

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

БОЛАЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ

Нуриддинова Г.Т.,
Инакова Б.Б.

ДАРСЛИК



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

Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б.

Вилим соҳаси – ижтимоий таъминот ва Соғлиқни сақлаш -500000

Таълим соҳаси – Соғлиқни сақлаш 510000

“Факультет педиатрия” фанидан дарслик

Болалар касалликлари

дарслик

Таълим йўналиши – педиатрия иши - 5510200

Андижон 2022

ТУЗУВЧИЛАР:

Нуритдинова Г.Т. – факультет педиатрия ва неонатология
Кафедраси доценти, т.ф.н.
Инакова Б.Б. – Факультет педиатрия ва неонатология
доцент, т.ф.н., каф. мудири

Тақризчилар:

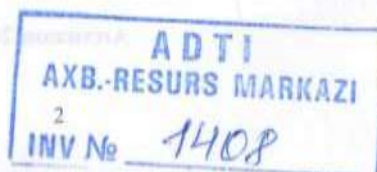
- Госпитал педиатрия ва поликлиника иши кафедраси
мудири, доцент
Арзикулов А.Ш. - Педиатрия кафедраси

“Болалар касалликлари” мавзусидаги дарслик.

Тиббиёт институтидаги талабалари учун мўлжалланган

Дарслик АДТИ МИХда мухакама қилинди

Доцентлар Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., томонидан тузилган
Педиатрия иши – 551000 “Педиатрия” предмети -“Болалар касалликлари”
дарслигига



O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2022 yil "19" iyul dagi "233" -sonli buyrug'iga asosan

G.T.Nuritdinova, B.B.Inakova

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

5510200 – *Pediatriya ishi*

(to'liq yo'nalishi (mutaxassisligi))

ning

talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan

Bolalar kasalliklari nomli darsligi

(to'liq adabiyotning nomi va turi, darslik, o'quv yo'llama)

ga

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



Vazir

(imzo)

A. Toshkulov

Ro'yxatga olish raqami

233-1111



АННОТАЦИЯ

Болалар касалликлари тез прогрессивланиши, кўпинча клиник манзаралари атипик кечиши, кам симптомли бўлиши билан характерланади, шу туфайли кўрилаётган белгиларни тўғри интерпритация қилиш қийинлашади. Шу билан биргаликда баъзи болаларга тез диагноз режасини тузиш, даволаш тактигасини танлаш ва уларга интенсив ёрдам кўрсатиш талаб қилинади. Шунинг учун тиббиёт олий ўқув юртларида таҳсил олаётган талабалар ўқиш жараёнида назарий ва амалий билимларни чуқур ўзлаштиришлари учун ўзбек графмкасидаги дарслик ўта муҳим бўлиб ҳисобланади.

Ушбу дарсликда болалар касалликлари бўйича назарий ва амалий билимлар тўғри олиб бориши ҳам мақсадга мувофиқ бўлади.

Дарслик 3-4 курс талабалар учун педиатрия фани ўқув дастури асосида тузилган бўлиб, болалар давридаги физиология ва патология саволларини ўз ичига олади ва ҳозирги замон талаби информациялари, диагностик усуллари ва асосий патологияларни даволаш усуллари билан бойитилган.

Мазкур дарсликни яхшироқ ўзлаштириш мақсадида вазиятли масалалар, тест саволлари билан тўлдирилган бўлиб, янги адабиёт манъбаларидан кенг фойдаланилган.

Дарслик 385 ыарак компьютер матнидан, 13 та сурат, 32 жадваллар билан жиҳосланган.

АННОТАЦИЯ

На учебник "Детские болезни" Педиатрическое дело – 5510200, студентов 3-4 курса педиатрической факультета -5510700 по предмету "педиатрия" составленное доцентами Нуриддиновой Г.Т., Инаковой Б.Б.

Период детский возраст короткий, но вместе с тем наиболее ответственный в жизни человека. Заболевания детей раннего характера характеризуются быстрым, прогрессирующим течением, нередко атипичной клинической картиной, малосимптомностью, затрудняющей правильную интерпретацию имеющихся проявлений. Поэтому в процессе обучения для студентов 3-4 - го курса чрезвычайно важным является приобретение глубоких, систематизированных знаний по данному разделу педиатрии.

Учебное пособие предназначено для студентов 3-4 - го курса педиатрической факультета, соответствует учебной типовой программе по педиатрии.

В учебники освещены общие и частные вопросы по разделу педиатрии. Учебник составлено с учетом учебной программы по педиатрии и содержит современную информацию по вопросам физиологии и патологии периода детского возраста, новейшим методам диагностики, ухода основных патологических состояний.

Для улучшения усвоения материала учебника дополнено тестовыми заданиями и ситуационными задачами, приведены новые литературные источники.

Этот учебник также можно использовать в виде дополнительной литературы для ординаторов-педиатров и магистров - неонатологов.

Эта книга состоит из 385 страниц компьютерного текста, оснащено 32 таблицами и 13 рисунками.

Annotation

On the textbook “Children's diseases” Pediatric case – 5510200, students of the 3rd-4th year of the pediatric faculty -5510700 on the subject “pediatrics” compiled by associate professors Nuritdinova G.T., Inakova B.B.

The period of childhood is short, but at the same time the most responsible in a person's life. Diseases of young children are characterized by a rapid, progressive course, often atypical clinical picture, low symptoms, making it difficult to correctly interpret the existing manifestations. Therefore, in the course of training for students of the 3rd - 4th year, it is extremely important to acquire deep, systematic knowledge on this section of pediatrics.

The textbook is intended for students of the 3rd - 4th year of the pediatric faculty, corresponds to the standard curriculum in pediatrics. The textbooks cover general and specific issues in the section of pediatrics. The textbook is compiled taking into account the curriculum in pediatrics and contains up-to-date information on the physiology and pathology of the period of childhood, the latest methods of diagnosis, care of the main pathological conditions.

To improve the assimilation of the textbook material, it is supplemented with test tasks and situational tasks, new literary sources are given.

This textbook can also be used as additional literature for pediatric residents and neonatology masters.

This book consists of 385 pages of computer text, equipped with 32 tables and 13 figures.

МУНДАРИЖА

| | |
|--|------------|
| Атамалар..... | 7 |
| Кириш..... | 9 |
| I боб. Эрта ёшдаги болалар касалликлари. Рахит..... | 11 |
| Д гипервитаминоз..... | 31 |
| Спазмофилия..... | 33 |
| Конституция аномалиялари..... | 44 |
| Экссудатив - катарал конституция аномалияси..... | 44 |
| Лимфатик-гипопластик конституция аномалияси..... | 61 |
| Нерв-артритик диатезлар..... | 63 |
| Танкислик анемиялар..... | 68 |
| Болаларда оксил-энергетик бузилишлар..... | 88 |
| Ортикча вазнлик..... | 99 |
| Мальабсорбция синдроми..... | 104 |
| Муковисцидоз..... | 106 |
| Дисахаридаз етишмовчилиги..... | 110 |
| Целиакия..... | 111 |
| Экссудатив энтеропатия..... | 114 |
| Болалар организмида витаминлар ўрни..... | 118 |
| Сепсис..... | 132 |
| II боб. Нафас олиш тизими касалликлари | 146 |
| Бронхитлар..... | 146. |
| Ўткир оддий бронхит | 148 |
| Ўткир обструктив бронхит | 153 |
| Ўткир бронхиолит..... | 155 |
| Қайталанувчи бронхит..... | 159 |
| Ўткир зотилжамлар..... | 168 |
| Ўчоғли зотилжам..... | 169 |
| Крупоз зотилжам..... | 174 |

| | |
|--|-----|
| Интерстициал зотилжам..... | 181 |
| Бронхоэктатик касаллик..... | 193 |
| Бронхиал астма..... | 209 |
| III боб. Юрак қон-томир касалликлари..... | 223 |
| Ўткир ревматик иситма | 225 |
| Миокардитлар..... | 245 |
| Тўғма юрак пороклари..... | 261 |
| Ревматоидли артрит..... | 275 |
| IV боб. Ошқозон ичак тракти касалликлари..... | 286 |
| Сурункали гастрит ва гастродуоденит..... | 293 |
| Сурункали энтероколит | 296 |
| VI боб. Ўт чиқарув йўллари касалликлари..... | 308 |
| Холепатиялар..... | 312 |
| Сурункали холецистит..... | 314 |
| Сурункали гепатит..... | 322 |
| Сурункали панкреатит..... | 333 |
| VII боб. Сийдик чиқарув тизими орган касалликлари..... | 344 |
| Сийдик чиқариш тизими инфекциялари..... | 349 |
| Пиелонефрит..... | 352 |
| Сурункали пиелонефрит..... | 359 |
| Ўткир гломерулонефрит..... | 363 |
| Сурункали гломерулонефрит..... | 370 |
| Фойдаланган адабиётлар..... | 380 |

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|-----|
| Введение..... | 7 |
| Глоссарий..... | 9 |
| Глава I. Заболевания детей раннего возраста..... | 11 |
| Рахит..... | 11 |
| Гипервитаминоз Д..... | 31 |
| Спазмофилия..... | 33 |
| Экссудативно-катаральная аномалия конституция..... | 44 |
| Лимфатико-гипопластический аномалия конституция..... | 56 |
| Нервно-артритический диатез..... | 61 |
| Дефицитная анемия..... | 68 |
| Белково-энергетическая недостаточность у детей..... | 88 |
| Ожирение (паратрофия)..... | 99 |
| Синдром мальабсорбции..... | 104 |
| Муковисцидоз..... | 106 |
| Дисахаридазная недостаточность..... | 110 |
| Целиакия..... | 111 |
| Экссудативная энтеропатия..... | 114 |
| Роль витаминов в детском организме..... | 118 |
| Сепсис у детей раннего возраста..... | 132 |
| Глава II. Бронхиты..... | 146 |
| Острый простой бронхит (ОПБ)..... | 148 |
| Острый обструктивный бронхит (ООб)..... | 153 |
| Острый бронхиолит..... | 155 |
| Рецидивирующий бронхит..... | 159 |
| Глава III. Пневмонии..... | 168 |
| Очаговая пневмония..... | 169 |
| Крупозная пневмония..... | 174 |
| Интерстициальная пневмония..... | 181 |
| Бронхоэктатическая болезнь..... | 193 |

| | |
|--|-----|
| Бронхиальная астма..... | 203 |
| Глава IV Заболевания органов сердечно-сосудистой системы..... | 223 |
| Острая ревматическая лихорадка..... | 225 |
| Миокардиты..... | 245 |
| Врожденные пороки сердца..... | 261 |
| Ревматоидный артрит..... | 275 |
| Глава V. Заболевания органов пищеварения..... | 286 |
| Хронический гастрит и гастродуоденит | 293 |
| Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки | 296 |
| Хронический энтероколит | 301 |
| Глава VI. Заболевания желчевыделительной системы | 308 |
| Холепатии | 312 |
| Хронический гепатит..... | 321 |
| Хронический панкреатит..... | 332 |
| Глава VII. Заболевания органов мочевыделительной системы | 344 |
| Инфекция мочевыводящей системы..... | 344 |
| Острый Пиелонефрит..... | 352 |
| Хронический..... | 359 |
| Острый гломерулонефрит..... | 369 |
| Подострый гломерулонефрит..... | 370 |
| Хронический гломерулонефрит..... | 370 |
| Использованная литература..... | 380 |

АТАМАЛАР

- Анорекция – иштаҳанинг йўқлиги
- Ангуляр стоматит – лаб ва ва оғиз бурчакларининг бичилиши
- Бронхолегочная дисплазия - ўта чала туғилган чакалоқларда учрайдиган ўпка тўқимасининг сурункали етилмаганлиги (дестресс симптомларда ва пневмонияларда учрайди).
- Бронхоэктаз - патологик кенгайган бронх
- Бронхит - бронхлар шиллик пардасининг яллиғланиши
- Бронх-ўпка дисплазияси - ўта чала туғилган чакалоқларда учрайдиган ўпка тўқимасининг сурункали ноетуклиги (дистресс -симптомларда ва пневмонияларда учрайди).
- Бронхэктаз - патологик кенгайган бронх
- Бронхит - бронхлар шиллик пардасининг яллиғланиши
- “Гаррисон жўяги” – кўкрак қафасининг диафрагма бириккан соҳа бўйлаб ичига тортилиши.
- Гипотония – мускуллартонусининг пасайиши
- Гнейс – бошнинг соч қисмидаги қасмоқлар
- Геофагия – тупрок, оҳак каби еб бўлмайдиган нарсаларни ейиш.
- Глоссит – тилнинг яллиғланиши
- “Этикдўз кўкраги” – кўкрак қафаси тўш суяги соҳасининг ичига тортилиши
- “Капут квадратум” – бошнинг тўртбурчакли шаклида кўриниши
- Койлонихии – тирноқдаги кўндаланг чизиклар
- Крепитация - гижирлаш
- Мальабсорбция –ичакларда сўрилиш жараённинг сусайганлиги
- Олимпик пешона – пешона суягининг бўртиб чиқиши
- Пневмония - ўпка зотилжами
- Пламмер-Винсон синдроми – қаттиқ таомни ютишга қийналиш
- Pica chloritika – таъм билишнинг бузилиши

Pagofagiya – муз, музкаймак сингари совук таомларга ружу қўйиш

Pellagra – терининг дагаллашиши

“Raxus” (юнан.) – умуртка поғонасининг букрилиги

Рахитик кифоз – умуртка поғонасининг кўкрак ва бел соҳасининг эгрилиги

“Рахит билакузуклари” – найсимон суяклар эпифизларининг тўмтокланиши

Сурфактант - альвеолалар ички юзасидаги биоактив модда

Синуситлар – бурун қўшимча бўлиқларининг яллиғланиши

Стафилус - кичима тугунчаклар

“Сутли пўстлок” – терининг чегараланган кизаришлари

“Товуқ тўши” – кўкрак кафаси тўш суяги соҳасининг бўртиб чиқиши

Тимомегалия – айрисимон безнинг катталаниши

Кириш сўзи.

Ўзбекистон Республикасининг “Таълим” тўғрисидаги қонуни, “Кадрлар тайёрлаш Миллий дастури”, “Соғлиқни сақлаш тизимини ислох қилиш Давлат дастури”, “Фуқаролар соғлигини сақлаш” тўғрисидаги Қонуларнинг қабул қилиши, оилавий поликлиникаларнинг ташкил этилиши, хусусий секторга кенг йўл очилиши, кундузги ва оилавий шифохоналари хизматининг йўлга қўйилиши, умумамалиёт ва оила шифокорлари каби мутахассисликларнинг жорий этилиши, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, соғлом авлодни камол топтириш борасидаги гамхўрлик - миллий тиббиётимиз ривожланишида катта имкониятлар яратди.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 апрелидаги ПК-2909- сонли “Олий таълим тизимининг янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги қарори; Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 15 майдаги “Ўзбекистон Республикасида тиббий таълим тизимини янада ислох қилиш чора тадбирлари тўғрисида” ПК-2956 - сонли қарори; Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Олий маълумотли мутахассислар тайёрлаш сифатини оширишда иктисодиёт соҳалари ва тармоқларининг иштироғини янада кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида” 2017 йил 27 июлдаги ПК-3151- сонли қарорига биноан, айниқса, қишлоқ жойлардаги тиббиёт муассасалари, тиббий ёрдам бригадалари ходимларининг қизларга, аёлларга ва ёш оилаларга тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини, оилаларда тиббий маданиятни ошириш, она ва бола соғлигини муҳофаза қилиш мақсадида аёлларга тиббий маслаҳатлар бериш бўйича ишларни кучайтириш вазифаси белгиланди.

Ана шу мақсадларни амалга оширишда болалар врачлари ҳамда ҳозирги кунда Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилотининг концепцияси сифатида жорий этилган оилавий шифокорлар ва тиббиёт олийгоҳлари педиатрия факультети 4 ва 5 курс талабалар учун мўлжалланган ушбу

“Болалар касалликлари” дарслиги зарур қўлланма бўла олади деган умиддамиз.

Кичик ёшдаги болаларда рахит касалги.

Рахит - бу жадал ўсувчи, айниқса кичик ёшдаги болалар организмнинг умумий хасталиги бўлиб, унинг асосида Д-витамини ҳамда унинг оралик маҳсулотлари танқислиги ётади. Бунинг натижасида организмда кальций ва фосфор алмашинуви издан чиқиб, янги ҳосил бўлаётган суякларда минерализация жараёнлари бузилади; асаб тизими ва бошқа аъзолар фаолиятида ўзгаришлар пайдо бўлади.

Рахит - “рахус” - юнон тилида умуртка поғонаси букрилигини англатади. Илмий жиҳатдан рахит касаллиги биринчи мартаба 1650 йилда инглиз олими Глиссон томонидан ёзиб қолдирилган. 1922 йилда Мак-Коллом томонидан Д-витаминининг кашф қилиниши касалликни даволаш ва олдини олиш имкониятларини яратди.

Тарқалиши. Рахит барча иқлим шароитида яшовчи болалар ўртасида кенг тарқалган бўлиб, унинг тарқалганлиги ва оғир-енгиллиги даражалари асосан турмуш шароитларига боғлиқ. Хозирги вақтга келиб унинг оғир шакллари анча кам учрайди. Хомиладор аёллар ва эмизикли оналарнинг нораціонал овқатланиши ҳамда фақат бир хил таомларни истеъмол қилишлари, гўдакларни нотўғри овқатлантиришлари ва парваринлашлари туфайли келиб чиқади. Шунингдек, чала туғилган ва сунъий мослаштирилмаган аралашмалар билан боқилаётган болаларда ҳам аксарият Д-витамини танқислиги ривожланади. Рахит касаллиги болалар патологиялари орасида “фон” хасталикларидан бири бўлиб ҳисобланади, ва у бир катор соматик ҳамда юқумли касалликлар кечишини оғирлаштиради, анча жиддий асоратларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Шу билан биргаликда юқорида айтилган касалликларнинг қўшилиб келиши ҳам ўз навбатида рахит кечишини оғирлаштириб, унинг тузалиш муддатини узайтириб юборади.

Этиологияси. Д – витаминига бўлган кундалик эҳтиёж боланинг ёшига, овқатлантириш ва парваришlash усулига, куёш нури даражасига, йил фаслига, бола организмнинг турли физиологик ва патологик ҳолатларига кўра турлича бўлиши мумкин. Масалан: 1) ой-куни етиб туғилган, табиий усул билан озиклантириладиган, яхши ўсаётган ва тўғри парваришланаётган гўдакларда кунига 400 ХБ (халқаро бирлик); 2) чала туғилган гўдакларда (уларда ўсиш жараёнининг жадаллиги туфайли) - 800-2000 ХБ; 3) сунъий усул билан озиклантириладиган болаларда 1000 ХБ гача; 4) мактаб ёшидаги болаларда ва ўсмирларда 400 ХБ талаб килинади.

Тез-тез қайталанадиган ва узок давом этадиган хасталиклар, ошқозон – ичак касалликлари, ўсиш жараёни тезлашган ҳолатларда ва бола териси ранги тўқроқ бўлганда Д витаминига бўлган эҳтиёж ортиқроқ бўлади. Бундай ҳолат кўпинча ичакларда сўрилиш жараёнининг сусайиши ёки Д витамини алмашинувининг турли босқичларидаги узиллишлари ҳамда улар фаоллигининг пасайиши туфайли юзага келади. Рахит касаллигининг асосий сабабчиси бўлиб нотўғри овқатлантириш ва парваришlash натижасида гўдакда Д витаминига бўлган кунлик эҳтиёжининг тўла қопланмай қолиш ҳисобланади. Шунингдек, Д витаминининг моддалар алмашинувида фаол маҳсулотларга айланишидаги узиллишлар ҳам касалликка сабаб бўлиши мумкин.

Рахит касаллигида Д витамини етишмовчилиги катор ташқи (экзоген) ва ички (эндоген) омиллар ҳисобига юзага келади.

Одатда организмнинг Д витаминига бўлган эҳтиёжининг 90% унинг терида синтез бўлиши ҳисобига қопланади. Нормал шароитларда бу жараён ноактив провитамин-7-дегидрохолестериннинг тўлқин узунлиги 280-320 нм бўлган ультрабинафша нурлари таъсирида фотолиз йўли билан амалга ошади.

Агар бола терисининг куёш нури тушадиган сатҳи кам бўлса ҳамда куёш нурлари остида кам бўлишлик бу жараёнининг сусайишига сабаб бўлади. Шунингдек, чанг-тўзон, тутун ва туман туфайли куёш нурларининг

тўсиб қолиниши, куз ва киш фаслларида қуёш нурларида ультрабинафша нурларининг камайиши ва дераза ойналарининг шундай нурларни тутиб қолишлари ҳам синтез жараёнини пасайтириб, Д витамин танқислигига олиб келиши мумкин. Осиё миллатига мансуб аҳоли териси рангининг меланин пигменти ҳисобига тўқроқ эканлиги Д витамини синтезига маълум даражада монетлик қилади.

Д витамини организмга озиқ-овқат маҳсулотлари билан ҳам тушиши мумкин: масалан она сутининг 1 литрида 40-70 ХБ Д витамини тутса, сигир сутининг ҳар 1 литри фақат 5 - 40 ХБ Д витамин тутади холос. Шунингдек, Д витамини тухум сариғи, треска балиғи мойи, сарёғ, балиқ ва паррандалар жигари сингари маҳсулотларда ҳам сезиларли миқдорда сақланади. Бундай маҳсулотларни кам истеъмол қилиш билан бир қаторда мослаштирилмаган сунъий аралашмалар билан озиклантирилаётган, узок муддат фақат сут берилиб, қўшимча овқатлар кеч киритилганида ёки асосан ўсимлик маҳсулотлари (ун маҳсулотлари)дан тайёрланган овқатлар билан боқилганда Д витаминининг организмга кам миқдорда тушиши ҳам сезиларли роль ўйнайди.

Перинатал омилларнинг роли ҳам мавжуд. Маълумки, хомила организмга Д витамини она организмдан 26-ҳафталикдан кейин ўта бошлайди, демак, чала туғилган болаларда Д витамини захираси етарли эмаслиги туфайли бола туғилган қуниданоқ шу витамин танқислигига дуч келади. Бундан ташқари йўлдошдаги етишмовчилик, ондаги пиелонефритлар, токсикозлар ва экстрагенитал касалликлари сингари хомиладорлик давридаги патологиялар ҳам кальций ва фосфор тузларининг ўзлаштиришига тўсқинлик қилади.

Овқатлантиришнинг сурункали бузилишлари, экссудатив энтеропатиялар, энтерит ва энтероколитлар, дисбактериозлар, целиакция ҳамда муковисцидоз каби мальабсорбция ва мальдигестия синдромларининг мавжудлиги ҳам Д витаминининг ичаклар орқали сўрилишини кийинлаштиради. Буйрақлар ва жигарнинг сурункали касалликлари Д

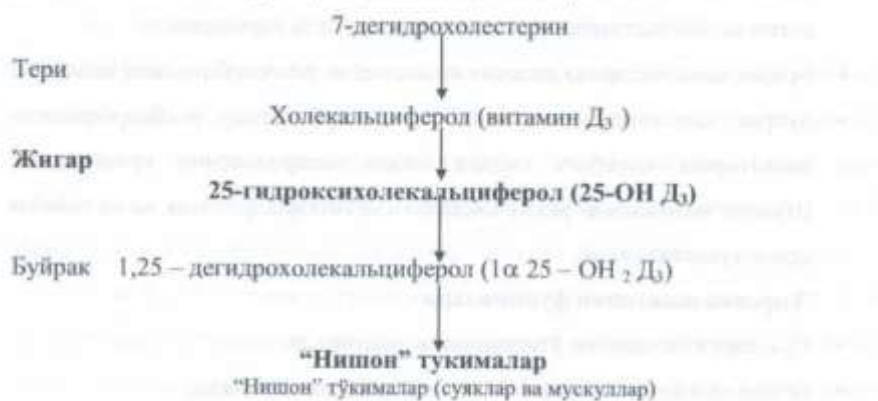
витаминанинг фаол шакллари хосил бўлишига салбий таъсир кўрсатади; фенобарбитал, дефинил сингари талвасага қарши дори-дармонлар ва сийдик хайдовчи препаратларни узок муддат давомида қўлланиш оқибатида келиб чиққан ятроген омиллар; тупроқ, сув ва озиқ-овқат маҳсулотларида рух, кўргошин ва стронций металллар ортиши уларнинг суякдаги кальций ўрнини эгаллаб остеопороз ва остеомалация ҳолатларига олиб келиши каби экологик омиллар; Д витамини алмашивунинг ирсий бузилишлари; цистинурия, тирозинемия ва ҳ.к сингари моддалар алмашивунинг ирсий бузилишлари; полигиповитаминозлар ҳамда сурункали инфекция омиллар сингари патологик жараёнларнинг мавжудлиги ҳам оқибатда Д витамини танқислигига сабаб бўлади.

Патогенези.

Д витамини алмашивуви. Д витамини дастлаб актив метаболитларга айланади. Бу жараён 3 босқичда кечади: 1 - босқич терида; 2 - босқич жигарда ва 3 босқич - буйрақларнинг проксимал каналчаларида.

Схема

Д-витамина алмашивуви куйидаги схемада тасвирланган.



Д витаминининг организмдаги функциялари

Ингачка ичакда кальцийни сўрилишини кучайтиради (ичак девори орқали кальцийни диффузиясини оширувчи кальций боғловчи оксилни синтезини ошириши ҳисобига);

- суякларни минерализацияси жараёнларини кучайтиради;
- остеокальцин синтезини кучайтиради (остеокальцин – остеобластлар синтез қиладиган суякнинг асосий ноколлаген оксили, рахитга чалинган болалар қонида унинг миқдори кам бўлади);
- буйрак каналчаларида кальций ва фосфорни қайта сўрилиши (реабсорбцияси) ни оширади;
- мушак рецепторлари билан боғланиб, кальцийни мушакларга киришини кучайтиради шу билан мушак қисқарувчанлигини фаоллаштиради;
- иммуномодуляр ва пролифератив таъсирга эга.
- Цитратлар алмашинувини бошқаради

Паратгормон функциялари

- суяклардан кальцийни қонга ўтишини кучайтиради (гипокальциемия ҳолатида, остеокластлар ва суяклар резорбция фаолиятини оширади, актив остеобластларнинг коллаген синтезини тормозлайди);
- буйрак каналчаларида кальция ва магнийни реабсорбциясини оширади;
- буйрак каналчаларида фосфат ва бикарбонатлар реабсорбциясини пасайтириш ҳисобига сийдик билан экскрециясини кучайтиради. Шунинг натижасида рахит касаллигида гипофосфатемия ва метаболик ацидоз ривожланади.

Тиреокальцитонин функциялари

- Суякларга кальцийни ўтиришини кучайтиради;
- остеокластлар миқдорини ва активлигини пасайтиради;
- ичаклардан суякларга кальцийни сўрилишини кучайтиради, қондаги кальций миқдорини пасайтиради.
- Д витамини етишмовчилиги кальций боғловчи оксилни синтезини камайтиради, кальцийни ичакларда сўрилишини пасайтиради. Вужудга

келган гипокальциемиа паратгормон ишлаб чиқаришини оширади. У ўз навбатида буйракда Са ва фосфорни реабсорбциясини пасайтиради, суяклардан кальцийни қонга ювиб чиқаради. Бу эса суякларнинг юмшашига, қийшайишига олиб келади.

Бунинг натижасида актив витамин-Д-гормон ҳосил бўлади ва у куйидаги 3 асосий вазифани бажаради:

- 1) скелет минерализациясини таъминлайди;
- 2) гипокальциемиа талвасанинг олдини олади;
- 3) мускуллар фаолиятини таъминловчи моддалар алмашишда иштирок этади.

Юкоридаги вазифалар қонда кальций ва фосфор миқдорини бир меъёрда сақлаб туриш орқали амалга оширилади:

- 1) ичакларда кальцийнинг актив-, фосфорнинг пассив йўл билан сўрилишининг кучайтирилиши,
- 2) фосфор ташилишининг кучайтирилиши,
- 3) буйрак каналчаларида кальций ва фосфорнинг қайта сўрилишининг кучайтирилиши;
- 4) суяклардан кальцийнинг ювилиб чиқишини кучайтирилиши.

Витамин – Д – гормон таъсирида ичакларда ва буйрак каналчаларида фосфор, кальций ионларини хужайралар орқали алмашишуви амалга оширилади. Суяклар ва мускуллар бу ионларни махсус мақсадларда қўлланади, яъни суяклар улардан минерализацияланиш учун фойдаланилсалар, мускуллар эса қисқарувчанлик фаолиятида қўлланилади.

Д витамини етишмовчилиги кальцийни бириктирувчи оксил синтезини камайтиради, кальцийни ичакларда сўрилишини сусайтиради. Вужудга келган гипокальциемиа паратгормон ишлаб чиқарилишини кучайтиради. Паратгормон ўз навбатида буйракда кальций ва фосфорнинг қайта сўрилишини (реабсорбциясини) пасайтиради, суяклардан кальцийни ювилиб қонга чиқишини кучайтиради. Бу эса суякларнинг юмшашига ва деформациясига сабаб бўлади.

Классификацияси.
 Дулицкий С.О. томонидан 1947 йилда таклиф қилинган
 классификациясидан фойдаланилади.

Жадвал 1

РАХИТ КЛАССИФИКАЦИЯСИ (Дулицкий С.О., 1947й)

| Даври | Огирлик даражаси | Кечиши |
|--|--|------------------------------------|
| Бошлангич Авж олиш даври Тузалиш даври Қолдик асоратлар даври | I даража – енгил II даража – ўртача огир III даража – огир | Ўткир Ним ўткир Қайталанувчи |

Жадвал 2

1988 йили Е.М.Лукиянов ва муалифлари ушбу классификацияни тўлдиришган
 ва янгилик яратган

| Витамин Д дефицит рахит (классик) | Витамин Д – га боғлиқ бўлган псевдодефицит рахит | Витамин Д - рецистент рахит | Иккиламчи рахит |
|--|--|---|---|
| 1. Касаллик давралари: бошлангич, авж олиш, репарация, қолдик асоратлар 2. Огирлик даражалари: I – енгил II – ўрта огир III – огир 3. Касаллик кечиши: Ўткир, ним ўткир, рецидивланувчи 4. Вариантлари -Кальцийпеник -Фосфорпеник -қонда Са ва Р микдорлари ўзгармаган | I тури – буйракда 1,25 (ОН) ₂ - Д ₂ синтезини генетик бузилиши II тури – “нишон” тўқималарни 1,25 (ОН) ₂ - Д ₃ витаминига ирсий резистентлиги | 1.Тугма оилавий гипофосфатеми к рахит ёки фосфат диабет а) хромосомага боғлиқ- типофосфатеми б) аутосом- доминант гипофосфатеми к рахит 2. Дебре-Де- Тони-Фанкони синдроми 3. Буйрак тубуляр ацидоз 4. Гипофосфатазия | 1. Буйрак, жигар касалликларида ва сийдик чиқарув йўллари обструкциясида 1.Мальабсорбция синдромида 2.Модда алмашинув касалликларида (цистинурия, тирозинемия ва х.к.) 3.Ятроген рахит (фенобарбиталом ва бошқа талвасага қарши препаратлар, глюкокортикоидлар берилганда) |

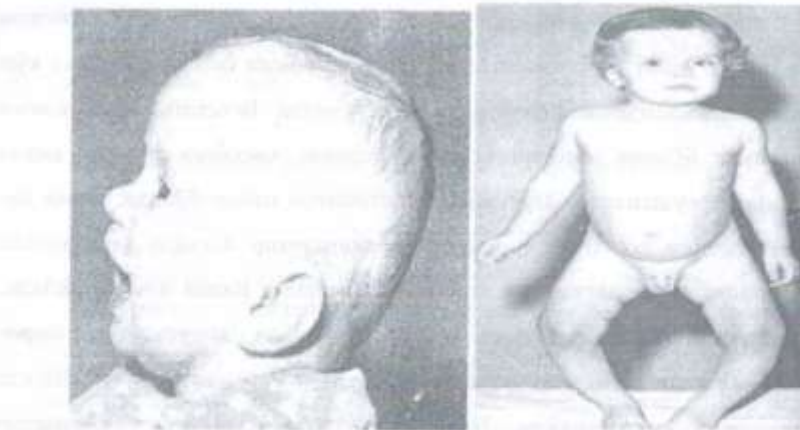
Клиникаси.

Бошланғич даврнинг дастлабки белгилари кўпинча бола ҳаётининг 2-3 ойлигида намоён бўлади. Чала туғилган болаларда ҳатто 1-чи ойнинг охирларидаёқ кўзга ташланиши мумкин. Боланинг ҳулқи ўзгаради: безовта, кўзгалувчан бўлиб қолади, баланд товуш ёки ёрқин ёруғлик нури таъсирида сесканиб кетади. Уйқуси безовта ва юзаки. Боланинг “киликлари” камай боради. Бола кўп терлайди. Терлаш айниқса ухлаётганида, эмаётганда ва йиғлаганда кучаяди. Организмда тер йиғилиб қолган нордон оралик маҳсулотлари ҳисобига ачимсиқ хидга эга бўлиб, беморнинг терисини китиклайди ва унинг кичишишига сабаб бўлади. Бола бошини ёстикқа кўп ишқалаши натижасида энса соҳасида сочи тўқилади. Вегетатив асаб тизими парасимпатик бўлими фаолияти устун келиши ҳисобига турғун кизил дермографизм кузатилади. Мускуллар дистонияси пайдо бўлади. Яъни шу ёшдаги болаларга хос бўлган, пассив харакатлантир илганда сезиладиган мускулларнинг физиологик гипертонияси гипотония билан алмашилади. Пайпаслаб кўрилганда бош чаноқ суяклари чоклари кирғокларида бироз эгилувчанлик аниқланиши мумкин. Бироқ, бу пайтда скелетда деформациялар кузатилмайди. Ички органларда патологик ўзгаришлар топилмайди. Панжа суяклари рентгенографиясида енгил остеопороз кузатилиши мумкин. Қонда кальций миқдорининг нормада - 2,37-2,72 ммоль/л ёки, ҳатто бироз кўтарилиши ва фосфор миқдорининг нормада - 1,45-1,77 ммоль/л ёки бироз камайиши кузатилади. Ишқорий фосфатаза активлиги ва ацидоз кучайиши мумкин. Бошланғич давр давомийлиги 2-3 ҳафтадан 4-6 ҳафтагача бўлиши мумкин. Ним ўткир кечишида эса 2-3 ойгача чўзилади. Сўнгра бемор даволанмаса, ёки даво - чоралари етарли бўлмаса авж олган даврга ўтиши мумкин.

Авж олган давр. Бу давр кўпинча бола ёшининг биринчи ярми охирларига тўғри келиб, анча сезиларли вегетатив ҳамда асаб-мускул ўзгаришлари билан кечади. Бола беҳол, бўшаган ва кам харакатчан бўлади. Асаб-рухий, ва айниқса, жисмоний ривожланишда сезиларли ортда қолади.

Ўта кўп терлайди, беҳол, тез чарчайди. Мускуллар ва бўғим бойламлари гипотонияси (шалвираши) ривожланади.

Рахитга хос асосий ўзгаришлар суяк системасида кузатилади. Скелетда, айниқса суяклар ўсish зоналарида сезиларли ўзгаришлар пайдо бўлади. Остеомаляция жараёни кучайиб, энса суяги палласининг юмшаши ва шу соҳанинг ясиланиши (краниотабес) кузатилади. Пешона ва тепа суякларининг бўртиб чиқиши бошнинг квадрат шаклига киришига олиб келади. Катта ликилдоқнинг ва тишларнинг ёриб чиқиш муддатлари



Расм 1 Беморнинг пешона ва тепа суякларининг бўртиб чиқиши, бошнинг квадрат шаклига кириши. Тос чаногиди ва оёқ суяклариди “О” ёки “Х” шимон деформациялар кечикади.

Кўкрак қафасининг деформацияси: “воронкасимон кўкрак” ёки “этикдўз кўкраги”, ҳамда аксинча: “товуқ тўши” ёки “понасимон кўкрак” каби деформациялар пайдо бўлади. Диафрагманинг кўкрак қафасига ёпишган соҳалари бўйлаб ичкарига тортилиши - “Гаррисон жўяклари” нинг хосил бўлишига олиб келади. Найсимон суяклар эпифизларининг тўмтоқланиши ҳисобига “рахит билак узуклари”, ковургаларнинг тўш суягининг тоғайларига ёпишган жойларида рахит “тасбеҳ доналари” ҳамда панжа суяклариди “марварид шодалари” кўзга ташланади. Бола ўрнидан тургач ва

юра бошлагач, тос чаноғида ва оёқ суяклариди “О” ёки “Х” симон эгилишлар каби деформациялар хосил бўлади.

Мускуллар гипотонияси рахитнинг дастлабки ва асосий белгиларидан бўлиб хисобланади. Гипотония натижасида боланинг харакатлари секинлашади. Бола бошини кеч тутади ва оёғига кеч босади, кеч ўтиради. Мускул гипотонияси кўкрак умуртқасининг рахитик кифозига ва кориннинг катталашиб “бака қорнига” айланишига ҳам сабаб бўлади. Мускул гипотонияси кучли бўлган холатларда бола “ўтирган мушук” кўринишида ўтиради. Ичаклар мускулларининг миотонияси қориннинг дам бўлишига, ич кетиш билан алмашиниб турувчи қабзиятларга ҳам сабаб бўлади. Нафас мускуллари гипотонияси ўпка вентиляциясининг бузилишига ва аталектазлар билан бир каторда зотилжамнинг ривожланишига олиб келади. Шунингдек, оғир рахитда жигар ва қора талоқ катталашади, бу нарса модда алмашинуви бузилганидан, жигар ва қора талоқ, қопқа веналарида қон димланганидан дарак беради. Лимфа тугунлари ҳам катталашиб, бодамча безлари ва аденоидлар ўлчамлари ортади. Темир танқислиги камқонлиги ривожланади. Бундай холатларда боланинг асаб - рухий ва жисмоний ривожланишидан ортда қолиши, бўшаганлик, апатия ҳамда эмоционал тонуснинг пасайиши кузатилади. Касаллик белгиларининг бундай ёркин намоён бўлиши рахитнинг Дулицкий бўйича авж олган даврини ифодалайди. Сезиларли гипофосфатемия, сенил гипокальциемия ва ишқорий фосфатаза активлигининг ортиб кетиши аниқланади.

Т у з а л и ш д а в р и: Бу даврда беморнинг умумий аҳволи аста-секин яхшиланади, рахит симптомлари камая бориб, бутунлай йўқолади. Статик фаолият тиклананиши билан биргаликда вегетатив ва неврологик ўзгаришларнинг барҳам топиши бошланади. Янги шартли рефлекслар шакллана боради. Касалликнинг оғир шакллари скелет суяклар деформацияси кўринишидаги қолдиқ белгилари билан яқунланиб, мускуллар гипотонияси ва суяклар деформацияси анча вақтгача сақланиб қолиши мумкин. Бироқ, кўпчилик холатларда изсиз йўқолади. Қонда фосфор

миқдори нормаллашади, ammo енгил гипокальциемия сакланиб туради. Кислота-ишқор мувозанати алкалоз томонга силжийди. Ишқорий фосфатаза кўрсаткичлари яхшиланади. Бу биохимик кўрсаткичларнинг нормаллашуви рахитнинг актив босқичдан ноактив босқичга ўтганлигидан далолат беради, бу давр яъни қолдик белгилар даври бўлиб, бунда мускуллар гипотонияси, бўғимлар ва бойламларнинг шалвираши узок вақт давомида сакланиб қолади.

I – даражали (енгил) рахитда – нерв-мускул системаси ўзгаришлари минимал даражада намоён бўлади.

II – даражали (ўртача оғирликдаги) рахит - нерв-мускул ўзгаришлари билан бир қаторда бош суяклари, кўкрак қафаси ва қўл-оёқ суякларининг сезиларли деформацияси билан белгиланади. Ички аъзолар фаолиятида ҳам ўзгаришлар кузатилади.

III - даражали (оғир) рахитда яққол кўзга ташланувчи суяк ва мускул системасидаги патологик белгилар: суяклардаги ўзгаришлар анча сезиларли, оёқларни “О”- “Х”-симон қийшайишлари, бўғимлар ва бойламларнинг шалвираши, асаб-рухий ва жисмоний ривожланишининг кечикиши, ацидоз ҳамда микроциркуляциянинг бузилиши оқибатида ички аъзолар фаолиятида сезиларли силжишлар топилади. Овқат ҳазм қилиш органларининг ферментатив дисфункцияси, ичаклар атонияси иштаҳанинг пасайишига, ичакларнинг моторикаси ва уларда сўрилиш жараёндарининг бузилишига олиб келади ва бунинг натижасида қорин ҳажми катталашади, ичаклар бўшлиғида суюқлик йиғилиши псевдоасцит ривожланишига сабаб бўлади.

Рахит касаллиги кечишининг в а р и а т л а р и: Ўткир рахит барча симптомларнинг жадал ривожланиши, марказий ва вегетатив асаб тизими ўзгаришларининг ва остеомаляция белгиларининг яққол кўзга ташланиши билан характерланади. Бу ҳолат кўпинча бола ҳаётининг биринчи ярмида кузатилади. Сезиларли гипофосфатемия, ишқорий фосфатаза активлигининг кескин кўтарилиши аниқланади. Ўткир кечини асосан рахитнинг бошланғич даврига тўғри келади.

Ним ўткир рахит кўпинча Д-витамини билан профилактика ўтказилган, табиий ёки Д-витамини сакловчи қурук сутли аралашмалар билан овқатлантирилаётган болаларда кечиб, беморда остеоид гиперплазия симптомлари олдинги ўринга чиқади. Одатда бундай беморларда кам вазник ёндош касаллик кўринишида мавжуд бўлиб, кўпинча бола ёшининг 6 ойлигидан кейинги даврида учрайди. Шунингдек, бу вариантга кам белгили ёки сезилар-сезилмас неврологик ва вегетатив симптомлар билан кечиши хос бўлиб, одатда остеоид гиперплазия жараёнлари кузатилади.

Қайталаниб турувчи варианты ноқулай турмуш шароитларида яшаётган болаларда, нотўғри парваришланганда, озиклантирилганда, респиратор вирус инфекцияси, зотилжам ва ичак касалликлари билан кўп оғрийдиган ва иккиламчи профилактика ўтказилмаган болалар орасида учрайди. Бунда жараённинг вақти-вақти билан сусайиб ва кучайиб туриши кузатилади.

Диагностикаси. Рахит диагнози асосан касалликнинг клиник манзарасига биохимик ўзгаришларга ва рентгенологик текширишлар натижаларига асосан ўрнатилади. Бунда қуйидаги ҳолатларга эътибор қаратилади: 1) бола ҳулки ва асаб-мускул системасидаги ўзгаришлар; 2) бола ҳаётининг дастлабки ойларида пайдо бўлиб, сўнг секин-аста ривожлана бораётган скелет деформацияси; 3) патологик жараённинг даврий ҳолда кечиши ва ҳ.к.

Қонда кальций, фосфор миқдорининг камайиши билан бир қаторда ишқорий фосфатаза активлигининг ортиши, рентгенограммада суякланиш жараёнининг бузилиши ва Д витаминини қўлланишдан яхши самарага эришиш ҳолатларининг мавжудлиги диагнозни мустаҳкамлайди.

Дифференциал диагностикаси.

Прадернинг Д-витамини сохта танқислиги ва Д-витаминга резистент рахити (Д-витаминга боғлиқ рахитнинг I тури). Аутосом-рецессив табиатли ирсий касаллик бўлиб, клиник ҳамда рентгенологик манзарасига кўра Д-витамини танқислиги рахитининг оғир шакллари

эслатади. Гипокальциемия ва қайталаниб турувчи гипокальциемик талвасалар мавжудлиги билан характерланади. Касаллик буйракларда 25-гидроксивитамин – I- α -гидроксилаза ферменти етишмовчилиги оқибатида ривожланади. Д витамининг ўртача дозалари узок муддат бериб борилганида бемор аҳволининг яхшиланишига эришилади.

Д-витамиинга боглиқ рахитнинг II тиби. Аутосом- рецессив табиатли хасталик бўлиб, клиник манзарасига кўра касалликнинг – I шаклини эслатади, бироқ, беморда соч тўкилишининг (алопеция) намоён бўлиши билан ажралиб туради. Рентгенологик текширишларда остеопороз белгилари яқкол кўзга ташланади.

Гипорфосфатик Д витаминига резистент рахит (ошловий гипофосфатемия). Доминант шаклида авлоддан-авлодга берилади ва Ген Х-хромосоманинг киска елкасида жойлашган бўлади. Беморнинг ота-оналари бўйларининг пастлиги ҳамда суяклариде енгил деформациялар мавжудлиги билан ажралиб туради. Касаллик буйрак каналчаларида фосфатларнинг қайта сўрилишининг пасайиши ҳисобига ривожланади. Клиник манзарасида оёқларнинг “О” симон эгилиб қолиши, болалар бўйининг пастлиги кузатилади. Гипофосфатемия холати эса, бола ҳаётининг дастлабки ойларидаёқ аникланиши мумкин.

Де Тони-Дебре-Фанкони синдроми. Касалликнинг клиник манзараси буйрак каналчаларида HPO_4 сўрилишининг камайиши ҳисобига гипофосфатемия, гиперфосфатурия ва рахитнинг ривожланиши туфайли юзага келади. Шу билан бир пайтда буйрак каналчаларида глюкоза ва аминокислоталар реабсорбцияси ҳам издан чикиб, аминоацидоурия, глюкозурия, гиперкальциурия, метаболик ацидоз ва кандсиз диабет ривожланади. Буйрак каналчалари фаолиятининг бузилиши каналчаларда шистин, оғир металлар тўзи, тетрациклин ҳамда моддалар алмашинувнинг оралик моддалари сингари экзоген ва эндоген захарли моддалар ўтириб қолиши ҳисобига ривожланади. Касаллик полидипсия, полиурия, дегидратация, болалар бўйининг ортда қолиши ва рахитсимон белгиларининг

мавжудлиги билан характерланади. Д-витаминининг ўртача дозаларини қабул қилиш ва ишқорловчи терапия натижасида беморнинг аҳволи яхшиланади.

Буйрак каналчалари ацидоз (Лайтвуд-Олбрайт синдром). Буйрак каналчаларининг дистал бўлимлари моддалар алмашинувининг оралик нордон маҳсулотларини чиқара олмайдилар. Натижада H^+ экскрецияси бузилади, HCO_3 реабсорбцияси пасаяди ва оқибатда сийдикнинг кислотали муҳити ўзгаради. Ацидоз HPO_4 ва Ca^{++} ning каналчаларидаги реабсорбциясини сусайтиради, гиперфосфатурияга, гипофосфатемияга, гиперкальциурияга ва рахитнинг ривожланишига олиб келади. Касаллик полидипсополиурия, анорексия ва қусиш симптомлари билан кечиб, кейинчалик нефрокальциноз, нефролитиаз, пиелонефрит белгилари ривожланади ҳамда болалар бўйининг ўсиши ортда қолади.

Буйраklarнинг гиперфосфатемик остео дистрофияси асосан буйраklarнинг сурункали инфекция касалликларига боғлиқ бўлиб, бу ҳолатлар кўпинча сийдик ажратиш системаси органлари аномалиялари билан бир пайтда кечади. Буйрак этишмовчилиги синдромининг авж ола бориши билан бир қаторда остеопороз, остеоэклероз ҳамда рахитга хос белгилар ривожланади. Кўпинча рахитга хос ўзгаришлар суякларнинг метафизиди кузатилади. Даволаш комплекси ўтказилиб буйрак касалликларида қўлланиладиган дорилар буюрилади. Буйрак касалликларига мос, кальцийга бой ҳамда фосфорни кам сақловчи пархез таомлар берилди. Ишқорлар ҳамда Д витамининг ўртача дозалари буюрилади.

Ошқозон-ичак касалликларида рахитсимон ўзгаришлар. Бу ҳолатлар кўпинча ичакларда Д витамини сўрилишининг бузилиши ва оксил танқислиги туфайли юзага келади. Клиник манзараси. Ошқозон-ичак тракти фаолиятининг бузилишлари, бола умумий аҳволининг ўзгаришлари ва суяклардаги белгилар кўринишида намоён бўлиши билан бир қаторда гипокальциемия, гипофосфатемия, қонда ишқорий фосфатаза активлигининг юқорилиги, гипопротейнемия ҳамда рентгенологик текширишларда рахитга

хос симптомларнинг мавжудлиги билан характерланади. Даволаш Д витамини ҳамда кальций препаратларини бериш билан амалга оширилади.

Даволаш.

Рахитни даволаш комплекс тарзда ўтказилади ва бунда бола ёшига мос ҳолда овқатлантириш ҳамда санитария-гигиена режимини ташкил этиш, Д-гиповитаминозига сабаб бўлган омилларни бартараф қилиш билан бир қаторда Д-витаминини қўллаш кузда тутилади. Рахитни даволашда номаҳсуус ва маҳсуус терапия усуллари фарк қилинади.

Номаҳсуус даволаш тадбирларига оптимал гигиеник режимни ташкил этиш, очик ҳавода кўпроқ бўлиш ҳамда парҳезга амал қилиш сингари муолажалари киради. Беморга бериладиган таомлар тухум сариғи, қиймаланган жигар ҳамда гўшт ва балиқ маҳсулотларини ўз ичига олган ҳолда етарли миқдорда оксил саклаган бўлиши керак. Ичакларда кальцийнинг сўрилишига мўънелик қилишини ҳисобга олган ҳолда ҳамирли таомлар ва ёғлар миқдори чекланади. Сабзавотли қўшимча таомлар эртарок киритилади. Агар бола мослаштирилган сутли аралашмалар билан озиклантирилаётган бўлса, аралашмадаги Д витамини миқдори ҳисобга олинади. Моддалар алмашинувидаги силжишларни бартараф қилиш мақсадида С, Е, В₁, В₂, В₆ ва никотин кислотаси сингари витаминлар ҳамда цитрусли мевалар берилади. Таркиби 2,1 г лимон кислотаси, 3,5 г натрий цитрат ва 100 г сувдан иборат бўлган цитрат аралашмаси 1 чой қошиқдан 2-3 маҳал 7-10 кун мобайнида ичирилади. Д витаминининг самарадорлиги аскорбин кислотаси ҳамда А витамини буюриш йўли билан ортирилади.

Мускуллар гипотонияси яққол кўзга ташланган ҳолларда дибазол ва прозерин буюрилиб, даволаш гимнастикаси ҳамда массаж муолажалари ўтказилади. Шунингдек болани тез-тез чўмилтириш ҳамда шифобахш ванналардан фойдаланиш муҳим ўрин тутди. Бу мақсадларда тузли ва игна баргли ванналарни қўллаш, асаб тизимини тинчлантирилади, моддалар алмашинуви кучайтиради.

Рахитнинг II-III даражаларида энергия алмашинувини кучайтириш мақсадида АТФ нинг 1% эритмасидан 0,5-1,0 мл мускул орасига 20-40 кун мобайнида киритиб борилади. Кам вазлик ва чала туғилганлик фонида кечаётган ҳамда бемор вазни ортиши суст бўлган рахитда ностероид анаболик дорилар (масалан, калий оротат кунига боланинг ҳар кг вазнига 10-20 мг ҳисобидан 3-4 ҳафта мобайнида) буюрилади. Шу билан бир қаторда камқонлик, экссудатив катарал диатез, кам вазликлар сингари ёндош касалликлари ҳам даволаб борилади.

Рахитни даволашнинг махсус (специфик) усули Д витамини буюрилиши билан белгиланади. Бундай мақсадларда Д витаминининг турли препаратларидан қўлланилади. Масалан, эргокальциферолнинг 0,125% ёғли эритмаси 1 мл да 50000 ХБ ва 1 томчиси ўртача 1250 ХБ Д витамини саклайди; эргокальциферолнинг 0,5% спиртли эритмасининг 1 мл 200000 ХБ тутгани ҳолида 1 томчисидан 4000 ХБ бўлади. Д витамини касалликнинг кечиши, даврлари ҳамда оғир-енгиллигини ҳисобга олиб, бир курс учун даволаш дозаси ҳамда Д витаминини бериб бориш муддатлари белгиланади.

Д витамини дозалари.

Рахитни даволашда Д витаминининг бир курси учун ажратилган дозаси ҳамда кунлик дозаси ва уни бериш муддати хасталикнинг оғир-енгиллиги даражалари ва даврларини ҳисобга олган ҳолда белгиланади.

Бола ой кунини етиб туғилган, яхши парвиришланаётган, тўғри овқатлантирилган муҳитда катта бўлаётган бўлса, касалликнинг бошланғич шаклида цитрат омукталари ва 500-625 ХБ дозада вит.Д₂ дан ёки УФО нурлари берилади. Энг яхшиши вит.Д нинг сувдаги эритмасини бериш мақсадга мувафиқдир (холикальциферол Д₃). Касалликнинг авжга чиқиш даврида эса вит.Д курс дозасини 200000- 400000 ХБ кўтариш мумкин. Витамин Д курсини беришни тўхтатиш мезони бўлиб рахит касаллигининг активлигини кўрсатадиган лаборатор кўрсаткичларнинг нормаллашиши бўлиб ҳисобланади (қон зардобидан кальций ва фосфор ва ишқорий фасфаза миқдори). Рахитда Кальциедиол [25 (ОН)Д₃] ва кальциетриол [1,25

(ОН)₂Д₃] 10мкг - 1 мг гача кунлик дозани 2 бўлиб берилади. Даволаш курси туғайдан сўнг 10мкг (кунига 400 ХБ) берилади. ДаволашниУФН билан бошласа ҳам бўлади, лекин УФН берганда Д витамини берилмайди. УФН ларни 1/8 дозадан бошлаб 1,5 дозачага етказилади. Европа давлатларида вит.Д катта дозалари берилади – “стосс” – терапия, яъни 200000 (5мг) дан хар 3 ойда бериб турилади. Бунда врач ўзи келиб беради ва қон зардобидаги кальций, фосфорни текшириб боради. Рахит тез тузалади, лекин Д витаминига сезувчанлиги ортиши ва гипервитаминоз юзага келиши мумкин. Шунинг учун бизда бу усул қўлланилмайди. Айтишадикунингил гипервитаминоздан кўра энгил рахитни бошидан ўтказган яхшироқ деб. Д витамини бидан даволанганда сийдикни Сулкович реакцияси оркали текшириб даволашни назорат қилинади. Д витамини билан биргалликда бошқа витаминлар: А, Вит В гурухлари ва АТФ берилади. Магний препаратларидан (панангин, аспаркам) тана вазнига 10 мг/кг берилади, 20% карнитин эритмасидан 4-12 томчидан 3 марта кунига берилади. Репарация даврида агар қолдик асоратлар бўлса хвой (арча), тузли ванналар, УФН, суяк ва мускулларга диотермия, массаж, гимнастика, қум, денгиз сувлари ва қуёш ванналари яхши самара беради.

Чуқур чала туғилган чақалокларга рахитнинг махсус даволаши учун кальций ва фосфор препаратларидан овқатланишидан аввал 0,1 г дан 2 мартадан бериб турилади.

Жадвал 3

Витамин Д препаратлари ва унинг метаболитлари мкг да

| Препарат | Д ₂ витамины | α-1 (ОН)Д ₃ | 25 (ОН)Д ₃ | 1,25 (ОН) ₂ Д ₃ | тахисти н |
|--|----------------------------|--|-----------------------|--|---------------------------------|
| Модданинг номи | Эргакальци - ферол | Оксидевит α -1(ОН) холе- кальциферол | Кальцидиол | Кальцит -риол | Дигидро та- Хистеро л* |
| Физиологик Фармакологик Дозаси (мкг/кун) | 10мкг** 1000-2000 ХБ | 1 1-2 | 5 50-125 | 5 0,5-2,0 | 20 100-500 |

| Максимал эффект бериши (куни) | 30 | 5 | 15 | 3 | 15 |
|-------------------------------|---|---|----------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| Препаратлар | 0,5% спиртли эритмаси (1 мл-200000 ХБ, 1 томчида 4000ХБ)** * 0,0625%; 0,125% ёгли эритмаси (1 томчисидан) 625ХБ; 1250ХБ; 500ХБ гача | 0,25 мкг; 0,5 мкг; 1 мкг. Видехол(Д ₃ ни холестерин билан бириктирилган) 0,125%; 0,25% ёгли эритмаси (1 томчида 1250ХБ, 2500ХБ) Сувда эрувчи витамин Д ₃ (1 томчисидан) 500ХБ)**** Польшада чиқади. | 20мкг, 50мкг таблеткаларда | 0,25мкг, 0,5 мкг таблетка | 0,1%ёгли эритма 10мл 1 томчида 20мкг) |

*Химиявий тузилиши эргокальциферолга яқин, лекин Д витаминининг фаълиятига эга эмас. Ичаклардан кальцийни сўрилишини кучайтиради.

** 10 мкг—400 ХБ

*** Охириги йилларда кам чиқарилади, спирт учиб кетиши Д витаминининг дозаси юқори бўлиб қолиши мумкин.

**** Эргокальциферолга нисбатан сўрилиши юқоридир ва яхши самара беради. Рахит касаллигини даволаш учун Аквадетрим I даражали рахитда хар куни 2000 – 5000 ХБ (4-6 томчидан), II даражали оғирлигида- 3000 ХБ, III оғирлик даражасида 5000 ХБ. Бошланғич дозаси 2000 дан 3-5 кун берилади, сўнг 3000 ХБ. Фақат суякларда сезиларли ўзгаришлар кузатиладиганда 5000 ХБ берилади.

30-45 кун танафуслардан кейин даволаш курсини қайтариш мумкин.

Аниқ самара олинганда сўнг профилактик дозаларга 500 ХБ ўтилади.

Жадвал 4

ЎзР да болалардаги гиповитаминозни даволаш учун расмон ўришилган тавсия бўлиб ҳисобланади.

| Қондаги 25(ОН)D миқдори | Даволаш дозаси | Аквадетрим |
|-------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| 20-30 ng/ml | Хар куни 2000 МЕ дан 1 ой давомида | 1 ой давомида 4 томчидан с/д |

| | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|
| 10-20 ng/ml | 3000 ME кунда -1 ой | 6 томчидан с/д 1 ой |
| 10 ng/ml камрок | 4000 ME кунда -1 ой | 8 томчидан с/д 1 ой |

Акватримин 1 томчисида 500 ХБ да витамин D бор Профилактикаси.

Касалликнинг оддини олиш (профилактикаси) чора-тадбирлари бола тугилгунгача бўлган (*антенатал профилактика*) ва тугилгандан кейинги (постнатал) даврларни ўз ичига олади. Антенатал профилактика хомиладор аёлнинг кун ва овқатланиш режимига амал қилиниши, очик ҳавода кўпроқ бўлиши, оксил миқдори кунига ҳар кг вазнига 2 г дан кам бўлмаган тўйимли озука маҳсулотларини истеъмол қилиши, сабзоват ва меваларни кўпроқ ейиши талаб қилинади. Хомиладорлик пайтидаги ёндош касалликларни ўз вақтида ва мунозаам даволаш кузда тутилади. Хомиладорликнинг 3 ойидан бошлаб ультрабинафша нурлари билан нурлантириш сеанслари ўтказилиб борилади.

Махсус профилактика. Хомиладор аёлларнинг Д витаминига кунлик талаби 400 ХБ. Хомиладорликнинг охириги 3-4 ойларида Гендевит поливитаминидан 1-2 дражи кунига (1 дражи 250 ХБ Д₂ витамини тутади) ичиш тавсия этилади. Д витамини 35 ёшдан катта ва юрак-кон томир касалликлари бор аёлларга берилмайди, чунки йўлдошга кальций тузлари ўтириб гипоксияга олиб келиши, қалла суяги тез қатини, катта ликилдоқ тез битиши мумкин. Оналарда эса атеросклероз келтириб чиқариши мумкин.

Постнатал профилактика бола тугилганидан кейин биринчи кунлардан бошланади. Табiiй овқатлантириш кейин мева шарбатлар ва кўшимча овқатлар бериш, сайр қилдириш, чинкиртириш, массаж ва гимнастика.

Махсус профилактика 3 ҳафталик даврдан (чала тугилганларга эса 10-14 кунлигидан) 500 ХБ вит Д ни кун ора ва йил давомида, вит С (0,03), В₂ (0,001), В₅ (,003) ларни ҳар ойнинг 2 ҳафта давомида бериш тавсия этилади.

Д витамини УБН (йилда 2 марта) билан алмашилиб турилади. Чала туғилган ва нокулай шароитда катта бўлаётган болаларга Д витаминини 600-800 ХБ кўтариш мумкин. Бунда сийдикни Сулькович синасини ўтказиб туриш лозимдир.

АкваДэтрим ҳисоблаш дозалари.

Егук туғилган болалар учун (3-4 ҳафталикдан-2-3 ёшгача) 400-500 ХБ

Егук ҳавф гуруҳида туғилган болалар учун 500-1000 ХБ суткасига (1-2 томчи), ёшнинг куёшли кунларида 500 ХБ

Ҳавф гуруҳидаги болалар учун (1 томчи) берилади.

Муддайдан аввал туғилган кам вази болалар учун (3-4 кундан -2-3 ёшгача) кунига 500-1000 ХБ (1-2 томчидан), ўта кам вазли болалар учун куёшли кунларда ва ҳавф гуруҳидаги болалар учун 500 ХБ (1 томчи).

Жадвал 5

Рахитни профилактикаси ва даволаш

| Препарати | Таъсир моддаси | Чиқиш шаклини вақти ва дозаси |
|------------|--------------------------------|--|
| Аквадетрим | Холекальциферол Д ₃ | Сувли эритмаси, 1 томчисда – 500 ХБ |
| | | |

Жадвал 6

Ҳомиладор аёллар учун витамин – минерал препаратлари

| | Кальций – Д ₃ Никомед | Пренатал форте витрум | Элевит | Мульти-табс Боби |
|------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------|------------------|
| Кальций | 500 мг | 200 мг | 125 мг | 160 мг |
| Фосфор | - | - | 125 мг | |
| Витамин Д ₃ | 200 ХБ | 400 ХБ | 500 | 200 ХБ |

Жадвал 7

Профилактика дастури

| Ёши | Профилактик дозаси |
|--------------------------|--------------------|
| 1 ойликдан – 6 ойликкача | 1000 ХЕ кунига |
| 6 ойликдан 12 ойликкача | 1000 ХЕ кунига |
| 1 ёшдан 3 ёликкача | 1500 ХЕ кунига |
| 3 ёшдан 18 ёшгача | 1000 ХЕ кунига |

Илова: Қандай овқатланишидан қатъий назар болалар узликсиз витамин Д нинг 50% дан фойдаланган ҳолда сентябрдан июнгача олишлари керак, витаминнинг шу дозаларни июл ва август ойларида ҳам давом эттириш мумкин. Шунинг ҳам эсда тутиш керакки берилаётган дозаларни истеъмол қил иш мумкин бўлган дозадан юқори юқори бериш тавсия қилинмайди.

Қондаги 25-холекальцеферол (25(OH) D) миқдорини ва организм реакциясини (қондаги кальцийни ва, айниқса сийдикдаги миқдорини) назорат қилиш мақсадга мувофиқдир.

Д-гипервитаминози.

Д-гипервитаминози ёки Д-витаминоздан захарланиш ўткир токсикоз ёки сурункали касаллик кўринишида кечиши мумкин. Бу ҳолат одатда Д-витаминознинг катта дозаларини (кунига 20000 ХБ дан ортиқ) қабул қилганида юзага келади. Бирок, айрим ҳолларда оз (400 ХБ) ва ўртача (4000 ХБ) ХБ дозалари ҳам интоксикация аломатларини чақиритиши мумкин. Бу ҳолат ҳар бир боланинг Д-витаминозга бўлган индивидуал сезгирлигига билан белгиланади.

Патогенези. Д-витаминознинг катта дозалари модалар алмашинуви бошқарилишини бузади, кальций тузларини ичаклар орқали сўрилишини ва суяклардан ювилиб чиқишини кучайтиради, қонда ва сийдикда кальций миқдори ортиб кетади. Натижада буйраклар, тери ости ёғ қаватлари, қон томирлар девори, миокард, марказий асаб тизими, ўпкалар ва конъюнктура сингари органларга кальций ва фосфор тузларининг ўтириб қолиши кузатилади. Сийдикда кальций миқдорининг кўнайтиши буйрак каналчаларининг антидиуретик гормон таъсирига сезувчанлигини камайтиради. Натижада полиурия, полидипсия ва дегидротация каби ҳолатлар ривожланади. Юрак қон-томир системасидаги ўзгаришлар

гипертензион энцефалопатия ва аклий заифликка сабаб бўлади. Буйраклар фаолияти бузилиши асосида буйраклар қон томирларидаги ўзгаришлар, нефрокальциноз ва нефролитизлар ётади.

Клиникаси. Д гипревитаминози клиник белгиларининг намоён бўлиши турли даражаларда бўлади: билинар-билинемас-яширин (латент) шаклларида тортиб, то оғир токсикоз аломатлари билан кечиши мумкин. Оғир ўткир интоксикация, инфекция, мускул гипотонияси, қайт килиш, бош оғриги, полиурия, дегидротация, тахикардия, хароратни кўтарилиши, кўзгалувчанлик ва баъзан талвасалар кузатилиши мумкин. Иштаҳанинг сурункали пасайиши, кўнгил айнаиши, қусиш, полидипсия, полиурия, қабзият, қорин соҳасидаги оғриклар ва дегидротация белгилари пайдо бўлади. Кейинчалик атрофдагиларга бифарқлик, уйқучанлик, бола хушининг хираланиши, кома, талвасалар сингари ҳолатлар кўшилади. Буйрак санчиғи хуружлари пайдо бўлиши ҳамда гломерулонефритлар кўшилиб буйрак етишмовчилик белгилари ривожланиши мумкин. Айрим ҳолларда ёруғликдан кўркиш (фотофобия), конъюнктивитлар, бош айланиши, баданнинг қичишиши, тана хароратининг кўтарилиши ҳолатлари кузатилади.

Лаборатор текширишларда лейкоцитоз, гипохром анемия, альбуминурия, эритроцитурия, лейкоцитурия, гиперкальциемия, қонда мочевина миқдорининг кўтарилиши, гиперхлоремия ва гиперкальциурия аниқланилади.

Рентгент суратда кенг тарқалган остеопороз, найсимон суяклар метофизида кальцификация соҳаларининг кенгайганлиги ва бош чаноғи асоси суякларида ҳам остеопороз кўзга ташланади.

Даволаш. Д – витамини ва унга бой бўлган озиқ - овқат маҳсулотларини беришни бутунлай тўхтатиш, қуёш нури остида бўлишни ва кальцийга бой маҳсулотларни киритишни чеклаш кўзда тутилади. Касалликнинг оғир шаклларида қон зардобиди кальций миқдорини пасайтириб, уни организмдан чиқариб юбориш чоралари кўрилади. Бунинг учун қуйидаги муолажалар ўтказилади: диурезни кучайтириш мақсадида кўп

миқдорда суюқликлар ичириш; диурезга тенг миқдорда глюкоза ва ош тузининг изотоник эритмаларини, альбумин, кокарбоксилаза, С витамини вена ичига томизиш; боланинг ҳар кг вазнига 2-3 мг ҳисобидан кортикостероид гормонларини киритиш кўзда тутилади. Глюкокартикоидлар кальцийнинг ичаклар орқали сўрилишини, суяклардан ювилиб чиқишини камайтириш билан бир қаторда унинг сийдик орқали чиқиши кучайтиради. Шунингдек С, В₁, В₆ витаминлари ҳам қўлланилади.

Профилактика. Иштаҳанинг пасайиши, қусиш, қайт қилиш ва бола вазни ортиши суръатининг сусайиши каби Д гипервитаминозининг бирламчи белгилари пайдо бўлганида А ва Д витаминларининг берилаётган дозалари диққат билан текширилиши, Д витаминини қабул қилаётган болани мунтазам равишда кузатиб бориш сингари профилактик чора-тадбирлар ўтказилади.

Рахитни даволаш ва профилактикаси мақсадларида Д₂ витамини (айниқса унинг спиртли эритмаларини) берилаётган ҳолатларда камида 15 кунда 1 марта Сулкович синамаси ўтказиб турилади. Сулкович синамаси мусбат (+++) бўлган ҳолатларда Д витаминини бериш тўхтатилиб, А витамини буюрилади ва Д гипервитаминозлари белгиларининг бор-йўқлигига эътибор қаратилади. Рахит профилактикасида Д витаминини беришда зарбдор усул қўлланилмайди. Агар бола мослаштирилган озуқалар билан оззиқлантирилаётган бўлса, Д витамини умуман берилмайди.

СПАЗМОФИЛИЯ

Спазмофилия (юнонча *spasmos*-спазм, талваса маъносини билдириб, *philia*-унга моилликни англатади), одатда кичик ёшдаги, айниқса 2 ёшгача бўлган болалар орасида кўпроқ кузатилиб, барча болаларнинг 3,5-4% учрайди. Кўпчилик болаларда касаллик яширин /латент/ ҳолда ўтиб, айрим ҳоллардагина ошқора шаклда намоён бўлиши мумкин.

Этиологияси. Рахит ва спазмофилия одатда ёнма-ён кечади. Айрим олимлар уларни ягона патологик ҳолатнинг босқичлари деб ҳам қарашди ва ҳар иккаласининг асосида ҳам Д- витамини танқислиги оқибатидаги Са ва Р алмашинуви бузилишлари ётади. Спазмофилия одатда қонда Д

витаминининг актив метоболитлари миқдорининг кескин кўтарилишлари туфайли келиб чиққан алькалоз ва электролитлар мувазанатининг бузилиши фонида юзага келган гипокальциемия туфайли ривожланади. Шунингдек, бу касаллик D_2 ёки D_3 витаминларининг катта дозаларини киска муддат ичида (масалан, “зарбдор” усулда) қабул қилганида, кўш нурларида ультрабинафша нурларини кўп саклайдиган баҳор ойларида танасининг очик сатҳи катта бўлган ҳолатда кўш нурлари остида узоқ муддат қолганида ҳам ривожланиши мумкин. Спазмофилиядаги талваса синдромига мойилликка сабаб бўлувчи омиллардан бўлиб яна қонда магний, натрий, хлоридлар ҳамда B_1 ва B_6 сингари витаминлар миқдорининг камайиб кетишлари ҳам ҳисобланади.

Патогенези. Патогенетик жиҳатдан спазмофилия кўпинча оғир ва ўртача оғирликдаги рахитнинг тузалиш даврида кузатилади. D витаминининг актив ($1,25-OH_2-D$) шакли миқдорининг қонда кескин кўтарилиши қолконсимон ён безлари фаолиятини сусайтиради. Кальций ва фосфор тузларининг ичакларда сўрилишини ҳамда буйрак каналчаларида уларнинг ва аминокислоталарнинг қайта сўрилишини кучайтиради. Бунинг натижасида қоннинг ишқорий резерв миқдори кескин кўтарилиб, алькалоз даражасигача етиб келади. Касалликнинг бошида кузатиладиган гипофосфатемия гиперфосфатемия билан алмашинади. Суякларга кальцийнинг келиб ўтиришининг кучайиши натижасида унинг қондаги миқдори кескин пасайиб, $1,7$ ммоль/л дан кам бўлади. Шу билан бир пайтда кальцийнинг биологик антагонистларидан бўлган калий миқдори сезиларли даражада ортади ва гиперкалинемия ҳолати юзага келади. Гипокальциемия гипопаратиреоидизм, алькалоз ҳамда гиперкалинемия сингари патологик ҳолатлар фонида болани талвасага мойил қилиб, унинг асаб ва мускул тизимининг қўзғалувчанлигини ортиради. Бундай ҳолатларда кўрқиб кетиш, қаттиқ йиғи, тана ҳароратининг кўтарилиши сингари ҳар қандай ташқи таъсиротлар ва бошқа касалликларнинг кўшилиб қолиши айрим гуруҳ мускулларининг спазми ёки клоник ва тоник талвасаларига сабаб бўлиши мумкин.

Спазмофилияда минерал тузлар алмашигуви бузилишлари рахитдагига nisбатан кучлироқ бўлади. Гипокальцемиа холати боғланган ва эркин Са миқдорининг пасайиб кетиши ҳисобига юзага келади. Спазмофилиянинг асосий белгиларидан бўлган гипокальцемиа ва алкалоз калконсимон ён безлари фаолиятининг сусайиши ҳисобига келиб чиқади.

Рахитдан фарқи: яққол ривожланган гипокальцемиа (рахитда эса – енгил гипокальцемиа); алкалоз (рахитда – ацидоз); калконсимон ён безлари гипофункцияси (рахитда – гиперфункцияси) ҳисобланади.

Спазмофилиянинг тортишиш ва талваса сингари клиник белгиларининг асосий сабаблари бўлиб, оғир гипокальцемиа туфайли келиб чиққан кўзгалувчанликнинг ортиб кетиши ҳисобланади. Шунингдек бу холатга натрий, хлор ва магний миқдорларининг кескин камайиши ҳам сабаб бўлади. Организмда В витамини миқдорининг камайиши гликолитик занжирда ўзилишларга олиб келади ва бунинг натижасида пировиноград кислотаси миқдори кўпайиб, спазмофилияга туртки бўлиши мумкин.

Клиникаси Спазмофилия йилнинг барча фаслларида бирдай кузатилиши мумкин. Бироқ, баҳор ойларида кўпроқ учрайди. Чунки, юқорыда кўрсатиб ўтилганидек, бу даврда куёш нурида ультрабинафша нурларининг кўпайиши натижасида Д витаминининг синтез қилиниши жараёни кучаяди. Шунингдек, бу даврда рахитни ўз билганича даволаш натижасида қондаги Са суякларга ўтириб, унинг миқдори кескин тушиб кетади.

Спазмофилиянинг ошқор ва яширин (латент) кечадиган шакллари тафофут қилинади.

Ошқора кечадиган спазмофилия ларингоспазм, карнопедал спазм ва эклампсия сингари 3 та клиник вариантларга ажратилади.

Ларингоспазм – энг кўп учрайдиган тури бўлиб, овоз тиркишининг торайиб қолиши билан белгиланади: нафас олиш босқичи қийинлашиб, шовқин пайдо бўлади. Айрим холатларда овоз ёрни бутунлай беркилиб қолиши ҳам мумкин: бола юзида қўрқинч аломатлари пайдо бўлади, оғзини

катта очиб, “хаво ютади”. Териси кўкаради, совуқ тер босади. Бир неча сония вақт ўтиб, шовкинли чуқур нафас олади (“хўроз кичкириғи”) ва организмнинг нафас фаолияти тикланади. Кун давомида ларигоспазм хуружи такрорланиб туриши мумкин. Оғир холларда нафас олишнинг тўхтаб қолиши - апноэ узоқ давом этиб, хуруж ўлим билан якунланиши ҳам мумкин.



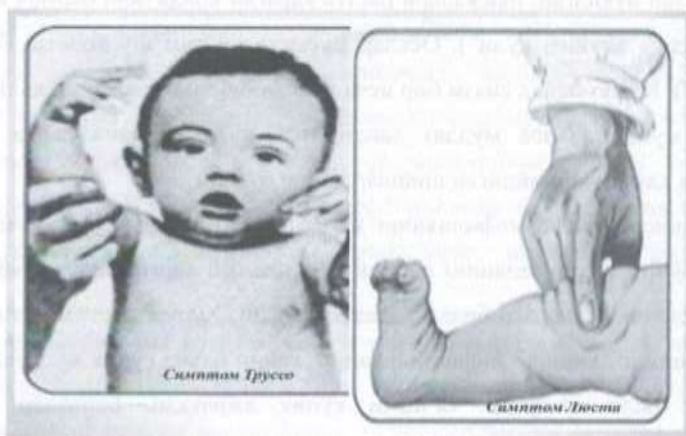
расм 2

Карпо-педал спазм камроқ ҳолатларда кузатилиб, боланинг кўриниши характерли бўлади: икки кўли танасига ёпишган, тирсак ва билак бўғимларидан букилган, панжалари пастга қараган ҳолда бош бармоқ қафтга тўғиб туради (“акушер кўли”). Оёқлар мускуллари ҳам шу ҳолатда бўлади (“от туёғи”). Карпо-педал спазм бир неча соат мобайнида сакланиб қолиши

ҳам мумкин. Узоқ муддат давом этса, қафт ва панжаларда босиб кўрилганда ҳам пучаймайдиган шишлар пайдо бўлади.

Эклампсия бу спазмофилиянинг кам учрайдиган, аммо оғир кечадиган варианты бўлиб, бутун тананинг силлиқ ва кўндаланг тарғил мускулларининг тоник ва клоник талвасаси билан характерланади. Хуруж дастлаб юз мимик мускулларининг “учиши” билан бошланиб, кейин барча гурух мускулларига тарқалади. Бола кўкаради, оғзидан кўпик ажратади. Беихтиёр сийиб юбориши ва ичи келиб кетиши мумкин. Хушини йўкотади. Хуружлар кўпинча уйки ичида, қаттиқ овоздан, тана харорати кўтарилганида бошланиб, бир неча минутдан бир неча соатгача давом этиши мумкин. Бу вақтда беморни юрак ва нафас фаолияти кескин бузилиб, унинг ўлимига сабаб бўлиши ҳам мумкин.

Яширин кечувчи – латент спазмофилия анча кўп учрайди. Беморларда периферик нервларнинг электр ва механик қўзғалувчанлиги кескин ортиб кетган бўлади. Яширин спазмофилияга характерли бўлган бир неча симптомлар тафовут қилинади: 1) Хвостек симптоми – юз нерви чиқиш жойини бармоқ учи ёки резина болғача билан уриб кўрилганида юз мимик мушакларининг қисқариб, пастки ковоқ ва лаб бурчагининг шу томонга тортилиши; 2) Льюст симптоми – корнига ётқизилган боланинг катта болдир суяги бошчасига резина болғача билан урилганида оёқлар бир-бирдан қочади; 3) Труссо симптоми; - жгут ёрдамида ёки панжалар билан елканинг икки бошли мушаги ёки боланинг сони қисилганида қўллари “акушер кўли”, оёқлари “от туяги” ҳолатига киради; 4) Маслов симптоми – болани чимчилаганда ёки укол қилинганда «нафаси ичига тушиб кетади» (ларингоспазм); 5) Эрб симптоми – гальваник қўзғалувчанликнинг ортиб кетиши белгиси: нормада 5 ма бўлса, спазмофилияда 1-2 ма га тушиб кетади.



Расм3

Диагноз. Диагностикасида асосий эътибор касалликнинг асаб-мушкул қўзғалувчанлигининг ортганлиги, мушкулларнинг айрим гуруҳларининг спазми кўринишидаги клиник манзарасига қаратилади. Диагноз гиперфосфатемия билан биргаликда кечаётган гипокальциемия, конда

укол, орқасига шапатиллаш, юзига совуқ сув сепиш орқали терини ва болани силкитиш йўли билан вестибўляр аппаратларни қитқлаб, миёда қўзғалишнинг доминант ўчоқлари ҳосил қилади.

Умумий клоник ва тоник талвасалар, ларингоспазм ҳамда апноэ билан кечадиган ҳушини йўқотиш ҳолатларида зудлик билан реанимацион чоратadbирлар ўтказилади: “оғиздан-оғизга” ёки “оғиздан-бурунга” йўли билан сунъий нафас олдириш; 100% кислород никоб орқали ингаляция йўли билан гипоксияга қарши кураш олиб бориш, талвасага қарши препаратларни қўллаш ва ҳ.к. Талвасага қарши дори-дормонларнинг энг самарадорларидан бўлиб, седуксин ҳисобланади: унинг 0,5% эритмаси боланинг ҳар бир кг вазнига 0,1 мл ҳисобидан мускул орасига ёки вена ичига киритилади. Бу дори тез таъсир кўрсатади, бироқ, таъсири қиска бўлиб, 30 дақиқагача давом этади. Шу мақсадларда яна гамма-оксид кислотаси (ГОМК ёки натрий оксидутират)нинг 20% эритмаси ичгани, вена ичига, мускул орасига ёки ҳукпада боланингнинг ҳар кг вазнига 100 мг (ёки ҳар кг вазнига 0,5 мл) ҳисобидан киритилади. Дорининг таъсири вена ичига киритилганда 3-10 дақиқа ўтиб сезилса, мускул орасига киритилгач 10-20 дақиқадан сўнг билиниб, 1,5-2 соат давом этади. Бу дорини қайта киритиш зарур бўлган тақдирда дозаси ортириб борилади. Талвасали ҳолатлар узок вақт давом этганда, ёки тез-тез қайталанганда ГОМК қунига 4-6 маротабагача киритилади. Битта шприцда бир пайтда ГОМК билан биргаликда седуксинни киритиш яхши самара беради (масалан 1-2 ёшли болага седуксен 0,5 ва ГОМК дан 2 мл мускул орасига киритилади). Шунингдек магний сульфатнинг 25% эритмасини боланинг ҳар кг вазнига 0,2 мл ҳисобидан новокаиннинг 0,5-1% эритмасидан 2 мл билан биргаликда мускул орасига киритилиши ҳам мумкин.

Қонда кальций миқдори аниқлангач кальций хлор ёки кальций глюконатнинг 10% эритмасидан 6 ойликгача бўлган болаларга 0,5 мл, 1 ёшгача – 0,5-1 мл, 3 ёшгача-1-2 мл вена ичига юборилади. Кейинчалик

кальций хлорнинг 5 ёки 10% эритмасидан 1 чой қошиқдан кунига 3 мартадан овқатдан кейин сут билан ичирилади.

Профилактикаси. Спазмофилиянинг бирламчи профилактикаси рахитни ўз вақтида аниқлаш ва даволашдан иборат бўлади. Иккиламчи профилактикаси эса спазмофилиянинг яширин шаклларини вақтида аниқлаб, хуружлардан кейин узок муддат (6-12 ой) давомида барбитуратлар билан (масалан, фенобарбитал, 6 ойликгача бўлган болаларга 0,005 г, 1 ёшгача 0,005-0,01г, 3 ёшгача 0,01-0,03 г дан кунига 2-3 мартадан буюрилади) ўтказилади.

Вазиятли масалалар.

Масала 1

Бемор 3 ойлик. Онасининг шикоятларига кўра бола безовта, кўп терлайди, айниқса эмганда ва ухлаганда, уйкуси безовта, уйкусида чўчийди. Объектив текширганда боланинг териси оқарган, нам, теридан ачимтил хид келмоқда. Иссиқлик тошмалари мавжуд, табиий бурмаларда бичилишлар. Боши юмалоқ, энса соҳасида сочи тўқилган, катта ликилдоқ 2,0 x 3,0 см, четлари юмшок. Кўкрак қафаси цилиндрик шаклида. Ички органларда ўзгаришлар йўқ. Умумий кон таҳлилида енгил анемия белгилари. Қон зардобиди кальций – 2,0 ммоль/л, фосфор – 1,4 ммоль/л. Сизнинг диагнозингиз?

Масала 2

Бола 8 ойлик. Туғилгандаги вазни 3600г. Ҳозирги вазни 9 кг. Бола очик ҳавода кам бўлади, шарбатлар берилмаган, кўшимча овқатлар бермайди. Витамин Д₃ 3 ойлигида берилган, 1 томчидан, лекин вақтида эмас, 20 кун. Ўткир яллиғланиш касалликларига мойил.

Болани кўздан кечирганда боши квадрат шаклида, энсаси яссиланган, пешоналари ва теппа соҳалари чикқан. Тери ранги оқарган, тери эластиклиги ва тўқималар тургори пасайган. Тери ости ёғ қатлами суст ривожланган. Кўкрак қафаси яссиланган, Гаррисон жўяклари аниқланмоқда, кўкрак қафасининг пастки апертураси кенгайган. Умуртқа поғонасида кифоз

аниқланмоқда. Қорни катталашган. Мушаклар гипотонияси кузатилмоқда. Бўғимларда ҳаракат доираси кенгайган. Умумий қон таҳлилида енгил анемия белгилари. Қон зардобда кальций – 1,7 ммоль/л, фосфор – 1,1 ммоль/л. Сизнинг диагнозингиз? Текширув режаларини тузинг?

Масала 3

Бола 9 ойлик. Тутилгандаги вазни 3600г. Ҳозирги вазни 9300 г. Бола кўкрак сути билан боқилади, шарбатлар берилмаган, қўшимча овкатлар бермайди. Витамин Д₃ 3 ойлигида берилган, АкваДтримдан 2 томчидан, лекин вақтида эмас, 20 кун. Ўткир яллиғланиш касалликларига мойил.

Болани кўздан кечирганда боши квадрат шаклида, энсаси яссиланган, пешоналари ва теппа соҳалари чиккан. Тери ранги оқарган, тери эластиклиги ва тўқималар тургори пасайган. Тиши йўқ. Кўкрак қафаси яссиланган, Гаррисон жуяклари аниқланмоқда, кўкрак қафасининг пастки апертураси кенгайган. Қорни катталашган. Мушаклар гипотонияси кузатилмоқда. Бола энди ўтира бошлади, эмакламайди, турмайди. Умумий қон таҳлилида енгил анемия белгилари. Қон зардобда кальций – 1,7 ммоль/л, фосфор – 1,1 ммоль/л. Сизнинг диагнозингиз? Даволаш тактикангиз?

Назорат тест саволлари:

1. Рахитнинг бошланғич даврига хос симптомларни кўрсатинг:

- *1) кўп терлаш, энса соҳасида соч тўкилиши, чўчиш
- 2) кўп терлаш, талвасалар, уйқуни бузилиши
- 3) рахитик тасбехлар, кўп терлаш, чўчиш
- 4) “олимпик пешона”, “географик тил”, “Гаррисон эгати”

2. Рахитнинг II даражасига хос симптомларни кўрсатинг:

- *1) “олимпик пешона”, “этикдуз кўкраги”, “Гаррисон эгати”
- 2) Чўчиш, кўп терлаш, “Гаррисон эгати”
- 3) тана хароратини кўтарилиши, анорексия, уйқуни бузилиши
- 4) “олимпик пешона”, “географик тил”, “Гаррисон эгати”

3. I ёшгача бўлган гўдак боланинг “Д” витаминга бўлган эҳтиёжи:

- * 1) 100 – 400 ХБ
- 2) 400 – 600 ХБ

3) 800 - 1000 ХБ 4) 50 – 100 ХБ

4. Рахитнинг авж олиш даврига хос симптомларни кўрсатинг:

- * 1) "олимпик пешона", "товук тўши" кукраги, "рахитик тасбехлар"
- 2) Чучиш, кўп терлаш, "Гаррисон эгати". "рахитик тасбехлар"
- 3) тана хароратини кутарилиши, анорексия, озиб кетиш
- 4) "олимпик пешона", "географик тил", "Гаррисон эгати"

5. Рахитда қандай биохимиявий лаборатор ўзгаришлар аниқланади:

- * 1) гипокальциемия, гипофосфатемия, ацидоз
- 2) ацидоз, гипербилирубинемия, гипокальциемия,
- 3) гипопротейнемия, алкалоз, гипокальциемия,
- 4) гипокальциемия, алкалоз, гипофосфатемия

6. "Д" витаминнинг асосий манбалари:

- * 1) балиқ мойи 2) сариёғ
- 3) ўсимлик мойи 4) писта ёғи

7. Гўдак болаларда қон зардобда кальций миқдори:

- * 1) 2,2 – 2,7 ммоль/л 2) 2,6 – 3,2 ммоль/л
- 3) 1,5 – 2,0 ммоль/л 4) 1,2 – 1,7 ммоль/л

8. Гўдак болаларда қон зардобда фосфор миқдори:

- * 1) 1,4 – 1,7 ммоль/л 2) 1,2 – 1,6 ммоль/л
- 3) 1,5 – 2,0 ммоль/л 4) 2,2 – 2,7 ммоль/л

9. 1 литр она сutiдаги "Д" витаминнинг миқдори:

- * 1) 50 – 70 ХБ 2) 70 – 100 ХБ
- 3) 20 – 50 ХБ 4) 100 – 200 ХБ

10. 1 литр мол сutiдаги "Д" витаминнинг миқдори:

- * 1) 20- 40 ХБ 2) 70-100 ХБ 3) 50-70 ХБ 4) 10-20 ХБ

11. АкваДэтрим стук туғилган болалар учун (3-4 ҳафталикдан-2-3 ёшгача) бериладиган дозаси

- * 1) 400-500 ХБ 3) 200-300 ХБ

- 2) 300-400 ХБ 4) 100-200ХБ
12. Ётуқ ҳавф гуруҳида тугилган болалар учун суткасига, ёзнинг қуёшли кунларида берилади:
- * 1) 500-1000 ХБ 3) 400-900 ХБ
2) 300-800 ХБ 4) 300-600 ХБ
13. Ҳавф гуруҳидаги болалар учун профилактик берилади:
- *1) 500 ХБ 3) 300 ХБ
2) 400 ХБ 4) 200 ХБ
14. Муддадидан аввал тугилган кам вазн болалар учун (7-10 ҳафтадан-2-3 ёшгача):
- *1) 500-1000 ХБ 3) 300-600 ХБ
2) 400-800ХБ 4) 200-400ХБ
14. Ўта кам вазли болалар учун қуёшли кунларда ва ҳавф гуруҳидаги болалар учун:
- 1) 500 ХБ 3) 300 ХБ
2) 400 ХБ 4) 200 ХБ
15. Рахитнинг бошланғич даврига хос симптомларни кўрсатинг:
- а. озғинлик б. кўп терлаш в. талвасалар г. уйқуни бузилиши д. рахитик тасбехлар ж. Энса соҳасида соч тўқилиши
- 1) б, г, ж 2) а, в, д 3) б, г, ж 4) а, б, д 5) в, д, ж
16. Рахитнинг II даражасига хос симптомларни кўрсатинг:
- 1) "Олимпик пешона", "этикдўз кўкраги", "Гаррисон эгати"
2) Чўчиш, кўп терлаш, "Гаррисон эгати"
3) Тана хароратини кўтарилиши, анорексия, уйқуни бузилиши
4) "Олимпик пешона", "географик тил", "Гаррисон эгати"
5) Оёқларни "О-симон деформация" си, "Гаррисон эгати"
6) Рахитга хос клиник белгиларни кўрсатинг:
- а. краниотабес б. "географик тил" в. "Гаррисон эгати" г. гнейс
д. "Олимпик пешона" ж. "минорасимон бош"
1. а, в, д 2. а, б, г 3. б, г, ж 4. а, в, г 5. б, д, ж

17. Рахит касаллигида қандай биохимик лаборатор ўзгаришлар аниқланади:

а. гипокальциемия б. гипопроteinемия в. гипофосфатемия

г. ацидоз д. гипербилирубинемия ж. алкалоз

1) а, в, г 2) а, б, д 3) б, г, ж 4) а, в, ж 5) б, в, г

КОНСТИТУЦИЯНИНГ ЭКССУДАТЛИ – КАТАРАЛ АНОМАЛИЯСИ (ЭКАК)

“Экссудатли-” диатез атамаси 1905 й А.Черни томонидан қўлланилган. Гўдак ёшдаги болаларда тери, шиллик қаватлари ўзига хос реактивликка эга бўлиб, терининг инфилтратив, дескваматоз зарарланишига мойиллиги, псевдоаллергик ҳолатларининг ривожланиши ва яллиғланиш жараёнларининг чўзилувчан кечиши, лимфод тўқиманинги гипирплазияси ҳамда сув-туз алмашинувининг нотурғуи ҳолати билан белгиланувчи алоҳида бир хусусиятидир.

Ҳаётининг дастлабки 2 йили ичида бўлган болаларнинг 40-50% қисқа муддатли ЭКАК белгилари ёки атопик диатезлар (АД) учраб туради.

Организм конституцияси хақида тушунча

Болалар, айниқса гўдак ёшдагилар патологиясида конституциядан чекинши /аномалиялари/ ёки диатезлар алоҳида ўрин тутадилар. Конституция аномалиялари хақида гапиришдан аввал конституция хақида маълумот бериш зарур деб ҳисобланади.

Конституция бу организмнинг морфологик, функционал ва реактив хусусиятларининг йиғиндисидир. Организмнинг ҳаётий кўринишлари ва ташқи таъсиротларга жавоби конституция билан чамбаряас боғланган. Бу хусусиятлар авлоддан-авлодга берилиши ёки ҳаётий фаолияти давомида вужудга келиб, конституциянинг у ёки бу тўрини шакллантириши мумкин.

Нормал конституция – бу алоҳида олинган организмнинг шундай морфологик ва индивидуал структурасиким, мазкур структура шу организмнинг атроф-муҳит таъсиротларига максимал чидамлигини

таъминлайди. Конституция организмнинг ташқи кифасини ва ундаги модда алмашинуви жараёнлари фаолиятини белгилайди, ҳамда организмнинг ташқи ва ички муҳит таъсиротларига бўлган ўзига хос индивидуал реактивлигини сақлаб туради.

Конституциядан чекиниш /аномалияси/ - бу организмнинг алоҳида бир ҳолати бўлиб, бунда организмнинг фаолияти ва моддалар алмашинуви кўрсаткичлари организм тараққиётининг маълум бир босқичида узок пайт нотурғун ҳолатда бўлиб, нерв-регулятор механизмлар шу пайтда организм функцияларини ва модда алмашинуви жараёнини бошқара олмай қолади.

Болаларда конституция аномалиялари ирсий, тугма ва орттирилган бўлиб, улар бола организмда ташқи таъсиротларга патологик жавоб беришга мойиллик пайдо қилади. Организмнинг атроф-муҳитга мослашиш хусусиятлари ўзгаради. Турли касалликларга берилувчанлик вужудга келади, бу касалликлар оғир кечади ва баъзан жиддий асоратларга сабаб бўлади. Бундай болаларда одатдаги шароитларда ва нормал физиологик таъсиротлар натижасида ҳам кучли патологик ҳолатлар ривожланиб, хатто ўлим билан яқунланиши ҳам мумкин.

Ҳар бир аномалия ўзига хос кечиши билан биргаликда барчаси учун умумий бўлган белгилар ҳам мавжуд: модда алмашинуви бузилишлари билан биргаликда кечадиган ферментлар, гормонлар ва витаминлар алмашинувини бошқарувчи механизмларнинг нотурғунлигидир. Бу вазият органлар функционал ҳолатнинг бузилишига, организмнинг турли таъсиротларга сезгирлигининг ортиб кетиши - аллергияга, касалликларнинг узок давом этиши, ҳамда оғир кечишларига сабаб бўлади. Барча аномалиялар учун уларнинг узок пайт яширин кечиши ҳамда турли (озик-овқат, химиявий, физик, рухий) таъсиротлар натижасида ошқора ҳолга ўта олиши характерлидир.

Ҳозирги пайтда анча чуқур ўрганилган аномалиялар деб қуйидагилар ҳисобланади: экссудатив-катарал; лимфатик-гипопластик, нерв-артритик. Шулардан экссудатив-катарал диатез болалар ўртасида анча кенг тарқалган.

ЭКАК нинг тарқалганлик даражаси, этиологияси ва патогенези.

Конституциянинг экссудатив- катарал аномалияси (ЭКАК) (атопик; аллергия) диатез (ЭКАК) конституция аномалиясининг шундай туриким, у тери ва шиллик қаватлар зарарланишларнинг кучайиши, аллергиянинг ривожланиши ва инфекцияларга нисбатан чидамлилигининг пасайиб кетиши билан характерланади. ЭКАК нинг тарқалганлик даражаси турли мамлакатда турлича кузатилади (10-75% болаларда). Бу кўрсаткичлар айниқса ЭКАК нинг оғир шакллариға тегишлидир. ЭКАК бир оиланинг бир неча вакилларда бир пайтда кузатилиши мумкин. ЭКАК 44% холатларда ота-оналардан, айниқса она томонидан кўпроқ ўтганлиги билан ажралиб туради.

Кўпчилик педиатрлар ЭКАК этиология ва патогенезида аллергияга алоҳида аҳамият беришади, “аллергия” атамаси нисбатан анча тўғри тушинча бўлиб ҳисобланади. Шу билан бирга ЭКАК бола ҳаётининг бир кўриниши бўлиб, бунда конституция аномалияси 25% дагина аллергия касалликлар ривожланади, ЭКАК – транзитор овқат аллергияси, “транзитор атопик аллергиялар” кўринишида учраши мумкин, тўғрироғи “псевдоаллергик” (аллергоидлар) деб айtilса янаям тўғрирок бўлади.

Кўкрак ёшдаги ва эрта ёшдаги болаларда яллиғланиш реакцияларида яллиғланишнинг экссудатив фазаси устун туради. Бу эса ЭКАК мавжуд болаларда кучлироқ намоён бўлади. Ундан ташқари кўкрак ёшдаги болаларда ферментлар танқислиги бўлганлиги боис, оқсиллар тўла парчаланмайди, ичак баръер функцияси паст ва унинг ўтказувчанлиги юқори, А синфга оид секретор иммуноглобулинлар синтези активлиги катталарникига нисбатан 5-10 марта сустроқ. Шунинг учун ҳаётининг биринчи йилида сунъий аралашмалар (сигир сути) билан озиклантирилган болаларнинг 50-80% тида сигир сути иммуноглобулинилари учраб, бу болалар мактаб ёшидагиларга нисбатан 5-25% га кўпроқ оғрийдилар.

ЭКАК бор кўпчилик болаларда иммунсиз варианты (аллергоидли) кўпроқ учрайди, иммунологик фазанинг биринчиси бўлмай, тезкор аллергия реакциялардан патохимик ва патофизиологик фазалар келади. Бу

конституционал хусусиятлар ва ирсий омиллар ЭЖАК нинг келиб чиқишида муҳим ўрин тутди. Шундай оилалар мавжудким, улар аъзоларнинг ярмидан кўпроғи бронхиал астма, экзема, эшакеми сингари аллергия касалликларнинг у ёки бу тури билан хасталанган ва бундай ота-оналардан туғилган болаларда ЭЖАК ривожланиши эҳтимоли жуда катта бўлади. Иммунологик нуқтаи назардан олганда ЭЖАК ўзига хос структурали гамма-глобулинлар мавжудлиги билан белгиланади. Бу гамма-глобулинлар ирсий йўл билан отаси ёки онасидан ўтган бўлиши мумкин. Бинобарин, ЭЖАК билан хасталанган болаларда организмнинг аллергия реакциялар билан жавоб беришга мойиллиги гамма-глобулинларнинг алоҳида кўриниши бўлган антителолар-реагинларнинг мавжудлиги билан боғлиқ бўлади. Конституция аномалиясининг ривожланиши шунингдек бола организмнинг кейинчалик у ёки бу аллергия билан контактига ҳам боғлиқ бўлади. Бола организми билан шундай аллергиялар тўқнашуви натижада патологик реакцияларга сабаб бўлувчи организм сенсбилизацияси ва аллергиясини келтириб чиқаради. Хомиладаёқ она организмдаги аллергиялар ҳисобига сенсбилизация ривожланиши мумкин. Аммо кўпчилик ҳолларда организм сенсбилизацияси бола туғилгандан кейин, орттирилган кўринишда вужудга келади.

Хомиладор аёл организмда нохуш функционал ўзгаришларга олиб келувчи касалликлар, интоксикациялар, овқатланиш режимининг бузилишлари, бўйидан тушиш ҳавфлари ва вақтидан аввал туғилишлар сингари омиллар хомилада гипоксия ҳолатини чақиришлари мумкин. Бу ҳолатлар кейинчалик хомила ва боланинг конституционал шаклланишига албатта ўзининг салбий таъсирини кўрсатади. Бола туғилгандан кейин ЭЖАК нинг келиб чиқиши асосан оксиллар, ёғлар ва ош тузи сингари озиқ-овқатлар аллергиялар ҳисобига кечади. Бу ўринда сигир сути оксилларига ва тухумга бўлган сезгирлик алоҳида аҳамиятга эга бўлади.

ЭЖАК нинг клиник белгилари аллергияларнинг бола организмга қайта-қайта тушишлари натижасида етарли миқдорда антителалар ҳосил бўлиб, антигенлар билан антителоларнинг ўзаро бирикишлари натижасида

юзига келади. Оддий антигенлар одатда тўлиқсиз бўлиб, организмга тушгач, антителолар вужудга келишига сабаб бўла олмайдилар. Бирок, улар терининг ташқи юзаси /тери шиллик қаватлар/ хужайралари билан бирика оладиган алоҳида антителоларм - реактиларнинг синтез бўлишига олиб келади. Маълум хужайралар қобитига жойлашиб олган реактилар антигенлар таъсирида шу соҳа хужайралари мембранаси ўтказувчанлигининг ортиб кетишига, хужайраларда модда алмашинувиининг бузилишига ва шу соҳада гистамин сингари биологик актив моддаларнинг кўплаб ажралиб чиқишига сабаб бўладилар.

Теридаги ўзгаришлар зарарланган тўқималар антиген хусусиятларининг ўзгаришлари билан бир пайтда кузатилади. Зарарланган тўқималар организм учун бегонага айланадилар ва уларга қарши янги-янги антиген ишлаб чиқара бошлайди.

ЭЖАК клиник белгиларининг кучайиб кетишларида вакцинал антигенларнинг қайта-қайта киритилиши оқибатида организм сенсбилизациясини кучайтирувчи профилактик эмлашлар ҳам алоҳида ўрин тутати. Юкорида кўрсатилган барча омиллар организм реактивлигининг ўзгаришига ва бузилишларига сабаб бўлиб, ўзига хос касаликка мойиллик туғдирувчи фонга сабаб бўлади.

ЭЖАК генезига тўхталганда умумий адаптацион синдромнинг органлари деб ҳисобланадиган гипофиз-буйрак усти беи тизими сингари эндокрин безлари фаолиятидаги ўзгаришларга ҳам аҳамият берилади. Маълумки, антиген-антитело реакциялари маълум даражада глюкокортикоидлар томонидан бошқарилиб туради. ЭЖАК да альдостерон гормонининг кўп миқдорда ажралиб чиқиши аниқланган. Альдостерон турли тузлар, айниқса ош тузи реабсорбциясини кучайтириб, тўқималарда сув йиғилишига мойиллик /гидролабильность/ га олиб келади. Шунингдек, альдостероннинг ортикча қисми глюкокортикоидлар синтезини пасайтиради, натижасида ўзига хос патологик ҳалка ҳосил бўлади.

1. ЭЖАК нинг клиник манзараси.

ЭЖАК нинг клиник белгилари, айниқса 2 ёшгача бўлган болаларда яққолроқ намоён бўлади. ЭЖАК нинг дастлабки белгилари кўпинча 3-5 ойликда пайдо бўлади. Баъзи ҳолларда анча эрта кўзга ташланиши ҳам мумкин. Олти ойликдан бир ёшгача бўлган даврда энг авж олган ҳолати кузатилади. Икки ёшга яқинлашгач, касалликнинг клиник белгилари камая бориб, аста-секин йўқолади, айрим болаларда организм реактивлигининг ўзгарган ҳолати узок пайтларгача сақланиб қолиши ҳам мумкин.

ЭЖАК нинг дастлабки ва доимий белгилари бўлиб теридаги ўзгаришлар ҳисобланади. Дастлаб улар бош терисининг сочли қисмлари – катта ликидоқ ва тепа соҳаларида ёгли қасмоқлар-гнейслар кўринишида пайдо бўлади. Гнейслар кўпайишга мойиллиги ва кейинчалик экземага айланиб кетиш ҳавфининг юқорилиги билан характерланади. Гнейс билан бир пайтда бўйин, қўлтиқости, чов ва тақим соҳалари тери бурмаларида бичилишлар ҳам пайдо бўлади. ЭЖАК да бу бичилишлар тўғри парваришланаётган болаларда ҳам ривожланиб, ўзларининг узок давом этишлиги, даволанишнинг қийинлиги билан бошқа болалардагилардан ажралиб туради. Боланинг ёноқларида “сутли” пўстлоқчалар – терининг чегараланган кизаришлари, намланиб, туриши ва айрим жойлари оқиш пўстлоқ билан қопланган соҳалари пайдо бўлади. Айрим пуфакчалар кейинчалик ёрилади, қуриydi ва қўнғир тусдаги пўстлоққа айланади. Бироз вақт ўтиб яъни болага сигир сути ва турли шарбатлар берила бошлагач “сутли” пўстлоқлар кенг тарқалиб, авж олади ва нам экземага ўтиб кетиш ҳавфи туғилади. Экзема одатда кучли қичишиш билан кечиb, боланинг безовталигига уйқусининг бузилишига иптахасининг пасайишига ва тирнаб олишлар натижасида иккиламчи инфекциянинг ривожланишига сабаб бўлади.



