

Худойбердиева Х. Т. Косимов Д. С.



БОЛАЛАР ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯСИ

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Худойбердиева Хамрохон Тилаволдиевна,
Косимов Дилмурот Сирожитдинович

БОЛАЛАР ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯСИ

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

Анджон 2022й.

Тузувчилар:

1. Худойбердиева Х.Т. - т.ф.д., профессор, Андижон Давлат Тиббиёт Институтинин ВМО ва ҚТФ педиатрия кафедраси
2. Косимов Д. С. - катта ўқитувчи, Андижон Давлат Тиббиёт Институтинин ВМО ва ҚТФ педиатрия кафедраси

Такризчилар:

- Ш.К.Хакимов** - т.ф.д., профессор, АДТИ Болалар касалликлари, неонатология ва халқ таъбиати кафедраси.
- Шерматов Р.М.** – т.ф.и. доцент. Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти педиатрия кафедраси мудири

Ўқув қўлланмада врач-педиатр амалиётида кўп учрайдиган овқат ҳазм қилиш системаси касалликлари ва улардаги патологик синдромларда, уларга ҳозирда тез фурсат ичида клиник таъхислаш ва замонавий даво ёрдам кўрсатиши кенг ёритилиб, таъхислаш ва даво усуллари кўрсатилган.

Ўқув қўлланма врач-педиатрларга, УАШларга, гастроэнтерологларга ва тор соҳа мутахассисларига ҳамда тиббиёт институти талабаларига мўлжалланган.



АННОТАЦИЯ

Ўқув қўлланмада врач – педиатр амалиётида кўп учрайдиган овқат хазм қилиш системаси касалликларида ва уларни патологик синдромларида, уларга ҳозирда тез фурсат ичида клиник таъхислаш ва замонавий даволаш ёрдами кўрсатиш кенг ёритилган, таъхислаш ва даволаш усуллари кўрсатилган.

Ўқув қўлланма врач-педиатрларга, УАШларга, гастроэнтерологларга ва тор соҳа мутахассисларига ҳамда тиббиёт институти талабаларига мўжалланган.

АННОТАЦИЯ

В этом руководстве – широко описаны часто встречающиеся в практике врачей патологии желудочно-кишечного тракта патологические синдромы и заболевания, как поставить в короткое время правильный клинический диагноз и вовремя оказать современную специализированную помощь детям.

Это руководство предназначено для врачей педиатров, ВОП, гастроэнтерологам и узким специалистам, а также для студентов медицинских ВУЗов.

ABSTRACT

In this textbook are widely described often encountered in medical practice pathological syndromes and diseases, and accidents, how to make a correct clinical diagnosis in a short time and provide timely specialized assistance to children, primary resuscitation recovery methods heart –lung.

This tutorial is intended for pediatricians resuscitator and for medical students.

O'QUV ADABIYOTING NASHR RUXSATMOMASI

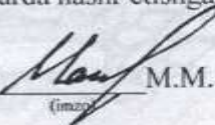
O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim
vazirligi, Andijon davlat tibbiyot institutining
2022 yil "5" Oktyabr dagi "598-sh" –sonli burug'iga
asosan

X.T.Худайбердиева, Д.Косимов

Педиатрия иши -5510200 ning
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

Болалар гастроэнтерологияси
nomli o'quv qo'llanmasiga

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

Rektor  M.M. Madazimov
(imzo)



Ro'yxatga olish raqami:



100014



Сўзбоши

Давлатимиз тиббиёт олий ўқув юрглари талабалари ва амалиётда ишлаётган врачлар ҳамда педиатрлар учун педиатрия фани йўналишлари учун ўзбек тилида дарсликлар жуда кам бўлиб, бугунги кунда дарсларни ўзбек тилида олиб борилаётганлиги сабабли ва бу йўналишларни ўзлаштириш ижобий бўлиши учун ўзбек тилида ўқув қўлланма, дарсликлар билан таъминлаш жуда муҳим.

Болалар гастроэнтерологияси – ўтган асрнинг 70-80 йилларида тан олинган янги педиатриянинг актуал йўналиши ҳисобланади. Педиатриядан гастроэнтерологияни ажралиб чиқиши, амалиётта ошқозон ичак тизимини юқори қисми эндоскопияси, ҳамда ичакни колоноскопияси билан боғлиқ бўлган. Гастроэнтерологик касалликлар номенклатурасига катталарга ҳос бўлган янги касалликлар киритилди: яра касаллиги, гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги, Крон касаллиги, номатлуб ярали колит, сурункали панкреатит.

Гастроэнтерологик касалликлар ичида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак касалликлари етакчи ўрин эгаллайди. Гастрит ҳамда яра касаллигини ривожланишида *Helicobacter pylori*ни ахамияти аниқланганидан бошлаб антихеликобактер терапияни ўтказиш зарурияти тутилди.

Шуни назарда тутиб, “Болалар касалликлари” фани йўналиши бўлиши ва ҳозирда болалар ўртасида кўп учраётган “Овқат ҳазм қилиш системаси” касалликлари бўйича ўзбек тилида ўқув қўлланма тайёрлашни мақсад қилдик. Ушбу ўқув қўлланма мавжуд программа асосида ёзилди.

Ўқув қўлланмадаги касалликлар мавзулари ва уларга берилган таъриф ва тушуинчаларни имкони борича оддий ва равои тилда тайёрланди.

Ушбу ўқув қўлланмада нуқсон ва камчиликлар учраса, муаллифлар бу камчиликлар ҳақидаги фикр ва мулоҳазаларни миннатдорчилик билан қабул қиламиз.

Шартли кискартмалар рўйхати

Ig A,G,E	– иммуноглобулинлар A,G,E
CO ₂	- корбанат ангдрид
Hcl	- хлорид кислота
ОИТ	- ошқозон ичак тракти
ГЭР	- гастроззофагал рефлюкс
ОФБ	- ошқозон функционал бузилиши
ДГР	- дуоденал гастрал рефлюкс
ЖССТ	- Жаҳон Соғликини Саклаш Ташкилоти
МНС	- марказий нерв системаси
ЎЧЙД	- Ўт чиқариш йўллари дискинезияси
ЎЙД	- Ўт йўллари дискинезияси
УТТ	- Ультра товуш текшируви
КТ	- компьютер томографияси
ХХК (МКБ)	– Халқаро касалликлар классификацияси (таснифи)
КФТР	- Кистофиброз трансмембран регулятори
СГ	- Сурункали гастрит
СГД	- Сурункали гастродуоденит
СНЭЖ	- Сурункали неспецифик энтероколит

КИРИШ

ПЕДИАТРИЯНИНГ ҚИСҚАЧА ТАРИХИ

Бола ҳақидаги илмларни ўрганиш бизнинг эрамыздан олдинги IV- асрларга бориб тақалади ва табобат илмининг отаси Гиппократнинг «Бола табиасти ҳақида» ёзган китоби вақтларига тўғри келади. Гиппократдан кейин, боланинг парвариши ва тарбияси ҳақида Цельс, Гален ва Соран маълумот қолдиришган.

Ўрта асрларда Шарқ давлатларида ижтимоий маданият муносабатларини ҳисобга олиб, бир қанча янгиликлар барпо этилган, табобат олдинга силжиган.

1066 йилда Боғдод, Дамашқ, Астрабод, Хамадон, Бухоро, Самарқандда касалхоналар ташкил қилинган. Самарқандда «Табобат илм маскани» мадрасаси очилган. Табобат билан шуғулланган, таникли олимлар фанни ёритишга ўзларини билимларини олиб кирганлар.

Розий Абу Бақир Муҳаммад ибн Закарийё ибн Яхё Ар Розий (865 - 925) – шарқнинг комусий олими, табобат билан шуғулланган, кимё, фалсафа фанларининг ривожланишига асос солган. Оврўпада Розий номи билан танилган олим бўлган.

Розий Эронда туғилган, у ерда тиббий шифохонага раҳбарлик қилган. Бу касалхонада биринчи бўлиб «Касаллик тарихи» ташкил этган. Унинг 36 та тиббий асари бизгача етиб келган. Ўша вақтларда унинг чақалоқларни, гўдак ёшдаги болаларни овқатлантириш ва парваришlash ҳақида бир нечта асарлари ёзилган. Розийнинг «Бола тарбияси ҳақида» ва «Болалар касалликлари» асарлари кўпгина хориж тилларига таржима қилинган. Бу асарлар Шарқ ва Ғарб тиббиёти учун илмий қўлланма бўлиб ҳисобланган.

Абу Али Ибн Сино (980-1037) – шарқнинг улуг комусий олими, Оврўпада Авиценна номи билан машҳур олим. Абу Али Ибн Сино ҳам педиатриянинг асосчиларидан бири ҳисобланади. Ўша вақтларда Ибн Сино бола организми фақатгина ҳажми билан эмас, балки ўзининг хусусиятлари билан ҳам фарқланишини таъкидлаган. Ибн Сино кўпгина асарлар ёзган, бу асарларида бола тарбияси, парвариши, сутнинг хусусиятлари ҳақида таъкидлаган, шунингдек кўпгина болалар касалликлари ва уларни даволашни ўрганган, бу билан у тиббиёт ривожланиш тарихига ўз ҳиссасини олиб кирган. Розий ва Ибн Сино даврларида ва ундан кейин табиблар болалар касалликларини ва бу касалликларни ечимини топиш вазифаларини ўрганишган.

Солих Ибн Муҳаммад Қондахоний - Хиротда туғилган. Бухорода табобат билан шуғулланган. У ўз асарларида «Тухват ал Шоиста» (Мувофик совға) ва «Тухват ал Маълумий» (Ғуноҳсизларга совға) асарларида бола организми хусусиятлари ҳақида тўлиқ характеристика берган.

1994 йилда А.А.Қодиров ўз фикрларини баён этганда, табиб Солих ибн Муҳаммад Қондахоний биринчи педиатр бўлган деб таъкидлаган.

ЎЗБЕКИСТОНДА ПЕДИАТРИЯНИНГ РИВОЖЛАНИШИ

XIX аср охири, XX аср бошларида Ўрта Осиё аҳолисига тиббий хизмат кўрсатиш, айниқса аёллар ва болаларга, энг паст даражада бўлган. XIX аср охири бутун Туркистон бўйлаб фақатгина 8та аёллар ва болалар амбулаторияси, 5та болалар уйи ва 2та ясли мавжуд эди. Асосан шаҳар аҳолисига тиббий хизмат кўрсатилган. Болалар контингенти ўртасида энг кўп учраган касалликлар: безгак, ўлат, чин чечак ва қутириш бўлган. Эрта ёшдаги болаларда қуйидаги касалликлар кўп учраган – овқат хазм қилиш тизими, нафас олиш аъзолари касалликлари, лейшманиоз, скарлатина ва кўк йўтал. Болалар бир йил ичида бир неча марта касалланганлар, 1000та туғилган болалардан 400-330таси бир ёшгача нобуд бўлган, ярмиси 4 ёшгача ҳам яшамаган.

1920 йилда Туркистон комиссиариати қошида республикамізда Соғлиқни сақлашда “Она ва болани” муҳофаза қилиш бўлими очилган, унинг вазибаларига даволаш ва профилактик хизмат кирган. 1922 йилда Тошкентда 100 ўринга мўлжалланган Роза Люксембург номли касалхона ва 2та болалар маслахатхонаси очилган.

Бу вақтларда нафақат аҳолини соғлиқни сақлаш, балки биринчи навбатда болалар аҳолиси соғлиқни сақлашга ҳам катта эътибор берилган. Унинг натижасида тиббиёт кадрларига – шифокор – педиатрларга талаб ошган. 1920 йилда Тошкентда биринчи бўлиб, Туркистон Давлат Университетида Биринчи Ўрта Осиё медицина факультети очилган. Ўшандан бошлаб, Республикаміз ўз медицина кадрларини тайёрлай бошлаган.

1920 йилда Тошкент Медицина институтида биринчи болалар касалликлари кафедраси МДУ доценти *А.Н.Устинов* томонидан ташкил қилинган ва 1922 йилгача у раҳбарлик қилган. 1922 йилдан 1924 йилгача кафедрага Василий Иванович Лисенко (1885 – 1946 йил) тиббиёт фанлари доктори, профессор раҳбар бўлган.

1927 – 1930 йил кафедрага Николай Иванович Осиновский – т.ф.д. профессор раҳбарлик қилган. Унинг асосий ишлари цинга, скарлатина, церебро – спинал менингит, ошқозон – ичак тизими касалликлари клиникаси ва диагностикасига қаратилган.

Ўзбекистонда педиатриянинг ривожига хисса қўшган олимлар:

1. Рафаил Самуилович Гершеневич (1888 - 1960) т.ф.д. профессор хизмат кўрсатган фан арбоби, Берлин ва Париж педиатрлар жамиятининг аъзоси. У 1907 йилда Париж университети медицина факультетини тугатган. 150та илмий ишлар муаллифи, овқат – хазм қилиш тизими касалликлари, пеллагра, болалар сили, лейшманиоз, кон касалликларини ташхислаш ва даволашини ўрганган.

3. Маннон Атаматович Мирзамухамедов (1920 – 2002 йил) – т.ф.д. профессор, Ўзбекистонда хизмат кўрсатган шифокор. 150дан ортик илмий 10 ишлар муаллифи, илмий ишлари овқат хазм қилиш аъзолари касалликлари ташхисоти ва давосига бағишланган.

4. *Азиз Мақсудович Мақсудов (1907 – 1959 йил) доцент*, 1945 йилдан бошлаб, ТошТИ, педиатрия кафедрасини бошқарган ва 1947 йилдан бошлаб республикада бош педиатр бўлган. Унинг илмий изланиши кўп қиррали ва медицинанинг қуйидаги бўлимларини ўз ичига олган: ошқозон касалликлари, лейшманиоз, подагра, токсик касалликларни гелиотроп билан даволаш.

5. *Б.У. Қорахўжаев*. СамМИ болалар касалликлари кафедраси мудир. 1950 – 1954, 1987 – 1977 йилларда унинг раҳбарлигида малярия, лейшманиоз, ревматизм, гўдак ёшидаги болаларда моддалар алмашинуви ва унинг сурункали бузилиши касалликларига қарши кураш олиб борилган. У нафақат педиатр, балки олим бўлган.

Бизнинг республикамиз мустақил бўлгандан сўнг Президент раҳбарлиги остида, бир қанча камчиликлар бартараф этилди ва халқимизнинг ҳам моддий, ҳам маънавий савияси ортди. Бизнинг республикамизда соғлом авлодни тарбиялашга алоҳида эътибор берилди. 1993 йил 4 март куни Ўзбекистон Республикаси Президенти томонидан “Соғлом авлод учун” I ва II даражали, кўкрак нишони тасдиқланган. Бу орден билан иқтидорли авлодларни тарбиялаган инсонлар тақдирланадилар.

Бу мақсадда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш вазирлиги томонидан янги концепция қабул қилинди:

а) Аҳоли соғлигини сақлаш учун пул маблағларини аҳолига ва тиббий муассасаларга бериш:

б) Тиббий муассасаларнинг асосий мақсади профилактик йўналиш бўлганлигини инобатга олиб, амбулатория, поликлиникаларда тиббий хизматларни яхшилаш ва тиббий хизмат кўрсатиш бўйича янги медицина шаклларини тўзиш, қундузги стационар, уйдаги шифохона, амбулатория комплекслари, маҳаллада даволаш пунктлари очиб кўзда тутилган.

БОЛАЛАР ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯСИ

Болалар гастроэнтерологияси – ўтган асрнинг 70-80 йилларида тан олинган янги педиатриянинг актуал йўналиши ҳисобланади. Педиатриядан гастроэнтерологияни ажралиб чиқиши, амалиётга ошқозон ичак тизимини юқори қисми эндоскопияси, ҳамда ичакни колоноскопияси билан боғлиқ бўлган. Гастроэнтерологик касалликлар номенклатурасига катталарга ҳос бўлган янги касалликлар киритилди: яра касаллиги, гастрозофагеал рефлюкс касаллиги, Крон касаллиги, номатлуб ярали колит, сурункали панкреатит.

Гастроэнтерологик касалликлар ичида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак касалликлари етакчи ўрин эгаллайди. Гастрит ҳамда яра касаллигини ривожланишида *Helicobacter pylori*ни ахамияти аниқланганидан бошлаб антихеликобактер терапияни ўтказиш зарурияти туғилди. Ҳозирги вақтда *Helicobacter pylori*ни бирламчи ташхисланишидан сўнг (ошқозон шиллик кавати биоптатида ва/ёки ахлатда), эрадикация учун 3- ва 4- Маастрих консенсуси тавсияларига кўра, антибиотиклар ҳамда протон помпа

ингибиторлари қўлланилади. Ҳозирги пайтларда цитомегаловирус инфекцияси, 1 ва 2 тур герпес вируслари, Эпштейн Бар вирусларини ошқозонга шикастловчи таъсири бўйича маълумотлари тўпланипти.

Ичакни сурункали касалликлари билан боғлиқ бўлган актуал муаммолар, болалар орасида уларни кенг тарқалганлиги, салбий оқибатларга олиб келувчи оғир шаклларини ривожланиши, ҳамда оқибатини ноъмадумлиги билан асосланган. Охирги ўн йилликда тиббиётда метаболлик йўналиш ривожланиб, у кўпгина касалликларни асоси бўлиб, турли даражалардаги модда алмашинув жараёнларини анализини мақсад қилиб олган. Турли патологик жараёнларни кечувида хужайрада энергия алмашинувни бузилиши ахамияти тўғрисидаги назар ривожланмоқда. Болаларда энтерал этишмовчиликни ифодаловчи патологик жараённи намоён бўлишида митохондриял дисфункциянинг ахамияти ўрганилган. Хужайра энергетикасининг бузилишини ифодаловчи биокимёвий ўзгаришларнинг ахамиятли кўрсаткичлари аниқланган. Болаларда сурункали энтерал этишмовчилигида хужайра энергетикасини, ҳамда митохондрийларни функционал фаоллигини бузилишини ифодаловчи информатив биокимёвий текшириш усуллари аниқланган. Энтерал этишмовчиликдаги оксидланиш-фосфорланиш жараёнларини ифодаловчи экспериментал маълумотлар, болалардаги ингичка ичакни сурункали касалликларида оксидланиш-фосфорланиш жараёнларини қонунчилигини ифодалайди. Энтерал этишмовчилиги ўсувчи сичқонлар экспериментал моделида жигар митохондрийларида оксидланиш фосфорланиш кўрсаткичларига фитогликокортикоидларнинг таъсирини самарадорлиги исботланган. Бу сичқонлар тана вазнини яхши қўшиши, морфометрик кўрсаткичларни яхшиланиши билан намоён бўлди. Болаларда турли генезли энтерал этишмовчилигида энергетик алмашинувни яхшилаш мақсадида қўлланилган эрдистенни қўллаш дозалари ва муддати ишлаб чиқилган. Болаларда энтероколитни оғир турлари ва целиакияда сўрилиш ва мембранада хазм бўлиш жараёнларини яхшилашда эрдистен препаратини самарадорлиги исботланган.

Энтерал этишмовчилик моделида ингичка ичак функционал фаоллигига экзоген гормонларнинг ҳар хил таъсири аниқланган. Гидрокортизон, L тироксин, инсулин ингичка ичакни α-глюкозидаза, дитрипептидфоллигига индуцирловчи таъсир кўрсатса, ўсувчи организмда энтерал этишмовчилигини экспериментал шароитида энтерал лактаза фаоллигини инсулин – индуцирлайди, L тироксин – регрессиялайди, гидрокортизон ўзгартирмас экан. Аутоиммун жараённи яққоллигига, ўсиш танқислигини даражасига, клиник кечувининг хусусиятларига кўра болаларда ингичка ичак

энзимопатияларида гормонал препаратларни қўлланилиши патогенетик ўрганилган.

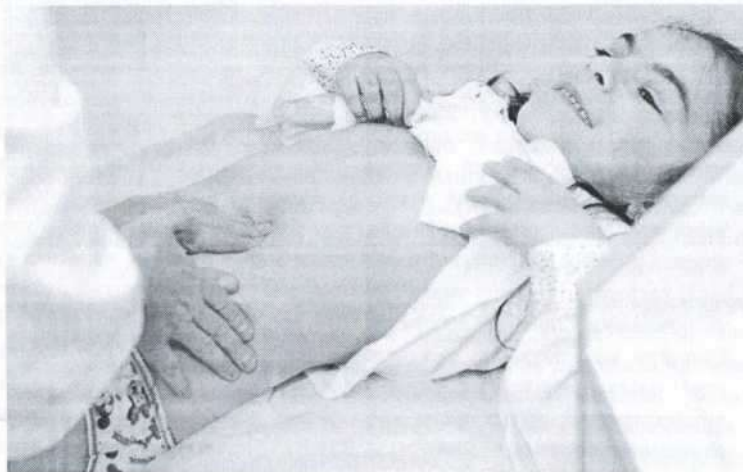
IgA ва IgG тўқима трансглутаминазасига антителоларни текшириш усулини амалиётда қўлланилиши нафақат Ўзбекистонда, балки бутун дунёда целиакияни ташхислашни кўпайтирди. Америкалик ва Европа олимлари маълумотига кўра бугунги кунда целиакиянинг тарқалиши 1:100 ни ташкил этади. РИПИАТМ да ўтказилган текширувлар ўзбек популяциясидаги болаларда биринчи бор II синф HLA-антигенларни тақсимланиш частотаси хусусиятлари аниқланган: целиакияни типик шакллари DQA1 *0501, DQB1 *0201, DRB1 *07 и *13 генотиплар билан, атипик кечуви DRB1*12 билан, рефрактер тури DRB1*16 и DQA1*0501 билан мос келади.

Охириги юз йилликда болалар орасида аллергия касалликларни кўпайиши, айниқса хар уч холатнинг бирида (34,2%) ошқозон ичак тизимидаги ўзгаришлар билан намоён бўлиши кузатиляпти [Н. Morita и др., 2013]. Педиатр амалиётида бу муаммо ниҳоятда долзарб ҳисобланади. Болаларда озик овқат аллергиясининг клиник намоён бўлиши турли хил бўлиб, касаллик ривожланишининг патогенетик механизмлари билан белгиланади: Ig E га боғлиқ бўлган, IgE га боғлиқ бўлмаган, аралаш этиологияли. Атопик, яъни IgE га боғлиқ бўлганларига тез гастроинтестинал гиперсезгирлик ва орал аллергия синдром ҳосидир. Қолган шакллари (IgE га боғлиқ бўлмаган ва аралаш тури) оксилга боғлиқ бўлган энтеропатия (Foodprotein-induced enterocolitis syndrome – FPIES), аллергия проктоколит, энтероколит, эозинофил эзофагит, эозинофил энтерит шаклида намоён бўлиб, буларнинг асосида хужайра реакцияси ётади. Бирламчи иммунологик жараёнга кўра бу касалликларни гурухлаш амалий ахамиятга эга. Бугунги кунда бу холатларни ташхислашни клиник ва лаборатор усуллари ишлаб чиқилди. IgE га боғлиқ бўлмаган касалликларни ташхислашни янги усуллари ишлаб чиқилди. Бу усул овқат антигенлари билан хужайра таъсирланишидан олинган Т лимфоцитларни чўкма усти суюклигида лимфотоксин концентрацияси аниқлашга асосланган. Ушбу усул РИПИАТМ да ўтказилади. Касалликни клиник кўринишига асосан парhez овқатланиш ҳамда медикаментоз даволаш алгоритми ишлаб чиқилди.

Охириги ўн йилликда кўпгина аъзолар ва тизимлар фаолиятида витамин Д нинг иштирокига қизиқиш уйғонди. Халқаро Эндокринологлар жамияти экспертлари витамин Д нинг «суякдан ташқари» ёки ноклассик таъсири бўйича исботли текширувлар ўтказиб, уни суяк метаболизми ҳамда фосфор-кальций алмашинуви билан боғлиқ бўлмаган касалликларни даволашда, олдини олишда қўллашни тақидлашди. Республикамизда биринчи мартаба юқори инсоляция зонасида болаларда ингичка ичак касалликларида витамин Д

статуси ва витамин Д танкислигини клиник хусусиятлари аникланди. Витамин Д танкислиги ингичка ичакда хазм фаолиятини пасайиши, болаларни жисмоний ривожланишдан орқада қолишига таъсир қилиши исботланди. Целиакияли болаларда ингичка ичак шиллик кавати эпителиал битишни бошқаришда витамин Д фаолиштирок этади. Организмда витамин Д танкислигида ингичка ичак шиллик кавати эпителийси атрофияси сохаларида р53 оксилени кўпайиши аникланди. Бу эса ингичка ичак айрим сохаларида регенерацияни кечикиши, ҳамда апоптоз жараёнини бошланиш эхтимоллини исботлайди.

Шундай қилиб, болаларда хазм тизими аъзолари сурункали касалликларини даволашда, ташхислашда ривожланиш кузатилмоқда. Маҳаллий болалар гастроэнтерологлари эришган ютуқлари ҳали тугалланмаган. Бинобарин, Республикамиз гастроэнтерологлари ва педиатрлари олдига қўйган мақсадларни янги ечими учун трамплин ҳисобланади.



1-расм. Овқат хазм қилиш системаси ва текширувлари

**1-БОБ.ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ СИСТЕМАСИ. ШИКАСТЛАНИШ
СИНДРОМЛАРИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ
БОЛАЛАРНИ РАЦИОНАЛ ОВҚАТЛАНТИРИШ
ПРИНЦИПЛАРИ**

ОВҚАТ ХАЗМ ҚИЛИШ СИСТЕМАСИ. ШИКАСТЛАНИШ СИНДРОМЛАРИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Овқат хазм қилиш органларининг шаклланиши эмбрионал даврнинг 3-4 ҳафтасида бошланади, эмбрионал пластинкадан бирламчи ичак ҳосил бўлади. 4-ҳафталигидан оғиз тешиги ҳосил бўлади, кейинроқ карама-қарши томонида анал тешиги пайдо бўлади. Ичаги тезда узунлашади, эмбрионал даврнинг 5-ҳафтасидан бошлаб, ичак найи икки қисмга чегараланади, ингичка ва йўғон ичак шаклланишига асос бўлади. Бу даврда бирламчи ичакнинг кенгайишидан ошқозон ажрала бошлайди. Бир вақтнинг ўзида шиллик, мушак ва сероз ошқозон ичак тракти қаватлари ҳосил бўлади, унда кон ва лимфа томирлари шакллана бошлайди, нерв тутамлари, эндокрин ҳужайра шаклланади.

Чақалоқлар оғиз бўшлиғи кичкина ўлчамда бўлади. Оғиз олди оғиз бўшлиғидан альвеоляр ўсимта билан эмас, милк қирраси орқали чегараланган. Лаблари қалин, шиллик қавати сўргичлар билан қопланган, лабнинг ички юзасида кўндаланг валиклар бўлади. Оралиқ қисми (ўтиш зонаси) бор, оғиз айлана мушаги яхши ривожланган.

Ясси қаттиқ танглай томоқ гумбазини тенглигида, юмшоқ танглай қиска, горизонтал жойлашган. Танглай илгичи томоқ орқа девори билан бирлашмайди, эмган вақтда эркин нафас олишгача етади.

Қаттиқ танглай шиллик қавати кучсиз ривожланган кўндаланг бурмалардан тўзилган ва безларга бой эмас. Чақалоқларнинг тили кенг, қалта, қалин, кам ҳаракатли. У оғиз бўшлиғини тўлиқ эгаллайди. Оғиз бўшлиғи ёпиқ бўлганда тил милк қиррасидан чиқади ва лунжгача етади. Олдиндан тил пастки ва юқори жағлар ўртасидан чиқиб туради. Тил сўргичлари ривожланган, тил бодомчаси кучсиз ривожланган. Сут тишлари пайдо бўлиши билан биринчи болалик даврида юқори жағда альвеоляр ўсимта ўлчами катталашади, пастки жағ ва оғиз бўшлиғи альвеоляр қисми ўлчами катталашади. Қаттиқ танглай гумбазини кўтарилади. Чақалоқларда танглай бодомчаси унчалик катта ўлчамда (7 мм гача) бўлмайди, оғиз бўшлиғи очилганда яхши кўринади, олдинги ёйи билан кучсиз қопланган. Бола ҳаётининг биринчи йилида бодомчалар тез ўсиши натижасида бодомча чуқурчасидан медиал томонга чиқиб туради. Болаларда бодомча безлар нисбатан катта ўлчамда бўлади. 16 ёшда бодомча безлар максимал ўлчамга (28 мм) эга бўлади.

Чақалоқларда сўлак безлари кам ривожланган. 4 ойдан кейин 2 ёшгача улар интенсив ривожланади. Кейинчалик безлар бўйига катталашади, унинг йўллари шохчалардан иборат бўлади. Қулоқ олди сўлак бези йўли пастга қараган ёйсимон кўринишда ва паст жойлашган, биринчи илдиз тишига яқин очилади. Болаларнинг лунжлари бўртиб туради, бу тери ва яхши ривожланган лунж мускуллари орасида айланасимон ёғ танаси борлиги натижасида юз беради. Ёш ўтиши билан ёғ таначалари ясси бўлади ва орқага сўрилади, чайнаш мушаги орқасида бўлади.

Чакалоқлар томоғи чуқурча шаклида бўлиб, юқори қисми баланд ва кенг, пастки қисми эса калта, тор бўлади. Томоқ пастки қирраси чакалоқларда умуртка оралик диски тенглигида бўлади, II болалик даврида (11-12 ёш) III ва IV бўйин умурткалар танаси ўртасида, балоғат ёшида эса V-VII бўйин умурткасига тенг бўлади. Томоқнинг бурун қисми қиска, гүмбази яссирок, чакалоқларда томоқ узунлиги 3 см атрофида, кўндаланг ўлчами 2,1 дан 2,5 смгача, олд-орқаси 1,8 см га тенг. Томоқнинг бурун қисми ўлчами 2 ёшга келиб 2 маротаба катталашади. Чакалоқларда эшигув найи томоқ тешиги каттик танглай тенглигида, танглай илгичига яқин тиркиш кўринишида ёриги бор. 2-4 ёшдан кейин тешик юқори ва орқага жойлашади, 12-14 ёшда тиркишсимон шаклда ёки овал кўринишида бўлади. 2 ёшгача бодомча безлари кучли ривожланади, кейинчалик сёкинлашади. Чакалоқларда томоқ бодомчалари томоқнинг юқори-орқа девори, шиллик кавати калинлигида жойлашган ва олдинга чиқиб туради. Бола ҳаётининг биринчи йилида бодомчалар ўлчами катталашади. 12-14 ёшда сёкинлашади, кейин қисман қайта ривожланиш даври бошланади. 20-22 ёшдан кейин томоқ бодомчалари ўлчами ҳам ўзгаради. Чакалоқларда най бодомчаси эшитув найи тиркишсимон тешигидан орқала ва пастда жойлашган ва баъзида орқа томондан томоқ бодомчаси билан бирикади, паст ва олдиндан-танглай билан бирикади.

Чакалоқлар қизилўнгачи найсимон шаклда, узунлиги 10-12 см ва диаметри 0,4 дан 0,9 смгача (2 ойлигида) кам ривожланган анатомик сикилишлар билан. Қизилўнгачнинг юқори қисми (томоқ торайиш) яққол кўринади. Иккинчи болалик даври охирида (11-12 ёш) қизилўнгач узунлиги икки баробарга ошади (20-22 см). Чакалоқларда тишдан ошқозоннинг кардиал қисмигача бўлган масофа 16,6 см, 2 ёшда - 22,5 см, 5 ёшда – 26 - 27,9 см, 12 ёшли болада - 28,0 - 34,2 смга тенг. Қизилўнгач ёриги 2-6 ойлик болада 0,85-1,2 см, 6 ёшдан катта болаларда 1,3-1,8 смга тенг. Чакалоқларда қизилўнгач бошланғич қисми умурткалараро диск баробарида, III-IV бўйин умуртка поғонаси танаси ўртасида, кейин томоқнинг пастлашиши билан қизилўнгач юқори чегараси ҳам пастга тушади (2 ёшда IV-V, 10-12 ёшда V-VI, 18 ёшда - VI-VII бўйин умуртка қисмига тенг). Кекса одамларда у I кўкрак умуртка поғонаси тенглигида бўлади.

Чакалоқларда қизилўнгачнинг мушак кавати кучсиз ривожланган, 12-15 ёшгача у интенсив ўсади, кейинчалик кам ўзгаради. Бир ёшгача болаларда шиллик каватда безлар кам, кўндаланг бурмалар 2 - 2,5 ёшда юзага келади.

Чакалоқлар ошқозони цилиндр ёки бука шохи шаклида бўлади. Кардиал қисми, туби ва пилорик қисми кучсиз ривожланган, қорин бўйни қисми кенг. Ошқозон ҳажми 50 куб см, узунлиги 5 см, кенглиги - 3 см. Бола ҳаётининг биринчи йилида ошқозон узаяди, 7 ёшдан 11 ёшгача катталарниқидек бўлади. Иккинчи болалик даври бошида (8 ёш) кардиал қисми шаклланади. Биринчи йилнинг охирида ошқозон узунлиги 9 смга етади, кенглиги 7 см, ҳажми 250-300 куб см.га катталашади, 2 ёшда ошқозон ҳажми 490-590 куб

см, 3 ёшда 580-680 куб см, 4 ёшда 750 куб см. Иккинчи болалик даври охирида (12 ёш) ҳажми 1300-1500 куб см га катталашади. **(1-расм)**

Сунъий овқатланишда бўлган болаларда, ошқозон асосан олдинги деворига тортилган бўлади. Чакалоқларда ошқозоннинг маълум бириктирувчи қисми (кардия, туб қисми, танаси) чап коворға остида жойлашган ва жигар чап бўлаги билан қопланган.

2-расм. Овқат ҳазм қилиш жараёни



Ошқозоннинг катта эгрилиги кўндаланг чамбарсимон ичакка ёндош. Жигар чап бўлаги кичрайиши билан ошқозон қорин олд деворига яқинлашади ва чарви усти соҳасига ўтади. Чакалоқларда ошқозоннинг чиқиш тешиги VII-IX кўкрак умурткасига, ошқозоннинг бошланиш тешиги XI-XII кўкрак умурткасига тенг. Боланинг ўсиши ва ривожланиши билан ошқозон пастга тушади ва 7 ёшда тананинг вертикал ҳолатида унинг кириш тешиги XI-XII кўкрак умурткалари ўртасига проекция қилинади. Чиқиш жойи XII кўкрак ва I-бел умурткаларига тўғри келади. Чакалоқларда ошқозон шиллик қавати нисбатан қалин, бурмалари юқори. Ошқозон майдони ўлчами 1—5 мм, ошқозон чуқурчалари сони 200 000 та. Ҳаётининг 3 ойига келиб бундай чуқурчалар сони 700 000 гача кўпаяди, 2 ёшда 1 300 000, 15 ёшда 4 млн ни ташкил этади.

Чакалоқлар ингичка ичаги узунлиги 1,2 - 2,8 м, 2-3 ёшда ўртача узунлиги 2,8 м. Иккинчи болалик даври ўрталарига келиб, унинг узунлиги катта одамлар ичаги узунлигига тенг бўлади (5 - 6 м атрофида). Ингичка ичак ёриги кенглиги ҳаётининг биринчи йилида 16 мм ни ташкил этади, 3 ёшда 2-3,2 мм бўлади.

Чакалоқлар ўн икки бармоқли ичаги халка шаклида, эгатчалари кейинроқ шаклланади. Боши ва охири I-бел умуртқасига тенг жойлашади. 5 ойдан кейин ўн икки бармоқли ичак юқори қисми XII кўкрак умуртқаси тенглигида жойлашади: 7 ёшда тушувчи қисми II бел умуртқасига тушади ва ундан ҳам пастроқда бўлади (12 ёшда). Чакалоқлар дуоденал безлари унчалик катта ўлчамда эмас, улар кучсиз шохчаланган (катталарга нисбатан). Бу безлар интенсив ўсиши бола ҳаётининг биринчи йилига тўғри келади.

Чакалоқларда ёнбош ичак илгаги турли хил: горизонтал ва вертикал, бу чарви илдири ва ичак функционал ҳолати билан боғлиқ. Шиллик қават бурмалари ва киприклари кучсиз ривожланган. Бола ҳаётининг биринчи йилида ичак безлари сони катталашади. Якка ва гуруҳли лимфа тугунлари чакалоқлар шиллик қавати ичакларида бўлади. Мушак қавати кучсиз ривожланган, асосан унинг кўндаланг қавати. Чакалоқлар йўғон ичаги қиска, унинг ўртача узунлиги - 63 см, чамбарсимон ичак гаустралари ва ёғ ўсимталари йўқ. 6 ойликда гаустралар биринчи бўлиб пайдо бўлади, кейин бола ҳаётининг 2-йилида ёғ ўсимталари пайдо бўлади. Кўкрак ёши охирида ингичка ичак 83 см гача узаяди, 10 ёшда 118 см га етади. Чамбарсимон ичак тасмалари гаустралар ва ёғ ўсимталари 6-7 ёшда қўшимча шаклланади.

Чакалоқлар кўр ичаги чувалчангсимон ўсимтадан аниқ чегараланмаган, унинг кенглиги (1,7 см) узунлигидан (1,5 см) устун бўлади. Кўр ичак биринчи болалик даврининг охирида (7 ёш) катта одамларникидек бўлади. Кўр ичак ёнбош суяк қанотларидан юқорида жойлашган. Ўсмир ёши (14 ёш) ўрталарида ичак ўнг ёнбош чуқурчасига тушади, тушувчи чамбарсимон ичак ўсишига боғлиқ. Чакалоқлар илеоцекал тешиги ҳалқасимон ёки учбурчак ёриги бор. Бир ёшдан ошган болаларда у тиркишсимон бўлади. Илеоцекал қопқоқ унчалик катта бўлмаган бурма қўринишида бўлади. Чакалоқлар чувалчангсимон ўсимтаси 2 см дан 8 см гача бўлади, диаметри 0,2-0,6 см. Ёруғли тешик орқали кўр ичак чувалчангсимон ўсимта билан бирлашади. Чувалчангсимон ўсимта кириш жойи қопқоғи шаклланиши, бола ҳаётининг биринчи ёшида ўсимтага кириш жойида бурмалар ҳосил бўлиши билан белгиланади. Бу даврда чувалчангсимон ўсимта узунлиги 6 см, иккинчи болалик даври ўртасида (10 ёш) 9 см га, 20 ёшларда – 20 см га етади. Чакалоқлар чувалчангсимон ўсимтасининг шиллик қавати ҳаётининг биринчи йилларида кўп сонли лимфоид тугунлардан иборат бўлади. Тугунларнинг энг юқори ривожланиши 10-14 ёшга тўғри келади.

Кўтарилувчи чамбарсимон ичак кучсиз ривожланган, чакалоқларда у жигар билан қопланган. 4-ойликда жигар унинг юқори қисмида етади. 7 ёшда кўтарилувчи ичак олдиндан чарви билан қопланган. Ўсмирларда кўтарилувчи чамбарсимон ичак худди катта одамларникидек бўлади. Унинг максимал ривожланиши 40-50 ёшларга тўғри келади.

Чакалоқларда кўндаланг чамбарсимон ичак катта қориндан иборат (2 см гача). Олдиндан ичак жигар билан қопланган. Эрта болалик даврининг бошида (1-2 ёш) катқорин кенглиги 5,0-8,5 см га катталашади, ичак ҳаракатини ортишига олиб келади. Бола ҳаётининг биринчи йилларида

кўндаланг ичак узунлиги 26 – 28 см. 10 ёшда унинг узунлиги 35 см га етади. Кекса одамларда кўндаланг чамбарсимон ичак энг юқори узунликка эга бўлади.

Чақалоклар тушувчи чамбарсимон ичагининг узунлиги 5 см атрофида. Бир ёшда унинг узунлиги икки баробарга ортади, 5 ёшда 15 см, 10 ёшда 16 смга тенг. Ичакнинг энг юқори узунлиги кекса ёшдагиларда бўлади.

Чақалоклар сигмасимон чамбар ичаги (узунлиги 20 см атрофида) қорин бўшлиғида юқори жойлашган, узун қоринга эга. Унинг илғаи қорин бўшлиғининг ўнг томонида ётади, баъзида кўр ичак билан бирикади.

5 ёшда сигмасимон ичак илғаи кичик тосга (думғаза суягига) кириш жойида жойлашади. 10 ёшда ичак узунлиги 38 см гача катталашади, унинг илғаи кичик тос бўшлиғига тушади. 40 ёшда сигмасимон ичак ёруғи кенгайди. 60-70 ёшдан кейин ичак унинг деворлари емирилиши билан атрофияга учрайди.

Чақалоклар тўғри ичаги цилиндрик шаклда, ампула ва эгатлари бўлмайди, бурмалар яхши ривожланмаган, унинг узунлиги 5-6 см га тенг бўлади. Биринчи болалик даврида ампула шаклланиши тугалланади, 8 ёшдан кейин эгатлар шаклланиши тугалланади.

Болаларда орқа тешиқ, устун ва бўшлиқлар яхши ривожланган. Тўғри ичакнинг асосий ўсиши иккинчи болалик даврига (8 ёшдан кейин) тўғри келади. Ўсмирлик ёши охирида тўғри ичак узунлиги 15-18 см, диаметри 3,2-5,4 см га тенг бўлади.

Чақалокларда жигар катта ўлчамда, қорин бўшлиғининг ярмидан кўпроқ ҳажмини эгаллайди. Чақалокларда жигар вазни -135 гр, тана оғирлигининг 4,0-4,5%ни ташкил қилади (катталарда 2-3%), жигар диафрагмал юзаси чиқиб туради, жигар чап бўлаги ўнг бўлаги ўлчамига тенг ёки ундан катта. Жигар пастки қирраси букилган, унинг чап бўлаги остида чамбарсимон ичак жойлашган. Жигар юқори чегараси ўнг ўрта ўмров чизиги бўйича V-ковурғага тенг, чап чегараси-VI коворғага тенг. Жигар чап бўлаги чап ўрта ўмров чизиги бўйлаб, коворғалар ёйини кесиб ўтади. 3-4 ойлик болада коворғалар ёйини жигар чап бўлаги билан кесишган жойи, унинг ўлчами кичиклиги учун кўкрак олди чизигида жойлашади. Чақалокларда жигар пастки қирраси ўнг ўрта ўмров чизиги бўйлаб, коворғалар ёйидан 2,5-4,0 см чиқиб туради, олд ўрта чизиги ханжарсимон ўсимтадан 3,5-4,0 см пастда жойлашган. Баъзида жигар пастки қирраси ўнг ёнбош суяк қанотларига етади. 3-7 ёшли болаларда жигар пастки қирраси коворғалар ёйидан 1,5-2,0 см пастда ўрта ўмров чизигида ётади. 7 ёшдан кейин жигар пастки қирраси коворғалар ёйидан чиқмайди. Жигар остида ошқозон жойлашган. Бу вақтдан бошлаб, бола жигари скелетотопияси катталарниқидан фарқ қилмайди. Болаларда жигар жуда ҳаракатчан ва унинг ҳолати тана ҳолати ўзгариши билан ўзгаради.

Чақалокларда ўт пуфаги узунрок (3,4 см), аммо унинг туби жигар пастки қиррасидан чиқиб турмайди 10-12 ёшда ўт пуфаги узунлиги икки мартага ортади. Ўт пуфаги қорин олд деворида коворға ёйидан пастда проекцияланади, олдинги ўрта чизикдан 2 см ўнгда. Ўт пуфагидан пастда ўн

икки бармокли ичак, ингичка ичак корин кисми халкаси ва кўндаланг чамбарсимон ичак жойлашган.

Чакалоқларда ошқозон ости бези жуда кичик ўлчамда. Унинг узунлиги 4-5 см, вазни 2-5 гр. Без катталарга қараганда бирмунча юқори жойлашади. Ҳаётининг 3-4 ойлигида безнинг оғирлиги икки баробарга катталашади, 3 ёшда 20 гр га етади, 10-12 ёшда унинг вазни 30 гр га тенг. Чакалоқларда ошқозон ости бези корин бўшлигининг орқа деворига яхши фиксация қилинмаганлиги сабабли нисбатан ҳаракатчандир. 5-6 ёшларда без худди катта одамларникига ўхшаш кўринишга эга бўлади. Ошқозон ости безининг кўшни органлар билан топографик ўзаро боғлиқлиги, ҳаётининг биринчи йили охирида юз беради ва катта одамларникидек характерга эга бўлади.

Эрта ёшдаги болаларда ошқозон-ичак тракти ҳаракат функцияси ҳам бир қанча хусусиятларга эга. Қизилўнғач перистальтик тўлқини ва унинг пастки қисмини овқат бўлақлари билан механик кўзғалиши ошқозонга кириш қисмида рефлектор кўзғалишни чақиради. Ошқозон моторикаси перистальтикадан (кардиал қисмидан тубигача бўлган қисқаришнинг ритмик тўлқини) перистола (овқатни тортувчан таъсирга ошқозон девори кўрсатадиган қарама-қаршилик) ва ошқозон девори тонуси тўлқинланиши, у овқат егандан 2-3 соатдан кейин бошланади.

Ингичка ичак моторикасига тебранувчи ҳаракат (ритмик тўлқинланиш, ичак таркибидагиларни ичак секретини билан қўшилиши ва сўрилиш учун қулай шароит яратади), ичак деворлари тонуси тўлқинланиши ва перистальтикаси қиради (ичак бўйлаб чувалчангсимон ҳаракат овқат ҳаракатига таъсир қилади).

Йўғон ичакда ҳам маятниксимон ва перистальтик ҳаракатлар бўлади, проксимал қисмларда-антиперистальтика юз беради, бу нажас массасини шакллантиради. Катталарга нисбатан, болаларда овқат бўтқаларининг ичакдан ўтиш вақти қисқа бўлади. Чакалоқларда 4 соатдан 8 соатгача, катта ёшдаги болаларда-бир сутка атрофида бўлади. Сунъий овқатлантиришда бу муддат узаяди. Кўкрак ёшидаги болаларда дефекация акти хоҳишсиз рефлектор юзага келади, фақатгина бола ҳаётининг биринчи йили охирида ихтиёрый бўлади. Чакалоқлар ҳаётининг биринчи соатлари ва қунида қора – зайтунсимон рангли, ҳидсиз биринчи нажас ёки меконий ажралади. Кейинчалик кўкрак ёшидаги соғлом болаларда нажас сарик рангда, нордон реакцияли ва нордон хидли, консистенцияси бўтқасимон бўлади. Катта ёшдагиларда нажас шаклланган. Кўкрак ёшидаги болаларда нажас келиши суткада бир мартадан 4-5 мартагача, катта ёшдагиларда суткада бир марта бўлади.

Ҳаётининг биринчи соатида бола ичаги бактериядан озод бўлади. Кейинчалик ошқозон-ичак тракти микрофлора билан эгалланади. Кўкрак ёшидаги болаларнинг оғиз бўшлиғида стафилококк, стрептококк, пневмококк, ичак таёқчаси ва баъзи бошқа бактерияларни аниқлаш мумкин. Нажасда ичак таёқчаси, бифидобактериялар, нордонсут таёқчалари ва бошқалар пайдо бўлади. Сунъий ва аралаш овқатлантиришда бактериал

инфицирланиш фазаси тез юзага келади. Ичак бактериялари овқатни ферментатив ҳазм бўлиш жараёнига олиб келади. Табiiй овқатланишда бифидобактериялар, нордонсут таёкчалари кам микдорда-ичак таёкчалари устулик килади. Нажас оч сарик рангда, нордон хидли, мойсимон кўринишда бўлади. Сунъий ва аралаш овқатланишда чириш жараёни устун бўлганлиги учун нажасда ичак таёкчаси кўпроқ, дайди флора (бифидофлора, нордонсут таёкчаси) кам микдорда бўлади.

Эрта ёшдаги болаларда ўт ҳосил бўлиши, катта ёшдагиларга нисбатан кам интенсивликда бўлади. Болаларда ўт ўт кислоталарга бой эмас, холестерин, лецитин, тузлар ва ишкорлар, сув, муцин, пигментлар ва мочевино, таурохол, гликохол кислотага нисбатан кўп микдорда бўлади. Шунини таъкидлаш керакки, таурохол кислотаси антисептик ҳисобланади. Ўт нордон овқат ва бўтқаларни нейтраллайди, ошқозон ости ва ичак секретини фаолиятини яхшилайди. Бундан ташқари, ўт панкреатик липазани активлаштиради, ёглари эмульсиялайди, ёғ кислоталарни эритади, уларни совунга айлантиради, йўғон ичак перистальтикасини кучайтиради. Бола ҳаётининг биринчи йилида овқатга бўлган талаб катта ёшдаги болаларга караганда, нисбатан катта. Болада ҳамма керакли озук ферментлари бўлади, овқат ҳазм қилиш органлари функционал фаолияти чегараланган ва бола физиологик овқатланишда бўлса, кўкрак сути билан овқатланса етарли бўлиши мумкин. Кўкрак ёшидаги болада овқат сони ва сифатидаги ўзгаришлар овқатланиш бузилишига (асосан бир ёшлик ҳаётида) ва кейинчалик жисмоний ривожланишдан орқада қолишига сабаб бўлади.

Ошқозон-ичак трактини текшириш кўрув, пальпация ва перкуссиядан иборат, бунда аускультация кам қўлланилади ва катта аҳамиятга эга эмас.

Кўрик қориндан бошланади ва оғиз бўшлигини кўруви билан якунланади (кичик ёшдаги болаларда). Қорин кўриги горизонтал ва вертикал ҳолатда ўтказилади. Кўрувда қориннинг шакли, унинг ўлчами, симметриклигига эътибор берилади, ошқозон ва ичак перистальтикасининг кўзга кўриниши, нафас олишда иштирок этишига эътибор бериш керак. Анусни (орка тешик) кўришда шиллик каватларнинг ёрилгани, ичак тушиши, очик қолишига аҳамият берилади. Оғиз бўшлиғи кўрувида тишлар ва бодомча безлар ҳолатига эътибор бериш керак. Кичик ёшдаги болаларнинг оғиз бўшлигини чуқур текшириш учун болани маҳкам ушлаб туриш керак. Бунинг учун ёрдамчи ёки болани онаси болани орқаси билан ўзининг тиззасига ўтказиб, оёгини ўзининг оёқлари орасида сикади, ўнг қўли билан болани танаси ва қўлини фиксация қилади, чап қўли билан бошини ушлайди. Шифокор боладан ўнг томонда туради ва боши билан ёруғликни беркитмайди, ёруғлик болани оғзига тушиб туриши керак. Оғиз бўшлигини шпатель ёрдамида кўриш керак. Биринчи навбатда оғиз бўшлиғи шиллик кавати, лаблар шиллик кавати, дунж, милк, юмшоқ ва қаттиқ танглай, тил ва томоқ, тишларни кўриш керак. Оғиз бўшлигини текшириш томоқни кўриш билан тугалланади. Бунинг учун шпатель тил илдизигача олиб борилади ва пастдан сёкин босиб, болага оғзини кенг очиш тавсия этилади, тил бунда оғиз бўшлиғида

жойлашади. Агар бола тилини зич килиб турса, шпател лунж ва милк ўртасига олиб борилади ва орка илдиз тишлари тиркиши оркали тил илдизига босилади, бола оғзини очади ва бунда томоқ ва халқум усти яхши кўринади.

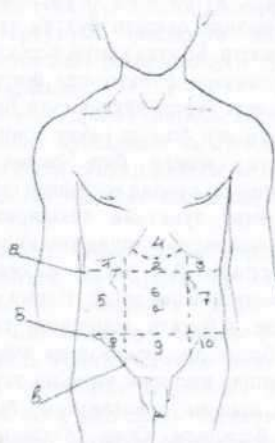
Пальпация. Пальпацияни тўғри ўтказиш учун, шифокор бемордан ўнг томонда, юзи билан унга караб туради. Бола оркаси билан ётади, оёқ, тос-сон ва тизза бўғимларини енгил букади. Қўллари танаси бўйлаб чўзилади, боши танаси билан бир хил тенгликда туради, бунда болани чалғитиб туриш керак.

Чуқур пальпация ўтказишнинг мухим шартларидан бири бу аъзоларнинг қорин олд деворига проекциясини билишдир:

Қориндаги таникли чизиклар ва сохалар:

а – пастки ковурга чизиги
б – тож чизиги
в – қорин тўғри мушагининг ташки чет чизиги

1. ўнг ковурга ости сохаси
2. эпигастрал соха
3. чап ковурга ости сохаси
4. кўкрак ости сохаси
5. ўнг биқин сохаси
6. киндик сохаси
7. чап биқин сохаси
8. ўнг ковурга-қорин сохаси
9. қов усти сохаси
10. чап ковурга-қорин сохаси



Чап қовурга ости сохаси: ошқозоннинг кардиал қисми, ошқозон ости безининг дум қисми, қораталок, чап буйракнинг юқори қисми.

Эпигастрал соха: ошқозон, ўн икки бармоқли ичак, ошқозон ости безининг тана қисми, жигарнинг чап бўлаги.

Ўнг қовурга ости сохаси: жигарнинг ўнг бўлаги, ўт пуфаги, ўнг буйракнинг юқори қисми.

Чап ва ўнг биқин сохалари: йўғон ичакнинг тушувчи ва кўтарилувчи қисмлари, чап ва ўнг буйракнинг пастки қисмлари, ингичкаичакнинг бир қисми.

Киндик соҳаси: ингичка ичакнинг сиртмоқлари, йўгоничакнинг кўндаланг қисми, ўн икки бармоқли ичакнинг горизонтал қисми, ошқозоннинг ката эгрилиги, ошқозон ости безининг бошчаси, буйрак дарвозалари.

Чап қовурга-қорин соҳаси: сигмасимон ичак, чап мочеточник.

Қов усти соҳаси: ингичка ичак сиртмоқлари, сийдик пуфаги.

Ўнг қовурга-қорин соҳаси: кўр ичак, йўгон ичакнинг терминал қисми, кўр ичак.

Жигар пальпацияси.

Жигар пальпацияси икки асосий турга бўлинади: Стражеско бўйича сирганувчи жигар пальпациясида бемор ҳолати қуйидагича – бемор орқасига ётиб, оёқларини енгил букади, бунда ёстик олиб ташланади. Қўллар танасидан узоклаштирилган ёки кўкрак қафасида ётади. Пальпация қиладиган қўлларнинг бармоқлари бир чизик ҳосил қилади - жигар пастки чегарасига параллел қўйилади ва енгил сирганувчи ҳаракат юқоридан пастга қараб ўтказилади. Сирганувчи пальпация билан жигар юзасини пальпация қилиб сезилади. Кўкрак ёши ва эрта ёшдаги болаларда жигар пальпациясида сирганувчи пальпация усули қўлланилади. Ундан кейин В.П. Образцов-Стражеско усули бўйича жигар пальпациясига ўтилади. Ўнг қўл (пальпация қиладиган қўл) қорин девори ўнг томонига киндик тенглигида ёки ундан пастга қўйилади. Чап қўл билан кўкрак қафаси ўнг томони пастки қисмидан ушлаб турилади. Бемор чуқур нафас чиқарганда ўнг қўл қорин бўшлиғига қўйилади ва боладан чуқур нафас олиш сўралади. Нафас олганда пайпасловчи қўл олд ва юқорига қаратилиб, қорин бўшлиғидан чиқарилади. Бунда жигар паст қиррасини пальпация қиладиган бармоқ билан пастга ҳаракатлантириб жигар паст қирраси топилади. Бу пальпацияда жигар қирраси ва шакли, унинг консистенцияси аниқланади. 5-7 ёшгача бўлган соғлом болаларда жигар қовурга ёйи қиррасидан ўрта-ўмров чизиги бўйича 1-2 смга чиқиб туради. Соғлом болаларда жигар қирраси оғриксиз, ўткир ва юмшоқ, эластик бўлади. 7 ёшдан катта соғлом болаларда жигар ўнг қовурга остида пальпация қилинмайди.

Соғлом болаларда ўт пуфаги пальпация қилинмайди. Ўт пуфаги проекцияси қорин тўғри мушаги ташки қирраси ўнг қовурга ости билан қесишган жойида жойлашади.

Грот бўйича ошқозон ости бези пальпацияси. Бола орқага ётган ҳолатда пальпация ўтказилади, ўнг қўли мушт ҳолатда сиқилади ва бел остига олиб борилади. Оёқлар тиззага буқилган бўлиши керак. Ўнг қўл бармоқлари қорин бўшлиғининг чап юқори квадрати, чап тўғри мушак ташки қирраси бўйлаб қўйилади. Бармоқлар умуртка поғонасига йўналтирилади. Нафас чиқарганда пальпация ўтказилади, пайпасловчи бармоқлар умуртка поғонасининг киндик тенглигигача етказилади. Ошқозон ости бези тасма кўринишида, умуртка поғонасини қийшиқ ёпиб туради. Нормада ошқозон ости бези пальпация қилинмайди. Ўнг томонга ётган ҳолатда ва ўтирган ҳолатда ошқозон ости бези пальпацияси ўтказилади.

Жигар чегараси перкуссияси ва Курлов бўйича жигарни ўлчаш учта чизик бўйича олиб борилади:

- ўрта ўмров чизиги бўйлаб, юқоридан жигар юқори чегарасигача, болаларда V-ковургада
- пастдан киндикдан ковурга ёйи йўналиши бўйлаб жойлашади.
- ўрта чизикнинг ўртаси бўйлаб (тўшнинг ўртасидан ўрта чизик бўйича)
- юқоридан жигар юқори чегарасигача, жигар юқори чегараси қиличсимон ўсимта бошида жойлашади
- пастдан киндикдан юқорига, учдан бирининг юқорисигача қиличсимон ўсимта охиридан жигар ён чегарасигача, чап ковурга остига киради.

Жигар ён чегаралари қуйидагича аниқланади: ковургалар ёйи бўйича перкуссия қилинади, чап ўрта ўмров чизигидан тўшга қараб йўналтирилади жигарни ўлчаш натижалари ёзуви қуйидагича: 11 x 9 x 9 см. Бола ёшани ҳисобга олиб, жигар ўлчами кичик бўлиши мумкин ва асосий ориентир: юқори чегараси-V-ковурга ва пастки чегараси - ковурга ёйида бўлади.

Соғлом болаларда қорин аускультациясида ичак перистальтикасини эшитиш мумкин. Аускультация ва перкуссия (аускультофрикция) текширишнинг аралаш усули ёрдамида ошқозон чегараси аниқланади. Ошқозон соҳасига стетоскоп қўйилади ва перкуссия битта бармоқ билан қорин оқ чизиги бўйлаб, ханжарсимон ўсимтадан киндикгача юқоридан пастга қараб ўтказилади. Ошқозон соҳасида стетоскоп орқали перкутор овоз эшитилиши кучаяди.

Болаларда овқат ҳазм қилиш аъзоларининг шикастланиш семиотикаси

Қоринда оғрик овқат қабул қилиш ёки овқат билан боғлиқ бўлмаган ҳолда юзага келиши мумкин. Эрта оғриклар гастрит, эзофагитларда кузатилади. Кечки оғриклар - гастродуоденитлар, яраларда бўлади.

Оғрик локализацияси алоҳида аҳамиятга эга. Эпигастрал соҳадаги оғриклар эзофагит ва гастритга характерли, пилородуоденал соҳадаги оғриклар - антрал гастрит, гастродуоденит ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиликка хос. Ўнг ковурга ости соҳасидаги оғриклар ўт ажратиш йўллари касаллигига характерли. Киндикдан юқори ва чапда белбоғсимон оғриклар панкреатитда кузатилади. Қориннинг ҳамма қисмида оғриклар энтероколитларда кузатилади. Ўнг ёнбош соҳасидаги оғриклар аппендицит, проксимал колит, илеитга хос.

Қорин палпацияси оғрикли нукталар ва олдинги қорин деворидаги оғрикли соҳаларни аниқлайди, улар орқали қайси орган зарарланганлиги тўғрисида билиб олиш мумкин. *Шоффар зонаси* - иккита ўзаро перпендикуляр чизиклар ўртасида ҳосил бўлган юқори ўнг бурчак, киндик орқали ўтади, биссектрисаларни тенг иккига бўлади. Бу ерда ошқозон ости безининг танаси жойлашади.

Дежарден нуқтаси – ўнг юкори квадрантнинг биссектрисасида жойлашган. Бу ошқозон ости беши бошчаси шикастланишида кузатиладиган оғрик нуқтаси.

Мейо-Робсон нуқтаси – чап юкори квадрант биссектрисасида жойлашган, ковурагалар ёйига 1/3 қисм етмайди. Бу ошқозон ости беши думчаси зарарланганда кузатиладиган оғрик нуқтаси.

Болаларда ўт пуфагини пайпаслаб бўлмайди, лўкин тўғридан-тўғри ўт пуфаги ва ўт йуллари зарарланишини билдирадиган кўп сонли симптомлар мавжуд.

Мерфи симптоми. Текширувчи қўл бармоқларини ўт пуфаги проекцияси соҳасига - ковурагалар ёйининг пастки қиррасига кўяди (ўнг қорин тўғри мушагини ковурагалар ёйи билан қесишган жойи). Нафас олганда бемор қучли ва бирдан юзага келувчи оғрикни сезади.

Ортнер симптоми. Нафас олганда қўл қирраси билан ўнг ковурага ости соҳасига туқуллаганда оғрик пайдо бўлади. Бу вақтда бемор нафас чиқарганда оғрик бўлмайди. Қучли яллиғланиш бўлса оғрик ўнг ковурага ости соҳасига туқуллаганда ҳам сезилади.

Кер симптоми. Оддий пальпацияда нафас олганда ўт пуфаги соҳасида оғрик сезилади.

Френикус симптоми (Мюсси симптоми). Кўкрак ўмров-сўргич мушақлари оёқлари ўртасига босилганда оғрик сезилади.

Боас симптоми. Орқала VIII-умуртқадан ўнгга босилганда рефлектор оғрик сезилади.

Мендел симптоми – буқилган бармоқлар билан эпигастрал соҳага туқуллаганда оғрик пайдо бўлиши. Бу симптом ошқозон яра қасаллигида мумбат бўлади

Иштаҳа – бола соғлиги ҳолатини баҳоловчи жуда кенг тарқалган ва универсал мезонлардан бири. Иштаҳа юқорилигига қараганда, кўпроқ иштаҳа пасайишига шикаят қилишади. Бу иккала ҳолат ҳам бир хилдаги эътиборни талаб этади. Нормада овқатни қабул қилиш жараёни иккита гипоталамик марказ билан бошқарилади: ён томондан «оч қолиш» маркази ва вентромедиал «тўйиш маркази». «Тўйиш маркази» «оч қолиш» ни сўндиради, овқат қабул қилингандан кейин бу тўйиниш ҳиссига олиб келади. Холещистокинин пептиди тўйиш таъсирини қақиради ва овқатни тутиш регуляциясида қатнашади. Ошқозон мушақлари гипертонуси иштаҳа кўтарилишига сабаб бўлади, ошқозоннинг гипотонияси – иштаҳанинг пасайишига олиб келади. Ота-оналарнинг энг кўп шикаяти болада иштаҳа йўқлиги, иштаҳанинг ёмонлиги ёки овқат вақтида инжиқ бўлишидан иборат бўлади.

Анорексия (anorexia) – овқат ёйишдан бош тортиш, овқат ёйишни ҳохламаслик, иштаҳанинг пасайиши (*hyporexia*). Анорексияни ситофобия билан алмаштирмаслик қерак. *Ситофобия* бу овқатлангандан сўнг оғрик ёки беҳаловатлик ҳисси пайдо бўлади деб гумон қилиб, овқат ёйишдан қўркишга айтилади. Ситофобия ошқозон яраси, регионар энтерит ёки ичак ишемиясида классик симптом ҳисобланади. Ота-онанинг болада иштаҳанинг ёмонлиги

тўғрисидаги шикоятни ҳар доим танкидий муҳокамани талаб қилади. Агар бола яхши ривожланса, нормал озикланган, жисмонан ва рухий фаол, жисмоний зўриқишни яхши кўтарса, у ҳолда бола соғлом, ундаги иштаха пастлиги органикбузилишлар билан эмас, балки психоген таъсирланиш, ота-она ва бола ўртасидаги келишмовчиликлар билан боғлиқдир. Анорексия кўпгина касалликларда ривожланади, шунинг учун унчалик катта диагностик таъсирга эга эмас. Лекин иштаханинг узок муддат бузилиши, анорексияни бошқа симптомлар билан такқослашда катта диагностик аҳамиятга эга. Чакалоқларда анорексия марказий нерв тизимининг перинатал шикастланишида, аминокислотурини, умумий касалликлардаги интоксикацияда (пневмония, сепсис, отит, пиелонефрит ва бошқалар), кучсиз ва чала тутилган болаларда, оғиз бўшлигининг туғма нуксонидида кузатилади. Бола ҳаётининг биринчи йилида иштаханинг пасайиши (кўкракдан бош тортиш), ўткир касалликлар бошланиши (пневмония, ичак инфекцияси ва бошқалар), ичак дисбактериози, темир танқислиги анемияси, гиповитаминоз D, нерв-артритик диатез, отит ва бошқаларда кузатилади. Мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда иштаха пастлиги бир томонлама овқатланишда ва гиповитаминозларда, ўткир ва сурункали инфекцияларда, оғир анемияларда, эндокрин дисфункцияларда, интоксикация, нерв-артрит диатезда, ҳаракат етишмовчилигида ва бошқаларда кузатилади. Анорексиянинг невротик шакли зўрлаб овқатлантирилганда юзага келади. Ўтказилган касалликлардан кейин, бола тана вазнини тиклаши учун уни зўрлаб овқатлантиришга ҳаракат қилиш шартли манфий рефлексларни янада кучайтиради. Боланинг иштахаси болалар боғчаси ёки мактабга катнашдан олдин хаяжонланиш, овқатдан олдин ширинликлар истеъмол қилиш ёки кўп миқдорда сут ичиш, шунингдек, бола ўйнаётганда эмизиш натижасида пасайиши мумкин. Фруктозани қабул қила олмасликда иштаханинг ўзгариши танланган турда бўлади (болалар мевалар, ширинликларни истеъмол қилишмайди)

Иштаханинг ортиши (hyperorexis), полифагия (polys- кўп, phagein- кўп ейиш) ёки «бўри иштаха»-булимия (bus- тана, (хўкиз) limos-оч қолиш (бола ҳаддан ташқари тана вазнига кўп қўшса, ота-оналар шифокорга мурожаат этишга мажбур бўладилар, баъзи ота-оналар бола иштахаси юқориликдан хурсанд бўладилар, бу ҳолатни соғломлик белгиси деб баҳолайдилар, бундан ташқари оилада ҳамма кўп овқат ейиши ва семизликни ҳисобга олиш зарур. Болаларда иштаханинг юқори бўлиши қандли диабетда, сурункали панкреатитда, тиреотоксикозда кузатилади.

Булимия массив кортикостероидли терапия натижасида ҳам бўлади. Мия ўзаги яллиғланиши, энцефалит колдиклари булимияга олиб келиши мумкин, у аклий заифлик ва баъзида қандсиз диабет билан боғланган. Гижжалар, асосан тасмали гижжалар билан зарарланиш ҳам иштахани юқори бўлиши билан характерланади. Булимия ривожланиши оила ичидаги муносабатлар бузилишига - она ва бола ўртасида мажорага олиб келади, бола ўзини ташлангандек ҳис қилади, бунда бола уни эркалашларидан кўра овқатланишдан ижобий эмоция олади.

Айниган шумаҳа (paraorexis) – ейиш мумкин бўлмаган, истъеъмол қилинмайдиган махсулотларни истъеъмол қилиш, булар ер, штуркатурка, коғоз, кўмир ва бошқалар. Бу ҳолатлар дебил (аклий заифлик), ташланган бола ва невропатияда кузатилади. Таъмининг бузилиши темир етишмовчилик ҳолатларида ҳам кузатилади.

Кўнгил айнаш - ёқимсиз, оғрикли субъектив сезги бўлиб, қайд қилишга олиб келади ёки қайд қилишдан кейин кузатилади. Кўнгил айнаши ошқозон функционал активлигининг пастлиги ва ўн икки бармоқли ичак, ингичка ичак ҳаракат функцияси ўзгариши билан боғлиқ. Кўнгил айнаши интрадуоденал босим юқорилигида юзага келади, шунинг учун кўпроқ ўн икки бармоқли ичак касалликларида кузатилади: дуоденит, гастродуоденит, ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги.

Қусиш билан бир вақтда бўлувчи кўнгил айнаши вегетатив нерв тизими активлигининг ўзгариши билан келади (асосан парасимпатик): тери рангининг оқариши, кўп тер ажралиши, кўп сўлак ажралиши, камқувватлик, бош айланиши, қулоқларда шовқин, гипотензия ва брадикардия (вазовагал синдром).

Қусиш (vomitus) - ошқозондаги овқатни оғиз орқали реффлектор чиқариш акти. Қусиш узунчоқ миёда жойлашган иккита хар-хил функционал марказлар билан бошқарилади: қайд қилиш маркази ва хеморецептор триггер зона билан боғланган. Хеморецепторлар қусиш актини ўз-ўзидан чақира олмайди, лекин унинг активацияси узунчоқ миёда жойлашган қусиш марказига эфферент импульсларни юборади, у эса ўз навбатида қусиш актини чақиради. Бу икки марказ бир-бирига ва вегетатив ҳамда вазомотор функцияларни назорат қилувчи миё ўзагининг бошқа марказларига яқин жойлашган. Қусиш маркази афферент сигнални ичак ва бошқа органлардан олади, юқорида кўрсатилган кортикал марказлардан асосан, ички қулоқ аппарати ва триггер зонасидан олади. Қусишда диафрагмал нерв (диафрагмага), орқа миё нервлари (қорин девори мушакларига) ва висцерал эфферент нервлар (ошқозон ва кизилўнғачга асосий эфферент ўтказувчи йўл бўлиб хизмат қилади. Қусиш симпатик ва вегетатив нерв тизими, томоқ, ошқозон-ичак тракти ва қўкрак қафаси, скелет мушаклари, қорин бўшлиғини ўз ичига олувчи физиологик актнинг охириги босқичидир. Қусишнинг бошланиши ҳолсизлик, оқариш, тер ажралиши, брадикардия ва артериал қон босимининг тушиши билан кечади. Бемор чуқур нафас олади, халқум усти тушади ва халқум кўтарилади, бу нафас йўлларига қуски моддалари тушишидан сақлайди.

Қусиш актида муҳим ролни диафрагма ва қорин олд девори мушаклари қисқариши ўйнайди, ошқозон бошланиш қисми ёпилганда ошқозон мушагининг антиперистальтик қисқариши юзага келади. Барча органлар касалликлари асосан бош миё касалликлари қусиш билан кечади. Келиб чиқиш механизмига қараб, қусишнинг бир қанча турлари ажратилади. *Марказий (миё, нерв) қусиш*. Нерв тизими касалликлари (бош миё шиши, яллиғланиш, гипоксемия, жароҳат, ўткир гидроцефалия, ўсмалар ва

бошқалар) калла ичи босимини оширади, қусишга сабаб бўлади. Ички қулоқ аппарати ва унинг марказ билан боғлиқлигининг шикастланиши ҳам кўнгил айнаш ва қусиш билан кечади. Мияга боғлиқ қусиш овқат ейиш билан боғлиқ бўлмайди, кўнгил айнаш кузатилмайди, бу турдаги қусиш бемор ҳолатини енгиллаштирмайди, қусиқ моддалари хидсиз, хира бўлади. Клиникасида бош оғриши, кўришнинг бузилиши ва хушсизлик устунлик қилади, ошқозон-ичак тракти касалликлари кузатилмайди.

Гематотоксик қусиш - жигар ва буйрак етишмовчилигида, моддалар алмашинуви касалликларида (галактоземия, ацетонемик қусиш, диабетик прекома ва бошқалар), дигиталисли интоксикация, гипervитаминоз D, ўткир захарланиш ва бошқаларда кузатилади.

Висцерал ёки чин рефлектор – бу кизилўнгач, ошқозон, ичакли қусишдир. Қизилўнгачли қусишни (чин қусиш ва қайд қилишдан фарқи) овқат ва суюқликларни ошқозонга етиб бормасдан чиқариб ташлаш, бу тугма кизилўнгач атрезияси, тугма ёки орттирилган кизилўнгач стенозлари, унинг дивертикули, ахалазиясида кузатилади. Қусиш овқатдан кейин дарров юз беради, бунда қусиқ моддалари нордон, хидсиз (ошқозон шираси билан боғлиқлиги бўлмайди), оз микдорда, хазм бўлмаган овқатдан ташкил топган бўлади.

Ошқозондан қусиш – кўпроқ ошқозон касалликларида юзага келади. Ўткир ва сурункали гастритлар, гастродуоденитлар, яра касаллиги, ичак инфекциялари ва токсикоинфекцияларда қусиш кўнгил айнаш билан боғланган, бу уни қусиш марказини кўзғалиши билан боғлиқ қусишдан фарқлайди. У одатда овқат ейиш билан боғлиқ, болага вақтинчалик енгиллик олиб келади. Ошқозондан келадиган қусиқ моддасига нордон хид хос. Қусиқ моддасида хазм бўлмаган овқат қолдиги, шиллик, қон (кофе қуйқаси ранги) аниқланади. Енгиллик олиб келмайдиган қусиш, гепатобилиар тизим ва ошқозон ости беши касалликларига характерлидир. Кўп қусганда қусиқ моддаларда ўт аниқланади, уни чакирувчи сабабига боғлиқ эмас. Уни юзага келишига дуоденогастрал рефлюкс сабаб бўлади. Ўн икки бармоқли ичакда тугма механик тўсиқлик (ичак ёруғи ички стенози, ўн икки бармоқ ичак атрезияси, ануляр ошқозон ости беши ва бошқалар), пилоростеноздан фарқи, туғилгандан кейин 4-5 кунда ўт аралаш қусишни вужудга келтиради. Қусиш акти давомий ва қучли бўлса, юқори босим остида кизилўнгачнинг ёрилишига (Бурхов синдроми) ёки ошқозон кардиал қисми шиллик каватининг чизикли ёрилишига олиб келади, бу ошқозондан қон кетишини чақиради (Маллори-Вейсс синдроми). Бир ойгача бўлган чақалоқларда “фавворасимон” қусиш кузатилади. Бу пилоростенознинг типик белгиси бўлиб, чуқур текширишга кўрсатма ҳисобланади (ошқозон УТТси, контраст моддаси билан рентгеноскопия). Ошқозон бошланиш жойи стенозида қусиқ моддалари ҳажми тушган овқатдан кўп, чириган хидли, ўт бўлмайди. Мегадуоденумда аксинча, қусиқ моддасида ўт бўлади. Пилороспазмада кўп қусади, хазм бўлмаган овқат микдори унчалик кўп эмас. Бола ҳаётининг биринчи йилида қусиш турлари қайд қилиш, қориннинг таранглашисиз,

зўриқисиз юзага келади. Ошқозондан қайд қилиш бола ҳолатига, эмишидан кейинги вақтига ва қайд қилишнинг кучига, боланинг кайфиятига, овқат ҳазм бўлиш ҳажми, даражасига боғлиқ эмас. Айнан бу реакция қайд қилиш ва қусиш ўртасидаги дифференциал ташҳисдаги фарқ бўлиб хизмат қилади, бу безовталиқ, тилни сўриш, юзнинг кизғиш ёки оқимтирлиги билан алмашилишига боғлиқ. Қайд қилиш ичак инфекцияларининг бошланиш белгиси бўлиши мумкин, қайд қилиш соғлом болаларда ҳам кузатилади. Қайд қилиш болани сунъий овқатлантирилгандан кейин тебратиш, бирданига ва тез кимирлатиш, эпигастрал соҳасига босим бериш натижасида бўлиши мумкин.

Чуқур, ҳар томонлама текшириш «калта» кизилўнғач, кардия ахалазиясини ташхислашга ёрдам беради.

Ичакдан қусиш – ичак ўтказмаслигида (инвагинация, буралиб қолиш, ўсмалар ва бошқаларда) кузатилади. Қусиш кўп микдорда, тез-тез, нажас хиди (ичак таркиби билан), нажас ва газлар ушланиб қолиши билан кечади. У қоринда санчиксимон оғриқлар билан характерланади.

