli soyalar aniqlanadi.

Kechishi. Bolalarda kasallikning davomiyligi o'tkazilgan terapiya va organizmning reaktivligiga bog'liq. Bemor holati asta-sekin yaxshilanadi, yo'tal nam bo'la boshlaydi, ammo kattalarga xos bo'lgan «zangsimon» balg'amli yo'tal bolalarda kam uchraydi. Kasallikning boshida eshitilgan krepitatsiyalovchi xirillashlar (crepitatio indux) yo'qoladi, keyin pnevmoniyani tuzalish davrida (crepitatio redux) eshitiladi.

Krupoz pnevmoniya atipik kechishi mumkin, yaqqol rivojlanmagan asosiy klinik simptomlari yoki jarayonni ikki tomonlama rivojlanishi bilan kechadi. Kattalarda va bolalarda so'nggi yillarda antibiotiklar bilan erta davolash natijasida klassik krupoz pnevmoniya kam uchramoqda.

Oqibati. Krupoz pnevmoniyada erta boshlangan davoda oqibati yaxshi tugaydi.

INTERSTITSIAL PNEVMONIYA

1946 yil R.Lenk o'tkir pnevmoniyalar guruhidan quyidagi rentgenologik ko'rinishga ega bo'lgan pnevmoniyani ajratdi:

1. Peribronxial infiltratsiya natijasida o'pka suratining kengaygan ildizdan urchuqsimon kuchayishi.
2. Zararlangan tomonda o'pka surati to'rsimon, katakchalardan iborat bo'ladi. Bu ikki o'choqli o'zgarishlar fonida, o'choqli atelektaz rivojlanishi mumkin, shuningdek mayda dog'lar paydo bo'ladi.
3. Bronxlarning torayish belgilari, aniq chegaralangan soyalar aniqlanadi.

1842 yilda K.Rokitanskiy ushbu pnevmoniyani ta'riflab bergach, R.Lenk bu pnevmoniyani interstitsial deb atadi. V.K.Tatochenko fikriga ko'ra interstitsial pnevmoniya bolalarda kam uchraydi, o'tkir pnevmoniyaning 1% ni tashkil etadi.

Etiologiyasi. Kasallikning chaqiruvchilari viruslar, pnevmotsistlar, xlamidiyalar, mikoplazmalar, patogen zamburug'lar hisoblanadi.

Patogenezi. Interstitsial pnevmoniya bilan kasallangan bemorlarda o'pka zararlanishining quyidagi bosqichlari aniqlanadi:

- 1) Arteriolalarning tarqalgan spazmi—I bosqich;
- 2) Mahalliy trombogemorragik sindrom—II-bosqich;
- 3) O'pka mikroatelektaziga olib keluvchi surfaktant tanqisligi va alveolalar yopishishi - III-bosqich.

Klinik ko'rinishi. Interstitsial pnevmoniyaning klinik kechishi uning ikki turga bo'lishga imkon beradi:

Manifestli, o'tkir turi. Erta va maktabgacha yoshdagi bolalarda allergik diatez ko'rinishida uchraydi. Kasallik og'ir, neyrotoksikoz va nafas yetishmovchiligi bilan kechadi (hansirash, nafas soni 1 minutda 80-100 ta, og'iz-burun atrofi tsianozi, tirnoqlar tsianozi, bola bezovta bo'lganda— generallashgan tsianoz, burun qanotlari kerikkan, qovurg'alar orasi tortilgan), bezgak, keyinchalik azobli, tez-tez yo'tal qo'shiladi.

Kataral holatlar aniq bo'lmaydi: quruq xirillashlar, ba'zida krepitatsiyalovchi xirillashlar va bakterial infektsiya qo'shilganda – ho'l xirillashlar eshitiladi.

O'pka perkussiyasida timpanit, o'pka qirralari pastda joylashgan bo'ladi, yurak nisbiy chegarasi toraygan, o'pka ildizi kengaygan bo'ladi. Perkutor tonning qisqarganligi xarakterli emas.

Gemorragik grippez pnevmoniya og'ir kechadi, unda bezgak, og'ir neyrotoksikoz va nafas etishmovchiligi, qon aralash, ba'zida ko'pikli balg'am, kollaps kuzatiladi. O'pkani tekshirganda nam va quruq xirillashlar, krepitatsiya

aniqlanadi. Gemorragik sindrom tomirichi qon ivishi bilan bog'liqligi gumon qilingan. Yurakning o'ng bo'limida o'tkir va o'tkir osti etishmovchilik, jigarning qisman kattalashishi, mikrogematuriya xarakterlidir.

Kam simptomli, cho'ziluvchan turi. Maktab yoshidagi bolalarda ko'p uchraydi. Bolalarda ORIdan keyin tez charchash, kamquvvatlik, ishtaha pastligi, subfebril tana harorati, bosh og'rishi, kuchsizlik, yo'tal kuzatiladi. Fizikal ma'lumotlar bunday bolalardayaxshi bilinmaydi: intoksikatsiya belgilari qisman rivojlangan, unchalik katta bo'lmagan jismoniy zo'riqishda hansirash, o'pka surati o'zgargan, o'pka ildizi kengaygan, kam miqdorda quruq xirillashlar. Ko'krak qafasi rentgenogrammasida interstitsial pnevmoniyani tasdiqlovchi belgilar aniqlanadi.

Bolalarda interstitsial pnevmoniya uchun immunitet pasayishi, tetrada simptomlar xarakterlidir:

- hansirash;
- gipoksemiya;
- diffuz interstitsial infiltratsiya;
- yo'tal.

Oqibati. Interstitsial pnevmoniya o'tkir turida og'ir. Bolalar virusli entsefalitdan, ichki organlarni virusli zararlanishidan nobud bo'ladi. Kasallikni yaxshi kechishida o'pkadagi rentgenologik o'zgarishlar 6-8 haftagacha saqlanadi. Interstitsial pnevmoniya oqibati pnevmosklerozni rivojlanishi yoki qayta shakllanishi bo'ladi.

PNEVMONIYA ASORATLARI

O'pkadan tashqari asoratlari.

Bu asosan respirator yetishmovchilik belgilari bilan namoyon bo'ladi. Bu nafastezlashuvi va xansirash bilan xarakterlanadi.

Ularga taxipnoe, nafasda xurillovchi ovoz, to'sh va qovurg'a osti soxalarini tortilishi, burun qanotlarini kengayishi, tsianoz va bezovtalik qo'shiladi. Bola tormozlangan, xolsiz, lekin qo'zg'alganda o'ta ta'sirchan bo'lib qoladi, toksikoz belgilari aniqlanadi. Nafas olishda va nafas chiqarishni boshida krepatatsiyalanuvchi xirillashlar eshitiladi, lekin perkutor tovushni bo'g'iqlashuvi juda kam hollarda aniqlanadi.

Bakterial infeksiya qo'shilishi va kasallikni cho'zilib kechishi odatda davolanmagan bemorlarda kuzatiladi, lekin antibiotiklar bilan davolangan bemorlarda kam uchraydi.

Empiema, piopnevmotoraks va pnevmatotsele stafilokokkli zotiljam bilan deyarli doim birga kelgani uchun, ularni asorat deb emas, balki kasallikni ajralmas bir qismi deb xisoblanadi.

Ba'zi bemorlarda virusli zotiljamdan keyin obliterlanuvchi bronxiolit, bir tomonlama o'pka abstsessi va boshqa asoratlari rivojlanishi mumkin. Bu borada eng xavfli adenovirus xisoblanadi, u chaqirgan zotiljam yashinsimon kechib, o'lim bilan tugashi mumkin. Rentgenogrammadagi o'zgarishlarni 6-12 oy mobaynida saqlanib qolish holatlari xam uchraydi.

Nafas tizimidan boshqa a'zolarga septik o'choqlar berishi juda kam uchraydi, lekin emizikli bolalarda stafilokokkli perikardit, meningit, osteomielit va yumshok to'qimalarda ko'p sonli metastatik abstsesslar rivojlanishi mumkin. Antibiotiklar bilan davolash boshlangandan so'ng infeksiya kamdan-kam

tarqaladi.

Empiema 20% bolalarda aniqlangan, ba'zan suyak va bo'g'implarda septik o'choqlar rivojlanadi: infeksiyani boshqa soxalarda joylashuvi xos emas.

O'tkir glomerulonefrit juda kam uchraydigan asoratlariga kiradi.

PNEVMONIYANI TASHXISLASH DASTURI

Minimal:

- ◆ Kasallik anamnezini (tarixini) yig'ish va tahlil qilish;
- ◆ Toksikoz va nafas yetishmovchiligi darajasi (bosqichi)ni aniqlash va baholash;
- ◆ Bronx o'pka sindromini baholash;
- ◆ Qonning klinik tahlili;
- ◆ O'pkaning rentgenologik tekshiruvi.

Maksimal:

- ◆ Qon bioximiyaviy tekshiruvi;
- ◆ Balg'am tekshiruvi;
- ◆ Bronxoskopiya;
- ◆ Bronxografiya.

Zotiljam tashxisini ilk yoshli bolalardagi mezonlari.

1. Zaxarlanish sindromi;
2. Nafas etishmovchilik sindromi (xansirash);
3. O'pkadagi lokal fizikal o'zgarishlar (perkutor tovushni tumtoqliklari-assimetrik xolda, lokal va turg'un nam xirillashlar o'pkaning perkutor o'zgargan

kismlarida);

4. Rentgen tasvirda pnevmonik infiltrativ soyalar (o'choqli, segmentar, bo'lakliva x.k.);

5. Dunyo sog'likni saqlash tashkiloti ekspertlari tasdiqlagan tashxisni zotiljam «foydasiga» og'diruvchi nafas olish sonlari quyidagicha:

Bola yoshi	Bir daqiqada nafas olish soni
Ikki oygacha	60 ko'proq
Ikki oydan-12 oygacha	50 ko'proq
Bir yoshdan-3 yoshlik	40 ko'proq

Krupoz zotiljamning tashxislash belgilari

Belgilari	Klinik ta'rifi
Yoshi	<i>Maktab, kamdan kam maktabgacha</i>
Boshlanishi	<i>Provakatsiyadan keyin (sovuq qotish)</i>
Shikoyatlari	<i>Xilma xil: bosh og'rig'i, qusish, biqinda og'riq, qorin soxsida og'riq, xararatni ko'tarilishi, bo'shashish, rangparlik, yonoqlarni qizarishi, lablarda herpes</i>
Yo'tal	<i>Og'riq xissi bilan, ko'pda zang rangli balg'am ajralishi bilan</i>
Xansirash	<i>Yaqqol, shikoyatlari tomonni orqada qolishi kuzatiladi, biqinda og'riq nafas olishni kuchaytirganda yokiyo'talganda.</i>
Zaxarlanish	<i>Ilk soatlardan yaqqol namoyonlangan, alaxsirash mumkin, dileriy.</i>

<i>Auskultatsiya</i>	<i>Bronxial nafas, krepitatsiya turdagi xirillashlar, plevra ishqalanishini tovushi eshitilishi mumkin.</i>
<i>Ko'krak qafasini rentgenografiyasi</i>	<i>Gomogen tiniq lozar soyalik.</i>
<i>Qon taxlili</i>	<i>Giperleykotsitoz, neytrofillyoz, chapga siljish, EChT 45-65 mmG's</i>

PNEVMONIYANI DAVOLASH TAMOYILLARI

Kundalik rejim va ovqatlanishni tartibga solish (kasallikning og'irlik va davriga, kechishiga asoslangan holda)

◆ ***Etiotrop davo:***

- a) antibiotiklar;*
- b) immunoglobulinlar.*

◆ ***Patogenetik davo :***

- a) nafas yetishmovchiligi bilan kurashish;*
- b) yurak –qon tomir etishmovchiligi bilan kurash;*
- c) dezintoksikatsion davo va boshqalar.*

◆ ***Fizioterapiya;***

◆ ***Stimullovchi davo;***

◆ ***Davolovchi jismoniy mashklar.***

Kasallikning o'tkir bosqichida etiotrop va patogenetik davo o'tqazilishi kerak, tuzalish bosqichida stimullovchi va so'rdiruvchi davo qilinadi (fizioterapiya, LFK va b.q).