Расмлар 4

ЭЖАК нинг кейинги асосий белгиларидан бўлиб, шиллик каватлардаги ўзгаришлар ҳисобланади. Бундай болалар тумов, конъюнктивитлар, блефаритлар, фарингитлар, ангиналар, сохта круп, қайталанувчи астмасимон бронхитлар билан кўп оғрийдилар. Бронхитлар кўпинча тана хароратини кўтарилиши билан кечади, ўрта қулоқнинг йирингли яллиғланишлари, сийдик йўллари инфекциялари кўп учрайди, шиллик каватлардаги бундай ўзгаришлар ўзларининг осон ривожланишлари, узок давом этишлари, даволанишнинг қийинлиги билан ажралиб туради. Бурун-халқум соҳасининг қайталаниб турувчи катарлари аденоид тўқиманинг гиперплазиясига ва бодомча безлари гипертрофиясига сабаб бўлади.

ЭЖАК билан хасталанган болалар тили шишинкираган, эпителияси кўчган сохалар соғлом сохалар билан аралашган ҳолда бўлади – “жугрофий тил”. Бола ахволининг яхшиланиши мобайнида тилдаги ўзгаришлар камая боради.

Шиллик каватларнинг зарарланишларга мойилликлари ошқозон ва ичаклардаги диспенсиалар, узок давом этадиган ич бузилишлари сингари ўзгаришларга олиб келади. Бемор ахлатида кўп микдорда кўчиб тушган эпителий ва эозинофиллар топилади. Сийдикда кўплаб эпителиал хужайралар билан бир каторда лейкоцитурияга мойиллик кузатилади.

ЭЖАК нинг яна бир характерли белгиларидан бўлиб периферик лимфа тугунлари: бўйин, энса, жағости, кулоқ олди, қўлтикости ва чов соҳаси лимфа тугунларининг каталашуви бўлиб ҳисобланади. Перибронхиал ва мезентериал тугунлар ҳам катталаниши мумкин. Кўпчилик ҳолатларда қора талок гиперплазияси кузатилади. Лимфа тугунларининг катталаниши даражаси теридаги ўзгаришлар ва халқум-бурун соҳаси зарарланишлари даражасига тўғри пропорционал бўлади.

ЭЖАК нинг ташқи белгилари: боланинг шишинкираганлиги, териости ёғ каватининг ғовақлиги, тери рангининг оқарганлиги, мускулларининг бўшлиги ва бироз семизлик бўлиб ҳисобланади. Озгин болаларда анча кам учрайди, бироқ бола вази нотурғун кўрсаткич бўлиб, бола осон олиб кетиши ва тезликда вазинни тиклаб олиши мумкин.

ЭЖАК билан хасталанган болалар хулқида ҳам ўзгаришлар пайдо бўлади: кўп йиғлайди, инжиқ, қўзғалувчан, кам ҳаракатчан ва атрофдагиларга бефарқлик ва ҳ.к. терида кичинишлар мавжуд бўлганда бола ўта асабий, бошини тинимсиз тебратиши, ёстикка ишқалайди, терисини тирнаб олиб жароҳатланишига сабаб бўлади, уйқуси бузилган, юзак иштаҳаси йўқолган, умумий безовталиқ кузатилади. Бошқа касалликлар кўшилганда болада юрак-қон томир стенозовчилиги белгилари пайдо бўлиши мумкин. ЭЖАК белгилар яққол намоён бўлган даврда қон таҳлилида

лейкоцитлар сонининг 18000-20000 га етиши, нейтрофиллар формуласининг чапга ситжиши ва эозинофилия кузатиши мумкин.

ЭКАК билан оғриган болалар кўпинча инфекцион касалликларга дучор бўлишда ва уларда токсикозлар, эксикозлар ва микроциркуляция бузилиб, касаллик оғир кечади. Кислота-ишкор мувозанатининг кислоталик томонга ситжиб ацидоз ривожланиши натижасида моддалар алмашинувининг барча турларида ўзгаришлар пайдо бўлади, чиқарув органлари, бош миёна пўстлоғи фаолиятларида ва вегетатив асаб системаси тонусида ҳам чуқур ўзгаришлар келиб чиқади. Углеводлар алмашинуви бузилиши оқибатида бола қонида қанд миқдори кўтарилган; ёғлар алмашинуви бузилишлари - гиперхолестеринемияга; оксил алмашинувининг бузилишлари эса, гипоальбуминемияга ва гамма-глобулинлар миқдорининг кескин камайиб кетишларига олиб келади. Бу белгилар ЭКАК қанчалик узок давом этса, шунчалик яққол намоён бўлади.

ЭКАК нинг клиник белгилари маълум даражада боланинг ёшига ҳам боғлиқ бўлади. 6 ойликкача бўлган болаларда бичилишлар, сутли пўстлоқ, гнейслар, “жуғрофий тил”, ошқозон-ичакларидаги ўзгаришлар эозинофилия сингари асоратланмаган маҳаллий, чекланган ўзгаришлар кузатилиб, уларни даволашда терапевтик чоралар самарадорлиги анча юқори бўлишлиги қайд қилинади.

Олти ойликдан бошлаб боланинг умумий қи оғирлаша бошлайди, қичишишлар кучаяди, тўқималар шиши ва инфильтрацияси кўпаяди. Экзематоз соҳалар кенгаяди, чўзилувчан кечиншга ўтади. Даволашда тургун самарага эришиш анча мушкул бўлади.

Бола ёши орттиши билан аллергия белгилари ҳам ўзгара боради. Кўпинча себореяли дерматит аллергик экземага айланиши мумкин. Даволанмаган тақдирда аллергик дерматит, нейродермитга айланиб кетиши ҳам мумкин. Одатдаги бронхитлар астматик бронхитларга ўтади, улар эса ўз навбатида бронхиал астмага айланишлари эҳтимоли юқори бўлади.

Эксудатив-катарал диатез оқибатлари.

Болаларда ЭЖАК нинг мавжудлиги унинг соглиги учун ноқулай ҳолат бўлиб турли касалликлар ривожланиши учун қулай фон яратилади. Бундай болалар грипп, ЎРВИ ва ошқозон-ичак касалликлари билан кўп оғрийдилар.

Касалликлар анча оғир кечиб, ўзларидан сўнг асоратлар қолдирадilar. Сув чечак ва кизамиқ сингари болалар юқумли касалликлари тошмаларининг қалинлиги, интоксикациянинг юқори бўлишлари билан ажралиб турадилар, ва баъзан ёмон оқибатлар билан якунланиши ҳам мумкин.

Теридаги ўзгаришларнинг мавжудлиги профилактик эмлашга қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади, зеро, бундай эмлашлар касаллик белгиларининг кўпайишига сабабчи бўлиши мумкин. Шу билан бир каторда ЭЖАК билан хасталанган болалар турли касалликлардан химоя этилишга мухтождирлар. Шунинг учун иммунизация ремиссия даврида десенсибиловчилар панохида жуда эҳтиёткорлик билан ўтказилиши лозим. Баъзи болаларни эмлаш эса фақат эпидемиологик кўрсатмага асосангина ўтказилади.

ЭЖАК белгилари одатда 3 ёшдан кейин йўқолади. Бирок, айрим болаларда тери касалликларга, бронхиал астмага, ошқозон-ичаклар трактининг спастик ҳолатларига мойиллик узоқ пайт мобайнида сақланиб қолиши ҳам мумкин. Кейинчалик бундай болаларда ревматизм ҳам ўзига хос белгилар билан кечиши мумкин. Тўғри овқатлантириш, яхши парваришлар, режимга риоя қилиш ЭЖАК белгиларининг аста-секин йўқола боришига ва қайталанмасликларига олиб келиши мумкин.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗИ

1. Дескваматив эритродермия-Лейнер-Муссу синдроми:

биринчи 3 ойлик ҳаётида пайдо бўлади. Боланинг бадан териси кизаради, инфийтратланади ва тери қавати кўчади. Кўпинча бу ҳолат боланинг думба қисмидан бошланиб, чот қисмларига тарқалади. Баъзи болаларда тананинг юқори қисмидан бошланади. Бошнинг сочли қисми, юз ва қўлтиқ ости соҳалари зарарланади. Ажралиб кўчаётган тери тангачалари

сарғич бўлиб, бир-бирига ёпишқок панцирга ўхшаб кетади. Тери қавати тушиб бўлгандан сўнг шилвирланган эт кўринади, ёрилади ва унга 2-ламчи инфекция ўтириб, йирингли жараёнларни чакиради.

2. Эритродермия Хилла- энг оғир ўтувчи эритродермия бўлиб ҳисобланади. Бадан терисининг ҳамма қисми кизаради - гоз терисини эслатад, кипаксимон тери қавати ажралади, жуда қаттиқ қичишади. Қонда эозинофиллар кўпаяди.

3. Экзема Капоши - вирус чиқаради. Умумий аҳволи оғир, харорати баланд бўлади. Юзида, бош ва соч қисми баъзида тана ва оёқларида тошмалар тошади (пуфакчалар). Кейинчалик бу пуфакчалар ёрилиб қон оқади.

4. Герпетиформный дерматит Дюринга- инфекция касалликлардан кейин бошланади. Бунда чот қисмларда, сонда ва думбада тиниқ суюқлик тўпланган пуфакчалар пайдо бўлади, кейин улар ёрилиб қон оқади. Тери ўзгармайди. Симптом Никольский кузатилмайди. Кафт ва товон ўзгармайди.

5. Пашша ёки бирор ўрмаловчилар чакқанда ҳам ЭКАК -га ўхшатиш мумкин. Ундан фарқи кўпинча тананинг очик жойларида бўлади, қаттиқ қичишади.

Эксудатив –катарл диатезни даволаш.

Даволаш усуллари болани рационал овқатлантиши, диққат билан парваришлаш, авайлаб чиниктириш ва теридаги ўзгаришларни ўз вақтида ва мунтазам даволаб бориш сингари муолажаларни ўз ичига олади.

Имкони борича она сутини узмаслик лозим. Сунъий усулда озиклантириладиган болаларга эса нордон аралашмалардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлади. ЭКАК да кўшимча овқатлар бериш 5 – 6 ойликдан сабзавот пореси, олма, мевалар, кисель ва творог билан бошланади. Тухум сариғи чала пиширилган холда тавсия қилинади, ош тузи миқдори камайтирилади. 6-7 ойликдан бошлаб буғда пиширилган ёки қайнатилган гўшт бериш мумкин. Гўштли шўрвалар тавсия қилинмайди. Болани тартибсиз овқатлантириш ва ўта тўйдириб юбориш мутлақо мумкин

эмас. Теридаги ўзгаришларнинг кўпайишига сабаб бўлувчи озука моддалари бемор рационидан бутунлай олиб ташланади. Озик-овқат аллерганлари юқори аллергик табиатига эга бўлган тухум, балик, ловия, шоколад, какао сингари маҳсулотларни вақтинча чеклаш ёки киритиб кўриш йўл билан аниқланиши мумкин. Агар бемор сариг мойни яхши ҳазм қилаолмаса, ўсимлик ёғига ўттиш керак бўлади.

Бир ёшдан катта болалар овқатлари турлича бўлиши керак. Сут маҳсулотлари катик ёки кефир кўринишида ярим литр атрофида берилади. Кўпинча сабзавотли шўрвалар бузорилиб, гўшти қайнатиб, сўнг юймалаб шорегга кўшиб берилади. Болалар рационида тухум, шоколад, асал, пишлок, кўпнай сингари маҳсулотлар чиқариб ташланади. Болалар таомлари А, В₁, В₂, В₃, С ва Д витаминлари билан бойтилиши лозим. Кун тартибига катъий амал қилган ҳолда очик ҳавода узоқ муддат бўлишни таъминлаш, давомли ва осойишта уйкуга шаронт яраттиш зарур омиллардан бўлиб ҳисобланади.

ЭКАК белгилари мавжуд бўлган болаларни мойчечак ва череда (кўй тиканак) қайнатмасида чўмилтириш, борат кислотасининг 2% эритмасида ювинтириш зарур. Ромашка ва череда дамламасида ванна қилиш кунора ўтказилади. Тери бурмалари доғ қилинган ўсимлик мойи билан мойланади ёки болалар упаси сепиб ёки банеоцин жуда яхши фойда беради.

ЭКАК да кальций хлор, кальций глюканат сингари кальций препаратлари, димедрол, супрастин, пипольфен, тавегил сингари антигистамин дорилар кенг қўлланилиб, 3-4 ҳафта муддатта бузорилади. В₁ вит 10-30 мг, В₂- 2-6 мг, РР- 25-30 мг, С- 200-300 мг, А- 3-10 мг, В₁₅ 50 мг дан суткасига витаминлар бузориш патогенетик жиҳатидан асосланган усулларида бўлиб ҳисобланади.

ЭКАК ни даволашда кейинги даврларда гистоглобулин инъекциясидан 1 мл дан кунора мускул орасига кириттиш мумкин. 5-10 инъекция кўзда тутилади. 10-12 кун мобайнида 1% АТФ эритмаси боланинг ҳар бир ёшига 0,1 мл ҳисобидан тери орасига киритишади. Тери қичишни камайитириш

максадида бром препаратлари, валериана, триоксазин, фенобарбитал, элениум кенг қўлланилади.

Якқол кўзга ташланадиган тери зарарланишлари белгилари мавжуд бўлганида жароҳатланган соҳалар бодом ёки ўсимлик мойлари билан мойланади: намланиб турувчи кумуш нитратнинг 0,25% эритмасига хўлланган дока қўйилади: 10% димедро-цинковая малҳами суртилади ёки чинор пўстлоғи қайнатмасидан ванна қилинади. Иккиламчи инфекция қўшилганида антибиотиклардан фойдаланиш кўзда тутилади.

ЭЖАК нинг суст кечадиган ва узоқ давом этадиган вариантларида стимулловчи терапия ўтказилади: ультрабинафша нурлари билан 10-15 сеанс нурлантириш. Ўта якқол намоён бўлган ва тузалиши қийин кечадиган ЭЖАК белгилари мавжуд бўлганида кортикостероидлардан фойдаланиш ҳам мумкин.

Экссудатив-катарал диатез профилактикаси.

Бола ёшига мос равишда кун тартиби ва овқатланиш режимини ташкил қилиш, авайлаб чиниктира бориш, турли юқумли касалликлардан асраш.

Лимфатик-гипопластик диатез

Лимфатик-гипопластик диатез (ЛГД) организмдаги барча лимфоид тўқималарининг гиперплазияси (70% ҳолатларда эса айрисимон безнинг ҳам катталашуви), юрак, аорта, буйраклар, буйрак устибези пўстлоғи, калконсимон-, калконсимон ён безлари ва жинсий органлар сингари аъзолар ва безлар гипоплазияси ҳамда эндокринологик дисфункция ҳолатининг мавжудлиги билан белгиланиб, улар натижасида организм реактивлиги кескин ўзгаради, боланинг атроф муҳитга мослашишуви хусусиятлари пасаяди.

Этиологияси. ЛГД нинг келиб чиқиши сабаблари кўпинча катталашган айрисимон без таъсирида буйракусти бези пўстлоғининг бирламчи ва иккиламчи етишмовчилиги билан боғланади. Асосий омиллардан бўлиб ташқи муҳит таъсиротлари ҳисоблансада, бу диатезнинг ирсий ва генетик жиҳатдан бериладиган шакллари ҳам учраб туради. Асосий

ролни туғрук пайтидаги шикастланишлар, хомиладорлик даври гипоксиялари ҳамда узок муддат давом этадиган огир юкумли касалликлар ўйнайди. Бундай патологик холатларнинг таъсирида буйракусти безининг пўстлоқ қисми зарарланиб, унинг фаолияти суестлашади.

Патогенез. Аввало организмдаги нейроэндокрин ва иммунологик силжишлар кузатилади. Буйрак усти безининг пўстлоқ қисми зарарланиши ва унинг фаолиятининг сусайиши натижасида гипо-ва декортицизм ривожланиб, минералокортикоид фаолияти кучаяди. Натижада стресс (истиробли) холатларни кўтараолмаслик, микроциркуляция ва сув-минерал алмашинувидаги ўзгаришлар сингари холатларнинг ривожланишига юзага келади. Гипофизнинг фаолияти иккиламчи кўринишда кучайиб, АКТГ ва соматотроп гормон ажрალიши ортади. Бунинг натижасида бола организми тараккиётининг муганосиблиги издан чиқади. Тимус гиперплазияси ривожланиб, кейинчалик бутун лимоид тўкима фаолияти бузилади. Иммунокомпотент орган сифатида тимус фаолияти бузилиши хужайра ҳамда гуморал иммунитетнинг пасайишига ҳам сабаб бўлади. Бу холат болада узок вақт давом этадиган ва даволаниши секин кечадиган касалликларнинг келиб чиқишига олиб келади.

Клиникаси. ЛГД нинг клиник белгилари, айниқса, тимус гиперплазияси мавжуд бўлган холларда, бола ҳаётининг дастлабки кунлари ва ойларидаёқ намоен бўлиши мумкин. Бироқ, кўпинча аста-секин ривожлана бориб, бола ҳаётининг 2-7 йилларида аниқроқ кўзга ташланади.

Аввало бола вазни ва бўйи кўрсаткичларининг юкорилиги, бола гавдаси ва бўйинининг калталиги, кўл-оёқларнинг узунлиги ва курак суякларининг энсизлиги кўринишидаги тана тўзилишининг номуганосиблиги кўзга ташланади. Бўшашганлик, кам харакатчанлик, нутқ ва статик фаолияти ривожланишининг кечикиши, атрофдагиларга кизиқишнинг йўқлиги сингари бола хулқидаги ва ташқи кўринишидаги ўзгаришлар характерли белгилардан бўлиб ҳисобланади. Шартли рефлекс фаолияти секинлашган бўлиб, тормозланиш реакциялари устуи келади.

Бола хатто одатдаги жисмоний ва асаб-рухий юкламаларни ҳам кўтараолмайдилар, тез чарчайдилар, тана вазни осонликча камайиб кетиши мумкин.

Тери ранги оқарган, баъзан кўкимтир бўлиб, мармар рангида тусланади. Беморларнинг 1/3 қисмида тери тошмалари экссудатив табиатга эга бўлиб, “белгиланган” соҳаларда жойлашади. Масалан: “қуруқшаган” тошмалар бола думбаси ва оёқларида кузатилса, тургун бичилишлар ва нам тошмалар бўйин бурмаларида ва қулоқорти соҳаларида жойлашган. Тери ости ёғ қавати ортикча ривожланган бўлиб, ғовақ, гидрофил, кўпчиган ва нотекис тарқалган: кўпроқ холатларда корин ва сон соҳаларида учрайди. Тўқималар турғори (таранглиги), мускул ва кон томирлар тонуси (артериал босим) сезиларли пасаяди.

Микроциркуляциянинг бузилиши кон-томирлар ўтказувчанлигининг ортишига, иммунологик химоя хоссаларининг сусайишига, шиллик қаватлар (биринчи навбатда нафас йўллари) га ҳам ўзининг салбий таъсирини кўрсатади. ЛГД билан хасталанган болалар камдан-кам холатларда соғлом бўладилар. Уларда доимий блефаритлар ва конъюнктивитлар билан бир қаторда тез-тез қайталаниб турувчи катарал ўрВИ лар яққол кўзга ташланувчи экссудатив-гиперсекретор компонент билан биргаликда кечади. Бундай болаларда даволаниши кийин бўлган астматик синдром эрта шаклланади ва унда кўпинча (хатто бир ёшгача бўлган болаларда ҳам) бронхиал астманинг оғир шаклларига ўтиб кетиш хавфи юқори бўлади.

Лимфoid тўқима гиперплазияси системали ҳамда кенг тарқалган кўринишда бўлиб, барча гуруҳ лимфа тугунлари бу жараёнга тортилган. Жумладан трахеобронхиал ҳамда мезентериал лимфо тугунлар миқдор жиҳатидан кўпайган, ўлчамларига кўра катталашган. Аденоидит ва гипертрофик тонзиллит тез-тез учраб туради. Жигар ва қора талок катталашган. Кон-томир тутами соҳасида катталашган айрисимон без

ҳисобига перкутор товушнинг бўғиқ эшитадиган соҳаси кенгайган бўлиб, бу нарсa рентгенологик текширишларда яққол кўзга ташланади.

Кичик ёшдаги болаларда айрисимон без гипертрофияси энтикиш, диспноз, апноз, стридор ва ўпканинг айрим сѐгментлари гипопневмонатози кўринишидаги нафас олиш фаолиятининг бузилишига ва ошқозон-ичак трактининг қитқиланиши ҳисобига пилороспазм манзарасини эслатувчи ўзгаришларга ҳам сабаб бўлади.

Ички органлар кўздан кечирилганида юрак “томчи” кўринишида бўлиши ёки барча ўлчамлари кенгайгайиб, пульсацияси сустлашган, ўтказувчанликнинг секинлашуви каби белгилар топилиши мумкин. Айрим ҳолатларда юракнинг туғма нуқсонлари ҳамда аорта ёйи гиперплазияси ҳам учраб туради.

ЛГД билан хасталанган болаларда юрак ва буйрақларнинг морфофункционал ноетуклиги кардиопатиялар ва нефропатияларга сабаб бўлиши ҳам мумкин. Бундай болаларда ҳар қандай касалликлар ўзларининг оғир кечишлари ҳамда кўпинча ичак токсикозлари, эсикозлар, гипертермия, талвасалар ва нейротоксикоз сингари ҳолатлар билан асоратланиши орқали ҳам характерланадилар.

Диагноз. ЛГД ташҳиси лимфоид тўқиманинг системали ҳамда диспропорционал гиперплазиясининг айрисимон безнинг катталашуви билан биргаликда кечиши, организм химоя кучларининг кескин сусайиб, ташқи муҳитга мослашуви хусусиятлари пасайиши белгиларининг мавжудлиги асосида ўрнатилади.

Лабораторик текширишларда енгил лейкоцитоз, лимфоцитоз ва моноцитоз; нейтропения; гипогликемия; қонда оксикортикостероидлар миқдорининг камайиши, айрим ҳолларда эса, кислота-ишқор мувозанатининг кислоталик томонига сйлжиши ҳам кузатилиши мумкин.

Айрисимон без ўлчамлари катталашганлигининг рентгенологик белгиларидан бўлиб кардиотимико-торакаль индекснинг ортганлиги ҳисобланади. Бу индекс трахея бифуркация соҳасида кардиотимик сояси

кенглигининг диафрагма гумбази устида ўлчанган кўкрак қафасига нисбатан % нисбати. Бола ҳаётининг биринчи ойларида бу кўрсаткич 50%, 6-12 ойларда 43%, 1-3 ёшда 38%, 3 ёшда 35%, 7 ёш ва ундан катта болаларда - 28% ортиқ бўлса айрисимон без катталашган деб хулоса қилинади.

Дифференциал диагностикаси. Бундай болаларда иммунитетнинг ирсий етишмовчилиги бор-йўқлиги аниқланилади. Шунингдек барча лимфа тугунларининг катталашувиға сабаб бўлувчи касалликлардан ҳам фарқланади. Бундай ҳолатларда биологик аксилация ҳам унутилмаслиги керак.

Даволаши. ЛГД билан хасталанган болаларни даволашда асосий эътибор кун тартибига амал қилиш, очик ҳавода узоқроқ бўлиш, режа билан чиниктириш, мунгазам массаж ва даволаш гимнастикаси машқлари ўтказиб туриш асосий ўрин тутади.

Бемор рационидан сигир сути ва ҳар хил бўтқалар, кисель, канд сингари енгил ҳазм бўладиган углеводлар (карбон сувлар) миқдори чекланади. Сигир сутини нордон сутлт маҳсулотлар билан алмаштириш талаб қилинади. Кўшимча овқатлар сабзавот ва мевалардан ташкил топилиши лозим.

Доимий ҳолда буйракусти бези фаолиятини ва организмнинг химоя кучларини мустаҳкамлавчи адаптоген дори-дармонлар буюрилиб борилиши талаб қилинади. Бу мақсадларда глицирам, дибазол, метацил, пентоксил, В₅, В₆, В₁₂, А, Е витаминлари, Алоэ, элзутирококк ва женьшенлар орқали навбат билан курслар ўтказиб бориш талаб қилинади. Шу билан бир қаторда организмни С, В₁, В₂ витаминлари билан старли миқдорда таъминлаш, рахит, ёндош касалликлар ҳамда камқонликларни ўз вақтида аниқлаш ва дова чораларини ўтказиш ҳам кўзда тутилади. Вақти-вақти билан болаларга кальций глюконат, кальций глицерофосфат сингари ҳамда бифудумбактерин ва бификол каби биопрепаратлар бериш тавсия этилади.

Кейинги пайтларда ЛГД патогенези асосида персистенловчи вирус инфекцияси ёки аденоидлар, пиелонефритлар ва х.к сингари сурункали

инфекция ўчоқлари ётганлигини ҳисобга олган ҳолда вифирол препарати билан курслар ўтказиш тавсия этилади. Вифирол 10 кун мобайнида 2 шамчадан ҳар 12 соатда киритиб борилади. Сўнгра бир ҳафта мобайнида 2 шамчадан 2 мартадан ва бир ҳафта кунора битта шамдан кечкурун киритилади. Сўнгра битта шамчадан ҳафтасига 2 мартадан 6-7 ҳафта киритилади ва ниҳоят 3 ҳафта давомида ҳафтасига бир марта 1 шамча кечаси киритиб қўйилади. Тўла даволаш курси учун 3 ой талаб қилинади.

ЛГД билан хасталанган болаларга профилактик эмланишлар ўз вақтида ўтказилади, бироқ ЭКАК даги сингари эҳтиёт чоралар қўриб борилади.

Профилактикаси. ЛГД профилактикасининг асосий халқаларидан бири бўлиб, жинсий йўл билан ўтадиган инфекцияларни ўз вақтида даволаш, хомиладор аёлни рационал овқатлантириш, болаларни ёшига мос равишдаги озиқа маҳсулотлар билан таъминлаш ҳисобланади. Болаларни бир тарафлама овқатлантириш, у ёки бу озиқа моддаларни кўп сақлайдиган таомларни беришни ва ўта тўйдириб юборишни чекланади. Кун тартибига амал қилиш, очиқ ҳаводаги сайрлар, чиниқтириш, массаж ва гимнастика билан шуғулланиш катта аҳамият касб этади.

НЕРВ – АРТРИТИК ДИАТЕЗЛАР.

Нерв – артритик диатезлар. (НАД) Конституция аномалиясининг бу шакли бошқа диатезларга қараганда анча кам учраб, барча болаларнинг 2-3% да кузатилади ҳолос. НАД ирсий келиб чиқишга эга бўлган хасталиклардан бўлиб, улар моддалар алмашинувидаги сезиларли ўзгаришлар ва улар асосида марказий асаб тизими қўзғалувчанлигининг ортиб кетиши сингари патологияларнинг мавжудлиги билан белгиланади.

Этиологияси. Ҳозирги пайтда НАД нинг келиб чиқиши пурин асослари ва сийдик кислотаси алмашинувидаги ирсий омиллар билан бир қаторда оксиллар, айниқса биринчи навбатда гўштли маҳсулотлар билан хомиладор аёл ва кичик ёшдаги болалар рационини тўлдириб юбориш сингари ташқи муҳит таъсиротлари билан боғланади.

Оилавий-ирсий анамнез. Бундай беморлар оиласи аъзолари орасида 18-22% ҳолатларда неврастения, подагра, сийдик – тош-ва ўт-тош касалликлари кузатилади. Бундай оилаларда бошқаларига нисбатан атеросклероз, юракнинг ишемик касаллиги, гипертония, қандли диабет, нафас ва ошқозон ичак касалликлари 2,5 барабар кўп учрайди.

Патогенез. Касаллик ривожланиши асосида жигар ферментлари фаолиятининг ўзгаришлари, пурин асосларидан қайта фойдаланиш ва сийдик кислотаси ҳосил бўлишининг кучайиши туфайли юзага келган оксил алмашинувининг бузилишлари ётади. Бунинг натижасида конда пуринлар ва улар алмашинуви оралиқ маҳсулотларидан бўлиб ҳисобланадиган сийдик кислотасининг миқдори ортади. Шу билан бир қаторда оксил ва ёғлар алмашинуви ҳам издан чиқади. Углеводлар ҳазм бўлиши бузилиши натижасида кетоацидозга мойиллик туғилади.

Сийдик кислотаси ва унинг тузлари йиғилиб қолиши ҳамда ацидознинг кучайиши марказий асаб системаси қўзғалувчанлигининг ўта ортиб кетишига сабаб бўлади.

Болаларни тўғри парваришlash, моддалар алмашинуви бузилишини узоқ вақт компенсация ҳолатида сақлаб қолиб, декомпенсация ҳолати эса, стрессли вазиятлар, овқатланиш режимининг бузилиши ва жисмоний зўриқишлардан сўнг кўзга ташланади.

Клиникаси. НАД нинг клиник белгилари баъзан бола ҳаётининг дастлабки ҳафта-ва ойларидаёқ кўзга ташланса, айрим ҳолатларда клиник симптомлар ўзларининг носпецификлиги туфайли узоқ пайтгача аниқланмаганлигича қолишлари ҳам мумкин. Одатда клиник манзара 7-14 ёшдаги мактаб болаларида аниқроқ кўзга ташланади. Ҳозирги пайтда НАДнинг келиб чиқиши пурин асослари ва сийдик кислотаси алмашинувидаги нуқсонлар сингари ирсий омиллар билан бир қаторда оксиллар, айниқса биринчи навбатда гўштли маҳсулотлар билан хомиладор аёл ва кичик ёшдаги болалар рационини тўлдириб юбориш сингари ташқи муҳит таъсиротлари билан боғланади.

Касалликнинг клиник манзараси боланинг ёшига боғлиқ ҳолда тери-, неврастеник-, моддалар алмашинуви бузилиши- ва спастик сингари турли хил синдромлар кўринишида намоён бўлади.

Бола ҳаётининг дастлабки ойларида вазн ортиши сусайиб боланинг ичи нотурғун бўлади. Иштаҳасизлик оқибатида дистрофия ҳолати ривожланиши ҳам мумкин. Кўпчилик ҳолатларда, айниқса ўсмир қизлар орасида тери ости ёғ қавати ортикча ривожланиб кетиб, семизликка сабаб бўлиши мумкин. Бошқа диатезларга нисбатан НАД да лимфод гиперплазия сустрок кўзга ташланади. Бирок, барча гуруҳ лимфа тугунлари қўлга унмайди, қаттик.

Тери синдроми. Теридаги тошмалар бошқа аллергик касалликлардагига нисбатан камроқ кузатилиб, асосан ўсмирларда, Квинка шиши, эшакеми, пруриго, нейродермит кўринишида бўлиб, қуруқ ва қазқоқли экзема шаклида намоён бўлади. Шиллиқ қаватлар ҳам камроқ зарарланади. Бирок, айрим болаларда ЎРВИ га берилувчанлик кучайиб, кучли аксириниш, йўтал, бронхоспазм белгилари юзага келади. Бундай беморларда астматик бронхит енгил секреция билан кечиби, тез тuzалади. Айрим ҳоллардагина бронхиал астманинг атопик шаклига ўтиб кетиш хавфи тугилиши мумкин.

Неврастеник синдром 84% ҳолатларда учрайди. Бола ҳаётининг биринчи йилида қўзғалиш жараёнларнинг устун келиши безовталик, кичкириб йиғлаш, қўрқоқлик, уйқунинг қисқа ва юзакилиги кўринишида намоён бўлади. МАС нинг пурин алмашинуви маҳсулотлари билан доимий китиклаб турилиши болаларда асаб-руҳий ва эмоционал тараккиётнинг эрта ривожланишига ҳам сабаб бўлади. Болалар эрта гапира бошлайдилар, ҳар нарсага ва атрофдагиларга қизиқиши юкори бўлади. Эшитган ҳамда ўқиган нарсаларини яхши эслаб қолади. Ўқишни эрта ўрганади. Бирок, болалардаги бундай мусбат хусусиятлар эмоционал нотурғунлик, уйқунинг бузилиши, тунги қўрқувлар, вегетодистоник ўзгаришлар ва доимий иштаҳасизлик билан биргаликда кечади. Шунингдек бундай беморларда тиксимон ва

хореик гиперкинезлар, логоневроз, узок давом этадиган нам йўтал, тез-тез кайт қилишлар, аэрофагиялар ва энурез сингари ҳолатлар ҳам кузатилиши мумкин.

Моддалар алмашинуви бузилиши синдроми. Бу синдром одатда натрий, урат тузлари ҳисобига юзага келадиган ўткинчи ва кўпроқ, тунда кузатиладиган бўғимлардаги қисқа муддатли оғриқлар; совуққотиш ва инфекцияга боғлиқ бўлмаган ҳолдаги вақти-вақти билан кузатиладиган дизурик ҳолатлар; уратлар, оксалатлар ва фосфатлар аралашган ҳолдаги салурия кўринишида намоён бўлади. Диатезларнинг бу турига хос белгилардан бўлиб ҳисобланадиган, вақти-вақти билан кузатиладиган ацетонемик қусишлар ҳам алоҳида эътибор талаб қилади.

Ацетонемик қусишлар асосан 2-10 ёшли болаларга хос бўлиб, бола вояга етганида бутунлай тўхтайдди. Қусишларнинг бошланишига олиб келувчи асосий сабаблардан бўлиб, овқатланиш режимининг бузилиши, изтиробли ҳолатлар ва жисмоний зўриқишлар ҳисобланади.

Қусишлар кўкқисдан ёки бирор кун давом этадиган қисқа муддатли лоҳаслик, бош оғриши, иштаҳасизлик, оғзидан ацетон ҳиди келиши, қабзият ва нажаснинг енгил рангсизланиши сингари хуружолди белгиларидан сўнг бошланиши мумкин. Қусишлар жадал ривожланиб, тўхтовсиз тус олиши, беморда ташналикнинг пайдо бўлиши, сувсизланиш, интоксикация белгилари, иситманинг кўтарилиши, тана вазнининг камайиши, безовталиқ, энтиқиш, тахикардия ва, айрим ҳолларда менингизм симптомлари ва талвасалар мавжудлиги билан характерланади. Беморнинг нафаси ҳамда кусук моддаларидан ацетон ҳиди келиб туради. Қусиш хуружлари бир неча соатдан 1-2 кунгача, айрим ҳолларда эса, бир ҳафтагача давом этиши мумкин. Кўпчилик ҳолатларда қусишлар бошлангандаги сингари кўкқисдан барҳам топиб, бола тезда ўзига келади. Хуружлардан кейин бир неча кун давомида жигар қўлга уннаб туриши мумкин.

Спастик синдром. Бу синдром бронхоспазмлар, мигренсимон бош оғриқлари, гипертензия ва юрак соҳасидаги оғриқларга мойиллик; буйрак-,

жигар- ва ичак санчиклари ҳамда спастик мембраноз, колит сингари холатларнинг ривожланиши билан белгиланади.

Диагноз. Моддалар алмашинуви касалликлари, оилавий анамнез, бола МНС кўзгалувчанлигининг ортганлиги, моддалар алмашинуви бузилишининг сезиларли белгилари, спазмларга мойиллик ва аллергияк белгиларнинг ўзига хос томонлари мавжудлигига асосан ўрнатилади.

Дифференциал диагнози. НАД ни турли неврозлардан, ревматизмдан, инфекцион ратритдан, пиелонефритдан, сурункали инфекция ўчоқлари туфайли келиб чиққан субфибрил холатлардан, сурункали панкреатит ва холициститлардан фарқ қилиш зарур бўлади.

Даволаш. Кун-ва овқатланиш режимини тўғри ташкил этиш НАД ни даволашда асосий ўрин тутати. Болаларни оғир рухий зўриқишлардан химоя қилиш ва теливезир томошаларини чеклаш талаб қилинади.

Парҳез таомлар сут-, мева- ва сабзавот маҳсулотларидан иборат бўлиши ва кўпроқ қора ундан тайёрланиши лозим. Гўшт, парранда, даръё балиғи, айниқса уларнинг қовурилган ва дудланган маҳсулотлари, ёғли шўрвалар ва ҳайвон ёғларини бериш камайтирилади. Бузук ва жўжалар сингари ёш ҳайвонлар гўштлири; мия, жигар, буйраклар, қолбаса маҳсулотлари, кўзикоринлар; шаколот, кофе, какао, қуюқ чой сингари таомлар бутунлай тўхтатилади. Болани ўта тўйдириб юбориш билан бир қаторда овқатланишлар орасидаги вақтни чўзиб юбориш ҳам бўлмайди. Иштаҳакси паст болаларга ошқозон шираси, абомин сингари дорилар билан биргаликда В₆ , В₁ витаминлари ва кобаламин ҳамда калий оротат каби иштаҳани яхшиловчи препаратлар ҳам берилди.

Вазиятли масалалар.

Масала 1.

3 ойлик бола. Туғилгандаги вазни 3600 г. Хозирги вазни 6500г. Сунъий овқатлантиришда, онасининг сути камлиги сабабли болага сигир сути аралашмаси берилди. Яхши парваришига қарамай табиий бурма соҳаларида бичилишлар пайдо бўлди. Тери ранги бироз оқарган. Икки

юзида кизаришлар, уртикар тошмалар бор. Тананинг бошқа қисмларида кичишаётган турли (уртикар, папулез) тошмалар мавжуд. Соч қисмида гнейс. Тери ости ёғ қатлами яхши ривожланган. Нерв қўзғалувчанлиги кучайган, бола инжик, безовта, уйқуси нотинч. Жағ ости, бўйин, қўлтиқ ости лимфа тугунлар катталашган, ўлчами нухотдек, оғриксиз. Ички органларда сезиларли ўзгаришлар йўқ. Ичи баъзида суюк келади, баъзида эса ич қотиши кузатилади.

1. Сизнинг диагнозингиз? 2. Қандай ёрдам чораларини кўрсатасиз?

Масала 2.

Бола 1 ёшда. Онасини сўзига қараганда бола тухум, цитрусли меваларни истеъмол қилгандан сўнг терида кичишқок тошмалар пайдо бўлади. Бола безовта, инжик, уйқуси нотинч. Бола семиз, тери ранги бир оз оқарган, қуруқ. Терисида қуруқ экзема белгилари – қуруқ кичишган кизарган тошмалар, себорея, танасида папулез тошмалар, бошининг соч қисмида қасмоқ, тили географик. Нафас олиши эркин, ўпкада дағал нафас. Юрак тонлари ритмик, қорни юмшоқ, жигар +1,5см.

1. Сизнинг диагнозингиз? 2. Қандай ёрдам чораларини кўрсатасиз?

Масала 3.

Бола 3 ёшда. Тиббий кўрув вақтида онасининг шикоятлари: бола инжик, сержахл, безовта. Баъзида бесабаб каттик йиғлайди. Вақти-вақти билан қоринда ёки биқин соҳасида каттик оғриқдан шикоят қилади ва бу оғриқлар тез ўтиб кетади. Қоронғиликдан кўрқади. Уйқуси нотинч, баъзида уйқусида бақириб чиқади. Умумий кўрувда бола озғинроқ. Танасида уртикар тошмалар. Зехни ўткир, тез эслаб қолади, тили бийрон. Ички органларда ўзгаришлар йўқ. Анамнезидан онасида доривор ва озиқ-овқат аллергияси мавжуд.

1. Сизнинг диагнозингиз? 2. Қандай ёрдам чораларини қўллайсиз?

Тестлар.

1. Қайси клиник симптомлар экссудатив-катарал диатезларга хос:

* 1. бичилишлар, гнейс, “географик тил”, экзема

2. бичилишлар, геморрагиялар, “жуографиктил”, лимфоаденопатиялар
3. гнейс, экзема, гемартрозлар, кўп терлаш
4. лимфоаденопатия, гнейс, тана ҳароратини кўтарилиши.
5. “географик тил”, экзема, “гаррисон эгати”
2. Лимфатико-гипопластик диатезларга хос клиник симптомларни кўрсатинг:
- а. Лимфа тугунларнинг катталаниши б. гнейс; в. тана вазнининг ортинши; г. Лимфааденитлар; д. тимомегалия; ж. талвасалар
- * 1) а, в, д; 2) а, б, г; 3) б, в, д; 4) а, в, ж; 5) б, г, ж;
3. Нерв-артритик диатезларга хос клиник симптомларни кўрсатинг:
- * 1) уйқуни бузилиши, тунги кўрқувлар, безовталиқ, асабийлашиш
- 2) уйқуни бузилиши, гиперкинезлар, тунги кўрқувлар, безовталиқ
- 3) уйқуни бузилиши, “гаррисон эгати”, тунги кўрқувлар, кўп терлаш
- 4) уйқуни бузилиши, тунги кўрқувлар, тимомегалия, экзема
- 5) уйқуни бузилиши, энса соҳасида соч тўкилиши, бўшашишлиқ, асабийлашиш
4. Диатезларни даволашда қайси препаратлар қўлланилади:
- * а. десенсибиловчи моддалар б. эргокальциферол
- в. ванналар г. кальций препаратлари д. нитрофуран препаратлари ж. витаминлар
- * 1) а, в, г, ж; 2) а, б, д, ж; 3) б, г, д, ж; 4) а, б, в, ж; 5) б, в, г, ж
5. Бемор болада бичилишлар, гнейс, “географик тил”, лимфа тугунларнинг катталаниши, экзема симптомлари қайси патологик ҳолатларга хос:
- * 1) Экссудатив-катарал диатез
- 2) Нерв артритик диатез
- 3) лимфатико-гипопластик диатез
- 4) Лимфоаденопатия
- 5) Экзема
6. Уйқуни бузилиши, тунги кўрқувлар, безовталиқ, асабийлашиш, симптомлари қайси патологияга хос:
- * 1) Нерв-артритик диатез 2) Экссудатив –катарал диатез

3) лимфатико-гипопластик диатез 4) Лимфоаденопатия

5) Неврастения

ТЕМИР ТАНҚИСЛИК КАМҚОНЛИКЛАРИ (ТГА)

Камқонлик (анемия) деб, олинган маълум хажм қон бирлигида гемоглобин миқдори ва эритроцитлар сонининг камайишига айтылади.

Болаларда, айниқса темир етишмовчилиги анемияси кўп учрайди ҳамда у ер юзида кенг тарқалган бўлиб, асосий касалликлардан биридир. Анемияларнинг тарқалиши турли олимлар фикрича ҳар хил даражани ташкил этади, яъни 3 % дан 76 % гача учрайди. Бундай кенг қўлламдаги кўрсаткичга сабаб нормативларнинг турлича белгиланганлиги ҳисобланади. Масалан, 90 г/л Нв Хиндистонда норма деб ҳисобланади. Баъзи олимлар Нв нинг 100 г/л дан пасайишини камқонлик деб ҳисоблашади, аслида эса, бу кўрсаткич барча ёшдагилар учун ҳам нормадан пастдир. Афғонистон, Хиндистон анемия энг кўп тарқалган мамлакатлар қаторига кирадилар.

Темир танқислиги камқонликлари (ТТК) болалар (кўпроқ кичик ёшдаги), ўсмирлар, туғин ёшдаги ва ҳомилдор аёллар, кекса (қари) ёшли кишилар орасида тез-тез учраб туради.

Республикамызда сўнги йилларда ўтказилган текширишлар ТТК 3 ёшгача бўлган болалар орасида 61%, туғин ёшдаги аёллар орасида 60% қайд этилиши кўрсатди.

Одатда бир литр қонда гемоглобин миқдори эркекларда 130-160 г/л; аёлларда 120-140 г/л, эритроцитлар сони эркекларда $4 \times 5 \times 10^{12}/г$, аёлларда $3,9-4,7 \times 10^{12}/г$ га тенг бўлади. ЖССТ тавсиясига кўра, гемоглобин миқдорининг 6 ёшгача бўлган болалар ва ҳомилдор аёлларда 120 г/л, эркекларда 130 г/л дан қуйи бўлиши, эритроцитлар сонининг эркекларда $4 \times 10^{12}/л$, аёлларда $3,9 \times 10^{12}/г$ дан камайиши камқонлик ҳисобланади.

Одатда 70 кг вазнли соғлом кишида 4-5 г темир моддаси бўлиб, у гавданинг 0,0065% ташкил этади. Ана шу темирнинг 55,9% (2500 мг)

эритроцитлардагигемоглобин моддаси таркибида (Гем холида), 33% (1500 мг) захиради, 10,9% (490 мг) тўқималарда (цитохром, пероксидаза, каталаза каби муҳим ферментлар, миоглобин ва ҳ.к таркибида), 0,2% (10 мг) кон зардобдаги темир ташиш вазифасини ўтайдиган металлпротеид модда-трансферрин таркибида бўлади.

Эритроцит, миоглобин, хужайралардаги фермент ва оксил моддаларнинг ёшаш муддати тугаб, парчаланishiлари натижасида улар таркибидаги темир организмда қайта ўзлаштирилади: асосан янгидан пайдо бўлувчи эритроцитларгемоглобинини ҳосил қилиш ҳамда бошқа эҳтиёжлар учун ишлатилади. Шу йўл билан организмдаги темир моддасига бўлган доимий эҳтиёжнинг 90% яқини (31 мг) қопланади (баъзи ҳисоб-китобларга қараганда одам, организмда бир кунда $200 \times 10^{12}/л$ эритроцитлар парчланиб, улардан 25 мг парчаланган миоглобин ва ферментлардан яъна 6 мг темир ажралиб, организмнинг темир баланси сакланади).

Ҳар куни маълум миқдорда темир моддаси организмдан табиий ҳолатда ажралиб туради: нажас орқали (ундаги эритроцитлар билан) - 0,4 мг; ўт билан - 0,25 мг; меъда-ичак шиллиқ пардаси эпителийлари билан - 0,2-0,3 мг; сийдик йўллари эпителийлари билан - 0,1 мг; соч, тирнок олинishi ва ажраладиган тер ва бошқалар ҳисобида 0,1-0,15 мг; жами - 1-1,2 мг. Қизларда ундан ташқари, балоғат ёшидан бошлаб ой кўриш натижасида нормада 40-50 мл кон йўқотилади. Агар 2 мл кон таркибида 1 мг темир моддаси борлигини эътиборга олсак, ойда ўртача 20-25 мг темир йўқотилади, бу эса кунига 0,7-0,8 мг ташкил этади. Демак, хотин-қизларда табиий ҳолатда бир кунда 2 мг атрофида темир моддаси йўқотилади. Эркакларда эса, у 1-2 мг ташкил этади. Одатда организмда оақатдан ичак орқали конга кунига ўрта ҳисобда 2 мг гина темирнинг сўрилиши мумкинлиги туфайли, аёлларда темир танқислигининг келиб чиқишига моиллик кўпроқ эканлигини кўраимиз.

Юқорида қайд этилган эҳтиёжлар учун она организмда 800-1000 мг га қадар темир моддаси сарфланиши маълум. Хомиладорлик ва эмизиш жараёнида аёлларда ой кўришнинг бўлмаслиги ва шу туфайли (у даврларда

қунига ўртача 0,8 мг “физиолог” темир йўқотилиши юз бермаган ҳолда), юқорида хонида кўтариш ва бола эмизиш натижасида онада сарфланган 800-1000 мг темир 1000 кунда, яъни 3 йил мобайнида тиклана олиши мумкин. Шу сабабли бола туғини 3 йил оралатиб ўтказиш: соғлом онадан-соғлам бола - шнорига монанд бўла олади. Организм эҳтиёжи учун бир кунда лозим бўлган 33 мг элементар темирдан 31 мг таркибида темир элементи бор хужайра ва тўқималар парчаланиши ҳисобига қопланадиган бўлса, 2 мг истеъмол қилинадиган овқат таркибидаги темирнинг сўрилиши ҳисобига қопланади. Бир кунлик овқат рақионида ўртача 15 – 20 мг темир моддаси бўлади.

Одатда гўшт ва гўшт маҳсулотларида (Гем ҳолатида бўладиган темир) киши рақионида бўладиган умумий темир миқдорининг 7% ни ташкил этади ва у организмда ичакларда яхши сўрилади. Сабзавот, мева ва бошқа ўсимлик озуқа маҳсулотларидаги темир моддаси туз ҳолида бўлиб, овқатдаги темирнинг 0,3% яқинини ташкил этади. Гўшт ва гўшт маҳсулотларидаги темир моддаси 20-50% гача сўрилса, ўсимлик ва сабзавот маҳсулотларидан улардаги темир моддасининг 5% гача сўрилади ҳолас. Бироқ, тўғишли илмий изланишларнинг кўрсатишича, гўшт, сабзавот ва мева маҳсулотларидан тўзилган ассортатиб рақион бўлганда, ўсимлик маҳсулотларидаги темирнинг ҳам кўпроқ сўрилиши кузатилар экан. Демак, буни ТПК бўлган беморлар учун буюриладиган овқат рақионини ишлаб чиқишда эътиборга олиш зарур.

Темир қуйидаги ўсимликларида кўпроқ бўлади: нўхат, мош, ловия, тарик, ярма, сули, арпа, анжир, шофтоли, туршак, мағиз, олча, нок, олхури, олма, наматак, укроп, шпинат, шовул, қора ун ва ҳ.к.з. Темир моддасининг сўрилишини аскорбин кислотаси ва у кўп бўлган ўсимлик маҳсулотлари, лимон ва қаҳробо кислотаси, пирозум кислотаси, фруктоза ва унга бой маҳсулотлар, тухум сариғи, чай, кенак ва клетчаткага бой маҳсулотлар, активлашган кўмир сусайтиради.

Темир танқислиги қуйидаги сабабларга кўра юзага келади:

1. кунлик истеъмол қилинган овқатда темир миқдорининг камайиб кетиши. Бу ҳол кўпроқ гўдак ва бошқа ёндаги болаларда кузатилади. Она

сутидаги темир енгил ўзлаштирилади. Сув билан суюлтирилган сугир ёки эчки сути болага берилса, уларда темирнинг камлиги ва унинг (она сутига караганда) кийин сўрилиши оқибатида гўдакда темир танқислиги келиб чиқиши мумкин. Гўшгли овқатни кам, кўпроқ унли ва ўсимлик овқатларни истеъмол қиладиган кишиларда темир моддаси озлиги ва унинг кийин сўрилиши ҳисобига бу биологикнинг камайиши юзага келади.

2. Темир сўрилишининг камайиб кетиши.

Мингика аҳолиси орасида кўп тарқалган ўткир ва сурункали ошқозон-ичак касалликлари туфайли бу аъзолар шиллик қаватининг жароҳатланиши, жарроқлик амалиётлари туфайли ичакларнинг темир моддаси сўриладиган қисмлари олиб ташланганда, ичакларда гижжаларнинг пайдо бўлиши ва ҳ.к. темир сўрилиши сусайтиради.

3. Темир моддаси транспортнинг етарли бўлмаслиги.

Жигар касалликларида, организмда оксил моддаларнинг ва жумладан темир ташувчи оксил модда – аптоферриннинг камайиши ва бошқа сабабларга кўра (масалан, ирсий нуқсон борлиги учун) унинг етарли синтез қилинмаслиги кузатилади. Бу эритроцит ва ўз навбатида тўқималарнинг темир билан етарли таъминланмаслигига олиб келади.

4. Организмда темирнинг кўп сарфланиши.

Болаларнинг ўсish даврида, ўспиринларда, жисмоний тарбия билан интенсив шугулланувчилардан, хомилдор ва бола эмизувчи аёлларда темирнинг сарфланиши ортиб, захирадаги темир миқдори камайди ва камқонлик ривожланади.

5. Темирнинг организмда нотўғри тақсимланиши.

Бу ҳол кўпинча тез-тез шамоллайдиган, юқумли касаллик ва бошқа сурункали яллиғланишларга, саратон ва бошқа пши касалликларига эга беморларда содир бўлади.

6. Организмдан қон кетиши ҳисобига темир моддасининг кўп йўқотилиши.

Аёл киши ой кўрганида 70 мл қон кетса, у 35 мг темир йўқотади (2 мл қонда 1 мг темир ҳисобидан). Буни 30 кунга бўлсак, ўртача кунлик йўқотиш 1,2 мг тўғри келади. Агар аёл киши организмдан бир кунда 1 мг темир биоэлементи табиий ҳолатда йўқотилса, у ҳолда қон йўқотиш билан биргаликда кунлик темир йўқотиш 2,2 мг тенг бўлади. Одатда кунига оқат билан 2 мг темир организмга сўрилган ҳолда, яъна керак бўлган 0,2 мг темир танадаги захира ҳисобига тўлдирилади. Бу ҳолда 1 ойда 6 мг, 1 йилда 72 мг, 10 йилда 720 мг, 15 йилда 1080 мг, 30 йилда 2160 мг темир ишлатилган. Демак, 15 ёшда ой кўришни бошлаган қизларда 45 ёшгача 1500 мг захирадаги эҳтиёж темир йўқолади. Бу деган сўз, эритропоз ва тўқимага ишлатиладиган темирнинг 660 мг га камайиши ва бундагемоглобин 120 г/л дан 80 г/л гача пасайиши мумкинлиги демакдир. Бундай аёлларда, айниқса ҳомиладорлик, туғиш ва эмиш жараёnlари бўлганда темир танқислиги ҳолати эртароқ намоён бўлади.

АНЕМИЯЛАР КЛАССИФИКАЦИЯСИ.

Этиологик омилларга асосланиб анемиялар қуйидагича гуруҳланадилар:

1. Дефицит анемиялар:

а) темир етишмовчилиги

б) витамин етишмовчилиги

в) оқсил етишмовчилиги

2. Гипопластик ва апластик анемиялар:

а) туғма гипопластик ва апластик анемиялар

б) орттирилган гипо- ва апластик анемиялар

3. Постгеморрагик анемиялар:

а) ўткир қон кетишлари

б) сурункали қон кетишлари

4. Гемолитик анемиялар:

а) туғма

б) орттирилган

5. Турли касалликлардаги анемиялар:

а) инфекцион

б) ёмон сифатли ўсмалар

в) коллаген касалликларида

г) ва бошқа касалликлардаги

Эритроцитлар сони ва Нв миқдорига қараб анемияларни 3 даражаси тафовут қилинад

I - даражали – енгил анемиялар (Нв – 110-90 г/л; Эр. – 3,5 млн. гача);

II - даражали - уртача оғирликдаги анемиялар (Нв- 89-70 г/л; Эр.- 3,5-2,5 млн.)

III - даражали – оғир анемиялар (Нв – 69 г/л дан ва Эр. 2,5 млн дан кам (бўлса)

Темир танқислигининг ривожси ва клиник белгилари.

Темир танқислиги аввало бу биоэлементнинг организмдаги захирада камайиши билан бошланади ва ундан кейин камқонлик пайдо бўлади. Бу жараён 3 даврга бўлинади.

I. *Прелатент даври* – бу захираги темирнинг камайиши бўлиб, у бошланишида клиник белгиларсиз кечади. Бу даврда кўмиқдаги макрафагларда темир Гемосидерин бўлмаслиги билан характерланади ва ичакда темирнинг сўрилиши ортганлиги кузатилади.

II. Латент – захирадаги темир маълум миқдорда камайгандан кейин одамда темир танқислигига хос сидеропеник белгилар юзага келади. Эркакларда захирадаги темир 776 мг, тугиш ёшидаги аёлларда 609 мг ва хомиладор аёлларда 308 мг дан камайганда пайдо бўлади. Беморларда пайдо бўладиган гипосидеропеник белгилар таркида темир моддасига эга ферментлар функциясининг сусайиши билан кўпроқ боғлиқ. Бу даврда Гематологик текширувларгемоглобин миқдори, эритроцитлар сонининг нормалэканлиги ва темирни боғлаш қобилиятининг ортганлигини кўрсатади.

III. Манифест давр – камқонликнинг барча клиник, Гематологик ва биохимик белгиларининг баралла намоён бўлишидир.

Темир танқислиги камқонлигининг асосий белгилари қуйидагилардан иборат:

- терининг қуруқлиги;
- оғиз бурчақларининг увилиб, оқариши;
- товоннинг қуриб ёрилиши;
- сочининг патакланиб, мўртлашиши ва тўкила бошлаши;
- тирноқларнинг юпқаланиб яссиланиши, тез синувчанлиги, “койляноҳия”нинг пайдо бўлиши;
- беморда хид сезиш ва таъмилишнинг ўзгариши (керасин, бензин, автотранспортдан ажралувчи газла, сув сепилган ер хидларини ёқтириш, кесак,бўр,чой шамаси, гилвата ва бошқа, одатда истеъмол қилмайдиган нарсаларни ейишга моилликнинг содир бўлиши);
- ошқозон-ичак тизимидаги атрофик ўзгаришлар (гингивит, стоматит, глоссит, гастрит, дуоденит, энтерит ва колитларнинг келиб чиқиши);
- уйқусизлик ёки аксинча уйқучанлик, хотиранинг пасайиши, ақлий фаолиятнинг ьусайиши.

Темир танқислиги камқонлигида болаларда тунги энурез, аёлларда ва кизларда йўталганда ва кулганда кузатиладиган дизурик холатларнинг вужудга келиши қайд этилади.

Сурункали ва оғир даражадаги темир танқислиги бўлган беморларда бошнинг оғриши ва айланиши, кўз олдининг қоронғилашиши, юракнинг тез-тез уриши (унда вақти-вақти билан оғрикнинг ҳам бўлиши), тез юрганда энтикиш, бирдан турганда гандираклаб кетиш, иссиқ ва хавоси дим жойларда ўзини ёмон ҳис этиш ва ҳ.к. аниқланади.

ТТК лаборатория кўрсаткичлари.

1. Гемоглобин

2. Эритроцитлар

3. рангли кўрсаткич - $R_k = A \times 0,93 : B$, бу ерда а-1 литрдаги гемоглобин миқдори, В-эритроцитлар сонининг дастлабки рақамлари, 0,93- ўзгармас сон

4. Эритроцитлар морфологияси.

5. Ретикулоцитлар.

6. Тромбоцитлар.

7. Қоннинг оқ таначалари.

8. ЭЧТ

ТТК ташхиси организмдаги темир миқдори ва унга боғлиқ кўрсаткичлари аниқлаш асосида амалга оширилади.

1. Қон зардобидаги темир миқдори. У нормада 12,5-30,4 мкмоль/л га тенг. ТТК да қон зардобидаги темир миқдори 12,5 мкмоль/л дан кам бўлади.

2. Қон зардобининг умумий темирни боғлаш қобилияти. Нормада у 30,6 – 80,4 мкмоль/л га тенг. ТТКда трансферрин миқдори ошган бўлганлиги учун, унинг кўрсаткичи 80,4 мкмоль/л дан юқори бўлади.

3. Трансферрин миқдори. Нормада 2-3 г/л га тенг. ТТК да трансферрин миқдори 3,5 г/л дан ошиб кетиши хосдир.

4. Ферритин миқдори. Нормада 12 - 200 мкг/л тенг. ТТК да ферритин миқдорининг камайиши (12 мкг/л дан кам бўлиши) кайд этилади.

Темир танқислиги камқонлигини даволаш. ТТК ни даволашда қуйидаги шартларга амал қилиши керак.

- ТТК даволашда келтириб чиқарган сабабларни имкон борича бартарф этишдан бошлаш керак;

- ТТК ни фақат парҳез оакатлар билан даволаш етарли бўлмайди. Одатда кишиларнинг кунлик рацион таркибида 15-20 мг гача темир бўлгани холда, унинг фақат 5-8% сўрилади.

- ТТК ни даволаш даст аввал етишмаган темир препаратини бериш керак ва эҳтиёжга қўшимча витамин С, В, В₆ ва бошқаларни беморларга тавсия этиш керак;

- Темир препаратлари оғиз орқали берилиши зарур. Бунда парентерал юборилган темир препаратларининг турли хил асоратлар (аллергик ва анафилактик реакциялар, инфилтратлар) келтириб чиқарилиши ҳам назарда тутилган;

- ТТК да ҳаётий эҳтиёж бўлмаса (Гемоглобин 60 г/л юқори бўлганда) қон қуйиш керак эмас, унда фақат организм учун етишмаган темир моддасини бериш лозим. 200 мл қонда 100 мг темир бор, бир таблетка ферроградументга (Гемоферда, ферросульфатда) ҳам шунча темир бўлишини айтиб ўтиш жоиз;

-ТТК да темир препарати билан даволашнингемоглобин миқдори ва эритроцитлар сони нормаллашгандан кейин дарров тўхтатиш керак эмас. Темир препаратининг кундалик дозасини $\frac{1}{2}$ ёки $\frac{1}{4}$ га камайтирилиб (сўрилиш жараёнининг камайиши эътиборан), темир захирасини тўлдириш учун, 2 ойдан – 6 ойгача беришни давом эттирилади. Албатта бундай даволаш лаборатор кўрсаткичлар назорати соҳасида олиб борилади.

Темир препаратлари билан даволаш 3 босқичда олиб борилади.

I. Гемоглобин ва эритроцитлар миқдорини нормаллаштириш

II. Эҳтиёж темир захирасини тўлдириш

III. Темир тапқислигининг қайталанишига қарши даволаш.

Учинчи босқичда одатда темир тапқислиги камқонлигини келтирувчи сабаблари (турли хил қон йўқотишлар ва ҳ.к) сақланган беморларда ўтказилади. Даволаш одатда 10-15 кун мабойнида ўтказилади.

Темир препаратлари билан даволашда бир кунда темир препаратлари таблеткаларидаги соф темир моддасининг қуйидаги миқдорлари тавсия этилади: 3 ёшдаги болаларга 60 мг; 3-6 ёшгача бўлган болаларга 60-90 мг; 6 ёшдан 14 ёшгача 100-150 мг; 14 ёшдан катталарга 150-200 мг.

Қуйидаги темир препаратларининг миқтакада синновдан ўтган:

Ферроменд. Темир хлориднинг никотинамид билан бирикмаси (0,1 г) таркибида 15 мг темир бор. Овқатланиш пайтида ёки овқатдан кейин ичирилади. Ферроплекс темир сульфат (0,05 г) ва 31 мг аскарбин кислотасию соф темир биоэлементи 11 мг овқатдан кейин. Гемостимулин. Темирнинг лактат тўзи (0,246 г), қуритилган озукли қон (0,123) ва мис сульфат (0,005 г) бирикмаси, таркибида 51 г темир моддаси мавжуд. Тотема темирнинг мис ва марганец билан бирикмаси. Пер ос учун 10 мл ампулада чиқарилади. 10 мл да 50 мг элементар темир, 1,33 мг марганец ва 0,70 мг элементар мис бор.

Болаларга (1 ойликдан бошлаб) ҳар бир кг оғирликка 10 мг элементар темир хисобидан берилади.

Ферроцерон. Темир моддасининг 0,3 г ли мураккаб бирикмаси. Таркибида 40 мг темир бор. Ёш болаларга асорат берганлиги сабабли кам ишлатилади. Ферроградумент (Гемофер, ферросульфат) 1 таблеткада 105 мг темир бор. Овқатдан оввал 1-2 марта ичилади. Тардиферрон. Темирнинг сульфат тўзи эчки ичагининг шиллиқ пардаси билан ўралиб тайёрланади. Бир таблеткада 80 мг элементар темир бор. Овқатдан аввал 1-2 марта ичилади.

ТТК ни даволашда қўлланиладиган бир неча хил парентерал юбориладиган темир препаратлари ҳам мавжуд. Улар қуйидаги ҳолатларда тавсия этилади:

1. темир препаратини ичиш имконияти бўлмаганда ёки ундан кўп асоратлар берадиган беморларда.

2. ошқозон-ичак тизимида темир сўрилиши бузилган беморларда (операциялардан кейин).

3. гемоглобин миқдорини тезда нормаллаштириб, жарроҳлик амалиёти ўтказилиши лозим бўлганларга.

4. хомиладорликнинг 2 ярми ва туғишдан олдин бўлган даврдаги оғир темир танқислиги ҳолатларида.

Феррум-лек 2,0 мускул ораси учун. Феррум-лек 5 мл темир ичи учун.

Беморларга керак бўлган парентерал феррум-лекнинг миқдори қуйидаги формула билан аниқланилади: $A = K (166,7 - D) * 0,004$, бу ерда А даволаш учун керак бўлган ампулалар сони; К бемор вазни; D гемоглобин (г/л) 166,7 ва 0,004 ўзгармас сон.

Жектофер 2 мл темирнинг сорбитли бирикмаси, ампула мускул ораси. Таркибида 100 мг темир бор. Даволаш курси 10-24 ампула.

Ҳозирги вақтда темир танқислик анемияни даволашда қўлланиладиган препаратлар икки гуруҳга бўлинади: ўзида ионли темир тутувчи препаратлар -тузли, темирнинг полисахаридлибирикмалари);

ионсиз бирикмалари, буларга кирувчи препаратлар бўлиб, куйидагилар - уч валентли гидроксид-полимальтоз комплекси (ГПК) (жадвал1).

Жадвал 8

Темир танқислик анемияларни даволаш ва профилакти учун ишлатиладиган ҳозирги замон препаратлари

| Иккивалентли темир препаратлари | Учвалентли темир препаратлари |
|--|--|
| <p>Темир сульфат (II)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Актиферрин • Гемоферпролонгатум • Тардиферон • Ферроплекс (перорал доривор шакли) | <p>Темир(III) - Гидроксид полимальтоз комплекси</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ферропол • Мальтофер • Мальтофер Фол • Феррум Лек (перорал шакли; мушак ичига бериладиган эритмаси) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Темир хлорид (II) • Гемофер (пероральная лекарственная форма) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Глюконат железа (II) • Тотема (перорал доривор шакли) | <ul style="list-style-type: none"> • Гидроксид сахароз комплекси (Темир сахарат III) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Темир Фурамат (II) • Ферронаг (перорал доривор шакли) | <ul style="list-style-type: none"> • Венофер(вена ичига бериладиган эритмаси) |

Таблица 9

Темир танқислик анемияларда перорол қўлланиладиган темир (III) полимальтоз мажмуаси препаратлар дозаси

| Период болезни | Доза |
|---|---|
| Анемиянинг аниқ клиникасида | Терапевтик дозаси -5 мг/кг/сутки |
| Темир латент танқислигида | 2,5 мг/кг/сут (1/2терапевтик дозада) |
| Темир танқисликлги ва латент олди темир танқислиги профилактикаси | 3 ёшгача бўлган болаларга -1-1,5 мг/кг/сутки 3 ёшдан катта бўлган болаларга |

| |
|----------------------------|
| суткалик терапевтик дозаси |
| (2,5 мг/кг/сут) |

Жадвал 10

Феррокал томчи неорал препаратини темир етишмовчилигида даволаш ва профилактика учун қўлланиладиган дозаси

| Болалар ёши | Темир танқислик анемия | Латент танқислик анемия | Профилактика |
|--|--|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1 ёшдан кичик болалар: | 10 - 20 томчи (25 мг - 50 мг темир) | 6 - 10 томчи (15 мг - 25 мг темир) | 2 - 4 томчи (5 мг - 10 мг темир) |
| 1 ёшдан 12 ёшгача бўлган болала: | 20 - 40 томчи (50 мг - 100 мг темир) | 10 - 20 томчи (25 мг - 50 мг темир) | 4 - 6 томчи (10 мг - 15 мг темир) |
| 12 ёшдан катта болалар: | 40 - 120 томчи (100 мг - 300 мг темир) | 20 - 40 томчи (50 мг - 100 мг темир) | 4 - 6 томчи (10 мг - 15 мг темир) |
| Катталар ва кўкрак билан эмизадиган аёллар | | | |
| Хомиладор аёллар | 80 - 120 томчи | 40 томчи | 20 - 40 томчи |

Жадвал 11

Темир препаратлари таркибидаги элементар темирнинг тугиши

| Препаратлар | Препаратдаги темирнинг фаол миқдори |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Эрта ёшдаги болалар учун (3 ёшгача) | |
| Ферропол, томчи | 1 мл да 50 мг, 1 томчида 2,5 мг |
| Феррумлек, сироп | 1 мл да 10 мг, |
| Мальтофер, томчи | 1 томчида 2,5 мг |

| | |
|--|-----------------------------------|
| Актиферрин, томчи | 1 томчида 0,53 мг |
| Мактабгача бўлган болалар учун (3 ёшдан 6 ёшгача) | |
| Ферропол, томчи | 1 мл да 50 мг, 1 томчида 2,5 мг |
| Феррумлек, сироп | 1 мл да 10 мг, |
| Мальтофер, томчи | 1 томчида 2,5 мг |
| Актиферрин, сироп | 1 мл да 50 мг |
| Актиферрин,капли | 1 томчида 6,8 мг |
| Мактаб ёшидаги болалар учун (3 дан 6 ёшгача) | |
| Ферропол, капли | 1 мл да 50 мг, в 1 томчида 2,5 мг |
| Феррум Лек, сироп | 1 мл да 10 мг |
| Мальтофер, сироп | 1 мл 50 мг |
| Актиферрин,сироп | 1 мл 6,8 мг |
| Тотема, ичиладиган эритмалар | 1 мл 5 мг |
| Ферронат, ичиладиган эритмалар | 1 мл 10 мг |
| Ферроплекс | 1 дражда 10 мг |
| Пубертат давридаги болалар (7 дан 12 ёшгача) ва ўсмирлар учун | |
| Ферропол, томчи | 1 мл 50 мг, в томчи 2,5 мг |
| Феррум Лек, чайналадиган таб. | 1 табл. 100 мг |
| Мальтофер, чайналадиган табл. | 1 табл. 100 мг |
| Актиферрин | 1 капсулда 43,5 мг |
| Гемофериролонгатум | 1 табл. 105 мг |
| Тардиферон | 1 табл. 80 мг |
| Тотема, ичиладиган эритмалар | 1 мл 5 мг |
| Ферронат, ичиладиган эритмалар | 1 мл 10 мг |
| Ферроплекс | 1 дражида 10 мг |

Темир танкислик анемияларда парентерал қўлланиладиган препаратлар қатъий кўрсатмалар бўйича қўлланилади.

Жадвал 12

Парентерал қўлланадиган темир препаратлари

| Препарат | Препаратдаги фаол темир миқдори |
|---|---------------------------------|
| Мускул ораси учун инъекция Феррум Лек, | 2мл - 100 мг |
| Томир ичи учун бериладиган Феррум Лек, | 5 мл – 100 мг |
| Венофер | 5 мл – 100 мг |

Парентерал препаратлари кунда эмас, 1-2 кун интерваллар билан қўлланилади, унда ҳам 1-3 кунлари ярим дозаси берилади.

Жадвал 13

**Парентерал қўлланиладиган препаратлар учун суткалик дозалар
(Темирни элементар дозаси бўйича ҳисобланади)**

| Боланинг вазни, кг | Элементар темирнинг Суткалик дозаси, м г/сутки |
|--------------------|---|
| 5 кг гача | 25 мг/сутки |
| 10 кг гача | 25 — 50 мг/сутки |
| 20 кг гача | 100 мг/сутки |

Ферротерапия узок муддат берилганини ҳисобига самарасиз ноҳуш асоратлар ва салбий реакцияларни кутиши эҳтимолини 6 жадвалда кўрсатилди.

Жадвал 14

**Ҳар хил усуллар билан берилаётган темир препаратларидан
кутилиши мумкин бўлган салбий реакциялар ва ноҳуш асоратлар**

| Ноҳуш самаралар | Перорал берганда | Парентерал қўлланилганда |
|---------------------|------------------|--------------------------|
| Лихорадка (харорат) | - | + |
| Теридаги қичималар | + | + |
| Тери гиперемияси | + | + |

| | | |
|---------------------------|---|---|
| Аритмиялар | - | + |
| Гематурия | - | + |
| Аллергик дерматит | + | + |
| Анафилактик шок | - | + |
| Инъекция ўрнидаги абсцесс | - | + |
| Кўнгил айниш,қусиш | + | + |
| Иштаҳанинг пасайиши | + | - |
| Диарея | + | + |
| Бел саҳосида оғрик | - | + |

АНЕМИЯ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Болалардаги темир танқислик анемиялар профилактикаси ўз ичига олади:

Антинатал профилактика.

Хомиладор аёлларда, айниқса хомиладорликнинг иккинчи ярмида Fe га бўлган эҳтиёж 3-4 мг га орттади. Бу миқдордаги Fe фақат озиқ-овқатлар билангина қоплаб бўлинмайди. Шунинг учун хомиладорлик пайтида Fe препаратларини ёки темир билан бойитилган поливитаминларни бериб туриш кўзда тутилади.

Темир етишмовчилигининг олдини олиш унга сабаб бўлган ҳолатларни бар ҳам топтиришдан иборат, яъни, хомиллага она организмдан Fe нинг кам ўтиши, сўнгра овқат орқали Fe тушишининг пастлиги ҳисобга олинади.

Постнатал профилактика. Анемияни олдини олиш туғруқ ёшидаги аёлларда анемияни даволаш, хомиладорлик ва эмизиш даврида темир препаратларини тавсия этиш билан олиб борилади. Болаларга туғилгандан сўнг муддатида туғилган чақалоқларга 3 ойлигидан, чала туғилган чақалоқларга 1 ойлигидан бошлаб 1 – 2 мг/кг миқдорида темир препаратларини бериб бориш керак. Она сутидан маҳрум бўлган болаларга имкон қадар сунъий мослаштирилган аралашмалар бериш керак. Сунъий

мослаштирилган овқатлантирилаётган болаларга темир препаратларини бериш шарт эмас, чунки бу аралашмалар темир билан бойитилган.

Шунинг билан биргаликда боладаги рахит, кам вазлик, диатезлар, ич бузилишлар, гижжа касалликларини олдини олиш ва даволаш лозим.

Болаларни кунлик тартибини тўғри ташкил қилиш керак: тоза ҳавода сайр қилиш, чўмилтири, чиниқтириш, массаж, гимнастика ва х.к.

Хомиладор аёлларда, айниқса хомиладорликнинг иккинчи ярмида Fe га бўлган эҳтиёж 3-4 мг га орттади. Бу миқдордаги Fe фақат озиқ-овқатлар билангина қоплаб бўлинмайди. Шунинг учун хомиладорлик пайтида Fe препаратларини бериб бориш талаб қилинади.

Хайз цикли орқали Fe йўқотиб турган аёлларга ҳам профилактика ўтказилади.

Анемия профилактикасида озиқ рационига Fe моддасини кўп сакловчи маҳсулотларни киритиш ҳам алоҳида аҳамият касб этади. Масалан: гўшт, жигар, балик, паранда гўшти, буйрак ва тилдаги Fe жуда яхши (гўшда 30 %, балик – 15 %; тухумдаги – 10 %) абсорбция бўлади. Хомиладор оналарга оптимал миқдорда бериб бориш, болаларга эса қушимча овқатлар беришни ўз вақтида юқоридаги маҳсулотлар билан бошлаш мақсадга мувофиқдир.

Табийй овқатланаётган болаларга ўз вақтида қўшимча овқатларни киритиш, гўштли маҳсулотларни 6-7 ойлигидан гўштли бўтка сифатида бериш тавсия этилади;

Сунъий овқатланаётган болалар учун темир билан бойитилган аралашмаларни 2-3 ойлигидан бошлаб бериш.

Хавф гуруҳига кирган анемияси бор аёллардан туғилган болаларга постнатал профилактика учун ферропрепаратлар тайинланади:

- чала ва и кам вазли болалар учун;
- дети кўп хомила кўтарган оналардан туғилган болалар учун;
- Йирик вазн ва бўйи, вазни тез кўтарилаётган ва ўсаётган болаларга бериш;

• Мослашмаган суг аралашмалри билан овкатланаётган болаларга бериш.

Темир танкислиги анемияси профилактикасида эрта ёшдаги болаларга доривор ферропрепаратларини одатда суюқ шаклини бериш кўзда тутилиши зарур. Бу препаратлар жадвалда кўрсатилган. Темир препаратлар элементар дозада (мг/кг/сутки) хисобланилади ва туғилгандаги вазниги боғлиқ бўлади.

- Тана вазнидан 1 000 г кам бўлса - 4 мг/кг/сут;
- Тана вазнида 1 000 г бўлса - 3 мг/кг/сут;
- Тана вазни 1000 - 1500 г — 3 мг/кг/сут;
- Тана вазнида 1500 - 3000 г - 2 мг/кг/сут.

Бошқа холатларда (хавф гуруҳидаги болалар) профилактикаси учун ферропрепарат дозалари ферропрепарата 1 мг/кг/сутки ташкил этади.

Диспансер кузатиш. Темир танкислик анемияни бошидан ўтказган болалар бир йил давомида, ҳар 3 ойда 1 марта қон топшириш билан кузатилади.

Вазиятли масалалар.

Масала 1

Бола 11 ойлик. Туғилгандаги вазни 3000гр, ҳозирги вазни 8600гр. Болани кўздан кечирганда аҳволи қониқарли. Тери ва тери ости ёғ қатламлари суст ривожланган. Мушак тонуси пасайган. Ички аъзоларда сезиларли ўзгаришлар йўқ. Жигари + 2,5см. Ичи баъзида суюқ сарик, бурда-бурда.

Қон таҳлилида Нв- 82 г/л, Эр.- $3,5 \times 10^{12/л}$, р/к - 0,7, Лейкоцитлар – $7,9,0 \times 10^9$, ЭЧТ – 10 мм/час.

Сизнинг хулосангиз? Боланинг трофикасига баҳо беринг? Қандай текширувларни ўтказасиз?

Масала 2

Бола 7 ойлик. Туғилгандаги вазни 3500гр, ҳозирги вазни 7500гр. Боланинг ранги оқарган. Тери ости ёғ қатлами сустроқ ривожланган. Мушак тонуси пастроқ. Шиллик пардалари оч пушти рангда. Нафас олиши раво.

Ўпкада пуэрил нафас. Юрак тонлари бироз бўғиклашган, ритмик. Қорни юмшоқ, жигар + 3,0см, талоқ катталашмаган. Қон тахлилида Нв - 74 г/л, Эр.- $3,1 \times 10^{12/л}$, р/к - 0,7, Лейкоцитлар - $9,0 \times 10^9$, ЭЧТ – 10 мм/час

Сизнинг хулосангиз? Болани трофикасига баҳо беринг? Онасига қандай маслаҳат берасиз?

Масала 3

Бола 9 ойлик. Туғилгандаги вазни 3200гр, ҳозирги вазни 8900гр. Онасининг шикоятлари - бола бўшашган, кам ҳаракат, инжиқ, уйқуси бузилган. Тери ранглари оқарган, эластиклиги паст, тери ости ёғ қатлами бироз паст ривожланган. Мушаклар тонуси паст. Шиллиқ пардалари оч пушти рангда. Нафас олиши эркин, ўпкада дағал нафас, юрак тонлари ритмик, бўғиклашган. Қорни юмшоқ, жигар + 2,5 см, талоқ катталашмаган.

Қон тахлилида Нв – 78,0 г/л, Эр.- $2,8 \times 10^{12/л}$, ЦП - 0,7, Лейкоцитлар - $7,0 \times 10^9$, ЭЧТ – 11 мм/час. Сизнинг хулосангиз? Қандай ўтказасиз?

Масала 4

Бола 5 ойлик. Туғилгандаги вазни 3400гр, ҳозирги вазни 6300гр. Қон тахлилида Нв - 80 г/л, Эр.- $3,4 \times 10^{12/л}$, р/к- 0,8, Лейкоцитлар – $7,9 \times 10^9$ г/л, ЭЧТ – 10 мм/час. Сизнинг хулосангиз? Болани трофикасига баҳо беринг? Онасига қандай маслаҳат берасиз?

МАСАЛА 5

Бемор 9 ёш. Шикоятлари: бўшашишлик, кам қувватлик, тез чарчаш, иштаҳаси пасайиши. Бола кесак, мел емоқда. Тери ранглари оқарган, курукшаган, юзида оқиш доғлар бор. Тери ости ёғ қатлами ўртача ривожланган. Шиллиқ пардалари оч пушти рангда. Тили кизғиш, четларида тиш излари. Тирноқлари хирилашган, курукшаган, тирноқлари синувчан, кўндаланг чизиклар мавжуд. Боланинг жисмоний ривожланишлари меёрида. Ички аъзоларда ўзгаришлар йўқ. Жигар +2,0см. Қон тахлилида Нв - 70,0 г/л, Эр.- $3,3 \times 10^{12/л}$, р/к - 0,6, Лейкоцитлар - $8,0 \times 10^9$, ЭЧТ – 11 мм/с.

Сизнинг хулосангиз? Қандай текширув белгилайсиз?

МАСАЛА 6

Бемор 11 ёш. Шикоятлари: иштаҳаси пасайишидан, кам қувватлик, тез чарчаш, уйқучанлик. Бола бензин, керосин хидларни ёктиради. Тери қурукшаган, оқарган, юзида оқарган доғлар бор. Тери ости ёғ қатлами ўртача ривожланган. Шиллиқ пардалари оч пушти рангда. Тил учи ялтироқ, четларида тиш излари мавжуд. Тирноқлари хирилашган, қурукшаган, тирноқлари синувчан, кўндаланг чизиклар пайдо бўлган. Боланинг жисмоний ривожланишлари меърида. Ички аъзоларда ўзгаришлар йўқ. Жигар +1,0см, талоқ катталашмаган. Қон таҳлилида НЬ -58,0 г/л, Эр.- $2,4 \times 10^{12}/л$, р/к - 0,5, Лейкоцитлар нормада, ЭЧТ-12 мм/с.

Сизнинг хулосангиз? Қандай текширув белгилайсиз?

Назорат тест саволлари

1. Ўзида темир тутувчи оксиллар қайси органларда бўлади:

- *1) миёда
- *2) эритроцитларда
- *3) пайларда
- *4) мушакларда
- *5) жигарда

2. Қайси маҳсулотлар гемли темир тутади:

- *1) товуқ гўшти
- *2) тил
- *3) мол гўшти
- *4) жигар
- *5) балиқ

3. Қайси маҳсулотлар ичакдаги темир абсорбцияни пасайтиради:

- *1) чой
- *2) кофе
- *3) адсорбентлар
- *4) мева шарбатлари
- *5) кальций препаратлари

3. Гемсиз темирни қайси маҳсулотлар ўзлаштиришни яхшилайд:

- *1) гўшт
- *2) чой
- *3) соя
- *4) балиқ
- *5) ун маҳсулотлари

4. Темир танқислигига хос бўлган гематологик ўзгаришларни кўрсатинг:

- 1) макроцитоз ва гиперхромия
- 2) сфероцитоз ва нормохромия

- * 3) микроцитоз ва гипохромия
 - 4) нормоцитоз ва гиперхромия
 - 5) микроцитоз ва сфероцитоз
5. Темир танқисликга олиб келувчи омиллар қайсиси:
- *1) Хомиладорликнинг патологик кечиши (токсикозлар, соматик ва ўткир инфекцион касалликлар)
 - *2) ошқозон ичак трактини ўткир ва сурункали касалликлари
 - *3) қўшимча оқватни кеч бериш
 - 4) муддатидан илгари туғилган болалар
 - *5) Темирга бой бўлган сунъий аралашмалар билан боқилган болалар
6. Темир дефицит анемияларга хос клиник симптомларни кўрсатинг:
- * 1) Эпителиал синдром;
 - * 2) Астено-вегетатив бузилишлар;
 - * 3) юрак - томир синдроми;
 - * 4) Гепатолиенал синдроми;
 - * 5) Иммуниетгни пасайиши
7. Қайси витамин кон ишлаб чиқаришда фаол иштирок этади:
- * 1) Цианокобаламин, 2) Рибофлавин
 - 3) Тиамин, 4) Эргокальциферол
 - 5) кальций
8. «Лакланган тил» симптоми қайси касалликка хос:
- * 1) Анемияга 2) Диатезларга
 - 3) Рахитга 4) Гиповитаминоз В₁
 - 5) РР гиповитаминозга
9. Темир дефицит анемияларни даволашда қўлланиладиган препаратларни ўртача кунлик дозасини кўрсатинг:
- *1) 3 - 5 мг/кг; 2) 1-5 мг/кг; 3) 1 - 2 мг/кг; 4) 2-6мг/кг;
 - 5) 8-10 мг/кг;

10. Қайси препаратлар темир дефицит анемияларни даволашда қўлланилади:

- *1) Ферронат, феркайл, ферроцерон
- 2) Феркайл, ферронат, фурациллин
- 3) Гемофер, ферронат, фурамаг
- 4) Ферронат, фуросемид, фурагин

11. Дефицит анемияларга хос лаборатор симптомларни кўрсатинг:

- *1) эритроцитопения, гемоглобинемия, гипохромия
- 2) ЭЧТ тезлашиши, гипохромия, эритроцитопения,
- 3) Ретикулоцитоз, гиперхромия, гемоглобинемия
- 4) Эритроцитопения, лейкопения, ретикулоцитоз

12. Қон зардобида нормада темир миқдори:

- *1) 14-21 ммоль/л
- 2) 9-12ммоль/л
- 3) 22 –30 ммоль/л
- 4) 50 – 60 ммоль/л

13. Қон таҳлилида Нв– 82 г/л, Эр – $3,4 \times 10^{12}/л$, РК – 0,7.

Сизнинг хулосангиз?

- *1) II даражали анемия
- 2) Қон таҳлили нормада
- 3) I даражали анемия
- 4) III даражали анемия

14. Темир препаратларини перорол берилганда қандай салбий таъсирлар кузатилиши мумкин:

- *1) Диспептик ҳолатлар
- 2) Харорат
- 3) Талвасалар
- *4) тишларни қорайиши

БОЛАЛАР ДА ОҚСИЛ ЭНЕРГИЯ ЕТИШМОВЧИЛИГИ (ОЭЕ)

Оқсил энергия етишмовчилиги (distrophiya юнонча dis – бузилиш; trophe – овқатланиш маъносини англатади) - озуқа моддаларининг организм тўқималари томонидан ўзлаштирилишининг бузилишлари билан белгиланадилар. Бу гуруҳ касалликларига фақат нотўғри овқатлантириш туфайли ривожланган

касалликларгина кирмай, балки турли касалликлар оқибатида келиб чиққан дистрофиялар ҳам киритилади. Овқат ҳазм қилишнинг сурункали бузилишлари қуйидагича гурухланади:

1. Организмга озуқа моддаларининг етарли тушмаслиги ёки уларнинг яхши ўзлаштирилмаслиги, шунингдек, озуқа моддаларининг ортқча сарф бўлиши оқибатида келиб чиққан ҳолатлар: кам вазнликлар, оксил -энергия етишмовчилиги касалликлари, гиповитаминозлар.

2. Организмга озуқа моддаларининг кўп тушиши ёки уларнинг кам сарф бўлиши оқибатида келиб чиққан ҳолатлар: паратрофиялар, семириб кетиш, гипервитаминозлар.

КАМ ВАЗНЛИКЛАР

КАМ ВАЗНЛИКЛАР — болалар бўйига насбатан вазни ортиши нисбатининг пасайиши билан кечадиган оксил энергия етишмовчилиги касаллигидир. Бу касаллик асосан бир ёшгача бўлган болалар орасида ўсиш суръатининг жадаллиги туфайли оксиллар, ёғлар, углеводлар, минерал тузлар ва витаминларнинг кўп талаб қилиниши ҳисобига кўп учрайди. Кам вазнликларнинг оғир даражалари болалар ўртасида ўлим кўрсаткичларининг юқори бўлишига олиб келадиган сабабларидан деб ҳисобланади.

ЭТИОЛОГИЯСИ

КАМ ВАЗНЛИКЛАР организмда тўқималар томонидан озуқа моддалар ҳазм бўлишининг турли механизмлар асосида бузилиши билан белгиланадиган полиэтиологик касаллик бўлиб ҳисобланади.

Алиментар сабаблар орасида озуқа-моддаларининг миқдор жиҳатидан етишмаганлиги (онадаги гипогалактия, сунъий озиклантиришда сутли аралашмаларни етарли миқдорда бермаслик) ёки сифат жиҳатидан етарли бўлмаслиги (эмизикли онанинг етарли овқатланмаслиги оқибатида сут таркибидаги озуқа моддаларининг камлиги, кўшимча овқатларни ўта эрта ёки ўта кеч берилган бошланиши, берилаётган аралашмалардаги озуқа

моддаларининг бола ёшига мос келмаслиги, овқатларни нотўғри тайёрлаш ва уларда витаминларнинг етишмаслиги сингари омидларга асосий эътибор қаратилади.

Орттирилган кам вазникларда инфекцион омидларга, айниқса, хомилдорлик пайтида бошдан кечирган инфекциялар, сепсис, нафас йўллари ва ошқозон - ичакларнинг тез-тез қайталаниб турувчи вирусли ва бактериал касалликлари киради.

Тугма кам вазниклар ривожланишида қуйидаги эндоген омидлар аҳамиятга эга: хомила ривожланишидаги нуқсонлар - пилоростеноз, мегаколон, ўт йўллари атрезияси, юрак нуқсонлари, диафрагмал чурралар, МНС ва буйраклар нуқсонлари.

Моддалар алмашинувидаги ирсий аномалиялар - ферментопатиялар- галактоземиялар, фруктоземиялар, лейциноз, гиперглицемиялар, Нимани - Пик, Тей-Сак, Леш-Найхан касалликлари ва х.к.

Мальабсорбция синдроми: ичак деволарида дисахаридазаларнинг ирсий етишмовчилиги окситида глюкоза, галактоза ва оксиллар сўрилишининг бузилиши, экссудатив энтеропатиялар, целиакиялар, муковисцидоз, эндокрин касалликлар: кандиди диабет, туз йўқотиш билан кечадиган буйрак усти безининг тугма дисплазияси.

ПАТОГЕНЕЗИ

Кам вазникларнинг ривожланишидаги патогенетик механизмлар касалликнинг сабабларига боғлиқ бўлади. Аммо барча беморларда ошқозон-ичак трактида, марказий нерв системасида ва моддалар алмашинувидаги ўзгаришлар доимо кузатилади. Ошқозон ширасининг кислоталиги пасаяди, пепсин, пепсин-В, химозин-ренин, липаза сингари ва бошқа ферментларнинг ажралиб чиқиши камаяди, бунинг натижасида ошқозон-ичак трактида озука моддаларнинг сўрилиши сусаяди, овқатларга бўлган толерантлик пасаяди. Шунинг учун шу ёшдаги нормотрофик болаларга бериладиган овқатлар ҳам беморларда овқат хазм бўлишининг ўткир бузилишларига олиб келиши мумкин.

Касаллик авж ола боргач бош мия пўстлоғи қўзғолувчанлиги пасаяди, пўстлоқ ости марказлар фаолияти бузилади, гипоталамик соҳа марказлари (шу жумладан, иштаҳани бошқариб турувчи марказ) фаоллиги сусаяди, вегетатив асаб системаси фаолияти ўзгаради.

Касалликнинг бошида ўсин жараёнларини таъминлаб туриш учун организм ички органлар, мускуллар ва тери ости ёғ қаватидаги ёғ ва гликоген запасларидан фойдаланади, сўнгра паренхиматоз органлардаги захиралар ҳам сарф қилина бошлайди. Бемор ўта озиб кетгач, бола вазнининг тана юзасига нисбати ва анаболизм жараёнларининг катаболизм жараёнларига нисбатлари бузилади, химиявий энергия ажратиб чиқаришнинг бошқарилиши ўзгаради.

Хужайралар парчаланиши натижасида бемор кўп миқдорда ишқорий валентликларни йўқотади ва оқибатда ацидоз юзага келади. Беморлар конининг ферментатив фаоллиги пасаяди, жигарнинг протромбин ҳосил қилиш, дезаминловчи, антитоксик ва гликоген ҳосил қилиш функциялари ҳам издан чиқади; юрак-қон томир тизимида дистрофик ўзгаришлар кузатилади; марказий нерв тизими ва пўстлоқости марказлари реакцияларида чуқур ўзгаришлар вужудга келади. Пўстлоқ гипорексияси нутқ ривожланишини секинлаштиради, гипокинезияларга, экспрессив реакцияларнинг йўқолиб кетишига ва вегетатив реактивликнинг пасайишига олиб келади. Болаларда парасимпатик нерв системаси устунлик қила бошлайди, иммунологик реактивлик пасаяди. Озуқа моддалари етишмаслиги фонида экзоген ва эндоген гиповитаминозлар ривожланади. Касаллик оғирлаша боргач буйрак усти, қалқонсимон, айрисимон безлар ва гипофиз сингари эндокрин безлари фаолияти сусая боради. Кўрсатилиб ўтилган ўзгаришлар вақтинча бўлиб, даволаниш натижасида ўз ҳолатларига қайтиши мумкин.

Кам вазнликнинг (гепатрофия) оғир даражаларида қуйидаги патоморфологик ўзгаришлар юзага келади: тери юнқалашади, тери ости ёғ қавати йўқолади, барча органлар атрофияси ривожланади, ичаклар девори юнқалашиб, шиллиқ қаватлар бурмалари текисланади, лимфoid

фолликулалар атрофияланади, ёғ ковузлоклари ўрнида пигментация пайдо бўлади.

КЛИНИКАСИ

Кам вазнлик ҳамда унинг оғир- енгиллиги даражасини белгилашдан аввал нормотрофия ҳақида тушунчасига эга бўлиш даркор. Нормотрофия ёки эйтрофия деб, боланинг вазни, бўйи ва уларнинг ортиб бориш суръати шу ёшдаги болалар нормол деб ҳисобланган кўрсаткичлардан бўлиши ёки 10% атрофида фаркланишига айтилади. Бунда болаларнинг териси тоза, оч пушти рангда ва майин бўлади; шиллик қаватларнинг ранги нормада; корнида ва сонининг ички юзасида тери ости ёғ қавати яхши ривожланган; тўқималар тонуси ва таранглиги холати яхши; скелет суяқларининг тўзилиши нормада ва рахит белгилари йўқ; асаб рухий тараккиёти кониқарли бўлиб, боланинг кайфияти кўтаринки; барча аъзолар, жумладан ичаклар фаолияти нормада; иштаҳаси яхши ва турли инфекцияларга чидамли.

Кам вазнликнинг оғир-енгиллигига қараб: 1-енгил; 2-ўртача оғир; 3-оғир даражалари тафовут қилинади. Кам вазнликни белгилашнинг асосий мезони бўлиб тана оғирлигининг камайиши даражаси, тери ости ёғ қаватининг холати, боланинг овқатга бўлган толерантлиги ва организмнинг иммунологик резистентлиги ҳисобланади.

Кам вазнликнинг асосий клиник белгилари 9 кўрсатилган.

жадвалда 15

КАМ ВАЗНЛИКНИНГ ДАРАЖАЛАРИГА КЎРА АСОСИЙ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ

| Кам вазнликнинг белгилари | Кам вазнлик даражалари | | |
|----------------------------|------------------------|---------------------|-----------------------------|
| | I даража 10-20% | II даража 20-30% | III даража 30% дан ортиқ |
| I .Тана вазнининг камлиги. | яссиланган | - | - |

| | | | |
|---|---|---|--|
| 2.вазнинг ортиши эгри чизиғи | ясиланган | бироз текисланган | Текис чизикда ётади |
| 3.бемор терисининг: а) ранги, б) намлиги, в) чўзилувчанлиги | оқиш бироз пасайган, нормада | Оқарган, пасайган (тери бурмаларга осон йигилади) | Оқиш, кулранг тусда, курук, ўта пасайган (тери бурмалари осилиб туради |
| 4. тери ости ёғ кавати | корин соҳасида юпқалашган | кўкрак ва коринда йўқолган, сонда юпқалашган | кўкракда, коринда ва сон соҳасида йўқолган, бошқа жойларда юпқалашган |
| 5. Тўқималар тургори (тарангли) | бироз пасайган | пасайган | ўта пасайган |
| 6. нафас ва юрак қон - томир органлари фаоллиги | нормада, одатдагидай ёки бироз пасайган | бошқа касалликлар бўлмаган тақдирда сезиларли ўзгаришлар кузатилмайди | нафас юзаки, норитмик; юрак тонлари бўғиклашган |
| 7. иштаҳаси ҳолати | Одатдагидай | пасайган | бутунлай йўқ |
| 8. беморнинг аҳлати | нормада | ўзгарувчан | "оч нажас" |
| 9.овкатларга толерантлиги | Одатдагидай | пасайган | ўта пасайган |
| 10.Тана харорати | нормада | нормада | гипотермия |
| 11. лакомотор фаолиятнинг ҳолати | Нормада | кечиккан | ўта ортда қолган |
| 12.асаб-рухимй тараккиёти | атрофидагиларга кизиқиш сакланган | Кечиккан, атрофдагиларга кизиқиш пасайган | кечиккан, атрофдагиларга бефарқ |
| 13. иммунологик чидамлиги | нормада сакланган | пасайган | ўта пасайган |



Кам вазилик бола.
Расм5

ДИАГНОСТИКАСИ

Беморга диагноз кўйишда тери ости ёғ қаватининг холитини ўрганиш ёрдам беради.

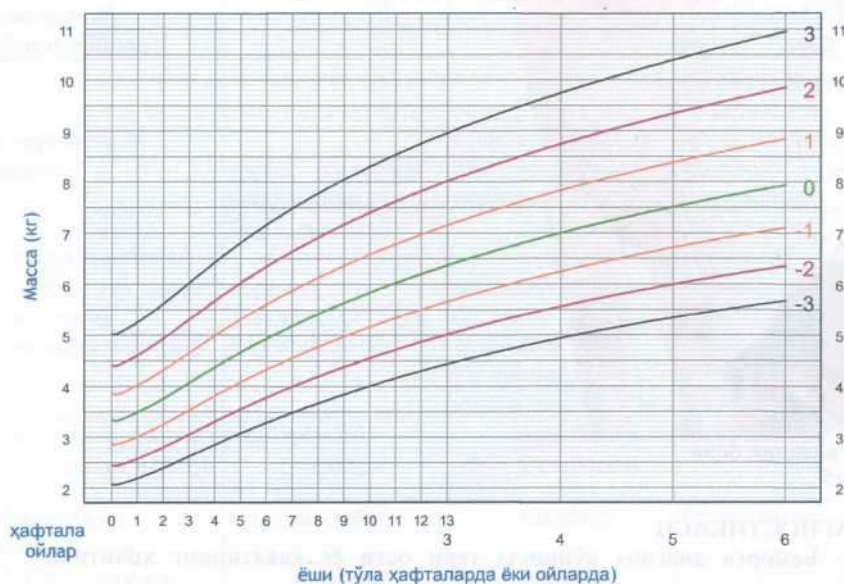
Кам вазиликнинг биринчи даражасида тери ости ёғ қавати тананинг барча соҳаларида юнкалашади. Унинг қалинлиги қоринда ва елканнинг орқа қисмида 0,8-1,5 см ни ташкил қилади.

Касалликнинг ўртача оғир шаклида тери ости ёғ қавати боланинг қорни ва кўкрак соҳасида батамом йўқолади, аммо оёқ ва кўлларида жуда оз миқдорда сақланиб туради.

Оғир даражадаги кам вазиликда тери ости ёғ қавати бутунлай йўқолган бўлади. Алиментар ва инфекцион генезли кам вазиликлар диагностикаси анамнезга ва касалликнинг клиник манзарасига кўра ўрнатилади. Касалликнинг бу шаклида патогномоник параклиник белгилар кузатилмайди. Лаборатор текширишлар натижаларидаги ўзгаришлар бу

шаклга хос эмас. Беморларда гипопроteinемия ва темир ҳамда оксил этишмовчлиги камқонлиги ривожланиши мумкин.

Қизлар ёшига кўра тана вазни
Туғилган то 6 ойгача (Z-индекси)



Расм 6

Кам вазникларни даволашда асосий эътибор овқатлантиришга қаратилади. Бемор болага бериладиган овқатлар фақат парҳез таомалардан иборат бўлиши лозим. Таомнома беморнинг ахволини, гипотрояннинг даражасини, даврини ва боланинг озуқа моддаларига бўлган толерантлигини ҳисобга олган ҳолда тузилиши шарт.

Гипотрояни даволашнинг бир неча ойга мулжаллаб тўзилган истикболли режа асосида олиб борилган тадбирлар натижасидагина касалликни тўла даволай олиш мумкин.

Даволаниш жуда секин кечади, тез - тез узилишлар бўлиб туриши мумкин: баъзан ичи бузилса, баъзан турли касалликлар қўшилиб қолади. Натижада барча муолажаларни бошидан бошлашга тўғри келади. Даволаш

тадбирлари босқичма-босқич ўтказилади ва ҳар бир босқичда қуйидаги масалалар ҳал қилиниши талаб қилинади:

а) бир суткалик овқат ҳажми ҳисоблаб топилади. Бунинг учун бемор ёшидан қатъий назар кам вазникнинг II ва III даражаларида боланинг шу пайтдаги вазнининг $1/5$ қисми миқдорида овқат бериш кўзда тутилади (кам вазникнинг I-даражасида эса, овқат миқдори нормотрофик болаларники сингари бўлади).

б) ҳисоблаб топилган суткалик овқат миқдоридан қанча қисми даволашнинг биринчи куни берилиши белгиланади: кунлик овқат миқдорининг $1/3$ қисми берилади.

в) кунлик овқат миқдорини тўлдириш учун керак бўладиган суюқлик ҳажми ҳисоблаб топилади;

г) овқатлантиришлар сони белгиланади: бундай ҳолатларда овқатлантиришлар сони ёшига нисбатан 1-2 мартага кўнайтирилади;

ҳар бир овқатлантирилганда қанча овқат берилиши ҳисобланади.

д) қандай овқатлар берилади? Бериладиган овқат маҳсулотлари ва аралашмалари асосийларга ва коррекцияловчиларга бўлинади.

е) берилаётган парҳез таомлар самараси диққат билан назорат қилиб борилиши лозим. Бунда қуйидаги ҳолатларга эътибор қаратилади:

1) беморнинг истеъмол қилган овқати ва ичган суюқликлари миқдори ҳисобга олинади ва кундаликка қайд этиб борилади;

2) беморнинг қайт қилиши ва қусишлари ҳисобга олинади;

3) беморнинг ич келишлари сони, ахлат миқдори ва унинг ҳолатига эътибор қилинади;

4) сийишлар сони ва сийдик миқдори ҳисобга олинади;

5) бемор ҳар куни тартиб турилиши шарт!

6) ҳақиқатда истеъмол қилинган овқат миқдorigа кўра қабул қилинган озуқа моддалар миқдори ҳисоблаб топилади.

Енгиллаштирувчи боскич. Мисол: бола 6-ойлик ҳақиқий вазни-4 кг; бўлиши керак бўлган вазни-8200, вазндаги етишмовчилик 30% дан ортик, демак, беморда III даражали кам вазнлик мавжуд.

Парҳез таомлар билан даволаш боскичма боскич олиб борилади ва куйидаги боскичлар тафовут қилинади: 1) "енгиллаштирув"чи боскич; 2) «минимал овқатлантириш» боскичи; 3) «оралик» боскич: а) оксил миқдорини орттириш боскичи; б) ёғлар миқдорини орттириш-ва в) углеводларни киритиш боскичлари; 4) «оптималь» овқатлантириш боскичи.

Парҳез таомлар билан даволаш айнан олинган бир бемор бола мисолида тузилганида тушиниш осонроқ бўлади, масалан; бола 6 ойлик, шу пайтдаги вазни 4000 г, вазндаги етишмовчилик 30% дан ортик. Демак, болада кам вазнликнинг III даражаси мавжуд. Шу беморга таомнома куйидагича тузилади.

1. Енгиллатувчи боскич. Юқорида кўрсатиб ўтилган даволаш тамонларига кўра дастлаб бир кунлик овқат ҳажми ҳисоблаб топилади. Беморда кам вазнликнинг III даражаси бўлганлиги учун кунлик овқат миқдори боланинг шу пайтдаги вазнининг 1/5 қисмини ташкил этади, яъни $4000:5=800$ мл.

Одатда даволашнинг биринчи кун кунлик овқатнинг 1/3 қисми берилади, яъни $800:3=280$ мл.

Кунлик овқат ҳажмини тўлдириш учун керак бўлган суюқлик миқдори ҳисобланади, яъни $800-280=520$ мл. Суюқликлар 5% глюкоза ёки рингер эритмалари, сабзавот қайнатмалари, шакарли чой ёки каротинли аралашмадан иборат бўлади.

Овқатланишлар сони белгиланади: одатда 6 ойлик бола кунга 5-6 марта овқатланиши керак эди, энди у 7 марта овқатланади, демак ҳар овқатланганида $280:7=40$ мл дан овқат истеъмол қилади. Қандай овқатлар берилади? Бундай пайтларда энг мақбул озука бўлиб, она сuti, айниқса соғилган она сuti бўлиб ҳисобланади. Имконият бўлмаган тақдирда мослаштирилган сунъий аралашмалардан фойдаланилади.

Енгиллатувчи боскичнинг давом этиш муддати белгиланди: бола кунлик овқат миқдорининг $1/3$ қисмини қабул қилаётганида вазни камайишда давом этади; $1/2$ қисмига ўтилганда вазни камайиши тўхтайди ва $2/3$ қисми берила бошлагач вазни орта бошлайди. Агар даволашнинг биринчи кунини бемор қусмаган ва ўзини яхши ҳис этган бўлса, 2 - кунини кунлик овқат миқдорининг $1/2$ қисмини бериш мумкин, суюқликлар миқдори 400 млгача камайтирилади. Агар бемор 1-2 кунлари ишгаҳасизлик билан овқатланса, кўнгли айниса, яна бирор кун $1/3$ қисмида сақлаб туриш ҳам мумкин.