Қонли қусиш (гематемезис) – гастродуоденал эрозия ва яраларда эзофагит, ошқозон ўсмаси, йирик томирлар шикастланганда, портал гипертензияда кизилўнғач ва ошқозоннинг кенгайган веналаридан, геморрагик диатез, лейкоз, сепсис, ошқозон шиллиқ қавати қуйиши, Маллор-Вейсс синдроми, гемангиома ва бошқаларда юзага келади. Қусиқ моддасида қон ранги ошқозондаги туз кислотанинг концентрацияси ва уни қон билан аралашувига боғлиқ. Агар қусиш қон кетиш вақтида бўлмаса, бирмунча вақтдан кейин юзага келса, бу вақтдан қон ошқозон таркиби (туз кислота) билан аралашади, қусиқ моддаси тузнордон гематин ҳисобига кофе қуйқаси рангини олади. Наҳорда кўп қусиш ва ярим тунда қусиш, тўқ-қизил лахта-лахта, кизилўнғач ва ошқозон кардиал қисми веналари варикоз кенгайишидан далолат беради. Ошқозон-ичак трактига, ўн икки бармоқли ичакдан пастга тушган қон ошқозонда кам ҳолларда сўрилади.

Қусиқ моддасида қон излари она кўкрагида ёриқ бўлса, бола эмганда ёки бурундан, бурун-томоқ юқори қисмидан қон кетганда бўлиши мумкин. Нажасни бир марталик қон ранга бўлиши учун 60 мл қон зарур, ўткир қон йўқотишда, кўп қон микдори ажралади, уч сутка давомида мелена кўринишида бўлади. Нажас ранги нормаллашгандан кейин яширин қонга тест бир ҳафта ва ундан кўпроқ даврда ҳам мусбат бўлиши мумкин.

Физиологик жihatдан қусиш ҳазм системасининг химоя реакцияси ҳисобланади. Ошқозонни сифатсиз ёки токсик моддалардан тозалайди. Шунингдек, узок, тўхтовсиз қусиш, организмдан сув ва электролитларни йўқотишга олиб келади, бунинг натижасида сувсизланиш ва алкалоз билан хлорпеник кома ривожланади, сурункали ҳолатларда организм чарчайди (қурийди).

Регургитация – овқатнинг ошқозондан оғиз бўшлиғига қусишсиз қайтишидир. Регургитация кўпинча, гастрозофагал рефлюкс, кизилўнғачнинг механик ёки функционал торайишида (ахалазияда)

кузатилади. *Руминация* – бу яқинда ейилган овқатни қайта чиқариш, туфлаб ташлаш ёки қайтадан ютиш. Бу цикл овқат қабул қилингандан кейин бир соат давомида бир неча марта давом этиши мумкин ва одатда оғизда нордон таъм пайдо бўлгандан кейин тўхтайтиди. болалар буни ўзига ёққандек бажаради, пастки жағни ҳаракатга келтириб, тил билан худди чайнаётганга ўхшаб, бу акт ютиш ҳаракати билан тугалланади. Баъзида болалар бармоқларини оғзига чуқур тикиб, регургитацияни чақиради. Бу ҳолатлар аклий заиф болаларда, болалар уйида тарбияланаётганларда, невропатик конституцияси бор болаларда, тарбиявий ишлар етарлича олиб борилмаганда кузатилади.

Қайт қилиш ва қусиш болаларда ошқозон-ичак тракти функцияси бузилишининг белгиси ҳисобланади. Асосий касалликнинг клиник симптомлари аниқ бўлса, қусишнинг функционал сабаблари диагностикаси қийинчилик тугдирмайди. Органик генезли қусишни дифференциал-ташхислаш учун тўғри йиғилган анамнез ва объектив текшириш билан бир қаторда, қўшимча махсус текшириш усуллари (эндоскопия, радионуклид диагностика, ангиография, компьютер томография ва бошқалар) талаб қилинади.

Зарда – кизилўнғач йўлида, тўшнинг орқасида иссиқлик ёки ачишишни ҳис этиш, ва кизилўнғачга ошқозондан нордон овқат қолдигини ўтиши билан белгиланади, гастродуоденал рефлюксда, эзофагитда кузатилади. Эпигастрал соҳага босилганда зарда кучайса, бу кардия етишмовчилиги ва кизилўнғачнинг кизилўнғач тешиги чуррасида бўлади.

Кёкириш – кизилўнғач ёки ошқозондан газнинг оғиз бўшлиғига ажралиши, баъзида ошқозон таркибининг унчалик кўп бўлмаган миқдори билан кёкириш интрагастрал босим натижасида кардиал сфинктер етишмовчилигида юзага келади. Кёкириш эзофагитда ва гастродуоденал патологияда (диафрагма кизилўнғач тешиги чурраси, кардия етишмовчилиги, эзофагит, гастродуоденитда) юзага келади. Болада бир ёшгача кардиал сфинктернинг яхши ривожланмаганлиги сабабли, кўпинча ҳаво билан кёкириш (аэрофагия) кузатилади, бу эмизишнинг бузилиши (галакторея, кўкракда кенг ёрик ва бошқалар) билан белгиланади.

Метеоризм ва флатуленция. Маълумки соғлом одамларнинг овқат хазм қилиш тракти орқали ҳар суткада газ миқдори ўтади ва бу табиий жараён деб қабул қилинади. Кўп миқдорда газ тўпланиши аэрофагия билан чақирилган бўлиши мумкин, дисбактериозда ичакда кўп миқдорда газ ҳосил бўлиши билан (углеводлар қабул қилиш, қарам, дуккаклилар, ичакда газ сўрилишининг бузилиши, юрак касалликларида, жигар циррозида, тўлик ёки нотўлик ичак тутилишида) кузатилади.

Кўпгина муаллифлар фикрига кўра, қориннинг функционал дам бўлиши ва оғрик, ичак ҳаракат активлигининг бузилиши билан боғлиқ, бемор ичагидаги газ, соғлом одам ичагида тўпланган газ ҳажмидагидек бўлса ҳам оғрик сезади. Соғлом одамда овқат хазм бўлганда 15 хил газ ҳосил бўлади, унинг кўп қисми ичак шиллик қаватида сўрилади, 2 литр атрофидагиси ташқарига

чиқарилади. Нормада асосий газларни йўгон ичакда ҳосил бўладиган углеводород ва водород, кўшимча унчалик кўп бўлмаган йирингли газлар, ичакда ажралаётган газга характерли хид беради. Ингичка ичак юкори қисмида CO_2 ҳосил бўлади, ошқозондан HCl ёки овқат билан ёғ кислоталари бикарбонат билан нейтраллаштиради. 20 дан 60% гача газ (ичакда жойлашади) ютаётган ҳаво қисмига тўғри келади. Хроматографик текширувда азот ва кислород топилиши, улар манбаини ичакда бўлиши ютилган ҳаво оркали тушиши билан тушунтирилади. Ичакда юкори газ ҳосил бўлиши, маълум озука маҳсулотларини ишлатишга боғлиқ, жумладан, қарам, донлилар, қора нон, углевод сўрилиши бўзилганда (лактоза, сахароза), ингичка ичакда патологик бактериал колонизация ёки *lamblia intestinalis* билан инфизириранишга олиб келади.

Флатуленция (газлар ажрлиши) ич қотишда кузатилади, йирингли ферментация билан кечади. Кўпинча газлар дефекация вақтида чиқади. Йўгон ичакда катта миқдорда газ тўпланиши, газ ажрлишига сабаб бўлади. Метеоризми давоси дискомфортни енгиллаштиришга қаратилган, мақсади аэрофагияни пасайтириш, ичакда газ ҳосил бўлишини кучайтирадиган озука маҳсулотларини ишлатишни чегаралаш керак.

Нажас ўзгариши. Болаларда энг кўп учрайдиган шикоятлардан бири нажас ўзгаришидир. 1,5-2 ёшда соғлом болаларда нажас консистенцияси ташки ва ички анал сфинктерлар ва пуборектал илмоқлар ҳисобига таъминланади. Нажасни ушлаб турмаслик, дефекация рефлексининг бўлмаслиги, бу рефлекс билан бошқаришни бошқара олмасликка айтилади. Дефекация актида орка миянинг бел ва думгаза қисмида жойлашган марказлар қатнашади. Бундан ташқари дефекация актида бош мия пўстлоғи қатнашади. Узунчоқ мия IV қоринча туби соҳасида қусиш ва нафас марказларида ҳам дефекация маркази жойлашади. Марказлар яқинлиги нафаснинг кучайиши ва қусиш рефлeksi пасайиши билан тушунтирилади, анал сфинктерлар тортилиши ва нафас тўхтаганда бошқарилмаган дефекация юз беради. Яна бир марказ варолиев кўприги (бош мия кўприги) соҳасида жойлашган. Турли хил рухий таъсирлар натижасида ич келишининг сусайиши мумкин.

Дефекация – рефлекс акт, ўз навбатида орган ва тизимларга бир қатор рефлекс таъсир кўрсатади. Юрак қон - томир тизимида рефлекс таъсири натижасида, максимал артериал босим 40-60 мм.с.м.уст., минимал – 10-20 мм. с.м.уст., пульс бир минутда 20 мартага кучаяди. Дефекация рефлeksi тўғри ичак рецепторларининг таъсирида кўзғалиши мумкин, уни нажас массаси билан тўлганда ва босимни 40-50 мм.с.м.уст. ошиши кузатилади. Супраспинал марказлар бу жараёни прогрессивлаштиради, тўғри ва сигмасимон ичак тўғри ичакда босимни кўтаради ва ректосигмал бурчакни силликлаштиради. Ички ва ташки анал сфинктерларнинг бўшаши нажас массаларининг эвакуациясига олиб келади (ички ва ташки сфинктерлар дефекациядан ташқари) тоник қисқариш ҳолатида ётади, нажас массалари тушишига олиб келади. Бу жараёнда қорин ичи босимини ошиши Валсальва қабули ёрдамида кучайтириш билан (220 мм. с.м. уст.) тушунтирилади.

Аксинча дефекация акти тос диафрагма кўндаланг-йўл-йўл мушаклари қисқариши ва ташки анал сфинктери қисқариши билан тушунтирилади. Бу тўғри ичакни сурункали тортилишига, афферент сигналларни пасайишига, тонус сусайиши ва сурункали ич қотишига олиб келади.

Полифекалия. Болаларда нажас миқдори ейилган овкат ва ичилган суюкликдан 2% ортик бўлади. Ёш ўтган сари нажас миқдори кўпаяди. 1-3 ёшда нажас миқдори суткада ўртача - 92,2 г, 4-7 ёшда – 118 г, 8-11 ёшда - 153 г, 12-14 ёшда – 157 г га кўпаяди. Бола ҳаётининг биринчи ёшида экскрементлар миқдори катта ёшдаги болалар ва катталарга нисбатан катта бўлади. Кўкрак ёшидаги болаларда нажаснинг суткалик миқдори кўкрак сути билан эмизилганда, унчалик катта эмас, ўртача 20-25г, қабул қилинган овкатнинг 25%ни ташкил этади. Аралаш ва сунъий овкатлантирилганда нажас массаси миқдори аралаш овкатлантиришда 60 г, сунъий овкатлантиришда – 100 гр. Полифекалия мальабсорбция синдромига характерлидир. Дисахаридаз етишмовчилигида суюк кўпикли нажас патологик аралашмасиз, нордон реакцияли (рН 6 дан кичик). Целиакияда нажас гомоген, патологик аралашмасиз, оч-сарик рангда бўлади. Бола ҳаётининг биринчи йилида сигир сути оксиллини қабул қилаолмаслик кузатилади ва клиникада атопик дерматит ва целиакияга ўхшаш синдром билан юзага чиқади. Сурункали панкреатитда полифекалия ва нажас бузилиши ферментлар етишмовчилиги натижасида бўшлиқ ва мембрана куйлиниши топографияси бузилишига боғлиқ бўлади.

Нейропатик ич кетиши – рухий зўриқишда регуляр ич кетиш (кўркув, стресс, ота-онанинг уйдан кетиши ва бошқалар), кўп холларда анамнез шундай ҳолатларга овлавиий мойиллик борлигидан гувоҳ беради. Ухлатувчи ва холиноблокатор дориларни ижобий таъсири ташхисни тасдиқлайди.

Ич қотиши – узок вақт ичак бўшашининг тугилиши (48-соатдан кўп), дефекация актининг кийинлашуви, шунингдек кам миқдорда (суткада 100 грдан кам) нажас келиши ёки нажасни юқори каттиклиги, бемор ичагини тўлиқ бўшамаганлиги ҳиссини сезади. Ич қотиш органик ва функционал характерда бўлади. Энг кўп учрайдиган сабаблари:

- 1) овкатланишдаги нуқсонлар, етарли овкатланмаслик, бир хил сутли озукларни истеъмол қилиш;
- 2) ичак ривожланишининг анатомик нуқсонлари (долихосигма, Гиршпрунг касаллиги, мегаколон, аноректал зонанинг тугма ривожланиш нуқсонлари (тўғри ичак атрезияси, ичак тугма стенози ва бошқалар).
- 3) ичакнинг атоник ҳолати;
- 4) орка тешик ва тўғри ичак ёриги ва тирналишида рефлктор ич қотишлар;

Болаларда кўп холларда *алиментар ич қотиши* кузатилади, иштаҳаси ёмон бўлганда, кам миқдорда овкат еганда кузатилади, клетчаткага бой бўлмаган маҳсулотларни ишлатиш (асосан она сутида ёғ кўп бўлади), овкатда оксил ва хайвон ёғи миқдори юқорилиги, ҳамда витаминлар, кальций тузлари кам (етарсиз) бўлишида ич қотиш кузатилади. Бола тугилгандан кейин бир неча кунгача ичи келмаса, ичак тугма нуқсонлари ҳақида ўйлаш керак (мегаколон,

- Гиршпруг касаллиги, мегасигма). Кўкрак ёшидаги болаларда юкорида келтирилган касалликлардан ташқари гипотиреоз, гиперпаратиреоз, тубулопатия, гипервитаминоз Д, гипокалиемия, пархез бузилиши ва бошқалар кузатилади.
- Катта ёшдаги болаларда ич қотиш гипотиреозда, колитларда, долихоколон, мегаколонда бўлади. Ич қотишга механик тўсиқлик, дорилар қабул қилиш (атропинга ўхшаш, катехоламин), феохромоцитома, алиментар сабаблар олиб келади.
- Функционал ич қотишлар орасида *спастик ёки гипокинетик ич қотишлар* (йўгон ичакдан нажас пассажининг функционал бузилиши кўзда тутилган) кўп учрайди. Гипермотор дискинезияга паразитар гижжалар ва лямблиялар, ичак дисбактериози олиб келади. Гипермотор дискинезияда нажас – каттик, алоҳида бўлакчалардан ташкил топган бўлади, болалар қориндаги оғриққа шикоят қилади. Гипомотор турдаги дискинетик ич қотиш астеник тана тўзилишидаги болаларда, тана вазни танқислиги бор болаларда кузатилади, уларда гастро- ва энтероптоз аниқланади, шунингдек мушак гипотонияси характерли бўлган касалликларда: мушак гипотонияси; Даун касаллиги, миопатия; склеродермия, микседема, гипотиреоз, рахит ва бошқаларда кузатилади. Гипомотор дискинезияда нажас массаси диаметри катталашади (нажас массаси кучсиз чўзилган ичакни тўлдиреди), қоринда кучли, санчувчи оғриқ пайдо бўлади. Болаларда сурункали ич қотишда чириш махсулотларини ичакда сўрилиши ҳисобига ўзини ёмон ҳис қилади: тез чарчаш, бош оғриши, иштаха пастлиги, уйку бузилиши кузатилади.
- Шартли рефлексор ич қотиши* – болада одатий турмуш тарзи ўзгарганда, дефекация вақти ўзгарганда кузатилади, яъни боғчага, мактабга катнашишда. Психоген ич қотиш юзага келишида узоқ ва тез-тез стресс ҳолатлар, оилада, мактабда, гиподинамия билан бир вақтда эмоционал ва аклий зўриқиш муҳим роль ўйнайди.
- Невротик ич қотишга олиб келувчи психоген омиллар ичак фалажи ёки спазми клиникасини беради. Ич қотиши висцеро-висцерал рефлекс тарзида хазм қилиш касалликлари, сийдик тизими, бош мия ва орқа мия зарарланиши, рухий касалликлар натижасида ҳам юзага келади. Нажасни ўткир тутилишида механик ёки паралитик ичак тутилишига гумон қилиш керак. Ич қотиши ташҳиси анамнез маълумотида (қоринда оғриқ, иштаха пастлиги, бир неча кун нажас ушланиши, каттик нажас чиқиши, дори қабул қилиш ва бошқалар), анус ва тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, колоноскопия, ирригоскопияга асосланади.
- Нажасни тутаолмаслик (энкопрез)* – дефекациянинг функционал бузилиши, тўғри ичак функцияси бузилиши ва орқа сфинктернинг ташқи ёки ички бузилиши, ихтиёрсиз дефекация билан юзага чиқади. Энкопрезга олиб келадиган сабаблар турли хил. Нажасни тутаолмаслик орғтирилган ва туғма шаклда бўлади.
- Энкопрезнинг туғма шакли* орқа мия чуррасида, ўсмаларда, анал тешик эктопиясида, қорин – оралик проктопластикасида.

Энкопрезнинг орттирилган шакли (функционал энкопрез) нейроген ва сенсор, психоген (функционал мегаколон), мушак ёки мотор (тос суяги синиши, яраларда, некротик парапроктит ва бошқалар) сабабларда бўлади. Бунда ташқи ва ички анал сфинктерлар пуборектал мушаклар, ташқи ва ички сфинктерлар координацияси бузилиши, барча сфинктерлар йўқлиги ёки зарарланиши кузатилади. Болаларда чин функционал энкопрезнинг (кундузги, тунги, аралаш шакли) бўлиши мумкин, тўғри ичак сфинктер аппарати фаолияти бузилиши, яширин ёки аниқ таъсирларда, бир маротабалик ёки узок таъсир килувчи рухий эффектлар таъсирида бўлади, ёлгон, опстиницион (нажасни, парадоксал ушлаб тура олмаслик), йўгон ичак дистал қисмлари тўлаллиги ва тўғри ичак рецепторлари сезувчанлиги пасайиши натижасида, йўгон ичакда сурункали димланиш юзага келади.

Функционал энкопрезнинг биринчи сабабларидан бири турли хил сабаблар билан чакирилган вақтинчалик ич қотишдир. Вақтинчалик ич қотиш йирик фекалома ҳосил бўлишига олиб келади, тўғри ичакни иккиламчи кенгайиши, дефекация актига бўлган талабни йўқлиги билан характерланади. Ич кетиш устулик килади, ички сфинктер, пуборектал илгак билан бирга анал канал юқори қисми кенгайди. Суюк нажас, фекаломадан оқиб, сфинктер аппарати билан бошқарилмайди, натижада нажасни ушлаб тураолмаслик юзага келади. Нажасни тўтиб тура олмаслик сабабларга боғлиқ бўлмаган ҳолда, бир хил типда клиник намоён бўлади: қуруқ ва озода бола тўсатдан кўп ёки кам микдорда нажас массасини йўкотади. Бу ҳолатлар ўткир вужудга келиши мумкин, тез ривожланади ва қиска вақтда соғайиш билан тугайди ёки сёкин ривожланади ва кучайиб боради. Бола ҳар куни ва доимо жойини булғалайди, ундан ёқимсиз хид келади. Нажасни ўткир тутаолмаслик ўткир ичак яллиғланиши, оғир касалликларда хушни йўқотиш билан, эпилептик тутқаноқда, қўрқув ва кучли ваҳимада кузатилади. Энкопрезни диагностика қилишда анамнез маълумотлари, кўрув (ташқи йўл тешиги ўлчами аниқланади, унинг шакли, анал олди ва думба сохаларидаги ўзгаришлар), анос ва тўғри ичакни текшириш (анал рефлeksi, анал сфинктери тонуси ва эркин қисқариши), ректороманоскопия, сфинктерометрия (анал жоми кучи баҳоланади), электромиография (мушак, тўқима ва унинг иннервацияси, мушак қисқариши), дилатометрия (анал қольцоси тортилиши), рентгенологик текшириш (умуртка поғона, тос суяги шикастланишини бартараф этиш) ўтказилади.

Ич кетиш, диарея – ичакни тезлашган бўшашиши, тарқок, баъзида кўп нажас ажралиши билан характерланади. Сабаби, ҳазм бўлиш жараёнининг бузилиши, сўрилиш ва асосий нутриентлар транспорти бузилиши ҳисобланади. Диареянинг тўртта тури ажратилади: осмотик, секретор, мотор ва экссудатив.

Осмотик диарея турига ичак бўшлиғида осмотик босимнинг кўтарилиши характерлидир. Углеводлар ҳазм бўлиши ва сўрилишининг бузилиши кузатилади (дисахарид етишмовчилиги: лактоза ва сахароза етишмовчилиги; целиакция – оксил глиадин етишмаслиги, сизир сути оксиллини

кўтараолмаслик), шунингдек ичакда юкори осмотик актив моддаларнинг кўп келиши билан характерланади. Ичак шиллик кавати сув ва электролитлар учун эркин ўтказувчи хисобланади, плазма ва ингичка ичак ўртасидаги тенглик кузатилади, чунки йўгон ичакда натрий фаол ушланади, осмотик диареяда калийни йўқотиш натрийни йўқотишга нисбатан юкори.

Экссудатив диарея – йўгон ичак яллиғланиш касалликларига характерли, дивертикулез, инвазив инфекциялар (дизентерия, сальмонеллез ва бошқалар), экссудатив энтеропатияга (ичак лимфангиэктазияси) тегишли. Кўп ҳолларда инвазив диареяда йўгон ичак шиллик каватида қўзғатувчи кўпайиши юзага келади, яллиғланиш юз беради ва нажасда кон, шиллик пайдо бўлади. Ўз-ўзидан у ингичка ичакда ҳазм бўлиш ва сўрилишнинг бузилиши ривожланишига олиб келмайди, экссудатив яллиғланишда кўп оксил микдори йўқолади ва гипопропротеинемия ривожланади.

Диареянинг *мотор компоненти* мальабсорбция синдроми ҳамма ҳолатларида кузатилади, у ичакда ҳазм бўлишнинг кучайиши билан боғлиқ, осмо - ва бароресепторларни ичакда ўзгариши, гормонал моддаларни актив синтези, моторикани кучайиши (метионин, серотонин ва бошқалар) ҳисобига юз беради. Бир қатор ҳолатларда ҳазм бўлишни пасайиши ва ичак стази кузатилади, бу дисбактериоз ривожланишига ва диареяни бошқа механизмлари қўшилишига олиб келади. Бу картина йўгон ичак яллиғланиши касалликларида (ярали колит, Крон касаллиги, йўгон ичак дивертикулези) кузатилади.

Гастроинтестинал қон кетиши. Эрта ва катта ёшдаги болаларда ошқозон-ичак трактидан қон кетиши кўп учрайди ва ҳаёт учун хавfli хисобланади. Нажас характерига кўра қон кетиш манбаини аниқлаш мумкин. Агар қон кетиш ошқозон-ичак тракти юкори қисмида жойлашса, кизилўнғач, ошқозон, ўн икки бармоқли ичак ва ингичка ичакдан қон кетса, беморда мелена кузатилади (қора гомоген нажас), қондаги гемоглобин ошқозон шираси, ичак флораси таъсирида ўзгариши ҳисобига юз беради. Бу кўпинча кизилўнғач веналарини варикоз кенгайишида, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касалликларида, медикамент генезли ўткир яра касалликларида, геморрагик гастритларда кузатилади. Ёнбош ичак терминал қисмида ва йўгон ичакдан қон кетишида нажасда қон ранги кам ўзгаради. Анал тешигидан тоза қон ажралиши кўпроқ қон кетиш манбаини йўгон ичакда жойлашганидан гувоҳлик беради. Бу асосан, йўгон ичак ёки тўғри ичак полипи (ичак полипозиди синдромлари: Пейтца-Егерса, Гарднер), тўғри ичак шиллик кавати ёруғи, геморрой, Меккель дивертикул яраси, ярали колит, Крон касаллиги, ичак гемангиомасида кузатилади. Ошқозон-ичакдан қон кетишини 50%ни тўғри ичакдан қон кетиш ташкил қилади. Орқа тешик ёруғида қон оч-қизил рангда, нажасдан алоҳида аниқланади. Эрта ёшдаги болаларда инвагинацияда нажасда «маймунжон ранги» кўринишида қон аниқланади.

Суюқ нажас қон аралаш – дизентерия белгисини билдиради. Чакалоқларда биринчи кунларда қора ранг нажас дифференциал ташхиси кийинроқ бўлади, чунки меконий яшил-қора рангда бўлади. Лекин қон

аралашмасиз меконий йўргакка яшил ранг беради, қон билан бирга меконий кизил ранг беради. Болаларда нажасда яширин қон манбаини кидириш учун биринчи ўринда оғиз бўшлиғи ва бурунни кўриш керак. Нажасни қора рангда бўлиши темир, висмут, гемаген, карболен дори воситалари ёки аниқ махсулотлар (жигар, гилос ва бошқалар) истеъмол қилиш билан боғлиқ. Ташхис анамнез маълумотларига асосан, эзофагогастроуденоскопия, колоноскопия, сканир усули, ангиография ўтказиш билан қўйилади. Нажасда яширин қонни бензидин ва ортотоулидин синамалари билан аниқланади. Мусбат синама ошқозон-ичак трактидан қон кетганда, таркибида темир сакловчи дорилар қабул қилинганда, овқат тайёрлашда гўшт ишлатилганда кузатилади, шунинг учун, нажасни яширин қонга текширишдан 3-қун олдин рациондан гўшт махсулотларини олиб ташлаш керак, тишларни тозаламаслик зарур.

БОЛАЛАРНИ РАЦИОНАЛ ОВҚАТЛАНТИРИШ

Табиий - кўкрак сути билан овқатлантириш.

Бу бола туғилгандан 1-1,5 йил ичида адекват овқатлантиришнинг табиий шакли ҳисобланади. Кўкрак сути билан эмизиш бола ҳаётининг биринчи 6-ойлигида тўғри овқатлантиришнинг ягона усули ҳисобланади. Тугруқхонада чакалокни биринчи марта кўкракга қўйиш биринчи мулоқот муоложаси билан олиб борилади.

Вактига етиб туғилган чакалокда туғилгандан сўнг 102-150 мин орасида овқат кидиришнинг туғма дастурига асосан кўкракни эмиш учун имкониятлар бор: она кўкрагига эмаклаб бориш, оғзини катта очган ҳолда қўл ва оғизнинг координацион ҳаракати билан кўкрак учини кидириш, кўкракни сўриш ва уйқуси келгунича эмиш.

Кўкрак билан эмишни бола туғилгандан кейин биринчи соат даврида бошлаш керак, чунки бу вақтда боланинг иккала рефлeksi (кидирув ва сўриш), кўкрак беzi соҳаси сезгирлиги онанинг тактил стимуляцияси бу вақтда юқори бўлади. Тугруқдан кейин тери мулоқоти яқинроқ бўлиши керак, асоратланмаган тугруқдан сўнг, она қорнига болани ётқизиb қўйиш тавсия этилади.

Доимий кўкрак сути ва сигир сути (100 млда) таркиби ва бола озуқа аралашмаси таркиби тўғрисида тавсия

№	Компонентлар	Кўкрак сути ўртача қиймати	Бола озуқа аралашмаси	Сигир сути
1	Энергия (кДЖ)	280	250-315	276

2	Энергия (ккал)	67	60-75	66
3	Оксил (г)	1,3	1,2-1,95	3,2
4	Ёғ (г)	4,2	2,1-4,2	3,9
5	Углевод (г)	7	4,6-9,1	4,6
6	Натрий (мг)	15	13-39	55
7	Хлор (мг)	43	32,5-81	97
8	Кальций (мг)	35	59	120
9	Фосфор (мг)	15	16,3-58,5	92
10	Темир (мг)	76	325-975	60
11	витА	60	39-117	35
12	Вит С	3,8	5,2	1,8
13	Вит Д	0,01	0,65-1,63	0,08

3-расм.Кўкрак сути билан эмизиш.



Она ва бола соғлиги учун кўкрак сути билан эмизининг афзалликлари

Эмизкли бола учун:

- Диспептик касалликларнинг тарқалиши ва давомийлиги пасаяди
- Респиратор инфекциялардан ҳимояни таъминлайди
- Отит ва отит қайталанишининг тарқалишини камайтиради
- Чақалоқлар некротик энтероколити, бактеремия, менингит, ботулизм ва сийдик йўллари инфекциясидан ҳимоялайди
- Аутоиммун касалликларга мойилликни камайтиради
- Тўсатдан ўлим синдромига мойилликни камайтиради
- Сигир сутига аллергия ривожланиши мойиллигини пасайтиради
- Катта ёшдаги болаларда семиришга мойилликни камайтиради
- Сут таркибида ярим тўйинмаган ёғ кислоталарни борлиги туфайли психомотор ривожланиш ва кўриш ўткирлиги ошади

IQ шкаласи бўйича ақлий ривожланиш кўрсаткичи ортади, бу сут таркибидаги омиллар ёки юкори стимуллиги билан боғлиқ

- Жағ нуқсонлари камаяди

Она учун:

- Бола туғилгандан кейин кўкрак билан эмизшни эрта бошлаш, онанинг тугрукдан кейин куч тиклашига, бачадон инволюцияси тезлашувига ва кон кетишни олдини олишга, шу билан бирга оналар ўлимини пасайишига, онада гемоглобин захирасини саклашга, кон кетишини пасайиши ҳисобига, унинг организмда темир миқдорини кўпайишига олиб келади -

- Климакс олди ёши даврида кўкрак беши сарамасига мойилликни камайтиради

- Тухумдонлар сарамасига мойилликни пасайтиради

- Суяклар минерализациясини яхшилайти ва шу орқали климакс олди ёши даврида сон суяги синишига мойилликни пасайтиради

Чақалоқлар ҳаётининг биринчи кунларида оғиз сутининг аҳамияти.

Оғиз сuti характеристикаси

Оғиз сuti – сариқ ёки кулранг-сариқ рангдаги елимсимон, қуюқ суюқлик, хомиладорликнинг охирида ва тугрукдан кейин биринчи 3 кунда ажралади. Иситилганда енгил эрийди. Оғиз сutiда оксил, вит А, каротин, аскорбин кислотаси, вит В12, Е, тузлар, доимий сutiга нисбатан кўп бўлади. Альбумин ва глобулин фракциялари казеиндан кўпроқ. Казеин лактациянинг 4-кундан бошлаб пайдо бўлади, унинг миқдори аста-секин кўпаяди. Болани кўкракга кўйишдан олдин оғиз сutiда IgA, ёғ ва сuti шақари етук сutiга нисбатан кам бўлади. Оғиз сuti оксигили бола оксил зардобига ўхшашлиги сабабли ўзгармаган ҳолда сўрилади. Оғиз сuti гемотроф ва амниотроф озикланиш давлари ўртасидаги оралик шакли ва лактотроф озикланиш бошланиши ҳисобланади. Биринчи кунларда оғиз сutinинг энергетик киймати 1500 ккал/л, 2-кунда - 1100ккал/л, 3 - кунда 800 ккал/лга тенг келади.

Етук (доимий) сuti - бир неча кундан кейин ишлаб чиқилади, унинг миқдори ошади, кўкрак безлари тўлишади, шишади ва оғир бўлади. Бу ҳолат «сutiни ўтиши» деб аталади.

Эрта сuti - эмизшнинг бошида ишлаб чиқилади.

Кечки сuti - эмизшнинг охирида ишлаб чиқилади. Ранги оқ, эрта сutiга нисбатан унда ёғлар кўп. Бу ёғ табиий овкатлантиришда асосий энергия манбаи бўлиб ҳисобланади. Эрта сuti кечки сutiга караганда, хаворанг тусда, у кўп ҳажмда ажралади ва бошка компонентлар билан таъминлайди. Биринчи 6

ойлигида иссиқ иқлим бўлишига карамай, кўшимча суюқлик ичириш мумкин эмас. Агар бола чанкашни сув билан кониктирса, кўкрак сутини кам миқдорда эмади.

Она сутининг афзалликлари:

Оғиз сути ва она сутида ичак инфекцияси чакирувчисига, эшерихий, шигелла, энтеровирус, респиратор инфекцияга, вирусли касалликлар кўзгатувчисига, бактериал инфекцияларга қарши антителолар бор.

2. Оғиз сутида иммуноглобулинларнинг барча синфлари, асосан IgA (90%) бор. Лактацияда унинг миқдори камаяди, лекин суткалик талаби юқорилигича қолади. Бу иммуноглобулин инвазияга қарши биринчи химоя вазифасини ўтайди, бактериялар адгезиясини пасайтиради, вирусларни нейтраллайди, аллергизацияни камайтиради.

3. Лактациянинг биринчи 4-хафтасида она сутида лактоферрин (50-100мг/л) бўлади, у фагоцитозни активлаштиради, ичакда ионизациялашган темирни боғлайди, бактериал флорани янгидан ҳосил бўлишини блоклайди. У сутдаги умумий оксилни 15-20%ини ташкил қилади. Сигир сутида лактоферрин 10-15 марта кам.

4. Оғиз сутида C3 комплемент компонентлари (30мг кунда) ва C4 (10мг кунда) мавжуд.

5. Она сутида сигир сутига караганда лизоцим миқдори 100-300 марта юқори бўлади. Унинг таъсири бактерия қобилигини зарарлашдан иборат, сўлакда амилазанинг ҳосил бўлишини стимуллади, ошқозон кислоталигини кўтарди.

6. Она сутида бифидус-фактор бор, унинг активлиги сигир сутига нисбатан 100 марта юқори. Бу углевод бифидус флора, сут ва сирка кислотаси ҳосил бўлишини таъминлайди, ўз навбатида стафилококк, сальмонелла, шигелла, эшерихий ўсишига тўскилик қилади. Табиий овқатлантиришда ичакда лактобактерин ва бошқа микроорганизмларнинг нисбати 1000:1; сунъий овқатлантиришда эса - 10:1га тенг.

7. 1 мл она сути таркибида 0,5-1 млн гача тирик хужайралар, макрофаглар 50-80%, лимфоцитлар - 10-15% . Сутдаги макрофаглар интерферон, лактоферрин, лизоцим, комплемент компонентларини синтезлайди, улар ўз хусусиятларини ичак инфекцияларида ҳам сақлайдилар.

8. Она сутига аллергия аниқ эмас, бир ўшгача бўлган болаларда сутли аралашмага аллергия эса 18%ни ташкил қилади.

9. Она сути, асосан оғиз сути, сигир судидан фарқли, ўз таркибида гипофиз, калконсимон без гормонларини сақлайди.

10. Она сутида 30 га якин фермент бор, улар гидролизда катнашади, бу она сутининг юкори хазм бўлишини таъминлайди.

11. Она сутида оксил 2 марта кам, лекин углеводлар (лактоза) хайвон сутига нисбатан кўпрок. Ёглар миқдори бир хилда. Углеводларнинг энергетик баҳоси она сутида - 45%, сигир сутида - 30%, ёғ - 50% энергетик кийматини ташкил қилади.

12. Зардобдаги лактоальбумин ва лактоглобулинлар миқдори казеиногенга нисбати 3:2 ни ташкил этади, шунинг учун мослаштирилган аралашмалар зардобли оксил билан тўйинган, Она сутида протеолитик ферментлар ҳам бўлади.

13. Кўкрак сутида ёгларни асосий компонентлари - уч глицеридлардир.

14. Болаларда ошқозон ости беши липазаси активлиги пастлиги ва конъюгациялашган ўт тузларининг паст концентрацияси ёғ гидролизини кийинлаштиради. Кўкрак сутида пальмитин кислота миқдори паст, у енгил гидролизини таъминлайди.

15. Кўкрак сутида сут глюкозаси (лактоза) сигир сутига нисбатан кўпрок, кўкрак сутида – лактоза, ингичка ичакда секин хазм бўлади ва йўгон ичакда граммсубат бактериал флора ўсишини таъминлайди.

16. Кўкрак сутида кальций ва фосфорнинг нисбати 2-2,5:1, сигир сутида -1:1, бу уларнинг сўрилиши ва хазм бўлишигатаъсир кўрсатади. Кўкрак сутида кальцийнинг хазм бўлиш коэффициенти 60%, сигир сутида - жами 20%. Она сути сигир сутига караганда темир, мис, цинк, ёгда эрийдиган витаминларга бой бўлади.

Кўкрак ёшидаги бола учун керакли сут миқдорини аниқлаш усуллари

Агар навбатдаги эмизидан кейин гўдак кўкракни қўйиб юборса, «қониккан» кўринишга эга бўлса, кейинги эмизидан тинч ухласа, демек сут унга етарли бўлади. Сут ҳажмининг етарли эканлигининг объектив белгиларига ёш нормаси, тана вазнига қўшилиши, бошқа антропометрик кўрсаткичларнинг қўлайлиши, тери ҳолатининг яхшилиги, юмшоқ тўқималар тургорининг сақланганлиги, пешоб ва ахлат ажралишининг нормал миқдори киради.

Бола ҳаётининг биринчи 10-кунда керакли сут миқдори етук туғилган бола учун қуйидаги формула билан аниқланади:

Н.П.Шабалов формуласи:

бир марта эмизилгандаги сут миқдори (мл) = 3мл x ҳаёти куни x вазни(кг)

Г.И.Зайцева модификациясига кўра, Н.Ф.Филатов формуласи:

Суткалик сут миқдори (мл) = 2% тана вазни x ҳаёт куни

Бола ҳаётининг 10-кунидан бошлаб, суткалик сут миқдори икки хил усул билан ҳисобланади:

Гейбнер-Черни «хажмий» усули.

Овкат хажми ёши ва тана вазнига боғлиқ ҳолда тавсия этилади. Бунда тана вазни ўртача ёш нормасига мос келиши керак. Суткалик сут миқдори 1 литрдан ошмаслиги керак.

10 кундан 1,5 ойгача-фактик тана вазнининг 1/5 қисми;

1,5-4 ойда-1/6;

4-6 ойда-1/7;

6-12 ойда-1/8 фактик тана вазнининг қисмларини ташкил қилади

М.С.Маслов бўйича калорияли усул:

Овқатланишнинг энергияли киймати, боланинг 1 кг тана вазнига куйидагича бўлиши керак:

Йилнинг биринчи чорагида - 120 ккал/кг суткада

Иккинчи чорагида - 110 ккал/кг суткада

Туртинчи чорагида - 100 ккал/кг суткада

Бир литр кўкрак сутида 700 ккал бор.

Бир марталик эмизиш хажмини аниқлаш учун суткалик овқат хажми умумий эмизиш сонига

Бир ёшгача бўлган бола сутка давомида 1000-1100 млдан ортиқ овқат қабул қилмаслиги керак.

Сунъий ва аралаш овқатлантириш

Сунъий овқатлантириш – болани она сути ўрнини босувчи аралашмалар билан шиша идишдан овқатлантириш, бунда болани кунига бир марта кўкрак сути билан эмизиш ёки кўкрак сути хажми 50-100 мл га тенг бўлиши ҳам мумкин.

Сунъий овқатлантириш бола учун физиологик ҳисобланмайди, боланинг келгуси ҳаётидаги биологик хусусиятларни ўзгариши ва касалланиш спектрини ўзгартиради. Аралаш ва сунъий овқатлантириш фақатгина ҳаёт кўрсатмасига асосан ўтказилади, агар онасида адекват лактация бўлмаса, болада сурункали оч қолишга юқори мойиллик бўлса.

4-10% туккан аёлларда адекват лактация бўлмайди.

Она томонидан табиий овқатлантиришга қарши кўрсатмалар:

- Сил касаллигининг бацилло ажралиши билан кечадиган очик шакли;
- ВИЧ инфекцияси;
- Ўта хавfli инфекция (чечак, сибир яраси), кокшол;
- Юрак, буйрак, жигар касалликларининг декомпенсация даври;
- Ўткир рухий касалликлар;
- Хавfli ўсмалар;

Агар онаси қуйидаги юқумли касалликлар - кизамик, сув чечак билан касалланган бўлса, у холда болага иммуноглобулин юборилгандан сўнг кўкрак билан эмизилса бўлади. Терлама, сурункали гепатит, ич бурут, сальмонеллезда - она сутини соғиб, стерилизациядан кейин болага бериш мумкин. ЎРВИ, ангина, бронхит ва пневмониядан кейин онанинг тана харорати тушса ва умумий аҳволи яхшиланса болани эмизишга рухсат берилади. Бунда никобдан фойдаланиш керак ва эмизиш орасида она ва бола мулокотини чегаралаш керак.

Болани эмизишга жиддий қарши кўрсатма, шунингдек соғилган сут билан хам бокишга қарши кўрсатма бўлиб, онанинг давосида баъзи дори воситаларни ишлатиш ҳисобланади.

Табиий овқатлантирилганда дори воситалар (Таточенко В.К., 2000)

Қарши кўрсатма	Ишлатмаслик ёки жуда эҳтиёткорлик билан қабул қилиш	Эҳтиётлик билан қабул қилиш
Амфетаминлар	Антрахинонлар	Аминазин
Бромкриптин	кучсизлантирувчилар	Анестетиклар
Диэтилстилбэстрол	(сано, шолғом,	Антибиотиклар
Иммунодепрессантлар	итшумурт пўстлоғи)	Антигистаминлар
Тавегил	Бромидлар	(тавегилдан ташқари, у
Мепробамат	Витамин D	қарши кўрсатилган)
Метамизол	Метаклопрамид	Антикоагулянтлар
Олтин препаратлари	Метронидазол	Антитиреоид дори
Литий препаратлари	Наркотиклар	воситалари
Йўталга қарши дорилар	Орал контрацептивлар	Витаминлар
Йод тузлари	Психотроп дори	Галоперидол
Тетрациклинлар	воситалари	Гипотензив дори
Тиоурацил	Резерпин	воситалари
Фениндион	Салицилатлар (аспирин)	Индометацин

Хлорамфеникол	Фенобарбитал	Кодеин
Циклоспорин	Эстрогенлар	Сийдик хайдовчи дорилар
Циметидин		Мушак релаксантлари
Эрготамин		Парацетамол
		Преднизолон
		Талвасага қарши
		Юрак гликозидлари
		Эуфиллин

Бола томонидан кўкрак сутини эмишига қарши қўрсатмалар:

моддалар алмашинувининг ирсий касалликлари, галактоземия, фенилкетонурия, лактаза етишмовчилиги.

Бугунги кунда аралаш ва сунъий овқатлантириш саноат ишлаб чиқаришига асосланган мосланган курук ва суюқ сут аралашмалари билан олиб борилади. Бола ҳаётининг биринчи йилида сунъий овқатлантириш учун таркибида соя сакловчи сутсиз маҳсулотлардан фойдаланилади, уларнинг озука аҳамияти сизир сутидан тайёрланган аралашмалардан кам эмас. Улар асосан аллергия касалликларга мойиллиги бўлган болаларда ишлатилади.

Сунъий овқатлантириш техникаси

Аралаш овқатлантирилганда фақат битта аралашмани ишлатиш, сунъий овқатлантирилганда иккитадан ортик бўлмаган аралашмани қўллаш қулайдир. Нордонрок аралашмаларни ширин ёки чучук билан бериш мумкин, у суткалик овқат ҳажмининг 1/3-1/2 қисмини ташкил қилади. Агар нисбатан эрта аралаш овқатлантиришга ўтказиш зарурияти бўлса (3-5 ойлардан олдин) лактацияни қўзғатиш учун эмиши сонини кўпайтириш керак, кейин бир неча hafta давомида аралашмалар билан тўлик бўлмаган устама овқатлантириш берилади, сўнг тўлик қўшимча овқат билан эмиши сонини олдинги ҳолатига қайтилади. Агар лактация бир меъёрда бўлса (200-400 мл) аралаш овқатлантиришда болани аввал кўкракка тутиш, сўнгра сутли бўткани бериш керак бўлади.

Аралаш ва сунъий овқатлантиришда икки поғонали овқатлантириш тизимидан фойдаланиш маъкул: сут миқдорини аниқлаш ва аралашмани танлаш.

Бир ёшгача бўлган болаларни сунъий овқатлантириш

Ёши *Америка ва Оврупа Россия мактаби мактаблари*

Кун давомида эмизишлар сони

Хаётининг 1-хафталиги	6 – 10	7 – 8
1 ҳафталик – 1 ойлик	6 – 8	7 – 8
1 – 3 ойлари	5 – 6	7 – 6
3 – 7 ойлари	4 – 5	6 – 5
4 – 9 ойлари	3 – 4	6 – 5
8 – 12 ойлари	3	5

Бир марталик эмизишда аралашмалар ҳажми, мл

биринчи 2 ҳафталиги	60 – 90	70
3 ҳафталикдан – 2 ойгача	120 – 150	100
2 – 3 ойлари	150 – 180	120
3 – 4 ойлари	180 – 210	160
5 – 12 ҳафталиклари	210 - 240	200

Аралашмалар боланинг туз ва витаминларга эҳтиёжини кондиреди. Сунъий аралашмаларнинг осмолярлиги баланд бўлгани учун кўп суюликни талаб этади. Буни кондиритиш учун болани овқатлантиришдан сўнг ёки оралигида кайнаган сув бериш керак. (4-расм)



4-расм.Сунъий овқатлантириш техникаси.

Сунъий овқатлантиришдаги энг асосий муаммо бу бола организмга зарар етказмайдиган, оптимал адаптирланган сут аралашмаларини танлаш ҳисобланади. Бугунги кунда Ўзбекистон худудида “Nestle” (Швейцария) компанияси томонидан тавсия этилган сут-катик маҳсулотлари кенг қўлланиб келинмоқда. Бир ёшгача бўлган болаларга замонавий мослаштирилган сут-катик аралашмаси зарур. Янги “NAN нордон сутли” 1 ва 2 аралашмалари ичак микрофлораси таркибини яхшилаш, иммунитетни мустаҳкамлаш, ўткир ичак инфекциялари ривожланиш хавфини пасайиши, оксилнинг осон ҳазм бўлиши ва сингиши, микроэлементларнинг мукамал тарзда сингиши ва яхши ҳазм килиниши билан бошқа сут аралашмаларидан

тубдан фарк қилади. “NAN нордон сутли” 1 ва 2 аралашмалари она сутти бўлмаганда ёки етишмаганда берилади.

Баъзи ҳолларда адаптирланган аралашмалар «казеинли формула» деб аталади. Уларни тайёрлашда сугир сутидан фойдаланилади, унинг асосини оксил компоненти казеини ташкил этади.

«Казеинли» формулаларга қуйидагилар киради “Similac” (США), “Nestogen” (Швейцария), «Малютка» ва «Мальш» (Россия).

ОПТИ PRO ажойиб оксил компоненти – оксилнинг осон хазм бўлиши ва сингишига ёрдам беради.

Бирламчи ва иккиламчи лактаза етишмовчилиги бор болаларга янги “NAN Безлактозный” аралашмаси тавсия этилади. Унинг афзалликлари: лактоза ва сахарозага эга эмаслиги, нуклеотидлар билан бойитилганлиги, узун занжирли политўйинмаган ёғ кислоталари мавжудлиги ва оптималлаштирилган оксил таркиби.

Овкат аллергияси, атопик дерматит, экземаси бор болаларга Nestle компаниясининг “Alfare” гипоаллерген аралашмаси тавсия этилади.

Адаптирланмаган сутли аралашмаларни (сугир сутти ёки бошқа хайвон сутти) 9 ойдан олдин болаларга бериб бўлмайди.

Аралаш овкатланиш асосан онада гипогалактия бўлганда тавсия этилади. Гипогалактияга шубҳа бўлса болада текширув эмизиш ўтказилади ва кўшимча сут миқдори топилади.

Аралаш ва сунъий овкатлантиришда ҳам суткалик сут миқдори табиий овкатлантириш сингари аниқланади.

Гипогалактия

Гипогалактия– лактация вақтида сут безлари ажратиш функциясининг камайишига айтилади. Кўпинча онада гипогалактия эмизиш техникаси бўзилганда, овкатлантиришда йўл қўйиладиган хатоликларда, онанинг сурункали касалликларида, эмоционал зўриқишда, холсизликда, яхши ухламасликда, эмизишга онада ва унинг оила аъзоларида хохиш бўлмаганда келиб чиқади.

Гипогалактиянинг эрта (туғруқдан кейинги биринчи 10 кун) ва кечги тури бор.

Боланинг суткалик эҳтиёжига кўра сут дефицитига боғлиқ холда гипогалактиянинг 4 даражаси ажратилади:

I – танкислик 25% гача;

II – 50%;

III – 75%;

IV – 75% юқори

Гипоалактаяга шубха бўлганда бола эмиб олган сут микдорини аниқлаш учун текширув эмизишини камида уч мартаба ўтказиш керак.

Лактацияни ушлаб туриш усуллари

1. Кун тартибига риоя қилиш: уйку – кунига 10 соат, тоза ҳавода айланиш – камида 2 соат;
2. Кўп суюқлик истеъмол қилиш (кунига 1,5-2 л)
3. Болани тез - тез кўкракка тутиш, тунги эмизишни чекламаслик.
4. Р.И.Зейтц бўйича душ ва массаж қабул қилиш: болани эмизгандан сўнг ва сутни соғиб бўлгандан сўнг кўкрак безига иссиқ сув қўйиш (45° С) билан бир маҳалда массаж (юкоридан пастга сўргичдан периферияга) ўтказилади, шу вақтда сут соғилади. Давомийлиги 5-10 дақиқа, муолажа кунига икки маҳал ўнг ва чап кўкрак учун ўтказилади.
5. Эмизидан 30 дақиқа олдин сутли чой ичилади.
6. Эмизиклик онага поливитаминлар буюрилади.

Қўшимча овқатлантириш

Қўшимча овқат бериш деб – эмизикли болаларга овқат маҳсулотлари ва суюқликларни кўкрак сутига қўшимча равишда беришга айтилади. Қўшимча овқат маҳсулотлари болага 6 ойлигидан бошлаб берилади.

Нима сабабдан қўшимча овқат буюриш зарур ва бунда нимага асосланиш керак?

Бола ўсиб улгайиши билан бирга унинг ҳаракатлари активлашади ва унинг овқатга бўлган ва физиологик эҳтиёжларини тўла кондиритиш учун кўкрак сутини етишмайди. Бу эҳтиёжларни (қувват, темир ва бошқа она сутини билан қиравчи керакли элементларни) кондиритиш учун, ўсаётган болага қўшимча овқат буюриш зарур бўлади. Қўшимча овқат асаб-мушак координациясининг ривожланиши учун ҳам керак бўлади.

- Қўшимча овқатни рационга тўғри ва ўз вақтида киритиш боланинг саломатлигини тиклаш, овқатланиш статусини яхшилаш ва жисмоний ўсиб улгайишни таъминлайди.

- Болага қўшимча овқат буюрилишига қарамай она сутини эмизикли бола рационда асосий овқат тури ҳисобланади.

- 9 ойлик бўлгунча болаларга сигир сутини ичиш учун бериш мумкин эмас, лекин 6-9чи ойларда қўшимча овқат тайёрлаш учун сигир сутидан фойдаланиш мумкин. Болага 9-12 ойлигидан бошлаб сигир сутини ичишга бериш мумкин.

-Кам қувватга эга қўшимча овқат маҳсулотлари қувватни чеклаши мумкин, шунинг учун ўртача қувват зичлиги 4,2 кДж (1 ккал)/г кам бўлмаслиги керак. Болаларга 2 ёшгача ёғ миқдори кам бўлган сўт бериш мумкин эмас.

-Бола рациондаги қўшимча овқат консистенцияси, мазаси, ва қўрилиши жиҳатдан ҳар - хил бўлиши, бир вақтни ўзида қўқрак сути билан боқишни давом эттириш керак.

-Қўшимча овқат маҳсулотлари тузли бўлиши керак эмас ва уларни тайёрлаганда овқатга туз қўшилмайди.

Қўшимча овқатни қандай бериш керак ва қайси маҳсулотларни бунда ишлатиш мумкин?

Қўшимча овқат 2 турга бўлинади:

Оралик давридаги овқат – бу махсус қўшимча овқат бўлиб, эмизикли болани физиологик ва специфик овқатга бўлган эҳтиёжларини кондиритиш учун қаратилган.

Оила дастурхонидан овқат ёки уй овқати – бу эрта ёшдаги болаларнинг қўшимча овқат учун ишлатиладиган маҳсулотлари бўлиб, бошқа оила аъзолари қабул қиладиган маҳсулотлар билан ўхшаш бўлади.

Фақат қўқрак сути билан парвариш қилишдан болани қўқрак сути билан эмизмасликка ўтиш даврида, ёш болаларни аста секин уй овқатига ўргатиш керак бўлади. Бола 1 ёшга тўлганида оила дастурхонидан овқатланишга жисмонан тайёр ҳисобланади. Оғир овқатларни рационга киритиш даврига ва бу маҳсулотларни қўқрак ёшидаги болалар қабул қилишга тайёрлиги асаб-мушак координациясининг ривожланишига таъсир кўрсатади. Ривожланишнинг ҳар хил босқичларида келиб чиқувчи қўпгина овқатланиш рефлекслари, ҳар хил турдаги овқатларнинг рационга киришини енгиллаштиради ёки оғирлаштиради.

Болалар овқатни оғзига олиб келишни, чайнашни ва бошқа овқат қабул қилиш шартларини бажаришни ўрганганларида уларни рағбатлантириш жуда муҳимдир. Бу шартларни болага ўз вақтида ўргатилмаса, кейинчалик ахлоқ ва овқатлантириш муоммолари туғилиши мумкин.

Болани сунъий овқатлантиришда биринчи қўшимча овқат (сабзавотли бўтқа) рационга 4,5-5 ойлигида, иккинчи қўшимча овқат 5,5 - 6 (сутли бўтқа) ойдан бошлаб киритилади. Биринчи қўшимча овқат витаминларга, темирга, микроэлементларга бойитилган сутли бўтқа бўлиши ҳам мумкин. Тухум сариги 6 ойдан, гўшт эса 7 ойдан бошлаб берилади.

Кўкрак ёшидаги ва эрта ёшидаги болаларда нерв тизими ривожланиши ва унинг турли даврларда қандай маҳсулотларни ишлашни мумкинлигидаги аҳамияти

Ёши (ой)	Пайдо бўлган рефлекс/кўникмалари	Қўлланилиши мумкин бўлган маҳсулот турлари	Маҳсулотларга мисоллар
0 – 6	Сўриш/кўкракни сўриш ва ютиш	Суюқликлар	Кўкрак сuti
4 – 7	Биринчи чайнаш ҳаракатлари бўлиши, сўриш кучи ўсади, қусиш рефлексининг тилнинг ўрта қисмидан орқа қисмига ўтиши кузатилади	Овқат бўтқа кўринишида	Сабзавот ёки мева, яхши текширилган ва майдаланган жигар ва гўшт
7 – 12	кошиқни тизлаш ва чайнаш, тилнинг ён ҳаракати ва тишларга тириш	Кўл билан ёйиш мумкин бўлган ёки майдаланган ёки бўлакларга ажратилган овқат	Гўшт майдалагич дан ўтказилган ва яхши текширилган гўшт ва жигар, қайнатилган ва майдаланган мева ва сабзавотлар, хом мева ва сабзавотлар, бошқоклилар ва нон.
12 - 24	Айланма ҳаракати, турғунлиги	Онда столдан овқат	Майдаланган мева ва сабзавотлар, хом мева ва сабзавотлар, бошқоклилар ва нон.

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, овқат маҳсулотларини қўшимча овқат сифатида болалар рационига киритиш боланинг жисмоний ривожланиш босқичларига ва рефлексларнинг шаклланишига боғлиқ. Схематик бунга 4 босқичга бўлиш мумкин.

1- босқич. Болани кошиқ ёрдамида овқатланишга ўргатиш. Кам миқдорда овқат беришдан бошлаш (тахминан, 1 ёки 2 кошиқ).

2- босқич. Қошиқ ёрдамида овқатланиш кўникмасини ўрганганидан сўнг боланинг овқат рационини кенгайтириш ва ҳаракат кўникмаларини ўргатиш лозим. Қуюқ овқатларни болага буюриш уларни бемалол таянчсиз ўтира олишига, бир қўлидан иккинчи қўлига буюмларни бемалол олишни билишини кўрсатади.

3- босқич. Чайнашни ўрганиш. Ҳаракат кўникмаларини ўрганганидан ва тишлари чиққанидан сўнг болалар нарсаларни қўлида ушлаш ва оғзига олиб бориш ва овқатни чайнашни ўрганади.

4- босқич. Болани овқатлантириш ўзи мустақил катталар ёрдамида овқат қабул қилиш билан бирга кечади.

Қўшимча овқат киритишнинг асосий қондалари

Қўшимча овқат қабул қилишнинг энг қулай вақти бу бола қорни очган ва она болага қўп вақт ажрата оладиган вақтдир. Куннинг биринчи ярми энг қулай вақт ҳисобланади.

Қўшимча овқат кам-камдан чой қошиғидан бошлаб секин асталик билан кўпайтириб борилади. Бунинг учун ўртача қуюқликдаги бир массали бўтқалардан, масалан гуручли сутли бўтқа ёки картошкали бўтқадан (поре) бошлаш мумкин. Бола қўшимча овқатга осон ўрганиши учун овқатга соғилган кўкрак сутини қўшиш мумкин. Кўкрак сути камайишининг олдини олиш мақсадида болага қўшимча овқатни кўкрак сути берилганидан сўнг буюриш мумкин.

5-6 кундан сўнг иккинчи қўшимча овқатни, яна 5-6 кундан кейин 3-чи янги овқатни бериш мумкин. Бу вақт ичида бола овқат рационига қўп компонентли овқатларни киритиш мумкин: гўшт+сабзавотлар, гўшт+сабзавотлар+донлимаҳсулотлар.

Қўшимча овқат қуюқ бўлиши, лекин бола уни қошиқ ёрдамида қабул қила олиши керак.

Қўшимча овқат асортименти бўйича ҳар хил маҳсулот бўлиши керак. Донли маҳсулотлар танланганда глютенсиз: гуруч, гречка, жўхори ва шунга ўхшашларни танлаш керак. Глютен маннка, перловка ва овсянка крупаларида бор.

Камқонликни олдини олиш мақсадида, темир депоси бўлган гўшт бир ёшгача бўлган болаларнинг овқат рационига энг керакли маҳсулот ҳисобланади. Гўшт бола 6 ойлик бўлганидан сўнг қиймаланган қайнатма ҳолда, кейинчалик тўғралган ҳолда буюрилади. Болани овқатлантиришда ёғсиз мол, қўй, парранда гўшtidан фойдаланилади.

3 ёшгача бўлган болалар овқатини тайёрлашда туз, шакар ва бошқа зираворлардан фойдаланиш шарт эмас.

Қўшимча овқатни нотўғри буюриш ниядаларга олиб келиши мумкин?

Болаларни нотўғри овқатлантириш ёки боқиш усуллари, уларнинг жисмоний, ақлий ривожланишининг бузилишига ва бу ўзгаришлар боланинг саломатлигига салбий таъсир кўрсатишига олиб келиши мумкин.

Қўшимча овқатни ўз вақтида бола рационига киритиш муҳим рол ўйнайди. Жуда эрта ёки кеч қўшимча овқатни бериш боланинг ўсиб улғайишига хавфли таъсир кўрсатиши мумкин.

Қўшимча овқатланишни ўз вақтида бошламаслик билан боғлиқ бўлган хавф

Жуда эрта бошлаш

Бола она сутини эммай қўяди, бу эса кўкрак сути ажралишининг камайишига ва боланинг етарли даражада энергия ва озука моддаларини қабул қилишига тўсқинлик қилади.

Касаллик чакирувчи микроблар билан зарарланган қўшимча овқат моддалари ва суюқликлар болада диспептик касалликларга ва озикланишнинг бузилишига мойилликни орттиради

Кўкрак ёшидаги болалардан чак фаолиятининг етукмаслиги овқаталлергиясига мойилликни орттиради.

Оналарга фертиллик тезроқ қайтади

Жуда кеч бошлаш

Фақат кўкрак сути билан овқатлантириш боланинг энергия ва озука моддаларига бўлган эҳтиёжини тўлиқ қондира олмайди ва бунинг натижаси да бола жисмоний ривожланишдан орқада қолади
Ўсувчи организмнинг микроэссенциалларга бўлган талабини кўкрак сути тўлиқ қондира олмайди (асосан, темир, витА, рух)

Харакат қўникмаларининг оптимал ривожланиши таъминланмаган, жумладан, чайнаш, янгитаъмва овқат структурасини бола ижобий қабул қилиши таъминланмайди

Турли ёшдаги болаларни овқатлантириш учун тавсия этилган озука маҳсулотлари («овқатланиш савати»)

6-11 ойлик бола

Бўтқа (гуручли, гречкали, арпали)+сариёғ+сут (аралаштирилган 1:1)

Нон

Картошкали ва сабзавотли бўтка

Гўшт, балик, жигар, тухум сариги

Қатик, кефир, сузма

Мевалар бўткаси ёки шарбати

12-23 ойлик бола

Гуруч, макарон маҳсулотлари ёки бўтка

Бўтка (гуручли, гречкали, арпали)+сариеғ+сут (аралаштирилган 1:1)

Нон

Картошкали ва сабзавотли бўтка

Гўшт, балик, жигар, тухум сариги

Қатик, кефир, сузма

Мевалар

24 ойлик ва ундан катталарга

Нон+сариеғ ёки гўшт

Қатик+творог

Нон, печенье

Қайнатилган картошка ва сабзавот

Мевалар

Сигир сути ёки қатик

Шиша ва сўргичлар нима учун зарарли?

- Шиша идишдан эмишиш ич кетишига мойилликни кўпайтиради, тиш ва ўрта қулоқ яллиғланишини кучайтиради ва оғиз бўшлиғи динамикасини ўзгартиради

- Кўкрак ёшидаги бола овқатлантириш вақтида етарли даражада диққат эътибор ололмасликлари хавфи ортади.

- Шиша идиш ва сўргичларни чўтка билан доимий ювиб, кейин қайнатиб стерилизация қилиш лозим, бунда иссиқлик энергияси кўп йўқотилади. Шунинг учун республикамизнинг кишлок шароитида буни амалга ошириш қийин.

- Кўп ҳолларда шишадаги аралашмаларга ширин қаттиқ моддалар қўшилади, бу эса тишлар кариесига мойилликни оширади, худди сўргичларни асал ва шакарга ҳўллаб берилган сингари.

- Шиша идишдан овқатлантирилган бола кўкрак сутини яхши эма олмайди. Бу кўкрак билан эмизиш сони ва интенсивлигини бузади.

Кўкрак ёшидаги болаларни эмизишни альтернатив усули пиёладан овқатлантириш ҳисобланади. Бу усулни қўпинча кўкрак билан эмизишни кечроқ бошлаш керак бўлган болаларга тавсия қилинади. Пиёладан тўғри овқатлантириш болага овқат киришини назорат қилишни бошқаришга ёрдам беради; болани оғзига сутни қуймаслик керак.

Пиёладан овқатлантиришнинг афзалликлари:

- Бола овқатлантирилганда тилидан фойдаланади

- Бола ўзи пиёладан овқатланади, қанча овқат қабул қилиш ва унинг вақтини ўзи белгилайди

- Пиёла шишага қараганда хавфсиз, уни сув ва совунда осон ювса бўлади.

- Шишага қараганда пиёлани камроқ олиб юрилади шунинг учун бактериялар қўпайишига имконият камроқ бўлади.

- Она ёки болани парваришлайдиган бошқа шахс пиёладан овқатлантирилганда болани ушлаб туриши ва у билан қўпроқ мулоқотда бўлиши мумкин, бу эса шишадан овқатлантиришга нисбатан, болани рухий стимуллайди.

- Пиёла билан овқатлантиришни 6-ойгача қўллаш қулай, чунки қошиқ билан овқатлантириш кўп вақтни талаб қилади ва она бола тўйгунча овқатлантиришни тўхтаттиб қўйиши мумкин.

6-9-ойлик болалар учун тахминий меню

- Бола талабига кўра кўкрак сутни бериледи

- бўтқа (гуручли, маржумак (гречка), арпали) – сигир сутни билан аралаштирилган (1:1)-150-200 гр+4 гр сариёғ

- картошкали ва сабзавотли бўтқа – 150 гр, майдаланган гўшт (қуш ёки балиқ) - 10-30 гр+ ўсимлик ёғи 5 гр, мева бўтқаси ёки шарбати 50 гр.

- Творог (сузма) 10-40 гр+қатик - 100-150 гр, печенье 5 гр, тухум сариги ½ дона

9-12-ойлик болалар учун тахминий меню

- Бола талабига кўра кўкрак сутни

- Бўтқа (гуручли, гречкали, арпали) сигир сутига аралаштириб (1:1)-150-200 гр+4 гр сариеғ
- Картошка ва сабзавотлар майдаланган ёки булакчаларга кесилган 150 гр, майдаланган гўшт (қуш ёки балик) -30-60 гр+ўсимлик ёғи - 5 гр, мева бўткаси ёки шарбати 50 гр.
- Творог (сузма) 40-50 гр+ катик 150 гр, нон 5-10 гр, тухум, сариеғ ½-1 дона, сигир сути - 100-150 гр

12-23 ойлик болалар учун тахминий меню

- Бола талабига кўра кўкрак сути
- Бўтқа (гуручли, гречкали, арпали) сигир сутига аралаштириб 250 гр+5 гр сариеғ, нон 10 гр, тухум 1-дона
- Катик (кефир) 200 гр, булочка-25 гр
- Сабзавотли ва гўшти шўрва (40-50 гр)-200 гр, нон-10 гр, мевалар- 100 гр ёки
- Шовла (гўшт 40-50 гр) – 200 гр, нон – 10 гр, мева шарбати – 100 гр ёки
- Мошли шўрва -200 гр, нон 10 гр, мевалар – 100 гр, творог (сузма)-60 гр+катик 200 гр, печенье – 15 гр
- Сигир сути 200-300 гр

24 ойлик ёшдаги болалар тахминий менюси

- Бўтқа (гуручли, гречкали, арпали) сигир сутига аралаштириб 250 гр+10 гр сариеғ, нон 20 гр, тухум 1-дона
- Творогли блинчик ёки сомса, мевалар -100 гр
- Қовурилган картошка гўшти билан - 200 гр, сабзавот ва кўкатли салат 50 гр, нон – 40 гр, мевали шарбат - 100мл
- Катик (кефир) 200 гр+булочка 50 гр
- Маства – 200 мл, нон 40 гр, катик - 100 мл

2-БОБ.Ошқозон-ичак трактининг функционал бузилишлари

Ошқозоннинг функционал бузилишлари

Муаммонинг долзарблиги Ўзбекистон регионида тарқалиш частотаси ва ташхис қўйишнинг қийинлиги, шунингдек ушбу патологиянинг жиддий оқибатлари билан белгиланади. Кейинги йиллари ошқозон-ичак трактининг органик, шунингдек функционал характердаги касалликларнинг

ўсиши кузатилмоқда. Лекин ОИТ нинг функционал касалликлари этибордан четда қолмоқда. Агар ўз вақтида даволанмаса эрта босқичлардаёқ жиддий асоратлар беради ва ОИТ нинг органик касалликларига ўтиши мумкин.

Ушбу ишнинг мақсади бўлиб, эрта ташхисотда адабиётларнинг етарли эмаслиги, даволашнинг замонавий усуллари ва ОИТ нинг функционал касалликларини диспансеризация қилиш маълумотлари тиббиёт институтларининг талабалари ва магистрларига, шунингдек умумий амалиёт шифокорларига қўшимча адабиёт сифатида такдим этиш ҳисобланади.

Қизилўнгачнинг функционал касалликлари. Педиатрия амалиётида гипертоник (эзофагоспазм, қизилўнгачнинг диффуз спазми, матоспазм) ва гипотоник (кардиянинг етишмаслиги, ошқозон-қизилўнгач рефлюкси) турдаги дискинезиялар катта ахамиятга эга. Эрта ёшдаги болаларда кейинги турлари алоҳида эътиборни жалб қилади.

Гастроэзофагал рефлюкс (ГЭР) Бу беихтиёр, олдиндан қўнғил айниши ёки қусиш кузатилмасдан ошқозон ёки ошқозон-ичакдаги суюқликни қизилўнгачга оқиб ўтиши ҳисобланади, бу эса овқат лўқмасини физиологик силжишини бузади ва қизилўнгач учун ноодатий суюқликнинг ўтиши билан кечади, бу ўз навбатида қизилўнгачнинг шилликкаватини физик-химик зарарланишини чакиради. Бундан ташқари, қизилўнгачга ноодатий микробли флора ўтади, бу эса қулай шароитларда унинг шилликкаватининг яллиғланиши эзофагитни чакириши мумкин.

Болаларда қизилўнгачни ошқозонга ўтиш соҳасида яққол ифдаланган сфинктер бўлмайди. Кардиянинг бекилиши уларда Губаревнинг клапан аппарати таъминлайди, Унда Гис бурчаги асосий вазифани бажаради. Қизилўнгачошқозонга маълум бурчак остида тушади, бу Гис бурчаги деб номланади. Ошқозоншилликкавати бурмасининг кардиал уймаси, айнан шу уйманин чўққиси Губаревнинг анатомик клапанини ҳосил қилади. Кўкрак ёшидаги соғлом болаларда Гис бурчаги 90° дан ортиб кетиши кардияни беркилишининг бузилишига олиб келади ва ошқозонқизилўнгач ўтишликнинг етишмаслиги пайдо бўлишини таъминлайди.

Клиник манзараси. Қизилўнгач дискинезиясининг дастлабки белгилари туғилгандан сўнг тез орада кузатилади. Қусиш одатда ўт аралашувисиз бўлади, ҳамда ўқчиш, гох кўп, гох оз миқдорда кузатилади. Кардия етишмаслигидаги ўқчиш овқатлангандан сўнг, бола горизонтал ҳолатда бўлганда юзага келади. Буларнинг барчаси озикланишнинг бузилиши, тана вазнининг камайиши, темир етишмаслиги анемияси, гипопропротеинемияга олиб келади. Бундай болалар кўпинча нотинч, бакироқ, чучувчан бўлади. Каттароқ ёшдаги болалар оғрикка, зарда бўлишга, овқатни ютгандан сўнг ушланиб қолишга шикоят қилишади. Сўнгқўнғил айниши, ўқчиш, ошқозондаги массани қусиш юзага келади. Асоратлари: рефлекс-эзофагит, структуралар, қизилўнгачни катталашиши. Агар ГЭР боши орқага вақти-вақти билан ташлашлик, бўйиннинг ноодатий ҳолати (қийшиқ бўйинни эслатувчи) билан кузатилса диафрагмадаги қизилўнгач тешигининг чуррасига гумон қилиш мумкин.

Даволаш. Антирефлюкс терапия консерватив ва хирургикка бўлинади. Бир неча ойлик чақалокларда кутиш тактикаси қўлланилади, чунки кизилўнғачошқозонўтишлигининг етилмаганлиги 1,5-2 ёшга келиб йўқолади, ГЭР ўз-ўзидан йўқолиб кетади.

Рефлюкси бўлган эрта ёшдаги болаларни тез-тез, куюк сут аралашмаси билан вертикал ёки ярим вертикал ҳолатда овқатлантириш тавсия қилинади. Бир марталик хажми камайтириш мақсадида суткасига 10 мартагача бўлиб-бўлибовқатлантириш тайинланади, охириги овқатлантириш тунги уйқудан 3-4 соат олдин бўлиши керак. Овқатлантирилгандан сўнг тананинг вертикал ҳолатини 1 соат давомида сақланади. Баъзан кун давомида ярим ўтирган ҳолатда бўлишлик ҳам зарар бўлади. Боланинг бош томони 30° га кўтарилган ҳолатда ухлаши керак.

Овқатлантиришлар орасида антацид препаратлар (алмогел, маалокс) овқатдан 60-90 дакикадан сўнг ва уйқудан 1 соат олдин тайинланади.

Кўкрак ёшидаги болаларда рефлюкс пайдо бўлса метоклопрамид (церукал) 1 мг/кг суткасига 3 маҳал овқатлантиришдан 20-30 дакика олдин қўлланилади. Эрта ёшдаги болаларда ошқозон ичак трактининг дискинетик бузилишларини (ўқчиш, метеоризм, оғрик синдроми, кабзият) тўхтатиш учун «Риабол детский» (прифиниум бромид) 0,2 мл/кг суткасига 3 маҳал берилади. Препарат даволанишдан 20 дакика олдин тайинланади. Бу препарат антиспастик ва антисекретор таъсирга эга.

Оқибати Яхши, ГЭР 50% 6 ойликда, 75%-1 ёшда, 95%-1,5 ёшга келиб йўқолиб кетади.

Ошқозоннинг функционал бузилишлари Ошқозоннинг функционал бузилишлари (ОФБ) – бу ошқозоннинг ҳаракатловчи ёки секретор фаолиятининг бузилишбўлиб, шилликкаватда морфологик ўзгаришларсиз ошқозон диспепсияси белгилари билан кечади.

Этиология Фаркланади: I. бирламчи (экзоген) ФРЖ

II. иккиламчи (эндоген) ФРЖ

Бирламчилари ОФБ нинг кўпқисмини ташкил қилади. У қуйидаги сабабларга боғлиқ:

1. Алиментар: норегуляр овқатланиш, овқатланишни тезда алмаштириш, қуруқовқатланиш, кўповқатланиш, рафинирланган маҳсулотлар, кўй ёғидан, кўпол клетчатка, зираворларни кўп истеъмол қилиш, ортиккайнок ва совуқовқатни истеъмол қилиш.
2. Чекиш.
3. Гижжа ва протозойли инвазиялар.
4. Оғир мускул иши, вибрация, шовкин, иссиқ уриши.
5. Асаб-рухий бузилишлар: кўпинча шикоятлар, хиссий зўриқиш, уйда, мактабда кўнгилсизликдан сўнг пайдо бўлади.

Иккиламчи ОФБ бошқа патология фонида юзага келади:

1. Овқат хазм қилиш буйича бошқа аъзоларнинг сурункали касалликлари (сурункали холицистит, ўт-тош касаллиги, ичакнинг сурункали касалликлари, сурункали гепатит).

2. Вегето-томир дистонияси, кўпинча ваготониялар.
3. Умуртканинг касалликлари (сколиоз, остеохондроз ва х.к).
4. Бошқа аъзо ва тизимларнинг касалликлари (буйрак, юрак-кон томир тизими, мускул тизими, инфекциянинг сурункали ўчоқлари ва бошқалар).

Патогенез. Алиментар сабабларга боғлиқ бирламчи функционал бузилишлар асосида ошқозон секретциясининг меъёрий суткалик ритмининг бузилиши, бевосита шилликкаватга зарарловчи таъсир кўрсатувчи гастроинтестинал гормонларнинг ишлаб чиқарилишининг ортқича стимуляцияси ётади.

Чёкиш гастрин ишлаб чиқарилишини стимуллади, шунинг билан биргаликда ошқозон секретциясини кучайтиради. Исик уриши, гижжа инвазиялари, оғрик жисмоний иш, толиқиш одатда асосий ошқозон безлари фаолиятининг бузилишига, мотор функциясининг дискоординациясига олиб келади. Асаб-рухий бузилишлар ошқозон фаолиятини нейро-гуморал бошқарилишининг мураккаб механизми орқали гипоталамогипофизар тизим ва вегетатив иннервация орқали таъсир кўрсатади.

Иккиламчи ОФБ патогенези адашган нервнинг ошқозоннинг секретор ва мотор фаолиятига кучли стимулловчи таъсири, спинал иннервациянинг бузилиши, шунингдек патологик висцеро-висцерал алоқаларнинг натижасида келиб чиқиши мумкин.

Патоморфология ОФБ учун ошқозоншилликкаватдаги бирор бир эндоскопик ёки морфологик ўзгаришларнинг кузатилмаслиги ҳосилдир. Лёкин хужайра даражасида электрон микроскопия ёрдамида микроструктур бузилишлари аниқланади: парметал хужайраларнинг гипертрофияси, мукоид хужайра фаолиятининг кучайиши, асосий бош хужайраларда РНК микдорининг ортиши ва х.к. Бу ошқозоннинг гиперсекретор ҳолатига мос келади, эндокрин хужайраларнинг нисбати ўзгариши ҳам мумкин.