Zotiljamning individual davosi bemorni premorbid fon holatiga, organizm reaktivligiga, zotiljamning etiologiyasi va boshqalarga bog'liq. Vrach uchun asosiy vaziyat-bemorni zotiljamdan davolash joyini tanlay olish kerak.

Zotiljam bilan kasallangan bemorlarning hospitalizatsiyasiga ko'rsatma:

- ◆ *og'ir kechishi va asoratlari (shuningdek plevrit, abtsess va boshqalar);*
- ◆ *o'choqli-qo'shilgan zotiljam;*
- ◆ *zotiljamning cho'zilgan kechuvi;*
- ◆ *zotiljam noqulay fon bilan (anemiya, distrofiya, chala tug'ilganlik);*
- ◆ *24-36 s davomida effektsiz davo.*

O'tkir zotiljam bilan kasallangan bemorlarga palatadagi intensiv davoga ko'rsatma:

- ◆ *neyrotoksikoz;*
- ◆ *toksikoz eksikoz bilan;*
- ◆ *gipertermik va talvasa sindromi;*
- ◆ *o'tkir nafas yetishmovchiligi ;*
- ◆ *o'tkir yurak qon-tomir etishmovchiligi;*
- ◆ *o'tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi;*
- ◆ *metabolik jarayonning chuqur buzilishi (atsidoz, alkoloz).*

O'tkir zotiljam bilan kasallangan bemorlarni reanimatsiya bo'limiga o'tqazishga ko'rsatma:

- ◆ *hayotiy muhim organlar funksiyasining dekompensatsiya va to'xtash holatining rivojlanish xavfi;*
- ◆ *o'tkir NE III-IV darajasi, nafas to'xtashi;*

- ◆ o'tkir yurak qon – tomir etishmovchiligi : o'pka shishi, kollaps, yurak to'xtashi;
- ◆ miya shishi , davoga berilmaydigan talvasa holati;
- ◆ neyrotoksikozning yo'qotib bo'lmas belgilari;
- ◆ IVL ,defibrilyatsiya,narkoz va boshqalarni o'tqazilishini talab qiladigan holat .

Quyidagi sharoitda zotiljam bilan kasallanagan bemorni uyda qoldirish mumkin:

- ◆ yaqqol toksikoz belgilari bo'lmasa;
- ◆ nafas buzilishlari bo'lmaganda;
- ◆ yurak qon-tomir sistemasi funktsiyasi buzilishlari bo'lmaganda.

Agar bemor bola uyda qoldiriladigan bo'lsa tashxisni rentgenologik tasdiqlashva qon tahlili o'tkazilishi kerak.

Zotiljamni davolashni ***birinchi etapida*** bolaning funktsional holatiga adekvat ovqatlantirishni tanlashga, suv – elektrolit balansini tiklashga ,etiotrop davo va patogenetik maksimal e'tibor qaratiladi.

Zotiljam asoratsiz kechganda ovqatlantirish oddiy ovqatlantirishdan farq qilmaydi. Organizmning suyuqlikka bo'lgan talabi “Regidron”ning S-1G'3 sutkalik doza bilan qoplanadi (bolalarda hayotining birinchi yili sutkalik suyuqlik hajmi odatda 700-1000 ml dan kam emas). Oral regidrotatsiya usuli shuni ko'rsatadiki, barcha asoratsiz zotiljam bilan va 80-85% asoratlangan zotiljam bilan kasallangan bemorlarda vena ichiga suyuqlik yubormasa ham bo'ladi. Og'ir holdagi bemorlarda sutkalik ovqat miqdori 30-50% ga kamaytiriladi va 1-3 kunda ovqat miqdori oshirilib yoshiga mos miqdorga etkaziladi. Ko'krak yoshidagi zotiljam bilan kasallanagan bemorlarda statsionarda davolanish boshida ovqatlantirish 1-2 martaga oshiriladi, og'ir holatlarda qoshiq bilan yoki sog'ilgan sut bilan , ahvoli yaxshilangach- ko'krak bilan , toksik holatlarda zond orqali

ovqatlantiriladi.

Pnevmoniyani bosqichma – bosqich davolash

I – bosqich – Shoshilinch chora tadbirlar ko'rsatish;

II – bosqich – Somatik statsionarda davolash yoki ambulator davolash

III – bosqich

IV – bosqich – 6-12 oy davomida dispanser kuzatuv.

Gipertermik sindrom korrektsiyasini grafalogik struktura

1 - sxema

<i>Maqsad</i>	<i>Vositalar</i>
Gipertermiyani korrektsiya	- Boshga muzlatuvchi kompress - sirka-spirt bilan terini artish (ishqalash) - gipopiretiklar: - analgin - Panadol - paratsetamol - nurofen - spazmoltiklar: - no-shpa - papaverin - eufillin - trental - neyrovegetativ blokatorlar: - droperidol
	- pipolfen

2 - sxema

<i>Nafas etishmovchiligi va to'qima gipoksiyasi korrektsiyasini grafologik strukturasi</i>	
<i>Maqsad</i>	<i>Vositalar</i>
Nafas yetishmovchiligi va to'qima gipoksiyasini korrektsiyalash	<ul style="list-style-type: none">- boshi ko'tarilgan holat- palata aeratsiyasi- nafas yo'llaridan shilliqni olib tashlash- burun kateterlari orqali yoki DKP-1 palatkasida kislorod berish- 90 daqiqa davomida, 60-80% kislorod tutuvchi gaz aralashmalari bilan yuqori bosim ostida spantan nafas- gipokamiemiya va ichak, parezini bartarafetish- to'qima oksidlovchilari:- riboflafen- kokorbaksilaza- vitamin S- tsitoxrom S- nikotinamid

O'pka mikrotsirkulyatsiyasi va bronxial o'tkazuvchanlik buzilishlari

korrektsiyasini grafologik strukturasi

<i>Maqsad</i>	<i>Vositalar</i>
O'pka mikrotsirkulyatsiyasi va bronx o'tkazuvchanligini yaxshilash	<ul style="list-style-type: none">- spazmolitiklar:- eufillin- no-shpa- papaverin- komplamin- dezagregantlar:- kurantil- trental- vena ichi infuziyasi uchun preparatlar:- gemodez (polidez)
	<ul style="list-style-type: none">- glyukoza 10% (polidoz bilan 1:1 yoki 1:2 nisbatda)- laziks
Shishni bartaraf etish	<ul style="list-style-type: none">- kaltsiy preparati:- kaltsiy xlorid- kaltsiy glyukanat- glyukortikoidlar:- prednizalon- metipred- deksametazon- proteinoza ingibitorlari:- kontrikal

Bolalar o'tkir zotiljaini antibakterial davolash algoritmi

1. Zotiljami bo'lgan 6 oydan katta bolalarda og'ir klinik ko'rinishi va asoratlari bo'lmasa, penitsillin odatdagi dozada tayinlanadi (100.000 ed G' kg sutkasiga). Istiniso xolatlar;

◆ penitsillinga allergiyasi bo'lgan bolalar (ularga boshqa gurux antibiotik tayinlanadi)

◆ 2 kundan ortiq penitsillin bilan davolanib effekt bo'lmasa (ularga yarim sintetik penitsillin 100.000 edG' kg sutkasiga tayinlanadi agar 30.000 ed G' kg doza olgan bo'lsa dozadini 100.000 edG' kg oshirib davom etish lozim)

◆ immunitetini pasayishiga va traxeobronxial klirensni buzilishiga olib keluvchi og'ir fon kasalliklari bo'lgan bemorlar (ularga yarim sintetik penitsillin 100.000 ed G' kg sutkasiga dozada gentamitsin odatdagi dozada- 3 mg G' kg tsefalosporin 75 mgG' kg yoki ikkita preparatlarni kombinatsiyasi; bu dozalarni ko'pincha og'ir jarayonlarda oshirishiga to'g'ri keladi).

2. Bolalarda xayotining birinchi yarim yilligida, ularda patogen gramm manfiy flora, xamda stafilokokkli infeksiya bo'lishiga shubxa tug'ilganda, zotiljamni davolash oksatsillin yoki metitsillinni (100000 EDG'kg kuniga) ampitsillinni xudi shu dozasida (ampioks 200000 EDG'kg kuniga) yoki gentamitsinni (3 mgG'kg kuniga) birga berish bilan boshlanadi.

3. Shifoxona ichi infeksiyasi natijasida kelib chiqqan zotiljamda, rezistent stafilokokk bilan zararlanish xavfi yuqori bo'lgani uchun oksa- yoki metitsillinni gentamitsin bilan kombinatsiyada berish tasdiqlangan.

4. Zotiljamni destruktiv shakllarida yoki massiv infiltrat va distruktsiya belgilari mavjud bo'lganda, minimum ikkita penitsilinazaga chidamli bo'lgan preparatlar yuqori dozada tayinlanadi, ulardan birini vena ichiga (masalan, penitsillin 200000- 500000 EDG'kg dan kuniga yoki, yaxshisi, oksatsillin 200-400 mgG'kg kuniga). (ampitsillin stafilokokkli zotiljamda berilmaydi, chunki u penitsilinaza ta'sirida parchalanib ketadi).

5. Mikoplazmali zotiljamga shubxa tug'ilganda eritromitsin 30000-50000

EDG'kgkuniga ichishga tayinlanishi kerak.

6. Qo'zg'atuvchi sifatida ko'k yiring tayoqchasi ajratib olinganda davolash gentamitsin (6 mgG'kgG'kuniga) yoki karbenitsillin (200-500 mgG'kgG'kuniga) bilan davolash o'tkaziladi.

7. Boshqa gramm manfiy tayoqchalar (Pfeffer gemofilyusi, ichak tayoqchalari, protey) ajratib olinganda ampitsillin, gentamitsin, levomitsitinlardan foydalanganma'qul.

Pediatric uchatkada (shifoxonagacha bo'lgan etap) o'tkir bronxo'pka patologiyasi mavjud bo'lgan bolalarda antibakterial davo va rentgenologik tekshiruvni tayinlash bo'yicha savollarni xal qilish uchun klinik simptomokompleksni baxolash rekomendatsiyasi.

(S.V.Rachinskiy, V.K.Tatochenko, 1987)

1. O'pkaning chegaralangan soxasida aniq fizikal o'zgarishlarni mavjud bo'lgan bemorlarda zotiljam bo'lish extimoli yuqori, shuning uchun tashxisni rentgenologik tashxisini kutmasdan antibakterial davoni boshlash shart.

2. Lokal fizikal o'zgarishlarsiz va tarqoq bronxit belgilarisiz tana xarorati xech bo'lmaganda 1 marta 38°S dan ko'tarilgan bolalarda, intoksikatsiya va yaqqol xansirash belgilari bo'lgandagina ularni rentgenologik tekshiruvga yuborish kerak. Istma 3 kundan ko'p davom etganda rentgen tekshiruvga yo'llanma berishdan avval antibiotikoterapiyani boshlagan ma'qul.