3 - кунини ҳам кунлик овқат миқдорининг тенгярми ҳолатида тутиб турилади. Агар бемор очликка чидамай, безовталанса $1/2$ қисмини қолдирилади. Суюқликларнинг ярми вена ичига томизилса, қолган қисми ичгани берилади. 4 - кундан бошлаб $2/3$ қисми ўтилади, яъни минимал овқатлантириш боскичи бошланади. 800 мл $2/3$ қисми 560 мл овқатлар кўринишида бўлиб, қолган 240 мл суюқликлар сифатида (каротинли аралашмалар, 120 мл 5% глюкоза эритмаси 70 мл рингер эритмаси, 50 мл) берилади. Ҳар бир овқатланганида $560 : 7 = 80$ млдан овқат бериб борилади. Минимал овқатлантириш боскичи ҳам 3 кун давом этади. Бу боскич охирида бемор қабул қилаётган озуқа моддалари (оксиллар, ёғлар ва углеводлар) миқдори ҳисоблаб топилади. Мисолимиздаги бемор кунига 560 мл она сути билан озиклантирилмоқда деб ҳисобланса, демак у $6,1$ г оксил, $18,48$ г ёғ қабул қилмоқда ва ҳар бир кг вазнига: $6,1 : 4 \text{ кг} = 1,5$ оксил ва $18,48 : 4 \text{ кг} = 4,6$ г ёғ истеъмол қилмоқда. Табиий усулда боқилаётган 6 ойлик бола одатда ҳар бир кг вазнига 3-3,5 г оксил қабул қилиши керак эди, аммо $1,5$ г тўғри келмоқда, ёғлар миқдори нормага яқин келади, демак беморимизга ёғлар миқдорини ўзгартирмаганимиз ҳолида оксил миқдорини кўпайтириш талаб қилинади. Бу ўринда энг яхши мағсулот бўлиб ёғсизлантирган кефир ҳисобланади ва унинг ҳар бир литри 28 г оксил сақлайди. Агар бемор рационига қўшимча 240 мл ёғсиз кефир киритилса, оксил миқдори боланинг ҳар бир кг вазнига 3,2 г етади ва ёғлар миқдори ўзгармасдан қолади. Ёғсизлантирилган кефир даволашнинг 6 кунидан бошлаб берилади ва шу

кундан “оралик” босқичнинг оксиллар миқдорини орттириш - “А” этапи бошланади. Даволовчи аралашма, яъни ёғсизлантирилган кефир оз-оздан ҳар бир овқатлантиришга қўшиб берилади: 6 - кунги таомнома куйидаги кўринишда бўлади: она сути $80 \times 7 = 560$ мл, ёғсизлантирилган кефир $10 \times 7 = 70$ мл жами 630 мл; суюқликлар эса 170 мл. 7 - кунги она сути $80 \times 7 = 560$ мл; ёғсизлантирилган кефир $20 \times 7 = 140$ мл, суюқликлар 100 мл. 8 - кунги она сути $80 \times 7 = 560$ мл, ёғсизлантирилган кефир $30 \times 7 = 210$ мл, суюқлик 30 мл, шу кунги ёғсизлантирилган кефирни $35 \times 7 = 245$ мл бериш ҳам мумкин. Даволашнинг 9-10-11-12-13 кунлари ҳам юқоридаги нисбатда, яъни 560 мл она сути ва 240 мл ёғсизлантирилган кефир, овқат бериш давом эттирилади. Бироқ, даволовчи босқич бўйича овқатланиш 10-12 кундан узоқ муддатга берилмайди. Энди берилаётган ёғлар миқдорини ҳам орттириш керак бўлади. 14 - кундан бошлаб ёғсиз кефир одатдаги кефир билан алмаштирилади. Улар тўла алмаштириб бўлингач қабул қилинаётган ёғ миқдори боланинг ҳар бир кг вазнига 6-6,5 г етади. Шу кундан бошлаб “оралик” босқичнинг ёғлар миқдорини орттириш-Б этапи бошланади. 14 кунги таомнома она сути $80 \times 7 = 560$ ёғсиз кефир $25 \times 7 = 175$; одатдаги кефир $10 \times 7 = 70$ мл; 15 кунги она сути $80 \times 7 = 560$; ёғсиз кефир $15 \times 7 = 105$; ва одатдаги кефир $20 \times 7 = 140$ мл. 16 кундан бошлаб ёғсиз кефир одатдаги кефир билан тўла алмаштирилади.

Семизлик ёки ортикча вазнлик

Ортикча вазнлик болаларда озуқаланишнинг сурункали бузилиши бўлиб, эрта ёшдаги болаларда ортикча ёки нормал вазн ва тўқималар гидролабиллиги билан характерланади.

Ортикча вазнликга олиб келувчи этиологик ва мойиллик қақирувчи омиллар бўлиб, таркибида ортикча ёғ ва углеводлар бўлган юқори (ортикча) калорияли овқатлар ҳисобланади. Эрта ёшдаги болаларда касаллик кўпинча сунъий овқатлантириш учун тавсия этилган сутли аралашмалардан нотўғри фойдаланиш, таркибини қуруқ модда концентрацияси ортикча қилиб тайёрлаш, овқат таркибида кўп углеводлар тугувчи овқатлар билан

бокилганда, мойли таомлардан шавлаларни, ортиқча истеъмол қилиш натижасида келиб чиқади. Ортиқча вазникга мойиллик бўлувчи омилар каторига организмнинг конституционал хусусиятларини ҳам киритиш мумкин.

Клиник ва биохимиявий маълумотлар Ортиқча вазникнинг 2 хил: липоматоз ва истискол формаларини тафовут қилишга имкон беради.

Липоматоз форма асосини меъридан ортиқ микдорда овқатлантириш билан бирга, организм метаболизмининг жадаллиги, ёғлар юқори даражада ўзлаштирилиши ташкил қилади.

Истискол форма асосини эса эндокрин-алмашинув мосламаларининг хусусиятлари ташкил қилади. Лимфатико-гипопластик диатезли болалар организмда гипоталамо-гипофизар системадаги морфологик ва функционал ўзгаришлар, ички секреция безлари фаолиятидаги издан чиқишлар кузатилади.

Клиникаси. Липоматоз формаси тери ости ёғ клетчаткасида хаддан зиёд ёғ тўпланиши билан характерланади. Бунда узоқ вақт тери ва шиллик каватларнинг пушти ранги ва тўқималар турғори сақланиб туради.

Истискол формаси тери рангининг окшайганлиги, пишинкираганлиги, турғорининг пастлиги ва ўзига хос фенотип (юмшоқ юмалок тана тузилиши, юмалок юз, кўз шаклининг кенг оваллиги ва кўзлар оралигининг кенглиги, бўйининг калталиги, елкаларнинг нисбатан кенглиги, кўплаб туғма нуқсонлар) билан характерланади. Бундай болаларда мушак тонуслари паст, эмоционал турғунсизлик, уйқусизлик, аклий ривожланишдан орқада қолиш ҳолатлари кузатилиши мумкин. Паратрофиянинг пастоз формаси билан оғриган болалар эксудатив-катарал диатезга, аллергия реакцияларга, рахитнинг ўткир кечиши, вирусли-бактериал инфекциялари, ичак дисбактериозларига жуда берилувчан бўлади. Бундай болаларда тимомегалия ҳолатлари кузатилиши ҳам мумкин.

Кам вазник бор болаларда липоматоз формасида бўлганидек истискол формасида ҳам тана вазнининг бўйига бўлган нисбати меъърида, лекин бу кўрсаткичларнинг ёшига нисбати ўртача сақланган бўлади.

ДИАГНОСТИКАСИ

Диагноз куйидаги клиник симптомлар асосида қўйилади: тана вазни етишмовчилиги, тери ранги, тери ости ёғ клетчаткасининг камайиши, тўқималар тургори ва тонусининг ўзгариши, овқатга толерантлиги, организм реактивлигининг пасайиши.

Диагнозда касалликнинг даври, кам вазник пайдо бўлиши даври (пре-ва постнатал), трофика бузилишига олиб келувчи омиллар кўрсатилади, чунки бу болани даволашга ҳам аниқлик киритади, I даражали кам вазликда оғирлик етишмовчилиги 10-20%; II даражада 10-20%; III - даражада 30% дан ортиқни ташкил қилади. Кам вазникнинг даражаси бўлиши керак бўлган ва хақиқий тана оғирлиги ўртасидаги фарк катталиги (%) билан ифодаланади.

EO - оғирлик етишмовлиги (%)

EO =--=100% БО - бўлиш керак бўлган оғирлик;

ХО - хақиқий оғирлик

Ортиқча вазник ва унинг оғирлик даражасини аниқлашни билиш учун нормотрофиянинг асосий белгиларини билиш керак. Бу тана оғирлиги, бўйи, ўлчамларининг ўртача кўрсаткичлари, уларнинг тўғри ортиб бориши, тери қайишқоклиги, ўрта меъёр иштаҳа, ички органлар томонидан патологиянинг йўқлиги, нормал физиологик рефлекслар, инфекцияга яхши қаршилиқ кўрсатиши, бола асаб рухиятининг тўғри ривожланишидан иборат. Нормотрофиядан четга чиқишлар рўй беради.

Беморга диагноз қўйишда тери ости ёғ қаватининг ҳолатини ўрганиш ёрдам беради.

Вазиятли масалалар.

Масала I

3 ойлик бола. Туғилгандаги вазни 3600 г. Ҳозирги вазни 4000 г. Сунъий овқатлантиришда, онасининг сути камлиги сабабли болага мол сути

аралашмаси берилган. Тери ранги бироз оқарган. Тери ости ёғ қатлами яхши ривожланмаган. Терининг эластиклиги ва тургори пасайган. Бола инжик, безовта, уйқусини нотинч. Ички органларда сезиларли ўзгаришлар йўқ. Ичи баъзида суяк келади, баъзида ичи қотиши кузатилади.

1. Сизнинг диагнозингиз ва тактикангиз?

Масала 2

Бола 8 ойлик. Тугилгандаги вазни 3100гр, ҳозирги вазни 6600гр. Бола аралаш овқатлантиришда. Ишгаҳаси паст, нозик, нимжон. Тери ранглари оқарган, эластиклиги паст. Тери ости ёғ қатлами суст ривожланган, тўқималар тургори паст. Чулицкий индекси 9,0. Мушак гипотонияси. Шиллик пардалари оч пушти рангда. Нафас олиши раvon. Ўпкада пуэрил нафас. Юрак тонлари ритмик, бироз бўғиклашган. Қорин юмшoк, жигар + 3,0см, талoк катталашмаган. Ичи сарик, суяк бурда-бурда. Сийиши раvon. Қон таҳлилида Нв - 76 г/л, Эр.- $3,1 \times 10^{12}/л$, р/к - 0,7, Лейкоцитлар - $9,0 \times 10^9/л$, ЭЧТ – 8 мм/с.

Сизнинг ҳулосангиз? Қайси текширувларни ўтказасиз?

Масала 3

Бола 2 ёш. Тиббий кўрув вақтида онаси боланинг озгинлиги, ишгаҳанинг сустлиги, еган овқати яхши ҳазм бўлмаётганича чиқиб кетишига шикоят қилади. Болани объектив кўрувида терисининг оқиблиги, юзларида гиповитаминоз доғларининг борлиги, терининг эластиклиги ва тургорининг пасайганлиги, ўпка ва юракни аускультация қилинганда ўзгаришлар топилмади. Ичи сарик, бурда-бурда, ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари аниқланган. Сийиши раvon. Қон таҳлилида Нв - 76 г/л, Эр.- $3,1 \times 10^{12}/л$, р/к - 0,7, Лейкоцитлар - $9,0 \times 10^9/л$, ЭЧТ – 8 мм/с.

Сизнинг диагнозингиз?

Тестлар:

1. Гипотрофиянинг I даражасида вази етишмовчилиги ташкил қилади:

* 1) вази етишмовчилиги 10–20 %

2) вази етишмовчилиги 20–30 %

- 3) вазн етишмовчилиги 5 – 10 %
- 4) вазн етишмовчилиги 30 – 50 %
- 5) вазн етишмовчилиги 15 – 25 %

2. Гипотрофиянинг III даражасида вазн етишмовчилиги таъкил қилди :

- * 1) вазн етишмовчилиги 30 % дан юқори
- 2) вазн етишмовчилиги 20 – 30 %
- 3) вазн етишмовчилиги 5 – 10 %
- 4) вазн етишмовчилиги 10 – 20 %
- 5) вазн етишмовчилиги 15 – 25 %

3. Гипотрофиянинг III даражасига хос клиник симитомларни кўрсатинг:

- а. тери таранг, силлик б. тери курук, тиришган в. анорексия
- г. тери ёг қатлами фақат қоринда камайган д. атрофга бефарк
- ж. тери ости ёг қатлами бугун тана бўйлаб камайган е. харакатлари фаол

- * 1) б, в, д, ж ; 2) а, в, д, ж ; 3) б, г, д, е ; 4) а, б, г, ж ; 5) б, г, ж, е

4. Боланинг туғилгандаги вазни 3 кг. Хозир 2 ойлик, вазни 3800г. трофикаснин баҳоланг?

- * 1) I даражали гипотрофия 2) II даражали гипотрофия
- 3) нормотрофия 4) III даражали гипотрофия

5. Болаларда кон зардобида умумий оксилни нормадаги миқдори:

- * 1) 60- 80 г/л; 2) 40 - 60 г/л; 3) 80 - 100 г/л; 4) 20-30 г/л;
- 5) 0,0033‰

6. Қайси доривор моддалар гипотрофияни даволашда қўлланилади:

- * 1) ферментлар, витаминлар, анаболик препаратлар
- 2) ферментлар, антибиотиклар, стероид гормонлар
- 3) витаминлар, сульфаниламидлар, антибиотиклар
- 4) анаболик ва стероид гормонлар, ферментлар
- 5) витаминлар, ферментлар, нитрофуранлар

7. Гипотрофияларни даволаш эффективлиги кўрсаткичлари:

- * 1) тана вазнининг ўсиш динамикаси
- 2) тана харорати кўрсаткичи

- 3) коннинг умумий таҳлили
- 4) кунлик диурез
- 5) умумий нажас таҳлили

8. Болаларда назорат оғирлигини аниқлаш қандай ўтказилади?

- *1) бола эмизидан аввал ва кейин тортилади
- 2) бола ҳар куни эрталаб тортилади
- 3) бола эмизидан аввал тортилади
- 4) бола эмизидан кейин тортилади
- 5) бола ҳафтада 1 марта тортилади

9. "Семизлик" диагнози қайси ҳолатда қўйилади?

- * 1) тана вазни 5 – 10% дан ортиқ булса
- 2) тана вазни 10 – 20% дан ортиқ булса
- 3) тана вазни 5 – 15% дан ортиқ булса
- 4) тана вазни 5 – 10% кам
- 5) тана вазни меърида

10. Қайси доривор моддалар семизликни даволашда қўлланилади:

- * 1) ферментлар, витаминлар, чиниктириш муолажалари
- 2) ферментлар, антибиотиклар, стероид гормонлар
- 3) витаминлар, сульфаниламидлар, антибиотиклар
- 4) анаболик ва стероид гормонлар, ферментлар
- 5) витаминлар, ферментлар, нитрофуранлар.

МАЛЬАБСОРБЦИЯ СИНДРОМИ

Мальабсорбция дейилганида ингичка ичакда овқат хазм бўлиши ҳамда озука моддалари сўрилишининг бузилишлари тушинилади. Бу жараёнлар асосида авлоддан-авлодга бериладиган (ирсий) ёки бола ҳаёти давомида шакланган ва моддалар алмашинуви жараёнлари бузилишига олиб келадиган ферментлар тизимидаги турғун ўзгаришлар ётади.

Этиологияси. Мальабсорбциянинг ирсий йўл билан бериладиган (бирламчи) шакллари одатда аутосом-рецессив йўл билан авлоддан-авлодга

берилиб, баъзан генлар мутацияси туфайли бир қатор нокулай омиллар таъсирида хомилага ўтиб қолиши ҳам мумкин. Бу ҳолат айрим ферментлар синтезини издан чиқариб, ингичка ичак эпителийси функционал ҳолатини кескин пасайтирувчи оғир бузилишларга сабаб бўлиши мумкин.

Мальабсорбциянинг орттирилган (инкиламчи) шакллари турли инфекциялар, паразитлар, ўсмалар ва озик-овқат аллергиялари сингари турли ичак касалликлари, ошқозон-ичак тракти нуқсонлари, ингичка ичак резекцияси билан бир қаторда ошқозонности беши ва жигар касалликлари, иммун танқислиги ҳолатлари, айрим эндокрин касалликлари ва ўсмалар сингари ичакдан ташқари омиллар таъсирида ичаклар эпителияси зараланишлари туфайли ҳам келиб чиқишлари мумкин.

Патофизиологик ҳолат кўринишида ичаклардаги сўрилиш жараёнларининг бузилишлари 70 дан ортиқ касалликларда кузатилиши мумкин. Бироқ, клиник нуқтаи назардан олиб қаралганида «мальабсорбция» тушинчаси энтерал синдром ҳамда озикланишнинг сурункали бузилишлари билан кечаётган касалликлардагина қўлланилади.

Классификацияси. 1977 йилда Бутун жаҳон гастроэнтерологларининг VIII конгрессида мальабсорбциянинг 3 та шаклини тафовут қилиш тавсия этилган (жадвал):

1. Мальабсорбциянинг **ичак бўшлиқларидаги** (внутриполостная) шакли. Бунда ошқозонности безининг айрим ферментлари етишмаслиги туфайли ичаклар бўшлиғида овқат ҳазм қилиш жараёнлари бузилади. Кичик ёшдаги болаларда бу ҳолатга муковисцидоз, ошқозонности безининг туғма гипоплазияси, энтерокиназа ферменти танқисликлари сабаб бўлса, каттароқ ёшдаги болаларда эса, сурункали панкреатит ва жигар цирроزلари олиб келишлари мумкин.

2. Мальабсорбция синдромининг **энтероцеллюляр** шакли овқат ҳазм қилишнинг деворолди (мембрана) тури ёки ичаклар орқали озука моддалари сўрилишининг энтероцитдаги фермент тизими дефекти туфайли бузилиши сабабли ривожланади.

Бола туғилганиданок а) дисахаридаза етишмовчилиги кўринишидаги озука моддалари парчаланишининг бузилишлари; б) глюкоза ва галактоза сўрилишининг пасайиши ҳамда хлорид ёки натрийли диарея кўринишидаги ичак девори орқали ташилишининг бузилиши; в) микроворсинкалар касаллиги ва эпителия дисплазияси кўринишидаги ичак эпителиясининг тугма аномалиялари; г) бошқа аномалиялар туфайли ривожланган диареялар сабабли ривожланган касалликлар белгилари кузатилиши мумкин.

3. Мальабсорбция синдромининг **постцеллюляр** шаклида жараён ичаклар шиллик қаватлари остидаги сохаларда жойлашган бўлиб, жараён асосан лимфа томирлари ва капиллярларида кечади. Бунда қон зардобдаги оксидлар ичак бўшлиғига триссудат кўринишида ўта бошлайдилар – экссудатив энтеропатиялар ривожланади.

Жадвал 16

Мальабсорбция синдроми классификацияси

| Шакли (тип) | Белгилари | Касаллик |
|------------------|--|---|
| Ичак бўшлиғидаги | Панкреатик турдаги стеаторея (нейтрал ёғлар) | - муковисцидоз - ошқозонности беzi тугма гипоплазияси - энтерокиназа етишмовчилиги -сурункали панкреатит |
| Энтероцеллюляр | а) деворолди овқат ҳазм қилишининг бузилиши | - дисахаридаза етишмовчилиги (лактаза,сахараза-изомальтаза, трегалаза) |
| | б)углеводлар, ёғлар ва аминокислоталар сўрилишининг бузилиши | Глюкоза ва галактоза мальабсорбцияси |
| | | Фруктоза мальабсорбцияси |
| | | Аминокислоталар – α, -β-липопротеинемиялар |
| | | -Хартнап касаллиги, Лоу синдроми |

| | | | |
|--|--------------|---------------------------------------|---|
| | | | - лизинурия |
| | | минераллар | -энтеропатик акродерматит -хлорид диарея -натрийли диарея ва б.к. |
| | Постцеллюляр | Экссудатив энтеропатия синдроми | -бирламичи интестинал лимфангизказия -лимфа окимининг беркилиши, ичакнинг сурункали ядигланиши. |

Бўшлиқларичнаро кам сўрилиш (мальабсорбция)

Бўшлиқларичнаро мальабсорбцияда кўпинча ёғлар ҳазм бўлиши бузилади, чунки амалиётда ўтти фаоллаштирувчи ошқозон ости липазаси тўла гидролизи амалга оширади. Шунинг учун бу турдаги мальабсорбцияларда асосан нажаснинг - стеаторея – нейтрал ёғлар панкреатик турда ўзгариши ҳисобланади. Ошқозон ости беши тугма патологияларида (муковисцидозда, гипоплазияларда) стеаторея кескин кўриلسа, сурункали панкреатитда, ўт чиқарув йўллари ва жигар касалликларида стеаторея камрок кўрилади.

МУКОВИСЦИДОЗ

Муковисцидоз (ошқозон ости безининг кистофибрози). Ирсий касаллик бўлиб, унинг асосида без йўллариининг, ошқозон ости безининг бўлагининг, майда бронхлар ва х.к.ларни тўсилишига олиб келадиган ўта кўп миқдорда ёпишқоқ шиллик ишлаб чиқариши ётади. Бунинг натижасида ошқозон ости безининг кистози, бронхлар ателектазлари, перибронхитлар ва бронхопневмониялар ривожланади. Ошқозон ичак-тракти томонидан болаларда ошқозон ости безининг экскретор функциясининг етишмовчилиги натижасида келиб чиқадаган сўрилишнинг бузилиши синдроми ривожланади. Наслдан - наслга рецессив турда ўтади. Касаллик чакалоқлар орасида 1:1000 нисбатида учрайди.

Чакалоқлик даврида касаллик меконнал илеус билан ифодаланади. Болада ёнбош ичакнинг дистал қисмида ушланиб қолган меконийнинг

ажралиши қийинлашади. Қорин катталашади ва жаррохлик муолажасини талаб этадиган бошқа ичак тутилиш симптомлари пайдо бўлади.

Муковисцидоз ирсий касалликлар гурухига киритилиб, унинг асосида ташқи секретция безларининг кенг тарқалган зарарланишлари ётади ва бунинг натижасида ошқозон-ичак тракти ҳамда нафас олиш аъзолари фаолиятларининг оғир бузилишлари ривожланади.

Этиологияси ва патогенези.

Муковисцидоз (ошқозонности безининг кистозли виброси) организм экзокрин безлари секретор фаолиятининг бузилишлари билан белгиланади. Касаллик клиник белгиларининг пайдо бўлиши ёпишқоқ ҳамда физик ва кимёвий хусусиятлари ўзгарган шиллик ажралиши билан боғланган турли секретларда сув фазаси камайгани холида оксиллар ва электролитлар миқдорининг ортанлиги кузатилади. Бемор қони зардобиди ва сўлагиди хужайра қобилигига (мембранаси) таъсир қилувчи моддалар топилади.

Ошқозонности бези, ўпкалар ичаклар ва жигардаги ўзгаришлар хомилладаёқ кузатилиб, бола ёшининг орта бориши фониди кучайиб боради. Экзокрин безлари томонидан ёпишқоқ секретнинг ажралиши улар окимини қийинлаштиради, секрет йиғилиб қолади. Бунинг натижасида безлар чиқарув йўллари кенгайиб кетади, секретция безлари тўқималари атрофияга учраб, фиброз жараёнлари янада кучаяди. Ошқозонности бези ҳамди ичаклар ферментлари фаоллиги сезиларли даражада сусаяди.

Патологик анатомияси.

Касалликнинг патологоанатомик манзараси асосан ошқозонности бези, жигар, ичаклар ва ўпка тўқималаридаги ўзгаришларнинг мавжудлиги билан белгиланади. Ошқозонности безида диффуз фиброз кузатилади. Бўлакчалараро тўсиклар бириктирувчи тўқимаси қалинлашган майди ва ўрта ўлчамлардаги секрет йўлларида эозинофил табиатига эга бўлган секрет сакловчи юмалок ёки овал шаклдаги кисталар кўринишидаги кистозли ўзгаришлар кузатилади. Лангерганс оролчалари эса, бу жараёнларга кейинчароқ тортиладилар.

Ичаклардаги ўзгаришлар характерли бўлиб, меконий тугилишида – шиллик қаватларнинг сезилари атрофияси топилади. Ичаклар шиллик қаватлари безлари бўшлиқлари кенгайган бўлиб, эозинофил табиатли секрет билан тўлган. Баъзи жойларда шилликости қаватининг ҳамда лимфатик тиркишларнинг шишлари ҳам кузатилиши мумкин.

Жигарда гепатоцитларнинг ўчоқли ёки диффуз ёғли ёки оксилли дистрофиси топилиши мумкин.

Ўпкалардаги патологик ўзгаришлар диффуз пневмосклероз ҳамда бронхоэктазлар ҳосил бўлиши билан кечадиган диффуз сурункали бронхитнинг мавжудлиги билан белгиланади. Касаллик авж олган пайтларда зотилжам ўчоқлари кўрилади. Бронхлар бўшлиғида кўп миқдордаги ёпишқоқ йирингли суюқликлар кузатилади.

Клиник манзараси.

Муковисцидознинг куйидаги клиник шакллари тафовут қилинади: 1) ошқозон-ичак тракти ва ўпка-бронх системасининг бир пайтда зарарланишлари билан кечадиган аралаш шакли; 2) асосан ўпка шакли; 3) асосан ичак шакли; 4) нотипик ва яширин шакллари; 5) меконий тугилиши шакли.

Ичак шаклининг клиник манзараси ўзига хос томонлари билан ажралиб туради. Бола иштаҳасининг сақланганлиги ва хатто кучайганлиги фонида бола вазни ортмаслиги ҳамда бола бўйининг ўсишдан ортда қолиши кузатилади. Юмшқок тўқималар таранглиги ва мускуллар тонусининг пасайганлиги кўрилади. Қорин дам ва хажми ортган. Полифекалия пайдо бўлади. Дефекция тезлашган, аҳлати бўтқасимон кўринишда бўлиб, ўта кўланса, ёғли (ялтираб туради), шаффоф (баъзан кулранг тусланади). Боланинг йўрғагида ювилиши кийин бўлган ёғли доғлар пайдо бўлади. Айрим болаларда қабзиятларга мойиллик кузатилиб, аҳлати шакланган, қаттиқ бўлиб, баъзан кўйининг «қумалогини» эслатади. Бирок, бу аҳлат ҳам шаффоф рангда бўлиб, ёғли ҳамда ўта кўланса хиди билан ажралиб туради. Баъзан ёғли дефекация актидан кейин томчилар кўринишида ҳам ажралади.

Тувакка тутиладиган даврдан бошлаб айрим болаларда тўғри ичакнинг тушиб қолиши ҳолатлари ҳам кузатилиши мумкин.

Муковисцидоз билан оғриган беморлар сўлаги қуюқ бўлиб, улар оғзининг қуруқшаганлигидан цинқоят қиладилар болалар қуруқ овқатни чайнашда қийналадилар ҳамда овқатланиш пайтида суюқликлар истеъмол қилинади, болаликнинг дастлабки ойларидаги яхши иштаха интоксикация кучайиши фониде пасая боради. Беморларда кузатиладиган гипотрофия ингичка ичакда овқат хазм қилишининг ва озуқа моддалари сўрилишининг бузилиши ҳамда гипоксия туфайли моддалар алмашинувидаги ўзгаришлар туфайли ривожланади. Беморлардаги оксиллар алмашинувининг бузилишлари қонда оксиллар миқдорининг кескин камайишига сабаб бўлиб, шишлар ривожланишига олиб келиши ҳам мумкин. Бундай беморларнинг аксариятида полигиповитаминоз белгилари кузатилади.

Муковисцидознинг ичак шакли билан хасталанган беморларнинг айримларида ичак тутилиши кузатилади. Шунингдек бундай беморларнинг кўпчилигида ошқозон ва 12 бармоқли ичак яралари ёки ингичка ичакдаги яралари жараёнлар ҳам кузатилиши мумкин.

Меконий тутилиши – муковисцидознинг клиник шаклларида бири бўлиб ҳисобланади. Бу нарса ингичка ичак, айниқса ёнбош ичак халқаларида қуюқ, ёпишқоқ ва замаска кўринишидаги меконийнинг йиғилиб қолиши бўлиб, бу масса пробка (пўкак) кўринишида ичак бўлигини бутунлай беркитиб қўяди. Меконий тутилишининг асоратларидан бўлиб, ичаклар перфорацияси ҳамда меконийли перитонит ҳисобланади.

Диагноз.

Муковисцидоз диагнозини ўрнатишда клиник ва анамнестик маълумотлардан ташқари яна қуйидаги тест синовлари ҳам ўтказилади: 1) меконийда альбумин миқдорини аниқлаш (BM-тест) – чакалоқлик давридаги скрининг – диагностика усули; 2) тер тестлари: а) тер тести – бемор териде натрий ва хлор миқдори ортган бўлади (ката ёшли болаларда 60 мэкв/л дан ва кичик ёшдаги болаларда эса, 40 мэкв/л дан ортти); б) бромидли тер тести –

бемор кони зардобида ва терида бромидлар миқдорини аниқлаш (бромидлар ичирилганидан кейин); 3) бемор тирноқларида натрий миқдорини аниқлаш тести (муковисцидозда тирноқларда натрий миқдори 80 мэкв/кг дан ортиқ бўлади).

ДИСАХАРИДЛАР ВА МОНОСАХАРИДЛАРНИ КЎТАРА ОЛМАСЛИК.

Дисахаридазаларни кўтара олмаслик ошқозон-ичаклар фаолияти бузилишининг симптомкомплексларидан бири бўлиб, бу ҳолат ичаклар шиллик қаватларида дисахаридларнинг парчаланиши (гидролизи) ҳамда улар ташилиш жараёнларининг бузилишлари туфайли юзага келади.

Лактозани кўтара олмаслик.

Лактозани кўтара олмасликнинг F. Durand (1958) ва A. Holzel (1959) сингари иккита варианти тафовут қилинади.

Лактозани кўтара олмасликнинг Durand тури бола туғилганидан кейинги дастлабки кунларданок намоён бўлиб, сувсизланиш ва интоксикациянинг ривожланиши натижасида бемор аҳволининг оғирлашуви билан белгиланади. Болани эмизганидан кейин одатдаги дори-дармонлар таъсир қилмайдиган кучли қусишлар ва ич кетишлар кузатилади. Чой ва сув орқали ўтказилган парҳез таъсирида боланинг умумий аҳволи яхшиланади, бироқ болага берилган озгина сут ҳам қусиш ва ич кетишларнинг қайталанишига олиб келади. Лактозани кўтара олмасликнинг бу шаклида ичакларда нафакат лактаза ферменти активлигининг пасайганлиги, балким ичаклар девори ўтказувчанлигининг ортиб кетганлиги ҳам кузатилади. Бунга мисол бўлиб, беморлар сийдигида сезиларли миқдорда лактозанинг топилиши ҳисобланади. Шунингдек касалликнинг бу турига гипераминоацидурия ҳам кузатилади.

Лактозани кўтара олмасликнинг Holzel типидagi иккинчи шакли кўпинча каттарок ёшдаги болалар орасида учраб, ўзининг анчайин енгил кечиши билан ажралиб туради. Бундай болалар сут маҳсулотларни истеъмол

килицдан бош тортадилар, Чунки сутли овкатлардан кейин уларда қусиш ва ич кетишлар пайдо бўлиб, камқувватлилик ва бўшашганлик ривожланади. Бу касаллик патогенезининг асосида ичаклар девори орқали лактоза ташилишининг бузилишлари ётади деб тахмин қилинади.

Парчаланмаган лактозанинг йиғили қолиши ичаклар бўшлиғида осмотик босимнинг ортиб келишига олиб келади. Бунинг натижасида ахлат орқали кўп миқдорда сув ва электролитлар ажралиб чиқади.

ЦЕЛИАКИЯ.

Целиакия – бу ичаклардаги сўрилиш жараёнларининг бузилиши ёки мальсорбциянинг классик синдроми бўлиб, иштаҳасизлик (анорекция), сезиларли дистрофия, қорин хажмининг катталашуви кўп миқдордаги суюқ ҳамда чиринди (гнилотний) хидли ахлат келиши. Камқонлик ҳамда полигиповитаминоз белгилари мавжудлиги билан белгиланадиган патологиядир.

Целиакия (Ги-Гертер-Гейбнер касаллиги, ичак инфантилизм, глютенли энтеропатия ва нетропик спру) биринчи марта 1988 йилда Джи томонидан ёзиб қолдирилган.

Этиологияси.

1950 йилда целиакиянинг асосида буғдой, буғдой, арпа, сули ва рожь сингари бошоқли дон экинларидаги глютен оксилени кўтара олмаслик ётишлиги аниқланди. Глютен сувда эрийдиган ҳамда спиртда эрийдиган ва 47% глутамин ва 13% пролиндан иборат бўлган глиадин сингари иккита фракциядан ташкил топган.

Касаллик клиник белгиларининг ҳамда ичаклар шиллиқ каватларидаги морфологик ўзгаришларнинг намоён бўлиши даражалари овкатдаги глиадин миқдорига тўғри пропорционал бўлади.

Овкат маҳсулотларидан глиадинни чиқариб ташлагандан кейин икки ой мобайнида ингичка ичак шиллиқ каватларида қайта тикланиш жараёнлари тугалланади ҳамда целиакия клиник белгилари ҳам барҳам топади. Провокация мақсадларида глиадинни қайта киритиб кўрилганида

ичаклардаги патологик ўзгаришлар ҳамда касаллик клиник манзарасининг янгитдан тўла намоён бўлиши кузатилади.

Глиадинни кўтара олмасликнинг иккита шакли тафовут қилинади: а) ичакларда овқат хазм қилишнинг ҳамда сўрилишнинг бирламчи бузилиши кўринишидаги туғма шакли; б) бошдан кечирилган юқумли касалликлар, неомидин ва мономицин каби антибиотикларни узок муддат қабул қилиш ёки коллагенозларнинг белгиси кўринишидаги целиакция синдроми. Глиадинни кўтара олмаслик ҳолатининг сабаблари тўла аниқланилган эмас. Глиадинни кўтара олмасликнинг асосида организмдаги иммунологик ўзгаришлар ётади деб тахмин қилинади. Касаллик авж олган даврда қон зардобида IgG фракциясининг ортиб кетиши бунга далил бўлиб ҳисобланади.

Патогенези.

Ингичка ичаклар шиллик қаватларининг атрофик суюнит кўринишидаги зарарланишлари натижасида озуқа моддаларини парчаланган иштирок этадиган ферментлар етишмовчилиги ривожланади. Бунда деворолди (мембрана) овқат қилиш ва парчаланган озуқа моддаларининг сўрилиши жараёнлари издан чиқади. Деворолди (мембрана) овқат хазм қилишда иштирок этадиган пептидазалар ва дисахаридазалар сингари ферментлар активлиги пасайган бўлади ва бу ҳолат клиник ремиссия даврида ҳам сақланиб туради. Озуқа моддаларининг чала парчаланган маҳсулотларининг йиғилиб қолиши ҳимус рН нини кислоталик томонга ўзгартиради ва бу нарса ўз навбатида сув, электролитлар ва оксиллар ташилишини издан чиқариб, уларнинг қон томирлар бўшлиғидан экссудатив энтеропатиялар кўринишида ичаклар бўшлиғига ўтишини кучайтиради. Оксиллар ва углеводлар сингари озуқа моддаларининг парчаланган маҳсулотларининг йиғилиб қолиши ичаклар бўшлиғидаги микробларнинг жадал қўпайишига сабаб бўлиб, сув электролитлар секрециясини янада кучайтиради. Озуқа моддалари таркибидаги ёғлар ва ёғ кислоталарининг етарли миқдорда сўрилмасликлари ҳам ичаклар секрециясининг кучайишига олиб келади. Шунингдек, ёғ кислоталари ичаклар перистальтикасини

кучайтириб, диареянинг ривожланишига сабаб бўлади. Бу механизмлар охи-рокибат полифекалияни шакллантиради. Оқсиллар, электролитлар, минерал моддалар ва витаминлар сўрилишининг бузилиши ҳамда уларнинг организм томонидан кўплаб йўқотилиши кейинчалик дистрофиялар, камконлик, рахитсимон ҳолатлар ва полигиповитаминозларнинг ривожланишига олиб келади.

Клиник манзараси.

Касаллик кўпинча болани кўкрақдан ажратиб, умумий столга ўтказилганидан сўнг ёки кўшимча овкатлар беришдан кейин бошланади. Бола рационига манна бўтқаси ёки бугдой, арпа, сули ёки рожъ уни сакловчи сутли аралашмалар берилганидан сўнг боланинг ичи суюлиб, ич келишлар сони ўзгармаганлиги ҳолида ахлат миқдори жадал орта боради. Секин-аста дистрофия, камконлик ҳамда полигиповитаминозлар ривожлана боради.

Айрим ҳолларда касаллик анамнезида сальмонеллез, дизентерия ҳамда стафилококкли инфекция сингари бошдан кечирилган касалликлар ҳам аниқланиши мумкин. Бундай ҳолатларда ҳам касаллик ривожланишига олиб келувчи бош омил бўлиб озука моддаларида глютеннинг кўп сакланиши ҳисобланади.

Беморнинг ташқи кўриниши характерли бўлади: юзининг «каримсиқ» кўриниши, қорни катта ва оёқлари ингичка («ўргимчаксимон»). Жисмоний тараккиётдан ортда қолиши дистрофия ва маразм даражасигача етиши мумкин. Болалар ўта инжиқ (негативлик), кўп йиғлайди, оғир ҳолатларда эса, атрофдагиларга бефарқ. Тери ва шиллиқ қаватлари оқарган, қуруқ, терининг пигментацияси, ангуляр стоматит, глоссит, койлонохия, сочларнинг рангсизланганлиги ва синувчанлиги кўринишидаги полигиповитаминоз белгилари кўзга ташланади. Териости ёғ қавати кескин камайган, таранглиги пасайган. Тери бурмаларга осон йиғилади, шишлар ҳам пайдо бўлиши мумкин. Сезиларли мускул гипотонияси ва адинамия кузатилади.

ЭКССУДАТИВ ЭНТЕРОПАТИЯ.

Экссудатив энтеропатия – бу қон зардоби оқсилларининг ошқозон-ичак тракти орқали йўқотилиши бўлиб, ичакларда сўрилиш жараёнларининг бузилишлари билан биргаликда кечади.

Этиологик сабабларига кўра экссудатив энтеропатиялар бирламчи вав иккиламчи шаклларига ажратилади. Бирламчилари - интестинал лимфангиоэктазиялар ва лимфангиомалар сингари лимфатик тизим аномалиялари туфайли ривожланса, иккиламчиларининг сабабчиларидан бўлиб целиакия, гастрозентерит, сигир сути оксиллини кўтара олмаслик, Крон касаллиги, Уиппел касаллиги, нефротик синдром, лимфосаркома, носпецифик ярали к4олит, менетрие касаллиги, α - ва гипогаммаглобулинемиялар, Гиршпрунг касаллиги ва жигарнинг зарарланишлари ҳисобланади.

Экссудатив энтеропатия болаларнинг жисмоний тараққиётда ортда қолшлари, шиш синдроми, ич кетишлар, стеаторея ҳамда сезиларли гипопро테인емиялар мавжудлиги билан белгиланади. Ичакларда сўрилиш жараёнининг бузилишлари билан кечадиган бошқа касалликлардан фарқли ўларок, экссудати энтеропатияда энтеритик синдром унча кучли бўлмаслиги ҳам мумкин.

Экссудатив энтеропатияда гипопро테인емия анча эрта ривожланиши ҳам мумкин. Чунки, жигардаги альбумин синтези оқсилларнинг ичаклар орқали йўқотилишининг ўрнини тўла қоплай олмайди. Қон зардобидаги оқсиллар етишмовчилиги шиш синдромининг асосий сабабчиларидан бири бўлиб ҳисобланади. Баъзан шишлар касаллигининг ягона симптоми сифатида ҳам кузатилиб, шишлар псевдонефротик табиатга эга бўлади. Шишларнинг намоён бўлишлиги даражалари турлича бўлади (енгил шаклларида то кенг тарқалган шаклларгача). Қон зардоби оқсилларининг ошқозон-ичак тракти орқали кўп миқдорда йўқотилиши гипогаммаглобулинемия ҳамда иммуноглобулинларнинг барча синфлари, айниқса IgG миқдорларининг кескин пасайиб кетишига олиб келади. Шунинг учун бундай беморларда юқумли касалликларда сурункали кечишга мойиллик пайдо бўлади.

Экссудатив этеропатия ўткир, транзитор ҳамда сурункали шаклларда кечиши мумкин. Касалликнинг сурункали шакли бола туғилганидаёқ ёки бироз вақт ўтиб пайдо бўлиши мумкин. Патологиянинг бу шаклида тетаник талвасалар тез-тез учраб туради.

Стеаторея экссудатив энтеропатиянинг доимий симптомларидан бири бўлиб, унинг асосида ёғларнинг сўрилиши ҳамда ташилиши (транспорти) жараёнларининг бузилишлари ётади.

Касалликнинг тахминий диагностикасида ахлат филтратини трихлоруксус кислотаси ёрдамида плазма оксилларига текшириш алоҳида аҳамиятга эга.

Жадвал 17

Болаларда ичкадаги сўрилиш жараёни бузилишининг
диф.диagnostикаси

| | Лактаза етишмовчили ги | Целиакия | Муковицидоз | Экссудатив энтеропатия |
|-------------------------------------|---|--|--|---|
| Касалликнинг клиник белгилари | Лактозани кўтара олмасликда она сути ёки сигир сутини кабул қилганидан кейин қусиш ва ич кегишлар кузатилиб, корни дам бўлади ва гипотрофия ривожланад и. Ичи тез- тез келади, | Ахлати бўтқасимон кўринишда ҳамда кулранг тусда бўлиб, кўп миқдорда ва сассик. Иштаҳаси пасайган, ранги оқарган, бехол (вялий). Метеоризм ва псевдоасцит хисобига корни катта. Бола ўта озгин, бўйи ўсишдан ортда колган. | Беморнинг ахлати бўтқасимон кўринишда ёки суюқ бўлиб, ўта кўланса. ичнинг суюқлиги баъзан қабзиятлар билан алмашилиб туриши ҳам мумкин. Беморнинг иштаҳаси сақланган. | Касаллик ўткир, транзитор ва кўпинча, сурункали ривожланади. Асосий белгилардан бўлиб псевдонефрот ик табиатга эга бўлган шишлар хисобланади. Ичи тез-тез келади, ахлати суюқ. Қусади, |

| | | | |
|--|--|--|---|
| суяк сувсимон, кўпикланиб туради ва кислоталик мухитга эга. Каттароқ ёшдаги болалар сутли таомлардан бош тортадилар. Сахароза ва мальтозани кўтара олмасликда эса, аралаш ва сунъий озиклантиришга ўтилганидан сўнг кучли ич кетиш (упорний понос) кузатилади. | Тирноқларда ва тишларда дистрофик ўзгаришлар. Полигиповитами ноз симптомлари. Касалликнинг кейинги давларида остеопороз белгиларининг ривожланиши. | Айрим болалар тана вазнининг камлиги билан тугиладилар. Тана вазни кўшилиши суст бўлиб, болалар озин ва камқувват. Айрим холларда тўғри ичакнинг тушиб қолиши ҳам кузатилади. Йўтал ҳамда зотилжамларга а мойилликлар мавжуд бўлади. Ўт йўллارининг зарарланишлари тез-тез учраб туради. | ишгаҳаси пасайган. Жисмоний тараккиётда орта қолган, дистрофия, мускуллар гипотонияси. Баъзан тетеник талвасалар. Остеопороз. |
|--|--|--|---|

Вазиятли масалалар.

Масала 1.

3 ойлик бола. Тугилгандаги вазни 3600 г. Ҳозирги вазни 4000 г. Овасининг сти камлиги сабаб болани сунъий овқатлантирилади. Тери ранги бироз оқиш, тери ости ёғ қатламлари суст ривожланган. Терининг эластиклиги ва турғори паст. Бола инжиқ, уйқуси нотинч. Ички органларида сезиларли ўзгаришлар кўринмаяпти. Ичи кўп (полифекал), ёғли, бадбўй

хидли, ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари, шиллик билан келади, баъзида эса ичи қатиши (қабзийт) кузатилади.

Сизнинг тахминий диагнозингиз ва тактикангиз?

Масала 2.

Бола 8 ойлик. Туғилгандаги вазни 3100 гр. , ҳозирги вазни 6600 гр. Болани аралаш овқатлантиради. Иштахаси паст, кўнгил айниши, қайт қилиши ва баъзан эса ичи бузилиши кузатилади. Бола нозик, нимжон. Тери ранги оқиш, тери ости ёғ қатламлари суст ривожланган. Терининг эластиклиги ва тургори паст. Бола инжик, уйқуси нотинч, безовта. Мускуллар гипотонияси мавжуд. Кўзга кўринадиган шиллик қаватлари оч пушти рангда. Нафас олиши равон. Ўпкада пуэрил нафас эшитилмоқда. Юрак тонлари ритмик, бироқ бўғиқлашган. Қорни юмшоқ, жигар +3 см, талок катталашмаган. Болага кўшимча овқатлар берабошлагандан сўнг ичи бузилабошлади. Ичи тез-тез, кўпиксимон, бадбўй хидли, кўп миқдорда, баъзида ахлатнинг ранги кулранг , ялтироқ келади. Сийиши равон. Қон таҳлилида гемоглобин 76 г/л, эритроцитлар сони $3,1 \times 10^{12}$ /л, р/к – 0,7, лейкоцитлар $9,0 \times 10^9$ /л, ЭЧТ – 8 мм/с. Сизнинг диагнозингиз?

1. Целиакия – бу

*1) глютенэнтеропатия

2) Ошқозон ости беzi кистофибрози

3) гастроэзофагал рефлюкс

4) ярали колит

5) Дисахаридаз етишмовчилик

2. Муковисцидоз – бу

*1) Ошқозон ости беzi кистофибрози

2) глютенэнтеропатия

3) гастроэзофагал рефлюкс

4) ярали колит

5) дисахаридаз етишмовчилик

3. Целиакияни даволашда қандай пархез тайинланади

- *1) бошоқли дон маҳсулотлар диетадан четлатилади
- 2) сугли маҳсулотлар диетадан четлатилади
- 3) Гўшт маҳсулотлар диетадан четлатилади
- 4) Витаминлар диетадан четлатилади
- 5) Ширичиликлар диетадан четлатилади

БОЛАЛАР ОРГАНИЗМИДА ВИТАМИНЛАРНИНГ ТУТГАН ҶУМЛИ

Витаминлар – бу биологик жихатдан юкори фаолликка эга бўлган органик моддалар гурухи бўлиб ҳисобланадилар. Витаминлар организмнинг физиологик фаолиятини ҳамда моддалар алмашинуви жараёнларини бошқариб турадилар. Шунингдек улар организм тўқималарида кечадиган айрим ферментатив реакцияларни таъминлаб турувчи коферментлар (кофакторлар) таркибида ҳам бўлишади.

Физик ва химиявий хоссаларига кўра витаминлар иккита катта гуруҳларга бўлинадилар. Биринчи гуруҳга В гуруҳ-, С ва Р витаминлари сингари сувда эрийдиган витаминлар кирадилар. Улар ўзларининг иссиқлик таъсирига чидамсизлиги, ишқорий шароитда осон парчаланишлари ҳамда нордон шароитларга чидамлилиги билан ажралиб турадилар. Бу гуруҳ витаминлари организмда йингилиб қолмайдилар.

Иккинчи гуруҳга А, Д, Е, К, Q ва F сингари ёғда эрувчи витаминлар киритилиб, улар ўзларининг иссиқликка чидамсизлиги билан бир қаторда ишқорлар ва кислоталар таъсирига турғунлиги билан белгиланадилар. Улар организмда йингилиб қолиш хусусиятларига эга бўлиб, бу ҳолат гипервитаминозларга олиб келиши мумкин.

Витаминларга яна бир гуруҳ биологик фаол моддалар ҳамда витаминсимон моддалар ҳам кирадилар. Пангам кислотаси (В₁₅ витамини, метил-метнионин-сульфоний - U витамини), холин, биотин, инозид, липой кислотаси (N витамини) ва х.к.з.

Организм тўқималарида моддалар алмашинувиغا турли йўллар билан таъсир килишлари ҳамда токсик таъсирларининг ниҳоятда камлиги витамин препаратларини педиатрия амалиётида кенг қўлланиш имкониятларини яратади.

Витамин препаратлари билан даволашни бошлашдан аввал болалар организмнинг витаминларга бўлган эҳтиёжи катталарникига қараганда анча балеанд эканлигини эсда тутиш лозим. Бундай вазият болаларда ўсиш ва ривожланиш жараёнларининг жадаллиги туфайли моддалар алмашинуви жараёнларининг тезлашуви ҳисобига юзага келади.

Шунингдек бола бўйи ўсишининг тезлашуви, тишларининг ёриб чиқиши ёки сут тишларининг доимий тишлар билан алмашинуви ва балогат ёши сингари бола ҳаётининг маълум даврларида ҳам витаминларга нисбатан эҳтиёж ортиб, нисбий гиповитаминоз ҳолатлари ҳам келиб чиқишлари мумкин.

Шу билан бир қаторда яна болаларда овқатланишнинг бузилиши (айниқса сунъий усудда озиклантирилаётган болаларда), энтерокалит, гепатохолецистит, дисбактериоз ва мальабсорбция синдроми сингари ошқозон-ичак ва гипотобилиар тизим касалликларида ҳам эндоген гиповитаминозлар ҳолати ривожланиши мумкин.

Чақалокларда эса гиповитаминозлар В гуруҳ витаминларнинг синтезида иштирок этувчи микроорганизмларнинг йўқлиги ҳамда жигар функционалфаолиятининг ноестуклиги туфайли ҳам келиб чиқади. Масалан, гепатобилиар тизим касалликларида кўпроқ кузатилади. Болаларда гиповитаминоз ҳолати катталарга нисбатан анча осон ва тезроқ ривожланади.

А ГИПОВИТАМИНОЗИ.

А Витамини – ретинол организмда қуйидаги биологик вазифани бажаради:

- 1) тўр пардада кўрув пурпурини нормал миқдорда сақлаб туради;
- 2) терининг трофикаси- озикланишини таъминлайди ва бошқаради;
- 3) моддалар алмашинувининг айрим турларини бошқариб боради.

Шу билан бир каторда А витамини антигистамин хусусиятга ҳам эга бўлиб, хужайра ва гуморал реакцияларни яхшилайти. У нормал ва физиологик холатларда ошқозон ичак трактида тўлалигича сўрилади ва жигарда сақланади.

Клиникаси. А гиповитаминозининг дастлабки белгиларидан бўлиб терини қуруқлаши ва пўст ташлаши, сочининг қуруқлиги унинг ва тирноқларнинг синувчанлиги ҳисобланади. Гўдак ёшдаги болаларда дерматитлар ва бичилишлар эрта пайдо бўлиб, йирингли касалликларга мойиллик ортади. Патогномик белгилардан бўлиб шиллик қаватларда эрозиялар, конъюнктивитлар, блефаритлар, стоматитлар ва ичаклар шиллик қаватлари эпителийсининг ўзгаришлари ҳисобланади.

Қоронғуликка мослашув жараёнларининг бузилиши А витамин этишмовчилигининг энг асосий белгиларидан бири бўлиб ҳисобланади.

А авитаминози оғир патологиялардан бири бўлиб, шапқўрлик; кератит,- ксероз,- ксерофтальм,- кератомалация пайдо бўлиши билан белгиланади. А витамини унинг қондаги миқдори 0,7 мкмоль/л -, каротин эса 1,5 мкмоль/л гача, тушиб кетади. Қоронғуликка мослашув қийин кечади.

Даволаш. А витамини кўпинча хайвон маҳсулотларида сақланади. Унинг манбаларидан бўлиб сариёғ, тухум сариғи ва жигар ҳисобланади. А витамини айникса, треска балиғи ва кит, морж ва тюлен сингари денгиз хайвонлари жигарида кўп сақланади. А витамини ўсимлик маҳсулотларида деярли учрамайди. Бирок, ўсимликлар А витамининг провитамини бўлган каротинни кўп сақлайди. Одам организмда Д витаминига айланади. Бундай ўсимликлар гуруҳига сабзи, салат, кўк пиёз, отқулоқ, қизил гармдори, қорағат, шафтоли, ўрик ва х.к лар кирати.

А витамининг профилактикаси. А витамининг профилактик дозаси боланинг вазнига қараб 400 дан 1000 мкг ни ташкил этади. Даволаш дозаси қунига 1000-5000 ХБ дан иборат. Ретинол ацетатнинг дрозаси 3300-0,00114 г А витаминини сақлайди.

К ВИТАМИН ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Организмда К витамин қон ивиши жараёнида фаол қатнашади. Жигарда К витамин протромбин, проконвертин ва IX факторни актив формаларини ҳосил бўлишида иштирок этади. К витамин асосан ингичка ичакда сўрилади. Қонда альбумин ёрдамида барча аъзо ва тўқималарга боради ва у ерда активланади. Витамин К етишмовчилиги кам учрайди, чунки озик овқат маҳсулотларида етарли миқдорда бўлади. Бундан ташқари бу витамин ичак микрофлораси ёрдамида ҳам ҳосил бўлади. Витамин К етишмовчилиги сурункали энтерит,- мальабсорбсия синдроми,- гепатитлар ва антибиотикларни узок вақт олиш оқибатида юзага келади.

Клиник белгилари:

Витамин К етишмовчилиги эххимоз, гематома ва бурундан қон кетиши билан характерланади. Петехиал тошмалар тери ва шиллик қаватларда кузатилмайд. Бойлагич, чимчилаш ва Кончаловский симптомлари манфий бўлади. Витамин К гиповитаминозида қонда протромбин миқдори 70% камаяди.

Даволаш:

Витамин К етишмовчилиги оқибатида қон кетиш юз берганда бирданига 0,5-1,0 мл 1% викасол эритмаси тайинланади. Кейинчалик 3-4 кун давомида кунига 3 мартадан 0,003 – 0,01 дозада буюрилади.

Е Витамини етишмовчилиги.

Е Витамини – токоферрол, антиоксидант хусусиятига эга бўлиб гем ва гем сакловчи ферментларни кучайтиради.

Клиник белгилари: Е Витамини етишмовчилигининг клиник белгилари кам учраб кўпинча мальабсорбция ва стеатореяда кузатилади. Токоферрол етишмовчилиги айниқса чақалоқларда кузатилади, чунки у йўлдош оркали ўтиши кам ўтади. Е витамини етишмовчилиги оқибатида гемолитик анемия, кўришни бузилиши ва чақалоқларда тўсатдан ўлимга олиб келиши мумкин.

Болаларда Е витамини нинг миқдори гиповитаминоз ҳолатида 6 мг/л дан камаяди.

Даволаш:

Е витамини етишмовчилигини даволашда витамин Е 10 мг/сут, чала тутилган болалар учун 25-50 мг/сут қудланлади.

В₁ ВИТАМИН ЕТИШМОВЧИЛИГИ.

В₁ витамини (тиамин) ферментлар таркибида бўлиб, углеводлар алмашинувида иштирок этади ва кетокислоталарни оксидлаш жараёнини таъминлайди, кокарбоксилаза молекуласини асосий қисмини ташкил этади.

Она сutiда унинг камлиги ёки кўпсуюклик истеъмол қилганда (сут, чай) келиб чиқади, чунки бундай ҳолатларда диурез орташи билан унга пропорционал ҳолатда тиамин организмдан чиқиб кетади. Антибиотиклар ва сульфаниламидлар қабул қилганда ҳам витаминларни актив сўрилиши сусаяди ва гипо авитаминозларга олиб келади.

Тиамин етишмовчилиги трикарбон кислотаси циклидаги ферментлар (глюкозани ўзлаштирилишида қатнашадиган пирозум ва альфа-кетоглутар кислотаси), бузилади, натижада глюкозани ўзлаштирилиши камаяди, АТФ ҳосил бўлиши пасаяди. Бу эса ўз навбатида миокарднинг қисқариш фаолиятини бузилиб, юрак аритмияси келиб чиқади; пирозум ва сут кислоталар миқдори ортади, яъни метаболик ацидоз ривожланади, ошқозон ичак тизимида овқат ҳазмида иштирок этадиган ферментлар ҳосил бўлиши камаяди, натижада ошқозон ав ичаклар атонияси вужудга келади (ацетилхолин синтизи пасайиши ҳисобига). Бунинг оқибатида болаларда анорексия, тана вазни камайиб гипоторфия ривожланади, ошқозон ичак тракти тизими функцияси издан чиқади (атоник кабзиятлар, ёки ич кетиш, қайт қилишга мовиллик, пилоростеноз туфайли қусиш), безовталиқ, кўзгалувчанлик, шиллик қаватларининг қизариши, чаври (молочница), мускул гипотонияси, бош лиқиллаш симптомлари юзага келади.

ВИТАМИН В₂ ЕТИШМОВЧИЛИГИ.

Витамин В₂ (рибофлавин) углевод ва ёғ алмашинуви жараёнида қатнашади, кўзни кўриш фаолиятини нормаллаштиради, гемоглобин синтезида муҳим аҳамиятга эга.

Клиник белгилари:

Болаларда рибофлавин етишмовчилиги ошқозон ичак тизимидан секин сўрилиши, турли хил энтеритлар, инфекцияга қарши воситалар (антибиотиклар, сульфаниламидлар), дисбактериоз, жигар функциясининг бузилиши, оксил алмашинувининг бузилиши, оксил компонентларини етарли ҳосил бўлмаслиги оқибатларидан сўнг келиб чиқади.

В₂ гиповитаминоз оқибатида нафасни бузилиши ва кам вазнликга олиб келувчи тўқималардаги синтез жараёнларини, буйрак каналчалари функциясини бузилишига, анемияга, инфекцияга қарши носпецифик резистентликни пасайишига, ичакларда сўрилиш жараёнларининг ёмонлашиши, бадбўй ҳидли ич кетишларга сабаб бўлади.

Озиқ маҳсулотларда В₂ витамин ни камлиги гиповитаминозга олиб келиб, тана вазнини ва кўриш қобилиятини пасайтиради, ёриқдан куркин, конъюктивитлар, кератитни чақиради. Лаблар касалланиб бурчакларида ёрилиш,- бичилишлар ва лаблар бирлашадиган чизикда тук кизил чизик ҳосил бўлади. Глосситлар (тил тўқ кизил, силлиқ, ялтироқ, сўрғичлари атрофияга учраган) ва стоматит вужудга келади. Бурун лаб оралиқ чизигида себореяли дерматит, юз ва ковокни кепакланиши юзага келади.

Рибофлавинни қуллаш бу ҳолатларни олдини олади. Айниқса кам вазнлик, гипохром анемия, дисбактериозларни даволашда муҳим аҳамиятга эга. Бундай ҳолатларда рибофлавин ўзи порошок ҳолида кунга 1-2 мг дан буюрилади. Гипоксия ҳолатларида, юрак етишмовчиликларида рибофлавин-моноклиодит 0,05% эритмаси мускул орасига ёки вена ичига 1-2 мг дан юборилади. Бу препарат эритмаси ёруғликда активлигини йўқатади, шунинг учун томчилаб флаконда юборилаётганда кора коғозда ураб қўйиш лозим бўлади. . Бу витамин етишмовчилигида бола организмда сийдик билан В₂

эксcreцияси суткасига 100 мкг дан, соатлик сийдикда эса 10 мкг дан паст бўлади.

В₆ ВИТАМИН ЕТИШМОВЧИЛИГИ

В₆ витамини (пиридоксин) ўсимлик ва хайвон маҳсулотларида сақланади. Йўгон ичак микрофлорасида ва микроорганизмларида ҳосил бўлади. Пиридоксин рангсиз кристал порошок бўлиб, сувда, спиртда яхши эрийди, эфир билан хайвон ёғи эритмаларида эримайди. Бу витамин оксил алмашигуви бошқарилишида муҳим ўрин тутди. Хужайра мембраналарида аминокислоталар транспортида иштирок этади. Пиридоксин кон ишлаб чиқаришларга ва иммунитетларга яққол таъсир этади. У эритропоэз, лейкопоэз ва гемоглобин биосинтезини кучайтиради, организмни нонспецифик реактивлигини фаоллаштиради. Пиридоксин ошқозонни кислота ҳосил қилиш функциясини ва жигардан ут ажратиш функциясини кучайтиради. Жигар патологияларида унинг функцияларини нормаллаштириб туради, ошқозон ости безининг инсулин ишлаб чиқариш функциясини кучайтириш йўли билан қондаги қанд миқдорини камайтиради. Рахитда модда алмашинуви бузилишларини олдини олади, фосфор кальций алмашинувини, жигарнинг гликоген ҳосил қилиш ва антитоксик функциясини бошқаради.

Даволаш. В₆ витамини гиповитаминозини даволашда 0,0006-0,01 дозада кунга 4 марта буюрилади. Тутқонок кузатишганда 0,5% эритмасидан 2 мг мушак орасига В₆ витамини юборилади.

В₁₂ ВИТАМИН ЕТИШМОВЧИЛИГИ.

В₁₂ витамини организмга хайвонат маҳсулотлари билан бирга тушади. Йўгон ичакдаги микроблар ва микроорганизмлар томонидан синтезланади. В₁₂ витамин организмга овқат билан тушганда гликопротеид ("ички фактор" Кастла) бирикиб, ошқозон шиллик қаватидан ажралиб, ушбу комплекс ичаклар орқали сўрилади. "Ички фактор" бўлмаганда Витамин В₁₂ ичакларда сўрилмайди. Цианокобаламин трансметилланиш, водородни ташаниш, метионин синтезини активлаштириш реакцияларида қатнашади. Синтезини активлаштириб, организмда протеинни тўпланишига олиб келади, анаболик

таъсир этади, бола ўсиши ва ривожланишини тезлаштиради. Цианокобаламин организмнинг иммунологик реактивлигига таъсир этиб, оксил алмашинувини кучайтиради. Цианокобаламиннинг кон хосил қилувчи органларни бошқаришида муҳим ўрни тутади. У эритропоэз жараёнида пўрни, пиримидин хосиллари, пукленн кислота синтезида қатнашиб, эритроцитларда сульфидрил гуруҳидаги бирикмаларни тўпланишида фаол қатнашади. Ундан ташқари цианокобаламин лейкоцитларнинг фагоцитар активлигини, ретикулоэндотелиал тизимини оширади, кон зардобда бактериоцид таъсир қилиш хусусиятиги эга.

Болаларда ичак дисбактериози,- ленталик гижжа инвазияси,- целиакция, В₁₂ витамини етишмовчилигини келтириб чиқарувчи сабаблардандир. В₁₂ витамин етишмовчилигини клиник белгиси бўлиб тери ва шиллик пардаларни, склерани сарик тусли рангпарлиги,- талоқнинг катталашуви, - тил сўргичларини атрофияси билан кечувчи глоссит ҳолати билан ифодаланади. Қонда мегалобластик силжиш нормабластик эритропоэзин бутунлай йўқотиши билан кечувчи макро ва мегалоцитар гиперхром анемия аниқланади. Анемия гиперре генератор характерда бўлади.

Болаларда гиперрегенератор анемия ҳолатини даволашда 500-100мкг дозада В₁₂ витамини қўлланилади, мегалобластик анемияда 200мкг юбориб даволанади, давомийлиги индивидуал бўлади

НИКОТИН КИСЛОТА ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Никотин кислота (РР витамини) ферментлар комплексига кириб, кислород ташиғи ва оксидланиш-қайтарилиш жараёнларида қатнашади. РР витамини углеводлар, оксиллар ва ёғлар алмашинувини тезлаштиради.

Никотин кислота етишмовчилиги аниқ клиник белгилар билан кечувчи “пеллагра” касаллиги номини олган. Касалликнинг ўзига хос учлик белгиларидан дерматит,- диарея,- деменция- хисобланади. Болалар организмда РР витамини етишмовчилигини доимий симптоmidан бу хлорид кислотанинг ва пепсиннинг ошқозон ширасида ва ичак

ферментларида камайиб кетиши билан боғлиқдир. Гўдак ёшдаги болаларда асаб тизими функциясини бузилиши депрессия,- кетотония,- анемия билан характерланади. Мактаб ёшидаги болаларда эса астения,- харакат қилишига тобламаслик,- тактил оғриқ,- сезувчанликни бузилиши -ва пай рефлексларни сўниши - кузатилади, эслаш қобилияти- ва кўриш-кучсизланади ва деменция- кўринишини олади.

РР витамини етишмовчилигида сийдик билан — МНА (метилникотинамид) ажралиши секинлашади (кунига 4 мг дан кам), ишончлироқ бўлиши учун бир неча кун никотин кислота ёки никотинамидни зарбдор дозаси берилади. Соғлом одамлар 10 мг никотин кислотани зарбдор дозасини 20-30%ни сийдик билан ажратадилар. РР гиповитаминозга учраган одамларда бу кўрсаткич сезиларли пасаяди.

Никотин кислота (витамин РР)нинг триптофандан ҳосил бўлишига карамай (организда витамин В 6-пиридоксин етарли бўлишига карамай) гиповитаминоз РР чақалоқларда ичаклар стериллиги туфайли (витамин ичак микрофлорасида ҳосил бўлади), энтеритларда,- ичаклардан сўрилишни бузилиши,- антибиотиклар тавсия қилинганда,- овқаттаркибида лейциннинг кўпбўлиши, жигар функциясининг бузилиши, оқсил алмашинувнинг бузилишларида кузатилади. Чақалоқларда гиповитаминоз ошқозон ичак тизими бузилиши натижаларида ич кетишларга олиб келади. Никотин кислота препаратини юбориш орқали 24 соат ичида бартараф қилиш мумкин. Гўдак ёшдаги болаларда РР гиповитаминози афтоз ёки ярали стоматитга,- сургичлари яссиланган, “лакланган” тил,- ошқозон ва ичакнинг атоник ҳолатига,- вазн қушилишини камайишига,- терининг қуриклашишига сабаб бўлади. Никотин кислота кам вазникни даволашда, айниқса инфекцион ҳолатларни ўтказганда ишлатилади. Никотин кислота тўқималардан гистомин ажралишини, кинин тизимини активлаштириб, тўқималарда микроциркуляцияни яхшилайти, шунинг учун гипоксияларда ва кон айланиш бузилишларида қулланилади. Никотин кислота фибринолитик

тизимни фаоллаштиради, шунинг учун уни фибринли тромбларда, ДВС синдромларда кулланилади. Никотин кислотани огиз орқали 2-3 мг дан берилади.

В₅ Витамини (кальций пантотенат)

В₅ витамини (кальций пантотенат) углевод ва ёғ алмашинувида ҳамда ацетилхолин синтезида катнашади. У ичакда калий ионлари, глюкоза, Е витамини ва бошқа витаминларнинг сўрилиши учун зарур. В₅ витамини етишмовчилиги тажанглик,- тез чарчаш- ва парезтезиялар- билан характерланади. Бармоқлар, тавон ва болдирларда жизиллаш хисси асосий ўрин олади. Айрим холларда тутконок тўтиб буйрак усти бези фаолияти етишмовчилиги кузатилади. Гиповитаминоз Витамин В₅ конда пантотенат кислота миқдори 30 мкг/л дан кам бўлади. Пантотенат кислота оксил, ёғ, буйрак усти бези гормонлари синтезида, углерод алмашинувини бошқаради ва нерв рефлектор механизмларини тиклагани учун болаларда овкатхазм қилиш, нерв системаси ва нафас системаси касалликларида кулланилади. Кушлик дозаси 0,2-0,45 гр. 0,1 – 0,05 гр. 1-3 ёшда; 0,1-0,2 гр. 3-14 ёшда кальций пантотенат ичиш учун 2 маҳал берилади. Даволаш курси 3-4 ойни ташкил этади. 20% эритмаси парентерал ббуюрилади. Юқори нафас йўллари касалликларида 4% эритмаси аэрозол кўринишида 7-8 кунга буюрилади.

Р ВИТАМИНИ ЕТИШМОВЧИЛИГИ.

Бир канча моддалар Р гуруҳга кирувчи витаминлар биофлавоноидлар бўлиб, капиляр томирлар девори морфофункционал холатига таъсир кўрсатади.

Флавоноидлар кимёвий тўзилиши – 2,3-дегидрофлавоон бўлиб углевод компонентлари билан боғланган бўлади.

Р-витамин хусусиятига эга бўлган, анча фаолроқ флавоногликозидларга рутин, гесперидин ва эриодиктин кирди, Катехининлар ҳам Р-витамини хусусиятларига эга бўлиб хисобланади.

Рутин сувда яхши эримайдиган, очсарик рангдаги кристал порошокдир. Рутин организмга ўсимлик маҳсулотлари билан тушади. Витамин Р препаратларининг биологик хусусиятлари улар оксидланиш ва кайтариллиш процессларида катнашадилар. Р витамини антигипоксик хусусиятга эга бўлиб, тўқима озикланишини таъминлайди. Рутиннинг таъсир этиш механизмида антиоксидант хусусияти муҳим ўрин тутиб, аскорбин кислота ва адреналинни оксидланишдан химоя қилади. Глюкуронидаза активлигини сусайтириб тўқималардаги глюкурон кислотани парчаланишдан сақлайди. Шу билан бирга жигар ферментлари ва ўт ажралишини тезлаштиради.

ВИТАМИН С ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Аскорбин кислота (С витамини) жуда кўп миқдорда ўсимлик маҳсулотларида ва камроқ хайвон маҳсулотларида бўлади. Одам организми аскорбин кислота ишлаб чиқариш хусусиятига эга эмас. Аскорбин кислота аминокислоталар метаболизмида катнашади, коллаген системани бошқариб бошқа факторлар билан биргаликда нормал томир ўтказувчанлигини таъминлайди. Бу эса, ўз навбатида витаминнинг яллиғланиш процессини шаклланишида ва капиллярропатияда антигеморрагик фактор сифатида муҳим ўрин тутди. Аскорбин кислота ферментлар активлигига ҳам таъсир қилади, баъзилари (каталаза, эстераза ва х.о.) активлашади, баъзилари эса (уреаза, бетта-амилаза) тормозланади.

С витамини кислород транспортида қатнашиб, фолиевой кислотани фолинга айлантиради, қон ҳосил бўлишини активлаштиради, организм иммунологик реактивлигини оширади, лейкоцитларнинг фагоцитар функциясини яхшилади, қоннинг бактериоцид хусусиятини, жигарнинг оксид-асос ҳосил қилиш ва антитоксик хусусиятини активлаштиради.

Болаларда С гиповитаминози кўшимча астеник синдромидек кечади. Шу билан бирга беморларда ангиодистрофик ҳолат юзага келади: енгил шикастланиш оқибатида капиллярлар ёрилади, экхимозлар пайдо бўлади. Мактаб ёшидаги болаларда кучли бўлмаган инфилтратсия,- милкларни

конаши,- тишни тозалаганда конаши,- кўкимтир доғларни бўлиши билан характерланади. Юрак қон-томир аъзолари функцияси етишмовчилиги пайдо бўлади, яъни юрак соҳасида оғриқ,- тахикардия,- бекарор пульс-билан характерланади.

С гиповитаминозида - С витаминини плазмадаги миқдори 0,006 г/л, суткалик сийдикда 0,005 гр.дан кам бўлади. Рентгенограммада найсимон суякларни тиниклиги кучаяди, суяк устунлари юқалашган, деструкция ва периостал калцификатлар кўринмайди

С гиповитаминози ни даволаш тартиби, аскорбин кислотага бой бўлган озик овқатларни рационга киритишдан ва С витамини препаратларини 0,05-0,1гр.дан 2-3 маҳал кунига беришдан иборат.

Вазиятли масалалар

Масала 1

Бемор 11 ёш. Шикоятлари: бўшашишлик, кам қувватлик, тез чарчаш, шомда кўриш қобилятининг пасайиши кузатилади. Тери ранглари бироз оқарган, қуруқшаган. Тери ости ёғ қатлами ўртача ривожланган. Боланинг жисмоний ривожланишлари меёрида. Ички аъзоларда ўзгаришлар йўқ. Сизнинг хулосангиз?

1. Е Гиповитаминози
2. Д гиповитаминози
- * 3. А Гиповитаминози
4. С гиповитаминоз
- 5 РР гиповитаминози

Масала 2

Бемор 8 ёш. Шикоятлари: бўшашишлик, тез чарчашлик, иштаҳасини пасайиши, милкларини конаши. Тери ранглари бироз оқарган, қуруқшаган. Терида уриб олган жойларида петехиал тошмалар мавжуд. Оғиз шиллик қаватлари кизарган, милклари шишган, тиш чўткаси билан ювганда қўп қонайди. Тери ости ёғ қатлами ўртача ривожланган. Боланинг жисмоний ривожланишлари меёрида. Ички аъзоларда ўзгаришлар йўқ. Сизнинг хулосангиз?

1. Е гиповитаминози
2. Д гиповитаминози
3. А гиповитаминози
- *4. С гиповитаминози
5. РР гиповитаминози

Тестлар:

1. Ёгда эрувчи витаминлар гуруҳини кўрсатинг:

- *1. Ретинол, токоферол, эргокальциферол
2. Ретинол, рибофлавин, токоферол
3. Рибофлавин, викасол, тиамин
4. Пиридоксин, эргокальциферол, ретинол

2. “А” витамин етишмаслигининг асосий клиник белгилари:

- *1. кератит, шабкўрлик, ксерофтальмия
2. кератит, дерматит, стоматит
3. шабкўрлик, гингивит, конъюктивит
4. дерматит, диарея, деменция

3. В₁₂ витамини етишмочилигида қайси касаллик ривожланади:

- *1. мегалобластик анемия
2. темир дефицит анемия
3. “нишондор” хужайрали анемия
4. микросфероцитар анемия

4. РР гиповитаминозига хос учлик клиник симптомлар:

- *1. Дерматит, диарея, деменция
2. Дерматит, гингивит, диарея
3. Стоматит, диарея, кератит
4. Анемия, дерматит, конъюктивит

5. Қайси витамин организмда кальций-фосфор алмашинувини бошқаради:

- * 1. эргокальциферол
2. ретинол
3. токоферол
4. викасол

6. Қайси витамин етишмовчилигида гингивит, терида геморрагик тошмалар, мусбат чимчилаш симптоми кузатилади

- *1. С витамини
2. А витамини
3. В₁ витамини
4. В₂ витамин

7. Сувда эрувчи витаминлар гуруҳини кўрсатинг:

*1. Рибофлавин, тиамин, пиридоксин

2. Ретинол, токоферол, эргокальциферол

3. Ретинол, рибофлавин, токоферол

4. Пиридоксин, эргокальциферол, ретинол

8. Қайси витамин етишмовчилигида мегалобластик анемия ривожланади.

* 1. В₁₂ витамини 2. С витамини 3. РР витамин 4. В₁ витамин

9. Куйдаги кўрсатилган витаминларнинг қайси бири кон ишлаб чиқаришда фаол иштирок этади:

* 1. Цианкобаламин 2. Рибофлавин 3. Ретинол

4. Эргокальциферол 5. Кобавит

10. В₁₂ витамини етишмовчилигида қайси касаллик ривожланади:

* 1. мегалобластик анемия

2. темир дефицит анемия

3. “нишондор” хужайрали анемия

4. “ўроксимон” хужайрали анемия 5. микросфероциттар анемия

ГЎДАК ЁШДАГИ БОЛАЛАР СЕПСИСИ.

Сепсис - бу организмнинг умумий инфекцион касаллиги бўлиб, касаллик кўзгатувчиси йирингли ўчоқлардан конга ўтиб, умумий ва маҳаллий оғриқ чакирувчи симптомлар йиғиндисини келтириб чиқаради.

Сепсис гўдак болалар орасида энг кўп учрайдиган касаллик бўлиб, ўзига хос клиник манзара билан кечади. Хозирги вақтда сепсис касаллиги чақалоқ ва гўдак болалар ўлимининг асосини ташкил этадиган касаллик деб ҳисобланади. Бу касалликнинг бундай кўп учрашига сабаб, чақалоқларда стафилакоккларга қарши антитоксинли иммунитетнинг пастлигидир.

Сепсис ва йирингли септик касалликларни кўзгатувчиларига биринчи навбатда стафилококклар, лекин охириги йилларда грамм манфий флоралардан кўк йирингли ва ичак твёкчалари сабаб бўлмоқда. Баъзи

муаллифлар фикрича сепсис касаллигини бактериялар, респиратор вирус инфекциялари биргаликда келтириб чиқаради ва бу касаллик оғир кечади, ҳар хил асоратларга сабаб бўлади. Инфекцияланиш бола ҳаётининг биринчи кунлари содир бўлади, баъзан туғруқ пайтида ифлосланган хомила олди сувларини, шилликларни хўлаб қўйиши натижасида инфекцияланади. Она хомиладорлик пайтида инфекция касалликларни бошидан ўтказган, сурункали инфекция, экстрагенитал касалликлари, туғруқ пайтида туғруқ жараёнининг чўзилиши, узоқ вақт сувсизлик даври кузатилса ҳам боланинг инфекцияланишига олиб келади, баъзи ҳолларда стафилакоккларни ташиб юривчи ходимлар ҳам инфекция манбаъси бўлиш мумкин. Чақалоклар сепсис касаллигининг ривожланиш омилларидан бири бўлиб чала туғилиш, калла ичи туғруқ травмаси, хомила ўсишининг орқада қолиши, сурункали гипоксиялар ҳисобланади.

Чақалоклар ҳаётининг биринчи уч ойлик даврида инфекцияни кириш дарвозаси бўлиб асосан киндик ва киндик қолдиги ҳисобланади. Киндик сепсиси одатда энг кўп тарқалган бўлиб 70% ни ташкил қилади.

Иккинчи ўринда инфекциянинг кириш дарвозаси бўлиб, тери ҳисобланади. Сепсис касаллиги ривожланишида энг хавfli бўлиб тери жароҳатланиши ва унинг инфекцияланиб қолишидир. Агар яра каллада жойлашса калла суяги остеомиелити вужудга келиши мумкин. Стафилакокклар жароҳатланмаган нафас йўллари шиллик қавати, меъда ичак йўллари, конъюнктива орқали ҳам тарқалиши мумкин. Баъзи вақтларда кириш дарвозаси аниқ бўлмай қолади, ундай пайтларда криптоген сепсис деб айтилади.

Патогенези. Чақалоклар ва чала туғилган болалар ўртасида сепсис касаллигини кўп тарқалишига сабаб эпителиал ва эндотелиал барьернинг морфологик ва функционал етилмаганлиги, бактериялар ва уларнинг токсинлари организмга кириб жараёни тез тарқалишига имкон беради. Чақалоклик даврида инфекцияга берилувчанлик хусусиятининг юқорилиги айниқса, чала туғилган болаларда иммун системанинг етарли эмаслиги,

гипогаммаглобулинемия, иммуноглобулин А нинг бўлмаслиги, ҳаётининг биринчи 3 ойлигида эса иммуноглобулин Ж нинг кўпроқ синтез қилаолмаслиги, йўлдош орқали антителоларнинг кўпроқ ўтмаганлиги туфайли уларнинг миқдори қонда тез камайиб кетади. Натижادا бир қанча орган ва системалар фаолияти - биринчи навбатда юрак қон-томир системаси, нафас ва бошқа органларнинг функцияси издан чиқади.

Стафилакокклар ва стрептококклар токсинлар ва лизинлари (нейротоксин, гемотоксин, некротоксин ва бошқ.) ажралиб хужайра мембранасига, қобилларига токсик таъсир кўрсатади. Натижادا некротлар ва йирингли жараён каби асоратларни келтириб чиқаради.

Чақалоқларда ва эрта ёшдаги болаларда табиий иммунитет анча паст бўлади, буни лейкоцитларнинг фагациттар активлигининг сустлиги, гамма-глобулинлар миқдорининг камлиги, препердин, лизоцим, комплементлар титрининг пастлиги исбот бўла олади. Бу ёшдаги болаларнинг сепсис билан кўп оғришига сабаб бўлиб, бола реактивлигининг пастлигидир. Шунинг учун чақалоқлар ва эрта ёшли болаларда стафилакокк ва бошқа инфекцияларга қарши химоя механизмлари етарли бўлмайди. Онадан олган пассив иммунитет йирингли инфекциялар билан қурашни учун етарли бўлмайди. 3 ёшгача бўлган болаларда антителолар ҳосил бўлиши чекланган бўлади. Бола ҳаётининг биринчи ойларида томирлар ялнғланиш компонентлари яхши ривожланмаган, иннервацион механизмлар морфологик ва тўзилиш жиҳатдан шаклланмаган. Шунинг учун ҳам бу ёшда кириш дарвозаси қандай бўлишидан қатъий назар касаллик ривожланиши мумкин.

Хулоса қилиб шунни айтиш керакки сепсис ривожланиши учун қучли бактеремия, бола организмнинг касалликка қарши қурашни қобилиятини пастлиги инфекцияни бутун организм бўйича тарқалишига сабаб бўлади.

Иммунология ривожлангач сепсис 2 хил - бирламчи ва иккиламчи эканлиги аниқланди. Иккала тури ҳам иммунодефицит асосида ривожланади. Клиникада сепсис касаллиги икки хил шаклда кечади.

Сепсис классификацияси

| Келиб чиқишига кўра: | Этиологиясига кўра: | Кириш дарвозасига кўра: | Касалликни кечиш вариантыга кўра: | Касаллик кечиши: | Касаллик даврига кўра: |
|-----------------------|--|--|---|---|--|
| Бирламчи иккиламчи | Стафилакоккли стрептококкли ичак твёкчаси кўк йирингли твёкча, вируслар ва бошқ. | Киндик яраси, тери, ўпка, ошқозони- ичак тракти ўрта кулок, криптоген | Септицеми к септикопи- емик, организм- даги хамма йирингли ўчоқлар. | Ўткир, ним ўткир, чўзилиб кечувчи | Бошлангич даври, авжга чиқиш даври, репарация, дистрофик |

Септицемия шакли бола ҳаётининг биринчи икки ҳафтасида ва чала тутилган чақалокларда ривожланади. Бунда юкори интоксикация бўлиши, касаллик оғир кечиши билан характерланади. Инфекциянинг кириш дарвозаси бўлиб киндик яраси ҳисобланади.

Септикопиемик шакли 2 ҳафталикдан каттарок бўлган болаларда ривожланади. Бу шаклда терида, суякда, бўғимларда, ўпкада, бош миёда пиемик ўчоқларнинг пайдо бўлиши билан ифодаланади. Пиемик ўчоқлардан ажралма экилиб ва касаллик этиологик омидини аниқлаш мумкин.

Касалликни кечиши ўткир (4 ҳафтагача), ним ўткир (2 ойгача), чўзилиб кечувчи (2 ойдан кўп) давом этади.

Касаллик даврига қараб бошлангич, авжга чиқиш, дистрофик ва репарация даврларига бўлинади.

Касалликнинг бошлангич даврида диагноз қўйиш жуда қийин бўлади, лекин тана вазнининг йўқолиб бориши, боланинг яхши эммаслиги, киндик ярасидан доимо ажралма чиқиб туриши, теридаги йирингли жараёнлар каби микросимптомлар сепсис касаллиги хақида фикр

юритишга ундайди. Агар сепсис касаллигининг клиник симптомлари аниқ ифодаланса сепсиснинг авжга чиққан шакли деб диагноз қўйиш мумкин. Сепсис касаллиги белгилари чўзилиб кетса дистрофик сепсис ҳақида фикр юритилиб, терапевтик тактикани яхшилаб ўйлаш зарур бўлади.

Сепсис клиникаси: Сепсис касаллигининг клиникаси ранг-барангдир. Шунинг учун касалликка баъзан баҳо тўла берилмай қолса, баъзан эса ортикча баҳо бериб юборилади. Энг биринчи пайдо бўладиган симптомлардар бири бўлиб боланинг бирданига эммай қўйиши, тана вазнининг камайиши, қайт қилиши ва қусиши, ичнинг бир хил бўлмаслигидир. Баъзан бола нотинч бўлиши, тана харорати субфебрилитдан то фебрилл рақамларигача кўтарилиши мумкин. Тери қатламлари рангпар, баъзан қулранг тусга киради, баъзан эса қизамик ёки скарлатина тошмалари сингари уртикар тошмалар кўринишида бўлиши мумкин. Боланинг қўл-оёғини диққат билан кўриш лозим. Агар бир қўл ёки оёқда ҳаракат кам бўлиб, ҳаракат қилганда йиғласа бундай ҳолларда остеомиелит ҳақида фикр юритиш мумкин.

Киндик ярасини ҳам яхши ўрганиш зарур: киндик қолдиги кеч тушиб ундан қон ва йиринг ажралмалари яъни қатарал ёки йирингли омфалит кузатилса, киндикдан 1-2 см атрофида, юқорида (вена) ёки пастида (артерия) қизариб қалинлашганлиги аниқланиши мумкин.



Расм 7

Касалликнинг септицемик шаклида йирингли ўчоклар бўлмайди. Бу шакли асосан оғир токсикоз аломатлари, юрак-томир, нафас, асаб системалари ва ошқозон-ичак трактининг зарарланиши билан кечади.

Объектив кўрганда юрак тонлари бўгиклашганлиги, артериал босим пасайганлиги аниқланилади. Жигар ва қора талок катталашади, баъзан тромбогеморрагик синдроми кўшилади. Касалликнинг бу шаклига диагноз киндикдаги маҳаллий яллиғланиш, теридаги ўзгаришлар ва қондан ажратилган қўзғатувчи туригак қараб қўйилади. Баъзан касалликка зотилжам кўшилади. Гўдак ёшидаги болалар сепсисда пневмонияни кўшилиши 60-70% ни ташкил қилади. Бунда пневмония иккиламчи аутоинфекция асосида ривожланиб, касаллик асосининг кечишини оғирлаштиради ва жиддий

асоратларга сабаб бўлади. Ўпкадаги жараёнлар икки томонлама бўлиб ўпка деструкцияси, абцессларни ривожлантириши мумкин. Баъзан жараён плеврага кўчади ва пневмо- ёки пиопневмоторакс ҳосил қилади. Шунинг учун ҳам сепсис касаллигида ўпкани рентгенологик усулда текшириш жуда катта аҳамиятга эга.

Сепсиснинг септикопиемик шаклида йирингли ўчоқларнинг бўлиши характерлидир. Касаллик ўткир бошланганда ҳарорат юқори бўлади, терида фурункулёз, абцесслар, йирингли мастит, омфалит, конъюнктивит, флегмоналар ва бошқа ўзгаришлар кузатилади.

Чакалоқларда некротик флегмоналар ривожланиши характерли белгилардан бири бўлиб ҳисобланади. У кўпинча бел-думгаза, курак ораларида, баъзан эса бўйин соҳаларида жойланади. Тери кескин кизарган, шишинкираган, пальпацияда оғриқли соҳалар пайдо бўлади ва улар тез катталаниб тарқала боради. Некротик флегмона юқори ҳарорат ва кучли интоксикация симптомлари билан намоён бўлади. Касалликнинг оқибати (яқуни) беморни шифохоналарга вақтида ётқизилишига, ўз вақтида комплекс даволашишига, тўғри жаррохлик ёрдам кўрсатилишига боғлиқ.

Кейинги пайтларда сепсис кечишида ярали некротик энтероколитлар ҳам кўп учрамоқда. Ярали энтероколитлар кўпинча беморнинг оғир аҳволи фонида киндик сепсисларида кузатилади. Бунда беморни ичи кетади, қусади, қорни дам бўлади, жигар ёки қораталоқ катталашади. Аҳлатда эритроцитлар, лейкоцитлар топилади. Яширин қонга синама натижаси ижобий бўлади. Ярали энтероколитларда яра ёрилиб, перитонит сингари асоратга олиб келиши мумкин. Перфорацияга тахмин қилинганда зудлик билан жаррохларга мурожаат қилиш лозим.

Сепсиснинг оғир кечишида юракда бактериал эндокардитлар сингари ўзгаришлар ҳам кузатилиши мумкин. Бу асоратлар кўпинча патолого-анатомик текширишларда аниқланилади.

Сепсис касаллиги септикопиемик шаклининг бир кўриниши бўлиб эпифизар остеомиелитдир. Касалликнинг бу шаклини кўпинча

стафилакоклар чакиради. Гўдак ёшдаги болалар орасида эпифизар остеомиелитни кўп учрашига сабаб суяк тўқимасининг ўзига хос АФХ-дир. Суяк тўқимасининг бўш, ғовоқ, қон-томирлар билан яхши таъминланганлиги, инфекцияга ўта сезгирлигидир. Эпифизар остеомиелит кўпинча сон, болдир, билан соҳаларида жойлашади. Баъзан жараён бўғимларга тарқалиб йирингли артритларни ҳосил қилади. Остеомиелитда биринчи кунлари маҳаллий симптомлар унчалик ифодаланмайди, интоксикация белгилари кўрилиб, ҳарорат 38-39 С кўтарилади, бола кўкракни олмайди, қусиши мумкин, ичи ўтади. Болани белаянда, актив ва пассив ҳаракатлар қилдирилганда бемор безовталанади. Зарарланган кўл ёки оёқда актив ҳаракатлар йўқолади. Бўғимлар соҳасида юмшак тўқималарнинг шишганлиги кўзга ташланади. Остеомиелит кўпинча сон суягининг проксимал эпифизида кузатилади. Бунда бемор оёғи тос-сон ва тизза бўғимидан буқилган бўлиб, ташқарига биров бурилган ҳолатда, актив ҳаракатлар кузатилмайди, пассивлари эса ўта оғриқли бўлади. Бўғимларда суюқликлар йиғилиши оқибатида оёқнинг нисбатан қисқарганлигини кузатиш мумкин. Кейинги пайтларда юқори жағ суяги, тос ва бош суяклар синғари ясси суякларда ҳам остеомиелит учрамоқда. Юқори жағ суяги остеомиелитига бурун-лаб учбурчагининг бир томонлама кизариши ва шишиб қолиши, бурун йўлларида йиринг ажралиши ва альвеола ўсимталари шиллик қаватларининг шиши характерлидир. Жараён тезлик билан кучая боради: кўзи юмилиб қолади, кўз коса клетчаткаси шиши ва инфильтрацияси оқибатида экзофтальм ривожланиши мумкин.

Йирингли менингитлар одатда асфикция ва мианинг туғилишидаги шикастлари билан туғилган чақалоқларда ва чала туғилган болаларда ривожланади. Чақалоқларда менингитнинг характерли белгиларидан бўлиб рефлексларнинг сусайиши, тери гиперэстезияси, жағ ва кўлларининг қалтираши (тремор), тизза рефлексларининг кучайиши, нистагм, энса мускулларининг таранглашуви ва талвасали қалтирашлар ҳисобланади. Орқа миёна суюқлигини текшириш менингитни аниқлашдаги асосий усулдир.

ДИАГНОСТИКАСИ.

Сепсис диагнозини анамнез кўрсаткичлари асосида ва организмнинг умумий реактив хусусиятларига қараб қўйилади. Бу ҳолат боланинг баъзан клиник манзараларнинг суст намоён бўлиши, пиемик ўчоқларнинг кам кўриниши, тўғри даволаса бу жараёнлар тез тузалиши билан аҳамиятга эга бўлади. Маҳаллий ўзгаришлардан ташқари бўшашишлик, бола фаоллигининг пасайиши, кўкракни яхши эммаслиги, тана вазнини камайиб бориши, диспнептик ҳолатларни кузатилиши, тери қатламларининг оқариб, борган сари сарғич тус олабошлаши диагноз қўйишда катта аҳамиятга эгадир.

Сепсис диагнозини аниқлашда лаборатор текшириш натижалари ёрдам беради: периферик қон таҳлилида анемия, лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, ЭЧТ ни тезлашуви. Бу белгилар айниқса пиемик шаклларда яққол намоён бўлади. Қонни биохимик текширганда: диспротеинемия, С-реактив оксил мусбат, ДФА кўрсаткичлари, боғланган ва боғланмаган билирубин миқдорлари кўпайган бўлади.

Сепсис диагнозини қондан ва йирингли ўчоқлардан микробни ундириб олиш (бактериологик текширув) тасдиқлайди.

Сийдик таҳлилида буйракнинг сепсис туфайли зарарланган белгилари топилади: буйракнинг токсик зарарланиш - протениурия, пиелонефрит белгилари - протениурия ва лейкоцитурия ёки гломерулонефритнинг белгилари - протениурия ва эритроцитурия кузатилиши мумкин.

Гўдак ёшдаги болаларда сепсис диагнози қўйиш анча мушкул. Чунки уни бир қатор касалликлардан фарқлаш зарур бўлади. Ҳар хил этиологияли дистрофиялар, ошқозон-ичак йўллариининг туғма касалликлари, чақалоқлик давридаги сарислик ва ҳ.к.лар. диагноз қўйишда қийинчиликлар келтиради. Бунда фақат диққат билан йиғилган анамнез, болага инфекция тушганлиги белгилари ва бошқа қўшимча текшириш усуллар натижаларига асосан диагнозни ўрнатиш имконини бериши мумкин.

Даволаш. Сепсис касаллигини даволаш комплекс, этиопатогенетик олиб борилади.

Сепсис касалигини даволашнинг асосий тамонларидан бўлиб куйидагилар ҳисобланади:

- 1) касаллик кўзгатувчисига қарши курашиш;
- 2) иммунотерапия;
- 3) йирингли ўчоқларни тозалаш;
- 4) ДВС, септик шок сингари патологик синптомларни даволаш ва олдини олиш;
- 5) Моддалар алмашинуви бузилишларини даволашга қаратилган терапия;
- 6) Сепсис билан бирга келган ёндош касалликларни даволаш;

Дори-дармонлар асоратларининг олдини олиш ва даволаш.

1) Беморларни алоҳида боксларга, чала туғилган болаларни эса кувезларга жойлаш, палаталарни шамоллатиб туриш, соф ҳаводан фойдаланиш, ванналар қилишга катта аҳамият берилади.

2) Антибиотеклар дозаларини рационал (адекват) белгилаш.

Кичик тиббий ходимларни, бемор болаларни тўғри парвариш қилишга ва рационал овқатлантиришга ўргатиш зарур.

Антибактериал даволаш терапия. Инфекцион омилга қарата кураш куйида кўрсатилган қоидаларга амал қилингандагина етарли самара беради:

1) антибиотекларни тўғри танлаш, яъни касаллик кўзгатувчисига сезгирлиги юқори бўлган антибиотекларни қўллаш;

2) антибиотеклар дозаларини рационал (адекват) белгилаш.

Кўпчилик кўзгатувчиларнинг пеницилинга нисбатан сезгирлигининг камайишига қарамай, ҳозиргача ҳам пеницилин асосий антибиотеклардан бири бўлиб қолмоқда. Пенициллин дастлабки антибиотек сифатида қўллаш куйидаги ҳолатларда амалга аширилади: 1) пеницилинга сезгир бўлган кўзгатувчи топилганда; 2) тромбогеморрагик синдром (ёки ДВС синдром) мавжуд бўлмаганда; 3) интоксикациянинг енгил кўринишларида. Ҳар қандай ҳолатларда ҳам пенициллин бошқа антибиотеклар билан бирга қўлланилади.

Сепсиснинг оғир шаклларида, ДВС синдромининг клиник белгилари мавжуд бўлганида, этиологик омил аниқланмаган ва антибиотескограмма натижалари олинмаган ҳолатларда кучли таъсир доираси юқори бўлган антибиотеклар билан бошланади. Бундай антибиотеклар қаторига цефалоспоринлар ва аминоглюкозидлар киритилади.

Касаллик қўзғатувчисига қарши курашишда антибиотиклардан тўғри фойдаланиш катта аҳамиятга эга. Қўлланилаётган антибиотиклар рационал бўлиши ва бир нечасидан бир пайтда фойдаланиш лозим. Ҳар бир даволаш курси 7-10 кундан 12-14 кунгача бўлиб, сўнгра бошқа тури билан алмаштириш керак. Даволашнинг бошланишида антибиотикларни вена ичига жўнатиш мақсадга мувофиқдир. Бироқ, чала туғилган болаларга бу усулдан фойдаланишда эҳтиёт бўлиш зарур. Чала туғилган болалар буйрагининг ажратиш функцияси суст бўлганлиги учун антибиотикларни суткада 2-3 марта бериш лозим. Ҳозирги вақтда пенициллиннинг ярим синтетик ҳосилалари (ампициллин, оксамп, амоксиклаф, амоксициллин метициллин ва х.к.) биргаликда қўллаш кенг тарқалган. Карбенициллинни биргаликда қўллаш кўк йирингли твёкча чақирган касалликларда яхши самара беради. Остеомиелитларда линкомицидан фойдаланиш қўтилган натижаларни олиш мумкин. Грам-манфий флора чақирган сепсисларда гентамицин сингари аминогликозидлар қўлланилади. Клебсиелла чақирган сепсисда ампициллин яхши таъсир кўрсатса, кўк йирингли твёкча сепсисда цефалоспоринлар фойдали ҳисобланади. Аралаш инфекцияларда антибиотикларнинг бир нечасидан бир пайтда фойдаланиш зарур. Масалан: ампициллин билан аминогликозидлар, цефалоспоринлар билан яхши самара беради. Цефалоспоринлар гуруҳи ҳам сепсис касаллигида яхши самара беради.

Цефалоспоринларнинг II авлоди бўлган антибиотек цефотоксим натрий, III авлодидан цефтриаксон, цефтазедим, роцефин, цефсулодин, IV авлодидан цефепимлар аминогликозидлар билан биргаликда қўлланилади. Антибиотекларнинг даволаш курси (касалликнинг клиник

симптомлари ва лаборатор кўрсаткичлари яхшилангунга қадар) 4-8 ҳафтани ташкил қилади.

Антибиотиклардан узоқ вақт фойдаланилганда витаминларни буюриш ҳам талаб этилади: С вит. -200 мг, В₁, В₆, - 5-10 мг, В₅, В₁₅, РР ва ичаклар флорасини нормаллаштирувчи биопрепаратлар (линекс, бифидумбактерин, лактобактерин, дюфалак) ҳам қўлланилади.

Чақалоқларда инфузион терапия ўтказишнинг ўзига хос хусусиятлари бор. Бир мартаба бериладиган суюқлик миқдори етуқ туғилган чақалоқларда 15-20 мл дан, чала туғилган болаларда эса 10 мл дан ортмаслиги керак. Чақалоқларга в/ичига томчилаб бериладиган дорилар миқдори 30-40 мл/кг бўлиб, дақиқасига 6-12 томчидан юборилади ва 3-4 соат давомида томизилиши шарт. Узоқ муддат ичида инфузион терапия ўтказиш керак бўлганда веналарни катетеризация қилиш лозим. Венага катетер қўйиш суюқликни 4-6 марта бўлиб беришга имкон беради.

Регидратацион терапия одатдаги суюқликлардан бошланади ва антистафилококкли плазма ёки концентрацияланган бошқа суюқликлардан фойдаланилади. Шу билан биргаликда 0,1 мл/кг 2,5% пипольфен берилади. Регидратацион терапиядан аввал юрак-томирлар етишмовчлиги кузатилса юрак гликозидларидан 0,1 мл 0,06% коргликон эритмасидан венага юборилади.

Дегидратацион терапия мақсадида лазикс қўлланилади - 1мг/кг /сут 2-3 марта в/и томчилаб берилади. Буйрак етишмовчилигида ва анурияда диуретиклардан фойдаланиш мумкин эмас.

Иммуногенезни қувватлаш учун носпецифик иммуностимуляторлардан натрий нуклеинат 5-10 мг дан 3 марта кунига 3 ҳафта ичида берилади ёки пентоксилдан 15мг 3 маҳал кунига 10-15 кун давомида берилади. Левамизол (декарис) айирсимон без фаолиятини кучайтирувчи дори бўлиб ҳисобланади. У суткасига 2,5 г/кг дан 7 кун

давомида бериледи ва 7 кун танаффус қилинади. Сунгра хар ҳафтада 3-4 кундан бериб борилади.

Иммунотерапия мақсадидан яна томир ичига янги музлатилган қон зардоби, янги гепаринлаштирилган қон, иммуноглобулин препаратлари, лейкоконцентратлар, интерлейкин, интерферрон, тимик омиллар қўлланилади. Касалликни қўзғатувчиси аниқланганда антистафилакоккли антипротеин, антиклебсиелли, антикўк йирингли зардоб қўйилади.

Ҳамма иммун препаратларнинг ичида томир ичига қилинадиган иммуноглобулинлар алоҳида ўрин тутати. Бу препаратлар фагоцитоз хусусиятларини тиклайди, инфекцияларга қарши химоя қилади.

Ҳозирги вақтда қуйидаги томир ичига қилинадиган иммунопрепаратлар мавжуд: интераглобин, октогам, альфаглобин (иммуноглобин ДЖ бор), пентоглобин (таркибида иммуноглобин ДЖ,М). Буларнинг кундалик дозаси 500 дан 800 мг/кг, курс давомийлиги 3-6.

Организм химоя кучларини ортириш мақсадида гаммаглобулин кун ора 3-4 марта инъекция қилинади, иммуновенин 30-50 мл вена ичига томчилаб, Антистафилакоккли-гаммаглобулин 5-7антитоксин Б дан (А Е) бериледи. Касалликнинг оғир шаклларида эхтиёткорлик билан глюкокортикоидлардан фойдаланилади. ДВС нинг олдини олиш мақсадида бир мартага 100-120 /ЕД/кг дан 6 соатда в/и, м/о гепарин юбориш мумкин. Оғир ҳолатларда протеолиз ингибиторлари - контрикал, трасилол 10000-20000 ЕД 150 мл физ. эритмага қўшиб в/и га жўнатилади.

Ярали-некротик энтероколит ривожланганида облепиха мойидан 1чой қошиқдан 2 - 3 маҳал ичишга буюрилади ва бифидумбактерим бериш лозим.

Сепсис касаллигида антибиотиклардан ва бошқа дорилардан фойдаланиш организмни сенсбилизацияга олиб келади. Шунинг учун десенсибиловчилардан фойдаланиш керак: димедрол, супрастин, пипольфенлардан 2-3 ҳафта мобайнида қўлланилади.

Физиотерапевтик муолажалардан УФО, УВЧ, электрофарез ва бошқалар кенг фойдаланилади.

Профилактикаси: Сепсис профилактикаси аёллар консултациясидан бошланади. Хомиладор аёллар овқатлари етарли равишда оксилларга, витаминларга бой бўлиши, соф ҳавода кўп юришлари, вақтида дам олишлари лозим. Хомиладорлик вақтларида инфекцион касалликлар билан кам мулоқатда бўлиши, касал бўлиб қолса ўз вақтида врачга мурожат қилишлари ва ўз вақтида даволанишлари керак. Туғруқ уйларидаги ходимлар ўз вақтларида тиббий куриклардан ўтишган бўлишлари лозим. Ундан ташқари туғруқ пайтида асептик-антисептик қонун-қоидаларига риоя қилишлари лозим бўлади.

Вазиятли масалалар.

Масала 1

Ёш ота онадан етук туғилган чакалоқ. Туғилгандаги тана вазни 3850, бўйи 52 см, бош айланаси – 37 см, Апгар шкаласида 8/9 балл олган. Туғруқ вақтида онади ҳарорат $38,3-38,8^{\circ}\text{C}$ кўтарилиб, онада эндометрит борлиги аниқланган, антибиотик олган.

Болани кўкракка 1 суткадан сўнг қўйилган, ҳаётининг 2-чи куни озрок эмди. 3 кундан аҳволи ёмонлаша борди: бўшашишлик, гипотония қайт қилиш, қусиш пайдо бўлди. Она сутини сағиб бериш тайинланди. 4 кунининг охирида болада конъюнктивит топилди. Кейинги кунда эса қорин девори ён томонларида везикулопустулезлар пайдо бўла бошлади. Киндик қолдиги 6- кун тушиб, кейин намланди ва йирингли окма пайдо бўлди. 7 кундан иккиламчи тана вазни пасаябошлади.

Савол: қайси касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?

Қандай текшириш режаларини тузиш керак?

Масала 2

Эрта ёшли болалар бўлимига 2 ойлик болани онаси олиб келди. Анамнезидан она ҳомиладорлик пайтида гипертония фониди кечки токсикозни бошидан ўтказган, сурункали пиелонефрити қайталанган, текширувда протея топилган ва микробга қарши антибактериал даволанган.

Тугруқда: тугруқ фаолияти суст кечган, тугруқнинг 2-чи даврида ҳомила гипоксияси кузатилиб, тугруқ 1 саоту 50 минут давом этган.

Онанинг сўзидан бола яхши эммади ва эмганини оз-оздан қайтарди. Сўнг она врачга мурожаат қилди.