Синфланиши Бирламчи (экзоген) ва иккиламчи (эндоген) ОФБ фарқланади. Бузилишлар характериға караб ОФБ лар икки гуруҳға бўлинади:

1. Мотор типда (дуоденогастрал рефлюкс-ДГР, гастрозофагал рефлюкс-ГЭР, кардиоспазм, пилороспазм ва х.к).
2. Секретор типда (секретор фаолиятининг ортиши ва пасайиши билан).

Клиникаси ОФБ нинг умумий белгилари ҳисобланади:

1. Ошқозон диспепсиясининг пайдо бўлиши ва сабабли омил ўртасида алоқа (доимий равишда парҳез бузилишлар, стресслар ва х.к).
2. Ошқозонни макроструктор ва гистологик даражада органик зарарланиш белгиларининг йўқлиги.
3. Симптомларнинг ўзгарувчанлиги ва доимий эмаслиги.
4. Невротик фон ёки бошқа аъзо ва тизим касалликларининг мавжудлиги.

Энг ўзига хос шикоят бўлиб, эпигастрия соҳасида ёки киндик атрофида, баъзан аниқ жойлашувсиз оғрик ҳисобланади. Оғриклар доимий эмас, ўзгарувчан, овқат характериға истеъмолиға боғлиқ эмаслиги, лёкин

баъзан пархез бузилганда юзага келувчи эканлиги билан характерланади. Оғриқлар интенсивлиги турли хил суст оғриқдан то кучли тўтиб оғрувчи оғриққакадар. Баъзан хаво билан кёкириш, зарда безовта қилади, одатда бир марталик, енгиллик келтирувчи қусиш кузатилиши мумкин. Объектив кўрилганда, ҳеч қандай маҳаллий ўзгаришлараникланмайди, баъзан гастрия соҳасида тез ўтиб кетувчи оғриканикланиши мумкин.

Эндоскопик текширишда мотор бузилишлар аникланиши мумкин: сфинктерларнинг спазми, перистальтика кучайиши, ДГР, кардиянинг етишмаслиги. Ошқозоншилликкавати одатда ўзгармаган, тўғри, бир қатор ҳолларда бироз гиперемия бўлиши мумкин, бу таъсирланган ошқозон кўриниши билан, лёкин сурункали яллиғланишининг гистологик белгилари билан тасдиқланмайди.

ЭГТ, УЗИ маълумотлари бўйича шунингдек мотор-эвакуатор фаолиятининг бузилиши аникланиши мумкин. Секретор фаолият меъёрида ёки бузилган, кўпинча ортган бўлиши мумкин.

ОФБ нинг умумий белгилари билан биргаликда мотор бузилишларнинг аниқ шакллари фарқланади:

Кардиоспазм. Неврозларда, тиреотоксикозда юзага келади. Ютишнинг кийинлашиши кузатилади, доимий эмас, баъзан парадоксал дисфагия «суюклик учун, қаттиқовқат учун ўтишликнинг бузилиши» тўш ортида оғриқ кузатилиши мумкин.

Пилороспазм. Каттароқ ёшдаги болаларда невроз фонида юзага келиши мумкин, эпигастрия соҳасида тутувчи оғриқ, нордон таъмли кўп миқдорда қусиш билан номоён бўлади.

Ошқозоннинг ўткир кенгайиши камдан-кам юз беради, одатда жаррохлик давридан сўнг. Унинг механизми реффлектор ёки токсик таъсирлар, ошқозон деворидаги трофик ўзгаришлар, гипокалиемия натижасида нерв-мускул аппаратининг фалажи билан боғлиқ. Ошқозоннинг ўткир кенгайиши белгилари бўлиб ҳисобланади: кориннинг тўсатдан шиши, оғирлик, тўлиб кетганлик ҳисси, аввал овқатбилан, сўнгра ошқозондаги димланган масса билан қусиш, рангининг оқариши, совут тер босиши, тахикардия, гипотония. Рентгенологик жихатдан ошқозон кескин катталашган, унинг перистальтикаси кузатилмайди, эвакуация деярли йўқ. Бу ҳаётга хавф солувчи ҳолатдир. Даволаш мақсадида холинэстераза ингибиторлари (прозерин, убретит), перидурал анестезия тавсия қилинади.

Аэрофагия фақатгина кўкрак ёшидагина пайдо бўлибқолмай, каттароқ ёшдагиларда ҳам учрайди. Баъзан тез овқатланганда, вақтида баъзи болалар (кўпинча истерик типдагилар) хаво ютади, бу эса ошқозонда тўлиб кетганлик ва босим ҳиссини келтиради, овқатдан сўнг баланд овозда кёкириш хос бўлади.

Даволаш ОФБ нинг даволаш асоси-унинг сабабларини йўқотиш, овқатланиш ва ҳаёт тарзини меъёрлаштириш, зарарли одатлардан воз кечиш, фон касалликларини даволаш муҳим роль ўйнайди.

Пархезда энг кўп кўзгатувчи махсулот ва таомларни олиб ташлаш назарда тутилади: аччиқ, ёгли, козурилган овқатлар, маринадлар, дудланганмахсулотлар, кофе, шоколад, сакич. Овқатланиш доимий бир хил вақтда кунига 4-5 маҳал бўлишимаксадга мувофиқдир. Медикаментоз терапия ФРЖ генезига қарабқуйидаги йўналишда бўлиши керак:

1. Нейровегетатив бузилишларни коррекцияси.

Бузилган регулятор таъсирларини амалга ошириши вегетатив механизм орқали юз берар экан, холинолитиклар тавсия қилинади. Одатда тинглантирувчи таъсирга эга носелектив холинолитиклардан фойдаланилади: баллоид, беллатаминал.

Неврозни аниқ кўринишларида тинглантирувчи гиёҳлардан (пустырник, валериана) фойдаланиш мумкин.

Депрессив ҳолатларда оз дозаларда антидепрессантлар (амитриптилин, мелипрамин, фенибут), адаптогенлар (Жень-шень, элеутерококк, хитойлимони, олтинилдиз) тавсия қилинади.

2. Мотор бузилишларни коррекциялаш.

Кучли спастик генезли оғрикларда силлиқ мускул спазмолитиклари (но-шпа, папаверин), холинолитиклар (белладонна, платифиллин, бускопан препаратлари) бериледи. Кардиоспазмда ва пилороспазмда тинчлантирувчи препаратлар ва холинолитикларни биргаликда қўллаш тавсия қилинади, маълум бир самарани нитратлар (нитроглицерин) ва кальций каналларини блокаторлари (нифедипин) беради. Сфинктерлар этишмаслигида ва патологик рефлюксларда прокинетиклар тавсия этилади: дафа-рецепторлар блокаторлари (церукал, мотилиум) ва селектив холинолитиклар (цизаприд, пропульсид).

3. Секретор бузилишларни коррекциялаш.

Ошқозонни секретор фаолияти кучайганда тавсия қилинади. Баъзи селектив таъсирга эга холинолитикларни гастропептин, пирензепин, телензепин ½ - 1 таблеткадан 2 маҳал овқатдан 30 дақиқа олдин тайинланади. Антацидлар (альмагель, соффалюгель, маалокс, викалин, викаид, гастрофарм ва х.к.) 1 қошиқдан ёки таблеткада 3 -4 маҳал овқатдан 1 соат кейин 2 hafta курс тавсия этилади. Кўпинча ФРЖ да даволашнинг номедикаментоз усуллари, фитотерапия самара беради.

4. Фитотерапия. Тинчлантирувчи (пустырник, валериана), яллиғлашга қарши (дала чойи, календула, мойчечак), спазмолитик (ялпиз, мойчечак) гиёҳларнинг тўпламларидан фойдаланилади, улар 1: 10 нисбатда дамланади, 1/3 стакандан кунига 3 маҳал овқатдан 15-20 дақиқа олдин 2-3 hafta давомида ичилади.

Нефрорегулятор механизмларга таъсир қилишмаксатида ФРЖ да акупунктура, электропунктурадан фойдаланилади, шунингдек физиотерапия: электроуйку, трансид, ёка соҳасига кальций ёки бром билан электрофорез қўлланилади. ЛФК, массаж, шунингдек нуқтали ва сегментар укаланиш: бассейн ва сув муолажалари (сув остида укаланиш, циркуляр душ ва х.к) тавсия қилинади.

ОФБгенезида нейроген механизмларнинг етакчи ролини ҳисобга олиб психотерапияда яхши самарага эришилади.

Диспансер кузатув ОФБ ли болаларни диспансер кузатув 1 йил давомида амалга оширилади, ёки 1 йилдан сўнг субъектив шикоятлар, беморларнинг объектив ҳолати баҳоланади, контроль ЭГДС ва ошқозоншилликкаватининг мақсадли биопсияси ўтказилади.

Макро-ва микроструктур даражада морфологик ўзгаришлар кузатилмаганда бемор ҳисобдан чиқарилади, сурункали касалликнинг морфологик белгилари аниқланганда мос келувчи диспансер гуруҳга ўтказилади.

Оқибати. Тўғри овқатланганда ОФБ сабаблари аниқланиб бартараф этилганда соғайиш билан кузатилади.

ДИАРЕЯ

Суюқ ҳолда ич келиши сонининг ошиши билан характерланувчи патологик ҳолатдир. Ўткир диарея 3 ҳафта давом этиши мумкин; 3 ҳафтадан ортиқ муддат давом этган диареяни сурункали ёки чўзилган диарея деб аталади.

Тўғри йиғилган анамнез асосий сабабни аниқлаб бериши мумкин. Бу қуйидагиларни ўз ичига олади: диарея бўйича маълумот (бошланиши, давомийлиги, сони, нажас консистенцияси ва ҳажми), ёндош белгилар (тана ҳароратининг ошиши, нажасда қон ёки йиринг, тенезмлар, қоринда тўлғоқсимон оғриқлар), дегидратация белгилари (катталарда – вертикал ҳолатда бош айланиши, чанқаш, оғизнинг қуриши, диурезнинг камайиши, умумий ҳолсизлик;

гўдақлар ва мактабгача бўлган ёшдаги болаларда – ҳолсизлик ва жисмоний фаолликнинг камайиши, диурезнинг камайиши ва чанқаш), эпидемиологик омиллар (беморлар билан контакт, касби: масалан, умумий жамоат овқатланиш тизими, соғлиқни сақлаш соҳаси, болалар ташкилотларида ишлаш, болалар боғчасига ташриф буюриш, сифатсиз овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш.

Сувсизланишнинг оғир даражаси – қуйидаги белгиларнинг 2 ёки ундан ортиғи кузатилиши мумкин:

1. летаргия/ҳушнинг йўқлиги,
2. кўзларнинг киртайганлиги аниқланиши,
3. тери бурмаларининг 2 сониядан кечроқ тўқисланиши,
4. суюқлик ича олмаслиги ёки жуда ёмон ичиши.

90% ҳолатларда ўткир диареянинг 3-5 кун давомида мустақил равишда тузалиши кузатилади, шунинг учун беморлар ҳолатини ва даволашни баҳолаш учун лаборатор текширув ўтказиш зарурияти бўлмайди. Айрим ҳолатларда лейкоцитларни аниқлаш мақсадида нажас микроскопик

текширувини(техник жиҳатдан енгил ва қиммат бўлмаган синов) ёки нажасни экиб текшириш - ўткир диареянинг 3% ҳолатларида микроорганизмни аниқловчи усулларни тавсия қилиш мумкин. (5-расм)



5-расм. Болалик давридаги диареялар

Дори воситаларсиз даволаш

Кўп ҳолларда ўткир диарея билан беморларни олиб боришда овқатланишни давом эттириш ва суюқлик ичишни кўпайтириш талаб қилинади. Гўдақларда сувсизланишни коррекция қилиш мақсадида орал регидратацион эритмалар қўлланилса ҳам, кўкрак сути билан боқиш давом эттирилади. Катталар ва болалар хоҳишига кўра кўп миқдорда тоза сув ичиши мумкин.

Орал регидратацион терапия

Орал регидратацион терапия болалар ва катталарни ўткир диарея билан сувсизланишни даволашда асосий чоралардан бири бўлиб ҳисобланади. Суюқлик қуйидагича тайёрланади: ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган орал регидратацион воситанинг бир пакетчасини 1 литр қайнатиб совутилган сувда эритилади. Эритмани салқин ва қоронғи жойда сақлаш лозим.

Агар тайёр регидратацион тузларни олиш имконияти бўлмаса, у ҳолда беморларга мустақил равишда эритмани тайёрлаш тавсия қилинади: 1 литр қайнатиб совутилган сувга бир чой қошиқда туз ва овқат содаси, 4 чой қошиқ

шакар ва 1 стакан апельсин шарбати (битта банан эзилмаси) кўшиб аралаштирилади.

Катталар регидратацион суюкликни хошишга кўра ичадилар, болаларни эса сувсизланиш даражасига кўра ичирилади.

Болаларда энгил ёки ўрта огирлик даражасидаги сувсизланиш

биринчи 4 соат ичида 75 мл/кг, сўнг беморнинг ахволи баҳоланади. Агар сувсизланиш белгилари сакланса, у холда қайтадан ичилади. Қийинчилик билан ичувчи болаларга ҳар бир неча дақиқа мобайнида бир ош қошиқдан эритмани ичириш лозим.

Огир дегидратация.

Инфўзион эритмаларни (Рингер-лактат эритмаси ёки оддий физиологик эритмани) вена ичига юбориш зарурдир; агар иложи бўлмаса, у холда назогастрал най орқали 100мл/кг ҳисобидан орал регидратацион эритма буюрилади.

Дори воситалар билан даволаш

Ўткир диарея.

Кўпинча ўткир диареяда (90% ҳолатларда) регидратацион терапия тайинланади ва бунда 5 кун ичида мустақил равишда тузалиш кузатилади. Ичак перисталтикасини сусайтирувчи воситалар, лоперамид 4 мг биринчи дозаси ичишга, сўнг 2 мг дан, ҳар бир суюк нажас келишидан сўнг ичиш тавсия қилинади;

Кунига максимал 16 мг миқдорда қабул қилинади, катталарга тана ҳарорати ошмаганда ва нажасда қон бўлмаганда тайинланади. Гўдақлар ва мактабгача бўлган ёшдаги болаларда ўткир диареяни даволашда лоперамид қўллаш мумкин эмас.

Бу воситалар дизентерияни даволашда ҳам қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Синама учун антибиотиктерапияни дизентерия симптомлари ёки «саёхатчилар» диареясида ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Гастроэнтеролог маслаҳатига юбориш мезонлари: целиакия ёки ичакларнинг яллиғланиш касалликларига шубҳа қилинса; сурункали диарея ёки кўзга кўринадиган сабабсиз яққол намоён бўлувчи белгилар кузатилса.

ҚАБЗИЯТ

Дефекация акти сонининг ёки нажас ҳажмининг камайиши бўлиб, бу ўз навбатида ичак ёригидан зичлашган нажас массалари ўтишининг қийинлашиши билан боғлиқдир. Меъёрида дефекация акти сони турлича бўлиши мумкин, лекин одатда кунига 3 мартабадан бир ҳафтада 3 мартагача кузатилиши мумкин.

Белгилари: меърига нисбатан нажас консистенциясининг ўзгариши (қаттиқроқ ёки қуракроқ), дефекация ақтигача қирикларнинг бўлмадиги, дефекация ақтининг қийинлашиши ёки оғриқлилиги.

Қабзият келтириб чиқарувчи сабаблар

Умумий: суюқликни етарли миқдорда истеъмол қилмаслик (дегидратация) ва жисмоний фаолликнинг камайиши (жароҳатланиш, жисмоний ҳолсизлик ёки касаллик туфайли). Дори воситаларининг ноқўя таъсирлари: антихолинергик препаратлар, опиатлар, кальций антагонистлари, темир препаратлари ва бошқалар.

Механик сабаблар: ичак тутилиши (ичак обструкцияси, буралиши, ўсмалар, дивертикулит, ректоцеле, энтероцеле).

Эндокрин/метаболик сабаблар: гиперкальциемия, гипокальциемия, гипотиреоз, қандли диабет. **Тўғма касалликлар:** Гиршпрунг касаллиги, муковисцидоз.

Нейромушак бузилишлар: склеродерма, амилоидоз, ичакнинг псевдо-обструкцияси.

Хавф омиллари: қарилик ва эрта болалик даври, бир вақтнинг ўзида бир нечта дори воситаларини қабул қилиш, невроз, гиподинамия.

Анамнез йиғишда қуйидагиларни аниқлаш лозим: қабзиятнинг биринчи эпизоди вақти ва кейинги сонини (маромлилиқ), нажасмассаларининг хусусиятлари, қонаралашмасимаважудлиги (ўзгармаган қонли нажас), дефекация вақтида оғриқнинг безовта қилиши, ел чиқишида қийинчиликнинг бўлиши, бошқа ёндош белгиларнинг кузатилиши (қайт қилиш, қоринда оғриқ, тана ҳароратининг ошishi).

Бундан ташқари беморга унинг овқатланишига (парҳез) ва дори воситаларини қабул қилишига оид саволларни бериш зарур.

Қўздан кечириш вақтида қуйидагиларга алоҳида эътибор қилиш лозим: қорин соҳасига (ичакларда патологик шовқинлар, оғриқлилиқ, Шеткин-Блюмберг симптоми, нажас массаларининг тўпланиши ва бошқа патологик белгилар), тўғри ичакка (орқа чиқарув тешиги ёриқлари, стриктуралар, стеноз ёки ҳосилалар), гинекологик кўрик (ректоцеле, энтероцеле).

Дори воситаларисиз даволаш

Дори воситаларисиз даволаш қабзиятларнинг енгил ва ўрта даражада юқори самарали бўлиб ҳисобланади: истеъмол қилинадиган суюқлик миқдорини ошириш, жисмоний фаолликни ошириш, қабзиятни чакирувчи ёки қучайтирувчи дори воситаларни (агар иложи бўлса) тўхтатиш, клетчатка сакловчи овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш.

Илик сув билан кўп бўлмаган ҳажмда ўтказиладиган битта ҳукна ёки фосфат ва натрий гидрокарбонат билан микро ҳукна – даволашнинг бошқа

усулларини бошлашдан аввал мақсадга мувофиқ равишда амалга ошириладиган терапевтик чорадир.

Ички бўшаштирувчи осмотик воситалар ва ичак перистальтикасини кучайтирувчи воситалар – даволашнинг киска курсларида қўллаш жоиздир. Магний оксининг сувли суспензияси (400 мг/5 мл магний гидроокиси ўз ичида саклайди), магний цитрат, лактулоза, алюминий-магний – кунига 2-3 марта 15-30 мл дан ичишгатавсия қилинади.

Натрий фосфат шамчалари.

Бисакодил 5-15 мг/сут, ичишга ёки ректал шамчалар кўринишида тайинланади.

Натрий докрузаткунига 100 мг дан ичишга тавсия қилинади.

Глициренли суппозиторийлар.

Органик касалликларга шубҳа қилинган беморлар (масалан, оғрик синдроми, кон аралаш ич келиши, ичакнинг механик ва динамик тутилиш белгилари, одатдаги даволаш самарасиз бўлган ҳолда ёшларда сурункали кабзият) кейинги текширув ва даволаш учун мутахассисга юборилиши лозим.

Нажасни тутаолмаслик (энкопрез)

Нажасни тутаолмаслик (энкопрез) – дефекациянинг функционал бузилиши, тўғри ичак функцияси бузилиши ва орқа сфинктернинг ташқи ёки ички бузилиши, ихтиёрсиз дефекация билан юзага чиқади. Энкопрезга олиб келадиган сабаблар турли хил. Нажасни тутаолмаслик орттирилган ва туғма шаклда бўлади.

Энкопрезнинг туғма шакли орқа мия чуррасида, ўсмаларда, анал тешик эктопиясида, корин – оралик проктопластикасида.

Энкопрезнинг орттирилган шакли (функционал энкопрез) нейроген ва сенсор, психоген (функционал мегаколон), мушак ёки мотор (тос суяги синиши, яраларда, некротик парапроктит ва бошқалар) сабабларда бўлади. Бунда ташқи ва ички анал сфинктерлар пуборектал мушаклар, ташқи ва ички сфинктерлар координацияси бузилиши, барча сфинктерлар йўқлиги ёки зарарланиши кузатилади. Болаларда чин функционал энкопрезнинг (кундузги, тунги, аралаш шакли) бўлиши мумкин, тўғри ичак сфинктер аппарати фаолияти бузилиши, яширин ёки аниқ таъсирларда, бир маротабалик ёки узоқ таъсир килувчи руҳий эффектлар таъсирида бўлади, ёлгон, опстиницион (нажасни, парадоксал ушлаб тура олмаслик), йўгон ичак дистал қисмлари тўлаллиги ва тўғри ичак рецепторлари сезувчанлиги пасайиши натижасида, йўгон ичакда сурункали димланиш юзага келади.

Функционал энкопрезнинг биринчи сабабларидан бири турли хил сабаблар билан чакирилган вақтинчалик ич қотишдир. Вақтинчалик ич қотиш йирик фекалома ҳосил бўлишига олиб келади, тўғри ичакни иккиламчи кенгайтиши, дефекация актига бўлган талабни йўқлиги билан характерланади. Ич кетиш устунлик килади, ички сфинктер, пуборектал

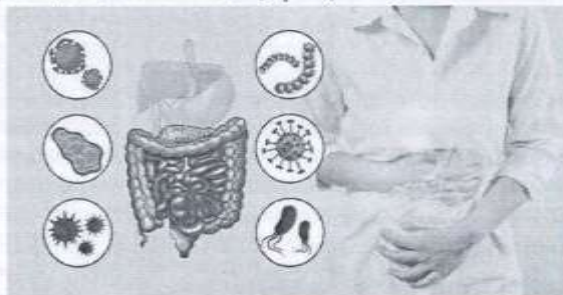
илгак билан бирга анал канал юкори кismi кенгайди. Сузук нажас, фекаломадан окиб, сфинктер аппарати билан бошқарилмайди, натижада нажасни ушлаб тураолмаслик юзага келади.

Нажасни тўтиб тура олмаслик сабабларга боғлиқ бўлмаган ҳолда, бир хил типда клиник намоён бўлади: қуруқ ва озода бола тўсатдан кўп ёки кам миқдорда нажас массасини йўқотади. Бу ҳолатлар ўткир вужудга келиши мумкин, тез ривожланади ва қиска вақтда соғайиш билан тугайди ёки сёкин ривожланади ва кучайиб боради. Бола ҳар куни ва доимо жойини булғалайди, ундан ёкимсиз хид келади. Нажасни ўткир тутаолмаслик ўткир ичак яллиғланиши, оғир касалликларда ҳушни йўқотиш билан, эпилептик тутканокда, кўрқув ва кучли ваҳимада кузатилади. Энкопрезни диагностика қилишда анамнез маълумотлари, кўрув (ташки йўл тешиги ўлчами аниқланади, унинг шакли, анал олди ва думба соҳаларидаги ўзгаришлар), анус ва тўғри ичакни текшириш (анал рефлeksi, анал сфинктери тонуси ва эркин кискариши), ректороманоскопия, сфинктерометрия (анал жоми кучи баҳоланади), электромиография (мушак, тўқима ва унинг иннервацияси, мушак кискариши), дилатометрия (анал қольцоси тортилиши), рентгенологик текшириш (умуртка поғона, тос суяги шикастланишини баргараф этиш) ўтказилади.

Дисбактериоз

Ичак дисбиози

Ичак дисбиози – бу турли салбий омиллар оқибатида нормал ичак микрофлорасининг миқдори ва ёки таркибининг ўзгариши ва бу, ўз навбатида, ташхис ҳисобланмайди. (6-расм)



6-расм. Ичак микрофлораси .Ичак дисбиози.

Ичак микрофлораси нима ва у қандай вазифаларни бажаради?

Боланинг ёшига кўра ичак микрофлорасининг 85 – 98 % ни бифидобактериялар ташкил қилади, шунингдек, лактобактериялар, ичак таёкчаси, Escherichia, Clostridium, стафилококлар, стрептококлар ҳам мавжуд. Шуларнинг айримлари – фойдали: улар витаминлар синтези, озик-

овқат ҳазми ва иммун тизимини яхшилашга ҳамда танадаги бошқа муҳим вазифаларни амалга оширишда ёрдам беради.

Айримлари – нисбатан зарарли: улар ичакда овқат чириши жараёнини кучайтириши ҳамда ҳазм жараёнини бузиши мумкин. Агар булар ўртасидаги мувозанат бузилса ичак дисбиози ривожланади.

Кўкрак ёшидаги болаларда ичак дисбиози пайдо бўлиши сабаблари қандай?

Сунъий овқатлантириш;

Кўкракка нотўғри қўйиш;

Аралашмаларни тез-тез ўзгартириш;

Сут ёки аралашманинг айрим компонентига аллергия реакциялар;

Эрта қўшимча овқат киритиш;

Антибиотик билан даволаш;

Ўткир респиратор касаллик ва бошқа юқумли касалликлар билан тез-тез касалланиш;

Иммун тизимининг суэтлиги;

Кесерва жарроҳлик йўли билан туғилиш.

Ичак дисбиозини даволаш

Ичак дисбиозини даволаш учун кўпгина дори воситалари мавжуд. Уларни 2 гуруҳга бўлиш мумкин: пробиотиклар – ичак учун фойдали бактерияларни сақлайди. Пребиотиклар – булар бор микроорганизмларни қўлайишига ёрдам беради. Пребиотиклар пробиотикларни таъсирини кучайтирганлиги сабабли уларни бирга қўллаш мақсадга мувофиқ, яъни симбиотикларни.

Болаларда ичак дисбиозиди парҳез

Даволаш вақтида организмнинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда озик-овқат маҳсулотлари яхши ҳазм бўлиши учун илиқ ҳолда бериш керак. Ичак дисбиозиди диета 2 босқичда олиб борилади: 1- босқич: биринчи 2 – 3 кун, 2- босқич кейинги 3 – 6 кундаги парҳез. 1-босқичда ёғсиз бульонлар, шакарсиз компот, парда пишган мева ва сабзавотлар, биокефир берилди. 2-босқичда 1-босқичга қўшимча равишда пиширилган ёғсиз гўшт, шакарсиз ёғсиз творог ва бўтқалар қўшилади.

Дори билан даволаш 3-8 кун давом этади. Парҳез тугаши билан одатдаги овқат рационига ўтилади. Бу жараён аста-сёкин амалга оширилиши лозим: ҳар куни 2-3тадан янги маҳсулот қўшилади.

Кўкрак ёшидаги болаларда ичак дисбиози клиникаси

Асосий белгилари:

Қайт килиш;

Оёқларини букиб олиши;

Бола ахлатини кўкимтир, кўпикли, суюк, оқ куйка билан келиши. Одатда нордон ёки чириган хидли бўлади;

Овқатдан 2- 2,5 соатдан кейин оғрик пайдо бўлади ва хуружсимон характерга эга бўлади;

Ичини қулдираши;

Диарея;

Ич келишга тез-тез чакириқлар бўлиши;

Метеоризм;

Қусиш;

Тана вазнини камайиши;

Аллергик реакциялар пайдо бўлиши.

Ичак дисбиозини давоси билан қайси мутахассис шугулланади?

Бундай ҳолда ичак микрофлорасининг ўзгаришига сабабчи бўлган касалликни даволаш керак. Бундай бузилиш коррекцияси – асосий касалликни даволашнинг бир қисми бўлиб, бунга давони педиатр, гастроэнтеролог, юқумли касалликлар бўйича мутахассис ёки аллерголог тайинлайди.

Болаларда ичак дисбиозини профилактикаси

Қатик маҳсулотлари улушини ошириш;

Ҳар куни болага мева ва сабзавот бериш;

Таркибда консервант сакловчи маҳсулотларни истеъмол қилишни чеклаш ёки камайтириш;

Овқатланиш оралиги 3,5 – 5 соатдан ошмаслиги керак, лекин оралиги кам ҳам бўлмаслиги керак.

Нима учун антибиотиклардан кейин ичак дисбиози ривожланади?

Айни пайтда, антибиотиклар кўпгина бактериал инфекцияларга қарши қўлланилади, лекин касаллик чақирган бактерияларни ўлдириш билан бирга организмнинг нормал фаолияти учун керак бўлган микроорганизмларни ҳам йўқотади ва натижада дисбиоз ривожланади.

Ичак дисбиози асоратлари

Ичак дисбиозини узок давом этиши организмнинг химоя функцияларини пасайиши, ялиғланиш касалликлари ва аллергик реакциялар пайдо бўлишига олиб келади.

3-БОБ.Ошқозон-ичак трактининг аъзолари касалликлари

Болаларда учрайдиган оғиз бўшлиғи шиллик парда касалликлари, эпидемиологияси, замонавий даволаш йўллари .

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари таснифи. Болаларда оғизбўшлигининг шиллик пардасида катта ёшидаги кишилардагидек катор, ранг-баранг касалликлар учрайди. Бу касалликларни барчаси кўпчилик ҳолларда умумлашган «стоматит» термини билан ифодалади.

Болалар ёшида оғиз бўшлиғи шиллик қаватида учрайдиган касалликларни маълум турларга, гуруҳларга бўлишда уни тасниф қилиш жараёнида уларни келтириб чиқарувчи сабабларга таяниб иш тутиш мақсадга мувофиқдир.

Оғиз бўшлиғи касалликлари таснифи қабул қилинган ва улар қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

1. Травмалар натижасида юзага келадиган оғизбўшлиғи шилликқаватининг жароҳатлари.
2. Инфекция (микроблар, замбуруғлар, вируслар) таъсирида юзага келадиган оғизбўшлиғи шилликқавати касалликлари.
3. Алоҳида (специфик) инфекциялар таъсирида юзага келадиган касалликлари.
4. Организмнинг ўта сезувчанлик (аллергия) хусусиятлари билан боғлиқ ўзгаришлар.
5. Оғиз бўшлиғида дори-дармонларни қабул қилиниши билан боғлиқ бўлган жароҳатли ўзгаришлар.
6. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватида организмнинг баъзи-бир аъзоси ёки системалардаги касалликлари билан боғлиқ бўлган ўзгаришлар.
7. Тил касалликлари.
8. Лаблар соҳасида содир бўладиган касалликлар.

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликларининг этиологияси, патогенези.

Механик травмалар. Кўпчилик ҳолларда янги тугилган ва бир ёшгача бўлган болаларда муддатидан олдин чиққан ёки тугилганда чиққан пастки жағ курак тишларининг, бола она кўрагини ёки сўргич сўриш жараёнида мутгасил равишда тил ости шиллик пардасини жароҳатланиши оқибатида яралар ҳосил бўлади. Механик травмалар натижасида содир бўладиган яралар декубитал яралар деб ҳам аталади. Ўткир тиш қирралари шиллик пардада эрозия ёки декубитал -яраларини содир қилади.

Тиш алмашинуви даврида сурилиб тушиб кетмаган сут тишларининг иддизлари тил, лаб ва дунж соҳасида ҳам яралар ҳосил қилади.

Кўкрак эмувчи болаларда кўкраксўргичининг дағаллиги, сунъий эмизикларнинг меъёридан узун ва дағал хиллари боланинг қаттиқ ва юмшоқ танглайи соҳасида Беднар ярасини содир қилиши мумкин.

Танглайга ёпишиб қолган сабзавот ва мева уруғларининг пўстлоқлари узок муддат танглай соҳасида ёпишиб туриб қолиши оқибатида ҳам шиллик қаватда яралар ҳосил бўлиши мумкин.

Нохуш қилиқлар: тил сўриш, лаб ва дунж сўриш оқибатида ҳам шиллик қаватда жароҳатли яралар ҳосил бўлади.

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликларининг клиникаси, диагностикаси, қиёсий ташхиси.

Клиникаси: болаларнинг умумий аҳволи деярли ўзгармаган, тана ҳарорати меъёрда. Кўпчилик ҳолларда болалар овқатланишидан, кўкрак сўришдан безиллашади - у оғрик ҳосил қилади.

Шикастланган жойларда кизариш, нотёкис чегарали эрозия ёки яралар кўрамиз. Пайпаслаганда кучли оғрик ва инфилтрация борлиги маълум бўлади.

Давоси:

1. Сабабларни йўқотиш.
2. Оғриксизлантириш.
3. Антисептик ишлов бериш.
4. Эпителизацияни кучайтирувчи воситалар қўллаш.

Термик жароҳатлар- болаларда кам учрайди.

Иесик овқатни айниқса, сут, шўрва каби суюқ овқатлар лаблар, танглай, тил сатхи шиллик пардасини қуйдириши оқибатида кизариш, шишиш, баъзан пуфакчалар ҳосил бўлади. Пуфакчалар ёрилиб оғрикли эрозиялар вужудга келади.

Давоси:

1. оғриксизлантириш.
2. антисептик ишлов бериш.
3. кератопластик моддалар суриш.

Кимёвий травмалар (жароҳатлар).

Кўпчилик ҳолларда 1-3 ёшли болалар ўртасида содир бўлади. Болалар рўзгорга ишлатиладиган уксус, ишқор каби воситаларни оғзига олиш оқибатида келиб чиқади.

Жароҳатларнинг оғир енгиллиги кимёвий модда концентрациясига боғлиқ.

Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси жароҳатли соҳаларида кескин кизаради, шишади, некротик масса ажралиб тушади, оқибатда яралар вужудга келади.

Болалар кучли оғриққа шикоят қилишади.

Давоси:

1. Кимёвий тасирни нейтраллаш.
2. Оғриқсизлантириш.
3. Антисептиклар билан ювиш.
4. Эпителизацияни кучайтирувчи воситалар қўллаш

Инфекция оқибатида юзага келадиган ўзгаришлар.

Қизамик ўткир инфекция касаллик бўлиб, филтранувчи вируслар кўзгатади: инкубация даври 7-14 кун.

Клиникаси- терида тошмалар пайдо бўлишидан 1-2 кун олдин оғиз бўшлиғида ўзгариш содир бўлади.

Юмшоқ қисман каттик танглай шиллик пардасида кизил доғлар -энантемалар кўринади.

Лунжнинг чайнов тишлар соҳасида Филатов доғлари кўринади. Бир нечтадан бир неча юзгача ўлчамлари 1-2мм.дан ошмайди .

Скарлатинакўзгатувчиси гемолитик стрептокок. Инкубацион даври 3-7 кун. Кўпинча 2-7 ёшли болалар ўртасида учрайди. Кучли захарланиш аломатлари юзага келади.

Клиник белгилари: Юқори харорат-39-40 градус, боланинг умумий ахволи ёмонлашган. Ютинганда кучли оғриқ. Танглай мўртаклари, юмшоқ танглай кескин кизариб соғ тўқимадан ажралиб туради. 2 суткадан бошлаб кизарган шиллик парда сатҳида нуқтали энантемалар пайдо бўлади. Тошмалар тезда лунж, милк, шиллик қаватларига тарқалиб терида ҳам пайдо бўлади.

Ўзига хос белгилари :

1. шиллик қават, лаблар тўқ кизил олча рангида
2. тил сатҳи тўқ кизил малина мевасини эслагиди, калин қараш билан қопланади. Кейинчалик қарашлар кетиб, силлик «лакланган» холга келади.
3. Лимфа тугунлар шишади, оғрикли
4. Оғиздан бадбўй хид таралади, сўлак қуюклашади

Дифтерия- ўткир инфекция касаллик. Леффлер таёқчалари чакиради. Инкубацион даври 3-10 кун.Кўпчиликхолларда 1-5 ёшлиболалароғрийди.

Клиник белгилари: Юқори харорат 39 даража. Болалар ютинганда содир бўладиган оғриққа шикоят қилишади. Овқатланишдан бош тортишади.

Мўртақлар, танглай пардалари, тилчада кескин кизариш ва шиш аниқланади ва жуда нозик тўрчалардан иборат қараш кўринади. Кейинчалик қараш

калинлашиб қалин парда-пленкага айланиб кўпая бошлайди, сарик ва кулранг тус олади. Секин аста тил, милк шиллик пардасига ҳам тарқалади. Лимфа тугунлар шишиб, пайпаслаганда огрик пайдо бўла бошлайди, кучли шиш аниқланади.

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликларини даволаш.

1. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати антисептиклар билан ювилади .
2. Протеолитик ферментлар билан ишлов берилади.
3. Микрофлора аниқланиб тегишли антибиотиклар билан ишлов бериш яхши натижа беради.
4. Антигистамин препаратлари.
5. Диета.
6. Дифтерияда-антитоксин киритилади, бу асосий муолажадир.
7. Умумий даво

Ўткир герпетик стоматит (ЎГС)

Асосан 3 ёшгача бўлган болалар касал бўлади. Кўзгатувчиси: Herpes simplex - оддий вирус. Тарқалиши: хаво-томчи йўли билан, контакт, ўйинчоқлар, идиш-товок.

Инкубацион даври: 2-6 кундан 17 кунгача.

Сабаб бўлувчи омиллар:

1. Она сути орқали ўтган иммун воситалар тугайди.
2. Болаларда мустақил иммун органлар, хужайралар етилмаган, шаклланиб улгурмаган.
3. Сунъий эмизикли болалар.
4. Инфекция учун очик дарвозалар- тишларнинг ёриб чиқиши.

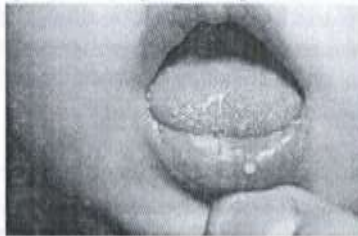
Клиник формаси:

7-расм.Оғиз бўшлиғи эрозияси ва афтлари.

1. Енгил шакли
2. Ўрта-оғир шакли
3. Оғир шакли

Тараққиёт даври:

- 1-продремал бошланиш даври
- 2-тошмалар тошиш даври
- 3-касалликни авж олган даври
- 4-тузалиш даври.



Клиникаси:

Енгил шаклида: Биринчи белгиси- овкатланишда огрик. Боланинг умумий ахволи кам ўзгарган: бола инжик, субфебрил харорат, продремал даври аниқланмайди.

Огиз бўшлигида: милклар кизариши, катарал гингивит, шиллик қаватлар кизарган, енгил шиш, милк, тил шиллик пардасида ўлчамлари 1-5 мм. ли яккам-дуккам эрозия ёки афтлар фибринли қараш билан қопланган. **(7-расм)** Касаллик 4-5 кун давом этади.

Ўрта огир ва огир шаклида:

Клиник манзара ўткир бошланибтана харорати 38даража ва юкори бўлади. Кучли захарланиш аломатлари содир бўлади: боланинг умумий ахволи ёмонлашади, бўшаши, кучсизланиш, инжикланиш холлари, уйқуси бўзилади, бош огригига шикоят қилади, қусиш, ич бузилиш холлари рўй беради. Буларга катарал яллиғланиш белгилари (йўтал, бурун оқиш, конъюктивит) қўшилади. Лимфа тугунлар яллиғланиб шишади, пайпаслаганда огрикли.

Огиз бўшлигида касалликнинг бошланишида катарал гингивит, огиздан сўлак оқиш аломатлари аниқланади. 2-3 кун дан кейин шиллик пардаларда , лаблар кизил хошиясида, юз терисидагурухлашган пуфакчалар, терида папулалар пайдо бўлиб тезда ёрилади, оқибатда бир-бирига қўшилган эрозия, афта-яралар юзага келади. Шиллик парда бутунлиги катта сатхта бўзилади, иккиламчи инфекция активланади. Яралар, шилинишлар, тил, милк, лаблар, лунжлар, танглай соҳасида жойлашиб оқиш- кулранг қарашлар билан қопланади. Шиллик пардалар кескин кизарган бўлади. Сўлак оқиш кучаяди, сўлак қовушқоқ қўланса хидга эга бўлади.

Тошмалар тошиш даври 2-4 сутка давом этади.

Касалликнинг огир шаклида чуқур некрозли яралар вужудга келади ва касаллик 15-18 кунгача чўзилади.

Давоси: Комплекс тарзда.

1. Умумий даво чоралари
2. Вирусга қарши даво чоралари
3. Маҳаллий даво чоралари

Умумий:

1. организмни сезгирлигини пасайтириш (1 -натрий силицилат, 2- глюконат калций, 3-супрастин, 4-димедрол);
 2. организмни умумий қувватини ошириш (витаминлар);
 3. умумий захарланишга қарши чоралар, сузуклик киритиш-ювиш;
- Вирусга қарши дори-дармонлар: 1 . ичиш учун - 2. маҳаллий сурги сифатида, Бурунга томизиш учун (интерферон).

Болалар стоматологи огизшиллик пардасида қуйдагича даво

килиш мумкин:

- 1.огриксизлантириш: анестезинли сурги, перомекаинли сурги.
- 2.. Антисептик ишлов
3. Тиш милк чўнтаklarини антисептиклар билан ювиш.
4. Протеологик ферменларни чаплаш (трипсин, химотрипсин, химопсин)
5. Вирусга қарши препаратлар суриш.
6. Тошмалар тошиши тўхтатиши билан- кераатопластик моддалар: ва бошқалар суриш.

Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси ўз фаолияти давомида доим механик, химик, физик таъсирловчилар билан таъсирланиб туради. Шиллик қаватни беҳосдан шикастланиши, одатда даволанмаган холларда ҳам тез битади. Лекин катта шикастлар натижасида вужудга келган шилликкават зарарланиши беморни шифокорга мурожат қилишга мажбур қилади. Шилликкават регенерацияси-таъсирловчининг қандай турда, қанча вақт ва қандай куч билан таъсир қилганига, беморнинг ёши ва турмуш тарзига боғлиқ бўлади. Хамма травматик жароҳатлар яллиғланиш жараёнига олиб келади. Травма жойида эпителий бутунлиги бўзилган бўлса, инфекция учун кириш дарвозаси бўлиб қолди килади. Сурункали равишда яллиғланиб турган шиллик қаватда ўсмали (онкологик) жараёнлар ривожланиши мумкин. Травмалар механик , кимёвий, физик, нурли, ва аралаш бўлиши мумкин.

Механик травмалар икки хилда бўлади:

1. ўткир
2. сурункали.

Ўткир травмалар кам кузатилади. Асосан болаларда ўткир учли жисмлар таъсири натижасида шиллик парда травмаси кузатилади.

Травма таъсир қилиш вақти ва кучига қараб зарарланган соҳада қизариш, шиш, эпителий десквомацияси, шиллик пардада эрозия ёки яралар пайдо бўлиши мумкин.

Травматик жароҳатланиш кўпроқ декубитал яра деб аталади.

Декубитал эрозия ва яраларни пайдо бўлишига бола умрининг биринчи хафтасида ёки ойларида вақтидан олдин ёриб чиққан тишлар ёки битта тиш сабаб бўлади.

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликларини олдини олиш чора тадбирлари.

Кўпроқ вақтидан олдин пастки жағда марказий қурак тишлари ёриб чиқади. Бу тишларнинг эмаль ва дентин қавати яхши ривожланмаган бўлиб, кесувчи кирраси юпқалашган, шунинг учун бола она кўкрагини сўрганда , бола тилнинг пастки юзасини шикастлайди.

Натижада ҳусусий шиллик қават ва эпителий бутунлиги бузилиб яллиғланишга одиб келади.

Бундай шикастланиш шакли-эрозия дейилади.

Катта ёшдаги болаларда кўк йўтал ёки сурункали бронхитларда тил йўганчасининг шикастланиши хуружли йўтал хисобига, тилнинг кўп чиқиш натижасида олдинги пастки тишларнинг кесувчи юзалари таъсирида вужудга келади (Риги касаллиги).

Лунж ёки лаб декубитал эрозия ва яралари кўпроқ тишларнинг алмашинув даврида сут тиши илдизи сурилмасдан доимий тиш чикиб, атроф тўқимани доимий шикастлаб туриши оқибатида содир бўлади. 1 ёшдан 2-3 ёшгача бўлган болаларда кўпроқ танглайга ёпишиб қолган майда ёт жисмлар шиллик пардани жароҳатлаши мумкин.

Механик травмалар кўпроқ ўткир, тож қисмининг бутунлиги бўзилган тишлари бор ёки зарарли одатлар мавжуд (лаб, лунж тилни тишлаб сўриши) болаларда кўпроқ учрайди.

Клиник кўриниши: оғиз бўшлиғи шиллик қавати механик травмаларида боланинг умумий ахволи ўзгармаган уйқуси тинч, тана ҳарорати нормада бўлади. Шиллик қаватни тишлаб юргани доимий бўлгани учун, яъни бола бу зарарли одатга ўрганиб қолгани учун овқат қабул қилиши оғриқсиз бўлиши мумкин. Шунинг учун шифокорга мурожаат қилинмайди. Бундай жароҳатларни врач режали санация вақтида оғиз бўшлиғини шиллик қаватини кўздан кечириб топиши мумкин. Шиллик қават ранги ўзгармаган, лёкин тишлар доимо шикастловчи соҳада унинг юзаси тёқисмас, оқ эпителий бўлақлар кўринади. Айрим ҳолларда унча катта бўлмаган қондалашлар кўринади. Бундай болаларда шиллик қават пайпасланганида кўпинча оғриқ бўлмайди. Танглайга ёпишиб қолган ёт моддаларнинг устки қараш билан қопланади, атрофдаги шиллик парда қизарган, шишган бўлади.

Травматик эрозиялар нотўғри шакли бўлиб, юзаси юпка фиброз қараш билан қопланган оқ-сарик рангда, атрофдаги шиллик парда қизарган бўлади.

Декубитал яралар ҳар хил шаклда ва чуқурликда бўлиб, четлари атрофдаги шиллик пардадан кўтарилиб туради. Яра қараш билан қопланган, атрофдаги шиллик парда қизарган, шишган бўлади. Эмизикли болалар кўкракни эмолмайди, кўп йиғлайдиган бўлиб қолади. Мактабгача ва мактаб ёшидаги зарарли одатлари бўлган болаларда эрозия ёки яралар, таъсирловчининг шу соҳадаги нерв охирига доимий равишда таъсир қилиб туриши натижасида кам оғрикли бўлиб, болалар шифокорга жараён ўткирлашиб, иккиламчи инфекция таъсири натижасида атроф тўқиманинг яллиғланиши, шиш, лимфоденит ва бошқа ўзгаришлар вужудга келгандагина мурожаат қилишади.

Травматик жароҳатларни кийсӣй ташхисини шиллик каватни бошқа сурункали касалликлари билан ўтказилади. Травматик жароҳатларда декубитал эрозия тишлаш мумкин бўлган соҳалардагина кузатилади. Танглай, юмшоқ танглай ўтувчи бурмаларда, тилнинг марказий бел қисмларида кузатилмайди. Анамнездан бундай болалар соғлом, айримларида психоэмоционал ўзгаришлар бўлиши мумкин.

Нимжон, иммунитети пасайган, сунъий овқатланувчи, туғма юрак пороклари бор, умрининг биринчи ойларида хар хил касалликларни бошидан кечирган болаларда шиллик каватнинг ўзига хос зарарланиши яъни , Беднар афтлари кузатилиши мумкин. Беднар афтлар каттик; танглайни юмшоқ танглайга ўтипи соҳасида, понасимон суякнинг канотсимон ўсиклари проекциясида симметрик жойлашган бўлади. Зарарланиш бир томонлама бўлиши ҳам мумкин. Эрозия шакли думалок ёки овалсимон, чегараси аниқ, атрофдаги шиллик парда озгина кизарган гиперемия холати кузатилади. Эрозия юзаси фиброз караш билан копланган ёки тоза, танглай шиллик каватидан кизилрок бўлади. Эрозия катталиги бир неча мм.дан бир неча см.гача бўлиб, ўзаро бирикиб нотўғри шаклни ҳам олиши мумкин.

Кўкрак билан эмизганда ҳам Беднар афтлари кузатилиши мумкин. Бунга она кўкраги учи дағаллиги ва узунлиги сабаб бўлади. Бу холларда эрозия танглайнинг ўрта чизигида жойлашади. Бола безовта бўлади.

Бола фаол эмишни бошлаб, бир неча сониядан сўнгиси билан эмишдан тўхтайдди. Шундай мурожаат билан она шифокорга мурожаат килади.

Даволаш: Оғиз бўшлиғи шиллик кавати травматик зарарланиши даволаш учун касалликни чакирувчи сабабни йўқотиш лозим. Вақтидан аввал чиққан сут тишларни олдириб ташлаш керак, чунки уларни структураси тўлиқ ривожланмаган бўлиб, тез емирилади, нафақат шиллик парда травмасини, балки одонтоген инфекция сабабчиси ҳам бўлиш мумкин. Танглайдаги ёт нарсаларни стоматологик шпатель билан олса бўлади.

Янги тугилган чакалоқлар афтасида биринчи бўлиб боланинг овқатланишини йўлга қўйиш лозим. Сунъий овқатланувчи болаларнинг сўргичини кичикроғига алмаштириш лозим. Афта ва яраларни оғрикисизлантириш керак.

Болаларда оғиз бўшлиғига ишлов бериш учун, кучсизрок антисептиклардан (0.5% водород пероксиди, мойчечак, шалфей барглари) фойдаланиш каттик куч билан карашларни қўчириб артиш, қуйдирувчи моддаларни ишлатиш қаътиян ман этилади. Шунга айтиб ўтиш керакки, Беднар яраси жуда секин бир неча хафталардан бир неча ойгача битади.

Каттарок ёшдаги болаларда шикастланаётган тишнинг ўткир кирралари чархланади, оғиз бўшлиғи санация қилинади. Педиатр билан маслаҳатлашиб,

йўтал маркази фаолиятини сусайтирувчи дорилар берилади. Бола ва ота-онасига зарарли одатни асоратлари хақида тушунча берилади. Агар бола зарарли одатни ташламаса, болани психоневролог маслахатига юборилади.

Айрим болаларда лунж шилликкаватини чандикли деформацияларида шиллик каватини химояловчи вертикал ўсимтали ортодонтик аппарат тақиш тавсия этилади.

Декубитал яралар антисептик ишловдан ташқари шиллик парданинг битишини тезлаштирувчи аралашмалар билан аппликация қилиш мақсадга мувофиқдир.

Термик: травмалар болаларда кам учрайдиган ҳолат бўлиб, асосан иссиқ овқат, сут, чойни совутмай ичиш натижасида вужудга келади. Бунда лаб, тил учи, танглайнинг шилликкавати шикастланади. Шиллик қавак кизариб, шишади, пайпаслаганда оғрикли бўлади. Кучлироқ қуйиш натижасида шиллик каватда эпителий ичи пуфакчалари ҳосил бўлиб, улар тез ёрилиб кетади. Оғиз бўшлиғи кўздан кечирганда гипермияланган юзада оқ рангли эпителийнинг лахтақлари кўринади. Антисептиклар билан ишлов бериш шарт эмас, чунки эпителий каватида чуқур ўзгаришлар кузатилмайди, демак иккиламчи инфекциянинг ривожланиши учун шароит йўқ. Оғрик бўлганда оғриксизлантирувчи дори воситалар қўллаш мумкин: новакаибли 0.5 % эритма, 5-10% ли анестезиннинг ёғли аралашмасидан аппликация қилиш мумкин.

Агар қуйиш даражаси кучлироқ бўлиб, пуфакчалар ҳосил бўлса, улар ёрилса эрозиялар ҳосил бўлади. Атроф шиллик парда кизарган, шишган эпителийнинг оқ рангли лахтақлари хусусий каватдан ажралиб қолиши кузатилади. Пайпаслаганда кучли оғрик бўлади. Сўнг иккиламчи инфекция қўшилиши натижасида яралар ҳосил бўлиши мумкин. Бундай жароҳатларни даволашда антисептикли, кератопластик, дори воситалардан фойдаланиш мумкин.

Юмшоқ лейкоплация.

Боғча болаларнинг тайерлов гуруҳлари ва мактаб ўқувчиларида оғиз бўшлиғи шиллик каватининг сурункали яллиғланиши лейкоплация кўринишида кетиши мумкин. Кўпроқ болаларда касаллик юмшоқ лейкоплация кўринишида кечади.

Клиник кўриниши: оғиз бўшлиғининг лаб-лунж шиллик каватида, яъни тишларнинг жипслашиш чизигида ёки оғиз бурчакларида оқимтир кулранг ёки оқ рангли китикланувчи гиперкератос кузатилади. Бундай кипикланган ўчоқлар осон кўчиб сезиларли даражада ўзгаришлар бермайди. Юмшоқ лейкоплация: тарқалиши ва сиптомларининг намоён бўлиш даражасига қараб атипик ва атипик шаклларга бўлинади. Атипик шаклда кипикланиш

бўлмайди, балки шиллик қават у ёки бу жойда хиралашади. Морфологик текширувлар ўтказганда, лейкоплазия билан зарарланган қаватда эпителийнинг гипер теракози ва окантози кузатилади ҳамда бўялмаган тиник ёки ядросиз вакумланмаган эпителий хужайраларнинг дистрофик ўзгаришлари кузатилади. Бириктирувчи тўқималар капилляр тип ва венулаларнинг кенгайиши ҳамда коллаген толаларнинг шишиши ва эластик толаларнинг фрагментланиши кузатилади.

Диагноз қўйганда ҳар доим болаларда травмаловчи факторларни аниқланади. Болада стресслар кучли асабийлашиш, хаяжонланиш вақтида жараён ўткирлашуви кузатилади. (Масалан, назорат ишлар, имтиҳонлар, спорт мусобақалари олдида). Бу сабаблар юмшоқ лейкоплазияни кизил ясси темиретка билан солиштирма таъхис қилганда ёрдам беради.

Даволаш: Асосий қилинадиган ишлардан бири бу зарарли одатни йўқотиш ва оғиз бўшлигини санация қилишга қаратилади. Асаб системаси таранглашганда беморларни асабларини тинглантирувчи седатив дорилар, поливитамиинлар, аскорутин ёшига нисбатан белгиланган дозаларда берилади. Маҳаллий даволашда витамин А ни мойли эритмаси ёки бошқа ўсимлик мойларидан апликация кўринишда фойдаланиш мумкин.

Кимёвий травмалар: Бундай травмалар асосан 1- ёшли болаларда кўпроқ учраб, уй шароитида ишлатиладиган кислота ва ишқорларни беҳосдан ютиб юбориши натижасида вужудга келади. Зарарланиш даражаси ҳар хил бўлиб, оғиз, томоқ, кизилўнғач шилликқаватларида қуйиш кузатилади. Кимёвий травмаларнинг шикастланиш даражаси қабул қилинган кислота ёки ишқорнинг концентрациясига ва таъсир қилиш вақтининг давомийлигига боғлиқ бўлади.

Шиллик қават кучли гипермияланган сўнгра бир неча соатдан бир неча суткагача бўлган давр ичида некрозга учраган бўлади. Кўпроқ бундай тўқима пастки лабида кучлироқ намоён бўлади. Некротик тўқималар фибриноз эксудатни ўзига шимиб олиб, қалин шиллик қават ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Асте-сёкин қуйишининг 7-8 чи хафтасида некротик тўқималар кўча бошлайди. Бундай асоратланган жараёнларда шиллик ости парда тўқиманинг чандикланиши ва дефект эпителизация кузатилади. Кимёвий қуйишни кўпинча дори моддалар ҳам кетириб чиқаради.

Бунда стоматологияда тишларни даволашда ишлатиладиган: фенол, формалин, антиформалин, кислота, спитр, эфир ва бошқалар сабабчи бўлиши мумкин.

Шунинг учун шифокор - стоматолог бу воситалардан эҳтиёткорлик билан фойдаланиши зарур, чунки болаларда оғиз бўшлиғи шиллик қавати жуда

нозик бўлиб, тез шикастланади ва шикастга жавобан ёш организмдаги жавоб реакцияси кучли бўлиши мумкин.

Даволаш: Кимёвий куйишда биринчи дақиқаларда ва соатларда қилинадиган ушбу кимёвий таъсирловчи оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига таъсирини йўқотишдан иборатдир. Бунинг учун қандай кимёвий ҳолда таъсир қилинганлигини билиш зарур. Агар кислота таъсирида қуйган бўлса, натрийгидрокарбонатни 1-2% ли эритмаси билан ёки ишкорлар билан қуйган бўлса, лимон кислотани % ли эритмаси билан нейтралзация қилиш зарур. Кейинги қаторда қилинадиган ишлардан бири бу иккиламчи инфекцияни зарарланиш ўчоғига тушиб, ҳар хил асоратларни вужудга келтиришини олдини олиш ва оғриксизлантиришдир.

ЛОП- бўлимига ётқизиб даволаш зарур.

Озиқлантиришнинг сурункали бузилиши.

Дистрофия - овқатланиш ва тўқималар трофикаси, хазм қилиш ва алмашинувнинг сурункали бузилиши бўлиб, болаларда ўсаётган организмда алмашинув процессларини сусайиши бўлган бир пайтда болаларни овқатлантиришда ишлатиладиган овқат массалиklarини чекланганлигини, ҳамда ошқозон тракти функционал етишмовчилиги ва тез-тез касалликга чалиниши билан боғлиқ.

Дистрофия-(грек dis.-бузилиш, trophia- озука)-патологик ҳолат, болаларда сурункали озиқланишнинг бузилиши юзага келади. Организмни буйини ўсишда орқада қолиши ва чидамлилигини ортда қолиши билан характерланади.

Дистрофия ҳақида гапириши мумкин, қачонки агар боланинг ҳолати нормотрофияга тўғри келмаса. Педиатрия фанининг классик намоёндалари М.С.Маслов, Г.Н.Сперанский, А.Ф.Тур нормотрофия тўғрисида болаларга қуйидагича характеристика беришган:

- 1.Тоза, кизгиш, соғлом тери гиповитаминоз белгиларисиз
2. Тери ости ёғ қатлами нормал калинликда, тўқималар эластиклиги ва мускуллар тонуси яхши.
3. Скелет ривожланишини ёшга мутаносиблиги ва рахит белгиларини йўқлиги;
4. Психомотор ривожланишни ёшга мутаносиблиги;
5. Иштаха яхшилиги ва ҳамма органларни нормал иши;
6. Инфекцияларга чидамлилиқни яхшилиги ва баъзида енгил кечувчи

инфекцион касалликлар ва жараёнлар:

7. Вазн ва тана узунлиги, физик ривожланиш индекслари нормадагидан 5% дан ортик фарк килмайди.

Дистрофия ҳар хил ёшда ривожланиши мумкин, кўпинча бу кўкрак ёшидаги болаларда учрайди. Бу ёшдаги болаларда дистрофия ривожланиши болаларнинг организмини калорияга юқори талаби ривожланишнинг тезлиги; паст имкониятлар организмдаги системаларни (ҳар хил касалликларда оптимал бўлмаган шароитда) тартибга солиб турилади. Болани социал шароитларига боғлиқ ҳисобланади.

Дистрофия боланинг жисмоний ривожланиши орқада қолиши ҳамма алмашинув турларни чуқур ўзгариш, организм реактивлиги ва касалликларига қарши қурашувчанлиги сусайиши билан кечади. Катта бўлмаган сезиларли даражадаги гипотрофиядан овқатни ҳазм қилиш ва овқатга толерантликни ўзгариши билан ошқозон ичак системаси ферментатив функцияси пасаяди, кейинчалик озиқ моддалари ассимметрияси ҳам бузилади. Бунинг натижасида организмга етарли микдорда оксил, витаминлар, микроэлементлар биологик актив моддалар қабули бузилади, ўз навбатида бу ферментлар, гармонлар синтези камайиши ва алмашинув процесслар регуляциясини бузилишига сабаб бўлади.

Қуйида ҳосил бўлган фон иккиламчи инфекция қўшилиши оғир шаклларида леталь натижага сабаб бўлувчи, токсикосептик ҳолатлар шаклланишини келтириб чиқаради.

Дистрофиялар этиологик структурасида ҳозирги вақтда ҳомилага антинатал даврида таъсир этувчи факторлар:

1. Онанинг ўткир ва сурункали касалликлари
2. Токсикозлар.
3. Диетани норационал тузиш.
4. Касб зарарлари, захарли химикатлар.
5. Дорилар.
6. Туғилганда мия суяги шикастланиши.
7. Бош суяги ости туғилиш давритравмалар
8. Асфиксияни оғир шакллари.

Бу факторлар болада дистрофияни энцефалопатик шакллари ривожига мойиллик туғдиради. Постнатал факторлар орасида биринчи ўринда суъний, табиий аралаш овқатлантиришдан қатъий назар диетани норационал тузиш, гипогалактия, қўшимча овқатни ўз вақтида бермаслик, бир тамонлама сутли ёки ҳамирли овқат бериш, овқатда асосий ингредиентлар нисбати бузилиши туради.

Гўдак ёшидаги болаларда овқатланишнинг сурункали бузилиши
 классификацияси

Дистрофия Тури(вази:тана нисбатига қараб)	Оғирлик даражаси	Даври	Келиб чиқиши	
			Экзоген	Эндоген
1.Гипостатура (вазинива буйи нинг тенг орда қолиши)	1.даража тана Вазини Дефицити	1.Бош лангич 2.Кучайиш 3.Стабил лашув	1.Прена тал 2.Постна тал 3.Препост натал (аралаш).	1.Алиментар 2.Инфекцион 3.Токсик. 4.Кунтарти би. 5.Ташқи муҳитнобоп факторлари.
2.Гипотрофия: (вазини бўйдан орда қолиши)	10-20%. 2.даража 20-30%.	4.Реконва лессен циялиги.		
3.Паратрофия а)вазини бўй дан устуңлиги б)вазини тенг устуңлиги в)танаузуңли г)вавазини нормалиги	3.даража 30% юқори			

Гипотрофия сувга чанқоқлик натижасида ҳам ривожланиши мумкин. Гипотрофия ривожига олиб келувчи туғма нуқсонлари "бўри оғиз", "куёв лаб", пилороспазм, пилоростеноз, юрак туғма нуқсонлари, Гиришпунг касаллиги, целиакция, муковисцидоз ичак шакли ва бошқалар қиради. Бола умрининг биринчи ярим йиллигида гипотрофия ривожига асосан алиментар факторлар сабаб бўлса, бола умри иккинчи ярим йиллигидан инфекция факторлар катта роль ўйнайди.

Ташқи муҳит факторлари: ёмон маиший шароитлар, болани қалин қийинтириш, очик хавода кам бўлиши, хотиржам уйқу учун шароит йўқлиги ҳам катта роль ўйнайди. Кўпчилик ҳолларда юқоридаги келтирилган сабаблар бир-бири билан қўшилган бўлади ва шу туфайли биз бу ҳолатни аралаш генезга эга деб аташимиз мумкин.

Гипотрофия ривожланганида биринчи навбатда ошқозон -ичак, асаб системаси функционал ўзгаришлари, молда алмашинуви ўзгаришлари умумий ва маҳаллий иммунитет сустлашуви кузатилади.

Гипотрофия билан оғриган болалар турли касалликлари чакирувчи бўладилар ва бу касалликлар уларни оғир, узок ва атипик кўринишда оз симптомлар ва тана харорати ўзгаришсиз кечади. Тез-тез касаллик кучайиши билан боради.

КЛИНИКАСИ

Гипотрофия патологик жараёнларнинг характериға деполардаги запас кўп ёки кам йўқотилгани, аъзо ва системаларнинг функционал бузилишнинг аниқ кўринганлиги имунитет ҳолати ва полигиповитаминоз кўринишлари

3 даражаға бўлинади:

I-даража гипотрофия сезиларли бўлмаган озиб кетиш, кориндаги тери ости ёғкаватининг камайиши, аммо юз қисмида ва қўл-оёқларда сақланиб қолиши билан характерланади. Тўқима турлари бирмунча сусайган бўлиб, дармонсизлик кузатилади. Тана массаси дефицити 10-15 фоизни ташкил қилади. Бўй ўсиши нормал. Гликоген депоси бўзилмаган I-даража гипотрофияда орган ва системаалр томонидан функционал бузилишлар йўқ. Химоя имунитети пасайган бўлиб, шу туфайли I-даража гипотрофия билан оғриган бола инфекцияларига чидамсиз, яъни тез касалланиб қолиши мумкин.

II-даража гипотрофияда кориндаги тери ёғ кавати йўқолади, кўкраксоҳаси ва қўл-оёқларда камайган, аммо юз қисмида ёғ каватисақланиб қолади. Бола озиб кетади. Тана масасининг дефицити 20-30%ни ташкил этади. Бўйин ўсишдан тўхтайдди. Жигар, юрак мушаклари ва скелет мускулатурасида гликоген запаси камайиб, мушаклар кучсизланади, уларнинг маторикаси бўзилади.

Турли органлар томонидан функционал ўзгаришлар белгиланади: юрак-томир системаси, ошқозон-ичак тракти, нафас органлари тезлашиши, ўпка вентилляцияси пасайган. Жигар катталашган. Боланинг ичи кетади, унинг ахлати суюқлашади. Витаминлар запаси камайган ва полигиповитаминоз ларнинг клиник симтомлари кўринади. Бола узок ва узок муддат касалланади, касалик оғир кечади.

III-даража гипотрофияда кескин озиш, ёғкавати умуман йўқолиши, тери бурмалар билан қопланиши кузатилади. Боланинг юзи қариларнинг юзига ўхшаш тусга киради, терининг эластиклиги пасайиб кетади. Тери қуриклашиб кир-қўнгир пигментациялар (витамин Д етишмаслиги), нукта-

нуктакон қуйишлари (витами С етишмаслиги), пайдо бўлади. Тана массаси дефицитини 40-50 % ни ташкил қилиб ўсиш ортда қолади. Гликоген йўқолади. Оксил запаси аста-секин камайиб, орган ва тўқималарда атрофик жараёнлар ривожланади. Мусқулларингичкаланади, бушашади, уларнинг тонуси ошади, марказий асаб системаси ривожининг тўхтаб қолиши, ҳосил бўлган шаргли рефлекснинг йўқолиши кузатилади. Юрак тонлари аниқ эмас. Жигарнинг чуқур функционал бузилиши, дезаминловчи ва дезинтоксикация функциясини пасайиши натижасида аутоинтоксикация ва касалликнинг

Дистрофиянинг 3 та типни фарқланади: гипотрофия, паратрофия, гипостатура.

Гипотрофия-дистрофиянинг озиклаб кетиши билан характерланган типни. 0,5-2% ҳолларда ёшлик даврида кузатилади. Касалликнинг енгил ва ўртаогирликдаги формаси кўп учрайди. Бирламчи гипотрофияни оғир даражаси кам учрайди.

Этиология.

Сабаблари қуйидагича:

1. Пренатал омиллар, хомилдор аёлларнинг яхши овқатланмаслиги ва онадаги касалликлар (хомилдорликни кечки давридаги-плацента патологиялари бачадон-плацента қон айланишларни бузилиши ва хомила ичидаги хомиланинг гипоксияси, стресслар, зарарли одатлар, хомила ичи инфекциялари).

2. Экзоген сабаблар:

А) Алиментар омиллар - миқдорий овқатланишдаги: гипогалактия, она қурағи билан бокишнинг қийинлиги-қўқрак сургичи тўқис ёки ичига тортилиб қолган; бола томондан озикланишнинг қийинлашуви- қўсишлар, пастки жағнинг кичиклиги; тилнинг қалталиги ваб. овқатланишнинг сифат жиҳатидан етишмовчилиги: ёшига тўғри келмайдиган аралашмалар бериш; суткалик хайвон оксиллари, еглар, витаминлар, темир микроэлементларни етишмовчилиги;

Б) Инфекцион омиллар - хомила ичи умумий инфекцияси (цитомегалия ва бошқ.) интранатал инфекциялар, токсик-септик ҳолатлар, сийдик йулларини инекциялари. Асосан гипотрофиянинг кўпроқ сабабчиси МИТнинг инфекцион зарарланиши;

В) Токсик омиллар - сунъий аралашмаларни муддатидан утказиб қуллаш, гипервитаминозлар А ва Д, захарланиш ва бошқалар;

Г) Бола парваришидаги камчиликлар - болага эътиборни қамлиги. Эркалаш, психоген стимуляциялар, сайр қилдириш, массаж ва гимнастикалар, токсик

формалари куринади. Клиникада авитаминоз симптомлари кузатилади, эндокрин без системаси зарар куради. Демак, гипотрофия ўзича оғир касаллик бўлибгина қолмай, балки марказий асаб системаси, иммунитет, орган ва ситемалар функцияси ўзгаришлари ва булар турли касаллик чидамсизлик ва касалликни оғир узок кечишига, кўпгина патологик жараёнларини узок муддат боришига шароит яратиб беради.

3. Эндogenous сабаблар:

- А) перинатал энцефалопатия, бронхопневматик дисплазия;
- Б) МИТни туғма нуқсонлари, кон-томир системаси нуқсонлари, "Ичак халталиги" синдроми;
- В) Бирламчи ва иккиламчи иммунодефицит ҳолатлар;
- Г) Бирламчи ва иккиламчи мальабсорбция, наслий модда алмашинувинингбузилиши (галактоземия, фруктоземия, лейкоцитоз, ксантоматозлар, Нимани-Пиква Тел-Сакс касалликлари ва б.);
- Д) Эндокрин касалликлар (адреногенитал синдром, гипотиреоз, гипофизар нанизм ва б.), диатезлар.

Патогенез. Пропорционал даражадаги гипотрофия бу озик - моддаларни утилизациясини (ичакда) бузилиши, модда алмашинувини ҳамма кўринишини бузилишидир: меъдани ферментатив активлигини пасайиши - оксилларни эндоген сарфини кучайиши -гипопротеинемия, гипоальбуминемия, аминокислотурия; гипогликемияга мойиллик, гликолизни кучайиши-сут кислотаси кўпайиши-ацидоз; буйрак усти безини дисфункцияси-гипогликемия ва гипокалиемия, гипонатриемия; нейтрофил ва макрофагларни фагоцитар активлигини сусайиши-септик инфекциялар; реактивликни пасайиши.

Гипотрофия классификацияси.

Форма	Этиология	Вариантлар	Оғирлик даражалари	Ривожланиши даврлари
Бирламчи	Экзоген	Типик.	I даража (енгил)	Бошлангич
Иккиламчи	Эндоген	Атипик:	II даража (ўрта)	Авж олувчи
	Аралаш	Квашиоркор, моразм	III даража (оғир)	Ремонвалесценция

Клиник куриниши. Оғирлигига қараб I, II, III даражага бўлинади. Гипотрофиянинг клиник симптоматикаси куйидаги гуруҳдаги бузидишларни

Ўз ичига олади: озикланмиш толерантликни бузилиши, модда алмашинуви бузилиши, МНС нинг сусайиши, карши курашувчаликни пасайиши.

Даволаш. Комплекс равишда олиб борилади. Гипотрофияни келиб чиқиб сабабини билган ҳолда озик-овқатларини коррекция қилиш. Диетотерапия. Рационал режим тузиш ва биргаликда гимнастика ўтказиш. Ўчоқли инфекцияни даволаш, рахит, анемия ва бошқаасоратларга йўл қўймастик. Ферменто- ва витаминно терапия.

Бирламчи гипотрофияда асосий рационал даво бу-диетотерапия: Асосий усул бу уч фазали овқатлантириш.

- 1) Овқатга толератлик пайдо қилиш даври.
- 2) Оралик давр.
- 3) Оптимал озиклантириш даври.

ГИПОТРОФИЯ ДАРАЖА ШАКЛЛАРИ.

Клиник белгилар	I даража	II даража	III даража
Тана вазни дефицити	12-20%	20-30%	30% ва ундан юқори
Буйин	Нормал	Орт да қилиши 2-4 см.	Ортда қилиши 2-4см ва ундан юқори
Тери	Рагптар	Рагптар,қурук,эластикликпасайган,депигментация майдонлари,тери ташлаши, қўл-оёқда бурмалар осон йиғилади.	Рагптар тери қўл ранг; бўш қурук, Қон нвиш иукталари билан,елка, сон, думба соҳа сизда ички юзлар ёзилмайди.
Тери ости ёғқатлам	Қоринда 0,8 см ингичка лашган.	Қорин ва қўл-оёқда ингичкаланиган, юзадакамайган.	Юзда сезиларли камайган, тана ва қўл-оёқда бутулаййўқ.
Мушак тонуси.	Озгина сусайган.	Мушаклар гипотонияси	Мушаклар агрофияси тонуси кучайган.
Тургор	Пасайган.	Сезиларли пасайган.	Нук
Танахарорати.	Нормал.	I 0 атрофида ўзгариши мумкин.	Сезиларли пасайган.

Харакат фаоллиги.	Сакланиб қолган.	Фаоллиги кеч ривожланади.	Кескин сусайган ёки тўхтаган. Янги ҳаракат турлари ва сузлов функциялари ҳосил бўлиши тўхтаган.
Ички аъзолардаги ўзгаришлар	Июк.	Бўлиши мумкин, фақат ҳар доим эмас.	Нафас олиш юза, тез-тез ривожланади, орақ тонлари бугик, брадикардия.

Гипотрофия касаллигида диетотерапия ўтказишни муҳим вақтлари куйидагича бўлади. Бошланғич даврда даволаш енгил хазм бўладиган овқатлар (аёл сути, тез мослашадиган пастмолекулярли сут кислотали аралашмалар, масалан лактофидус). Тез-тез кўп овқатлантириш (I даража гипотрофияда - 7, II даража гипотрофияда-8, III даража гипотрофияда 10 мартагача овқатлантириш). Овқатланишни доимий назорат қилиш, нажас, сийдик ва қабул қилинган суюқлик нисбатини солиштириш, регуляр (7 кун 1 мартадан) оксил, ёғ, углевод билан нарузкали овқатлантириш. Хафтасига 2 марта копрограмма қилиш. Диетотерапия-овқатта толерантликни аниқлаш билан бошланади. Рациондан овқатлар чиқарилади ва болани аралашмалар билан овқатлантиришга ўргатилади (кўкрак сути билан) болани тана массасига мос равишда овқат миқдори тузилади. Овқатнинг етишмаган қисми регитацион эритмалар билан тўлдирилади (регидрон, оралит, цитроглокосолан, сабзавот қайнатмалари ва майиз ичимликлари билан).

Бошланғич диетотерапия гипотрофияни бошланғич босқичда овқатга толерантликни аниқлаш.

Оғирлик даражалари	Тана массасига керакли овқат ҳажми.	Овқатланиш сони.	Ккал/кг сут калория	Оқсил нарузкаси г/кг/сут	Кунлар
I	2/3	7	100-105	1.5	1-2
II	3/2	8	75-80	0.7	3-7
III	1/3	10	60	0.6	10-14

Бола даволашнинг биринчи кунидак тана массасини йўқотмаслиги керак 3-4 кундан хаттогипотрофиянинг оғир даражасида ҳам суткасига тана массасига 10г-80гр қўшилиб туриши керак. Гипотрофиянинг оғир формаларида парентерал овкатлантириш буюрилади-глюкоза, аминокислота, альбумин, тузли эритмалар. Овкатга толерантликни аниклаш боскичида сёкин-аста асосий аралашма микдорини кўпайтирилади (тахминан 10-20 мг дан / х,ар кунлик озукага, охириги боскичда етарли микдоргача олиб берилди (хаётнинг 1-чи йилида тана массасини 1/5 қисмига истеъмол қилинадиган овкат, тўғри келиши керак, лекин 1 литрдан кўп эмас).

Диетали даволаш эффективли бўлади: Эмоцион тонус ошади, иштаха яхшиланади, тўқима яхшиланади ва тери ҳолати яхшиланади, вази 25-30 г га ошади. Овкатга толерантлик пасайиши белгисини ҳосил бўлиши аста-сёкин овкат нағрузкаси орқали келиб чиқади.

Гипотрофияда зўрайтирилган овкатланиш даврида диетотерапия,

Оғирлик даражалари	Суткалик калория, ккал/кг/сут	Оқсил нағрузкаси г/кг/сут.
I	140-160	3.5
II	160-180	4.0
III	200	4.5

Прогноз. Биринчи ўринда уни сабабини йўқотиш, яъни мавжуд бўлган асоратни ва бирга келадиган касалликларни йўқотиш керак. Овкатланиш тартиби, парвариш шарт-шароити, гипотрофиядаражаси алиментар ва инфекциялар прогнози. Прогнози яхши конда бўйича ўтказган болада гипотрофия қайтадан ривожланмайди.



8-расм.Бола вазинини

ўлчаш

Профилактика. Гипотрофияни олдини олиш ўз ҳолатида патологик хомилани даволаш ва аниқлаш. Оптимал овқатлантириш ҳамда она ва болага ҳаётда шарт-шароит яратиш. Овқатни табиий бўлгани муҳимроқ. Гипоалактияни бошланишини аниқлаш ва уни рационал даволаш. Тўғривқатланиши ёши билан боғлиқ равишда олиб бориш. Витаминга бой овқатлар бериш лозим.