3. Lokal fizikal o'zgarishlar, intoksikatsiya va xansirash sindromlari mavjud bo'lmagan, tana xarorati 38°S dan past bo'lgan bolalarda rentgenologik tekshiruv xam antibiotikoterapiya kabi o'tkazilmaydi.

4. Tarqoq bronxit belgilari mavjud bo'lgan bolalarda (lokal simptomatika bo'lmaganda) o'pkadan tashqari yallig'lanish o'choqlari bilan bog'liq bo'lmagan, intoksikatsiya simptomlarini yuzaga kelishi va uzoq vaqt istmani saqlanib turishida rentgenologik tekshiruv o'tkazgan ma'qul.

5. Bronxiol obstruktsiya sindromi mavjud bo'lgan bolalarda yaqqol istma

reaktsiyasi, lokal fizikal fenomen (o'zgarishlar) va intoksikatsiya simptomlarini o'sib borishi kuzatilsa, zotiljam xaqida o'ylash mumkin.

***Yo'tal va qiyinlashgan nafas sindromi differentsial
diagnostikasi***

<i>Diagnoz</i>	<i>Simptomlar</i>
<i>Pnevmoniya</i>	-yo'tal va tezlashgan nafas; -burun qanotlarini nafas olishda kengayishiiyagini xarakatlari; -ko'krak qafasi pastki qismining nafas olishda ishtiroki isitma (gipertermiya); -auskultatsiyada nam xirilashlarshovqinli nafas
<i>Og'ir darajali anemiya</i>	Qo'l kaftlarining keskin oqarishi Gemoglobin <60 gG'l
<i>Yuraketishmovchiligi</i>	Xansirash Yarem venada bosim ortishi Yurak cho'qqi turtkisini chapga siljishi "Ot dupuri" ritmi Yurakda shovqinlari Ko'krak kafasining pastki qismlarida nam xirilashlar Gepatomegaliya Oyoqlarda shishlar
<i>Tug'ma yurak nuqsoni</i>	Tsianoz Ko'krak bilan emizganda yoki ovqatlantirganda entikish Yurakda shovqinlar Gepatomegaliya

<i>Ko'k yo'tal (koklyush)</i>	Xurujsimon yo'tal, qayt qilish, tsianoz va apnoe xurujlari bilan yo'tal xurujlari orasida bolani umumiy axvoli yaxshi; Isitma yo'q; AKDS vaktsinatsiyasini to'liqolmagan;
<i>Nafas yo'llarida yot jism</i>	Nafas qisish to'satdan rivojlanganligi(bola tiqilib qoldi) Nafas etishmovchiligi belgilarini keskin rivojlanganligi Auskultatsiyada o'pkaning ma'lum soxasida nafas susteshitilishi
<i>Pnevmotoraks</i>	O'tkir boshlanishi Perkussiyada o'pkaning bir tomonida timpanik tovush Ko'krak kafasi R-grammasida ko'kis oraligi siljiganligi
<i>Tuberkulez</i>	Davomli yo'tal (30 kundan ortiq) Rivojlanishda orqada qolishi (vaznini kamayishi) Musbat (Q) Mantu reaksiyasi Anamnezda tuberkulezga chalingan bemor bilan mulokotda bo'lgan Ko'krak kafasi R-grammasida miliar tuberkulez Balg'am tekshiruvida tuberkulezmikobakteriyalarni aniqlash
<i>Pnevmonsistpnevmoniya</i>	Ona yoki bolada OIV-test musbat 2-6 oylik bolada generalashgan tsianoz Ko'krak kafasi kengayishi
	Nafas tezlashgan Barmoqlari "nog'ora tayokchalarga" o'xshaydi Ko'krak kafasi auskultatsiyasida esa xech qanday ma'lumotlar

	aniqlanmaydi, ammo R-grammasida o'zgarishlar bor Gepato-splenomegaliya
<i>Plevraempiemasi</i>	Ko'krak kafasi perkussiyasida keskin to'tmoq tovush Nafas shovqinlari eshitilmaydi
<i>Malyariya</i>	Yuqori isitmasi bor bolada nafas qiyinlashgan Qon surtmasida Plazmodium malauriae aniqlanishi Malyariya tarqalgan xududda yashash Og'ir malyariyada – nafas etishmovchiligi belgilari. ko'krak qafasi pastki qismining nafas olishda ishtiroqi Ko'krak kafasi auskultatsiyasida esa xech qandayma'lumotlar aniqlanmaydi Splenomegaliya

BRONXOEKTATIK KASALLIK

Ta'rifi – Bronxoektatik kasallik - bu o'pka bronx shohining nospetsifik jarayoni bo'lib, uning asosida bronxlarning deformatsiyasi va o'pkaning bir yoki bir necha segmentlarida pnevmosklerozning rivojlanishi aytiladi, bu to'g'rılanmaydigan jarayon bo'lib, o'pka to'qimasi va bronxlarda tez-tez qaytalanuvchi yallig'lanish jarayonlari kuzatiladi.

Etiologiya - Bronxoektatik kasallik polietiologik kasallik bo'lib xisoblanadi. Shuning uchun uning etiologik omilini emas, balkim shakllanish

manbaini ko'rib chiqamiz.

1. Birlamchi (ortirilgan) bronxoektatik kasallik. O'pka bronx jarayonining surunkali jarayonga aylanishi xomila ichi rivojlanishida nasliy omillarga moyilligi katta rol uynaydi.

2. Bronxoektatik kasallik polisegmentar pnevmoniyalardan so'ng rivojlanadi. O'pkaning birligi bo'lgan segment funktsiyasi ancha buziladi va bronxoektatik kasalligiga sabab bo'ladi, lekin xozirgi vaqtda bolalar o'tkir pnevmoniya kasalligi yaxshi davolanayotganligi tufayli bronxoektatik kasalligiga aylanishi ancha kamaydi.

3. Chala tug'ilgan bolalarda atelektaz asosida, krupoz pnevmoniyalar yaxshi davolanmasa rivojlanadi.

4. Ko'pchilik mualliflar fikricha o'tkir pnevmoniyalarning bronxoektatik kasallikka aylanishi bolaning premorbid xolatiga (foniga) bog'liq bo'ladi deb tushintiriladi. 1 yoshgacha bo'lgan bolalar noqulay omillar ta'siriga tez beriladi, ularda pnevmoniyalar og'ir kechadi, bunday bolalarda fon kasalliklari doimo hamrox bo'ladi (raxit, anemiya, EKD, gipotrofiya, chala tug'ilish).

5. O'pka strukturasida – nasliy o'zgarishilar ko'zatilsa,

6. Bronxoektatik kasallik ko'pincha uy sharoiti va madaniyati etarli bo'lmagan, ijtimoiy-moddiy etishmovchiligi bor oila bolalarida, suniy ovqatlantirishga erta o'tkazilgan, ota-onalari tomonidan ichish va chekish kabi noqulay omillari bor bolalarda rivojlanadi.

7. Bronxlarga ovqat qoldiklari, suyuqliklar bilan tiqilishi yot jism tushib qolishi ham surunkali pnevmoniyaga olib kelishi mumkin.

8. Qizamiq, skarlatina, ko'k yo'talsingari o'tkir infeksiyon kasalliklardan so'ng rivojlangan pnevmoniyalar ham sabab bo'ladi.

9. Tug'ma atelektazlar bilan tug'ilgan bolalarda pnevmoskleroz va bronxlar deformatsiyasi kelib chiqadi. Bu xolat asosan chala tug'ilgan bolalarda uchraydi.

Kasallik patogenezi

Bronxoektatik kasallik patogenezi asosida bronxlar deformatsiyasi va pnevmosklerozi (bronxlarning tsilindrsimon va kopsimon defarmatsiyasi rivojlanishi bronxoektaz kasalliklarida) yotadi.

Olimlarning fikricha nasliy moyillik asosida o'pkaning normal strukturasi yo'qolishi o'tkir jarayonning surunkali jarayonga aylanishiga sabab bo'ladi. Bronxlar daraxtining ma'lum bir sohasida avval o'tkir yallig'lanish bo'lib, ya'na usha joyga infektsiya qayta tushsa yallig'lanish ancha uzoqqa cho'ziladi, jarayon to'la tuzalmaydi. Natijada o'sha joyda qaytmas jarayon vujudga keladi. Zararlangan bronxlar tozalanish funksiyasini yo'qotadi, muskullar tonusi pasayadi, bronxlar kengayadi va deformatsiyaga uchraydi.

Birinchi bo'lib o'pka o'zining funksiyasini yo'qotadi. O'pkani tiriklik sig'imi pasayadi, nafas chiqarishi uzayadi (normada 1:1), surunkali pnevmoniyada 1:3; 1:5 teng bo'lib qoladi. Tashqi nafas funksiyasi buziladi. Havoning diffuz taqsimlanish etishmovchiligi kelib chiqadi.

Gipoksemiya, intoksikatsiya va reflektor ta'sirlar yurak qon-tomirlar tizimini buzadi. Vujudga kelgan gipoksemiya faqatgina yurak muskullari trofikasini buzib qolmay, balki o'pka arteriolalari, kapillyarlari spazmini keltirib chiqarib, o'pka gipertenziyasiga olib keladi. Bronxoektatik kasallikda o'pka tomirlarining morfologik o'zgarishlari natijasida o'pkada qon oqimi qarshiligi ortib ketadi, organizmning immun ximoya kuchi pasayadi va har xil asoratlarni keltirib chiqaradi.

Yallig'lanish jarayoni 6 oy va undan ham ko'proq davom etsa, jarayon to'la so'rilmaydi, natijada pnevmoskleroz va bronxlar deformatsiyasi shakllanadi.

Klinik manzarasi.

Bronxoektatik kasallikning klinik ko'rinishi o'pkadagi o'zgarishlar – pnevmoskleroz yoki bronxoektazlar klinikasining ustun turishiga bog'liq.

Pnevmosklerotik varianti. Remissiya fazasida shikoyatlar bulmaydi yoki minimal darajada bo'ladi.

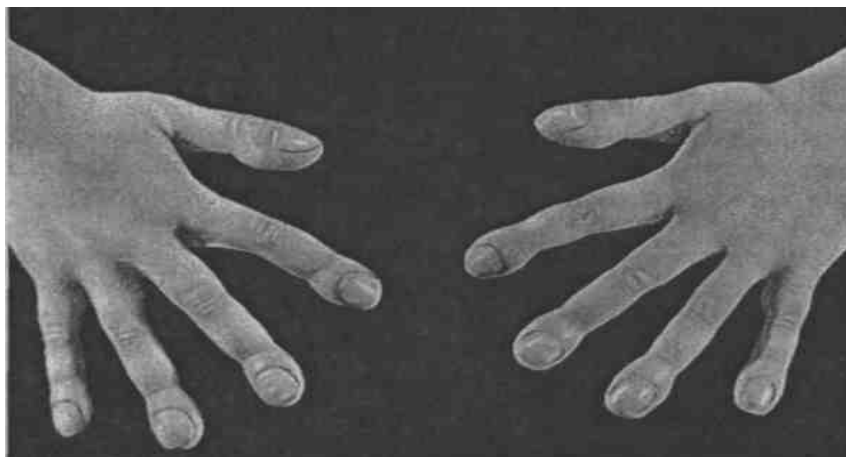
1. Yo'tal ko'pincha nahorda, oz mikdorda balg'am ajratish bilan namoyon bo'ladi. Bolaning xolati qoniqarli, jismoniy rivojlanishi o'zgarmaydi. Ob'ektiv ko'ruvda o'pkaning zararlangan sohalarida perkutor tovush to'mtolashgan bo'ladi. Auskultatsiyada shu sohalarda xar xil kalibrdagi nam xirillashlar eshitiladi. Quruq xirillashlar esa doimo eshitilib turadi. Agar pnevmoskleroz hajmi kattaroq bo'lsa, zararlangan o'sha tomonda ko'krak qafasi yassilanib qoladi. Rentgenologik tekshirilganda oraliq to'qimani o'zgarishi xisobiga o'pka surati kuchaygan va o'pka hajmi kichrayganligi kuzatiladi. Bronxoskopiyada o'pkaning zararlangan bo'lagida yoki segmentida endobronxit topiladi.