Боланинг кўрув вақтидаги аҳволи оғир, бола ўта бўш, тери қаватлари оқши цианатик тусда, аденомия, гипорексия, мускул тонуси ўзгарувчан, стимуляцияга жавоб кичкириги суст. Интубациядан сўнг кейинги кунларда динамикада боланинг аҳволи ўзгармади ва йирингли эндобронхит кўшилди. Ўпкани рентгенография қилинганда пневмония топилмади. Бола яхши нафас олмайпти. Қон таҳлилида лейкоцитоз, нейтрофилез, қон шакли элементлари чапга силжиган.

Савол: Болада қандай касаллик бўлиши мумкин. Қандай текширув режасини буюриш керак? Қандай даволашни тайинлаш зарур?

Тестлар:

1. Сепсисни асосий этиологик омилларини кўрсатинг:

- а. стафилококк б. токсоплазма Гонди в. ичак таёкчаси
- г. пневмококк д. миксовируслар ж. Борде-Жангу таёкчаси
- е. кук йирингли таёкча

* 1) а, в, г, е 2) а, б, г, д 3) б, в, г, ж 4) а, в, д, е 5) а, б, д, ж

2. Сепсисни септикопиемик шаклига хос клиник симптомни кўрсатинг:

- 1) йирингли учоклар мавжуд 2) харорат кўтарилиши, бўшашишлик, инжислик
- 3) кўнгил айниши, қайт қилиш, диарея
- 4) анорексия, тана вазнининг кўтарилмаётгани
- 5) тери ранги оқарган, гепатомегалия

3. Стафилокли сепсиснинг махсус даво-чораларига киради:

- *1) антистаф. плазма, стаф. антифагин, антистаф. гаммаглобулин
 - 2) антистаф. плазма, гаммаглобулин, гентамицин
 - 3) эритроцитлар масса, антистаф. плазма, бифидумбактерин
 - 4) антистаф. плазма, антистаф. гаммаглобулин, цефалоспориинлар
 - 5) витаминлар, гемодез, антибиотиклар
4. Сепсисни даволашда антибиотикотерапия ўтказиш хусусиятлари:
- * а.антибиотиклар 7-10 кунда алмаштирилади б. 1 антибиотик тайинланади в. антибиотиклар максимал дозада тавсия этилади
 - г. антибиотиклар тавсия этилмайди д. бир вақтда 2-3 та антибиотик қўлланилади
 - ж. битта антибиотикни 20-25 кун тавсия этилади
- 1) а, в, д 2) а, б, д 3) б, в, г 4) а, в, ж 5) б, г, ж
5. Цефалоспориин гуруҳидаги антибиотикларни кўрсатинг:
- * 1) цефатаксим, цефазолин, цефамезин, кефзол
 - 2) цефатаксим, цефазолин, цистон
 - 3) кетоцеф, ампиокс, линкомицин
 - 4) цефамезин, гентамицин, кефзол
 - 5) перукал, цефатаксим, цистон
6. Септицемия – сепсиснинг бу клиник шаклига хос:
- *1) умумий интоксикация симптомлари 2) Ўйрингли ўчоғлар мавжудлиги
 - 3) Аста-секин бошланиши
 - 4) Беморни ҳолати кониқарли
 - 5) озгинлик
7. Сепсисни септикопиемия шаклига хос клиник симптомни кўрсатинг:
- 1) умумий интоксикация симптомлари
 - *2) Ўйрингли ўчоғлар мавжудлиги
 - 3) Аста-секин бошланиши
 - 4) Беморни ҳолати кониқарли
 - 5) озгинлик

НАФАС ОЛИШ ОРГАНЛАРИ ПАТОЛОГИЯЛАРИ НАФАС ОЛИШ ТИЗИМИ

Бронхитлар.

Бронхитлар нафас олиш органлари патологиялари орасида анча кенг тарқалган касалликлардан бўлиб, улар респиратор тизимнинг ўткир, чўзилувчан, қайталанувчи ҳамда сурункали хасталиклари билан ёнма-ён кечадилар.

Тахминий маълумотларга кўра бронхитлар болалардаги нафас органлари касалликларининг 50% га яқинини ташкил қилиб, асосан бир ёшгача бўлган болалар орасида кўпроқ учраши кузатилади.

Бронхитлар одатда юқори нафас йўлларининг респиратор-вирус инфекциялари томонидан зарарланишлари оқибатида ривожланиб, яллиғланиш жараёнининг халқум-томоқ соҳасидан пастга – бронхларга томон тарқалишининг оқибати бўлиб ҳисобланади.

Демак, жараённинг дастлабки босқичларида бронхитлар вирус инфекцияларининг оқибати, ёки давоми бўлиб ҳисоблансаларда, кейинчалик – инфекция куйи нафас йўллари орқали тарқалиб зотилжамлар билан асоратланганида, бронхитлар зотилжам клиник манзарасининг белгиларидан бири бўлиб қолади.

Бронхитларнинг мукамал деб ҳисобланадиган синфланишлари мавжуд эмас. Аммо ҳозирда улар бирламчи ва иккиламчи шаклларга бўлиб ўрганиладилар. Бирламчи бронхитлар деб вируслар ва бактериялар сингари этиологик омиллар юқори нафас йўллари ва бронхларга бевосита таъсир кўрсатишлари натижасида асосан бронхлар зарарланиши, ва натижада, бронхитлар клиник манзарасининг юзага келишига айтилади.

Иккиламчи бронхитларга кизамик, кўк йўтал ёки ич терламалар билан биргаликда кечадиган ёки сил, сурункали носпецифик зотилжамлар ва ўпканинг замбуруғлар билан зарарланиши каби нафас йўллари

касалликларининг белгиларидан бўлиб ҳисобланадиган бронхитлар киритилади.

Иккиламчи бронхитларнинг айрим шакллари нафақат ўпкадаги жараёнларга боғлиқ бўлади, балким, организмнинг умумий ахволи ҳолатидан ҳам келиб чиқади. Масалан, аллергик бронхитлар бронхиал астма ва поллинозларда ривожлансалар, димланиш оқибатидагилар – кон айланиши етишмовчиликлари туфайли келиб чиқади; уремиядаги бронхитлар эса – сурункали буйрак етишмовчилигининг оқибати бўлиб ҳисобланадилар. Бир ёшгача бўлган болаларда бронхитлар кўпинча рахит, экссудатив диатез ва кам вазниклар билан ҳасаталанганлар орасида кўпроқ учрайди.

Бронхлардаги яллиғланиш жараёнларининг табиатига кўра бронхитлар катарал, шилликли-йирингли, йирингли, фибринозли, геморрагик ва ҳ.к. шакллarga бўлинади. Бронхлар девори зарарланишининг чуқурлигига кўра улар яна юзаки (бронхлар шиллик қаватларигина зарарланган), чуқур ёки панбронхитлар (бронхлар деворининг барча қаватлари жараёнга тортилган) тафовут килинади. Жойлашган соҳаларига кўра – трахеобронхитлар (трахея ва бошка бронхлар стволи зарарланган); майда ва ўрта бронхларнинг жараёнга тортилиши билан белгиланадиган бронхитлар; капилляр бронхит ёки бронхиолит (ўта майда бронхлар – бронхиолаларнинг зарарланиши) ҳамда тарқалганлик даражасига кўра – кенг тарқалган (диффуз) ва ўчоқли (сегментар бронхитлар), ва, ниҳоят, кечишига кўра енгил, ўртача оғирликдаги ва оғир шакллarga ажратиладилар.

Бронхитлар хақидаги тушинчаларни умумлаштирган ҳолда С. В. Рачинский ва ҳаммуаллифлар 1978 йилда уларнинг генези, клиник шакллари, этиологиясини, жойлашган соҳаларини, яллиғланиш жараённинг шакллари ва бронхлар ўтказувчанлиги бузилишларининг табиатини ҳисобга олган ҳолда гуруҳлашга ҳаракат килишган (5 жадвал, Переладова, 110 бет).

Бирламчи ўткир бронхитлар.

Ўткир оддий бронхит.

Одатда ўткир бронхит ўткир респиратор-вирус инфекциясининг белгиларидан бўлиб, халқум, хикилдоқ ва трахеянинг навбатма-навбат, ёки ҳаммасининг бир пайтда зарарланишлари туфайли юзага келади. Касалликнинг бошида дастлаб ринофарингит ривожланади. Кейинроқ, яъни жараён нафас йўлларининг қуйи қисмларига таркала бошлагач, ларингит, трахент, трахеобронхит ва бронхит белгилари пайдо бўлади.

Бирок, шунинг ҳам унитмаслик керакким, нафас йўлларининг навбатма-навбат зарарланишлари ҳар доим ҳам кузатила бермайди. Масалан, хикилдоқ ва трахея зарарланмагани ҳолида бронхитлар ринофарингитлар билан бир пайтда кечиши ҳам мумкин.

Э т и о л о г и я с и . Ўткир бронхитларнинг асосий кўзготувчиларидан бўлиб вируслар, яъни парагрипп вируслари, аденовируслар, респиратор-синцитиал вируслар (РС-вируслар), зотилжам микоплазмаси ва х.к. ҳисобланадилар. Болалар орасида грипп инфекцияси кўп тарқалганлигига қарамай, грипп вирусини чақирган, бронхитлар нисбатан камроқ учрайдилар.

Бронхитларга сабаб бўладиган бактериалардан бўлиб кўпинча пневмококклар, стафилококклар, стрептококклар ва Афанасьев – Пфейффер таёқчалари ҳисобланадилар. Аммо уларнинг ривожланиб кетиши асосида ҳам вирус инфекциялари ётади деб тахмин қилинади.

Бактериал бронхитларнинг оғир шакллари одатда бронхлар ва трахея шидликкаватлари бутунлигининг қўпол равишда бузилишлари (узок муддатли интубация, трахеостомия, захарли моддалар билан аспирация, кучли китикловчи таъсири бор газлар билан ингаляция қилиш ва енгил пайтида нафас йўлларининг тутун билан зарарланиши ваҳ.к.) натижасида ҳам ривожланишлари мумкин.

Ўткир бронхитларнинг ривожланишига олиб келувчи омиллар ҳам маълум аҳамият касб этадилар. Масалан, организмнинг ўта совуқ қотиши, нам ва совуқ ҳаводан нафас олиш, кун тартибига амал қилмаслик ва нотўғри парваришlash (боланинг тоза ҳавода кам бўлишлиги, йил фаслига қараб

кийинмаслик), атмосфера хавосининг саноат чанги билан ифлосланиши, хона хавосининг эса, тамаки тутуни билан ифлосланиши ва х.к.

Бронхитга кўпинча етарли чиниқтирилмаган болалар ҳамда рахит, экссудатив катарал диатез ва кам вазиликлар билан хасталанганлар кўпрок чалинадилар. Каттарок ёшдаги болаларда эса, бронхитга ўта чарчашлик, асаб ва рухий зўриқишлар ҳамда сурункали ринофарингитлар ва тонзилитлар натижасида Пирогов ҳалқаси лимфа тугунилари зарарланишлари сабаб бўлишлари мумкин.

Паталогоанатомик текширишлар натижалари болаларда бронхитларнинг асосий сабабчилари респиратор вирус инфекциялари эканлигидан далолат беради. Катарал бронхит шиллик қаватлар гиперемияси, шиши ва шиллиқнинг бронхлар бўшлиғига йиғилиши белгилари мавжудлиги билан ҳарактерланади. Гистологик ўзгаришларнинг табиати асосан ўткир респиратор-вирус инфекциясининг этиологик омилларига боғлиқ бўлади. Масалан, кизамиқ ва кўк йўталда катарал ёки йирингли бронхит ривожланиб, бронх деворининг барча қаватларида ва берибронхиал тизимда думалок хужайрали инфильтрация кузатилади. Бактериал бронхитларда эса, йирингли экссудат йиғилиб, шилликқаватларда полинуклеар хужайралар ва лимфоцитлар инфильтрацияси ривожланади.

К л и н и к а с и. Ўткир бронхитнинг асосий клиник белгиларидан бўлиб йўтал ва бронхитик хириллашлар ҳисобланади. Касалликнинг 3 клиник варианты тафовут қилиниши мумкин: оддий (банал) бронхит, спастик бронхит ва бронхиолит.

Оддий бронхит одатда секин-аста тумов ва фарингит (йўтал ва томокнинг кизариши) белгилари билан бошланади. Турли сабаблар асосида ривожланган бронхитлар клиник манзарасидаги ўхшашликлар билан бир қаторда вирусли кўзготувчининг тури, организмнинг касалликкача бўлган ҳолати ва унинг ёшига боғлиқ ҳолда ўзига хос томонлари ҳам бўлиши мумкин. Масалан, бронхитлар клиник манзарасининг яққол намоён бўлиши кўпинча 3-4 ёшли болаларда кузатилади.

Касаллик клиникасининг ўзига хос томонлари ва унинг бошлангич даври асосан вирус - кўзготувчининг турига боғлиқ бўлади. Масалан, аденовирус инфекциясида юқори нафас йўллارининг яққол намоён бўлган катарал зарарланишлари ва конъюнктивитлар кузатилса, парагриппларда эса, овознинг бўғилиб қолиши ва сохта круп белгилари кўзга ташланади. Мана шу ҳолатларда 2-4 кун ўтиб, йўталнинг (айниқса тунда) кучайиши, каттарок болаларда кўкрак соҳасида қисилиш сезгисининг ва тўш суяги орқасида енгил оғриқнинг пайдо бўлиши ҳамда бронхлар бўйлаб енгил ачишиш ва китикланиш ҳисси юзага келади. Йўтал дастлаб қуруқ ва дағал, баъзан эса, изтиробли ҳуружлар кўринишида бўлиб, бемор қусиши мумкин. Балғам муғлақ бўлмаслиги, ёки оз миқдорда бўлиб, қайта- қайта йўталишлар натижасидагина ажралиши мумкин. Каттарок ёшдаги болаларда кучли йўтал мавжуд бўлганида диафрагманинг талвасасимон қисқаришлари ҳисобига кўкрак соҳасининг қуйи қисмларидаги оғриқлардан шикоят қилишлари мумкин.

Касалликнинг дастлабки кунларида тана ҳарорати ўткир вирусли инфекция ҳисобига кўтарилган бўлса, кейинчалик пасаяди. Бронхит одатда нормал ёки субфебрил тана ҳарорати фонида кечади.

Бемор умумий аҳволининг ҳолати асосий вирусли касалликка хос бўлади. Масалан, парагрипп ва РС-вирусли инфекцияларда бронхитлар енгил интоксикация фонида катарал белгилар билан кечса, грипп инфекцияси бошида токсикоз ва қисқа муддатли юқори ҳарорат мавжудлиги билан белгиланиб, катарал белгилар камроқ кўзга ташланади. Умуман олганда ўткир бронхитларда беморнинг умумий ҳолати қониқарлигича қолиши билан белгиланади. Каттарок ёшдаги болаларда касалликнинг бошида асабийланиш, енгил бош оғриши, уйқусининг бузылиши сингари ҳолатлар кузатилиши ҳам мумкин. Бундай беморлар мактабга қатнашда давом этишади. Кичик ёшдаги, айтиқса бир ёшгача бўлган болаларда эса, боланинг беҳоллиги, инжиқлик, иштаҳасизлик ва тери рангининг оқариши каби белгилар яққолроқ кўзга ташланади.

Ўткир оддий бронхит одатда нафас етишмовчили белгиларисиз кечади. Йирик ва ўрта бронхлар зарарланганида энтикиш деярли бўлмайди. Яллигланиш жараёнларига майда бронхлар тортилганида (бронхиолитлар) ва спастика бронхитларда клиник манзара бошқачароқ тус олади.

Перкуссия пайтида кураклар аро сохаларда перкутор товушнинг енгил қисқариши аниқланиб, қолган сохаларда «ноғора»- ёки «кутича» товуши эшитилади.

Бронхлар шиллик қаватларининг яллигланиши белгилари эшитиб кўрилганда аниқланади: дағал нафас фониди кўплаб турли хил табиатли (хуштаксимон, гўнғилловчи мусикавий ва х.к.) хириллашлар мавжудлиги билан белгиланади. Кичик ёшдаги болаларда дағал хириллашлар кўкрак қафасида кўл қафтлари орқали ҳам сезилиши мумкин. Оғирроқ ҳолатларда курук хириллашлар билан бир қаторда турли ўлчамлардаги нам хириллашлар ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бу ҳолатлар бронхитнинг кенг тарқалганлигидан далилат беради.

Бронхитларнинг ўткир даврларида хириллашлар сонни кун давомиди ҳамда ундан кейин ўзгариб туриши ҳам мумкин. Одатда уларнинг миқдори кечга томон кўпаяди. Айрим ҳолларда хириллашлар масофадан туриб эшитилиши мумкин. Бундай – авж олган давр 3-4 кун давом этади, ва бемор аста секин тузалиш даврига ўтади. Беморни кийнаб юборадиги йўтал касалликнинг иккинчи ҳафтасидан бошлаб юмшайди, оғриксиз ва балғам ажратиш билан кеча бошлайди. Балғам осонроқ кўча бошлайди.

Кичик ёшдаги болалар одатда балғамни ютиб юборадилар. Балғам ажрлиши бошланиши билан беморнинг хириллашлари енгиллашиб, кўкрак қафасидаги оғриклар ва кучли, курук йўтал хуружлари барҳам тонади.

Кичик ёшдаги болаларда бронхитларнинг кечиши кўп жиҳатдан организмнинг касалликкача бўлган ҳолатига боғлиқ. Масалан, конституция аномалиялари (экссудатив диатез) мавжуд бўлганида бронхларнинг зарарланиши кенг тарқалган йўтал, касаллик «нам бронхит» кўринишида кечади, яъни ўпкада кўп миқдорда турли ўлчамлардаги нам хириллашлар

эшитилиб, айрим холларда спастик компонент билан биргаликда энтикиш аломатлари ҳам кўзга ташланиши мумкин. Бронхлар шиллик қаватлари экссудациясининг юқорилиги туфайли бундай беморларда балғам кўп миқдорда ажралиши характерли бўлади. Рахитнинг оғир шакллари билан хасталанган болаларда бронхитлар чўзилиб кечишга мойиллик кузатилади. Оғир кам вазнликларда бронхитлар нормал тана ҳарорати фониди кечиби, йўтал унча кучли бўлмаслиги ҳам мумкин. Бундай ҳолатларда бронхитлар суст кечиши билан бир қаторда бронхлар деворининг барча қаватлари зараланиб, панбронхит клиникаси ривожланиши ҳам мумкин.

Д и а г н о з. Бронхитлар ташхиси клиник манзарасига кўра ўрнатилган тақдирда рентгенологик текширишлар деярли ўтказилмайди. Кичик ёшли болаларда рентгенологик манзара интерстициал тўқима зарарланишларининг белгиларини кўрсатади.

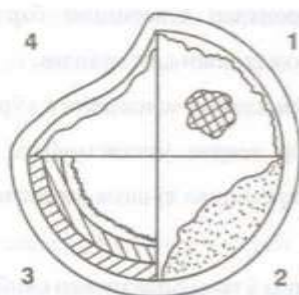
П р о г н о з. Катта ёшли болаларда ўткир бронхитлар оқибати яхши. Ўз вақтида етарли даво чоралари ўтказилган тақдирда касаллик 6-7 кунда тўла соғайиш билан якунланади. Айрим ҳолатларда енгил йўтал 10-14 кун давомида сақланиб қолиши ҳам мумкин. Кичик ёшдаги болаларда эса, касаллик оқибати анча жиддийроқ йўтал, айниқса аденовирус ҳамда РС-вирус инфекциялари авж олган даврларда беморнинг йўтали 2 ҳафта ва ундан ҳам ортиқроқ муддатларгача чўзилиб кетиши мумкин.

Ўткир обструктив бронхит.

Ўткир бронхитларнинг алоҳида бир шакли мавжуд бўлиб, у нафас чиқариш босқичининг давомийлиги билан кечадиган шовқинли нафас, масофадан туриб эшитиладиган хуштаксимон хириллашлар ҳамда кучли (курук ёки нам) йўталнинг мавжудлиги билан характерланади. Бундай касалликнинг алоҳида хусусиятларидан бўлиб ўпка вентилиациясининг обструктив бузилиши ҳисобланади. Бунда бронхлар бўшлиғи ўтказувчанлиги турли сабабларга кўра издан чиқади. Бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши кўпинча мураккаб келиб чиқишга эга бўлиб, бўларнинг асосида одатда ЎРВИ таъсирида бронхлардаги вазосекретор ўзгаришлар ётади.

Майда бронхлар шиллик қаватларда яллиғланиш шишлари ривожланиб, уларнинг деворлари қалинлашади, бўшлиғи шиллик билан тўлиб кетади.

Кичик ёшдаги болаларда секрет ёпишқоқ қуюқ ва ажралиши қийин бўлиб, усиз ҳам тор бўлган бронх бўшлиғини янада торайтиради ва ҳаво ўтишини қийинлаштиради. Бунинг натижасида ўпкада ҳаво тўпланиб қолиб, функционал кўринишдаги обструктив эмфиземанинг ривожланишига сабаб бўлади.



Расм 8

Шундай ҳолат фонида шиллик қаватлар интерорецепторларининг китикланиши натижасида бронхоспазм келиб чиқиши мумкин. Ўпкалар вентиляцияси шароитларининг сезиларли бузилишлари, ҳаво ўтказувчи йўлларнинг, айниқса нафас чиқариш фазасидаги, қаршиликларнинг кучайиши ўпкада ортиқча ҳавонинг йиғилиб қолиши ва натижада, функционал обструктив эмфиземанинг ривожланишига сабаб бўлади. Бу нарса ўз навбатида альвеолалар вентиляциясининг ҳамда қоннинг кислород билан таъминланишини камайтириб, кичик қон айланиш доирасида гемодинамиканинг бузилишига олиб келади.

К л и н и к а с и. Обструктив бронхитнинг дастлабки ва асосий клиник белгиларидан бўлиб йўтал ва ҳуштаксимон шовкинли нафас ҳисобланади. Бронхлар шиллик қаватлари яллиғланган ва уларнинг бўшлиқлари торайганлиги ва нафас чиқариш акти пассив ҳолда кечганлиги боис нафас чиқариш акти чўзилган, дағал ҳамда экспиратор ҳуштакларга ўхшаб кечади. Оғирроқ ҳолатларда кўкрак қафаси «инспиратор» шаклга

киради: кўкрак қафасининг олд- ва юқори қисмлари кенгайган ва перкуссияда «кугича» товуши эшитилади. Кичикроқ болаларда эса кўкрак қафасининг айрим соҳалари ичига тортилиб, нафас олиш акти қийинлашганлигидан далолат беради. Аускультацияда кўп миқдорда хуштаксимон курук хириллашлар эшитилади.

Одатда обструктив бронхит ЎРВИ билан биргаликда 7-10 кун давомида ўтиб кетади. Айрим ҳоллардагина 2-3 ҳафтагача чўзилиши мумкин. Шўнга қарамай кўпчилик ҳолатларда бронхитлар тўла соғайиш билан яқунланади. Айрим ҳоллардагина обструктив бронхитнинг айрим шакллари бронхиолитга ўтиб кетиши мумкин.

Обструктив бронхит учун характерли бўлган нафас олишнинг қийинлиги ҳамда хуштаксимон (экспиратор) хириллашларнинг мавжудлиги баъзан бу касалликни «астматик бронхит» деб аталишига ҳам сабаб бўлмоқда, ёки баъзан уни бронхиал астмага ҳам ўхшатишмоқда. Обструктив бронхит билан бронхиал астманинг ўхшаш симптомлари мавжудлиги билан бир пайтда уларнинг бир-бирларидан тубдан фарқ қиладиган томонлари ҳам кўп.

Д и а г н о с т и к а с и. Ўткир бронхит диагностикаси одатда беморнинг умумий аҳволи нисбатан қониқарли ҳолида, ўпканинг симметрик соҳаларида эшитиладиган бронхитик хириллашларнинг мавжудлигига асосан ўрнатилади. Бронхитдаги хириллашларнинг табиати (курук-, йирик- ва ўрта пуфакчали нам хириллашлардир) қандай ўлчамлардаги бронхлар яллиғланиш жараёнига тортилганлиги ва унинг бўшлиғидаги экссудатнинг қандай эканлиги (суюқ, ёпишқоклиги) га боғлиқ бўлади. Одатда диагностика кийинчиликлар майда пуфакчали хириллашлар пайдо бўлганида туғилади. Бироқ, шуни унутмаслик керакки, майда пуфакчали хириллашларнинг кўп миқдордалиги ва ўпканинг кўп соҳаларида эшитилиши ҳам зотилжамдан эмас, балки кўпчилик ҳолатларда бронхитнинг мавжудлигидан дарак беради. Аммо ўткир бронхит фонида зотилжамнинг ҳам ривожланган белгилари

пайдо бўлиб қолган тақдирда албатта рентгенологик текширишлар ўтказиш талаб қилинади.

Бронхиолит (капилляр бронхит).

Бронхитларнинг бу тури одатда олти ойликкача бўлган болалар орасида кўпроқ кузатилиб, асосан бронхлар ва бронхиолаларнинг обструктив кўринишдаги зарарланишлари билан кечади ҳамда ўзининг ўта оғир кечиши билан ажралиб туради. Касалликнинг асосий кўзгатувчиси бўлиб РС вирус ҳисобланади. Бироқ, бошқа вируслар, бактериялар роли ҳам инкор қилинмайди.

Ҳозирги вақтда бронхиолитлар патогенезида аллергия асосий ўрин тутади деб ҳисобланади. Тахмин қилишларича ҳаётининг дастлабки ойларида бўлган болаларда А иммуноглобулин етишмовчилиги оқибатида қонда эркин ҳолда айланиб юрган антителолар билан РС-антигени тўқнашади. Бронхиолит одатда юқори нафас йўллари зарарланганидан 1-3 кун ўтиб йирик ва ўрта бронхларни қамраб олган ўткир диффуз бронхитлар билан асоратланади. Кейинчалик яллиғланиш жараёнлари ўта майда бронхларгача тарқалганида бронхиолит белгилари юзага келади. Ўпканинг қатта - қатта соҳаларини қамраб оладиган яллиғланиш жараёнлари бошланади. Буида шилл ва инфилтрация ҳисобига бронхларнинг девори қалинлашади. РС – инфекциясига ҳарактерли бўлган бронхлар шиллик қавати эпителийсининг сўргичсимон ўсимталар кўринишида бронхлар бўшлиғига қараб ўсиб кетиши; бронх бўшлиғининг ёпишқок, чўзилувчан йиринг кўринишдаги йирингсимон секрет билан тўлиб кетиши натижасида бронхлар бўшлиғининг кескин тарайиб, уларнинг обструкциясига сабаб бўлади. Бунинг натижасида ўпкада эмфизематоз соҳалар билан алмашилиб келадиган ателектазларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Оқибатда ўпкаларнинг нафас олишда қатнашадиган юзаси камаяди, нафас етишмовчилиги ва гипоксия жадал ривожлана боради, гиперкапния кучаяди.

Яллиғланиш жараёнлари нафақат бронхлар шиллик қаватларини балким бронхлар девори ҳамда уларни қоплаб турган тўқималарни ҳам

қамраб олади. Натижада капилляр бронхит, перибронхит ва интерстициал зотилжам билан биргаликда кечади.

Нафас органларида қон айланишнинг бузилишлари ўзига хос белгилар билан ажралиб туради: қон томирларда қоннинг кескин димланиши, қон томирлар деворининг ўтказувчанлигини ортиб кетиши, шиши ва бўкиши натижасида сероз суюқликнинг томир бўшлигидан ташқарига чиқиши ва майда – майда қон қуйилишлар кузатилади. Бронхлар бўшлиғи таркибида макрофаглар ва лейкоцитлар мавжуд бўлган ёпишқоқ секрет пайдо бўлади. Бактериал инфекция кўшилиб қоладиган ҳолларда экссудат йирингта айланади. Бемор тузала бориш фониди барча белгилар йўқолади.

К л и н и к а с и. Яллиғланиш жараёни бронхиолаларга ўтиб нафас етишмовчилигининг обструктив кўриниши кучая бориши фониди беморнинг умумий аҳволи кескин ёмонлашади. Тана ҳароратининг ўта юкори (38- 39) фониди энтикиш ва цианоз кўринишидаги кислород етишмовчилиги белгилари жадал кучая боради; нафас етишмовчилигининг клиник манзарасига юрак қон томир етишмовчилиги белгилари ҳам кўшилади. Нафас олиш тезлашган ва қисқа – қисқа бўлиб, ёрдамчи нафас мускуллари зўриқиб ишлаши билан амалга ошади. Кучли энтикиш дастлаб инспиратор кўринишда бўлса, кейинчалик бронхларнинг беркилиб қолиши туфайли экспиратор тус олади – нафас чиқариш акти чўзилиб кетади, кўкрак қафаси эмфизематоз кўринишда кенгайди.

Беморнинг нафаси тезлашганлигига қарамасдан лаблари кўқарган, тери қопламалари кулранг – кўкиш рангда тусланади. Нафас бузилиши натижасида бола безовта, кўзларида кўрқув аломатлари пайдо бўлган, гипоксик талвасалар ривожланиши мумкин. Кислород етишмовчилиги кучайиши фониди уйқучанлик ва бефарклик пайдо бўлади. Ҳаётининг дастлабки ҳафталари ва ойларида бўлган болаларда нафаснинг кўкқисдан тўхтаб қолиши кузатилиши ҳам мумкин. Кўкрак қафасининг ҳолати характерли бўлади: кескин эмфизематоз кенгайганлиги фониди умров усти ва умров ости чуқурчаларининг ичига тортилганлиги кўринади. Нам йўтал

пайдо бўлади. Балғам кийинлик билан ажралиши натижасида истиробли, давомли спастик йўтал хуружлари пайдо бўлади бунда цианоз кучаяди ва айрим ҳолатларда 30 сониягача давом этадиган апоноэ ривожланиши ҳам мумкин.

Ўпка перкуссиясида «кутича» товуши, ўпканинг олдинги қисмларида ҳатто «ноғара» товушлари ҳам эшитилиши мумкин. Ўпка товушининг бўғиқлашуви деярли кузатилмайди. Аускультацияда сусайган нафас фониди ўпканинг барча соҳаларида ва икки тарафлама кўп миқдордаги ҳамуштаксимон ва куруқ хириллашлар ҳамамда нафас чиқариш пайтида майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Шунингдек айрим жойларда нафас олиш фазасининг охирида гижжилловчи хириллашлар ҳам эшитилиши мумкин.

Юрак кон-томир системаси зарарланган ҳолатларда хириллашлар кўплиги туфайли юрак тонларининг бўғиқлашганлиги ва бўғиқлиги кучайган ҳолда эшитилади. Юракнинг бўғиқлик чегараси кенгайган, пульс минутига 140 – 160 тагача тезлашган; тахикардия кучайиб боради. Жигар ўлчамлари кескин катталашиб киндик соҳасига ва ундан ҳам пастга тушиши мумкин, талоқ катталашган, беморни қорни дам.

Айрим ҳолатларда сув – электролит алмашинувини бузилиши ҳамда беморнинг овқатдан бош тортиш ва нафас орқали суюқликни кўп йўқотиши ҳисобига эксикоз ривожланиши ҳам мумкин.

Бронхиолит клиникасининг ўзига хос хусусиятларидан бўлиб касалликнинг яққол сезиладиган даврий кечиши ҳисобланади. Кўпчилик ҳолатларда бронхиолларда вируслар кўпайиши даври (6-8 кун) оралигида давом этади.

Обструктив синдром кучая бориши билан бир вақтда узоғи билан 1-2 кун, баъзан эса, ҳатто бир неча соатгача сақланиб туради ҳалос. Бироқ, касаллик кенг тарқалиб, алвеолалар паренхимасини ва интерстициал тўқимани ҳам камраб олган ҳолатларда эса, патология чўзилиб кечишига айланади.

Периферик қон таҳлили кўрсаткичлари кўпинча ўткир бронхитлардаги сингари йўтал, лейкопения ёки лейкоцитлар сони нормадалиги фонида лимфоцитоз кузатилиши мумкин. Айрим ҳолатларда эса енгил лейкоцитоз ва нейтрофилёз, лейкоцитлар формуласининг сезиларли чапга силжиши, ЭЧТ ортиши сингари яънигиланиш жараёнлари мавжудлиги белгилари топилади.

Рентгенологик текширишларда бронхлар ўтказувчанлиги бузилишлари клапан механизми асосида ривожланганлиги боис ўпкада ҳаво тўпланиб қолганлиги белгилари: ўпка чегараларининг кенгайганлиги, ўпка учининг 1-ковургадан кўтарилиб туриши, диафрагманинг пастроқда жойлашганлиги ва ҳ.к. кузатилиши мумкин.

Баъзи ҳолларда клиник ва рентгенологик белгиларига қараб бронхиолит билан зотилжамларни фарқлаш мушкул вазифалардан бўлиб қолади. Шунинг учун бронхиолитларни даволашда нафас- ва юрак қон-томир етишмовчилиги билан асоратланган оғир зотилжамларни даволаш тактикаси мақсадга мувофиқ бўлади.

Шунингдек бронхиолитни кичик ёшдаги болалар орасида учраб турадиган бронхиал астма хуружидан фарқлаш ҳам ниҳоятда мушкул. Бундай пайтларда дифференциал диагностик мақсадларда адреналин ёки зуфиллин киритиб кўриш синамаси қўлланилади. Бу синама натижасида бронхиал астма хуружи тезда барҳам топса, бронхиолитдаги бронхлар обструкциясига деярли таъсир қилмайди.

П р о г н о з и. Бронхиолитнинг оқибати ҳар доим ҳам жиддийлигича қолмоқда. Жадал ўтказилган даво чоралари натижасидагина бронхиолитдан ўлим ҳодисалари анча камаймоқда.

Қайталанувчи ва чўзилиб кечувчи бронхитлар.

Қайталанувчи бронхит.

Қайталанувчи бронхитлар йил давомида 2-4 мартагача такрорланишлари ҳамда ўпка-бронх тизими склерози ва бронхоспазм белгиларининг йўқлиги билан характерланадилар. Касалликнинг тарқалганлик даражаси боланинг ёшига боғлиқ бўлиб, бола қанча ёш бўлса

шунча кўп учрайди. Мактаб ёшидаги болалар орасида эса, 3-4% кузатилади холос.

Кейинги пайтларда бронхитларнинг кайталиниб туришга мойилликларини кичик ёшдаги болалар организми учун ноқулай омилларда бўлиб ҳисобланадиган ЎРВИ инфекциялари билан тез-тез касалланиб қолишлари билан боғлашмоқда. Аниқланишича ЎРВИ фагоцитлар, қон зардобининг комплементар фаолияти, пропердин ва лизоцим сингари организмнинг номахсус химоя воситаларининг камайиб кетишига сабаб бўлар экан.

К л и н и к а с и. Ҳаётининг дастлабки ҳафталари ва ойларидаги болаларда қайта-қайта кузатиладиган юқори нафас йўллари катарлари оқибатида ривожланган бронхитлар авваллари ўткир кечинишга эга бўлиб, кейинчалик қайталанган сари давомийлиги муддати узая боради. Бундай ҳолатларда ўткир юқумли касалликлар оқибатида юзага келган тана ҳароратининг кўтарилиши, интоксикация сингари инфекцион белгилари барҳам топганлигига қарамай, йўтал ва ўпкадаги физикал белгилар кўп кунлар мобайнида сақланиб туради. Сўнгра бронхитлар белгиларисиз кечган озгина вақтдан кейин навбатдаги вирус инфекцияси фонидан янгидан пайдо бўлади. Касалликнинг қайталаниб туришлари билан респиратор-вирус инфекциялари орасида узвий боғлиқлик мавжуд. Қайталанишлар даврида 2-3 кун давомида тана ҳарорати субфебрил даражаларгача кўтарилиши мумкин. Беморнинг умумий ҳолати деярли ўзгармасдан қолади.

Бронхитнинг асосий белгиси йўтал қуруқ ёки нам, дағал, балғамсиз ёки оз миқдордаги шиллиқли ёки шиллиқли-йирингли балғам ажраши билан кечадиган кучли, баъзан ҳуружлар кўринишидаги йўтал ҳисобланади. Бронхитнинг қайталанишига сабаб бўлган ЎРВИ симптомлари барҳам топганидан кейин ҳам йўтал 3-4 ҳафта давом этиб, мактабгача ёшдаги болаларда тунда ва эрталаб кузатилса, мактаб ёшидаги болаларда кундузи ва кечга томон кучаяди. Нафас олиш қийинлашмаган ва бронхоспастик симптом кузатилмайди.

Рентгенологик манзара ўткир бронхитларникини эслатади. Периферик кон тахлилларида ҳам сезиларли ўзгаришлар топилмайди.

Қайталанувчи бронхитлар болаларда одатда тўла соғайиш билан яқунланади. Бироқ, айрим ҳолатларда уларда астматик бронхитлар ва бронхиал астма сингари сурункули жараёнларга айланиб кетишлари ҳам мумкин. Бундай ҳолатларга кўпинча 2-6 ёшгача бўлган болаларда ЎРВИ касалликнинг бошиданок бронхоспастик компонент билан кечган шаклларига олиб келади.

Қайталанувчи бронхитлар билан хасталанган болаларнинг аксариятида гайморитлар ва сурункали тонзиллитлар сингари ЛОР патологиялари мавжуд ўчоқлар, қайталанувчи бронхитларнинг шаклланишида ва уларнинг қайталаниб туришларида (синобронхитлар) катта аҳамият касб этадилар.

Бронхитларни даволаш ва профилактикаси.

Бронхитлар аксарият ҳолларда респиратор-вирус инфекцияларининг асоратлари сифатида юзага чиққанлиги боис, уларни даволаш ЎРВИ шакли, оғир-енгиллиги ва бронхитнинг табиатига қараб олиб борилади.

Ўткир (носпастик, банал) бронхитларни даволаш. Одатда уй шароитларида ўтказилади. Агар касаллик ЎРВИ нинг оғир шакллари фонида ривожланган бўлса ҳамда зотилжам мавжудлигига шубҳа туғилса, беморни касалхонага ётқизиш мақсадга мувофиқ деб ҳисобланади.

Болада ҳарорат кўтарилган даврда 2-3 кун давомида ётоқ режими ўрнатилади. Сўнгра хона режимига ўтказилади. Тузли, экстракти ва юқори аллергик моддалар бор маҳсулотларни қўлламаслик, сутли-ўсимлик парҳезни тайинлаш керак. Овқат юмшоқ, енгил ҳазм бўладиган, витаминларга бой бўлиши, ўта иссик ёки ўта совуқ таомлардан сақланиш керак бўлади. Ҳарорат кўтарилган вақтларда суюқликни кўпроқ ичиш (суткада ёшига нисбатан нормадан 1,5-2 марта кўпроқ): наматак тиндирмаси, лимонли чой, асал билан сут, минерал сувлар тайинланади. Ҳарорат борлигида эса лимонли, ялпизли чой берилади.

Махсус даво. ЎРВИ да анаферон ёки лейкоцитар интерферондан 0,25 мл ҳар 1,5-2 соатда бурун катагига томизилади. Бу ндай терапия биринчи 2 кун яхши самара беради ва болаларга қайта юқишининг олдини олади. Интерферонни аэрозолда (3-5 кун давомида кунига 2 мартадан, бир муолажа учун 1000-3000 Б) қўллаш яхшироқ самара беради. Препаратни 6-8 соатда қайта бериш, ёки кейинги кунда қайта юборилади.

Эрта ёшли болаларга синекорд (бутамират цитрат) кунига 3-4 мартадан: 2 ойликдан 1 ёшгача – 3-6 томчидан 3-10 томчигача, 1-3 ёшгача – 15 томчм, 3 ёшдан катта болаларга 25 томчидан тайинланади. Сироплар 3-6 ёшгача 5 мл, 6-12 ёшда 10 мл, 12 ва ундан катта болаларга 15 мл дан 4 мартадан ичгани тайинланади.

Бронхлар шиллиқ каватларидаги Муколитиклардан (балғамни эритиш, балғамни чиқаришни кучайтириш, регидратация учун) берилади.

Ўсимлик алкалоидларидан вазоцин хосилаларидан бромгексин, бисолвон, мукосолван ва бошқалар ва уларнинг метоболитларидан (Амброгексал) яхши муколитик таъсирларга эга ва балғамни осон кўчириш хусусиятига эгадир. Улар ҳар хил шаклларда (сироп, кукун, таблетка ва дрозеларда чиқади) чиқади. Балғам қийинлик билан ажраладиган йўталларда Бронхосан комплекс препарати самараси яхшилиги учун кенг қўлланилиб келмоқда. Бу препарат муколитик, шиллиқ ажратишни кучайтириш, спазмолитик ва микробларга қарши таъсирига эга. 2 ёшгача бўлган болаларга 5 томчидан, 2-6 ёшда 10 томчидан, 6-10 ёшдагиларга – 1 мл ва 10 ёшдан катталарга 2 мл унча кўп бўлмаган сув билан ичирилади ёки бир пача қандга томизилиб 4 марта берилади. Балғамни эритиш учун ацетилцистеинлардан (АЦЦ, Муобен, Флуимуцил), карбоцистеинлардан фойдаланиш мумкин.

Бир ёшгача бўлган болаларнинг ўриндаги ҳолатини тез-тез ўзгартирилиб турилади.

Ундаш ташқари яллиғланиш жараёнларини камайтириш ҳамда балғамни суюлтириш мақсадида бугли ва содали (натрий гидрокарбонатнинг

1% эритмаси) ингаляциялардан фойдаланилади, кўп миқдорда суюқликлар ичирилади, хонанинг ҳавоси намланади (иситиш тизими батареялари устига қопқоғи очик идишда сув куйилади ёки қалин нам мато ёпилади).

Балғамни кўчириш мақсадида ўсимликлардан тайёрланган дори-дармонлар қўлланилади.

Вирусли инфекцияга микробли флоранинг тез-тез кўшилиб қолиши мумкинлигини ҳамда бу ҳолатларни доим ҳам ўз вақтида аниқлай олиш имкониятларининг чекланганлигини инobatта олиб кичик ёшдаги, айниқса камқувват болаларга антибиотикларни ҳам буюриш мумкин.

Агар микробли флора иштироки маълум бўлса, антибиотиклар микробли асоратларнинг профилактикаси мақсадларида буюрилади ҳолос.

Ўткир обструктив бронхитни даволаш. Бунда асосий мақсад инфекцияни барҳам топдириш, бронхлардаги яллиғланиш жараёнларини камайтириш ва спастик синдромни пасайтиришдан иборат бўлади. Эуспиран, зуфиллин, Звягинцева порошоғи ва антигистамин препаратлари сингари спазмолитик дорилар ичгани, аэрозолда, шамлар кўринишида ва инъекцияларда буюрилади.

Кўрсатмаларга биноан талаб қилинса, антибиотикотерапия ўтказиш ҳам мумкин. Обструктив бронхитларда диффуз бронхит белгиларининг мавжуд бўлиши ҳамда бронхитнинг бу шаклининг зотилжамларга айланиб кетиши эҳтимолнинг юқорилигини ҳисобга олган ҳолда антибиотикларни буюриш мақсадга мувофиқ деб ҳисобланади.

Аксарият ҳолларда пенициллиндан фойдаланилади. Шифохона шароитида қўшилиб қолган бронхитлар ёки пенициллиназа – мусбат стафилококк мавжудлиги тахмин қилингандаги сингари ҳолатларда эса, оксациллин, метициллин ёки цефоспориинлар гуруҳи препаратлари буюрилади. Антибиотиклар одатдаги дозаларда киритилади.

Бронхиолитларни даволаш. Антибиотиклардан фойдаланилади. Бу мақсадларда айниқса, метициллин ва оксациллин сингари пенициллиннинг яримсинтетик ҳосилалари яхши самара беради. Шунингдек, ампициллин,

ампиокс, пепорин ва карбенициллин сингари таъсир доираси кенг бўлган антибиотикларга ўтиш ҳам мумкин. Вирусли инфекция мавжуд бўлган холларда интерферон берилади.

Патогенетик терапиянинг асосий усулларида бўлган оксигенотерапия кичик муддатли танаффуслар билан кислород палаткалари ёрдамида ўтказилиб турилиши талаб қилинади. Беморнинг тоза ҳавода бўлиши вақтини узайтириш мақсадга мувофиқ деб ҳисобланади.

Сезиларли тахикардия ва ўткир юрак етишмовчилигининг белгилари пайдо бўлганида кон айланиши жараёнини бир меъерда сақлаб қолиш мақсадида коргликон ёки строфантин эритмаси 20% глюкоза эритмаси билан биргаликда вена ичига секун-астилик билан киритилади.

Ички органлар, жумладан ўпкалардаги қонни тери томон оқишини кучайтириш мақсадида горчичниклар сингари чалгитувчи терапия кенг қўлланилади. Спазмолитик моддалар, муколитиклар ва гидрокортизон каби дори-дармонларни аэрозолда киритилиши ҳам яхши натижаларни беради. Оғир ҳолатларда преднизолон ёки гидрокортизон сингари глюкокортикоид гормонлар ҳам киритилади.

Қайталанувчи бронхитларни даволаш. касалликнинг ўткир даврида 5-7 кундан ортиқ бўлмаган муддатта антибиотиклар буюрилади. Антибиотиклардан узоқ муддат фойдаланиш касалликнинг кечишига, тузалиб кетиш муддатларига ва қайталанишлар сонига деярли таъсир қилмайди. Касаллик асоратсиз кечаётган холларда каттарок болаларни антибиотикларсиз даволаш ҳам мумкин. Бундай ҳолатларда алоҳида эътибор бронхларнинг ўз-ўзини тозалаш ва дренаж функцияларини яхшилашга қаратилади. Бу мақсадларда секретолитик препаратлар постурал дренаж, даволаш жисмоний тарбияси машқлари, кўкрак қафасининг массажи сингари муолажалари билан бир пайтда ингалиция қилинади. Бронхларнинг ўз-ўзини тозалаш ва дренаж функцияларини кучайтириш бола ётган хона ҳавосининг ўта исиб кетишига ва қуриб кетишига йўл қўймаслик орқали амалга оширилади.

Қайталанувчи бронхитларнинг аксарияти бронхоспастик компонент иштирокида кечганлиги боис, бронхолитик ва гипосенсибилловчи доридармонлар ичгани ёки ингаляцияда буюрилади.

Қайталаниш орасидаги даврда сурункали инфекция ўчоқларини тозалашга алоҳида эътибор қаратилиши талаб қилинади. Болани чиниктириш ва спорт билан шуғуллантириш катта аҳамият касб этади.

Қайталанувчи бронхитларнинг чўзилувчан кечишларида синуситларни, атипик зотилжамни, бронхоэктазларни, бронх бўшлиғидаги ёт жисмларни, муковисцидозни, антителолар етишмовчилиги синдромларини мустасно қилиш талаб этилади.

Вазиятли пневмониялар

Бола 1 ёш 5 ойлик. Шикоятлари: тана хароратининг кўтарилишига, $37-38^{\circ}\text{C}$; қуруқ йўталга, иштакхаси пастлиги, инжикликка. Умумий аҳволи ўртача оғирликда, актив, тери копламалари окшайган, бурнидан сероз суюқлик ажралмоқда. Нафас сони 36та I мин.да. Ўпкада дағал нафас фониди қуруқ хириллашлар эшитилмоқда. Қон анализиди: Лейкоцитлар $-7, 3 \times 10^9/\text{л}$; ЭЧТ-6мм/с. Сизнинг тахминий диагнозингиз? Текширув ва даволаш режаларини тузинг?

Масала 2

Бола 6 ойлик. Шикоятлари: тана харорати $37, 4^{\circ}\text{C}$ га кўтарилишига, инжиклик, безовталиқ, уйқусини бузилишига, орал хириллашга, йўталга. Умумий аҳволи оғир. Экспиратор хириллаш, лаб-бурун учбурчаги кўкимтир. Ўпкада дағал нафас кўламида хар иккала томондан қуруқ хуштаксимон ва хар хил калибрли нам хириллашлар эшитилипти. Юрак тонлари бўғик. Қорни юмшоқ. Жигар + 1.5 см. Талоқ катталашмаган. Сизнинг тахминий диагнозингиз?

Текширув ва даволаш режаларини тузинг?

Масала 3

Бола 2 ойлик. Шикоятлари: хансираш, йўтал, тана харорати $37,4^{\circ}\text{C}$. Умумий аҳволи ўртача огирликда, ранги окшайган. Таркок цианоз, хансираш, нафас олишлари сони минутига 80 мартаба. Нафас чиқариш кийинлашган, қўшимча мускуллар иштирокида. Бола безовта. Ўпкада дағал нафас, нам майда пуфакчали хириллашлар. Баъзан апноэ хуружлари. Юрак тонлари бўғиклашган. Қон анализиди 2 даражали анемия белгилари, лейкоцитлар - $11,3 \times 10^9/\text{л}$; ЭЧТ - 16мм/с. Сизнинг тахминий диагнозингиз?

Текширув ва даволаш режаларини тузинг?

Масала 4

Бола бир ёшда. Шикоятлари: инжиқликка, тана хароратини кўтарилишига, нам йўталга, хансирашга. Боланинг умумий аҳволи ўртача огирликда, тери ранги оқарган, лаб-бурун учбурчагида енгил цианоз, хансираш, айниқса жисмоний зўриқидан сўнг кузатилмоқда. Ўпкада перкутор товуш бўғиклашган, дағал нафас, нам майда пуфакчали хириллашлар ва крепитация эшитилган. Юрак тонлари ритмик, бўғик. Қонда лейкоцитлар - $12 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез, ЭЧТ - 18 мм/с. Рентгенограммада ўпка илдизи ва ўпка нақши кучайган, соялар аниқланмаяпти.

Сизнинг диагнозингиз? Текширув ва даволаш режаларини тузинг?

Тестлар.

1. Оддий бронхитга хос клиник симптомларни кўрсатинг:

- * 1. курук, огриқли йўтал
- 2. битонал
- 3. хуружсимон, реприз билан йўтал
- 4. "вовулловчи" йўтал
- 5. эрталабда бағам ажралиши билан йўтал

2. Оддий уткир бронхитга хос объектив маълумотлар:

- 1. ўпкада дағал нафас, курук ва нам хириллашлар
- 2. ўпкада везикуляр нафас, хириллашлар йўқ

3. ўнг ўпканинг юкори кисмида суст нафас
 4. ўпканинг пастки кисмларида крепитация
 5. ўпкада амфорик нафас, курук хириллашлар
3. Ўткир бронхиолит кўпроқ қайси ёшдаги болаларда учрайди:
- * 1. 6 ойликгача бўлган болаларда
 - 2. 2 – 3 ёшли болаларда
 - 3. 3 – 5 ёшли болаларда
 - 4. 8 – 14 ёшли болаларда
 - 5. янги туғилган чақалокларда
4. Бронхитларни келтириб чиқарувчи асосий этиологик омиллари:
- * 1. пневмококлар, стафилококлар, вируслар
 - 2. пневмококлар, стрептококлар, менингококлар
 - 3. стафилококлар, стрептококлар, гонококлар
 - 4. пневмококлар, патоген замбурутлар, токсоплазмалар
 - 5. стафилококлар, энтерококлар, микоплазмалар
5. Бронхитлар ривожланишида инфекциянинг асосий кириш йўли:
- * 1. аэроген
 - 2. Гематоген
 - 3. Лимфоген
 - 4. энтерал
5. Ретроград
6. Қачон рецидивланувчи бронхит диагнози қўйилади:
- 1. бола бир йилда 4-5 марта бронхит билан оғриганда
 - 2. бола бир йилда 1-3 марта бронхит билан оғриганда
 - 3. бола бир йилда 2 марта бронхит билан оғриганда
 - 4. бола бир йилда 4-5 марта УРВИ билан оғриганда
7. Ўткир обструктив бронхитга хос объектив маълумотлар:
- 1. дистанцион хириллашлар, ўпкада дағал нафас, кўп курук ва нам хириллашлар
 - 2. ўпкада везикуляр нафас, хириллашлар йўқ
 - 3. ўнг ўпканинг юкори кисмида суст нафас

4. ўпканинг пастки қисмларида крепитация
5. ўпкада амфорик нафас, қурук хириллашлар
8. Ўткир обструктив бронхитга хос симптомлар:
 - * 1) Дистанцион хириллашлар
 - 2) Крепитация хириллашлар эшитилади
 - 3) Амфорик нафас эшитилади
 - 4) Нафас эшитилмайди
 - 5) Битонал йўтал
9. 6 ойгача бўлган болаларни 1 минутдаги нафас сонининг меёри:
 - *1) 40-45
 - 2) 35-40
 - 3) 40-50
 - 4) 20-25
 - 5) 40-60
10. Қачон рецидивланувчи бронхит диагнози
 - *1. бола бир йилда 4-5 марта бронхит билан
 2. бола бир йилда 1-3 марта бронхит билан о
 3. бола бир йилда 2 марта бронхит билан о
 4. бола бир йилда 4-5 марта ЎРВИ билан оғриганда

ГЎДАК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ЎТКИР ПНЕВМОНИЯЛАР.

Ўткир пневмония - гўдак ёшдаги болалар орасида энг кўптарқалган касалликдир. Бу касаллик асосан нафас тизимининг респиратор бўлимлари ва ўпка тўқимасида инфильтратив яллиғланиш билан кечадиган ўткир инфекцион жараён бўлиб ҳисобланади. Бунда альвеолаларда экссудат тўлиб, организм умумий реакциялар бериши кузатилади (харорат, интоксикация белгилари), йўтал, нафас етишмовчилиги (хансираш, нафасда қўшимча мускулларнинг иштирок этиши), маҳаллий физикал симптомлар, рентгенграммада инфильтратив ўчоқлар кўрилади.

Шундай қилиб, пневмония юнан сўздан олинган бўл иб, пневмон – ўпка; син – яллиғланиш, яъни ўпкаяллиғланиши маъносини билдиради.

Пневмония касаллиги мустақил касаллик ёки бирор касалликнинг асорати сифатида намоён бўлади.

Пневмония касаллиги гўдак ёшдаги болалар орасида энг кўптарқалган касаллик бўлиб ҳозирги вақтгача болалар ўлимининг асосини ташкил қилади. Бундай бўлишига сабаб пневмония диагнозини кўйишда аниқ бир диагностик усулнинг йўқлигидир, шунинг учун ҳам бронхит ва бронхолитлар ҳисобига пневмония гипердиагностикасига сабаб бўлади. Ўткир пневмониялар 1 ёшгача бўлган болалар орасида 1000 та соғлом болага 10-15 та, 1-3 ёшгача 15-20 та, 5 ёшдан катта болаларда эса 5-6 та пневмония тўғри келади.

Пневмония касаллиги йилнинг соғуқ ойларида, грипп эпидемиясида кўпаяди. Ўткир пневмониялар кўпинча нимжон, кам вазнлик, анемияси, туғма нуқсонлари бор, чала туғилган болалар орасида кўп учраб уларнинг ўлимига сабаб бўлади. 0-1 ёшгача бўлган болалар орасида ўлим 4,5-23% ни ташкил қилади.

Ундан ташқари пневмония касаллигининг кўп учраши, касалликнинг ўзига хос кечиши ва катталардан фарқи нафас органларининг анатомо-физиологик тўзилиши хусусиятларининг ўзига хослигидир.

1 ёшгача бўлган болалар бурун бўшликлари яхши ривожланмаган, бурун йўллари тор, қалта, пастки бурун йўли ҳали ривожланмаган (у 4-5 ёшга бориб таракқий қилади). Шунинг учун ҳам ҳаво яхши иситилмайди ва тозаланмайди. Нафас йўллари сал шамоллаганда (ялғизланиши натижасида тез беркилиб нафас олиш қийинлашади) бола яхши эма олмайди. Шиллик қаватлари нозик, қон-томирларга бой, ғорсимон тўқима яхши ривожланмаган.

Ўпка ҳажми кичик, 1 см тана узунлигига 4 мл ўпка ҳажми тўғри келади, 8 ёшда- 18 мл, катталарда эса 31 мл га тенг. Ҳаво йўллари қалта, респиратор бронхал ва альвеолалар сони оз, туғилганда 1,5 млн. ташкил қилган бўлса, 8 ёшда 14 млн.га етади. Альвеолалар диаметри чакалоқларда 50 мк., 1 ёшда 80-100 мк, 12 ёшда 180 мк, катталарда эса 250-300 мк ни ташкил қилади. Ўпканинг юзаси туғилганда 2,8 м²кв, 8 ёшда 32 квм, катталарда 75

мгкв. Ўпка сегментлари бир-бирларидан бириктирувчи тўқимабилан чегараланган, шунинг учун ҳам сегментар ва полисегментар пневмониялар кўп учрайди. Эластик тўқимаси кам, бириктирувчи тўқимага бой бўлиб, контомирлар билан мўл-кўл таъминланган. Альвеолалар орасида эластик тўқимасуст ривожланган. Шунинг учун ҳамкондимланиш, эмфизема, яллиғланиш жараёnlари бошланишига қулай шароит яралади.

ЭТИОЛОГИЯСИ. Пневмониялар этиологиясида бактериялар катта рол уйнаши ўтган асрнинг охирида исботланган.

XX асрларда учраган ўткир пневмониялар этиологиясида вируслар, микоплазмалар, оддий бактериялар ва барча шартли патоген бактериялар роли катта эканлиги аниқланди. 50 йилларигача бактериялар орасида пневмококklar ахамияти катта эди. Пневмониялар билан оғриган беморларнинг 60-95% қонидан пневмококklar ажратган бўлса, 50-70 йиллари клиникада пенициллин ва сульфаниламид препаратлари ишлатила бошлагандан кейин пневмония билан оғриган болалар балгамидан тилла ранг стафилакокklar ажратила бошлади. 70 йиллар охири 80 йиллар бошида пневмония этиологик омилли бўлиб етакчи ролни стрептококklar эгаллади.

Охириги йилларда пневмониянинг этиологик омиллари бўлиб яна пневмококklar эгаллади (60-85%). Ундан ташқари пневмонияни чакирувчи кўзгатувчи бўлиб *Neisseria meningitidis* хисобланади. 10-20% болаларда пневмонияни хломедиялар келтириб чиқаради (бу ҳолат бола туғруқ йўлларидадан ўтаётганда онадан юқади). Бундай пневмонияларда ўтиб кетиши кийин бўлган йўтал пайдо бўлади.

Госпитал (нозокомиал) ва иммунодефицит фонида кечадиган пневмонияларни кўпинча колиформ бактериялар, тилла ранг стафилакокklar, анаэроблар, замбуруғлар, пневмоцистлар ва цитомегаловируслар чакиради.

Одатда аралаш бактериялар (вируслар, бактериялар, замбуруғлар ва ҳ.к.) чакирган пневмониялар анча оғир кечади ва патоген замбуруғлар ҳам кўшилади.

Гўдак ёшдаги болалар орасида пневмониянинг ривожланишида куйидаги касалликка олиб келувчи омиллар аҳамиятга эга:чала туғилиш, оғир перинатал патологиялар (хомила ичи гипоксиялар, асфиксия, калла ичи ва орка мия шикастланишлар ва бошқалар), қусиш ва қайт килиш синдроми, сунъий овқатлантириш, конституция аномалиялари, кам вазниклар, туғма юрак пороклари муковисцидоз, ўпка ривожланиш пороклари, ҳар хил наслий иммунодефицит ҳолатлар, гиповитаминозлар. 5 ёшгача бўлганболаларда касалликка олиб келувчи омиллар бўлиб асосан ЛОР органлардаги сурункали ўчоқлар, рецидивланувчи сурункали бронхит ва пневмониялар, чекишлар ва бошқалар бўлиб ҳисобланади.

ПАТОГЕНЕЗИ. Пневмонияларда инфекцияларнинг ўпкага тушиш йўли асосан бронхоГен йўлбўлиб ҳисобланади: бунда инфекция респиратор бўлимларга тарқалади. Гематоген йўл орқали ўпкага инфекция камдан-кам ҳолатларда, яъни септик жараёнларда (метастаз бўлганда), хомила ичи пневмониялари ривожланганда вужудга келиши мумкин. Вируслар бурун халқум ва юқори респиратор йўлларида ортикчашиллик ажралишига олиб келади, шу шиллик бронхлар оралигини тўсиб қўяди. Шу билан бирга ўша жойда шилликнинг бактерицид хусусиятлари сусаяди, натижада инфекция нафас йўлларининг пастки қисмларига утиши осонлашади.

Болалар пневмониясида яллиғланиш жараёнлари юқори респиратор йўлларида бошланади ва респиратор бронхоалаларга тарқалади. Респиратор бронхиолалар киприксимон цилиндрик эпителияларга эга бўлмаганлиги ва ампуласимон кенгайиши мавжудлиги инфекциянинг шу ерда тухталиб қолишига сабаб бўлади. Инфекцион агент респиратор бронхиолалардан ташқарига тарқалиб, ўпкатуқимасида яллиғланиш жараёнини, яъни пневмонияни келтириб чақиради. Бемор йўталганда микроб, патологик экссудат яллиғланиш ўчоқларидан дастлаб катта бронхларга, сўнг яна респиратор бронхиолаларга ўтиб, яллиғланишнинг янги ва янги ўчоқларини пайдо қилади.

Болаларда пневмониянинг характерли белгиларидан, бронхопульманал, бифуркацион, паратрахиал сингари регионар лимфа тугунларининг патологик жараёнга тортилиши бўлиб ҳисобланади. Шунинг учун пневмониянинг анча аввал кўзга ташланадиган симптомларидан, ўпка илдизининг кенгайганлиги ҳисобланади.

I ёшгача бўлган болаларда пневмония кўпинча ўнгўпканинг III сегментида ёки ҳар иккала ўпканинг I, II, VIII, IX, X сегментларда жойлашади. Катта болалар орасида эса ўнгўпканинг II, VIII ва X сегментлари ёки чап ўпканинг II, VIII, IX ва X сегментлари зарарланиши кузатилади.

Пневмония ривожланишида вужудга келган кислород етишмовчилиги аввало МНС фаолиятига таъсир кўрсатади. Пневмония авж олган даврда вегетатив асаб системаси фаолияти издан чиқиши, симпатик бўлим тонусининг устун келиши белгилари билан намоён бўлади. Токсикоз белгилари барҳам топиб боланинг аҳволи яхшилангач парасимпатик бўлим тонуси устунлик қила бошлайди.

Пневмония патогенезида маълум даражада сурфактант роли ҳам мавжуд. Сурфактант юза-актив моддалар гуруҳига кириб, аэрогемастик барьернинг ҳаво билан тўқнашадиган юзасида жойлашган. У нафас чиқариш фазасида альвеолаларнинг пучайиб қолишига йўл қўймайди; бактериоцид фаолликка эга; ўпка микроциркуляциясини нормаллаштиришда ва альвеолалар девори ўтказувчанлигини таъминлашда иштирок этади; боланинг биринчи нафасидан кейин ўпка бўшлиғидаги суюқликни чиқариб ташлашда қатнашади.

Гипоксия, асфиксия ва грамм манфий микроблар сурфактант миқдорини камайтиради ва газ алмашинувини бузади.

Токсикоз ва нафас етишмовчилиги кичик қонайланиш доирасидаги артериолаларни спазмга олиб келади, натижада ўпка гипертензияси вужудга келиб, юракнинг ўнгбўлимларига зўриқиш тушишига сабаб бўлади, бу эса ўз

навбатида миокард қисқарувчанлик хусусиятини пасайтиради ва периферик Гемодинамикани бузди натижада микроциркуляцияни издан чиқаради.

Оғир пневмонияларда миокардда энергетик-динамик етишмовчиликлар вужудга келиб, томирлар мускулларида дегенератив ўзгаришиларга сабаб бўлади, капиллярлар ўтказувчанлиги ортади, томирлар тонуси ҳар хил даражада бузилади. Яллигланиш жараёни ва шиш веноз конокимига тўсиқлик қилади. Ацидоз, полигиповитаминоз, айланаётган қон ҳажми ва реологик хусусиятининг ўзгариши, пневмониялар учун характерли белгидир. Эрта ёшли болалар оғир пневмониясида кичик қонайланиш доирасида босимнинг ортиб кетиши, артериол проток ва овал тўшиқнинг очилиб кетишига ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Пневмониялар қанча оғир кечса юрак қон-томир етишмовчилиги шунча яққол ифодаланади. 5-6% ҳолатларда миокардит асорати кузатилади.

Овқат ҳазм қилиш системасида: ҳазм ферментлари активлиги сусаяди, ошқозон-ичак тракти моторикаси бузилади, шунинг учун гўдак ёшли болаларда метеоризм, дисбактериоз, парентерал диспепсиялар кузатилади.

Эндокрин системасида: глюкокортикоидлар, катехолинаминлар ортади, ажралув системасида – буйрақда филтрацион, реабсорбцион функциялари ўзгаради, жигар тозалаш функциялари камаяди, иммун реактивлиги, қонда носпецифик иммун химоя кўрсаткичлари-комплемент титри, пропердин, лизоцим, қоннинг бактерицид хусусияти, нейтрофилларнинг фагоцитар активлиги, М, Ж, иммуноглобулинлар, В лимфоцитлар миқдори ортади.

Пневмониялар билан оғриган беморларда модда алмашинуви ҳам бузилади: метоболитик ва аралаш ацидоз кузатилади, буфер асослари камайиб, тўлаоксидланмаган маҳсулотлар кўпаяди;

Сув-туз алмашинуви – организмда сув, хлоридлар, гипокалиемиа кузатилади, чақалокларда ва кўкрак ёндаги болаларда одатда сувсизланиш кузатилади. Оксиллар алмашинуви-альбуминлар миқдори камайиши ва глобулинлар ортиши ҳисобига диспротеинемия бўлади, қонда аммиак,

аминокислота, мочевино миқдори ошади; углевод алмашинувида (гипогликемия) липидлар, гипохолестеринемия кузатилади.

Пневмонияларнинг енгил ва оғир даражасига қараб бу ўзгаришлар турлича бўлади. Бундан ташқари боланинг приморбид фонига, нафас етишмовчилик даражасига, бола ёшига, реактивлигига, компенсатор механизмларнинг химоясига боғлиқдир. Масалан: болада айирсимон без катталашган бўлса - тимомегалияда глюкокортикоидлар кам ишлаб чиқарилади шунинг учун глюкокортикоидлар берилади.

КЛАССИФИКАЦИЯ.

Ўткир пневмониялар классификацияси С.В.Рачинский ва В.К.Таточенко томонидан таклиф этилган бўлиб, клиникада қўллаш учун тасдиқланган.

Ўчоғли пневмония (бронхопневмония). Инфекцион яллиғланиш жараёни тарқалиши чекланган ҳолатларда респиратор бронхиолалар атрофида ўчоқли ёки ўчоқлар қўшилувчан (очагово сливная) пневмониялар ривожланишига олиб келади. Пневмониялар ичида жуда кенг тарқалган шакли бўлиб ҳисобланади. Касалликнинг оғирлиги патологик ўчоқнинг катта кичиклигига боғлиқ. Баъзан жараён бир неча сегментларга тарқалиб, емирилишга моил бўлади, тўғри антибактериал даволаш чоралари олиб борилганда патологик жараён тез орқага қайтади. Ўчоқлар қўшилиб келган пневмонияларда кўпинча асоратлар ривожланади, интенсив антибактериал терапия ўтказишни талаб этади, касалликнинг 1-2 кунларида 2 та антибиотик қўллаш лозим бўлади.

Сегментар пневмония - Бактериялар ҳамда шиш суюқлигининг альвеолалар аро тирқиш орқалик битта сегмент бўйлаб тарқалса сегментар пневмония дейилади. Ўчоқли бронхопневмониядан фарқи - жараён бутун сегментни (ателектаз ҳолатида турган) зарарлайди. Сегментар пневмония ўткир кечса ва яхши даволанса жараён тўла тузалиши мумкин, Бирок, кўпинча фиброз тўқима ўсиб пневмосклерозга олиб келади. Баъзан жараён

бир неча сегментларга тарқалиб полисегментар пневмонияларни ҳосил қилади.

Крупоз пневмония - Патологик жараён ўпканинг бир бўлағи соҳасида ривожланса – бўлакли (крупоз, лобар) пневмонияни келтирибчиқаради. Биринчи навбатда клиникаси билан фарқ қилади,

ПНЕВМОНИЯ ИШЧИ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

| Морфологик шакли | Инфекцияланмиш шаронги | Кечиши | Асоратлари | |
|------------------|-------------------------------|----------------|----------------------|---------------------|
| | | | Ўпкадаги | Ўпкадан ташқаридаги |
| Ўчоғли | Шифохонадан ташқари * | Ўтқар | Синпневмоник плеврит | Инфекцион |
| Сегментар | Шифохона ичидаги ** | Чўзилиб кечиши | Метаневмоник плеврит | Токсик шок |
| Полисегментар | (нозокомиал) | | | ДВС-синдром |
| Крупоз | Перинатал инфирцияланмиш *** | | | Юрак-томир |
| Интерстициал | Иммунодефицит ҳолатларда **** | | Ўпка деструкцияси | етишмовчилик |
| | | | Ўпка абсцесси | Кагталар туридаги |
| | | | Пневмоторакс. | респиратор |
| | | | Пиопневмоторакс | дистресс-синдром |

* Пневмококк, Н Инфлюэнцае, стафилакокк, стрептококк, микоплазма, Chlamidia pneumoniae, легионелла, вируслар.

** Псевдомонадалар, клебсиеллалар, стафилакокк, E. Coli, H. Influenzae, протей, Branchamella, вируслар.

*** Стрептококк В, грам-манфий флора, хламидиялар (trachomatis), цитомегаловирусу, Branchamella, урсеплазма, вируслар.

рентгенограммада ўпканинг бир бўлаги гомоген қорайган бўлади, антибактериал терапиядан кейин самара яхши кечади.

Интерстициал пневмония - камдан кам 1% га яқин ҳолларда учрайди. Жараён ўпканинг оралик тўқимасида кечиб, физикал кўрсаткичлари кам намоён бўлади, баъзан жараён ўпка тўқимасига тарқалиши ҳам мумкин.

Ўткир пневмониялар кечиши 6 ҳафта давом этади, лекин жараён баъзан 6 ҳафтадан ҳам ортиқроқ чўзилиши мумкин. Агар жараён 1,5 ойдан 8 ойгача давом этса (одатда кўпроқ сегментар пневмонияларда) чўзилиб кечадиган пневмониялар деб айтилади. Бунда ўпкадаги жараён тўла сўрилмайди, унинг ўрнида чегараланган пневмоскелероз шаклланади.

Бронхопневмония клиникаси - асосан ўпка (респиратор), умумий интоксикацион, нафас етишмовчилик ва маҳаллий физикал симптомлардан иборатдир.

Касалликнинг бошланиши аста - секин, яъни бир икки ҳафта ичида ёки бирданига ривожланиб, 1-чи 3 кун ичида диагнозини қўйиш қийинчилигини тугдириши мумкин. Одатда касалликнинг биринчи кунлари ЎРВИ белгилари кўрилиб, 2-3 кундан сўнг боланинг умумий ҳолатининг қисқа муддатли яхшиданиш фонида интоксикация белгилари пайдо бўлади ва кучаяди: тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриши, иштаҳаси ёмонлашади, қувватсизлик пайдо бўлади, атроф муҳитга қизиқини пасаяди ёки безовталаниш, уйқунинг бузилиши, тилнинг қараш билан қопланиши, тахикардия, иситманинг ноадекват бўлиши кузатилади.

Гўдак ёшдаги болалар пневмонияси клиникаси ўзгача бўлади. Биринчи ўринда нафас етишмовчилик ва интоксикация симптомлари туради. Ўпканинг физикал ҳамда маҳаллий ўзгаришлари кечроқ аниқланилади; жараён кўпинча 2 томонда жойлашади. Касаллик бошида катарал ўзгаришлар кўрилади: тумов, аксириш, курик йўтал, субфебрил ёки фебрил ҳарорат кўтарилади, бола инжик, уйқуси безовта, иштаҳаси йўқолади. Даволашга қарамай бола аҳволи ёмонлашади, улар бўшашади, ранги оқаради, тана вазни пасаяди, баъзан ичи кўп келади, қайт қилиш ва қусиш қўшилади.

Ўткир пневмония учун хароратнинг фебрил рақамларга қўтарилиши хосдир. Харорат 38 даражадан паст бўлса 90% ҳолатларда пневмония диагнози қўйилмайди (чала тутилган, реактивлиги паст болалардан ташқари). Болага 3-4 кун тургун харорат кириб туриши диагностик белгиларидан бири бўлиб ҳисобланади, бунда ҳам грипп ва аденовирусли инфекцияларни ҳисобга олиш керак бўлади. Шунинг учун ҳам анамнез яхши йиғилиши керак. Пневмония касалликларида даволаш бошланмаса харорат пасаймайди, даволашни бошлагандан кейин 2-3 кунда харорат нормаллашади. Пневмония билан оғриган беморлар иштаҳаси одатдагидан паст. Боланинг ҳулқи ўзгарган, кўпинча кўзгалувчанлик устун туради, камроқ ҳолатларда апатия кузатилади. Уйқуси беҳаловат, тери қатламлари ранглар, баъзан мрамар тош каби товланади, қўл-оёқлари совуқ бўлади. Токсикознинг яна бир белгиси бўлиб тахикардия ҳисобланади. Гудак ёндаги болаларга хос белги бўлиб бурун-лаб учбурчагида цианоз ҳосил бўлишидир. Гипертермияларда эса талваса синдроми келиб чиқиши мумкин.

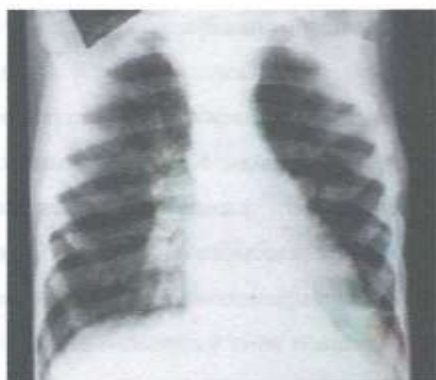
Локал (махаллий) симптомларини доимо аниқлаш қийин, шунинг учун ҳам касаллик динамикасини кўзатиш имкони бўлмайди.

1. Ўткир бронхоневмонияларда кўпинча майда пуфакчали хириллашлар эшитилади. Бу албатта кузатилиши шарт бўлган симптом эмас, баъзан пневмониялар хириллашларсиз ҳам кечиши мумкин. Баъзан эса хириллашлар касалликнинг бошида пайдо бўлиб, кейин йўқолиб кетади, сўнг яна пайдо бўлади. Баъзан ўткир пневмонияларда хириллашлар касалликнинг бошидан охиригача кузатилади. Пневмония касаллигига хос белги бўлиб хириллашлар ўпканинг маълум бир чекланган соҳасида эшитилиши ҳисобланади.

2. Нафаснинг ўзгариши ўпкада ялғиланиш борлигини 70% ҳолларда билдиради. Кўпинча ўпкада дағал нафас эшитилади, баъзан эса нафас чиқариш чўзилиб бронхиал нафас эшитилади. Инфильтрат кўп бўлганда суестлашган нафас эшитилиши мумкин, гоҳида бронхофания аниқланади.

3. Перкутор товушнинг тўмтоклашиши 77,6% ҳолатларда кузатилади. Зарарланган соҳа қанча катта бўлса, перкутор товуш шунча тўмтоқлашади. Кўрсатилган белгиларнинг бир ёки иккитаси топилса 85% ҳолатларда ўткир пневмония деб диагноз қўйилади.

Рентгенологик текшириш: ўткир бронхопневмонияларда (д-0,5-2 см) бўлганинфилтратли соялар ўпканинг 2 томонида жойлашган бўлади. Бу соялар II, IV, VII, IX, X сегментларда жойлашиб тарқалишга мойил бўлади, ўчоқлар баъзан бир-бирига қўшилиши, баъзан эса бошқа сегментларга ўтиши мумкин. Инфилтратли соялардан ташқари ўпка эмфиземаси белгилари топилади (қовурғалар ораси кенгайди, диафрагма пастга тушган, ўпка майдони тиниқлашган). Жараён баъзан плевраларга тарқалади, бунда ўпка илдизи сурати кучайганлигини кўриш мумкин. Сегментар пневмонияларда интенсивлиги бир хилда бўлганинфилтратли соялар шакли тахминан учбурчакка ўхшаб, асоси ташқи томонга, учи эса ўпка илдизига қараган бўлади.



Расм 9

Сегментар пневмония рентген суратда бир ёки бир неча сегментларнинг қамроб олган ўчоқли пневмония сегментар деб айтилади. зарарланиши айтилади. Сегментар пневмониянинг кечишига кўра 3 варианти қайд этилган. Биринчи вариант клиник жиҳатдан яхши сифатли кўринишда кечади. Кўпинча бу вариант ўз вақтида аниқланмайди, чунки маҳаллий

ўзгаришлар бир неча кун сакланади холос ҳамда нафас етишмовчилиги, интоксикация ва хатто йўтал ҳам бўлмаслиги мумкин. Ташхис фақат рентгенологик натижаларига биноан ўрнатилиши мумкин. Бу нарса вирусли инфекцияларда ўпка тўқимасининг сегментар шишлари бўлса керак деб ҳам тахмин қилинади. Сегментар зотилжамнинг 2 варианты клиник жиҳатидан крупоз пневмонияларни эслатиб, ўзининг ўткир бошланиши, иситманинг юқорилиги ва даврий кечиши билан ажралиб туради. Сегментар зотилжамларда кўкрак қафасида ва қорин соҳасида оғрик бўлиши мумкин.

Сегментар зотилжамнинг 3 вариантыда рентгенологик ўзгаришлар касаллик биринчи ҳафтасининг охирида ёки 2 ҳафтасида пайдо бўлиши мумкин. Клиник жиҳатдан бу вариант мактабгача ва мактаб ёшидаги болалардаги ўчоқли зотилжамни эслатади, бироқ, аускультацияда сусайган нафас эшитилиб, хириллашлар умуман бўлмаслиги мумкин. Ўпка зичлиги ортанлиги боис перкутор белгилари кам кузатилади. Бироқ, беморларнинг тенг ярмида плевранинг зарарланиши ва ателектазлар ривожланиши мумкин, ҳамда абсцесга, деструкцияга ўтиб кетиши эхтимолнинг юқорилиги ва чўзилиб кечишга моилликнинг мавжудлиги билан ажралиб туради.

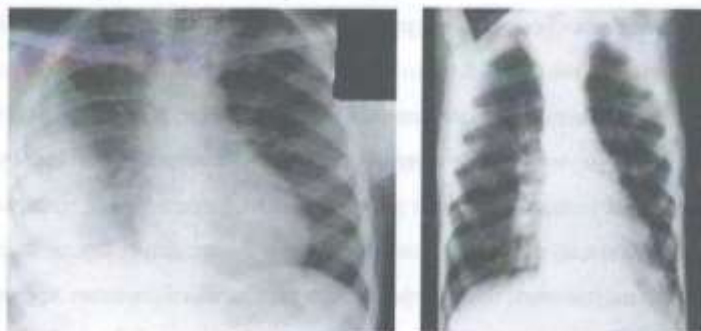
Крупоз пневмония клиник манзараси. Крупоз пневмония ривожланишида организмнинг гиперергик реакцияси катта аҳамиятга эга. 70-80% ҳолатларда 3 ёшдан катта болаларда учрайди. Кўпинча пневмококklar келтириб чиқаради. Бронхопневмониядан фарқи - жараён одатда альвеолаларда бошланиб, кейинчалик бронхларга тарқалади, касаллик циклик кечади, антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари кўп қўлланилганлиги туфайли клиник манзараси анча ўзгарган. Касаллик ўткир бошланади. Касаллик болада бирданига харорат 39-40° кўтарилиши билан бошланади, бош оғрийди, қуриқ йўтал пайдо бўлади, динамикада токсикоз аломатлари ортиб боради ва нафас бузилишининг II-III даража белгилари кўрилади. Кўпинча абдоминал синдром ривожланади: бола қайт қилади, киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳаларида оғриклар пайдо бўлади, тили қараш билан қопланган, метеоризм кузатилади. Агар жараён ўнг ўпканинг

юкори бўлагида жойлашса менингит симптомлари – кучли бош оғриги, кўнгил айнаши, қайт қилиш, гиперестизия, энса мускулларининг таранглашуви кузатилади. Касалликнинг бу кўринишлари диагноз кўйишни қийинлаштиради ва беморни хирургик ёки инфекцион касалхоналарга тушиб қолишига сабаб бўлади.

Касаллик клиник симптомлари патоморфологик боскичларга хос равишда кечиши мумкин. Биринчи боскичида (куйилиш ёки экссудация боскичи бир неча соатдан 1-2 кун давом этади) харорат 39-40° кўтарилиши, бош оғриши, курик йўтал, токсикоз аломатлари билан биргаликда перкутор товушнинг бўғиклашиши, суст нафас асосида доимий бўлмаган крепитация эшитилади. II боскичида (кизил жигарланиш боскичи 2-3 кун) боланинг ахволи оғир, юзи қизарган, лабларида Герпес (учуқ) тошмалари. Харорати фебрил, гектик - 39-40°, нафас етишмовчилик, интоксикация белгилари кучайиб боради. Зарарланган ўпка бўлаги соҳаси нафас олишда орқада қолади, ковургалар оралиги кенгайди. Шу соҳада перкутор товушнинг бўғиклашганлиги, бронхал нафас, бронхофония аниқланилади, хириллашлар эшитилмайди. Олигурия, протеинурия кузатилади. III боскичида (кулранг жигарланиш - 4-7 кун) перкутор товуш яна тимпаник тусга эга бўлади, нафас эшитилади, крепитация пайдо бўлади. Бу даврда беморнинг ахволи бир мунча яхшилана бошлайди, тана харорати критик ёки литик пасаяди, хансираш нафас етишмовчилик симптомлари бартараф бўлади, йўтал кучаяди. IV боскичида (тузалиш) балгам ажралиши билан нам йўтал пайдо бўлади, тана харорати нормал ҳолатгача пасаяди, ўпканинг зарарланган соҳалари устида жуда кўп миқдорда нам крепитацияланувчи хириллашлар эшитилади. Ичаклар перисталтикаси кучаяди, олигурия полиурия билан алмашинилади.

Рентгенологик ўзгаришлар динамикаси ўзига хос характерга эга бўлади: касалликнинг куйилиш боскичида томирлар сурати кучайган ва диафрагма ҳаракати чекланган бўлади; жигарланиш боскичида зарарланган ўпканинг бир ёки бир неча бўлақларида аниқ чегарага эга бўлган зич соялар

борлиги, жараённинг плеврага ва ўпка илдизи томонига силжигани кўрилади; тузалиш босқичида эса инфильтратнинг секин-аста сўрилаётганлиги, сояларнинг йўқолаётганлиги кузатилади.



Расм 10

Периферик қон таҳлилида кескин лейкоцитоз, нейтрофилез, лейкоцитар формуласининг чапга силжигани аниқланади, ЭЧТ кўтарилади.

Крупоз пневмониянинг hozirgi вақтда кечини атипик тусда бўлиб, абортив ёки бирор сегменти зарарланиши билан кузатилади. Антибиотикотерапия яхши ўтказилса жараён 1-2 ҳафтада тузалади. Агар яхши даволанмаса ва суперинфекция кузатилса жараён чўзилиб кечади.

Интерстициал пневмония. Касалликни пневмоцистлар, вируслар, микоплазмалар, камроқ ҳолларда стафилакокклар чакиради. Асосан нимжон дистрофик, анемия, диатез, тугма иммунтанқислиги бор болаларда учрайди. Бунда тез нафас етишмовчилигининг II – III даражаси ривожланади. Болада кескин тахикардия, шовқинли ҳансираш, цианоз белгилари кўрилади. Юрак тонлари бўғиклашган, баъзан эмбриокардия кузатилади. Кўпинча майда томирлар зарарланиб ДВС келтириб чиқаради. Баъзан сурфактан танқислиги натижасида микроателектазлар вужудга келади. Томирлардаги ўзгаришлар ўпка гипертензиясига сабаб бўлади. Марказий ва вегетатив нерв системаси зарарланиб нейротоксикоз, ошқозон-ичак тракти (қусиш, қайт қилиш, тез-тез ич келиш, метеоризм, эксикоз белгилари) асоратини беради. Бола тез-тез хуружсимон йўталади. Балғам оз, кўпиксимон, баъзан қонаралаш ажралади. Кўкрак қафаси эмфизаматоз шишган, перкуссияда тимпаник товуш

эшитилади. Аускультацияда суст нафас эшитилади. Агар жараён оғир кечса ўнг қоринча етишмовчилиги ривожланади: бўйин веналари бўқади, жигар катталашади, ЭКГ - юрак-ўпканинг ўткир бузилиши белгилари аниқланилади.

Рентгенологик текширишларда кескин ифодаланган эмфизема асосида томирлар орасида тўрсимон манзара кўрилади. Периферик қон таҳлилида лейкоцитоз ва нейтрофилез ва ЭЧТ кўтарилишидан ташқари лейкопения ва лимфоцитозга мойиллик тугилади. Ним ўткир, ўртача интоксикация ва II даражалик нафас етишмовчилиги билан кечадиган интерстициал пневмония мактаб ёшидаги болаларда учрайди. Бунда қаттиқ бош оғриғи, бола бўшаши, субфибрил ҳарорат кўтарилади, иштаха пасаяди. Озгина жисмоний зўриқиш хансирашга сабаб бўлади. Перкуссияда, аускультацияда деярли физикал ўзгаришлар топилмайди. Рентгенографияда ўпка манзараси кучайган, тўрсимон деформациялар топилади. Касалликнинг кечиси узок давом этиши мумкин. Оғир кечганда жараён 1-2 ҳафтага, рентгенологик ўзгаришлари эса 3-4 ҳафта давом этади. Касаллик оқибати пневмофиброз ва бронхоэктаз касаллигига айланиши мумкин.

Асоратлари. Нафас етишмовчилик синдроми: нафас олишнинг ўзгариши зарарланган ўчоқнинг катта-кичиклигига боғлиқдир. Пневмонияларда зарарланган ўчоқ қанча катта бўлса нафас олиш тезлиги шунча ортади, хансираш кучаяди. Пульснинг нафасга нисбати ўзгаради (нормада 4-3,5 : 1), пневмонияда эса бу кўрсаткич 3:1 дан камайд.

Гўдак ёшидаги болалар орасида нафас етишмовчилик синдроми ривожланиши пневмония касаллиги патогенизининг асосий звеноси бўлиб ҳисобланади.

Хансираш деб, ҳаво етишмовчилигининг субъектив сезилиши бўлиб, нафас олиш тезлашади, нафас чиқаришқийинлашади, нафасда кўшимча мускуллар иштирок этади, чакалоқлар оғзидан кўпик чиқаради.

Нафасда умров усти чуқурчалари ҳосил бўлади, нафасда бўйин мускуллари иштирок этади, бўйин веналари катталашади.

Парадоксал нафас: кориннинг олдинги девори ва тўшнинг пастки 3/1 қисми нафасда иштирок этади.

Гўдак ёшдаги болаларда нафас олишни бузилишининг 3 даражаси тафовут қилинади. Уларнинг клиника-лаборатор кўрсаткичлари жадвалда берилган.

Кардиоваскуляр синдроми. Тахикардия, тахикартиялар билан кузатилади. Бунда асосан юрак тонлари бўғиклашган, кўпинча юрак чўккисиди ва Боткин нуктасиди систолик шовкилар эшитилади. Юрак чегараси кўпинча чапга катталашади, максимал артериал босим тушади, веноз босими эса кўтарилади, жигар катталашади, палпацияда оғрик сезилади. ЭКГда Р тиши вольтажи пасайган, Р тиши вольтажи чўккиси стандарт йўналишларида катталашган, Т тишича II – III стандарт йўналишларида пасайган, С - Т интервали изолинияга нисбатан силжиган.

Ундан ташқари ўткир пневмониялар модда алмашинуви бузилиш даражаларига қараб буйрак усти беши етишмовчилиги, анемия, токсик буйрак каби асоратлар бериши мумкин. Баъзан эса йирингли жараёнлар бутун қонтомир буйлаб тарқалиб бактеримиялар (сепсис, менингит, остеомиелит, йирингли отит, ярали энтероколит ва б.) кузатилади.

Касаллик диагностикаси. Ўткир пневмониялар диагнозини зарарланган ўпканинг умумий ва маҳаллий ўзгаришларига қараб қўйилади.

Ундан ташқари лабораторик текширишлар ҳам катта аҳамиятга эгадир. Гематологик кўрсаткичлар: пневмония билан оғриган беморларнинг ярмидан кўпиди лейкоцитлар сони 10×10^9 г/л ортик бўлиб, кўпинча нейтрофилез формуласининг чапга силжиси кузатилади. ЭЧТ 20 мм/с ортиши пневмония касаллиги борлиги хақида ўйлантиригизади. Реактивлиги паст болаларда (кам вазидликларда) Гематологик ўзгаришларсиз ҳам пневмония ривожланиши мумкин.

Қуйидаги ҳолатларда пневмония диагнозини тасдиқлаш учун рентгенологик текширишларга йўналтирилади.

1. Маҳаллий симптомлари кескин ифодаланган бўлса пневмония касаллиги тўғрисида фикр юритилиб болани дарҳол рентгенологик текширишга йўналтириш лозим.

2. Болага бир марта бўлса ҳам харорат 38°дан юқори кўтарилса, бронхит, аденовирус инфекцияси белгилари кузатилмаса беморни рентгенологик текшириш шарт, агар хансираш, тахикардия ва интоксикация симптомлари ифодаланган бўлса рентгенологик текширишдан аввал касалликни даволаш лозим бўлади.

3. Харорат 38° дан паст бўлиб, маҳаллий ва хансираш, интоксикация белгилари бўлмай, бола эртаси кун яхши бўлиб қолса пневмония диагнози инкор этилади.

4. Болаларда бронхит клиникаси ифодаланиб (маҳаллий симптомлари бўлмаса), харорат юқори кўтарилган бўлса ҳамда интоксикация белгилари кузатилса албатта рентгенологик текширилади.

Жадвал 20

Нафас етишмовчилигининг клиник-лаборатор кўрсаткичлари.

| Нафас етишмовчилик даражаси | Клиник характеристикаси | Ташки нафас кўрсаткичлари | Қоннинг газ таркиби, ишкорий-кислотали мувозанат |
|-----------------------------|---|---|--|
| I | Қўшимча мускуллар иштирокисиз хансираш, пульси нафас олишга нисбати (П/Н) - 3-2,5: 1, тахикардия, периорал цианоз, озгина жисмоний зуриқиш хансирашни ва цианозни кучайтиради, юзлари рангпар. А/Б нормада. | Нафаснинг минутлик ҳажми (НМХ) кўтарилган, ўпканинг ҳаётий сиғи-ми (УХС), нафас резерви (ХП) пасайган, нафас ҳажми (НХ) меъёрида ёки биров камайган | Бола тинч турганда қондаги газ таркиби ўзгармайди, қоннинг кислород билан тўйиниши 90%ни ташкил қилади (PO ₂ к 65-80мм.с.м.у.с.) 40-50% концентрацияли кислород берилганда қоннинг кислород билан тўйиниши меъёрга етади. |
| II | Қўшимча мускуллар иштироғида кучли | НМХортган, УХС 20-30% | Қоннинг кислород билан тўйиниши 70- |

| | | | |
|-----------|---|---|--|
| | доимий хансираш, П:Н 2-1,5:1, тахикардия, юзда, кўл-оёқларда доимий периорал цианоз кузатилиб, 40-50% O ₂ берилганда цианоз йўқолмайди. Бемор бўшапган, хуши сопороз, мускул гипотонияси, адинамия, баъзан безовталанган | га камайган, ХП ва НХ 50%гача пасайган | 85%ни ташкил қилади (PO ₂ к40-55 мм.см.ус), гиперкапния PCO ₂ ак45-65 мм.см. ус нафас ва метаболлик ацидоз рН — 7,34-7,25 |
| II | Кучли хансираш бўлиб нафас тезлиги 150% нормага нисбатан тез, гоҳ-гоҳ брадикапноэ, парадоксал нафас кузатилади, П:Н нисбати 2.5-3.0:1 | НМХ пасайган, УХС ва НХ 50% дан ҳам пасайган, ХП 0га тенг | Қоннинг кислород билан туйиниши 70% дан паст (PO ₂ к40 мм.см.ус дан паст), гиперкапния PCO ₂ к 70-90 мм.см.ус дан юкори, декомпенсацияланган аралаш ацидоз |

Дифференциал диагностика. Ўткир пневмонияларни грипп, ЎВРИ, бронхитлар, бронхолитлар, ёт жисмларнинг бронхларга тушиши, кизамиккасаллигининг бошланғич даври билан тоққослаш лозим.

Грипп - гипертермия ва токсикоз симптомлари кучли бўлиб, даволашни бошлагач бу белгилар тезда йўқолса, умумий қон, сийдик таҳлилларда, рентгенологик текширувларда ўзгаришлар кузатилмасе пневмония диагнози инкор этилади.

Аденовирус инфекцияси - токсикоз ва интоксикация белгидаридан ташқари болада конъюнктивит, ринит, фарингит симптомлари кузатилади, баъзан бронхит ривожланиши мумкин. Пневмония касаллигидан фарқи ўлкада лакал ўзгаришлар бўлмайди. Периферик қонтаҳлилида лейкоцитлар сонин ва ЭСД озгина кўтарилади, кўпинча лейкопенияга монл бўлади, лимфоцитоз кузатилади.

Бронхит - ўткир бронхитларда интоксикация ва нафас етишмовчилик симптомлари кузатилмайди ёки улар ўртача намоён бўлади. Тана харорати

субфибрил ёки нормада бўлади. Ўпкани аускультация қилинса ўпка майдонларида майда, ўртача пуфакчали дағал, курик ва нам хириллашлар эшитилади. Уларнинг сони йўтал ва балгамнинг кўчишига боғлиқ, балгамни сўриб олинса ёки бемор ютиб юборса хириллашлар сони камади. Рентгенограммада - ўпка майдони илдиз томон тиниклашганлиги, ораликтўқимава томирлар манзараси сал кучайган бўлиб, соялар кўрилмайди. Периферик контахлилида деярли ўзгаришлар кузатилмайди.

Бронхиолит - бронхиолитлар асосан бола ҳаётининг биринчи 6 ойлигида учрайди. Ўзининг клиник симптомлари билан ўчоқлибронхопневмонияларга ўхшайди. Буида кўпинча майда бронхиола ва бронхлар диффуз зарарланади, касалликни респиратор синцитиал вируслар чакириб, обструктив ва нафас етишмовчилик синдромининг II – III даража симптомлари кузатилади. Боланинг аҳволи оғир, интоксикация белгилари кучли ифодаланади. Обструкция ҳолати балғамсўчиб ажралишига боғлиқ. Буида йўтал тез-тез хуружсимон бўлади. Хансираш экспиратор турда бўлиб, ҳамма қўшимча мускуллар нафасда иштирок этади. Баъзан кенга муддатли апноэ кузатилиб эмфизема ортади. Аускультацияда сутлашган нафас фониди майда, ўртача пуфакчали хириллашлар эшитилади. Локал (махаллий) ўзгаришлар бўлмайди. Рентгенограммада: ўпканинг шинганлиги, бронхтомирлар манзараси кучайганлиги, камроқ ҳолларда ўпкасуратининг майда элементлари иштирокида қарайганлиги билинади. Периферик кон тахлилида: лейкопения ва лимфоцитоз кузатилади. Бронхиолитларга касалликнинг даврлар билан кечиши характерлидир. Обструктив синдроми 1-2 кунда, касаллик эса 2-5 кунда ўтиб кетади.

Ўткир бронхопневмонияларни даволаш тамойиллари.

Ўткир пневмонияларни даволаш анча мураккаб жараён бўлиб хисобланади ва қуйидаги чора-тадбирларни ўз ичига олади.

1. Нафас йўллари обструкциясини йўқотиш
2. Балғамни суюлтириш, бурун-халқум, бронхлардан сўргичлар ёрдамида йирингли балғамни олиб ташланади.

3. Вибромассаж, дренаж усулини ўтказиш, бронхоскопия, реструктив нафас етишмовчилигини (ўпка ҳажмининг кичрайиши ва унинг чўзилувчанлигини пасайиши) тозалаш ва сифон клизмалар қилиш, дибазол, прозерин, бронхоспастик воситалар ёрдами билан олиб борилади.

4. Ўпкадаги газ алмашивуни яхшилаш учун оксигенотерапия, аэротерапиядан фойдаланилади.

5. Тўқима нафаси жараёнларини яхшилаш мақсадида доридармонлардан фойдаланиш.

6. Организмнинг иммун реактивлигини оширувчи, модда алмашивуни яхшиловчи воситалардан фойдаланиш.

Шифохоналарга бир ёшгача бўлган, касаллиги оғир, асоратлар бўлиши эҳтимоли бор болалар ётқизиблиб даволанилади. Бир ёшдан катта, пневмония енгил ва ўртача оғирликда кечганда, уй шароити ётишга имкони бўлмаган ота-оналар болалари амбулатор даволаниши мумкин. Бунда маҳалла врач ва тиббий ҳамшира болани доимо назорат қилиб туришлари лозим.

Асраш режими ўрнатилади. Болани ортикча шовкиндан, ўта ёруғликдан асралади ва даволаш чора-тадбирларини секин-аста ўтказилади, чунки боланинг ортикча безовталаниши кислородга бўлган талабини ортириб юборади. Палаталар 22-24° иссиқ бўлиши, тез-тез нам латталарда тозаланиб туриши, вақти-вақти билан кварцланиб туриши лозим.

Парҳезтерапия - боланинг талабига, ёшига мос енгил ҳазм бўладиган, витаминларга бой таомлардан берилади. 6 ойгача бўлган болалар фақат она сuti билан боқилади. Сунъий овқатланган болаларга мослаштирилган, нордон омухталардан берилади. Бола қайт қилаётган бўлса 5% глюкоза, физиологик эритмаси, 0,25% новокаин эритмаларидан ичиш учун берилади.

Антибиотикотерапия - диагноз аниқлангандан кейин дарҳол 10-14 кун антибиотиклар тайинланади, агар жараён оғир, асоратлари билан кечса 2 та антибиотик, ёки бактерияларнинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаб, қайси антибиотикка сезгир бўлса ўша антибиотикни тайинлаш лозим бўлади. Енгил кечган пневмонияларда пенициллин ва кенг таъсир доирасига эга

бўлган пенициллин каторидаги антибиотиклар (ампициллин, амоксациллин, амоксиклав, ОКСАМП, ва бошқ.) берилди. Жараён оғир кечганда бу антибиотикларни аминогликозидлар, цефалоспорин гуруҳидаги антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари билан бериш мақсадга мувофиқ бўлади. Сульфаниламид препаратлари бола ҳаётининг биринчи ойларида берилмайди, чунки бу препаратлар гемолизни кучайтиради, тўқималарни кислородга бўлган талабини ортиради. 2 ёки 3 антибиотик бир вақтда қўллansa 1 таси албатта м/о, в/и ёки ичгани берилди. Аминогликозид препаратларидан Гентамицин 2-4 мг/кг, касаллик оғир кечганда 7 мг/кг бериш мумкин. Бериш муддати 5-7 кунни ташкил қилади. Пневмонияда емирилиш жараёнларига ҳавф туғилса линкомициндан фойдаланилади. Унинг дозаси 25-30 мг/кг. Ҳозирги вақтга келиб цефалоспорин каторидаги препаратлар кенг қўлланилмоқда - цефазолин, цефатаксим, цефтриаксон, роцефин, зинацеф, кефзол ва бошқ. Беморнинг ҳолатига кўра 50-100мг/кг дан тавсия этилади.

Узоқ муддат антибиотиклар қўлланганда замбуруғларга қарши препаратлардан нистатин 30000 ЕД/кг кунига, леворин 20000 ЕД/кг кунига берилди.

Ундан ташқари жигарнинг токсик омиллардан химоя қилиш учун Лив 52 дан $\frac{1}{2}$ таблеткадан 3 маҳал берилди.

Пневмония касаллиги оғир кечса буйрак усти беzi пўстлоқ қисми маҳсулоти бўлган глюкокортикоидлардан преднизолон берилди. Унинг дозаси кунига 0,8 - 1 мг/кг, керак бўлса 2-3 мг/кг гача кўтариш мумкин. Даволаш курси 5-7 кунни ташкил қилади.

Нафас бузилиш симптоми билан курашиш учун аэро-оксигенотерапия ўтказилади. Унинг учун бурун орқали катетер ёрдамида (25% га бойитилган кислородни ҳаво билан) кислород берилди. Кислородни узлуксиз 6 соатдан 8-10 соатгача бериш, керак бўлса қайтариш мумкин. Имконият бўлса кислородни кислород палаткаларида берган мақсадга мувофиқ, чунки унда беморни 60-70% кислород концентрацияси билан таъминлаш мумкин.

Хозирги вакларда кислород гелий омукталаридан кенг қўлланилиб келмокда. Бунда нафас мукуллари иши яхшиланади, ўпка вентиляцияси ортади ва нафас функцияси нормаллашади. Бу омукдада 70% гелий, 30% кислород бўлиб, 30-60 дақиқадан бўлиб-бўлиб кунига 2-4марта берилади.

Бронхлар дренаж функциясини яхшилаш мақсадида балғамни юмшатиб кўчирувчилардан алтей илдизидан тайёрланган микстура, термосис ва ишқорий ичимликлар буюрилади. Агар балғам қийин ажралса ферментлардан химопсин, химотрипсин, ацетилцистеин билан ингаляцияда берилади. Химопсиннинг бир ингаляцияси учун 5-10 мг ишлатилади. Бронхлар спазмини йўқотиш, ўпкада кон айланишни яхшилаш мақсадида 2,4% зуфиллин эритмасидан 0,1 мл/кг олиб 10% глюкоза эритмасида секун томчилаб берилади.

Гемодинамикани яхшилаш мақсадида юрак гликозидлари - строфантин, коргликон берилади. Микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида гепариндан бир марта берадиган дозаси 150-200 Б/кг кунига 3-4 марта берилади. Тўқима нафас функциясини яхшилаш учун комплекс витаминтерапия (С, В₁, В₂, В₆, В₁₅, РР), глютамин кислотаси буюрилади.

Организмнинг иммун реакциясини тиклаш мақсадида, касаллик оғирбўлиб уларни стафилакокклар чақирган бўлса, касалликнинг бошида антистафилакоккли гаммаглобулиндан 100 МЕ дан 3-5 марта, гаммаглобулин ва иммуноглобулинлар берилади.

Болада кўзгалиш жараёнлари устун турганда тивчлантирувчи воситалардан ГОМК (оксибутират натрий) 20% эритмасидан 40-50мг/кг тана вазингахисоблаб берилади. Ундан ташқари аминазин, реланиумлар тавсия этилади.

Физиотерапия муолажаларидан УФЧ, УФО, кальций препаратлари билан электрофорез, ультразвук, индуктотерапия, озокерит, парафинлар тавсия этилади, даволаш физкультура, массаж бирга олиб борилади.

Пневмонияларни реабилитацияси.

Ўткир пневмониялар билан оғриган болаларга реабилитацион чоратadbирлари ўтказилади. Суперинфекция бўлишини ҳисобга олиб реабилитацияни поликлиникаларда олиб бoрилади. Унинг учун организмга аста-секин жисмоний юкламалар бeриб бoриш лoзим. Организмни умумий кучини орттирадиган машқлар билан биргаликда нафас фаолиятини яхшиловчи нафас жисмоний машқлар олиб бoрилади. Шунингдек болага чиниктирувчи муолажалар ҳам ўтказилади: тоза ҳавода сайр қилиш, ҳаво ва кyuёш ванналари, чўмилтиришлар, нам сочиқда баданни артишлар, oёқ ванналарни ўтказиш ўргатилади.

Пневмонияларни профилактикаси.

Болаларда пневмонияларни профилактикаси асосан уларнинг бошқа ўткир респиратор инфекциялардан ҳимоя қилишдан иборат. Пневмонияларга мойинлик туғдирувчи ва уларни оғир кeчишига олиб келувчи фон касалликларни (рахит, кам вазнлик, ЭЖАК , анемия ва бошқ.) даволаш ва олдини олиш лoзим. Пневмонияларни олдини олишда чиниктирувчи муолажаларни ўтказиш ҳам муҳим ўрингyтади. Шунинг билан биргаликда оналар орасида санитария-тарғибот ишларини олиб бoриш катта аҳамияга эга.

Вазиятли масалалар

Масала 1

Бола 6 ойлик. Шикоятлари: тана ҳарорати $37,6^{\circ}\text{C}$ га кyтарилшига, йўталга, эмиши сустлигига, инжикликка, дистанцион хириллашга. Болада ЭҚД белгилари бор. Умумий аҳволи ўрта оғир. Бемор инжик безовта, ранги оқарганроқ, лаб-бурун учбурчаги кyкимтир. Ўпкада дағал нафас кyламида ҳар иккала томондан ҳар хил калибрли курук ва хуштаксимон, нам хириллашлар эшитилапти. Юрак тонлари бyгик. Сизнинг диагнозингиз?