Диспансер кўриги. Болани гипотрофияни енгиш даражасидан олиб чиқиш то 1 ойгача, ўрта оғирликда 2-3 ойгача, оғир формаси 4-5 ойгача. Шифокор гипотрофияли болани кўриши ва 2 ҳафтада 1 марта антропометрия (**8-расм**) ўтказиши мутахассис кўрсатмаси билан лозим. Гипотрофияли болаларда вакцинация индивидуал планда ўтказилади. Хар хил препарат юбориш ва махсус тайерлов кўригича биостимулловчи таъсирга эга препаратлар (женьшень, элкутерококк, лимонник 1 ҳафтадан то 1.5 ойгача маълум қисми компенсацияланади. Болада интеллектуал потенциал пасаяди, кейинчалик стресс ҳолатига мослашади.

ДАВОЛАШ. Гипотрофия билан оғриган беморларни даволаш босқичли комплексли, этиологик омилларни ва овқатланишбузилиш даражасини ҳисобга олган ҳолда бўлиши керак. У индивидуал бўлиб, этиологик омилларни, аъзолар ва функционал ҳолатини юқумли касаликлар ва унинг асоратлари бор ёки йўқлигини назарда тутиш керак.

I-даражали гипотрофия билан оғриган гўдак болақларда даволаш уй шароитида олиб борилади. II ва III-даражалигипотрофияли болаларни касалхона шароитида даволаш керак. I даража **Пархезли терапия** - гипотрофия даволашни асосини ҳосил қилади. I фазада-овқатни хазм қила олишни аниқлаш даври, II фаза- ишлатилган резерв ва ҳаётий талабни кондириш даври. фазада овқатланишни инградиендлар бўйича коррекциялаш масаласи қўйилмайди. Чунки 2-3 даража гипотрофияни болаларга овқат бирдан кўп микдорда берилса, хазм қилиш системаси ферментатив яроксизлиги туфайли, диспепсик ўзгаришлар чақириши мумкин. Шу туфайли I фазада овқатлантириш маротабаси оширилган бир вақтда умумий ва хар галдаги хажм камайтириб борилади. Бериладиган овқат иложи борича осон хазм бўладигин бўлиши керак (она сути, мослаштирилган сут аралашмаси). Шу билан боғлиқ I фазада 2 даража гипотрофияда 5-7 кунга кундалик ккал/кг қисми, 3 даража гипотрофияда 1/3 қисми тайинланади.

2-даража гипотрофияда оксил ва углевод бўлиши керак вазнга, ег фактик вазнга тайинланади.

3-даража гипотрофияда оксил ва углевод бўлиши керак вазига тайинланади, бу курсаткич фактик вазига шу фактик вази 20% кушилганига тенг. Эпититни аста-секинлик билан янги овқатга мослаштириб (10-20 мл дан то ёш нормасига қадар) олиб бориш тавсия қилинади.

Болада тухтовсиз вази қўшилишига эришилганда ва 3-даража гипотрофиядан чиққандан сўнг, овқат ҳажми ва қиймати ҳудди 2 даража гипотрофиядагидек ҳисобланади. Пархезли терапия билан бир вақтда медикаментоз терапия ҳам олиб борилади. Медикаментоз терапия уз ичига, овқат ҳазм қилишни яхшилаш учун ферментлар тайинлашни олади. Буида 1-2% хлорид қислота пепсини билан 1 г.л. кунига 3 мартаба овқатдан олдин.

- Табиий ошқозон шираси 1 г.л. чорак стакан сув билан аралаштириб кунига 2-3 мартаба овқатдан олдин ичлади.

- Албумин Ч ёки Ч т.х кунига 2-3 маҳал овқатланишвақтида.

- Панкреатин кальций қорбанат билан 0.1-0.15х кунига 3 маҳал овқатланишвақтида.

- Панзинорм форте Ч дроже х кунига 3 маҳал овқатланишвақтида.

- Фестал Ч т. ёки 1 таб овқатланишвақтида ва бошқалар қўлланилади.

Даволаниш курси 10-14 кунни ташкил қилади. 2-3 даража гипотрофия оғир даражадаги анемия билан қўшилганда эҳтиёткорлик билан 5-7 мл.кг вазига кон трансфүзияси олиб борилади. Гипотрофияни даволаш болани муттасил парваришлашни, ижобий эмоционал тонусни ташкил этишни, зурлаб овқатлантирмасликни, етарлича очик ҳавода булишни талаб этади.

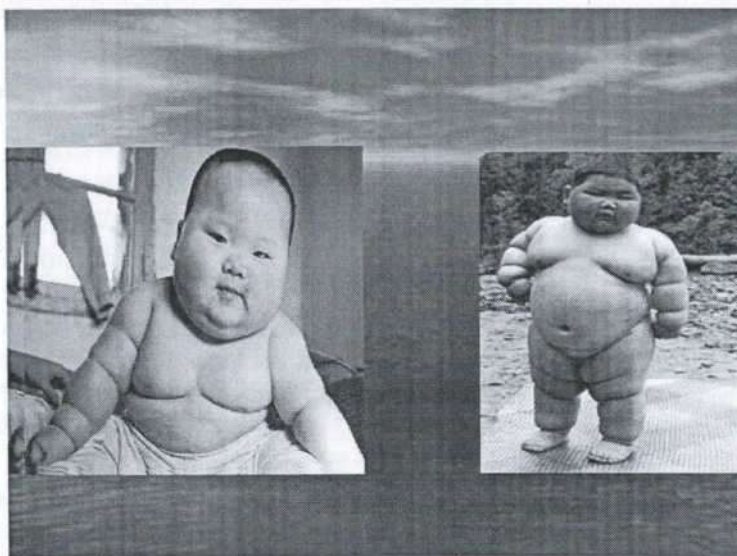
Гипостатура-(грек hupo-ост, пасти, statura-буй, катталик)-болани буй ва тана массаси жихатидан дистрофия учраши.

Этиология. Бу форма овқатланишни сурункали бузилиши, қонда буйича иккиламчи ва тиник бўлган юрак пороклари, нуксонлари, мия ривожланишидаги нуксонлар, энцефалопатиялар, эндокрин патологиялар ва наслий касалликлар. Гипостатурани сабабларини баргароф этилса (агар у мумкин бўлса) бу болалар ўзининг тенглошларига жисмоний ривожланиши буйича етиб оладилар. Гипостатура бирламчи оғир гипотрофиядан чиқиб етапи булйши ҳам мумкин. Гипотрофиянинг репарациясида тери ости ег қавати тикланади ва буй ҳам тез усади.

Патогенезида трофик жарасиларни нейрозидокрин регуляциясини иккиламчи бузилиши ахамиятлидир.

Клиника ва диагноз Бола ўзининг жисмоний ва психомотор ривожланишида ёш болаларникидай таасурат қолдиради. Тананинг узунлиги ёш

курсаткичларидан паст. Тери ости кавати коникарли. Психомотор ривожланишида орқада қолиши, тишлар чиқишини қечикиши ва суяк тўқимасини устидан орқада қолиши кузатилади. Боланинг биологик ёши календар ёшидан орқада ва мос равишда унинг тана оғирлиги ва бўйи орқада қолади. Бунда болаларда озикланишнинг сурункали бузилишлари сақланиб қолади. Бу эса гипотрофияни иккинчи даражаси билан характерланади. (9-расм). **Гипостатура билан касалланган бола кўриниши.**



Дифференциал диагноз: Гипостатурали болаларни гипокластик болалардан фарқлаш шарт. Гипопластик болаларда трофик бузилишлар тўқима ва мушаклар тонуси яхши. Уларни нерв-рухий ривожланиши яхши, овқатга толерантлиги ва иммунитети ҳам коникарли. Гипостатура нанизми хар хил курилишларидан фарққилишади: Нопропорционал, бунда скелетнинг кўпол патологияси характерли (хондродистрофия, рахит). Пропорционал, бунда катта ёшлиларда ривожланиши мумкин (гипофиз, церебрал, юракка алокадор).

Даволаш. Гипостатурани даволаниши дистрофияни сабабларини йўқотиш билан бўлади (бирламчи касаллик). Диетотерапия ўтказиш, гипотрофиянинг иккинчи даражасида қўлланган тамойиллардан келиб чиққан ҳолда.

Профилактика. Ўз вақтида юзага чиққан соматик ва нейроэндокрин

касалликларни коррекция қилишдан иборат, гипотрофиянинг оғир формасидан дарак берувчи.

Паратрофия. Озикланишни сурункали бузилиши. Тана массасини, йўқотилмаган ҳолда, модда алмашинувини бузилиши билан кузатилади. Тана массаси ва узунлиги нормада бўлади. Пропорционал равишда у ёки бу ёшкурсаткичларининг ошиши; ортиқча тана вазни билан ҳозирги вақтида дистрофияни кўп турлари билан таққосланади.

Этиология. Паратрофиянинг ривожланиши лимфатик-гипопластик ва экссудатив-катарал аномалиялар конституцияга имкон беради. Қисман инфекцияли касалликлар ва анемия паратрофияга олиб келади. Ҳомиладорлик даврида онанинг яхши овқатламаслигида, айрим метаболизм бузилишларида (масалан қандли диабетда) пренатал паратрофия ривожланади.

Паратрофия ривожланишининг асосий сабаби тўғри бўлмаган рационда болан асосий ингредиентлар билан нотўғри овқатлантириш. Углеводлар билан овқатлантириш (мослаштирилган аралашмаларни керагидан кўп қўллаш, қуруқ порошоклар билан каша билан бир неча бор озиклантириш, ширин чой ва шарбат билан кўп миқдорда озиклантириш). Оксил билан овқатлантириш (кўп миқдорда сугир сути, творог, оксил энпиты ва бошқалар.).

Болани қаровсиз қолиши.

Патогенези. Озикланишнинг нотўғри баланси ичакнинг функциясини бузади. Шу билан бирга метаболизмни бузилиши, маълум ичак ферментларининг йўқолиши (камайиши), дисбактериоз, эндоген интоксикация белгилари билан, анемия, ацидоз, гиповитаминозлар: Оксил, углевод (липогенезнинг ошиши ва анаболик эффектлар билан, гиперинсулизм), витамин, сув-туз алмасувининг бузилиши. Чидамлилиқни сусайиши, инфекцияларга тез чалинувчанлик.

Классификация. Пре ва постнатал формалари бор. Этиологик боғиқчлари-бошланғич прогрессивлашган, реконвалесценцияли. Оғирлик даражаси массанинг ўзгаришига боғлиқ.

Клиник кўриниши. Кўп ҳолларда гипотрофияга ўхшаш (масса ва тери ости ёғ қаватининг ҳам ривожланганлигидан ташқари) паратрофиянинг асосий белгилари: Тўқима трофикасининг бузилиши. Болалар озғин бўлиб кўринади, тери қоплами уларда оқиб, қуруқ баъзида қулранг, шишлар билан (оксилли озиклантириш) тўқималарнинг эластиклиги ва мускул тонуси, тери ости ёғ қавати етарлича ривожланган.

Алмашинув бузилишлари, кон плазмасида темир миқдори, фосфолипид кам, холестерин ошган, сув-электролит баланси ўзгарувчан - ҳар қандай касалликда бола тана массасини тез йўқотади. Нерв-психик бузилиши: кам ҳаракат, ўзгарувчан эмоционал тонус, ланж кам актив (апатияга якин ҳолатлар) безовта, ёшга боғлиқ ақл-фаросат ортда қолиши, иштаха яхши, баъзида пасайган. Асосий инфекциян касалликлар лимфатик-гипопластик ёки экссудатив диатезлар.

Рахит, анемия, гиповитаминоз белгилари. Клиник кўринишлари юқорида кўрсатилган симптомлар билан тери ости ёғқаватининг қалинлашуви асосан қорин соҳасида, сонда ва қўлларда бўлиши билан кузатилади.

Диагноз. Антропометрия, колиперометрия, психомотор ривожланиши баҳолаш билан қўйилади. Озикланишнинг сурункали бузилишларини йўқотиш (касалликка олиб келган сабабларни йўқотиш) гиповитаминоз, рахит, анемия.

Дифференциал диагноз. Пропорционал равишда бўй ва тана оғирлиги кўпайиши билан кузатиладиган болалар гипотрофиясини гипопластик турдаги болалар билан фарқлаш зарур. Паратрофияни бир неча наслий касалликлар билан фарқлаш керак, масалан илк ёшдаги семизлик билан кузатилувчи касаллик, синдром Бар де-Бидля (аутосом-рецессив наслий касаллик 16-хромосомада) нуксон бўлган). Синдром Альстрема (наслий аутосом-рецессив) семизликни бошқа типик нистагм, ретинопатия, нейросенсор соқовлик билан кузатилади.

Даволаш. Паратрофияда болани озиклантиришни нормаллаштириш керак. Рациондаги дисбалансни нормаллаштириши аҳамиятлидир. Озиклантиришга кўрсатма беришда болани ёши ва тана оғирлигига эътибор бериш керак. Болага соғлом тенгдошлариникидай овқат бериш керак. Оптимал агар бола сунъий, озиклантирилган бўлса мослаштирилган аралашмаларни қўллаш лозим.

Терапиянинг муҳим компонентларига киради: массаж ва гимнастика, доимий равишда сайр қилиш, стимулловчи терапия (пентоксил, дибазол ва витаминлар А, Е, В1, В2, В5В12), рационал профилактика: рахит ва анемияга қарши.

Прогноз. Кўп ҳолларда яхши. Рационал даволаш натижасида тузалади. Семиришнинг гиперпластик вариантыга мойил бўлади. Келажақда юрак-қон томир системаси, атеросклероз, қандли диабет касалликлари билан касалланиш эҳтимоли ошади.

Профилактика. Хомилдорлик патологияси ўз вақтида аниқлаб даволаш. Тутилгандан кейин эса болани оптимал озиклантириш. Хаёт шароитини

билан бирга ўз вақтида қўшимча овқатқўшиш керак. Ёшига мос равишда бўлиши лозим. Рахит ва анемияни профилактикаси ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Диспансеризация. Врач боладан тез-тез хабар олиб туриши керак. 2 ҳафтада 1 марта. Мутахассислар кўриши зарур. Қон анализлари, копрограмма билиш керак.

Квашноркор - гипотрофиянинг ўзига хос варианты бўлиб, ёш болаларда тропик мамлакатларда овқат таркибида оксиллари кам бўлган овқат истеъмол қилувчиларда келиб чиқувчи касаллик.

Квашноркор характерли симптомлари:

1. Нерв-психик бузилишлар (апатия, уйқучанлик, иштаханнинг йўқлиги);
2. Шишлар (бошланишидан гипопroteinемия ривожланади, кўл-оёқ, юзларда кузатилади);
3. Мушак массасининг камайиши то уларни атрофиясигача, тўқималарни - трофикасини пасайиши;
4. Жисмоний ривожланишдан орқада қолиш.

Дифференциал диагноз. Иккиламчи (симптоматик гипотрофия ва турли фондаги касалликлар билан (МИТ етишмовчилиги, Юрак ирсий ёки орттирилган синдром-муковисцидоз, целиакция, фенилкетонурия, галактоземия ва бошқа эндокрин ва нейроэндокрин бузилишлар).

10-расм. Квашноркор касалланган бола.



**ОГРИҚНИ ЎРГАНИШ ХАЛҚАРО АССОЦИАЦИЯСИ ТАЪРИФИ
БЎЙИЧА**

Оғриқ – кўплаб касалликлар белгиси бўлиб, тўқималарнинг шикастланиши ёки улардаги ўзгаришлар оқибатида нохуш, чидаш қийин сезги (сенсор) ва эмоционал зўриқишдир

ОҒРИҚ КЕЧИШИ БЎЙИЧА

ўткир оғриқ

сурункали оғриқ

ОҒРИҚ ХАРАКТЕРИ

Доимий (симпловчи) оғриқ яллиғланиш вақтида шиллик ва шиллик ости қаватнинг нерв элементлари доимий таъсирланиши оқибатида ривожланади

Даврий (периодик- вақт-вақти билан, кечаси) оғриқ ошқозон шираси гиперсекрецияси, привратник спазми оқибатида келиб чиқади

Хуружсимоноғриқ силлик мушаклар спастик қисқариши оқибатида келиб чиқади

Мавсумий оғриқ (куз ёки баҳорда) пайдо бўладиювқат, антацид ва спазмолитик дорилар қабул қилиш, хаяжонланиш ва жисмоний зўриқиш билан боғлиқ

6 ОЙГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ОҒРИҚ САБАБЛАРИ

ичак коликаси (ошқозон ёки ичакка ҳаво кириб қолиши)

чақалокларда ошқозон ёки ичак трактида тикилиб қолиш.

6 ОЙДАН КАТТАРОҚ БОЛАЛАР ҚОРНИДА ОҒРИҚ СИНДРОМИ САБАБЛАРИ

Гастроэнтерит

Грипп вақтида абдоминал синдром

Чов чурраси

Дисбактериоз

Дизметаболик нефропатия

МАКТАБГАЧА БЎЛГАН ДАВРДА ҚОРИН ОҒРИҒИ СИНДРОМИ САБАБЛАРИ

Қабзият

Сийдик йўллари инфекцияси

Пневмония, плеврит

Овқатдан захарланиш

Дизбактериоз

Аппендицит

МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ҚОРИН ОҒРИҒИ СИНДРОМИ САБАБЛАРИ

Гастроэнтерит
Ошқозон ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги
Панкреатит
Ўт йўллари дискинезияси
Холецистит ва холангитлар
Ўт тош касаллиги
Сийдик тош касаллиги
Коринга зарба олиш
Пневмония
Сийдик йўллари инфекцияси
Мальабсорция
Қабзият
Дисменорея

ИЧАК БИЛАН БОҒЛИҚ ОҒРИҚНИНГ УМУМИЙ БЕЛГИЛАРИ

Овқатланиш билан аниқ боғлиқликнинг йўқлиги (кўндаланг ичакни яллиғланиш касаллиги бундан мустасно – оғриқ овқат натижасида ичакнинг рефлектор қисқариши билан боғлиқ);

Ахлат чиқаришга боғлиқлиги;

Ахлат ёки газ чиқарилгандан кейин оғриқнинг камайиши

ОҒРИҚ ЛОКАЛИЗАЦИЯСИ

ЎНГ ҚОВУРҒА ОСТИ:

Холецистит

Ўт йўллари дискинезияси

Ўт коликаси- ўт тош касаллиги

Холангит

КИНДИК СОҲАСИ

Ингичка ичак тугилиши,

Чувалчансимон ўсимта яллиғланиши

Қорин аорта аневризмаси,

Мезентериал қон айланиш бузилиши.

ОҒРИҚ ЛОКАЛИЗАЦИЯСИ

Ўнг ёнбош ичак соҳаси:

Чувалчансимон ўсимта- аппендицит

Ёнбош ва кўр ичак- Крон касаллиги

Чов соҳаси:

Уругдон буралиши

Чов чурраси

Эпигастрал соҳа:

Қизилўнғач:эзофагит

Ошқозон, 12 бармоқли ичак- яраси

Ўт пуфаги: холецистит

Ошқозон ости бези: панкреатит

Ўпка: пастки бўлак зотилжами

Катталарда юрак-миокард инфаркти

ОҒРИҚ ЛОКАЛИЗАЦИЯСИ

Чап қовурга ости ва бел соҳаси:

Буйрак- коликаси, сийдик чиқариш йўллари инфекцияси

Талок-инфаркти

Гипогастрал соҳа:

Йўгон ичак- тутилиши

Чап ёнбош ичак соҳаси- пастга тушувчичамбараксимон ва сигмасимон ичак:

дивертикулит

Чов усти соҳаси:

Сийдик пуфаги- цистит

Бачадон ва унинг ортиклари:эндометрит, бачадон найлари ёрилиши, салпингоофорит ва б.

ОВҚАТ ХАЗМ ҚИЛИШ ТИЗИМИНИНГ ФУНКЦИОНАЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

Асаб тизимининг невроз кўринишида намоён бўлади:

Ошқозон таъсирланиш синдроми

Аэрофагия

Одатий қабзият

Йўгон ичак таъсирланиши

Ўт чиқарув йўллари дискинезияси

**Ошқозон ичак тизими касалликлари билан боғлиқ бўлмаган қоринда
оғриқ билан кечувчи касалликлар**

Қуруқ плеврит

Плевропневмония

Абдоминал эпилепсия

Юрак туғма нуқсонлари

Ревматизм

Тугунчали периартериит

БОЛАЛАРДАГИ СУРУНКАЛИ ГАСТРИТЛАР ВА ГАСТРОДУОДЕНИТЛАР

Сурункали гастрит (СГ)

Сурункали гастрит (СГ)– бу ошқозон шиллик ва шиллик ости қаватининг сурункали яллиғланишли қайталанувчи касаллиги, у хужайра инфилтрацияси, физиологик регенерация бузилишлари билан бирга содир бўлади. Мос бўлмаган даволашда СГ сёкин аста ошқозоннинг без аппарати атрофияси вужудга келиши ва секретор, мотор ҳамда инкретор функциялари бузилишларининг ривожланишига олиб келади. Терапевтик амалиётдан фаркли болаларда фақат 10-15%дагина СГ алоҳида касаллик ҳисобланади. Кўпинча дуоденит-гастродуоденит билан бирга келувчи антрал гастрит учрайди.

СГ тарқалиши жуда кенг – чамаси 30 дан 50% гача ер аҳолиси хасталанади. Болалардаги овқат ҳазм килиш тизими касалликлари ичида ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак касалликлари энг кўп тарқалган ва болалар гастрозентерологик патологиялари структурасида 58-65% ни ташкил этади ҳамда 1000 боланинг 100-150 тасида учрайди. *Helicobacter pylori* (HP) нинг болалар сурункали гастрити ва яра касаллиги этиологиясидаги етакчи ўрни исботланганлигига қарамадан патологик жараён вужудга келишига ва унинг келгуси амалга ошишига таъсир килувчи хавф омилларини ҳам инобатга олиш даркор.

СГ пайдо бўлишида экзоген хавфли омиллар:

- алиментар – “қурук овқат”, ўткир ва ковурилган овқатни истеъмол қилиш, оқсил ва витаминларнинг етишмовчилиги, озик қўшимчаларини ишлатиш, овқатланиш тартибини бўзиш ва бошқ.
- рухий эмоционал омил – стресс, депрессия
- экологик омиллар: атмосфера ҳолати, овқатда нитратлар мавжудлиги, ёмон сифатли ичимлик суви
- дори воситалари – ностероид яллиғланишга қарши дорилар (индометацин, ацетилсалицил кислотаси, кортикостероидлар ва х.)
- ёмон одатлар – чёкиш, алкоголь
- паразитар инфекциялар (асосан лямблиоз)
- овқат аллергияси ва маълум озик маҳсулотларини кўтаролмаслик
- тиш-жағ тизимининг коникарсиз ҳолати
- гормонал дисфункциялар

СГнинг эндоген омиллари:

- HP-инфекция
- сафронинг ошқозонга рефлюкси
- эндокрин издан чиқишлар

Юқори самарали терапевтик технологиялар, эндоскопия, ошқозон шиллик қаватини морфологик текширув, баъзи биокимёвий ва бактериологик услубларнинг ривожланиши гастритни қуйидаги мустақил турларга ажратиш имконини берди (**Сидней таснифи**):

А туридаги гастрит (эндоген, аутоимун гастрит)

Эндоген гастрит ошқозоннинг қопловчи хужайраларига нисбатан аутоантитаначалар ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Болаларда кам учрайди, фақат гастритнинг 1-3% ҳолларида. Гастритнинг ушбу

варианти учун ошқозоннинг танаси ва тубида жойлашган бирламчи атрофик ўзгаришлар, ошқозон секретиясининг камайиши, қонда гастрин микдорининг кўпайиши хос.

В туридаги (бактериал) гастрит

НР-ассоциирланган гастрит. Болаларда ушбу гастрит шакли барча гастродуоденал патологияларнинг 80-85% ни ташкил этади. В туридаги СГ патогенезида персистирланувчи НР инфекция ётади, бу кўпчилик беморларнинг ошқозони пилорик бўлимида ушбу микроорганизм топилиши билан тасдиқланади. Инфекция юкиши перорал овқат билан ёки эндоскопик манипуляциялар, зондлаш вақтида содир бўлиши мумкин (НР-инфекциянинг патогенезини сайтдаги педиатрия қисмидаги яра касаллигига бағишланган маърузадан қаранг).

С туридаги гастрит (реактив, кимёвий гастрит, рефлюкс-гастрит)

С гастрити патогенезида ҳал қилувчи ўринни ўт кислоталари тушиши билан кечадиган ва ошқозон шиллик қаватини ҳамда эпителийни шикастловчи дуоденогастрал рефлюкс эгаллайди. Ушбу вариантнинг бошқа сабаблари орасидан етакчи ўринни ностероид яллиғланишга қарши дорилар (ацетилсалицил кислота ва бошқ.) эгаллайди. Ностероид яллиғланишга қарши дориларнинг антипростогландинли таъсири оқибатида бикарбонатлар ва шиллик ишлаб чиқарилиши тўхтатилади, кейинчалик эрозиялар, микроциркуляция бузилишлари ривожланади.

Украина педиатрлари томонидан қўлланиладиган ва Украина ССВ тавсия этган (2000) СГ нинг замонавий таснифи “Сидней таснифи” га (1990) жавоб беради.

Болалардаги СГ одатда ирсий мойиллик ва юқорида кўрсатилган хавф омиллари мавжудлигида пайдо бўлади. СГ клиникаси турли-туман ва ошқозоннинг секретор, эвакуатор функциялари бузилиши хусусияти, боланинг ёши ва хусусиятининг ўзига хослиги билан боғлиқ. Кўзиш даврида хлорид кислотаси секретияси билан боғлиқ СГ нинг қуйидаги клиник хусусиятлари қайд қилинади:

Хлорид кислотасининг кучайган (ёки нормал) секретиясида (кўпинча В туридаги гастрит)

Оғриқ синдроми: жадал ва давомли, овқат истеъмол қилиш билан боғлиқ. Эрта оғриқлар фундагал гастрит учун, кечкурунги оғриқлар эса антрал гастрит учун хос. Тунги вақтдаги оғриқлар. Йил фасли, парҳез бузилиши билан аниқ боғлиқлик йўқ. Катта ёшдаги болаларда пайпаслаш вақтида эпигастрал соҳада ва пилородуоденал зонада ўртамиёна оғриқ қайд қилинади.

Диспептик синдром: “аччик” кёкириш, ҳаволи кёкириш, жигилдон қайнаши, қўнғил айниши, ич қотишларга мойиллик.

Носпецифик интоксикация ва астения синдромлари ўзгарувчан. Вегетатив ўзгарувчанлик, жиззакилик, руҳий ва физик зўриқишларда тезда чарчаш назарни тортади.

Хлорид кислотасининг кучсиз секретиясида (кўпинча А туридаги гастрит)

Оғриқ синдроми кучсиз ифодаланган, эпигастрал соҳадаги симилловчи тарқок оғриқлар хос. Овқатдан сўнг қориннинг юқори қисмида оғирлик ва тўлиш сезгиси; оғриқлар овқат сифати ва ҳажмига боғлиқ равишда пайдо бўлади ва кучаяди. Пайнаслашда эпигастрал соҳада кучсиз “тарқок” оғриқлилиқ.

Диспептик синдром оғриқ синдромидан устун келади. Овқат билан кўкириш, кўнгил айнаши, оғизда аччиқ ҳис қилиш, иштаҳа пасайиши, метеоризм, ўзгарувчан ич келиши кузатилади. Пасайган секретор фаолликка эга гастритда баъзи овқат маҳсулотларига (бўтқа, сутли овқатлар ва х.) жирканиш. Носпецифик интоксикация синдроми анча ифодаланган, астенция устун келади. Беморлар ранглар, овқат ҳазм бўлишининг ошқозон босқичи бузилиши ва ошқозон ости беши томонидан иккиламчи бузилишлар натижасида тана вазни камайган, оғир ҳолларда полигиповитаминоз кўринишлари, камқонлик пайдо бўлади. Мамлакатимиз педиатрик амалиётида ошқозоннинг кислота ҳосил қилиш функциясига катта эътибор берилади, у нафақат гастроэнтерологик патологиянинг клиник кўринишлари хусусиятларига таъсир этади, балки антисекретор терапия ва репаратларни асосланган ҳолда тайинлаш имконини беради.

Ошқозоннинг кислота ҳосил қилиш функциясини аниқлашнинг замонавий услуби меъда ичи рН-метриясидир. Бу услуб ошқозоннинг танаси ва антрал бўлими рН ни аниқлаш имконини беради. Ошқозон танаси нормал рН оч қоринга 5 ёшдан катта болаларда 1,7-2,5 ни ташкил қилади, гистамин юборгандан кейин – 1,5-2,5 га тенг. Кислотани нейтралловчи меъданинг антрал бўлими 5 дан катта рН га эга (Шабалов М.П., 1999). Яъни ошқозоннинг танаси ва антрал бўлимлари рН фарқи нормада 2 дан кўплиги компенсацияланган ҳолатни кўрсатади. Ушбу фарқнинг камайиши антрал бўлимининг нейтралловчи хоссаси пасайишидан ва ўн икки бармоқ ичак кислоталанганлигидан (декомпенсацияланган ҳолат) далолат беради. Баъзи, меъда ичи рН-метриясини амалга ошириш имкони йўқ даволаш-профилактик муассасаларда ошқозоннинг рН ни текшириш турли қитқовчилар ёрдамида фракцион усулда олиб борилади. СГ тушунчаси клиник-морфологик. Ошқозон зарарланишининг энг тўлиқ манзарасини меъданинг антрал, фундал бўлимлари ва бурчаги биоптатларини комплекс ўрганиш беради. Таъкидлаш жоизки, етакчи гастроэнтерологлар нуқтаи назаридан ошқозонни морфологик текширувдан ўтказмасдан гастрит ташхисини қўйиш қонунга тўғри келмайди. Морфологик текширувгача дастлабки ташхис сифатида ярасиз диспепсия терминини қўллаш тавсия этилади. СГ ни замонавий текширув схемалари гастрит тури, ошқозоннинг секретор функцияси, бола ёши, вегетатив нерв тизими ҳолати ва унинг руҳий-эмоционал аҳволига боғлиқ.

Болалардаги қорин оғриқларининг кўпчилиги психоген хусусиятга эга эканлиги инобатга олинса – СГ ташхисини эндоскопик ва гистологик верификация қилиш керак ва фақат шундан кейингина бирга қўшилиб келган

гастроэнтерологик, соматик ва рухий соматик патологияларни инobatта олибгина терапияни бошлаш зарур.

А туридаги гастритни даволаш тамойиллари

Меъёрга яқин ошқозон функция килиш шароитларини яратишга қаратилган ўрнини босувчи терапия, ошқозон шиллик кавати атрофик жараёнларини компенсациялаш амалга оширилади.

Терапиянинг асосий услуби – даво овқатланишдир. Кўзиш босқичида ошқозон шиллик парадасини функционал, механик, термик ва кимёвий асрашни таъминловчи №1а парҳези ва 5-6 марталик овқатланиш тайинланади. Рационда ошқозон шиллик парадасини китикловчи овқатлар (тузланган, дудланган, серёғ шўрва, маринад, ўткир зираворлар, ковурилган гўшт ва балик) бўлмаслиги керак. Беморлар кўпинча каймоги олинмаган сутни, узум шарбатини, каймоқни кўтаролмаслиги инobatта олинса уларни рациондан чиқариб ташлаш зарур. Туз, қуюқ чай ва қахва, уларнинг сунъий турларини истеъмолад килиш чекланади. Яллиғланиш бартараф килиниши билан фундал безларни секин аста ошиб боровчи функционал стимуляцияси кўрсатилган. Бу максатда №2 ёки хатто №15 парҳез тайинланади. Бунда гўштининг ва баликнинг ёғли навларини, кийин эрийдиган хайвон мойларини, ковурилган картошкани, куймоқсимон хамир овқатни, консервланган маҳсулотларни, дудланмаларни, ширинликларни қабул килиш чекланиши даркор. Сут янги нордон-сут маҳсулотлари (чучук катик, катик, творог, ўткир бўлмаган творог) билан алмаштирилади. Янги ва қора нон, ёғ ва ширинлик кўшилган хамирдан тайёрланган маҳсулотлар, каймоқ, қуюқ каймоқ, қарам, ичкада газ ҳосил килувчи узум истеъмоли чекланади.

Антихолинергик ва антацид воситалари А туридаги гастритда тайинланмайди. Оғрик ва диспептик синдром мавжудлигида метоклопрамидни, сульпиридни, но-шпани, бутилскополаминбромидни (бускопан) ичишга буюриш ёки м/о қўллаш яхши самара беради.

Қопловчи ва буриштирувчи ўсимлик воситалари: баргизуб баргларида тайёрланган дамлама, плантаглоцид гранулалари, дастарбош, мойчечак, ялпиз, кизилпойча, валериана илдизи кенг қўлланилади. Ўсимликлар дамламаси 1/3–1/2 стакандан қунига 4-5 маҳал овқатдан олдин 2-4 ҳафта мобайнида берилади.

Ошқозоннинг секретор функциясини стимуляция килиш максатида секретарияни стимуловчи комбинирланган ўсимлик воситаларини: гербогастрин, гербион меъда томчилари, баргизуб ва унинг дори воситаларини (пантаглоцид) қўллаш мумкин.

Ўрнини босувчи терапия учун хлорли-водород кислотасини, пепсинни ва бошқа воситаларни ишлатса бўлади. Ошқозон шиллик кавати трофикасини яхшилаш борасида микроциркуляцияни, оксил синтезини ва репаратив жараёнларни кучайтирувчи воситалар: никотин кислотаси дорилари, В ва С гуруҳи витаминлари, метилурацил, солкосерил қўлланилади. Кўшилиб келган мегалобласт камқонликда кўшимча равишда витамин В12 инъекцияси тайинланади. Кўзиш даврининг босилиш босқичида физиотерапия

услубларини, минерал сувлар билан даволашни қўллаш мумкин. Касаллик кўзиши йўқ бўлган даврларда беморларга санатор-курорт даво тавсия қилинади.

В туридаги гастритни даволаш тамойиллари

Кўпчилик ҳолларда В туридаги гастритларни НР чақириши инобатга олинса, бундай гастритни даволаш асосида хеликобактер инфекцияни эрадикация қилиш ётади. Антихеликобактер терапия схемаси бўйича маълумотлар яра касаллигига бағишланган маърузада тўлиқ келтирилган. Шу билан бир вақтда даволашнинг бошланғич босқичларида парhezли овқатланиш ўзининг аҳамиятини йўқотмади. №1 парhez тайинланади, у ошқозон шиллик пардасига механик ва кимёвий таъсирларни ўртамиёна камайтиради. Овқат қабул қилиш миқдори кунига 4-6 мартагача қўшайтирилади. Қўзиш даврида оғрик синдромининг жуда ҳам ифодаланганлигида спазмолитиклар – дротаверин (дротаверин-КМП, но-шпа, но-х-шпа), галидор, папаверин кўшимча тайинланади. Баъзи ҳолларда холинолитиклар – атропин, бускопан самарали. Ошқозон ширасининг юкори кислоталиги кўрсаткичларида селектив М-холинолитиклар гуруҳи антисекретор дори воситалари – пирензепин (гастроцепин) 4 ҳафтагача муддатга тайинланади. Мактабгача ёшдаги болаларда дори дозаси таблетка шаклида 12,5 г дан кунига 2 маҳал, мактаб ёшидагиларда эса 25 г дан кунига 2 маҳал.

Гистамин Н2-рецепторлар блокаторлари (фамотидин, ранитидин) 2 ҳафтагача берилди. 10 ёшдан катта болаларга фамотидин 0,02-0,04 г дан уйқудан олдин тайинланади. Антисекретор терапия курси тугатилишидан кейин фосфалюгел каби комплекс антацидлар қўлланилади, ёки гидроксид магнийли альгедрат сакловчи дори воситалари (альмагель, алмол, маалокс) берилди. Диосмектит (сметта) ни 2 ёшдан катта болаларда 6-9 г кунига сувдаги эритма кўринишида тайинлаш мумкин. Даволаш курси тугатилганданок эрадикацион терапиянинг самарадорлигини тасдиқлаш учун, асосан қолдиқ диспептик ва оғрик кўринишларида цитопротекторлар курси – скрalfат (антруксал, вентер) тайинланади. Сукральфат дозаси болаларда 0,5-1,0 г дан 4 марта қабул қилишга (тунда бир марта қабул қилиш шарти билан) бир ой давомида берилди.

Ошқозон ости шиллик кавати трофикасини яхшилаш мақсадида чаканда мойи, поливитами дори воситалари 3-4 ҳафтагача муддатга қўлланилиши мумкин. Комплекс терапияда 2-3 ҳафтагача траквилизаторлар – диазепам (седуксен, сибазон), тазепам ва бошқ. тайинлаш асосли бўлади. Ўсимлик седатив дори воситалари – валерьяна экстракти, персен самарали.

С туридаги гастритни даволаш тамойиллари

Моторика бузилишлари, дуоденогастрал ва гастроэзофагал рефлюкслар билан кечувчи С туридаги гастрит (рефлюкс-гастрит) ни даволашда метоклопраимд (реглан, церукал) ни тайинлаш кўрсатилган, у кардийнинг ёпувчи функциясини меъёрлаштиради. Метоклопраимд шунингдек ошқозон-кичидўнгач рефлюксини ҳам пасайтиради, ошқозоннинг бушатилишини тезлаштиради ва ошқозон шиллик каватининг шикастларга қаршилигини

оширади. Камдан-кам ҳолларда гиперкинетик ходисалар, уйқучанлик, кулоқдаги шовқинлар, оғиз шиллик каватлари қуруқлашуви каби ножўя таъсирлар кузатилиши мумкин.

Меъда моторикасини домперидон (мотилиум) нормаллаштиради. Бу дори воситаси *церукалга* нисбатан юмшоқроқ таъсир килади, ножўя таъсирлари кам. Гастроэзофагал рефлюксда селектив холиномиметик цизаприднинг қўлланилиши истикболлидир (юрак ўтказувчи тизими бузилишларида эҳтиёткорлик билан ишлатиш зарур). Ошқозон шиллик каватига сафронинг агрессив таъсирини нейтраллаш мақсадида фосфалогел тайинланади, у антацид таъсирдан ташқари ўт кислоталарини адсорбциялайди ва қоплаб олувчи таъсирга эга. Яхши цитопротектив таъсир килиш хусусиятига сукральфат (анкрусал, вентер, ульгастран, сукрейз) эга. Дори воситасининг рефлюкс-гастритда таъсир механизми шикастланган шиллик кават яқинидаги тўқималарнинг оксиллари билан комплекс бирикмалар ҳосил қилишдан иборат. Сукральфат пепсинни ва ўт кислоталарини адсорбция килади, шиллик каватнинг кислотали-пепсинли омилга турғунлигини таъминлайди. Цитопротектор таъсирга диосмектит (сметта) ҳам эга. Простогландинларнинг синтетик аналоги цитопротекторлари (сайтотек, арбопростил ва бошқ.) энг самарали. Таъсир механизми бўйича улар болаларда қўллаш учун истикболли бўлиши мумкин, сабаби базал ва стимуляцияланган меъда секрециясини пасайтиради, регенерацион жараёнларни стимуллади. Лекин, бу дори воситалари кўпинча диспептик ходисаларни, репродуктив тизим томонидан қатор номақбул самараларни, аллергия реакцияларни юзага чиқариши мумкин ва шунинг учун фақат эрозив гастрит мавжуд ўспиринларда қўлланилади. Алохида СГ лар ёки дуоденитлар болаларда кам учрайди, кўпинча биз гастродуоденит билан тўқнашамиз. Етакчи педиатрлар нуктаи назаридан келиб чиққан ҳолда гастроэнтерологик патология бўйича оғирлашган анамнези мавжуд болалардаги сурункали гастродуоденит яра олди ҳолати деб қаралади.

Сурункали гастродуоденит (СГД)

Сурункали гастродуоденит (СГД) – яллиғланишли хусусиятга эга сурункали рецидивланувчи касаллик, у ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак шиллик кавати ва без аппарати носпецифик структур қайта қурилиши (дистрофик, яллиғланишли ва регенератив ўзгаришлар), турли секретор ва мотор бузилишлар билан кечади.

СГД – сурункали гастродуоденал касалликларнинг энг кўп тарқалган шакли. Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак касалликлари структурасида 58-74% ни ташкил этади. Ташхислашда СГД ривожланиши хавф омиллари мавжудлигини ва ирсий мойилликни ҳисобга олиш керак. Касаллик клиникаси яллиғланиш жараёнининг босқичи ва ифодаланганлигига, ошқозон секретор функцияси, меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг мотор-эвакуатор бузилишларига боғлиқ. СГД кўзиш даврида, худди яра касаллиги сингари, оғрик, диспептик ва сурункали носпецифик интоксикация клиник

синдромлари учрайди. Клиник манзаранинг ўзига хослигини гепатобилиар тизим, ичак, ошқозон ости беги патологиялари белгилайди. Клиник симптомлар худди яра касаллигидагидек, лекин оғрик синдромининг мавсумийлиги йўқ, тунги оғриклар камдан-кам ҳолларда кузатилади. (11-расм)



11-расм.Гастродуоденит белгилари.

Оғрик синдроми. Қориндаги оғриклар энг хусусиятли, улар зиркировчи, узоқ давом этувчи, эрталаб оч қоринга ва овқатдан 1,5-2 соатдан кейин бошланади. Кўпинча ўткир, хуружсимон, қисқа вақтли оғрик бўлади, эпигастрал соҳада, ўнг қовурга равоғи остида, қиндик атрофида жойлашади. Овқат истеъмол қилгандан сўнг ва физик юкламадан кейин кучаяди.

Эрозив гиперацид СГД да оч қоринга, тунги ва кеч оғриклар кўшилиб келади. Пайпаслаганда эпигастрал соҳада тарқок оғрик, пилородуоденал зонада ижобий Мендел симптоми аниқланади, эрозияларда – мушакларнинг локал таранглашиши бўлиши мумкин.

Диспептик синдром: тез-тез кёкириш, жигилдон қайнаши, узоқ давом этувчи қўнғил айнаши, овқатдан кейинги оғирлик ҳиссиёти, оғизда аччиқ таъм, метеоризм, ич қотишлар, анча кам ҳолларда – ўзгарувчан ич келиши.

Носпецифик интоксикация синдроми: эмоционал лабиллик, тез-тез бош оғриклари, жиззаклик, умумий ҳолсизлик, астенизация. Замонавий шароитларда СГ ва СГД ни даволашда, адекват ташхисотни ва даволашни олиб бориш учун етарлича параклиник текширув услубларини бажариш лозим:

Лаборатор текширувлар: а) мажбурий (бир марталик): • қоннинг клиник тахлили; • сийдикнинг клиник тахлили; • умумий оқсил ва қоннинг оқсил фракциялари; • *Helicobacter pylori* га тестлар (тез уреазли, бактериологик, нафас уреазли тест, серологик (ИФА), нажасдаги НР антигени концентрациясини тахлили, ПЦР); б) зарур бўлганда: • нажасни яширин

конга текшириш (Греггерсен реакцияси); • биоптатларни гистологик таъхисот услубини қўллаган ҳолда гистологик (цитологик) текширув — “олтин стандарт”; • иммунограма;

Инструментал текширувлар ва таъхисот мезонлари:

Мажбурий:

- фиброзофагогастроуденоскопия, мўлжалли биопсия ва НР экспресс диагностикасини ўтказиш билан (эрозия СГД да -икки марта);
- ошқозон ичи РН-метрияси (ёки ошқозон таркибини фракцион текшириш) — бир марта;
- корин парда бўшлиғи аъзолари УТГ — қўшилиб келган патологияни аниқлаш учун бир марта.

Зарур бўлганда:

- ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакни рентгенологик текширув (мотор-эвакуатор бузилишлари, ривожланиш аномалиялари);
 - реография;
 - қўшилиб келган патология хусусиятига мос равишда бошқа текширувлар
- Даволашнинг асосий тамойиллари одатда СГ терапияси тамойилларига ўхшаш ва касаллик даври, клиник-эндоскопик ўзгаришлар хусусияти, ошқозон секретор функцияси ҳолати ҳамда меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг мотор-эвакуатор функцияси бузилишларига боғлиқ бўлади. Қўзиш даврида даволаш (стационар ёки амбулатор), физик фаоллик тартиби шароитларини аниқлаш зарур. Бемор ҳолатини ҳисобга олган ҳолда парҳез тадбирларини тайинлаш (стол № 1 ёки № 5).

Комплекс терапия таркибига киради:

- НР мавжудлигида: эрадикацион анти-НР-терапия (одатда 7 кун мобайнида);
 - Антисекретор дори воситалари: гистамин Н2-рецепторлари блокаторлари 2-3 ҳафтага, селектив М1- холинолитиклар (пирензепин 4 ҳафтага). Зарур бўлганда цитопротектив ва сорбцион самарали антацидлар 10-14 кунгача қўшилади. Сметта 1 пакетдан кунига 3-4 марта;
 - Прокинетиклар (домперидон) рефлюкслар ва дуоденостаз бўлганда тайинланади — 10 кунга.
 - Спазмолитиклар (дротаверин, папаверин, метацин) — 7-10 кунга;
 - Седатив дори воситалари ва транквилизаторлар, ўсимликдан ишлаб чиқарилган тинчлантирувчи воситалар.
- Антисекретор дори воситалари тўхтатилгандан кейин репаратлар — сметта, сукральфат, ликвитрон, чаканда мойи 4-6 ҳафта муддатга тайинланади. Бир вақтнинг ўзида ёндош ошқозон ости беги патологияси фермент дори воситалари тайинлаш билан даволанади. Ўспиринларга ичак спазмолитиклари (дицетел, пинаверий бромид) бериш мумкин, ич қотишларда ич бўшаштирувчи дори воситалари (макрогол) ва бошқалар тайинланади.
- Касаллик қўзиш даврида физик даволаш услублари қўлланилади — электродаволаш, иссиқлик билан даволаш. Ошқозон ва ўн икки ичак мотор-эвакуатор функциясини меъёрлаштириш ва ошқозон шиллик пардаси

- трофикасини ошириш учун лазер ва магнит-лазер терапия қўлланилади.
- Номедикаментоз даволаш услублари ичидан рефлексотерапия қўлланилади.
- Клиник ремиссия даврида: фитотерапия, бальнеотерапия, физиотерапия, ЛФК, ноанъанавий номедикаментоз терапия. Стационарда бўлиш муддатлари ўртача 21 кун (эрозив СГД да – 28 кун).
- Стационар даволашни маҳаллий гастроэнтерологик санаторийда давом этиш мақсадга мувофиқ.
- СГ ва СГД да диспансер кузатув охириг қўзиш вақтидан 5 йил мобайнида, кўриқдан ўтказиш йилига 2 мартадан кам бўлмаслиги керак.
- Беморларни врач-педиатр 6 ойда 1 марта ва педиатр-гастроэнтеролог бир йилда 1 марта кўриқдан ўтказди. Фиброгастроуденоскопия йилига 1 марта бажарилади. Эрозив СГД да текширув сони йилига 3 мартагача кўпайтирилади, эндоскопик текширув эса йилига 2 марта.
- СГД ёки СГ билан касалланган бемор болани диспансер ҳисоботдан чиқариш 5 йиллик клиник-рентгенологик ремиссия шароитида амалга оширилади.

Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги

Яра касаллиги –сурункали рецидивланувчи касаллик бўлиб, меъда ва 12 бармоқ ичкада ярали нуксон шаклланиши, маҳаллий химоя факторлари ва агрессия ўртасидаги мувозанатни бузилиши билан характерланади.

Этиология ва патогенез: Яра касаллиги ривожланишида турлича бир нечта яра олди ҳолатлари мавжуд. Буларга киради: 1.Овкатланишдаги бузилишлар: овкат кабул қилишда шошилиш, қуруковкатланиш, дагал овкатлар ката микдордаги овкат, овкат ва ичимликнинг жуда иссиқ ёки совуқбўлиши, ораси узок муддат бўлган тартибсиз овкатланиш. 2.Дуоденит белгиларини чакирадиган лямблиоз. Бунда нерв-рефлектор характердагибузилишлар шилликкаватда дистрофик ва деструктив ўзгаришларга олиб келади. 3.Сурункали инфекция ва интоксикация ўчоқлари ва бошқошқозон ичак тракти ёки бошқа орган ва системалар касалликлари.

Бир қанча дори моддаларни кабулқилиш, масала, ацетилсалицил кислотаси, анальгин, сульфаниламидларни, цитостатик ва глюкокортикоид препаратлар яра касаллигидаги кечиши бўйичафарккиладиганошқозонўткир ярасини кўзғалишига олиб келади. Препаратни тўхтатиш ярани тез битишига олиб келади.

Яра касаллиги генезида ирсий ва аллергия табиатли ёки аллергия компонент хақида тахминлар бор. Кейинги йилларда яра касаллиги ривожланишида кампилобактер роли хақидаги савол устида иш олиб борилмоқда.

Полиморфизм ошқозоншилликкавати эпителийсига, айниқса антроз кисмида (бу ерда шиллик ишқорий реакцияда) адгезия бўлиш қобилиятига эга бўлиб, унда шиллик секрециясини бузилишига, шилликкават хусусий пластикасида лимфоцитлар ва плазматик ҳужайралар инфилтратциясини

чакиради. Натижада антрал қисмда юзаки гастрит намоён бўлади. Бунда каптилобактерга нисбатан специфик бўлган Ig-антитело ишлаб чиқарилиши содир бўлади. Организмни жавоб реакцияси сифатида микроциркуляция ва регенерация жараёнлари бузилиши, ёрқин яллиғланиш жараёни билан шиллиққаватга лимфоцитлар, нейтрофиллар, плазмоцитларнинг массив миграцияси юз беради. Шиллиқдан химоя барьерларини ишлаб чиқарилиши кўпроқ бўзилади, юзаси очилиб қолган шиллиққаватга ошқозон шираси агрессияси учун шароит яратилади, некроз келиб чиқади ва яра пайдо бўлади. Микроорганизмнинг узок муддат персистирланиши яра касаллигини қайталанишига ва рецидивга олиб келади. Яра касаллигини ривожланишида марказий ўринни пўстлок ва пўстлок ости ҳосилаларини физиологик муносабатларини бузилиши, узок муддатли психоэмоционал зўриқишда (мактабдаги ката зўриқиш, оилада ва мактабдаги қарама-қаршиликлар ва бошқалар) кортико-висцерал механизмларнинг йўқбўлиши эгаллайди.

Дестабиловчи омиллар таъсири остида МНС, парасимпатик ва симпатик нерв системаси ва гипоталамо-гипофизар система, айниқса ўсаётган организмда уларнинг тикланиши даврида зарарланишида адаптив ўзгаришлар бузилиши содир бўлади.

Адашган нерв фаоллигини гастрин ишлаб чиқарувчи хужайралардан (С-хужайра) ва гистамин ишлаб чиқарувчи хужайралардан (Eс1-хужайра) гистамин ишлаб чиқарилиши ортишига олиб келади. Бунинг натижасида ошқозон секрецияси ва пепсин, ошқозон ости бези ферментлари стимуляцияси содир бўлади. Шу билан бир вақтда кислота ҳосилбўлиши ва ошқозон секрецияси ва пепсин протеолит фаоллиги, яна ошқозон ости бези ферментлари протеолитик фаоллиги, ўт ажралиши стимуляцияси содир бўлади. Кислота ҳосил бўлиши ва ошқозон шираси фаоллиги стимуляцияси соматроп, тиреотроп ва адренкортикотроп гормонлари билан гипоталамо-гипофизар система орқали юз беради. АКГТТ ишлаб чиқарилиши ортади, буйрак усти безида кортизол ажралиши ошади, бу ошқозоншилликқавати кислота ишлаб чиқариши ортишига ва репаратив хусусиятларини пасайишига олиб келади. Стресс таъсирида содир бўладиган катехоламинлар ишлаб чиқарилишининг оқибати томир тонусининг ўзгариши, микроциркуляция бузилиши, ошқозоншилликқавати гипоксияси, трофик бузилишлар ҳисобланади. Маҳаллий гормонал механизмлар бузилиши ахамиятга эга: ошқозонда кислота ҳосил бўлишини ингибиция қилувчи гастроинтестинал гормонлар (секретин, панкреозилин, холецистокинин ва бошқалар) ишлаб чиқарилиши камаёди. Кислота ва пепсин ҳосил бўлишига нерв-гуморал таъсирнинг охириги натижаси шиллик қават асосий ва парентал хужайралари гистамин рецепторлари кўзғалиши ҳисобланади. Бу ЦАМФ (АТФдан) нейрогуморал таъсирини, оксидланиши қайтарилиш жараёнлари ферментлари стимуляцияси, туз кислота ва пепсиноген синтези кучайишини реализациясидаги хужайра ичи колит омили ортишига олиб келади. Кислоталилиги ва протеолитик фаоллиги ортган ошқозон шираси билан I2-бармоқ ичак ёки ошқозон шиллик қаватининг узок муддатли

контактли (ошқозон ичак тракти физиологик сфинктерлари дисплазияси, эпигастрал ва интрадуоденал босим варф ортиши туфайли) шиллик кават деструкциясига (ёки уни кучайишига) олиб келади. Бунинг натижасида ошқозондан тушаётган нордон суюкликни ошқозон ости беги секретива шиллик билан ишқорланиши ўз вақтида содир бўлмайди, шиллик кават «химоя баръери» вазифасини ўтайдиган муцин камаяди (у туз кислотасини боғлайди, пепсинни адсорблайди, пептик қайта ишланишини ингибиция килади).

Қуйида кўрсатилган бузилишлар йиғиндиси ярали дефектни шаклланиши ҳисобланади. Яра касаллиги-полиэтиологик касалликларга кирди, яра касаллигини ривожланишида наслий мойиллик алоҳида ўрин тўтади. Ҳозирда яра касаллигига олиб келувчи аниқ генетик факторлар аниқланган. I-ўринда меъда ширасини юқори агрессивлиги қуйидагиларда кўринади:

1. Хлорид кислотасини юқори даражадаги секрецияси.
 2. Пепсиноген I ни қон зардоби ва сийдикдаги юқориконцентрацияси.
 3. Стимуляцияга жавобан гастринни ортикча ишлаб чиқарилиши.
 4. O(I) қон гуруҳидаги инсонлар бошқаларга қараганда 1,5 марта кўп касалланар экан, касаллик уларда оғир ўтади.
 5. Меъда шираси билан бирга шилликкават гликопротеинлари ишлаб чиқарилиши 1,5 баробар ортади.
- Яра касаллигига қарши ишлаб чиқарилган генетик гетерогенлар уларни ҳосил бўлишини камайтирмайди.

Алоҳида қимматли маълумотларга қон зардоби ва плазмада пепсиноген-I ни бўлиши, ушбу фактор аўтосом доминант типда 50 % кизилўнғач ярасида аниқланади. Унинг борлиги яра ҳосил бўлишини 8 марта ортиради.

Ташқи этиологик факторлардан: *Helicobacter pilori* катта аҳамиятга эга, лекин яра касаллигида эпидемиологик характерда эмас.

Бошқа экзоген факторлар: Алиментар, невроген, психик, зарарли одатлар ва бошқалар яра касаллигини ҳосил бўлишида муҳим аҳамиятга эга. Шу билан бирга улар касалликни авж олдириб кечишини оғирлаштириш мумкин.

Классификация (Баранова АА. 1996й)

Жойлашиши	Клиник ва эндоскопик босқич	Касалликни кечиши	Асорати
Меъда:	Авж олиш	Енгил	Қон кетиш
-медиагастрал	I янги яра	ўрта оғир	Перфорация
-пилорогастрал			

12 бармокли ичак: -Бульбар -постбульбар	2 эпителизация боскичи Сусайиш боскичи 3 –ярани битиши -чандиксиз -чандикли яра-чандикли деформация Ремиссия	Огир	пенетрация стеноз перивисцерит
Меъда ва 12 бармок ичак			

КЛИНИКА:

Ошқозоннинг танасида ва туби соҳасида яра жойлашганда ошқозон ости беzi етишмовчилиги аникланади. Яра пилородуоденал қисмда жойлашганда шилликкаватнинг барча специфик функциялари одатда бир қанча ортган бўлади.

Болаларда яра кўпроқ 12 бармок ичакда жойлашади (ошқозонга нисбатан 6-12 марта кўпроқ). Ошқозон яраси 12 бармок ичак яраси, яна эрозив дуоденит билан бирга келиши мумкин. Эрта ёшдаги болаларда касаллик атилик кечади. Бола қанчалик ёш бўлса специфик шикоятлар шунча кам бўлади. Катта ёшли болаларда симптоматика катталарга ўхшаш бўлади, лекин кўпроқ яширин кечади. Кўпгина ҳолларда характерли ярали анамнез бўлмайди, бу болаларнинг оғрикни тез ўтиши, уни ажрата олмаслиги уни жойлашиши чакирувчи сабабларни кўрсата олмаслиги билан тушунтирилади. Баъзан касаллик ўт йўллари дискинезияси сурункали гастрит ва бошқалар каби узок вақт мунозарада бўлади.

Асосий шикоят оғрик ҳисобланади. Бу симптомнинг намоён бўлиши ёшига, индивидуал хусусиятлари, беморнинг нерв ва эндокрин системаси ҳолати, яра дефектини анатомик хусусияти, гастродуоденал система функционал бузилишининг намоён бўлиши даражасига нисбатан турлича бўлади. Дастлаб оғрик ноаниқ характерда бўлади. Баъзан эпигастрит киндик соҳасида, баъзан эса қоринда тарқалган ҳолатда жойлашади. Кейинчалик оғриқдоимий, интенсив, тунги ва «оч қорин» характерда бўлиб қолади.

Диспептик бузилишлар болаларда кам учрайди, катталарга нисбатан. Ундан ҳам камроқ жиғилдон кайнаши, кёкириш ва гиперсаливация бўлади. Касаллик давомийлиги ортгани сари қуйидаги диспептик бузилишлар частотаси ортади. Кўпчилик болаларда иштаха бўзилмаган бўлади, лекин оз беморларда у пасайган. Охирги ҳолатда жисмоний ривожланишдан бир оз орқада қолиш бўлиши мумкин (озиб кетиш). Бир қанча оғрик хисси туфайли яра касаллиги ривожланишида эмоционал лабиллик, уйқу бузилиши кучаяди. Тез чарчаш пайдо бўлади, астелиа ҳолат ривожланиши мумкин. Ич қотиш ёки доимий бўлмаган ич келишига мойиллик аникланди. Гипергидроз, артериал гипотония, дермографизм характерини ўзгариши, вегетатив нерв системасининг парасимпатик қисми таъсири туфайли унинг фаолияти

бузилиши хақида маълумот берувчи брадикардия кузатилиши мумкин. Тилнинг қараш боғлагани, пальпацияда корининг пилородуоденал соҳасида оғриқаниқланади. Болаларда яра қаерда жойлашмасин оғриқ эпигастрит соҳасида, баъзан унڭ қовурга остида аниқланади. Мускул химояси симптоми болаларда ва усмирларда нисбатан кам, кўпроқ кучли оғриқ пайтида кузатилади. Қайталаниш фазасида Мендель нинг «болгачасимон» симптоми мусбат ҳисобланади. Баъзан оғриқ VII – XI кўкрак умурткалари киррали усимтаси соҳасида (Оппенковский симптоми) ва III бел умурткалари кундаланг усимталари соҳасида (Гербет симптоми) аниқланади. Ярадан қон кетганда ахлатни яширин қонга беркинишида реакция мусбат аниқланади.

Яра касаллигида меъда ва 12 бармоқ ичак шиллиққаватида ярали нуксонбўлиши билан характерланади. Ярани ҳосил бўлиши аста-секин ривожланувчи жараён бўлиб, буида яра олди ҳолатини ретроспектив баҳоланганда яра олди ҳолати биринчи меъда оғриги шикоятлари билан намоён бўлса тугалланиши –ярали нуксон. Бу даврни давомийлиги ўртача 5 йилгача кечади. Яра олди ҳолатини ярали нуксонбўлмасдан ташхис қуйиш кийин, лекин яра шаклланишида бир неча критерийлари ёрдам беради .

1. Ирсий мойиллик айниқса 1-авлодда яра касаллиги бўлса;
2. Ошқозон кислота ҳосил қилувчи функцияси ортиб кетиши;
3. Пепиноген -I ни қон ва сийдикдаги микдорини ортиб кетиши;
4. Меъда ширасида бикарбонатлар секрециясини йўқлиги;

Ретроспектив таҳлиллар шунини кўрсатдики, яра касаллиги болаларда сурункали гастродуоденитдан сўнг ривожланади.

Яра касаллигини клиник кўриниши

Яра касаллигини асл кўринишида оғриқ синдроми характерланади. У асосан ўзгача оғриқ ритми билан ажралиб туради. Оғриқлар наҳорда ёки овқатдан 1,5-2 соат ўтгач пайдо бўлади, баъзан кечалари безовта қилиб, асосан овқат истеъмолидан сўнг оғриқлар қамайиб ёки йўқолиши билан характерланади. Оғриқлар антацид ёки спазмолитиклар қабулқилгандан сўнг ҳам йўқолиши мумкин. Оғриқлар суёт ёки кучли бўлиши мумкин. Кучли оғриқлар асоратланмаган яра касаллиги учун ҳос эмас. Оғриқлар эпигастрал соҳада бўлади, баъзан унڭ туш, юрак соҳаси ёки унڭ бел соҳасига тарқалиши мумкин. Диспептик ўзгаришлардан асосийси зарда бўлиш, бу ҳолат кўпроқ рефлюкс эзовагит билан боғлиқ. Баъзи ҳолларда кёкириш ва нордон таъмли қусиш бир марта кузатилиб, беморга енгиллик ҳиссини олиб келади. Қайт қилишқайтарилган ҳолатларда пилородуоденал стенозга шубҳа қилиш керак. Кўнгиш айниш яра касаллигига ҳос эмас, иштаҳаси яхши бўлади. Пальпацияда оғриқ эпигастрал соҳада аниқланади, баъзан локал оғриқни пилоробўльбар соҳада аниқлаш мумкин. Болалар яра касаллигида Мендель симптоми ҳос эмас, Баъзан усмирларда ваготония белгилари кузатилади: – совуқ нам қафт, гипергидроз, акрацианоз, А/Бни пасайишга мойиллиги, пульс бекарорлиги.

Яра касаллиги кечишига кузги бахорги мавсум хосдир, бу нейрогуморал регулятор механизмларни ва организм реактивлигини метеорологик ностабил даврда ностабил бўлиши. Бу даврийлик доим кузатилмайдди, кишда ва ёзда касаллик авж олиши кузатилмайдди. Яра касаллиги классик кечиши амалиётда камида 5% болаларда кузатилади. Беморларнинг кўпчилиги оғрик синдроми ва унинг жойлашишини аниқ айтиб бера олмайдилар, 5% болаларда умуман шикоятлар бўлмайди (ухлаётган ёки соков яра) 3% беморларда касалликнинг дастлабки босқичларида асоратлар билан бошланади (кон кетиш, перфорация). Бола ёши канча кичик бўлса яра касаллиги шунча кам белги беради, яра касаллиги кечиш оғирлигини ярани битиш муддати, асоратлар бор йўқлиги, ремиссия давомийлиги билан белгиланади.

Енгил кечишида ярани битиши 1 ой, ремиссия 1 йил.

Ўртаоғир кечишида: узок муддат битиши билан характерланади 1 ойдан ортиқ ремиссия киска муддат камида 1 йил.

Оғир кечиши – асоратларни борлиги билан, (доимий рецидивлар йилда 2 марта қайталаниш,) мураккаб ва асоратланган яралар билан, узок муддат битиши билан характерланади.

Ташхис:

Яра касаллиги билан касалланган болаларнинг кўпчилигида ошқозоннинг секретор функцияси секретция хажмини, ошқозон шираси кислоталилиги, эркин туз кислотаси дебит соатини ортиши ва кескин фаоллигининг факатгина соатлик зўриқиш порцияларида эмас, балки базал секретцияларда ҳам ошганлиги билан характерланади. Умумий кислоталилик эргилиги, эркин кислоталилик эгриси ҳам эгрисимон кўринишда. Кислоталилик ва секретциянинг юкори кўрсаткичлари одатда касаллик жуда узок чўзилган каттарок ёшдаги болаларда кузатилади. Касалликнинг қайталаниш даврида нордон протеиназалар хусусан рН таъсирининг кенг оптимумига эса шу туфайли септик фаолликни узоквакт сақловчи гастритни миқдори кескин ортади. Ошқозон ширасининг нормал ва паст кислоталигига юкори кислоталиликка нисбатан камроқ кузатилади.

Даволашдан сўнгоғриклар йўқолганда ошқозоннинг секретор функцияси нормал яхшиланиб қолади. Гиперсекретция гиперхлоргидрияга нисбатан бир канча илгарирок йўқолади.

Асоратланмаган яра касаллигида бир канча беморларда эритроцитлар миқдорини ортиши кузатилади, лекин яширин кон кетишларга нисбатан постгеморрагик гипохром анемия ривожланиши мумкин. Бу ўзгаришлар даволашдаг сўнг йўқолади, СОЭ нормал, асоратларда (яра пенитрацияси, ёмон сифатли ўзгаришлар) – ортан.

Яра дефектини аниқлашда ва яра касаллигини тасдиқлашда асосийси эзофагогастродуоденоскопиядир. Эндоскопия ўтказиш мумкин бўлмаганда барий билан рентгенологик текширувга тавсия қилинади. (токча симптоми, бурмалар конвергенцияси, органнинг чандикли деформациялари аниқланади). Қуйида кўрсатилган тўғри белгилардан ташқари, билвосита рентгенологик симптомлар катори мавжуд: нахорги гиперсекретция, 12-

бармоқ ичак пиёзчаси деформацияси унинг барийни бир зумда ўтказиши билан намоён бўлувчи таъсирчанлиги, пилородуоденоспазм спастик перистальтика ва бошқалар. Ярани аниқлашда баъзан мускулатура спазми, шилликкаватини сезиларли шиши, яра дефектида овкатколдиклари бўлиши, коншиллик колдиклари бўлиши ва бошқалар текширувни қийинлаштиради. Шунинг учун беморнинг горизонтал ва вертикал ҳолатида фармокологик моддалар (азрон, атропин, метацин ва бошқалар) қўллаб гипотония ҳолатида рентгенологик текшириш тавсия этилади.

Кўпроқ тоқча пиёзчанинг орқа деворида майдаланади. Яранинг постбульбар (пиёзчада эмас) жойлашиши бульбодуоденал ўтиш ва ундан дистал соҳада жойлашиши мумкин. Ошқозонда тоқча кўпроқ субкардиал қисмда камроқ тана ва ундан камроқ антрал ва перипилорикқисмда жойлашади.

Дифференциал таъхис. Яра касаллигини сурункали гастрит ва гастродуоденитдан фарқлаш керак. Яра касаллигига катта миқдорда қайт қилиш ва қўнгил айниш «оч қоринга» оғрик характерли. Қийинчилик ҳолатида эндоскопия ва рентгенологик усуллар ёрдам беради.

Таъхис эндоскопияда ярали нуксонни меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги аниқланиши билан қўйилади. Кўпинча яралар 12 бармоқ ичак яранинг пиёзчаларида олди ёки орқа деворини бульбапилородуоденал ўтувчи қисмида, баъзан эса меъданинг пилороантрал қисмида ёки кичик букрилигида меъданинг олд ёки орқа деворида жойлашган бўлади. Меъда ва 12 бармоқ ичак қўшма яралари 6 % болаларда учрайди, ҳажми бўйича кичик диаметр 0,5 см, ўрта 0,5-1 см, йирик 1,0-2,0 см, гигант 2,0 см бўлади. Одатда 0,4-1,2 см бўлади.

Эндоскопик янги яралар (1 босқичда айлана, овал ёки нотўғри қўринади) шилликкаватни чуқур дефекти фибринли оқ қарашлар билан қопланган, ялиғланиш чегараси билан ажралган бўлади. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра бошқашилликкаватларида ҳам фаол ялиғланиш белгилари бўлади. Эпителлизация фонида (2 босқич) шилликкаватни гиперэмияси қамаяди, яра атрофидаги шишлар қамаяди, қирғоқлари қаттиқлашиб марказ томон сурилади, ҳажми ва чуқурлиги қамаяди нуксонтуби фибриндан тозаланади, яра қизил оқ худди тузга қалампир сепилгандек бўлади.

Ярани битишида нуксонўрнида аввал қизил қандиқ (3 босқич) тўғри ёки юлдузсимон, деворлари деформацияси ёки ўзгаришсиз бўлади нуксон битишига қарамай актив ялиғланиш белгилари сақланиб қолади унинг тиканиши 2-3 ой давом этади, яра ўрнидаги қандиқ оқаради. Ярани битиш муддати болаларда меъданики 23 кун, 12 бармоқ ичакники 28 кун.

Рентгенологик текширувлар барий билан зарурий таъхислаш ҳисобланмайди агар асоратланмаган бўлса, агар у ўтқазилса ноша симптоми қўринади –контраст орган деворидаги нуксон тубига чўқиб қолади.

Меъдани секретор функцияси базал ва стимулланган фраксияларда ортиб боради антрал соҳани нейтралловчи хусусиятқамаяди. 70%беморларда қизилўнғачни зарарланиш белгилари бўлади. Меъда

секрециясини текшириш яра касаллигини диагностик усул хисобланади, лекин у функционал бузилишни билдириш мумкин, бу эса даволашда қўлланилади.

Нр ни текшириш яра касаллигини асосий диагностик усулларида бири хисобланади.

Ярадан қон кетаётганда ташхислаш методлари алгоритми қуйидагича бўлади: анамнез йиғиш, беморни кўриш, қон гуруҳини аниқлаш, резус факторни, эндоскопия ва зарур бўлганда рентгенография меъда ва 12 бармоқ ичак, қорин бўшлигини УЗИ си.

А с о р а т л а р и.

- Қон кетиш.
- Перфорация.
- Пенетрация.
- Стеноз.
- Панвисцерит.

Такқослама ташхис:

Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги аниқланганда уларни симптоматик ёки ўткир яралар билан такқослаш зарур, қайсики улар ноқулай шароит ва сурункали рецидив кечишга моил бўлмаган ҳолатда ҳосил бўлади.

Гастродуоденал яранинг қуйидаги турлари фарқланади:

1. Стресси.
2. Медикаментоз
3. Гепатоген
4. Панкреатоген
5. Эндокрин
6. Золингер Элисон синдроми –гастрин ишлаб чиқарувчи ўсма (гастринома) ошқозонни ости безида жойлашган баъзан бошқа жойларда 16% ҳолатда яхши сифатли.

Даволаш.

Даволашни стационар ҳолатида ётоқ тартибига 2-3 ҳафта мобайнида амал қилган ҳолда ўтказиш керак. Факатгина овқат хазм қилиш тракти ҳаракат фаоллигига яхши таъсир этувчи жисмоний тинчлик шароитигина эмас (ошқозон ва 12-бармоқ ичак моторикаси ва тонуси, интрагастрал ва интрадуоденал босим пасаяди, қон билан таъминланиш яхшиланади), рухий тинчлик ҳолатини ҳам яратиш керак.

Буларнинг ҳаммаси оғрик синдроми пасайишига ёки тўхтатишга имкон яратади, репаратив жараёнларни яхшилайдди. Асосий эътибор даволовчи овқатланишга қаратилади: максимал даражада химик ва механиккайта ишлаш, термин китикловчиларни чеклаш, етарли калория, ўсаётган организм ёшига нисбатан талабни ҳисобга олган ҳолда барча овқат ингредиентларни миқдорини оптимал баланслаштириш. Овқатланиш оз-оздан, тез-тез, оз порциялар билан бўлиши керак.

Касаллик бошланишида ва қайталаниш фазасида Певзнер бўйича А диета тавсия этилади: сўт, эзилган творог, чала пиширилган тухум, қуюк

ва вегетернал шурвалар, кисель, сабзидан тайёрланган кисель сок, сарёг ваўсимлик (кунгабокар, зайтун) ёғлари, балиқ суфлеси (гўштли эмас), ош тузини чекланган микдори. Хозирги вақтда катта эътибор сўтга қаратилмоқда, уни иссиқ холда, кунига бир неча марта ичиш керак. У яхши шира хайдовчи ва антоцид хусусиятга эга (ката буфер сигимга эга), осон хазм бўлади, оксилга бой, кальций тузларига бой, ошқозоннинг кискарувчи фаолиятини пасайтиради. Гипоацид холатда катик ачиткисини куллаш тавсия этилади.

Бу курсатилган диетани бажаришда ошқозоннинг секретор ва мотор эвакуатор функциясини максимал даражада юксилантиришга имконият яратилади. Овқатларни қабулқилиш сўткасига 5-6 мартадан кам бўлмаслиги керак.

Шундан сўнг № 1А диетага ўтилади, бунда куйидагиларга қушимча равишда қайнатилган балиқ, чопилган гушт, ок сухариклар сўт унидан шурва, эзилган каша. Овқатлантириш сони 3 гача кискартирилади. Беморни ярим ёток тартибига ўтказилади. Бу диетанинг давомийлиги S-2 хафта бундан сўнг 1-1,5 хафта № 1Б диета тавсия этилади. Парда пиширилган котлет, картошка ва сабзавот шюresi, ок нон киритилади. Ундан кейин № 1 диета тавсия этилади, шунга товук ва балиқ, янги ок нон, ермишель, пишлокнинг аччикмас тури, ширин мевалар, компотлар қушилади. Бу диетага 1 йил амал қилиш керак.

Кейинчалик диетани кенгайтириш мумкин, лекин хатто ўзини яхши хис қилган холда ҳам яра касаллиги рецидивини олдини олган холда бир неча йил мобайнида аччик овқатлардан, дулланган, тузланган овқатлардан, дагал клетчатка тўтувчи сабзавотлардан сақланиш керак.

Химояловчи диетани узок муддат кулланилиши гиповитаминозга олиб қилиши мумкин, овқатларга витаминларни қушилишига талаб пайдо бўлади (хусусан С, А, В гуруҳдагилар). Катта ахамият ярага қарши фактор – витамин «У»га берилади. У шилликкаватни регенерация қилиш қобилиятига эга бўлган, фаоллашган метиоциндан ташкил топган. Уни 1 таблеткадан (0,05 г) овқатдан олдин 3-4 махал 30-40 кун давомида.

Қон кетишда овқат суюк ёки сарийёг, тухум сариги қушилган холда шюре шаклида, оғир холатларда-совўтилган ширинликлар ва сўт (мороженое бўлиши мумкин).

Уйку етарли бўлиши керак. Ифодаланган эмоционал лабилликда, юкори таъсирчанлашади седатив моддалар (валериана) ва транквилизаторлар (элениум, триоксазин, седуксен) га курсатма берилади.

Даволашнинг патогенетик омиллари орасида асосий руль антоцид моддаларга тегишли. Улар ошқозондаги хлорид кислотани шилликкаватга таъсирини пасайтириб нейтраллайди, рН ни қамайтради, улар пепсин фаоллигини пасайтиради. Натрий гидрокарбонат қўлланилади (сода). У ошқозонда НСL ни тез нейтраллайди, лекин уни эффекти киска хосил бўладиган углекислота ошқозонни чўзилишини юзага келтириши мумкин, буя рани чукур турида хавфли. Бу препарат ичакда яхши сурилади ва уни

кўпқабулкилиш, хусусан буйрак функцияси бўзилганда алколоз, кистада пасайиши билан, кўнгил айнаиши, қайт қилиш, талвасалар (қонда кальций, қоннинг микдорини пасайиши туфайли) чакириши мумкин. Бундан ташқари натрий гидрокарбонат қабулқилгандан сўнгошқозонда рН ни ошиши ошқозон антрал қисми С-хужайралари фаоллашуви натижасида HCL ни ҳосил бўлишини стимуляция қилувчи гастритни продукциясини кучайишига олиб келади. Бу антацид таъсири тугагандан сўнг гиперхлоргидрияга сабаб бўлади. («Қайтиш синдроми»). Шунинг учун бу препарат билан даволаш айниқса узок муддатта мақсадга мувофиқ эмас.