Go'dak yoshdagi bolalarda bronx o'pkadagi surunkali jarayonlar qaytalansa xuddi o'tkir pnevmoniya klinikasi singari kechadi, katta bolalarda esa klinik simptomlar unchalik ifodalanmaydi. Tana xarorati subfebril raqamlarigacha ko'tariladi. Yo'tal avval quruq, og'riqli, keyin nam bo'lib, uzoq davom etadi (1 oydan ko'proq). O'pkaning o'sha bir xil sohalarida perkutor tovush qisqargan, xuddi o'sha joyda nam va quruq xirillashlar eshitiladi. Ba'zi bolalarda nahorda oz mikdorda shilimshiq-yiringli yoki yiringli balg'am ajralishi kuzatiladi, ba'zi bolalar esa faqat quruq yo'taladi. Remissiya vaqtida sog'lom bolalardan farq qilmaydi, ya'ni kislorod etishmovchiligi, yurak qon-tomir sistemasida o'zgarishilar ko'zatlilmaydi.

Bronxoektatik varianti: bunda bronxoektaz belgilari aniq ifodalanadi. Klinikada asosan nahorda balg'amli yo'tal kuzatiladi. Balg'am kasallik boshida unchalik ko'p ajralmaydi, keyinchalik og'iz to'lib ajraladi. Balg'am badbo'y xid beradi va 3 qismga bo'linadi: yuqorigi qismi ko'pikli, o'rta qismi ko'kimtir sariq rangda serozli, pastki qismi yiringli bo'lib, o'zining tarkibida Dittrix tolalari va detritlar bo'ladi. Bolalarda 3 qisimli balg'am kam uchraydi. Balg'amni mikroskopik tekshirganda leykotsitlar, zamburug'li xo'jayralar, eritrotsitlar, shilliq, yog' kislotalar kristallari, kamroq xolatlarda elastik tolalar, Sharko-Leyden kristallari, Kurshman fibrillari topiladi.

Bronxoektatik kasalligida kattalarda uchraydigan qon tupirish, o'pkadan qon

ketish xolatlari bolalarda uchramaydi. Bolani ob'ektiv ko'rilganda intoksikatsiya belgilari: teri rangining oqarishi, ba'zan ko'kimtir tusga kirishi, yuzi shishinqiragan, ba'zan toksik dermatit kuzatiladi. Bolalar ozg'in, quvvatsiz, ozgina jismoniy yuklamalardan so'ng tez charchashlik, xansirash kuzatiladi. Adenoidi bor bolalar doimo og'iz bilan nafas oladilar. Ko'krak qafasi bochkasimon, yon tomonlari ichiga kirgan, bir tomoni yassilashgan, ikkinchi tomoni chiqqan, qovurg'alar orasi bir xil emas, umurtka pog'onasida skolioz, kifoz kabi deformatsiyalar kuzatiladi. Bolalar jismoniy rivojlanishdan orqada qoladi, kattaroq bolalarda nog'ora tayoqchalari kabi qo'l va oyoq barmoqlarining deformatsiyasi kuzatiladi.



Tirnoqlarni tekshirganda kundalang chiziqlar topiladi. Bu simptomlar jarayon ikki tomonlama qopsimon va aralash turdagi bronxoektazlarda uchraydi. Nog'ora tayoqchalarining kelib chiqishi to'la aniqlanmagan. Tirnoq asosida biriktiruvchi to'qimaning o'sishidan yuzaga keladigan taxminlar bor. Chunki bunday deformatsiyalar faqat bronxoektatik kasalligida kuzatilib qolmay, balki boshqa kasalliklarda ham uchraydi – masalan tug'ma yurak nuqsonlarida. Uning paydo bo'lishi uzoq vaqt gipoksiya, toksikoz natijasida vazoaktiv moddaning sintezining ortishi, o'pkaning tozalash funksiyasining pasayishini vujudga keltiradi.

Bronxoektaz sohalarida perkutor tovushning qisqarganligi, auskultatsiyada

dag'al nafas asosida har xil kalibrli nam xirillashlarning doimiy bir joyda eshitilishianiqlaniladi. Xirillashlar yo'taldan so'ng balg'am ajralganda kamayadi.

Odatda yallig'lanish jarayonlari yil sayin qaytalanib turadi. Qaytalanishlar soni bolaning yoshiga bog'liq bo'ladi: bola qancha kichik bo'lsa kasallik shuncha tez qaytalanadi; maktabgacha yoshdagi bolalarda yiliga 3-4 marta qaytalansa, maktab yoshidagi bolalarda esa, ancha kam kuzatiladi. Jarayon faolligining ortganligi belgisi sifatida yo'talning kuchayishi, balg'am mikdorining ortishi hamda o'pkada fizikal belgilarning ko'payishi namoyon bo'ladi. Tana xarorati normada yoki 38 darajagacha ko'tarilishi mumkin. Ko'pchilik xolatlarda esa turg'un subfebrilitet saqlanib qoladi.

Agar jarayon xar ikkala o'pkada yoki bir necha bo'laklar segmentlari bir varakayiga zararlangan taqdirda klinik belgilar manzarasi kuchayib, bemorning umumiy ahvoli og'irroq tus oladi. Kasallikning dastlabki davridayok balg'am ajratish bilan kechadigan doimiy yo'tal, intoksikatsiya simptomlari, jismoniy tarakkiyotdan ortda qolishi, ba'zan esa, barmoqlarning "nog'ora cho'plari" va tirnoqlarning "soat oynasi" shakliga kirishi xarakterli belgilardan bo'lib xisoblanadi.

O'pkaning zararlangan segmentlaridagi yallig'lanish va sklerotik o'zgarishilar tashqi nafas ko'rsatkichlariga ham salbiy ta'sir kiladi. Kasallik avj olgan davrda o'pkaning tiriklik sig'imi 50%gacha pasayadi. O'pkaning maksimal ventilyatsiyasi ko'rsatkichlari ham kamayadi. Nafas olish tezlashgan va yuzaki bo'lib qoladi. Ozgina jismoniy xarakat xansirashga olib keladi.

Bronxoektatik kasallik qaytalanganligining doimiy belgilaridan bo'lib SOEning tezlashuvi, leykotsitoz, qonda u-globulinlar miqdorining ortishi, hamda qon zardobida S-reaktiv oqsilning paydo bo'lishi xisoblanadi.

Rentgenologik tekshirishlarda o'pkadagi eski zotiljam sohalari o'pka ildizi tomon yo'nalgan intensiv to'rsimon soya ko'zga tashlanadi yoki tursimon manzara chatishgan xolatda namoyon bo'ladi. Ko'pchilik xolatlarda o'pkaning zararlangan sohalari bo'ylab zichlashgan soyalar, bronxlar devorining notekis suratlari,

bronxlar manzarasining kuchayganligi ko'zga tashlanadi. Ayrim xollarda ayrim segment yoki o'pka bulagining diffuz soyalanishi kuzatiladi. O'pka ildiz surati kuchaygan, kattalashgan limfa tugunlarining soyalari ko'zga tashlanadi. Ko'pchilik xolatlarda chegaralangan emfizema belgilari topiladi va shu joyda bullyoz bo'shliklar ko'zatilishi mumkin. Bo'laklararo va devor oldi plevra qalinlashgan bo'ladi. Ko'kis oraligi organlari zararlangan o'pka tomon siljigan bo'lishi mumkin.

Bolalarda bronxoektatik kasallikning asoratlari

Surunkali obstruktiv o'pka emfizemasi - bolalarda kuzatiladigan o'pka emfizemasi tinch xolatda ham og'ir nafas etishmovchiligi simptomlari bilan kechadi. Yo'tal quruq, balg'am oz mikdorda qiyinchilik bilan ajraladi. O'pka perkussiyasida zararlangan o'pka to'qimasi sohasida bg'sh quticha tovush eshitiladi. Auskultatsiyada sust nafas, quruq xushtaksimom va oz mikdorda nam xirillashlar eshitiladi. Yurak tonlari bo'g'iqlashadi. Rentgenologik tekshirilganda – o'pka to'qimasi emfizematoz shishgan, kovurg'alar gorizontal joylashgan, diafragma pastki tushgan bo'ladi.

“O'pka yurak” – bronxoektatik kasallikning ko'p uchraydigan asorati bo'lib, o'pka gipertenziyasi oqibatida kelib chiqadi. Bemorlarda ozgina jismoniy yuklamadan so'ng bo'shshishlik, uyquchanlik, xansirashlar kuzatiladi.

Yurakning avval o'ng, keyinchalik hamma chegaralarining kattalashishi xosdir. Auskultatsiyada o'pka arteriyasida II tonning aktsenti, 2 va 3 tabakali klapan ustida sistolik shovqinlar eshitiladi. EKG ko'rsatkichlari: yurak elektr o'qining o'nga burilganligi, chap ko'krak yo'nalishida R va S tishchaning chuqurlashishi ko'riladi.

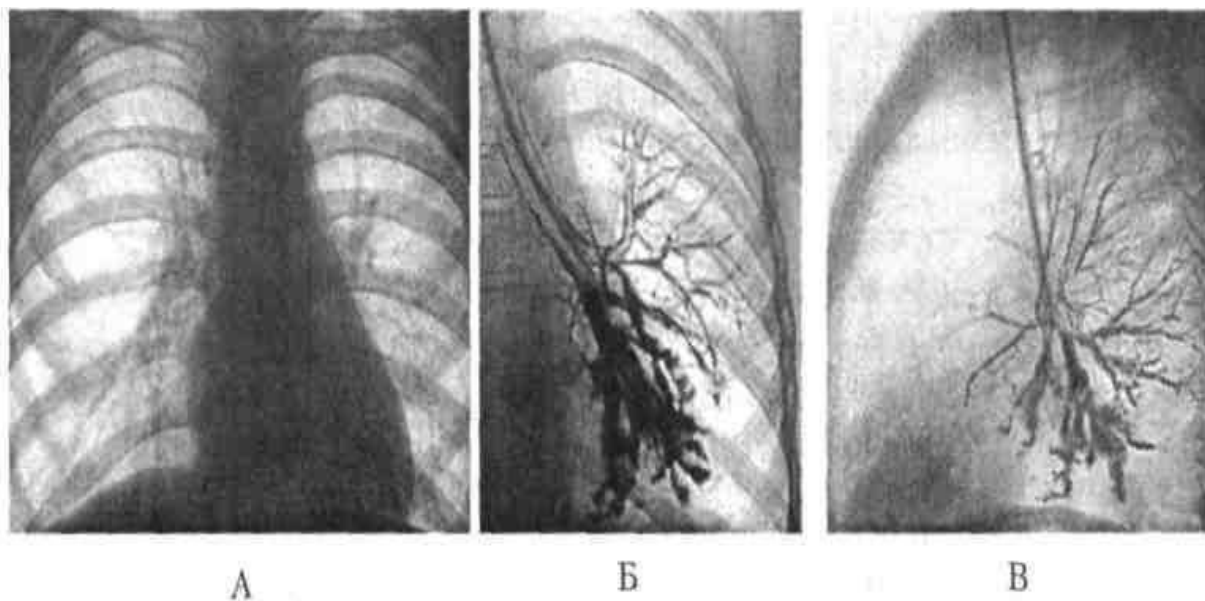
Kasallik diagnostikasi

1. Anamnez asosida (boshidan o'tkazgan pnevmoniyalar soni, ularning kechish davri);

2. Yo'talning o'ziga xos bo'lishi;
3. Xaroratning xarakteri;
4. Hamrox kasallarning birga kelishi;
5. Allergik reaksiyalarning kuzatilishi.