Масала 2

Бола 4 ойлик. Шикоятлари: хансираш, йўтал, тана ҳарорати $37,4^{\circ}\text{C}$. Умумий аҳволи оғир, ранги оқарган. Тарқoқ цианоз, хансираш, нафас

олишлари сони минутига 72 мартаба. Нафас чиқариш кийинлашган, қўшимча мускуллар иштирокида. Бола безовта. Ўпкада нам майда пуфакчали хириллашлар. Баъзан апноэ хуружлари. Юрак тонлари бўғиклашган. қон таҳлилида 2 даражали анемия белгилари, лейкоцитлар - $11,6 \times 10^9/\text{л}$; ЭЧТ - 18мм/с. Сизнинг диагнозингиз ва даволаш тактикангиз.

Масала 3

Бола бир ёшда. Шикоятлари: инжикликка тана хароратини кутарилишига, нам йўталга, хансирашга, иштахаси пастлигига, уйқусини бузилганлигига. Боланинг умумий ахволи ўртача оғирликда, тери ранги оқарган, лаб-бурун учбурчагида енгил цианоз, хансираш, айниқса жисмоний зуриқишдан сўнг, кузатишмоқда. Ўпкада перкутор товуш бўғиклашган, дағал нафас, нам майда пуфакчали хириллашлар ва крепитация эшитиланти. Юрак тонлари ритмик, бўғик. Қонда Лейк. $-12 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез, ЭЧТ - 18 мм/с. Рентгенограммада ўпка илдизи ва ўпка нақши кучайган, учокли соялар аниқланмоқда. Сизнинг диагнозингиз? Текширув ва даволаш режалари?

Масала №4

12 ёшли бола. Оғир ҳолатда касалхонага келтирилди. Тана харорати 41°C . Болада алаҳсираш ва галлюцинация кузатишмоқда. Кечадан бери бетоб. Касаллик тўсатдан бошланди, холсизлик, бош оғриги, тез чарчаш билан бошланади. Келган пайтида тана харорати юкори, калтираш, хансираш, қуруқ калта йўтал, лабида учук, тери қопламлари рангпар, лаб бурун учбурчагида цианоз. Қўкрак кафасининг ўнг ярми нафас олишда орқада қоляпти. Чап томонда қовурга ораликлари текислашган. Перкуссияда ўнгда қурак бурчаги остида ўпка товушининг қискаруви, шу жойда нафаснинг қискариши, 1-2 крепитация эшитиланти. Юрак тонлари бўғик, иштаха паст, қорин юмшоқ, ўнг қовурга остида оғрик, жигар ва талок катталашмаган. Нажас ўзгармаган.

1. Ташхис қўйиб асослаб беринг. 2. Текшириш ва даволаш режаси.

Тестлар.

1. Пневмония ривожланишида инфекциянинг асосий тарқалиш йўли:

- * 1) Бронхоген
- 2) Гематоген
- 3) Лимфоген
- 4) Энтерал
- 5) Аралаш

2. Ўткир пневмонияга хос аускультатив маълумотлар

- 1) Бутун ўпка бўйлаб курук ва нам хириллашлар эшитилади
- * 2) Крепитация хириллашлар эшитилади
- 3) Амфорик нафас эшитилади
- 4) Бутун ўпка бўйлаб хуштаксимон ва гижиллаган хириллашлар эшитилади
- 5) Нафас эшитилмайди

3. Крупоз пневмонияда жараён жойлашади:

- * 1) бутун бир бўлакда
- 2) Жараёнга плевра қўшилади
- 3) 1-2 сегментда
- 4) Интестициал тўкима жараёнга қўшилади
- 5) Бронхоэктазлар ривожланади

4. Крупоз пневмониянинг асосий рентгенологик маълумотлари:

- * 1) бутун бир бўлак сояланиши
- 2) Майда ўчоғли сояланишлар кузатилади
- 3) Ўпка-бронх нақшини кучайиши
- 4) бронхоэктазлар
- 5) Ўпка ателектазалр аниқланиши

5. Қайси патоморфологик босқич крупоз пневмонияга хос эмас:

- * 1) чандикланиш босқичи
- 2) экссудация босқичи
- 3) кизил жигарланиш босқичи

4) кулранг жигарланиш босқичи

5) хал бўлиш – тузалиш босқичи

БРОНХОЭКТАТИК КАСАЛЛИК

Таърифи – Бронхоэктатик касаллик - бу ўпка бронх шохининг носпецифик жараёни бўлиб, унинг асосида бронхларнинг деформацияси ва ўпканинг бир ёки бир неча сегментларида пневмосклерознинг ривожланиши айтилади, бу тўғриланмайдиган жараён бўлиб, ўпка тўқимаси ва бронхларда тез-тез қайталанувчи яллиғланиш жараёнлари кузатилади.

Этиология - Бронхоэктатик касаллик полиэтиологик касаллик бўлиб хисобланади. Шунинг учун унинг этиологик омиллини эмас, балким шаклланиш манбаини кўриб чиқамиз.

1. Бирламчи (ортирилган) Бронхоэктатик касаллик . Ўпка бронх жараёнининг сурункали жараёнга айланиши хомила ичи ривожланишида наслий омилларга моиллиги ката рол уйнайди.

2. Бронхоэктатик касаллик полисегментар пневмониялардан сўнг ривожланади. Ўпканинг бирлиги бўлгансегмент функцияси анча бузилади ва бронхоэктатик касаллигига сабаб бўлади, лекин хозирги вақтда болалар ўткир пневмония касаллиги яхши даволанаётганлиги туфайли Бронхоэктатик касаллигига айланиши анча камайди.

3. Чала туғилган болаларда ателектаз асосида, крупоз пневмониялар яхши даволанмаса ривожланади.

4. Кўпчилик муалифлар фикрича ўткир пневмонияларнинг Бронхоэктатик касалликка айланиши боланинг преморбид холатига (фонига) боғлиқ бўлади деб тушинтирилади. 1 ёшгача бўлган болалар ноқулай омиллар таъсирига тез берилади, уларда пневмониялар оғир кечади, бундай болаларда фон касалликлари доимо ҳамроҳ бўлади (рахит, анемия, ЭКАК , кам вазнлик, чала туғилиш).

5. Ўпка структурасида – наслий ўзгаришилар кузатилса,

6. Бронхоэктатик касаллик кўпинча уй шароити ва маданияти етарли бўлмаган, ижтимоий-моддий етишмовчилиги бор онла болаларида, сунъий

овкатлантиришга эрта ўтказилган, ота-оналари томонидан ичиш ва чекиш каби ноқулай омиллари бор болаларда ривожланади.

6. Бронхларга овқат қоддиқлари, суюқликлар билан тикилиши ёт жисм тушиб қолиши ҳам сурункали пневмонияга олиб келиши мумкин.

7. Қизамик, скарлатина, кўк йўталсингари ўткир инфекцион касалликлардан сўнг ривожланган пневмониялар ҳам сурункали пневмонияларга сабаб бўлади.

8. Тугма ателектазлар билан туғилган болаларда пневмосклероз ва бронхлар деформацияси келиб чиқади. Бу ҳолат асосан чала туғилган болаларда учрайди.

Патогенези

Бронхоэктатик касаллик патогенези асосида бронхлар деформацияси ва пневмосклерози (бронхларнинг цилиндрсимон ва конусимон деформацияси ривожланиши бронхоэктаз касалликларида) ётади.

Олимларнинг фикрича наслий моиллик асосида ўпканинг нормал структураси йўқолиши ўткир жараённинг сурункали жараёнга айланишига сабаб бўлади. Бронхлар дарахтининг маълум бир соҳасида аввал ўткир яллиғланиш бўлиб, яъна уша жойга инфекция қайта тушса яллиғланиш анча узоққа чўзилади, жараён тўла тузалмайди. Натижада ўша жойда қайтмас жараён вужудга келади. Зарарланган бронхлар тозаланиш функциясини йўқотади, мускуллар тонуси пасаяди, бронхлар кенгаяди ва деформацияга учрайди.

Биринчи бўлиб ўпка ўзининг функциясини йўқотади. Ўпкани тириклик сизими пасаяди, нафас чиқариш узади (нормада 1:1), сурункали пневмонияда 1:3; 1:5 тенг бўлиб қолади. Ташқи нафас функцияси бузилади. Ҳавонинг диффуз тақсимланиш етишимовчилиги келиб чиқади.

Гипоксемия, нитоксикация ва реффлектор таъсирлар юрак қон-томирлар тизимини бузади. Вужудга келган гипоксемия фақатгина юрак мускуллари трофикасини бўзиб қолмай, балки ўпка артериолалари, капиллярлари спазминини келтириб чиқариб, ўпка гипертензиясига олиб келади. Сурункали

пневмонияда ўпка томирларининг морфологик ўзгаришлари натижасида ўпкада қон окими қаршилиги ортиб кетади, организмнинг иммун химоя кучи камаяди ва ҳар хил асоратларни келтириб чиқаради.

Ялнгланиш жараёни 6 ой ва ундан ҳам кўпроқ давом этса, жараён тўла сўрилмайди, натижада пневмосклероз ва бронхлар деформацияси шаклланади.

Амалиётда қуйидаги классифициядан фойдаланилади.

Клиник манзараси.

Бронхоэктатик касалликнинг клиник кўриниши ўпкадаги ўзгаришлар – пневмосклероз ёки бронхоэктазлар клиникасининг устун туришига боғлиқ.

Пневмосклеротик варианты. Ремиссия фазасида шикоятлар бўлмайди ёки минимал даражада бўлади.

1. Йўтал кўпинча наҳорда, оз миқдорда балғам ажратиш билан намоеъ бўлади. Боланинг ҳолати қониқарли, жисмоний ривожланиши ўзгармайди. Объектив кўрувда ўпканинг зарарланган соҳаларида перкутор товуш тумтоқлашган бўлади. Аускультацияда шу соҳаларда ҳар хил калибрдаги нам хириллашлар эшитилади. Қурук хириллашлар эса доимо эшитилиб туради. Агар пневмосклероз ҳажми каттарок бўлса, зарарланган уша томонда кўкракқафаси яссилашиб қолади. Рентгенологик текширилганда ораликтўқимани ўзгариши ҳисобига ўпка сурати кучайган ва ўпкаҳажми кичрайганлиги кузатилади. Бронхоскопияда ўпканинг зарарланган бўлагиде ёки сегментида эндобронхит топилади.

Гўдак ёшдаги болаларда бронх ўпкадаги сурункали жараёнлар қайталанса худди ўтқир пневмония клиникаси сингари кечади – катта болаларда эса клиник симптомлар унчалик ифодаланмайди. Тана харорати субфибрил рақамларигача кўтарилади. Йўтал аввал қурик, оғрикли, кейин нам бўлиб, узок давом этади (1 ойдан кўпроқ). Ўпканинг ўша бир хил соҳаларида перкутор товуш қисқарган, худди ўша жойда нам ва қурик хириллашлар эшитилади.

Баъзи болаларда наҳорда оз миқдорда шилимшиқ-йирингли ёки йирингли балғам ажралниши кузатилади, баъзи болалар эса фақат куриқ йўталади.

Ремиссия вақтида соғлом болалардан фарқ қилмайди, яъни кислород етишмовчилиги, юрак кон-томир системасида ўзгаришилар кузатилмайди.

Бронхоэктотик варианты: буида бронхоэктаз белгилари аниқ ифодаланади. Клиникада асосан наҳорда балғамли йўтал кузатилади. Балғам касаллик бошида унчалик кўп ажралмайди, кейинчалик оғиз тўлиб ажралади. Балғам бадбўй хид беради ва 3 қисмга бўлинади: юқори қисми кўпикли, ўрта қисми кўкимтир сариқ рангда серозли, пастки қисми йирингли бўлиб, ўзининг таркибида Диттрих пропқалари ва дитритлар бўлади. Болаларда 3 қисмли балғамкам учрайди. Балғамни микроскопик текширганда лейкоцитлар замбуругли хўжайралар, эритроцитлар, шилиқ, ёғ кислоталар кристаллари, камроқ ҳолатларда эластик тодалар, шарко-лейдин кристаллари, куршман фибриллари топилади.

Бронхоэктаз касаллигида катталарда учрайдиган контупириш, ўпкадан қонқетиш ҳолатлари болаларда учрамайди. Болани юбъектив кўрилганда интоксикация белгилари: тери рангининг оқариши, баъзан кўкимтир тусга кириши, юзи шишинқираган, баъзан токсик дерматит кузатилади. Болалар озғин, қувватсиз, озғини жисмоний юкламалардан сўнг тез чарчашлик, хансираш кузатилади. Аденоиди бор болалар доимо оғиз билан нафас оладилар. Кўкрак кафаси бочкасимон, ён томонлари ичига кирган, бир томони яссилашган, иккинчи томони чиққан, қовурғалар ораси бир хил эмас, умуртка поғанасида сколиоз, кифоз каби деформациялар кузатилади. Болалар жисмоний ривожланишдан орқада қолади, каттароқ болаларда ноғара таёқчалари каби кўл ва оёқ бармоқларининг деформацияси кузатилади. Тириқларни текширганда кундаланг чизиклар топилади. Бу симптомлар жараён икки томонлама қопсимон ва аралаш турдаги бронхоэктазларда учрайди.

Бронхоэктатик касаллик классификацияси.

| Ўпка паренхимаси ўзгаришини а қараб: | Бронхлар ҳолатига қараб (жароҳатнинг қайси томонда ва сегментларда жойланиши кўрсатилади): | Касаллик даври | Касаллик кечиши | НЕ даражаси | Асорат |
|--|--|-------------------|-----------------|--------------|---|
| Чегараланган пневмосклероз (1-3 сегмент ёки бўлак) | Бронхлар деформациясиз | Қайталанмиш даври | Енгил | I даражаси | Ателектаз ўпка юрак, |
| Тарқок пневмосклероз | Бронхлар деформацияси билан | Ремиссия даври | Ўртача оғир | II даражаси | ўпка эмфиземаси, абцесс, |
| | Бронхоэктазлар билан | | Оғир | III даражаси | плеврит, қон тупириш, ўпкадан қон кетиши, амилоидоз, сепсис |

Ноғара таёкчаларининг келиб чиқиши тўлааниқланмаган. Тирноқ асосида бириктирувчи тўқиманинг ўсишидан юзага келадиган тахминлар бор. Чунки бундай деформациялар фақат сурункали пневмонияларда кузатилиб қолмай, балки жуда кўп бошқа касалликларда ҳам учрайди. Унинг пайдо бўлиши узок вақт гипоксия, токсикоз натижасида вазоактив модданинг синтезининг ортиши, ўпканинг тозалаш функциясининг пасайишини вужудга келтиради.

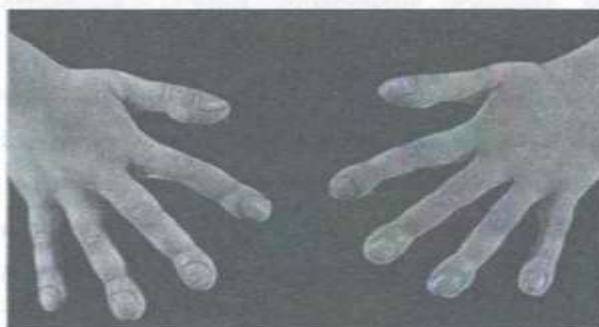
Бронхоэктаз соҳаларида перкутор товушнинг қисқарганлиги, аускультацияда дағал нафас асосида ҳар хил калибмли нам хириллашларнинг донмий бир жойда эшитилиши аниқланилади. Хириллашлар йўталдан сўнгбалғамажралганда камаяди.

Одатда яллиғланиш жараёнлари йил сайин қайталаниб туради. қайталанишлар сони боланинг ёшига боғлиқ бўлади: бола қанча кичик бўлса касаллик шунча тез қайталанади; мактабгача ёшдаги болаларда йилига 3-4

марта қайталанса, мактаб ёшидаги болаларда эса, анча кам кузатилади. Жараён фаоллигининг ортанлиги белгиси сифатида йўталнинг кучайиши, балғаммикдорининг ортиши ҳамда ўпкада физикал белгиларнинг кўпайиши намоён бўлади. Тана харорати нормада ёки 38 даражагача кўтарилиши мумкин. Кўпчилик ҳолатларда эса турғун субфибрилитет сақланиб қолади.

Агар жараён ҳар иккала ўпкада ёки бир неча бўлақлар сегментлари бирварақайига зарарланган тақдирда клиник белгилар манзараси кучайиб, беморнинг умумий аҳволи оғирроқ тус олади. Касалликнинг дастлабки давридаёқ балғам ажратиш билан кечадиган доимий йўтал, интоксикация симптомлари, жисмоний тараққиётдан ортда қолиши, баъзан эса, бармоқларнинг “ногора чўплари” ва тирноқларнинг “соат ойнаси” шаклига кириши характерли белгилардан бўлиб ҳисобланади.

Ўпканинг зарарланган сегментларидаги яллиғланиш ва склеротик ўзгаришлар ташқи нафас кўрсаткичларига ҳам салбий таъсир қилади. Касаллик авж олган даврда ўпканинг тириклик сизими 50%гача пасаяди. Ўпканинг максимал вентиляцияси кўрсаткичлари ҳам камаёди. Нафас олиш тезлашган ва юзаки бўлиб қолади. Озгина жисмоний ҳаракат хансирашларга олиб келади.



Расм 10

Бронхоэктаз касаллигининг доимий белгиларидан бўлиб ЭЧТ нинг тезлашуви, лейкоцитоз, қонда у-глобулинлар миқдорининг ортиши, ҳамда қон зардобда С-реактив оксилнинг пайдо бўлиши ҳисобланади.

Рентгенологик текширишларда ўпкадаги эски зотилжам соҳаларида ўпка илдизи томон йўвалган интенсиб тўрсимон соя кўзга ташланади ёки тўрсимон манзара чатишган ҳолатда намоён бўлади. Кўпчилик ҳолатларда ўпканинг зарарланган соҳалари бўйлаб зичлашган соялар, бронхлар деворининг потекис суратлари, бронхлар манзарасининг кучайганлиги кўзга ташланади. Айрим ҳолларда айрим сегмент ёки ўпка бўлагининг диффуз сояланиши кузатилади. Ўпка илдиз сурати кучайган, катталашган лимфа тугунларининг соялари кўзга ташланади. Кўпчилик ҳолатларда чегараланган эмфизема белгилари топилади ва шу жойда буллез бўшлиқлар кузатилиши мумкин. Бўлаклараро ва девор олди плевра қалинлашган бўлади. Кўкс оралиги органлари зарарланган ўпка томон силжиган бўлиши мумкин.

Болаларда бронхоэктатик касалликнинг асоратлари.

Сурункали обструктив ўпка эмфиземаси - болаларда кузатиладиган ўпка эмфиземаси тинч ҳолатда ҳамоғир нафас етишмовчилиги симптомлари билан кечади. Йўтал қуриқ, балғам оз миқдорда қийинчилик билан ажралади. Ўпка перкуссиясида зарарланган ўпкатуқимаси соҳасида буш қутича товуш эшитилади. Аускультацияда суст нафас, қуриқ хуштаксимон ва оз миқдорда нам хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари бўгиклашади. Рентгенологик текширилганда – ўпка тўқимаси эмфизематоз шишган, ковурагалар горизонтал жойлашган, диафрагма настки тушган бўлади.

“Ўпка юрак” - сурункали пневмониянинг ашаддий асорати бўлиб, ўпка гипертензияси оқибатида келиб чиқади. Беморларда озгина жисмоний юкламадан сўнг бўшашишлик, уйқучанлик, хансирашлар кузатилади.

Юракнинг аввал ўнг, кейинчалик ҳамма чегараларининг катталаниши ҳосилдир. Аускультацияда ўпка артериясида II тоннинг акценти, 2 ва 3 табақали клапан устида систолик шовқинлар эшитилади. ЭКГ кўрсаткичлари: юрак электр ўқининг ўнга бурилганлиги, чап кўкрак йўналишида P ва S тишчанинг чуқурлашиши кўрилади.

Диагнози

1. Анамнез асосида (бошидан ўтказган пневмониялар сони, уларнинг кечиш даври)
2. Йўталнинг ўзига хос бўлиши
3. Хароратнинг характери
4. Ҳамроҳ касалларнинг бирга келиши
5. Аллергик реакцияларнинг кузатилиши

Даволаш натижалари, касалликнинг қайталаниш давридаги куюк, ёпишқоқ, шилимшиқнинг миқдори аниқланилади. Бронхоэктатик касалларда клиник-рентгенологик кўрсаткичлари, ташқи нафас функциясининг инструментал кўрсаткичлари, бронхоскопия, бронхография, периферик, биохимик таҳлиллари ва бошқа текширув кўрсаткичларига асосан қўйилади.

Бронхэктаз касаллигини фақат ЎКТ (ўпкани компьютар томографияси) ва бронхографияси ёрдамида аниқ диагноз қўйилиши мумкин. Бунда жараённинг жойлашган ўрни, тури аниқланилади.

Бронхография қилишдан аввал йодга сезгирлигини аниқлаб, маҳаллий анестезиядан сўнг (рентген контроли асосида) бронхга йодолипол юборилади (сульфойодол, диодраст, дийодон ва бошқ.) 10-15-30 дақиқадан сўнг рентгенограмма ўтказилади. Бронхография касаллик ремиссияси вақтида ўтказилади.

Бронхоэктатик касалликнинг дифференциал диагнози.

Бронхоэктатик касаллиги туберкулёз, сурункали бронхит, муковисцидознинг ўпка шакллар билан қиёсий диагностикани ўтказишимиз керак.

Туберкулёзнинг ўпка шаклида анамнез катта аҳамиятга эга (туберкулёз касали билан мулоқотда бўлиш, туберкулёзга қарши эмланиш, харорат кўтарилиши), клиник-рентгенологик кўрсаткичлар ва биологик синамалар аҳамиятга эга.

Муковисцидозни аниқлаш учун бир неча синамалар бўлиб, энг кўп тарқалгани тер таркибидаги хлоридларни аниқлаш (Н - 50 ммоль/л), муковисцидозда бу кўрсаткич 55 ммол/л дан юқори бўлади.

Даволаш тамойиллари.

Бронхоэктатик касалликнинг даволаши босқичма-босқич, клиник даврига кўра, жараённинг қайталаниш сонига, ҳамроҳ касалликларнинг турига қараб олиб борилади. Шифохона - санатория - поликлиника. Ўпканинг сурункали носпецифик касалликларига чалинган болаларга диагностик, даволаш, реабилитацион ва бошқа ёрдамлар кўрсатиш мақсадида вилоят касалхоналари қошида жойлашган пульмонологик марказлар ташкил қилинган. Пульмонологик марказларда педиатр-пульмонологдан ташқари оториноларинголог, аллерголог, рентгенолог, фтизиатр, стоматолог, даволаш жисмоний тарбия бўйича врач-методист, функционал диагностика бўлимлари шифокорлари беморларга ёрдам кўрсатишда иштирок этадилар.

Бронхоэктатик касалликда қайталаниш даврида бемор дарҳол маҳсус пульмонологик касалхонага ёки бўлимларга ётқизилиб, ўпкадаги яллиғланиш жараёнини бартараф қилишга, бузилган ўпка-нафас тизимининг фаолиятини меъёрлаштиришга қаратилган чора-тадбирлар ўтказилади. Бунинг учун антибактериал, дезинтоксикацион, умумий қувватловчи, сўрдирувчи ва десенсибилизловчи терапия ўтказилади. Ундан ташқари кўшимча касалликлар ва функционал ўзгаришларни ҳам даволаб борилади.

Пульмонологик касалликнинг режимини ташкил қилиш ҳамкатта аҳамиятга эга. Жараённинг ўткир пайтида беморга ётиш режими тайинланади, фақатовқатланганда ва хожатхонага чиқиш рухсат берилади. Агар касаллик ним ўткир вариантда кечса, унда беморга ярим ётиш режими буюрилади. Кейинчалик бемор секин-аста юриш режимига ўтказилади.

Палаталарни азрация қилиб туришга катта аҳамият берилади, кварц лампалар билан нурлатиш зарур, нам йиғиштириш тавсия қилинади. Бемор шифохонада узоқ муддат ётгани учун, уларга яхши шарт шароитлар ташкил

килинади: тиңчилик, қизиқарли ўйинлар, китоб ўқиш, телевизор ва радио тинглаш, соф ҳавода айланиш ва ҳ.к.

Овқатланиш – овқатнинг калорияси юқори бўлиши, оқсил ёшига нисбатан 3-10%га кўп, витаминлар, минерал моддалар, ёғ кислоталари, фитонцидлар (пиёз, саримсоқ пиёз) етарли даражада бўлиши керак.

Бронхоэктатик касалликда кўзгалиш даврида микроблар сезгирлигини аниқлағунча антибиотиклар билан даволаш бошланади. Бунинг учун ярим синтетик пенициллин каторидаги антибиотиклардан (оксациллин, ампициллин, оксамп, амоксициллин), сульфаниламид (бисептол ва бошқалар) препаратларидан фойдаланамиз. Касалликнинг оғир шаклларида цефалоспорин каторидаги антибиотиклар қўлланилади (цефамезин, цефтриаксон, цефазолин, роцефин ва ҳ.к.). Ушбу препаратлар самараси 3-4 кундакузатилмаса антибиотиклар алмаштирилади.

Антибиотикограмма кўрсатмалари олингандан сўнг шу микробга сезгирлиги юқори бўлган препаратлар берилди.

Дисбактериознинг олдини олиш учун биопрепаратлар (бак. препаратлар) тавсия этилади - линекс, лактобактерин, дюфалак, бифидумбактерин, лацидофиллин, энтерожермина, бифолак-нео ва бошқ.

Ўпка инфилтративнинг тез сўрилиши, жараёнини чўзилишига йўл қўймаслик учун, бронхларнинг ўтказувчанлигини яхшилаш, пневмосклерозни олдини олиш мақсадида глюкокортикоидлар бузорилади (преднизолон, дексаметазон -1-2 мг/кг). Уларнинг даволаш курси 15-20 кундан кам бўлмаслиги керак.

Бронхларда ёпишқоқ (куюқ) йирингли балғам тўпланган бўлса бронхларни ювиш зарур бўлади (бронхоскопик санация). Бронхларни ювиш учун бурундан катетер ўтказилиб, шприц ёрдамида ювилади. Бронхоскоп орқали бронхларни ювиш учун қўлланиладиган суюқлик таркиби: натрий хлорид 0,85%-100,0 мл; 0,25% новокани эритмасидан 100,0 мл, 2,4% эуфиллин эритмасидан 5,0 гидрокортисон 25 мг, химотрипсин 10 мг. Бронхларни ювиб бўлгандан сўнг, микроблар қайси антибиотикга сезгирлиги

юқори бўлса шу антибиотикдан кунлик дозанива аскорбин кислотасидан 5% 2 кунлик дозасини юборилади.

Бронхоэктатик касалликда дорилар билан аэрозол қилиш яхши наф беради. Бунинг учун 2-3-5 мл доривор моддани 10-12дақиқа давомида ингальяция қилинади. Ингальяция омухталарига антибиотиклар (пенициллин, ампиокс, ва бошқалар) қўшиш мумкин.

Бронхоспазмни бартараф қилувчи дорилардан - эфедрин 8-10 мл, эуфиллин 2,4% 0,5 -1 мл, адреналин 0,1% 1,0-0,5 мл.қўлланилади.

Ферментлардан - трипсин, химотрипсин 2-10 мг, химопсин 10-15 мг, панкреатин 0,2-0.5 мг, ацетилцистеин 10% 3,0 мл, аскорбин кислотаси 5% 0.5-1,0 мл, ретинол ацетат 5000-1000Б тавсия этилади. Охирги йилларда саримсоқпиез ва пиез шарбати таркидафитонцидлар кўпбўлганлиги боис ингальяцияда кенг қўлланилмода.

Ундан ташқари ингальяцияга ўсимликлардан тайёрланган антибиотиклар (новоиманин - дала чойининг 1% спиртдаги эритмаси) ишлатилади. Унинг ишлатишдан аввал 10 марта физиологик эритмасида эритиб ишлатилади.

Ишкорли эритмалардан натрий бикарбонат ва минерал сувлар билан аэрозол қилиш балғамни яхши кўчиради, яллиғланиш жараёнини камайтиради. Ингальяцияларни кунига 2-3 марта, баъзан ундан ҳамкўпроққилиш мумкин. Даволаш даври 7-14 кун бўлиб, ундан кейин препаратларни ёки омухталарни бошқаларга алмаштирилади.

Беморлар организмнинг химоя кучини, иммунологик реактивлигини ошириш учун алоэ, апилак, ФИБС, АТФ, пентоксил, дибазол ва бошқалар ишлатилади.

Моддалар алмашинувини, тўқималар кислородни ўзлаштиришини яхшилаш мақсадида витаминотерапия ўтказилади - аскорбин кислотаси, глутамин кислотаси, В гурухи витаминлари, А, Е, РР, Р буюрилади.

Бронхоэктатик касалликда организмнинг реактивлиги ўзгариши билан ва аллергик реакциялар бўлишини ҳисобга олиб десенсибиловчи терапия

Ўтказилади - антигистамин препаратларни ичгани ёки аэрозолда бериш мумкин.

Физиотерапия усуллари - ўпка ва бронхларнинг қон ва лимфа айланишини тиклашга, тўқимада моддалар алмашинувини яхшилашга қаратилади.

Кўкрак қафасига УВЧ - 5-7 миндан 8-10 сеанс берилади; микроўлжинли терапиядан - 5-8 муолажа; электродли индуктотерапия (ЭВТ) 7-10 муолажа 5-7-12 миндан; Са, Ми, Мис, аскорбин кислотаси, дионин билан электрофорез тайинланади - 10 муолажа; кураклар соҳасига УБНлар берилади, иссик муолажалардан - озокерит аппликациясидан 10-12 сеанс буюрилади.

Бронхларнинг дренаж функциясини яхшилаш мақсадида постурал дренаж тавсия этилади.

Комплексе даволаш чора-тадбирларига, организмдаги нерв рецепторларига таъсир кўрсатиш учун даволаш физкультураси қўлланилади. У организмдаги қон айланишни яхшилайдди, нафас харакатини тиклайди, оксидланиш жараёнини тезлаштиради, организмнинг химоя кучини оширади. Даволаш физкультурасини бошлашдан аввал ремиссиянинг бошида соф ҳавода сайр қилдиради.

Консерватив даволашдан ташқари жаррохлик даволаш усуллари ҳам қўлланилади. Жаррохлик даволашга кўрсатмалар:

1. Чегараланган пневмосклерозлар

2. Туғма ва орттирилган бронх нуқсонлари, йирингли абсцесслар, гангренага ҳавф туғилганда, йиринг плеврага очилганда, йиринг тарқалиб кетса, пневмоторакс, гипопневмотораксларда ваҳ.к.

Операцияни 3 ёшдан юқори бўлган болаларга тавсия этилади. Операциянинг оптимал вақти 7 ва ундан катта ёшдир. Ўпканинг бир сегментини олиб ташланса 90% беморларда бутунлай тузалиб кетиш кузатилади.

Санатория даволаниш - сурункали пневмониянинг даволашда асосий босқичи бўлиб ҳисобланади. Бу босқичда микроклиматнинг таъсири, оптимал режимини ташкил қилиш, даволаниш ва медикаментоз муолажаларига аҳамият берилади. Сурункали пневмонияга чалинган беморларга одатда чанг кам бўлган, тоғли жойларда жойлашган санаториялар тавсия этилади.

Диспансер кўзатуви. Даволашнинг кейинги босқичи поликлиникада участка педиатри ва пульмонолог томонидан кўзатуви олиб борилади. Бунда беморнинг ота-оналарига боланинг овқатланиш режимини, кундалик режимини тўғри ташкил қилиш, даволаш физкультураси ва массаж, постурал дренажлар ўтказиб туриш маслаҳат берилади. Вақти-вақти билан (йилнинг баҳор, киш ва кўз ойларида) физиотерапевтик муолажалари, умумий қувватловчи терапия, фитотерапия курслари ўтказилиб турилади. Сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш керак. Касалликнинг қайталанишини олдини олиш мақсадида баҳорда ва кузда бициллинопрофилактика ўтказилади.

Мавзу буйича назорат саволлар:

1. Бронхоэктатик касаллик тушунча беринг.
2. Бронхоэктатик касалликнинг ривожланишида этиологик омилларнинг аҳамияти
3. Бронхоэктатик касаллик ривожланиш механизми (патогенези).
4. Бронхоэктатик касаллик классификацияси
5. Касалликнинг кечиш даврига кўра, патологик жараёни тарқалишига кўра клиник белгилари.
6. Бронхоэктатик касаллик диагностикаси
7. Касалликнинг оғирлик даражасига кўра даволаш режаларини тўзиш.
8. Бронхоэктатик касалликни жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар.
9. Бронхоэктатик касалликни профилактикаси ва реабилитацияси.

Вазиятли масала.

Масала 1

10 ёшли бола шифохонага келтирилди. Шикоятлари - нам йўтал, хансираш, тана хароратини кўтарилишига. Анамнезидан - бола 4 йилдан бери касал. Касаллик ҳар йили баҳор ва куз ойларида кўзғалиб туради. Объектив кўрганимизда бола жисмоний ривожланишда орқада қоляпти, ранги оқарган, бурун - лаб учбурчаги кўкарган, кўкрак қафаси деформацияланган, бармоқлари дўмбара таёкчасидек, тирноқлари соат ойнасини эслатади. Перкуссияда ўпкада перкутор товуш бўғиклашган. Аускультацияда турли калибрдаги нам хириллашлар эшитилмоқда. Рентгенологик текширганимизда ўпка сурати ва илдиз сохалари кучайган, сояланиш ўчоғлари аниқланяпти. Қон таҳлилида - 2 даражали анемия, ЭҚТ тезлашган, лейкоцитоз.

Сизнинг диагнозингиз? Қўшимча текширув ва даволаш режаларини тўзинг.

Масала 2.

9 ёшли бола. Шикоятлари: доимий йўтал, йўтал нахорда шилимшиқ балғам ажрალიши билан кузатилади. 3 ёшида бронхопневмонияни бошидан ўтказган. Касаллик чўзилиб кечган, соғайгандан кейин, зотилжам тез-тез қайталаниб турган. Объектив кўрувда: бола озғин, ўнг умуртқалар оралиғи торайган, ўнг кўкрак бурчаги нафас олганда орқада қоляпти. III ўнг ковурагдан пастга қараб перкутор товуш кискариб бораёпти, шу жойда нам хириллашлар эшитилмоқда.

Р-граммада – ўпканинг ўнг пастки бўлак соҳасида тиниклик бир оз пасайган. Нв-100 г/л, лейкоцитлар -18×10^9 г/л, с/я 57 %, т/я-10. лим-23 %. ЭҚТ-32 мм/с. Бронхограммада бронхнинг ўнг бўлаги коп шаклида кенгайган, баъзи сохалари торайган. Сизнинг клиник ташхисингиз?

Масала 3

3 ёшли бола. Шикояти: жисмоний ривожланишдан орқада қолиши, ёпишқоқ - шилимшиқ балғам ажратиш билан йўтал, хансираш, тез-тез шамоллаш. Анамнезидан: бемор 1 ёшлигидан зотилжам билан оғриган, тез-

тез қайталаниб туради, касалликни охиригача мунтазам даволамаган. Беморда рахит, кам вазелик, анемия белгилари бор. Парвариш ва овқатлантиришда камчиликлари мавжуд. Объектив кўрувда: тери қаватлари оқини, бурун –лаб учбурчагида цианоз, бурун қанотлари кенгайган, HE II даражаси белгилари аниқ ифодаланган, қўл бармоқлари – барабан таёқчалари каби тўмтоқлашган, тирноқлари соат ойнаси каби ичига ботган. Кўкрак қафасининг чап пастки соҳасида перкутор товуш тўмтоқлашган, аускултацияда нам ва криптация (ғижилловчи) хириллашлар эшитилмоқда. Рентгенграммада ўпка манзараси кучайган.

Мавзу бўйича тестлар.

1. Бронхоэктатик касаллик лар деб қачон қўйилади?

- *1. Касаллик 8-10 ойдан ортиқ давом этса
- 2. Касаллик 8-10 ҳафта давом этса
- 3. Касаллик 2-3 ҳафта давом этса
- 4. 6 ойгача соғайиши кузатилмаса

2. Бронхоэктатик касалликга хос клиник симптомлар:

- *1. эрталабда кўп балғам ажратиш билан йўтал
- 2. курук, оғрикли, калта йўтал
- 3. хуржсимон, реприз билан йўтал
- 4. битонал йўтал

3. Бронхоэктатик касаллик клиникасига хос эмас:

- * 1) Инспиратор хансираш, овознинг бўғиклиги
- 2) Эрталаб кўп миқдорда балғам билан йўталиш
- 3) HE белгилари
- 4) Бармоқлар ногора твёқчалари тирноқлар соат ойнасига ўхшашлиги

4. Бронхоэктатик касаллик диагнозини қўйишда асосий диагностик қийматга эга бўлган диагностик текширув:

- *1) бронхография
- 2) спирография
- 3) рентгеноскопия
- 4) балғамни бактериологик текшируви

чиқадиган патологик реакциядир. Асосий (доимий) клиник белгиси бўлиб - бронхлар шиллик пардасининг бронхоспазми, гиперсекрецияси ва шиши оқибатида бугилиш хуружи келиб чиқишидир. Бугилиш хуружи бронх силлик мускулларининг спазми натижасида бронхиал ўтказувчанликнинг бузилишигина эмас, балки перибронхиал жараён, ўпка эмфиземаси, айти вақтда кўпчилик холларда турли босқичдаги сурункали пневмония борлигига ҳам боғлиқдир.

Охирги 2 ўн йилликда бронхиал астма касаллиги анча кўпайди. Бўнга сабаб ер сатҳида аллергенларнинг кўпайишидир. Бутун дунё, аллергологлар конгресси кўрсатмаси бўйича дунё аҳолисининг 1/10 қисми аллергик касалликларни ташкил қилади. Бу касалликлар орасида бронхиал астма биринчи ўринни эгаллайди. Охирги йилларда бронхиал астма касаллигининг атопик ва оғир шакллари анча кўпайиши гўдак болалар орасидагина эмас, балки мактаб ёшига қадар ва мактаб ёшидаги болаларда ҳам кўп учрамоқда. Болалар ўпка бронх касалликлари орасида бронхиал астма касаллиги 27,6-60% ташкил қилади. Касаллик кўпроқ нам иқлимли шароитларда учрайди, ўртава юқори тоғли худудларда бронхиал астма бутунлай учрамаслиги ёки бир-икки холатлар учраб қолиши мумкин.

ЭТИОЛОГИЯ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Бронхиал астма касаллигини келтириб чиқарадиган асосий омиллардан бири бўлиб, организмнинг сенсбилизациясидир.

А.Д.Адо ва бошқа олимлар фикрича аллергенлар 2 та катта гуруҳга бўлинади.

1. Экзоген аллерген - ташки муҳитдан организмга кириб аллергик реакцияларни чақирувчилар.

2. Эндоген аллергенлар - орган ва тўқималарда хусусиятларининг ўзгаришидан хосил бўлган аллергенлар.

Экзоаллергенлар ўз навбатида 2 гуруҳга бўлинади.

1. Ноинфекцион аллергенларга:

а) Миший (уй чаглар ва бошқа чаглар).
б) эпидермал (жуи, соч, соч кесаги ва х.к.).
в) гул чаглар, ўсимлик мевалари, сабзавотлар ва хайвон маҳсулотлари (гўшт, балик)

г) дори-дармон аллергенлари (антибиотиклар, сульфаниламидлар, симоб, йод, барбитуратлар, витаминлар ва оддий химиявий моддалар вах.к).

2. Инфекцион аллергенлар бактериялар, замбуруглар ва вируслар.

Эндоаллергенлар бактерия ва вируслар таъсирида тўқима ва органларнинг парчаланишидан вужудга келади. Ундан ташқари паст ва юкори харорат, шикастланишлар, ҳар хил доривор препаратлар ва химиявий бирикмалар таъсирида ҳосил бўлиши мумкин.

Умумий олинган классификацияга асосан бронхиал астманинг атопик шаклларининг 82% экзоген аллергенлар чакиради. Масалан: уй чаглар, дарахт гули чаглар, пар, тамаки, чинои ва х.к.). 14,8% ҳолатларда озик-овқат аллергенлари бронхиал астма касаллигини келтириб чиқаради (балик, цитруслар, шоколад, товук гўшти, тухум, асал, ёнғок, нўхот, сут ва сут маҳсулотлари), 6,9% дори аллергенлар рол ўйнайди, (гамма-глобулин, антибиотиклар, плазма, қон, витаминлар, ҳар хил суюкликлар).

Бронхиал астманинг инфекцион аллергик шакли бактериал аллергенларга ўта сезгирлиги ортишидан келиб чиқади. Бу омилларга патоген ва нопатоген бактериялар, вируслар киради. Болаларда учрайдиган бронхиал астма касаллигининг инфекцион шакли кўпинча Гемолитик стрептококкларга ўта сезгирлиги натижасида вужудга келади.

Бронхиал астма аралаш шаклини бактериялар ва ноинфекцион аллергенлар келтириб чиқаради. Астма касаллиги камдан-кам ҳолатларда профилактик эмлашлардан сўнг келиб чиқади.

Бронхиал астма касаллиги патогенезида организмнинг аллергик реактивлиги, унинг аллергенларга қай даражада сенсбилизацияланишига боғлиқ.

Касаллик патогенезида аллергия реакцияларнинг учта фазаси тафовут қилинади:

1. иммунологик
2. патохимиявий
3. патофизиологик

1. Иммунологик фазасида махсус антиген антитело билан хужайраларда бирикади, яъни “шок орган” ҳосил бўлади (бу бронхларнинг силлик мускул толаси, семиз хужайра, бронх атрофи томирларнинг ретикулоэндотелияси бўлиши мумкин).

2. Патохимиявий фаза - пайдо бўлган антиген - антитело хужайралардан биологик актив бўлган моддалар - гистамин, серотонин, ацетилхолин, брадикинин ҳосил бўлишини тезлаштиради ва секин таъсир кўрсатадиган субстанция ҳосил қилади.

3. Патофизиологик фаза - ҳосил бўлган биоГен аминлар хужайраларни парчалаб, силлик мускул толаларини кўзғатади ва органлардаги ҳамма силлик мускуллар қисқаради натижада бронхоспазм пайдо бўлади, бронх безлари шиллиқ моддани кўп ишлаб чиқаради ва бўғилиш ҳуружлари пайдо бўлади.

Аллергик ядигланишлар асосида иммунологик механизмлар ётишини ҳисобга олиб аллергия реакциялар 4 хил турга бўлинади.

1. Анафилактик
2. Цитотоксик
3. Иммунокомплекс
4. Секин турдаги аллергия реакциялар

Бронхиал астма атопик шакли асосида бир хил турдаги аллергия реакциялар ётади - аллергия антителалар бу реогенлар бўлиб, иммуноглобулин Е нинг организмда кўпайшидир. Бунда Ig Е нинг кўпайишига сабаб хужайра иммунитетининг наслий етишмовчилиги бўлиб, Т-лимфоцитларнинг супрессор функцияси пастлигидир.

Ig E гиперфункцияси медиаторларнинг кўпайишига сабаб бўлади. Бронхиал астманинг инфекцион аллергик шаклида IV хил аллергик реакциялар аҳамиятга эга. Инфекцион аллергенларнингсенсбилизацияланиб қолган Т-лимфоцитлар билан бирикиши бронхиал астма патогенезининг асосини ташкил қилади.

Касаллик механизмининг ривожланишида III - турдаги аллергик реакциялар ҳам аҳамиятга эга. Бунда иммунокомплекслар, асосан Ig G синфи, баъзан Ig A ва Ig M бўлиши мумкин.

Бронхиал астманинг аралаш турдаги шаклини тезкор ва секин турдаги аллергик реакциялар чақиради.

Бронхиал астма патогенезида МНС ва ВНС функционал бузилишига катта аҳамият қаратилади. Касаллик жараёнида бош миёда кўзгалиш доминант учоги шаклланиб, у узок сакланиб туради ва хар хил кўзгатувчилар таъсирида мустаҳкамланиб боради. Буни маълум бир музикани эшитганда, бирор гулни кўрганда ўша вақтда хуружлар пайдо бўлиши исботлайди.

Бронхиал астма билан огриган беморларда вагосимпатик дистония кузатилади. Парасимпатик нерв системасининг тонусини билан биргаликда симпатико-адренал системаси тонуси ортади: хуруж олди ва хуруж даврида адреналин норадреналин, ва уларнинг махсулотлари миқдори нормадан юқори бўлади. Хуружлар ўтиб кетгандан кейин вагосимпатик дистония етарли даражада пасаяди ёки йўқолади, лекин катехоламин миқдори хали нормадан юқорилигича қолади. Бронхиал астмада биоген аминларнинг миқдори кўпайиши уларнинг деподан кўп ажралиши ва биосинтезнинг ортиши билан тушинтирилади. Организмда юқори концентрацияда адреналин ва унинг аминлари бўлганлиги билан у бронхиал астма хуружларини тўхтата олмайди, чунки В₂- адренорецепторлари блокада бўлганлиги боис рецепторларнинг адреналинга сезгирлиги камаяди. Шунинг учун ҳам узок ва огир астматик холатларда адреналиннинг қўлланилиши наф бермайди.

Бронхиал астма патогенезида - буйрак усти беи пўстлоқ қисмининг функционал ҳолати катта аҳамиятга эга. Бўғилиш хуружлари буйрак усти безининг функционал активлигини кучайтиради ва кўп миқдорда глюкокортикоидлар ажралиб чиқишига олиб келади. (чиқиш фазаси). Хуружлардан кейинги даврда буйрак усти беи пўстлоқ қисмининг функционал активлиги сусаяди (тормозланиш фазаси), хуружлар ораси даврида буйрак усти безининг пўстлоқ қисмининг функцияси нормаллашади (тикланиш фазаси). Бундай ҳолат узок давом этса, хуружлар тез-тез қайталанса буйрак усти безининг пўстлоқ қисмининг функционал, ва глюкокортикоид активлиги издан чиқади. Бронхиал астма, билан оғриган беморларга узок муддатда глюкокортикоидлар берилса, буйрак усти безининг пўстлоқ қисмининг функциясини ишда чикаради. Шунинг учун ҳам бронхиал астма билан оғриган беморларга давомли курслар билан глюкокортикоидлар берилмайди.

Клиник манзараси - болаларда учрайдиган бронхиал астма хуружлари бирданига бошланиши камдан-кам намоён бўлади. Дастлаб хуружлар олди даври бўлгандаракчи симптомлар: иштаханинг пасайиши, уйқунинг бузилиши, безовталаниш, тажангланиш, оғзидан овқати тушиб кетиши кузатилади. Баъзи болаларда аксириш, қайта-қайта қайт қилиш, терининг қичишиши, баъзан ич кетиш каби симптомлар кузатилади. Бронхиал астманинг атопик I турида, юкори нафас йўлларида катарал ходисалар юзага келиб, бурундан кўп сероз суюқлиги келади ёки бурун

Жадвал 22

Бронхиал астма классификацияси.

| Шаклига қараб | Оғир-енгиллигига қараб | Даврига қараб | Асоратлари |
|--------------------------|------------------------|--|---------------------------|
| Иммунопатологик | Енгил | 1. Хуруж дан олдинги давр | Ателектаз, пневмоторакс |
| Атопик ва Иммунокомплекс | Ўртача оғир | 2. Хуруж лар даври 3. Астматик статус | Сурункали ўпка эмфиземаси |

| | | | |
|---------------------------------------|------|---|--|
| Инфекцион, Аллергик, Аралаш | Оғир | а.нисбий компенсация б. декомпенсация гипоксик кома 4. Хуруж дан кейинги давр 5. Ремиссия | Юрак ўнг коринча етишмовчилиги Буйрак усти бези етишмовчилиги Рухий асаб бузилишлар |
|---------------------------------------|------|---|--|

шиллик қаватлари шишганлиги туфайли нафас олиш қийинлашади, бурун қичишади, болаларда кўп аксириниш кузатилади, қуриқўйтал бошланади. Бу давр бир неча соатдан бир неча кунлар давом этиб, бўғилиш хуружлари бошланишидан дарак беради.

Бўғилиш хуружи даври ўткир бошланиб бола холати кескин ёмонлашади. Гўдак болалар безовталанади, нафас чиқариш қийинлашаётганидан шикоят қилишади, бош оғрийди, йўтал қийнайди. Ўпка - юрак етишмовчилик симптомлари ривожланади: тери қопламлари оқиш ва кўкимтир тус олади. Нафасда қўшимча мускуллар иштирок этиб, экспиратор хансираш кузатилади. Кўкрак қафаси шишади. Ўпкани перкуссия қилганда эвфиземадан дарак берувчи бўш қути товуши эшитилади. Аускультацияда сустлашган нафас асосида қурик, нам ва тарқоқ жарангдор хуштаксимон қурик хириллашлар эшитилади. Эмфизема сабабли юрак чегарасини аниқлаш қийин, юрак тонлари бўғик, баъзан ўпка артерияси асосида II тоннинг акцентни эшитилиши катта қон айланиш доирасида димланиш бўлаётганидан дарак беради. Хуружлар 30-40 минутдан бир неча соатлар ёки кунлар давом этиши мумкин (Статус астматикус).

Гўдак ёшидаги болаларда бронхиал астма (БА) кечиши ўзига хос хусусиятларга эга. Бронхларда вазосекретор бузилишлар бронхоспазмдан устун туради. Бундай бўлишига сабаб, бронхларда мускул тўқимаси суст ривожланган, шиллик қаватларнинг қон томирларга бойлигидир. Бронхлардаги обструктив ўзгаришлар нафас чиқариш холатини кучайтиради ва хуруж даврини чўзади, касалликни кечишини

огирлаштиради. Хуружлар бошида гиперсекреция бўлганлиги туфайли нам йўтал кузатилади, ўпкада ҳар хил калибрли хириллашлар эшитилади. Катталарда эса нам йўтал билан биргаликда қуюқ, шилимшиқ балғам ажралади ва хуружнинг ўтиб кетаётганидан дарак беради. Баъзан эса гўдак ёшдаги болаларда астма хуружи худди сохта крупга ўхшаб кечади. Хуружлардан кейинги давр касалликнинг оғир енгиллигига қараб бир неча кун, ёки ҳафта, ёки ойлар давом этиши мумкин.

Бу даврда организмнинг ҳамма органлари (нафас, юракқон-томир ва бошқа) функциялари нормаллашади. Боланинг аҳволи яхшиланади. Боланинг шикоятлари бўлмайди, йўталмайди, хансирамайди. Ўпкани перкуссия қилинганда бўш қутича товуши эшитилади, ташқи нафас функцияси текширилганда нафас етишмовчилигининг ҳар хил даражасидаги ўзгаришлар борлиги аниқланади.

Астматик ҳолат тўхтамайдиган хуружлар 6 соат ва ундан кўпроқга чўзилади. Бронхлар дренаж функцияси бузилади, гипоксемия ва гиперкапния ривожланади. Астматик статусга бронх-ўпка системасидаги инфекциянинг қайталаниши, глюкокортикоид етишмовчилиги, вақтидадаволашни бошламаслик, симпатомиметик препаратларни кўп ишлатиш, β -адренорецепторларнинг блокадаси натижасида вужудга келади. Астматик статус 3 босқичда кечади.

I - босқич - нисбий компенсация босқичи.

Клиникаси - бронхиал астма хуружи узок чўзилади, бронхиал ўтказувчанлик кескин бузилади, симпатомиметик препаратларга резистент бўлади, бундай болаларда тез ва шовқинли нафас аниқланилади, эмфизема белгилари кўрилади, аускультацияда куруқ ва нам хириллашлар эшитилади, балғамажралини қийинлашади, кескин тахикардия ва А/Б кўтарилади. НЕ симптомлари ривожланади, умумий дегидратация кузатилади.

II - босқич нафас етишмовчилиқик симптомлари ортиб боради - бронхлар бутунлай тўсилади (обструкцияда), чунки бронхлар бўшлиғида яллиғланиш инфилтратцияси ва кўп миқдорда балғам тўпланади, силлик

мускуллар спазми кузатилади. Аускультацияда суетлашган нафас яъни тинч ўпка симптоми, (симптом молчания лёгких) характерли, диффуз цианоз ортиб боради. А/Б пасаяди, тахикардия ва метаболик ацидоз ривожланади.

III - босқич гипоксемик кома - ўпканинг ҳамма майдонлари тинч бўлиб нафас эшитилмайди. Натижада чуқур нафас етишмовчилик симптомлари авжга чиқади. Болада кучли адинамия, хушдан кетиш, талваса симптомлари пайдо бўлади. Тери, қопламларида диффуз цианоз юзага келади. Мускуллар гипотонияси, юрак иш қобилиятининг пасайиши кузатилади.

Диагноз қўйиш қийин эмас.

1. Оилавий анамнез.

2. Болалардаги ЭЖАК белгилари

Аллергик дерматит, юқори нафас йўлларидаги респиратор аллергияларнинг ва бошқа овқат аллергияларининг топилши далил бўлади.

Периферик қон таҳлилида эозинофилларнинг ортиши, биохимик таҳлилида эса Ig E ортганлиги, балғамда Куршман спиралли ва Шарко-Лейден кристалларининг топилши диагнозни тасдиқлайди.

Рентгенографияда ўпканинг эмфизематоз шишганлиги, ташқи нафас функциясини текширганда: ўпкани ҳаётлий сигимининг пасайиши, қолдик ҳажмининг ортиши, артериал гипоксия ва ацидоз кузатилади.

Дифференциал диагноз: бронхиал астмани бронхларга ёт жисмларнинг тушиб қолиши, кўк йўтал, сохта круп (ларингит) ва х.к. билан таққосланади.

Бронхиал астма касаллигини даволаш тамонллари.

Бронхиал астма билан оғриган касалларни даволаш босқичма-босқич олиб борилади ва қуйидаги чора-тадбирларни бажариш кўзда тутилади: 1. Беморни ҳуружлардан чиқариш; 2. Бронхларнинг дренаж фаолиятини яхшилаш; 3. Аллергик реакцияларни сусайтириш ва уларнинг асоратларини бартараф қилиш; 4. Ўпканинг нафас фаолиятини ва гомеостазини қайта тиклаш; 5. Навбатдаги ҳуружга йўл қўймаслик чоралари.

Нафас кийинлашиб қоладиган енгилгина хуружларда болани тинчлантириб, янги ҳаво келиб туришини таъминлаш билан боланинг ахволини яхшилаш мумкин. Баъзан кўл-оёқларини илиқ сувга солиш, банклар кўйиш, аралашган талқонлардан (димедрол, ёки пипольфен, эфедрин, эуфиллин фенобарбитал) бериш билан хуружларни тўхтатиш имкони бўлади. Тинч шароит яратиб бериш ва янги хуружлар бошланишининг олдини олиш лозим. Унинг учун ўйинчоқлар, кизик китоблар ўқиб бериш, расмлар билан боланинг диққатини чалғитиш ҳам яхши ёрдам беради.

Агар ахволи оғир бўлса, хуружлар ўтиб кетмаса, болани дарҳол шифохонага ётқизиш зарур.

Бронхоспазмни йўқотиш учун қуйидаги бронхолитик препаратлардан фойдаланилади.

Ўткир хуружларни тўхтатиш учун қуйидаги препаратлар қўлланилади.

β_2 адреномиметиклар (β_2 адреноаганистлар) қуйидаги таъсирларга эга:

- 1) бронхиал дарахти бўйлаб ҳамма силлик мускулларни бўшаштиради;
- 2) мукоцилиар клиринсини активлайди;
- 3) семиз ҳужайралар секретор активлигини пасайтиради;
- 4) бронхлар шиллиқ қавати шисини ва томирлар ўтказувчанлигини камайтиради;
- 5) чарчаган диафрагма ишини ортиради;
- 6) жисмоний юклама, совуқ таъсири ва аллергенлар билан чақирилган бронхоспазмнинг олдини олади.

Бу сальбутамол препаратидир – сальбутамолнинг бир маратаба бериладиган дозаси 100 мг, кунлик дозаси 400 мг. Дорини қабул қилгач унинг таъсири 5-10 минутдан сўнг бошланиб, 4-6 соат давом этади.

Беротек (1 мл эритмада 1 мг фенотерол гидрохлорид бромид) 6 ёшгача бўлган болаларга бир марталик дозаси 50 мкг/кг ташкил қилиб, кунига 3 марта берилди.

Беродуал (1 мл эритмасида ёки 20 томчисида 500 мкг фенотерол ва 250 мкг ипратропиум тутали) 6 ёшгача бўлган болаларга 1 марталик ингаляциси учун 10 томчи берилади. Каттароқ болаларга 1 мартабалик дозаси 0,5 – 1,0 ташкил этиб, кунига 3-4 марта бериш мумкин.

Атровент (1 мл эритмада 250 мкг импратропиум бромид бўлади) болалар ҳаётининг биринчи йилида ингаляция учун 10 томчи, 1 ёшдан катта болаларга эса 20 томчи (250 мкг) берилади.

Пульмикорт (будесонид) пластик контейнерларда суспензия ҳолатида чиқарилади, 2 мл суспензияда 1 мг будесонид бўлади. Болаларга 0,25-0,5 мг (10-20 томчи) дан кунига 2 марта берилган.

Интал (кромоглиций кислотаси) 1 мартабалик ингаляция учун 1 ампула (10 мг кромогликат натрий) ни кунига 4 марта берилади.

Бронхиал астмада гипоксия, метаболик ацидоз, инфекциялар жараёнлар бронхлар β_2 адренорецепторларини агонистларига сезгирлигини камайтиради, шунинг учун кислород бериш, инфекцияга ва метаболик ацидозга қарши курашиш мақсадга муваффик бўлади.

Агар адреномиметикларга талаб бўлса Адреналинни парентерал берилади. 0,1% эритмасидан 0,01 мг/кг олиб, тери остига ёки мускул орасига юборилади. Адреналин таъсири 2-3 минутда бошланиб, 30-40 минут давом этади. Салбий таъсирлари: тахикардия, юрак соҳасида оғрик, аритмия, А/Б кўтарилиши, тери рангининг оқариши, қалтираш, кўзгалувчанликдир.

Сальбутамол 2-4 мг дан таблеткалар шаклида чиқади. Мактабгача бўлган болаларга кунига 0,1 мг дан 3 марта, мактаб ёшидагиларга 2 мг дан 3 марта кунига берилади. β_2 агонистларини салбий таъсири препаратнинг дозаси ортиб кетганда бронхлар шиллиқ қавати шиши ва томирлар дилатацияси оқибатидан келиб чиққан гипоксия, безлар гиперфункцияси, тахикардия, бош оғриги, уйқусизлик, қалтираш ва ҳ.к.

Метилксантинлар (эуфиллин, аминофиллин) енгил хружларда ичгани берилади. 1 мартаба бериладиган дозаси 5 ёшгача бўлган болаларга 6 мг/кг; 5 ёшдан катта болаларга 4-5 мг/кг ни ташкил этади; сўнг хар 6 соатда

препаратни ярим дозаси бериб борилади. Кунлик дозаси 12-15 мг/кг ортмаслиги керак. Эуфиллин хуржлардан сўнг β_2 - агонистлар билан ингаляция қилиш бронхлар ўтказувчанлигини тўлатиклайди. Хуружларнинг ўртава оғир шаклида эуфиллиннинг 1 мг/кг дозасини изотоник эритмага қўшиб томчилаб берилади.

Салбий таъсири: катта дозаларда кўнгил айнийди, қайт қилади, коринда оғриқ, ич кетиш, уйқусизлик, бош оғрити, қўзгалувчанлик, хушидан кетиш, талваса, қалтираш, мускулларнинг учиши, тахикардия, полиурия, нутқини бузилиши.

Хуружлар ўтиб кетавермаган холларда, β_2 - агонистларга резистент бўлганда кортикостеронлардан преднизалон, гидрокартизон ва дексаметазон сингари гормонал препаратлар; азотиопирин ва 6 меркаптопуринкаби цитостатик таъсирга эга бўлган иммунодеприсантлар билан биргаликда берилади. Уларнинг дозаси 1 мг/кг олиб 5-7 кунлик, оғир шакларида эса дозани 2-3 мг/кг кўпайтириб, 15-20 кунлик циклларда берилади.

Фермент воситалари - химопсин, кристалл химотрипсин аэрозолда яхши ёрдам беради.

Десенсибиловчи - гистаминга қарши препаратлардан - димедрол, супрастин, пипольфен, диазолин, кетофен ва тавегиллар қўлланилади. Бу препаратлар кальций хлор, кальций глюконат сингари кальцийли дорилар билан бир пайтда ишлатилади.

Физиотерапевтик усуллардан: кўкрак кафасига УВЧ, адреналин ёки новоканн, платифиллин, кальций, никотин кислоталари билан электрофорез, ультразвук берилади.

Витамин терапия, даволаш физкультура ва балғам кўчирувчилардан бромгексин берилади.

Астматик статус ривожланган тақдирда қуйидаги мақсадларга йўналтирилган комплекс интенсив терапия ўтказилади: 1. Ўнг коринчанинг ўткир етишмовчилиги белгиларини барҳам топтириш; 2. Буйрак усти бези

пўстлоғи етишмовчилиги белгиларини барҳам топтириш; 3. Нафас олишнинг марказий механизмларини қайта тиклаш; 4. Этиологик омил билан бўлаётган мулоқатни камайтириш.

Астматик статусни даволаш.

Астматик статуснинг биринчи боскичида- 40-60 мл/кг хлорид натрийнинг изотоник эритмасига 2,4% эуфиллиндан 4-6 мг/кг кўшиб томчилаб берилади. Оксигенотерапия ўтказилади, балғамни юмшатиб кўчириш мақсадида бромгексин, гиёхлар қайнатмасидан, калий йоднинг 2-3% эритмасидан ичгани берилади. Метоболик ацидоз ривожланса натрий бикорбанатнинг 4% эритмасидан 2-2,5 мл/кг (бир маратаба бериладиган дозаси) вена ичига қуйилади. Агар ҳуружлар ўтиб кетмаса 1,5 мг/кг тана вазнига преднизолонни ҳисоблаб ичгани ёки 5-7 кун давомида вена ичига юборилади, кейин секин-аста дозани камайтиради.

Гипоксимик кома ривожланса, (астматик ҳолатнинг 3 боскичи) реанимоцион чора тадбирлар аввало ўпка вентиляциясини адекват ушлаб туришга ва гипоксемияни, гиперкапнияни йўқотишга қаратилган бўлиши керак. Бу интубация ва беморни сунъий вентиляция қилиш билан амалга оширилади. Бир вақтнинг ўзида преднизолоннинг юқори дозалари (6-10 мг/кг) бундан 2мг/кг ичгани, 4-8 мг/кг томир ичига 5% глюкоза билан биргаликда томчилаб берилади. Эуфиллин, натрий бикарбонат бериш давом эттирилади. Юрак етишмовчилик белгилари пайдо бўлса юрак гликозидлари берилади. Гипоксия ва гипокапния пасайгандан кейин даволовчи бронхоскопия ўтказилади.

Хуруж бартараф этилгач бронхиал астманинг шаклига қараб режали комплекс терапия ўтказилади. Бронхиал астманинг атопик ва инфекцион-аллергик шакларида ўтказиладиган рационал терапия бир бирларидан анча фарқ қилади.

Диспансер кузатиш ва реабилитация.

Бронхиал астма билан оғриган болалар пульмонолог ва алергологлар томонидан диспансер кўзатувида бўлиши керак. Ҳар кварталда болани

кўриқдан ўтказиб ушлаб турувчи терапия, ЛФК, массаж, чиниктирувчи муолажалар ўтказилиб турилади ва санатор-курорт даволаш масаласини кўриб чиқилади.

Бронхлар ўтказувчанлигини тикловчи чора тadbирлар: иссиқ-ишқорли ингаляциялар, массаж, даволовчи нафас гимнастикаси. Кўрсатма бўйича буйрак усти беши пўстлоқ қисмини қувватловчи воситалар қўлланилади, махсус гипосенсибилизация давом эттирилади.

Профилактика. Антенатал профилактика: ҳомиладор аёлни тўғри рационал овқатлантириш, (цитрус, шоколад, тухумларни, дуккакли овқат маҳсулотларини чеглаш).

Постнатал профилактика: она сутти орқали кирадиган овқат аллергенларини она овқатидан чиқарилади.

1. Аллегияси бор ота-оналардан туғилган болалар диспансер кузатувида туриши.

2. Ҳомиладорлик даврида кўп дори-дармон олган, аллергия берувчи воситалар билан чамбарчас бўлган оналарнинг болаларини ҳисобга олиш.

3. ЎРВИ дан кейин оғир обструкция синдромини берган болалар.

4. Оналар истеъмол қилган баъзи овқатлардан кейин болаларда тери реакцияларни берган болалар.

5. Сурункали йирингли ўчоқларни санация қилиш

ТЕСТЛАР

1. Бронхиал астма ривожланишига қайси омиллар сабаб бўлади.

а) организмни захарланиши

*б) аллергик омил

в) эндокрин носозликлар

г) туғма патология

2. Аллергик реакция фазаларини тўғри кетма-кетлигини кўрсатинг.

а) патохимик-иммунологик-патофизиологик

б) патофизиологик-патохимик

в) иммунологик-патофизиологик

- б) сутка давомида 5-6 марта нафас қисий хуруж и
- в) глюкокортикоидлар кўллаш эффективлиги
- *г) ўтиб кетмайдиган хуруж 6 соатдан ортиқ давом этади

9. бронхиал астма хуруж ини тўхтатиш учун қандай дорилардан фойдаланилади?

- а) ампициллин
- *б) беклозан Эко
- в) гистоглобулин
- г) сода билан ингаляция қилиш

10. Бронхиал астмани даволашда қандай дорилардан фойдаланилади.

- *а) ампициллин, интал, эуфиллин, нистатин
- б) беклозан, эуфиллин, антигистамин препаратлар
- в) иммуноглобулин, ингаляциялар, антигистамин препаратлар
- г) антибиотиклар билан ингаляция қилиш, седатив препаратлар, кетоцеф.

Вазиятли масалалар

Масала 1

11 ёшли болада нафас етишмовчилиги белгилари, бўғилиш хуружи билан шифохонага келтирилди. Бола эрта болалик даврида ЭЖАК билан оғриган, тез-тез бронхитга ва бошқа шамоллашларга мойил бўлган. Болани текшириб кўрганда боланинг ҳолати мажбурий, тери қопламлари оқарган кўкимтир, нафас етишмовчилиги кузатиляпти - экспиратор хансираш, нардан хириллашлар эшитилмоқда, объектив кўрганда нафасда кўшимча мускуллар иштирок этаяпти, кўкрак қафаси бочкасимон, резистентлиги пасайган, перкуссияда перкутор товуш қутича товуши, аускультацияда бутун ўпка бўйлаб турли (қурук хуштаксимон, ғижжиллаган, йирик ва ўрта пуфакчали нам) хириллашлар. Юрак тонлари бўғик, тахикардия, А/Б кўтарилган. Қорни юмшоқ, жигар +1,0 см. Сизнинг диагнозингиз?

2. Даволаш режасини тўзинг

Масала 2

9 ёшли бемор шифохонага келтирилганда шикоятлари - нафас олиш қийинлиги, ҳаво етмагандай бўғилиш хуружи билан йўтал. Анамнезида – боланинг دادасида аллергияк дерматит, бобосида бронхиал астма мавжуд. Болалик даврида тез-тез бронхитга ва шамоллашларга мойил бўлган. Болани текшириб кўрганда боланинг ҳолати мажбурий, ярим ўтириш ҳолатда. Тери қопламлари оқарган, кўкимтир, нафас етишмовчилиги кузатиляпти - хансираш, кўшимча мускуллар иштирокида, хириллашлар масофадан эшитиляпти, кўкрак қафаси шишинкираган, резистентлиги пасайган, перкуссияда перкутор товуш кутича товуши, аускультацияда бутун ўпка бўйлаб қурук хуштаксимон, гижжилловчи, йирик ва ўрта пуфакчали нам хириллашлар эшитилмоқда. Юрак тонлари бўғик, тахикардия, Артериал босим кўтарилган. Сизнинг диагнозингиз?

Масала 3

8 ёшли болада бронхиал астманинг ўрта оғир хуружи. Даволаш режасини тўзинг?

Масала

Баҳорда шифохонага келтирилган 12 ёш беморнинг шикоятлари – аксириш, бурни битиши, йўтал хуружи, нафас етишмовчилик ҳолати. Беморда турли хилли нарсалар билан тўқнашганда нафас бўғилиш ҳолати ва ринит белгилари пайдо бўлади. Айрим озик-овқатлар истеъмол қилса тошмалар тошади. Ота-онасида дўккакли овқатлар кўтара олмаслик аниқланди. Гўдаклик даврида обструктив бронхит билан тез-тез оғриб турар эди.

Беморни кўзлан кечирганда тери қатламлари оқарган, кизарган тошмалар бор. Нафас олиши қийинлашган, хансираш, кўшимча мускуллар иштирокида, кўкрак қафаси резистентлиги пасайган, перкуссияда перкутор товуш кутича товуши, аускультацияда бутун ўпка бўйлаб турли қурук,

хуштаксимон, гижжилдовчи, хириллашлар эшитиляпти. Юрак тонлари бўғиқ, тахикардия. Сизнинг диагнозингиз? Текширув ва даволаш режасини тўзинг.

РЕВМАТИК ИСИТМА

Ревматизм — коллаген касалликлар қаторига кириб, инфекцион — аллергияк, клиник — иммун муомма сифатида кўздан кечириляпти.

Ревматизм касаллиги ўткир бошланиши мумкин, баъзан жараён аста-секинлик билан, сезиларсиз бошланиб, кейинчалик юракда патологияк ўзгаришлар келтириб авжга чиқади. Ўз вақтида даволанса бутунлай тузалиб кетиши ҳам мумкин. Хозирги вақтда болаларда кўп антибиотиклар, айниқса пенициллин қаторидаги антибиотиклар ишлатилаётганлиги боис, ревматизмнинг айрим симптомлари кам учрайди. Масалан: ануляр эритема, Ашофф Талалаев тугунчалари, бўғимдаги шишлар, хорей ва бошқалар.

Ревматизм ҳар хил номлар билан аталади: “ревматик иситма”, “ўткир бўғим ревматизми”, “Буйо касаллиги”, “Сокольского - Буйо” касаллиги. Ревматизм билан касалланиш ҳамма ерда бир хил бўлсада, иссиқ иқлим шароитларида шимолий минтакаларга қараганда активлиги минимал даражада, касаллик сусткашлик билан, латент шаклда кечади. Шунинг учун ҳам беморлар тиббий ёрдамга кеч, яъни пороклар вужудга келгандагина мурожаат қилишади.

Ревматизм этиологияси:

Ревматизмнинг келиб чиқиши “А” гуруҳига мансуб в-гемолитикстрептококклариға боғлиқ бўлиб ҳисобланади. Бунга далил бўлиб, беморлар қонида, стрептококка қарши бўлган антителолар - антистрептогидролизин (АСГ), антистрептокиназа (АСК) ва антистрептолизин-О,-S (АСЛ-О, АСЛ-S), топилиши ҳамда стрептококк антигенларининг пайдо бўлиши ҳисобланади. Касаллик кўпинча бошидан кечирган ангина, сурункали тонзиллит, скарлатина, фарингитлар сингари стрептококкли касалликлардан сўнг бошланади. Ҳал қилувчи омиллардан

бўлиб, ўта совқотиш, шикастланишлар, жисмоний ва асабий зўриқиш, ионловчи радиация таъсири ва бошқалар ҳисобланади.

Патогенези: Стрептококк этиологик омил бўлгани билан ўзи ревматизмни чақирмайди. Бу ерда гомеостазни бузилиши катта аҳамиятга эга, яъни ревматизм клиник-иммун касалликдир.

Организмга стрептококк ўзининг токсинлари (стрептолизин O, S, ДНК-за, протейн, гиалуронидаза, стрептокиназа) билан таъсир этиб, антиген ҳосил қилади ва бу антигенларга антитело ишлаб чиқаради (антистрептолизин O, S, ДНК-аза, антигиалуронидаза ва б.). Сурункали тонзилити бор болалар аввалдан сенсбилизацияланган бўлиб, яна касаллик қайталаниши билан организмда иммун комплекслар ортади (антиген+антитело+комплемент).

Бу иммун комплекслар томирлар системасида айланиб юриб, майда капилляр томирларга ўтиради ва уларни парчалайди. Зарарланган томирлардан оксил ва антигенлар бириктирувчи тўқималарга осон ўтиб уларни емиради (тезкор турдаги аллергия реакциялар). Ангина касаллигидан сўнг 10-14 кун ўтқач, ревматизм атакасининг бошланиши ревматизм патогенезида аллергия реакция муҳим эканлигини тасдиқлайди.

Юрак бириктирувчи тўқимаси ва стрептококкнинг тузилиши бир-бирларига ўхшаб кетганлиги бонс, юрак қаватларида иммун реакциялар вужудга келиб, уларни шикастлайди ва аутоантигенлар, аутоантителолар ҳосил қилади. Ёлғиз стрептококк антигенига нисбатан аутоантигенлар юқори специфик активлик билан эндомиокардни шикастлаш қобилиятига эга.

Ревматизмда аутоантителолар антикардиал антителолар дейилади. Антикардиал антителолар касаллик бошида химоя ролида бўлади, кейин антителолар титри ортиб кетганда эндомиокардни шикастлайди.

Ревматизмда фақат гуморал иммунитет бузилмай балки, хужайра иммунитетги ҳам бузилади, яъни гуморал ва хужайра иммунитетги мувозанати бузилади. Бунда сенсбилизацияланган лимфоцит-киллер сафлари ҳосил бўлиб, ўзида ўрнашган антигенларни эндокард ва юрак мускулларига олиб боради ва уларни шикастлайди (секин турдаги аллергия реакциялар).

Шундай қилиб, бирламчи ревматизм патогенезида стрептококк инфекцияси, тезкор ва секин турдаги аллергия реакциялар муҳим рол ўйнайди. Шунинг учун бирламчи ревматик атакада яллиғланишга қарши воситалар яхши самара беради.

Паталогик анатомияси:

Бириктирувчи тўқиманинг деструктив ўзгаришлари ўзига хос патоморфологик ўзгаришларни келтириб чиқаради. Бу ўзгаришлар маълум бир босқичлар кўринишида ривожланиб боради.

1. мукоид шишиш
2. фибриноид бўқиш
3. Ашофф-Талалаев тугунчаларини пайдо бўлиши
4. склероз ва гиалиноз.

Касалликни дастлабки икки босқичида диагнозни аниқлаш катта аҳамиятга эга. Ўз вақтида ва етарлича даволаниш чоралари натижасида касаллик белгилари из қолдирмасдан йўқолиши мумкин.

Ревматизм келиб чиқишида ирсий мойиллик ҳам алоҳида ўрин тутати. Шундай оилалар мавжудки, улар аъзоларининг кўпчилигида бирдангина ревматизм бир пайтда кузатилади. Иммуно танқислиги бўлганда ҳам касаллик хосил бўлади.

Ревматизм актив ва ноактив фазада кечиб 3 активлик даражага бўлинади.

- I - минимал
- II - ўртача минимал
- III- максимал даража

Ҳар бир активлик даражаси ўзига хос клиник белгилари ва лаборатор кўрсаткичлари билан намоён бўлади.

III-чи даражали активлик фазада яллиғланишнинг экссудатив компоненти устун туради, бу фазада юқори харорат кузатилади, ревмокардит, полисерозит, бўғим синдромларининг клиникаси яққол кўринади. Кардитнинг белгилари ФКГ, ЭКГ ва рентгенограммада аниқ

кўринади. Лабораторияда - нейтрофил лейкоцитоз 10×10^9 /л, ЭЧТ 40 мм/с ортик бўлади, С – реактив оксил кескин мусбат, зардоб глобулилари 25% дан ортик, антистрептококк антителоларнинг миқдори 2 – 3 марта ортади.

II- даражали активлик фазада клиник, рентгенологик, ЭКГ белгилари ўртача ифодаланган бўлади, харорат кўтарилмаслиги ҳам мумкин. Лаборатория кўрсаткичлари ўртача ортади – лейкоцитлар $8-10^9$ /л, ЭЧТ 20-40 мм/с, антистрептококкли антителалар 1,5-2 марта кўтарилади.

I–активлик даражада касалликнинг активлик белгилари бўлмайди, клиник, инструментал-лаборатор белгилари суэт ифодаланган бўлади.

Ноактив фаза (атакадан кейинги давр) кўпчилик беморларда шикоятлар ва клиник белгилари бўлмайди. Фақат баъзи бир беморларда субфебрил харорат бўлиши, секин асталик билан кардит белгилари ривожланиб сурункали турига ўтади, кейинчалик эса клапанлар пороги ва кардиосклероз ривожланади. Ноактив фаза бир неча ойдан бир неча йилларгача давом этиши мумкин.

Ревматизм касаллиги кечиши бўйича 5 та вариантга бўлинади.

1. Ўткир кечиши – касалликнинг симптомлари тез авжига чикиб тез кайтади ва III – II даража активлик белгилари 2 – 3 ой давомида сақланади, даволаш муолажалари яхши самара беради.

2. Ним ўткир кечиши – симптомлар аста-секин ривожланиб, ўртача активлик клиник белгилари узок сақланади (3-6 ойгача).

3. Чўзилиб кечиши клиник симптомлари узок вақт сақланиб қолиб (6 ойдан кўпроқ) тўла ремиссия бермайди, антиревматик терапиядан суэт ва нотургун самара беради.

4.Тўхтовсиз-кайталанувчи кечиши – тез- тез кайталаниб туради, тўла ремиссия бермайди, касаллик белгилари бир йил ва ундан кўпроқ давом этади.

Латент – касаллик яширин кечади, активлик даража бўлмайди, диагноз фақат порок хосил бўлгандан кейингина кўйилади.

Диагноз – А.А.Кисель, кейинчалик А.Н.Джонсон, Нестеров тўлдирган асосий мезонлар ёрдамида қўйилади.

Асосий диагностик мезонлар ўз ичига олади: кардит, полиартрит, хорей, ревматик тугунлар, ануляр тошмалар, ревматик анамнез (касалликнинг стрептококклар билан боғланиши), ревматизмга қарши даво-чоралар ўтказганда самара ҳосил бўлиши.

Қўшимча диагностик белгилар: тана ҳароратининг кўтарилиши, артралгия, лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ортиши, С-реактив оксил ҳосил бўлиши, ЭКГ да PQ интервалининг узайиши, бошидан стрептококк инфекциясини ўтказганлиги. Асосий мезонларнинг 3 тасидан 1 таси, қўшимча мезонлардан 2-3 таси мавжуд бўлса ревматизм диагнози қўйилади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Бирламчи ревмокардит бу юракнинг ҳамма қаватларини зарарланиши бўлиб, ревматизм касаллигининг оғир даражасини ва оқибатини аниқлайди. Болаларда эрта пайдо бўладиган клиник белгиларидан бири бўлиб тана ҳароратининг кўтарилиши ва ҳолсизланишидир. Камдан-кам ҳолатларда юрак соҳасида оғриқ ёки ноҳуш сезги аниқланилади. Миокард, эндокард ва перикард шикастланишлари натижасида объектив симптомлар вужудга келади. Болаларда асосан 100% ҳолларда миокард зарарлаши кузатилади. 75-80% болалар орасида клиник белгиси ўртача ва енгил намоён бўладиган ревмокардит учраса, 20-25 % ҳолатларда (пубертат ёшида) клиник белгиси кескин ифодаланган ревмокардитлар учрайди. Объектив кўрилганда тахикардиялар аниқланади. 1/3 қисм болалар орасида эса, юрак қисқариши миёрида бўлиши мумкин (клиник ва рентгенологик). Юрак тонлари сустлашган бўлади. 85% болаларда юрак чегараси чапга кенгайган, юрак тонлари бўғиклашган бўлади. Ҳамма болаларда юрак чўкки турткисида ёки V нуктада систолик шовқинлар эшитилади ва бу шовқинлар юрак соҳасидан четга чиқмайди.

Миокардитнинг клиник белгилари яққол ифодаланганда миокард оралик тўқимасида яллигланишнинг ҳамма компонентлари диффуз намоён

бўлади. Бунда беморнинг умумий ахволи оғирлашади, ранги оқаради, хансирайди, пульс сустлашади, А/Д пасаяди, юрак ритми бузилади, юрак чегаралари сезиларли кенгайди, юрак тонлари кескин сустлашган бўлади. Шу билан бирга юрак етишмовчилик белгилари ривожланади. ЭКГ да юрак ритми бузилган, бўлмача – қоринча ўтказувчанлиги секинлашган, миокарднинг биоэлектрик жараёнлари ўзгарганлиги кўрилади (Т тишчанинг пасайиши ва деформацияси, ST сегментининг пастга тушиши, электрик систоланинг узайганлиги кўрилади).

Эндокардит – доимо миокардит билан бирга келиб, 50-55% бемор болаларда кузатилади. Кўпинча митрал клапани вальвулити ривожланиб, клиник белгилари касалликнинг биринчи кунлари намоён бўлади. Асосий клиник белгилари митрал клапан проекцияси бўйлаб пуфловчи характерга эга бўлган систолик чўккилар эшитилади (юрак чўкки турткиси, V нукта), вақт ўтиши билан чўккилар бемор чап ёни билан ётганда, чап ён бикинида эшитилади. Жисмоний зўриқишда чўккиннинг интенсивлиги ортади, чўкки қўлтиқ ости соҳаларига тарқалади. ФКГ да эпицентри юрак чўккисиде жойлашган ўртача ва юкори амплитудали пансистолик ёки протосистолик шовқинлар ёзилади. Рентгенограммада чап юрак чегараси кенгайиб, юракнинг митрал конфигурацияси аниқланади.

Тахминан 10% беморларда аортал клапани зарарланади - чап тўш суяги бўйлаб диастолик шовқинларнинг пайдо бўлиши, диастолик босимнинг пасайиши бунни исботлайди.

Эхокардиография митрал клапанининг қалинлашганлигини, митрал ва аортал регургитация (қайта оқими) белгиларини, юракнинг чап бўлимларининг дилатациясини кўрсатади.

Перикардит – эндо ва миокардит билан бирга келиб ревматик полисерозитнинг бир қисми ҳисобланади. Клиник белгиларига асосланиб диагноз қўйиш қийин (1-1,5%), рентгенологик белгиларга асосланиб 40%, комплекс инструментал текширилганда бу фоиз янада юкорирок бўлади.

Перикардит ўзининг характери бўйича: курук, фибринозли, экссудатли (сероз-фибриноз) бўлиши мумкин.

Фибринозли перикардитда оғриқ синдроми кузатилиши мумкин ва тўш суягининг чап қирғоғи бўйлаб перикарднинг ишқаланиш шовқини эшитилади. ЭКГ да Р тишчаси ўткирлашган, ST интервали узайган, эхокардиограммада эпи-перикард қаватлари бир-бирига ёпишган ва қалинлашганлиги аниқланилади.

Сероз-фибриноз перикардитда боланинг умумий аҳволи кескин ёмонлашади, тери қатламлари оқаради, агар суяқлик кўпроқ йиғилган бўлса юзлари шишинкираган, бўйин веналари бўртган, хансираш, бемор мажбурий холатни эгаллаган бўлади (ярим ўтирган холат), бемор холатини ўзгартирса тўш суяғи орқасида оғриқ сезилади, Гемодинамика бузилиши белгилари тез ривожланади. Баъзан юрак соҳаси бўртиб чиқади ва юрак чўкки турткиси аниқланмайди. Пульс тез, яхши тўлмайди, А/Б паст, юрак чегараси анча кенгайган, тонлари бўғик. ЭКГ да миокард электрик фаоллиги пасайган бўлади. Рентгенограммада юрак чегаралари кенгайиши билан бир қаторда юрак контури яссилашган, унинг сояси пуфак ёки трапеция шаклида бўлади.

Қайталанувчи ревмокардит – агар уй шароити ёмон бўлса, бемор охиригача яхши даволанмаса, жараён қайталаниб кечса, янги атака берганда қайталанувчи ревмокардит деб аталади. Қайталанувчи ревмокардитда яллиғланишнинг экссудатли компонентлари жараёни суст кечади, миокардит қайталаниб, клапанлар янаям кўпроқ зарарланади ва пороклар шаклланади. Клиникасида юрак тонлари овози ўзгаради, янги тонлар интенсивлиги ортади, юрак етишмовчилик белгилари ривожланиб, юрак ритми бузилишига олиб келади.

Ревматик полиартрит – йирик бўғимлар зарарланиб оғриқ синдроми билан кечади. Бўғимлар симметрик зарарланади, бўғимлар яллиғланиб ўткир ёки ним ўткир синовит шаклида кечади, оғриқ кўчиб юриш характерига эга. Хозирги вақтга келиб хақиқий полиартрит – шиш, қизариш, ҳаракат функцияси бузилиши билан кечадиган шакли деярли учрамайди. Бўғим

синдроми полиартралгия симптомлари билан кечади. Бу симптомлар 2-3 ҳафта давом этади, рецидив бериши ҳам мумкин.

Ревматик хорея (кичик хорея) – бу ҳолат бош мия пўстлоқ ости марказларининг танлаб зарарланиши ҳисобига юзага келади. Клиник жиҳатдан грипп ёки ангинадан кейин аста-секин белгилари ривожланиши билан бошланади. Бемор асабий, инжик ва кўп йиғлайдиган бўлиб қолади. Харакат безовталиги пайдо бўлади. Кадам ташлаши нотурғун бўлади (маст одам юришидек), ҳаракат координацияси бузилади, хусниҳати ўзгаради, қўлидаги нарсаларни (ручка, қалам, пиёла ва ҳ.к.) тушириб юборади, пала-партиш бўлиб қолади. Сўнг гиперкинезлар бошланади, қўл-оёқлар, юз мимик мускулларининг беихтиёр ва ҳар-хил ҳаракатлари пайдо бўлади.

Кичик хорея учун энг характерлик белги бўлиб мускуллар гипотонияси ҳисобланади. Бунинг натижасида бола фаол ҳаракат қила олмайди. Мустақил ўтира олмайди, ҳолатини ўзгартира олмайди. Бемор узоқ муддат тилини чиқарган ҳолатда тура олмайди. “Бармоқ-бурун”, “тizza-товон” синамасини тугри бажара олмайди. Кафт ва товонларини кучли терлаши, турғун кизил дермографизм, пульс лабиллиги, гипотония ёки гипертония сингари вегетатив томир дистонияси белгилари пайдо бўлади. Кичик хорея одатда 2-3 ой давом этиб, қайталаниб туришга мойиллиги билан характерланади.

Теридаги ўзгаришлар қон томирларининг зарарланиши ва улар девор ўтказувчанлиги ортиб кетиши натижасида юзага келади. Терида ануляр тошмалар (эритема) бўлиши мумкин. Одатда бу тошма касалликнинг биринчи кунлари пайдо бўлади.

Бўғимлар соҳасида тери остида кам ҳолларда ревматик тугунларни топиш мумкин. Бу тугунлар майда, қаттиқ оғриксиз бўлади.

Ревматизмда бошқа органларнинг зарарланиши: плеврит кам учрайди, кўпинча перикардит билан бирга келади. Клиникасида бикинда оғрик пайдо бўлади, перкуссияда перкутор товушлар калта тортиб қолганлигини кўрамыз. Аускультацияда плевраларнинг ишкалиниш шовқини эшитилади. Экссудат тез сўрилиб кетади, касалликнинг кечиши юракдаги ўзгаришларга боғлиқ.

Ўткир ревматизмда пневмония ва гломерулонефрит кузатилиши мумкин. Пневмонияларда жараён кўпроқ ўпканинг пастки қисмларида жойлашиб, ўчоқли ёки бир-бирига қўшилган (сливная) шаклида кечади. Клиникаси ўзгарувчан, доимий эмас.

Гломерулонефрит буйрак димланиши яъни қон айланишининг яхши эмаслигидан вужудга келади.

Ўткир ревматизмда жигар катталашади, лекин кўпинча функцияси бузилмайди.

Қон томирларнинг системали бузилиши туфайли терида петихиал қон қуйилишлар, бурундан қон оқиб юзага келади.

Лаборатор кўрсаткичлар: актив ревматизмда ЭҚТ 30 мм/с дан юқори, нейтрофилли лейкоцитоз, формула чапга силжиган бўлади (гаёкча ядроли нейтрофиллар ҳисобига), лейкоцитоз, гемоглобин ва эритроцитлар сони пасайган. Сийдик таҳлилида эритроцитлар сони 10 –12, баъзан 50-80 кўриниш майдонида бўлиши мумкин (гломерулонефритда), оксил кам бўлади, лейкоцитурия кузатилади. Иммунобиохимик кўрсаткичлар: АСЛ – 0 титри, АСГ, АСК (нормада 1: 250-500) титрлари нормадан юқори бўлади. ДФА синамаси (нормада 0,210 гача), серомукоид (N – 180 ед гача), С реактив оксил пайдо бўлади (нормада бўлмайди), Фибриноген (N - 9,2 мк моль/л) кўтарилади, оксил фракциясида альбуминлар пасайиб, глобулинлар (α_2 , γ -глобулинлар) кўпаяди.

Ревматизм дифференциал диагностикаси.

Ревматизмни: сурункали тонзиллоген, туберкулёз интоксикациялари, поревматик кардитлар, инфекциял эндокардит, системали кизил волчанка ва бошқа бириктирувчи тўқималар касалликлари билан дифференциация қилинади. Булар билан фарқ қилиш учун ревмокардитнинг асосий белгиларини билиш – юрак соҳасида оғрик, юрак уриши, тахикардия, I – чи тоннинг бўғиқлашуви, юрак катталашуви, экстрасистолиялар, тугун ритм, қон айланиш етишмовчилиги симптомлари, Кисель-Джонсоннинг қатта ва

кичик мезонларини билиш, лаборатория кўрсатмалари, рентгенограмма, ЭКГ, ФКГ кўрсатмалари тўғри диагноз қўйишга ёрдам беради.

ОРТТИРИЛГАН ЮРАК ПОРОКЛАРИ.

Болаларда ревматизм қайта атака бергандан кейин юрак пороклари шаклланади. Агар биринчи атакадан кейин пороклар 14-18 % ҳосил бўлса, қайта атакадан кейин 100% ҳолларда шаклланади. Қайталанган кардитлар порок бермаса бу ревматизм касаллигига шубҳа тугдиради. Юрак пороклари оддий (1 клапанда чекланган зарарланиш), бирлашиб келган пороклар (битта клапанда ҳам стеноз, ҳам етишмовчилик), комбинирланган (2 ва 3 клапанларнинг зарарланиши) бўлиши мумкин. Пороклар ривожланишида биринчи ўринда митрал клапани етишмовчилиги ва унинг стенози, иккинчи ўринда аортал клапанлар етишмовчилиги ва стенози, учинчи ўринда комбинирланган (кўпинча митрал клапани билан аортал клапан биргалашиб зарарланади), кейин 3-табақали клапанлар зарарланиши кузатилади. Ўпка артерияси клапанлари зарарланиши кам учрайди.

Қайталанган ревмокардитни кечини фақат жараённинг оғирлигига боғлиқ бўлмай, балки клапаннинг деформацияси ҳолатига қараб аниқланилади. Клапанлар деформацияси 3 та даражага бўлинади: 1 – даражали (сезиларсиз бўлиши), 2 – ўртача ривожланган, 3 – кескин деформацияланган.

Митрал клапани етишмовчилиги.

Болаларда митрал клапани пороги одатда унинг етишмовчилиги билан бошланади. Митрал клапани етишмовчилиги шаклланиши учун 12-24 ой етарли бўлади. Кўпинча касаллик тўхтовсиз қайталанганда ёки латент формада кечганда ривожланади.

Гемодинамикаси. Систола пайтида чап қоринчадан қон чап бўлмачага секин-аста орқага қайтиши (регрессияси) кузатилади, натижада чап бўлмача бўшлиғи кенгаяди, аввал асосий куч чап бўлмачага, кейин кичик қон айланиш доирасига тушади ва чап қоринча етишмовчилик белгилари ривожланади. Касалликнинг охирида катта қон айланиш доирасида

димланиш вужудга келиб, ўнг қоринча етишмовчилиги вужудга келади. (жигар катталашади, шиш пайдо бўлади). Касалликнинг бошида беморларда шикоят бўлмайди, фақат касалликнинг белгиси бўлиб систолик шовкинлар эшитилади. Юрак чегаралари ўзгармайди. Кардит кайталанса юрак тонлари бўғиклашади, юрак чўкки турткисида пуфловчи систолик шовкин аниқ эшитилади, бу шовкин I-тонга боғлиқ бўлиб систоланинг кўпроқ қисмини эгаллайди. Шовкин чап кўлтиқ, чап курак соҳаларига таркалади. Митрал клапани етишмовчилиги анча сезиларли бўлса, хансираш юзага келади, чап томонда юрак бугрилиги ҳосил бўлади, юрак чўкки турткиси пастга V-VI ковургалар орасигача силжиб, кенгайган ва кўтарилган бўлади. Юрак чегаралари чапга ва юқорига кенгайди, юрак чўкки турткисида систолик қалтираш юзага келиб I-тон сусаяди. Ўпка артериясида II-тон акценти эшитилади. Митрал клапани етишмовчилиги янада ривожланганда жигар катталашади.

ЭКГ да юрак чап бўлимларининг гипертрофияси белгилари кузатилади. ФКГ да юрак чўккисидан I-тон сусаяди, юқори частотали систолик чўкки ёзилади.

Рентгенограммада - ўпка томирларида ўртача димланиш, юрак сояси нормада ёки катталашган бўлади.

Митрал стенози. Кўпинча ревматик этиологияли бўлади. Касаллик 2 йилдан кўпроқ давом этади. Стеноз кўпинча кизларда шаклланади ва 3,1% ни ташқил этади.

Гемодинамикаси. Торайган клапанлардан қон чап бўлмачадан чап қоринчага диастола вақтида ўтиши қийинлашади. Натижада чап бўлмачада босим ортади, унинг миокарди гипертрофияга учрайди. Бу компенсатор механизмлар торайиб қолган тешикдан қоннинг ўтишини осонлаштиради. Чап бўлмачада босимнинг ортиши ўпка веналарида ва капиллярида ретроград босим ортишига олиб келади. Чап бўлмачада босимнинг ортишига жавобан ўпка артерияларининг қисқариши (Китаев рефлекс) юзага келади, бу аввал химоя вазифасини бажариб ўпка капилляларида босимнинг

ортишидан саклайди), кейинчалик эса ўпка артериясида босимни анча ортишига олиб келиб, ўпка гипертензиясини вужудга келтиради. Натихада ўпка кон томирларида склероз хосил бўлиб, ўнг қоринча етишмовчилигига олиб келади (жигар катталашади, оёқларда шиш, асцит пайдо бўлади). Стенознинг эрта симптомларидан бири бўлиб хансираш, цианоз, "митрал капалаги" - *Facies mitralis* - ёноқларнинг қизғич товланиши (болаларда камроқ учрайди), акроцианоз, кулок супраларининг кукариши кузатилади. Кейинчалик юрак ўйнаши, юрак соҳасида оғрик (тож томирларига кон оз келганлиги боис) юзага келади. Юрак соҳасини объектив текширганда юрак ўлчамлари юқорига, ўнга кенгаяди. Чўкки турткисида диастолик қалтираш аниқланади. Аускультацияда чўкки турткисида, V нуктада I-тон каттик, турсиллаган, диастолик чўкки эшитилади. Ўпка артериясида II – тон учланади "бедана сайраш ритми".

ЭКГ да чап бўлмача ва ўнг қоринча миокардининг гипертрофия белгилари кўринади, ФКГ да чап бўлмачада босим ортганлиги белгилари ифодаланади. Рентгенограммада ўпка кон томирларида гипертензия белгилари, чап бўлмача ва ўнг қоринча катталашганлиги аниқланади.

Аортал клапанининг етишмовчилиги.

Аортал клапанининг етишмовчилиги кўпинча ўғил болаларда учраб, фақат ревматик этиологияга эга бўлмай, бошқа касалликлардан кейин ҳам ривожланади.

Гемодинамикаси: аорта клапанларининг тўлиқ ёпилмаслиги натижасида диастола вақтида аортага хайдалган кон қисман чап қоринчага қайтади (регургитация). Бу аста-секинлик билан чап қоринча миокардининг гипертрофиясига ва чўзилишига (дилатация) олиб келади. Бундан чап қоринча етишмовчилиги белгилари келиб чиқади – кичик кон айланиш доирасида димланиш, сўнг ўнг қоринчанинг декомпенсацияси кўшилади.

Клиник манзараси. Аортал клапанининг зарарланиш даражасига боғлиқ. Беморларда хансираш, юрак ўйнаши, юрак соҳасида оғрик, бош айланиш, жисмоний ривожланишдан орқада қолиш, пульс тез, баланд (*celer*

et altus), норитмик, “каротид ўйини” кузатилади. Пульс босим кўтарилади (систолик босим юқори, диастолик босим паст - 130:20; 140:90 ва х.к). Мюссе симптоми мусбат (бошнинг маятниксимон тебраниши), юрак чўкки турткиси кенгайган, кўтарилган, юрак чегараси чапга кенгайган бўлади. Аускультацияда 2-чи ковурагалар оралигида унғ томонда дагал систолик чўкки, митрал клапанининг нисбий етишмовчилиги сабабли чўкки турткисида систолик шовкин эшитилади. Йирик томирлар устида Траубе иккиланган тони (пистолет отишмасига ухшайди) эшитилади. Стетаскоп бошчаси билан артерияни эзганда оддий систолик шовкин ўрнига “Дюрозье” шовкин (систолик ва диастолик) эшитилади. Аортада II-тон сусаяди. ЭКГ да чап қоринча гипертрофия белгилари кўрилади. ФКГ да II-тонга боғлиқ диастолик шовкинлар ёзилади. Рентгенда веноз қон томирлар димланиши, чап қоринчанинг катталашуви, юқорига кўтарилувчи аортанинг кенгайиши ва пульсациясининг кучайиши, кейинчалик юракнинг ўнғ бўлимларининг кенгайиши кузатилади.

Аорта бўғизи стенози,

Аорта бўғизи стенози кўпинча аорта клапанининг етишмовчилиги билан биргаликда келади.

Гемодинамикаси: торайган аорта бўғизидан чап қоринчадан аортага қоннинг чиқиши кийинлашади, натижада чап қоринчада гипертрофия юзага келади. Тож томирларда қон қамлиги боис миокардда тез дистрофик ва склеротик ўзгаришлар юз беради. Ўнғ томонда II ковурагалар орасида дагал систолик чўкки эшитилади, II-тон сусаяди, бу чўккилар уйқу артерияларига тарқалади. Юрак соҳасида оғриқ кузатилади, бош айланади ва оғрийди, юрак ўйнайди. Пульс секин, яхши тулмайдди, брадикардия (pulsus parvus et tardus). Юрак чўкки турткиси кўтарилган, юрак чегараси чапга кенгайган, юрак сояси худди “этик” шаклини эслатади.

ЭКГ да чап қоринча гипертрофияси, миокардда ишемик ўзгаришлар ёзилади. ФКГ да ромбсимон систолик чўккилар ёзилади. Артериал босим 40/70, пульс босим кам, қўл билан оёқларда босим хар хил бўлади.

Дифференциал диагностика:

Ревматизми инфекцион-аллергик артрит, ревматоид полиартрит, инфекцион аллергия миокардит, септик эндокардит, миокардиодистрофиялар билан қиёслаш лозим бўлади.

РЕВМАТИЗМНИ ДАВОЛАШ.

Ревматизм касаллигини даволаш эрта, комплекс, узок давом этувчи бўлиши (3-4 ойдан кам бўлмаслиги) керак. Даволаш босқичма-босқич (шифохона, ревматологик санатория, поликлиникада диспансер кузатиш) олиб борилади.

1-босқич – шифохонада даволаш.

Даволашнинг асосий босқичи бўлиб, беморга мос келувчи харакат режими тайинланади. Шифохонада II-III активлик даражали ревмокардитга чалинган болаларга 1-2 ҳафтага катъиян ётиш режими урнатилади. Ахволи яхшилангач кейинги режимларга контрол функционал синамалардан (Шалков синамалари) кейин ўтказилади. Беморларга 2-3 ҳафта даволашдан сўнг даволовчи гимнастика машқларини қўллаш мумкин. Ревматизмга чалинган беморлар узок вақт шифохонада ётганлиги боис болаларнинг кун тартибидаги буш вақтларини кизиқарли (китоблар ўқиш, ўтириб ўйнайдиган ўйинлар ва х.к.) ўтказиш керак.

Парҳез терапия – беморларга тавсия этилаётган овқатлар тўлақонли, оксил, ёғлар, углеводлар, витаминларга, микроэлементларга, айниқса калий моддарига (картошка, ошқовоқ, карам, мевалар, майиз, ўрик, сулу ва гречкали бўтқалар, творог ва х.к.) бой бўлишлари керак.

Медикаментоз даволаш. Медикаментоз даволаш касалликнинг иккита асосий звеносига йўналтирилган бўлади.

а/ инфекцион омилга қарши

б/ аллергия реакцияларга қарши.

Этиологик даволашга қаратилган ҳолда 2 ҳафта давомида пенициллин кунига 600000 ХБ дан 2000000 ХБ гача берилади. Сурункали ўчок инфекцияси бор болаларга яна 10 кун давомида антибиотикотерапия

(ампициллин, эритромицин ва бошк.) ўтказилиши тавсия этилади. Сўнг бициллинотерапия ўтказилади. Шифохонада Бициллин – 1 600000 – 1200000 ХБ да мушак орасига 1 ҳафтада бир марта қилинади. Шифохонадан чиққин арафасида ёки чиққандан сўнг Бициллин – 5 дан 800000 – 1500000 ХБ да мушак орасига 1 ойда бир марта қилинади.

Антибиотиклар билан бир қатор да аспирин (ацетилсалицил кислота) тавсия этилади. Аспирин оғриқ қолдирувчи, яллиғланишга қарши, ҳарорат туширувчи, десенсибиловчи, енгил антикоагулант бўлиб ҳисобланади. Аспирин 0,2 г/ёшига берилади (кунлик дозаси 3 г. дан ошмаслиги дозим). Суткалик дозани 3-4 мартадан 3-4 ҳафта давомида берилади. Сўнг суткалик дозани 0,15 г/ёшига қискартиб ва яна икки ҳафта берилади, ундан кейин 0,1 г/ёшига олиб 1,5 ой мабойида берилади. Аспириннинг даволаш курси касаллиқнинг клиник манзарасига боғлиқ бўлиб, ўртача 2,5 - 3 ойни ташқил қилади. Препаратни овқатдан кейин сут билан ичиш тавсия этилади. Салбий таъсири – бурундан, меъда-ичак трактидан қон кетиш, тери остига қон қуйишлар қузатилиши мумкин.

Пиразолон қатор идаги препаратлар (анальгин, амидопирин) 0,15-0,2 г/ёшига берилади. Бутаднон ревматизмда анча яхши самара беради, лекин қон билан қайд қилиш, гематурия каби салбий таъсирга эга. Шунинг учун ҳам қисқа курслар тавсия этилади (2-3 ҳафта). 5-7 ёшдаги болаларга 0,05г дан 3 марта, 8-10 ёшда - 0,05 дан 4 марта, 11 ёшдан қатта болаларга эса 0,1 г. дан 3 маҳал ичирилади. Юрак етишмовчилик симптомлари мавжуд беморларга организмда сув ва натрий йиғилиб қолишига сабаб бўлишлиги туфайли бутаднон берилмайди.

Аспирин қабул қила олмайдиган беморларга суткасига 400-800 мгдан брүфен ёки ибупрофен берилиши мумкин. Унинг яллиғланишга қарши, оғриқ қолдирувчи, ҳамда ҳароратни пасайтирувчи хусусиятлари аспиринга нисбатан қамроқ бўлишлиги билан биргаликда салбий таъсирлари деярли қузатилмайди.

Хозирги пайтда яллиғланишга қарши таъсирга эга бўлган ностероид яллиғланишга қарши препаратлардан вольтарен, ортофен, индометацин ва х.к. кенг қўлланилмоқда. Вольтарен 3–6 ёшгача бўлган болаларга суткасига 75 мг дан; 7-12 ёшлиларга – 100 мг; 12 ёшдан катталарга эса 100,150 мг. дан берилади (2,8- 3,5 мг/кг ҳисобидан). Индометацин 3-6 ёшлиларга 50-75 мг, 7-12 ёшлиларга- 75- 100 мг; 12 ёшдан катталарга эса 100-125 мг (суткасига 2,5-3 мг/кг). Уларнинг салбий таъсирлари қориндаги оғриқлар, кўнгил айниши, кўсиш ва теридаги тошмалар кўринишида бўлади.