Системасиз антацидлардан магний оксид (қуйдирилган магний), алюминий гидроксид, кальций карбонат, альмагель, фосфологель ишлатилади. Бу препаратлар ошқозонда HCL ни нейтраллайди, пепсинни фаоллаштиради, рефлюкс туфайли 12 бармоқ ичакдан ошқозонга тушаётган ўт кислоталарини боглайди, унатрий гидрокарбонатга нисбатан бир оз ёмонроқ сурилади, ошқозонда ҳосил бўлаётган хлоридлар (магний, кальций, алюминий) ошқозон ости беши шираси гидрокарбонатлари билан таъсирланади, уларни микдорини пасайтиради ва алкалоз ривожланишига қаршилик қилади. Уларни овқатдан 1-3 соатдан сўнқабулқилиш керак. Энг яхши антацид эффектни бурнес аралашмаси (натрий сульфат-2г, натрий фосфат-4г, магний оксид-1г, натрий гидрокарбонат-8г, 1 литр сувга қушиб эритилади) беради, овқатдан 40 минут-1 соатдан кейин 2 ош қошиқдан қунига 3 маҳал тавсия этилади. Альмагель ва альмагель А кенг қўлланилади. Улар алюминий гидроксиднинг гел шаклидаги магний оксид ва сорбит комбинациясидан ташкил топган. Сорбит ўт ажратиш ва бушаштириш хусусиятига эга, гел бўлса препаратни шиллиқкават буйлаб бир текқисда тарқалишига имқон беради. Альмагель ошқозон шираси билан доимо ажраладиган HCL ни нейтраллайди ва уни рН ни 4,0-6,0 гача олиб боради ва бўлар пепсиннинг протеолитик фаоллигини пасайтиради. Альмагель А таркибига қирувчи анестезия нафакат анестезия чакириб оғриқни қолдириш вазифасида HCL секрециясини пасайтиради.

Оғриқбўлганда 3-6-7 қунига Альмагель А тавсия этилади, шундан сўнг оддий альмагельга ўтилади (даволаш курси 3-6 хафта) ёки шу гуруҳга қирувчи бошқа препаратга ўтилади. Альмагель А ва оддий альмагель 1 та (қатта ёшли болаларга 2 тадан) махсус қошиқчадан қунига 4 марта овқатдан 1-2 соатдан сўнг ва албатта уйқудан олдин. Қабулқилгандан сўнг препаратни шиллиқкаватда яхши тақсимланиши учун бир маромда ағдарилиб туриши тавсия этилади.

Фосфалюгель анатологик препарат: унинг таркибида қўшимча пентингели ва агар-агар гели бор. Улар бактерия, врус, токсин ва газларни боглайди ва ютади, ич қотишни чақирмайди. Сульфатланган полисахаридлар пепсин фаоллигини ингибиция қилади. У айниқса ошқозон шираси юқори пезиноген фаоллигида фойдали. Уни 1-2 пакетдан

(ёшига караб 1 стакан сувда эритиб овқатдан 1 соат кейин кунига 2-3 махал берилади; даволаш курси 1-1/2 ой.

Яра касаллигини қайталаниш даврида М-холинолитиклар (атропин, платифиллин, пробактин, гастрозепин ёшига мос дозада) кулланилмоқда. Лекин улар хозирги вақтда 2-даражали роль ўйнайди ва бу препаратлардан бирининг монотерапияси амалий жihatдан ярани ишонарли даражада чандикланишига олиб келмайди; улар кўп нохуш эффектлар беради, булардан атропин (шунга ўхшаш препарат)HCL ишлаб чиқарилишини блоклаб қолмай, ошқозоншилликкавати бикарбонатлари ишлаб чиқарилишини ҳам тўхтатади.

Хозирги вақтда H2-гистаминолитиклар гистаминнинг H2-рецепторларни блокаторлари кенг қўлланилмоқда. Улар М-холинолитикларга караганда фойдалироқ, HCL ишлаб чиқарилишини тўхтатади. Циметидин (тагомет, белоилт) -1 авлод H2-гистаминолитик 20-40 мг/кгқунига, дозада овқатвақтида ёки овқатдан сўнг кунига 3 махал ва 4-6 hafta давомида кунига 1 махал, 7 ёшгача тавсия этилмайди. Препарат ошқозон шираси ва HCL секрециясини пасайтиради, силлик мускуллар кискаришини камайтиради оғрикқўзғалишидан огохлантиради. Пепсин секрециясига кам таъсир килади. Препаратни узоквакт (ойлар) қўллаш нохуш оқибатларга олиб келади, гонадотропни ишлаб чиқарилишини пасайтиради, болаларда жинсий этилишидан орқада қолади, пролактин синтезини орттиради, дори гепатити, нефрит, лейкопения, агранулоцитоз, апластик анемия, МНС функционал бузилишини чакириши мумкин.

11-авлод ранитидин (зоитак, ранисан), 111-авлод (фамотидин) ва IV-авлод (низатидин H2 -гистаминолитиклар яхши самара бериши тўғрисида маълумотлар бор. Шуни айтиб ўтиш керакки, H2-глотаминолитикларни узок муддат қўллаш мумкин эмас, бу HCL ишлаб чиқарувчи Es1-хужайраларни гиперплазияси ривожланишига олиб келади. H2 -блокаторлар тўхтатилгандан сўнг яра касаллиги қайталанишини шу билан тушунтирилади.

Висмут препаратларини тавсия қилишмаксатда мувофикдир: викалин, викаур, роте рва бисалат. Бу препаратлар S-2 таблеткадановқатдан сўнг 2-3 махал кунига 1 стакан иссиқ сув билан. Даволаниш курси 1-1/3 ой. Висмут препаратлари ион хлорни боғлайди, яра ва шилликкаватни механик ва химик китикловчилардан химоя қилиб, улар юзасида химоя каватини хосил қилади; бундан ташқари улар адсорбит хисобланади, бироз яллиғланишига карши ва бўшаштирувчи таъсирга эга. Охирги йилларда висмутколлоид субцитрат де-нол кенг қўлланилмоқда.

Бу препарат 6-8 hafta мобайнида монотерапия қилинганда деярли 100% холларда ярани битиши кузатилмоқда. Бошқа анъанавий моддаларга киёслаганда қайталанишлар сони кам. Бу препарат таъсирида кичик катталикдаги эримайдиган оксил-висмут комплекслари хосил бўлади ва улар яра юзасига жойлашади (химоя қобиғини хосил қилади) ва шилликкават регенерацияси кучаяди. У антацид таъсир кўрсатмайди.

Ошқозоншираси рН ортанда препарат фаоллиги пасаяди, шунинг учун антацид моддалар кўшиш мақсадга мувофиқдир.

Барча висмут тутувчи препаратлар ичида факатгина де-нол капиллобактерияга нисбатан фойдали.

Цитопротектор препарат сукрольфой хисобланади-сахароза сульфатнинг алюминли бузилиши. Захарланган шиллик каватнинг қисми мускул қисми оксиллик билан боғланиб пепсин HCL ва тушган ўт кислота таъсири учун барьер ҳосил қилади, у шиллик каватнинг химоя қобилиги пишқоклигини оширади.

Яра касаллигини комплекс даволашда болаларда шиллик кават регенерация жараёнларини фаолловчи моддалар кенг қулланилмоқда. («реперантлар»). Буларга антипептик фаолликка эга бўлган карбеноксалон (биогастрон) қиради. У пепсиногени пепсинга айланишини тўхтатади, секретор хужайралардан шиллик синтезни стимуляция қилади, шиллик кават хужайралари умрини узайтиради, улар экскрецияни камайтиради, шиллик каватнинг бузилган барьер функциясини нормалаштиради, сфинктер тонусини оширади, дуоденогастрал рефлюксни камайтиради, 12-бармоқ ичак суюқлиги таркибидаги ўт кислотасининг зарарловчи таъсирини камайтиради. Ошқозон ичак тракти шиллик каватига цитопротектор таъсир ЦАМФнинг хужайра ичидаги микдорини ортиши (лизосомал ферментлар ажралишини чеклайди), натрий транспортини ортиши, ошқозонда шиллик ҳосил бўлиши ва 12-бармоқли ичакда бикабонатлар транспорти, шиллик кават қон билан таъминланишини стимуляциясини ортиши билан намоён бўлади.

Буларнинг барчаси простогландин E2 ва простациалин фаоллигини ортиши натижаси хисобланади, чунки карбеноксилон ферментлар фаоллигини тормозлайди, уларни эса фаоллаштиради. У яна улцерогли таъсирга эга бўлган тромбоксан ҳосил бўлишини тормозлайди. Карбеноксалон даволашнинг 1-ҳафтасида 100 мгдан қунига 3 маҳал овқатдан 1 соат кейин; кейинроқ 30 мгдан қунига 3 маҳал яра битгунча (3-6 ҳафта) берилади.

Ликвиритон – қизилмия томиридан экстракт 1 таблеткадан овқатгача 30-40 минут олдин қунига 3 маҳал 3-4 ҳафта мобайнида.

Гефарнил трофик ва регенерациловчи таъсирга эга. 30мгдан 3-4 маҳал (катталар дозаси) ичишга ёки мускул орасига 30 мгдан ҳар қуни 3-4 ҳафта давомида тавсия этилади.

Гастрофарм – қуритилган лактобациллалар улар ҳаёт фаолияти учун керак бўладиган биологик фаол моддалар, сахарозадан иборат аралаш препарат. Препарат регенерацияловчи ва антацид таъсирга эга бўлиб, ошқозон шираси протеолитик фаоллиги ва кислоталилигини камайтиради, айниқса базал секреция фазасида (бу билан у ҳам базал, ҳам стимуляцияланган секреция давларида қуйидаги фаолликларни

тухтатувчи алмагелдан фарқилади). Гастрофарм S-2 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатгача S-1 соат олдин қабул қилинади. Даволаш курси 1 ой.

Оксиферрискорбон ялдиғланишга қарши ва анальгетик таъсирга эга, шилликкават репарациясини кучайтиради, уни эпителийсини пролиферациясини стимуллайди ва секретор функциясини нормаллайди. 1 ампуладаги моддани (0,003г қуруқ модда) 3 мл изотоник эритмада эритилади ва мускулга чуқур қилиб 2-3 мл (ёшига қараб) кунига 1 маҳал юборилади. Даволаш курси 20-30 кун.

«Репарантлар» сифатида яна метацил, пентоксил, рибоксин, облепиха ёғи қиради. Облепиха ёғининг асосий компоненти витамин Е, препарат яра эрозиясини битишини тезлаштиради. Уни 1 чой қошиқдан кунига 3-4 марта овқатгача 20 минўт 2-3 ҳафта давомида тавсия этилади. Анаболик стерондлар (веробол, ретаболит ва бошқалар) ўсаётган организм эндокрин функцияси урнатилиши даврида ноҳужа таъсирлар бўлиши мумкинлиги туфайли яра қасаллиги билан оғриган кескин озиб кетган болаларда қўлланилади. Ярадан қон кетишда мускул орасига витамин К ёки викасол юборилади, ичишга аминокапрон кислота ва андроксан билан (тромбинни қуруқ массасини 1 минут давомида 100 мл аминокапрон кислотада эритилади ва 1 мл 0,023% андроксан эритмаси қўшилади) 1 ошқошиқдан кунига 3 маҳалга буюрилади. Кўп миқдорда ва қайта-қайтакон кетганда янги музлатилган плазма ёки протромбинкомплексли фактори концентрати-РРБВ 13-30 ЕД/02 дозада инфузияланган анемияда гемотрансфузия тавсия этилади.

Комплекс даво муолажасида яхши самара қон кетиш бўлмаганда қўлланиладиган физиотерапиядан олинади. Иссиқлик грелка, парафин аппликациялари кўринишида овқатдан 1-1/2 соатдан кейин 43-60 минут давомида қўлланилади. Кейинроқ УВЧ, диатермия, новокаинли, магний сульфатли, кальций хлоридли электрофорез қилишимон ўсимта соҳасига пилородуоденал зонани ушлаган ҳолда қўйилади. Физиотерапевтик муолажалар мускул спазмини йўқотади, оғрикни қамайтиради, тўқима микроциркуляцияси ва трофикасини яхшилайдди. Терапиянинг кўшимча муолажаси даволовчи гимнастика ҳисобланади. Сурункали инфекция ўчоқларини санация қилишда даволаш керак.

Яра қасаллигида оқибат организм индивидуал хусусиятларига, даво чораларини ўтказишда тизимлилик ва турғунликка боғлиқ. Кўпчилик болаларда стационарда ўтказилган биринчи курс даволашдан сўнг ярани битиши ва соғайиш кузатилади.

Диета.

Даволашнинг ажралмас қисмидир. Унинг асосида механик, химик, термик химоя қилиш туради.

Фармокотерапия.

Патогенетик даво ўтказилади. Даволашнинг асосида – химоянинг асосий факторлари ва агрессияга таъсир этиш ётади. Ушбу даволаш базис терапия дейилади.

Меъда сокини агрессивлигини камайтиришда куйидаги гурух препаратлари ёрдам беради.

1. Антацидлар-НС1 ни нейтраллайди, фосфалюгель, гастрюгель, малокс, гастал, геллючсил – лак, магалдрат, протап.

2. Селектив М1-холинолитиклар-гастроцепин, пирензепин, оксифинциклемин, пифамин.

1 йуналишда даволаш

Дори	Доза	курс
Омепразол	10-20 мг 2 махал хар 12 соатда	7 кун
Лансопразол	30 мг 2 махал кунига хар 12 с	7 кун
Патопразол	40 мг 2 мах хар 12 сс	7 кун
Рабепразол	20 мг 1 махал кунига	7 кун
Пилорид (ранитидин висмут натрий)	200ёки 400 мг 2 мах кунига овқатдан аввал	7 кун
Кларитромицин	15 мг/кг 2 мах овк сўнг	7 кун
Амоксисилин	50 мг/кг 2 мах овк сўнг	7 кун
Метронидазол	20 мг/кг 2 мах овк сўнг	7 кун

Иккинчи йуналишдаги даво

Дори	Доза	курс
Омепразол	10-20 мг 2 махал хар 12 соатда	7 кун
Лансопразол	30 мг 2 махал кунига хар 12 с	7 кун
Патопразол	40 мг 2 мах хар 12 сс	7 кун
Рабепразол	20 мг 1 махал кунига	7 кун
	+	
Субцитрат	120 мг 4 мах	7 кун
	+	
Кларитромицин	15 мг/кг 2 мах овк сўнг	7 кун
	ёки	
Амоксисилин	50 мг/кг 2 мах овк сўнг	7 кун
ёки		
Тетрациклин	25 мг/кг 4 ах овк сўнг	7 кун
	+	
Метронидазол	20 мг/кг 2 мах овк сўнг	7 кун
ёки		
Тинидазол	25 мг/кг 2 мах овк сўнг	7 кун
ёкиФуразолидон	10 мг/кг 3 мах овк сўнг	7кун

H2 гистамин блокаторлар асосий ярага қарши препарат ҳисобланади. Препаратни 6 авлоди фаркланади:Циметидин,Ранитидин, Фамотидин, Низатидин, Роксатидин, Мифентидин

4-БОБ.ИНГИЧКА ВА ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ. СУРУНКАЛИ НОСПЕЦИФИК ЭНТЕРОКОЛИТ

Сурункали носпецифик энтероколит (СНЭК) – ингичка ва йўғон ичак шиллик қаватининг яллиғланиш-дистрофик зарарланиши. Болаларда СНЭК тарқалиши ҳазм қилиш органлари барча касалликлари орасида 27%ни ташкил этади. Болаларда ингичка ва йўғон ичак зарарланиши кўпинча бирга келади. Фақат ингичка ичакнинг зарарланиши «сурункали энтерит», йўғон ичакнинг зарарланиши эса –«сурункали колит» деб аталади.

Этиологияси.СНЭК – полиэтиологик касаллик бўлиб, унинг келиб чиқишида экзоген омиллар муҳим роль ўйнайди:

- 1) чўзилувчан ичак инфекциялари, асосан ҳаётининг биринчи йилида ўтказилган бўлса, ёки ноадекват терапия натижасида ичак инфекцияларининг кам симптомли кечиши;
- 2) узоқ паразитар ичак инвазияси, асосан лямблиоз;
- 3) овқат аллергияси;
- 4) узоқ муддатда баъзи дориларни назоратсиз қўллаш (салицилатлар, индометацин, кортикостероидлар, иммунодепрессантлар, антибиотиклар);
- 5) токсик моддалар таъсири (маргумиш, рух, фосфор), ионизацияланган радиация;
- 6) иммунотанқислик ҳолатлар.

Патогенези. СНЭК патогенезида қуйидагилар муҳим аҳамиятта эга:

- 1) ичак шиллик қаватининг яллиғланиш - дистрофик ўзгаришлари билан кечувчи иммунологик химоянинг умумий ва маҳаллий звеноларининг бузилиши;
- 2) ичак дисбактериози, микрофлора сифати ва микдорий таркибининг ўзгариши;
- 3) ичак асосий функцияси бузилиши натижасида ҳазм қилиш ва сўрилишнинг бузилиши.

Таснифи

<i>Келиб чиқишига кўра</i>	<i>Оғирлик даражасига кўра</i>	<i>Даврларига кўра</i>	<i>Кечишига кўра</i>	<i>Морфологик ўзгаришлар</i>
бирламчи	енгил	Хуруж даври	Монотон	Яллиғланишли
иккиламчи	ўрта оғир оғир	Субремиссия Ремиссия	Рецидивланувчи Тўхтовсиз рецидивланувчи Латент	Атрофик (I, II, III –даражали)

Клиник кўриниши. Бунда ҳазм қилиш ва сўрилишнинг бузилиши билан характерланувчи энтерал тури ҳамда оғрик ва диспептик симптомлар билан кечувчи колитик синдромлар ажратилади.

Оғрик киндик атрофида, кориннинг ўрта қисмида, ёки бутун корин бўйлаб жойлашади:

- 1) интенсив, хуружсимон ёки монотон;

2) хаддан ташкари кўп овқат еганда, овқат таркибида ёғлар, ширинликлар кўп бўлса оғрик кучаяди.

Сурункали энтеритда қориннинг дам бўлиши, мезогастрал соҳада енгил оғрик кузатилади. Сурункали энтерит учун Образцов симптоми характерлидир. Сурункали колитда оғрик жараёнинг локализацияси ва тарқалишига боғлиқ. Сурункали колит учун императив (бўш) чакирувлар ва тенезмлар (оғрикли чакирувлар) хос. Дефекациядан сўнг, газлар ажралишидан кейин оғрикнинг камайиши характерли, лекин кўп ҳолларда ичакнинг тўлик бўшамаганлиги кузатилади.

СНЭКда диспептик бузилишлар метеоризм ва диарея билан характерланади. Сурункали энтеритда нажас кўп миқдорда, бўтқасимон, баъзида кўкимтир ва хазм бўлмаган овқат қолдиқлари билан кузатилади, бадбўй хидли бўлади. Дефекацияга чакирувлар овқат вақтида ёки овқатдан кейин 15-20 мин ўтгандан кейин кузатилади ва кучли ич қулдираши, қоринда оғрик билан кечади. Ич келиши кунига 5-6 марта. Сурункали энтеритда копрограммада стеаторея устунлик килади (ёғ кислоталар ва ишқорлар), баъзида йодофил флора аниқланади.

Сурункали колит авж олиш даври учун нажасни кунига 3-5 мартагача кам миқдорда келиши характерли, лекин қабзият билан ич кетишнинг алмашилиши ҳам кузатилади. Нажас шилимшиқ аралаш бўлади. Баъзида (эрозив жараёнда) нажасда қон топилади. Сурункали колитнинг ремиссия даврига қабзият бўлиши хос. Қоринни пайпаслаб кўрилганда, ингичка ичакда оғрик ва қулдираш аниқланади, баъзида спазмга учраган соҳалар пайпасланади. Копрограммада – шиллик, лейкоцитлар, эритроцитлар аниқланади.

Умумий энтерал синдромда трофик бузилишлар, моддалар алмашинуви бузилиши, полигиповитаминоз кузатилади. Тана вазни танқислиги СНЭК оғирлик даражасига боғлиқ. СНЭКнинг оғир шакллари учун анемия, асосан, темир сўрилишининг бузилишига боғлиқ бўлган (гипохром), баъзида – оксил ва витамин В₁₂, фолат кислотаси, В₆ танқислиги, қон йўқотиш кузатилади.

Ташҳиси. СНЭКни ташҳислаш клинико-анамнестик маълумотларга, копрологик, гистологик ва рентгенологик текширувлар натижаларига асосланган.

Дифференциал ташҳис. СНЭКда дифференциал ташҳис ингичка ичак касалликлари, мальабсорбция синдроми, йўғон ичак дискинезияси, дисбактериоз билан ўтказилади. Целиакия билан дифференциал ташҳис ўтказиш мураккаброқ ҳисобланади. Агар нажасда қон топилса, носпецифик ярали колит, Крон касаллиги, ўткир дизентерия, кампилобактериоз, амебиаз ва балантидиаз, ичак туберкулези, ичак полипоз, аноректал ёриқлар билан дифференциал ташҳис ўтказилади.

Носпецификарли колит (НЯК).

НЯК йўгон ичак шиллик қаватини яллиғланиш деструктив зарарланиши бўлиб оғир асоратлар берувчи ва сурунқали кечувчи касалликдир.

Тарқалиши тахминан ҳар бир 20:100000 ташкил этади, болалар эса 10% ни ташкил қилади.

Этиология: этиологияси аниқланмаган, кўп назариялар илгари сурилган (инфекцион, ферментатив, алергик, нейроген ва х. к) лёкин ҳеч бири ўз тасдиғини топмаган.

Аммо инфекция кўзгатувчиларни иштироки, мол сути оксиди, овқатнинг бошқа компонентларини касалликнинг келиб чиқишида иштироки йўқ деб бўлмайди. НЯКга генетик мойиллик аниқланган. Антигенларни гистологик мос келувчанлиги ўрганилганда В5, DR2 антигенлари шунингдек антинейтрофил цитоплазматик антителолар рANCA антигенлари аниқланган.

Патогенез.

НЯКга генетик мойиллик йўгон ичак шиллик қаватини иммун даражасига қараб амалга ошади. Иммун бошқаришни етишмавчилиги ташқи омилларга бўлган бошқариб бўлмас жавобларга олиб келади, оқибатда тўқималда маҳаллий зарарланиш ва яллиғланиш келиб чиқади. Иммунологик текширувлар шунни кўрсатади яллиғланишни кучайишига Т-лимфоцитларни фаоллашиши рол ўйнайди, асосан цитокинетик вазифасини бажарувчилар (НК-хужайралар). Иммунопатогенезни асосий звеноси бўлиб интерферон ишлаб чиқарилишини пасайиши этади, натижада макрофаглар фаоллашиши пасаяди. Йўгон ичак шиллик қаватини Т-лимфоцитларни бошқарувчи функцияси бўзилади: ичакни эпителиал хужайраларини Т-супрессорлар фаоллаштиради, НЯКда эса Т-хелперлар бу эса иммун жавобни ошишига олиб келади. Охир оқибатда иммунпаталогик механизмлар ўткир яллиғланишни тугамаслигига ва оқибатда сурунқалига ўтишига сабаб бўлади. Жараёни тезкор авж олишида аутоагрессия этади. Йўгон ичакнинг шиллик қаватини маҳаллий деструктив ўзгаришларни амалга оширишда яллиғланишни кўп сонли: интерлейкинлар 1,2,6. ўсмаларнинг некроз фактори, тромбоцитлар агрегация фактори, простогландинлар, кининлар ва бошқалар. Улар қон томирларини ўтказувчанлигини ортиши, шиш, микроциркулятор бузилишлар, некроз ўчоқларини ҳосил бўлишини таъминлаб беради. Яллиғланиш жараёнида арахидон кислотасини метаболизм ошади, у хужайралар мембранаси таркибига киради, бу жараёнда эйказаноидлар ҳосил бўлади: лейкотреинлар (шу жумладан ЛТ-Т₄, гидроперикислар, эркин радикаллар) булар эса маҳаллий шикастланишини янада кучайтиради.

Патоморфология

НЯКда паталогик жараён доимгидек тўғри ичакда бошланади ва проксимал йўналишда тарқалиб йўгон ичакнинг ю қорида жойлашган худудларини қамраб олади. Яллиғланиш тўғри ичак билан чегараланиши (проктит), тўғри ва сигмосимон (проктосигмоидит), пастга тушувчи қисминини (чап томонлама колит) ёки бутун йўгон ичакни эгаллаши мумкин (татал колит). Шикастланиш ўчоқли эмас диффуз характерда бўлиб яллиғланиш билан

намоён бўлади: шиш ва тўлақонлилик, бурмаларни йўгонлашиши ва тўқисланиши кузатилади. Илк даврида аниқ нуқсонлар бўлмаслиги мумкин, касаллик авж олган сари юзаки эрозия, нотўғри ва ҳар хил ҳажмдаги яралар пайдо бўлади. Яралар қўшилиб яралӣ майдон ҳосил қилади. Касаллик давомли кечганда яра ўрнида псевдополиплар ҳосил бўлади (регенератор гиперплазияли). Микроскопияда эса касалликни шиллик ости кавати ва ҳусусий пластинкасини инфилтрация ҳос. Касаллик узок давом этганда соғлом шиллик каватни чандик тўқимага айланади, йўгон ичак қалталашади, гаустрлар (бурмалар) йўқолади (“резинали трўпка”).

ТАСНИФИ.

Н.Н. ва О.А. Каншинлар томонидан куйидаги тасниф тақлиф этилган.

I. шакли бўйича

1. узлуксиз (биринчи ремиссияга қадар)

2. қайталанувчи

II. оғирлик даражаси бўйича

1. енгил

2. ўрта оғир

3. оғир.

III. шикастланишни давомийлигига қараб

1. дистал (проктит, проктосигмоидит)

2. чап томонлама

3. тотал

IV. кечишига қараб.

1. яшин тезлигида

2. ўткир

3. сурункали

V. даврига қараб

1. кўзғалиш

2. ремиссия

Клиникаси.

Аксарият беморларда касалликни бошланиши секин аста. Одатда касалликнинг илк белгиси бўлиб шакланган ахлатда қон бўлиши (шиллик ҳам кузатилади), айрим ҳолатларда дастлаб ахлат бўтқасимон ёки суюқ патологик аралашмаларсиз. Фақат 1-2 ойдан кейингина ахлатида қон ва шиллик пайдо бўлади. Ҳар қандай ҳолатда ҳам ахлатда қон ва шилликни бўлиши –НЯКни асосий белгисидир.

Ахлат сони касалликнинг даражасига боғлиқ кўп ҳолатларда 3-8 марта кузатилади. Ич келиши билан боғлиқ тенезм, қориндаги оғриқлар бўлиши мумкин. Одатда тана ҳарорати нормада, айрим ҳолатларда субфебрил, базида камқувватлилик, вазн йўқотиши бўлиши мумкин, кўпинча беморлар ўзини қоникарли ҳис қилади, бу эса ичакдаги ўзгаришларга мос эмас. Касалликни бошланиши артралгиялар, ануляр ёки тугунчали шаклдаги тери тошмалари

билан кечиши мумкин. Қон тахлилида одатда камконлик озрок лейкоцитоз, айниқса СОЭ тезлашиши аниқланади. Қоннинг биохимик тахлилида эса-диспротеинемия, албуминлар камайиши билан ва барча глабулинлар ортиши билан, С-реактив оксил топилади, сиал кислота хажмининг ортиши кузатилади.

Касалликнинг оғирлиги жараёни давомийлигига боғлиқ: дистал колит энгил турига мос тушади, чап томонлама-ўрта оғир, татал-оғир турига киради. Касалликнинг оғирлик даражасини аниқланганда беморлар умумий ҳолати, ахлат келиш сони, вазн етишмовчилиги, жараёни фаоллиги (СОЭ, протеинграмма, СРБ, сиал кислоталар), эндоскопия малумотлари ҳисобга олинади.

Энгил тури. Умумий аҳоли ўзгармаган, ҳарорати меёрида, вазн йўқотиш йўқ, СОЭ ўзгармаган ёки бироз тезлашган, оз миқдорда диспротеинемия.

Ахлат кунда 2-3 марта оз миқдорда қон ва шиллик билан. Эндоскопияда дистал колит камроқ даражадаги фаоллик билан.

Ўрта оғир даражаси. Одатда ноҳушлиқ, иштахани пасайиши, тажанглик кузатилиши мумкин. Тана вазнини етишмовчилиги 10-15%, СОЭ 20-30 мм/соат гача тезлашади, бироз диспротеинемия, 1-даражали кам қонлик кузатилади. Ахлат сони 4-6 марта қон, шиллик аралаш. Эндоскопияда чап томонлама ёки ўртача фаолликдаги татал колит аниқланади.

Оғир даражаси беморлар умумий ҳолатини ёмонлашуви: камқувватлик, ноҳушлиқ, анорекция, яққол. Вазн етишмовчилиги 15% дан кўпроқ, қон тахлилида СОЭ 30мм/соат

дан юқори, чап томонга силжиган лейкоцитоз, 2-3 даражали камқонлик, гипопропротеинемия намоён бўлади. Ахлат сони 10 ва ундан ҳам ортик, одатда ёки эрта тонгда суюқ, бадбўй кўп миқдорда қорамтир қон, шиллик ва йиринг аралаш келади. Генезмлар кузатилади. Эндоскопияда татал колит максимал даражадаги фаоллик билан аниқланади. НЯК билан ҳасталанган беморларга хос психо-эмоционал ўзгаришлари: кайсарлик, эмоционал ўзгарувчанлик, индамас базида эса жахилдор, айрим болаларда эса психопатия ва истериялар кузатилиши мумкин.

НЯК кўп ҳолларда сурункали қайталанувчи кечиш билан ҳаратерланади. Ўткир кечишида клиник манзара 1,5-2 ҳафтада тўлиқ намоён бўлади, яшин тезлигидаги эса касаллик бошланишидан бир неча кундан кейин. Бу тури оғир кечиши билан асорат бериши билан изоҳланади лёкин кам учрайди.

Асоратлари: НЯКдамаҳаллий ва умумий асоратлар бўлади.

I. Маҳаллий:

1. ичакдан қон кетиши: ахлатда кўп миқдорда тоза қон бўлиши, қучайиб боровчи қон қонлик билан белгилайди. НЯКни оғир ҳолларида қон кетиш ва касалликнинг оғир формасини оддий кўринишини фарқлаш кийин бўлади. Суткада ахлат билан 150мл қон йўқотиш қон кетиш деб ҳисобланади. Қон кетишда қон ўрнини босувчи компонентлар қуйилади: эритромаасса, плазма, гемостатин препаратлар (калсий, викасол, адраксон)

48 соат давомида консерватив даво натижа бермаса жаррохлик даволашга кўрсатма бўлади.

2. ичак перфорацияси: бемор ҳолатининг кескин ёмонлашуви, оқориб кетиш совук тер босиши, тахикардия, артериал гипотония билан намоён бўлади. Қорин шишган ва таранг, қорин бўшлиғи рентген килинганда эркин газ аниқланади. Бу ҳолат шошилиш операцияга кўрсатма ҳисобланади колэктомия.
3. йўгон ичакнинг токсик дилатацияси (токсик мегаколон): интоксикацияни кучайиши, қориндаги оғриклар ич келмаганда кучаяди, кўпинча ассимметрик, кўнгил айниш, қайт қилиш бўлиши мумкин. Қорин бўшлиғини умумий рентгенида ичак майдонининг анчагина кенгайиши куринади. Бу ҳолат шошилиш операцияга кўрсатмадир чунки перфорация хавфи белгидир.
4. эндоректал асоратлар: анал ёриклар, йирингли паропроктит, энкопрес кабилар фақатгина оғир ва давомли кечувчи НЯКда бўлади.
5. малигнизация: НЯКда йўгон ичакда ўсма ривожланиш хавфи жуда юкори. Соғломларга караганда 500-600 марта кўп бўлиб касалликнинг узок кечишига боғлиқ, татал зарарланишда кучайиб кетади.

I. умумий асоратлар:

1. иммунопатологик: бирламчи склерозланувчи холангит, артрит, тугунчали эритема, эндокардит, иридоциклит.
2. инфекцион: гангреноз птодермия, сепсис.

НЯКда асоратлар оғир турларида кузатилади.

Ташхис:

НЯК ташхисотида эндоскопик текширув ҳал қилувчи аҳамиятта эга. Кўпинча ректороманоскопия ёки сигмоскопияда ташхис учунетарли малумот олиш мумкин, лекин жараёни чўзилишини ёки ичакни дистал қисмида НЯКни аниқ белгиларини бўлмаса, колоноскопияга кўрсатма бўлади.

Эндоскопияда: белгилар жараёнининг фаоллиги ва даражасига боғлиқ. Кўзгалиш даврида шиллик қават шишган, ёрқин гиперемияланган, томирлар кўриниши йўқолади, контакт қон кетиши характерли, донатор бўлиши мумкин.

Кўпинча бу яллиғланишли ўзгаришлар фониди фибрин билан копланган нотўғри шаклдаги чуқур бўлмалан эрозия ва яралар топилади. Узок давом этган яралар орсиди псевдополиплар – полипсимон ўсимталар турли хил кўринишда бўлиши мумкин.

Ремиссия даврида озгина қон-томирни бўялган расми ва шиллик қаватни енгил зарарланиб қолиши мумкин.

Гистологияда. Патоморфологияда ёзилган ирригография зарраланишни кенглиги ва функционал бузилишлар характерини аниқлаб беради. Бу усул асосан ремиссияда қўлланилади. НЯКда ичакнинг ўзгарган қисми тез тўлиши белгиланади. Бемор ҳолати ўзгарганда контраст моддани эркин харакатланиши (оқиши) кузатилади. Гаустр(бурма)ларни ўзгариш характерни

охирги даврларда йўқолади. Иккиламчи контрастлаш усулини қўлланилиши шиллик кават релефи яра ва полипларни баҳолашга ёрдам беради. НЯКнинг бошлангич ва энгил формаларида рентгенда ўзгаришлар йўқ, бу эса диагноз олинишига асос бўлмайди.

Қиёсий ташхис.

НЯКнинг асосий клиник белгиси– ахлатни қон билан келиши – кўпгина касалликларда учрайди– ўткир дизентерия, комбилобактериоз, амёбиоз, балантидиоз, Крон касаллиги, ичак туберкулёзи, полиплар, ичак ўсмаси ва лимфагранулемаси, геморрагик васкулит, тугунчали периартрит, анал ёриқлар, геморрой ва бошқалар.

Ўткир дизентерия НЯКда беморларга I– кўйилладиган диагноз. Лекин ўтказилган антибактериал терапия кerkли натижани олиб келмайди, ахлатни дизгуруппага экиш манфий бўлади. Дизентерияда ўткир бошланиш, интоксикация белгилари, замонавий антибиотиклар тез мусбат эффект беради.

Диареядан сўнг эндоскопияда яра ва эрозиялар кўпинча топилмайди, контакт қон кетиши ва қон– томир расми йўқолади.

Кампилобактериоз симптомларни кучли ривожланиши билан характерланади: истма, ич келиши шиллик ва қон билан. Эндоскопиясида йўгон ичакнинг ўнг томони зарарланади, эрозия ва яралар шиллик каватни энгил яллигланиш жойларида учрайди, контакт қон кетиш йўқ.

НЯК ва Крон касаллигини эндоскопик белгилари.

Белгиси	НЯК	Крон касаллиги
Зарарланишни таркалиши	таркалган, ичакнинг тўлик зарарланиши	чегараланган, сегментар, ўчоқли.
ТСКни дистал қисмини кўшилиши	доним	40% кам
Оч ичак зарарланиши	кам	50–70%
Сероз кават	зарарланмаган	Фиброз қалинлашиши
Жараённи ичак тутқичга ўтиши	бўлмайди	Бўлиши мумкин
Ичак структураси	характерли эмас	Характерли
Йўгон ичак шиллик кавати	ёркин диффуз гиперемия,шишлар	Кизарган
Яра	юзаки, нотўғри шаклда, кўшилиши мумкин	-
Контакт қон кетиши	+	-
Псевдополип	типик	Нотипик
Деворкенглиги	енгилкенгайган	Кескинкенгайган
Спонтанёриқлар	нотипик	Кўпинча
Анал фистула ва ёриқлар	кам	Кўп

Малигнизация	мумкин	Характерли эмас
--------------	--------	-----------------

Амёбиоз ва балантидиоз.

Жанубий давлатларда ва иссиқ iklimли регионларда кўпроқ учрайди. Ушбу паразитларнинг белгиси НЯК билан ўхшаш бўлиши мумкин: камрок кашасимон шиллик ва кон аралаш ахлат, касалликни сёкин риожланиши, яшинсимон кечиши. НЯКдан фарқи конда фаол ялигланиш жараёни белгилари йўқ. Эндоскопик амёбиозда катта ҳажмдаги туби кенгайиб ёғли туби билан характерланади. Ўраб турувчи шиллик қават шишган лёкин оқарган, кантакт кон кетиш йўқ кўзгачучисини аниқлаш қийин, шунинг учун кўп мартаба ахлат ва ярани текшириш керак.

Крон касаллиги ва НЯК кўпгина ўхшашликлари бор иккала касаллик ҳам тушунарсиз этиологияли иммунопатологик генезга эга. Крон касаллиги бошқа генетик маркерлари билан фарқланади. Бунда антигенлар HLA DRI DRw5, В-лимфоцитларни V₁₃₄ ва Villa ўзига ҳос клонлари топилади. НЯКдан фарқли равишда Крон касаллиги ошқозон-ичак трактини тур хил жойларини зарарлаши мумкин. Кўпинча кўричак ва оч ичакни дистал қисми йўғон ичакни чап қисмлари зарарланиши мумкин, ингичка ва хаттоки кизилўнғач йўналишида. Ошқозон ва 12 б и Крон касаллиги 3,5:100000 аҳоли тўғри келади. Улардан 20–25%ни касаллик бошланиши болалик ёшига тўғри келади. Бу касаллик учун зарарланган жойни соғ жойдан аниқ чегараланганлиги характерли. Крон касаллигида ялигланиш ичакни ҳамма қаватини қамраб олади ва маҳаллий лимфастаз артериолалар аплазияси билан кечади. Жараён ичкаридан ташқарига ривожланади. Шунинг учун бу касалликда яралар доим чуқур ёрикли бўлади, деворини шиллик ва калинлашган кон томир расмини йўқолиши ташқи спайка ва ёриқлар ривожланиши характерли. НЯК ва Крон касаллиги клиникасида ўхшашлик йўқ (диарея 80%, мелена 50%, тана вазнини йўқолиши 85%, ўсишдан орқада қолиш 35%).

Гистологик белгилар

Белгилар	НЯК	Крон касаллиги
Ялигланишнинг тарқалиши	Фақат шиллик қаватга	Ҳамма қаватга
Шиллик ости қават	Юзаки фиброз васкуляризация	Чуқур фиброз
Лимфоид гиперплазия	Шиллик қаватда	Ҳамма қаватда
Эпителиод хужайрали гранилёма	йўқ	75% бор
Фиссура	йўқ	Трасмурал бор
Криптоген абцесс	бор	Кам
Кон томир ўзгариши Регионар лимфа	Васкулит Носпецифик	Артериола

туғунлари	реактив гиперплазия	Гранилёма 50%
-----------	---------------------	---------------

Йўгон ичак полип ва гемангиомалари, ичакдан қон кетиши билан намоён бўлиши мумкин, бунда қон тўсатдан пайдо бўлади, етарли микдорда ва қип-қизил рангда. Ахлат ранги ўзгармайди ва шиллиқ ҳам йўқ. Диагноз эндоскопиядан сўнг тасдиқланади. Полиплар кўпинча йўгон ичакнинг дистал қисмларида жойлашади, улар якка-якка ва кўп сонли бўлиши мумкин. Ирсий диффуз полиплар учраши ҳам мумкин.

Даволаш.

НЯК билан касалланганлар кўзғалиш босқичида ҳолатнинг оғир енгиллигидан қатъий назар шифохонага ётишлари шарт. Пархез: таркиби бўйича тўлиқ, каллорияли, пластик жараёни тامينланиши учун, оксил сақлаши бўйича физиологик эҳтиёждан 15–20% юкори бўлиши керак. №4 стол буюрилади, қўшимча оксилни қоплаш учун қайнатилган ёки парланган гўшг ёки балик, тухум берилади. Дағал овқатлар, сут маҳсулотлари ёғ ва пишлоқдан ташқари, рафинирланган углеводлар зироворлар берилмайди. Тўғри овқатланиш мезони бўлиб, тана вази тикланиши ва қон манзарасини нормаллашуви ҳи собланади. НЯКни оғир формаларида овқатланиш бурун зонди орқали 40–60 томчи минутига юборилади. Оксил сақламайдиган оксил гидролизаторлари асосида, стандартлашган полимер пархездан фойдаланилади, шунингдек ўсимлик, сут ва тухум субстраклари асосида тайёрланган пархездан фойдаланилади. Қўшимча тайёр модулли оксил каллорияли қўшимчалар (Hiprotein, Lanolac, Pro-mix) ва эпитлар (оксилли, ёгли)ни ишлатиш мумкин.

Медикоментоз терапия куйдаги йўналишлар бўйича ўтказилади.

- I. Яллигланишга қарши даво.
- II. Иммунокоррекцияловчи даво
- III. Диареяга қарши даво
- IV. Антибактериал даво
- V. Маҳаллий даво.

I. Яллигланишга қарши даво.

НЯКнинг клиник кўринишининг оғирлик даражаси яллигланиш фаоллигига пропорционал шунинг учун яллигланишга қарши терапия НЯКнинг базис терапияси ҳисобланади.

- I. 5-аминосалицил кислота препаратлари: 5-АСКнинг тоза (салофалк, асакол, месолазин, белсеолазин) ва комбинациялашган препаратлари бор, қайсики 5-АСК билан сулфапиридин (солосопиридозин, солозодимитоксин) киради. Биринчи навбатда 5-АСК айнан даволаш сулфапиридин ножўя тасири билан тавсифланади. Препарат микдори касалликнинг оғирлигига ва бола ёшига қараб 0,5дан 2гр сутқасига олинади. Препаратни тўлиқ дозасини 3–4 ҳафта мобайнида берилади. Кейинчалик бошланғич дозадан 1/3 қисмга қамайтирилади ва НЯКнинг оғирлигига қараб кейинги 6–12 ой ичида бериб борилади. Фоли кислотаси препаратларини доим қўшиб бериш зарур фақат тўғри ичакнинг зараланиши билан кечадиган НЯКнинг дистал формаларини даволашда АСКнинг ректал юборилиши етарлидир:

солозоперидозин(суспензия 5% 10–20мл кунига 2махаал) ёки солофалк (4гр солофалк 60мл сувда эритиб).

2. Глюкокортикостероидлар НЯКнинг оғир ёки ўрта оғир формаларида 5–АСК препаратлари билан 2 ҳафта даволаниб натижа бўлмаган беморларга буюрилади. Преднизолон 1–1,5 мг/ кг суткасига 1 марта. Эрталаб клиник ремиссиядан кейин дозани сёкин–аста камайтириб борилади 3–6 ойга ушлаб турувчи дозага қолдирилади. НЯК дистал формаларида стероидларни маҳаллий тавсия этиш мумкин: гидрокортизон ёки преднизолон билан ҳукна қилиш. НЯКнинг дистал формаларини даволашда будесанит ва буденофал энг яхши дори ҳисобланади. Бу препаратлар маҳаллий тасири юқори патенциалга эга, жигарда тезда инактивацияланади, ҳеч қандай ножўя тасир кўрсатмайди. Ректал 1–2мг/сут бир марта юборилади (50ёки 100мл ҳукна)

II. Иммунокоррекцияловчи даво.

1. α -интерферон антипролиферативтасиргазга Т-киллерларфаоллигинипасайтиради. Виферон базис терапия 5–АСК биланбиргалликда қўланилганда натижа бўлмаса буюрилади. Бошида 500000–1000000 ХБ қунаро 3 марта, 2 кундан кейин 3 марта, 3–си 3 кундан кейин 3 марта.
2. цитостатиклар (азотиоприн, 6–меркаптопурин) циклопарин А охирги қатор препарати ҳисобланиб бошқа даволаш муолажалар ёрдам бермаганда қўлланилади.

III. Диареяга қарши даво 1 кунда 4 мартадан ортик ич келганда қўлланилади. Энг яхшиси боғлаб олувчи препаратлар (таналбин, тансал, висмут, анор пўстлог, имодиум) қўлланилади. Имодиум 6 ёшдан қатта болаларда эҳтиёт бўлиб қўлланилади. Ушбу препарат НЯКнинг оғир формаларида йўгон ичакда токсик дилатация чакирганлиги учун қўлланилмайди.

IV. Антибактериал даво НЯКнинг оғир формаларида қўлланилади чунки йўгон ичак шиллик қаватини оғир зарарланишида иккиламчи бактериал жараён бўлади. Кўпроқ анаэроб НЯКда доим дизбактериоз бўлади.

Энг яхши клиник натижани метронидазол (15–30мг/кг суткасига) беради бир курс даво 4 ҳафтагача. Антибиотиклардан аниқ инфекция бўлмаса буюрилмайди лёкин маҳаллий тасир қилувчи анбактериал препаратлар: нитрофуранлар (эрцефурил), оксихинолонлар (энтероседив, интетрикс)ни қўллаш мумкин.

V. Маҳаллий даво НЯКнинг дистал турларида базис терапияга қўшимча ҳисобланади. Облепиха мойи, наматак мойи, мойчечак қайнатмаси, крапивалар билан микроклизма буюрилади. ω -3-ПНЖК эйканол ёки балик мойи сакловчи микроклизмалар яхши натижа беради. Микроклизмаларни 50мл илиқ ҳолда юборилади, яхшиси катетер орқали. Қўшимча равишда НЯКда антиоксидантлар (эссенциле-форте, аллопуринол), поливитаминлар темир препаратлари буюрилади. Яққол кўринишлар пасайиши даврида яллиғланишга қарши препаратлар дозасини пасайиши фониди 10-12 сеанс гипербарик оксигенация антиоксидант терапия (эссенциал-форте, витамин Е)

билан буюрилади. Ремиссия даврида ушлаб турувчи терапия сифатида 5-АСК (0,5-1 таблеткадан 1 маҳал кунига)дан бериб борилади, қўзғалиш давридан 1 йилгача. Фитотерапи: гиёҳлар кайнатмаси – мойчечак, далачой, ялғиз, крапива; флорани нормаллаштирувчи препаратлар - бифидум бактерин, лактобактерин, нутролин В, тревис, кремадофилус буюрилади. Даволаш курси 1 ойдан кам эмас. Психотерапия асосий ёндошив ҳисобланади. Касалга уни тузалиб кетишига ишонч ҳосил қила олиш керак. Яққол депрессив ҳолатларда адаптогенлар, антидепрессантлар буюрилади.

Хирургик даво. Шошилинч ҳолатда операция ичак ярасини перфорациясида, перитонит ривожланишида, ичакдан профуз кон кетиш, йўғон ичакни токсик дилатацияси. Режали хирургик аралашув (тоталколонэктомия) оғир носпецифик ярали колитни консерватив давосини самарасизлигида кўрсатма. Шундай ҳолатларда колитни доимий бўлмаган жуда қисқа ремиссия билан кечувчи ўрта оғир ҳолатида операция ўтказишга тўғри келади. Хирургик даво тахминан 10% болаларда ўтказилади.

Оқибати.

НЯК оқибати доим хавфли. Кечини зарарланган жой ҳажмига ва даволашни кунг билан олиб борилишига боғлиқ. Болаларда НЯКни ўлимга олиб бориши 1,4%ни ташкил этади.

Крон касаллиги

Крон касаллиги - грануломатоз колит - ичакни ялғиланиш касаллиғи бўлиб, морфологик ўзгаришлар билан кечувчи патологик касаллиғи жароғини ингичка ичакда кечади.

Этиология ва патогенез.

Грануломатоз колит – бу Крон касаллиғига ўхшаш бўлиб келиб чиқиш сабаби тўлиқ ўрганилмаган. Бу касалликни иерсинеоз таёқчаси чақирини деб айтиш мумкин. Лекин ичакни иерсинеоз касаллиги алоҳида касаллик ҳисобланади. Касалликни ўткир босқичда микроблар қўзғатиши аниқ, лекин касаллик кечини давомида сурункали юқумли касаллик билан боғланмайди. Чет эл олимларининг фикрича, бу касаллик кимёвий ишланган овқатлардан ва тиш пастасидан сўнг келиб чиқиши мумкин дейишган. Крон касаллигини ривожланишида аутоиммун процесс муҳим аҳамиятга эга.

Патогенез. Грануломатоз колит патогенезини асосини регионар лимфангитлар ташкил қилади. Касалликни бошдангич босқичларида ичак деворида лимфа томирларининг пролиферацияси, эпителий хужайраларининг бир-бирига қўшилиши аста-секин ўз-ўзидан томирларни қисилиши натижасида, лимфа суюқлигини ўтиши қийинлашади. Ичак деворида ва брижейкада лимфангит лимфостаз кўринишида намоён бўлади. Ичак деворларини майда лимфа томирлари қопқа бўлган, шунинг учун ичак девори юза қисми тўлиқ беркилиб, қисилиш натижасида грануломатозли лимфангит келиб чиқади. Бунинг натижасида ичак шиллик қаватини ишемик кўриниши намоён бўлади. Терини атроф лимфа тугунлари мезенхимал

клеткаларни парчаланиши ва лимфоид ва моноцитларни зарарланиши билан гранулема ҳосил бўлиб, бу худди туберкулез бутогига ёки саркоидоз гранулемасига ўхшайди. Туберкулез гранулемада катта хужайралар кўринишида бўлади. Доимо кўрганимизда эпителиал хужайралар гранулемаси маркази некрозга учрамайди. Кам ҳолларда марказида некроз бўлади. Гранулема бир-бири билан қўшилиб, эпителиал хужайрали гранулема ҳосил бўлади, буни « гранулематоз колит» дейиш мумкин.

Клиника. Гранулематоз колит билан носпецифик ярали колитни бир-биридан клиникасига караб ажратиш қийин. Ректоромоноскопияда гранулематоз колит билан касалланган беморлар тўғри ичагида шиллик кават шишинкираган, кизарган, бир хил бўлмаган шишлар кўринади. Гранулематоз колитни характерли белгиси касаллик ичак деворида ассиметрик жойлашади. Агар ичак девори диффуз касалланса, бу носпецифик ярали колит дейиш мумкин. Колонофиброскопия усули билан ингичка ичакни касалланган булимини ёки касалланмаган булимларини чегарасини кўриш мумкин. Баъзида 1 –та ва 2 ёки 3-та қисми касалланишини кўриш мумкин. Рентгенологик текширувда бир вақтни ўзида ҳам ингичка ичак ҳам ёнбош ичак касалланганлигини кўриш мумкин. Бунда ичак қисмларини қисилганини, тортишганини кўриш мумкин. Ички юзасини кўрганимизда кўп дўмбоқчали трансмурал фиссура ва шиллик каватларда ҳар хил катталиқдаги шишлар кўринади.

Ташхислаш ва таққослама ташхислаш. Гранулематоз колитни ташхислаш учун ректоромоноскопия, колонофиброскопия, рентгенологик текширувлар килиб ташхис қуйиш керак.

Гранулематоз колит (Крон касаллигини) факат носпецифик ярали колит билан таққослама ташхис ўтказиш мумкин.

Даволаш. Гранулематоз колит билан носпецифик ярали колит даволаш бир хил. Агар оғир ҳолларда ичак йуллари қисилиб қолганда жаррохлик даволаш усулини қўллаб, ичакни касалланган қисмини олиб ташланади.

5-БОБ. Жигар ва ўт ажратувчи тизим касалликлари

Сурункали гепатит.

Сурункали гепатит- 6 ой ва ундан кўп давом этувчи жигарни яллигланиш касаллиги.

Тарқалиши. ЖССТ маълумотига кўра дунёда 2 млрд. одам ВГВ билан касалланган, шулардан 400 млн. сурункали ташувчи бўлиб, булардан 5млн.ни Россияда яшайди. Чет эл муаллифларнинг фикрича вирусли гепатит билан касалланган ҳар 3-одам перенаталзарарланган. Соғлом ташувчиларни тарқалиши турли хил Москва, Питер, Новгородда 1,5%, Сибирда 10-15%

ВГВ билан 1 млн. одам ҳалок бўлди. ВГС ташувчиси 500млн 65-75% С.Г., 10-20% С.Г жигар циррози, 15%-гепатомо.

Этиологияси: С.Г сабаби бўлиб, ВГС-НСV (30-50) ҳисобланса камроқ ВГВ-НВV (15-20%) ҳисобланади. D-вирус (D-HDV) билан бирга яна камроқ F ва G яна ҳам камроқ –цитомегалия, герпес, кизилча, энтеровирус, Эйнштейн-барр вируси. НВV-ДНК-вирус қолганлари-РНК. HDV-юмалоқ гибрид бўлакча, юзаси НВV-НВsAg антиген билан шралган. НCV, HDV, HFV, НGV-фақатгина парентерал йўл билан ўтади, яъни қон қуйиш, инъекцияларда, шприцларда. НВV-парентерал йўл билан ўтади (сўлак) ва жинсий йўл билан (онаси тўғрик йўлларида).

НАV ва HEV фекал-орал ва озиқ-овқат лўкин улар СГ чақирмайди. НВV ва НCV жигар циррози ва гепатокарсиномани ривожлантирувчи омиллар. Гепатокарсиномалар-перинатал инфекция оқибати ҳисобланади. Болани онадан зарарланиши НВsAg 5-10% дан ошмайди, лўкин ташувчиларда НВeAg 40-75% Агар она ҳомиладорликни охириги 3 ойлигида ВГВ ўтказган бўлса болани зарарланиши 50-90% . СГ ривожланиш сабабларидан яна бири бўлиб, болалар ва катталарда ҳаим изонизид , карбамазепин, фенитоин (дифенин), андироген гармонлар, метилдопа, ацитомифен (парацетамол) салицилат, гидралазин, интрофуран, цитотоксиклар ҳисобланади.

Патогенези: СГ ривожланиши вирус персистенцияси жигардан уни етарлича элиминация бўлмаслиги. Жигарда интерферонни етарлича синтез бўлмаслиги, наслий омилларга боғлиқлиги, иммун реакцияларга тегишлилиги моддалар алмашинувиға тўқимани антиген таркибига. Агар катталарда НВV томонидан чақирилган ўткир 5% ҳолларда СГ билан тутаса, чақалоклар ва болаларда бу-90%.

Шу вақтда, баъзи беморларда актив С.Г. билан иммунопатологик аутоиммун реакциялар IgGни ортиши билан, силлик мушакларга аутоантитела терини базал мембранасидан жигар митохондрияға антитаналарни антидроларига аниқланади.

С.Г ни буварианти липоид (аутоиммун) С.Г бириктирувчи тўқима касаллиги Коллагенозларни патогенизига яқин. Фақатгина 10-20% беморларда НВsAg топилади, аммо Т-система субпопуляларида дисбаланс кузатилади.

Классификацияси: Бутун дунё гепатологлар конгресси (Лос Анжелис, октябр 1994).

- I. Формаси бўйича:
 - Сурункали вирусли гепатит чақирган вирусни кўрсатиши билан (В, делта, С, G, F).
 - Аутоиммун гепатит .
 - Сурункали токсик ёки дорили гепатит.
- II. Ативлиги бўйича:
 - Минимал (АлТ 3 мартагача ортиши)
 - Сезиларли (АлТ активлиги қон зардобида мартагача ортган)

- Етарлича ифодаланган (10 мартадан ортган)
- Ноактив гепатит
- III. Морфологик ўзгаришга қараб:
 - кўприксимон некроз кўринишидаги перипортал некроз
 - бўлақлар ичи дегенеризацияси
 - Портал трактларда яллиғланиш

Минимал даражали фаолликда перипортал босқичли некрозлар перипортал худуд билан чегараланган, портал трактларни айрим қисми яллиғланади, ўрта даражали фаолликда эса барча портал трактлар шикастланади, яққол фаолликда некрозлар бўлақлар ичига кириб кўшилган кўприксимон некрозлар намоён бўлади.

- IV. Босқичига кўра
 - Суст намоён бўлган перипортал некроз
 - Ўртача портапортал септали фиброз
 - Яққол фиброз, портамарказийсепталар билан
 - Бўлақчалар структураси бузилиши
 - Жигар циррозини шаклланиши.
- V. Вирус ривожланиш даврлари (вирули сурункали гепатитда):
 - Репликация даври
 - Интеграция даври

Клиникаси.

Қонда гиперферментемия аниқланади (АлТ, АсТ) камрок-гипербилирубинемия ва жигар функциясини бузилиши ва бошқа белгилар. Суст кечувчи кўзгалиши ойлаб вайиллаб давом этиши мумкин. болаларда ҳеч қандай шқоят бўлмаслиги мумкин (кам симптомли вариант) ва касаллик фақат гепатомегалия, спленомегалия, жигар гиперферментемияси билан намоён бўлади.

Сурункали гепатит актив намоён бўлиши жигардаги ўзгаришлар билан бирга астеновегетатив синдромлар (чарчаш, қувватсизлик, уйқусизлик, бош оғриши терлаш, субфебрилитет, иштахасизлик, артериал гипотания), диспетик ўзгаришлар (кўнгил айнаши, қайт қилиш, ич келиши), корин оғриги (ўнг қовурга остида), жигар етишмовчилигининг кам белгилари (уйқучанлик ёки уйқусизлик, ўтиб кетувчи сариклик, геморагик синдром, қўлларда тремор, томирли доғлар ва ангиома, терида нукталар, жигар қафти, миокардиопатия). Жигар катталашган, палпацияда оғрикли, сезиларсиз спленомегалия.

Қонда диспротейнемия, гипергаммаглобулинемия, трансаминазалар сезиларли ортган, глутаматдегидрогеназалар ва бошқа жигар ферментлари, пигмент ҳосил бўлишини бузилиши, углеводлар алмашинувининг бузилиши.

Холестаз сурункали гепатит болаларда кам учрайди. Асосий клиник симптоми сариклик, кичишиш, кичишиш сабаби қонда ўт кислоталарининг ортиши. Қондаги концентрацияси нормага нисбатан 5 марта ортади. Жисмоний орқада қолиш, териси кир ранг, гепатомегалия. Сариклик доимий бўлмаслиги мумкин.

Жигарни дорили зарарланиши катталарга нисбатан кам учрайди.

2 группага бўлинади.

1. аниқ бўлган (юқори дозада гепатотоксик таъсирли моддалар)

2. идиопатик (факултатив)

Биринчи группада дорилар миқдорига боғлиқ бўлган моддалар ацетамин (парацетамол), 140 мг/кг, метотрексат, 6-меркаптопурин, волпровой кислота ва бошқалар. Жигарга тўғридан-тўғри таъсир этувчилар (гепатоцит мембранасини шикастлайди, оксиллар денатурацияси реактив метобалитлар хосил қилади).

Иккинчи гуруҳга моддалар миқдорига боғлиқ бўлмаган зарарланиш метаболитлар хосил бўлиши, иммунопатологик реакциялар нагизасида тўқима макромалекуласи билан комплекс антиген хосил қиладиган жигардан ташқари белгилар: лихорадка, тери кичишишлари, артралгия ва хоказолар билан намоён бўлади.

Шартли равишда токсик гепатитни 3 гуруҳи фарқланади.

1. Жигарни функционал бузилишлари (транзитор гипербилирубинемия, трансаминазалар активлигини ортиши).

2. Вирусли гепатит ўзгаришларини эслатувчи (гепатоцитлар цитолизи, холестаз).

3. Гранулематоз гепатит ва жигар ичи циркуляциясини бузилиши.

Гепатитга хос реакцияларда қоринда оғрик, лихорадка, жигар катталаниши, трансаминазалар активлигини ортиши, гаммаглобулин ортиши. Жигар хужайралари цитолизи хусусиятига эга бўлган моддаларга баъзи бир антибиотиклар, диуретиклар, анестетиклар, парацетамол, индометацин, салицилатлар, волпроат кислота, силга қарши препаратлар қиради. Холестаз доминантлигидаги гепатотоксик хусусиятлар антибактериал, психотроп горманал моддалар билан бўлади. Бундай болаларда кичишиш, бехоллик, диспептик ўзгаришлар, гепатомегалия, сариклик бўлади. Жигарга хос зарарланишлар (токсик гепатит) болаларда захарланишларда, моддалар алмашинуви наслий бузилишларида бўлади. Баъзан болаларда дориларга нисбатан токсикоаллергик реакциялардан оғир токсикодермиягача ўзгаришлар бўлади. Сульфаниламидлар, фторатанда гранулематоз гепатит ривожланиб, жигар ичи холестозлари, лихорадка, гепатоспленомегалия билан намоён бўлади. Гранулематозли гепатит микоз, сил билан намоён бўлиши мумкин.

Ташхис.

- Биологик
- Вирусологик
- Иммунологик
- Морфологик
- Портал гемодинамикахолатини баҳолаш.

Ферментлар активлиги кондаги гепатоцитлар мембранасини бутунлигини бўзилганлигидан далолат беради (АлТ, АсТ, фуруктозамоно- ва фуруктозадифасфаталдалоза). Митохондрияларни бузилиши, лизосомаларни шикастланиши, секретор ва экскретор функциясини бўзилганлигидан далолат беради.

Пигмент алмашинув куйдагиларда бўзилади.

1. билирубин конюгацияси ва ажралиши бузилиши
2. ўт йўллари обтурацияси
3. эритроцитлар парчаланиши ортиши.

Сурункали гепатит кўзгалиш даври учун ДГБ хос, холбуки гемолитик анемия билан аутоиммун бузилишларда кондан билирубин гепатоцитлар томонидан камраб олинмиши пасаймиши бўлади. Паренхиматоз сариклик учун билирубинурия-ўт кислоталарга сийдикни мубат реакцияси, сийдикни қора жигарранга кириши хос. Сарикликни ортиши ва қайталанишида уробилинурия ортиши мумкин. Гемолитик сарикликда ретикулоцитлар карбоксигемоглобин ортиши, қонда гаптоглабулин даражасини пасаймиши хос.

Жигарни оксил синтезлаш хусусияти гипоалбуминемия, ПТИ камаймиши ва бошқа кон ивиш факторларининг пасаймиши витамин К га боғлиқ (VIII, IX, X) яна I, V фактор трансферин, церулоплазмин гаптоглабулин. Жигардаги ялтигланиш жараёни ретикулогистиоцитар система активлаб алфа-, гамма-, бетта-глабулин даражасида диспротеинемияни ортиши бўлади.

Липид алмашинувининг бузилиши қонда фосфолипидлар ортиши, холестерин камаймиши билан намоён бўлади.

Холестатик сариклик гиперлипидемия ва холестеринемия билан намоён бўлади.

Углевод алмашинувидан регуляцион функцияни етишмовчили Бауэр синамаси билан ўтказилади: лактоза юкломасидан сўнг (per os 0, 5 гр/кг) 12 соат ичида сийдикдан галактозани ажралиши 8% дан ортмайди. Сурункали гепатитда бу кўрсаткич сезиларли ортади, галактоза утилизациясини бузилиши хисоби.

Жигарни экскретор функциясини бромсулфамин синамаси оркали ташхисланади. Соғлом болаларда бромсулфамин вена ичига 5 мг/кг жўнатганимиздан сўнг 45 минут давомида қонда 0-6% қолади. Сурункали гепатит бу кўрсаткич 10-20% ташкил этади. Жигарни ажратиб ва ютиб олиш функциясини радиактив бенгал розали азобилирубин S_{ни} юкломаси оркали билинади.

Жигар морфологик ҳолатини ЎЗИ, радиоактив моддалар билан сканерлаш, КТ, лапароскопия оркалианиклаш мумкин. Диффуз ўзгаришларда жигар биопсияси кўрсатилган гистологик текширувда сутункали гепатит сезиларсиз даражада жигар бўлаклари архитектурасини бузилиши, жигар хужайраларини дистрофик ўзгаришлар (гидропик дегенерация, баллонсифат гепатоцит) чегарали лимфогистацитар инфильтрация портал майдонларини ўртача даражадаги ўчоқли фибрози. Сурункали гепатит огир турида

жигардаги ўзгариш: хужайраларини реструктив-некротик ўзгаришлардан кўприксимон некрозгача жигар бўлақларини бузилиши, перипортал мойдони жигар бўлақчаларини ичигача кириб борган лимфоид инфилтрацияси; бириктирувчи тўқимадан интрабўлақчаларо тўсиклар ривожланади бу эса портал трактларни яқинлаштиришга олиб келади. Лекин паренхимани тугунли ўзгариши йўқ.

Липоид гепатитда шикастланган жигарнинг гистологик манзарасига портал майдонларни плазматик хужайра ва лимфоцитлар билан яқин инфилтрацияси, постнекротик жигар циррозига яқин бўлган жигар бўлақчаларини архитектоникаси бузилиши билан кечувчи диффуз фибрози характерли.

Сурункали гепатитни вирусологик текширувда бемор конида HBsAg, HBeAg, HBeAb ва антителоларни аниқлашга қаратилган.

Вирус	Серологик маркерлари
HAV	HAV Ab IgG, HaV Ab IgM*, HAV РНК*
HBV	HBsAg, HBsAb, HBeAg*, HBeAb, HBcAb IgM*,
HCV	HBcAb IgG, HBV ДНК*
HDV	HCV Ab IgG, HCV Ab IgM*, HCV РНК*
HEV	HDV Ab IgG, HDV Ab IgM*, HDV РНК*
	HEV Ab IgG, HEV Ab IgM*, HEV РНК*

* репликация маркерлари З. Г. Апросинабуйича (1996)

Гепатит В да репликация ва интеграция даврида вирус маркерлари.

Маркерлар HBV	HBV–инфекция ривожланиш фазаси	
	Репликация	Интеграция
1. зардобагилар		
HBsAg	+	+
HBeAg	+	–
ДНК HBV	+	–
HBcAb IgM	+	–
HBcAb IgG	–	+
HBsAb	–	–
HBeAb	–	+
2. Тўқималардаги		
HBeAg	+	–
HBsAg	+	+
ДНК HBV	+	–

ДНК HBV, ҳамда РНК HCV, HDV, HEV жигар биоптатида ёки конда (полимеразной цепной реакции) ПЦР, вирус антигенлари ҳамда уларга

қарши антителалар (antibody – Ab) (IgG, IgM) – иммунофермент анализ ёрдамида аниқланади (ИФА).

HBV зардоб маркерларининг жигардаги патологик жараёни фаоллигига қарши нисбати.

HBV зардоб маркерлари кўриниши	HBV–инфекцияни ривожланиш фазаси	Фаоллиги	Дастлабки ташхис
1. HBsAg+, HBeAg+, ДНК HBV+	Репликация	бор	САГ, СЛГД П
2. HBsAg+, HBeAg–, HBeAb–, ДНКHBV+	Репликация	»	САГ, ЖЦ
3. HBsAg+, HBeAb+, ДНК HBV+	Репликация ёки интеграция ёки ргаликда	»	ХАГ, ЖЦ, ГЦК
4. Hbs Ag+, HBeAb+, ДНК HBV–	Интеграция	Йўқ	Симптомсиз вирус ташувчи HBsAg, ЖЦ, ГЦК
5. HBsAg–, HBeAb+, ДНК HBV+	Интеграцияни устунлиги	Бироз ёки йўқ	СПГ, САГ, ЖЦ
6. HBsAg–, HBeAb+, ДНК HBV–	?	Йўқ	Соғлом жигар, нофаол ЖЦ
7. HBsAb+, HBeAb+, HBeAb	?	Йўқ ёки бироз	Соғлом жигар, ЖЦ, СПГ

Изох: САГ – сурункали актив гепатит, СЛГ – сурункали лобуляр гепатит, СПГ – сурункали персистенувчи гепатит, ЦП – жигар цирроз ГЦК – гепатоцеллюляр карцинома.

Иммунологик текширувлар – бемор имун ҳолатини баҳолаш ҳамда жигар ҳужайраларининг митохондрия ва антигенларига, терини базал мембранаси, “ДНК”га силлиқ мушакларга қарши антителоларни излаш. Сурункали гепатитда бемор конта одатда иммуноглобулин А ва G бироз ортган, лёкин сурункали гепатитнинг яққол фаоллигида IgG жуда юкори. HbsAg СГ да Т–лимфоцит–супрессорлар микдри меъёрида лёкин аутоиммун вариантыда пасайган, иккала турида ҳам Т –хелперов фаоллиги пасайган. Давомли HBeAg–емия – гепатома ривожланиш хавфи омили.

Аутоиммун синдром билан кечувчи сурункали гепатитни оғирлақ холатни баҳолаш (асосий симптомокомплекс)

Оғирлик даражаси	Астеновегетатив синдром	Артралгиялар	Жигардан ташқари белгилар	АлТ фаоллиги	Силлик Мушакларга қарши антителалар	Жигар Хужайра ларига қарши
I	+	±	+	Меъёрдан 2 марта ортик	+	+
II	++	++	++	Меъёрдан 3-5 марта ортик	++	++
III	+++	+++	+++	Меъёрдан 5 мартадан ортик	+++	+++

Қийёсий ташхис. Энг аввало сурункали гепатитни ўткир гепатитни қолдик белгиларидан фаркланади. СГ А да одатда соғайиш 12-16 хафтадан кейин қайд қилинади.

Шу сабаб шифохонадан чиқиб кетаётган аксарият беморларни буткул соғойди деб ҳисоблаш мумкин эмас, чунки уларда умумий холатинибузилиши ёки лоборатор тахлилларда ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Болалар умумий холсизликка, тез чарчашга, иштахасини пасайишига, буғилишга, кўнгил айнишга, қайт қилиш, ўнг қовурға соҳасида оғрик, ахлатини шакли тез-тез ўзгариб туришига шикоят қиладилар.

Объектив қўрилганда жигар бироз катталашган, айрим холларда тери ва склераларни кучли бўлмаган сариқликлиги; доимо унча кучли бўлмаган жигар фаолиятини бузилиши кузатилади. Айрим болалар клиник манзарасида астенодиспептик синдром кучли бўлади, айримларида эса сариқлик-қатор беморларда жигар катталаниши намоён бўлиб, бу беморлар эса ҳеч қандай шикоят билдирмайдилар, лоборатор текширувларда ҳам жигарнинг яхши функционал холати қайд этилади. Бу холатларда жигарни тузалиб кетиши мумкинлиги ҳақида сўз юритилади. Ўткир гепати А ўтказгандан сўнг давомли функционал гипербилирубинемия кузатилиши мумкин, бу эса болаларнинг умумий холатига таъсир кўрсатмаслиги мумкин. Ўткир гепатит А сурункали гепатит ва жигар циррозига ўтмайди. Мободо беморнинг ўткир даври ўтгандан сўнг ҳамда I йилдан сўнг юкорида кўрсатилган белгилар кузатилса шунингдек HBsAg, HBcAg, HBeAg лар ёки уларга қарши антителалари аниқланмаса ўткир гепатит А ни қолдик белгиларини ташхисланади.

СГни цирроздан марфологик текширулардан кейин фарклаш мумкин (УТГ, радиоизотоп сканер, КТ).

СГни ирсий пигментли гепатозлар ва жигарни модда алмашинуви касалликлари билан ҳам фаркланади.

Прогноз. СГни кечиши унинг формасига боғлиқ, ўртача фаоллик билан кечувчи СГда жараён тузалиш билан яқунланиши мумкин.

Энг оғир якуни жигар циррозига ёки касалликни ривожланиши билан жигар етишмовчилигига ўтиб кетиши ҳисобланади. 50% ҳолларда яққол фаоллик билан кечув СГларни якуни шундай бўлиши мумкин.

Профилактикаси. ЖССТ тавсияларига кўра гепатит В га қарши куйдагиларга фаол иммунизация ўтказилади.

- ўткир гепатит В билан ҳасталанган оналардан туғилган чақалоқларга
- гемодиализ ва гематологик булимларнинг тиббий ходимларига ҳамда беморлар қони билан бевосита мулоқотда бўлувчи шахсларда, тиббиёт институт талабалари ёзги ишлаб чиқариш амалиёти бошланишдан олдин
- СГ билан оғриган беморлар ёки вирус ташувчилар оила аъзоларига
- Эпидемиологик ҳолати яхши бўлмаган ҳудудларга кетаётган сайёҳларга
- Гемодиализ бўлимларни пациентларига
- Томир ичига наркотик қабул қилувчи наркоманларга

СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТНИ АНИҚЛАШДА ДИАГНОСТИК ДАСТУР.

Минимал:

- Анамнез йиғиш;
- Қонни биохимик текшируви (билирубин ва унинг фракциялари трансаминазалар, вирусли гепатит маркерлари, жигар вазифалари);
- Умумий қон таҳлили;
- Умумий сийдик таҳлили;
- Умумий сийдик ўт пигментлари;
- Жигар ЎЗИ.

Максимал:

- Коагулограмма;
- Гепатосцинтиграфия;
- Қизилўнғач эндоскопияси, меъдани кўрсатма билан;
- Термография;
- Компьютерная томография;
- Жигарни пункцион биопсияси.

СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТНИ ДАВОЛАШ ПРОГРАММАСИ.

Терапевтик ҳаракатни йўналиши:

1. Вируса гепатит репликацияси активлигини бостириш;
2. Организм иммун реактирлигини коррекциялаш;

3. жигар хужай раларини бўзилган метаболизмини қайта тиклаш, холестазини бартараф қилиш;

4. Симптоматик терапия.

Комплекстерапияни реализациялаш:

1.1 Режим – кўғлолган пайтида ётоқ режими; боксга 2 хафтаган изоляциялаш – вирусли гепатит серологик маркерларини кўплигида, сўнг – уйда даволаниш.

1.2 Диета №5.

1.3 Сурункали вирусли гепатитларда В,

С ва D аутоиммунбузилишларсиз активлик даражасига қараб натив ёки рекомбинант интерферонлар билан даволаш терапияси ўтказилади:

- Велферон, интрон А, роферон-А, реаферон – 4 ёшгача 500 минг МЕ кунига 2 марта 14 кун давомида, сўнг 1 млн МЕ хафтасига 3 марта 5,5 ой давомида., 4 ёшдан катталарга доза икки баробар қилинади.

2.1 Сурункали гепатитлар В,С ва D аутоиммун синдром бузилишлари билан (гамма-глобулинемия 23% ва ундан юқори) преднизолонотерапиакурси ўтказилади:

- 1-2-хафтасида – преднизолон (табл. 0,005 г) 0,6 мг/кг/сут;

- 3-хафтасида – преднизолон 0,45 мг/кг/сут;

- 4-хафтасида – преднизолон 0,25 мг/кг/сут.

Танаффусдан сўнг 2 хафта давомида интерферонотерапия –5 млн МЕ хафтасига 3 марта 4-6 ой давомида ўтказилади.

2.2 Аутоиммун гепатитда – иммуносупрессив терапия

(глюкокортикостероидлар, цитостатиклар):

- преднизолон (табл.) 1-3 мг/кг дан сёкин аста тўхтатиш билан;

- азатиоприн (табл. 0,05 г) 0,002 г/кг/сут 3-4 махал 6-12 ой давомида.

Сурункали гепатитларни барча формасида қуйидаги кўллаб турувчи терапия ўтказилади:

1.1 Гепатопротекторлар:

- Эссенциале ичишга 1 капсула кунига 3 махал овқат пайтида 1 ой давомида ёки в/в 5% глюкоза эритмасида кунора 10 мл дан, курс – 10-15 введений;

- Легалон, карсил, силибинин 1 дражедан (0,035 г) кунига 3 махал овқатдан сўнг 2-3 хафта давомида;

- Силибор 1 табл. (0,04 г) кунига 3 махал 2-3 хафта;

- ЛИВ-52 1 табл. кунига 3 махал 2-3 хафта;

- Ливомин 1 табл. кунига 3 махал 2-3 хафта;

- Цианиданол, катерген 1 табл. (0,5 г) кунига 3 махал 2-3 хафта;

- Сирепар (фл. 10 мл) в/м ёки в/в 2 мл кунора №10-12.