Davolash natijalari, kasallikning qaytalanish davridagi quyuc, yopishqoq, shilimshiqning miqdori aniqlaniladi. Bronxoektatik kasallikda klinik-rentgenologik ko'rsatkichlari, tashki nafas funksiyasining instrumental ko'rsatichlari, bronxoskopiya, bronxografiya, periferik, bioximik taxlillari va boshqa tekshiruv ko'rsatkichlariga asosan qo'yiladi.

Bronxoektaz kasalligini faqat O'KT (o'pkani komp'yuter tomografiyasi) va bronxografiyasi yordamida aniq diagnoz qo'yilishi mumkin. Bunda jarayonning joylashgan o'rni, turi aniqlaniladi.



Bronxoektatik kasallikga chalingan bemor bola o'pka rentgenogrammasi.

A - to'g'ri proektsiyasida rentgen surati (ikkala o'pka ildizi surati kuchayganli aniqlanyapti);

B – bronxlarni kontrast modda yordamida o'tkazilgan o'ng yonbosh rentgenogrammasi (tsilindrik va qopsimon bronxoektazlaraniqlanyapti);

V – chap yonbosh rentgen surati (pastki bo'lak bronxlari ko'kis oraliq tomoniga siljigan va tsilindrikbronxoektazlar aniklanyapti).

Bronxografiya qilishdan avval yodga sezgirligini aniqlab, maxalliy anesteziyadan so'ng (rentgen kontroli asosida) bronxga yodolipol yuboriladi (sulfoyodol, diodrast, diyodon va boshq.) 10-15-30 daqiqadan so'ng rentgenogramma o'tkaziladi. Bronxografiya kasallik remissiyasi vaqtida o'tkaziladi.

Bronxoektatik kasallikning differentsial diagnozi

Bronxoektatik kasallikni tuberkulyoz, surunkali bronxit, mukovistsidozning o'pka shakllar bilan dif. diagnostika qilishimiz kerak.

Tuberkulyozning o'pka shaklida anamnez katta ahamiyatga ega (tuberkulyozkasali bilan muloqotda bo'lish, tuberkulyozga qarshi emlanish, xarorat ko'tarilishi), kliniko-rentgenologik ko'rsatkichlar va biologik sinamalar ahamiyatga ega.

Mukovistsidozni aniqlash uchun bir necha sinamalar bo'lib, eng ko'p tarqalgani ter tarkibidagi xloridlarni aniqlash (N - 50 mmolgl), mukovistsidozda bu ko'rsatkich 55 mmolG'gl dan yuqori bo'ladi.

Davolash tamoyillari

Bronxoektatik kasallikning davolashi bosqichma-bosqich, klinik davriga ko'ra, jarayonning qaytalanish soniga, hamrox kasalliklarning turiga qarab olib boriladi. Shifoxona - sanatoriya - poliklinika. O'pkaning surunkali nospetsifik kasalliklariga chalingan bolalarga diagnostik, davolash, rehabilitatsion va boshqa yordamlar ko'rsatish maqsadida viloyat kasalxonalari qoshida joylashgan pulmonologik markazlar tashkil qilingan. Pulmonologik markazlarda pediatri-pulmonologdan tashqari otorinolog, allergolog, rentgenolog, ftiziatr, stomatolog, davolash jismoniy tarbiya bo'yicha vrach-metodist, funktsional diagnostika bo'limlari shifokorlari bemorlarga yordam ko'rsatishda ishtirok etadilar.

Bronxoektatik kasallikni qaytalanish davrida bemor darhol mahsus pulmonologik kasalxonaga yoki bo'limlarga yotqizilib, o'pkadagi yallig'lanish jarayonini bartaraf qilishga, buzilgan o'pka-nafas tizimining faoliyatini me'yorlashtirishga qaratilgan chora-tadbirlar o'tkaziladi. Buning uchun antibakterial, dezintoksikatsion, umumiy quvvatlovchi, so'rdiruvchi va desensibillovchi terapiya o'tkaziladi. Undan tashqari qo'shimcha kasalliklar va funktsional o'zgarishlarni ham davolab boriladi.

Pulmonologik kasallarning rejimini tashkil qilish ham katta ahamiyatga ega. Jarayonning o'tkir paytida bemorga yotish rejimi tayinlanadi, faqat ovqatlanganda va hojatxonaga chiqish ruxsat beriladi. Agar kasallik nim o'tkirvariantida kechsa, unda bemorga yarim yotish rejimi buyuriladi. Keyinchalik bemor sekin-asta yurish rejimiga o'tkaziladi.

Palatalarni aeratsiya qilib turishga katta ahamiyat beriladi, kvarts lampalar bilan nurlatish zarur, nam yig'ishtirish tavsiya qilinadi. Bemor shifoxonada uzoq muddat yotgani uchun, ularga yaxshi shart sharoitlar tashkil qilinadi: tinchlik, qiziqarli o'yinlar, kitob o'qish, televizor va radio tinglash, sof havoda aylanish va h.k.

Ovqatlanish – ovqatning kaloriyasi yuqori bo'lishi, oqsil yoshiga nisbatan 3- 10%ga ko'p, vitaminlar, mineral moddalar, yog' kislotalari, fitontsitlar (piyoz, sarimsoq piyoz) etarli darajada bo'lishi kerak.

Bronxoektatik kasallikning ko'zg'olish davrida mikroblar sezgirligini aniqlaguncha antibiotiklar bilan davolash boshlanadi. Buning uchun yarim sintetik penitsillin qatoridagi antibiotiklardan (oksatsillin, ampitsillin, oksamp, amoksatsillin), sulfanilamid (biseptol va boshqalar) preparatlaridan foydalanamiz. Kasallikning og'ir shakllarida tsefalosporin qatoridagi antibiotiklar qo'llaniladi (tsefamezin, tseftriakson, tsefazolin, rotsefin va h.k.). Ushbu preparatlar samarasi 3-4 kunda kuzatilmasa antibiotiklar almashtiriladi.

Antibiotikogramma ko'rsatmalari olingandan so'ng shu mikrobgga sezgirligi yuqori bo'lgan preparatlar beriladi.

Bronxoektatik kasallik bilan og'riqan bemorlar ko'p antibiotik olganligi sababli ularda birinchi kundan zamburug'lar rivojlanishi mumkinligini xisobga olib, birinchi kunlardanoq zamburug'larga qarshi preparatlar - nistatin, levorin, mikoseptin beriladi.

Disbakteriozning oldini olish uchun biopreparatlar (bak.preparatlar) tavsiya etiladi - lineks, laktobakterin, dyufalak, bifidumbakterin, latsidofilin, enterojerminalar, bifolak-neo va boshq.

O'pka infiltratining tez so'rilishi, jarayonning cho'zilishiga yo'l qo'ymaslik uchun, bronxlarning o'tkazuvchanligini yaxshilash, pnevmosklerozni oldini olish maqsadida glyukokortikoidlar buyuriladi (prednizolon, deksametazon -1-2 mgG'kg). Ularning davolash kursi 15-20 kundan kam bo'lmasligi kerak.

Bronxlarda yopishqoq (quyuq) yiringli balg'am to'plangan bo'lsa bronxlarni yuvish zarur bo'ladi (bronxoskopik sanatsiya). Bronxlarni yuvish uchun burundan kateter o'tkazilib, shprints yordamida yuviladi. Bronxoskop orqali bronxlarni yuvish uchun qo'llaniladigan suyuqlik tarkibi: natriy xlorid 0,85%-100,0 ml; 0,25% novokain eritmasidan 100,0 ml, 2,4% eufillin eritmasidan 5,0 gidrokortizon 25 mg, ximotripsin 10 mg. Bronxlarni yuvib bo'lgandan so'ng, mikroblar qaysi antibiotikga sezgirligi yuqori bo'lsa shu antibiotikdan kunlik dozani va askorbin kislotasidan 5% 2 kunlik dozasini yuboriladi.

Bronxoektatik kasallikda dorilar bilan aerozol qilish yaxshi naf beradi. Buning uchun 2-3-5 ml dorivor moddani 10-12daqqa davomida ingalyatsiya qilinadi. Ingalyatsiya omuxtariga antibiotiklar (penitsillin, ampioks, va boshqalar) qo'shish mumkin.

Bronxospazmni bartaraf qiluvchi dorilardan - efedrin 8-10 ml, eufillin 2,4% 0,5 -1 ml, adrenalini 0,1% 1,0-0,5 ml. qo'llaniladi.

Fermentlardan - tripsin, ximotripsin 2-10 mg, ximopsin 10-15 mg, pankreatin 0,2-0.5 mg, atsetilsistein 10% 3,0 ml, askorbin kislotasi 5% 0.5-1,0 ml, retinol atsetat 5000-1000B tavsiya etiladi. Oxirgi yillarda sarimsoq piyoz va piyoz sharbati tarkibida fitontsidlar ko'p bo'lganligi bois ingalyatsiyada keng

ko'llanilmoda.

Undan tashqari ingalyatsiyaga o'simliklardan tayyorlangan damlama - dala choyining 1% spirtidagi eritmasi ishlatiladi.

Ishqorli eritmalaridan natriy bikarbonat va mineral suvlar bilan aerosol qilish balg'amni yaxshi ko'chiradi, yallig'lanish jarayonini kamaytiradi. Ingalyatsiyalarni kuniga 2-3 marta qilish mumkin. Davolash davri 7-14 kun bo'lib, undan keyin preparatlarni yoki omuxtalarni boshqalarga almashtiriladi.

Bemorlar organizmning ximoya kuchini, immunologik reaktivligini oshirish uchun aloe, apilak, ATF, pentoksil, dibazol va boshqalar ishlatiladi.

Moddalar almashinuvini, to'qimalar kislorodni o'zlashtirishini yaxshilash maqsadida vitaminoterapiya o'tkaziladi - askorbin kislotasi, glyutamin kislotasi, V guruxi vitaminlari, A, E, RR, R buyuriladi.

Bronxoektatik kasallikda organizmning reaktivligi o'zgarishi bilan va allergik reaksiyalar bo'lishini xisobga olib desensibillovchi terapiya o'tkaziladi - antigistamin preparatlarni ichgani yoki aerosolda berish mumkin.

Fizioterapiya usullari - o'pka va bronxlarning qon va limfa aylanishini tiklashga, to'qimada moddalar almashinuvini yaxshilashga qaratiladi.

Ko'krak qafasiga UVCh - 5-7 min.dan 8-10 seans beriladi; mikroto'likinli terapiyadan - 5-8 muolaja; elektrodli induktoterapiya (EVT) 7-10 muolaja 5-7-12 min.dan; Sa, Mn, Mis, askorbin kislotasi bilan elektroforez tayinlanadi - 10 muolaja; kuraklar sohasiga UBNlar beriladi, issiq muolajalardan - ozokerit aplikatsiyasidan 10-12 seans buyuriladi.

Bronxlarning drenaj funksiyasini yaxshilash maqsadida postural drenaj tavsiya etiladi.