Ревматизмни юқори активлик даражасида, юракнинг зарарланишида (кардиомегалия, юрак клапанларининг зарарланиши) стероид гормонал препаратлар тавсия этилади. Глюкокортикоидлар (преднизолон беморнинг ҳар кг вазнига 0,7-0,8 мг ҳисобидан) буюрилади. Кортикостероидларнинг оптимал дозада берилиши 10-14 кун давом эттирилиб, сўнг аста-секин (ҳафтасига 2,5-5 мг дан) камайтирилади. Ревматизмнинг узликсиз қайталаниб турувчи шаклида преднизолоннинг суткалик дозаси 1,5-2 мг/кг гача орттирилиб, 2-3 ойгача бериш тавсия қилинади.

Касаллик узок муддат давом этиб, сурункали шаклда кетса, хинолин катори препаратларидан бўлган резохин, делагил ва плаквенилар буюрилади. Уларнинг иммуносупрессив хусусиятлари яллиғланишга қарши хоссаларига нисбатан устунроқ туради. Секин таъсир этади ва шу боис улар гормон препаратлари билан бир пайтда берилади. Хинолин катори дорилари 3-7 ёшли болаларга суткасига 1/3 таблеткадан; 7-10 ёшда 1/2 таб ва 10 ёшдан кейин 1 таблеткадан 1 мартадан (кечқурунга) берилади. Салбий таъсирлари: лейкопения, қуриш қобилиятининг сусайиши. Шунинг учун ҳар 3-6 ойда окулист кўруви талаб қилинади.

Иммунодепрессантлар: 6-меркаптопўрин, циклофосфан, лейкоранлар ҳам қўлланилади. Юрак етишмовчилиги белгилари мавжуд бўлганда юрак гликозидларидан дигоксин буюрилади.

Кичик хорейда седатив дорилардан 1% натрий бром эритмаси, фенобарбитал ҳамда седуксен, триоксазинлар тавсия қилинади.

Шу билан биргаликда С, В гуруҳ витаминлари, аскорутин, калий препаратларидан – панангин, аспаркам, калий оротат тавсия этилади. Антигистамин препаратлардан – пипольфен, димедрол, тавегил, аналергин, кларитин ва х.к 2-3 ҳафта давомида ҳар 7-10 кунда бир-бири билан алмаштириб бериб турилади.

Модда алмашинувларини яхшилаш, носпецифик яллиғланишга қарши, юрак метаболизмини тиклаш мақсадғаларида анаболик гормонлар тавсия этилади. Бўлардан ретаболил 1мг/кг га 3-4 ҳафтада 1 марта, нераболил 0,1 мг/кг га 1 ҳафтада 1 марта ёки метандростенолон 1 таблеткадан (0,025) кунига 1 марта берилди.

Ревматизмни даволашда физиотерапевтик муолажалар ҳам кенг қўлланилади. Физик омиллар организмни умумий қаршилигини оширади, десенсибиловчи, яллиғланишга қарши (жараёнларни сўрилишини тезлаштиради), қон айланишини яхшилайдди, оғриқ қолдирувчи таъсир кўрсатади. Булардан бўғимлар соҳасига УВН, буйрак усти безининг фаолиятини ошириш учун индуктотермия, хорейларда - электроуйку, доривор электрофорез, УВЧ, парафинли аппликациялар, массаж, даволовчи гимнастика ҳамда игнатерапия, игнабаргли шохлардан (хвойная) ванналар,

В₁, В₆ витаминлар билан диатермия ва бошқа муолажалар ҳам ўтказилади.

2 босқич – санаторияда ўтказилади. Бунда боланинг ёшига 0,1г дан аспирин 1-2 ой давомида, бициллинтерапия давом этади. Кенг қўламда физиотерапевтик, чиниктирувчи муолажалар олиб борилди.

3 босқич – поликлиникада диспансер кузатув. Бемор болалар кардиоревматолог ва педиатр назоратида ўтказилади. Бунда педиатр ҳар 3 ойда 1 марта, кардиоревматолог 1 йилда 2 марта кўрувдан ўтилади ва профилактик чора-тадбирлар олиб борилди.

Ревматизм профилактикаси.

Бирламчи ва иккиламчи профилактикага бўлинади.

Бирламчи профилактикага ревматизм касаллигини олдини олиш учун ўтказиладиган комплекс чора-тадбирлардан организмни реактивлигини ошириш мақсадида чиниктириш, жисмоний тарбия машқлари билан шугулланиш, рационал овқатлантириш киради. Стрептококк инфекция ўчоқларини (ангина, сурункали тонзилит, гайморит, аденоидлар ва ҳ.к.) санация қилиш. Бунинг учун инфекцияни қўғалиш даврида 10 кун давомида антибактериал терапия тайинланади.

Сурункали тонзилитларда мавсумий бициллинотерапия ва салицилатлар 10-14 кун давомида бериледи.

Иккиламчи профилактика ревматизм билан оғриган беморларда касаллик қайталанишининг олдини олиш учун ўтказилади. Бу мақсадда бемор шифохонадан чиққандан сўнг бициллинпрофилактика ўтказилади (Бициллин-5 750000-1500000 ТБ 1 ойда 1 марта) юрак пороги ривожланмаганда 3 йил давомида, юрак пороги ривожланганда, хорез такрорланганда – 5 йил давомида олиб борилади. Куз ва баҳор фаслларида 2 ҳафта аспириинтерапия, комплексли витаминтерапия ўтказилади. Сурункали стрептококк инфекция ўчоқлари санация қилинади.

Вазиятли масалалар

Масала 1

Бемор 9 ёшда. Шикоятлари: харорати кўтарилишига, камкуватликка, тез чарчаш, ҳаракат қилганда хансираш, юрак соҳасида ноҳуш сезгилар, юрак ўйнаши. Тизза, тирсак бўғимлари шишиқираган, ҳаракатлари оғриқли. Анамнезида 2 ҳафта аввал ЎРВИ гайморит билан асоратланганлиги туфайли даволанган. Беморни кўздан кечирганда ранги оқарган, озгин, ҳаракатлари суст. Пульси 1 дақиқада -108, Юрак турткиси кенгайган, аускультацияда тонлари бўғик, нафис систолик шовқини эшитилмоқда. Жигар ковурга ёйида аниқланмоқда. Таъхис кўйинг. Таъхис асосида текширув режалари ва ёрдам чораларини белгиланг.

Масала № 2

Бемор 8 ёш. Анамнезида болада сурункали тонзилит бор, 10 кун аввал ангиnasi қайталанган. Шикоятлари: бўшашишлик, камқувватлик. Боланинг хулки ўзгарди, тажанг, йиғлоқи бўлиб қолди, кўп ихтиёрсиз ҳаракатлар кузатиляпти, тебраниб юрмоқда. Ўқитувчиси боланинг хулки, хусниҳати ўзгарганидан шикоят қилган. Идиш, ручкаларни кўлдан тушириб юборяпти. Бемор “бурун-бармоқ”, “товон-тизза” синамаларини, Ромберг ҳолатини бажара олмаяпти. Тери ранги оқарган. Юрак чегаралари кенгаймаган, тонлари бўғик, нафис систолик шовқини аниқланмоқда. Ички органларда сезиларли ўзгариш йўқ. Сизнинг тахминий ҳулосангиз? Даволаш ва текширув режаларини тузинг?

Масала № 3

Бемор 12 ёш. Шифохонага келгандаги шикоятлари: бўшашишлик, камқувватлик, тез чарчаш, хансираш, юрак ўйнаши, бўғимларда оғрик, юрак соҳасида ноҳуш сезгилар. Анамнезида 1 йил аввал бемор “Ревматизм” диагнози билан шифохонада даволаниб чиққан. Диспансер назоратда турган, лекин тайинланган даво-чораларни ўз вақтида олмаган. 2 ҳафта аввал ангина бўлиб ўтган. Беморни кўздан кечирганда умумий аҳволи ўртача оғир, тери ранги оқарган, икки яноғи кизарган, пульс - 102 1дақиқада, хансираш кузатиляпти. Тизза, тирсак бўғимлари бироз шишган, оғрикли. Юрак соҳасида чўкки турткиси кўтарилувчан, кенгайган. Юракнинг чегаралари ўнға ва юқорига кенгайган, аускультацияда тонлари бўғик, I тон қарсиллаган, ўпка артериясида II тон акцентни, юрак чўккисида систоло-диастолик шовқинлар эшитилмоқда. А/Д - 110/60 мм.с.м.уст. Жигар + 2,0см. ЭКГ да ўнтрамма, ўнг юрак гипертрофияси белгилари. Қонда Лейкоцитлар – $12 \times 10^9/l$, ЭҶТ – 18 мм/с. Сизнинг ҳулосангиз ? Текширув ва даволаш режасини тузинг?

Тестлар:

1. Ревматизм билан кўпроқ оғрийдилар:
 - а) 3-5 ёшда
 - б) 5-7 ёшда

- * в) 8-14 ёшда г) 7-8 ёшда
2. Ревматик хорėjaда патологик жараён жойлашади?
 *а) Бош мия пўстлоқ ости қисмида г) мия қобикларида
 б) орқа мия тутамларида в) периферик нервларда
3. Ревмокардитларнинг доимий ва эрта симптоми бўлиб ҳисобланади?
 *а) тахикардия, хансираш б) юрак соҳасидаги огриклар
 в) юрак ритмнинг бузилиши г) тана ҳароратининг кўтарилиши
3. Ревматизмнинг асосий диагностик мезонларини кўрсатинг:
 а) кардит, полиартрит, хорėja
 б) кардит, хорėja, полиартралгиялар
 в) токсик эритема, ануляр эритема, полиартрит
 г) кардит, энцефалит, юрак пороки
4. Юрак фаолиятини яхшиловчи гуруҳ препаратларини кўрсатинг:
 *а) дигоксин, ККБ, АТФ, рибоксин в) рибоксин, ККБ, галстена,
 ОМЕС
 б) дигоксин АТФ, лидаза, гепарин г) рибоксин, преднизалон,
 делагил
5. Ревматик полиартритга қайси симптом хос эмас:
 *а) бўғимда эрталабки ҳаракат танглиги
 б) йирик ва ўрта бўғимлар зарарланиши
 в) огрик учувчи характерга эга
 г) артрит белгилари изсиз ўтиб кетади

ЮРАКНИНГ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИ

Юракнинг туғма нуқсонлари (ЮТН) масаласи ҳозирги замон педиатрик кардиологиясининг долзарб муаммоларидан бўлиб қолмоқда. Бўнга сабаб бўлиб, ЮТНнинг кўп учраши, огир кечишлари, қон айланиши етишмовчилиги ҳолатларининг эрта ривожланиши, ва бундай беморлар орасида ўлим кўрсаткичларининг юкорилиги ҳисобланади.

Кўкрак ёшидаги болалар юрагининг органик зарарланишлари орасида ЮТН улуши 75-86% ташкил этади. ЮТН болалар ўлими асосий сабабчиларидан бири бўлиб, зотилжамлар ва туғруқ шикастланишларидан кейинги 3-ўринни эгаллайди. Бир ёшгача бўлган болалар орасида ЮТНдан ўлим даволанмаган тақдирда 40-90% ташкил этади.

ЮТН хомилдорликнинг дастлабки 2 ойи мобайнида эмбрион организмга оналардаги ўткир респиратор касалликлар, оддий учук ва қизилча сингари вирус касалликларида, йўлдош орқали ўтган вирусларнинг (TORCH-инфекция), хомилдорлик касалликлари, оғир токсикозлар, кимёвий, доривор, физик, асаб-рухий ҳамда ионловчи радиация, ёмон одатлар сингари салбий омилларнинг бевосита таъсири натижасида эмбриогенезнинг бузилиши туфайли шаклланади.

ЮТН кўпинча Даун касаллиги, Шерешевский-Тернер синдроми ва Марфан синдроми сингари хромосом аномалиялари мавжуд болалар орасида кузатилади. Бу ҳолат ЮТН ривожланишида ирсий омилларнинг ҳам аҳамиятга эга эканлигидан гувоҳлик беради.

ЮТН ташхисотини яхшилаш мақсадида турли классификациялар тақдим этилган. Уларнинг орасида энг мақбулларида бўлиб ЮТНни "кўкарадиган" ва "кўкармайдиган" шаклларга ажратгани ҳисобланади. Шунингдек, ЮТН классификацияси кичик қон айланиш доирасига кўп ва оз қон келишига қараб ҳам турларини ажратади.

Жадвал 23

ТУҒМА ЮРАК ПОРОКЛАРИ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

| Гемодинамика бузилишлари | Цианозсиз кечадиган (оқ) пороклар | Цианоз билан кечадиган (кўк) пороклар |
|--|---|---|
| Кичик қон айланиш доираси димланиши (гипертензия) билан кечадиган пороклар | Очик артериал йўл, Бўлмачалар ва қоринчалар аро тўсик нуқсон, атриовентрикуляр коммуникация | Эйзенменгер комплекси, магистрал қон томирлар транспозицияси, умумий артериал томир |
| Кичик қон айланиш | Ўпка артериясининг | Фалло касаллиги, уч таба- |

| | | |
|--|--|---|
| доирасига кам қон кетиши билан кечадиган пороклар | чекланган стенози | қали клапан атрезияси, магистрал қон томирлар транспозицияси ўпка артерияси стенози билан, умумий келгон артериал томир,Эбштейн касаллиги |
| Катта қон айланиш доирасига кам қон ўтиши билан кечадиган пороклар | Якка аорта стенози, аорта коарктацияси | |
| Гемодинамик бузилишсиз кечадиган пороклар | Чин ва ёлғон декстрокардия, аорта ёйи ва унинг томирларининг аномал жойлашиши, коринчаларо тўсиқни кичик нуқсонни (мускул қисмида жойлашган нуқсон ёки Толочинов-Роже касаллиги) | |

Кичик қон айланиш доирасига кам қон келиш билан кечадиган нуқсонлар.

Қоринчаларо тўсиқ нуқсонни (ҚАТН). ЮТНларининг бу шакли энг кўп учрайдиган турларидан бўлиб, барча ЮТНнинг 17- 41% ташкил этади ва кўпинча коринчаларо деворнинг юқори парда қисмида жойлашган бўлади. ҚАТН да гемодинамиканинг бузилиши кўп жихатдан нуқсон оркали ўтаётган қон йўналишига ва унинг хажмига боғлиқ бўлади. Бу ҳолат ўз навбатида нуқсоннинг жойлашган ўрни, ўлчамлари, катта ва кичик қон айланиши доиралари қон томирларининг қаршилигига ҳамда чап ва ўнг қоринча миокарди ҳолатидан келиб чиқади.

Қоринчаларо деворнинг мускул қисмида жойлашган ва унча катта бўлмаган нуқсонда гемодинамиканинг бузилишлари унча кучли бўлмай, бундай болалар жисмонан яхши ривожланадилар ва шикоят қилмайдилар. Бирок, уларда дағал систолик шовқин тўш суяги чап қирғоғи бўйлаб туғилганиданок эшитила бошлайди. Бу нуқсонда одатда дағал систолик

шовкин бола ҳаётининг биринчи куниданок эшитилади. Ҳаётининг биринчи йилида бундай болалар жисмоний тараққиётда орта қоладилар. Уларнинг вазн кўшишлари суст, эмиш, кучаниш ва безовталиқ сингари зўриқишлардан кейин энтиқиш пайдо бўлади. Тери ранги оқарган, кўкрак кафасининг марказида жойлашган "юрак букрилиги" анча эрта пайдо бўлади. 4-6 ойликдан бошлаб тўш суягининг чап қирғоғида 3-4 ковуғалар оралиғида систолик қалтираш сезилади. Шу соҳада дағал систолик шовкин эшитилади. Ўпкада дағал нафас фониди димланиш туфайли келиб чиқадиган сочқин майда пуфакчали хириллашлар эшитилиши мумкин.

ЭКГда ҳар иккала қоринча зўриқишининг (кўпроқ ўнг қоринча) белгилари топилади.

Кўкрак кафаси органлари рентгенограммасида волемиа, ўнг қоринчанинги систолик зўриқиши ва чап қоринчанинги систоло-диастолик зўриқиши ва чап бўлмача кенгайиши ҳисобига ўпка суратининг кучайганлиғи кўзга ташланади.

КАТН да бола ҳаётининг дастлабки йилида 50-80% беморларда қон айланиши бузилишининг II даражаси ривожланиб боради. Қасаллик асоратларидан бўлиб қайталаниб турувчи зотилжам, септик эндокардит ва гипотрофиялар ҳисобланади.

Бўлмачалараро девордаги нуқсон (БАТН). Бу патология анча кўп учраб, ЮТНнинг 10-11%ини ташкил қилади. БАТНнинг бир неча варианты тафовут қилинади:

1. Бирламчи нуқсон. 2. Иккиламчи нуқсон. 3. Овал тешиқ нуқсони. Буларнинг орасида иккиламчи нуқсон энг кўп учраб, БАТНларнинг 80-90%ини ташкил этади.

БАТНда гемодинамиканинги бузилиши чап бўлмачадан ўнг бўлмачага ўтаётган қон ҳажми ҳамда кичик қон айланиш доирасининг зўриқиши туфайли келиб чиқади. Чақалоклар юрак-қон томир тизимининг ўпка капиллярлари қаршилигининг юқорилиғи ва ўнг қоринчада босимнинг

баландлиги сингари анатомик ва физиологик хусусиятларига кўра, дастлаб кон нуқсон орқали ўнгдан чапга томонга ўтади, бола йиғлаганида, безовталанганида енгил цианоз кўринишидаги гипоксемияга олиб келиши мумкин. Кейинчалик, яъни ўнг қоринчада босим пасайиши фониди кон харакати чапдан ўнгга ўтиб, юракнинг ўнг ярми зўриқиб ишлаши натижасида ўпка томирларининг гиперволемиyasi ривожланади ва бола хаётининг 2-6 ойларида порокнинг клиник симптомлари пайдо бўлади.

Бўлмачалараро девордаги нуқсон катта бўлганида болалар ўсишдан ортда коладилар, вазн қўшиши суст бўлади. Нуқсон унча катта бўлмаган холларда болалар жисмоний тараққиёти ўзгармайди.

БАТН билан оғриган болаларда одатда тери рангининг оқарганлиги, юрак ўлчамларининг юқорига ва энига кенгайганлиги, 1-тоннинг юрак чўкки турткисида ва 2-тоннинг ўпка артериясида кучайганлиги кузатилади. Тўш суягининг чап қирғоғида иккинчи ва учинчи коворға оралигида эшитилиб, юқорига, яъни биринчи коворға оралигига берилувчи унча кучли бўлмаган систолик шовқин топилади.

БАТН мавжуд бўлган болаларнинг ярмида бир ёшдан кейин ўпка артерияси клапанинг нисбий етишмовчили туфайли ўпка артерияси соҳасида енгил диастолик шовқин (Грехем-Стилл шовқини) пайдо бўлади.

ЭКГда юрак ўнг қисмлари зўриқиши белгилари кузатилади.

Кўкрак қафаси рентгенограммасида гиперволемиya, ўнг бўлмача ва ўнг қоринчанинг кенгайганлиги ва ўпка стволининг йўғон тортганлиги хисобига ўпка сурати кучайганлиги аникланади.

БАТН билан оғриган болаларда одатда бир ёшгача кон айланиши бузилишлари ривожланмайди. Бирок, бундай болалар турли шамоллаш касалликлари ва зотилжам билан кўпрок оғриб турадилар.

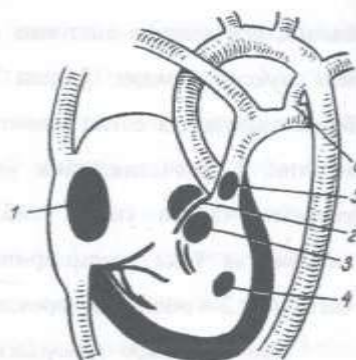
Асоратли қайталаниб турувчи зотилжамлар ва аритмиялардан иборат бўлади.

Расм 7

Кичик қон айланиши доираси

дилланиши билан кечадиган тугма юрак нуқсонлари (схема2).

- 1 – бўлмачалар аро тўсиқнинг иккиламчи нуқсони;
- 2– бўлмачалар аро тўсиқнинг бирламчи нуқсони;
- 3– коринчалар аро тўсиқнинг юкори қисмида жойлашган нуқсон;
- 4 – коринчалар аро тўсиқнинг пастки қисмида жойлашган нуқсон;
- 5 – аорто–пульмонал оқма;
- 6 – очик артериал йўл



Очиқ қолган артериал йўл (ОАЙ). Барча ЮТН ларинг 10-24%ини ташкил қилади.

ОАЙ даги гемодинамиканинг бузилишлари коннинг аортадан ўпка артериясига - кичик қон айланиши доирасига ўтиши ва юрак чап қисларинг зўриқиб ишлашлари туфайли келиб чикади. Ўтаётган қон хажми артериал йўлнинг диаметрига ва катта ҳамда кичик қон айланиш доиралари кон томиралари қаршилигининг нисбатларига боғлиқ бўлади. Ўпка гипертензияси ривожланган ҳолатларда ўнг коринча зўриқиши юзага келади.

Бир ёшгача бўлган болаларнинг кўпчилигида жисмоний тараққиётдан енгил ортда қолиши ва турли респиратор касалликлар билан тез-тез оғриб туришлари кузатилади.

Тери ранги оқарган, пульс тезлашган ва баланд. Систолик артериал босим нормадалиги билан бир пайтда диастолик босим пасайган ва пульс босими ортанлиги аниқланади. Умров усти чуқурчаси пульсацияси кузатилади. Юрак чўкки турткиси кучайган. Баъзан тўш суяги чап киргоғида иккинчи ва учинчи қовурға ораллигида систоло-диастолик қалтираш топилади.

Юрак чегаралари юқорига ва чапга кенгайган. Ўпка артериясида иккинчи тоннинг акценти эшитилади.

Дастлаб кўпчилик беморларда тўш суягининг чап қирғоғида систолик шовқилар эшитилади. Кейинчалик диастолик компонент ҳам қўшилиб, 6 ойликдан кейин систоло-диастолик "машина" шовқини пайдо бўлади.

ЭКГда кўпчилик беморларда ёшига мос бўлмаган нормограмма, баъзан электр ўқининг чапга силжиши, ўпка гипертензиясининг оғир шаклларида ўнг томонга силжиши кузатилади.

Кўкрак қафаси органлари рентгенограммасида гиперволемиа, чап қоринчанинг систоло-диастолик зўриқиши, чап бўлмачанинг ва зорта кўтариловчи қисмининг кенгайиши ҳисобига ўпка суратининг кучайганлиги кузатилади.

ОАЙ билан хасталанган бир ёшгача бўлган беморларнинг ярмида қон айланиши етишмовчилигининг иккинчи даражаси белгилари кўзга таъналади.

Асоратларидан - артериал йўлнинг септик эндоартериити ва тез-тез қайталаниб турувчи зотилжамлар ҳисобланади.

Магистрал томирлар транспозицияси (ТМС). Бир ёшгача бўлган болалар орасидаги "кўқарадиган" порокларнинг энг кўп учрайдиган тури бўлиб, ўта оғир кечади ва 80% ҳолларда ўлим билан якулланади. Магистрал томирларнинг тўла транспозицияси мураккаб нуқсонлар гуруҳига киради, ва бундай нуқсонда аортанинг ўнг қоринчадан ва ўпка артериясининг чап қоринчадан бошланиши кузатилади. Бундай ҳолатда боланинг ҳаёти шу томирлар орасида ёки бошқа тўсиқларда нуқсонлар бўлишига боғлиқ бўлади. ТМСда ўнг (веноз) қоринча доимий гипоксия ҳолатида бўлиши ва периферик қон томирлар қаршидигининг юқорилиги қиска фурсат ичида унинг етишмовчилигига олиб келади ва бу ҳолат қон айланиши етишмовчилиги кўринишида намоён бўлади.

ТМС диагнозини ўрнатиш касалликнинг юкорида кўрсатилган вариантда унчалик кийинчилик туғдирмайди ва куйидаги белгилар мавжудлиги билан ифодаланади: бола ҳаётининг дастлабки куниданок кўкаришлар (цианоз), яккол намоён бўлган энтикиш ва кўпинча тўсиқлар нуқсонида эшитиладиган шовқинлар. Ўпкадаги қон димланиши белгилари жадал ривожланиб, 2-4 ҳафталикдаёқ қон айланиши бузилиши белгилари кўзга ташланади ва бу белгилар рационал даво чоралари ўтказилмаса кучайиб кетишлари билан ажралиб турадилар.

Беморда вази қўшиши сусаяди, гипотрофиянинг оғир шакллари анча эрта ривожланади.

ЭКГда ўнг қоринча зўриқиши белгилари топилади.

Рентгенограммада ТМС га хос бўлган юрак сояси энига кенгайган бўлиб, тухум шаклига киради ("ёнбошлаб ётган тухум") ва қон томирлар тутами торайган белгилар кўрилади.

Кичик қон айланиш доирасига кам қон келиши билан кечадиган пороклар.

Ўпка артериясининг алоҳида учрайдиган стенози (ИСЛА). Барча ЮТНларининг 2-10%ини ташкил қилади. Бу порокнинг клапан стенози ҳамда ўнг қоринча чиқиш қисмининг торайиши - инфундибуляр стеноз сингари иккита шакли тафовут қилинади.

ИСЛАда гемодинамиканинг бузилиши ўнг қоринчадан ўпка артериясига қон ўтишининг кийинлашуви туфайли келиб чиқиб, ўпкага қон бориши камаяди ва ўнг қоринча зўриқиб ишлай бошлайди.

Агар ўпка артериясининг клапан стенозида тешик диаметри 1 смдан катта бўлса, гемодинамик ўзгаришлар унча сезиларли бўлмайди. Бу тешик диаметри 3-4 ммдан кичик бўлган ҳолларда гемодинамиканинг оғир бузилишлари белгилари келиб чиқади.

ИСЛА белгиларининг пайдо бўлиши муддатлари асосан ўнг қоринчадаги систолик босимнинг кўрсаткичларига боғлиқ бўлиб, 10,7

кПадан (80 мм.с.м.уст.) кам бўлса, бир ёшдан кейин кейин кўзга ташланади. Агар бу босим юқоридаги кўрсаткичлардан юқори бўлган холларда анча эрта намоён бўлади.

Беморлар энтикишдан, тез чарчашликдан ва юрак ўйнашидан шикоят қиладилар. Кўпчилик холатларда жисмоний тараккиёт зарарланмайди. Тери ранги одатдагидай бўлиб, кўкаришлар кузатилмайди. Эпигастрал соҳада пульсация кўзга ташланади. Кўпчилик беморларда кўкрак қафасининг марказида жойлашган "юрак букрилиги" аниқланиб, тўш суягининг чап қирғоғида иккинчи қовурга ораллигида систолик дириллаш сезилади. Юрак чегаралари ўнгга ва юқorigа кенгайган. Ўпка артериясида иккинчи тон кескин сусайган бўлиб, тўш суягининг чап қирғоғи бўйлаб, кўпроқ иккинчи қовурга ораллигида давомли систолик шовқин эшитилади.

ЭКГда ўнг қоринча гипертрофияси ва унинг систолик зўриқиши белгилари топилади.

Кўкрак қафаси органлари рентгенограммасида ўпка сурати нормада ёки бироз сусайган. Ўпка артериясининг клапан стенозида ўпка стволининг ҳамда чап ўпка артериясининг постстенотик кенгайганлиги, ўнг қоринчанинг систолик зўриқиши белгилари топилади. Ўнг бўлмача ва юракнинг чап қисмлари ўзгармаган. Кўпчилик беморларда ҳаётининг дастлабки йилларида ИСЛА асоратсиз кечади.

Фалло касаллиги. Фалло касаллиги деб, бир вақтда юракда бир неча нуқсонлар биргаликда келишига айтилади. Бу касаллик барча ЮТН ларининг 14% ини, "кўкарадиган пороклар" эса, 75% ини ташкил этади. Фалло касаллигининг бир неча тури тафовут қилинади — триада, тетрада ва пентада шакллари.

Триада Фалло - 1. Ўпка артериясининг инфундибуляр стенози (чиқиш қисмининг торайиши), 2. Бўлмачалараро девордаги нуксон (БАТН) 3. Ўнг қоринча девори гипертрофияси.

Тетрада Фалло -
1. Ўпка артериясининг инфундибуляр стенози (чиқиш қисмининг торайиши),
2. Қоринчалараро девордаги нуксон (ҚАТН),

3. Аорта транспозицияси,
4. Ўнг қоринча девори гипертрофияси.

Пентада Фалло - 1. Ўпка артериясининг инфундибуляр стенози (чиқиш қисмининг торайиши), 2. Қоринчалараро девордаги нуксон (ҚАТН), 3. Бўлмачалараро девордаги нуксон, 4. Аорта транспозицияси,
5. Ўнг қоринча девори гипертрофияси.

Фалло тетрадаси ЮТН ларининг мураккаб шакллари гуруҳига киритилиб, юқорида кўрсатилгандек 4 аномалиядан иборат: 1. Ўпка артериясининг инфундибуляр стенози (чиқиш қисмининг торайиши), 2. Қоринчалараро девордаги нуксон (ҚАТН), 3. Аорта транспозицияси, 4. Ўнг қоринча девори гипертрофияси.

Фалло тетрадасида гемодинамика бузилишлари асосан ўпка артерияси стенози туфайли келиб чиқади. Стеноз оқибатида ўпкага қон бориши камаяди. Веноз қоннинг сезиларли қисми қоринчалараро девордаги нуксон орқали ўнг бўлмачага ёки жойлашуви ўзгарган аортага ўтади. Ўнг қоринчага катта зўриқиш юкланади. Бу порокда кичик қон айланиш доирасининг

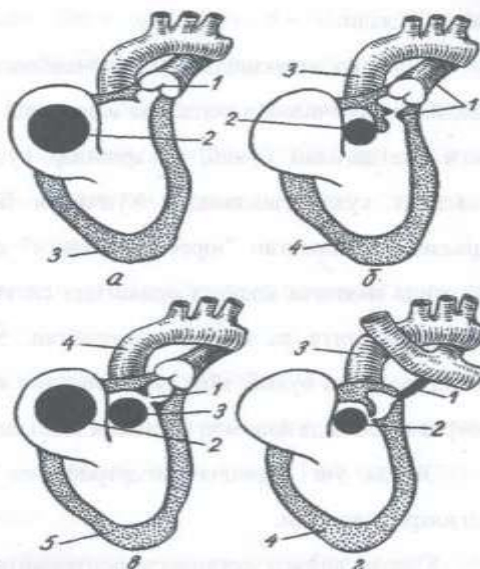


Схема 3

минутли хажми камайиши билан бир қаторда катта қон айланиш доирасида эса ортади. Аортага кўп миқдорда веноз қони келиб тушганлиги боис гипоксия ривожланади ва унинг белгиси сифатида бирламчи белгилардан бўлиб цианоз – кўкариш кўзга ташланади.

Сурункали гипоксия ҳисобига периферик қонда эритроцитлар сонининг ва гемоглобин миқдорининг ортиши - полицитемия ривожланади.

Касалликнинг дастлабки белгилари сифатида чакалоқлик давридаёқ тўш суягининг чап қирғоғида эшитиладиган систолик шовқин пайдо бўлади. Бола ҳаётининг дастлабки ойларидан бошлаб эмганида, йиғлаганида, кейинчалик эса, тинч ҳолатда ҳам цианоз кузатилади.

Цианознинг намоён бўлиши даражаси турлича бўлиб, лаблар, қўлоёқлар бармоқларининг енгил кўкаришидан то терининг ва шиллик қаватларининг тўқ кўкимтир рангигача ўзгариши мумкин.

Энтикиш натижасида боланинг овқатланиши бузилади, кам вазнлик - гипотрофия ривожланади ва у сурункали гипоксия туфайли авж ола боради, бола жисмоний тараккиётда ортада қолиб, ўсиши ва вазн қўшиши кескин сусаяди.

Кўздан кечирилганда "юррак букрилиги" сингари кўкрак қафаси деформациялари ҳам кузатилади. Тўш суягининг чап қирғоғи бўйлаб иккинчи ва учинчи қовурғалар орасида систолик тебраниш сезилади. Юрак чўкки турткиси кучи ўртача бўлиб, сал кенгайган. Бир ёшгача бўлган болаларда юрак ўлчамлари сезиларли ўзгармаган. Иккинчи тон ўпка артериясида сусайган бўлиб, аортада унинг акценти эшитилади. Тўш суягининг чап қирғоғи бўйлаб иккинчи ва учинчи қовурғалараро соҳада дағал систолик шовқин эшитилади.

Фалло тетрадасининг ўзига хос клиник белгиларидан бўлиб, бемор болаларда унча кучли бўлмаган жисмоний зўриқишда ўнг қоринча чиқиш қисми спазми туфайли ўпка артериясига қон ўтиши кескин камаяди ва бу вақтда ўнг қоринчадаги қоннинг кўп қисми аортага ўтиши оқибатида

антикиш-кўқариш хуружлари юзага келиши кузатилади. Бу ҳолат ўз навбатида мавжуд гипоксия белгиларини кучайтиради.

Хуружлар одатда енгил жисмоний ёки асаб-рухий зўриқишлардан сўнг цианоз ва антикишнинг кучайиши ҳамда қўл-оёқларнинг музлаши кўрinishида кўққисдан бошланади. Хуруж пайтида беморлар мажбурий ҳолатни эгаллайдилар: тиззаларини энгагига теккизган ҳолда чўккайиб ўтирадилар ёки тиззаларини қорнига тортиб кучоклаганича ёнбошига ётадилар. Баъзан хуруж пайтида болалар хушини йўқотишлари ва талвасага тушишлари ҳам мумкин. Одатда хуружлар бир неча дақиқалардан кейин дастлаб антикишнинг, сўнг цианознинг камайиши билан ўтиб кетади. Айрим ҳолатларда хуружлар давомий бўлиб, бир неча соатгача чўзилиши ҳам мумкин. Одатда эрта (1 ёшгача) бошланган ва тез-тез қайталаниб турувчи (хар кун) хуружлар Фалло тетрадасининг оғир кечаётганлигидан дарак беради.

ЭКГда доимо юрак электр ўқининг ўнга силжиганлиги, ўнг қоринча гипертрофияси ва миокард гипоксияси (S - T интервалнинг ва T-тишчасининг ўзгаришлари) белгилари кўрилади.

Кўкрак кафаси органлари рентгенограммасида қон томирлар суратининг сусайганлиги, бир ёшгача бўлган болалар юрак ўлчамлари деярли ўзгармайди ва юрак сояси "этик" шаклидалиги кўзга ташланади.

Қон таҳлили натижалари эритроцитлар сонининг ($5,0 \times 10^{12}$ г/л – $7,0 \times 10^{12}$ г/л ва ундан юқори) ва гемоглобин миқдорининг 240-280 г/л гача ортганлиги билан

белгиланади. Гемоглобин миқдорининг 150 г/лдан камлиги беморда камқонлик ривожланганидан дарак беради. ЭЧТ секинлашган бўлади.

Асоратлари қон томирлари тромбоэмболияси миёда қон айланишининг бузилишлари ва антикиш-цианоз хуружлари пайтидаги гипоксик комадан иборат.

Катта қон айланиш доирасига кам қон келиши билан кечадиган пороклар.

Аорта коарктацияси (АК). Бу порок анча кенг тарқалган пороклар гуруҳига киритилиб, барча ЮТН ларининг 5,5-18% ини ташкил этади. АК аортанинг турли соҳасида торайиб қолиши билан характерланади – аорта чиқиш қисмида, аорта ёйи ёки тушиш қисмида жойлашиши мумкин (преддуктал, юктадуктал ёки постдуктал). АКда гемодинамиканинг бузилиши аортанинг торайган соҳасида шлюз пайдо бўлиб, қон томирининг торайган соҳадан юқорисида ва пастида қон тақсимланишининг турличалиги туфайли келиб чиқади.

АК "катталар" ва "болалар" (инфантил) шакллари тафовут қилинади. Болаларда кўпинча АКнинг катталар шакли кузатилиб, коарктация постдуктал соҳада жойлашган бўлади. Бу нуқсон бола ҳаётининг 5 ёшларида аниқланилиб, болаларда кўпинча артериал гипертензия белгилари билан намоён бўлади – бош оғриғи, бош айланиши, бурундан қон оқиши ва бошқалар. Беморларда тана тузилишининг диспропорцияси кузатилади – бемор танасининг юқори қисми кескин ривожланган (атлетларникидек) пастки қисми суст ривожланиши билан тафовут қилинади.

Тери ранги ўзгармаган. Юрак-қон томир тизими текшириб кўрилганда АКнинг энг характерли симптомларидан бўлган пульснинг қўл ва оёқларда турлича эканлиги топилади. Билак артериясида пульс нормада ёки кучайган бўлса, сон артериясида эса сусайган ёки бутунлай аниқланмайди. Қўлларда систолик артериал босим ортган холда оёқларда пасайган ёки бутунлай аниқланмайди. Юрак чўкки турткиси одатда кучайган, юрак ўлчамлари кўндалангига кенгайган. Аускультацияда чўкки тутки соҳасида систолик шовқин эшитилади, шовқин орқага кураклараро соҳага, бўйин томирларига иррадиация бериши ўзига хос белги бўлиб хисобланади.

ЭКГ да кўпинча юрак электр ўкинининг ўнга силжиганлиги билан бир қаторда ҳар иккала қоринча гипертрофиясининг белгилари кузатилади.

Кўкрак кафаси органлари рентгенографиясида ўнг ва чап бўлимлар ҳисобига юрак соясининг энга кенгайганлиги ва ўпка суратининг кучайганлиги аниқланади.

Бундай беморлар 35-40 ёшгача яшаши мумкин. Ўз вақтида даволанмаган ҳолларда АК билан хасталанган беморларнинг кўпчилиги оғир қон айланиши етишмовчилиги, аорта аневризмасидан ҳалок бўладилар.

Кичик ёшдаги болалардаги ЮТНларида биринчи ёрдам кўрсатиши ва даволаши.

ЮТН ларини даволашнинг асосий усули бўлиб фақат жарроҳлик усули ҳисобланади. Консерватив даволаш йўллариининг асосий мақсади бўлиб қон айланиши етишмовчилиги белгиларини бартараф этиши, кичик қон айланиши доирасига кўп қон келиши билан кечадиган порокларда кичик қон айланиши доирасидаги гемодинамикани яхшилаш, миокардда моддалар алмашинувини кучайтириши, организмни гипоксиядан химоя қилиши ҳамда ёндош касалликларни даволаш ҳисобланади.

Кичик қон айланиши доирасига кўп қон келиши билан кечадиган ЮТНларининг барча шаклларида қон айланиши етишмовчилиги ривожланади. Бунга қарши ўтказиладиган комплекс даво чоралари қуйидаги дори-дармонлар билан олиб борилади:

1. Овқатланишлар сояи орттирилиб, оз-оздан, тез-тез, бир ёшгача бўлган болалар 7-10 марта, бир ёшдан каттароклар эса 5-6 мартадан овқатланишлари лозим. Бунда ош тузи ва суюқликлар миқдори камайтирилиб, оқсиллар ва калория миқдори старлигича қолиши лозим. Беморларга каллий тугувчи озукалар тавсия этилади – туршак, майиз, гречка, ошқовоқ ва х.к.

2. Даволашнинг муҳим омилларидан бўлиб боланинг ётгандаги ҳолати ҳам ҳисобланади: боши ёстиқда 30° бурчак остида кўтарилган ҳолда бўлиши талаб қилинади.

3. Массаж, даволаш жисмоний тарбияси машқларини ўтказиш ҳам кўзда тутилади (авайловчи режим).

4. Оксигено- ва аэротерапия.

5. Юрак гликозидлари. Кўпинча дигоксиннинг терапевтик дозалари ичгани 0,05-0,075 мг/кг ёки инъекцияда 0,03-0,04 мг/кгдан 2 кун мобайнида берилади ("тўйинтирувчи доза"). Сўнг "қўллаб қувватловчи доза" га ўтилади. Бу доза "тўйинтирувчи доза"нинг 1/5 қисмини (суткасига 0,01 мг/кг) ташкил этиб анча узоқ муддат давомида бериб борилади.

6. Калий препаратлари юрак гликозидлари билан даволаш пайтида доимо бирга бериб турилади. Калий хлорнинг 5-10% ли эритмаси 5-10 млдан суткасига 2-3 мартадан, калий оротат ёки панангин ½ -1 дражедан кунига 2-3 маҳалдан берилади.

7. Эуфиллин қон томирларни кенгайтирувчи, қон томирлар қаршилигини ва ўпка артерияси тизимида босимни пасайтирувчи таъсир кўрсатиб, юрак тож томирларини кенгайтиради ва буйракларга қон келишини яхшилади. Шунинг учун кичик қон айланишида зўриқиши мавжуд бўлган ҳолларда қўлланиш тавсия этилади. Эуфиллин бир марталик дозаси 2-4 мг/кг ҳисобидан 2-3 мартадан ичгани ёки инъекцияда (вена ичига) бир ёшгача бўлган болаларга кунига 0,1 мг/кг ҳисобидан, бир ёшдан катта болаларга эса, ҳар ёшига 0,5 млдан глюкозанинг 10% эритмаси билан биргаликда аста-секин киритилади. Эуфиллин юрак гликозидлари билан бир пайтда яхши самара беради.

8. Сийдик ҳайдовчи препаратлар. Қон айланиши етишмовчилигининг иккинчи даражасидан бошлаб буюрилади. Бунда асосан лазикс (фуросемид) тавсия этилади. У суткасига 1-3 мг/кг ҳисобидан ичгани, мускул орасига ёки вена ичига юборилади. Кунига бир мартадан 3 кун мобайнида диурезни ҳисобга олган ҳолда тавсия этилади.

9. Юрак мускулида моддалар алмашинувини яхшилаш мақсадида кокарбоксилаза, С ва РР витаминлари тайинланади.

10. Юрак етишмовчилигининг яққол белгилари мавжуд ҳолларда глюкокортикоид гормонлар (преднизолон) бериледи. У суткага 1-2 мг/кг ҳисобидан ичирилади ёки инъекция қилинади.

Гипоксия ва энтикиш-цианотик хуружларни даволаш.

Энтикиш-цианотик хуружларда биринчи тиббий ёрдам бўлиб, боланинг ҳар кг вазнига 1 мг ҳисобидан промедол, 0,1 мг/кг дан обзидан В-адреноблокаторлар билан биргаликда вена ичига киритиш ҳисобланади.

Беморнинг ҳушини йўқотиши билан кечадиган хуружларнинг оғир даражаларида қоннинг ёпишқоклигини камайтириш, унинг реологик хоссаларини яхшилаш ва неврологик асоратларнинг олдини олиш мақсадларида глюкозанинг 10% эритмасини калий препаратлари ва инсулин биргаликда вена ичига киритиш, гепариннинг бир марталик дозаси 100 ЕД/кг дан, боланинг ҳар ёшига 1 мл ҳисобидан 2,4% эуфиллин эритмаси, В₁ витаминидан 0,5 мл, С витаминидан 300-500 мг киритиш ҳам тавсия қилинади.

Хуружлардан ташқари найтларда суткалик дозаси 0,25-0,5 мг/кг ҳисобидан индерал ёки обзидан бериб борилади. Бу препаратлар тахикардияни, юракдан чиқаётган қон миқдорини ва миокарднинг кислородга бўлган эҳтиёжини камайтиради.

Кичик қон айланиши доирасига кам қон келиш билан кечадиган "кўжарадиган" порокларда юрак гликозидларини буюриш тавсия этилмайди. Чунки удар ўнг қоринча систоласини кучайтириб, энтикиш-цианотик хуружларининг ривожланишига сабаб бўладилар.

ВАЗИЯТ МАСАЛАЛАРИ

1. Бола 3 ёшда, шикоятлари: оғина зўриқишлардан сўнг хансираш, жисмоний ривожланишда ўз тенгдошларидан бир оз орқада қолган. Териси оқиб рангда, жисмоний зўриқишдан сўнг цианоз пайдо бўлади. Юрак чегаралари юқоридан III -қовурғалар оралигида, ўнгдан 1,5 см тўшдан умров ўрта чизигида. Аускультацияда систолик шовқин, чапда II- қовурғалар

оралигида, 2 тон ўпка артерияси устида сустлашган. А/Б 95/45 мм.см.уст. Кўкрак қафаси аъзолари рентгенограммасида: ўпка сурати сустлашган. Ўпка артерияси ёйи бўртган. ЭКГ да юрак электр ўқи ўнга отган. Ўнг қоринча зўриқишлик белгилари.

Сизнинг ташхисингиз? Текширув режаларини тузинг. Даволаш режаларини тўзинг?

2. Бола 12 ёшда, ҳаётининг 1 йилидаёқ юрак томонидан ўзгаришлар аниқланган. Анамнезида тез-тез шамоллаш касалликлари. Қизчанинг тери қаватлари оқиш рангда, тери ости ёғ қатлами яхши ривожланмаган. Жисмоний зўриқишларни яхши кўтара олмайди. Юрак чегаралари юқоридан III -ковурғалар оралигида, дағал систоло-диастолик шовқин ("машина" шовқини) эшитилади. Шовқинлар бўйин соҳасида ва орқа томонда ҳам эшитилади, А/Б 120/40 мм.сим.уст. ЭКГда: юрак электр ўқи нормал ҳолатида, чап қоринчанинг гипертрофия белгилари, кўкрак қафаси аъзолари рентгенограммасида: чап қоринча гипертрофияси эвазига юрак чегаралари катталашган, ўпка артерияси бўртганлиги аниқланмоқда. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

Тестлар:

1. Қуйида кўрсатилган қайси порокда юрак букрилиги эрта пайдо бўлади?

- *а) Қоринчалараро тўсик нуксони
- б) бўлмачалараро тўсик нуксони
- в) очик артериал оким
- г) аорта стенози
- д) фалло тетрадаси

2. Қоринчалар ва бўлмачалараро тўсик нуксонларида кузатиладиган рентгенологик белги:

- *а) юрак кўндаланг ўлчаилари катталашган
- б) ўпка нақшининг кучайиши ва ўчоқли соялар
- в) ўпка нақшининг сусайиши ва ўчоқли соялар
- г) юрак сояси "томчи" шаклида
- д) юрак сояси "ўтирган ўрдакни" эслатади

3. Қайси препарат миокард қисқарувчанлик хусусиятини оширади:

- * 1) дигоксин 2) кокарбоксилаза 3) гепарин
- 4) Панангин 5) эуфиллин

4. Юрак фаолиятини яхшиловчи гурух препаратларини кўрсатинг:

- * 1) дигоксин, ККБ, АТФ, рибоксин
- 2) дигоксин АТФ, лидаза, Гепарин
- 3) рибоксин, ККБ, галетена, ОМЕС
- 4) рибоксин, панангин, преднизолон, делагил
- 5) панангин, ЛИФ-52, аспирин, лидаза

МИОКАРДИТЛАР

Инфекцион-аллергик табиатга эга бўлган юракнинг бир гурух касалликлари бўлиб, уларнинг асосида миокарднинг зарарланиши ётади.

Охириги йиллари ўзимизнинг ва чет эл олимлари изланишларига карамай халигача диагностикасини ва клиникасини аниқлаб, бир фикрга келадиган мезонлар ишлаб чиқарилмаган. Бундай бўлишига сабаб, касалликнинг ўзига хос кечиши, баъзан кам симптомли ва яширин шакллариининг учраши, касаллик бошланиб узок йиллардан кейин бирданига юрак етишмовчилик белгиларини беришидир.

Катталарга нисбатан болалар орасида, айниқса гўдак ёшдаги болаларда кардитнинг оғир шакллари кенг тарқалган. Вирус инфекцияси эпидемияси вақтида кардитлар сони кўпаяди. Коксаки вируси чакирган кардитлар кўккис ўлим келтириб чиқаради.

Этио-патогенези. Қандай кўзгатувчи бўлишидан қатъий назар ҳар қандай инфекцион касаллик кардит асоратини бериши мумкин. Болаларда бактериал кардитларга нисбатан вирусли кардитлар кўпроқ учрайди. Бундай бўлишига сабаб:

- 1) вирусли инфекциянинг болалар орасида кўп учраши,
- 2) вирусларнинг кардиотроп хусусиятиининг юкорилиги,

3) болалар муассасларида (Коксаки, Герпес, ЕСНО) вирусларининг кўпроқ тарқалиши,

4) болалар иммун тизимининг тўла шаклланимаганлигидир.

Цитомегалия, оддий герпес, кизилча, токсоплазмоз инфекциялари ҳам кардитларнинг этиологик омил бўлиб ҳисобланади. Токсоплазмоз инфекцияси кўпроқ тугма кардитларни келтириб чиқаради. Кўкрак ёшидаги болалар орасида учрайдиган бактериал кардитни кўпинча киндик, отоген, тери шаклидаги сепсислар, каттароқ болалар орасида эса, гемотоген остеомиелит сабаб бўлади. Сурункали касалликларда давомли антибиотиклар олган болаларда замбуругли кардитлар ҳам келиб чиқиши мумкин.

Охириги йилларда кардитлар ривожланишида наслий омиллар маълум бир рол ўйнаши аниқланди. Бундай ривожланган кардитлар кам симптомли бўлиб, фақат юрак етишмовчилиги ривожланганда, бола аҳволи оғирлашганда билинади. Бунинг асосида вирусга қарши иммунитетнинг наслий бузилиши ётади. Бу вируслар ота-онадан авлоддан-авлодга ўтиш хусусиятига эга бўлади (онла вируси). Улар латент, сурункали ёки секин ривожланадиган инфекцияларни келтириб чиқаради.

Патогенези. Олимлар фикрича агар организмда латент вирус инфекцияси бўлса, наслий ДНК хужайрасига вирус ўрнашади, натижада вирусга қарши иммунитет ривожланади. Хужайини организми иммун системаси назоратидан фақат накулай шароит яралганда (инфекциялар, ўта чарчашлик, совук қотиш ва эмланишлар) чиқиб кетади. Иммун омилларнинг патологик таъсири миокард қисқарувчи аппаратиға, томирлар деворига ёки бириктирувчи тўқима структурасига бевосита йўналтирилган бўлади. Ўткир ва сурункали кардитлар патогенези ҳар хилдир.

Ўткир кардитларда инфекцион омил таъсири натижасида медиаторлар ажралиб, (брадикинин, гистамин, серотанин, простагландин ва б.) тезкор турдаги аллергия реакцияларни ривожлантиради (иммун комплекслар таъсирида ўткир иммун яллиғланишлар вужудга келади).

Натижада хужайра инфилтрацияси ва томирлар ўтказувчанлиги ортади, томирлар девори бутузлиги бузилади.

Сурункали кардит патогенезида қўзғатувчи етакчи рол ўйнамайди. Касаллик ривожланиши асосида аутоиммун бузилишлар ётади. Иккиламчи аутоантигенларга жавобан антикардиал агрессив антителолар ҳосил бўлади. Бу антителолар юрак мускулларини шикастлайди. Сурункали кардитлар қайталаниб кечади, терапиядан яхши наф бўлмайди, хавfli кечини шаклига айланиши ҳам мумкин. Бундай бўлишига сабаб, ички безларнинг ҳали тўла ривожланмаганлиги, Т-супрессорлар ҳосил бўлишининг сусайиши, В-лимфоцитлар гиперстимуляцияси ҳисобланади.

Жадвал 24

Болалардаги ревматик кардитнинг ишчи классификацияси.

| | |
|---|--|
| Касалликнинг ривожланиши даврлари | Туғма (антенатал) – эрта ва кеч, орттирилган |
| Этиологик омил: | Вирус, вирус-бактериал, бактериал, паразитар, замбуругли, нерсинозли, аллергик (дорилар, зардоблар билан эмланишдан кейин), идиопатик. |
| Шаклига-жараённинг ривожланишига қараб) зарарланиши | Кардит, юракнинг ўтказувчанлик системасининг зарарланиши |
| Кечини: | Ўткир-3 ойгача Ним ўткир – 18 ойгача Сурункали – 18 ойдан кўп (қайталанувчи, сурункали бирламчи): димланиш, гипертрофияли, рестриктив вариант. |
| Оғир- енгиллиги қараб: | Енгил, ўртача оғир, оғир. |
| Юрак етишмовчилик даражаси ва шакли: | Чап қоринча етишмовчилиги I, II А, II Б, III Ўнг қоринча етишмовчилиги I, II А, II Б, III Тотал – бутун юракни зарарланиши. |
| Асорати ва оқибати: | Кардиокслероз, миокард гипертрофияси, юрак |

| | |
|--|--|
| | ўтказувчанлиги ва ритм бузилиши, ўпка гипертензияси, клапан аппаратининг зарарланиши, констриктив миоперикардит, тромбоэмболик синдром. |
|--|--|

Тугма поревматик кардитлар.

Анатомик хусусиятларига кўра тугма кардитлар эрта ва кеч кардитларга бўлинади. Тугма эрта кардитларда эндо-миокардитда морфологик белгилар бўлиб фиброэластози ёки эластофиброзининг ривожланиши ҳисобланади. Кечки кардитларда бу белгилар кўринмайди. Юракда эластик тўқималарнинг кўплиги юракнинг хомиладорлигининг дастлабки ойларидагиёқ (4-7 ойлар) зарарланганидан гувоҳлик беради. Агар юрак хомиладорликнинг 7-ойларидан сўнг зарарланса, фиброэластоз ривожланиб улгурмаганлиги боис, юрак тўқимасида фақат яллигланиш белгиларигина топилади ҳалос.

Юрак тўқимасини гистологик текширишдан ўтказилганда айрим ҳолларда эластик толалар ҳисобига эндокарднинг қалинлашганлиги топилиб, яллигланиш белгилари бўлмайди. Бу ҳолат эндомиокарднинг тугма фиброэластози деб аталади. Бошқа ҳолатларда эса, эластик толалар кам бўлиб асосан коллаген толалар топилади – постмиокардитик эластофиброз деб айталади.

Тугма юрак кардитларнинг иккала вариантыда ҳам юракдаги ўзгариш белгилар бола ҳаётининг 6 ойларида (камроқ ҳолларда 2-3 ёшларда) намаён бўлади. Бундай болалар жисмоний ривожланишдан орқада қолади, бўшашган, ранглари оқиб, эмаётганда тез чарчайди, кардиомегалия, юрак бугрилиги эрта ривожланади, тонлар бўғиклашади, “эрта кардитларда” юрак шовқинлари эшитилмайди, тахи-брадиаритмия кузатилади ёки митрал клапаннинг нисбий етишмовчилиги натижасида систолик шовқинлар эшитилади. Кейинчалик чап юрак етишмовчилик белгилари кўшилади. ЭКГ да тугма фиброэластозда QRS вальтажи баланд, ритми тез, чап қоринча

гипертрофияси ва унинг ишемияси белгилари, яъни ST сегменти чизикдан пастда, T тиши манфий бўлади.

Эластофиброзда юрак elektrik ўқи чапга бурилган, қорин ичи ўтказувчанлиги бузилади, иккала қоринчага зўриқиш тушади, II, III, VF, V₅₋₆ йўналишларида Q-тиши чуқур бўлади.

Рентгенологик жиҳатдан фиброэластоз юракнинг шар шаклида катталашганлиги билан характерланади. Постмиокардитик эластофиброзда эса, чап қоринчанинг кўпроқ катталашганлиги ҳисобига юрак трапеция шаклида катталашган бўлиб, бу шакл ўзининг нисбатан яхши сифатлилиги билан ажралиб туради.

Орттирилган кардитлар

Орттирилган миокардитлар ўткир, ним ўткир ва сурункаликларга бўлинади. Ўткир норовматик кардитларда миокард диффуз зарарланади ва асосан юрак ўтказувчанлик системаси атриовентрикуляр блокада турида бузилади ва турғун тахикардия беради. Ўткир норовматик кардит оғир шакли асосан 3 ёшгача бўлган болалар орасида учрайди. Улар бактериал инфекция асосида (фонида) ёки вирус инфекциясини бошидан ўтказган болаларда учрайди. Одатда бундай болалар аввал сенсбилизацияланган бўлади (экзема, ЭЖАК). Ундан ташқари уларда айирсимон безининг катта бўлиши, туғилгандаги вазнининг катталиги, касал бўлишдан аввал ортикча вази кўшилиши, аденоид безининг гиперплазияси, бодамсимон безнинг катталашуви, тез-тез УРВИ бўлиши диққатга сазовардир. Бундай болаларда ҳасталик оғир кечади ва сурункали кечинишга мойил бўлиши билан бошқа болалардан ажраб туради. Касалликнинг асосий белгилари ўрВИ ўтиб кетгандан сўнг экстракардиал симптомлар юзага чиқади (иштаханинг пасайиши, бўшашишлик, безовталиқ, кечаси инграш, кўзғалувчанлик, кўнгил айниш ва қайт қилиш, баъзан тана ҳолати ўзгарганда ўтиб кетавермайдиган йўтал пайдо бўлади), 20% болаларда цианоз хуружлари кузатилади. Кардиал симптомлардан биринчи бўлиб чап қоринча етишмовчилик белгилари аниқланади:

1) тахикардия – чап қоринча ва бўлмачада босим кўтарилиб кетишидан саклаб қолувчи, комбинсатор механизмдир.

2) ҳансираш касаллик бошида жисмоний зўриқишдан сўнг, кейинчалик эса бола тинч турганда ҳам кузатилиб, горизантал ҳолатда эса кучаяди, ўтирганда камаяди, чунки қон чап юрак томонга ўтиши секинлашади, шунинг учун ўтирган ҳолатда (ортопноэ) кичик қон айланиш доирасида босим камаяди ва болага озгина енгиллик тугилади.

3) йўтал – йўтал қуруқ ёки оз миқдорда балғам ажралиши билан намоён бўлади. Йўтал жисмоний зўриқишдан келиб чиқади.

4) тери ва шиллик қаватларнинг цинози вужудга келиши – кичик қон айланиш доирасида босимнинг ортиши билан бир вақтнинг ўзида кислород тўқималар томонидан ўзлашмаслигидан келиб чиқади.

5) I тоннинг юрак чўккисидан сувлашиши, миокарднинг қисқарувчанлиги камайишидан юзага келади.

Ўнг қоринча етишмовчилик белгилари юракнинг ўнг бўлимлари катталашади, ўнг қоринча етишмовчилигида периферик қон айланиши доираси бузилади. Бунда марказий веноз босими орттиши; катта қон айланиши доираси ва веноз қони димланиши вужудга келади. Бўйин веналари бўқади. Катта қон айланиш доирасида димланиш – жигар ўлчамларининг катталашини сабаб бўлади. Димланиш кучли эканлигини билиш учун жигарни эзиб кўрилганда бўйин веналари бўқади – Симптом Пеша.

Тотал юрак етишмовчилиги секин асталик билан шишлар ҳосил бўлади. Шишлар қаттиқ, эзиб кўрилганда чуқурча ҳосил бўлмайди. Қоринда шишлар кўнайса қорин бўшлиғига суюқлик тўпланади (асцит). Баъзан суюқлик плеврага тўпланиши ҳам мумкин бунда (гидротаракс), агар перикардга тўпланса – (гидроперикард) бугрилиги йўқлиги, жараённинг ўткир кечишидан дарак беради. Юрак чуқки турткиси кучсиз ёки умуман аниқланмайди. Ўткир диффуз кардитларда юрак чегараси бироз катталашади, айрим ҳоллардагина кескин катталашашуви кузатилиши мумкин.

Аускультацияда юрак чуқки тўртқисда биринчи тон сусайган, кардиомегалияда “Голоп” ритми эшитилади, шовқинлар эшитилмайди ёки папилляр мускулларнинг дисфункциясига боғлиқ систолик шовқинлар эшитилади. Баъзан митрал клапани нисбий етишмовчилиги натижасида дағал систолик шовқинлар эшитилиши мумкин. Агар юрак ўтказувчанлик системаси шикастланса тонлар нормада эшитилади, тула атриоventрикуляр блокадасида юрак чуққисда доимий эшитилавермайдиган карсилловчи (хлопающий) I тон эшитилади. Экстрасистолия ҳисобига тахикардия, бўлмачалар калтираши кузатилади. ЭКГ да пароксизмал тахикардия хуружлари белгилари: QRS комплексининг кенгайиши, деформацияси ёзилади. Атриоventрикуляр блокадада брадикардия кузатилади. Бунда пульс минутига 30-40 гача пасаяди. Пульс 30-40 гача бўлса Морганьи – Адам – Стокса хуружи бошланиши мумкин. Ўткир диффуз кардитлар билан хасталанган болаларнинг ҳаммасида юрак етишмовчилик белгилари кузатилади ва чап юрак етишмовчилиги устуи туради.

Касалликнинг 2-3 ҳафталарида беморни ЭКГ қилинса, QRS комплексини пасайганлиги ўткир кардитни диагностик мезони бўлиб ҳисобланади. Агар бу вақтдан кечроқ ЭКГ қилинса юқорида ўзгаришлар кузатилмайди.

Рентгенограммада веноз томирлари конга тулганлиги туфайли ўпка сурати кучайган, чап қоринча кенгайиши ҳисобига юрак чап томонга уртача катталашган, касалликнинг 2-3 ҳафталарида юрак конфигурацияси нормада, кейин яъни 1-1,5 ойлардан сунг юрак шарсимон шакли эгаллайди. Кардиомегалия бўлиши касаллик 1 ойдан узоқ давом этаётганидан дарак беради. 1/3 беморларда тимомегалия кузатилади.

6-18 ойдан сунг касаллик белгилари орқага қайтиши ўткир кардитнинг яна бир диагностик белгиси бўлиб ҳисобланади. Бу беморларнинг ярни тузалади, колгани ним ўткир ёки сурункали турга утиши мумкин.

Ним ўткир кардит.

ЎРВИ дан сўнг 4-6 ой ўтиб аста-секин юрак етишмовчилик белгилари бошланади. Ним ўткир кардитларнинг клиник белгиси ўткир кардитлар клиник белгиларига ухшайди, ним ўткир кардитларда юрак бугрилиги ривожланган бўлиб, жараён анча узоқ вақт давом этаётганини билдиради. Ним ўткир кардитларда кўпинча даволашга карамай юрак тонлари каттик, митрал клапани nisбий етишмовчилиги сабабли систолик шовқинлар, ўпка артерияси устида тургун II тоннинг акценти эшитилади. ЭКГ да юрак электрик укининг чапга бурилганлиги, атриовентрикуляр ва коринчалар ора ўтказувчанликни бузилганлиги, чап коринча ва иккала бўлмачага зўрикиш (айниқса чап тамонга) бўлаётганлиги кузатилади. Баъзан Т тишча мусбат бўлиб қолади. Охириги икки белги ўткир кардитдан ним ўткир кардитни фарк қилади. Рентгенограммада веноз кон томирлари бўйлаб ўпка суратининг кучайганлиги, юрак сояси конфигурацияси (чап коринча чўзилиши ёки трапециясимон) ўзгарганлиги, фақат коринчалар бўшлиги катталашмай, балки бўлмачалар бўшлиги ҳам катталашганлиги билинади.

Сурункали кардитлар.

Катта ёшли болалар норевматик кардитлар орасида асосий ўринлардан бирини эгаллайди. Сурункали кардитлар ўткир ва ним ўткир ёки ўзи мустақил, бирламчи кардит сифатида (бошланғич фазаси клиник симптомларсиз) ривожланиши мумкин.

Сурункали кардитларнинг бошланғич фазаси кам симптомли бўлади. Комплекс ва аутопсия текширишлар сурункали кардитни икки вариантта бўлиш имконини беради:

Сурункали кардитнинг (СК) - I вариантыда юрак чап коринча бўшлигининг кенгайиши билан бирга унинг миокарди ўртача гипертрофияланган бўлади (димланиш ва дилатация варианты).

СК- II вариантыда миокардининг кескин гипертрофияси ҳисобига чап коринча бўшлиги озгина тораяди ёки нормада бўлади (гипертрофия варианты) ва миокард гипертрофияси билан чап коринча бўшлиги торайиши

(рестриктив варианты) кузатилади. Уларнинг асосида чап қоринча миокарди диастолик функциясининг бирламчи бузилиши ётади. Сурункали кардитларда кардиал ўзгаришлардан ташқари бошқа органларда ҳам яллиғланиш жараёнлари кузатилади (ўпкада, жигарда, миёда ва х.к.з.). Лимфа тугунларда ўзгаришлар, тромбоземболія синдроми юзага келади. Айниқса СК- II вариантыда ўпка томирларида сурункали яллиғланиш ва кичик қон айланиш доирасида узоқ муддат давомида димланиш бўлганлиги боис кескин ўпка гипертензияси ривожланади.

Сурункали кардитнинг умумий клиник манзараси касалликнинг бошида симптомсиз, кейин экстракардиал белгилари устун туриши билан ифодаланади: бола жисмоний ривожланишдан орқада қолади, чўзилиб кечувчи пневмониялар, гепатомегалия, хушидан кетиш, қайт қилиш ва х.к.з.

СК- I вариантыга таалукли симптомлардан бўлиб, бола тана вазни камайиши, чап юрак чегарасининг кескин кенгайиши кузатилади. Систолик шовқиллар, митрал клапанининг етишмовчилиги белгилари, юрак ритмининг тургун бузилиши, жигар ўртача катталашади. Юрак тонлари бўғиклашади, узоқ вақт касалланиш эвазига организмда компенсатор механизмлар ривожланади. Шунинг учун СК-I вариантыда кардиомегалия симптомлари билан боланинг ахvoli орасида мос келишишлик бўлмайди. Бундай болаларда узоқ давргача юрак етишмовчилиги ривожланмайди, кейин чап қоринча ва касаллик охирида юракнинг ҳамма қисми (total) бузилиши кузатилади.

СК- II варианты кам симптомли бўлганлиги боис, ўз вақтида диагноз қуйилмайди. Бола вазни камайиши билан бир қаторда унинг бўйи ҳам ўсишдан орқада қолади, бурун лаб учбурчагида цианоз, диспноэ турида хансираш, юрак чўққи турткиси кўтарилиб туриши кузатилади. Касалликнинг биринчи симптомларидан бири бўлиб хансираш, кейинчалик ўнг қоринча етишмовчилик симптомлари кўшилади (жигар 7-8 см катталашади, асцит кескин ифодаланган бўлади).

Лаборатор кўрсаткичлари: Ўткир норовматик кардитларда лаборатор кўрсаткичлар унчалик информация бермайди, қон таҳлилида ЭҚТ тезлашади, лейкоцитоз, α_2 - ва γ - глобулин миқдори кўтарилади: ДФА кўрсаткичи, С – реактив оксил ортгади. Касалликнинг биринчи 2-3 ҳафтасида иммуноглобулинлар IgM, ва IgG текширилса, уларнинг миқдори ортганлиги, қонда, бурун-ҳалқум шиллиқларида, нажасда вирусларнинг топилиши, вирусли инфекцияни тасдиқлайди.

Дифференциал диагностикаси.

Ўшундай ёшли болар норовматик кардитларни қиёсий таққослаш анча қийин. Бу касалликни туғма юрак пороклари (атриовентрикуляр коммуникацияни нотўлиқ шакли, Эбштейн аномалияси, магистрал томирлар транспозицияси билан), қиёслаш керак. Катта ёшли болаларда митрал клапани етишмовчилигини ревматизм билан таққосланади.

Даволаш. Норовматик кардитларни 2 босқичда даволайди. 1-чи босқичи шифохонада, 2 – босқичи поликлиника ёки санатория (ушлаб турувчи терапия даври).

Даволаш қуйидаги чора - тадбирларни ўз ичига олади:

Этиологик даволаш, иммун реактивликга таъсир этиш, юрак етишмовчилик симптомлари билан курашиш. Бу чора тадбирларни бажариш учун умумий режа тузилади (ҳаракат, овқатланиш, сув режими) ва медикаментоз даволаш.

Ўткир ва ним ўткир кардитларда 2-4 ҳафта давомида ҳаракат активлиги чекланади, овқатланиши юқори калорияли, оксилга бой, ўзида кўп миқдорда витаминлар ва калий тузларини (майез, туршак анжир) ушловчи моддаларни бериш, ош тузини эса чеклаш тавсия этилади. Сув режими қундалик ажралаётган сийдик миқдоридан 200-300 мл кам берилади. Этиологик даволаш ҳали ишлаб чиқилмаган. Беморларга антибактериал терапияни 2-3 ҳафта давомида ўтказилади. Глюкокортикоидлар диффуз сурункали кардитларда, юрак етишмовчилиги ривожланса, ним ўткир кардитларда эса сурункали кардитга айланиши эҳтимоли туғилганда тавсия

этилади. 3 ёшгача бўлган болаларда преднизалон 1-1,5 мг/кг дан 1 ой давомида ичиш учун берилади, сўнг аста-секин 1/3, 1/4 таблеткадан (1 таб.- 5 мг) ҳар 3-4 кунда, каттароқ болаларда эса 1/2 таблеткадан камайтириб борилади. Агар бундай даволаш яхши самара бермаса, жараён ним ўткир ёки сурункаликка айланса, аминохинолин қаторидаги делагил, плаквинил 5-10мг/кг, индометацин ёки вольтарен билан биргаликда 3 мг/кг дозада берилади. 1 –1,5 ой давомида салицилатлардан 0,05 – 0,06 мг/кг дан буюрилади. Бир вақтнинг ўзида юрак-томир етишмовчилиги симптомларини ҳам даволаш лозим бўлади. Миокард қисқариш функциясини яхшилаш учун юрак гликозидларидан дигоксин қўлланилади. Унинг тўйинтириш дозаси 0,03-0,05 мг/кг дан ортмаслиги ва м/о, ёки ичгани берилади. Унинг тўйинтириш дозаси ЭКГ назорати остида 3-4 кун давомида ҳар 8 соатда берилади, агар тўйинтириш доза яхши самара берса (юрак уриши тезлиги нормаллашса, хансираш камайса ва жигар қисқарса), сўнг тўйинтириш дозанинг 1/5 қисмини ушлаб турувчи доза ҳисобида берилади. Агар брадикардия кузатилса дозани 1/6-1/8 гача камайтириш мумкин, агар тахикардия давом этса ушлаб турувчи дозани орттириш керак бўлади. Беморда олигурия ёки анурия кузатилса, юрак гликозидларни эҳтиёткорлик билан бериш лозим. Бундай пайтларда сийдик хайдовчи препаратлардан в/ичига лазикс, фуросемид берилади, диурез тиклангандан сўнг, юрак гликозидларни бериш давом эттирилади. Дигоксин узок вақт давомида бериб борилади. Клиник ва инструментал текширишлар нормаллашгандан сўнг дигоксин тўхтатилади. Норовматик кардитларни даволашда сийдик хайдовчи препаратлар алоҳида ўринни эгаллайди. I-IIА чап қоринча етишмовчилик босқичида верошпирон; IIА чап қоринча етишмовчили + IIА - Б унг қоринча етишмовчилигида томир ичига фуросемид ёки лазиксни, верошпирон билан биргаликда берилади. Чап ва ўнг қоринчалар етишмовчилиги ривожланганда бринальдике ёки урегит қўшиб берилади. Фуросемиднинг дозаси 2-4 мг/кг, верошпирон 1-4 мг/кг, бринальдике ва урегит 1-2 мг/кг дан буюрилади. Диурезни яхшилаш мақсадда зуфиллин буюрилади. 2,4% 3 мл дан

ортмаслиги керак. Миокарднинг метаболизмини яхшилаш учун кутбловчи омухта (поляризующий смесь) (10% глюкоза эритмасидан 10-15мл/кг, ҳар 3 г. кандга 1 Б инсулин, 1 ёшга 1 мл. панангин, 0,25% новокаин эритмасидан 2-5 мл), рибоксинни 0,5-1 таблеткадан кунига 3 марта 1 ой давомида берилади. Кейин 0,5-1 таблеткадан 2 марта яна 1 ой давомида берилади. Калий оротат, панангин, фолат кислотаси вит В₁₂ билан бирга, пангамат кальций (вит В₁₅), пантотенат кальций (вит В₅) кунига 2 мартадан берилади. Касаллик бошлангандан кейин 1-1,5 ой ўтказ анаболик гормонлардан (неробол, ретаболил) тавсия этилади (касаллик қайталанмаслиги учун). Неробол дозаси 2-3 ҳафта давомида 2-5 мг дан кунига 2-3 марта берилади. 3 ҳафтада 1 марта 0,3-0,5 мл дан м/о ретаболил буюрилади. Даволаш курси 3 – 4 инъекциядан иборат. Қайта курсни 4-6 ойдан сўнг қайтариш мумкин.

Сурункали кардитларда ётоқ режими 2-3 ҳафтадан ортиқ бўлмаслиги керак, чунки юрак-томир системасига салбий таъсир кўрсатади. Сурункали кардитнинг рефрактор шаклида юрак гликозидлари билан бирга кичик дозада преднизалон (0,5 мг/кг) бирга берилса яхши самара беради. Сурункали кардитлар кўпроқ катта ёшдаги болаларда учрагани боис, дигоксин 0,02-0,04 мг/кг буюрилади (тана вазни қанча катта бўлса тўйиниш дозани шунча оз). 1/4-1/3 таблеткани (0,06 – 0,08), яъни 3-4 кун беради. Ушлаб турувчи доза 1/3-1/2 таблдан 2 марта кунига берилади.

Диспансер кузатиш.

Норевматик кардит билан оғриган беморлар шифохонадан чиққандан сўнг педиатр ва кардиоревматологлар назоратида бўлишади. Шифохонада ёзиб берган тавсияларга қаттиқ риоя қилинади. Беморлар узок вақт давомида дигоксин ва панангин олганликлари туфайли пульсни назорат қилинади. Агар брадикардия кузатилса, дигоксиннинг дозаси камайтирилади. Уй шароитларида диуретиклар кўрсатмаларга (жигар холатига, хансирашга) асосан берилади. Йилда 2 марта антидистрофик препаратлар билан даволаниб турилади. Ўткир ва ним ўткир кардитлар билан оғриган беморлар тўла тузалгунча, яъни 2-3 йил давомида кардиоревматологлар назоратида

бўлишади. Ўткир кардит сурункали жараёнга айланса ёки сурункали кардит мустақил ривожланса мунтазам равишда (3-6 ойда 1 марта) ЭКГ, 6-12 ойда 1 марта кўкрак қафасини рентгенограмма қилиш тавсия этилади. Кардит билан оғриган ҳамма болаларга 3-5 йил давомида профилактик эмлашлар ўтказиш ман этилади. Бундай болаларнинг умумий реактивлигини, иммун химоя кучларини кўтариш мақсадида чора-тадбирлар ўтказилиб турилади. ЎРВИ, гриппдан максимал сақланишни буюрилади. Сурункали инфекцион ўчоқларни санация қилинади. Юрак етишмовчилик симптомлар қайталанмаслиги учун ҳаракат активлиги озгина чекланади, бунинг учун маҳсус жисмоний тарбия гуруҳларида машғулот ўтказилиш тавсия этилади. Рухий-асаб зўриқишлардан ҳам сақланиш лозим бўлади.

Гликозидларни ҳисоблаш

Дигоксин: табл. 0,25 мг, 0,01 мг

Тўйиниш дозаси - 0,05-0,06 мг/кг

25 кг х 0,05 = 1,25 мг - 5 табл

Ўрта тезлик тўйинишда доза 4-5 кунда берилади

1. кун - 0,5 мг (2 табл)

2. кун - 0,25 мг (1 табл)

3. кун - 0,25 мг (1 табл)

4 кун - 0,25 мг (1 табл) Элиминация коэффициентига 20%

Жадвал 25

| Кунлар | Кириш дозаси | Таъсир дозаси | Чиқиш дозаси | Қолдик доза |
|------------------|-----------------|---------------|--------------|-------------|
| 1 | 0,5 мг (2 табл) | 0,5 мг | 0,1 мг | 0,4 мг |
| 2 | 0,25 мг | 0,65 мг | 0,13 мг | 0,52 мг |
| 3 | 0,25 мг | 0,77 мг | 0,15 мг | 0,62 мг |
| 4 | 0,25 мг | 0,87 мг | 0,18 мг | 0,7 мг |
| Қувватловчи доза | 0,18 мг | 0,50 мг | 0,18 мг | 0,7 мг |

2 ёшгача ва 2 ёшдан катта болаларга тавсия этиладиган юрак гликозидлар дозаси (мг/кг)

Жадвал 25

| Гликозид | Тўйинтириш дозаси | Ушлаб турувчи доза тўйинтириш дозадан |
|----------|-------------------|---------------------------------------|
| | | |

| | 2 ёшгача | 2 ёшдан кейин | 2 ёшгача | 2 ёшдан кейин |
|------------|-------------|------------------|--------------|---------------|
| Дигоксин | 0,075 0,075 | 0,05-0,075 0,06- | 1/3-1/4 | 1/4-1/5 |
| Изоланид | 0,01 | 0,10 0,007 | 1/3-1/4 | 1/4-1/5 |
| Строфантин | | | Бир марталик | Бир |
| Коргликон | 0,013 | 0,01 | доза | марталик |
| | | | » | доза |
| | | | | » |

КТИ 1 ёшгача – 0,55

1-2 ёшда – 0,5

> 3 ёшдан – 0,45

> 0,6 – бироз каттароқ

= 0,65 – ўртача катталашини

>0,65 – кескин катталашини

Вазиятли масала:

Масала № 1

Клиникага 30 кунлик бола яққол хансираш белгилари билан олиб келинди. Бола 2100 гр. оғирлик билан чала туғилган, тана узунлиги 44 см. Текширилганда ахvoli ўртача оғирликда йиғлаганда оғиз бурун учбурчаги кўкаради. Тинч холатда минутига 60 марта нафас олаяпти. Тўш суягидан чапда дағал систолик товуш эшитиляпти. Пульси минутига 140-160 зарба ураяпти. Жигари +3,0 +4,0см. А/Б қўлларда 90/40мм. Оёқларида эса 100/40 мм.сим.уст. Шифохонага келгандаги вазни 2600 гр. Учала кўринишдаги юрак R-граммасида юрак сояси кескин кўндалангига катталашган. Юрак бели кўринмайди. Ён кўринишда юракнинг чап ва ўнг бўлимлари катталашган.

1. Клиник ташхис.

2. ЭКГ ва ФКГ даги қандай ўзгаришлар ташхисни тасдиқлайди.

Масала № 2

2 ёшли болага 0,05 строфантин эритмаси тўйинтириш дозасини ҳисобланг. Неча мартабалигини юбориш йўли.

Масала 3

Бола 1 ёшу 2 ойлик. Хозирдаги вазни 8,800 грамм. Бўйи 72 см, бош айланаси 46 см, кўкрак айланаси 48 см. Шикоятлари: онасининг сўзига караганда тез-тез шамоллаш касалликлари билан оғриб туради. Касалликни амбулатория шоронтида даволанади. Бола энтикиб нафас олади. Цианоз хуружлар бўлиб туради. Болани кўздан кечирилганда озгин, хали яхши юрмайди. Тери ранги оқарган. Бурун-лаб учбурчагида цианоз кузатилади. Бурун катаклари керилган. Кўкрак қафаси мускуллари нафас актида фаол иштирок этмоқда. Қовургалараро сохалар таранглашган. Юрак соҳасида "Юрак букрилиги" кўзга ташланади. Чўкки туртки кенгайган, ("Юрак турткиси"), сусайган. Ўпка аускультациясида турли калибрдаги нам хириллашлар эшитилади. Юрак чегаралари кенгайган. Тонлари бўгиклашган, тахикардия. Юрак чўкки турткисида нозик систолик шовқин эшитилади. Пульс тезлашган (156), норитмик (экстрасистолия). Кўкрак қафаси рентген суратида юракнинг барча ўлчамлари кенгайган (КТИ – 0,8, шар шакли да). Жигар ковурга ёйидан 4 см га чикиб туради, қаттик, оғриксиз.

Сизнинг диагнозингиз? Врачнинг тактикаси.

(Туғма кардит? Димланиш оқибатидаги зотилжам). Текшириш усуллари ЭКГ; ФКГ. Даволаш Яллиғланишга қарши, глюкокартикоидлар, юрак гликозидлари, сийдик хайдовчилар. Симптоматик терапия.

РЕВМАТОИД АРТРИТ

Ревматоид артрит (РА) – бу этиологик омиллари номаълум, патогенези мураккаб аутоиммун жараёнларидан иборат бўлган касаллик бўлиб, ўзининг сурункали кечиши, ва асосан, бўғимларнинг зараланишлари билан характерланади.

Бу касаллик болалар ва ўсмирлар ўртасида кўпинча "ювенил ревматоид артрит" (juvenile - ўсмир) - ЮРА атамаси билан номланади.

Катталар орасида бу касаллик 0,4-1,3% атрофида тарқалган бўлиб, болалар ўртасида нисбатан камроқ кузатилади. Касаллик асосан мактабгача

бўлган болаларда бошланиб, уларнинг деярли ярми 5 ёшгача бўлган болалар хисобланади.

ЮРА нисбатан кам учрайдиган касалликлар гуруҳига киришига қарамай, ижтимоий муаммо сифатида анча муҳим ўрин тутди. Чунки, бу касалликда таянч-харакат органлари зарарланиб, беморлар эрта ногирон бўлиб қоладилар ва меҳнат қобилиятларини йўқотадилар. Шунингдек бу ҳолат иккиламчи нанизмга (паканалик) сабаб бўлиб, болаларнинг руҳан шикастланишига ҳам олиб келади. Кейинги пайтларда врачлар ва олимларнинг асосий эътибори ЮРАнинг келиб чиқишида касалликка олиб келувчи омиллар, инфекциянинг, номахсус оқсил сенсибилизациясининг, иқлим шароитларининг роли ва ирсий омиллар ҳамда болалар жинсининг аҳамиятига қаратилмоқда.

Этиологияси. ЮРАнинг келиб чиқиши сабаблари ҳалигача тўла аниқланилган эмас. Касалликнинг сабаблари ичида маълум аҳамиятга инфекциялар, жумладан бактериялар, стрептококклар ва стафилококклар ва уларнинг филтрланувчи (L-шакллари), вируслар, микоплазмалар эга деб хисобланади. Бироқ, ҳозирги пайтгача РА ривожланишида микроорганизмлар ролини тасдиқловчи аниқ далиллар топилганича йўқ. Шунинг учун, Е.М. Тареевнинг катталардаги ва болалардаги РА асосида организм реактивлигининг ўзгаришлари ва уларнинг ташқи муҳит омилларига нисбатан ўта сезгирлиги ётади деган фикри анча маъқул деб қабул қилинади.

Патогенези. Кўпчилик олимлар РАни боланинг ёши, жинси ва ирсий омиллари маълум аҳамият касб этадиган иммунопатологик касалликлар гуруҳига киритадилар. Бу касалликда гуморал иммунитет бузилишлари тўлароқ ўрганилган. Иммунокомпотент хужайраларга бой бўлган бўғимларнинг синовиал қобиғи энг кўп зарарланадиган орган деб хисобланади. Шу соҳада кенг тарқалган иммунологик яллиғланиш реакциялари бошланиб, РА артрит патогенезининг мураккаб аутоиммун механизми шаклланади. Тахмин қилинишича бактериялар, микоплазмалар ва

х.к. сингари хозирча номаълум қолаётган бирламчи антиген хусусиятлари ўзгариб қолган иммуноглобулинларнинг кўп миқдорда ишлаб чиқилишига (гиперпродукция) сабаб бўлиб, бу иммуноглобулинлар кейинчалик иммунокомпотент хужайралар томонидан аутоантигенлар сифатида қабул қилинади. Бунга жавобан бўғимларнинг синовиал қобиғидаги плазматик хужайралар ревматоид омил деб аталадиган антителолар ишлаб чиқара бошлайдилар. Синовиал тўқимада комплемент иштирокида кечадиган аутоантиген – аутоантитело реакциялари иммун комплексларни ҳосил қилади ва бу жараёнлар тромбоцитлар агрегациялари билан бир пайтда кечиб, серотонин ва бошқалар сингари биологик актив моддаларнинг ажралиб чиқишига сабаб бўлади. Бу биологик фаол моддалар қон томирлар деворига таъсир кўрсатиб, улар ўтказувчанлигини оширади ва томирларнинг кенгайишига сабаб бўлади. Комплементнинг фаоллашган қисмлари бўғимлар бўшлиғида нейтрофил лейкоцитлар миграциясини (хемотаксис) кучайтиради. Нейтрофил лейкоцитлар томонидан иммун комплексларнинг фагоцитоз қилиниши жараёнлари давомида синовиал суюқлик таркибига кўп миқдорда протеолитик ферментлар ажралиб чиқа бошлайди. Бу ферментлар кининлар, простагландинлар ва х.к. сингари яллиғланиш медиаторларини фаоллаштиради. Бу моддалар ўз навбатида тоғайнинг хужайра қурилмасини (структура) жароҳатлаб, уларнинг аутоантигенларга айланишига сабаб бўлади, яъни РА учун алоҳида хусусият бўлиб ҳисобланадиган иммунитет бузилишининг занжир реакциясини қувватлаб туришига олиб келади.

Иммун комплекслар синовиал тўқималарда узок вақт мобайнида сақланиб, бўғимларни зарарлашда давом этишлари мумкин ёки қонга тушиб, РАнинг бўғимдан ташқари белгиларини пайдо қилишади. Бу жараёнлар асосида сенсбилизацияланган лимфоцитлар таъсири ва иммун яллиғланишлар ётади. РАнинг актив бочқичида қонда Т-лимфоцитлар миқдори камайиб, синовиал суюқликда эса, аксинча, ортиб кетганлиги билан бир қаторда В-лимфоцитлар сонининг камайганлиги аниқланади. Тахмин қилинишича бу пайтда В-лимфоцитлар синовиал суюқликда кўп миқдорда

топиладиган плазматик хужайраларга айланадилар. РАдаги аутоантителоларнинг кўп миқдорда ажралиб чиқишлари (гиперпродукцияси) Т-супрессорлардаги ўзгаришлар ёки В-лимфоцитлар аутоагрессив шаклларининг пайдо бўлиши билан тушинтирилади.

Бу касалликнинг келиб чиқишида ирсий омилларнинг ролига ҳам эътибор қаратилмоқда ва РА билан хасталанган беморлар қариндошлари орасида бу касаллик бошқаларга қараганда 2 марта кўпроқ кузатилиши аниқланган. Бироқ, касалликнинг ирсий эканлигига далил бўладиган алоҳида маълумотлар топилганича йўқ.

Синфланиши. Хозирги вақтда ЮРАнинг 1980 йилда қабул қилинган классификациясида фойдаланилади. Бу классификацияга биноан ЮРАнинг тўла ташхиси куйидагича ифодалани: ревматоид артрит, асосан бўғим шакли (олигоартрит), серонегатив тури, секин-аста кучайиб боровчи кечини, фаолликнинг ўртача даражаси, рентгенологик ўзгаришларнинг II даражаси, функционал етишмовчиликнинг I даражаси.

Клиник манзараси. Касаллик кўпинча ним ўткир бошланади. Энг асосий белгиларидан бир ёки бир неча бўғимлардаги тургун синдром хисобланади. Кўпчилик ҳолатларда кичик ёшдаги болаларда асосан оёқларнинг тизза ва бодир-товон сингари йирик бўғимлари зарарланади. Бироқ, бу ёшдаги болаларда оғриклардан шикоятлар бўлмай, ота-оналар касалликнинг биринчи белгиси сифатида бўғимлар фаолиятининг бузилганлигини кўрсатишади. РАда артритик синдром ўзига хос томонлари билан ажралиб туради. Оғрик синдроми доимий бўлиб, касалликнинг бошланишиданоқ бўғимларнинг эрталабки уюшганлиги ва кечга томон юмшаши кузатилади. Болаларда, айниқса кичик ёшдагиларда, кўпинча битта бўғим зарарланади. Объектив кўздан кечирилганда бўғимлар шакли ўзгариб, фаолиятининг бузилишлари топилади. Кўпчилик ҳолатларда беморларнинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди.

Беморларнинг айримларида (1/4 қисмида) касаллик ўткир бошланиб, бола ўзини ёмон ҳис этиб, тана ҳарорати кескин кўтарилади, кучли оғрик синдроми кузатилиб, бўғимлар шишади.

Касалликнинг қайталаниши одатда дастлаб оғриган бўғимлардан бошланади. Касалликнинг кучая бориши фонида бўғимлар деформацияси турғунлаша боради. Бўғимларнинг зарарланишининг асосан экссудатив шаклида жараённинг активлигига қарамай, бўғимларнинг фаолияти узок муддат бузилмай туриши ҳам мумкин.

РАнинг бўғим шаклида ички органларнинг патологик жараёнга тортилишлари анча кеч бошланиб, нефритлар, кейинчалик амилоидлар кўринишидаги буйрақлар; одатда енгил шаклдаги миокардилар кўринишида юрак зарарланишлари белгилари пайдо бўлади. Кўзларнинг ревматоид зарарланишлари бундан мустасно бўлиб, асосан увентлар кўринишида кўпинча моноартрит ва олигоартрит сингари бўғимларнинг минимал зарарланишларида ҳам рўёбга чиқиши мумкин.

РАнинг алоҳида шакли бўлиб В и с л е р – Ф а н к о н и с у б с е п с и и ҳисобланади. Касаллик юқори, баъзан эса, гектик ҳарорат билан ўткир бошланади. Бўғимлар шишиб, оғрик синдроми нотурғун бўлиши ҳам мумкин. Терида турли шаклдаги тошмаларнинг пайдо бўлиши характерли белгилардан бўлиб ҳисобланади. Кўпинча патологик жараёнга буйрақлар нефритнинг гематурик шакли ва юрак – перикардит кўринишида тортилишлари ҳам мумкин. Айрим беморларда касаллик 2-3 марта қайталангач барҳам топса, бошқаларида эса, ноактив босқичга ўтиб, асосан РАнинг типик белгилари мавжуд бўлган бўғимларнинг зарарланиши симптомлари қолади ҳалос.

РАнинг нисбатан кам кузатиладиган ва асосан кичик ёшдаги болаларгагина хос бўлган С т и л л в а р и а н т и касалликнинг бошиданок ўзида яққол намоён бўлган бўғим зарарланишлари белгилари билан бир қаторда ички органларнинг патологик жараёнга тортилганлиги

белгиларининг кўпчилиги билан ҳам ажралиб туради. Бунда асосан жигар, қора талок ва лимфа тугунларининг катталашуви асосий ўрин тутади.

РА одатда сезиларли лабораторик ўзгаришлар билан кечади: ЭҚТ ортган, С-реактив оксил ва синал кислоталари миқдори ортган, диспротеинемия, α_2 ва γ -глобулинлар миқдори кўпайган. Бирок, айрим беморларда, айниқса, моноартрит ёки олигоартрит билан кечаётган касалликда лаборатор кўрсаткичлар минимал бўлишлари ҳам мумкин. Болаларда ревматоид фактор кам топиладиган белгилардан бўлиб ҳисобланиб, одатда касалликнинг охириги босқичларидагина топилиши мумкин. Шунинг учун унинг диагностик аҳамияти унча катта эмас.

Касалликни аниқлашда ва унинг даражаларини белгилашда рентгенологик текширишлар катта аҳамиятга эга. Бўғимлар рентген суратида остеопороз ва бўғим ёригининг торайишлари топилади. Кейинчалик эса, суяклар деструкцияси белгилари ҳам кузатилади.

Диагнози. РА ташхисини ўрнатилда педиатрларнинг катта гуруҳи томонидан таклиф қилинган меъзонлардан фойдаланилади.

ЮРАнинг ташхисий меъзонлари қуйидагилардан иборат:

А. Клиник белгилар: 1) уч ой ва ундан ортиқроқ давом этаётган артрит, 2) уч ой ёки ундан кейинроқ қўшилган яна бир бўғим зарарланишининг белгилари, 4) бўғим бўшлиғида суюқлик йиғилиши, 5) бўғим шаклининг ўзгариши (контрактураси), 6) тендосиновит ёки бурсит, 7) мускуллар атрофияси, 8) бўғимларнинг эрталабки уюшганлиги, 9) кўзнинг ревматоид зарарланиши, 10) ревматоид тугунчаклар.

Б. Рентгенологик белгилар: 11) остеопороз ва эпифизлар суяк структурасининг майда кистали ўзгаришлари, 12) бўғимлар ёригининг торайиши, суяклар эрозияси, бўғимлар анкилози, 13) суяклар ўсиши жараёнларининг бузилиши, 14) умуртка погонаси бўйин қисмининг зарарланиши.

В. Лабораторик белгилар: 15) ревматоид факторнинг мусбат натижаси, 16) синовиал қобик пункциясининг мусбат натижалари.

Беморда артрит белгилари мавжуд холда юқоридаги 16 белгидан 3 таси топилса, ЮРА “эҳтимоли ” бор деб қабул қилинади, артрит билан биргаликда яна 4та белги бўлса, “қисман”, ва 8 та белгининг мавжудлиги “классик” ЮРА деб қабул қилинади.

Даволаш. ЮРА ни даволаш босқичма-босқич ўтказилиб, стационар, поликлиника ва санаторияларда комплекс даво чоралари олиб борилади. Терапиянинг асосий қисмини ялғиглашиш ва аллергиялик жараёнларни бартараф қилишга қаратилган патогенетик таъсир килувчи дори-дармонлар ташкил этади. Шу билан бир қаторда бўғимлардаги жараёнларга, жумладан таянч-харакат органлари фаолиятини тиклашга қаратилган маҳаллий таъсир кўрсатувчи препаратлардан фойдаланилади ҳамда сурункали инфекция ўчоқларини бартараф қилишга ҳам эътибор берилади. Патогенетик терапиянинг асосини салицил кислотаси ҳосилалари, пирозолон, индол, хинолин препаратлари, кортикостероидлар ва олтин препаратлари ташкил қилади. Кейинчарок, яъни жараён активлиги даражалари сусайгандан сўнг, даво чоралари комплексига физиотерапевтик даво чоралари ҳам киритилади. Касалликнинг ноактив босқичида беморларга санатория ва курортларда даволаниш буюрилиб, буида бальнеологик усуллар комплекси ёрдамида бўғимларнинг фаолияти қайта тикланади.

ЮРАни даволашда кўпинча салицил кислотаси (аспирин), бугадион, индометацин, бруфен ва вольтарен кенг қўлланилади. Бу дорилар таъсирининг тезлигини ҳисобга олиб, уларни “тез таъсир килувчилар” деб аташади. Иммуни реакцияларни пасайтирувчи – хинолин ҳосилалари сингари дориларни эса, “секин таъсир килувчилар” дейишади.

Ацетилсалицил кислотаси (аспирин) боланинг ҳар ёшига 0,2 гдан ёки ҳар кг вазнига 0,06-0,07 гдан суткасига овқатдан кейин буюрилади. Даволаш курсининг давомийлиги клиник ва лабораторик кўрсаткичлар динамикаси билан белгиланади. Зарур бўлган холларда аспирин бруфен ёки вольтарен билан биргаликда берилиши ҳам мумкин. Индометацин (метиндол) суткасига 1-3 мг/кг ҳисобидан 3-4 мартага бўлиб, овқатдан кейин ичирилади.

Индометациннинг антипиретик (иситма туширувчи) таъсирини ҳисобга олиб, уни айниқса узок муддат тана хароратининг кўтарилиши билан кечадиган шаклларида қўлланиш яхши самара беради ва бир неча ой мобайнида бериб борилиши мумкин. Вольтарен суткасига 2-3 мг/кг ҳисобидан буюрилади. У яллиғланишга қарши кучли таъсир кўрсатиши билан бир қаторда токсик таъсири ва асоратлари жуда кам. Бруфен суткасига 10-15 мг/кг дан 3-4 мартага бўлиб ичирилади.

ЮРАни даволашда муҳим патогенетик дорилардан бўлиб, хлорохин (делегил) ва плаквенил сингари 4-аминохинол қатори препаратлари ҳисобланади. Улар қондаги антителолар ва иммун комплекслар миқдорини сезиларли пасайтира олиши хусусиятлари билан ЮРА ва бошқа ревматик касалликларни даволашда асосий (базис) патогенетик дориларидан бўлиб ҳисобланади. Хлорохин (делегил) суткасига 5 мг/кг дан, плаквенил эса, 8 мг/кг дан кечки овқатдан кейин бир марта ичирилади. Бу дориларнинг клиник самараси 4 ҳафтадан кейин сезилиб, 4-6 кейин ўзининг юқори нуктасига етишлиги туфайли улар узок муддат берилиб борилади. Бу дорилардан узок муддат фойдаланиш ретинопатияларга олиб келиши мумкин. Шунинг учун беморлар вақти-вақти билан окулист кўрувидан ўтиб туришлари шарт.

Иммуносупрессив таъсирга олтин препаратлари ҳам эга бўладиладр. Олтиннинг смувли эритмаси санокрезин ва ёгли суспензияси кризанол кенг қўлланилади. Кризанол ҳафтасига биро мартадан 5-35 мг олтин метали ҳисобидан мускул орасига киритиб борилади.

ЮРАни даволашда ишлатиладиган асосий препаратларга яна Д-пеницилламин (купренил) ҳам киритилади. Бу дори иммунокомпотент хужайраларга таъсир кўрсатиб, ревматоид фактор миқдорини камайтиради, тўқималардаги фиброз ўзгаришларнинг олдини олади. Даволаш препаратнинг сингли дозалари (суткасига 150-300 мгдан) билан бошланиб, аста-секин кўпайтирилади борилади. Даволаш самараси 2-3 ҳафтадан кейин сезилиб, бир неча ой давомида берилиши мумкин.

ЮРАни даволашда ўларнинг яллиғланишка карши ва иммуносупрассив таъсирлари билан кортикостероид препаратлар ҳам алоҳида ўрин тутади. Кортикостероид терапия ЮРАнинг кенг тарқалган бўғим ва бўғим-висцерал шаклларидагина қўлланилади. Преднизолон суткасига 1 мг/кг ҳисобидан клиник ва лабораторик самара олингунга қадар (1-1,5 ой) максимал дозада берилиб, сўнг дозаси аста-секин камайтирилади.

Жараённинг иммунологик фаоллиги ўта юқори бўлган ва базис терапия самарадорлиги суст бўлган ҳолларда ва аллергиясептик шаклида азатиоприн, 6-меркаптопурин ва лейкоран сингари цитостатик дорилардан ҳам фойдаланилади.

ЮРАни даволашда бўғимларга маҳаллий таъсир кўрсатувчи муолажалар ҳам кенг қўлланилади. Бунда бўғим бўшлиғига кортикостероидлар, цитостатиклар ҳамда кимёвий синовийэктомия таъсирига эга бўлган синосиал қобикқа коагуллоувчи таъсири мавжуд бўлган препаратларни киритиш кўзда тутилади. Бундай дорилардан бўлиб варикоцид ҳисобланади. У ёғ кислоталарининг натрийли тузи бўлиб, синовиал қобик юзасида некроз чақиради. ЮРАни даволашнинг энг муҳим омилларида бўлиб физиотерапевтик муолажалар ҳам ҳисобланади. Буларга ультрабинафша нурлар билан нурлантириш, индуктотерапия, синусоидал модуллаштирилган тоқлар билан даволаш, дори моддалари билан электрофорез ўтказиш, УВЧ, парафинотерапия ва балчик билан даволашлар киритилади.

Профилактикаси. Бирламчи махсус профилактикаси усуллари ишлаб чиқилмаган. Номахсус профилактика усуллари репактивлиги ўзгарган ва сурункали инфекция ўчоқлари мавжуд болаларни шифокор назорати остига олиш киритилади. Бу инфекция ўчоқларини мунтазам санация (тозалаш) қилиб бориш ва умумий соғломлаштириш чора-тадбирларини ўтказиб бориш кўзда тутилади.

ЮРА билан хасталанган болаларда касалликнинг қайталанишининг олдини олиш мақсадида улар диспансер назоратига олиндилар. Бунда нафақат педиатрлар ва ревматологлар, балким ортопедлар, окулистлар, физиотерапевт ва даволаш жисмоний тарбияси врачлари ҳам иштирок этадилар.

Вазиятли масалалари

Масала 1

Бемор 4 ёш. Шифохонага келгандаги шикоятлари: бўшашишлик, камкуватлик, тез чарчаш. 3-4 ҳафтадан буён ўнг тизза бўғимида эрталабки танглик, оғриқ, ҳаракат чегараланиши кузатилмоқда. Сўнги 2-3 кун ичида чап тизза бўғимида ҳам оғриқ пайдо бўла бошланди. Беморни кўздан кечирганда ранги оқарганрок, Тизза бўғимларида бироз оғриқ, ҳаракат чегараланган. Юрак аускультациясида тонлари бўғик, нафис систолик шовқин эшитилмоқда. Жигар ковурга ёйида аниқланмоқда. Сизнинг ҳулосангиз ?

МАСАЛА 2

Бемор 5 ёш. Шифохонага келгандаги шикоятлари: ҳарорати кўтарилишига, камкуватлик, тез чарчаш, бўшашишлик, ҳаракат қилганда хансираш, оёқ панжа бўғимларда эрталабки танглик, оғриқ, ҳаракат чегараланиши кузатилмоқда. Тўник бўғимлари шишиқираган, ҳаракатда оғриқли. Анамнезида 2 йилдан буён шу сабабли даволанган. Беморни кўздан кечирганда ранги оқарган, озгин, ҳаракатлари суст. Пульс -108 1мин. Оёқ панжа бўғимлари деформацияланган, ҳаракати чекланган. Тўник бўғими бироз шишган, ҳаракати чегараланган, оғриқли. Перкуциясида юрак чегаралари кенгамайган, аускультацияда тонлар бўғик, нафис систолик шовқин эшитилмоқда. Жигар ковурга ёйида аниқланмоқда. Сизнинг ҳулосангиз ? Текширув ва даволаш режасини тузинг?

Тестлар:

1. Ревматоид артритда жароҳатланади
 - *а) бўғимлари
 - б) юрак тўқималари
 - в) периферик нервлари
 - г) миёна қобиклари
2. Ревматоид артритда асосан зарарланади
 - * а) катта ва кичик бўғимлар
 - в) бўғимлар ва мушаклар
 - б) йирик бўғимлар ва юрак
 - г) суякда йирингли жараён кузатилади
3. Ревматоид факторни ишлаб чиқаради
 - а) синовиал қават плазматик хўжайралари
 - в) қўшувчи тўқима фибробластлари
 - б) лимфоцитлар
 - г) эпителиал хўжайралар
4. Ревматоид артритда "ревматоид фактор" аниқланади :
 - а) Қонда ва бўғим суяқлигида
 - в) қонда ва лимфада
 - б) қонда ва сийдикда
 - г) орқа миёна суяқлигида
5. Ревматоид артритнинг асосий диагностик критерияларини кўрсатинг:
 - * а) артрит, контрактулар, анкилозлар
 - б) Артрит, неврит, мушаклар атрофияси
 - в) кардит, ревматик тери ости тугунчалар, артрит
 - г) кардит, хорея, полиартралгиялар
6. Ностероид яллиғланишга қарши препаратлар гуруҳини кўрсатинг:
 - *а) Индометацин, вольтарен, диклофенак
 - б) дигоксин, лидаза, диклофенак
 - в) Индометацин, вольтарен, рибоксин,
 - г) панангин, преднизолон, делагил
7. Ревматоид полиартритта қайси симптом хос эмас:
 - а) бўғимда эрталабки ҳаракат танглиги
 - б) йирик ва ўрта бўғимлар зарарланиши
 - в) Оғриқли учувчи характерли
 - г) артрит белгилари изсиз ўтиб кетади
8. Ревматоид артритни даволашда патогенетик терапия асослари:

- а) Ностероид яллиғланишга қарши препаратлар
 - в) Антибиотиклар б) нитрофуранлар г) Юрак гликозидлари
9. Ревматоид артритнинг рентгенологик белгилари
- а) остеопороз б) Анкилоз
 - в) бўғим оралигини торайиши * г) Барчаси тўғри

ОВҚАТ ХАЗМ ҚИЛИШ ОРГАНЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар орасида овқат хазм қилиш органлари касалликлари ҳар 1000 болага 79,3 та тўғри келади. Шунингдек бу касалликларнинг 70% дан ортиқроқ қисми мактабгача ёшлиги болаларда бошланиб, каттароқ ёшга етганида ташхис аниқланади.

Классификацияси. Болалардаги ошқозон касалликларини ўрганиш Б.В. Апостолов таклиф қилган классификациясига биноан олиб борилади:

I. Ошқозондаги функционал ўзгаришлар:

1. Секретор фаолиятнинг ўзгариши.
2. Ошқозоннинг мотор фаолиятининг ўзгариши (рефлюкслар, пилороспазм, кардиал етишмовчилик, кардиоспазм).

II. Органиқ касалликлар:

1. Гастритлар:
 - а) ўткир гастритлар
 - б) сурункали гастрит.
2. Яра касаллиги (яранинг ошқозон танасида, тубила, антрал соҳада жойлашганлиги)

III. Ошқозон тараккиётининг аномалияси (шаклининг, ҳолатининг аномалиялари, дивертикулар, пилоростеноз).

IV. Ошқозон ўсмалари.

V. Ошқозоннинг операциядан кейинги касалликлари.

Сурункали гастрит

Сурункали гастрит бу – ошқозон шиллиқ қаватларининг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, секин аста ошқозон безлари атрофияси ривожланиши билан белгиланади.