1.2 Липотроп моддалар, курс – 1 ой:

- Липоевая кислота 1 табл. (0,025 г) кунига 3 махал овқатдан сўнг;

- Липамид 1 табл. (0,025 г) кунига 3 махал овқатдан сўнг;

- Холина хлорид 20% эритмаси 1ч. кош. кунига 3 махал.
- 1.3 Витаминлар, курс – 1 ой:
- Ретинол ацетат 1 табл./капс. (3300 МЕ) кунига 3 махал ёки ёгли эритмаси (100тыс.МЕ/мл) –1-2 кап. кунига 2 махал;
 - Кальцитриол, рокальтрол 1 капс. кунига 2 махал;
 - Токоферол ацетат 1 капс. (0,2 г 50% эр.) кунига 2 махал ёки в/м 1 мл 10% эр кунига 1 махал;
 - Тиамин бромид 1 табл. (0,0026 г) кунига 1 махал ёки в/м 0,5-1 мл 6% эр. №10;
 - Пиридоксин гидрохлорид 1 табл. (0,01 г) кунига 1-2 махал ёки в/м, п/к 0,5-1 мл 5% эр. №10;
 - Аскорбин кислотаси 0,1 г кунига 3 махал ёки «таксофит – витамин С сўрма таблеткалар» - 1 табл. 1 стакан сувга;
 - Никотинамид 1 табл. (0,025 г) кунига 3 махал овкатдан сўнг;
 - Поливитаминлар: таксофит минерал элементлари билан, лековит, супрадин, берокка, кальцевита, гендевит, квадевит, пангексавит, декамевит, аэровит, ундевит, аскорутин, юникап, олиговит кунига 1 махал.
- 1.4 Глюкоза 5% эритмаси 150-200 мл т/и, курс 3-4 хафта.
- 1.5 Ўт хайдовчилар, курс 1-3 ой:
- дегидрохолевая кислотаси по 1 таб. (0,2 г) кунига 3 махал;
 - Аллохол 1 табл. кунига 3 махал овкатдан сўнг;
 - Лиобил 1 табл. (0,2 г) кунига 3 махал овкатдан сўнг;
 - Холензим 1 табл. кунига 3 махал овкатдан сўнг;
 - Карловарская тўзи 1ч. кош. ½ стакан сувга нахорга;
 - Фламин 1 табл. (0,05 г) кунига 3 махал;
 - Сорбит, ксилит по 5-10 г 3 раза в день в чае или компоте;
 - Бессмертник кайнатмаси 1 ош. кош. кунига 3 махал;
 - Ўт хайдовчи чай, шиповник кайнатмаси ¼-1/2 стаканда кунига 3 махал.
- 4.1 Ичакдан ўт кислоталарини сўришини камайтирувчи препаратлар (холестатик гепатитда), курс – 1-1,5 ой:
- Холестирамин ичишга 2 мл дан кунига 4 махал;
 - холестипол (холестид) 5 г дан суткасига 2 махал (30 г/сут 3 кабулига);
 - билигнин ичишга 10,0-15,0 суткасига 3 кабулига овкатдан 30 мин олдин;
 - гептрал 1 табл. 3 махал кунига ёки в/в 1 мл кунора №20.
- 4.2 Жигарда микросомал оксидланиш жараёнини стимуляторлари:
- фенобарбитал 0,025 г дан кечкурунга, курс – 1-3 ой.

Поликлиник этап:

1. Жисмоний юктамалардан чегараланиш режими;
2. Диета – стол №5;

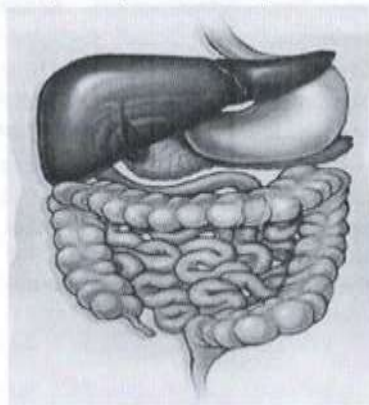
3. Ўт хайдовчи ўсимлик маҳсулотлари –2 курс, 1 хафта танаффус билан 6 ой. Сўнг квартал оралигида 1 ой давомида, курс 1-2 йил;
4. Кўрсатма билан – гепатопротекторлар, липотрон моддалар, энтеросорбентлар;
5. Витаминлар – доимо

СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ БЕМОРЛАРИНИ ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИНИ СХЕМАСИ

Мутахасис кўруви	Педиатр – кварталда 1 марта ёки ҳар ойда –активлик даражасидан катъий назар; отоларинголог ва стоматолог – йилига 1 марта; хирург – кўрсатма билан.
Текширув усуллари	Умумий қон анализи – 3 ойда 1 марта.; биохимик анализ –6 ойда 1 марта; сийдикдаги ўт пигментлари –2-3 ойда 1 марта; бошқа текширувлар – кўрсатма билан.
Жисмоний тарбиядан группа	Маҳсус 2 йилдан кам бўлмаган, сўнг-тайёровчи.
Эмлаш профилактикаси	1 йилдан сўнг – эпидкўрсатма билан тўлиқ текширув ва профилактик даводан сўнг
Эффективлик контроли ва ҳисобдан чиқариш.	Ахволини яхшиланиши, биохимик кўрсаткичларни нормалиги. Ҳисобдан чиқарилмайди.

Жигар циррози.

Жигар циррози термини-грекча “kirros” сўзидан келиб чиққан бўлиб-сарик жигарнинг рангига мос равишда 1819 й. Р. Лазинек патологик-анатомик текширув ўтказиб, бу терминни фанга киритган.



Расм 12. Жигарнинг топографик анатомияси.

Жигар циррози-жигар паренхимасини нобуд бўлиши ва тугунчали пролиферацияси, шунингдек бириктирувчи тўқиманинг реактив ўсиб бориши билан давом

этувчи жигарни сурункали яллиғланиш жараёни тушинилади.

Бунинг натижасида жигарнинг хужайравий ва мезенхимал яллиғланишли бузилишлари, портал гипертензия белгиларини намоён бўлиши билан инфодаланадиган жигарнинг бўлак-кон томирлар архитектурасини дезорганизацияси кузатилади. Цирроздан фаркли равишда (клиник анатомик тушунчаси бўйича) жигар фибрози фаркланиб у жигарнинг турли касалликлари: абцессларда, инфилтратларда, гуммаларда, гранулемаларда, реактив ва репаратив жараёнлар натижасида жигарда ўчоқли бириктирувчи тўқимани ўсиб кетиши билан намоён бўлади.

Шундай қилиб, фиброз анатомик тушунча ҳисобланади.

Сифланиши.

Жигар циррозининг куйидаги турлари ажратилади.

I. Морфологиясига кўра

- макромуляр (йирик тугулли, пост некротик)
- микромуляр (портал, септал)
- аралаш
- билнар (шаклланиш даврида микромулярга ўхшайди лекин

кейинчалик жигардан ташқари ўт йўллари нуқсонлари ҳисобига жигар обструкцияси ривожланади)

II. Этиологиясига кўра.

-Инфекцион (В,С, В+D, G, СГ, НГ дан сўнг, камдан-кам тугма сифилис, сепсис, генерализацияланган цитомегалия)

- Алмашинув (ирсий ферментопатиялар, гепатолентикуляр дегенерация, галактоземия, гликогенли касаллик III, IV типи, фруктозани кўтара олмаслик, липидозлар, тирозинемия)

-Ўт йўллари обструкцияси оқибатида (атрезия, жигардан ташқари ўт йўлларининг хамроҳ кистаси, Алажилля синдроми, алфа антитрипсин танқислиги, Байлер касаллиги, муковисцидоз)

• юрак-кон томир касалликлари оқибатидаги димланишлар (ёпишқоқ перикардит, ўпка гипертензияси, Бадди-Киарри касаллиги, венноклюзион касаллик) ва бошқа жигардан ташқари портал кон айланиш блокадалари.

• Идиопатик, сифланмаган (дори дармон - метатрексат ва бошқалар, квашиоркор, гемосидероз, ярали колит ва бошқалар).

III. клиник функционал белгиларига кўра:

- стадия (бошланғич, шакланган, дистрофик)

- фаза (фаол, нофаол)

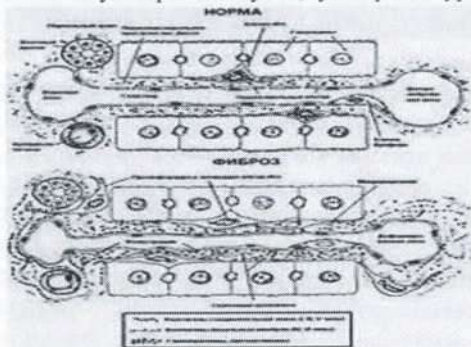
- кечиши (авж олувчи, стабил, орқага қайтиш)

- жигар функцияси бузилиши (бўзилмаган, енгил, оғир).

- Портал гипертензиялар (ўзгаришсиз, сезиларли, яққол)
- Гиперспленизм (бор, йўқ)

Патогенези.

Патогенезини муҳим омили бўлиб, портал системада ва жигарда қон айланиши бузилиши ётади. Циррозни дастлабки босқичларида сурункали гепатитга ўхшаш ҳолатда жигарда қон айланиши жигар артериясининг вегетатив асаб ҳосилаларининг шикастланиши (шунингдек дарвоза венасини) оқибатида қисилиши кузатилади. Кейин синусоидлардан қон оқими қийинлашади, жигар ичи портоковал шунтлар, артериопортал анастомозлар, портал оқимнинг артериализацияси гидравлик тусиқ пайдо бўлиши ҳисобига талок томонга қон айланиши тақсимланиши ривожланиши, жигардан ташқари портоковал шунтлар ҳосил бўлиб, ўнг юракка зўриқиш ортади.



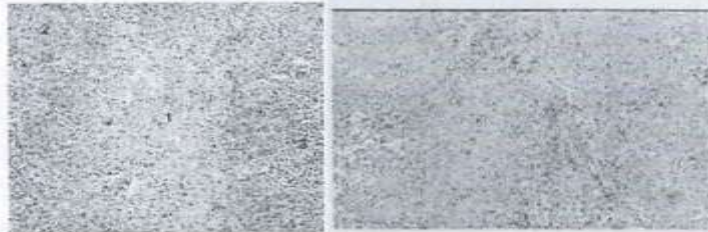
Расм 13. Нормал ва фиброз жигар тўқимаси

Бошқа нуқтаи назарга асосан цирроз патогенезида бирламчи бўлиб:

- кўзгатувчини персистентлиги (вирусли гепатит В, В+D, С, F, G), айниқса иммун жавоби ва жигарни антиген таркиби ўзгача шахсларда.
- аутоиммун бузилишлар бунда жараёни авж олиши куйдагича бўлади:

некротизация → тугунчали регенерация → томир тизимини ўзгариши → паренхима ишемияси → некротизация. Циррозни патогенезида делта инфекция (ВГД), ВГС ёки ВГВ га қўшилиб кетса муҳим рол ўйнайди.

Жигар циррозини патогенезида бошқарувчи омилни туридан қатъий назар касалликни яқини некротизациялар ҳамда гепатоцитларни тугунчали регенерацияси ривожланади, жигарда бириктирувчи тўқима ўсиб фиброзга олиб келиб, бўлақчалардаги қон томир архитектоникасини бўзиб портал қон оқимини издан чиқаради ҳамда жигар этишмовчилиги намоён бўлади.



Расм 14. Жигар тўқимасининг морфологик ўзгариши.

Жигар циррози билан оғриган беморларда, жигарда глюкуронил конъюгацияси пасайиши туфайли гормонлар алмашинуви бўзилади, гиперальдостеронизм ривожланади (бу эса беморларда асцит ва шишлар патогенезининг муҳим омил), қонда эстроген ва андрогенлар миқдори ортади (бунинг натижасида беморларда гипогонадизм, гинекомастия, юлдузсимон тошмалар кузатилади). Сўкин аста буйрак усти безларининг фаолиятини пасайиши кучайиб боради, ошқозон ости беши ва буйрақлар фаолияти ҳам бўзилади.

Жигар циррозида жигар томирлари торайиши ҳамда синусоидлардан қон оқими қийинлашиши, портал гипертензия ривожланади, артерия-веноз анастомозлар кенгайди ва янгилари қўшилади, бу эса гидравлик тўсикка олиб келади (чунки жигар артериясида босим дарвоза венасидан 5-8 марта ортиқ).

Асцитни ривожланишига олиб келади: гиперальдостеронизм сабабли натрийни ушланиб қоллиниши (шикастланган гепатоцитларда конъюгация пасайиши ҳамда алдостеронни чиқарилиши пасайиши, кейинчалик эса ренинни таъсирида секрецияни ортиши буйрак қон оқимини эса пасайиши); қонда онкотик босимни пасайиши (албуминлар синтези пасайганлиги сабаб); жигарда лимфа ишлаб чиқарилиши ортиб ва лимфостаз кузатилади, (жигарнинг лимфатик шиши) кейинчалик лимфани қорин бўшлиғига ўтиши ва изотоник суюқликни қорин парда орқали ўтиши, портал гипертензия.

Клиникаси.

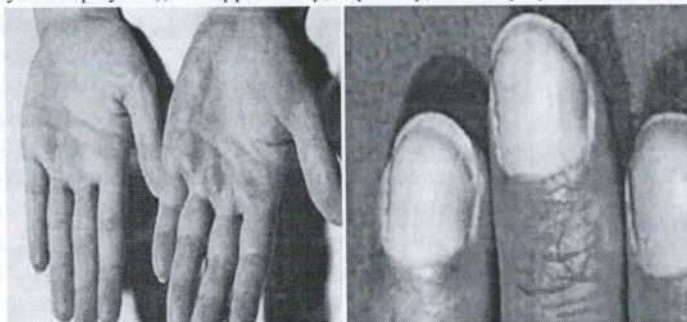
Жигар циррозининг клиник манзараси морфологик вариантларига боғлиқ ва ранг-баранг, аммо умумий белгилари бўлиб қуйдагилар хисобланади:

гепатомегалия- жигар тўқимаси зичлашган, юзаси нотёқис, қирраси ўткир.

спленомегалия- жигар циррозида албатта кузатиладиган белги, талоқ ҳар хил ҳажмда катталаниб, талоқнинг пастки чегараси киндиккача, ҳатто ёнбош суягининг дўнглигигача етиши мумкин.

теридаги ўзгаришлар- қуруқшаган, қулранг қорамтир сохалар депигментациялашган оқимтир доғлар билан алмашинади, оғизлар бурчаги бичилган, жигар қафтлари (тенор, гипотенор сохалари гиперемияси), барабан

таёқчалари, ок эмалсимон тирноқлар, томир юлдузчалар, ўргамчаксимон ва бошқа телеангиоэктазиялар, кичишиш, тошмалар, сариклик (кўпинча кўкимтир тусли), геморрагиялар, стриялар, шишлар кузатилади.



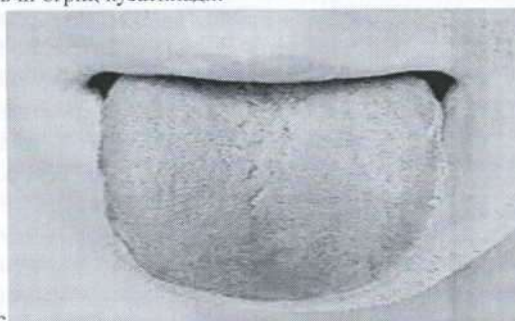
Расм 15. Жигар циррозида қафт ва бармоқларидаги ўзгаришлар.

Сочлари курук, сийрак, оқимтир, аниқ бир рангда тусланмайди, қўлтиқ остидаги туклар ўсиб кетади, чов соҳасида сийраклашган (гипоганадизм), болаларда гинекомастия кузатилиши мумкин.

Тил сўргичлари силлиқланиши, малинасимон, склера томирлари инекцияси кузатилади.

Портал гипертензия- спленомегалия, қоринни катталаниши, қоринни кенгайиши кузатилади, ошқозондан, бурундан, кизилўнгачдан, камдан-кам ректал қон кетишлар кузатилади.

Диспептик ўзгаришлар- иштахани пасайиши, қўнгил айнаиши ва қайт килиш, ўзгарувчан ахлат, метеоризм, баъзида ахлатни рангсизланиши (билиар циррозда). Ўнг ковурга ости соҳасида доимий ёки типик ўтиб кетувчи оғрик (кўпроқ ёғли овқатлардан сўнг, совук, жисмоний зўриқишдан кейин) бўғик симмилловчи оғрик кузатилади.



сс

Расм 16. Малинасимон тил.

Умумий дистрофик белгилар- бехоллик тез чарчаш, мушаклар гипотонияси ва нозиклашиши, озиб кетиш, кўп терлаш, баъзида субфебрил истима, артралгия бўлиши мумкин.

Агар сариклик, диспептик ўзгаришлар, интоксикация постнекротик циррозда эрта намоён бўлса, бундай ҳолатда касалликни дастлабки белгиси портал гипертензия бўлиб, кўпроқ септик циррозли беморларда кузатилади, касаллик латент кечиши яъни манифестлиги ошқозон ичак трактдан кон кетиш билан намоён бўлади (септал цирроз).

Расм 17. Жигар циррозида “медуза боши” симптоми.



Билиар цирроз клиникасида турғун сариклик (тўқ рангда) тери кичишиши, ахлат рангсизланиши, сийдикни тўклашиши, умумий ахволи прогрессив ёмонлашуви, интоксикацияни кучайиб кетиши, спленомегалия, баъзида терида ксантомалар пайдо бўлиши, суякларни декальцинацияси сабабли мўртлашиши хос. Айрим вақларда сарикли ўзгарувчан.

Асоратлар.

Жигар циррозида кўплаб орган ва тизимлар зарарланади, биринчи навбатда юрак, ошқозон ости бези, буйраклар, ОИТ, ҳамда геморрагик синдром кузатилади.

Юрак этишмовчилиги - жигар циррозида жигарда кон оқимини пасайиши хос (масалан: портокавал), гиперволемиа, умумий периферик қаршиликни пасайиши. Буларнинг ҳаммаси томирлар тонусининг пасайишига, токсик моддаларни қонда йиғилишига ва натижада юрак этишмовчилиги жигар циррозини декомпенсация босқичига олиб келади. Гепатоген миокардиодистрофия типик ҳисобланади. Баъзан беморларда артеривеноз шунт кузатилади.

Ошқозон-ичак тракти. Жигар циррози мавжуд беморларда кўпинча атрофик гастрит, ўт йўллари дискинезияси ва холециститлар (30-40% беморларда), яра касалликлари (10% жигар цирроз билан касалланган болаларда) ривожланади.

Яра қон кетишлар симптомларини суст кечиши ва жигар артериясида қон босимини пасайиши туфайли тезда жигар етишмовчилиги билан асоратланиши билан фаркланади.

Кўплаб жигар циррози билан касалланган беморларда ошқозон ости беши етишмовчилиги кузатилиб, стеаторея, сийдик ва қонда диастазани фаоллигини ортиши, чап қовурга ости ва эпигастрал соҳадаги оғриқлар ва уларни елгага иррадиацияси билан ифодаланади.

Буйраклар зараланиши: жигар циррозининг оғир кўринишида буйракнинг мочевина ажратиш функцияси, қоптоқчаларни филтрация хусусиятини ва каналчаларни секретор функцияси бўзилади. Бу ўзгаришлар гепаторенал синдром тушунчаси билан бирлаштирилади.

Сийдик синдроми ўз ичига олади: олигоурия, альбуминурия, гематурия ва цилиндруря.

Қон тахлилида анемия, ЭҚТни кескин ортиши, нейтрофилли лейкоцитоз хисобига.

Енгил формасида диспептик ўзгаришлар, бироз сариклик, олигоурия ва азотемия кузатилади. Оғир формасида эса сезиларли умумий аҳволи ёмонлашуви, қон кетишлар, тахикардия, бош оғриши, кўнгил айнаши, қайт қилиш ва бошқа уремия белгилари кузатилади.

Уремия каналчаларни ўткир некрози билан нефросклероз оқибатида юзага келади.

Неврологик асоратлар портал система энцефалопатияни бирлаштириб, қуйдагилардан иборат: рухият бузилиши (уйку, хотира, ўқишда қийинчиликлар, эйфория, кейинчалик апатия, летаргия, хуш бузилиши, кома), нерв-мушак патологияси (мушак қалтираши, астериксис - турган ҳолатда қўлларини узатган ҳолда қафтини ташқарига буқолмаслик, нутқ бузилиши, гиперрефлексия, ригидлик, атаксия, опистотонус), гипервентляция, ЭЭГ ўзгаришлари (уч фазали тўлқинлар), оғизда жигар хиди келиши (метантиол хисобига). Портотизимли энцефалопатияни ривожланиши портокавал ва бошқа шунтларни ҳосил бўлишига боғлиқ бўлиб, қайсики ичакдан оқиб келаётган қон жигарни чеклаб ўтиб, гипераммониемияга, ҳамда ичак флораси метаболитларини (меркаптан, октопамин ва бошқалар) зарарсизлантирилмайди.

Жигарциррозининг оғир асоратларидан бири жигар комаси хисобланади. (Маълумоларга кўра жигар циррози билан ҳасталанган беморларнинг 30-60% жигар комасидан вафот этади).

Жигар комаси қон кетишлара сабаб бўлади (хатто қучли бўлмаса ҳам), асцит суюқлигини чиқариб юбориш, айрим дориларни қўллаш (дифенин, фенацетин, фенатиазид, тетрациклин, хлортиазид, пролонгирланган

сулфаниламид, ацетомифен, транквилизаторлар), жаррохлик аралашувлар интеркуррент юкумли касалликлар, рационда оқсилларни кўп бўлиши, кон куйишлар, стероидларни нотўғри бекор қилиш кабилар билан кучайтириб хамрох сабабчиси бўлиб-дельта гепатит вируси.

Жигар комасини бошлангич ҳолати бўлиб ўткир ривожланувчи жигар гипоксияси ҳисобланади. Кома патогенезида муҳим бўлиб, мияни оксил алмашинувини бузилиши маҳсулотлари интоксикацияси ҳисобланади, улардан энг муҳими аммоний. Ҳозирги кунда исботланишича, метионинни кўп миқдорда қўллаш, масалан, жигарни ёғли дистрофияси, кўп беморларда гипераммониемия ва жигар комаси ривожланиши мумкин. Шу билан бирга жигар комасини патогенези гипераммониемияга боғлиқ бўлмаслиги мумкин, балки бошқа бузилишлар сабабли ҳам бўлиши мумкин, яъни аминокислота, ичакда токсик моддаларни ҳосил бўлиши таъсир механизми бўйича аминларга яқин туради.

Жигар комасида аниқланган аминокислоталар алмашинувининг бузилиши (ароматик аминокислоталарни конда ортиши - фенилаланин, тирозин, триптофан; аминокислоталар даражасини пасайиши), ёлғон трансмиттерлар гипотезаси - уларни мияда ортиши (бетте-фенилэтаноланин ва октопамин) дофамин ва норадреналин синтезини угнетенияси. Яъна айтилишича комада мияда қолдиқ ҳолда ингибирланган нейротрансмиттерлар, гамма-аминобутир кислота ва бошқалар синтези бўлади, уларни қобиғида барбитурат ва бензодиазепинларни боғлайдиган рецепторларга мавжуд.

Патогенезида гепатоцитлардан лизосомал ферментларни ажралиши ётади.

Эндоген (жигарни парчаланиши туфайли бирламчи кома) ва экзоген (иқиламчи жигар функциясини бузилиши билан) фаркланади. Иккаласининг патогенезида ҳал қилувчи бўлиб жигарни зарарсизлантириш функциясини бузилиши, глюкоцеребрал омилни етишмовчилиги, жигардан ажралувчи ва мия ҳужайралари томонидан глюкозани ўзлаштирадиган гипераммониемия, гипоксия, электролитлар дисбаланси, ацидоз. Агар экзоген кома сабабли ичакдан ўтувчи анастомозлар орқали (портокавал) конни бир қисми оқиб ўтиб жигарда зарарсизлантирилмаса эндоген комага сабаб бўлиб, жигарни массив некрози ҳисобланади. Жигар комаси яъна аралаш сабабли бўлиши мумкин.

Клиник манзарасида МНС бузилиши келиб чиқади: апатия ёки кўзгалувчанлик, уйқучанлик, кейинчалик эса ҳушини бузилиши, безовталиқ, алаҳсираш, дезориентация ва ниҳоят ҳушсизлик ҳолати. Эпилептик тутканоклар, оёқ-қўллар ригидлиги Бабинскийни мусбат симптоми, қўл қафтларини характерли тремори, никобсимон юз ҳам кузатилиши мумкин.

МНС даги ўзгаришлардан ташқари жигар комаси бемор оғзидан хушбой хид келиши мумкин (жигар хиди), жигарни кичиклашиши, баъзан сариклик кичишиш билан геморрагик диатез, иситма. Қон анализиди макроцитар анемия, ЭЧТ ортиши, лейкоцитоз, тромбоцитопения, биохимик анализда жигар синамаларини кескин бузилиши (протромбин комплекси фаоллиги бузилиши, диспротеинемия, аминокислота ва аммоний азоти ҳисобига азотемия, гипокалиемиа, гипонатриемия, резерв ишқор даражасини пасайиши компенсациялашмаган метаболик ацидоз, жигар хужайраларидан чиқувчи ферментлар фаоллигини ортиши).

Беморлар шифохонага яққол жигар етишмовчилиги белгилар билан (бўшашишлик, тормозланган, уйқусизлик) ёки прекома ҳолатида (жигар хиди, токсик характерли энтикиш, тахикардия, асцит - шишли синдром, геморрагиялар, хуши бузилиши, сариклик) ёки кома ҳолатида.

Оқибати

Оқибати: эндоген комада ёмон, экзоген комада эса нисбатан яхши сифатли, врач тактикасига боғлиқ.

Жигар энцефалопатиясини даврлари

Давр	Белгилари	Қалтираштрем ор, астериксис	ЭЭГда ўзгаришлар
I. (продромал)	Эйфория, вақти-вақти биланлетаргия, сёкинлашган нутқ, уйқу бузилиши, шакллар чизиш ва ақлий машқлар бажаришда кийинчилик	суст	йўқ
II. (прекома)	Уйқучанлик, ноадекват харакат,ўзгарувчан кайфият, дезориентация,жигарли хид, сийдик ва ахлат тутаолмаслик	мавжуд	9 тўлқинни умумий сёкинлашиши
III. (ступор)	Бемор уйқуда, лёкин » ўйғотишни иложи бор, талафўзи тушунасиз, гиперрефлексия, ригидлик		Сезиларли аномалиялар, 3 фазали тўлқинлар

IV. (чукур ко ма)	Арефлексия, кома, оғрикка реакциясини пасайиши ёки йўқолиши, мушаклар гипотонияси	Одатда бўлмайди	Иккитомонлама Д-тўлқин йуқлиги, "пўстл оқ жимлиги"
----------------------	--	--------------------	---

Қиёсий ташхис.

Жигар циррози сурункали гепатит, ўткир эпидемик ва зардобли гепатитдан, жигар фиброзидан (тўғма ва орттирилган), жигарни паразитар ва ўсма касалликларидаги қон касалликларидаги реактив ва махсус гепатомегалия (юқумли мононуклеоз, лейкоз, лимфогранулематоз, гемолитик анемия, болалар гистиоцитози, гемосидероз) ёки моддалар алмашинувининг наслий бузилишлари, портал гипертензия билан фаркланади.

Эрта ёшли болаларда циррозга ва даволангандан кейин ҳам циррозга олиб келадиган касалликларни (галактоземия) ҳисобга олиш керак, боғланмаган билирубинда эрта ёшли болаларда муковисидозни инкор қилиш керак, антитрипсин танкислиги жигардан ташқаридаги холестаазлар, катта ёшли болаларда эса ўт йўлларидаги анатомик зарарланиши ҳисобига наслий жигар ичи холестаазлари (дуктуляр гипоплазия) ёки уларсиз (Байлер касаллиги).

Гемохроматоз (пигментли цирроз, бронза диабет) касаллик темир алмашинувини бузилиши ва тўқималар ҳамда ички аъзоларда тўпланиб қолиши билан изоҳланади. Бирламчи (классик) ва иккиламчи гемохроматоз фаркланади. Иккиламчи гемохроматоз - бу тури гемолитик ва мегалобластик анемияларни қайталанувчи кризлари кўп марта қон қуйишлар, темир препаратлари билан нотўғри қўллаш натижасида ривожланади.

Бирламчи гемохроматоз доминант тарзда насланади 6-хромосомани елкасида жойлашган ген орқали. Болалар кам касалланади, асосан ўғил болалар касалланади. Касалликни характерли белгиси жигар циррозининг ва қандли диабет билан бирга тери пигментациясини учраши, бу эса терида жигарда ва ошқозон ости безида гемосидиринни пигментини тўпланиб қолишига боғлиқ.

Темир микдори қон зардобиди ортган лёкин касалликнинг айрим даврларида пасайиши кузатилади.

Тери ва жигар биопсиясида меланин ҳамда таркибида темир бўлган пигмент тўпланиши аниқланади. Объектив кўрганимизда бемор териси тўқ жигарранг тусда (меланин тўпланиши), қуруқ, танани очик жойларида кўпроқ пигментлашган. Қўлтиқ ости ва қов соҳасида туклар йўқ (касаллик одатда препубертат ва пубертат ёшда ташхисланади). Гипоганадизмни бошқа белгилари ҳам кузатилади). Жигар катталашган, зичлашган. Талокни

сезиларли катталаниши деярли хос эмас. Қандли диабет ўртача оғирликда, инсулин билан давога мухтож. Юрак қон-томир шикастланиши болаларга хос эмас.

Беморларни даволашда темир чегараланган, оксил билан бойитилган ва темирни боғловчи ва уни чиқариб юборувчи препарат - дефероксамин Б-десфераль 30-0 мг/кг 1 суткада.

Қасалликни оқибати унинг аниқланиш вақтига, кечишни давомийлигига боғлиқ ва диабет даражасига боғлиқ.

Гепатоцеребрал дистрофия (Вильсон-Коновалов қасаллиги) жигар циррози билан хасталанганларнинг 5-10% ида аниқланади. Қасалликерсий, аутосом-рецессивтарзда ўтади. Церулоплазмин оксилени синтезини бузилишига боғлиқ, натижада мисни транспорти бўзилиб тўқималарда тўпланиши кузатилади. Қасаллик 13-хромосомада жойлашган генга боғлиқ ҳолда ирсийланади (13q14-q21). Жигарни шикастланиши сурункали гепатит ёки жигар циррози шаклида кечади ҳамда юқорида айтиб ўтилган белгилар билан намоён бўлади. Айрим вақтда фақат гепатомегалия кузатилади. Бунлардан ташқари типик ҳолларда фақат гемолитик қамқонлик (кўп ҳолларда, томирлар ичи гемолизи-гемоглобинемия, глобинурия ва бошқалар), тромбоцитопения, лейкопения, асаб тизимини шикастланиши (гиперкинезлар, мушак тонусининг ортиши ёки фалажлик, парезлар, атетоз; эпилептик хуружлар, ҳулқининг, нутқининг, ёзувининг бузилиши ёки қучли қалтирашлар, мушакларнинг ригидлиги, дисфагия, сўлак оқиши, дизартрия), буйрак тубилар ацидозглокозурия, аминокацидурия, фосфатурия, уратурия, протеинурия.

Қасалликни ташхислаш учун кўзларни лампа ёрдамида кўриш (шоҳ парда атрофида зангори рангдаги Кайзер-Флейшер ҳалқаси аниқланади), церулоплазмин ҳажми аниқланади (1мкмоль/л дан пасайиши хос) қон зардобдаги мис (9,4мкмоль/л), суткалик сийдикда мис (1,6мкмоль/л дан ортиши хос ёки суткасида 50мкг).

Давосида D-пенициламин (тана массасига 20мг/кг суткасига) ёки унитиол (5-10мг/кг суткасига), рух препаратлари (1,5мг/кг суткасига), мис чегараланган пархез (1мг суткасига), шоколад, ёнғоқ, курук мевалар, қисқичбақалар, бугдой, жигар чекланади. Пенициламин витамин В₆ этишмовчилигига олиб келади, шу сабаб пенициламин перидоксин билан биргаликда қўлланилади.

Портал гипертензия синдроми бу портал тизимдаги қонни оқшини қийинлаштириш натижасида ўзгаришлар комплексини ўз ичига олади. Ҳар хил сабаблар таъсирида ривожланган портал гипертензия клиник белгилари ўхшаш, бу эса уни мустақил синдром сифатида ажратишга имкон берди.

Болаларда портал гипертензия катталардан фаркланиб жигардан ташқари тўсиқ натижасида ривожланади.

Меёридаги портал босим 50-150мм.вод.ст (ўртача 70-80мм.вод.ст). Портал гипертензияси бор беморларда портал босим 200мм.вод.ст дан юқори бўлади, бу ҳолатда дарвоза венасини ковак веналар тизими билан боғловчи анастомозлар кенгайди. Портокавал анастомозларни 3 хил гуруҳи кузатилади:

1. гастрозофагал (дарвоза венасини юқори кавак вена билан тоқ ва ярим тоқ веналар орқали боғлайди).
2. тўғри ичак вена чигали (геморроидал веналар дарвоза венасини ва пастки кавак венасини боғлайди).
3. киндик атрофидаги веналар (дарвоза венасини қорин деворини олдинги ва диафрагма веналари билан боғлайди).

Асосий портокавал анастомозлардан ташқари қўшимча анастомозлар мавжуд.

1. қорин парда ва буйрак веналари ўртасида.
2. юқори мезентериал ва уруқ тизимчаси веналари билан.
3. талок, чап буйрак веналари ва тоқ ва яримтоқ веналари шохчалари ўртасида.

Портал гипертензиянинг клиник манзараси унинг сабабига боғлиқ лёкин доимо спленомегалия, қизилўнғач, ошқозон, геморроидал веналардан қон кетиш, олд қорин веналарининг кенгайиши, асцит, айрим ҳолларда энцефалопатия.

Қон кетиш портал гипетензияни декомпенсацияси, унинг асоратлари, жигар комасининг ривожланишининг кўриниши. Шу нарсани айтиш керакки портал гипертензияси бор беморларда портокавал анастомозлар қанчалик қучли бўлса қон кетиш шунчалик қам учрайди. Тўсиқнинг ҳар бир тури ўзига хос белгиларига эга. Жигар циррозига хос: қам қувватлилик, тез чарчаш, уйқунинг бузилиши, озиб кетиш, диспептик бузилишлар, яққол гепатомегалия, жигар синамаларининг бузилиши, спленомегалия, жигардан ташқари белгилар (юлдузсимон тошмалар, палмар эритема, тирноқларнинг оқ эмолсимон бўлиши, барабан таёқчалар), асцит, сариклик.

Жигар ости тўсиқларга хос: жигар қатталашмаслиги мумкин, спленомегалия, қизилўнғач ва ошқозоннинг кенгайган веналаридан қон кетиш кузатилади.

Агар жигар усти тўсиқларига хос: ўнг қовурға ва эпигастрал соҳада қучли оғриқ, жигарнинг тез муддатда қатталаниши ҳамда оғриқ қучли бўлиши, асцитнинг ўта тез ривожланиши, қориннинг тери ости веналарининг

кенгайиши, оёқларнинг шиши ва қизилунгачнинг кенгайган веналаридан қон кетиш.

Портал гиертензия патогенези бўйича қуйдаги тасниф қўлланилади (Овер таснифи):

1. жигар ичи
 - а) жигар циррози
 - б) жигар фибрози
 - в) жигар ўсмаси
 - г) жигар ичи дарвоза венасининг шохчаларининг яқка тартибдаги тўсиғи
2. жигар олди тўсиғи
 - а) дарвоза ва талок венасининг чандикли стеноз, облитерацияси ёки тромбози(тромбофилибитик талок).
 - б) дарвоза венасининг ёки унинг шохчаларининг туғма стенози ва облитерацияси.
 - в) дарвоза венасининг ва унинг шохчаларининг чандиклар, ўсмалар ва инфилтратлар билан эзилиши.
 - г) дарвоза венасининг каверноз тарзда ўзгариши (киндик венасининг неонатал катетиризацияси сабабли)
3. жигардан юқори қон айланишининг тўсиғи (Бадда-Киари касаллиги)
4. аралаш тури: дарвоза венасининг тромбози билан биргаликда кечувчи жигар циррози ёки киндик венасининг реканализацияси (Крювеле-Баумгартена синдроми).

А. Ф. Леонтъв ва в. М. Сенякович (1987) портал қон айланишининг тўсиғини қуйдаги таснифини таклиф этишди.

1. дарвоза венасининг жигар ташқари асосий қисмининг тўсиғи.

А. Декомпенсация тури (88,4% ни ташкил қилади)

Томирларнинг шикастланишининг жойлашуви бўйича

1. дарвоза венасининг проксимал қисми
2. дарвоза венасининг бутун қисми
3. портал тизимнинг барча магистрал томирлари
4. дарвоза венасининг жигардан ташқари шохчаларининг шикастланиши.

Кечишининг даражаси бўйича (қон кетиш).

1. енгил (10 йил давомида қон кетиш 1 мартадан ортмаган)
2. ўртача оғир (10 йил давомида 3 мартадан ортмаган)
3. оғир (10 йил давомида 4 марта ва ундан кўп ёки 3 йил мобайнида касалликнинг эрта аниқланиши).

Тўсиқнинг даражасига қараб.

1. енгил (портал босим 200-290мм.вод.ст).
2. ўртача (портал босим 300-390мм.вод.ст)
3. оғир (портал босим 390 дан хам юқори).

Б. Компенсациялашган (назоратда болаларнинг 1,4% и) куйдагилар хисобига.

1. меъридаги қон айланишнинг тикланиши.
2. гепатофугал коллатералларнинг ривожланиши

II. дарвоза венасининг жигар ичидаги шохчаларининг якка тартибдаги тўсиғи (10,2%) .

1. декомпенсациялашган (5,5%)
2. компенсациялашган (4,7%)

А. Ф. Леонтев давомли кузатувлар натижасида портал қон айланишнинг жигардан ташқари тўсиқларининг дарвоза венасининг аномалияларидир. Бу фикрининг исботи тарзида 1/3-1/2 беморларда спланхоплевранинг мураккаб нуқсонлари аниқланган, улар-ичак телиангиоэктазиялар, гемангиомалар, қўшимча талоклар, сийдик ва ўт йўллари нуқсонлари. Н. П. Гундовин фикрича қўшимча талоклар одамларнинг 10% дан ортиғида кузатилади экан. Жигардан ташқари тўсиғи бор болаларда ошқозон қизилўнгачдан қон кетишлар жигар ичида тўсиғи бор болаларга нисбатан кўпроқ учрайди.

Бунинг сабаби куйдагича исботланади. Жигардан ташқари тўсиғи бор болаларда ошқозон шираси жуда юқори булар экан жигар ичи тўсиғи бор болаларга нисбатан. Қон кетишига сабаб бўлувчи бошқа сабаблар ҳам бор: фибриноген II, V, VII, IX, XIII факторларни миқдорини пасайиши шу билан бир қаторда қон плазмасининг фибринолитик фаоллигини ортиши, тромбоцитопатия, тромбоцитопения хисобига қон плазмасининг фибринолитик фаоллигининг ортиши.

Жигарнинг ҳажмининг кичрайиши, паренхимаси айрим ҳудудларининг шикастланиши, портал гипертензияни кучайиши, интакт гепатоцитларни фаоллигини ортиши талокнинг, жигарнинг, суяк кумигининг макрофагларнинг фаоллашуви олиб келиши билан тромбоцитопения ва гиперспленизм белгиларини кучайтиради.

Тўғма жигар фибрози аутосом-рецессив касаллик кенг фиброз ўчоқлари ривожланиши билан изохланади лекин жигар бўлагининг архитектоникаси ўзгармайди жигар ҳужайралари шикастланмайди. Жигарнинг функционал ҳолати бўзилмайди, лекин пресинусойдал жигар ичи тўсиғи сабабли портал гипертензия ривожланади. Спленопортаграфия килинганда айрим ҳолларда дарвоза венасининг жигар ичида нотўғри жойлашганлиги аниқланади. Портал гипертензия ва унга хос қизилўнгачнинг кенгайган веналаридан қон

кетиш 3-5 ёшдан пайдо бўлади. Касаллик айрим вақтларда халангит билан асоратланади.

Бадда-Киара синдроми касалликнинг асосий патогенетик кўриниши жигар ва пастки қавак веналарнинг тромбози, кўп ҳолларда бирламчи тромбоз киндик венасида ривожланади, кейинчалик веноз окумада ҳамда жигар венасида, кейинчалик жигар ва пастки ковак венанинг ички қатламининг қалинлашиши натижасида веналар торайишига ёки бутунлай беркилиб қолишига олиб келади. Жигар венасининг тромбози, жигар циррози, ўсмалар, томирларнинг касаликлари натижасида иккиламчи бўлиши мумкин. Б. В. Петровский фикри бўйича Бадда-Киара синдроми пастки ковак венанинг нуқсонлари- диафрагма тўғрисида мембраноз ўзгариш ёки стенози.

Касаллик сурункали кечади, кўп ойлар ёки йиллар давомида гепатомегалия, асцит, қоринда оғриқ, портал гипертензиянинг бошқа белгилари, оёқларда шишлар ва айрим вақтларда сариклик билан биргаликда кечади. Жигарда димланиш ҳисобига жигар ҳужайралари эзилганлиги сабаб иккиламчи циррозга олиб келиши мумкин.

Веноокклюзион касаллик- жигар веналарининг кичик ва ўрта шохларининг ўткир димланиши кузатилади. Окклюзиялар такрорланса портал цирроз ривожланади. Этиологияси ноаник. Инфекциялар, етарли овқатланмаслик, гепатотоксик ўсимлик алкалоидлари тасири малум рол ўйнайди. Клиник манзарасини намоён бўлиши 2-5 ёшларга тўғри келади, тўсатдан қоринда ўткир оғриқ ва асцит кузатилади. Касалликни якуни 3-5 ҳафтадан кейин тузалиш ёки сурункали турига-портал циррозга ўтиши мумкин.

Крювел-Баумгартен синдроми қорин қисмида медуза боши синдроми ҳос киндик соҳасини аускултация қилинганда веноз шовқин эшитилади. Ёриб кўрилганда киндик венасини битмаганлиги ҳамда киндик томирларининг нуқсони сабаб жигар атрофияси аниқланади. Ҳозирги вақтда Крювел-Баумгартен синдроми мустақил касаллик ҳисобланмасдан жигар циррози асорати деб тушунтирилади.

Прогноз.

Кўпчилик терапевтлар вирусли жигар циррозларини тузалмайдиган касаллик деб ҳисоблайди. Педиатрлар эса болаларда жигар циррозини илк даврлари тузалганлиги гувоҳи булганлар. Лекин болаларда ҳам касалликни якуни деярли яхши эмас. Жигар циррози билан хасталанган беморларда жигар етишмовчилиги кейинчалик жигар комасига ўтиши, такрорланувчи кизилўнгач ошқозондан қон кетишлар, гепатоцелюляр карцинома ўлим сабаби бўлиши мумкин. Жигар трансплантацияси касалликни кечилишини ижобий томонга ўзгариради.

Ўт чиқариш йўллари дискинезияси. Холангитлар.

Ўт чиқариш йўллари дискинезияси (ЎЧЙД) – ошқозон-ичак тизимининг фаолиятини функционал бузилиши бўлиб, 12 бармоқли ичакка ўтнинг оқиб ўтишининг бузилиши билан асосланади. Органларда генетик, морфологик, метаболлик ва бошқа ўзгаришлар аниқланмаган ҳолда, касаллик функционал деб ҳисобланади. Ўт чиқариш йўллари протоқлар, 12 бармоқли ичак ва сфинктерлар киради.

Ўт йўллари дискинезияси – болалар ўртасида кўп учрайдиган касалликлардан бири. Ушбу касаллик ўт ажралишининг бузилиши ва уни ичакка номўтадил тушиши билан намоён бўлади. Бу ҳолат хазм қилиш тизими ишини бузади ва шунингдек организмнинг умумий ҳолатига таъсир этади. Ўт кўп компонентли биокимёвий модда ҳисобланиб, кўплаб функционал жараёнларнинг таминлайди: ёғлар эмульгацияси, ёғлар гидролизи, пепсин ва хлорид кислотасини нейтрализацияси, панкреатик ва ичак ферментлари фаоллигини ошириш, витамин К, Е, Д, А, ўзлаштирилишини оширишда ва ферментларнинг ворсинкаларга бирикишида иштироки, антибактериал таъсир, ичаклар тонусини таъминлаш, дори моддалари, токсинлар, ксенобиотикларнинг метоболитлари ўт билан ажралади.

Касаллик ривожланиш сабаблари.

Психоэмоционал ўзгаришлар, неврозлар, овқат аллергияси, овқат тартибини бузилиши, гиподинамия, паразитозлар, чёкиш, спиртли ичимликларни ичиш ва бошқалар.

Турли ўт йўллари дискинезияси.

Болаларда дискинетик бузилишлар икки хил бўлади: гипокинетик ва гиперкинетик. Гиперкинетик турида ўт тез-тез ва кескин ажралади. Жараён ўт йўллари дискинезияси сфинктерларни спазматик хиссийтлари билан кечади. Гипокинетик дискинезия сфинктерларни бўшаши билан изоҳланади. Ўт суст ажралади ва ўт пуфагида туриб қолади.

Касалликнинг клиник манзараси дискинезиянинг турига боғлиқ.

Гипертоник шаклда: кўпроқ суюқ нажас, кўнгил айнаши, қусиш кузатилади. Гилда сарик қараш аниқланади. Болалар иштахаси йўқолади, улар жисмоний зўриқишларни оғир кечиради, тез чарчайди. Кўпинча бош оғриши, умумий беҳоллик, ширинликлар истеъмол қилгандан ёки хаяжондан сўнг ичакларда ачишиш сезилади.

Дискинезиянинг аралаш шаклида ич қотиши, оғизда аччиқ таъм қузатилади. Юзи ва танасида шишлар пайдо бўлиб, иштаха пасаяди, ўнг коворға остида оғирлик ва санчик қузатилади. Овқат миқдори камайтирилса тана вазни ортиши ва сассик тухум хидига ўхшаш кёкириш ривожланадию

Дискинезиянинг гипотоник шакли болалар ёшида кам учрайди. У ўт пуфаги мушакларининг тонуси пасайиши билан боғлиқ бўлиб, иштаха пасайиши, тана вазнини камайиши, ўнг коворға остида оғирлик хисси билан намоён бўлади. Ўт пуфаги хажми оддатда катталашган. Қўкрак ёшидаги болаларда нажас муаммолари ривожланиши мумкин ва улар вазни сёкин ортади.

ЎЙД диагностикаси

Ўт йўллариининг ҳолатини ташхислашининг имкониятли ва аниқ усуллари бўлиб УТТ ҳисобланади. Ультратовуш диагностикасини нахорда ўтказилади. Агар ҳеч қандай ўзгаришлар бўлмаса ўт пуфаги думалок, ноксимон ёки овал шаклда бўлиши керак. Нормада унинг деворларнинг кенглиги 4 мм ортмайди. Деворларининг структураси бир хил бўлиши лозим, ёриги эса – эхонегатив. Пуфакнинг хажми ёшга боғлиқ эмас, ҳар бир инсонда у турли хажмда бўлиши мумкин. Хатто гўдакда 7 см, ўсмирда эса 4 см бўлиши мумкин. Хатто ўт пуфагини қуйидаги хамжилари қузатилиши мумкин - узунлиги – 4-7 см, кенглиги – 1,2-2,4 см.

Даволаш. Дискинезия билан ҳасталанган болалар пархезга риоя қилиши шарт. 1 суткада 5-6 маҳалдан кам марта овқатланиш керак. Эрталаб ва кечкурун кислотали-сутли бактерияларга бой маҳсулотлар истеъмол қилиш лозим, улар ичакнинг нормал микрофлорасини тикланишига ёрдам беради. Бола ортиқча овқат емаслиги лозим. Кечкурун овқат истеъмол қилиш энгил, ухлалдан камида 2 соат олдин бўлиш керак. Агар боланин ҳолати ёмонлашса, унинг рационидан гўшт, қўзикорин, саримсоқпиез, пиез, ўткир зираворлар, шовул, тузли ва ёғли маҳсулотларни чиқариб юбориш, ширинликларни эса чеклаш зарур.

Агар болада ЎЧЙД гипертоник шакли қузатилса зоғорали нон ва дуккакликлар, газланган сув ва ширинликлар мумкин эмас. Овқат илик бўлиши лозим. Маълум вақтга янги сутни чеклаш маъқулрок. Овқат қайнатилган ёки парда пиширилган бўлиши лозим. Кисель, сувда пиширилган овсянкали бўтқалар, нордон сут маҳсулотлари, пишлок истеъмол қилиш жуда яхши.

ЎЧЙД сининг гипотоник шаклида сметана, қаймоқ, мевалар, сабзавотлар, тухум, ўсимлик ёғларини истеъмол қилиш кўрсатилган. Пархез муддати 1 йилдан кам бўлмаслиги лозим. Агар касаллик хуруж қилса пархезни давом эттириш керак.

ЎЧЙД ни даволаш 3 босқичда ўтказилади:

1. Асосий касалликни даволаш, унинг сабабини бартараф этиш;
2. Эҳтимолий оқибатларини бартараф этиш (спазмолитик воситалар, антибактериалдаво, тикловчи ферментлар).

3. Узок муддаг пархезга рию килиниши лозим.

Гипокинетикдискенизияўт хайдовчи воситалар билан даволанади. Улархолеретикларга мансуб бўлиб, ўт хосил бўлишини кучайтиради (холензим, аллохол), холёкинетиклар эса ўт ажралишига таъсир қилади.

Даво чоралари	Дискинезия	
	Гипотоник-гипокинетик	Гипертоник-гиперкинетик
Пархез	Певзнер бўйича 5 стол. Ўт хайдовчи таъсирга эга, ўсимлик клетчатчака тутувчи махсулотлар тавсия этилади.	Стол № 5. Механик ва кимёвий озука махсулотлар ва ёғларни чеклаш.
Нейротроп воситалар	Стимулловчи таъсири устуворлар: кофеин, элеутерококк, пантокрин, женьшень ва х.к.	Седатив таъсири устуворлар: транквилизаторлар, новокаин
Спазмолитик воситалар.	Кўрсатилмаган	Кўрсатилган воситалар: папаверин, но-шпа.
Иссиқлик муолажалари	Фақат кўзғалиш даврда қўлланилади	Кенг қўлланилади
Даво физкультура.	Тонусни оширувчи турдаги	Химояловчи усул
Физиотерапевтик муолажалар.	Тонусни оширувчи турдаги: Гальванизация, диаденамотерапия, лой билан даволаш.	Седатив турдаги:новокаин новокаин, папаверин, магний сульфат билан электрофорез, Щербак бўйича ёқа.
Тюбаж (кўр дренаж).	Кенг кўрсатилган (хафтасига 2-3 марта)	Эхтиёткорлик билан ўтказилади
Минерал сувлар	Юқори ва ўртаминерализацияли, хона хароратида,	Гидрокарбонатли хлоридли-натрийли, нисбатан паст

	сульфатли- магнийли, 1 кунда 300- 400 мл дан кам бўлмаган холда 2 марта кунига.	минерализацияланган, газлар кам тутган, иссиқ холда, 1 кунда 5-6 марта оздан.
--	---	---

Холангит- ўт йуллари яллиғланиш касалликлари. Холангит асосий касаллик бўлиб келиши ҳам мумкин, ҳамда ўт-пуфак тош касалликлари ва тошсиз ўт-пуфак касалликларида иккиламчи касаллик бўлиб келиши мумкин. Жойлашуви буйича:

-холангиоголанит майда ўт йулчаларини касалланиши.

-холангит жигар ичи ва жигар ташкари катта ўт-йуллари оғриқли касалланиши.

-холодохитумумий ўт-йўлик касалликлари.

Клиник кўриниши буйича:

- ўткир-сурункали
- стенозли
- септик холангитлар

Касалланиш жараёни:

- Катарал
- Йирингли
- Флегмонозёкигангреноз.

Этиологияси: Ўт-йўллари касалликларини асосий сабабчиси инфекциялар ҳисобланади. Ўт суюқлигини ҳар хил порцияларда бактериялар кўринади. Текширилганда ҳар доим стафилококк ва ичак тёкчаси аниқланади. Жуда кам холларда стрептококк ва энтерококк келтириб чиқаради. Бир қанча юқумли касалликлар ичбургут, колиэнтерит, сальмонелёз, корин тифи, сўнгра биллар тизимда асоратлар қолади. Камдан кам холларда ўчоғли инфекциялар сурункали тонзиллит, аденоит, синусит, аппендицит, кариесдан сўнг холецистохолангит намоён бўлиши мумкин.

Патогенез: Инфекция кўзгатувчиси биллар тизим кириш йўлидан 12 бармоқли ичак орқали ўт-йўли ва лимфа тизимига қон оқимига ўтиб дарвоза вена орқали жигар артериясига юқумли процесс ичакка ўтади.

Холестаз - бу фактор ўт чиқишини бузилиши ўт суюқлигини тўзилишини ўзгариши касалланиш процесларини кучайишини енгилатиши билан боўлиқдир.

Ёш болаларда ўтни доимо тўпланиши биллар тизимни тугма ривожланмаслиги ва дискенезиясига олиб келади. Камдан-кам холларда овқатланишни бузилиши билан (тўғри овқатланмаслик, ёғли овқатлар истемол қилиши, тухум, шоколад) ўт-йўлларига паразитларни тушиши (аскарида ва б.) ўт суюқлигини таркиби ўзгариши «жигарни касалланиши туфайли» клиник касалланиш юзага келади. Ўт йуллари касалликлари патогенезини асосини ўт суюқлиги физик-химик таркибига, ўт пуфағи ва ўт

йўллари ишлаш ҳолатига, ошқозон ва 12 бармоқ ичак функционал ҳолатига (ўт-йўллари мускулларини активлигини ўзгариши, катта дуоденал сўргични ишлаши ва қисилиши натижасида дуоденостаз юзага чиқади. Буларнинг натижасида билиар тизимда ўт чиқишини сўкилаши натижасида билиар тизим гипертензияси вужудга келади) боғлиқ.

Ўт ҳосил бўлишини бузилиши куйидагича:

1. Интрадуоденал босимни ошиши натижасида типовой билиар тизим намоён бўлади, бу 12 бармоқ ичак ва умумий ўт йўлида суюқлигини димланиши оқибатида юзага келади. Бунда холдохани кенгайиши натижасида асептик холецистит юзага келади, бунда ўт пуфаги катталашиб кетиши ва кичрайиб кетиши мумкин.

2. Сфинктер Оддини қисилиши оқибатида атрофдаги тўқималарни касалланиши (папиллома ёки билиар тизим босимини ошиши сабаби) невроген таъсирлар сабабли юзага келади.

Ўткир холангит-клиник кўриниши буйича 4та босқичга бўлинади;

1босқич кардиал симптомлар билан кечади, юкори температура, совқотиш, болаларда умумий аҳволи ёмонлашади, токсикоз, беҳоллик, иштахани пасайиши, диспептик бузилишлар, юрак қон-томир тизимини бузилиши.

2 босқич дарҳол 1-босқичдан сўнг ривожланади ва клиник кўринишига кўшимча жигарни касалланиши оқибатида холангиогенатит юзага келади. Скелерасида сариклик ва терлаш, сийдикда уробилин юзага келади. Жигар катталашади, пайпаслаганда оғрик ва унинг функциясини бузилиши намоён бўлади. Талок катталаша бошлайди.

Қонда лейкоцитлар билан нейтрофиллар ўнг томонга силжийди, СОЭ ошади. Дуоденал зондлаш орқали асосан С порцияни текширилганда касаллик элементлари ҳар хил флоралар, ичак таёкчалари, кокфлоралар, фридлендер башиллалари кўп микдорда бўлса, Агар касаллик ўт-йўлларида кўринмаса 3 босқичга ўтади.

3 босқич - жигар етишмовчилигидан то гепатодистрофиягача боради. Шу билан бир вақтда қонда мочевина кўринади.

4 босқичда буйрак юмаси ривожланади бемор нобуд бўлиши мумкин. Ўткирхолангитдаасосанйиринглисида диафрагма тағида абсцесс, плеврит, перитонит асоратберишимумкин.

Сурункали холангит – касаллик асосан ўткир холангит охирида ёки сурункали касал бўлиб бошланиши мумкин. Клиник кўриниши латент, рецидивланувчи септик кўринишда бўлиши мумкин. Латент формасида сурункали холангитни клиникасида оғрик бўлмайди, маҳаллий ўзгаришлар нитоксикация кўринишида (бўшашиш, температура ошиши, қонда ўзгаришлар). Ташхислаш асосан дуоденал зондлаш, сизтография, эхографияга асосланиб қилинади. Рецидивланувчи холангит клиник кўринишида оғрик синдроми, маҳаллий белгилар кўринарли бўлади, холециститга қараганда оғрик тумтоқ, ўнг қовурга остида ва эпигастрал соҳала ёки пилородуоденал соҳала. Қам ҳолларда овқат егандан сўнг, жисмоний ҳаракатдан сўнг оғрик кучайиши мумкин. Болаларда кўпинча

диспептик бузилишлар кўринади. Касалликка хос белгилар: терини кичишиши сариклик бўлмаслиги ҳам мумкин. Спленомегалия, жигар функционал ҳолатини бузилиши аниқланади. Септик холангит асосан нозик болаларда оғир ҳолатда ўтади, худди сурункали холангитга ўхшаш. Бунда кучли токсикоз, юкори тана хароратини кўтарилиши, сариклик тери ва склерасида, гепатоспленомегалия, юрак, ўпка, буйрак касалланиши мумкин. Ташхислашда лабаратор, клиникасига, аппаратлар билан текширилган маълумотларга асосланиб қўйилади.

Этиологик факторида паразитар касалликлар, инфекциялар, аномалияга қараб ташхислаш мумкин, бунда холангит билан гепатит, панкреатит бир бирига боғлиқ бўлиши мумкин. Қонда фермент ишқорий фосфатаза, лейцинаминопептидазалар, В-глюкуронидазалар, У- глутамин - транспептидазалар экскератор активлиги ошади.

Таққослама ташхислаш: Сурункали жигар касалликлари (сурункали гепатит, билиар цирроз) колкулёз йирингли холецистит, сепсис, паронефрит, ўнг томонлама пиелонефрит, диафрагма ости абцесси.

Бирламчи холангит ўт пуфаги дискинезияси, дуоденитлар ва 12 бармоқ ичак ўт йуллари бошқа рефлюксидан кейин ривожланади. Бундан сўнг иккиламчи ўт димланиши юзага келади натижада бўлақлараро каналларни бўлиниши кузатилади.

Сурункали холецистит ва холангит билан сурункали интермиттер сарикликни бир-бири билан алмаштирмаслик керак. Бунда асосан умумий тери кичишиши бўлади. Спленомегалия (таққослама ташхис белгилари).

Қонда СОЭ ошади экскератор ферментлар кўрсаткичи юкори бўлади. Бромсульфаленни тўпланиши билан бир-бири билан фарқланади. Ташхислашда Миррици синдромига асосланиб дуоденоскопия билан холангиография қилинади.

Даволаш: Асосан инфекцияни тушиши, ўт суюқлигини ажралишига қараб антибиотик, нитрофуран препаратлари берилади.

Холецистит

Холецистит ҳозирги вақтда энг кўп тарқалган касалликлар орасига киради. У катта ёшдаги одамларнинг ўртача 7-10% да аниқланади, ривожланган давлатларда эса бу кўрсаткич 15-20% гача бўлади. Шу билан бирга охириги ўн йилликларда, холециститнинг аломатлари ишга яроқли ёшдаги одамларда ва ҳаттоки ўсмирларда аниқланмоқда, ваҳоланки XX асрнинг биринчи ярмида- бу касаллик ёши катта одамлар учун одатий деб ҳисобланарди.

Холецистит-бу ўт пуфаги деворларининг яллиғланиши, билан боғлиқ касалликдир. Амалдаги Халқаро касалликларни таснифлаш, ХКТ-10 бўйича, уни хазм қилиш аъзолари касаллигига киритишади ва ташхис қўйишда К81 хос рақамини ишлатишади.

Холециститнинг ривожланишида 2 омил асосий ўрин тутлади:

Ўт пуфаги оралигида ўт суюқлики туриб қолиши (холестаз), айниқса у пуфак ичидаги ўт гипертензияси-ўт суюқлигидаги босимнинг кўтарилиши билан бирга келса. Бу микрошикастланишлар пайдо бўлишига, тўқималарнинг қон билан таъминланиши ёмонлашишига, ўт суюқлигининг таркиби ва тўйинганлигининг ўзгаришига олиб келади. Вужудга келадиган асептик (ноинфекцион) яллиғланиш, шиллик қаватнинг инфекцион агентларга нисбатан барқарорлигини пасайтиради ва жараёни сурункали ва оғирлашган шаклига ўтишига мойил қилади. (17-расм)



18-расм. Ўт пуфаги яллиғланиши.

Пуфакнинг девори ва ўт суюқлигининг зарарланиши. Ўт пуфагининг яллиғланиши одатда бактериал табиатли бўлади, лекин ичакдан келиб тушадиган оддий, лямбля ва ҳатто гельминтлар (паразит чувалчанглар) ҳам касаллик кўзгатувчи бўлиши мумкин. Лекин бу, холецистит инфекцион ва юқадиган касаллик дегани эмас. Кўп ҳолатларда ўт пуфагида, маълум бир шароитда ўта фаол бўлиб, тўқималарга нисбатан тажовуз кўрсата бошлайдиган, оддий аралашган шартли-патоген микрофлора аниқланади. Лекин кўзгатувчи қон ва лимфа оқими билан ҳам келиб тушиши мумкин.

Бир-бирини тўлдирувчи бу 2-шартнинг бир вақтда бор бўлиши- холецистит ривожланишининг асосий сабабидир. Шу билан бирга, вужудга келган яллиғланиш холестазни қўллади ва зўрайтиради, бу ўз навбатида касалликнинг сурункали босқичга ўтишига сабаб бўлади. Бу қуйилган ўт суюқлигидан тошлар пайдо бўлишига мойиллиги, чиқарувчи йўللар ўзказувчанлигининг шиллик қуйкалари туфайли бузилиши, пуфак оралигига экссудат (яллиғланиш келиб чиқишли бўлган суюқлик) ажралиши ҳисобига, пуфак ичидаги босимнинг кўтарилиб, микроорганизмларнинг ривожланиши учун ижобий муҳит яратилиши билан изоҳланади.

Холециститнинг ривожланиш сабаблари

Мойиллаштирувчи омилларга куйидагилар киради:

Ўт пуфагининг, ноодатий шакли, ички тўсиқлари борлиги, бўйнининг кийшиклиги кўринишидаги анатомик ўзига хос якка тартибдаги хусусиятлари.

Ўт чиқариш тизими фаолиятининг функционал бузилиши(ўт чиқариш йўллارининг дискензияси).Уларнинг ривожланишига сиқилиш ҳолатлари, невротик таъсирланишлар, кўп овқат еб қуйиш, кам жисмоний фаоллик мойиллик килади. Аёлларда, гормонал ҳолат бузилиши ва хомилдорлик пайтида, кўпинча ички аъзоларнинг моторик фаоллиги сезиларли даражада пасаяди, бу микдори кўпайган гормон-прогестероннинг таъсири билан изохланади.

Овқатланишдаги хатоликлар: ковурилган ва хаддан ташқари ёғли таомларни истеъмол қилиш,якқол кўп овқат еб қўйиш ҳолатлари.Кўп ёғ келиб тушишига жавобан,ўт пуфагини чўзадиган ва унда туриб қоладиган,кўп микдорда ўт суюқлиги ажратиб чиқарилади.

Панкреатит (ошқозонности безининг яллиғланиши) мавжудлиги.Ўт чиқарадиган ва панкреатик йўллар кўп ҳолларда бир йўлдан чиқиб кетади,бир хил ҳолатларда эса сўнги соҳасида бир-бирига қўшилиб ҳам кетади.Панкреатитда кўпинча бу соҳада шиш пайдо бўлади,бу эса ўт суюқлиги окимини бузади ва ўт йўлларига фаоллаштирилган панкреатит ферментларини ташлашга шароит яратади. Шу сабабли,кўп беморларда бир вақтда холецистит ва панкреатит аниқланади.

Танқис овқатланиш,овқат табиий йўл билан келиб тушишига тўскилик килувчи,вази йўқотиш учун мўлжалланган,қун давомида овқатланиш мувозанати етишмовчилиги бўлган парҳезлар. Ҳазм қилиш тизимига етарли даражада озукавий моддалар (айниқса ёғлар) келиб тушмаса,ўт чиқарш йўллариининг деворлари қисқаришини рағбатлантирувчи, холецистокинин жуда кам ишлаб чиқарилади.Агар бу ҳолат мунтазам қайтарилса,ўт суюқлигининг туриб қолиши ва қуюқлашиши билан намоён бўладиган, ўт пуфаги гипотонияси ривожланади.

Ўт пуфагининг ташқаридан босилиши, унинг қисқариш қобилятига салбий таъсир кўрсатади. Бундай ҳолат,метеоризм, мунтазам кўп овқат еб қўйиш, хомилдорлик, корин бўшлиғи ва корин бўшлиғи ортидаги шишларида,турли хил ўпка касалликлари натижасида юқори кўкрак ички босимида бўлиши мумкин.

Моддалар алмашинувининг бузилиши,семизлик,турли хил сувсизланиш натижасида ўт суюқлигининг қуюқлашиши ҳам аниқ бир аҳамиятга эга.

Холециститнинг турлари

Давомийлиги бўйича холецистит, ўткир ва сурункали бўлади.Агар беморда касалликнинг белгилари 3 ой ва ундан ортиқ кузатилса,сурункали боскичга ўтувчи узок давом этиши,деб юритилади.Бу ҳолатда, беморда кўп шикоятлар бўлмаслиги мумкин, лекин ўт пуфаги деворлари ва пуфак атрофидаги тўқималарининг текширув натижаларига кўра,ялдилганини белгилари аниқланади.

Патологик жараёнига кўра холецистит қуйидаги кўринишларда бўлади:

Калькулезли (ўт пуфаги оралигида турли ўлчам ва микдордаги тошлар борлиги) ва калькулезсиз (тошларсиз). Тошлар аниқланганда, КХТ-10 бўйича К 80 хос рақамини ишлатиб, ўт тош касаллиги (ЎТК) тахисси қўйилади.

Катарал,йирингли (флегмонали, корасонли),**некротик**.

Оғирлашган ёки оғирлашмаган, ўт пуфагининг тешилишили ва тешилишисиз.

Ўткир холецистит

Ўткир холецистит – бу ҳар доим яққол аломатлар билан таъсирланган хуруждир. Сурункали холецистит эса,қандай кечилишига кўра қуйидаги шаклларга бўлинади:

Латент ёки яширинган,бу касалликнинг деярли аломатсиз тури,кўп ҳолларда сурункали холецистит шаклланишининг энг эрта вақтида қайд этилади.

Қайталанувчи,бу турига холецистит аломатларининг йўқолиши ва ўткирлашиши даврларининг навбатлашуви ҳосилдир.

Тинимсиз кечувчи (тўқинланувчи,бир хил тарздаги),аломатлар бир ёки бошқа кўринишда,деярли мунтазам равишда бор бўлса.

Холецистит қандай намоён бўлади

Ўткир холецистит хуружи ёки сурункали касалнинг тўрайиши кўп ҳолларда,ёғли,ковурилган,ўткир таъмли,маринадланган маҳсулотларни истеъмол қилиш, кўп овқат еб қўйиш,алкоголь қабул қилиш натижасида пайдо бўлади.Одатда биринчи ўткир аломатлар,овқатланишдаги хатолар содир бўлгандан кейин, 2-3 соат ичида пайдо бўлади.

Одатий холецистит хуружига қуйидагилар киради:

Оғрик. Катта ёшдаги одамлардаги холециститдаги оғрик кўпинча,ўнг қовургаости соҳасида сезилади,ўнг биқинга,чап куракча тагига ва белнинг чап қисмига тарқалиши мумкин.Оғрик шундай шиддатли бўладики,бемор оғриксиз тананинг ҳолатини эгаллаб,ҳаракатларини жуда чегаралашга мажбур бўлади.Бундай ҳолатларда,ўт пуфаги ёки жигар санчиклари ривожланиши ҳақида гап кетади.Лекин холециститдаги оғрик буичалик кучли бўлмаслиги ҳам мумкин,уни кўп ҳолларда ўнг биқиндаги оғрик,кисилиб-тортилиш,шишиб кетиш ҳислари билан изоҳлашади.

Диспепсия (ошқозон-ичак йўлининг юқори қисмида ҳазм қилиш бузилишининг белгилари).Кўпинча кўнгил айнаши,қайталовчи кам миқдордаги ва ҳолатни енгиллаштирмайдиган қайт қилиш, ошқозоннинг тепа қисмида шишганлик ҳисси,оғиз қуруқлиги,бўш(овқатсиз) нордон-аччиқ мазали ўкчиш пайдо бўлади. Иштаха пасаяди,таъм сезиш ҳисси ўзгаради.

Тана ҳароратининг кўтарилиши.Одатда у 37-38°C атрофида бўлади,унинг кўтарилиши оғирланишлар қўшилгани,яллигланиш жараёни йиринглашга ўтганидан далолат беради.Лекин тана ҳароратининг кўтарилганлиги,хар доим ҳам ўткир холециститнинг белгиси бўлмайди,бу оғрик ва яллигланишига нисбатан ҳартомонлама таъсирланишдир.

Холециститнинг оғир кечаётган хуружи,кўп ҳолларда юрак уришининг тезлашиши,панжа ва оёқ юзининг совуши,ёпишқоқ тер пайдо бўлиши ва ифодаланган оғрик синдромига таъсир бўлган бошқа вегетатив таъсирланишлар билан бирга келади. Кўп беморларда,қиска вақт ичида овқат ҳазм қилиш бузилиши ва чап қовурғаостидаги оғриклар билан бўлган,панкреатит белгилари қўшилади,ичакнинг ҳаракатланиш фаоллиги пасаяди.

Сурункали холециститда, бемор хуружлар орасида ҳеч қандай ноқулайлик сезмаслиги,ёки бир хил пайтларда,овқат қабул қилишдаги хатоликлардан кейин 1-3 соат ўтиб, ўнг биқин ёки ўнг қовурғаостида оғирлик сезиши мумкин.Ўт пуфагида тошлар мавжуд бўлса,оғриклар шиддатли жисмоний юкламалардан кейин пайдо бўлиши мумкин, айниқса югуриш ва сакрашдан кейин.

Холециститнинг эҳтимоллий оғирланишларига қуйидагилар қиради:

Қонга жигарости сариқ касалининг ривожланиши билан, кўп миқдордаги билирубин сўрилишига олиб келувчи, умумий ўт пуфаги йўли оралигининг ўт пуфагидан чиққан тош(калькулез холециститда) ёки шиллик қуйқаси билан тўсилиб қолиши.

Йиғилиб қолган ўт суюқлигининг,ўт пуфагининг эмпиемаси(йиринглаши) шаклланишига олиб келувчи,йиринглаши.

Ўт пуфаги деворининг некрози (тўкималарининг ўлиши) ёки йирингли эриши.Унинг ичидаги моддаларнинг қорин бўшлиғига чиқиши,бўшлиғда хавfli ўт суюқлиги яллигланишига олиб келиши мумкин.

Перихолецистит деб аталувчи,пуфак атрофидаги тўкималарнинг яллигланишига қўшилиши. Кейинчалик,ўт пуфаги девори ва атрофдаги аъзолар орасида жипселиклар шаклланишига олиб келади, бу ўз навбатида пуфак моторикасини янада сёкинлаштиради ва ўт суюқлигини чиқаришни мураккаблаштиради.

Ўт пуфагида тешикларнинг ҳосил бўлиши- ўт пуфагидан, ошқозон, ичакнинг турли бўлимлари, корин бўшлиғи, ўт чиқиш йўллари ва хаттоки олдинги корин деворига, турли хил ғайритабiiй йўлларнинг очилиши.

Бир хил ҳолатларда, холецистит ўт пуфагининг аста-сёкин буришиши, кичиклашиши, қопланиб кетишига олиб келиши мумкин. Бу ҳолда, ўт пуфагини жарроҳлик йўли билан олиб ташлагандай постхолецистит томик синдроми ҳолати шаклланади.

Аниқлаш

Шифокор томонидан кўрик давомида аниқланадиган, объектив белгилар:

Қориннинг чап ковурга остини пайпаслаганда (пальпация) оғриши ва мўтадил таранглашиши. Ўт пуфаги нуқтасидаги кескин маҳаллий оғрик.

Ўнг ковурга айланасининг четини тақиллатиб кўрганда оғриқнинг кучайиши. Бўйинда, кўкрак-ўмров учбурчаги мушагининг оёқчалари орасида оғрик нуқтасининг борлиғи (френикус-аломати ва Мюсси-Георгиевский аломати).

Чуқур пайпаслаш йўли билан аниқланадиган, ўт пуфагининг ўзгаришлари (зичлашиши, ҳажмининг катталаниши, ифодаланган оғрикелик ва кўзгалувчанлигининг пасайиши). Лекин, ифодаланган оғрик ҳолатида, шифокор ҳар доим ҳам жигар соҳасини тўлиқ пайпаслаш имкониятига эга бўлмайди.

Бундан ташқари тилнинг куруклиғи ва қопланганлиғи, ичак фаоллигининг беихтиёр пасайиши натижасида, корин тепа қисмининг мўтадил шишиши қайд этилади. Яллиғланиш ўт пуфагидан атрофдаги тўқималарга ўтганда, одатда корин пардасининг чап ковурга остида таъсирланиш белгилари пайдо бўлади. Йирингли-некротик жараёнда эса, ўсиб боровчи интоксикация белгилари кўшилади, умумий аҳвол сезиларли даражада ёмонлашади, кориндаги оғриқлар ёйилган табиатли бўла бошлайди.

Лаборатор-асбобли аниқлаш ишлари холецистит билан оғриш ҳолатида, яллиғланишнинг табиати ва ифодаланишини, тошлар ва оғирланишларнинг бор ёки йўқлигини аниқлаш.

Текширув қуйидагиларни ўз ичига олади:

Яллиғланишдан таъсирланиш белгиларини аниқловчи, умумий қон таҳлили (ЭҚТ кўтарилиши, лейкоформулада уларнинг ўзак-таёқчали шаклларининг кўпайиши билан, оққон таначалари сонининг ошиши).

Қоннинг биокимёвий текшируви. Холециститда билирубин миқдорининг унинг тўғри (оксил билан боғлиқ бўлган) гуруҳланишига боғлиқ кўпайишини аниқлаш мумкин, жигар намуналарини фаоллаштириш (АлАТ ва АсАТ), жигарости механик сарик касалининг ривожланиши билан, ўт суюқлигининг бутун ўт чиқариш тизимида туриб қолганидан далолат берувчи, ишқор

фосфатазаси даражасининг кўтарилиши(ИФ). Амилаза микдорининг кўпайиши, жараёнга ошқозонности беши ҳам кўшилганининг белгиси бўлади.

УТГ- ўт пуфагидаги ўзгаришларни кўздан кечириш ва ундаги тошларни аниқлашнинг энг содда,кенг тарқалган ва кўп ишлатиладиган усулидир.

КТ (компьютер томографияси) ва **МРТ** (магнит-резонансли-томография)- анча аниқроқ ва техник мураккаброқ,катламлар бўйича расмларни олиш ва кузатиш услуги билан.

Холецистография. Ўт пуфагининг рентген-фаркланувчи препаратларни вена ёки орал (оғиз) орқали киритиб, рентгенда текшириш.

Бактериологик ва биокимёвий текшириш учун,12-бармокли ичакни гурухли зондлаб, ўт пуфаги суюқлигининг бир қисмини олиш.

Ўт суюқлигининг ишлаб чиқарилиши, тўпланиши ва чиқиб кетиш жараёнини кузатиш имкониятини берувчи, гепатобилир сцинтиграфия. Ҳар қайси даволаш муассасасида керакли қиммат ускуналар бўлмагани сабабли,жуда кам қўлланилади.

Айнан шу ўтказилган текширув натижалари, шифокорга холециститни даволашнинг мақбул режасини танлашга имкон беради.

Даволаш тамойиллари

Холециститни даволаш тартиби, яллиғланиш табиати ва ифодаланганлиги,мураккаб ва жаррохлик аралашувини талаб этувчи оғирланишларни бор-йўқлигига қараб белгиланади.Операция шойилинч ёки режалаштирилган тартибда,одатий ва организмга кам кириб бориш усуллари(масалан,эндоскопик) билан амалга оширилиши мумкин.