Kompleks davolash chora-tadbirlariga davolash fizkulturasini qo'llaniladi. U organizmdagi qonaylanishni yaxshilaydi, nafas xarakatini tiklaydi, oksidlanish jarayonini tezlashtiradi, organizmning ximoya kuchini oshiradi. Davolash fizkulturasini boshlashdan avval remissiyaning boshida sof havoda sayr qildiradi.

Konservativ davolashdan tashqari jarroxlik davolash usullari

hamqo'llaniladi.

Jarrohlik davolashga ko'rsatmalar:

1. Chegaralangan pnevmosklerozlar
2. Tug'ma va orttirilgan bronx nuqsonlari, yiringli abstsesslar, gangrenaga havf tug'ilganda, yiring plevruga ochilganda, yiring tarqalib ketsa, pnevmotoraks, piopnevmotorakslarda va h.k.

Operatsiyani 3 yoshdan yuqori bo'lgan bolalarga tavsiya etiladi. Operatsiyaning optimal vaqti 7 va undan katta yoshdir. O'pkaning bir segmentini olib tashlansa 90% bemorlarda butunlay tuzalib ketadi.

Sanatoriya davolanish - Bronxoektatik kasallikning davolashda asosiy bosqichi bo'lib xisoblanadi. Bu bosqichda mikroklimatning ta'siri, optimal rejimini tashkil qilish, davolanish va medikamentoz muolajalariga ahamiyat beriladi. Kasallikga chalingan bemorlarga odatda chang kam bo'lgan, tog'li joylarda joylashgan sanatoriyalar tavsiya etiladi.

Dispanser kuzatuv. Davolashning keyingi bosqichi poliklinikada uchastka pediatri va pulmonolog tomonidan ko'zatuvi olib boriladi. Bunda bemorning otalariga bolaning ovqatlanish rejimini, kundalik rejimini to'g'ri tashkil qilish, davolash fizkulturasi va massaj, postural drenajlar o'tkazib turish maslahat beriladi. Vaqti-vaqti bilan (yilning bahor, qish va kuz oylarida) fizioterapevtik muolajalari, umumiy quvvatlovchi terapiya, fitoterapiya kurslari o'tkazilib turiladi. Surunkali infektsiya o'choqlarini sanatsiya qilish kerak. Kasallikning qaytalanishini oldini olish maqsadida bahorda va kuzda bitsillinoprofilaktika o'tkaziladi.

TEST TOPSHIRIQLARI

1. Bronxopnevmoniyalarni asosiy etiologik omillari:
 - a) pnevmokoklar, stafilokoklar, viruslar
 - b) pnevmokoklar, zamburuglar, meningokoklar
 - c) stafilokoklar, streptokoklar, gonokoklar
 - d) pnevmokoklar, patogen zamburuglar, toksoplazmalar

2. Bronxopnevmoniyalar rivojlanishiga olib keluvchi etiologik omillar
 - a) viruslar bakteriyalar, patogen zamburuglar, pnevmotsistalar
 - b) pnevmokokk, enterokoklar
 - c) V-gemolitik streptokokk, E.Coli
 - d) mikoplazma, lyambliya tsistalari

3. O'tkir bronxopnevmoniyaga ko'prok qaysi yoshdagi bolalarda uchraydi
 - a) 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda
 - b) 3-5 yoshgacha bo'lgan bolalarda
 - c) 8-14 yoshgacha bo'lgan bolalarda
 - d) yangi tug'ilgan chaqaloqlarda

4. Qaysi qo'zg'otuvchilar pnevmoniya rivojlanishiga sabab bo'lmaydi?
 - a) Borde Jangu tayoqchasi, Kox batsillasi
 - b) pnevmokokk, streptokoklar
 - c) virus va bakteriyalar
 - d) patogen zamburuglar

5. Pnevmoniyaning rivojlanishida infektsiyaning asosiy kirish yo'li:
- a) bronxogen
 - b) gematogen
 - c) limfogen
 - d) enteral
6. O'tkir pnevmoniyaning patogenezida markaziy zveno hisoblanadi:
- a) gipoksemiya
 - b) gipoksiya
 - c) atsidoz
 - d) giperkapniya
7. O'tkir pnevmoniyaning qaysi shakli klassifikatsiyada yo'q?
- a) follikulyar pnevmoniya
 - b) segmentar pnevmoniya
 - c) krupoz pnevmoniya
 - d) o'choqli bronxopnevmoniya
8. O'tkir pnevmoniyada krepitatsiya eshitiladi?
- a) faqat nafas olganda
 - b) faqat nafas chiqarganda
 - c) nafas olganda va chiqarganda
 - d) tinch turgan holda
9. O'tkir pnevmoniya xos ob'ektiv ma'lumotlar:
- a) o'pkada dag'al nafas, nam xirillashlar va krepitatsiya
 - b) o'pkada vezikulyar nafas, xirillashlar yo'q
 - c) o'ng o'pkaning yuqori qismida amforik nafas
 - d) o'pkada dag'al nafas, xushtaksimon xirillashlar

10. O'tkir bronxopnevmoniyaga xos bo'lmagan simptomlar:

- a) ekspirator xansirash, butun o'pka bo'ylab turli quruq, nam, xushtaksimon xirillashlar
- b) o'pkada dag'al nafas, nam xirillashlar va krepitatsiya
- c) nafas yetishmovchiligi belgilari
- d) perkutor tovushning bo'g'iqlashishi

11. O'choqli pnevmoniyani xal qiluvchi belgisi bo'lib xisoblanadi:

- a) o'pkaning ayrim soxasida perkutor tovushning bug'iqlashishi, shu yerda krepitatsiyani eshitilishi
- b) o'pkaning ma'lum bir soxasida mayda pufakli nam xirillashlarning eshitilishi
- c) ikkala o'pka soxasida xirillashlarning eshitilishi
- d) kuchli yo'tal

12. Pnevmoniya kasalligi klinikasiga xos emas:

- a) inspirator xansirash, ovozning bo'g'iqligi
- b) balg'am bilan yo'talish
- c) ne belgilari
- d) o'pkada dag'al nafas, nam xirillashlar va krepitatsiya

13. O'tkir pnevmoniya asoratlariga kirmaydi

- a) peritonit
- b) nafas etishmovchiligi
- c) yurak tomir etishmovchiligi
- d) o'pka shishi

14. Krupoz pnevmoniyaning patomorfologik bosqichiga xos emas:

- a) skleroz bosqichi

- b) eksudatsiya bosqichi
- c) qizil va kul rang jigarlanish bosqichi
- d) xal bo'lish bosqichi

15. Pnevmoniya kasallikga xos klinik simptomlar:

- a) quruq, og'riqchan, kalta yo'tal
- b) ertalabda ko'p balg'am ajratish bilan yo'tal
- c) xurujsimon, repriz bilan yo'tal
- d) bitonal yo'tal

16. O'chogli bronxopnevmoniya kasalligiga xos rentgenologik simptomlar:

- a) o'pka naqshi kuchaygan, mayda o'choqli soyalanishlar
- b) o'pka naqshi kuchaygan
- c) bir bo'lak soxasi soyalanishi kuzatiladi
- d) ekssudativ plevrit belgilari

17. Krupoz pnevmoniyada patologik jarayon tarqaladi:

- a) butun bo'lak sohasida
- b) 1-2 ta segment sohasida
- c) interstitsial to'qimada
- d) jarayon plevruga tarqaladi

18. Krupoz pnevmoniyaning asosiy rentgenologik ma'lumotlari:

- a) bir bo'lak sohasi soyalanishi kuzatiladi
- b) ildiz va o'pka naqshining kuchayishi ko'lamida o'choqli soyalanishlar
- c) ildiz va o'pka naqshining kuchayishi
- d) emfizema belgilari

19. Krupoz pnevmoniyaning asosiy klinik belgilari:

- a) gektik harorat, herpes, xansirash, sust nafas, krepitatsiya
- b) xirillashlar masofadan turib eshitiladi
- c) quruq, og'riqli yo'tal, tarqoq quruq xirillash
- d) amforik nafas, "nog'ora tayoqchalari"

20. O'tkir pnevmoniyalarning asosiy auskultativ ma'lumotlar:

- a) o'pkada krepitatsiya xriplari eshitiladi
- b) amforik nafas eshitiladi
- c) butun o'pka bo'ylab quruq va nam xirillashlar eshitilyapti
- d) butun o'pka bo'ylab quruq xushtaksimom, g'ijjillagan xirillashlar eshitilyapti

21. Krupoz pnevmoniyaning patomorfologik bosqichlari:

- a) qon quyilish – ekssudatsiya;
- b) mukoid bo'kish;
- v) qizil va kulrang jigarlanish;
- g) xal bo'lish bosqichi;
- d). skleroz bosqichi.

- a) a, v, g
- b) a.b. d
- c) a.v.d
- d) b.v.g

22. O'tkir pnevmoniyalarning asosiy simptomlarini ko'rsating:

- a) intoksikatsiya simptomlari, nafas yetishmovchilik simptomlari, krepitatsiya quruq xushtaksimom va g'ijjillagan xirillashlar
- b) "vovullovchi" yo'tal, ovozni bug'ilishi
- c) amforik nafas
- d) quruq xirillashlar eshitiladi

23. Krupoz pnevmoniyaning 2 patomorfologik bosqichi:

- a) qizil va kul rang jigjarlanish bosqichi
- b) eksudatsiya bosqichi
- c) skleroz bosqichi
- d) xal bo'lish bosqichi

24. O'chogli bronxopnevmoniyalarni o'tkir kechishi deb qachon aytiladi?

- a) kasallik 6-8 hafta davom etsa
- b) kasallik 10-12 hafta davom etsa
- c) kasallik 2-3 hafta davom etsa
- d) kasallik 6 oydan ortiq davom etsa

25. O'chogli bronxopnevmoniyalarni nim o'tkir kechishi deb qachon aytiladi?

- a) kasallik 12-14 hafta davom etsa
- b) kasallik 4-6 hafta davom etsa
- c) kasallik 2-3 hafta davom etsa
- d) kasallik 6 oydan ortiq davom etsa

26. Pnevmoniya diagnozini ko'yishda asosiy diagnostik qiymatga ega bo'lgan diagnostik tekshiruv:

- a) rentgenografiya
- b) bronxografiya
- c) spiroografiya
- d) pikfloumetriya

27. O'tkir pnevmoniyada penitsillinning dozasi:

- a) 100-150 ming XBG'kg
- b) 200-300 ming XBG'kg
- c) 50-100 ming XBG'kg

d) 200-250 ming XBG'kg

28. Pnevmoniyada qaysi preparatlar organizm himoya kuchini oshirish uchun ishlatilmaydi?

- a) antibiotiklar
- b) immunoglobulin
- c) dibazol
- d) biostimulyator

29. Antibakterial terapiyani asoratini oldini olish maqsadida qo'llaniladi:

- a) zamburug'ga qarshi preparatlar
- b) vitaminlar
- c) sulfanilamidlar
- d) biostimulyator

30. O'tkir pnevmoniyani o'tkazgan bemorlarni dispanser kuzatuvi:

- a) 6 oy
- b) 3 oy
- c) 1 iyil
- d) 2 yil

31. Bronxlar drenaj funksiyasini tiklashda qo'llaniladi:

- a) 10% atsiltistein, 2% soda, mukolitiklar
- b) bromgeksin
- c) vitaminlar
- d) UVCh

32. Pnevmoniyada bronx drenaj funksiyasini yaxshilash uchun qo'llaniladi:

- a) ingalyatsion aralashmalarga mukolitiklar qo'shish
- b) ingalyatsion aralashmalarga vitaminlar qo'shish
- c) ingalyatsion aralashmalarga antibiotiklar qo'shish
- d) antibiotiklar almashtirish