Этиологияси ва патогенези. Касаллик полиэтиологик бўлиб ҳисобланади. Сурункали гастрит ривожланишининг асосий сабабчиларидан бўлиб, овқатланиш режимининг бузилиши, овқатланиш ритмига амал қилмаслик (овқатланишлар орасидаги вақтнинг чўзилиб кетганлиги), таомларни куруқ ҳолда истеъмол қилиш, овқатни чала чайнаш, ўта тўйиб кетиш, дағал ҳамда аччиқ таомлар, глюкокортикоидлар, антибиотиклар, ацетил салицил кислотаси, цитостатик препаратлар ва резерпин сингари дориларни узок муддат қабул қилишлар ҳисобланади. Касалликнинг ривожланишида оиладаги келишмовчиликлар, овқатгача ёки овқат маҳали ўтказилган ёқимсиз суҳбат, овқатланиш жойининг ноқулайлиги сингари кайфиятга салбий таъсир этувчи ҳолатлар, сурункали тонзиллит, синусит, сурункали зотилжам, тишлар кариеси сингари сурункали инфекция ўчоқлари туфайли ривожланган сурункали интоксикациялар муҳим аҳамиятга эга. Сурункали гастритнинг келиб чиқишида бошдан кечирилган ўткир ошқозон-ичак, буйрақлар, қон ҳосил қилини ва юрак қон томир системаси, жигар, ўт йўллари ҳамда ошқозон ости беzi касалликлари ҳам сезиларли рўл ўйнайди. Шунингдек маълум аҳамиятга лямблиоз, дизентерия, эпидемик гепатит, гиповитаминозлар, нейроэндокрин ўзгаришлари ва озик овқат аллергияси ҳам эга бўлади. Ирсий омиллар ҳам муҳим аҳамият касб этади. Сурункали гастритнинг ошқозон-ичак системаси бошқа органлари касалликлари билан бир пайтда кечиши, шу органларнинг анатомо-физиологик хусусиятлари ҳамда уларнинг ўзаро функционал алоқаларининг жишсдлиги билан тушунтирилади. Интерорцепт алоқалар асаб системаси турли бўлимлари иштирокида маҳаллий ҳамда умумий таъсир доирасига эга бўлган интестинал гормонлар, гипофиз ва буйрак усти беzi гормонлари томонидан нейрогуморал йўл билан амалга ошади.

Классификацияси. Б.Г. Апастолов томонидан таклиф қилинган:

1. Келиб чиқишига кўра:

- а) бирламчи (экзоген),
- б) иккиламчи (эндоген)

2. Жраёиннинг тарақалганлик даражаси ва жойлашган соҳасига қараб:

- а) кенг тарқалган,
- б) ўчоқли (антрал – пилородуоденит, фундал)

3. Ошқозон шиллик каватининг морфологик ўзгаришларига кўра:

- а) юзаки гастрит,
- б) безларнинг атрофиясиз зарарланиши билан кечаётган гастрит,
- в) атрофик гастрит (енгил номоён бўлган, сезиларли кўзга ташланадиган)

4. Ошқозон секрецияси табиатига кўра:

- а) секретор фаолияти сақланган
- б) секретор фаолияти сусайган
- в) секретор фаолияти кучайган

5. кечмиш фазасига кўра:

- а) авж олган босқич,
- б) қисман ремиссия босқичи
- в) ремиссия босқичи

Клиник манзараси. **А н т р а л г а с т р и т** (пилородуоденит, гастродуоденит). Касалликнинг бу вариантыда кўпинча ошқозонни антрал қисми зарарланади. Кўпчилик болаларда касаллик антрал гастрит кўринишида бошланганлиги туфайли, кенг тарқалган гастрит антрал (ўчоқли) гастритдан сўнг келиб чиқади деб тахмин қилинади. Клиник белгиларига ҳамда ошқозон шиллик каватининг функционал ва морфологик ўзгаришлари кўп жихатидан 12 бармоқли ичак яра касаллигини эслатади.

Болалар бош оғриғига, холсизлик, тез чарчашга баъзида бош айланиши, иштаҳани пастлигига шикоят қиладилар. Эрталабда ёки овқатлангандан сўнг

пайдо бўладиган оғриклар ва кўнгил айнаши етакчи белгилиридан бўлиб хисобланади. Оғриклар кўпинча овқатланиш пайтида ёки овқатдан кейин дарҳол пайдо бўлади. Пальпация қилинганда эпигастриянинг ўнг соҳасида (пилородуоденал зонада) ёки ханжарсимон ўсимта соҳасида ва киндикда маҳаллий таранглашганлик (резистентлик) ҳамда оғриклар топилади. Антрал гастрит билан хасталанган беморларнинг айримларида дуоденал ёки пилорик яра ривожланса, бошқаларида эса фундал гастрит кучайиб, ошқозон секретсияси аста секин пасаяди. Антрал гастритнинг яра касаллигига айланиши эҳтимолнинг юқорилиги касалликни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш лозимлигини кўрсатади.

К е н г т а р қ а л а г а н г а с т р и т – пангастритда эпигастрал соҳасида енгил оғриклар бўлиб, улар кўпинча тўйиб овқатланганда ва аччиқ таомлар истеъмол қилганда кузатилади, пальпацияда аниқлаш қийин.

Болаларда кўпинча юзаки гастрит ва безларнинг атрофиясиз зарарланиши билан кечадиган гастрит кузатилади. яллиғланиш жараёни одатда пангастрит кўринишида кечади. Болаларда катталардан фарқли ўлароқ атрофик гастрит ўта кам учрайди. Ошқозон билан 12 бармокли ичак зарарланишининг бир пайтда бўлиши кўп кузатилади. Болаларда эрозив гастритлар ярасимон ҳамда геморрагик кўринишда кечади. Ярасимон гастритта қориндаги наҳорги ёки тунги оғриклар, кўнгил айнаши, баъзан жигилдон қайнаши, хаволи кекириш ва қусиш ва ич қотишга мойиллик характерли бўлади. Касалликнинг геморрагик варианты ошқозон шиллик қаватларидаги кўпроқ эрозияларнинг мавжудлиги билан ажралиб туради. Бундай болаларда қорин соҳасидаги оғриклар, диспептик ҳолатлар, ўта ҳолсизлик, ишгаҳасизлик, озиб кетиш, аҳлатнинг қора рангда бўлиши кузатилади. Тери ва шиллик қаватлар рангининг оқарганлиги кўзга ташланади. Греггерсон синамалар натижалари мусбат бўлиб, оғир ҳолларда эса қон аралаш қусиш қайд этилади.

Диагноз. Клиник – анамнестик ва лабораторик маълумотлар мажмуасига асосан ўрнатилади.

Ошқозон ширасини текшириш фракцион усулда уни ингичка зонд билан доимий сўриб олиш орқали ўтказилади. Ошқозоннинг секретор, кислота ва пепсин ҳосил қилиш фаолиятини динамик кузатиб бориш гўштли бўльон, карамнинг 7% ли қайнатмаси ва карам шарбати сингари синовчи ионушта (пробний) ёрдамида ёки пентагастрин ва гистамин сингари ошқозон секрециясини кучайтирувчи моддаларни инъекция қилиш орқали ўтказилади. Субмаксимал пентагастрин синамаси ошқозон ширасини турли китикловчиларсиз тоза холда олиб, ахлоргидрия ҳолатларда ошқозон шиллик қавати ҳолатининг ҳақиқий манзарасини кузатиш имконини беради.

Соғлом болалар ошқозони секретор фаолиятининг асосий кўрсаткичлари.

Жадвал 26

| Кўрсаткичлар | Базал секретия | Давомли (гўштли бўльон) | Максимал (пентагастринда) 6 мкг/кг в/м |
|---|----------------------|-------------------------|--|
| Ошқозон секрецияси ҳажми, мл/соат | 15-16 | 27-64 | 55-165 |
| Эркин хлорид кислота, титр.ед. | 10-28 | 30-60 | 28-86 |
| Умумий кислоталилик, титр.ед. | 20-40 | 40-80 | 44-136 |
| Умумий кислоталиликдаги кислота ҳосил қилиш мг/экв/соат | 0,75-2,56 | 1,47-2,80 | 4,23-11,55 |
| Н-ионларини максимал концентрация (Рннинг энг минимал кўрсаткичи) | 2,0-2,4 0,61-1,01 | 1,4-2,4 | 1,2-1,7 |
| Н-ионларини дебит-соати, мг-экв/соат | 1,8-38 | 1,10-1,70 | - |
| Сийдикдаги пепсин концентрацияси, мг% | 11,5-20,1 | | |
| Пепсин дебити, мг/соат | - | 12-38 | 32-190 |
| Сийдикдаги пепсиногенни концентрацияси, мг/сут | - | 9,6-28,4 0,3-0,8 | 40,5-113 - |
| Ошқозон шиллик қавати тўқималаридаги пепсиногенни концентрацияси, 1 г | | | |

| | | | |
|----------------|--|----------|--|
| тўқимага мг да | | 1,47-2,0 | |
|----------------|--|----------|--|

Дуоденитсиз кечаётган кенг тарқалган сурункали гастритда ошқозон ширасининг барча порцияларида кислотанинг ажралиб чиқиши соғлом болаларниқига қараганда анча пасайган. Ажралиб чиқаётган кислотанинг миқдори кўп жиҳатдан шиллик қаватлардаги морфологик ўзгаришларнинг намоён бўлиши даражаси билан узвий боғланган. Яъни, ошқозон шиллик қаватларидаги морфологик ўзгаришлар қанчалик ёркинрок намоён бўлса, кислотанинг ажралиб чиқиши шунчалик паст бўлади. Пепсиннинг ошқозон ширасидаги, ошқозон шиллик қаватларидаги ва суткалик сийдикдаги миқдори⁶ нормал кўрсаткичларда қолади. Атрофик гастрит билан хасталанган болалар ошқозони ширасининг пептик активлиги сезиларли сусайган. Бундай беморлар аҳлатида кўп миқдорда мускул толалари топилади.

Антрал гастритда ҳам базал, ҳам стимуллаштирилган секрет кислоталиги ортган. Ошқозон ширасининг протеолитик активлиги айниқса базал секретда кучайганлиги кузатилади.

Рентгенологик текшириш усуллари сурункали гастритларни яралар, полиплар, ўсмалар ва дивертикуллар сингари касалликларда фарқлашга ёрдам беради.

Даволаш. Сурункали гастритлар билан хасталанган беморларни даволашда касалликнинг этиологиясини, патогенезини, даврларини ҳамда ошқозон фаолияти бузилишлари табиатини ҳисобга олган ҳолда ўтказиш талаб қилинади. Даволашнинг асосий тамоилларидан бўлиб беморга оптимал кун ва овқатланиш режимини ташкил этиш ҳисобланади. Болаларга осойишта шароит ва жисмоний тинчликни яратиб бериш ҳам катта аҳамият касб этади. Патологик жараён авж олган ҳолатларда механик ишловдан ўтказилган, кимиёвий жиҳатдан авайловчи таомлар илик ҳолда буюрилади.

Овкат раціонидан дағал ўсимлик маҳсулотлари, аччиқ резаворлар, ёғли, ковурилган, дудланган таомлар, кофе ва турли пишириклар чиқариб ташланади.

Ошқозон фаолияти бузилган ҳамда ошқозон ширасининг кислотали ва протосолитик активлиги ошганлиги билан кечаётган сурункали гастритларда овкатланишлар сонини кунига 5-6 мартага етказилиб, майдаланган кайнатма гўшт, сут, творог, тухум кўринишидаги оксилли етарли миқдорини киритиш ва нон ҳамда туз миқдорини камайтириш (Певзнер бўйича №1 парҳез) кўзда тутилади. Даволашнинг биринчи куниданоқ даво чоралари мажмуасига С, РР ва В гуруҳи витаминларини киритиш талаб қилинади. Тез-тез овкатланиб туриш хлорид кислотанинг ошқозон деворига кўрсатадиган салбий таъсирини чеклаб туради.

Бир неча кундан кейин овкат раціонига бугда пиширилган гўшт, колбасанинг ёғсиз турлари, мевали ҳамда сабзавотли пюрелар киритиш (Певзнер бўйича №1 – В стол) орқали парҳез кенгайтирилади. Овкатни майда чайнаб ейиш тавсия қилинади. Ошқозон секретиясининг пасайиши билан кечаётган гастритларда гўшти бульонлар, қимизак (қисиле) мевалар ва шарбатлар ҳамда янги қарам шарбати кўринишидаги шира ҳайдовчи таомлар буюрилади.

Бром ва валерианка сингари седатив моддалар ҳамда асаб системаси кучлироқ зарарланган ҳолларда эса, седуксен ва триоксазин каби транквилизаторлар буюриш талаб қилинади.

Яққолроқ намоён бўлган оғриқ синдромида папаверин, но-шпа, тифен ва церукал кўринишидаги спазмолитиклар, энигастрал соҳага магний сульфат, платифиллин ёки новокаин билан электрофорез ёки парафин аппликацияси буюрилади.

Гиперацид ҳолатларда 2-3 ҳафтага натрий гидрокарбонат (сода), магний оксиди, викалин ва алмагель сингари антиацид дорилар овкатдан 30-40 минут кейин ичирилиши тавсия қилинади.

Ошқозоннинг кислота ва фермент ҳосил қилиш фаолиятининг бузилишлари билан кечаётган сурункали гастритларда плантаглоцид, подорожник шарбати сингари ошқозон безлари секретиясини кучайтирувчилар ҳамда абомин, ацидин-пепсин, бетацид, фестал ва панзинорм каби дорилар 3-4 ҳафтага овқатдан олдин қабул қилиш буюрилади.

Озғин ва иштаҳаси суст болаларга апилак ёки нерабол, метиландростендиол сингари анаболик стероидлар ҳамда АТФ, А, В₁, В₂, В₆, В₁₂, С витаминлари комплекси, метацил ёки пентоксил билан курслар ўтказилади.

Касалхонадан чиқгач, одатда кузда ва баҳорда 3-4 ҳафталик қайталанишга қарши даво чоралари олиб борилади. Қайталанишларнинг олдини олишда шунингдек, кун ва овқатланиш режимига қатъий риоя қилиш, овқатни майда чайнаб ейиш, 9-10 соатли давомли уйқу ҳам катта аҳамиятга эга бўлади. Ремиссия даврида маҳаллий санаторияларда даволашни давом эттириш, 3-4 ҳафта мобайнида беморнинг ҳар кг вазнига 3-4 мл ҳисобидан субацидозда эссендуки № 14, 17, славянская ҳамда арзни каби маъданли сувлар илитилган ҳолда овқатдан 15-20 минут аввал, гиперацидозда эса, эссендуки №20 ва боржоми овқатдан бир соат кейин бериб борилиши кўзда тутилади. Дори-дармонлар билан даволаш курслари орасида ромашка, шиповник, укроп уруғи, зверобой, бессмертник, пустирник, крушина ҳамда валериана илдизи сингари ўсимликлар дамламалари ичириб турилади.

СУРУНКАЛИ ГАСТРОДУОДЕНИТ

Этиологияси ва патогенези кўпчилик болаларда сурункали дуоденит ҳамда 12 бармокли ичакнинг функционал ўзгаришлари одатда ёндош патологиялар кўринишида ошқозон ичак тракти касалликларида ва айниқса, гастродуоденит ва пилородуоденит сингари ошқозон хасталикларида кузатилади. Баъзан 12 бармокли ичак касалликларида беморларда лямблиоз, гельминтоз, ўт ажратувчи система касалликлари ва сурункали панкреатит ҳам

топилади. Касалликнинг ривожланишида кун ҳамда овқатланиш режимининг бузилишлари сезиларли аҳамиятга эга бўлади. Айрим олимларнинг фикрича сурункали дуоденит 12 бармоқли ичак яраси касаллигининг бошлангич фазаси бўлиб ҳисобланади. Сурункали гастродуоденитлар ривожланишида ошқозон ҳамда 12 бармоқли ичак фаолиятини бошқариб турувчи асаб системасидаги ўзгаришлар сабаб бўлиб, бунинг натижасида халқасимон сфинктер ҳамда дуоденумнинг мотор фаолияти издан чиқади. Ошқозондаги кислотали модда 12 бармоқли ичакка тўхтовсиз ўтиб туради. Бунинг натижасида дуоденумнинг без аппаратида ўзгаришлар бўлади; дистрофик, деструктив сингари шиллиқ қаватларнинг секретор трофик ўзгаришлари ривожланади. Бунда маҳаллий иммунитетдаги ўзгаришлар ҳамда А иммуноглобулин дефицити топилади. Бўшлиқдаги ҳамда мембранадаги овқат ҳазм бўлиши издан чиқади, микроб флораси таркиби ўзгаради.

Жадвал 27

Гастродуоденитлар ва дуоденитлар классификацияси.

| вариантлар | Функционал-морфологик характеристикаси | | | Касаллик даврлари |
|--------------------------------|--|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| | Морфологик ўзгаришлар характери | | Ошқозон секретиясини характери | |
| | гастродуоденофи броскопия | биопсия | | |
| Пилородуоденит (антродуоденит) | Юзаки гипертрофик | Атрофиясиз атрофик | Ортган | Кўзголиш Субремиссия ремиссия |
| Гастродуоденит | Эрозиялик | дуоденит | Нормал камайган | |
| Тарқок дуоденит | | енгил | | |
| Чегараланган дуоденит | Атрофик | яккол номоён бўлган | | |

Эндоскопик манзара асосида дуоденитларнинг 4 та шакли тафовут қилинади.

1. Ю з а к и – шиллик қават юзасининг нотекислиги, шишинқираганлиги (“доғли гиперемия”), суратнинг аниқ эмаслиги, ҳаво билан инсуффияция қилинганда текисланадиган бурмаларнинг бироз қалинлашганлиги.

2. Г и п е р т р о ф и к д у о д е н и т – шиллик қаватлар шиши туфайли уларнинг гипертрофияланганга ўхшаганлиги, баъзан халқасимон сфинктер бўшлиғининг торайганлиги, бурмалар қалинлашган бўлиб, ҳаво бериш натижасида текисланмайди. Шиллик қаватларнинг жароҳатланишга мойиллиги ортган бўлиб бази жойларда Геморрагиялар кузатилади.

3. А р а л а ш д у о д е н и т – гиперемия ва шишлар фонида шиллик қаватининг юпқалашган соҳалари кузатилади.

4. Э р о з и в д у о д е н и т – шиллик қаватлар шиши ва гиперемияси фонида пиёзча соҳасида қулранг оқиш караш билан қопланган ясси тубли эрозия топилади.

Клиник манзараси. Дуоденит билан хасталанган беморлар шикоятлари орасида қориндаги оғриқлар асосий ўрин тутати. Оғриқлар турғун бўлиб, кўпинча оч қоринга кузатилади. Кечкурун ва тунда камроқ кузатилиб, одатда ўнг қовурға остида бўлади. Бу нарса билиар системанинг ҳам жараёнга тортилиб туришидан далолат беради. Деярли барча беморларда кунгил айнаши, кекириш, ошқозоннинг ҳам зарарланганлиги туфайли жигилдон қайнаши ва қабзиятларга мойиллик кузатилади. Беморларда тез чарчашлик, адинамия, бош оғриши, бош айланиши, уйқунинг бузилиши ва локал гипергидроз ҳолатлари кузатилиши мумкин. Бу белгилар дуоденал нитоксикациянинг симптомлари бўлиб ҳисобланади. Кўпчилик болаларда озғин бўлиб, гиповитаминоз белгилири кузатилади. 12 бармоқли ичак шиллик қавати функционал ўзгаришларида оғриқ синдроми енгилроқ номоён бўлиб, пальпация қилинганда ўнг қовурға остида топилади. Диспептик ўзгаришлар сезилар сезимас бўлиб, баъзан мутлоқо кузатилмасилиги ҳам мумкин, беморнинг умумий аҳволи қониқарлилигича қолади.

Диагноз. Доимий фракционал дуоденал зондлаш дуоденитларда халқасимон сфинктернинг торайганлигини кўрсатади – зонд 12 бармокли ичакка узоқ вақт ўтмай туради. Зондлаш вақтида магний сульфат киритиш қаттиқ оғриққа, кўнгил айнашига ва баъзан қусишга сабаб бўлади. Шунингдек, бу усул Одди сфинктерининг ҳамда ўт пуфаги йўлининг спазми сингари ўт ажратиш системасининг мотор – эвакуатор фаолияти бузилишлари мавжудлигини ҳам кўрсатади. Мотор фаолияти, ўт пуфаги гипертонияси, гиперкинезияси ёки гипотонияси мавжудлигини ҳам кўрсатади. Рентгенологик текширишлар 12 бармокли ичак ҳаракат фаолиятининг гиперкинетик шаклдаги бузилишлари ҳамда дуоденум ривожланиш аномалияларининг бор-йўқлигини аниқлашга ҳам ёрдам беради.

Даволаш. Дуоденит билан хасталанган беморларни касалликнинг авж олган даврида стационар шароитда даволаш талаб қилинади. Беморларга 2-3 ҳафтага ўринда ётиш буюрилади. Уларга одатда № 5 стол буюрилиб, В₁, В₂, В₆ ва А витаминлари билан биргаликда сут, творог ва тухум берилади. Пептик активлик ошган ҳолатларда пиридоксин (В₆) киритилмайди.

Гиперацидоз ҳолатларида Бурже аралашмаси, алмагел ҳамда викалин сингари антацид дорилар яхши самара беради. Физиотерапевтик даволаш усулларида иссиқлик ўтказиш, платифиллин, новоканн, магний сульфат ва кальций сингари дорилар билан электрофарез буюриш тавсия қилинади. Кўзгалувчанлик ортган ва оғриқ синдроми мавжуд бўлган ҳолларда непробомат ва сибазон сингари транквилизаторлар ҳамда метацил ва пентоксил каби умумий қувватини оширувчи дорилар берилади.

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ЭНТЕРОКОЛИТЛАР.

Сурункали энтероколитлар тушинчаси остида келиб чиқиш сабаблари ҳамда ривожланиш механизмлари турлича бўлган ичакларнинг сурункали касалликлари бириктирилиб, уларнинг асосида ингичка ва йўғон ичакларнинг яллиғланиш ва дегенератив зарарланишлари ётиб, уларнинг

овқат ҳазм қилиш, сўрилиш ҳаракат ва ажратиш фаолиятлари бузилишлари билан белгиланади.

Сурункали энтероколит кўпинча (70-75%) мактаб ёшидаги болалар орасида учрайди. Бирок, уларнинг дастлабки белгилари беморларнинг тенг ярмида 1-5 ёшгача бўлган даврдаёқ кўзга ташланиши ҳам мумкин. Сурункали энтероколит болаларда ўзининг келиб чиқиши сабабларининг турли-туманлиги билан ажралиб туради.

Кўпчилик болаларда касаллик бошдан кечирилган ўткир ичак инфекцияларидан сўнг бошланади. Сурункали постдизентериал энтероколит одатда дизентериядан сўнг маълум муддат ("сохта тузалиш" даври) ўтиб ривожланади. Шунингдек касаллик сальмонеллез, стафилококкли энтероколит ва ичак колинифекцияси сингари бошдан кечирган хасталиклардан кейин ривожланиши ҳам исботланган. Айрим беморларда эса, касаллик бошдан ўтказган вирусли гепатитдан сўнг бошланади. Сурункали энтероколитларнинг келиб чиқишида дисбактериоз, витамин танқислиги, организм реактивлигининг ўзгаришлари сингари ҳолатлар ҳам муҳим аҳамиятга эга бўлади. Буларнинг ичида дисбактериоз алоҳида ўрин тўтиб, у кўпинча антибактериал препаратлар билан нотўғри (норационал) ичак инфекцияларидан сўнг ривожланади. Шу сабабдан сурункали энтероколитларда ичак дисбактериозининг барча клиник белгиларини кузатиш мумкин. Дисбактериоз билан хасталанган беморларни текширишлар натижалари шунини кўрсатадики, ичакларнинг зараланган шиллик қаватлари орқали организмнинг табiiй реактивлигини ўзгартирувчи аллергияга мойиллик пайдо қилувчи йирик молекулали оксиллар ўта бошлайди.

Педнатрия амалиётида эса овқатланиш режимининг бузилиши (нерациональность питания) сурункали энтероколитнинг шаклланиши муҳим омиллардан бири бўлиб ҳам хизмат қилиши мумкин. Бундай беморларнинг анамнезида болаларнинг тартибсиз овқатланишлари, узоқ муддат оч қолишлар, асосан углеводлардан (карбон сувлардан) иборат бўлган бир хил маҳсулотларни ҳамда етарли кулинария ишловидан ўтказилмаган овқатларни

истеъмол килишлари аниқланади. Баъзи ҳолатларда хайвон ёғларини кўп истеъмол килиш ва кечки овқатни кўп ейиш фактлари ҳам аниқланади. Айрим болаларда эса лямблиялар борлиги топилади. Ичаклардаги сурункали яллиғланиш жараёнлари аскаридалар ва пакана гижжалар сингари ичак паразитларидан кейин ҳам ривожланишлари мумкин. Бунда уларнинг организмга кўрсатган токсик таъсири муҳим аҳамиятга эга бўлади.

Сурункали энтероколит ривожланиши мураккаб механизмининг яна бир муҳим этиопатогенетик халқасидан бири бўлиб аллергик омил ҳисобланади. Сурункали энтероколитда ичаклар шиллик қаватларининг яллиғланиши, атрофик ва дистрофик кўринишдаги зарарланишлари, ҳамда функционал (ферментатив) ўзгаришлар йирик молекулали оқсиллар ва бошқа антигенактив маҳсулотлар сўрилишини кчайтириб, узоқ давом этадиган аллергик диатезнинг келиб чиқишига сабаб бўлади.

Сурункали энтероколитлар ривожланишида ичакларнинг туғма аномалиялари ҳам маълум аҳамиятга эга бўлади. Мегаколонда (долихосигма, мегасигма) аҳлат массасининг йиғилиб қолиши ичаклар шиллик қаватларининг механик ва химик китикланишига сабаб бўлиб, оқибатда яллиғланиш жараёнларининг бошланишига олиб келади.

Сурункали энтероколитга сабаб бўлувчи ва олиб келувчи омиллардан бўлиб яна сурункали тонзиллитлар ва тишлар кариеси сингари сурункали инфекция ўчоқларининг мавжудлиги ҳам ҳисобланади.

Шуни таъкидлаб ўтиш жоизки, сурункали энтероколитлар ривожланишида бир неча омиллар иштирок этади. Бирок 15-18% ҳолларда касаллик сабабчиси аниқланилмай қолади.

Юқорида кўрсатиб ўтилганлардан хулоса қилиб айтиш мумкинки, сурункали энтероколит полиэтинологик касалликлар гуруҳига киритилиши билан бир қаторда, у омилларнинг бирортаси ҳам сурункали энтероколитлар учун маҳсус этинологик омил бўла олмайди.

Классификацияси. Болаларда сурункали энтероколитларнинг 1972 йилда тақлиф қилинган классификациясидан фойдаланилади. Бу классификацияга

бинонан сурункали энтероколитлар келиб чиқишига кўра бирламчи ва иккиламичиларга; жараён активлигига кўра – актив ва ноактив фазаларига; касалликнинг оғир-енгиллигига қараб: енгил, ўртача оғирликда ва оғир даражаларига ҳамда патологик жараённинг кечишига кўра – тўлқинсимон ва латент (яширин) шакллари тафовут қилинади.

Клиник манзараси. Болаларда сурункали энтероколитлар клиникасида асосан ўртача оғирликдаги шакли (60-70%) учрайди. Иккинчи ўринда енгил шакли -33-35% холларда учраб, оғир шакли эса, 5-7% беморларда кузатилади холос.

Кўпчилик болалар киндикдаги, кориннинг пастки қисмида (кўпинча чапда) ва ошқозон атрофидаги сингари аниқ жойга эга бўлмаган оғриқлардан шикоят қиладилар. Оғриқлар енгил кўринишдан то ичак санчиғи сингари кучлиларигача бўлишлари мумкин. Оғриқлар кўпинча овқатланганидан 1-2 соат ўтиб бошланиши мумкин. Овқат рационига ичакларда бижғиш жараёнларини кучайтирувчи маҳсулотлар киритилганида оғриқлар кучайиши мумкин. Беморнинг ичи келганидан кейин оғриқлар пасаяди. Айрим болаларда оғриқлар бутун корин бўйлаб тарқалиши билан бир пайтда кўнгил айнаши ҳам кузатилиши мумкин. Оғриқлар пайтида кўпчилик болаларда кориннинг қулдираши эшитилади. Оғриқлар кучайган ва сусайган холда бир неча кундан бир неча ҳафтагача сақланиб қолишлари мумкин. Бирок, кориндаги кучли оғриқлар сурункали энтероколитлар учун характерли эмас.

Барча беморларнинг аҳлати ўзгаради. Кўпчилик беморларда ич кетишлар қабзиятлар билан алмашилиб туради. Айримларида қабзиятлар кўпроқ кузатилса, бошқаларида ич кетишлар устун келади. Кўпчилик болаларда аҳлатнинг консистенцияси қаттиқ, “пробкалар” кўринишида бўлиб, кейинчароқ суюлади, ва охирида тиниқ рангдаги кўпиксимон ўйлик аралаш келиши билан яқунланади. Ич келиши кийин бўлиб, кучаниш орқали кечади. Бирок, дастлабки ич келганидан сўнг бемор енгиллик сезмайди ва яна хожатхонага боради. Ич келиши кўп бўлиб, кунига 2-3 мартадан 5-6 мартагача етиши мумкин. Қабзиятлар бир неча кунгача чўзилиб, сўнг ич

кетиши билан якувланиши мумкин. Болалар қориннинг дам бўлиши ва тортишиб туришидан, ичаклар моторикаси ва дискинезияси кучайганлигидан дарак берувчи қориннинг қуддираб, ичакларда суюкликнинг оқиб турганидан (переливание) шикоят қилишлари мумкин.

Юқорида санаб ўтилган шикоятлардан ташқари умумий интоксикация ва асаб системаси астенизацияси белгиларидан бўлган камқувватлик, тез чарчашлик, бош оғриши, уйқиннинг бузилиши, асабийлашиш ва кўп йиғлаш пайдо бўлади. Кўздан кечирилганда тери қопламалари ранги оқарган, тери курук ва таранглиги пасайган. Сочлари вурук, синувчан ва кўп тўқилади, Тирноқлари хиралашган, юзаси гадир-будур ва майда ёриқлар билан қопланган. Кўпчилик мактаб ёшидаги беморларда тана вазни камайган бўлади.

Айрим болаларда тахикардия ва гипотония кўринишидаги юрак-қон томир системаси зарарланиши белгилари кузатилади. Касалликнинг оғир ва ўртача оғир шаклларида юрак тоиларининг бўғиқлашиб, нозик систолик шовқонлар пайдо бўлганлиги эшитилади.

Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилганида баъзан глосситлар кузатилиб, бунда тилнинг шишганлиги, учининг кизарганлиги ва ён томонларида тишларнинг ўрни қолганлиги кўрилади. Айрим ҳолларда тил сўргичларининг текисланиб қолгани топилса, баъзан эса уларнинг атрофияси – “локланган тил” кўзга ташланади.

Одатда қорин ҳажми метеоризм ҳисобига катталашган. Пальпацияда йўғон ичак бўйлаб оғриқ сезилади. Оғриқлар ичак деворларининг қалинлашуви ва қаттиқлашуви билан биргалликда кечадиган спазмлар туфайли рўёбга чиқади. Йўғон ичакнинг диффуз зарарланиши характерли белгилардан бўлиб ҳисобланади. Айрим беморларда мезентериал лимфа тугунларининг катталашганлиги ва оғриши кузатилади. Сурункали энтероколит билан ҳасталанган беморларнинг яримида жигар катталашган ва енгил оғриқлар сезилиб, консистенцияси ўзгармасдан қолади.

Сурункали энтероколитларда нафақат ингичка ва йўғон ичаклар зарарланиши белгилари, балким ошқозон, жигар ва ошқозон ости безининг патологик жараёнга тортилганлиги симптом ва синдромлари ҳам пайдо бўлиб, касаллик клиник манзарасининг турли-туман тус олишига сабаб бўлади.

Касалликнинг кечиси сурункали энтероколитнинг оғир-енгиллик даражасига боғлиқ бўлади. Касалликнинг енгил шаклларида қориндаги оғриқлар енгил ва унчалик доимий бўлмай, қориннинг дам бўлиши, ичаклардаги қулдирашлар ва кабзиятларнинг қисқа муддатли (1-3 кун) ич кетишлар билан алмашиб туриши кузатилади. Айрим беморларда енгил полигиповитаминоз белгилари топилади.

Касалликнинг ўртача оғир шаклида бўшапганлик, камқувватлилик, тез чарчашлик, иштаҳанинг пасайиши, кўнгил айнаши ва қориндаги оғриқлар кузатилади. Қорин пальпациясида кўр ичак соҳасида кучли бўлмаган, лекин анча кенг тарқалган оғриқлар ичак қулдираши ҳамда “плеск” топилади. Кўпчилик беморларда жигар катталашган, тана вазни камайган бўлиб, витаминлар алмашинуви бузилганлигининг кўпгина белгилари кузатилади.

Энтероколитнинг оғир шаклларида овқат хазм қилиш системаси органлари функционал ҳолатидаги ўзгаришлар билан бир қаторда МНС. Юрак-қон томир ва қон системаси фаолиятларидаги бузилишлар белгилари ҳам топилади. Касалликнинг клиник манзарасида энтеритик синдром олдиги ўринларга чиқиб, ич келиши тезлашган, суюқ, кўп миқдорда ва кўпқисмон ва чала хазм бўлган овқат қолдиқларини сақлаб, ичаклардаги бижиш жараёнлари натижасидаги ачимсиқ хидга эга эканлиги кузатилади. Жигарнинг катталашганлиги ва каттиклиги доимий белгилардан бўлиб ҳисобланади.

Сурункали энтероколитларда патологик жараёнга ошқозон, жигар, ўт ажратин системаси ва ошқозон ости безлари ҳам тортилади. Ошқозоннинг зарарланиши клиник жиҳатдан жиғилдон қайнаши, ҳаво ёки “палагда тухум”

билан кекириш, иштаҳанинг ўзгариши, кўнгил айнаши, баъзан қусиш ва ошқозон ости соҳасидаги енгил оғриқлар кўринишида бўлиши мумкин.

Кўпчилик беморларда ошқозон ости беши фаолиятининг бузилишлари ҳам кузатилади. Бунда дуоденал суюқликда овқат хазм қилиш ферментлари миқдорининг камайганлиги топилади. Сурункали энтероколитларда одатда жигар фаолиятида ҳам сезиларли ўзгаришлар юзага келади: оқсил синтез қилиниши фаолияти бузилиши билан бир қаторда мочевино ишлаб чиқилиши, ҳамда антитоксик ва холестерин ҳосил қилиш фаолиятлари ҳам бузилади. Кўп ҳолатларда протеин ва холестерин ишлаб чиқилиши сусайиб, кейинчалик углеводлар, антитоксик ва мочевино ҳосил бўлиши фаолияти пасаяди.

Диагнози. Сурункали энтероколит диагнози фақат диққат билан ва мақсадга йўналтирилган анамнез, объектив кўздан кечириш, умумклиник, параклиник, рентгенологик, асбоблар ёрдамида ва бошқа текширув усуллари натижаларига асосан ўрнатилиши мумкин ҳолос. Умумий қон таҳлилида алоҳида ўзгаришлар топилмаслиги мумкин.

Копрологик текширишлар алоҳида аҳамиятга эга бўлган усуллардан ҳисобланади. Аҳлат реакцияси кислотали томонга силжиган бўлиб, ичакларда бижгиш жараёнлари мавжудлигидан далолат беради. Макроскопик жиҳатдан аҳлат суюқ ёки бўтқасимон кўринишида бўлиб, оч - сарик рангда, хазм бўлмаган овқат қолдиқлари кўрилади. Микроскопик жиҳатдан шиллик, кўп миқдорда ўсимлик клетчаткаси, нейтрал ёғлар, ёғ кислоталари ва ўзгармаган мускул толалари топилади.

Деярли барча болаларда йўғон ва ингичка ичакларда рентгенологик ўзгаришлар топилади: ичак шиллик қаватлари рельефи, уларнинг эвакуатор-мотор функциялари ўзгарган, ичаклар бўшлиғида газ ва суюқликлар йиғилиб қолиши кузатилади.

Сурункали энтероколитларда биохимик ўзгаришлар асосан гипопроteinемия, альбуминемия, гипер- α_1 , α_2 - глобулинемия; қонда умумий липидлар ва холестерин миқдорлари камайишлари кўринишида намоён

бўлади. Касалликда ичаклар микрофлорасининг сифатий ва миқдорий ўзгаришлари дисбактериознинг I ва II даражалари сингари эканлиги кузатилади.

Даволаш. Сурункали энтероколитларни даволаш касалликнинг этиологик омилларига, фазаларига, оғир-енгиллигига, бошқа орган ва системаларнинг зарарланишлари ҳамда моддалар алмашинувининг бузилиши даражаларига боғлиқ ҳолда ўтказилади. Даволаш тамойиллари босқичма-босқичлиги, узлуксизлиги, касаллик авж олганида стационарда, ремиссия даврида эса поликлиника шароитида даволаб ва кузатиб бориш ва олинган натижаларни санатория ва курортлар шароитида мус тахкамлашдан иборат.

Касалликнинг актив фазасида стационарда диетотерапия, химиотерапия, доривор ўсимликлардан ва биопрепаратлардан фойдаланиш, витаминотерапия, издан чиққан моддалар алмашинуви жараёнларини қайта тиклаш, физиотерапевтик чоралар ва даволаш жисмоний тарбияси тадбирларини ўтказиш кўзда тутилади.

Сурункали энтероколитларда диетотерапия тамойиллари куйидагилардан иборат: 1) озиқ-овқат маҳсулотлари қуввати (калорияси) шу ёндаги соғлом болаларникидагидай бўлиши билан бир қаторда енгил хазм бўладиган, ичаклар шиллиқ қаватларини қитикламайдиган бўлишлари лозим, бунга эса уларни диққат билан танлаш ва бўтқа ҳолатига келгунга қадар механик ишлов бериш орқали эришилади; 2) овқатланиш режимига катъий амал қилиш, яъни овқатланиш мунтазам бўлиб, аниқ соатларда, тез-тез (ҳар 2-3 соатда), оз-оздан ва албатта, майда чайнаб ейилиши зарур; 3) рациондан турли ширин пишириклар, аччиқ, тузланган, дудланган, ковурилган таомлар, қора нон, сут, янги ивигилган катик маҳсулотлари, балиқ ва гўштнинг ёғли навлари, тухум ва ёғ қўшилган ҳамир маҳсулотлари, пироглар, карам, нўхот, мош, шолғом, турп, редиска, саримсоқпиез ва пиез сингари маҳсулотлар чиқариб ташланади. Касаллик авж олганида стационарда № 4 столга яқин парҳез буюрилади. Парҳез давомийлиги индивидуал тарзда ҳал қилиниб,

ўртача 4-6 хафтага мўлжалланади. Ремиссия даврига келиб эса, болалар умумий столга ўтказилади (15 № парҳез).

Сурункали энтероколитларни даволашда таъсир доираси кенг бўлиши билан бир вақтда ичак сапрофитларига салбий таъсир кўрсатмайдиган мексаформ, мексаза, интестопан ва энтеросептол сингари оксихинолин катори препаратлари ҳам кенг қўлланилади.

Ичак микрофлораси экологик структурасини қайта тиклашда юқорида санаб ўтилган дорилардан ташқари яна неграм ва невигамон каби налидиксин кислотаси ҳосилаларидан ҳам фойдаланилади. Улар ичакларнинг облигат флорасига таъсир қилмагани ҳолида шартли патоген микрофлора ўсишини пасайтирадilar.

Ичаклар микрофлорасига қурук колибактерин, бифидумбактерин ва бифинкол сингари биологик препаратлар ҳамда стафилококк ва протей бактериофаглари ҳам сезиларли мусбат таъсирга эга бўлишади.

Ичаклардаги яллиғланиш жараёнлари албатта организм химоя кучларининг сусайишига олиб келади. Организм химоя кучларини стимуляция қилиш мақсадида пентоксил, метилурацил ва продигиозан каби дориларидан ҳам фойдаланилади.

Ошқозон ва ошқозон ости беzi фаолиятини қайта тиклашда ошқозоннинг натурал шираси, ацидинпепсин, бетацид, абомин, панкреатин, полизим, панзинорм,-форте, фестал, ораза ва мезим-форте кенг қўлланилади. Оксил алмашинуви бузилишларини барҳам топдиришда анаболик стероидлар билан биргаликда плазма ва оксил гидролизатларидан иборат бўлган анаболик-инфузион терапия ўтказиш ҳам кўзда тутилади.

Сурункали энтероколитларнинг анча эрта кузатиладиган белгиларидан бўлиб полигиповитаминоз ҳисобланади. Шунга асосан беморга В₁, В₂, В₆, В₁₂, фолат кислотаси, аскорбин кислотаси ва никотин кислотаси сингари витаминлар комплекси буюрилади. Шунингдек стеаторея туфайли ичакларда сўрилиши қийинлашган А ва Е сингари ёғда эрувчи витаминларни киритиш ҳам зарур деб ҳисобланади. Организмдаги кальций дефицити твoроғ ва

пишлоқ берилиши ёки кальций глюконат ичирилиши оркали тўлдирилади. Темир етишмовчилигида эса, темир препаратлари бериш оркали қопланади.

Сурункали энтероколитларда ичаклар моторикасини тиклаш алоҳида аҳамият касб этади. Ичаклар спазми ва оғриқларини камайтириш мақсадида но-шпа, бишпан, триошпан, папаверин, галидор ҳамда Губергринц мураккаб порошоги қўлланилади.

Қабзиятларда пархез таомлар билан бир қаторда тифен, апрофен, профенин ва карловар тузия ва вазелин мойи берилиши мумкин. Сезиларли яллиғланишларга қарши ва оғриқ қолдирувчи дорилар сифатида зверобой, аптека ромашкаси, мята перечная, подорожник, шалфей, тысячелистник ва шиповник сингари ўсимликлар ҳам фойда беради.

Комплекс даво чоралари орасида физиотерапевтик муолажалар ҳам алоҳида ўрин тутади. Қорин соҳасига қўйилган иссиқ сувли грелка ёки компрессдан ҳам самара олинishi мумкин. Шунингдек қорин соҳасига парафин ёки озокерит билан аппликация ҳам буюрилади. Қоринга диатермия, турли дори-дармонлар билан электрофорез, симорли-кварц лампаси билан маҳаллий нурлантириш ва соллюксдан ҳам фойдаланилади.

Марказий асаб системаси фаолияти бузилишларини барҳам топтириш учун эса электр-уйку буюрилади.

Стационарда эришилган самара махсус санаториялар шароитида мустаҳкамланади. Кейинчалик болалар поликлиникасида диспансер кузатувида бўлиб туради.

Вазиятли масалалар

масала 1.

Гавхарой, 10 ёш, кейинги даврда озиб кетганлиги, қоринда оғриқ борлиги, ништаха пасайиб кетишига шикоят қилади. Эпигастрал ва пилородуоденал соҳада, асосан кечкурун ва тунда симиллаган характерли, давомли (2 соатдан ортиқ) оғриқ авж олади. Шунингдек, кўнгил айниши, ошқозон соҳада оғирлик, оғзида бемаза таъм кузатилади. Бемор 1 йилдан буён касал. Бувисида ошқозон яра касаллиги бўлган. 6 ва 8 ёшда қизчада

ЎИИ кузатишган, уй шароитида даволанган. Овқатланиш режимига риоя қилмайди. Кўпинча бутерброд, “хот-дог” истеъмол қилиб юради. Беморнинг умумий аҳволи коникарли. Бола озғинроқ. Териси оқиш рангда, қуруқшаган. Тили бироз оқ қараш билан қопланган. Қорни юмшоқ, пальпацияда эпигастрал соҳасида сусти оғриқ аниқланмоқда. Ичи баъзида қаттиқ баъзида қунига 2-3 марта келади. 1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Текшириш ва даволаш дастурини тузинг? 3. Беморга пархез тайинланг

Масала 2.

12 ёшли Авазбек ёғли овқат ёки кўп овқат истеъмол қилгандан сўнг киндик атрофида ва қориннинг эпигастрал қисмида оғриқ безовта қилишига, кўнгил айнишига, иштаха пасайишига, жиғилдон қайнашига, оғизда ачимтил таъм, вақти-вақти билан ичи ўтиб туришига, баъзан эса қорин дам бўлишига шикоят қилади. Бемор 5 ёшлигида ўткир дизентерия ўтказган. Беморнинг умумий аҳволи коникарли. Бола озғинроқ. Териси оқиш рангда, қуруқшаган. Тили қараш билан қопланган. Қорни юмшоқ, пальпацияда киндик атрофида ва эпигастрал соҳасида сусти оғриқ аниқланмоқда.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз? 2. Қандай текширув муолажаларни тавсия этасиз? 3. Беморга пархез тайинланг ва даволаш режаларини тузинг.

Тестлар:

1. Ошқозон ва 12 бармоқ ичак шиллиқ қаватининг сурункали рецидивланувчи яллиғланиши ва дистрофик ўзгариши билан кечувчи касаллик қайси?

- *а) сурункали гастродуоденит в) атрофик гастрит
- б) ошқозон ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги
- в) атрофик гастрит г) асоратланган гастрит

2. Сурункали гастродуоденитнинг экзоген этиологик факторларини кўрсатинг?

- *а) ҳамма жавоблар тўғри
- б) алиментар омиллар

- в) медикаментоз омиллар
г) аллергия паразитар факторлар
3. Сурункали гастритнинг этиология омиллини кўрсатинг?
*а) хелисобактери пилори
б) ичак таёкчаси
в) стафилококк
г) ҳамма жавоблар тўғри
4. Сурункали гастродуоденитлар этиологиясида эндоген факторларни сананг?
*а) ҳамма жавоблар тўғри
б) гастродуоденал рефлюкс
в) аутоиммун атрофик гастрит
г) пернитсиоз анемия
5. Хелисобактери пилори чақирадиган гастритларда мочевинадан ис-
гази ва аммиак ҳосил қилувчи фермент қайси ?
*а) уреаза б) протеаза в) каталаза г) мутсиназа
6. Хелисобактери пилори ошқозоннинг қайси қисмига трофик
хусусиятга эга?
*а) Антрал б) Фундал в) катта эгирлик г) пилорик
7. Сурункали гастритларни энг кўп чақирадиган сабаблардан бирини
танданг?
*а) алиментар фактор б) ирсий фактор
в) стресс фактор г) дориларнинг салбий таъсири
8. Сурункали гастритларга хос белгиларни аниқланг?
1. Эпигастрал саҳода оғрик, 2. Қоринда оғрик, 3. Кўнгил айнаши, 4.
Қайт қилиш, 5. Иштаҳа сустлиги, 6. Тана ҳароратининг кўтарилиши
* а) 1,3,5. б) 1,5, 6 в) 2,3,4 г) 1,3,6,

9. Сурункали гастритларни чакирувчи энг ххавfli омилларни кўрсатинг?

- а) Бир хил ва тартибсиз овқатланиш
- б) Юкумли касалликлар ўтказганлиги
- в) Ота-онасидан ошқозон ичак системаси патологияси
- г) Аллергик ҳолатлар.

10. Ошқозон фаолиятини текшириш усулларини аниқланг?

- 1) анамнез, 2. Умумий қон ва нажас таҳлили,
- 3) Ошқозонни зонд орқали текшириш,
- 4) Эзофагогастрофиброскопия, 5. Ректoрамоноскопия,
- 6) ацедотест.

* а) 1,3,4,6 б) 1,2,3, 5 в) 1,2,5,6 г) 2,3,4,5

10.Сурункали гастритларга хос бўлмаган белгини танланг?

- а) тана ҳароратини кутарилиши б) кунгил айниш, кайт киши
- в) эпигастрал соҳода оғрик бўлиши г) иштаҳанинг сустлиги

БОЛАЛАРДА ЎТ ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ўт чиқарув йўлларининг дискинезиялари ўт пуфағи ва ўт йўллари моторикасининг бузилишлари бўлиб, асосан ўнг қовурға ёйи остидаги оғриқларнинг мавжудлиги билан белгиланади., ўт пуфағида ва ўт йўлларида органик ўзгаришлар бўлмаганида ўт йўллари дискинезиялари алоҳида касаллик деб айтилади. Бу касалликнинг ўт пуфағи ва унинг сфинктерлари тонуси кучайиши билан кечадиган гипертоник (гипертоник-гиперкинетик) ҳамда ўт йўллари тонуси ва ҳаракат активлиги пасайиши кўринишидаги гипотоник (гипотоник-гипокинетик) сингари иккита шакли тафовут юлинади. Шунингдек, ўт йўллари дискинезиялари бирламчи ва иккиламчи шаклларга ҳам ажратилади. Бирламчи дискинезиялар асосида нейрогуморал - регулятор механизмларнинг бузилиши туфайли ривожланган ўт ажратиш йўлларининг функционал ўзгаришлари ётади. Улар умумий

аллергозлар, эндокрин бузилишлар ва неврозлар туфайли келиб чиқишлари мумкин. Иккиламчи дискинезиялар эса, висцеро-висцерал рефлекслар туфайли рефлектор кўринишда юзага келиб, ошқозон-ичак трактининг бир қатор касалликларида кузатилиши мумкин, ёки вирусли гепатит, дизентерия, ич терлама, ва сальмонеллэзлар сингари бошдан кечирган касалликлардан кейин ривожланишлари ҳам мумкин.

Этиологияси. Ўт йўллариининг бирламчи дискинезиялари одатда сифатсиз таомларни истеъмол қилиш, ўта ёғли овқатларни қабул қилиш, тартибсиз овқатланиш сингари овқатланиш режимининг бузилишларида ва кам ҳаракатчан тарзда кун кечирадиган болаларда кузатилади. Шунингдек дискинезияларга асаб-рухий зўриқишлар, жароҳатлар, бошдан кечирилган юқумли касалликлар (айниқса, инфекцион гепатит), гижжа касалликлари, ичаклар лямблиози ва интоксикациялар ҳам сабаб бўлишлари мумкин. Ўт пуфаги мускуллар тонусининг сустлиги конституционал табиатга эга бўлиши мумкин. Дискинезиялар кўпчилик ҳолатларда неврозларнинг белгиси сифатида кузатилади. Дуоденитлар, гастритлар, ошқозон ва 12 – бармоқли ичак яраси, дисбактериоз ва ичаклар касалликлари сингари ошқозон-ичак тракти хасталиклари ва атопик диатезлар ҳам дискинезиялар бошланишига туртки бўлишлари мумкин. Ўт пуфаги моторикасининг бузилиши одатда иккиламчи бўлиб, кўпинча ўт йўллариининг туғма аномалиялари холециститлар ва ўт-тош касалликларининг асоратлари сифатида ривожланиши мумкин.

Патогенези Касалликнинг патогенези ҳар кимда ҳар хил кечади. Бир тарафдан МАС симпатик ёки парасимпатик бўлими тонуси устун келиши билан кечаётган невроз ўт йўллари сфинктерларининг турғун спазмига ёки гипотониясига сабаб бўлса, иккинчи тарафдан эса, ўн икки бармоқли ичак касалликларида холецистокинин секрецияси бузилади, ошқозон ва ичакларнинг турли бўлимлари касалликларида эса, гастрин ва ўт йўллари ҳаракат активлигини бошқариб турувчи нейрогормон секрецияси издан чиқади. Шунингдек, дискинезиялар ошқозон-ичак тракти зарарланган

соҳаларининг висцеро-висцерал рефлюкслари туфайли ҳам ривожланиши мумкин. Ичакка ўт қуюлиши ритмининг бузилиши ошқозон-ичак тракти юқори қисмларининг бактерицид хусусиятларини сусайтириб, ичаклар дисбактериозига ва дискинезияларига сабаб бўлиши ҳам мумкин. Узок муддат давом этган дискинезия ўтнинг димланиши ва унга инфекция тушишига сабаб бўлиши билан бир қаторда ичакдаги моддаларнинг ўт пуфагига ўтиб қолиши (рефлюкс) холециститнинг ривожланишига олиб келади.

Клиникаси. Ўт йўллари дискинезиялари қориндаги, кўпинча, ўнг қовурга ёйи остидаги оғриқлар ҳамда диспептик ўзгаришларнинг мавжудлиги билан характерланади. Қасаллик белгиларининг турли-туманлилиги кўпинча ошқозондаги 12-бармоқли ичак ва ичакларнинг турли соҳаларидаги асоратлар орқали тушинтирилади.

Клиник жиҳатдан дискинезияларнинг гипертоник ва гипотоник сингари иккита шакли тафовут қилинади.

Гипертоник дискинезиялар хуружсимон, санчувчи ва кесувчи сингари оғриқларнинг мавжудлиги билан белгиланади. Одатда бу оғриқлар қисқа муддатли бўлиб, кўпинча асаб-рухий ва жисмоний зўриқшлардан кейин келиб чиқади. Оғриқ хуружлари орасидаги даврларда болалар деярли шикоят қилмайдилар.

Гипотоник дискинезияларда оғриқлар ўзларининг доимийлиги, вақти-вақти билан кучайиб туришлари ва ўнг қовурга ёйи остидаги тортишганлик хисси мавжудлиги билан ажралиб турадилар. Оғриқлар сирқираб, босганга ўхшаган ёки ноаниқ бўлиб, жигарни ва ўт пуфаги соҳасини пальцация қилинганда кучаяди. Кўнгил айнаши, оғизда аччиқ таъм пайдо бўлиши ва баъзан қусиш кузатилади.

Ўт йўллари дискинезияларида асосан 12-бармоқли ичак ва ичакларнинг проксимал қисмлари зарарланишлари ҳисобига холецистокинин гормони синтези сусайиб, унинг миқдори камайиб кетиши ҳисобига гипотоник шакл кўпроқ учрайди.

Диагнози. Касалликни аниқлашда ўт ажралишининг лаборатор текшириш усуллари орасида фракцион дуоденал зондлаш ва кейинчалик 12-бармоқли ичакдан олинган ширани кимёвий, физик ҳамда бактериологик текширишлар асосида аниқланилади. Ўт ажралишининг гипертоник, гиперкинетик ва гипотоник, гипокинетик дискинезиялари тафовут қилинади.

Ўт йўллари дискинезияларининг гипертоник шакли Одди сфинктери ёшиқ фазасининг 6 дақиқа ва ундан ортиқроқлиги (Одди сфинктери гипертонияси), Люткенс-Мартинов сфинктери спазми ҳисобига ўт суюқлигининг А порцияси ажралмаслиги билан характерланади. Ўт суюқлигининг В порцияси оз миқдорда, секин-аста ва тўтаб-тўхтаб ажралиши билан белгиланади. Бундай ҳолатларда спазмолитиклар буюриш талаб қилинади.

Ўт йўллари дискинезияларининг гиперкинетик шакли ўт пуфагининг жадал бўшаши билан характерланади. Ўт пуфаги суюқлигининг ҳажми нормал кўрастқичларда бўлиб, текширишлар қоринда оғрикларнинг пайдо бўлишига олиб келишлари мумкин.

Гипотоник дискинезиялар ўт суюқлиги тўқ рангли В порциясининг кўп миқдорда (60 мл дан ортиқ) ва секин (25 дақиқадан ортиқ) ажралиши билан фарқланади. Одди сфинктери гипотониясида ўт суюқлиги зонд 12-бармоқли ичакка ўтиши биланок ажралади, ва шунинг учун, ўт суюқлигининг А, В, С порцияларини аниқлаш имконияти бўлмай қолади.

Дискинезияларнинг гипокинетик шакли ўт пуфагининг секин бўшаши, ўт суюқлигининг аста ва бир маромда ажралиши билан характерланади.

Ўт йўллари дискинезияларини аниқлашда рентгенологик текшириш маълум аҳамият касб этади. Дискинезияларнинг гипертоник шаклида ўт пуфаги тухумсимон шаклда бўлиб, унинг бўшаши баъзан жадал, баъзан эса суст (гипертоник димланган пуфак) кечиши мумкин.

Даволаш. Ўт ажратин системаси функционал ўзгаришларини даволаш ўт йўллари дискинезияларининг шаклига боғлиқ ҳолда ўтказилади. Масалан, парҳез гипотоник шаклда: Первзнер бўйича № 3 стол, Ўсимлик

клетчаткасини сакловчи ўт хайдовчи таомлар буюрилади; гипертоник шаклда: Певзнер бўйича № 5 стол бўлиб, механик ва химик қитқловчи хусусиятлари кам бўлган маҳсулотлар тавсия қилинади.

Нейротроп дорилар: гипотоник шаклда: фенамин ва кофеин сингари стимуллашчилар; гипертоник шаклда: седативлар, транквилизаторлар, ганглиоблокаторлар ва новокаин, баъзан уларни интрадуоденал киритиш ҳам мумкин.

Спазмолитиклардан гипотоник шаклда: буюрилмайди; гипертоник шаклда: но-шпа, папаверин ва эуфиллин тайинланади.

Иссиқлик муолажаларидан гипотоник шаклда фақат касаллик авж олганида буюрилади; гипертоник шаклда кенг қўлланилади.

Даволаш жисмоний тарбияси гипотоник шаклда тонусни оширувчилар препаратлар буюрилади; гипертоник шаклда эса авайлаш усулларидан фойдаланилади.

Физиотерапиялардан гипотоник шаклда фарадизация, гальванизация ва диадинамотерапия сингари тонусни оширувчилар; гипертоник шаклда новокаин, папаверин ёки магний сульфат билан электрофорез, ультратовуш сингари седатив таъсирга эга усуллар қўлланилади.

Маъданли сувлар: гипотоник шаклда хона хароратидаги юкори минерализацияланганлар суткасига 300-400 мл атрофида 2-3 мартага бўлиб ичирилади; гипертоник шаклда эса кам минераллилар илик ҳолатда оз-оздан кунига 5-6 мартадан берилди.

Ўткир холецистит.

Клиник манзараси. Касаллик ўткир бошланиб, ўнг қовурға ёйи остида ёки ошқозон соҳасидаги кучли оғриқларнинг мавжудлиги билан характерланади. Бу оғриқлар ўт пуфаги девори таранглашуви, ундаги босимнинг ортиши, ўт ажралишининг қийинлашуви, ўт пуфаги девори ва қорин пардадаги яллиғланишлар ҳисобига пайдо бўлади. Оғриқлар ўнг елка, курак ва белнинг ўнг қисмига тарқалиши мумкин. Оғриқ хуружлари кўнгил айланиши ва ўт аралаш қусиш билан кечиши ҳам мумкин. Тил қуруқшаган ва

оқ-кулранг тусдаги караш билан копланган. Тана харорати 39-40⁰ гача кўтарилиб, бемор титраб қақшайди. Беморлар безовталаниб, оғриқни қамайтириш мақсадида тана холатини тўхтовсиз ўзгартириб турилади. Токсикоз жадал ривожланади. Қорин бироз дам бўлиб, унинг нафас актидаги ишгиروي сусаяди. Ўнг қовурга ёйи соҳасини перкуссия қилиш ёки енгил дукиллашиб уриб кўриш кучли оғриққа сабаб бўлади. Қориннинг юзаки пальпациясини ўтказиш дастлаб маҳаллий, кенчалик эса, кенг тарқалган қорин мускулларининг тариглашуви кўринишидаги реакцияга сабаб бўлади. Шеткин-Блюмберг симптоми сингари қорин парда қитиқланиши белгилари ҳам пайдо бўлиши мумкин. Юзаки пальпация оғрикли бўлиб, чуқур пальпация ўтқишининг эса, муғлако иложи йўқ. Баъзан жигарнинг қатталашуви ва оғриғи аниқланиши мумкин. Қон таҳлилида ЭҚТ ортганлиги, лейкоцитоз ва нейтрофиллар формуласининг чапга силжиганлиги топилади. Сийдик анализида уробилин аниқланиб, енгил протеинурия кузатилади. Холециститдаги оғриқлар ўт-тош қасаллигига қараганда фарқли ўларок, ўзларининг узокрок давом этишларини билан фарқланадилар,

Болалардаги қатарал холециститларда оғриқ хуружлари бир неча кун сақланиб, сўнг пасаяди. Ўткир холециститларнинг кечиши яхши сифатли бўлишига қарамай, уларнинг давомийлиги 2-3 ҳафтадан то бир ярим –икки ойга етиши мумкин. Бироқ, айрим ҳолларда қасаллик флегмоноз ёки гангреноз шаклларга ўтиб кетиши ҳам мумкин.

Диагноз. Ўткир холециститлар диагнозини аниқлашда қасалликнинг клиник манзарасига, жигар ва ўт йўллари эхографияси ва лапароскопия сингари лаборатор текшириш усулларининг натижаларига асосланади.

Дифференциал диагностикасида қасалликни ўт-тош қасаллигидан, аппендицитдан, ўткир панкреатитдан ўнг тарафлама паранефритдан ва буйрак санчигидан фарқлаш талаб қилинади.

Даволаш. Холециститнинг қатарал шаклида беморга қатъий ўринда ётиш режими буюрилиб, овқатланишлар сони чекланади. Оғриқ хуружини бартараф қилиш мақсадида антиспастик ва оғриқ қолдирувчи дорилар,

оғирроқ ҳолларда эса, промедол ёки пантопон ҳам буюрилиши мумкин. Новокаиннинг 0,5% эритмасидан 3-5 мл ини физиологик эритма ёки глюкоза билан вена ичига киритиш оғриқларни камайтириши ҳам мумкин.

Айрим ҳолларда уларнинг қон босимини тушириб юбориш хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда эҳтиётлик билан гексоний ва пентамин сингари ганглиоблокаторлар киритилиши мумкин. Дезинтоксикация мақсадларида 5% глюкоза эритмасидан, маннитол ва гемодезлардан фойдаланилади. Ўт таркибидан ажратиб олинган микробли флора сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда таъсир доираси кенг бўлган антибиотиклар кенг қўллинади.

СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ

Сурункали холецистит бу- ўт пуфағи ва ўт йўллариининг дисхония ва дискинезиялари, ўт йўллариининг тугма ва орттирилган аномалиялари фонда ривожланадиган сурункали жарайн бўлиб, доимо иккиламчи бўлиб ривожланади.

Этиологияси инфекция ва ноинфекцион характерга эга бўлади. Ўт йўлларида яллиғланиш жараёни бактериал омилни патогенетик занжирга киришидан бошланади. Ўт пуфағидаги жараён одатда бактериал камроқ ҳолатларда эса вирусли бўлиши мумкин. Бактериялардан аутофлоралар вакиллар қўзғатувчилари бўлиб – ичак таёқчаси, стафилококклар, энтерококклар, протейлар, камроқ ҳолатларда тиф ва паратифоз, дизентерияли таёқчалар чақириши касаллиқнинг оғир кечишидан далolat беради. Кўкрак ёнидаги болаларда холецистит бошидан ўтказган сепсис касаллигидан сўнг намoён бўлиши ёки сепсисдан кейин бошланиши ҳам мумкин. Бактериялар иштирок этмаса ҳам эпидемик гепатит вируслари (баъзан аденовируслар ва энтеровируслар) ўт пуфағи деворида яллиғланиш жараёнларини чақиради. Баъзи бир минтакаларда сурункали холециститни паразитлар ҳам этиологик омил бўлиши мумкин. Ўт йўлларидаги ноинфекцион яллиғланиш жараёнлар гипотоник дискинезиялар, атопик

диатезлардаги аллергиялар дуоденобилиар рефлюкслар хисобига ошқозон ва панкреатик шарбатларнинг тушидан вужудга келади.

Сурункали холециститлар калькулёзли ва нокалкулезли шаклларига бўлинади. Болалик даврида нокалкулезли шакли устун туради.

Клиникаси: Оғрик синдроми: Оғрик ўнг қовурға остида ўт қопи соҳасида жойлашиши характерли. Ёғли иссиқ, ўткир овкатлар, совуқ газли сув, пиво истеъмол қилгандан кейин бошланади. Оғрик турли характерда бўлади:

- Нокалькулёзли холециститда оғрик, тўмтоқ ва давомли бўлади

- Калькулёзли холециститда оғрик юрганда, оғир юк кўтарганда бирданига бошланиб, унчалик давомли бўлмайди, баъзида эса психоэмоционал зўриқишларда ҳам кузатилади. Оғрик ўнг куракка, ўнг елка, ўнг бўйин соҳасига таркалади. Оғриклар орқа соҳаларда ҳам кузатилиши мумкин: оғриклар маҳаллий иссиқ қўйилганда, спазмолитиклардан кейин ўтиб кетади. Агар оғриклар 4 соатдан узок давом этса, демак жараён ўт пуфагига тарқалган бўлади.

2. Қайд қилиш синдроми ошқозонга ўт суюқлиги чиқиши билан келиб чиқади. Бунда оғизда аччиқ таъм келиб баъзида эпигастрал соҳада оғирлик хисси пайдо бўлиши, кўнгил айнаши ва қайт қилиш ҳам қўшилиши мумкин.

3. Ичак диспепсияси. Метноризмга мойиллик, сутли парҳезни кўтара олмаслик, ич ўтишлар ёки ич қотишлар кузатилади. Холецистопенкреатит ахлати суюқ ва бадбўй хидли бўлади. 12 бармоқли ичакдан ошқозонга рефлюкс кузатилади. Бунга қўшимча аччиқ таъм келиш ҳам қўшилади. Оғиз шиллик қавати атрофияга учрайди. Баъзан холецистит турли яширин кўринишларда учраши мумкин.

1. Давомли субфебрил харорат, баъзан ойлаб давом этиши мумкин. Бунда биз сурункали ўчоқли инфекция борлигига шубҳаланамиз (сурункали тонзиллит, ревматизм, туберкулёз) лекин холециститни унутиб қўямиз.

2. Холецистокардиал синдром юрак соҳасида оғрик пайдо бўлиши, бу оғриклар вагуснинг вицero-вицeral рефлюкслари билан боғлиқ. Оғриклар юрак учи туртки қисмга тарқалган бўлади. Бемор 1 та бармоқ билан оғрик нуқтасини кўрсатади. Оғриклар узок муддатли симмилловчи баъзида хуружсимон характерга эга. ЭКГ да ўнг кўкрак ва 3- чи стандарт узатмада Р тинчаси манфий бўлади. Баъзан бигимения ва тригемения тури ритмлари бўйича бузилиши кузатилади. Бу касаллиқни аниқлашда овқат билан боғлаш муҳим. Оғриклар ўнг коворга остидан бошланади, сўнг юрак соҳасига ўтиб кетади.

3. Артральгия турида бу ҳолатларда бемор кўпинча ревматизм диагнози билан даволанади, лекин чуқур текширувларда ялғиланиш белгилари аниқланмайди. Холециститни даволагандан сўнг оғриклар йўқолади.

4. Аллергик синдром. Айрим озуқа маҳсулотларни - сут, баъзи бир дори препаратларни кўтара олмаслик кузатилади.

5. Қондаги ўзгаришлар. Нейтропения, анемия кузаталади. Бу парасимпатик нерв системасининг тонуси ортишига боғлиқ.

Кўзгалмаган даврида 20% беморларда нейтропения бўлади. Яра касалликларида, сурункали гастритларда, неврозда, вегетатив нерв системасининг бузилишларида нейтропения кузатилади. Беморларда нейтропения бўлишига кармасдан уларда бактерия ва вирусларга юкори сезувчанлиги бўлмайди. Хуруж вақтида бошқа инфекция кўшилиши ҳисобига нейтрофилли лейкоцитоз топилади.

Невростеник синдром: обьектив кўруида асоратсиз холециститларда беморлара кам азият чекади.

Холестазда сариклик кузатилиши мумкин, тил оқ ёки жигарранг қараш билан қопланган, палпацияда ўт пуфаги оғрикли, семиз одамларда диафрагмани баланд юкори жойланганлиги ҳисобига оғрик кузатиламайди. Ўт пуфаги кўпроқ хажм жиҳатидан кичрайган кўшни аъзоларига ёпишган бўлади. Буларга қорин бўшлиги ва жигар қиради.

Диагностик мусбат симптомлар:

- Ксра симптоми: бемор тик турган ҳолатда пальпация илинганда оғриқ кузатилади.

- Мерфи симптоми: нафас олганда ўтирган ҳолатида оғриқ кузатилади.

- Мюсси симптоми: тўш умров сўргичсимон мушагининг оёқчалари ораси эзилганда оғриқ бўлади.

- Лепене симптоми: ўнг қовургага уриб кўрилганда оғриқ бўлади.

- Френикус Лидский симптоми: ўнг қовурга остида палпация қилинганда қорин бўшлиғи мускулининг қаршилиги пасайган.

Лаборатор таҳлиллар:

1) Кўзгалиш вақтидаги қон таҳлили нейтрофилли лейкоцитоз, СОЭ тезлашган 15-20 мм-соатига. "С" реактиви оқсилни пайдо бўлиши, а - ва g глобулинни ва сиал кислотасини ортиши кузатилади.

2) Дуоденал зондлаш. Ўт суюқлигининг порцияси ва миқдорига эътибор берилди. Тўпламли шиллиқ чикса микроскопда текширилади. Бунда лейкоцитлар, лямблиялар кузатилади. "В" порцияда ўт аниқланса, ўт пуфаги ўзида ўзгариш борлиги аниқланади, "С" порцияда бўлса ўт йўлларида ўзгариш бўлади.

3) Рентгенологик текширувида агар ўт пуфаги яхши кўрилса, демак у склерозга учраган бўлади. Тошлар рентгеногегатив бўлади. Улар контрастда яхши кўринади. Бундан ташқари радиотелевидения, сканерлаш, тепловидения текширувларини ҳам ўтказиш мумкин.

Даволаш:

1) Парҳез: ёғли овқатлар, калорияли овқатларни чеклаш тартибли 4-5 марта овқатланиш.

2) Инфекцияга қарши антибиотиклар эритромицин, 0,1 дан 1 таблетка 3 маҳал пенциллин, ампециллин 2 маҳал кунига 500 минг таъсир бирликда 2 маҳал.

3) Ўт йўллари моторикасини кучайтириш холесисто -кинематикалардан магнезини сульфат 25% ли 200 мл дан 1 чой қошиқдан 3 маҳал кунига, сорбит, ксилит.

4) Холодистокинетиклар билан холеретиклар аллохол 2 таблеткадан 3 маҳал холезим 1 таблеткадан 2-3 маҳал.

5) Холосас 1 чой қошиқдан 3 маҳал циквалон 0,1 дан 3 маҳал (яллигланишга қарши ҳам таъсир қилади). Амоцин 0,15 дан 3 маҳал, хологол 5 томчидан қандга томизиб овқатдан ярим соат олдин.

6) Оғрик бўлган вақтда миотроп таъсирига эга спазмолитиклар: но-шпа 0,04 -3 маҳал атропин 0,1 % -2 мл тери остига. Платифиллин 0,005 дан 2 маҳал, никошпан 2 мл 10% ли навокан эритиб.

7) Витаминлар ва биостимуляторлар (алоэ, метилурацил).

8) Доривор ўсимликлар ўлмасут, ялпиз, маккажухори попути дамламаси, барбарис, наматак ва бошқалар.

9) Оз миқдорда туз тутган минерал сувлар: Эссенгуки 18 Нафтусия, Трускавец, Баржоми.

10) Хуруж бўлмаган вақтда санатор курорт даво.

11) Физиотерапия (иссик муолажалар, индуктотермия, парафин).

Оғрик синдромида 0,1 атропин эритмасидан перорол (1/2 томчи ёшига) берилади ёки экстрак белладон (1 мг ёшига), папаверин, но-шпа, спазмолтин, теофиллин берилади. Агар хуружлар ўтиб кетмаса баралгин ёки 0,2% платифиллин эритмасидан м/о инъекция тайинланади.

Профилактика: Сурункали инфекция ўчоқларини тозалаш ўз вақтида холеститларнинг рационал даволаш, овқатланиш режимига риоя қилиш, ўткир ичак касалликлари ва глист инвазияларини вақти-вақти билан бартараф этиб туриш зарур бўлади.

Вазиятли масалалар.

Масала 1

12 ёшли ўғил болада ёгли овқат истеъмол қилгандан кейин эпигастрал ва ўнг ковурга соҳасида ва кориннинг ўнг томонларида хуружсимон оғрик

безовта килишига, кўнгил айланиш, қайт килиши, иштаҳа сустлиги ва вақти-вақти билан ичи ўтиб туришига, баъзан эса ичи қотиб қолишидан шикоят қилади. Бемор 5 ёшлигида вирус гепатит ўтказган. Беморнинг кўздан кечирганда ранглари бироз оқарган, тили оқ қараш билан қопланган. Қорин пальпация қилиб кўрилганда ўнг қовурга ости соҳаларида оғрик аниқланмоқда. Мерфи, Ортнер, Кер симптомлари мусбат. Жигар қовурга ёён остида. Ичи вақти-вақти билан бузилиб туради. 1.Сизнинг тахминий таъхисингиз? 2.Текшириш ва даволаш дастурини тузинг?

Масала 2

9 ёшли бемор болада кейинги вақтларда иштаҳани пасайиши, ёгли ва қовурилган овқатларни ёқтирмаслик, кўнгил айланиши, қориннинг ўнг қовурга ости соҳаларида оғрик кузатилишидан шикоят қилади. Айниқса, бу белгилар ёгли овқатлардан, асабийлашгандан сўнг кўпроқ кузатила бошлади. Боланинг оғзида ачимтил таъм кузатилади. Беморнинг кўздан кечирганда ранглари бироз оқарган, тили оқ қараш билан қопланган. Қоринни пальпация қилиб кўрилганда ўнг қовурга ости соҳаларида оғрик аниқланмоқда. Мерфи, Ортнер, Василенко симптомлари мусбат. Жигар қовурга остида. Ичи меърида. 1.Сизнинг тахминий таъхисингиз?

2.Текшириш ва даволаш дастурини тузинг?

Масала 3

2. 10 ёшли бемор болада баҳор фаслда иштаҳани пасайиши, ёгли ва қовурилган овқатларни ёқтирмаслик, кўнгил айланиши, баъзида қайт килиши, қориннинг ўнг қовурга ости соҳаларида оғрик кузатилишидан шикоят қилади. Айниқса бу белгилар ёгли овқатлардан, асабийлашгандан сўнг кўпроқ кузатила бошлади. Боланинг оғзида ачимтил таъм кузатиларкан. Беморнинг кўздан кечирганда ранглари бироз оқарган, тили оқ қараш билан қопланган. Кариоз тишлар. Бодомча безлари катталашган. Қорин пальпация қилиб қурилганда ўнг қовурга ости соҳаларида оғрик аниқланмоқда. Мерфи, Ортнер, Василенко симптомлари мусбат. Жигар пальпация қилинмапти. Ичи меърида, баъзида қабзият кузатилмоқда.

1. Сизнинг тахминий таъхисингиз?

2. Текшириш ва даволаш режаларини тузинг?

Тестлар.

1. Ўт йўллари дискинезияларини гипертоник турига хос клиник симптомини кўраган?

* а) ўнг ковулга ости соҳаларида суэст донмий оғриклар

б) ўнг ковулга ости соҳаларида ўткир хуружсимон оғриклар

в) бел соҳасида оғриклар

г) оғриклар айлана камар соҳасида аниқланади

д) ўнг ёнбош соҳасида ўткир хуружсимон оғриклар

2. Сурункали холециститларга хос клиник симптомини кўраган?

* а) Мендель симптоми

б) Ситковский симптоми

в) Хвостек симптоми

г) Щеткин-Блюмберг симптоми

д) Пастернацкий симптоми

3. Ўткир холецистит хуружи симптомларига кирмайди?

* а) оёқларда шиши бўлиши

б) тана температурасини кўтарилши

в) эпигастрал соҳада хуружсимон оғрик

г) бел соҳасига берилган оғрик

4. Ўт йўллари дискинезияларини гипотоник турига хос клиник симптомини кўраган?

* а) ковулга ости соҳаларида суэст донмий оғриклар

б) ўнг ковулга ости соҳаларида ўткир хуружсимон оғриклар

в) бел соҳасида оғриклар

г) оғриклар айлана камар соҳасида аниқланади

5. Ўткир холецистит бу:

а) туғма ўт йўллари аномалиялари

* б) инфекция касаллиқ

в) тугма касаллик

г) травматика салбий

6. Сурункали холециститда оғрик синдроми кучаяди:

* а) овкатланишдан сўнг

б) овкат истеъмол қилаётганда

в) оч қолганда

7. Холецистит хуружидида оғрик характери:

* а) ўнг қовирга остида ўнг елка курак ва бел соҳасига берилади

б) оғрик тарқок характерда

в) чап қовирга остида

г) қорин соҳасида

8. Сурункали холецистит учун характерли ҳисобланади:

а) доимий характерда бўлмаган сариклик

б) яққол гепатоспленомегалия кучайиб борувчи сариклик

в) анемия

г) пастернатский симптоми мусбат

9. Сурункали холециститда белгиланадиган пархез столи

* а) стол 5

б) стол 1

в) стол 10

г) стол 7

СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТЛАР

Сурункали Гепатит- жигарнинг узок давом этадиган, турли хил клиник манзараларга эга бўлган полиэтиологик касаллиги бўлиб ҳисобланади, Морфологик жihatдан бу касаллик жигарнинг бўлакчали структурасининг бузилмаган ҳолда жигарда ялиғланиш-дистрофик ва пролифератив ўзгаришлар билан кечадиган патологиядир.

Этиологияси. Сурункали гепатит болаларда асосан бошидан кечирган В вирусли гепатит билан боғланган бўлади. Айниқса сарикликсиз кечган В гепатитдан сўнг кўпроқ кузатилади. Шунингдек сариксиз кечадиган

бирламчи сурункали В гепатит вируслари мавжудлиги ҳам тахмин қилинмоқда. Бу ҳолатлар касаллик чакирувчи вируснинг организмда узоқ вақт сақланиб қолиш хусусиятларига эга бўлганлиги билан тасдиқланади.

Гепатит В антигенларининг орасида е-антигени топилиши сурункали кечадиган вирусли гепатитнинг маркери (намунаси) бўлиб ҳисобланади. Е - антиген топилган барча ҳолатларда ҳам сурункали гепатит ривожлана бермайди. Аммо, Е-антигенга қарши антителонинг мавжудлиги сурункали жараёнга ўтишнинг олдини олади.

Айрим ҳолларда сурункали гепатит септик эндокардит, сифилис, сил, бруцеллез, туляремия, амёбиаз, описторхоз, инфекцион мононуклеоз сингари кўплаб бактериал, паразитар, вирусли касалликлардан кейин ҳам ривожланиши мумкин. Бундай ҳолатларда сурункали гепатит активлиги жиҳатидан паст, мезенхимал, юмалоқ хужайрали ёки гранулематоз кўринишдаги ўчоқли гепатитлардан иборат бўлади.

Баъзан сурункали гепатит узоқ вақт давом этган ошқозон-ичак тракти касалликлари, оксил этишмовчилиги, модда алмашинуви бузилиши касалликларидан кейин ҳам ривожланиши мумкин. Бирок, бундай ҳолатларда ҳам яширин кечган вирусли гепатит роли инкор этилмайди.

Патогенези. Вирус гепатоцитлар бўшлиғига киради ва инкубацион давр охирида зарарланган хужайра қобили юзасида вируслар ҳосил қилган антигенлар пайдо бўлади. Т-лимфоцитлар бу янги ҳосил бўлган детерминантларчи "ганиб олиб", зарарланган гепатоцитларни парчалайди. Вирус парчалаган хужайралар таркибидан чиқиб, янги гепатоцитларга ўта бошлайди. Одатда бу жараён НВс антигенига қарши антителонинг пайдо бўлиши билан олди олинади. Бундай антиген синтези кам бўлса, ёки антиген сифати паст бўлган тақдирда инфекция ривожланишда давом этиб, сурункали шаклнинг ривожланишига сабаб бўлади.

Емирилган гепатоцитлар Т-лимфоцитларни жонлантиради, В-лимфоцитлар активлашади, гепатоцитлар устидаги антигенларга, жигарга хос бўлган липопротеинларга таъсир этади. Натижада шу макропротеинга қарши

аутоантителолар синтез қила бошлайди. Бу аутоантитенлар жигарга етиб келиб, портал олди гепатоцитлар билан боғланади. Кейинчалик жигар хужайра мембранаси антигенга Т- хужайра сенсibiliзацияланиб, жигарни узоқ муддат зарарланга сабаб бўлади.

Липидларнинг перекис оксидланиши ва лизосомал гидролизи ҳам активлиги ортиши жараёнларни анча тезлаштиради. Жигар ичи гемодинамикасининг бузилиши ҳам аҳамиятга эга. Бунда микроциркуляция издан чиқади ва жигар ичи гипоксиясига олиб келади.

Демак, сурункали гепатит ривожланишида куйидаги босқичлар кузатилади:

1. Вируснинг узоқ муддат персистирланиши.
2. Липидларнинг перекис оксидланиш жараёнларининг активланиши.
3. Гепатоцитларнинг лизосомал активлигининг ортиши.
4. Вирус билан сенсibiliзацияланган Т-ва В-лимфоцитларнинг аутоиммун жараёнларида иштирок этиши.

Патоморфологияси. Сурункали гепатитда жигар катталашган, сатҳи гадир-будур, чипор кўринишида бўлади. Микроскопик текширганда жигар тўқимасида некротик ва дистрофик ўзгаришлар билан бир қаторда мезенхимал реакция - бириктирувчи тўқиманинг ўсиб кириши ҳам кузатилади. Айрим холларда жигар тўқимаси зарарланишлари билан бир қаторда холестазга сабаб бўлувчи жигар ичи ўт йўлларининг ўзгаришлари ҳам кайд этилади.

Жигардаги морфологик ўзгаришларнинг даражаси ва табиати сурункали гепатит турига ҳам боғлиқ бўлади. Клиник нуқсан назардан анча яхши сифатли бўлиб ҳисобланадиган персистирловчи гепатит қопқа йўлларининг ўчоқлар кўринишида жойлашган, унча катта бўлмаган инфилтратлар, уларнинг қалинлашуви ва склерозининг мавжудлиги билан характерланади.

Сурункали агрессив гепатитнинг алоҳида морфологик белгиси бўлиб чегара парда (мембрана) бутунлигининг бузилиши ҳисобланади. Гепатитнинг

бу тури гепатоцитлардаги дистрофик жараёнлар билан бир қаторда қўшувчи тўқималарда яллиғланиш-дистрофик ўзгаришларнинг мавжудлиги билан ажралиб туради. гепатоцитларда доначали ва вакуолли дистрофия ҳамда майда ўчоқли дистрофия кузатилади.

Классификация. 1969 йилда муҳокамага қўйилган бўлиб, 1974 йилда Мехикода гепатологлар конгрессида қабул қилинган. Бу классификация асосан гепатитларнинг морфологик критерияларига асосланиб тузилган ва гепатитларнинг икки тури: сурункали агрессив ва персистирловчи шаклларига ажратилади.

Сурункали агрессив гепатит кўп ҳолларда вирусли гепатитдан кейин ривожланиб, баъзан ўткир гепатитнинг сариклик даврини эслатувчи сезиларли клиник ва биохимик симптоматика билан кечади. Клиникаси жихатидан агрессив гепатит активлиги ҳамда, морфологик жихатдан деструктив ўзгаришларнинг кенглиги билан белгиланади.

Сурункали персистирловчи гепатит морфологик нуқтаи нazarдан авж олмайдиган жараён бўлиб ҳисобланади. Гепатитнинг бу шаклига енгил ёки сезилар-сезилмас клиник манзара билан бир қаторда касаллик оқибатининг ижобийлиги характеридир.

Клиникаси. Сурункали персистирловчи гепатитда болалар ҳеч қандай шикоят қилмайдилар, иштаҳаси қониқарли, сариклик йўқ, қон томирларидаги ўзгаришлар кузатилмайди. Жигар катталашган, каттиқлашган бўлсада, оғриқсиз, қора талоқ катталашмаган. Вақти-вақти билан ферментлар активлиги ортиб туриши мумкин, диспротеинемия ва тимол синамаси кўрсаткичининг кўтарилиши аниқланилади. Реогепатограмма ва эхогепатограммалардаги ўзгаришлар анча сезиларли бўлиб, диагностик жихатидан анча муҳим аҳамиятга эга.

Баъзи ҳолатларда сурункали персистирловчи гепатит анча сезиларли клиник кўринишда кечиши ҳам мумкин. Беморларда иштаҳанинг пасайиши ёғли овқатларни суймаслик каби диспептик ҳолатлар билан бир пайтда жисмоний зўриқидан кейин ёки овқатланишдан сўнг ўнг қовурга ёйи

остида оғрик пайдо бўлиши, тез чарчашлик, беҳоллик, кўп терлаш, пульснинг нотурғунлиги, қон босимининг ўзгарувчанлиги ҳам кузатилиши мумкин. Шунингдек, тери ва кўз шиллик қаватларининг субиктеряс, сезилар-сезилмас томир “юлдузчалари”, “жигар” кафтлари кўзга ташланади.

Гепатомегалия синдром - сезиларли, жигарнинг функционал синамалари натижалари (ферментлар активлигининг ортиши, тимол синамаси ва гаммаглобулилар миқдорининг кўтариллиши) жигарда енгил активликдаги жараён кечаётганлигидан гувоҳлик беради.

Сурункали персистирловчи гепатит авж олган даврда клиник ва биохимик белгилари билан сурункали актив гепатитни эслатади. Аммо сурункали агрессив гепатитдан морфологик жиҳатдан жигар паренхимасида сезилар-сезилмас ёки енгил дистрофик ўзгаришлар билан бир қаторда жигар бўлақчалари ичида ва қопка тракти бўйлаб лимфогистиоцитар элементларнинг енгил пролифератив реакцияси мавжуд бўлади.

Сурункали актив (агрессив) гепатит кўзга ташланувчи клиник, симптомлари ва жигар функционал синамаларининг сезиларли ўзгаришлари билан характерланади. Одатда болалар умумий ҳолсизликдан, тез чарчашликдан, кўнгил айниши, баъзан қусишдан, иштаҳанинг пасайиши, қориннинг дам бўлиши, ичининг ўзгариб туришидан ва қориндаги оғриқдан шикоят қиладилар. Кўз склераси ва терининг сарғайиши кўп ҳолатларда кузатилади. Тери қатламлари қуруқшаган, оқарган бўлади. Юзида, қўл панжаларида телеангиэктазиялар - томир юлдузчалари ва баъзан пальмар эритема пайдо бўлади. Субфебрилитет, бурун қонаши, сийрак эҳхимозлар, петехиал тошмалар ва тери синамаларининг мусбат бўлиши натижалари характерлидир. Жигар ва қора талоқ сезиларли катталаниган, унинг концистенцияси каттик, оғрикли, юзаси текис, қирғоқлари юмалоқлашган бўлади.

Сурункали актив гепатитни кечини одатда узок давом этади ва баъзан жигар циррози билан яқунланиши ҳам мумкин. Бироқ, кўпчилик болаларда сурункали актив гепатит тўла соғайиш билан тугайди.

Сурункали актив гепатит липоид гепатит кўринишида ҳам кечиши мумкин. Липоид Гепатит куйидаги белгилари билан бошқа шакллардан ажралиб туради: 1-юкори гипергаммаглобулинемия, 2-конда антителоларнинг, хатто LF-хужайраларнинг мавжудлиги, 3-жигарнинг лимфоид инфилтрацияси, 4-гепатитнинг бошқа аутоиммун хасталиклари билан биргаликда кечиши, 5-кортикостероид терапиянинг яхши самараси. Липоид гепатит сурункали гепатит билан системли қизил волчанка ўртасидаги кўприк деб ҳам ҳисобланади. Касаллик кўпинча киз болаларда учраб, ўткир вирусли гепатит кўринишида кечади. Клиник манзарасида актив гепатитга хос бўлган барча белгилар: сариклик, томир юлдузчалар тери тошмалари, жигар ва қора талокнинг катталашуви каби белгилар мавжуд. Шунингдек бошқа орган ва системаларнинг зарарланиши: лимфаденопатия, артрит ва артралгиялар, буйрак ва ошқозон - ичак трактидаги ўзгаришлар, ўпкадаги ўткинчи инфилтратлар, плевритлар, эндокринопатиялар, аутоиммун анемия, гормонал силжишлар сингари зарарланишлар ҳам кузатилади. Қонда боғланган билирубин ҳисобига гипербилирубинемия, ферментлар активлигининг ўта юқорилиги, чўкмали синамларнинг мусбат натижалари ва гаммаглобулин миқдорининг кескин кўтарилиши, жигар, қора талок, буйрак, ичак, ўпка тўқималарига қарши антиядро, антимиохондранл антителоларнинг пайдо бўлиши характерлидир. Тана хароратининг кўтарилиши, ЭЧТнинг тезлашуви липоид гепатитга хос белги бўлиб ҳисобланади.

Холестатик сурункали гепатит вирусли гепатит билан узвий боғлиқ бўлган жигарнинг анча кам учрайдиган хасталиклардан бўлиб ҳисобланади. Табиатига кўра ҳам агрессив, ҳам персистирловчи кўринишида кечиши мумкин. Асосий симптом комплекси жигар ичи холестази белгилари билан биргаликдаги сурункали гепатит симптомлари ҳолида кузатилади. Холестаз сабабларидан бўлиб гепатоцидлар ва жигар ичи ут йўллариининг зарарланиши оқибатида холестирин ва ўт кислоталари алмашинувининг бузилиши ва улар ажралиб чиқишидаги ўзгаришлар ҳисобланади. Асосий симптомлардан

бўлиб, терининг кичиши, ксантомалар, диспептик белгилар, жигар ва қора талокнинг бироз катталашуви. Қонда ўт кислоталари, холестерин, бета-липопротеидлар, умумий липидлар миқдорининг ўта юкори бўлиши билан биргаликда ферментлар активлигининг ортиб кетиши кузатилади.

Сурункали гепатитларда одатда патологик жараёнга кўнгина орган ва системалар ҳам тортиладилар. Беморларда қон босими пасаяди, юрак тонлари бўғиклашган, юрак чўкки турткисида систолик шовқинлар пайдо бўлади, ўпка артериясида II тон акцентни эшитилади. Темир моддаси ва фолат кислотаси танқислиги, суяк илиги фаолиятининг сусайиши ва жигарнинг гипотопозтик хосассининг пасайиши натижаида темир етмишмўвчилиги анемиясининг белгилар пайдо бўлади. Тромбоцитопния ва ЭЧТ нинг тезлашуви кузатилиши мумкин.

Марказий асаб системасидаги ўзгаришлар бош оғриши, кўп йиғлаш, инжиклик, асабийлашиш, уйқунинг бузилиши, хотиранинг пасайиши, бош айланиши кўринишларида бўлади.

Диагностикаси. Сурункали гепатитнинг клиник белгилари турли кўринишларда ва бошқа белгилар билан биргаликда бўлиши, ремиссия даврида эса ниҳоятда камлиги ва асосан гепато ва гепатосленомегалия шаклларида бўлиши, диагностикада асосий эътибор лаборатор текширишлар натижаларига қаратилиши лозимлигини кўрсатади.

Аминотрансферазалар (АлАТ ва АсАТ), лактатдегидрогеназалар (ЛДГ), малатдегидрогеназалар (МДГ) активлигини аниқлаш алоҳида қийматга эга. Сурункали гепатит учун АлАТ активлигига нисбатан АсАТ активлигининг кўпрок ортиши натижасида улар нисбатининг бирдан юкори бўлиши касалликнинг фазилатларига боғлиқ; масалан, актив босқичда барча беморларда ферментлар активлиги кўтарилган бўлса, суст кечаётган шаклида 20-50% беморларда кузатилади ва ноактив босқичда фақат айрим беморлардагина учрайди.

Сурункали гепатитлар учун турган диспротеинемия, глобулинлар, айниқса, гамма-глобулинлар миқдорининг кўпайиши, альбуминлар

миқдорининг камайиши доимий белгилардан бўлиб ҳисобланади. Шунингдек ҳар доим кузатиладиган белгиларга қонда умумий холестерин миқдорининг ва ишқорли фосфатаза активлигининг ортиши ҳам киради. Протромбин, проконвертин ва проакцелерин миқдорларининг пасайиши, плазманинг гепатитга толерантлиги ва тромботестнинг сусайиши, қон ивиш вақтининг узайиши, ҳамда плазманинг гепаринга ракальцификацияси вақтининг чўзилиши тез-тез учраб туради.

Сурункали гепатитлар диагностикасида бемор қонида НВс ва НВе антигенларининг топилиши алоҳида аҳамият касб этади. Уларнинг қонда узок пайт сақланиб қолиши жараённинг сурункали шаклга ўтишининг белгиларидан бўлиб ҳисобланади.

Қонда иммуноглобулинлар, айниқса М-сичфи титрининг тургун кўтарилиши, антидропи, антимиохондрили антителолар титрининг ортиб кетиши жигардаги патологик жараённинг агрессив табиатидан далолат бвлади.

Даволаш. Сурункали гепатитларни даволаш ҳозирги кунга қадар қийин ва етарли ҳал этилмаган масалалардан бири бўлиб қолмоқда режим, пархез таомлар ва дори-дармонларни буюриш жараённинг активлигига, интоксикациянинг ва жигар функционал ҳолатининг даражасига кўра ўтказилади.

Пархез. Тўла қонли в тўғри пархез буюриш зарур шартлардан бири. Эриши қийин бўлган ёғлар ҳисобига ёғлар миқдорини бироз каматириш, миқдор углеводлар миқдори оширилиши қузда тутилади. Оксиллар миқдори бир меърда кечаётган сурункали гепатитда одатдагича, бироз кўпайтирилган бўлиши керак, чунки жигардаги регенерация жараёнлари оксилларсиз ўтмайди. Углеводлар картошка пореси, гуруч-арпа бўтқаси, қанд ва нон кўринишида буюрилади. Етарли миқдорда мевалар, шарбатлар буюрилади.

Овқатлар тегишли меҳеник- ишловдан ўтказилиб, енгил хазм бўладиганларидан фойдаланилади. Ўткир зираворлар, ширин пишириклар,

куюк шурвалар, кокиланган, дудланган, қурутилган таомлар кескин чекланади ёки бутунлай тўхтатилади.

Беморнинг дастурхони кефир, простокваша, творог сингари ёгли суг, гўшт ва балиқнинг ёғсиз маҳсулотлари, тухум, винегретлар, мева порелари, шарбатлари, турли унлардан тайёрланган бўтқалар сингари маҳсулотлар билан бойитилиши лозим.

Дори-дармонлар персистирилорчи гепатитнинг ремиссия даврида деярли қўлланилмайди. Бемор жисмоний машғулотлар чегараланган ҳолатда умумий режимда бўлади, ёшига мос тўла қувватли овқатлар истеъмол қилади, поливитамиинлар, ўт хайдовчилар, минерал сувлардан (эссендуки № 17, боржом) фойдаланади, симптоматик чоралар ўтказилади.

Касалликнинг фаоллашганлиги белгилари пайдо бўлганида бемор стационарга жойлаштирилади. Кўпчилик ҳолатларда ўринда ётиш режими, нарҳез, поливитамиинлар ва симптоматик даво чоралари етарли бўлиб, жараённинг стабиллашувига ҳам олиб келиш мумкин.

Секин-аста кечувчи шаклларида кунига бир мартабадан 30-40 кун мобайнида сирепар 1-1,5 мл дан инъекция қилинади. 2-3 ой 1 капсуладан суткасига 3 мартадан эссенциале ичирилади; 1-2 ой 1/5-1 дражедан легалон кунига 3 мартадан бериб борилади. Холестаз белгилари пайдо бўлганида суткасига 2-5 мг/кг ҳисобидан 2-3 мартага бўлиб 2 ҳафта мобайнида холестерамин ичирилади.

Даволаш самараси кам бўлганида ва жараён агрессив тус олганида кортикостеронидлар буюрилиши мумкин. Преднизолон 1-1,5 мг/кг ҳисобидан клиник ва лаборатор ремиссияга эришилгунга қадар берилиб, сўнг дозаси камайтирилади.

Сурункали агрессив гепатитнинг аутоиммун генезидан келиб чиққан ҳолда 1963 йилда Дамашек ва Шварц цитостатик препаратларни қўллашни таклиф қилдилар. Суткасига 1 мг/кг преднизолонга 2 мг/кг азатиоприн (имуран) ҳисобида берилади. Сурункали гепатитларда хужайра звеносида ўзгаришлар кечишини ҳисобга олиб, касалликни даволашда

иммунмодулловчи ва иммунстимулловчи препаратлар ҳам буюрилади. Бу гуруҳ дориларига левамизол (декарис) ва ва БЦЖ Лар киради. Декарис 2 мг/кг ҳисобидан қисқа-қисқа курслар билан 2-3 ой давомида бериб борилади. БЦЖ бир курсига 8 та инъекция кўзда тутилган бўлиб, дастлабки 5 таси ҳафтада бир мартадан, 6,7 ва 8 уколлар ойда бир мартадан елка соҳасига тери орасига биринчи уқолида 0,1 мл, қолган 7 сида эса 0,2 мл киритил борилади. Бир курси 4 ой давом этиб, жами 1,5 мл (15 эмлаш дозаси) БЦЖ талаб қилади.

Диспансер кузатуви.

Кўп вақтида очик хавода ўтказиш. 1-2 соатлик кундузги уйку кўзда тутилади ва жисмоний тарбия билан жадал шугулланишга руҳсат этилмайди. Беморни кўриб бориш ва биохимик таҳлиллар ўтказиш муддатлари касалликнинг кечишига боғлиқ бўлиб, сокин кечганида йилига 2 марта олиб борилади. Ҳар сафар кўрилганида кун ва овқатланиш режимлари тўғрилаб турилади.

Масала 1

11 ёшли бемор болада кейинги вақтларда умумий ҳолсизликка, тезда чарчашга, иштаҳани пасайиши, ёғли ва қовурилган овқатлар сўнг кўнгил айниши, кориннинг ўнг қовурға ости соҳаларида оғрик кузатилишидан шикоят қилади. Анамнездан – бемор 9 ёшида гепатит В билан оғриб даволанган. Кўздан кечирганда тери ва склераларнинг сариклиги + аниқланипти. Тери қатламлари қуруқ, ранглар. Юзида, кўкракда томирли юлдузчалар – телеангиэктазиялар, пальмар эритема, субфебрилитет аниқланипти. Жигар пайнаслашда + 2,0 см зичлашган, бироз оғриқли, юзаси силлик, чети ўткир, нотекис. Талоқ катталашмаган. Ичи меёрида. Қон зардобиди АЛТ -3,5 ммоль/л, АСТ – 3,1 ммоль/л, билирубин умумий – 84 мкмоль/л, боғланган – 18 мкмоль/л, боғланмаган – 66 мкмоль/л. 1.Сизнинг тахминий ташхисингиз? 2.Текшириш ва даволаш дастурини тузинг?

Масала 2

13 ёшли бемор шифохонага келгандаги шикоятлари умумий холсизликка, чарчашга, иштаҳани пасайиши, ёғли ва ковурилган овқатлар сўнг кўнгил айнаиши, ўнг қовурга ости соҳаларида оғрик кузатилишидан.

Анамнезидан – бемор 11 ёшида гепатит билан оғриган. Кўздан кечирганда тери қатламлари қуруқ, ранглари оқарган, тери ва склераларнинг сариклиги ++ аниқланыпти. Кафтлари тенор ва гипотенор қисмларида эритема, танада телеангиэктазиялар. Қорин пайпаслаганда жигар катталашган + 3,0 см зич, бироз оғрикли, юзаси силлик, четлари ўткир, нотекис. Талок +1,0 см. Ичи меърида. Қон зардобиди АЛТ -5,5 ммоль/л, АСТ –4,5 ммоль/л, билирубин умумий – 114 мкмоль/л, боғланган – 26 мкмоль/л, боғланмаган – 88 мкмоль/л., HbsAg +. 1.Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2.Текшириш ва даволаш дастурини тузинг?

Тестлар:

1. Сурункали гепатит этиологиясида нима асосий рол уйнайди?

- * а. Гепатит В вируси б. Гепатит А вируси
- в. Коксаки вируси г. Риновируслар

2. Гепатитни қайси тури оғирроқ турда кечади?

- * а. актив б. персистирловчи
- в. холестатик г. компенсациялашган

3. Сурункали гепатитда морфологик жиҳатдан қандай ўзгаришлар кузатилади?

- *а) ядлигланцили – пролифератив б) экссудатив-катарал
- в) йирингли – некротик г) геморрагик

4. Циррозда жигар паренхимасининг шикастланиши қандай характерда бўлади?

- *а) диффуз б) сегментар
- в) учокли г)трофик д) барча жавоблар тутри

6. Сурункали актив гепатитда қандай белгилар кузатилмайд?

- *а) ўтиб кетувчи сариклик
- б) геморрагик синдром
- в) терида тўқ кизил тошмалар
- г) жигар қафт
- д) миокардиотония

7. Жигар циррозида қандай тўқима ўсади?

- *а) фибриноз тўқима
- б) ретикуляр тўқима
- в) гистоцитар тўқима
- г) остеоид тўқима

8. Портал гипертензия учун характерли эмас:

- *а) карпопедал синдром
- б) гепато-спленомегалия
- в) кориннинг катталашини
- г) корин ва кўкрак соҳасида томирлар кўриниб туради
- д) диспептик ўзгаришлар

БОЛАЛАРДАГИ СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ (СП).

1 СП – бу ошқозоноти безининг қайталаниб турувчи ёки узок муддат узлуксиз кечувчи яллиғланиши касаллиги бўлиб, бу хасталик ошқозон ости бези тўқимасида қайтмас морфологик ўзгаришлар, оғриқлар, айрим болаларда эса, шу безнинг экзокрин, эндокрин ёки хар иккала фаолиятининг бир пайтдаги бузилишлари мавжудлиги билан белгиланади.

2 Баъзи ҳолатларда бу касаллик бирламчи сурункали патология кўринишида ўткир хуружларсиз ва, хатто, умуман клиник белгидарсиз ҳам бошланиши мумкин.

Этиологияси.

СП одатда бошдан кечирилган ўткир панкреатитнинг асорати бўлганлиги туфайли, ўткир панкреатитларга олиб келувчи омилларни сурункали панкреатитнинг этиологик омиллари деб қабул қилинса ҳам бўлади.

Сурункали шаклга ўтишининг сабаблари.

Ирсий мойиллик: аутосом-доминант йўл билан авлоддан авлодга бериладиган ирсий панкреатит ҳақида 1952 йилда Комфорт ва Штейберглар ёзиб қолдиришган.

Обструктив омиллар: ошқозоноти беши ва унинг йўллариининг pancreas divisum, кисталари холедохнинг торайиб қолиши ҳамда Фатер сўргичининг патологиялари сингари туғма аномалиялари. Охирги йилларда холедохолитиаз ва майда ўт йўллариининг микролитиази кўринишидаги ўт-тош касаллиги болалар орасида кўп учрамоқда.

Иммунопатологик омиллар: Крон касаллиги, аллергик энтеропатия, целиакия. Бундай холларда ошқозоноти безининг аутоиммун зарарланиши ҳамда унинг экзокрин фаолиятининг иккиламчи бузилишлари 12-бармоқли ичак томонидан гормонал бошқарувдаги силжишлар туфайли вужудга келади.

Дисметаболик омиллар: қандли диабет, семизлик, гиперлипидемия ва гиперпаратиреоз.

Патогенез.

1988 йилдаги Марсель-Рим классификациясига биноан сурункали панкреатит патогенезининг 3 варианты тафовут қилинади:

- 1) обструктив СП;
- 2) кальцифицирловчи СП;
- 3) паренхиматоз СП.

Сурункали панкреатитнинг *обструктив* шаклида ошқозоноти беши йўлларида босимнинг ортиши унинг бўшлиқларининг бир маромда кенгайишига сабаб бўлади. Бунда ошқозоноти беши шираси ошқозоноти йўлларида ташқарига чиқиб, ацинар хужайраларнинг зарарланишига

сабаб бўлади. Обструктив ҳолат узок муддат давом этганида ошқозонности бези йўллариининг стенози ҳамда ациляр тўкималар атрофияси шаклланиши билан биргаликда кечадиган перидуктуляр фиброз ривожланади.

Дисметаболик шаклларда ошқозонности безининг майда-майда йўлларида оксилларнинг ўтириб қолиши пайдо бўлади. Шу сохаларда эпителийнинг оксиллар билан тўкнашуви туфайли атрофдаги интерстициал тўкималарнинг яллиғланиши, яраланиши ва, сўнгра фиброзлар ривожланиши мумкин. Кейинчалик шу йўллар атрофида ривожланган фиброз ҳисобига улар бўшлиқларининг стенози пайдо бўлиб, кисталар ва ёлгон кисталар ривожланиши мумкин.

Битта беморнинг ўзида касаллик патогенезининг ҳар уччала варианты ҳам бир пайтда кузатилиши мумкин.

Патоморфологияси.