Оғрик енгил ифодаланган,беморнинг умумий ҳолати яхши бўлса ва йиринглаш белгилари кузатилмаса,даволаш амбулатор тарзда амалга оширилиши мумкин.Тарқалган оғрик,кўпайиб бораётган интоксикация ва бир неча соат давомида ҳис қилинаётган жигар санчиклари эса- жаррохлик шифохонасига зудлик билан етказиш учун сабаб бўла олади.Бошқа ҳолатларда шифохонада даволанишнинг қанчалик зарурлиги ҳақида қарор, беморнинг ўзи томонидан қабул қилинади.

Ўткир холециститни даволаш

Даволовчи парҳез (стол №5а ва кейин №5),ифодаланган жигар санчиклари бўлган ҳолатда бошидаги 1-3 кунларда очлик, тавсия этилиши мумкин.

Ўт пуфаги бўйнидаги сфинктернинг фаоллигини пасайтириш ва ўт суюқлиги оқиб кетишини енгиллаштириш учун, спазмолитик препаратлар.

Яллиғланишнинг инфекцион омилини йўқотиш учун,бактерияларга қарши воситалар.

Оғрик, тўқималарнинг кerkканлиги ва яллиғланишни камайтириш учун ностероид, яллиғланишга карши препаратлар. Улар иситма туширувчи таъсир хам кўрсатади.

Ошқозон ва ичак моторикасини тартиблаштириб, қайт килишга карши таъсир кўрсатувчи препарат-прокинетиқлар.

Ифодаланган оғрик пайтида аломатли даволаш сифатида, гиёҳванд моддаларсиз оғриксизлантирувчи воситалар.

Фермент етишмовчилигида ўрин тўлдириш, озукавий моддаларни хазм килиш ва ўзлаштиришни яхшилаш, ошқозонности безига бўлган функционал юкламани камайтириш учун ферментли препаратлар. Бу мақсадда, холецистит билан оғриганда юкори хавфсизлик профили ва табиий келиб чиқишга эга бўлган Микразим тайинланади. Унинг таркибига, бўзилган ўт ишлаб чиқариш шароитида ёғларнинг ўзлаштирилишини енгиллаштириб, холецистит билан бирга келадиган ичак бузилишларининг ифодаланганлигини камайтирувчи, липаза ферменти киради.

Физиотерапиянинг баъзи турлари, лекин сурункали калькулез холецистит зўрайганда бундай муолажалар жуда эҳтиёткорлик билан амалга оширилади.

Ўткир холециститнинг аломатлари тўхтатилгандан кейин хам пархези давом эттириш, фермент препаратларни қабул килишни тўхтатмаслик, спазмолитик даволаш курсини охирига етказиш маслаҳат берилади. Шифокорнинг қарорига кўра ўт ҳайдовчи воситалар, суюқлик ишлаб чиқарилишини кучайтирувчи (холеретиклар) ёки ажралиб чиқишига ёрдам берувчи (холёкинетик ёки холагога) воситалар тайинланиши мумкин.

Ўткир холециститнинг зўрайишдан кейинги, даволашнинг асоси- пархез, овқатланишдаги хатоликлар ва хазм килиш бузилиши белгилари пайдо бўлганда, фермент препаратларни қабул килиш, минерал сувлар ва бошқа сувли даволаш усулларини қўллаш. Ўт пуфагида тошлар бўлган ҳолатда, пуфакни бутунлай олиб ташлаш ёки фақат унинг оралигидаги тошларни, асбобли литотрипсия (тошларнинг тегинишсиз майдаланиши) ёрдамида олиб ташлаш ҳақида қарор қабул килинади. Бир хил ҳолатларда, литолитик даволаш ёрдамида, ўт тошларини аста-секин йўқотиш самарали бўлади.

Профилактика

Холециститнинг профилактикаси, қўзғатувчи омиллардан сақланиш, ўткир ва сурункали инфекция ўчоқларини ўз вақтида даволаш, панкреатитни тўғри даволашни ўз ичига олади. Ўт пуфагида суюқлик туриб қолиши ва тошлар пайдо бўлиши хавфи юкори бўлса, мунтазам УТ-назорат ва профилактик чораларнинг шахсий тўпламини аниқлаштириб олиш маслаҳат берилади.

Кўп ҳолларда, даволаш ўз вақтида ва тўғри амалга оширилса, холецистит хуружини одатий усуллар бидан тўхтатса бўлади. Кейинчалик, касаллик қайталашининг олдини олиш ва жараён сурункали ёки оғирлашган шаклга ўтиб кетмаслиги профилактикаси учун, шифокор маслаҳатларига амал қилиш керак.

Панкреатит

Ошқозон ости бези ошқозоннинг ортқа тарафида жойлашган бўлиб, ўнникки бармоқли ичакка уланган. Панкреатит – мазкур орган тўқималарининг яллиғланиш жараёнида юзага келадиган хасталик ҳисобланади.

Патологияси тавсифи

Ошқозонности бези икки вазифани бажаради:

Ўнникки бармоқли ичакка тушиб, оксил ва ёғларни парчалашда фаол иштирок иштирок этувчи хазм қилиш ферментларини ишлаб чиқариш;

Гормонлар секрецияси – қонга қўшиладиган ва глюкоза микдорини меъёрлаштирувчи инсулин ва глюкагон.

Нимадир сабабли панкреатик оқим бўзилса, босим ортади ва без хужайралари зарарлана бошлайди. Панкреатитнинг ўткир формасида тўқималарнинг “ўзини ўзи хазм қилиш” механизми ишга тушади. Сурункали яллиғланиш оқибатида хазм қилувчи ферментлар етишмовчилиги юзага келади. Ферментлар ўрнини ошқозонности бези хужайраларининг эгаллаши унинг ташқи секретор функциясини бўзиш билан бирга, гормонлар ишлаб чиқиш вазифасини ҳам ўзгартириб юборади.

Классификация ва турлари

Панкреатитнинг турли аломатларига кўра бир қанча классификациялари ажратилган.

Халқаро классификацияга кўра касаллик:

Ўткир панкреатит (код МКБ-10 K85);

Алкогол асосли сурункали панкреатит (код МКБ-10 K86.0);

Бошқа сурункали панкреатитлар (код МКБ-10 K86.1)га ажратилади.

Ўткир панкреатит вариантлари:

Без фаолиятининг тезда бузилиши билан кечувчи шишли;

Некротик (панкреонекроз) – анча оғир шакли бўлиб, шахсий ферментлари таъсирида орган тўқималарининг емирилиши билан кечади.

Ошқозонности бези яллиғланишининг сурункали турлари:

Сабаблари Хусусиятлари

Оҳакланувчан (кальцийлашувчи) алкоголь истеъмоли панкреатик оқим йўлининг сезилар-сезилмас зарарланиши ҳам уларда тикин ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин ва оқибатда оҳакланиш жараёни бошланади.

Обструктив Ўт-тош касалликлари, чандикли деформация, йирик оқим йўли эзилганида вужудга келади; хужайралар ички босим кўтарилиши оқибатида иккиламчи зарарланади.

Паренхиматоз-фиброзли аутоиммун жараён, қайталанувчан яллиғланиш камроқ учрайди, без хужайраларининг зарарланиши билан кечади.

Сурункали панкреатит аломатларсиз кечиши мумкин, бироқ қайталаниш ва зўрайиш билан ўтади. Қайталаниш маҳали бемор шикоят қилмаслиги ҳам мумкин. Сурункали яллиғланиш жараёни касаллик аломатларининг юзага чиқиши билан рўй беради.

Сабаблари

Касаллик куйидаги омиллар оқибатида юзага чиқади:

Панкреатитнинг 60 фоиз сабаби – алкоголь истеъмоли; бироқ касаллик 5-7 фоиз ичувчи кишиларда ривожланади ва бунга асосий сабаб, ирсий мойиллик ҳисобланади;

Ўт-тош касалликлари, ўт димланиши билан кечувчи сурункали холецистит ва бошқалар;

12 бармоқли ичакнинг чандикли деформацияси, бездаги Фатеров ўсмаси, яъни панкреатик суюқликнинг ичакларга чиқишидаги механик тўсик;

муковисцидоз – безлар фаоллиги секретор фаоллигининг генетик хасталиги, нафас йўллариининг зарарланиши билан кечади;

липид алмашинувининг бузилиши, ўткир яллиғланишнинг қайталанувчи эпизодлари билан кечувчи;

аутоиммун касалликлар (ошқозонности безининг бирламчи зарарланиши, Шегрен синдроми, бирламчи билиар цирроз, склерозли холангит);

баъзи дорилар – азатиоприн, фуросемид, тетрациклинлар, экстроген препаратлар, преднизолон, метронидазол ва бошқалар.

Болаларда панкреатит ўт чиқариш йўллари ва ошқозонности беги патологиясига боғлиқ. Бу туғма ёки ортттилган (описсторхоз) бўлиши мумкин. Аксарият холларда болаларда бу касалликка қоринга берилган оғир зарба сабаб бўлади. Шунингдек, турли инфекциялар - герпес, мононуклеоз, паротит, сальмонеллёз қабилар ҳам сабаб бўлади.

Аломатлари

Панкреатитнинг асосий белгиси – қорин соҳасининг юқори бўлмасида турли муддатли оғрик. Оғрик тўсатдан ёки сёкин-аста бошланиши мумкин. Одатда оғрик алкоголь истеъмоли ёки таом ейилганидан сал ўтмай бошланади.

Ошқозонности безининг ўткир яллиғланиши белгилари:

Қорин соҳаси юқори бўлмасида тўсатдан пайдо бўлиб, бел, кураклар ўртасига қадар ўтиб турадиган оғрик;
Қаттиқ кўнгил айнаши ва қайт килиш;
Овқатдан сўнг оғрикнинг кучайиши;
Пайпаслаб кўрилганда қорин соҳасидаги юқори сезувчанлик;
Қалтираш, ваража, умумий ҳолатнинг ёмонлашуви, дармонсизлик.
Сурункали панкреатит аломатлари:

Қори соҳаси юқори бўлмасида ўхтин-ўхтин пайдо бўладиган оғрик, оғрик овқат қабул қилинганидан 2-6 соат ўтиб кучаяди; алкоголь ичилганидан кейин оғрик 2-3 кун ўтиб кучайиши мумкин;
Тана вазинининг доимий пасайиб бориши, оғрик кўрқуви туфайли бемор камроқ овқат ея бошлайди, кейин эса озуқа моддаларининг ёмон ҳазм қилиниши бунга сабаб бўлади;
Ахлат ёғли кўринишда, ёқимсиз ҳидли, ҳазм бўлмаган оксил ва ёғлар аралашмали бўлади.
Ошқозонности безининг 80 фоизи зарарланганидан кейин эса иккиламчи қант касаллиги ривожланади.

Асоратлари

Панкреатит қуйидаги асоратлар билан кечади:
Ўнг бел соҳасида оғрик пайдо бўлиши билан ўт димланиши, кўнгил айнаши, оғизда ачқимтир таъм, ўт пуфагида тошлар пайдо бўлиши;
Инфекцион касалликлар – ўт йўллариининг йирингли яллиғланиши, перитонит, сепсис;
Ошқозонности безида йирик чандиклар;
Қизилўнғач зарарланиши оқибатида кон кетиши, ошқозон ёки 12 бармоқли ичак яраси;
Жигар ва талок веналарида тромбоз;
плеврит – ўпка атрофида сув йиғилиши, асцит – қорин бўшлигининг осилиши;
12 бармоқли ичак ўтиш йўлининг сиқилиши ёки ўтказувчанлигининг ёмонлашуви;
Гипогликемик криз – глюкогон етишмовчилиги оқибатида қаттиқ дармонсизлик, мушаклар титраши, юракнинг тез уриб қолиши, ҳушни йўқотиш;
Ошқозонности беи саратони.

Ташхис

«Панкреатит» ташхисида шикоятлар тахлили, касаллик тарихи, шифокор кўригидан ташқари мутахассис лаборатор ва инструментал ташхис усулларидан фойдаланади.

Тахлиллар

Ошқозонности безининг оғир яллиғланишида қон тахлилида носпецифик ўзгаришлар кузатилади: лейкоцитлар сонининг ортиши, эритроцитлар тиниш тезлиги (СОЭ) кўтарилиши. Мазкур ҳолатлар касалликнинг ўткир шакллари ва беморларнинг учдан бир қисмида касаллик зўрайганда қайд этилади. Бошқа беморлар қон тахлилида бундай ўзгаришлар кузатилмайди.

Касалликнинг бош биокимёвий аломати – крахмални парчалашда асосий роль ўйновчи ферментларнинг қон ва пешобда кўп миқдорда пайдо бўлишидир. Бу амилаза ферменти; пешоб тахлилида диастаза деб аталади. Бундан ташқари, бошқа панкреатик ферментлар: липазалар, А2 фосфолипазлари, трипсин, эластазалар ҳам қайд этилади.

Панкреатитнинг қўшимча биокимёвий аломатлари:

билирубин ва трансaminaз миқдорининг ортиши;

фибриноген миқдорининг ўсиши – қон ивишининг кучайиш аломати;

глюкоза ва мочевино (сийдик кислотаси) концентрациясининг ортиши.

Ферментларнинг қонда ортиши касалликнинг ўткир ва патологиянинг сурункали шаклларида кузатилади. Кўпгина беморларнинг тахлиллари меъёридан ошмайди. Шунинг учун, касаллик ташхисида, айниқса, сурункали шаклида инструментал тадқиқотлар кўпроқ самара беради.

Ташқи секретор етишмовчилик, яъни хазм қилиш ферментлари тақчиллигини аниқлаш учун қўшимча копрограмма – ахлат тахлили қўлланади. Ахлатда мушак тўқималари, нейтрал ёғлар, крахмал донлари учрайди.

Инструментал усуллар

Панкреатитнинг ўткир шаклини аниқлашда компьютер ёки магнито-резонанс томография муҳим роль ўйнайди. Улар без ҳужайралари зарарланиши, тўқималардаги шишни аниқлаш имконини беради. Ташхис лапароскопия усулида тасдиқланади.

Ошқозонности безининг сурункали яллиғланишини ташхислаш усуллари:

рентгенография: панкреатит чиқиш йўлларида кальцийнинг кичик заррачалари тўпланганини аниқлайди;

УТТ (ультратовуш тадқиқоти): 70 фоиз беморларда тўқималар дағаллашуви, нотёкислик, ўлчамининг ўзгариши, чиқиш йўллари деформацияси кузатилади;

компьютер томографияси: касалликнинг сохта ўсма ва киста шаклларида ҳамда зарарли ўсмаларни аниқлашда ёрдам беради;

МРТ: ошкозонности беги фибрози, яъни уловчи тўкималар билан диффуз бирлашиб кетиш ҳолатини аниқлашда асқотади;

магнито-резонанс холангиопанкреатография: нурланиш нагрукасининг ноинвазив усули бўлиб, умумий ўт ва панкреатит чиқиш йўлларининг аниқ тасвирини аниқлаш ва ўз навбатида конкрементлар (тошлар) ва тўсиқлар ривожланиш жараёнини аниқлаш имконини беради;

ЭРХПГ (эндоскопик ретроград холангиопанкреатография) – 12 бармокли ичак орқали ошкозонности беги чиқиш йўллариға эндоскоп ва ингичка катетер киритиш; касалликнинг оғир шакллари ва саратон эҳтимолида қўлланади;

Эндоскопик ультрасонография – УТТнинг эндоскопия билан мажмуавий қўллаш замонавий усули бўлиб, майда тошлар ва ўсмаларни аниқлашда қўлланади;

ЭФГДС – кўшимча рефлюкс-эзофагита, яралар, дуоденитни аниқлаш учун кизилўнгач ва 12 бармокли ичакнинг эндоскопик тадқиқоти;

ангиография – орган томирларига махсус суюқлик юбориш орқали тадқиқ қилиш, одатда талоқ катталашганда портал гипертензияни аниқлаштириш учун қўлланади.

Даволаш

Ошкозонности беги турли сабабларға кўра пайдо бўлади ва турли усуллар билан даволашни талаб этади. Панкреатитнинг ҳар бир ҳолатида даволаш усулини белгилаш учун албатта гастроэнтеролог кўригидан ўтиш ва унинг маслаҳатини олиш талаб этилади.

Парҳез

Панкреатитта йўлиққан ҳар бир беморға даволавчи овқатланиш тартиби белгиланади.

Касаллик зўрайган маҳал 1-2 кунға овқатдан тийилиш тавсия қилинади, кейин эса сёкин-аста ширин чой, кокнон, суюқ бўтқалар, қуёқроқ шўрва, омлет ейиш мумкин.

Касаллик қайталаниш маҳали эса ёғ ва углеводлар сакловчи таомлардан воз кечиш лозим. Тобланган ёки буғланган таомлар маъқул. Кунига кам-камдан 6 маҳал ва таомни илиқ ҳолатда танаввул қилиш керак.

Фойдали маҳсулотлар:

Ёғсиз гўшт, парранда ва балиқ гўштлири;

Сули ёрмаси;

Омлет;

Соя маҳсулотлари;

Картошка.

Панкреатитда мумкин бўлмаган маҳсулот ва таомлар:

Қоринни дамловчилар (қора нон, дуккакдилар, узум);
Дағал клетчаткали маҳсулотлар (хом сабзавотлар ва мевалар, қаттиқ донли бўтқалар);

Ҳазм қилувчи ферментларни рағбатлантирувчилар (ёғли шўрва ва қовурмалар, зираворлар, дудлама ва шўр маҳсулотлар).

Ўткир панкреатитни даволаш

Қасаликнинг ўткир шаклида қасалхонага ётиш тавсия этилади. Кўпгина ҳолларда даволаш жонлантириш бўлимида ўтказилади. Бу ерда интенсив инфўзион терапия (интоксикацияни бартараф этиш томир орқали эритмалар юбориш) ва оғриксизлантириш. Даволаш бир неча кун давом этади.

Ҳасталикнинг некротик шаклида ўлган тўқималарни олиб ташлаш учун жарроҳлик амалиёти қўлланади. Оғрикка ўт тошлари сабаб бўлган бўлса, жарроҳ ўт пуфагини олиб ташлайди. Натижада ошқозонности безининг яллиғланиш жараёни тўхтайди.

Сурункали панкреатитни даволаш

Терапияда безнинг ферментатив функциясини бажарувчи препаратлар қўлланади. Микразим – панкреатин сақловчи замонавий дори воситаси бўлиб, етишмаётган ферментлар – липаза, амилаза, протеаза ўрнини босади. Дори воситаси микрозаррачалари ошқозоннинг ҳазм қилувчи моддаларидан химоялангани сабабли, тезда 12 бармоқли ичакка ўтиб кетади. Ацигитиш керакки, фермент терапияси узок давом этадиган муолажа бўлиб, организм озуқа моддаларини меъёрида ҳазм қилишга ёрдам беради. Даволаниш билан бирга бемор парҳезга амал қилиб, алкогольдан воз кечиши талаб этилади.

Панкреатит зўрайган маҳал ошқозонности беzi фаолиятини бостирувчи воситалар берилади.

Қасалликка безнинг оқим йўли зарарланишлари сабаб бўлса, уларни бартараф этиш учун жарроҳлик амалиёти қўлланиши мумкин.

Сурункали панкреатитда жарроҳлик амалиёти тавсия этиладиган ҳолатлар:

Доимий, ҳеч бир усул ёрдам бермаётган оғриклар;

Сохта шиш (киста) ёки ўт йўлидаги эндоскопик усулда ёрдам бериб бўлмайдиган тўсиқлар;

Ошқозонности беzi саратони эхтимоли;

Доимий қайғ қилиш, мунтазам вазн тушиши.

Профилактика

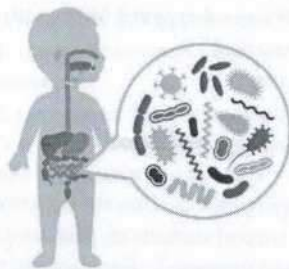
Қатталарда панкреатитда асосий профилактика – спиртли ичимликлар истеъмолини чеклаш. Болаларда эса тўғри овқатланиш, тезпишар таомлардан воз кечиш, шунингдек, турли травмалардан химоялаш.

Иккиламчи, яъни қайталанишлар, зўрайиш ва асоратлар профилактикаси:

холецистит, ўт-тош касалликларини даволаш;
фермент препаратларини доимий қабул қилиш ва парҳезга амал қилиш.
Айтилганларга амал қилиш панкреатитнинг оғир асоратларга олиб келиши
эҳтимоли ва ҳаёт сифатига салбий таъсирини камайтиради.

6-БОБ.ГЕЛМИНТОЗЛАР

Гельминтозлар—одам, хайвонлар ва ўсимликлар касаллиги бўлиб, паразит
гижжалар чақиради. Паразитар касалликлар этиологик тизимни 85-90% ни
гижжалар, 10-15% ини протозоозлар ташкил қилади. (19-расм)



19-расм. Ичак гельминтозлари

Ибн Сино ўз асарларида гижжа касалликларининг хусусиятларини тас-
вирлаб берган. У одам ичагида яшайдиган куртлар (гижжалар) ана шундай
касалликларга сабаб бўлади, деб ҳисоблаган. Ибн Сино куртларнинг 4
турини тасвирлаб берган, бу тасвирлар замонавий маълумотларга ҳам тўғри
келади; йирик ва узун куртлар (чамаси, тасмасимон гижжалар), думалок
куртлар (афтидан, трихинелла, аскарида, қилбош гижжалар), япалок куртлар
-«қовоқ уруғлари» (чамаси, сўрувчи куртлар) ва майда куртлар (афтидан,
острицалар). Унинг фикрига қараганда, «қовоқ уруғлари», сўнгра узун
куртлар, «орка тешикни қаттиқ кичиштирадиган» майда куртлар организмга
хаммадан кўпроқ зиён етказиши ва буларни хайдаб тушириш қийинроқ
бўлади. Куртлар кўпинча болалар, ўсмирлар ва кексаларда учрайди. Бу
гижжалар одамга асосан ухлаб ётган пайтида ва кечқурун аксари кузда
(ифлосланган меваларни кўп истеъмол қилиш натижасида) юқади.

Статистик маълумотларга кўра ер юзида тахминан 1,5 млрд киши
аскарида, 1 млрд киши эса анкилостомидлар билан зарарланган. Сўнги
йилларда гельминтозлар билан касалланиши даражаси ошиб бормоқда.

Чорвачилик ривожланиши ва кенгайиши уй хайвонлари гўшт
махсулотлари истеъмоли билан юқадиган касалликлар (трихинеллез,
тениндозлар) нинг, кишлоқ хўжаликда сабзавотчиликда одамлар нажаси
билан озиклантириш оммалашгани геогельминтозларнинг (аскаридоз,
трихоцефалез) касалланиши кўрсаткичларини ошишига сабаб бўлаяпти
Ле Ришелье маълумотларига кўра 60 – йилларда африкалик ҳар бир

фукарога ўртача 2 турдаги гельминт, Осиё ва Лотин Америкасида 1 турдаги, Европада ҳар 3 кишидан 1 киши зарарланган. 20–йилларга келиб бизнинг мамлакатимизда гельминтозларга қарши кураш бошланди, бунинг натижасида аҳоли ўртасида касалланиш даражасининг пасайишига олиб келди. Сўнгги йилларда айрим гельминтлар билан зарарланиш ўсиб бормоқда, бунга мисол қилиб нематодалар (энтеробиоз ва аскаридоз), токсокароз, трихинеллезларни келтириш мумкин. Биогельминтозлардан описторхоз, дифиллоботриоз, тенидиоз, эхинококкознинг тарқалиш ўчоқларида эпидемик ҳолат яхши эмас.

Ҳозир одам организмида паразит бўлиб яшайдиган гижжаларнинг 250 хили маълум.

Гижжалар Скрябин классификацияси бўйича 4 гуруҳга бўлинади:

1. Нематодлар (узун юмалок шаклидаги гижжалар)
2. Цестодлар (узун лента шаклидаги гижжалар)
3. Трематодлар (сўрувчи гижжалар)
4. Онкоцерклар (боши тиканга ўхшаш гижжалар)

Республикамиз ҳудудида биринчи 3 гуруҳга кирадиган гижжалар: нематодлар, цестодлар ва трематодлар кўп учрайди. Гижжа личинкасининг қандай шароитда ривожланишига қараб, улар қўзғатадиган касалликларнинг икки хили тафовут қилинади: 1. Геогельминтозлар 2. Биогельминтозлар 3. Контагиозгельментозлар

Геогельминтозларда касаллик манбаи бўлиб, касал одамлар ҳисобланади. Гижжа тухумлари манбаа нажаси орқали тупроққа тушади ва одам организмига термик ишлов берилмаган сабзавотлар орқали тушади. Геогельминтозларни қўзғатадиган гижжаларнинг личинкалари тупроқда ривожланади (аскарида, қилбош гижжа) ва сўнгра одам организмида балоғатга етади ва кўпаяди. Биогельминтозларда касаллик манбаи тирик организмлар (қорамол, чўчка, ит, мушуклар) бўлиб, гижжалар одам организмига гўшт ва гўшт маҳсулотлари орқали, баъзан сийдиги ва нажаси билан ифлосланган озиқ-овқатлар орқали юқади. Паразитнинг ривожланиши ва кўпайиши бир неча организмда рўй беради. Бунда оралик хўжайин ва охирги, асосий хўжайин ажратилади. Оралик хўжайин организмида ривожланишнинг дастлабки даври ўтади. Асосий хўжайин организмида гижжалар ўсиб балоғатга етади. Контагиозгельментозларда касаллик манбаи бўлиб, касал одамлар ҳисобланиб, гижжа тухумлари нажас орқали ташқарига чиқади. Гижжа тухумлари ифлос қўллар ҳамда ифлосланган у ёки бу предметлар орқали соғлом одам организмига тушади. Ниҳоят гельминтозлар инвазия манбаига қараб икки хилга бўлинади:

1. Гельминтоз антропонозлар
2. Гельминтозоонозлар.

Гельминтоантропонозларда балоғатга етган гижжалар одам организмида паразит бўлиб яшайди. Бундай одам гижжа тухуми ва личинкасини нажас орқали чиқаради (аскаридоз, трихоцефалез, тениоз, тениаринхоз). Гельминтозоонозларда балоғатга етган гижжалар фақат турли хайвонлар организмида (эхинококкоз, альве-ококкоз) ёки одам ва хайвон организмида паразит бўлиб яшайди (дифиллоботриоз, фасциолез, описторхоз). Гижжалар личинкалари қайси йўл билан одам организмига киришига қараб иккига бўлинади: личинкаси одам оғзи орқали кирадиган гижжалар перорал гижжалар, тери орқали кирадиганлари перкутан гижжалар дейилади. Гельминтозлар ташхисотида паразитологик, серологик ва иммунологик усуллардан фойдаланилади.

1. Паразитологик усул. Бу усулда гижжалар, уларнинг личинка ва тухумлари изланади.

2. Серологик усулларда КБР, ГАР қўлланилади.

3. Иммунологик усуллар – алергик реакциялар иммунофермент усуллари ҳам қўлланилади.

4. Айрим ҳолатларда ўпка рентгенографияси, жигар, ўт пуфаги УТД қўлланилади. Гижжаларнинг одам организмига таъсир қилиш механизми

1. Аввало гижжаларнинг одам организмига таъсири натижасида тўқима ва хужайралар ўта сезувчан бўлиб қоладилар (сенсбилизация). Гижжаларнинг ҳаёт фаолияти натижасида ва уларнинг парчаланиши оқибатида ҳосил бўладиган турли моддалар одам организми ўта сезувчан бўлиб қолишига ва ҳар турли алергик касалликлар пайдо бўлишига сабаб бўлади (харорат кўтарилади, эшакми тошади, тери қичийди, астмоид бронхит безовта килади). Бундай ҳолат аскаридоз, анкилостомидоз ва эхинококкозда учрайди.

2. Гижжаларнинг механик таъсирини қуйидагича тасаввур қилса бўлади: Цестодлар ва трематодлар сўргичлари билан, анкилостомида тишлари билан ва бошқалари шунга ўхшаш мосламалари билан одам организмида шиллик пардаларга ёпишиб оладилар ва уларнинг бутунлигига путур етказадилар.

Шиллик парданинг шилинган жойидан кон оқиши мумкин. Гижжалар одам ичи органларида жуда кўп нерв охирилари (интерорецепторни) изтироблайди. Импульслар марказий асаб тизими ва кейин рефлектор йўл билан бутун организмга таъсир кўрсатади. Шундай қилиб, гижжа бирорта аъзода жойлашган бўлса ҳам одамнинг бошқа аъзо ва тизимларининг фаолияти бўзилади. 3. Гижжалар одам организмида паразит бўлиб тайёр озука моддалари ҳисобига яшайди ва хўжайини саломатлигига зарар келтиради. Лентасимон гижжалар одамнинг ичагида яшайди, жуда тез ривожланади (бир кунда 7–10 см бўйи чўзилади) ва организмда озик – овқат етишмаслигига сабаб бўлади. Натижада камконлик ва авитаминоз пайдо

бўлади. Гижжалар юкорида қайд қилганимиздек, ҳар-хил инфекцияларнинг ривожланишига, турли касалликларнинг оғир ўтишига сабаб бўлади. Гижжалар асосий хўжайинининг қайси аъзосида истиқомат қилишига қараб икки турга бўлинади.

1. Ичак гелминтозлари.

2. Ичакдан ташқари гелминтозлар.

Гижжаларнинг одам организмга таъсир қилиш механизми

Аллергик таъсир. Аввало гижжаларнинг одам организмга таъсири натижасида тўқима ва ҳужайралар ўта сезувчан (сенсibiliзация) бўлиб қоладилар. Гижжаларнинг ҳаёт фаолияти натижасида ва уларнинг парчаланиши оқибатида ҳосил бўладиган турли моддалар одам организми ўта сезувчан бўлиб қолишига ва ҳар турли аллергия касалликлар пайдо бўлишига сабаб бўлади. Бундай ҳолат аскаридоз, анкилостомидоз ва эхинококкозда учрайди.

Механик таъсир. Гижжаларнинг механик таъсирини қуйидагича тасаввур қилса бўлади: цестодлар ва трематодлар сўргичлари билан, анкилостомидо тишлари билан ва бошқалари шунга ўхшаш мосламалари билан одам организмда шиллик пардаларга ёпишиб оладилар ва уларнинг бутунлигига путур етказадилар. Шиллик парданинг шилинган жойидан қон оқиши мумкин.

Иккиламчи яллиғланиш. Гельминт личинкалари тўқима ва аъзоларига кириши қатори бактериал флоранинг кириши, ичакдан аскарида личинкаларини ўпкага миграцияси даврида иккиламчи яллиғланиш юзага келиши мумкин.

Алмашинув жараёнининг бузилиши. Гельминтлар таъсирида ошқозон – ичак тракти шиллик қавати патоморфологик ва функционал ўзгариши натижасида юзага келади. Ҳазм қилиш ва микроэлементлар ҳамда витаминлар сўрилишининг бузилиши қайд қилинади.

Гематофагия. Баъзи гельминтларнинг қон ютиши натижасида анемия ривожланади. Масалан, бирта *Necator americanus* қунига 0,1 мл қон ютади, организмда эса уларнинг сони юзлаб бўлади.

Нерв-рефлектор таъсир. Гельминтларнинг интерорецепторларни таъсирлаши натижасида вегетатив бузилишлар юзага келиб, бронхоспазм ва ичак дисфункцияларини кучайтириши мумкин.

Психоген таъсир. Беморларда невротик ҳолатни юзага келиши: болаларда энтеробиозда оралиқ қичишлари, тениаринхозда гижжа бўлакчаларини фаол чиқиши руҳий азобланишга олиб келади.

Иммуносупрессив таъсир. Аскаридоз айниқса описторхозда плазматик ҳужайралар фаоллиги ўзгариши натижасида антителолар синтези бўзилади, трихинелла личинкалари Т- киллерларни ҳосил бўлишини сусайтирса, шистосомоз ва филяриатозларда Т- супрессорлар фаоллиги кескин ошиши кузатилади.

Гижжа личинкасининг қандай шароитда ривожланишига қараб, улар қўзғатадиган касалликларнинг 3 хили тафовут қилинади:

1. Геогельминтозлар

2. Биогельминтозлар

3. Контагиоз гельминтозлар

Геогельминтозларда касаллик манбаи бўлиб, касал одамлар ҳисобланади. Гижжа тухумлари манбаи нажаси орқали тупроққа тушади ва одам организмига термик ишлов берилмаган сабзавотлар орқали тушади. Геогельминтозларни кўзгатадиган гижжаларнинг личинкалари тупроқда ривожланади (аскарида, қилбош гижжа) ва сўнгра одам организмида балоғатга етади ва кўпаяди.

Биогельминтозларда касаллик манбаи тирик организмлар (қорамол, чўчка, ит, мушуклар) бўлиб, гижжалар одам организмига гўшт ва гўшт маҳсулотлари орқали, баъзан сийдиги ва нажаси билан ифлосланган озиқ-овқатлар орқали юқади. Паразитнинг ривожланиши ва кўпайиши бир неча организмда бўлиб беради. Бунда оралик хўжайин ва охириги, асосий хўжайин ажратилади. Оралик хўжайин организмида ривожланишнинг дастлабки даври ўтади. Асосий хўжайин организмида гижжалар ўсиб балоғатга етади.

Контагиоз гельминтозларда касаллик манбаи бўлиб касал одамлар ҳисобланиб, гижжа тухумлари нажас орқалиташқарига чиқади. Гижжа тухумлари ифлос кўллар ҳамда ифлосланган у ёки бу предметлар орқали соғлом одам организмига тушади.

Ниҳоят гельминтозлар инвазия манбаига қараб икки хилга бўлинади:

1. Гельминтоз антропонозлар;

2. Гельминтозоонозлар.

Гельминтоантропонозларда балоғатга етган гижжалар одам организмида паразит бўлиб яшайди. Бундай одам гижжа тухуми ва личинкаси нажас орқали чиқаради (аскаридоз, трихоцефалез, тениоз, тениаринхоз).

Гельминтозоонозларда балоғатга етган гижжалар фақат турли ҳайвонлар организмида (эхинококкоз, альвеококкоз) ёки одам ва ҳайвон организмида паразит бўлиб яшайди (дифиллоботриоз, фасциоз, описторхоз).

Гижжалар личинкалари қайси йўл билан одам орга-низмига киришига қараб иккига бўлинади: личинкаси одам оғзи орқали кирадиган гижжалар перорал гижжалар, тери орқали кирадиганлари перкутан гижжалар дейилади.

Гижжалар асосий хўжайинининг қайси аъзосида истикомат қилишига қараб икки турга бўлинади:

1. Ичак гелминтозлари.

2. Ичакдан ташқари гелминтозлар.

Патогенези.

Гижжаларга одам организмига оғиз ёки тери қопламлари, хашарот–ташувчилар чакқанда ва бошқа ҳолатларда тушиши мумкин. Баъзан организмга тушгандан сўнгра одам организмида паразит вояга етгунга қадар

давомли миграция даври (масалан: аскаридозга 1 ойгача, филяриатозда 1 йилгача) кузатилади. Миграция жараёни кўпинча одам аъзолари ва тўқималари бузилишларига боғлиқ. *F. Hepatica* ичак деворини тешиб, брюшина орқали жигарга боради; аскаридозга аскарида личинкалари ўпка тўқимаси бутунлиги бўзиб, кайта ютинишга сабаб бўлади. Стронгилоидозда гижжа личинкалари бутунлиги бўзилмаган тери копламлари орқали одам организмга тушиб, кон орқали харакатланади.

Охирги хўжайин организмда гельминтозлар ҳаёт давомийлиги турлича бўлиб, баъзиларида (острица) бир неча ҳафта, баъзисиди эса (солитёрлар) бир неча йил, бошқаларида (фасциола) бир неча ўн йил бўлиши мумкин. Кўпчилик гельминтозларнинг эътиборли хусусияти шундан иборатки, улар ўз ривожланиши даврларини фақат битта хўжайин организмда ўткази олмайдди. Бу койда баъзи касалликлар (геманелидоз, энтеробиоз ва стронгилоидоз) учун хос эмас.

Одам организмда гельминтлар аксарият ошқозон – ичак трактида паразитлик қилади. Гельминтозларнинг турига муттаносиб орган ва тизимларга айрим таъсир кўрсатади:

- Гепатобилиар тизим (фасциолёз, описторхоз, клонорхоз, эхинококкоз, шистосомоз);
 - Оралик миграция туфайли (анкилостомидоз, аскаридоз) ёки етук гельминтларни паразитлик қилиш ўрни (эхинококкоз, альвеококкоз, прагонилеоз) нафас аъзолари;
 - Асаб тизими (шистосомозлар, парагонимоз, эхинококкоз ва альвеококкоз);
 - Кўриш аъзолари (онкоцеркоз, лоаоз, тениоз асоратланган шакли);
 - Қон айланиш аъзолари (некатороз, шистосомозлар, дифиллоботриозлар);
 - Лимфа тизими (филяриатозлар, трихенеллёзлар);
 - Тери ва тери ости клетчаткаси (анкилостомидоз, онкоцеркоз, лоаоз, шистосомозларнинг личинка даври);
 - Суяк тизими (эхинококкоз);
 - Тарғал мушаклар (трихинеллёз, мушак тўқимаси цистицеркози);
- Гельминтларни органларга бундай айрим таъсири уларни бошқа аъзо ва тўқималарга тушиши натижасида улар ўладилар. Аммо баъзи гельминтлар (эхинококкнинг личинкаси) барча аъзоларни зарарлаши мумкин.

Касалликнинг кечиб фазалари:

Касаллик клиникаси ва патогенезида 2 фаза кузатилади:

- ўткир фаза – юққандан сўнг 2-3 ҳафта (оғир кечганда 2 ойгача ва ундан кўп);

- сурункали фаза – давомлилиги 1 неча ойдан 1 неча йилгача.

Ўткир фаза – патологик ўзгаришларнинг юзага чиқиши миграцияланувчи личинка антигенига нисбатан умум аллергия реакциясига асосланган. Бу даврдаги бошланғич синдромлар кўзгатувчи турига боғлиқ бўлмай, унинг локализациясига ва личинка миграцияланиш йўлига боғлиқ. Бунда иситма, шиш, терида кипикланиш, миалгия, артралгия,

лимфоаденопатия, ўпка ва абдоминал синдромлар, гепатоспленомегалия, қонда эозинофилия, диспротеинемия кузатилади. Асосий ва муҳим органлар системаси зарарланади: аллергик миокардит, пневмония, менингоэнцефалит, гепатит, гемостазнинг бузилиши.

Сурункали фаза– бунда ўзгаришлар ва сезирарли клиниканинг юзага чиқиши, кўзгатувчи локализацияси, унинг сони, овқатланиш тарзи билан боғлиқ. Кўпгина гельминтларнинг патоген таъсири паразитни юқтирган орган ва тўқиманинг механик шикастлаш эффектига асосланган, бунда ҳаёт учун зарур органлар зарарланади (жигарда эхинококк кистаси, бош мия ва кўз цистицерклари).

Гельминтлар модда алмашинув жараёнига таъсир этиб, озик маҳсулотларнинг қиймати пасайиши, нейрогуморал регуляциянинг бузилиши, ичакларда сўрилишнинг бузилишига сабаб бўлади. Баъзи ҳолларда анемия ва витамин етишмовчилилик олиб келади (анкилостомидоз, дифиллоботриоз, трихоцефаллез, шистосомоз). Бу фазада кўзгатувчининг хўжайин иммун тизимига таъсири асосий рол ўйнайди. Бунда орган ва тизимлардаги тўқима гельминтозларида иммун комплекслар шаклланади. Иммун тизимга гельминтларнинг стимуляцияси натижасида иммуносупрессив жавоб ривожланади. Бунда одамда бактерия ва вирусли инфекцияларга қарши резистентлик ва профилактик эмлаш самардорлиги пасаяди. Ҳозирда гельминтлардан энтеровирус, шигеллалар, вибрионлар ва бошқа инфекция антигенларнинг трансфазал ва трансвал йўл билан ўтиш ҳақида маълумотлар бор. Бирқанча гельминтлар органларда пролифератив ўзгаришларни келтириб чиқариб, уларнинг канцерогенлик хусусиятини оширади. Уларда иммуносупрессия натижасида иммунологик толерантлик феномени аниқланади. Клиник кечишида ўткир фаза, субклиник ва енгил кечиш кузатилмайдди. Личинка организмга тушганда иммун жавоб ўзгаради. Тез тузалиш ёки дегельминтизация жараёнидан сўнг специфик антителолар 6-12 ой давомида йўқолади. Бизнинг мамлакатимизда маълум гельминтлар орасида кучли иммунитет характерига эга бўлгани бу трихинеллездир. Унинг личинкалари мушакларда ривожланади.

Клиникаси.

Ўткир фаза – гельминтозлар билан зарарлангандан кейин белгилар ҳар хил намоён бўлади. Масалан, аскаридозларда 23 – кундан кейин бўлса, бошқа гельминтларда 23 ҳафтадан сўнг. Бунда умумий аллергик характердаги белгилардан: титраш, иситма, теридаги рецидивланувчи кичишиш, шишлар (локал ва генерализацияланган), лимфа тугунларининг катталашиви, миалгия, артралгия, периферик қонда лейкоцитоз ва гиперэозинофилия кузатилади. Бундан ташқари ўпка синдроми (астматик ҳолат, пневмония, плеврит), абдоминал синдром (қоринда оғрик, диспептик ўзгаришлар) кузатилади. Жигар ва талок катталашади. МНС фаолияти турли даражада ўзгаради. Бу фазада ҳар хил гельминтлар бир – бирига ўхшаш белгиларни намоён қилади, булар: иситма, тошма тошиши, имфоаденопатия, ўпка ва абдоминал синдромлар.

Лекин бу касалликнинг специфик белгилари ҳам мавжуд. Трихинеллэз билан зарарланганда касалликнинг 1-кунлари иситма, мускулларда оғриқ, ковок ва юзларда шиш кузатилади. Жигар трематодозасида жигар ва талок катталашиши, сарқайиш кузатилади. Аскаридозларда – ўпка ва абдоминал синдром кузатилади.

Сурункали фаза – клиник кечиши кўзгатувчи интенсивлиги, жойлашган ўрни ва ўлчамига боғлиқ. Ичак гельминтларни кўп ҳолларда симптомсиз кечади, фақат катта ўлчамдагилари (тасмасимон, тениидилар) қандайдир белгини намоён қилади. Гельминтларнинг сонига кўра касаллик клиник белгилари юзага чиқади. Бу фазада кўзгатувчи паразитлиги ва патоген факторлар натижасида аъзо ва тизимлар функцияси бузилиши, симптом ва синдромлар юзага келади.

Ичак гельминтозларида - асосан диспептик, оғриқ ва камдан кам ҳолларда астеноневротик синдромлар болаларда кўпроқ кузатилади. **Энтеробиозда**–кечки пайтда анал тешиги атрофида кичишиши, **трихоцефаллэзда** геморрагик колит белгилари билан бирга, болаларда тўғри ичак тушишини кўриш мумкин. **Аскаридозда** – паразит сони кўпайганда, ичак туттилиши, механик сариклик, панкреатит кузатилади. **Жигар трематодозасида** (описторхоз, клонорхоз, фасциолэз)–сурункали холецисто-холангит, гепатит, панкреатит, ошқозон – ичак трактида ва нерв системасида бир қанча ўзгаришлар кузатилади.

Ичак цестозида (дифиллоботриоз, тениаринхоз, тениоз, гименолипидоз) – кўп ҳолларда симптомсиз кечиб, етилган гельминтлар мустақил ёки дефекация актида ажратилади. Бунда беморда диспептик ўзгаришлар ва оғриқ бўлиб, дифиллоботриозда анемия, витамин В12 етишмовчилиги кузатилади. Гельминтозлар ўртасида ларвал цестодозлар алоҳида ўрин эгаллайди (эхинококкоз, альвеококкоз, цистицеркоз) – йўғон киста ҳосил қилган ҳолда ҳам симптомсиз кечиши мумкин. Лекин унча катта бўлмаган эхинококк пуфагининг ёрилиши ёки йиринглаши оғир асоратларга: анафилактик шок, йирингли перитонит, плевритга олиб келиши мумкин. Альвеококк ва пуфак ўсиши натижасида томирлар сиқилиб портал гипертензия ривожланади.

Цистицеркоз ЦНС церебрал, спинал хилма хил симптоматика билан намоён бўлиб, гельминтнинг мия қоринчасига локализацияси натижасида мия ичи гипертензияси ривожланади

Ташхисоти.

Ташхисот касаллик тарихи, эпидемиологик анамнез, клиник ва лабораториявий маълумотлар асосида қўйилади.

Лабораториявий ташхисот паразитологик, иммунологик ва аллергик текширувларни ўз ичига олади.

Ичак гельминтозларини паразитологик тасдиқлаш учун нажасда гижжалар ёки уларнинг бўлакчалари, тухумларини аниқлаш, тўқима гельминтозларида эса гижжаларни қонда ёки тўқималарда аниқланиши билан тасдиқланади. Жигарда паразитлик қиладиган гельминт личинкалари ва

тухумларини ўн икки бармоқли ичакни зондлаш натижасида олинган ўт суюқлигида аниқланади.

Гельминтозлар ташхисотида паразитологик, серологик ва иммунологик усуллардан фойдаланилади.

1. Паразитологик усул. Бу усулда гиҷжалар, уларнинг личинка ва тухумлари изланади.

2. Серологик усулларда КБР, ГАР қўлланилади.

3. Иммунологик усуллар – аллергик реакциялар иммуно-фермент усуллари ҳам қўлланилади.

4. Айрим ҳолатларда ўпка рентгенографияси, жигар, ўт пуфағи УТД қўлланилади.

Паразитологик усул. Биологик материал бўлиб гельминт фрагментлари, личинкалари, нажасдаги тухумлари, сийдик, дуоденал суюқлик, ўт суюқлиги, балғам, ректал ва перианал шиллик, кон, мушак тўқимаси хизмат қилади. Қўпинча нажас текширилади.

Микроскопик усуллар- микроскопик тадқиқот мақсади гельминт ва унинг фракциялари личинка ва тухумларини аниқлаш.

Като усули - бунда нажасдаги гельминт тухумларини глицерин ва малахит таъсирида яшил рангга киришига асосланади. Дала шароитида қўллаш мумкин.

Энтеробиоз ташхиси перианал бурмалардан тампон, шпатель, ёпшқок лентага қўйилган издан фойдаланиб материални таҳлил қилиш натижасида қўйилади.

Бойитиш усули – гельминт тухумларини ҳар хил концентрацияли эритмалар ёрдамида нисбий зичлигини ўрганишига асосланган. Бизнинг мамлакатимизда Калантарян ва Фюллеборн флотацион методидан фойдаланилади. Нажасдаги шистосом ва тухумларни аниқлашда Ригчи усули бирмунча самарали. Стронгилид, анкилостомид гельминт личинкалари махсус усулда аниқланади. Стронгилоидоз ташхисида Берман ва Брумт усулидан, анкилостом ва некатор личинкаларини аниқлашда Харада – Мори усулидан фойдаланилади. Гельминт тухуми ва личинкалари (жигардаги) ўт йўлида, ошқозон ости бези ва 12 бармоқ ичақда, ўт суюқлиги ва дуоденал аралашмада аниқлаш мумкин.

Ўткир фазада тўқима гельминтлари ва личинкалик босқичини (эхинококкоз, шистецеркоз, трихенеллёз, токсокароз) аниқлашда РНГА, РСК, РАЛ, РИФ, ИФА серологик усуллари кенг қўлланилади. Топик диагностикада органларни ультратовуш текшириш, компьютер томографияси, эндоскопия ва эндобопсиядан фойдаланилади.

Даволаш.

Ўткир даврида даво асосан десенсебилизацияловчи ва дезтоксикацияловчи воситаларга асосланган.

Баъзи гельминтозлар оғир кечишида (трихинеллёз, шистосомоз, жигар трематодозиди) кўрсатмага асосан, ёки химиотерапиядаги аллергик асоратларни олдини олиш мақсадида глюкокортикоидлар қўлланилади.

Одамда кўп миқдорда гельминтоз бўлганда специфик даво ўтказилади. Охириги 20 йиллар ичида токсиклиги кам ва юқори активликка эга гельминтларга қарши препаратлар левомизол, тиабендазол, мебендазол, албендазол, медамин, пирантел каби дори воситалари амалиётга татбиқ этилган. Нематодаларни даволашида кенг қўлланилган левамизол, охириги йилларда аскаридозда 1 кг тана массасига 2,5 мгдан қўлланилади. Бу доимий самарали препарат ҳисобланган. Мебендазол катталарга 100 мгдан кунига 2 маҳал 12 кун мобайнида аскаридоз ва энтеробиозда қўлланилади, анкилостомидоз ва трихоцефаллэзда 3 кун, болаларга эса 2,5–5 мг 1 кг тана массасига нисбатан. Медамин – юқоридаги гельминтозларга суткалик доза 1 кг тана массасига 10 мгдан 3 маҳал овқатдан 30 мин кейин. Пирантел памоат–аскаридоз ва энтеробиозда 1 кг тана массасига 10 мгдан 1 марта, анкилостомидозда худди шу миқдорда 2-3 кун мобайнида. Таъсир доираси кенг бўлган альбендазол 200 мгдан 2 марта ёки 400 мгдан 1 марта анкилостомидоз ва трихоцефаллэзда қўлланилади, аскаридоз ва энтеробиоз юқори интенсивликка эга бўлмаса, 200 мг етарли доза ҳисобланади. Энтеробиоз билан касалланган беморларни муваффақиятли дегельментизациясида бир вақтнинг ўзида ҳамма оила аъзоларини ва реинвазияни олдини учун гигиена қоидаларига каттик риоя этиш керак. Бундан ташқари кўпгина ҳолларда қайта даволаш 10 кун интервал билан ўтказилади. Стронгилоидоз билан оғриган беморларни даволашда медамин ва албендазол препаратлари қўлланилади. Трихинеллэзни специфик даволашда мебендазол 7–10 кун мобайнида 100 мгдан кунига 3 маҳал, шу мақсадда албендазол ҳам қўлланилади. Трематодоз ва цестодозларда прикивантел кенг қўлланилади. Описторхоз, клонорхоз, парагонимозларда суткалик дозада 1 кг тана вазнига 75 мгдан 1 кун, шистосомозларда шаклига қўра 1 кг тана вазнига 40 мгдан 1 маҳал 60 мг 2 маҳал қўлланилади. Фасциолэзда препарат самарадорлиги пастлиги сабаб триклабендазол тавсия этилади. Ичак цестодозларида (дифиллоботриоз, тенидиоз) дегельментизациялаш празиквантелни 1 кг тана вазнига 20 мг, гименолипидозда эса худди шу доза 2 маҳал 10 кун интервал билан, церебрал цистецеркозда шу препарат суткалик дозаси ҳар кг тана вазнига 50 мгдан 3 маҳал 14 кун мобайнида. Ҳозиргачаларваль цестодоз, эхинококкоз, альвеококкозни специфик даво ишлабчиқилмаган. Қўзғатувчини аниқлаган ҳолда комплекс даво чоралари қўлланилади.

Профилактика.

Гельминтозлар профилактикасида беморда касалликнинг юзага чиқишига қўра комплекс чора – тадбирлар: уларни даволаш, ҳаёт тарзани яхшилаш, маиший хизматни яхшилаш, касаллик тарқалишининг олдини олиш, атроф – муҳитдаги қўзғатувчилардан сақланиш муҳим аҳамиятга эга.

Қўлланилган чора-тадбирлар натижасида касалликнинг тарқалиши Россия Федерацияси аҳолиси ўртасида геогельминтозлар билан (аскаридоз,

трихоцефаллэз) касалланиш даражаси камайган. Трихинеллэз, тениаринхоз, тениоз профилактикаси асосида гўшт маҳсулотларидан зарарланишининг олдини олиш этади. Эхинококкоз ва альвеококкоз профилактикасида қишлоқ хўжалиги хайвонлари, итлар (чўпонлар, овчиларни) кундалик медицина кўригидан ўтказиш керак. Маиший-мулоқот йўли билан юқувчи гельминтозлар (энтеробиоз, гименолипидоз) профилактикасида қўзғатувчини ўтиш йўлини йўқотиш муҳим аҳамиятга эга, чунки бу икки элемент болаларда ички аъзолар зарарланиши ва уларнинг иммун қобилияти пасайишига олиб келади.

Республикамиз ҳудудида кўп учрайдиган гельминтозлар диспансер назорати

Гижжа касалликларини бошидан кечирганлар турли муддатларда УАВ педиатри, болалар богчаси ва врачлари назоратида бўлишади.

Диспансер кузатув:

Аскариндоз - 1 ой 2 даводан 10ва 20 кундансўнг капрология;

Энтеробиоз - 2 ой 3 даводан 15-20 кундан кейин,сўнгра ҳар 2ҳафтада ёпишқок лента;

Гименолипидоз - 6 ой 4 даводан 2ойдан сўнг,кейин харойда капрология;

Тениоз ва тениаринхоз 5 ой 5 даводан 2ойдан сўнг,кейин ҳар ойда

анус бурмаларидан суртма олиш

амалий кўникмалар:

Гижжа ва паразитар касалликларда нажас олиш тартиби

1. Таҳлил учун нажас паразитар (лямблия) ва гижжа касалликларида олинади.

2. 5% хлораминда зарарсизлантирилган оқар сувда ювиб ташланган тувак берилади.

3. Маҳсус қошиқча ёки шпатель билан олинади

4. Нажаснинг 7-8 жойидан маҳсус қоғозга олинади.

5. Олинган материал маҳсус шиша идишга солинади.

6. Идишга албатта ёрлик ёпиштирилади ва тегишли маълумотлар ёзилади.

7. Олинган материал термостатга кўйилиб, паразитологик текшириш учун ишлатилади.

Анал тешиги бурмаларидан гижжа ва содда жониворлар тухумларига плёнкали суртма олиш.

1. Таҳлил учун нажас паразитар (лямблий) ва гижжа касалликларида олинади.

2. Текшириш учун бемор эрталаб таҳорат қилмасдан келиш лозим.

3. Бемор эгилган ҳолатида анал тешиги бурмалари очилади.

4. Маҳсус вазелинланган плёнка анал тешиги бурмаларига ёпиштирилиб суртма олинади

5. Олинган материал микроскоп остида кўрилади.

6. Суртмага албатта ёрлик ёпиштирилади ва тегишли маълумотлар ёзилади.

Энтеробиоз касаллигида гижжа тухумларини аниқлаш учун перианал соҳадан қиринди олиб суртма тайёрлаш қондалари.

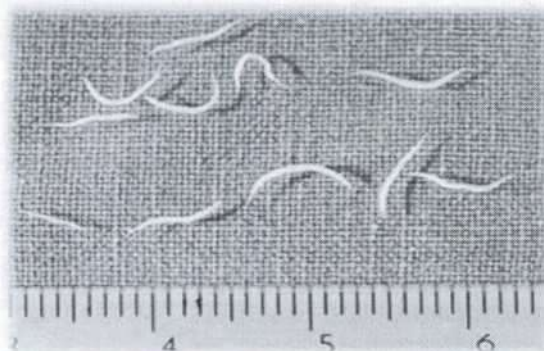
Мақсад: Гижжа тухумларини топиш.

Қўрсатма: Періанал соҳада кичишиш ва гижжа касаллигига хос клиник белгилар.

Керакли анжомлар: Стерилланган резина қўлқоп, стерилланган пахта ўралган ёғоч таёқча, пробирка, глицерин, лабораторияга йўлланма варақаси.

ОСТРИЦА.

Болаларда энг кўп учрайдиган паразит – острица (оддий гижжа), энтерибиоз касаллигини чақиради. Ушбу гельминтлар катта бўлмаган ўлчамда ўртача 1 см, оқ-қуланг рангда, эгилган танали бўлади. **(20-расм). Острица.**



Бу паразитларнинг жойлашиш жойи йўғон ичакдир, баъзида улар ингичка ичакнинг пастки қисмида ҳам жойлашиши мумкин. Острицанинг кўпайиши анал тешиги териси атрофида кечади. Тунда острица урғочиси тухумларини қўйиш учун тери бурмаларига боради, киз болаларда кўпинча кин лабларига ҳам ўтади. Ушбу гельминтлар 1-1,5 ой ҳаёт кечиради. Бола ўз-ўзини зарарлаши унинг йиллар давомида безовталаниб юришига сабаб бўлади. Паразитни оддий (қуролланмаган) кўз билан нажасда ҳам кўрса бўлади. Острицанинг ошқозон ва ичакларга тушиши, организмнинг паразит билан зарарланиши деганидир. Острица тухумлари ташқи мухитга ифлосланган нажас билан тушади. Тухумларнинг ташқи қобиғи ноқулай мухитга чидамли ва ҳажми жуда кичик. Бола атроф-мухитни ўрганиш, жисмларнинг таъми ва таркибини билиш мақсадида қўллари билан ҳар нарсани ушлаб кўради ҳамда уларни оғзига олиб боради. Шу йўл билан острицанинг тухумлари ўзининг “бўлажак кичик хўжайини” организмга тушади. Острица 20 см.дан 40 см.гача бўлади. 21 кун давомида яшайди. Острицани даволашнинг энг осон йўли тозаликка эътибор беришдир.

Описторхоз

Описторхоз – гижжа касалликлари гуруҳига мансуб табиий ўчокли биогельминтоз. Сурункали кечади ва, асосан, жигар, меъда ости бези ҳамда ўт пуфаги зарарланади. Трематодалар гуруҳига мансуб 2 хил описторхлар кўзгатади. Одам ва ҳайвонларда учрайди. Мушук, ит, чўчка ва одам паразитларни ташувчи манба бўлиши мумкин. Гижжа тухумлари нажас билан ташқарига чикиб, сувга ва у орқали чиганоклар организмга тушади. Орадан 2-10 ой ўтгач личинкалар пайдо бўлиб, иккинчи оралик хўжайин – балиқларга, улардан одам ёки ҳайвонлар организмга ўтади ва 2 йилгача яшайди. Паразитлар хом ёки чала тузланган, дудланган балиқчи истеъмол қилганда одамга юқади. Описторхознинг табиий ўчоқлари Европа ва Жан.-Шарқий Осиёда кўп учрайди. Ёш болаларда ҳам, катталар да ҳам кузатилади. Дегизчилар, балиқчилар, кишлоқ хўжалиги ходимлари кўпроқ касалланади. Касалликнинг яширин даври 2-4 ҳафта. Асосий клиник аломатлари: бироз иситмалаш, хоргинлик, ич бузилиши, терида томалар пайдо бўлиши, камқонлик, В12 витамини етишмаслиги. Касаллик охирида ўт пуфаги ва ўт йўллари, ўн икки бармоқ ичак ва меъда ости безларининг яллиғланиш аломатлари юзага келади. Диагноз ўн икки бармоқ ичак шираси ва нажас таркибида описторхларни лаборатория усулида текшириб топишга асосланиб қўйилади.

Празиквантель, хлорсил, битинол каби препаратлар билан даволанади. Беморлар 6 ойгача диспансер назоратида бўлади

АСКАРИДОЗ

Аскаридоз – перорал геогельментоз бўлиб, антропоноздир. Охирги хўжайини ва ягона ивазия манбаи – одам. Аскаридоз – кўп тарқалган ер шарининг ҳамма жойларида тарқалган бўлиб, қуруқ иклимли мамлакатларда баъзида учрайди. **21-расм. Аскарида**



Этиологияси. Аскаридоз кўзгатувчиси юмалоқ гельминт – одам аскаридаси (*Ascaris lumbricoides*). Вояга етган аскариданинг ўзи ҳос томони шаклланиб сферасимон бўлишидир. Тирик ёки ичакдан тоза ажралган аскарида қизғиш – сариқ, ўлгандан кейин 139 эса оқимтир рангда бўлади. Эркаги урғочисига

караганда калтарок бўлиб, узунлиги 15-25 см, қалинлиги 2-4 мм, танасининг орқа қисми илмоксимон буқилган. Ургочисининг танаси тўғри бўлиб, унинг узунлиги 25-40 см, қалинлиги 3-6 мм, тухумларининг ўлчами 0.050-0.106x0.40-0.050 мм га тенг (13- расм). Эпидемиологияси. Одам ичагида эркак ва ургочи аскаридалар паразитлик қилиб, улар учун ягона инвазия манбаи ҳисобланади. Вояга етган ургочи суткасида 245000 гача тухум кўяди ва улар уруғланган ҳамда уруғланмаган ҳолда ажралиши мумкин. Уруғланмаган тухум инвазия чақира олмайди. Ташқи муҳитга нажас билан бирга гелментнинг етилмаган тухумлари чиқарилиб, улар етарли ҳарорат ва намлик бўлгандагина етилиши мумкин. Личинка тухум ичида 9-42 кун, 13-30oC ҳароратда ривожланади. (оптималь ҳарорат 24-30oC, вояга етиши 16-12 кунни ташкил қилади). Тухум ичида шаклланган ҳаракатчан личинка, факатгина пўст ташлагандан кейингина инвазия қобилиятига эга бўлади. 12oC дан паст ҳароратда ривожлана олмайди, лекин тухумлар яшовчан бўлиб, личинка ривожланиш хусусияти сақланиб қолади. Шунинг учун етилиш жараёни айрим туманларда бир мавсумда давом этади. Личинкалар ривожлангунча 37-38oC да ўлиб кетади. Вояга етган тухумни истеъмол қилиш натижасида юқади. Сабзавотлар эпидемиологик жиҳатдан аҳамияти юқори, чунки уларнинг юзасида тупроқ бўлаклари бор. Ҳозирги вақтда аскаридознинг тарқалишида энг катта хавфли майдонлар боғ ва сабзавотлардир, чунки баъзида тупроқни ўғитлаш мақсадида инсон нажасини зарарсизлантирмай фойдаланиш натижасида келиб чиқади.

Патогенези ва патанатомияси.

Етилган тухумларни одам истеъмол қилганидан сўнг ингичка ичакда улардан личинка чиқади, улар ичак деворини шикастлаб капиллярларга ўтади кейин гематоген йўл орқали жигар ва ўпкада миграция бўлади. Ичак, жигар ва ўпкадан ташқари аскарида личинкалари мия, кўз ва бошқа органларда ҳам топилад. Улар жадал суръатда қон зардоби ва эритроцитлар билан озиқланади. Ўпкада личинкалар фаол равишда альвеола ва бронхларга чиқади, кичик ва катта бронхлардаги тукли эпителий ёрдамида ҳаракатланиб оғиз ҳалқумга боради ва у ердан балғам билан ютилиб ичакка тушади. 140 Ичакка тушган личинка 70-75 сутка давомида жинсий жиҳатдан етилади. Вояга етган аскарида бир йил яшайди, ундан сўнг ўлиб нажас билан бирга ташқарига чиқади. Шунинг учун битта одамда аскариданнинг бир неча йил давомида бўлишини унинг қайта юқиши билан тушунтирилади. Личинканинг миграция даврида касаллик симптоматикаси алергик кўринишда бўлиб, қайсики личинканинг алмашинув ва парчаланиш маҳсулотларига организмнинг сенсбилизацияга жавоб реакцияси кўринишида намоён бўлади. Ичак девори ва ўпкада эозинофил

инфильтратлари ҳосил бўлади. Токсикоаллергик реакция вояга етган аскариданинг ичакка локализацияси вақтида ҳам кузатилиши мумкин. Личинкаларнинг фаол ҳаракатланиши иккинчи гуруҳ механик таъсир натижасида юзага келади. Ўпкада қон қуйилиши ва қон тупуриш личинкаларнинг перфорация қилган еридан қон чиқиши билан боғлиқдир. Аскардалар ичакка ёпишмайди, балки ўзининг охири учи ёрдамида ичак деворига тиралиб туради. Шунинг учун ҳам улар ўта ҳаракатчан ичак йўналиши бўйича юқорига ва пастга ва ҳатто ошқозонга, қизилўнғачга ва нафас йўллариغا ҳам ўтиши мумкин. Аскариданинг жигар ва бошқа органларга ўтиши оғир кўринишларда намоён бўлади. Вояга етган гельминт ўзининг ўткир охири билан ичак деворини шикастлаши ёки баъзида аскардалар йиғилиб механик ичак тугилишига сабаб бўлиши мумкин. Гельминтлар ҳаёт давомида ишлаб чиқарадиган маҳсулотларнинг асаб охирига токсик таъсири натижасида баъзан спастик ичак тугилишига ҳам сабаб бўлиши мумкин. Аскариданинг бошқа органларга миграцияси ўзи билан бирга бактериал инфекцияни элтиб, у ерда асорат сифатида йирингли жараён ривожланишига сабаб бўлиши мумкин (абсцесслар, холангитлар). Паталогоанотомик ўзгаришлар иккиламчи юқишда камроқ бўлиши аскардозда ўзига хос иммунитет пайдо бўлишидан далолат беради. Реконволюцентларга нисбатан иммунитет бир неча ой сақланади холос. Аскарда юқканидан сўнг унинг оксилларига нисбатан антитело 5-10 кундан кейин ҳосил бўлиб, 3 ойдан сўнг улар одатда аниқланмайди. Катта урғочи аскардалар билан оғриган беморларда суперинвазия ва реинвазияга нисбатан иммунитет ҳосил бўлади, бу 25% беморларда ривожланишнинг эрта босқичларида юқишнинг тугаганлиги билан тушунтирилади.

Клиникаси.

Аскардознинг клиник кўриниши паразитнинг локализацияси ва инвазия интенсивлигига боғлиқ. Аскардознинг клиник кечишида иккита: эрта (миграцион) ва кечки (ичак) босқичга ажратилади. Биринчи босқич личинканинг миграция даврига тўғри келиб, иккинчи босқич гельментнинг ичакда паразитлик қилиши ва асоратлар босқичидир. Аскардознинг эрта фазасида клиник белгилар баъзан кам бўлиб, касаллик яширин кечади. Баъзида касаллик яққол ҳолсизлик, қуруқ йўтал ёки кам миқдордаги шилликли, гоҳо шиллик-йирингли балғам ажралиши билан бошланади. Балғам баъзида тўқ сарик рангда бироз миқдорда қон аралашган бўлиши мумкин. Тана ҳарорати одатда нормал ёки субферил, баъзида 380С гача кўтарилиши мумкин. Ўпкада қуруқ ва ҳўл хирриллашлар аниқланади, бир қатор беморларда перкутор товушнинг қисқариши кузатилади. Айрим ҳолларда қуруқ ёки фасодли плеврит ривожланади. Физикал текширишларда

доим ҳам ўпкада ўзгаришлар аниқланмайди. Кўпинча бу стадияга характерли бўлган ўзгаришлар кўл ва оёқ панжаси терисидаги ичида тиник суюқлик сақлаган эшакеми ва кичик пуфакчалар кўринишидаги тошмалардир. Рентгенограммада ўпкада шарсимон, овалсимон, юлдузсимон, кўп бурчакли инфилтратлар аниқланади. Инфилтратлар битта ёки бир нечта бўлиб, ўпканинг бир бўлагиди ёки бутун ўпка бўйлаб тарқалганлиги аниқланади. Уларнинг контурлари очик ва сузувчан бўлади. Ателектаз билан бирга кечса инфилтратлар аниқ бўлади. Эозинофилли инфилтратлар 2-3 hafta атрофида сақланади: айрим беморларда йўқолади, улар янгидан бир қанча вақтдан кейин пайдо бўлиб, ойлари давомида сақланади. Лейкоцитлар миқдори меъёрида баъзан лейкоцитоз кузатилади. Эозинофилия характерли бўлиб, кўпгина беморларда 60-80 142 характерда бўлади. Айрим беморларда ич кетиши, айримларида ич қотиши кузатилади. Асаб тизими томонидан аскариндозлар одатда бош оғриқлари, бош айланиши, аклий толиқишнинг ортиши бўлади. Уйқунинг бузилиши, тунги қўрқувлар, истерик тутқаноқлар, эпилептик шаклдаги тутқаноқлар, менингизм кузатилади. Айрим ҳолларда кўз қорачиқларнинг кенгайиши, анизокория, ёруғликдан қўрқиш каби ўзгаришлар аниқланади. Баъзида аскариндознинг ичакда бўлиши бронхит ва бронхиал астмасига сабаб бўлиши мумкин. Қон таҳлилида кўпинча ўртача гипохром ёки нормохром анемия, эозинофилия доим ҳам аниқланмайди.

Асорати: Аскариндознинг кўпинча учрайдиган асорати- механик ёки спастик ичак тутилишидир. Қоринни пайпаслаганда шарсимон, хамирсимон консистенцияли шиш аниқланади. Айрим ҳолларда юпка қорин деворидан ичак бўшлиғидаги гельментларнинг танасини пайпаслаш мумкин. Аскариндознинг оғир асоратларига гельментнинг ўт йўллари ва қонга ўтишидир. Бундай ҳолатда жуда кучли оғриқлар пайдо бўлиб, ҳатто наркотик анальгетиклар билан ҳам қолмайди. Оғриқ хуружлари фонида кўпинча қусиш пайдо бўлиб, қусуқ массалари билан гельментлар чиқиши мумкин. Холангиогепатит ривожланган ва ўт йўлларида аскариндоз билан тўсилиб қолган ҳолларида сариклик ривожланади. Ҳарорат асоратлар ривожланганда септик характерли бўлиб, изтиробли қалтираш билан кечади. Бактериал инфекциянинг қўшилиши натижасида йирингли холангит ва жигарнинг иккиламчи абцесси ривожланиши, қайсики бу ўз навбатида асоратланиб йирингли перетонит, йирингли плеврит, сепсис ва қорин бўшлиғи абцесси ривожланиши мумкин. Аскариндознинг ошқозон ости беши йўлларида ўтиши ўткир панкреатит чақиради. Аскариндознинг чувалчангсимон ўсимтага тушиши натижасида аппендицит ёки яллиғланишсиз апендикуляр коликага олиб келади. Баъзан аскариндозлар тўғри ичакда тўпланиб механик ич тутилишига сабаб бўлади. Айрим ҳолларда гельмент юқорига қўтарилиб ошқозон,

кизилўнгач ва оғиз ҳалқумга ўтиб, у ердан нафас йўлига ўтади, ҳамда асфикция – бемор ўлимнинг сабаби бўлиши мумкин. Баъзи ҳолларда аскарида таносил аъзоларида, кўз ёш, бурун каналида, Евстахийев найида ўрта кулоқда, ташки зишгув йўлида, буйрак атрофи клетчаткасида аниқланади. Аскарида инвазияси инфекциян ва ноинфекцион касалликлар кечишини оғирлаштиради. Инфекцион касалликларда иммуногенезни бузади.

Ташхисоти ва қиёсий ташхисоти.

Аскариндозни миграцион боскич ташхисотида эозинофиллини филтрат билан биорганлико-рентгенологик,

гематологик ва иммунологик маълумотларни аниқлаш мумкин.

Буни филтратларнинг рентгенологик кўриниши бил,

пневмония ўпкаракига ўхшаб кўриниши мумкин.

Аскариндозни филтратларнинг ўзига охсусусияттезда ўзидан ўзгариш қолдирмадан йўқолиб кетишидир. Аскариндознинг биринчи боскичида ишончли аниқлаш усули бемор балғаида аскарида личинкасини топиш ҳамда қонда специфик антителони аниқлашдир. Ичак боскичида касалликни аниқлашнинг асосий услуби нажасни аскарида тухумларига текширишдир. Агар аскарида тухумлари дуоденал ширада аниқланса, бу паразитнинг ўт йуллари ва ошқозон ости беи йулларида эканлигидан далолат беради. Аммо баъзида ичакда битта жинсадаги аскарида бўлса, уни рентгенологик аниқлаш мумкин. Бунинг учун беморга контраст модда ичирилади ва рентгенда калинлиги 0,4-0,6 см. ли йўлакча кўринишидаги ёруғланиш аниқланади. **Давоси.**

Ҳар бир аскарида билан инвазияланганлар даволаниши дозим. Дегельментизация учун левамизол, мебендазол, пиперазин адипинат, пирантент памоат, зентел (альбендазол), декарис (левамизол) қўлланилади. Мебендазол (вермокс, антиокс) 100 мгдан 2 маҳал, суткасида ичишга, 3 сутка давоида тавсия қилинади (болаларга 10 ёшгача 50 мг ичишга). Ҳомиладорлик қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Пиперазин адипинат (адипилит, антепар, веренколиприн, гелмиразин) катта ёшдагиларга 70 мг/кг тана оғирлигига суткасига 1 маҳал, 2 сутка давоида буюрилади. Суткалик максимал дозаси 3,5 гр. Ичаклар ёки ўт йулларининг гелминтлар билан обструкцияси кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Ножўя таъсирлари: кўнгил айнишлари, қусиш, ичаклар коликаси, ич кетиш, аллергияк реакциялар, уйқучанлик. Қарши кўрсатма: эпилепсия, жигар касалликлар, ўткир буйрак етишмовчилиги.

Пирантент памоат (антимин, комбантрин, стронгид ва бошқалар). Катталар ва 6 ёшдан катта болаларга бир хил дозада 11 мг/кг тана оғирлигига суткада 1 маҳал, нонуштадан кейин 3 кун давоида берилади. **Қарши кўрсатма:** ҳомиладорлик ҳамда жигар касаллиги бўлган шахслар. Профилактикаси ва

Ўчокдаги чора тадбирлар. Аскардоз профилактикасида аҳоли яшайдиган жойларда санитар оқартирув ишлари амалга ошириш муҳим аҳамиятга эга. Тупрокни ўғитлашда компостирланган нажасдан фойдаланиш.

ЭНТЕРОБИОЗ

Энтеробиозасосанпероралокувчи, кичишишваичакларбузилишибиланхарактерланувчигельментоздир. Ўтмишдан маълум бўлган ҳамма ерда тарқалган.

Этиологияси. Энтеробиоз кўзгатувчиси гижжа *Enterobius vermicularis* seu *Oxuris vermicularis*. Гижжа кулранг, оқ рангдаги юмалок гельмент бўлиб, танасининг охири нисбатан ингичка, эркаги (самец) 2-5мм ургочиси (самка) 9-12 мм узунликда. Гижжа тухуми 2 контурли кобикли асимметрик бўлиб ўлчами 0,050 – 0,060x0,02-0,03 мм.га тенг (12-расм). Гижжа ингичка ичак кенг пастки қисмида, кўричакда ва чамбаричакнинг бошланғич қисмида паразитлик қилади. Ургочи гижжа тўғри ичакка тушиб фаол равишда орка чиқарув йўлига чиқади ва унинг атрофига уруғ қўйиб ўзи халок бўлади. Гижжаларнинг одам организмдаги умумий хаёт даври 3-4 ҳафтадан ошмайди.

Эпидемиологияси: Инвазия манбаи факатгина гижжа билан касалланган одам. Ургочи гижжа бемор терисига қўйган тухумлар 4-6 соатдан кейин етилиб, инвазия хусусиятига эга бўлади. Улар беморнинг чойшаби ва ич кийимларига, уй ва хизмат кўрсатиш дўконлари бўлимларига тушади, пашшалар тарқатади. Юкиши: озиқ-овқат маҳсулотлари билан гижжа тухумларини истеъмол қилганда, чанг ёрдамида оғиз бурунга келиб қиради. Энтеробиоз билан оғриган беморларда кўпинча аутоинвазия кузатилади.

Патогенези. Гижжалар шиллик қаватни шикастлаб айрим ҳолларда ичак деворига кириб, то мушак қаватигача бориши мумкин. Оқибатда нуқтали қон қуйилишлар ва эрозиялар пайдо бўлади. Гельминтлар ажратган маҳсулотлари организмда сенсibiliзация чақириб, аллергия ривожланишига сабаб бўлади. Ургочи гижжалар аёл жинсий аъзоларига ичакдан бактерияларни олиб ўтиши мумкин.