33. Pnevmoniyalarni davolashda antibiotiklar qo'llash yaxshi natija beradi:

- a) antibiotiko-grammani xisobga olib antibiotiklar tavsiya etilsa
- b) tsefalosporinlar tavsiya etilsa
- c) aminoglikozidlar tavsiya etilsa
- d) iv avlod tsefalosporinlar tavsiya etilsa

34. Mukolitik preparatlar guruhiga kiradi:

- a) mukosolvin, atsetiltsistein, ximopsin,
- b) ximopsin, eufillin, novokain
- c) eufillin, adrenalin, atsetiltsistein
- d) mukosolvin, adrenalin, ximopsin

35. Yarimsintetik penitsillinlar guruhiga kiruvchi antibiotiklarni ko'rsating:

- a) ampitsillin, amoksitsillin, oksamp
- b) ampitsillin, tsefataksim, oksamp
- c) amoksitsillin, oleandomitsin
- d) ampitsillin, ketotsef, azitromitsin

36. Antibakterial terapiyani asoratini oldini olish maqsadida qo'llaniladi:

- a) zamburug'ga qarshi dorilar
- b) mukolitiklar
- c) sulfanilamidlar
- d) fermentlar

37. Antigistamin guruh preparatlar guruhini ko'rsating:

- a) dimedrol, tavegil, ketotifen, suprastin
- b) diazolin, ditsinon, dimedrol
- c) suprastin, diazolin, stoptussin
- d) dimedrol, tsimetidin, ketotifen

38. Gipertermiya sindromida birinchi yordam:

- a) fizikaviy usulda sovutish
- b) analgin, seduksen, gomk,
- c) oksigenotera-piya
- d) analgin, dimedrol, pipolfen

39. Kandidoz pnevmoniyalarda qaysi dorivor moddalar tavsiya etiladi?

- a) nistatin, amfoterritsin, levorin
- b) ampitsillin, tseftriakson, biseptol
- c) tseftriakson, ketotsef, mezimforte
- d) nistatin, lineks, bifikol

40. Yo'talga qarshi dorilar guruhini ko'rsating:

- a) ambroksol, bromgeksin
- b) ambrobene, etimizol, diazolin
- c) ketotifen, eufillin, solutan
- d) bronxolitin, prospan, diazolin

41. Asoratlanmagan pnevmoniyani davolashda antibiotiklar tavsiya etiladi:

- a) per os
- b) 2-3 mahal vena ichiga
- c) 2-3 mahal mushak orasiga
- d) endotraxeal

42. Bronxopnevmoniyalarni asosiy etiologik omillari:

- a) pnevmokoklar, stafilokoklar, viruslar
- b) pnevmokoklar, zamburuglar, meningokoklar
- c) stafilokoklar, streptokoklar, gonokoklar
- d) pnevmokoklar, patogen zamburuglar, toksoplazmalar

43. Perkutor tovushning bo'g'iqlashishi:

- a) o'choqli pnevmoniyani xal qiluvchi belgisi bo'lib xisoblanadi
- b) o'pkaning ayrim soxasida perkutor tovushning bug'iqlashishi, shu yerda krepitatsiyani eshitilishi
- c) o'pkaning ma'lum bir soxasida mayda pufakli nam xirillashlar-ning eshitilishi
- d) ikkala o'pka soxasida xirillashlarning eshitilishi, kuchli yo'tal

44. Pnevmoniya kasalligi klinikasiga xos emas:

- a) inspirator xansirash, ovozning bo'g'iqligi
- b) balg'am bilan yo'talish
- c) ne belgilari
- d) o'pkada dag'al nafas, nam xirillashlar va krepitatsiya

45. O'tkir bronxitga xos simptomlar:

- a) quruq yo'tal, tarqoq quruq xirillashlar
- b) intoksikatsiya belgilari
- c) o'pkada vezikulyar nafas, xirillashlar yo'q
- d) o'pkaning pastki kismlarida krepitatsiya

46. Nafas yetishmovchiligi darajasini aniqlash uchun hisobga olish kerak:

- a) nafas olish tezligini pulsga nisbati
- b) bir minutda nafas olish soni
- c) bir minutda puls tezligi

d) o'pka auskultatsiyasi

47. Krupoz pnevmoniyaning patomorfologik bosqichiga xos emas:

- a) skleroz bosqichi
- b) eksudatsiya bosqichi
- c) qizil va kul rang jigarlanish bosqichi
- d) xal bo'lish bosqichi

48. Pnevmoniya kasallikga xos klinik simptomlar:

- a) quruq, og'riqchan, kalta yo'tal
- b) ertalabda ko'p balg'am ajratish bilan yo'tal
- c) xurujsimon, repriz bilan yo'tal
- d) bitonal yo'tal

49. O'chogli bronxopnevmoniya kasalligiga xos rentgenologik simptomlar:

- a) o'pka naqshi kuchaygan, mayda o'choqli soyalanishlar
- b) o'pka naqshi kuchaygan
- c) bir bo'lak soxasi soyalanishi kuzatiladi
- d) ekssudativ plevrit belgilari

50. Krupoz pnevmoniyada patologik jarayon tarqaladi:

- a) butun bo'lak sohasida
- b) 1-2 ta segment sohasida
- c) interstitsial to'qimada
- d) jarayon plevruga tarqaladi

51. O'tkir pnevmoniyaning patogenezida markaziy zveno hisoblanadi:

- a) gipoksemiya
- b) gipoksiya

- c) atsidoz
- d) giperkapniya

52. O'tkir pnevmoniyaning qaysi shakli klassifikatsiyada yo'q?

- a) follikulyar pnevmoniya
- b) segmentar pnevmoniya
- c) krupoz pnevmoniya
- d) O'choqli bronxopnevmoniya

53. O'tkir pnevmoniyada krepatatsiya eshitiladi:

- a) faqat nafas olganda
- b) faqat nafas chiqarganda
- c) nafas olganda va chiqarganda
- d) tinch turgan xolda

54. O'tkir pnevmoniya xos ob'ektiv ma'lumotlar:

- a) o'pkada dag'al nafas, nam xirillashlar va krepatatsiya
- b) o'pkada vezikulyar nafas, xirillashlar yo'q
- c) o'ng o'pkaning yukori qismida amforik nafas
- d) o'pkada dag'al nafas, xushtaksimom xirillashlar

55. O'tkir bronxopnevmoniya-ga xos bo'lmagan simptomlar:

- a) ekspirator xansirash, butun o'pka bo'ylab turli quruq, nam, xushtaksimom xirillashlar
- b) o'pkada dag'al nafas, nam xirillashlar va krepatatsiya
- c) nafas etishmovchili-gi belgilari
- d) perkutor tovushning bug'iqlashishi

56. O'choqli pnevmoniyani xal qiluvchi belgisi bo'lib hisoblanadi:

- a) o'pkaning ayrim soxasida perkutor tovushning bug'iqlashishi, shu erda krepitatsiyani eshitilishi
- b) o'pkaning ma'lum bir soxasida mayda pufakli nam xirillashlar-ning eshitilishi
- c) ikkala o'pka soxasida xirillashlarning eshitilishi
- d) kuchli yo'tal

57. Pnevmoniya kasalligi klinikasiga xos emas:

- a) inspirator xansirash, ovozning bo'g'iqligi
- b) balg'am bilan yo'talish
- c) ne belgilari
- d) o'pkada dag'al nafas, nam xirillashlar va krepitatsiya

58. O'tkir pnevmoniya asoratlariga kirmaydi:

- a) peritonit
- b) nafas yetishmovchiligi
- c) yurak tomir etishmovchiligi
- d) o'pka shishi

59. Krupoz pnevmoniyaning patomorfologik bosqichiga xos emas:

- a) skleroz bosqichi
- b) eksudatsiya bosqichi
- c) qizil va kul rang jigarlanish bosqichi
- d) xal bo'lish bosqichi

60. Pnevmoniya kasallikga xos klinik simptomlar:

- a) quruq, og'riqchan, kalta yo'tal
- b) ertalabda ko'p balg'am ajratish bilan yo'tal
- c) xurujsimon, repriz bilan yo'tal
- d) bitonal yo'tal

61. O'chogli bronxopnevmoniya kasalligiga xos rentgenologik simptomlar:

- a) o'pka naqshi kuchaygan, mayda o'choqli soyalanishlar
- b) o'pka naqshi kuchaygan
- c) bir bo'lak sohasi soyalanishi kuzatiladi
- d) ekssudativ plevrit belgilari

62. Krupoz pnevmoniyada patologik jarayon tarqaladi:

- a) butun bo'lak sohasida
- b) 1-2 ta segment sohasida
- c) interstitsial to'qimada
- d) jarayon plevruga tarqaladi

63. Krupoz pnevmoniyaning asosiy rentgenologik ma'lumotlari:

- a) bir bo'lak soxasi soyalanishi kuzatiladi
- b) ildiz va o'pka naqshining kuchayishi ko'lamida o'choqli soyalanishlar
- c) ildiz va o'pka naqshining kuchayishi
- d) emfizema belgilari

64. Krupoz pnevmoniyaning asosiy klinik belgilari:

- a) gektik xarorat, gerpes, xansirash, sust nafas, krepitatsiya
- b) xirillashlar masofadan turib eshitiladi
- c) quruq, og'riqli yo'tal, tarqoq quruq xirillash
- d) amforik nafas, "nog'ora tayoqchalari"

65. O'tkir pnevmoniyalarning asosiy auskultativ ma'lumotlar:

- a) o'pkada krepitatsiya xriplari eshitiladi
- b) amforik nafas eshitiladi
- c) butun o'pka bo'ylab quruq va nam xirillashlar eshityapti

d) butun o'pka bo'ylab quruq xushtaksimom, g'ijjillagan xirillashlar eshitilyapti

66. O'tkir pnevmoniyalarning asosiy simptomlarini ko'rsating:

- a) intoksikatsiya simptomlari, nafas etishmov-chilik simptomlari, krepatatsiya quruq xushtaksimom va g'ijjillagan xirillashlar
- b) "vovullovchi" yo'tal, ovozni bug'ilishi
- c) amforik nafas
- d) quruq xirillashlar eshitiladi

67. Krupoz pnevmoniyaning 2 patomorfologik bosqichi:

- a) qizil va kul rang jigarlanish bosqichi
- b) eksudatsiya bosqichi
- c) skleroz bosqichi
- d) xal bo'lish bosqichi

68. O'chogli bronxopnevmoniyalarni o'tkir kechishi deb qachon aytiladi?

- a) kasallik 6-8 xafta davom etsa
- b) kasallik 10-12 xafta davom etsa
- c) kasallik 2-3 xafta davom etsa
- d) kasallik 6 oydan ortiq davom etsa

69. O'chogli bronxopnevmoniyalarni nim o'tkir kechishi deb qachon aytiladi?

- a) kasallik 12-14 xafta davom etsa
- b) kasallik 4-6 xafta davom etsa
- c) kasallik 2-3 xafta davom etsa
- d) kasallik 6 oydan ortik davom etsa

70. Pnevmoniya diagnozini ko'yishda asosiy diagnostik qiymatga ega bo'lgan diagnostik tekshiruv:

- a) rentgenografiya
- b) bronxografiya
- c) spiroografiya
- d) pikfloumetriya

VAZIYATLI MASALALAR

Masala № 1

9 yoshli bola shikoyatlari: doimiy yo'tal, shilimshiq balg'am ajralishi. 3 yoshda cho'ziluvchan xarakterli o'ng tomonlama bronxopnevmoniya bilan kasallangan, sog'aygandan keyin, zotiljam tez-tez qaytalanib turgan. Ob'ektiv: bola ozg'in, o'ng umurtqalararo oralig'i toraygan, o'ng ko'krak burchagi nafas olganda orqada qolmoqda. O'ng VI qovurg'adan pastga qarab perkutor tovush qisqarib bormoqda. Shu joyda nam xirillashlar. R-grammada o'ng patki bo'lak sohasida tiniqlik bor, bir oz pasaygan. Hb-100g/l, L- $18 \cdot 10^9$ /l, p/ya-57%, t/ya-10, lim-23%, SOE-32mm/s. Bronxogrammada bronxning o'ng bo'lagi qop shaklida kengaygan, ba'zan toraygan.