Сурункали панкреатитнинг дастлабки боскичида патологик ўзгаришлар чегараланган бўлиб, касалликнинг кейинги боскичларида улар кенг тарқалиб, диффуз тус олишлари ҳам мумкин. Сурункали панкреатитнинг қайталаниши даври ацинар хужайраларнинг некрози кузатилса, ремиссия даврида эса, халок бўлган тўкималар ўрнига бириктирувчи тўкиманинг ўсиб кириши кўрилади. Касаллик кучая боргач, ошқозонности безидаги склеротик ўзгаришлар кўпая боради. Сурункали панкреатитнинг оқибати ошқозонности безининг склерози билан яқунланади.

Классификация

Сурункали панкреатит куйидагича гуруҳланади:

- 1 келиб чиқишига кўра: бирламчи ҳамда овқат хазм қилиш органлари касалликлари фонидagi иккиламчи панкреатитлар;
- кечишига кўра: қайталанувчи; доимий оғриклар ва латент кечиши;

2 даврига кўра: қайталанган; субремиссия ва ремиссия давлари;

3 оғир-енгиллигига кўра: енгил, ўртача оғирликда ва экзокрин етишмовчилигинг даражасига боғлиқ холдаги оғир шакллари.

Клиникаси.

СП клиник белгиларининг кўзга ташланиши кўпинча касалликнинг вариантига, оғир-енгиллиги даражасига ҳамда давларига боғлиқ бўлади. Касалликнинг қайталаниши одатда овкатланиш режимининг бузилиши, бошдан кечирилган турли юқумли касалликлар, спорт мусобакалари сингари оғир жисмоний зўриқишлардан кейин кузатилади. СП кечишининг 3 варианты тафовут қилинади:

I Сурункали панкреатитнинг *қайталаниб турувчи* варианты жараённинг қайталаниши ва ремиссияси давларининг алмашиб турувчи тўлқинсимон кечиши билан характерланади. Сурункали панкреатит қайталанишининг клиник манзараси ўткир панкреатитнинг клиник белгиларини эслатади. Келиб чиқишига кўра сфинтерники ёки капсуланики бўлган оғриқ касалликнинг асосий симптоми бўлиб хисобланади. Одди сфинктери спазми туфайли ривожланган сфинктер оғриқ одатда кўзқорин, қовурилган ҳамда ёғли таомларни истеъмол қилиш сингари пархезнинг бузилишларидан сўнг ривожланиб, одатда ўткир хуружлар кўринишида бўлади ва спазмолитиклар буюрилиши билан бархам топади.

Капсула оғриқлар эса, ошқозонности беидаги шишлар туфайли унинг капсуласининг чўзилиши туфайли ривожланиб, узок давом этиши ҳамда доимийлиги билан характерланади. Оғриқ кўпинча кўнгил айланиши, оғиздаги аччик таъам, оғизнинг қуруқлаши билан биргаликда кечиб, қайта-қайта қушишлар ҳам кузатилиши мумкин. Қорин пальпацияси вақтида Керте, Кача симптомлари, Мейо-Робсон нуқталарида, Шоффар ва Губергриц зоналарида оғриқлар ҳамда киндикнинг чап томонида териости ёғ қабатининг юпқаланиши – Гротт симптоми кузатилиши мумкин.

Ўткир панкреатитлардан фарқи ўлароқ, сурункали гепатитларда кўпинча ошқозоноти беши экзокрин этишмовчилиги белгилари мавжудлиги билан ажралиб туради. Бу белгилар кўпинча касалликнинг енгил шаклларида қайталаниш давридаги ва кузатилиб, одатда тўйиб овқатлангандан кейин ич қлишининг тезлашганлиги ва суюлганлиги, полифекалия ҳамда ахлат анализида стеаторея ва нейтрал ёғлар топилиши билан характерланади. Касалликнинг оғирроқ шакллари эса, ошқозоноти беши ташқи секретия фаолиятининг бузилиши доимий полифекалия, ёғли, ялтираб турадиган ва ювиллиши қийин бўлган ахлат ҳамда бола вази камлигининг кучая бориши билан белгиланади.

Сурункали панкреатитнинг қайталаниб туривчи вариантида жарёнинг авж олиши одатда 2-3 кун давом этади, баъзан эса, 7-8 кунгача чўзилиши ҳам мумкин.

II Сурункали панкреатитнинг *доимий оғриқлар* билан кечадиган варианти кўпинча аутоиммун кўринишидаги суст кечадиган яллигланиш жараёнларида кузатилиб, қайталанишининг ёки ремиссияларнинг аниқ белгилар кўзга ташланмаслиги билан ажралиб туради.

Касалликнинг бу тури бир неча ойлар давомида қориннинг юқори қисмидаги доимий суст оғриқларнинг сақланиб туриши билан характерланади. Бунда қондаги ва сийдикдаги амилаза ва липазалар миқдорлари нормада ёки бироз ўзгарган бўлиши мумкин ҳолос.

Болалар кўпинча ошқозоноти беши соҳасида суст оғриқлардан шикоят қиладилар. Оғриқлар қархиздаги бузилишлар туфайли кучайишлари ҳам мумкин. Оғриқлар бир неча ҳафта, ва хатто, ойлаб давом этишлари ҳам мумкин. Оғриқлар астеновегетатив белгилар билан биргаликда кечиб, беморлар озғин ҳамда уларда тез-тез субфебрилитет кузатилиши мумкин. Бундай беморларда вақти-вақти билан ичнинг суюлиши, метеоризм, полифекалия, стеаторея, ахлатнинг бўтқасимон кўринишидалиги ва қўланса хиди, ҳамда унинг ёғдан ялтираб туриши сингари ошқозоноти беши ташқи секретия фаолиятининг этишмовчилиги белгилари характерли бўлади.

Пальпацияда ошқозоноти беzi оғрик нукталари ва зоналарида оғриклар топилади.

III Сурункали панкреатитнинг *латент шакли* ошқозоноти беzi ташки секретор фаолияти етишмовчилиги белгилари кучая бориши фониди оғрикларнинг умуман бўлмаслиги билан характерланиб, сурункали ўпка-бронх жараёни, гастрит, колит, 12-бармокли ичак яраси, дуоденит ҳамда гепатобилиар тизим патологиялари сингари бошқа соматик касалликлар фониди кўккислан аниқланиши мумкин. Оғриклар фақат пальпациядагина топилиши мумкин. Хозирги пайтда ошқозоноти безининг бундай зарарланиши иккиламчи реактив панкреатит деб ҳам аталмоқда.

Диагноз.

Сурункали панкреатит диагнозини мустахкамлашда лаборатор ҳамда асбоблар ёрдамида текшириш усулларидан фойдаланилади. Касаллик белгиларининг носпецификлиги ҳамда доимий эмаслиги хасталикни аниқлашда асосий эътиборни лаборатор ҳамда асбоблар ёрдамида текширишлар натижаларига қаратилиши кераклигини тақозо қилади. Хлорид кислотанинг 0,5% эритмаси, секретин, панкреозиминлар билан стимуляция қилишдан аввал ва кейин ошқозоноти беzi ширасининг ҳажми, унинг бикарбонатли ишқорлиги, ундаги амилаза, липаза ва трипсин активлиги аниқланилади. Сурункали панкреатитнинг унча кучли бўлмаган яллиғланиш-дегенератив ўзгаришлар билан кечаётган қайталанишида ошқозоноти беziда панкреатик ферментлар секрециясининг кучайиши кузатилади. Касаллик кучая бориб, беziда склеротик ўзгаришлар пайдо бўлгач, ферментлар активлиги сезиларли пасаяди. Ошқозоноти беzi йўлларининг торайиб, дренаж фаолиятининг пасайиши ошқозоноти беzi шираси ҳажмининг камайиши билан бир пайтда ундаги бикарбонатлар ва ферментлар активлиги ўзгармасдан қолиши кузатилади.

Диагнози ва дифференциал диагнози. Сурункали панкреатит диагнози клиник симптомлар ҳамда лаборатор ва асбоблар ёрдамида текшириш натижалари йиғиндисига асосланиб ўрнатилади. Оғрик синдромининг пайдо

бўлиши вақти, оғриқларнинг истеъмол қилинган овқат турига боғлиқлиги, оғриқларнинг тарқалиши сохалари; сўлак оқиши, оғриқлардан кўрқиб, овқатланишда ўз-ўзини чеклаш, айрим овқатларни суймай қолишлик; панкреатик ферментлар секретиясининг ва улар активлигининг қон ва сийдикда ортиши, карбон сувларининг патологик эгри чизиги; копрограмма натижаларига кўра асосий озуқа моддалари хазм бўлишининг бузилишлари сингари ҳолатлар ҳисобга олинади.

СП диагнози ошқозонести беши ўлчамларининг катталашуви, қаттиклашуви, без тўқималаридаги шишлар ва ундаги охакланиш ўчоқлари, без йўлларидаги тошлар ҳамда дуоденопанкреатик рефлюкс сингари белгиларни аниқлашда ёрдам берадиган ультратовуш ва рентгенологик текшириш усулларидан фойдаланилади.

Сурункали панкреатитни гастродуоденал соҳа касалликлари ва ўт пуфаги патологияларидан фарқлаш лозим бўлади.

Асоратлари. Сурункали панкреатитнинг асоратларидан бўлиб овқат хазм қилишнинг бузилишлари билан кечадиган ошқозонести беши ташки секретия фаолиятининг етишмовчили, тошлар ва кисталар ҳосил бўлиши, баъзан кисталарнинг йиринлаб кетиши, ошқозонести беши бошчасининг склерози ва ўт димланиши туфайли ривожланган портал гипертензия синдроми билан биргаликда кечадиган жигарнинг холестатик циррози ҳамда қандли диабетлар ҳисобланади.

Даволаш. Панкреатитларни даволаш босқичма-босқич олиб борилади: стационарда (I босқич), яшаш жойидаги поликлиникада диспансер кузатуви (II босқич), санаторияда (III босқич).

Даволашнинг стационар босқичида ўткир панкреатитда 3-4 ҳафта, сурункали панкреатитда эса, 5-6 ҳафта мобайнида комплекс терапевтик чоратadbирлар ўтказилади.

Беморга имконияти борича жисмоний ҳамда эмоционал осойишталик ташкил этилди. Бунинг учун эса, дастлаб ўринда ётиш режими буъорилиб, сўнг аста-секин кенгайтирила борилади ва бола умумий ҳолати яхшиланиши

фонда умумий режимга ўтказилади. Эмоционал ҳолати нотурғун бўлган болаларга валериана, бром сингари седатив дорилар бузорилади.

Озиқ-овқатларни чеклаш орқали овқат заъм қилиш тизими фаолиятини енгиллатиш ҳам зарур омиллардан бўлиб ҳисобланади. Даволашнинг биринчи кунни фақат Боржоми ёки Ессентуки № 4 сингари кучсиз минерализацияланган ишқорли сувлар ичирилса, иккинчи кундан бошлаб кандсиз суюқ чой қотирилган нон (сухари) билан, наъматак қайнатмаси, сувда пиширилган каша (шавла) ва ёғсиз шўрва берилади. Даволашнинг кейинги кунлари пархез аста-секин кенгайтирила бошланади. Дастурхонга дастлаб сут, сўнг нон, творог ва оз миқдорда сариёғ киритилади. 5- кундан кейин сабзавотлар, 7-9- кунлардан бошлаб эса, сувда пишилган гўшт, балик қиймаланган холда, 16-17-кунлардан кейин – мева ва сабзавотлар шарбатлари берилади. Кейинчалик оз-оздан янги мевалар ва сабзавотлар берила бошланади. 1-1,5 ойдан кейин бола №5 “П” столига ўтказилади ва 5-6 ой мобайнида шу пархезга амал қилинади. Бу даврда суткалик оксил миқдори нормага нисбатан 130% га орттирилиб, карбон сувлар ва ёғлар миқдори 80% га туширилган холда овқатланишлар сони кунига 5-6 мартага етказилади. Мевалар ва сабзавотлар, уларнинг шарбатлари сингари ошқозоноти бези ширасини ва ўт ажралишини кучайтирувчи таомлар (айниқса, нахорда), аччик, ўткир ва ковурилган овқатлар берилиши чекланади ёки бутунлай тўхтатилади. Тухум, сули, ловия ва картошка сингари панкреатик ферментлар активлиги пасайтирувчи таомлар кенг қўлланилади. Овқатлар фақат қайнатилган холда истеъмол қилинади.

Дори-дармонлар билан даволаш асосан патогенезнинг турли халқаларини ҳисобга олган холда ўтказилади. Атропин, метацин, платифиллин сингари антихолинэргик препаратлар; кватерон, ганглерон, бензогексоний сингари ганглиоблокаторлар; диамокс, фонурит, гипотиазид сингари карбоангидразалар ингибиторлари кўринишидаги панкреатик секрецияни камайтирувчи дорилар қўлланилади. Дезинтоксикация ҳамда моддалар алмашинувидаги ўзгаришларни бартарф этиш мақсадида

глюкозанинг 10% ли эритмасидан 200-400 мл инсулин билан, физиологик эритма, альбумин, гемодез, аскорбин кислотаси ҳамда В₁ витамини билан томчилатиб вена ичига киритилади. Оғир интоксикация ҳолатларида диурез кучайтирилади (форсированний). Қон ўрнини босувчилар ҳамда электролит эритмаларни томчилатиб киритиш фонида 1-1,5 г/кг ҳисобидан маннитол ва 2,4% эуфиллин эритмасидан томзилади. Коллапсга мойиллик билан кечаётган ўткир панкреатитларнинг оғир шаклларида антибиотиклар билан бир каторда кортикостеронлар билан 5-7 кунлик курслар ҳам ўтказилади. Холедохопанкреатик тизимдаги спазми ҳамда оғрикларни барҳам топтириш мақсадида папаверин, но-шпа ва баралгин сингари спазмолитик дорилар қўлланилади. Қуёш чигали соҳасига новокаин билан ўтказилган электрофорез оғрикларнинг тезроқ барҳам топишига ёрдам беради.

Антифермент терапия ошқозонности безининг ациноз хужайраларида секретция синтези жараёнларини сусайтирувчи трасилол, гордокс ва контрикал сингари антипротеаза дори-дармонларини буюришга асосланган. Аллергия (жумладан, анамнезда ҳам) клиник белгилар мавжуд бўлганида рутин ва аскорбин кислотаси билан биргаликда антигистамин препаратларини қўллаш сингари гипосенсибилловчи терапиядан фойдаланилади. Антибактериал терапия сурункали инфекция ўчоқларини бартараф қилиш билан бир пайтда ошқозонности безининг зараланишининг ҳам олдини олади. Ошқозонности бези орқали ажралиба чиқадиган сульфаниламидлар, эритромицин, олеандомицин сингари антибактериал дорилар 5-7-10 кунга буюрилади. Панкреатик ферментлар ўрнини босувчи дорилар “енгиллатувчи кунлар” дан сўнг берила бошланади. Панкреатин, панкурмен, трифермент, панзинорм сингари ошқозонности бези ферментлари 1,5-2 ойга буюрилади. В₁ В₂ В₁₅ ва С сингари витаминларни буюриш зарур шартлардан бўлиб ҳисобланади.

Ўткир панкреатитларни даволашдаги комплекс чора-тадбирлардан олинмаган самара хирургик йўл билан даволашни тақозо қилади. Оператив даволашга кўрсатмалардан бўлиб, перитонит клиник белгиларининг

кучайиши; шок ва олигурия ривожланиши билан кечаётган панкреонекроз жараёнининг кучайиши, панкреодуоденал зонадаги кон томирларидан эрозив кон кетишлар ҳисобланади.

Даволашнинг диспансер кузатуви босқичида участка педиатри томонидан панкреатитнинг авж олишининг олдини олиш мақсадида қайталанишга қарши терапия ўтказиб турилади. 5-6 ой мобайнида №5 "П" пархезига катъий амал қилиниши назорат қилиб турилади. Ошқозоноти безида яллиғланиш жараёнлари сусайиши фонида пархез таомлар рўйхати кенгайтириб борилади.

Йилига 3-4 мартадан 1-1,5 ойлик курслар билан панкреатик ферментлар бериб борилади. Касалхонадан чиқарилгандан кейинги дастлабки бир йил давомида ҳар уч ойда, кейинги йилларда эса, ҳар 6 ойда врач томонидан кўриб турилади. Панкреатит қайталанишининг клиник ҳамда лабораторик белгилари пайдо бўлган тақдирда бемор касалхонага ётқизилади. Касаллик қайталанмаган ва боланинг умумий ахволи қониқарлиликча қолган ҳолларда бемор 5 йилдан сўнг диспансер ҳисобидан чиқарилиши мумкин.

Санаторияларда даволаниш учун болани касалликнинг фаоллашганлиги белгилари бўлмагани ҳолида касалхонадан чиқарилгандан сўнг 6-8 ой ўтиб жўнатиш мумкин.

Оқибати. Панкреатитлар оқибати доимо жиддий бўлиб, кўп жихатдан касалликнинг оғир шакллари, ўткир деструктив жараёнларнинг тарқалганлик даражасига ҳамда сурункали шаклга айланиши кўрсаткичлари боғлиқ бўлади.

Профилактикаси. Касалликнинг бирламчи профилактикаси панкреатитнинг ривожланишига йўл қўймаслик чора-тадбирларини ўтказиш: болани ёшига мос равишда тўғри овқатлантириш, эрта ёшдан бошлаб болани чиниқтириш ва жисмоний тарбия машқларини олиб бориш, ҳар қандай юқумли касалликдан, айниқса эпидемик паротитдан ва ичак инфекцияларидан, болани асраш; ошқозоноти бези фаолиятининг

бузилишига сабаб бўладиган ошқозон-ичак тизими касалликларининг олдини олиш ҳамда сурункали инфекция ўчоқларини мунтазам ҳамда диққат билан тозалаб бориш сингари муолажаларни ўз ичига олади.

Вазиятли масалалар

Масала 1.

12 ёшли ўғил бола ёғли овқат истеъмол қилгандан сўнг киндик атрофида ва кориннинг пастки қисмида оғриқ безовта қилишига, кўнгил айниш, корин гулдираши, иштаха сустлиги ва вақти-вақти билан ичи ўтиб туришига, баъзан эса корин дам бўлишига, ичи келгандан сўнг бемор тўла бўшанмагандек хис қилишига шикоят қилади. Бемор 5 ёшлигида ўткир дизентерия ўтказган. Беморнинг умумий аҳволи қониқарли. Бола озгинроқ. Териси оқиш рангда, курукшаган. Тили қараш билан қопланган. Корин юмшоқ, пальпацияда киндик атрофида суст оғриқ аниқланмоқда. Ичи баъзида “кўйни кумалогидек” келади. 1.Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Овқатланиш ва даволаш режасини тузинг.

Масала 2.

10 ёшли бемор кейинги даврда озиб кетганлиги, коринда оғриқ борлиги, иштаха пасайиб кетишига шикоят қилади. Ичи ҳар куни 2-3 марта келади. Ахлат шакли аввал каттик, қийинчилик билан келади, кейин суюқ ва қурик аралаш булади. Корин гулдираб, дам булиши ва ҳаво ҳисобига катталаниб кетганлиги қайт этилади. Ахлат тахлили: ранги оч сарик, суюқ мускул толалари, клетчатка, нейтрал ёғлар катта миқдорда аниқланган.

1.Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2.Текшириш ва даволаш дастурини тузинг?

Тестлар.

1. Сурункали энтероколитларга хос бўлмаган белгини ташланг?

- *а. дизурия
- б. кўнгил айниш, қайт қилиш
- в. эпигастрал саҳода оғриқ бўлиши
- г. иштаханинг сустлиги

2. Сурункали энтероколитларга хос лаборатор белгилари?

- * а. Ҳазм бўлмаган клетчатка, ёғлар, шиллик

- б. шиллик, стеркобилин
 в. лямблиялар, шиллик, йиринг
 г. лейкоцитлар, гижжлар, стеркобилин
3. Сурункали энтероколитларни аниқлашда қандай таҳлиллар ўтказилади?
 1. Умумий қон анализи 2. Умумий сийдик таҳлили
 3. Нажас таҳлили
 4. Ректороманоскопия 5. УЗИ 6. ЭКГ
 * а) 1,3,4. б) 1,5, 6 в) 2,3,4 г) 1,3,6
4. Сурункали энтероколитларни қайси касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказилади?
 1. Крон касаллиги 2. Бавосил касаллиги 3. Бактериал дизентерия
 4. Муковисцидоз 5. Лямблиоз
 а) 1, 3, 4 б) 1, 2, 5 в) 2, 3, 5 г) 1, 2, 5
5. Сурункали энтероколитларни энг кўп чақирадиган сабаблардан бирини танланг?
 * а. алиментар фактор б. ирсий фактор
 в. стресс фактор г. дориларнинг салбий таъсири
6. Сурункали энтероколитларга хос белгиларни аниқланг?
 1. Чап томонда, киндик атрофида оғриқ, 2. Қоринда оғриқ,
 3. Кунгил айниши, 4. Кайт килиш,
 5. Иштаха сустлиги, 6. Тана хароратининг кўтарилиши
 а. 1,3,5. б. 1,5, 6 в. 2,3,4 г. 1,3,6
7. Сурункали энтероколитларни чақирувчи энг ҳавfli омилларни кўрсатинг?
 а. Бир хил ва тартибсиз овқатланиш
 б. Юқумли касалликлар ўтказганлиги
 в. Ота-онасидан ошқозон ичак системаси патологияси
 г. Аллергик ҳолатлар.

СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯЛАРИ

Сийдик йўллари инфекцияси – бу бутун сийдик тизимининг ҳамма бўлимида (уретра, сийдик пуфаги, лоханкалар ва жомчалар) кечувчи буйракнинг тубуло-интерстициал тўқимасини ҳам эгалловчи микробли яллиғланиш жараёнидир. Ушбу касаллик гўдак ёшли болалар орасида кўпроқ учрашига сабаб, бу ёшдаги болаларда буйрак ва сийдик йўллари тўқималарининг яхши ривожланмаганлиги, умумий ва маҳаллий иммунитетнинг пастлигидир. Шунинг учун ҳам чегараланган уретрит, цистит, нефритлар кам учраб, жараён тарқалган тус олади. “Сийдик йўллари инфекцияси” атамасини фақат диагноз аниқ бўлгунга қадар қўлланилади.

Чакалоклик даврида патологик жараён киз ва ўғил болаларда бир хилда тарқалган бўлиб, сийдик йўллариининг ирсий ва тугма аномалияларига, инфекцияланиш даражасига боғлиқ. Кейинчалик ушбу патология қизларда кўпроқ учрайди ва бу сийдик йўллариининг ўзига хос хусусиятлари билан боғлиқдир. Яллиғланиш ичак твёкчаси, протей, кўк йиринг твёкчаси сингари грамманфий ва грам мусбат микроблар чақиради. Тилларанг стафилакокк сийдик йўлларига сурункали инфекция ўчоқларидан гематоген ва лимфоген йўл орқали ўтади, цистит ва уретритларда эса кўпроқ сийдик йўллари орқали (уроген) кириши мумкин. Сийдик йўллари инфекцияларининг келиб чиқишида рефлюкслар, сийдик тош касалликлари ҳам катта аҳамиятга эга.

Цистит ва уретритлар – сийдик пуфаги ва сийдик чиқарув йўллариининг шиллик ва шиллик ости қаватининг касаллиги бўлиб, сийдик тизими касалликлари орасида анча кўп учрайдиган тури бўлиб ҳисобланади. Бу касалликлар турли ёшдаги болалар орасида кенг тарқалган, аммо мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар 5-6 марта кўп оғрийдилар. Қиз болаларда цистит касаллигини ўғил болаларга нисбатан кўпроқ кузатилиши сийдик чиқариш каналининг анатомио- физиологик хусусиятларига “инфекциянинг табиий резервуарига яқин эканлиги- анус, кин, уретранинг калталлиги” ва ёндош

Геникологик касалликларнинг “вульвит ва вульвовагинит” мавжудлиги билан боғланади.

Сийдик пуфагинингшиллик қавати инфекцияга ўта чидамлилиги билан ажралиб туради. Инфекциядан химояланишда периуретрал безлар ҳам иштирок этадилар. Пери ва уретрал безлар бактериоцит хусусиятга эга вашиллик ишлаб чиқарадилар. Бу шилимшик уретра эпителиясини нозик қават билан коплаб олган. Сийдик пуфаги микрофлорани доимий равишда сийдик орқали ташқарига чиқариб туради. Сийдик пуфагининг микробли яллиғланиш жараёнидан химоя қилувчи шароитлар:

- сийдик пуфагининг сийдикдан тўла ва мунтазам бўшаб туриши
- детрузорнинг анатомик ва функционал жихатларини сақланиб қолиши
- сийдик пуфаги эпителиясининг бир бутун бўлиб сақланиб туриши.

Сийдик ажратиш жараёнида ўзилишлар бўлиб қолса бактериялар етарлича ювилиб кетмайди, натижада бактерияларнинг уретрада қолган маълум бир қисми юқорига кўтарилади. Бундай ҳолат кўпроқ сийдик пуфагининг нейроген инфекциясида кузатилади. Сийдик системасининг кўпроқ инфекцияси билан ифлосланган қисми бўлиб уретранинг дистал бўлими ҳисобланади. Сийдик ажратишининг бузилиши қуйидаги ҳолатларда кузатилади:

- ўткир юқумли касалликларда;
- туғма ва орттирилган уропатияларда;
- ташқи жинсий органлар яллиғланишида;
- дори-дармон моддаларининг пала-партиш қўлланилишида;
- ўсма касалликларида;
- шикастланишларда.

Шиллик қават эпителиясининг химоя функциясига қуйидаги омиллар салбий таъсир кўрсатади:

- тошлар, кум, токсик доривор препаратлар, авитаминоз, кимёвий ва радиациядан куйишлар ва х.к;

- кичик чанокк органларининг инфекцион яллигланиши, усмалар ва шикастланишлар маҳаллий кон айланишни издан чиқариб сийдик пуфагишиллик каватида чуқкур ўзгаришлар ривожланишига сабаб бўлади.

Этиологик омиллар табиатига кўра: бактериал, вирусли, дори-дармон, нур таъсиридаги, токсик, кимёвий, термик алиментар ва жаррохликдан сўнгги циститлар тафовут қилинади.

Циститлар сийдик ажратиш тизимида ўзгаришлар бўлмаган холда ривожланиб, бирламчи, туғма ёки орттирилган ва иккиламчи бўлади. Кечишига кура ўткир ва сурункали циститларга ажратилади.

Ўткир циститларда яллигланиш жараёнлари шиллик ва шиллик ости каватларининг зарарланишлари билан чегарланиб, морфологик жиҳатдан катарал ва геморрагик ўзгаришларнинг мавжудлиги билан белгиланади.

Сурункали циститларда эса, яллигланиш жараёни сийдик пуфаги девори мускул каватини ҳам ўз ичига олиб, анча чуқур структурали ўзгаришлар билан кечади. Сурункали циститлар латент ёки қайталаниб турувчи кечишлари билан ажралиб туради. Патологик жараён тарқалиши кўламига кўра чегараланган ёки диффуз бўлиши мумкин.

Цистит ва уретритлар клиник манзарасининг намоён бўлиши касалликнинг шакли, ҳамда кечиш табиатига боғлиқ бўлади. Ўткир цистит одатда сийиш жараёнидаги бузилишлар билан бошланади: бола тез-тез сияди (хар 10,20,30 дақиқада), захартанг холати кучли ва баъзан оғриқли бўлиб, сийдик тута олмаслик холатига олиб келиши ҳам мумкин. Ўткир циститдаги сийдик ажратиш жараёнларидаги бундай ўзгаришлар сийдик пуфаги рефлектор кўзгалувчанлигининг кучайиши ва нерв охирилларининг китикланиши билан боғланади. Каттароқ ёшдаги болалар қориннинг пастки қисмида, чов усти соҳасида, жинсий аъзо бошчаси ва сийдик пуфаги тўлган пайтларда оғриқнинг кучайишига шикоят қиладилар. Оғриқ синдромининг

кучлилиги яллиғланиш жараёнини таркалиш кўламига боғлиқ бўлиб, Лёто учбурчаги ҳам зарарланган пайтда энг кучли оғрик кузатилади. Кўпинча оғриқлар сийиш актининг охирида кузатилади. Каттароқ ёшдаги болалар циститларида умумий аҳволидаги ўзгаришлар минимал бўлиб, одатда интоксикация белгилари ва тана хароратининг кўтарилиши кузатилмайди. Бу хол сийдик пуфаги шиллиқ ва шиллиқ ости каватларини қон билан таъминланиши ўзига хос хусусиятлар билан белгиланиб, бунда яллиғланиш жараёнлари махсулотларининг қонга тушиши кам бўлади. Баъзан детрузор кискарганда янги қон томчиши ажралиши ҳам мумкин (терменал гематурия).

Кичик ёшдаги болаларда циститларнинг клиник манзараси носпецификлиги билан ажралиб туради. Сийганда бола безовталанади, йиғлайди. Уларда микробли яллиғланиш жараёнларининг сийдик йўллари билан юкорига кўтарилиши мумкин ва унинг белгилари токсикоз ва иситма кўриниши билан юзага чиқади.

Ташки уретрал сфинктер, ҳамда тос туби мускулларининг спазми оқибатида рефлектор сийдик тутилиши холати ривожланиб, баъзан бу холат ўткир буйрак етишмовчилиги синдроми клиникасини эслатиши мумкин. Бундай пайтларда буйракнинг азот ажратиб чиқариш фаолиятининг бўлмаслиги ўткир буйрак етишмовчилиги холатининг йўклигини билдиради.

Ўткир циститларда сийдик рангининг ва тиниклигининг ўзгариши асосий диагностик белгилардан бири бўлиб хисобланади. Ўткир циститлар 10-15 кун давом этади.

Сийдик пуфагининг сурункали яллиғланишига ўткир юкумли касалликлар, айниқса ошқозон-ичакнинг ва нафас йўлларининг вирусли касалликлари, дистрофиялар, рахит, ЭКАК, сурункали инфекция ўчоқларининг мавжудлиги, ҳамда орттирилган уропатияларнинг борлиги ҳам олиб келиши мумкин.

Клиник манзараси. Сурункали циститлар кам белгили бўлиб кечиши мумкин. Бундаги сезилар-сезилмас, бироқ доимий бўлган клиник манзара узок вақт давомида кузатилиб борилади. Баъзан цистит қайталаниб туришга

монд бўлади. Сурункали циститларнинг қайталаниш белгилари ўткир циститни эслатади. Бирок, бунда клиник симптомлар ўткир циститлардагига нисбатан сустрок намоён бўлади.

Сурункали циститларни клиник манзарасининг намоён бўлиш даражаси асоратларининг бор ёки йўқлиги билан боғлиқ ҳолда поллакиурез, кундузги сийдик тутаолмаслиги ва энурез билан характерланади.

Сурункали циститларни асосий белгиларидан бири, уросептиклар берилиши тўхтатилгандан сўнг кузатиладиган “бошқариб бўлмайдиган” лейкоцитурия ҳисобланади.

Жадвал 28

Цистит ва пиелонефритларни қиёсий таққослаш.

| Симптомлар | Пиелонефрит | цистит |
|-----------------------------------|-------------|------------------|
| Инттоксикация | + | - |
| Харорат кўтарилиши | + | Фақат гўдакларда |
| Бел саҳосида оғриқ | + | - |
| Ковуқдаги оғриқ | - | + |
| Дизурез | ± | + |
| Юқори лейкоцитурез | - | + |
| Антителоларга ўтирган бектериялар | + | - |
| Каналчалардаги ўзгаришлар | + | - |
| Ферментурез | + | - |
| ЭЧТ тезлашуви | + | Меъёрида |

Цистит ташҳисини қўйишда қуйидаги омилларга эътибор қаратилади:

- беморнинг шикоятлари;
- беморнинг касаллик ва ҳаёт анамнези, ҳамда яқин қариндошлари соғлиги хақида маълумотга эга бўлиш;
- сийдик синдроми табиати;
- рентген-урологик текширишлар натижалари;

- цистоскопик текширувлар;
- куйи сийдик йўллари уродинамикасини текшириш;

Циститлар нейтрофил лейкоцитурия мавжудлиги билан характерланади ва уларнинг сони қўрув мадонида 10-12 мингдан тортиб, уни бутунлай қоплаб олган даражада бўлиши ҳам мумкин. Шунингдек турли даражадаги эритроцитурия, оралик эпителийлар ва бактериялар ҳам кўп учрайди. Одатда протеинурия кузатилмайди, ёки айрим ҳолларда унинг миқдори 1%о дан ортмайди. Лейкоцитурия манбасини аниқлаш мақсадида кўпинча “2 стакан ” синамаси ўтказилади: “актив лейкоцитлар” ва антителолар билан қопланган бактериялар мавжудлиги текширилади.

Циститларнинг энг муҳим белгиларидан бири бўлиб, сийдикда кўп миқдорда шиллиқ топилиши ҳисобланади. Бактериологик текшириш учун эрталабки сийдик стерил идишга йиғилади. Микробиологик текширишлар антибиотик белгиланишидан аввал, 3-4 кун ўтиб, антибактериал терапиядан кейин ўтказилади. Таҳлил учун олинган сийдик намуналари йиғилгандан сўнг 1 соат давомида лабораторияга етказилиши керак. Бунинг имконияти бўлмаганда яхши бекиладиган стерил идишда музлаткичда 24 соатгача сақланиши мумкин. Сийдик чўкмасини текшириш мақсадгаида сийдик пуфагини катетеризация қилиш, фақат сийдикни ўткир тугилиши сингари зарур ҳолатларда амалга оширилади. Сурункали циститларда цистография қилинади. Бу усул қуйи сийдик йўлларини анатоми-физиологик ҳолатини баҳолаш имкониятини беради ва сийдик пуфаги, сийдик йўли рефлюксини аниқлайди. Сийдик пуфаги эндоскопияси эса, шиллиқ қаватларни зарарланиш даражаси ва қўламини баҳолайди. Бу текширишлари касаллик сусайган ёки ремиссия даврида ўтказилиши маъқул.

Асоратланмаган циститларда иситма кўтарилмайди. Бел сахосидаги оғриклар, интоксикация ва каналчалар фаолиятининг бузилиш белгиларининг мавжудлиги ҳамда сийдикда антителолар билан қопланган бактерияларнинг топилиши пиелонефритдан дарак беради. Микроскопнинг 20 та қўрув доираси текширилганда 2 та ва ундан ортик ялтирок бактериялар

топилса синалма мусбат бўлиб деб ҳисобланади. Ўткир циститлар оқибати кўпинча тўла соғайиш билан тугалланиши касалликни ўз вақтида даволаш билан боғлиқ бўлади. Эндоген ҳавfli омиллари бор болалардагина касаллик сурункали тус олиши мумкин.

Даволаш.

Цистит ва уретритларни даволаш комплекс ўтказилади. Бунда умумий ва маҳаллий таъсир чоралари ўтазиш кўзда тутилади. Касалликнинг ўткир даврида ётоқ режими буюрилади. Дизурик белгилар барҳам топиб, сийдик пуфаги фаолияти тиклангунга қадар осайишталик сақлаш талаб қилинади. Болани умуман иссиқ сақлаш ёки маҳаллий иситувчи муолажалардан фойдаланиш тавсия этилади. Сийдик пуфаги саҳосига қуруқ иссиқ ўтказилади ёки мойчечак, дала чой, от қулоқ сингари антисептик таъсирга эга бўлган ўсимликлар қайнатмасидан, $35,5^{\circ}$ хароратли ўтирувчи ванналар буюрилади. Парҳез таомлардан аччиқ, ўта ширин, ковурилган маҳсулотларни исътемом қилиш ман этилади. Сутли таомлар, мевали ва витаминларга бой бўлган маҳсулотлар буюрилади. Суюқликларни кўп бериш диурезни кучайтириб, яллиғланиш маҳсулотларини сийдик орқали чиқариб юборишга кўмаклашади. Ўткир циститларда суюқлик микдорини орттириш оғрик синдроми барҳам топгандан сўнг бошлаган маъкул. Енгил ишқорий сувлар, компотлар ва шарбатлар тавсия этилади. Бром, йод, барий, кобальт каби микроэлементлар тутувчи маъданли сувларни исътемом қилиш моддалар алмашинувини яхшилайдди, яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади, спазмолитик эффект беради ва сийдик РН ни ўзгартиради. Минерал сувлар ичиш микдори 2-3 мл/кг ҳисобланиб, кунига 7-8 ёшли болага 100-150 мл, 9-12 ёшга 150-200 мл ва 13 ёшдан катталарга 200-250 мл дан тайинланади ва овқатдан 1 соат аввал ичирилади. Ўткир циститлар терапияси оғрик синдромини камайтиришга, сийиш жараёнларини нормаллаштиришга, сийдик пуфагидаги яллиғланишни бартараф этишга йўналтирилган бўлиши лозим.

Дори-дармонлардан спазмолитиклар, уросептиклар ва антибактериал препаратлар буюрилади. Оғриқ синдроми мавжуд бўлганда но-шпа, беладонна ва папаверин ичгани ёки шамлар ҳолида тавсия этилади. Асосан буйрак томонидан ажраладиган ва сийдик пуфагида йиғиладиган стафилакоккларга бирдай таъсир кўрсатувчи, таъсир доираси кенг бўлган антибиотиклардан фойдаланилади.

Сурункали циститларни комплекс тарзда узок муддат индивидуал ҳолатда ўтказилиб, бунда касаллик сабабларини бартараф этиш тадбирлари кўзда тутилади. Кун тартиби ва овқатланиш режими сурункали цистит учун одатдагидек бўлади. Антибактериал терапия сийдик синдромининг тўла нормаллашуви ва сийдикда бактериялар йўқолгунга қадар узок муддат олиб борилади. Маҳаллий даволаш асосий усуллардан бири бўлиб ҳисобланади.

Физиотерапевтик муолажалардан ҳам кенг фойдаланилади. УВЧ терапия, парафин ва озокерит, балчик билан даволаш буюрилади. Сийдик йўллари мунтазам тозалаш мақсадида кирк бўғин, қуш тили, оқ кайни, қуштарон кўкати, дала чой, буйрак чойидан фойдаланилади.

Жадвал 29

Сурункали циститларда қулланиладиган дори моддалар.

| Цистининг морфологик шакли | Дори моддалари |
|----------------------------|---|
| Катарал шакли | Фурациллин эритмаси, наъматак, облепиха мойи, 5-10% синтомицин эмульсияси |
| Геморрагик шакли | Антибиотик ва антисептик эритмалар (сезувчанлигини ҳисобга олиб) |
| Бўллез шакли | 2-3% колларгёл эритмаси, 0,25 % кумуш нитрат. |
| Грануляр шакли | 2-3% колларгёл эритмаси, 0,25 % кумуш нитрат. |

Профилактик чора-тадбирларга ўткир инфекция касалликларни олдини олиш ва ўз вақтида даволаш, шахсий гигиена тартиб қондаларига амал қилиш, организмни чиниктириш қиради. Циститда инфекция сийдик

йўлларига ташқи жинсий органлар, чов соҳаси ва орқа пешови орқали кўпроқ тушади, шунинг учун шахсий гигиена қоидаларига катъий риоя қилиш катта аҳамиятга эга.

ЎТКИР ПИЕЛОНЕФРИТ

Болалар нефрологияси ҳозирги даврда ёш ва ривожланаётган тиббиёт бўлимларидан бири деб ҳисобланади. Бу мавзунинг долзарблигини сунги йиллар ЖССТ нинг статистик маълумотлари тасдиқлайди: сийдик ажратиш тизимининг касалликлари нафас олиш органлари патологияларидан сўнг иккинчи ўринни эгаллаб келмоқда.

Буйрак патологиялари орасида эса кўп учрайдиган касалликларидан бири – бу пиелонефритдир.

Пиелонефрит (ПЕН) - бу буйрак интерстициал тўқималари билан жомчалари ва лоханкаларининг носпецифик микробли яллиғланиш касаллиғидир. Бу патологик жараён кейинчалик кон томирлар ва паренхимасининг емирилиши билан боради.

Эпидемиология: ПЕН лар буйрак патологиялари орасида биринчи ўринни эгаллайди. Касаллик асосан гўдак ёшдаги ва кичик ёшдаги (3-4 ёшгача) болаларда кўпроқ учрайди. Катталарда ПЕН 2-3% ҳолларда учрайди ва уларнинг 50-60% یدا касаллик болалик давридан бошланганлиги аниқланган.

ПЕН нинг кичик ёшдаги болаларда кўп учраши, сийдик ажратиш тизимининг анатомио-физиологик хусусиятлари, туғма нуқсонлари, маҳаллий ва умумий иммунитетни пасайиши, шу ёшдаги болаларни бошқа касалликларга чалинувчанлиги билан боғлиқдир. Қиз болалар ўғил болаларга нисбатан 5-6 баробар кўпроқ оғрийди.

Пиелонефритнинг ўзига хос хусусиятларидан бири – бу патологияни кўпинча яширин, латент кечиши бўлиб, бу ҳолат касалликни ўз вақтида диагностика қилишни ва даволашни кечишига сабаб бўлади.

Этиология: Пиелонефритнинг ривожланишида микроблар муҳим ўрин эгаллайди. Микроблардан бактериологик текширувда ичак твёқчаси (50-60%), стафилококк, протей (1/3), стрептококклар аниқланган. Айрим ҳолларда аралаш флора аниқланади.

Касалликни ривожланишида сўнги йилларда патоген замбуруғлар, вируслар, микоплазмалар, хламидиялар ва бошқ. ҳам сабаб бўлмоқда.

Жадвал 30

Пиелонефритда микрофлора хусусиятлари.

| Микроблар | % |
|------------------------------|------|
| Ичак твёқчаси | 46,6 |
| <i>Proteus mirabilis</i> | 23,3 |
| Тилларанг стафилококк | 2,3 |
| Кўк йирингли таёқча | 2,1 |
| Стрептококк | 1,5 |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> | 2,0 |
| <i>Candida</i> | 0,6 |
| Бифидофлора йўқлиги | 20 |
| лактобактериялар йўқлиги | 20 |

ПЕН сурункали, узоқ муддат кечувчи шаклларига бактерияларни L формалари сабабчидир. Бу антибактериялар терапия натижасида хужайра қобуғини йўқотган бактериялар бўлиб, организмда узоқ вақт айланиб юриши мумкин ва антибактериал терапия тўхтагандан сўнг, яна ўз шаклига кирилади.

Вирусли инфекциялар организм химоя кучларига носоз таъсир кўрсатади ва буйрак паренхимасида бактериал ялиғланишига мойиллик туғдиради.

Пиелонефрит бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин. Бирламчи пиелонефритда буйрак тубуло-интерстициал тўқималарда микроб ялиғланишининг сабаблари аниқланган бўлмайди. Иккиламчи пиелонефрит тўқималарнинг органик ва функционал тўқималарининг органик ва

функционал характеридаги туғма ёки ортирилган патология таъсирида, сийдик чиқаришнинг бузилиши ҳисобига ривожланади.

Патогенез

Одатда буйракка инфекция киришини гематоген, лимфоген ва кўтарилувчи (ўриноген) йўллари фарқланади. Лимфоген йўл жуда кам учрайди, Гематоген йўл кўпроқ янги туғилган чақалоқ ва бола ҳаёти биринчи ойларида кузатилади. Болалар учун энг кўп учрайдиган шакли бу кўтарилувчи йўл ҳисобланади. Мойиллик туғдирувчи омиллар унда кизларда уретра стенози, ўғил болаларда уретра клапанлари ҳамда бир қатор функционал носозликлар қовуқ - най, най-буйрак жоми ва жом - буйрак рефлюкслар, қовуғининг нейроген дисфункцияси ва шу қабилардан иборат. Буйрак тўймаларини бактеририялар билан қопланиши учун бир қатор шароит ва омиллар зарур:

- организм умумий ҳолатини ўзгариши.
- Буйрак тўқималарини реактивлигининг ўзгариши.
- Буйрак ва сийдик йўлларидаги ўзгаришлар билан сийдик қосаси қон ва лимфа айланишини бузилиши.

Одатда бактериал инфекциялар организмда касаллик ривожланишидан аввал ҳам бўлади. Касалликка чалиниш асосан кўтарилувчи йўл билан, камроқ эса гематоген йўл билан юз беради. Пиелонефрит кўзгатувчининг вирулентлиги ва миқдори етарлича бўлгандагина ривожланиши мумкин. Касаллик кўпроқ оғирлашган анамнезли болаларда ривожланади: хомилдорлик патологик кечган, туғилган вақтида орттирилган асорати, чала туғилганлик, асфиксия, омфалитлар, пиодермия кузатилганда, гўдак ёшдаги болаларни сунъий овқатлантиришда, сурункали инфекция ўчоқлари борлиги, тез-тез юкумли касалликлар билан оғриши шулар қаторига киради.

Жадвал 31

Болаларда учрайдиган пиелонефрит классификацияси
(М.Я. Студенникни, А.Г. Дуинов 1976 йил.)

| | Кечишиг а кура | Даврига кура | Буйрак фаолияти |
|--------------|---|---|---|
| 1) Бирламчи | 1. Ўткир 2. Сурункали | 1. Кўзголиш (фаол) даври | Буйрак фаолияти бузилмаган |
| 2) Иккиламчи | а) қайталанувчи (рецидивланувчи) шакли б) латент шакли | 2. Клиник симптомларни қайтиш даври (тўлиқ бўлмаган ремиссия) 3. Ремиссия даври (тўлиқ клинικο- лаборатор ремиссия) | Буйрак фаолияти бузилган Сурункали буйрак етишмов- чилиги |

Ўткир пиелонефритнинг клиник-лаборатор кўринишлари

Бирламчи ўткир пиелонефрит одатда ўткир респиратор инфекция, пневмония, ангина, ўткир ошқозон ичак инфекциялари ва сепсис каби касалликлар фонида ривожланади. Касалликнинг фаол босқичи учун: боланинг умумий ҳолати оғирлашуви, баъзида безовталиқ билан алмашуви бўлиши, уйку бузилиши, атрофдагиларга кизиқишни йўқолиши, иштаҳа пасайиши, тана ҳароратини юкори кўрсаткичларга кадар кўтарилиши, титраш ва шу каби белгилар характерлидир.

Гўдак ёшдаги болалар пиелонефрит белгилари: қусиш, безовталиқ, ич кетиш кўринишидаги, катта ёшдаги болалардаги кўнгил айниш, қусиш ва қоринда хуружсимон оғриқлар билан аникланади. Пастернацкий симптоми кўпинча мусбат. Ўткир пиелонефрит клиникасида бир неча синдромлар фаркланади:

1 Умумий интоксикация синдроми - тана ҳароратини ортиши, беморнинг умумий ҳолатини оғирлашиши, бош оғриги, ҳушдан кетиш

холлари, тез чарчаш, бўшашиш, иштаха сустлиги, кўп терлаш каби белгилар кузатилади.

2 Ошқозон-ичак синдроми - кўнгил айнаш, қусиш, коринда хуружлик оғрик, ич кетиш, ичак диспенсияси каби белгилари билан характерланади ва бунда интоксикация ҳолатлари кўпинча ичак токсикози кўриниши деб баҳоланиши мумкин.

3 Урологик оғрик синдроми - ўз-ўзидан пайдо бўладиган (спонтан) бел соҳасидаги, қувук соҳасидаги ва сийдик йўли бўйича оғрик билан, баъзан ўнг ва чап коворга остида оғриклар ҳам кузатилади.

4 Дизурик синдроми – бунда болаларда тез-тез оғрикли сийиш (поллакиурия), баъзан сийдик тутиб тура олмаслик (энурез – кундузги, тунги), никтурияни кузатилади.

5 Сийдик синдроми - лейкоцитурия, баъзан эритроцитурия аниқланади. Сийдик ранги, тиниклиги ўзгаради – сийдикда лойкалашган чўкма пайдо бўлиши мумкин.

Жадвал 32

Гўдак ёшдаги ва катта ёшдаги болаларда пиелонефритнинг клиник белгилари.

| Клиник белгилар | Гўдак ёшдаги болаларда | Катта ёшдаги болаларда |
|--------------------------|--|--|
| Касалликнинг бошланиши | Умумий интоксикация симптомлари устунлик қилади | Умумий интоксикация симптомлари билан маҳаллий "оғрик" (коринда, бел соҳасида оғрик, дизурия) симптомлари кузатилади |
| Интоксикация симптомлари | Яккол намоён бўлади (хатто нейротоксикоз) | ПЕН кечishi, боланинг ёши ва обструкция мавжудлигига боғлиқ |
| Харорат | Фебрил, баъзида субфебрил. Айрим ҳолларда бесабаб харорат кўтарилиши кузатилади. | Фебрил, субфебрил, баъзида бесабаб харорат кўтарилиши кузатилади. |
| Қайт юлиш | Кўп ҳолларда кузатилади | Яккол интоксикацияда |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| Тери ранги | Оқиш-кўкимтир тусда (айниқса яққол интоксикацияда), кўзи ости сохалари кўкимтирлашиши | кузатилади Тери ранги оқарган, кўз ости сохалари кўкимтир, касалликни оғир кечишида тери ранги кўкимтир тусда бўлади. |
| Ишгаҳа | Болалар суст эмади, баъзида эмишдан бош тортади | Пасайган |
| Коринда, бел сохасида оғрик | Оғрик безовталиқ билан ифодаланади | Бел сохада, коринда, уретра йуналиши бўйича оғрик кузатилади |
| Дизурия | Тез-тез сияди ёки сийиши камади, баъзида мутлақо сиймайди | Сийдик тута олмаслик холати, сийиши кўпаяди ёки камади. |
| Ичак синдроми | Кўп холларда, касалликни бошланги даврида | Кам холларда кузатилади |
| Баланит, баланопостит | Кўп холларда | Деярли кузатилмайди |
| Гепатолиенал синдром | 1/3 қисм беморларда | Деярли кузатилмайди |

Болаларда кўпинча ўткир пиелонефрит яширин, кам симптомли кечишига мойил бўлади ва шу туфайли яққол сезиларли интоксикация белгилари ўткир ичак инфекцияси, ўткир вирусли инфекция, аппендицит, холецистит ва шу каби касалликлар кўриниши деб хато баҳоланади.

Ўткир пиелонефрит фаол фазаси уз вақтида аниқланганда ва туғри комплексли даволанганда, касаллик симптомлари орқага қайтиш даври билан алмашади. Бу даврда аста - секин умумий интоксикация белгиларини йуқолиши, бола холатини яхшиланиши, диспентик ва дизурик ўзгаришларни камайиб бориб, кейинчалик йуқолиши билан кузатилади.

Касаллик бошлангандан 2-6 (баъзан 12) ҳафта ўтгач клиник-лаборатор ремиссия даври бошланади. У лейкоцитурия, гематурия, бактериурия, протеинурия ва цилиндируриянинг камайиб бориб кейинчалик йўқолиши ва буйрак найчалари функциясининг тикланиши билан характерланади.

Ўткир пиелонефрит диагностикасида лаборатор ва асбобли текширув усуллари муҳим ўрин тутади. Пиелонефрит учун сийдик тахлилида 0,5-1г. суткасига микдоридан ортиқ протеинурия, микроскоп кўрув майдонида 15-20 ва ундан ортиқ лейкоцитлар борлиги, бир неча ўзгармаган ва ишкорланган эритроцитлар, цилиндрлар аниқланиши характерлидир.

Сийдик чўкмаси миқдорини текширишда Аддис-Каковский, Амбурже, Нечипоренко усуллари кенг қўлланилади.

Пиелонефритнинг диагностик белгиларидан бири бўлиб сийдикда лейкоцитлар цилиндрларни аниқлаш ҳисобланади. Буларнинг сийдикда бўлиши буйрак найчалари яллиғлангандан дарак беради. Сийдикда донатор цилиндрларни аниқланиши нефрон каналчаларида дегенератив ўзгаришлар бораётганидан дарак беради. Пиелонефрит муҳим диагностик белгиларидан яна бири бактериурия 1 мл сийдикда 100 000 ва ундан ортиқ микроблар таначалари аниқланиши - шубҳасиз патологик бактериурия деб ҳисобланади. 50-100 минг микроб таначалари аниқланса - бўлиши мумкин тахминий патологик бактериурия ҳисобланади. Агар 1мл сийдикда бактериялар миқдори 10 мингдан кам бўлса бу беморда пиелонефрит касаллиги йўқлигидан дарак беради.

Сийдик чўкмасида фаол лейкоцитлар ва Штейнгеймер - Мальбин хужайрасининг аниқланишини сийдик системасидаги яллиғланиш жараёни фаоллигини баҳолашда катта рол ўйнайди.

Қон умумий тахлилидаги лейкоцитоз, нейтрофилёз, формуланинг чапга силжиши, ЭЧТ ортиши яллиғланиш жараёнини бораётганини тасдиқлайди.

Эрта ривожланган ўткир пиелонефрит диагностикасида асбобли текшириш усуллари ҳам муҳимдир. Айниқса, иккиламчи пиелонефритда манзара рентгенограмма сийдик йўлларида конгломератлар (тошлар) бор

ёки йўклигини аниқлашга ёрдам беради. Экскретор урография эса буйрак ва сийдик йўллари ривожланиши аномалияларини, сийдик найлари ортирилган эгриликлари ва торайган жойларни аниқлашга ёрдам беради. Сўнги йилларда буйракни ултратовуш ёрдамида текшириш ҳам кенг қўлланилмоқда.

Буйрак етишмовчилигини аниқлаш мақсадга иштар бўлганда буйракни парциал ва экскретор фаолиятини текширувчи лаборатор текширувлар мақсадга мувофиқ бўлиб ҳисобланади: эндоген креатининнинг клиренси, функциоанл синамалар ва бошқ.

Сурункали пиелонефрит

Бу буйрак тубуло-интерстициал ва косача-жом системасини сурункали микроб - яллиғланиш жараёнидир.

Касаллик одатда ўткир буйрак яллиғланиш жараёнларидан сўнг ривожланади. Сурункали пиелонефрит ривожланишига қўшимча омиллар ҳам кучли таъсир кўрсатади. Бўлар: тез-тез вирусли респиратор инфекциялар, сурункали тонзилит, тишлар кариеси, сурункали цистит, ЭЖАК, рахит, кам вазнлик каби касалликлар бўлиши мумкин. Касалликнинг сурункали шаклига кўпинча иккиламчи пиелонефритга ўтади. Бунинг сабаби сийдик системасидаги сийдик турғунлигига олиб келувчи омиллар (сийдик чиқариш йўллари органик ва функционал обструкциялари, буйрак тошлари ва бошқалар) даволаш давомида йўқотилмаган бўлади.

Сурункали пиелонефрит клиник-лаборатор кўринишлари.

Клиник кўриниш ва уларнинг ривожланганига қараб сурункали пиелонефритнинг иккита асосий шакллари:

1 Рецидивланувчи (кайталовчи).

2 Латент (яширин) бор.

Рецидивланувчи кечув буйракда яллиғланиш жараёнининг кайталиши билан ифодаланади. Касаллик кайталанишини турли хил омиллар чақириши мумкин. Сурункали рецидивланувчи пиелонефрит фаол босқичида болалар умумий дармонсизланишига, тез чарчан, иштаха сустлиги, бош оғриши, тез-

тез оғрикли сийдик чиқариш, тунги сийдикни ушлаб тура олмасликка шикоят қилади. Бу болаларда баъзан артериал босим ортиши ҳам аниқланади. Бу беморларда лаборатор кўрсаткичлар томонидан, жараён фаол босқичида қонда нейтрофил лейкоцитоз, лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши, сийдикда протейнурия, бактериурия, буйракнинг кавалчалари концентрациялаш қобилиятини пасайиши аниқланади.

Касалликни қисман ремиссия даврида потологик жараён зўрайиши белгилари камайиб боради, секин аста йўқолади. Лаборатор кўрсаткичларида ижобий натижа кузатилади. Тўлиқ клиник - лаборатор ремиссия даврида буйракдаги ялпиглашиш жараёнларининг клиник кўринишлари ва лаборатор белгилари аниқланмайди.

Сурункали пиелонефритнинг латент кечадиган шакли кўпинча профилактик кўрувлар вақтида ёки бошқа касаллик бўйича текширилганда аниқланади. Касалликни бу шакли диагностикада лаборатор текширувлар усули муҳим аҳамиятга эга бўлади. Сийдикда лейкоцитурия, баъзан бактериурия аниқланади. Баъзи ҳолларда эса сийдикда лейкоцитурия ва бошқа патологик силжишларни аниқлаш учун провакацион усуллар қўлланилади.

Болани муттасил кузатиш, унда кучли сезиларли бўлмаган сурункали интоксикацияси белгиларини аниқлашга ёрдам беради. Қонда тезлашган ЭҚТ, ретикулоцитоз, нормахром анемия аниқланади. Сурункали пиелонефрит узок вақт давом кечади. Буйрак тўқималарида инфекциянинг узок вақт давомида персистенцияси, аста-секин ривожланувчи структур ўзгаришлар нефросклероз оқибатида артериал гипертензия билан борадиган сурункали буйрак етишмовчилигига олиб келади.

Сурункали пиелонефрит диагнозида жараён бирламчи ёки иккиламчилиги кечуви характери, касаллик даври буйрак функционал ҳолати ўз аксини топган бўлиши керак. Шу мақсадгадда функционал пробалар қонда кислота ишқор мувозанати, натрий, калий, мочевино ва шу қабилар миқдорини аниқлаш олиб борилади.

Даволаш

Ўткир пиелонефритда ва сурункали пиелонефрит зўрайиши даврида болаларни даволаш стационар шароитда олиб борилади. Беморга ётоқ тартиби тайинланиб унинг давомийлиги интоксикация белгиларини камайишига ва тана хароратини ортишига боғлиқ бўлади. Бола ахволини яхшилашига қараб тартиб кенгайтириб борилади, бироқ, жисмоний юкламалар чекланади. Сурункали пиелонефритда сийдик синдромининг алоҳида ёмонлашуви кузатилиши, беморга кўшимча кундузги уйку ва жисмоний юкламалардан чеклаш тайинланади. Катъий клиник-лаборатор ремиссияларда беморга ҳаракатчан ўйинлар ва спортнинг баъзи турлари (бадминтон, сузиш, туризм, қайиқда сузиш) билан шуғулланиш тавсия этилади.

Пархезли терапия. Буйрак функцияси сақланган ҳолда пиелонефрит билан оғриган болаларни овқатлантирибиш тўлиқ қийматли ва ёш нормасига боғлиқ бўлиши керак.

Пиелонефрит билан оғриган гўдак болаларни табиий овқатлантиришда сақлаб туриш ва унга кўшимча мева-сабзавотлари берилиши керак.

Пиелонефритнинг ўткир даврида беморга мева-сабзавот ёки маза-гуручли енгиллатувчи овқатлар ва кўп миқдорда суюқлик тайинланади. Қасалликни экстроренал кўринишлари кучайган ҳолларда эса беморга оксил (1,5-2,0 г/кг тана вазнига ва туз 2-3 г кунига) чегараланган сут-ўсимлик тайинланади. Пархездан ўткир, тузланган ва ковурилган овқатлар консерваланган маҳсулотлар ва экстротив моддаларга бой бўлган пиёз, саримсок, хантал, гармдори ва бошқалар ичирилади. Бу пархезга болалар қасаллик белгилари йўқолгандан сўнг 1 йил давомида риоя қилишлари керак.

Сийдик йўлларида микрофлоралар ривожланиши учун нобоб шароит яратиш мақсадга иймонли сийдик реакциясини ўзгартирувчи ишқорли минерал сувлар ичиб туриш керак. Бу сувлар ҳар 10-14 кун давомида моро ёки брусника ва клоква шарбатлари билан алмаштириб турилиши лозим.

Антибактериал терапия. Ўткир ва сурункали пиелонефрит зўрайишини комплекс даволашда муҳим ўрни тутади. Антибактериал терапиядан асосий мақсадга- буйрак поренхимияси ва сийдик йўлларидаги микрофлорани йўқотиш ҳисобланади. Антибактериаллар тайинлашда уларнинг нефротоксик таъсирини ҳисобга олиш керак.

Нефротоксик таъсирга эга бўлган антибактериал дорилар

| Нефротоксикли | Дорилар | Нефротоксик таъсир кўриниши |
|----------------|---|--|
| Даражаси кучли | Неомицин Мономицин Полимиксин Канамицин | Тубуло-интерстициал зарарланиши |
| Ўртача | Гентамицин Стрептомицин Метицилин Сульфаниламидлар | Тублопотиялар Интерстициал нефрит Каналча бўшлигида кристаллар тўпланиши |

Пиелонефритни даволашда кўпроқ ярим синтетик пеницилин гуруҳига оид антибиотиклар - оксацилин, ампицилин, метицилин қўлланилади. Улар суткасига 100-200 мг\кг дозада 4-6 қабулга кон томир ичига, мушак орасига ёки перорал тайинланади.

Аминогликозид гуруҳига оид антибиотикларда гентамицин ва сизомицин кенг қўлланилади улар 2-5 мг\кг суткасига 2-3 қабулга қарши кўрсатма бўлиб буйрак ажратиш нефрити ҳисобланади.

Стафилакокк томонидан чақирилган пиелонефритни даволашда цефалоспорин гуруҳига оид антибиотикларни суткасига 20-50-100 мг\кг дозада 2-3 қабул учун қўлланилади. Оғиз орқали қабулга эса левомецитин стеарат 3 ёшгача болаларга 20 мг\кг, 3-8 ёшдан катта болаларга 0,4-0,6 гр дан бир марта қабул учун тайинланади.

Антибиотиклар болаларга 10-14 кунлик курс дозаларида тайинланади, сўнг кўзгатувчида резистенлик ривожланишини олдини олиш мақсадгаида олдин қўлланилмаган антибиотик билан алмаштирилади.

Юкоридаги дорилар каторида линкомицин гидрохлорид 10-20 мг\кг суткасига дозада кабулга тайинланади. Шу билан бирга линкомицин ва цефалоспориинлар учун буйрак функцияларини оғир бузилганлиги қарши кўрсатма хисобланади. Левомецетин 20-50 мг\кг суткали дозада мушак орасига юбориш учун тайинланади.

Нитрофуран препаратлари. (фурагин, фуроданин ва бошкалар) овкатдан сўнг оғиз оркали кабул учун 5-10 мг\кг суткали дозада, кунига 3-4 маҳал 2-3 ҳафта давомида тайинланади.

Налидиксин кислота дорилари. (неграм, невиграмон) суткасига 60 мг\кг дозада суткасига 3-4 кабул учун 10-14 кун давомида тайинланади.

Нитроксолин (5-НОК) 5 ёшгача болаларга суткасига 200 мг, 5 ёшдан катта болаларга 400 мг 4 марта кабул учун. Даволаш курси 2-3 ҳафта.

Сульфаниламид дорилари. Этазол 2 ёшгача болаларга 01-05, 2-5 ёш 03-04; 5-12 ёш 05 ҳар тўрт соатда. Уросульфан 0,25-0,5 ҳар 4 соатда.

Пиелонефритни даволашда антибактериал препаратларни комбинациялашган ҳолда қўллаш ҳам мумкин антибиотик + сульфаниламид, антибиотик + нитрофуран, антибиотик + невиграмон ва х.к..

Антибактериал воситаларини тайинлашда уларнинг кўзгатувчига нисбатан таъсир спектри, сийдик микрофлорасини бу препаратга сезувчанлиги ва буйракнинг функционал ҳолати хисобига олинishi керак.

Ўткир пиелонефритда антибактериал терапия 4-6 ҳафта давомида сийдик анализи текшируви остида олиб борилади. Сурункали пиелонефритда эса улар 6-12 ҳафта давомида, керак бўлганда ундан узок муддатта тайинланади. Узок вақт давомида антибактериал терапия олган беморларга биопрепаратлар: колибактерин, бификол, бифидумбактерин ва кандидоз профилактикаси учун: инстатин, леворин тайинланади.

ЎТКИР ДИФФУЗ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Гломерулонефрит (ГН) – буйрак каналчаларининг икки томонлама диффуз зарарланиши билан кечадиган патологик жараёнлар бўлиб, унинг асосида иммун-аллергик яллиғланиш ётади, буйрак артериялари, буйрак стромаси ҳам бирга яллиғланади.

Педиатрлар кўпинча бу касалликни нефрит деган термин билан алмаштиришади. Нефрит – бу коптокчалар, каналчалар ва оралик тўқиманинг бир хил даражадаги зарарланишига айтилади. Бу кўпинча коллаген касалликларга оиддир.

Диффуз гломерулонефрит болаларда учрайдиган буйрак касалликларининг энг оғир формаси деб ҳисобланади. Бу касалликда организмнинг ҳамма орган ва системалари ва модда алмашинуви зарарланади. Гломерулонефрит билан кўпроқ 7 – 12 ёшдаги болалар оғрийди.

Гломерулонефрит этиологияси.

Гломерулонефрит ривожланишини бактериялар, вируслар, nobактериал омидлар келтириб чиқариши мумкин. Аммо кўпинча ўткир ГН бирор стрептококк этиологияли инфекциян касалликлардан (ангина, скарлатина, пиодермия, импетиго, рожа ва х.к.) кейин ривожланади. Касалликнинг келиб чиқишида стрептококкнинг аҳамияти эга эканлиги - беморлар томоғидан олинган суртмада унинг унуб чиқиши ва беморларнинг қонида стрептококка қарши антителолар антистрептогидролизидаз - АСГ, антистрептокиназа – АСК, антистрептолизин О ва S – АСЛ-О ва АСЛ-S) аниқланиши бўлиб, буни тасдиқловчи далилидир. Касалликка мойил қилувчи омидлардан бўлиб сурункали тонзиллит, ўткир респиратор вирус инфекциялар (УРВИ), йилнинг совук ойлари, совук таъсири, вакцинациялар, зардоблар юборилиши ҳам ҳисобланади.

Ўткир гломерулонефрит билан оғриган беморлар қонини бактериологик текширганда А гуруҳига мансуб β-гемолитик стрептококкнинг 12, 18, 25, 49, 55, 57, 60 антиген штаммлари кўпроқ аниқланади ва бу штаммлар “нефритоген” деб ҳисобланади.

Гломерулонефрит патогенези.

Ўткир гломерулонефрит иммунокомплекс касалликлар турига киради, чунки унинг ривожланишида стрептококки бевосита таъсири эмас, балки стрептококк антигенлари организмга ёт жисмдек таъсир этиб, уларга қарши антителолар ҳосил бўлади. Организм тўла сенсibiliзацияланиб бўлгандан сўнг иммунокомплекс назариясига асосан қонда айланаётган антиген-антитело комплекси нефрон қоптоқчаларига чўқади. Қоптоқча капилярлари деворига чўккан антиген-антитело комплекси буйракни зарарлайди ва шу ерда қоптоқчалар ва G, M иммуноглобулинлардан иборат доначалар тўпланади. Антиген-антитело реакцияси маҳсулотлари организмга ёт жисм бўлганлиги боис аутоантиген хусусиятига эгадир (зарарланган буйрак). Уларга қарши аутоантителолар ишлаб чиқарилиб, аутоантигенлар билан бирикиб буйракнинг соғ қолган тўқималарини зарарлайди, янги аутоантителолар ҳосил бўлади, унга жавобан аутоантителолар пайдо бўлади ва бу жараён шундай қилиб даволашни бошламагунча давом этиб бораверади.

Қоптоқча капилярлари деворига ўтирган иммун комплекслар гемостаз системасини активлайди ва маҳаллий гиперкоагуляциясини чакиради. Капиляр эндотелия шикастланганлиги сабабли қон элементлари (тромбоцитлар) активлашиб, адгезия ва агрегацияга учрайди, бунинг натижасида микроциркуляция бузилади, фибринни капилярлар деворига ўтириши кузатилади, қоннинг ивиш системаси активлашади ва коагулопатия келиб чиқади.

Гломерулонефрит классификацияси 1976 йили июн ойида Винница шаҳрида нефрология бўйича ўтказилган Бутуниттифок симпозиумда қабул қилинган. Ушбу классификацияга бирламчи гломерулонефритлар киритилган, иккиламчи гломерулонефрит ва нефрит киритилмаган.

Жадвал 33

БОЛАЛАРДА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

| | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------|
| Гломерулонефрит шакли | Буйрак жараёнининг активлиги | Буйрак функцияси |
|-----------------------|------------------------------|------------------|

| | | |
|---|--|--|
| Ўткир гломерулонефрит: Ўткир нефритик синдроми билан Нефротик синдроми билан Якка сийдик синдроми билан Гематурия ва гипертония билан кечадиган нефротик синдром | Даствабки аломатлар даври Симптомларни камайиш даври Сурункали гломерулонефритга ўтиши | Буйрак функцияси бузилмаган Буйрак функцияси бузилган |
| Сурункали гломерулонефрит: Гематурик шакли Нефротик шакли Аралаш шакли | Қисман клинικο-лаборатор ремиссия Тўлиқ клинικο-лаборатор ремиссия | Буйрак функцияси бузилмаган |
| Ним ўткир (ёмон сифатли) гломерулонефрит | | Буйрак функцияси бузилган Сурункали БЕ Буйрак функцияси бузилган Сурункали БЕ |

Нефритик синдром – клиникасида кескин ифодаланмаган шишлар, нотургун ўзгарувчан гипертония. Сийдикдаги ўзгаришлар: микро- ва макрогематурия, лейкоцитурия, унча ифодаланмаган протеннурия.

Нефротик синдром – клиникасида тарқоқ шишлар, тахлилларда – юқори протеинурия, гипопроteinемия, гиперхолестеринемия.

Якка сийдик синдроми – сийдик қолдиғидаги ўзгаришлар – гематурия, протеннурия, цилиндрурия.

Гематурия ва гипертония билан кечадиган нефротик синдром – кескин ифодаланмаган гематурия, гипертония, тарқоқ шишлар, протеннурия, цилиндрурия.

Ўткир гломерулонефритнинг бошланғич даври 2 ҳафтадан 4 ҳафтагача давом этади, симптомларни орқага қайтиш даври – 2 – 3 ойгача, баъзан эса 1 йилгача давом этади. ГН циклик кечганда буйракнинг асосий симптомлари узоқ сақланади, функцияси бузилади, лекин даволаш натижасида симптомлар нормага қайтади. Баъзан ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланиши ҳам мумкин.

Касаллик белгилари 1 йилдан бир неча йилгача давом этса сурункали ГН деб айтилади. Бу шакли доимо қайталаниб туриши, тўлқинсимон кечиши билан фарқ қилади. Бунда нефротик, гематурик ва аралаш шакллари тафовут қилинади.

Клиник манзараси.

Бошланғич даври: Касаллик умумий интоксикация симптомлари билан бошланади. Боланинг умумий аҳволи ёмонлашади, бўшашади, иштаҳа пасаяди, баъзи болаларда харорат кўтарилади. Суткалик диурез камаяди. Биринчи пайдо бўладиган белгиларидан кўз ковоклари, юзнинг шишинкираши, кейинроқ шишлар қўл-оёқларга тарқалиши кузатилади. Тери ранги оқаради, айрим ҳолларда касаллик шиш кузатилмасдан бошланиши ҳам мумкин. Бунда артериал босим (АБ) ўртача даражада кўтарилади, ҳар хил даражада ифодаланган гематурия кузатилади. Баъзан касаллик макрогематурия билан бошланиб, сийдикнинг ранги ўзгаради – “гўшт селига” ўхшаб кетади. Айрим болаларда бел соҳасида оғриклар кузатилиши мумкин. Каттароқ болаларда эса юрак қон-томир, асаб ва бошқа системаларни зарарлаши билан кечади.

Авжга чиқиш даври: Бошланғич давридаги симптомлар яққол ифодаланади.

Шиш патогенези. Буйрак кўпқоча аппаратининг филтрацион фаолиятининг бузилиши оқибатида оксиллар, айниқса майда дисперсли альбуминлар ажралиб чиқади. Қонда гипопроteinемия, гипоальбуминемия вужудга келади, натижада қонда коллоид осмотик босим пасаяди, гиповолемия (айланиб юрган қон ҳажми камаяди) кузатилади, бу томирлар

деворидаги рецепторларни қўзғотади ва гормонлар бошқарилиши издан чиқади (гиперальдостеронизм). Гиперальдостеронизм гипофизни антидиуретик гормонини ишлаб чиқарилишини кучайтиради. Гиперальдостеронизм буйрак каналчаларида натрийни қайта сўрилишини оширади. Энда айланиб юрган қон ҳажми орттади (осмоляр қонунига биноан каналчалар мембраналарининг ўтказувчанлиги ортиши билан суюқлик хужайралар орқали хужайра аро бўшликка ва қонга қараб силжийди). Шундай қилиб антинатрийуретик ва антидиуретик системалар таъсирида томирлар ичи ҳажми ошди, организмда сув ушланади ва шиш пайдо бўлади.

Гипертония патогенези. Артериал босимни, сув-туз алмашинувининг бир хил меърада ушлаб туришида ренин-ангиотензин-альдостерон звенolari муҳим аҳамиятга эга. Бу буйракни, артериолаларни, буйрак усти бези ва МНС ни бир бири билан боғлаб туради. Қондаги оксил – ангиотензин ренин билан бирикиб ангиотензин – I га айланади, кейин бир қанча ферментлар таъсирида гидролизланиб ундан ҳам активроқ бўлган ангиотензин – II га айланади. Ангиотензин – II бевосита томирларга таъсир этиб артериолаларни торайтиради, альдостерон секрециясини кучайтиради, натрий ва сувни ушланиб қолишини вужудга келтиради ва айланиб юрган қон ҳажми янаям ортиб кетади. Бу ўз навбатида юрак қон- томирлар системасини издан чиқаради, юрак чапга кенгаяди, тошлари бўғинашади, систолик шовқин вужудга келади.

Гематурия – қоптоқча капиллярларининг ўтказувчанлиги ортиши ва капилляр ёрилиши билан тушунтирилади.

Протеинурия – суткалик сийдик билан 60 – 100 мг дан ортиқ оксилнинг йўқолишига айтилади. Бир суткада йўқолаётган оксил миқдори 3 г/сут дан ортганда – юқори инфодаланган протеинурия деб айтилади ва бу кўпинча нефротик синдромларида кузатилади.

Цилиндруря – ГН нинг доимий симптоми бўлиб ҳисобланади. Цилиндрлар тузилиши бўйича оксил бўлиб, эпителиал хужайралар, ёғлар, хужайра детритлари каби ҳар хил қон элементлари (эритроцит, лейкоцит)

билан бирикиб келади. Қуйидаги цилиндрлар тафовут қилинади: гиалин, эпителиал, донадор, лейкоцитар, эритроцитар, мумсимон. Хужайрали цилиндрлар учраши буйракни зарарланганлигидан дарак беради. Буйракда дегенератив ўзгаришлар ривожланганда хужайрали цилиндрлар учрайди. Доновор ва мумсимон цилиндрлар учраши касалликнинг ёмон оқибитидан дарак беради.

Лейкоцитурия – касалликнинг 40-50% ҳолларда учрайди. Нефротик синдромида кўриши майдонида 30-35 тагача лейкоцитлар аниқланади.

Сийдикдаги шакли элементларни Нечипоренко, Аддис-Каковский, Амбурже усулларида аниқланади.

Нечипоренко усулида 1 мл сийдикдаги лейкоцитлар ва эритроцитлар сони аниқланади. Нормада лейкоцитлар – 4000 дан эритроцитлар – 2000 дан ортмаслиги керак.

Аддис-Каковский усулида суткалик сийдик таркибидаги лейкоцитлар, эритроцитлар ва цилиндрлар сони аниқланади. Нормада лейкоцитлар – 2000000 дан, эритроцитлар – 1200000 дан, цилиндрлар 20000 дан ортмаслиги керак.

Амбурже усулида 1 минутда ажралган сийдик миқдоридида лейкоцитлар ва эритроцитлар сони аниқланади. Нормада лейкоцитлар – 4000 гача, эритроцитлар – 1800 гача бўлиши керак.

Буйракнинг чиқарув ва филтрацион фаолиятини аниқлаш учун суткалик сийдик миқдори ва зичлиги аниқланади. Бунинг учун Зимницкий синамасидан фойдаланилади. Бу синамада ҳар 3 соатда олинган сийдик миқдори ва зичлиги аниқланилади. Нормада ичилган суюқликнинг 80% чиқиши лозим. Зичлиги ҳар порцияда ҳар хил бўлиши керак. Улар орасида 1 порциянинг зичлиги 1015 дан паст бўлмаслиги керак. Диурез кўрсаткичларининг охириги икки порция зичлиги йиғиндиси 30 га тенг бўлиши керак. Агар зичлик кўтарилса диурез камаяди. Нефритда бу кўрсаткич 30 дан юқори бўлади. Гипостенурия – зичлик паст (1002 – 1005), гиперстенурия – юқори зичлик (1030 дан юқори), изостенурия – плазма

зичлигига тенг бўлиб қолганда (1010-1012) айтилади. Изостенурия буйрак етишмовчилигидан дарак беради.

Олигурия – суткалик сийдик миқдорининг камайиши. Нормада суткалик диурез $600 + 100 (n - 1)$, n – боланинг ёши формуласи бўйича аниқланади. 1 ёшли боланинг суткалик диурези ўртача 600-700 мл, 12-15 ёшдаги болаларда 1,0 – 1,5 л ни ташкил қилади.

Буйрак функциясини аниқлаш мақсадда коннинг биохимик усуллари қўлланилади. Бунинг учун кон зардобдаги умумий оксил ва оксил фракциялари, оксил алмашинувининг маҳсулотлари – мочевино, креатинин, қолдик азот ва ҳ.к., эндоген креатининнинг клиренси аниқланиши керак.

Қолдик азот миқдори 19,3 – 29,3 ммоль/л, мочевино – 4,3 – 6,8 ммоль/л, креатининг – 0,076 – 1,37 ммоль/л ни ташкил қилади. Буйрак касалликларида бу кўрсаткичлар ортиб кетади.

Ўткир ГН диагнозини қўйишда коптокча филтрациясини эндоген креатининг клиренсини (тозалаш коэффициенти) аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Буйрак коптокчаларини филтрлаш хусусиятини бемор тана юзасига ҳисоблаганда (катталар тана юзаси 1,73 м² ташкил қилади) бу кўрсаткич 80 – 180 мл/ минутга тебраниши мумкин, яъни 1 минутда буйракдан шунча миқдордаги кон ўтиб шу моддадан тозаланади. ГН ларда бу кўрсаткич 50% гача камайиб кетади. Даволангандан кейин аста-секин нормага етади.

НИМ УТКРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Ним ўткир (ёмон сифатли) гломерулонефрит – буйракнинг иммун-ядлигганиши билан кечадиган касалликлари орасида энг оғир шакли ҳисобланади. Болалар орасида гломерулонефритнинг бу шакли камдан кам учрайди. Ангина, скарлатина, респиратор касалликлар тез-тез қайталаниб турса гломерулонефритнинг ним ўткир шакли ривожланади. Касалликнинг кечиши ўткир гломерулонефритга ўхшайди, лекин симптом ва синдромлари жуда тез авжга чиқади, жараён прогрессивланиб кечади, даволашдан наф бўлмайди, касаллик кўпинча ёмон оқибат билан тугайди. Баъзан аста-

секинлик билан бошланиб, кам симптомли бўлади. Касаллик кўпинча 2 йил давом этади.

Сурункали гломерулонефрит

Сурункали гломерулонефрит – узок вақт (1 йилдан бир неча йилларгача) кечадиган, актив яллиғланадиган, инфекцион-аллергик, икки томонлама диффуз буйрак касаллиги, унинг коптокчаларининг (нефронлари) халок бўлишига, буйрак шиш бузилишига, артериол гипертензия авж олишига, буйрак бужмайишига ва сурункали буйрак етишмовчилигидан ўлимга олиб келадиган касалликдир.

Этиологияси. Ўткир ГН-нинг сурункали турига айланиши учун стрептококкли касалликлар қайталаниб туриши, жараён чўзилиб кечиши, лаборатор кўрсаткичлари бир йил ичида ҳам йўқолмаса жараённинг сурункали шаклига ўтишидан дарак беради. Ўткир ГН бошидан ўтказган беморлар пархез, харакат режими бузилса ҳам сурункали турига ўтиши мумкин.

Патогенези. Сурункали ГН патогенезининг ривожланиши ўткир ГН га ўхшаб кетади.

Клиник манзараси: турли-тумон симптомлар билан намоён бўлади. Касаллик қайталанганда ҳамма симптомлари жадал юзага чиқади, ремиссия вақтида бу симптомлар сусаяди. Сийдик қолдиғидаги ўзгаришлар унчалик намоён бўлмайди. Бироқ, клиник манзараси наъмалум бўлиш даражасига боғлиқ бўлмаган холда сурункали ГН барча шаклларида жараён узликсиз ривожланиб боради, узок вақтгача буйраклар фаолиятининг сакланиб қолиши, ҳамда сурункали буйрак етишмовчилиги ривожланиши характерли бўлади.

Классификацияга асосан сурункали ГН нефротик, гематурия ва аралаш шаклларга бўлинади.

Нефротик шакли. Касаллик аста – секинлик, билинар билинмас ривожланади. Бола бўшашади, кам қувват бўлади, иштаҳа йўқолади. Вақт-вақти билан шишлар пайдо бўлиб туради. Бу шишлар касаллик бошида

ковокларда (эрта билан), кейинчалик гавдага ва оёқларга тарқалади. Баъзан эса, суяклик кўкрак, корин, перикард бўшлиқларига тўпланади. Периферик шишлар юмшак, (рыхлӣй), шиш устидаги тери қатламлари оқарган, курук, юпқалашган бўлади. Нефротик симптоми билан оғриган беморларда узоқ вақтгача А/Б нормада бўлади. Жигар ва талок кўпчилик ҳолатларда катталашмаганлиги кузатилади. Суткалик диурез камаяди, протеинурия (10 г/с ва >) кузатилади. Сийдик қолдиғида 1-2 майдон кўринишида эритроцитлар ва лейкоцитлар, гиалинли цилиндрлар эса кўп миқдорда ажралади. Қондаги қолдик азот, мочевино, креатинин, миқдори нормага яқин, липидлар, холестерин миқдорлари ортади. Қондаги умумий оксил 40-50 г/л гача камаяди. Альбуминлар миқдори камайиши, α_2 глобулинлар концентрацияси кўтарилиши ҳисобига диспротеинемия ривожланади. Кўпчилик болаларда сув-электролит алмашинуви анча чуқур издан чикканлиги кузатилади. Сурункали ГН синдроми тўлқинсимон кечиши билан характерланади. Касалликнинг ҳар бир кўзиш даврида буйрак етишмовчилилик ва экстраренал симптомлари яққол ифодаланади.

Гематурия шаклида биринчи навбатда тургун гематурия кузатилади. Шишлар ва А/Б кўтарилиши белгилар ўртача ифодаланади. Сийдик таҳлилида – кўп миқдорда эритроцитлар, лейкоцитлар, гиалин ва донодор цилиндрлар, буйрак эпителиал хужайралари ажралади. Суткалик сийдик билан оксил 1 г/с ажралади. Қондаги қолдик азот, мочевино, креатинин миқдори ва коштокчалар филтрлаш хусусияти узоқ вақтгача норма атрофида бўлади.

Аралаш шакли: Сурункали ГН нинг ҳамма симптомлари кузатилади. А/Б узоқ вақтгача баланд туради. Юрак томир етишмовчилиги, бош мия томirlари спазми белгилари кузатилади.

Аралаш шаклида сийдик таҳлилида куйидаги ўзгаришлар: протеинурия (2-3 г/с), эритроцитурия (50-100 млн/сут), сийдик қолдиғида эса гиалинли, эритроцитлар, лейкоцитлар, донодор цилиндрлар ва буйрак эпителиал хужайралари аниқланилади. Сурункали ГН да пневмония, плеврит, отит,

рожа, ўткир юрак қон - томир етишмовчилиги, анемия каби асоратлар кузатилади.

Дифференциал диагностикаси. Ўткир ГН ни буйракнинг токсик зарарланиши, сурункали ГН нинг қайталаниши, наслий нефритлар, пиелонефритлар билан қиёсланади.

Сурункали буйрак етишмовчилиги деб, буйрак касалликларининг оғир прогрессив кечиши, нефронларнинг атрофияга ва склерозга учрасидан, ишга ярокли нефронларнинг озайиши ва буйрак функциясини аввалги аксига келтириб бўлмайдиган даражада бузилишига айтилади.

Нефрологларнинг IV европа конгрессида (Дублин, 1971) касаллик 3-6 ой мабойнида, эндоген креатинин 1,7 м/кв тана юзасига, қондаги эндоген креатинин 20 мл/мин дан кам бўлса, қон зардобнда креатинин миқдорининг 0,176 ммоль/л дан ва қондаги мочевино 5,83 ммоль/л дан ортганда болаларда сурункали буйрак етишмовчилиги диагнози қўйилиши мумкин деб айтилди. Сурункали буйрак етишмовчилиги тугма ва орттирилган буйрак касалликларининг охириги босқичи бўлиб ҳисобланади.

Сурункали буйрак етишмовчилигининг прогрессивланиб бориши буйрак касалликларининг ҳар бир қайталаниши нефронларнинг функциясини ва структурасини бузади, сақланиб қолган нефрон ўзига қўшимча иш юклагасини олади, лекин у жуда лабил бўлиб, арзимас бирор омил таъсирида осон шикастланади. Нефронларнинг сони 20-25% етганда буйрак гомеостаз функциясини бажараолмай қолади. Яъни азот алмашинувининг маҳсулотлари қолдиқ азот, мочевино, креатинин, аминокислоталарни, амниякни организмдан чиқариш қобилияти йўқолади. Сурункали буйрак етишмовчилигида сув-туз алмашинувининг қур бузилиши ҳам характерлидир.

Сурункали буйрак етишмовчилигида клиник-лаборатор кўриниши 2 босқичда ўтади.

1. Бошланғич (компенсатор полиурия)
2. Терминал (олигоанурия, уремик)

Бошланғич босқич йиллар давом этиши мумкин (коптокча ёки каналча етишмовчилиги устун туриши билан намоён бўлади). Терминал босқичи 1-4 ой ичида тотал буйрак етишмовчилиги келиб чиқади ва ўлим билан тамомланади. Бошланғич босқич буйрак етишмовчилигини келтириб чиқарган касаллик клиникаси ва лаборатор текширишлари ҳам шу касалликка хос белгиларни беради. Полиурия (2-4 л/кунга сийдик ажралади), азотемия, интоксикацияга хос белгилар узок вақт сакланади, бемор ўзини яхши хис қилади.

Лаборатория кўрсаткичлари – қонда мочевина, қолдик азот, креатинин (0,35 ммоль/л) дан кам, коптокчалар филтрацион хусусияти 20 мл/м ва ундан оз бўлиб, гипонатриемия, гипокалиемия, сийдикнинг нисбий зичлиги 1,013 ва 1,010 орасида тебраниб туради.

Сийдикнинг суткали нисбий зичлиги бир хил бўлиб, жараён қайталаниб турса, буйракнинг концентрацион функцияси бузилган бўлади.

Терминал босқич азотемия ва чуқур гомеостаз бузилишлари натижасида сурункали буйрак етишмовчилиги борган сари кучайиб организмда ҳамма орган ва системаларнинг функцияси бузилади, беморнинг умумий аҳволи ниҳоятда оғирлашади.

Шикоят - қаттиқ бош оғриши, танада кичишиш, бўшашишлик, адинамия, анорексия, беморнинг доимо ухлаши, тери ранги оқ ёки сарғимтир, кепаксимон бўлиб кўчиши, сийдик кислотаси ва мочевинанинг майда кристаллари терига ўтириши, баъзан шиллик каватларда, терида майда қон куйинлишлар, бурундан эса қон кетишлар ва оғиздан аммиак хиди келиши кузатилади.

Юрак қон - томир системасида – А/Б турғун ва юқори бўлиши, юрак чегарасининг кенгайиши, юрак тонларининг бўғикланиши: систолик шовқинлар, аортада II тоннинг акценти, экстрасистолия, стенокардия, уремик перикардит ва эндокардитлар ривожланиши мумкин.

Нафас органларида – хансираш, қусмаул нафас олиши, рентгенограммада ўпка илдизи соҳасида юмшоқ соялар кўринади. Ичак-

меъда аппаратида қон билан қайт қилиш, қоринда оғриқлар кузатилиши, жигар ва талоқ катталаниши кузатилади.

Кўпчилик беморларда стоматит, фарингит, баъзан уремик паротит, панкреатит бўлиши мумкин. Суякда қаттиқ оғриқ бўлиши – суяклар склерози натижасида остеомаляция кетаётганидан дарак беради. Асаб системасида нистагм, мускулларнинг учуши, талваса синдроми ва кома кузатилади.

Лаборатория кўрсаткичлари буйракнинг уремик босқичида концентрацион хусусияти кескин пасайиши натижасида сийдикнинг таркиби коптокча филтрлашишига ухшамайди. Унинг зичлиги -1010 дан паст бўлади. Сийдик миқдори 20-10% гача камаяди.

Қолдиқ азот ва мочевино конда $33,3-83,3$ мкмоль/л дан ортиқ, креатинин 10-15 мл/мин, гипокальциемия (1,25 ммоль/л гача), гипекалиемия (6 ммоль/л) ва ундан ортиқ, гипонатриемия (130 ммоль/л оз), гиперфосфатемия (3,23 ммоль/л ва ундан ортиқ), ацидоз (рН 7,3 ва ундан паст), гематурия ва лейкоцитурия.

Қонда Т ва В лимфоцитлар камаяди. Қонда буйракка қарши антителалар кўпаяди 1: 20 дан, 1:40960, Кумбс синамаси мусбат 1:20 ммоль/л дан, 1:512, эритропоэз функцияси чуқур бузилади.

Д а в о л а ш

Касалликнинг бошланғич даврида ёки ЎГН авж олган босқичида ўринда ётиш режими буюрилади. Бу ҳолатда бола танаси билан ўрин кўрпа орасида микроклим пайдо бўлиб, илиқ ҳаво тери томирларини кенгайтиради, буйракларда қон айланишини яхшилаб, қон босимининг пасайиши, шишларнинг ва протеинуриянинг камайишига олиб келади. Режали даволанишни ЎГН клиник белгиларининг номоён бўлиш даражаси билан боғлиқ ҳолда индивидуал хал қилинади ва ўртача 2-3 ҳафтани ташкил этади.

Даволашнинг энг мухим омилларидан бўлиб пархез ҳисобланади. Пархез зарарланган буйракларни максимал авайлаш ва организмнинг бузилган гомеостатик фаолиятини тиклашга қаратилган бўлади.

Касалликнинг бошида ёки ЎГН авж олган даврда сув, оксил ва натрий миқдори чекланади. Очлик билан даволаш болаларга айниқса кичик ёшдагиларга тавсия қилинмайди, чунки улар очликка чидай олмайдилар, безовталанади, сув электролит мувозанати бузилиб, азотемия кучайиши мумкин. Шунинг учун касалликнинг дастлабки давларида “енгиллатувчи кунлар” буюрилади. Гематурияда кўпинча “қандли кунлардан” фойдаланилади: боланинг ҳар кг тана вазнига суткасига 5-8 г ҳисобидан қанд берилади. Бу миқдордаги қанд орқали бола организми 20-30 кал/кг энергия қабул қилиб, унинг энергияга бўлган суткалик эҳтиёжи қисман қопланади. Очлик хиссиётини камайтириш мақсадида қўшимча 500-800 г олма ёки узум бериш мумкин. “Қандли кунлар” ўрнига “мевали кунлар” – суткада 1-1,5 кг ҳисобидан пишган ширин олма, қулупнай, тарвуз ҳам бериш мумкин. Енгиллатувчи кунлар 1-2 марта ўтказилади. Зарур бўлган тақдирда ҳар 5-7 кунда қайтарилиб туриш мумкин. Суюқлик ҳажми тўқималардаги шишлар, гипертензия ва бошқа белгиларни ҳисобга олган ҳолда индивидуал белгиланади.

Суюқлик режимини белгилашда одатда суткалик диурез ҳисобга олинади. Бироқ, ҳар қандай ҳолатда ҳам кунлик суюқлик миқдори 500 мл дан кам бўлмаслиги керак.

Енгиллатувчи кунлардан кейин озгина миқдорда ўсимлик оксиди сакловчи тузсиз таомлар буюрилади. Менъюга картошка, сули ва гурунчли шавла, карам, ошқовоқ ва сут киритилади. 4-5 кундан кейин творог ва кефир буюрилиб, оксил миқдори суткасига 1,5 г/кг га етказилади. Иккинчи ҳафтадан бошлаб дастлаб кунора, сўнг ҳар кун сувда пиширилган гўшт ва балиқ берилади. 4-5 ҳафтадан кейин парҳез оксил ва бошқа озиқа моддалари етарли миқдордаги таомлардан иборат бўлиб, бироқ ош тузи суткасига 4 г дан ортмаслиги керак. Оксил ва ош тузи миқдорининг орттирилиши шишларнинг йўқолиши, қон босимининг нормаллашуви ва буйрак етишмовчилиги белгиларининг барҳам топиши даврига тўғри келиши лозим. Учинчи ҳафтада 1-2 г; 4-ҳафтада 2-3 г, 5- ҳафтадан суткасига 3-5 г дан ош

тузи тайёр таомга қўшиб берилади. Беморларнинг умумий аҳволи қониқарли, буйрак фаолияти тикланган ва касалликнинг умумий симптомлари барҳам топган кундан бошлаб тузланган ва қовурилган таомлардан бошқа ҳамма маҳсулотларни истеъмол қилиши мумкин.

Глюкокортикоидларни максимал дозаларда қабул қилиш даври мобайнида ахлоридли парҳез тайинланади.

Антибактериал препаратлар касалликнинг ўткир даврида барча беморларга буюрилади. Антибиотикларнинг таъсир доираси кенг бўлиб, буйракларга зарар келтирмайдиган бўлиши лозим (неомицин, канамицин, мономицин). Энг яхши препаратлардан бўлиб пенициллин ва унинг ярим синтетик ҳосилалари ҳисобланади: феноксиметилпенициллин, метициллиннинг натрийли тузи, оксациллиннинг натрийли тузи, ампициллин, ампиокс ва х.к.

Макролид антибиотиклардан эритромицинни ичгани бериш мумкин.

Олеондамицин фақат грамм мусбат ва айрим грамм манфий бактериялар ўсишини тўхтатади, ичгани, м/и ва т/и юборилади.

Антибиотиклар билан даволаш курси 3-6 hafta ўтказилади. Бунда ҳар 7-10 кунда антибиотикларни алмаштириб туриш зарур. Иккиламчи инфекция ўчоқлари мавжуд бўлганда ва сийдикда бироз патологик ўзгаришлар кузатилса баҳорда ва кузда бициллин-5 билан даволаш курси ўтказилади. Антибиотиклар билан даволаш даврида уларнинг сенсбилловчи таъсирини камайтириш мақсадида димедрол ичгани ёки инъекцияда; супрастин таблетка ва ампулада; тавегил ичгани ва х.к. буюрилади. Антигистамин препаратлар аскорбин кислотаси, фитин ва кальций препаратлари билан биргаликда буюрилади. Дориларнинг юқоридаги тарзда биргаликда қўлланилиши капиллярлар девори ўтказувчанлигини пасайтиради, демак, тўқималар шиши камаяди, аллергия реакциялар сусаяди, гистаминнинг токсик таъсири озаяди, яллиғланишга қарши самара беради.

Кортикостероид препаратлар антителолар синтезини ва антиген-антитело реакцияларини пасайтиради; кучли десенсибилловчи ва

яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади, антиоксик хусусиятлари бор; кўшувчи тўқима ўсишини камайтиради. Улар альдестерон активлигини сусайтириши натижасида сийдик ажралиши кучаяди. Шунингдек улар буйрақларда склеротик жараёнлар ривожланишининг ҳам олдини олади.

Глюкокортикоидлар ЎГН нинг чўзилувчан кечишида, СГН (нефротик шакллар) авж олганда, нимўткир ва жадал ривожланувчи ГН қўлланилади.

Преднизолон 1,5 -2 мг/кг ҳисобидан буюрилади. Эрталаб асосий доза, тушдан кейин $\frac{1}{3}$ дозаси берилади. Даволаш курси давомийлиги ГН нинг клиник шаклига боғлиқ бўлади. Масалан: ЎГН да ўртача 2-3 ҳафта; нимўткир, ёмон сифатли ГН анча давомийроқ, СГН нинг нефротик шаклида эса, 6-8 ҳафта ва ундан кўпроқ муддатга буюрилади. Шишлар қайтиб, протеинурия камайиб, ЭЧТ ва қонда холестерин миқдори нормаллашгач преднизолон ҳафтасига 2,5-5 мг дан камайтирила боради. Гармонлар билан даволаш даврида гипохлоридли парҳез буюрилади; майиз, анжир, қарам, ошқовоқ сингари калий сакловчи маҳсулотлар берилади. Шу даврда яна С витамини 500 – 800 мг; рутин 40-60 мг; рибофлавин 5-10 мг; тиамин хлорид 5-10 мг, цианокобаламин инъекцияларда ва таблеткада буюрилади. Преднизолон билан даволаш даврида гипокльцемик тубулопатия ривожланмаслиги учун калий препаратлари берилади.

Цитостатик препаратлар ГН ларнинг гармонлар таъсир қилмайдиган шаклларида ва тез-тез қайталаниб турган ҳолларда қўлланилади. Цитостатиклар хужайралар ядросига таъсир қилиш йўли билан антителолар синтезини пасайтиради. Яллиғланишларга ва склерозга қарши таъсирга эга. Лимфоид ва қон ишлаб чиқарувчи тўқималарга танлаб таъсир кўрсатади. Хлорбутин (лейкеран) 0,4-0,3 мг/кг суткасига. Циклофосфан 2-3 мг/кг ҳисобидан 2-3 мартага бўлиб берилади.

Чўзилувчан кечишга эга бўлган ва гармонлар таъсир қилмаётган ГН шаклларида аминоксинол гуруҳига кирувчи препаратлар: резохин, делагил, хлорохин, плаквенил буюриш мумкин. Улар хужайраларда нуклеин

кислоталари синтезини тормозлайди. Улар суткасига 5-10 мг/кг ҳисобидан 1-2 марта бўлиб ичирилади ва 3-6 ой давомида берилади.

Антикоагулянтлар: улар терапевтик дозаларда қоннинг коагуляцион хусусиятларини тиклайди. Гепариннинг суткалик дозаси 100-150 ЕД/кг бўлиб ҳисобланади ва ҳар 8-12 соатда т/и киритиб турилади. Анаболик гармонлар касаллик тўлқинсимон кечган пайитларда буюрилади. Ретаболин 5% ли ёгли эритмаси 0,5 мл м/и ҳафтада бир мартаба буюрилади. Неробол ва нероболил ҳам берилади.

Симптоматик даво чораларига сийдик хайдовчилар, юрак қон томири етишмовчилигини бартараф қилувчилар ва қон босимини камайтирувчи препаратлар қиради.

Қўлланилган адабиётлар:

АСОСИЙ АДАБИЁТЛАР:

1. Султонов Х.К. Болалар касалликлари 1 том. ЎзРОЎМТВ 2003.
2. Детские болезни 1 том, Шабалов Н.П., 2008, 249-277.
3. Детские болезни 2 том, Шабалов Н.П., 2008.
4. Детские болезни, Баранов А.М., 2008, 365-379б.
5. Bolalar kasalliklari. Daminov T.A., Xalmatova B.T., Boboyeva U.R. 2012 T., "Tafakkur-bo'stoni" Ўзроўмтв
6. Исаева А.А. "Детские болезни", М.Медицина, 3-е издание, 2002.
7. Запруднев А.М., Григорьев К.И. Детские болезни, М., Изд. Дом ГЭОТАР МЕД. 2004, с. .
8. Майданик В.Г. "Педиатрия" (учебник для студентов высших медицинских учебных заведений), Киев, "А.С.К.", 1999г, с.6-25

Қўшимча адабиётлар:

1. Ахмедова Д.И., Саматова Г.Э., Султанов С.Н. особенности эритропоэза новорожденных при анемии и влияние на него эритропоэтина.// Педиатрия (Т), 2005, № 1, с. 110-112.

2. Болалар касалликларининг интегрirlашган усулида олиб бoриш. Ўқув қўлланма. ЎзРССВ/ЮНИСЕФ, 2007.
3. Болаларга стационар ёрдам кўрсатиш. Тошкент, 2008, ЖССТ
4. Болаларда интенсив терапия хусусиятлари. Агзамходжаев Т.С. ва б. Тошкент, 2010.
5. Болалар касалликлари. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева Ў.Р., Тошкент, "Tafakkur-bo'stoni", 2012
6. Госпитал педиатрия, Рахимов С.А., Исроилов А.Р. тахрири остида, Тошкент – 2010. 594 бет.
7. Даукш И.А. ва бошқалар. Болалада минерал алмашинувнинг бузилиши (рахит, спазмофилия, гипervитаминоз D), ўқув услубий қўлланма, Тошкент, 2012 й
8. Даукш И.А., Мурагходжаева А.В ва бошқалар. Дефицит железа у детей, клинические проявления, диагностика, лечение и профилактика. Учебно – методическое пособие, Ташкент, 2015г.
9. Даукш И.А. и соавт. Нарушение минерального обмена у детей (рахит, спазмофилия, гипervитаминоз D), учебно – методическое пособие, Ташкент, 2012 г.
10. Казюкова Т.В. Профилактика дефицита анемии у детей раннего возраста. Педиатрия (РФ), 2011, №4, с.112-118.
11. Клинические лекции по педиатрии. Александрова В.А., Рябчук Ф.А., Касновская М.А. СП., Изд-во "ДИЛЯ", 2009.
12. Pediatrics Margaret C. Headgarthy, William J. Moss 1997
13. Консультирование по грудному вскармливанию. Руководство для педагогов. МЗРУ ЮНИСЕФ. 2014,
14. Миронов П.И., Ахмедеева Э.Н. Проблемы диагностики сепсиса у детей. //Педиатрия (М), 2004, №3, с. 70-72.
15. Мониторинг роста и развития детей до 5 лет. Руководство для педагогов. МЗРУ ЮНИСЕФ. 2014

16. Неудахин Е.В., Агейкин В.А. Спорные теоретические и практические вопросы рахита у детей на современном этапе. // Педиатрия (РФ), №4, 2013г, с.95-98.
17. Питание детей старше 6 месяцев. Руководство для педагогов, МЗРУ ЮНИСЕФ. 2014.
18. Поликлиническая педиатрия. Под редакцией А.В.Калмыковой, 2009.
19. Шабалов Н.П. Рахит: дискуссионные вопросы трактовки.// Педиатрия (РФ), №4, 2011г, с.98-104.
20. Щеплягина Л.А., Нетребенко О.К. Клиническое значение железа для детей. Вопросы практической педиатрии, 2011, №4, с.51-54.
21. Берзегова Л.Ю. Essential reading in medicine, 2013, 800p.
22. Pediatrics. Margaret C., Headgarthy R., William J. Moss. 2007.
23. In the british medical association illustrated medical dictionary. 2008, Dr. Joseph.
23. Whittemore S. The Respiratory System (The Human Body: How It Works) Chelsea House Publications, 2009, 109 p.
24. Whipp B .J., Pardy R.L. Breathing during exercise = Дыхание во время физических упражнений, p. 605-629, Ch. 34 In: Comprehensive Physiology, American Physiological Society by Wiley-Blackwell, 2011.
25. Ward J.P.T., J. Ward J., R.M., Leach R.M. The Respiratory System at a Glance - Система дыхания. 3rd ed., J.P.T. Ward, J. Ward, R.M. Leach.
26. Truwit J.D., Epstein S.K. A Practical Guide to Mechanical Ventilation. Практическое руководство. Wiley, 2011, 366 p.

Интернет сайтлари:

1. www.mediasphera.aha.ru/antibiot/antb-mn.htm - Антибиотики и химиотерапия
2. www.mediasphera.aha.ru/pediatr/ped-mn.htm - Российский вестник перинатологии и педиатрии
3. www.mediasphera.aha.ru/mjmr/mjmr-mn.htm - Международный журнал

медицинской практики

4. www.fairplast.spb.ru/mworld/index.html - "Мир медицины"

Календарь профилактических прививок

| Возраст | Наименование прививок |
|---------------------|--|
| 1 сутки | ВГВ-1 |
| 2-5 день | Против туберкулёза: БЦЖ Против полиомиелита: ОПВ – О |
| 2 месяца | Против дифтерии, столбняка, коклюша: АКДС – 1, ОПВ-1, ВГВ-2 |
| 3 месяца | АКДС-2, ОПВ-2 |
| 4 месяца | АКДС-3, ОПВ-3 |
| 6 месяцев | ВГВ-3 |
| 12 месяцев | КПК-1 |
| 16 месяцев | АКДС-4, ОПВ-4 |
| 6 лет | КПК-2 |
| 1 класс (7 лет) | АДС-М-5, ОПВ-5, БЦЖ-Р1 |
| 8 класс (14-15 лет) | БЦЖ-Р2 |
| 16 лет (10 класс) | АДС-М-6 |
| 26 лет | АДС-М-7 |
| 46 лет | АДС-М-8 |