1. Sizning klinik tashxisingiz.

Masala № 2

3 yoshli bola shikoyati: jismoniy rivojlanishdan orkada qolish, yopishqoq shilimshiq balg'am ajratish, xansirash, tez-tez shamollash. Anamnezidan: bemor 1 yoshligidan zotiljam bilan og'riydi, tez-tez qaytalanib turadi. Kasallikni oxirigacha muntazam davolamaydi. Bemorda raxit, gipotrofiya, anemiya belgilari bor. Parvarish va ovqatlantirishda kamchiliklar bor. Ob'ektiv bemorda sianoz og'iz-burun uchburchagida, HE-II darajasi, qo'llari barmoqlari, baraban tayoqchalari, tirnoqlari (oynasimon) ichiga botiq soat oynasi kabi. O'pkada ko'krak chap pastki tomonda perkutor tovush kaltalashgan, nam xirillashlar. R-grammada o'ng o'pkada yoruglik ortgan.

Sizning tashxisingiz?

Masala № 3

2 yoshli bemor shikoyatlari yo'tal, ozg'inlik, tez-tez ORVI, pnevmoniya bilan ogrish. 1 oy avval qizamiq ogrigan. Onasida homiladorlik toksikoz, anemiya bilan o'tgan. Tug'ruqda bola travma bilan tugilgan. Bemorda EKD, raxit belgilari bor. Ob'ektiv bemorda subfebril t⁰ si aniqlandi. HE belgilari kuraklararo terisida qon tomir yulduzchalari, ko'krak qafasi deformatsiyalangan. Chap tomonida qovurg'alar oralig'i toraygan. Chap tomonida ko'krak qafasi ichiga kirgan. To'sh suyagi chiqqan. Ko'krak qafasining chap tomoni nafasda orqada qolgan. Perkutor tovush qutichasimon. O'pkada har xil gijjillashlar, kun davomida o'zgarib turadi.

1. Tashxis qo'ying?
2. Tekshirishlar o'tkazing.

Masala № 4

Bemor 7 yosh shikoyati yo'tal, anamnezidan 3 yoshligidan ko'p shamollaydi. Kasallik cho'zilib ketadi, kasallik to'la davolanmaydi. Ob'ektiv teri oqish-kulrang, HE belgilari, tirnoqlar soat oynasi shaklida. Barmoqlari baraban tayoqcha, ko'krak qafasida deformatsiya. O'pkada perkutor tovush kaltalashgan. R-grammada chap o'pkaning pastki segmenti kichik, o'ngga yorug'lik ortgan.

1. Tashxis kuying.
2. Tekshirish va davolash rejasini tuzing.

Masala № 5

Vera 10 yosh. Shikoyatlari: nafas qisish xurujlari, bezovtalik, ko'p terlash. Anamnezidan bemorda 4 yil davomida nafas qisish xurujlari kuzatilyapti, xurujlar yilning turli fasllarida, ko'proq kuz va qishda kuzatilyapti. Bu xurujlar issiq oyoq vannalari, teofedrin tabletkasi ichgandan keyin o'tib ketyapti. 2 yoshgacha bemorda EKD belgilari bo'lgan (shirinliklar, sitrus mevalaridan keyin), onasining ukasi bronxial astma bilan kasallangan. Umumiy ahvoli kelgan paytida og'ir. Bola majburiy holatda. Qo'llari bilan kravatni ushlab turibdi. Yuzi biroz shishgan.

Og'iz burun uchburchagida yengil sianoz, lablari biroz shishgan, ko'krak qafasi shishgan, yelkasi ko'tarilgan. Nafasi yuzaki, tezlashgan, nafas chiqarish cho'zilgan perkutor tovush o'pkada qutichasimon. Auskultatsiyada qattiq nafas asosida quruq g'ijillashlar. Yurak tonlari bo'g'iq, o'pka arteriyasida II aksenti. Qorni yumshoq og'riqsiz. Jigar 1,0 sm. Ichi va siyishi o'zgarishsiz.

1. Tashxis qo'ying.
2. Tekshirish va davolash rejasini tuzing.
3. Davolang.

Masala № 6

6 oylik bolani tana harorati 39,2 °S. Bola bezovta, yig'loqi, emmayapti, quruq og'riqli yo'tal. Terisi rangpar, og'iz burun uchburchagida ko'karish. Nafas tezlashgan, 60 ta minutiga, ritmik. Nafas olishda qo'shimcha muskullar qatnashyapti. O'pka perkussiyasida ikkala pastki tomonda timpanik qisqarish aniqlandi. Auskultatsiyada mayda pufakli xo'l xirillashlar, krepitatsiya. Yurak tonlari bo'g'iq, taxikardiya. Boshqa a'zolarida o'zgarishlar yo'q.

1. Sizing tashxisingiz.
2. Davolash taktikangiz.

Masala № 7

10 yoshli bola. Kasalaxonaga jismoniy o'sishdagi qoloqlik, yopishqoq shilimshikli balg'am ajraluvchi qayta zotiljamlar, xansirash shikoyati bilan keldi. Bola 3-homiladorlikdan tug'ilgan. Avvalgi bolalari: 1-ko'krak yoshida zotiljamdan, 2-si no'malum sababli ichak buzilishidan o'lgan. Bola 1 yoshdan beri jismoniy o'sishdan orta qola boshlagan. Chaqaloqlik paytida zotiljam o'tkazgan. Tekshirilganda: bola ozib ketgan, o'pkalarida perkutor tovush turli joylarida turlicha, ikki tomonda quruq va turli hajmdagi nam xirillashlar eshitiladi. Jigari 3,0 sm. Bronxoskopiyada diffuz yiringli bronxit aniqlandi. Najas tahlili ko'p miqdorda neytral yog'.

1. Sizing taxminiy tashxisingiz.
2. Tashxisni qanday tekshiruvlar yordamida tasdiqlash mumkin.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

Asosiy adabiyotlar

1. Daminov T.O., Xalmatova B.T., Boboeva O'.R. Bolalar kasalliklari . Darslik. - Toshkent. Tafakkur Bo'stoni. 2013 y.
2. Daminov T.O., Xalmatova B.T, Boboeva U.R. Detskie bolezni. Uchebnik. – Tashkent. Tafakkur Bo'stoni. 2013 g.
3. Shabalov N.P. Neonatologiya. Uchebnik. – Moskva. Medistina. 1988.

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Belyaeva L.M. Detskaya kardiologiya i nefrologiya – prakticheskoe rukovodstvo –Moskva., GEOTAR, 2011 g
2. Bolalar kasalliklarini integrastion usulda olib borish. O'quv qo'llanma. UzRSSV/YuNISEF, 2003
3. Bolalarga stasionar yordam kursatish. Metodik kullanma.(UzSSV №225 buyrugi, 2013)
4. Ignatova M.S. Detskaya nefrologiya – rukovodstvo dlya vrachey – Moskva, GEOTAR, 2011 g
5. Kildiyarova R.R. Laboratornye i funkstionlnye metody issledovaniya v praktike pediatrii – uchebno-metodicheskoe posobie, -Moskva., GEOTAR., 2012 g
6. Ko'krak suti bilan boqish. O'quv qo'llanma. O'Zrsvv/YuNISEF, 2013.
7. Shabalov N.P. Detskie bolezni. – Uchebnik, Moskva., GEOTAR., 2010.
8. Baranov A.A. Detskie bolezni. – Uchebnik. – Moskva, GEOTAR, 2009 g
9. Geppe N.A., Podchernyaeva N.S. Propedevtika detskix bolezney – Uchebnik. – Moskva, GEOTAR, 2008 g

10. Vasilevskiy I.V. Differentsialnaya diagnostika i terapiya kashlya u detey i podrostkov. – uchebno-metodicheskoe posobie – Minsk. BelMAPO, 2006 g
11. Xalmatova B.T., Bobomuratov T.A. Pediatriyada sindromal diagnostika. – o'quv qo'llanma, Toshkent, TTA bosmaxonasi, 2010 y
12. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 editions. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme., Elsevier, 2016.
13. The five Minute child Health Advisor/ - M. William Schwartz, MD., - 1998, USA
14. A therapist's guide to pediatric assessment, - Linda King-Thomas, Bonnie J. Hacker, 1987, USA
15. Pediatrics, - Margaret C. Heagarty., William J. Moss, -1997, USA

Internet saytlar:

1. www.tma.uz
2. www.zyonet.uz
3. www.info@minzdrav.uz
4. www.info@tma.uz

MUNDARIJA

Mavzular	Sahifalar
Kirish	8
Bolalarda nafas tizimi anatomo-fiziologik xususiyatlari	14
Bronxitlar	27
O'tkir oddiy bronxit	28
Bronxitni tashxisot mezonlari	30
O'tkir obstruktiv bronxit (yoki bronxoobstruktiv sindrom bilan kechuvchi bronxit)	31
O'tkir bronxiolit	33
Qaytalanuvchi – retsdivlanuvchi bronxit	34
Pnevmoniyalar	46
O'tkir pnevmoniya	46
O'choqli pnevmoniya	53
Segmentar pnevmoniya	55
Krupoz pnevmoniya	56
Interstitsial pnevmoniya	58
Pnevmoniya asoratlari	61
Pnevmoniyani tashxislash dasturi	62
Pnevmoniyani davolash tamoyillari	64
Bronxoektatik kasallik	74
Test topshiriqlari	87
Foydalanilgan adabiyotlar	106

СОДЕРЖАНИЕ

Темы	Страница
Введение	8
Анатомо-физиологические особенности дыхательной системы у детей	14
Бронхит	27
Острый простой бронхит	28
Критерии диагностики бронхита	30
Острый обструктивный бронхит (или бронхит с бронхообструктивным синдромом)	31
Острый бронхиолит	33
Рецидивирующий бронхит	34
Пневмонии	46
Острая пневмония	46
Очаговая пневмония	53
Сегментарная пневмония	55
Крупоз пневмония	56
Интерстициальная пневмония	58
Осложнения пневмонии	61
Программа диагностики пневмонии	62
Принципы лечения пневмонии	64
Бронхоэктатическая болезнь	74
Тестовые задания	87
Список использованных литератур	106

CONTENT

Themes	Page
Enter	8
Anatomic-physiological characteristics of the respiratory system in children	14
Bronchitis	27
Acute simple bronchitis	28
Bronchitis diagnostic criteria	30
Acute obstructive bronchitis (or bronchitis with bronchoobstructive syndrome)	31
Acute bronchiolitis	33
Recurrent bronchitis	34
Pneumonias	46
Acute pneumonia	46
Focal pneumonia	53
Segmental pneumonia	55
Croup pneumonia	56
Interstitial pneumonia	58
Complications of pneumonia	61
Pneumonia diagnosis program	62
Principles of treatment of pneumonia	64
Bronchiectatic disease	74
Test tasks	87
References	106