Клиникаси. Бир оз миқдордаги гижжа билан инвазияланган беморларда касаллик белгилари аниқланмаслиги мумкин. Кўп ҳолларда касаллик белгилари у ёки бу даражада ривожлаган бўлади. Энтеробиознинг энгил шаклида ётиш олдиан анал атрофи соҳасида энгил кичиш пайдо бўлади. У 1-3 кун давом этиб, кейин ўз ўзидан йўқолади. Лёкин 2-3 ҳафтадан кейин қайтадан пайдо бўлади. Бундай кичишнинг даврий пайдо бўлиши реинвазия натижасида гижжалар кейинги авлодининг алмашинуви билан боғлиқ. Бемор ичагида гижжаларнинг бўлиши ва массив қайта реинвазия берувчи характерда бўлади. Орка чиқарув йўли атрофини кичитиш натижасида у ерда

тирнашлар, терининг иккиламчи бактериал инфекцияси, дерматитлар касаллик кечишини оғирлаштиради. Кўпинча беморларда бўзилган ичак тизимида бўтқасимон ич кетишлар, баъзан шилликли тенезмлар кузатилади. Гижжалар инвазияси иккиламчи бактериал инфекция билан қўшилганда, энтеробиозли аппендицит ривожланиши энтеробиознинг оғир кечишида, бош оғриги, уйқунинг бузилиши, астеновегетатив белгиларининг яққоллиги кузатилади. Аёлларда гижжаларнинг жинсий аъзоларга ўтиши натижасида вульвовагинит белгилари юзага келади. Энтеробиоз билан касалликнинг эрта даврида конда эозинофилия кузатилади.

Ташхисоти ва таққослаш ташхисоти. Характерли белгиси – тери-анал кичишидир. Аммо бу белги куйидаги касалликларда – турли этиологияли проктит ва сфинктеритларда, бавосил касаллигида, тўғри ичак ракида, лимфогранулематозда, жигар ва буйрак жароҳатланишида, кандидамикозда, нейродерматитларда учрашини унутмаслик керак. Шунинг учун ташхис беморда гижжа тухумлари ёки гижжаларнинг ўзи топилгандагина қўйилиши керак. Гижжалар кўпинча анус атрофида тухум қўяди. Баъзан ичакда ҳам тухум қўйиши мумкин. Шунинг учун гижжа тухумларини нажасда топиб бўлмайди. Анус атрофидан 1% ли натрий ёки 50% ли глицеринда ҳўлланган шпател ёрдамида олинган суртмада гижжа тухумларини аниклаш осон. Баъзан гижжа тухумлари тирноқ остидан олинган кирмаларда аниқланади. Вояга етган эркак гижжаларни тоза ажралган нажас устида кўриш мумкин.

Давоси. Енгил шакларида реинвазиянинг олдини олишга қаратилган чора тадбирлар ўтказилади. Бунинг учун катта ёшдаги беморлар ётиш олдида 4-5 стакан сувга ярим чой қошиқ сода қўшиб, хўкна қилишлари, болаларда эса 1-3 стакан сувга ярим чой қошиқ сода қўшиб хўкна қилишлари керак. Бу тўғри ичакдаги ургочи гижжаларнинг ювилиб кетишини таъминлайди ва ўз навбатида тунги анус атрофидаги кичишларни камайтиради. Беморлар танага ёпишадиган ич кийимда ётишлари керак. Эрталаб уйғонгандан сўнг бемор окликлари дазмолланиши керак. Оғир шикларда медикаментоз даволаш ўтказилади. Мебендазол - катталарга ва ўсмирларга бир марта 0,1 грамдан, болаларга: 2-10 ёшда 25-50 мм/кг дан берилади. Қайта инвазияда даволаш ҳуди шу дозада 2-4 ҳафтадан кейин ўтказилади. Қарши кўрсатма – ҳомиладорлик. Пирантел- 1 марталик дозаси 10 мл/кг тана оғирлигига. Препарат ичишга берилади. Оғир ҳолатларда дегелментизация симптоматик ва патогенетик даво билан бирга олиб борилади.

Профилактикаси. Санитар гигиеник чора тадбирларни олиб бориш. Асосан хизмат кўрсатиш уйлари, болалар муассасаларида бадан тозаллигига эътибор бериш керак.

ТЕНИАРИНХОЗ

Тарифи. Бу гижжа касаллиги перорал, антропоноз биогелминтоздор. Ривожланиб етилган бу гижжанинг узунлиги 7-10 метргача боради, эни 1,5-2 см, тумшугида 4 та сўргичи бор. Қуролланмаган, бир неча бўлақлардан иборат бўлиб, лентасимон (2000 тагача). Дистал қисмидаги бўлақчаларнинг ўлчами 20 x 30 x 12 мм. Ҳар бир бўлақча ичида онкосфераси бор. Одам бу гижжанинг асосий хўжайини ҳисобланади.

Этиологияси. Ривожланиб етилган гижжадан ўзилиб чиққан бўлақчалар нажас орқали ташқарига чиқарилади. Бу гижжа бўлақлари ҳар хил йўллар билан асосан одам нажаси билан ифлосланган хашак ва сув орқали шохли қорамоллар организмга киради. Қорамол ичагида гижжанинг личинкалари парда ичидан чиқиб, конга тушади ва мушаклар орасидаги бириктирувчи тўқималарга ўрнашади ва юмалоқ пуфакка ўхшаш шаклга киради (финка). Ана шундай қорамол гўштини истеъмол қилиш натижасида бу финкалар одам ичагига тушади ва ривожланиб балоғатга етади. Эркақларга нисбатан аёллар кўп касалланадилар.

Патогенези. Гижжанинг сўргичлари ичак шиллик пардасини шилиб жароҳатлайди, изтироблайди. Гижжадаги модда алмашинув чиқиндилари захарли таъсир қилади. Ичакдаги тайёр озука моддаларга шерик бўлиб бемор организмга озука етмаслигига сабаб бўлади. Асосан сўргичлари билан ичакни зарарлайди.

Клиникаси. Бемор тинкаси қурийди, тажанг бўлиб қолади, олдин кўп овқат истеъмол қилади, кейинчалик иштаҳаси бўғилади. Қорни оғрийди, бемор ухлаб ётган вақтида кўпинча кечаси анусдан гижжа бўлақчалари ташқарига чиқади, бемор кўнгли айнийди. Қорни қапчийди, баъзан ичи кетади, оғриқ ўнг ёнбош соҳасида бўлади. Тили катталашади. Неврологик белгилар бош оғриши, бош айланиши, ҳолсизлик, уйқусизлик, тутканоқ ҳолати кузатилади. Гемограммада – лейкопения, эозинофиллар ошиши, 4/1 қисм беморларда анемия кузатилади.

Ташхисоти. Бемор нажасида гижжа бўлақчалари кўринади. Анус атрофидан олинган суртмада гижжа тухуми топилади.

Давоси. Даволашда феносал кенг қўлланилади. Катта ёшдаги беморларга ётишдан олдин ёки эрталаб наҳорда 2 г берилади. Фенасалдан олдин чорак стакан сувда 1-2 г содани эритиб ичирилади. Бундан ташқари дихлосал ва трихласал ҳам ишлатилади. Бу дорилар овқатланишдан 1-1,5 соат олдин ширин чой билан ичилади. Қирққулоқнинг эфирдаги экстракти ҳам ишлатилади. Катта ёшдагиларга 4,5–5,5 г дан, 2 ёшли болаларга – 1 г, 3 ёшдагиларга– 1,5 г, 7-10 ёшдагиларга 3 грамм, 11-16 ёшдагиларга 3,5–4 грамм ичирилади. Қирққулоқнинг илдиздан тайёрланган филиксан катта

ёшдагиларга 7-8 г берилади. Буни ичиришдан олдин беморга 2 кун олдин ёгсиз овқатлар берилади, ҳамда спиртли ичимликлар ичиш таъқиқланади. Дорини ичадиган кун эрталаб клизма қилинади. Дори ичгандан сўнг ичи келмаса, ҳўкна 3 соатдан сўнг қилинади.

Профилактикаси. Тениаринхозга қарши курашда ҳам қатор медицина ва ветеринария чоралари амалга оширилади. Гижжа манбаларини зарарсизлантириш ва дегельминтизация муҳим аҳамиятга эга. Гўшт маҳсулотларини тайёрлашни назорат қилиш.

ТЕНИОЗ

Этиологияси. Касаллик кўзғатувчиси, чўчка салитёри бўлиб, у лентасимонг гижжа – 1000 га яқин бўлакчалардан ташкил топган бўлади, бўйи 1-2 метргача этади. Тумшўғида 4 та сўргичи ва 20-30 та илмоқли хартуми бор.

Эпидемиологияси. Тениоз перорал биогельментоз антропоноздир. Инвазия манбаи ва гижжанинг охириги хўжайини одам ҳисобланади. Балоғатга етган гижжа одам ичагида яшайди ва ундан вақти-вақти билан етилган бўлакчалар ажралиб нажас орқали ташқарига чиқарилади. Бу бўлакчаларда гижжа тухумлари бўлади, гижжанинг оралик хўжайини асосан уй чўчқалари, хайвонларнинг мускуллари орасидаги бириктирувчи тўқимада тухумлардан личинкалар – цистицерклар (*custocercus cellulosis*) пайдо бўлади. Уларнинг диаметри 7-10 мм. Одамда оралик хўжайин бўлиши мумкин қачонки ичакдан ошқозонга ўтган вақтида масалан қусганда. Цистицерклар кўпчилик органларда: бош миёда, кўзда, мушакларда, тери ости ёғ клеткаси, жигарда, буйракда ривожланиши мумкин. Инвазия давомийлиги бир неча йилгача давом этади. Касаликка берилувчанлик ҳамма ёшда учрайди. Гижжа одамга асосан яхши пиширилмаган чўчка гўшти истеъмол қилганда юқади. Ҳиндистон, шимолий Хитой, Африка ва жанубий Африкада кўпроқ тарқалган.

Патогенези. Одам организмида гижжа тухумлари (финналар) киргандан 2-2,5 ой ўтгач турли органларда личинкалар ривожланади. Личинкалар тўқималарнинг сиқили-шига, яллиғланишига сабаб бўлади ва токсик аллергия таъсир қилади. Чўчка ошқозонига тушган чўчка солитёри тухуми ёрилади ва атмосферада ажралиб чиқиб, ичак ҳамда ошқозон тизимига ўтиб кон окимига тушиб бутун организмга тарқалади. 24-72 соатдан кейин мушаклараро қўшувчи тўқимага чўқади, бу ерда 2 ойдан сўнг финнага айланади. Финналар одам ичагида етук паразитга айланади.

Ташхисоти. Тениоз ташхисоти худди тениаринхоздагига ўхшаш иммунологик реакция РНГ ва РФА асосида қўйилади.

Давоси. Цистицеркоз ривожланиш хавфи бўлганлиги сабабдан тениозни даволашда фенасал дихлорофен, трихлорофен ишлатилади. Чунки улар бемор ичагида гижжанинг парчаланишига сабаб бўлади. Тениозда дегельминтизация қилиш учун кирққулоқ препаратлари ишлатилади. Цистицеркозда празиквантель қўлланилади. Бу дори қунига 50 мг/кг ҳисобидан 10 кун босим берилади. Аллергик реакциясининг профилактикаси учун бу дори билан бирга глюкокортикоидлар тайинланади.

Профилактикаси. Ветеринария хизмати билан ҳамкорликда қатор профилактик чоралар амалга оширилади.

ГЕМИНОЛИПИДОЗ

Таърифи. Геминолипидоз перорал антропоноз контагиоз гельминтозидир. Уни кичкина (бўйи 15-30 мм, эни 0,55-0,77 мм) гижжа қўзғатади. Унинг 4 та сўргичи бор. Одам бу гижжага ҳам оралик ҳам асосий хўжайин ҳисобланади. У одам ингичка ичагида яшайди.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи одам. Гижжа танасидан ажралган бўлакчалар ичида ривожланган етук тухумлар бўлади. Бу тухумлар бемор нажас билан ташқарига чиқарилади ва атрофдаги ҳар хил буюмлар ифлосланади. Геминолипидоз кўпинча ҳожатхона эшигининг бандлари ва унитазлар орқали юқади. Геминолипидозда бемор ичагида аутоинвазия ходисаси юз беради. Ичакда тухумдан балоғатга етган гижжалар пайдо бўлиши мумкин. Геминолипидоз қўзғатувчисининг тухуми оғиз орқали одам ичагида тушади ва бир неча даврларни ўтиб, балоғатга етган гижжага айланади. Аввало тухумдан онкосфера пайдо бўлади, 5-7 кун ўтгач онкосферадан личинка (цистицеркоид) чиқади. Яна 14- 15 кун ўтгач балоғатга етган гижжа пайдо бўлади.

Клиникаси. Геминолипидоз баъзан белгисиз ўтиши мумкин. Бошқа ҳолларда беморларнинг боши оғрийди, қўнгли айнийди, баъзан қусади, сўлаги оқади, жигдони қайнайди, кёкиради, иштахаси ўзгаради ва киндик атрофида оғрик сезади. Қорин оғриши ҳар қуни кечкурун хуруж қилиб безовта қилади, баъзан бир неча кун оғрик бўлмаслиги мумкин. Беморнинг ичи дам суюк, дам қуюк келиб ўзгариб туради, нажас ялки аралаш бўлади. Бемор тажани бўлиб қолади, иш қобилияти пасаяди.

Патогенези. Касалликнинг кечиши кўпинча даврий ривожланиш билан кечади. Пакана гижжанинг ривожланиш цикли одам организмида кетма-кет ривожланадиган личинка ва етуклик босқичлари билан характерланади. Шунинг учун одам бу гельминт учун оралик ва асосий хўжайин ҳисобланади. Гижжа одамнинг ингичка ичагида яшайди, бўғимларда ажраладиган тухумда шаклланган эмбрион бўлиб инвазивлик хусусиятига эга ва ташқи муҳитда

етилишни талаб қилмайди. Одам оғзи ва ичагига тушган тухумдан онкосфера ажралиб кичкина ичак ворсинкалари ичига киради. 5-7 кундан кейин онкосферадан личинка цистициркоид ривожланади, у ворсинкаларни бузиб ичак бўшлиғига чиқади ва шиллик қаватига ёпишади. 14-15 кундан кейин етук гижжа шаклланади.

Таъхисоти. Нажасда гижжа уруғларни топилиши асосида қўйилади. Пакана гижжа тухумлари даврий равишда ажралади. Шунинг учун манфий натижа олинган пайтда натив суртмада флотациялатиш билан қайта таҳлил ўтказиш керак.

Давоси. Геминилипидозда фенасал схема бўйича ишлатилади. Схема № 1. Икки кунлик цикл 5 кун оралаб 6-7 марта қайтарилади. 1-2 ёшли беморларга 0,3 г, 3-4 ёшли болаларга 0,5 г, 5-6 ёшли болаларга 1 г, 7-10 ёшли болаларга 1,5 г ва катта одамларга 2 г дан берилади. Схема № 2. 5 кунлик цикл. 5 кун оралаб 4 марта қайтарилади. Схема № 3. 7 кунлик цикл. 5 кун оралаб 3 марта қайтарилади. Бир ой ўтгач, яна даволашнинг бир курси қайтарилади. Профилактикаси. Шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш, хожатхоналарни тез-тез дезинфекция қилиб туриш, бемор-ларни даволаш, геминилипидоз профилактикаси негизини ташкил қилади. Гельминтозлар диспансер назорати Гижжа касалликларини бошидан кечирганлар турли муддатларда УАВ педиатри, болалар боғчаси ва врачлари назоратида бўлишади.

ЛЯМБЛИОЗ

Лямблиоз- асосан нажас-оғиз механизми орқали юқувчи антропоноз протозой касалликдир. Лямблийлар асосан ингичка ичакнинг юқори қисмларида паразитлик қилади ва ичакда сўрилиш, ундаги девор олди ҳазм қилиш жараёнининг бузилиши, дуоденит, энтерит, энтероколит ҳамда кўпгина беморларда ошқозон, ўт ишлаб чиқариш тизими, ошқозон ости беги томонидан бўладиган иккиламчи асоратларга олиб келади.

Этиологияси. Лямблиоз кўзгатувчиси- *Lambliа intestinalis* биринчи марта 1859 йилда олим Д.Ф.Лямбль номи билан аталган. Лямблийлар ривожланишида 2та босқич вегетатив шакли ва циста кузатилади. Вегетатив шакли ноксимон формада бўлиб, ён томонидан қўрилганда қўштирноққа ўхшайди. Вегетатив шаклининг узунлиги 9-18мкм, эни-5-10мкм келади. Танасининг олдинги қисмидаги вентрал томонида сўрувчи диск бўлиб, у бўрғиб туради. Шу бўрғиб турган қисми билан ингичка ичак шиллик қаватига кириб олади ва ичак юзасида сакланиб туради. Хар бир трофозойда 4 жуфт хивчинлари бўлади. Хивчинлар ёрдамида улар ҳаракатланади. Марказий хивчинлари ҳаракатланганда насос ролини бажаради. Хивчинлар девор олди гидролизи маҳсулотларини саклаган суюқликни сўриб солади.

Шу суюклик билан лямблийлар озикланади. Озикланиш трофозоит танасининг каватлари орқали осмотик йўл билан амалга оширилади. Лямблийларда оғиз тешиги бўлмайди. Лямблийлар кўндаланг бўлиниш йўли билан кўпаяди. Лямблийнинг цисталари овал шаклда, рангсиз, узунлиги 10-14мкм, эни 6-10мкм, юзаси 2 контурли қаттиқ парда билан қопланган. Люголь эритмаси билан ишлов берилган препаратларда етилмаган цисталарда 2та, етилган цистларда 4та ядро ва бошқа структурали элементлар кўринади. Лямблийнинг вегетатив шакллари ташки мухит шароитига чидамсиз ва 5-10 102 минутдан кейин ҳалок бўлади. Цисталари чидамли бўлади. Хона ҳароратида 3-5 кундан 2 ҳафтагача сақланади, тупрокда-60 кун, сувда 35-80 кунгача сақланади. Қуритилганда ва юкори ҳароратда ҳалок бўлади. 70оСда 30-40 секунд, қуритилганда 1-2 минут, кайнатилганда ўша захотиёқ ўлади. Хлорамин ва бошқа хлор сакловчи дезинфекция воситалари лямблий цисталарига таъсир қилмайди.

Тарқалиши: ЖССТ маълумотларига караганда лямблийлар 10% катталарда ва 20% болаларда аниқланади. Охириги 30 йил ката ёшдаги одамлар орасида лямблийлар билан зарарланиш 11,7-21,8% дан 2,7-4,9%гача, болалар орасида 19,1-57,7%дан 7,8-23,9% гача пасайган. 1,5-4 ёшгача бўлган болаларда лямблийлар билан зарарланиш кўп учрайди. Боғчаларда зарарланиш 1,5-2 барабар юкори 6-7 ёшли болаларда лямблийлар инвазияси бир оз паст ва 12-15 ёшда катта одамлар кўрсаткичига тенглашади.

Эпидемиологияси. Лямблиоз инвазиясининг манбаи лямблий ташиб юривчилар ва лямблиоз билан касалланган бемор ҳисобланади. Лямблийнинг юкиш йўли оғиз орқали лямблий цисталари тушгандан сўнг келиб чиқади. Зарарланган одам нажаси билан ташқарига 1 суткада 900000000та циста чиқарилади. Цисталар 2 ойгача тупрокда, 1-3 ой сувда тирик сақланади. Лямблиоз маиший-мулоқот йўли ва сув орқали тарқалади. Ифлосланган қўллар, уй жиҳозлари, болалар ўйинчоқлари, мева ва сабзавотлар тарқалиш омили ҳисобланади. Маиший-мулоқот йўли орқали тарқалишида катталар орасида лямблиоз инвазиясининг спорадик ҳоллари келиб чиқади, ҳатто оилавий ўчоқлар пайдо бўлади. Болалар боғчаларида маиший-мулоқот йўли билан тарқалишида санитар-гигиеник режимни ҳисобга олганда, 18-20%дан 60-75%гача касаллик учрайди. Сув орқали тарқалишида лямблиознинг эпидемиялари юзага келади.

Патогенези. Ҳозирги кунда ЖССТ томонидан лямблийларнинг патогенлиги кўриб чиқилган. Лямблийларнинг патогенлиги И.Лалова (1976й.) тажрибасида исботланган. У 650та лямблий цисталарни ўзига юктиради. Натижада соғлом 35 ёшли аёл қорнида оғрик ва қулдираш, ич кетиш, астеник белгилар, ўт ишлаб чиқарувчи тизим томонидан дискинезиялар келиб

чиқади. Касаллик ярим йилдан ортиқ давом этади. Соғайиш специфик лямблиозга қарши даволангандан кейин юзага келади. Лямбллийларнинг ингичка ичак шиллик қавати мухитига мослашганлиги учун шу ерда девор олди ҳазм бўлган маҳсулотларнинг гидролизатлари билан озикланадилар ва кўпаядилар. Бошқа аъзоларда лямбллийлар кўпаймайди. Лямбллийларнинг мембранада паразитлик қилиши девор олди ҳазм жараёнини ингичка ичакнинг сўрилиш ҳамда ҳаракат фаолиятларини издан чиқаради. Натигада стеаторея, ферментатив ва витамин етишмовчилиги келиб чиқади. Сўрилишнинг бузилиши лямбллийнинг ингичка ичакдаги гликокаликсга таъсиридан келиб чиқади ва бу оғир синдром бўлиб ҳисобланади (ЖССТ 1983й.). Диареянинг механизми ҳозиргача ноаниқ. Ўн икки бармоқли ичак ва ингичка ичакнинг юқори қисмларидаги морфологик ўзгаришлар лямблиознинг субклиник кечишида ҳам юзага келади. Бу ўзгаришлар ўчоқли гиперемия, шиши, контакт кон кетишлар, шиллик қаватдаги эрозиялар кўринишида бўлади. Ўзгаришга учраган шиллик қаватлардан биопатларни гистологик текширганда дуоденит ва еюнитга хос белгилар топилди. Лямблиоз билан оғриган беморларда иммунитетни ўрганишда специфик иммунитет борлиги аниқланган.

Клиникаси. Лямблиоз инвазиясининг қуйидаги клиник патогенетик шакллари мавжуд: А) Лямблиоз ташиб юрувчилар (соғлом); Б) Лямблиознинг ичак шакли: а) субклиник лямблиоз; б) 12 бармоқли ичакнинг лямблиозли дискинезияси; в) лямблиозли дуоденит; г) ингичка ичакнинг лямблиозли дискинезияси; д) лямблиозли энтерит; е) лямблиозли энтероколит; В) Лямблиозбилиар шакли: а) ўт чиқариш йўллари дискинезияси; б) ўткир холецистит; в) сурункали холецистит; г) сурункали холангиогепатит; Г) Асоратлари: а) ошқозон томонидан бўладиган функционал бузилишлар; б) гастрит; в) ошқозон ости беши томонидан бўладиган функционал бузилишлар; е) панкреатит. Д) Лямблиоз кўшилиб келган касаллик сифатида (микстинфекция). Лямблиоз ташиб юрувчиларга (соғлом) қисқа вақт (1-2 ҳафта) лямбллийлар нинг ингичка ичакнинг юқори қисмида туриши киради. Бунда ҳеч қандай функционал бузилишлар, иммунологик ўзгаришлар кузатилмайдди. Бемор ўзини яхши ҳис қилади. Бу ҳол паразитликнинг компенсацион шакли дейилади ва даво ланишни талаб қилмайди. Субклиник лямблиоз-функционал бузилишлар, иммунологик ўзгаришлар нинг бўлиши, касалликда яққол симптоматиканинг намоён бўлмаслиги ва бемор ўзини яхши ҳис қилиши билан характерланади. Функционал бузилишлар жумласи га ингичка ичакда углеводлар, ёғлар, айрим витамин (А, В12, С)нинг сўрилишнинг бузилиши киради. Иммунологик ўзгаришларга периферик қонда Т-лимфоцитларнинг пасайиши,

зардобда Тлимфоцитлар сонининг, лямблиоз антигени билан кон зардобини иммунофлюоресцент, иммунофермент, радиоиммун методлар ёрдамида текширганда ижобий натижа бериши киради. Беморнинг дуоденал суюклигида С-реактив оксил топилади. Эндоскопия, аспирацион биопсия ва биоптатларни гистологик текширганда юза дуоденит ва энтеритга характерли ўзгаришлар топилади. 12 бармокли ичак лямблиозли дискинезияси-беморларни симилловчи оғриклар ва эпигастрал соҳасида нохуш сезгилар безовта килади. Кулдирашлар кориннинг юқори қисмида бўлади. Пайпаслаганда эпигастрияда доимий бўлмаган оғрик аникланади. Рентгенологик текширишда кўп беморларда 12 бармокли ичак тонус ва моторикасининг бузилишлари қайд қилинади. Эндоскопияда дуоденал рефлюкс аникланади. Лямблиозли дуоденит- юқоридаги симптомлар ва доимий, бир оз кучли эпигастриядаги оғригга хос. Оғриклар симилловчи характерда бўлиб, асосан кечаси, кўпроқ эрталабга яқин вақтда беморларни безовта килади. Беморларда ошқозон секретор функциясининг пасайганлиги аникланади. Рентгенологик текширганда 12 бармокли ичак тонуси ва моторикасининг бузилиши билан бирга унинг шиллик каватининг рельефи ўзгарган бўлади. Эндоскопияда визуал, биоптатларда гистологик текширганда 12 бармокли ичак шиллик каватининг чуқур диффуз ўзгаришлари ва атрофияси аникланади. Кўпинча дуоденал рефлюкс қайд қилинади. Ингичка ичакнинг лямблиозли дискинезияси - метеоризм, кориннинг хар хил қисмларида оғрикларнинг борлиги, кулдираш бўлади. Суткада 1-2 марта бўтқасимон стул аникланади. Рентгенда ингичка ичак тонуснинг бузилиши, барий пассажиининг тезлашиши кузатилади. Лямблиознинг бу шакли дуоденит симптоматикаси ва юқоридаги функционал ўзгаришлар бўлади. Лямблиозли энтерит -кулдираш, метеоризм ва кориндаги оғриклардан ташқари диарея ривожланади. Нажас суюқ, кўп миқдорда, сувли ва кўпикли, патологик аралашмасиз, хиди одатдагидек, суткада 2-3 мартадан 4-5 мартагача бўлади. Копроцитограммада лямбллийнинг вегетатив шакллари топилади, шакланган нажасда цисталар бўлади. Беморда умумий ҳолсизлик, дармонсизлик, корин дамлаши, иштаҳанинг пасайиши, кўнгил айниши бўлади. Иш қобилияти пасаяди. Қасаллик узоқ алмашиниб туради, энтерит дан фарқи ремиссия даврида беморда қориндаги оғрик ва метеоризм сақланиб келади . Лямблиознинг билиар шакли сурункали эндоген интоксикация белгилари (умумий ҳолсизлик, чарчаш, бош оғриги, уйқунинг бузилиши, иштаҳа пастлиги, субфебрил харорат), диспептик синдром: ўнг ковулга соҳаси ва эпигастрияда даврий оғрик қайд қилиниши мумкин. Объектив кўрганда тили оқ қараш билан қопланган, қорин қапчиган, ичак кулдираши, пайпаслаганда

эпигастрияда, ўнг қовурга соҳасида оғрик, гепато-спленомегалия, Ортнер-Греков белгиси каби белгилар аниқланади. Беморларнинг бир қисмида тери ва кўринарли шиллик қаватлари сариклиги, сийдик қизариши тафовут қилинади. Касаллик сурункали тус олганда меъда-ичак тизими яллиғланишига хос бўлмаган белгилар: тошмалар, аллергодерматит, терида оқимтир доғлар ҳосил бўлиши, соч тўкилиши, уйқуда тиш қайраши, уйқуда оғиздан сўлак оқиши каби белгилар қайд қилиниши мумкин.

Асорати. Дуоденогастрал рефлюкс- дуоденал суюқлик ошқозондан пилорик қисмига ўтиши. Бу гастритнинг сабабларидан бири ҳисобланади. Ўт ишлаб чиқариш тизимида дискинетик бузилишлар ўт пуфаги ва ўт йўлларида ўтнинг димланиб қолишига сабаб бўлади. Бу ўз навбатда ичакдаги бактериал флоранинг шу органларга ўтишини ва яллиғланиш жараёнини келтириб чиқаради. Лямблиознинг ҳар хил шаклларида гастритнинг келиб чиқиши оғрик синдромининг доимий бўлишига, кечги ва оч оғриқларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Лямблиозга қарши даво олиб борилса, оғрик синдроми ва кўнгил айнаши сезгиси ўтиб кетади. Панкреатит- оғрик белгиси қузатилади, яхши сифатли кечади, лямблиозга қарши даво қилинганда тезда ўтиб кетади.

Таъхисоти. Лямблиознинг ҳар бир клиник шаклини лямббийнинг вегетатив шаклларининг топилиши (дуоденал суюқликда, суюқ нажас) ёки шаклланган нажасда цисталарнинг топилиши тасдиқлаши керак. Қайта текшириш ўтказиб туриш керак. Лямблиозни сальмонелёз, эшерихиоз, ичбурғунинг енгил шакллари, амёбиаз, ротавирусли гастроэнтерит, гельминтозлардан қиёслаш керак.

Давоси. Лямблиознинг специфик даволашда ҳозирги кунда метронидазол (трихопол, флагил), тинидазол(фасижин), энтамизол, фуразолидон, аминохинол, макмирор, тиберал, экдикстен, интетрекс препаратларидан фойдаланилади. Метронидазол катталарга 0,25г кунига 2-3 марта 5-7 кун давомида, болаларга 2- 4 ёшдагиларга 0,1-0,15г дан суткада, 5-10 ёш - 0,2-0,25г, 11-15 ёш – 0,25-0,3г суткада берилади. Болаларга суткалик доза 2-3 мартага овқатдан кейин берилади. Ножўя таъсирлари-бош оғриғи, кўнгил айнаши, бош айланиши, қорин соҳасида оғрик кам қузатилади. Тинидазол катталарга суткасига 2г дан овқатдан кейин ёки 0,15г суткада 2 марта 7 кун мобайнида берилади. Болаларга 5- 60мк/кг овқатдан сўнг берилади. Қарши кўрсатма метронидазолникидек. Энтамизол-комбинирланган препарат, 1 таблеткасида 0,2г метронидазол ва 0,25г фураимид бўлади. Катталарга 1таблеткадан 3 марта кунига, 5 кун мобайнида берилади. Фуразолидон-катталарга 0,1гх4 марта суткага, овқатдан сўнг 5 кун мобайнида, болаларга 10мг/кг кунига 3-4 марта 5 кун берилади. Ўт ишлаб чиқариш тизимида

асоратлар бўлганда препарат берилмайди. Аминохинол-0,15гх3 марта кунига овкатдан кейин 5 кун берилади. Тиберал беморларнинг ёши, вазнига эътибор берган ҳолда буюрилади. Унинг бир неча даволаш тизмаси мавжуд бўлиб, амалиётда учқунлик кечки пайтда буюрилиши юқори самара бермокда. Интетрекс бўлса катталарга 2 капсуладан кунига 2 маҳал 7-10 кун мобайнида берилади. Болаларда учрайдиган ичак лямблиозини даволашда макмирорнинг салмоғи юқоридир. Препарат 1таблеткадан 3 маҳал 7 кун мобайнида буюрилади. Патогенетик даво ўз ичига пархез, кўпрок суюкликлар истеъмоли ва дори-дармон билан даволашни ўз ичига олади. Лямблиозда юзага келадиган овкат-хазм килишнинг бузилишини бартараф килиш мақсадида таркибида амилаза саклаган препаратлар (панкреатин, мезим-форте, панзинорм ва креон) буюрилади. Бу препаратлардан креоннинг ўрни ўзгача. Бу препарат капсула ичида жойлашган микросфералардан иборат бўлиб, ўзгармаган ҳолда овкат маҳсулотлари билан ингичка ичакка ўтиб, хазм килишнинг бузилишини бартараф килишда юқори самара беради. Касаллик туфайли юзага келадиган ичак 108 дисбиозини тиклаш мақсадида зубиотиклар (бифидумбактерин, колибактерин, хилак-форте) буюрилади. Этиотроп даво воситалари таъсирида лямбллийларни оммавий парчаланиши натижасида ҳосил бўладиган метаболитларни ичакдан конга сўрилиб юзага келтирадиган ЯкшиГейксгеймер реакциясини бартараф килиш мақсадида дюфалак буюрилиши мақсадга мувофиқдир. Тахмини-специфик даволанмаса касалликнинг чўзилувчан ва сурункали шакллари ривожланади. Гамма-глобулин дефицити бўлган, оксил етишмовчилиги, витамин етишмовчилиги бўлган беморларда лямблиоз оғир кечади.

Профилактикаси. Лямблиознинг олдини олиш ва эпидемияга қарши чоратадбирларни ўтказиш бошқа ичак инфекцияларидек олиб борилади. Шунинг ёлда тутиш лозимки, лямбллий цисталарини хлор сакловчи дезинфекция эритмалари парчалай олмайди. 3%ли лизол эритмаси ва қайноқ сув цисталарни йўқотишда муҳим аҳамият касб этади.

АНКИЛОСТОМИДОЗ

Этиологияси. Анкилостомидоз нематодлар авлодига киради. Унинг икки хили бор: 1- (боши қийшиқ гижжа ва урғочисининг катталиги 10—13 X 0,4—0,6 мм. эркагининг катталиги 8x11 x 4—0,5 мм 2- урғочисининг катталиги 7,7—13,5 мм, эркаги— 5,2—10x0,18—0,24 мм. Уларнинг тухуми овал шаклида, ялтироқ пардага ўралган.

Эпидемиологияси. Анкилостомидоз антропоноз, геогельминтоздир. Инвазия манбаи бемор одам ҳисобланади. Гижжа одамнинг ингичка ичагининг юқори

кисмида яшайди ва тухум қуяди. Тухум ахлат билан ташқарига чиқарилади. Харорат 14-16 даражадан юқори ва намлик етарли бўлган шароитда тухумдан личинка чиқади. Личинка 7-15 кунда ривожланиб такомиллашади ва инвазион хусусиятга эга бўлади. Бу личинка тупроқда 7—8 ҳафтадан 1,5 йилгача тирик сақлана олади. Личинка тери орқали ва оғиз орқали организмга киради. Бу гижжа кўпроқ кишлоқ хўжалигида шугулланадиган одамларда, шахтёрларда ва болаларда учрайди. Анкилостомидоз асосан иссиқ иклимли мамлакатларда тарқалган.

Патогенези ва патанатомияси. Оғиз орқали кирган личинка 4-5 ҳафта давомида ривожланиб балоғатга етади. 2-тури эса 8—10 ҳафтада балоғатга етади. Личинка тери орқали кирганда кон орқали ўпкага боради ва нафас йўллари орқали кўтарилиб, томоқда чиқади ва ютилиб, ошқозон-ичакка тушади. Балоғатга етган гижжалар ичакда 5-40 йил яшайди.

Анкилостомидалар фақат одам кони билан овқатланади. У 1-3 минут давомида ичак шиллик пардасида кон сўриб бўлгач, жойини ўзгартиради. Бу касалликнинг бошланиш давларида токсикоз ва аллергияга хос аломатлар кўринади, хроник даврида эса асосан камқонлик аломатлари аниқланади. Битта анкилостомидида бир кеча-кундузда 0,3 мл кон ютиши маълум. Бундан ташқари ичак шиллик пардасининг жароҳатланиши ҳам ўз навбатида нерв-рефлектор йўл билан зарарли таъсир килади.

Клиникаси. Личинка перкутан йўл билан кирганда терининг гижжа кирган жойида аллергик дерматит аниқланади, кейин ўпка зарарланади (эозинофилия, инфилтрат пайдо бўлади), бронхит, ларингит ривожланади. Иситма кўтарилади. Бу даврда қонда эозинофиллар сони 30—60% га етади.

Гижжа оғиз орқали юкканда бу симптомлар кўринмайди.

Анкилостомидознинг хроник даврида дуоденит, перидуоденит ва колит ривожланади. Беморнинг кўнгли айнаб қусади, ичи кетади, корнининг юқори қисми оғрийди. Секин-аста камқонлик (анемия) симптомлари кўринади.

Диагностикаси. Бемор ахлатида анкилостомидаларнинг тухуми топилганда диагноз осонгина ҳал бўлади. Баъзан пробиркада парвариш қилиб тухумдан личинка чиқариш усулидан ҳам фойдаланилади.

Давоси. Комбантрин (пирантел, памоат) яхши натижа беради. У 10—20 мг/кг ҳисобидан 2 кун бемор овқатланаётган вақтда берилади. Мебендазол (вермокс) 100 мг дан кунига 2 мартадан 3 кун босим билан берилади; левомизол (декарис) 2,5 мг/кг ҳисобидан бир марта уйқудан олдин берилади, натижа бўлмаса бир ҳафтадан сўнг шу доза яна қайтарилади; тиабендазол (ментазол) 25 мг/кг ҳисобидан кунига 2 маҳалдан 2 кун берилади; нафтамон (альконар) 0,5 г дан наҳорга 2—3 кун ичирилади.

Анемия аниқланган ҳолларда оғиз орқали ёки парентерал йул билан темир препаратлари, протеинлар, фоли кислота берилади, зарур бўлгандакон қўйилади.

Профилактикаси. Биринчи навбатда гижжаси бор одамлар даволанади. Тупрокни, шахталар, ер остидаги иншоотларни озода сақлаш, айниқса уларга одам ахлати тушмаслик чоралари кўрилади.

ТРИХОЦЕФАЛЕЗ

Трихоцефалез перорал геогельминтоз ва антропоноз касалликдир. Трихоцефалозни қилбош гижжа қўзғатади, ургочи қилбош гижжанинг узунлиги 3,5—5,5 см, эркагининг узунлиги 3—4,5 см. Улар одамнинг йўгон ичагида яшайди. Бу гижжанинг бош томони «соч»га ўхшаш ингичка ва орқа томони йўгонлашиб боради, 4-5 йилгача яшайди. Ургочи қилбош гижжа қўйган тухумлар тупрокда ривожланиб, ундан личинкалар чиқади. Ташки муҳит ҳарорати 30° атрофида ва намлик етарли бўлган шароитда личинка 1-17 кун давомида ривожланади. Бу гижжанинг тухумлари оғиз орқали юкади. У ўзининг ингичка томони билан ичак шилиқ пардасига киради ва 3-10 кунгача шу ҳолда қолади. Бу муддат ўтгач гижжа ичакка тушади ва кўричакка келади. Шу давр мобайнида гижжа балоғатга етади.

Трихоцефалез юккан одам 1—1,5 ой ўтгач гижжа тухумларини чиқара бошлайди. Касалликнинг юкиш йўллари худди аскаридозга ўхшаш.

Клиникаси. Беморнинг дармони қурийди, корнининг ўнг-паст томони каттик оғрийди, кўнгли айнийди, ичи кетади ё эса қабзият бўлади. Аппендицит ва колит аломатлари бўлиши мумкин. Болаларда баъзан тутканок тутади. Баъзан тўғри ичакнинг ташқарига чиқиш ҳоллари учрайди. Ичакда гижжалар қўп бўлганда камқонлик аломатлари ва эозинофилия яққол кўринади. Трихоцефалез диагнози клиникага асосланган ҳолда бемор ахлатида гижжа тухумлари топилгач узил-кесил аниқланади.

Давоси. Трихоцефалезни даволашда мебендазол, вермокс, (катта ёшдаги беморга 200 мг дан 3-4 кун берилади) ва альбендазол (бир кунда 400 мг дан ҳафтада 2-3 марта берилади) яхши натижа беради. Дифезил ва бепасал ҳам ишлатилмоқда. Бу иккала дори бир хил дозада ишлатилади. Катта ёшдаги беморга бир кунда 5 г, 2—5 ёшли болаларга — 2,5—3 г, 6—10 ёшлиларга 3,5-4 г, 11-15 ёшлиларга — 4-4,5 г дан 5 кун босим берилади. Дорининг бир кунлик дозаси 3 га бўлиб овқатланишдан 1-2 соат олдин ичирилади. Медамин ҳам яхши натижа беради (кунига 10 мг/кг ҳисобидан 1—2 кун берилади).

Профилактикаси. Худди аскаридоздагига ўхшаш профилактик чоралар амалга оширилади.

ТРИХИНЕЛЛЕЗ

Трихинеллэз перорал биогельминтоз ва зооноздир. Бу касаллик одамга уй хайвонлари ёки ёввойи чўчка, айик, бурсик ва бошка йирткич хайвонлар гўштини истеъмол қилиш натижасида юқади. Бу хайвонларнинг гўштида трихинналарнинг личинкалари бўлиши мумкин. Личинка 4 кун ичида ичакнинг шиллик пардасига кириб улгуради. Кейинчалик бу паразит ўз навбатида личинка чиқара бошлайди. Бу ёш личинкалар лимфа системасига, ундан қонга тушади. Қон орқали хар турли тўқималарга, асосан мускулларга ўрнашиб олади. Личинкалар мускуллар орасида буралиб, худди спирал шаклини олади ва парда билан ўралади. Личинкалар мускуллар орасида 40 йилгача сақланиши мумкин. Битта организмда трихинналар яна янгидан кўпаймайдилар.

Трихинелладаги модда алмашинув жараёни натижасида пайдо бўладиган ва улар парчаланганда чиқадиган моддалар бемор организмни сенсбилизация қилади.

Клиникаси. Касаллик кўпинча аста-секин бошланади. 2-3 кун давомида беморни бош оғриги безовта қилади, бутун бадани қақшаб оғрийди, кўнгли айнийди, иштахаси бузилади, кўз-қовоқлари ва юзи шишади, кимирлатганда кўз сокқалари, шунингдек мускуллари оғрийди. Касалликнинг 3-4-кунларидан бошлаб харорат 38,5-39 даражага кўтарилади. Харорат 10 кундан 40 кунгача давом этади. Қонда лейкоцитоз ва эозинофилия бўлади. Беморнинг ахволи оғир бўлади, боши оғрийди, уйқуси бузилади, қорни оғрийди, кўнгли айнийди, баданида тошма пайдо бўлади. Касаллик 1-2 хафтадан 5-6 хафтагача чўзилади. Трихинеллез оғирўтган ҳолларда миокардит, менинго-энцефалит, гепатит, нефрит, тромбофлебит ривожланиши мумкин. Баъзан бемор ҳалок бўлади.

Кортикостероидлар билан даволанганда трихинеллэз хроник формада давом этади.

Диагностикаси. Эпидемиологик ва клиник далиллардан ташқари диагностикада беморлар истеъмолқилган гўшдан трихинеллалар топилиши муҳим ахамиятга эга (трихинеллоскопия). Серологии усуллардан преципитация реакцияси, паст хароратда қўйиладиган комплемент бириктириш реакцияси, микропреципитация реакцияси қўлланилади. Булардан ташқари агглютинация реакцияси ва антителоларни флюоресцентлаш усуларидан ҳам фойдаланилади. Иккинчи хафтадан бошлаб аллергия реакцияси текширилади. Ниҳоят мускуллардан биоптат олиб, трихинеллалар изланади (трихинеллоскопия).

Давоси. Либендазол (вермокс) билан даволаш касалликнинг 2-3-хафталарида бошланса, яхши таъсир қилади. Либендазол катта ёшдаги

беморларга кунига 300-400 мг дан 7-10 кун босим берилади (касалликнинг оғир формасида 14 кунгача). Тиабендазолнинг эффекти камроқдир (у кунига 25 мг/кг ҳисобидан 5-10 кун ичирилади). Бу дорилар таъсирида личинкалар парчаланadi ва токсик-аллергик аломатлар кўпаяди. Шу сабабдан глюкокортикоидлар тайинланади (бир кунда 30-90 мг дан 10-14 кун преднизалон берилади).

Беморнинг ахволига қараб дезинтоксикацион ва симптоматик дорилар тайинланади. Трихинеллездан соғайган беморлар 6 ой диспансер назоратида бўлади.

Профилактикаси. Асосий чора-тадбирлар трихинеллаларнинг ривожланиш йўллариини тўсишдан иборат. Чўчкаларга трихинеллалар юкмаслигининг бирдан-бир йўли дератизация ва чўчкахоналарни озода саклашдир. Гўштларини сотишдан олдин трихинеллалар бор ёки йўқлигини аниклаш керак. Трихинеллалар бор гўштни истеъмол қилиш мумкин эмас.

ДИФИЛЛОБОТРИОЗ

Дифиллоботриоз лентасимон перорал зооноз биогельминтозидир. Унинг эни 1,5 см, бўйи 2-20 метргача бўлиб, бир неча минг бўлақлардан ташкил топган. Бу гижжа одам, чўчка ва кучуклар ичагида яшайди ва шиллик пардага иккита ёриги (ботрияси) ёрдамида ёпишган бўлади. Гижжанинг тухумлари ахлат орқали ташқарига чиқарилади. Тухум сувга тушгач ундан карацидия (личинка) чиқади. Карацидия сувда яшайдиган майда қисқичбақа—циклопта яхши озукрадир. Циклоптар ўз навбатида балиқларга (шука, ерш, окунь) ем бўлади. Шундай қилиб, балиқларга дифиллоботриоз юқади. Бу балиқларни истеъмол қилган одамларнинг ингичка ичагининг юқори қисмида бу гижжалар ўрнашиб олиб яшайдилар.

Патогенези ва патологичи анатомияси. Кенг лентасимон гижжа одам организмга ҳам механикча ҳам токсик-аллергик таъсир кўрсатади. Гижжа сўргичи ёрдамида ичак шиллик пардасини шимиб ёпишиб олади ва парданинг некрозига сзбаб бўлади. Гижжа танасидаги модда алмашинув жараёни оқибатида ҳосил бўлган моддалар таъсирида сенсбилизация ва аутосенсбилизация ҳолати юз беради. Бу гижжа инвазияси 10 йилгача чўзилиши мумкин. Эндоген гипо- ва авитаминоз юз беради. Бу ҳолат ўз навбатида мегалобластик анемия ривожланишига сабаб бўлади.

Клиникаси. Беморнинг куввати бўлмайди, иштаҳаси бузилади, Қорни оғрийди. Қонда анемия ва эозинофилия аниқланади. Дифиллоботриоз диагнози гижжа тухуми ёки унинг бўлақчалари топилгач узил-кесил аниқланади.

Давоси. Тениаринхоздагига ўхшаш усул билан дегельминтизация амалга оширилади. Анемия ҳолати аниқланса дегельминтизациядан олдин витамин В ва фолик кислота билан даволанади.

Профилактикаси. Бу гижжани тарқатувчи беморни даволаш, яъни дегельминтизация (организмни гижжалардан халос қилиш) жуда муҳим. Сув хавзаларини муҳофаза қилиш, айниқса сувга одам нажасини туширмаслик чоралари биринчи даражали аҳамиятга эга.

ИЧАҚДАН ТАШҚАРИГИ ГЕЛЬМИНТОЗЛАР

Ўрта Осиё шароитида гельминтозларнинг бу гуруҳига кирадиганларидан фасциолез учраб туради.

ФАСЦИОЛЕЗ

Этиологияси. Бу касалликни 2-тури: жигар сўрувчиси ва йирик сурувчилар кўзгатади. Жигар сўрувчисининг катталиги 20-30X8-12 мм ни, йирик сўрувчининг катталиги эса 33-76X5-12 мм ни ташкил қилади. Тухумлари ҳам катта бўлади.

Эпидемиологияси. Фасциолез перорал биогельминтоздир. У табиий ўчоқли инвазион касалликдир. Инвазия манбаи: гижжанинг охири хўжайини одам, ката шохли ва майда шохли ҳайвонлар, отлар, кемирувчи ҳайвонлар ҳисобланади. Улар ахлати орқали гижжа тухумини чиқарадилар. Бу гижжаларнинг оралиқ хўжайини -моллюскалардир. Моллюскалардан чиққан личинкалар сувда истикомат қиладилар. Анашу сувни ичганда одамга гижжа юқади. Бу инвазиянинг ўчоғлари Кавказ орти республикаларида, Ўрта Осиёда ва Болтик бўйи мамлакатларида мавжуд.

Патогенези ва патологик анатомияси. Фасциоланинг личинкаси сув билан оғиз орқали ошқозонга, сўнгра ичакка тушади. Ичак шиллик пардасига кириб, жигар ва ўт йулларига боради. Жигар ва ўт йулларида фасциола личинкаси ривожланади ва 3-4 йил яшайди.

Личинкалар ва етилган гижжалар таъсирида гепатоцитлар ва холангиоцитлар зарарланади. Баъзан фасциола тери ости тўқимасида, ўпкада, қорин бўшлиғида, кўз соккасида ва бошқа тўқималарда аниқланади.

Клиникаси. Инкубацион даври 1-8 ҳафта давом этади. Касаллик бошланишида аллергияга хос симптомлар, жигарнинг катталашгани, лейкоцитоз, эозинофилия аниқланади. Эозинофилия 5 фоизгача кўпаяди. Касалликнинг хроник даврида холангит, обтурацион сариклик баъзан жигар абсцесси ривожланади. Кейинчалик жигар функциясининг издан чиқиши, овқат хазм қилиш жараёнининг бузилиши ва натижада кахексия аломатлари кўринади.

Диагностикаси. Касалликнинг ўткир даврида комплемент бириктириш реакцияси, преципитация реакцияси ва аллергия реакциясидан фойдаланилади.

Касалликнинг кейинги даврида беморнинг ахлатида ва ўн икки бармоқ ичак шилимшигида фасциола излаб топилади.

Давоси. Хлосил яхши натижа беради. Бу препарат 30- 60 мг/кг ҳисобидан берилади. Даволаш, курсига 0,3 г/кг. сарфланади. Бундан ташқари празиквантал хам бир марта берилганда (50 мг/кг ҳисобидан) яхши натижа олинади.

Асоратлар ривожланган ҳолларда антибиотиклар қўлланилади.

ГИЖЖАЛАРНИНГ ЛИЧИНКАЛАРИ ҚЎЗГАТАДИГАН КАСАЛЛИКЛАР

Бу гуруҳ касалликларга эхинококкоз ва бошқа гижжаларнинг личинкалари қўзгатадиган касалликлар киради. Бизнинг шароитда эхинококкоз учраб туради.

Эхинококкоз

Этиологияси. Бу касалликни гижжанинг личинкаси қўзгатади. Бу личинка бир камерали пуфакдан иборат бўлиб, унинг диаметри 1 дан 50 мм гача боради. Пуфакнинг девори икки қават пардадан иборат. Ҳар битта пуфакчада суюқлик ва 100 га яқин гижжа болачаси бўлади.

Эпидемиологияси. Эхинококкоз перорал зооноз биогельминтоздр. Бу гижжанинг охириги хўжайини ва инвазия манбаи уй итлари, бўри, бўрсик ва шу каби ҳайвонлардир.

Қорамоллар, эчкилар, от, эшаклар ва одам гижжанинг оралиқ хўжайинидир. Бу гижжа одамга кучуклар, қўйлар билан контактда бўлиш натижасида юкади. Бу ҳайвонларнинг териси, жунида жуда кўп микдорда гижжа тухумлари бўлади. Эхинококкоз пиширилмаган сабзавот, хўл мевалар истеъмол қилиш оқибатида ҳам юкади. Ўрта Осиё республикаларида, Сибирда учраб туради.

Патогенези ва патанатомияси. Оғиз орқали ошқозон ва ичакка тушган гижжа тухумидан ажраб чиққан онкосфера ичак деворидан ўтиб, қонга тушади ва қон орқали жигарга боради. Жигарда онкосфераларнинг кўпчилиги ушланиб қолади, ва фақат бир қисмигинаси қон орқали бошқа органларга (ўпка, бош мия, буйрак юрак ва бошқалар) етиб боради. Бу органларда секин-аста личинка -эхинококк ривожланади. Эхинококк 5-6 ойдан сўнг 2-40 мм гача катталашади. Ўпкада жойлашган эхинококк 20—25 см гача катта бўлиши мумкин. 5-6 ойдан сўнг личинка фиброз капсула билан копланади. Эхинококк жойлашган органда эзилиш натижасида турли

симптомлар пайдо бўлади. Баъзан эхинококк халок бўлиши ва иккиламчи инфекция кириш натижасида абсцесс ривожланиши мумкин. Касалликнинг ривожланишида паразитдаги модда алмашинув натижасида ҳсил бўладиган метаболитларга нисбатан сенсбилизация ҳолати юз беради. Баъзан эхинококк пуфагининг ёрилиши натижасида анафилактик шок содир бўлади. Иккинчи томондан, ёрилган пуфакдан чиққан болача паразитлар организмга тарқалади ва бошқа органларда эхинококклар ривожланади.

Клиникаси. Бу касаллик симптомлари секин-аста ривожланади. Одатда гижжа юккандан сўнг бир неча йил ўтгач биринчи симптомлар пайдо бўлади. Фақат баъзи беморлардагина тинка қуриш, бош оғриги, эшакеми тошиши, вакти-вакти билан харорат кўтарилиши кузатилади. Жигар эхинококкози энг кўп учрайди. Учта стадияси ажратилади:

1-латент даври гижжа юккандан то биринчи симптомлар пайдо бўлгунга қадар давом этади.

2-даври - касаллик симптомлари пайдо бўлиши билан бошланади. Беморнинг иштаҳаси йўқолади, тинкаси қурийди, боши оғрийди, озиб кетади, субфебрил харорат бўлади. Баъзан баданда аллергик тошмалар тошади ва кичийди. Булардан ташқари қорин оғрийди, ўнг қобирға остида оғирлик сезилади, беморнинг кўнгли айнаб қайт қилади, ичи бузилади. Жигар катталашади, ушлаганда қаттиқ туюлади. Асосан унинг ўнг бўлаги катталашади. Эхинококк пуфаги жигарнинг олди ва пастида жойлашган бўлса, пальпация қилинганда қўлга илинади. Юмалок, қаттиқ ва эластик ўсма аниқланади.

3-даври. Бу давр турли асоратлар ривожланиши билан характерланади. Улар қуйидагилар: а) эхинококк пуфаги йиринглаб, жигар абсцесси ривожланади, абсцесс ёришиб, қорин бўшлиғига, плевра бўшлиғига, ошқозонга, ичакка, бронхга тушади; б) яллиғланмаган эхинококк пуфаги ёрилиши натижасида қатор аллергик реакциялар пайдо бўлади. Баъзан шок юз бериши мумкин. Пуфак ёрилганда эхинококкоз бошқа органларга ҳам тарқалади; в) эхинококк пуфаги V. porta ни ва V. cava ни сиқиб қўяди. Натижада шу ҳолатга ҳос қатор симптомлар кўринади; г) ниҳоят эхинококк пуфаги жигарнинг ичидаги ва ташқарисидаги ўт йўллари кисиб қўяди ва обтурацион сариклик пайдо бўлади. Гемограммада эозинофилия ва ЭЧТ нинг тезлашгани аниқланади.

ЎПКА ЭХИНОКОККОЗИ

Ўпка эхинококкозида икки давр ажратилади:

а) эхинококк пуфагнинг ёрилмаган даври

б) эхинококк пуфагининг ёрилган даври.

Биринчи даврда эхинококк пуфаги ўпка, бронх ва қон томирларни кисиб қўяди. Патологик жараёнга плевра ҳам қўшилган бўлади. Бемор кўкраги

огрийди, йўталади, олдин шилимшик, кейинчалик йиринг ва озгина кон аралаш балғам чиқаради, тез-тез нафас олади, натижада ўпка абсцесси ривожланади.

Иккинчи даврида эхинококк пуфаги ёрилади ва бемор ахволи тўсатдан ўзгаради. Пуфак бронхга ёрилганда бемор каттиқ йўталади, нафаси қисади, юзи кўкаради, балғамда пуфак ичидаги паразитлар топилади, баъзан қон ҳам кўринади. Бу аломатлар бир неча кун, баъзан бир неча hafta давом этади, сўнгра аспирацион пневмония ривожланади. Оғир аллергик реакциялар аниқланади. Пуфак плевра бўшлиғига ёки перикардга ёрилганда шок юз бериши ва тезда бемор ўлиши мумкин. Бошқа ҳолларда ўткир экссудатив плеврит аломатлари кўринади. Шу тарика пневмова пиопневмоторакс ривожланиши ҳам мумкин. Бошқа аъзоларда жойлашган эхинококкоз кам учрайди.

Диагностикасида эгри гемаггютинация реакцияси, эхинококк пуфагидаги агглютинация реакцияси, аллергик реакцияси қўлланилади. Зарурият бўлганда ангиография, сканирлаш, жигар эхографияси ва ниҳоят лапороскопия ва баъзан лапаротомия усулларидан фойдаланилади.

Давоси. Шу вақтгача эхинококкоз хирургия усули билан даволанган. Охириги йилларда вермокс ва альбендазол билан консерватив усулда даволаш ишлаб чиқилмоқда.

Профилактикаси. Санитария ва гигиена қоидаларига риоя қилиш жуда муҳим аҳамиятга эга. Уйдаги итларни вақти-вақтибилан текширтириб туриш тавсия этилади.

АЛЬВЕОКОККОЗ

Этиологияси. Касалликнинг сабаби альвеококкнинг личинкаси дир. Етилган гижжа цестодалар авлодига киради ва нисбатан кичкина 1,45-3, 05X0,025-0,48 мм. Тумшугида 4 та сўргичи ва 24—34 та илмоғи бор.

Альвеококкнинг личинкаси жуда кўп пуфакчалардан иборат бўлиб, пуфакчалар битта парда билан ўралган. Одам организмида личинкалар кўпаяди.

Эпидемиологияси. Альвеококкоз - перорал биогельминтоз, зооноз бўлиб, унинг табиий ўчоғлари мавжуддир. Гижжанинг охириги хўжайини ва инвазия манбаи тулки, бўри, бўрсиқ ва шуларга ўхшаш хайвонлардир. Баъзан кучук ва мушук ҳам инвазия манбаи бўлиши мумкин. Балоғатга етган гижжа ана шу хайвонларнинг ингичка ичагида яшайди, хайвонлар ахлати билан ташқарига тухумлари чиқарилади.

Бу гижжаларнинг оралик хўжайини сичқонга ўхшаш каламушлар альвеококкнинг тухумлари билан ифлосланган овқатларни истеъмол қилади. Сўнгра каламушларнинг жигарида пуфакка ўхшаш личинкалар ривожланади.

Гижжанинг охирги хужайини ана шу кемирувчиларни еганда унинг личинкалари ичакка тушади. Кейин личинкалар ривожланиб, катта гижжа пайдо бўлади. Уй қорамоллари альвеококкознинг тарқалишида иштирок этмайди ва шу билан эхинококкоздан фарқ қилади. Гижжанинг охирги хужайинидан чиқарилган тухумлар атроф муҳитни ифлослаши мумкин. Одам ёввойи хўл меваларни истеъмол қилганда, ўлдирилган тулки ва бўриларнинг терисини шилганда гижжа тухумларини юқтиради.

Альвеококкознинг табиий эндемик ўчоқлари Шаркий Сибирда, Қозоғистонда ва бошқа жойларда учраб туради.

Патогенези. Бу инвазиянинг патогенези эхинококкоздагига ўхшайди. Одатда альвеококкнинг личинкаси жигарда яшайди. Личинка ривожланаётган жойда инфильтрат пайдо бўлади. Майда пуфакчалар атрофида яллиғланиш жараёни юз беради ва фиброз тугунчалар пайдо бўлади. Ана шу тугунчалар ўртасида тўқима некрозга учрайди ва бўшлиқлар ҳосил бўлади. Личинка ўсиб ривожланиши натижасида лимфа ва қон томирлари емирилиши ва натижада личинкалар бошқа органларга, хусусан бош мияга, ўпкага ўрнашиши мумкин. Бу инвазияга бактериал инфекция қўшилиши, ҳосил бўлган бўшлиқлар қорин бўшлиғига, плевра ва перикардга ёрилиши мумкин.

Клиникаси. Жигар альвеококкози кўп йиллар давомида симптомсиз давом этиши мумкин. Инвазиянинг бошланғич даврида ўнг қобирға остида ва эпигастрияда оғриқ сезилади. Пальпация қилинганда жигар катталашган ва тошдек қаттиқ бўлади. Унинг сатхи ғадир-будур бўлади. Бемор озиб кетади, бадани сарғаяди, баъзан асцит аниқланади. Бактериал инфекция қўшилганда ангиохолит ва жигар абсцесси ривожланади. Худди хатарли ўсма касаллигидагига ўхшаш альвеококкоз метастазлари юз беради.

Диагностикаси. Диагностика учун катталашган, худди тошга ўхшаш қаттиқ жигар аниқланиши эпидемиологик далил бўлган тақдирда (масалан, бемор альвеококкознинг эндемик ўчоғида бўлган бўлса) диагноз деярли ҳал бўлади. Жигар альвеококкозини жигар циррозидан, жигар ракидан фарқлаш керак.

Лаборатория диагностикасида худди эхинококкоздаги усуллардан фойдаланилади.

Альвеококкоз тугунларини аниқлаш учун махсус рентгенологик усул қўлланилади. Эхинококкоздан фарқлашда рентгенография усулидан фойдаланилади.

Давоси. Альвеококкозни даволашда мебендазол (вермокс) препаратлари қўлланилади. Хирургик усул билан даволанганда маҳаллий химиотерапидан фойдаланиш тавсия этилади.

Профилактикаси. Тулкиларнинг терисини шилаётганда гигиена қоидаларига қатъиян риоя қилиш жуда муҳимдир. Итларга бу инвазия юқмаслигига ҳам эътибор қилинади.

7-БОБ. ОЗИҚ-ОВҚАТ АЛЛЕРГИЯСИ

Озиқ-овқатдан аллергия – организмнинг баъзи маҳсулотлар таркибига кирувчи компонентларга иммун реакцияси. Одатда болалар, хусусан эмизикли гўдаклар бу хасталиқдан азият чекади. Бир ёшдан уч ёшгача бўлган болаларда овқат аллергияси кўпроқ учрайди, олти ойгача бўлган болаларда анафилактик шок ҳолатлари кузатилади: 2000 боладан биттасида, бу асосан биринчи бор кўшимча овқат берилганда.

Озиқ-овқат маҳсулотларининг кўтара олмасликнинг асосий сабабларини шартли равишда 4-гурухга бўлинади.

1. Х,азм қилиш тракти касалликлари (ялигланиш, дистрофия, функционал бузилишлар, дизбиоз ёки ичак микрофлорасининг бузилиши).

2. Энзимопатиялар (меъда ичак трактининг туғма ва орттирилган фермент етишмовчилиги).

3. Психоген ва таъм сезиш омиллари яъни ўзига хос хусусий одатлар асосида юзага келган омиллар

4. Овқат аллергияси (бирламчи ва иккиламчи аллергия).

Овқат аллергиясида аллерген вазифасини озиқ-овқат маҳсулотлари бажаради. Озиқ-овқат маҳсулотлари парчаланиб, қондаги циркуляция қилувчи ҳамда тўқималардаги антителалар билан таъсирланади. Овқат аллергияси бизнинг мамлакатимизда ва чет эл болаларида кўп учрайди. Бунинг асосий сабаби болаларни сунъий боқиш ва нотўғри овқатлантириш ҳисобланади.

Озиқ-овқат маҳсулотларини ёмон қабул қилиниши ҳамиша антиген-антитело реакцияси билан боғлиқ бўлмайди, балки бир неча хил сабаблар асосида ривожланади:

- Х,азм қилиш органлари касалликлари.
- Ферментлар танқислиги.
- Ичак дисбиози.

25% ҳолларда озиқ маҳсулотларни ёмон қабул қилиниши иммунологик механизм билан боғлиқ бўлади. Овқат аллергиясига олиб келувчи асосий омиллар хазм қилиш аъзоларининг анатомик-физиологик ва иммунологик бузилиши ҳисобланади. Болаларда овқат аллергияси ичак-жигар баръерининг овқат аллергиялари учун ўтказувчанлигининг ошиб кетиши билан боғлиқ. Катталарда овқат аллергияси камроқ учрайди. Аллергиянинг хатарли томони аллергеннинг озроқ миқдори ҳам инсон ҳаётига хавф туғдириши мумкинлигида.

ТАСНИФЛАШ

ХХК (МКБ) бўйича овқат аллергияси куйидаги кодлардан бири билан белгиланади:

L 20.8 – бошқа атопик дерматитлар (аллерген сабабли тери яллигланиши);

L 27.2 – овқат туфайли келиб чиккан дерматит;

L 50 – эшакеми;

T 78.1 – овқатга реакция туфайли пайдо бўладиган патологик реакциялар.

Озиқ-овқат аллергиясида бошқа кишилар учун мутлако безарар бўлган янги маҳсулотлар кимгадир салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Одатда улар терида кўринса, камроқ ҳолатларда овқат хазм қилиш тизимида намоён бўлади. Кучли аллергияда беморда анафилактик шок юз бериши мумкин ва бу ҳаёт учун ниҳоятда хавfli ҳисобланади ва эътиборли томони овқат аллергиясида реакциянинг мазкур тури камроқ учрайди.

Озиқ-овқат аллергиясига иммун ҳужайраларининг аномал реакцияси, озиқ-овқат маҳсулотларига қарши жисмлар ҳосил бўлиши (реагинлар ёки E классдаги иммуноглобулинлар) ва уларнинг бирикмаси сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун озиқ-овқат аллергияси таснифига:

Реагинлар ҳосил бўлиши натижасидаги реакциялар (эшакеми, ринит, конъюнктивит, астма хуружи, ичаклар бузилиши, анафилактик реакциялар);

Аралаш вариантлар (дерматит, ошқозон-ичак тизими бузилиши);

Ҳужайра патологияси кўринишлари (ичаклар яллигланиши ёки шамоллаши).

АЛЛЕРГИЯ ПАЙДО БЎЛИШИ САБАБЛАРИ

Озиқ-овқат аллергияси катталар ва болаларда маҳсулотлар таркибидаги оксиллар, баъзан оксилсимон моддалар – гаптенлар таъсирида вужудга келади. Бундай оксил молекулалари таркибида инсон иммунитет ўзгаришининг генетик даражасидаги химоя реакциясини чакирувчи қисмлар мавжуд. Шунингдек, ошқозон ва ичаклар ҳолати ҳам муҳим аҳамиятга эга: алларгенлар касалланган маҳал иммунокомпонент ҳужайралар ёки оксил қисмларга реакцияси ортиб, таъсирчанлик кучаяди.

БОЛАЛАРДА ОВҚАТ АЛЛЕРГИЯСИ

Аксарият ҳолларда болалардаги овқат аллергиясига онанинг ҳомиладорлик маҳали ёки эмизикли даврида нотўғри овқатланиши сабаб бўлади. Мисол учун, ҳомиладорлик пайтида аёлнинг ҳаддан зиёд тухум истеъмол қилиши маълум муддатдан кейин болада айнан мазкур маҳсулотга нисбатан аллергия пайдо бўлиш эҳтимолини келтириб чиқаради.

Аммо аллергиянинг асл сабаби – иммунитетнинг генетик даражада бузилиши ҳисобланиб, у насл суради ёки фавқулодда пайдо бўлиши мумкин.

Одатда болаларда овқат аллергияси қуйидаги омиллар сабаб юзага келади:

Боланинг кўкрак сути билан боқилмаслиги, уларни турли сигир ёки эчки сути оксиллари сақлайдиган сунъий аралашмалар билан озиклантирилиши;
Чала туғилиш;

Ошқозон-ичак тизими касалликлари, ўт йўллари ёки жигар хасталиги.

Сигир сути оксиги аллергия 2-3% эмизикли болаларда учрайди. 5 ёшга келиб 80% га болаларда бу ҳолат йўқолади, 6 ёшга келиб эса 100 та боланинг 1 тасидагина сигир сутига нисбатан аллергия учраши мумкин.

Бир ёшгача бўлган даврда болаларнинг 17% да бир марта бўлса ҳам аллергия ҳолати кузатилади.

КАТТАЛАРДА АЛЛЕРГИЯ

Катталар ҳам баъзан аллергиядан азият чекади ва у турли сабабларга кўра юзага келиши мумкин. Уларнинг бир қисми ҳам катталар, ҳам болаларда бир хил бўлади:

Иммунитетнинг генетик даражада бузилиши;

Ошқозон-ичак тизими жараёнларидаги яллиғланиш парчаланмаган егуликнинг ичаклар девори орқали сўрилишига олиб келади;

Ошқозон ости беши фаолиятининг бузилиши моддалар сўрилиши тезлигини камайтиради шунингдек, ўт чиқариш ёки ичак йўллари дискинезияси;

Нотўғри овқатланиш тартиби ошқозон гастрити ёки бошқа хасталикларга сабаб бўлади (бу одатий аллергия ёки сохта аллергия пайдо бўлишига олиб келади).

Баъзи кишиларда овқат кўшимчаларининг айрим турларига аллергия бўлиши мумкин. Кўшимчалар озик-овқат маҳсулотлари хиди, ранги ва таъмини яхшилаш ҳамда сақлаш муддатини узайтириш учун қўлланади. Аллергияси бор кишиларда тартразин – маҳсулотга сариқ-тилларианг кўриниш берадиган кўшимча аксарият ҳолларда муаммо туғдиради. Шунингдек “қора рўйхатга” гўшт ва колбаса маҳсулотларига чиройли қизғиш-алвон тус берувчи натрий нитратини ҳам киритиш мумкин. Консервантлар орасида кўпроқ натрий глютамат ва салицилатларни ҳам қайд этиш лозим. Овқат аллергиясидан азият чекадиган кишиларнинг 5-7%, соғлом кишиларнинг 1000 кишидан 1 таси айнан озик-овқат кўшимчаларига аллергия кузатилади.

АЛЛЕРГИК РЕАКЦИЯГА САБАБ БЎЛАДИГАН МАҲСУЛОТЛАР

Этиборли жихати, озик-овқат маҳсулотлари орасида фақат туз ва шакаргина аллерген ҳисобланмайди. Қолган ҳар қандай егулик ёки озик-овқат маҳсулотининг у ёки бу маънода аллергияга сабаб бўлиш эҳтимоли бор. Айниқса, аллергияга мойиллиги бор кишилар бу ҳолатга алоҳида эътибор қаратишлари керак. Шу ўринда кўпроқ тадқиқ қилинган ва кучли

аллергенлар рўйхатига киритилган айрим маҳсулотлар хақида мулоҳаза юритсак. Овқат аллергияси кузатилган болаларнинг кўпчилиги текширилганда қуйидагилар аниқланади:

- сутга ўта сезгирлик - 40%
- тухумга - 33%
- балиқ маҳсулотларига - 12%
- мева сабзавотларга - 6%

Бундан ташқари болаларда донли ўсимликлардан бугдойга, гречкага ва соега ҳам аллергия реакциялар бўлиши аниқланган.

Бугдойда глютеин моддаси бўлиб у ичакда фермент етишмовчилигини чақириши мумкин. Бундай ҳолатларда кўпинча целиакия ривожланади.

Сигир сuti

Кенг тарқалган аллергиялардан бири. Сут таркибида тахминан, 20 турдаги оксиллар бўлиб, уларнинг ҳар бири қайсидир маънода аллергияга сабаб бўлиши мумкин. Қайнатиш жараёнида уларнинг бир қисми парчаланиб кетади, бироқ қолган қисми юқори ҳароратга бардошли. Сигирни сutiда 5 та антигенли субстантлар бўлади:

1. альфа-лактоальбумин.
2. беталактоглобулин.
3. Казеин.
4. Липопротеинлар.
5. альбумозлар ва пептонлар аралашмаси.

Бета-лактаглобулин кучли аллергиялик хусусиятини намоён қилади, сувда яхши эриydi, сuti қайнатилганда парчаланadi. Сутнинг аллергиялик хусусиятини камайтириш мақсадида 100 градусда 10 дақиқа қайнатиш лозим. Шу билан бирга, сутга аллергияси бор кишилар учун мол гўшти камдан кам ҳолатларда аллергиялар сирасига киртилади.

Товуқ тухуми

Тухум ҳам кенг тарқалган аллергиялар жумласидан. Тиббий амалиётида ҳатто бир дона тухумнинг анафилактик шок ёки бошқа жиддий салбий оқибатларга сабаб бўлгани ҳолатлари қайд этилган. Гап шундаки, тухум таркибидаги протеинлар ичак деворлари орқали ўзгармаган ҳолатда қонга сўрилиш хусусиятига эга.

Тухум оқи ва сариғи турлича антиген хусусиятга эга бўлиб, баъзи кишилар тухум окини бемалол истеъмол қилиши баробарида, унинг сариғини кўтара олмайди ёки аксинча. Тухум қайнатилган ёки қовурилганда тухум окининг антиген хусусияти камаяди.

Товуқ тухумига аллергияси бор беморлар ўрдак ёки гоз тухумини истеъмол қилишлари вазиятни ўзгартирмайди, чунки аллергия хусусият ҳар иккала

кейинги парранда тухумида мавжуд. Тухумга аллергияси бор кишиларнинг аксариятида товук катаги ёки парранда фермаси хидига аллергия ҳолати кузатилади.

Ёш ўтиши билан, тахминан 10% болаларда тухумга аллергия йўқолади.

Балиқ

Балиқ кучли антиген ва гистамилиберловчи хусусиятга эга. Мазкур маҳсулотга аллергияси бор кишиларда нафақат балиқни истеъмол қилиш, балки уни тайёрлаш маҳали балиқ хиди ҳам ҳаёт учун хавф тўғдириши мумкин экан. Одатда, балиққа аллергияси бор кишилар организми ҳар қандай турдаги балиқ ва балиқ маҳсулотларини ниҳоятда салбий қабул қилади. Баъзан аллергия бир ёки бир неча тур балиқларга таллуқли бўлиши ва аллергенлар сирасига кирмаган балиқни инсон беҳавотир истеъмол қилиши ҳам мумкин.

Қисқичбақасимонлар (қисқичбақа, краблар, креветка, омар)

Қисқичбақасимонлар учун аралаш антигенлик характерли бўлиб: инсонда бир турдаги қисқичбақасимонга аллергия кузатилса, таомномасидан ҳар қандай турдаги қисқичбақасимонлардан тайёрланадиган маҳсулотни чиқариб ташлаши лозим. Бу рўйхатга чучук сувда яшовчи майда дафния қисқичбақаси ҳам киради. Улар одатда аквариумда боқиладиган балиқлар учун махсус курук озукага қўшилади. Дафниянинг нафасни қисиб қўйишгача бўлган реакциясини унутмаслик керак.

Афеуски, денгиз маҳсулотлари ва балиққа нисбатан аллергия бир умрга қолади ва улар билан қискагина тўқнашув ҳам анафилактик реакцияларга сабаб бўлиш эҳтимоли кучли.

Бугдой ва соя

Мазкур маҳсулотлар ҳам кўп учрайдиган аллергенлар сирасига киради.

Гўшт

Гўшт таркибида кўп миқдорда оксил бўлиб, мазкур маҳсулот камдан кам ҳолларда аллергияга сабаб бўлади. Шу билан бирга баъзи гўшт маҳсулотлари, масалан, парранда гўшти бошқаларига нисбатан кўпроқ антиген хусусиятга эга. Қимдадир мол гўштига аллергия бўлиши баробарида, қўй, чўчка ёки товук гўштини хавотирсиз истеъмол қилиши мумкин.

Зироат маҳсулотлари

Зироат маҳсулотлари (бугдой, жавдар, жўхори, гуруч, арпа ва бошқ.) енгил аллергияга сабаб бўлиши мумкин. Камдан кам ҳолларда уларни истеъмол

килиш жиддий асоратларга сабаб бўлади. 5-6 ёшга келиб болаларнинг тенг ярмида бундай реакциялар ўз-ўзидан йўқолади.

Сабзавот, мева ва реза мевалар

Мазкур озиқ-овкат маҳсулотлари орасида аллергияга сабаббўладиганлари бисёр. Кучли аллергияга айниқса, цитрус мевалар (апельсин, грейпфрут, лимон), қулушнай ва ертут сабаб бўлади. Аллергияси бир маҳсулотга бўлган кишиларда айнан шу оиллага тегишли барча меваларга бирдек реакция кузатилади.

Шу билан бирга, аралаш реакциялар ҳам мавжуд. Мисол учун, қайинсимонларнинг гул чанги (поллиноз)га аллергияси бўлган кишилар аксарият холларда мутлақо бошқа оиллага тааллуқли олма ва сабзи истеъмол қила олмаслиги мумкин. Мева ва сабзавотларнинг антиген хусусиятини пишириш, ковуриш ёки димлаш бир қадар камайтиради.

Ёнғоқлар

Кўпчилик ёнғоққа таъсирчан бўлиб, мазкур маҳсулотга реакция одатда анчагина кучли кўриниш беради. Ёнғоқнинг бир турига реакцияси бўлганлар, бошқаларини бемалол истеъмол қилиши мумкин, аммо баъзан бир ёнғоққа аллергияси бўлган киши умуман барча ёнғоқ турларидан азият чекиши эхтимолдан холи эмас. Ёнғоққа аллергияси бўлганларнинг аксарияти дарахтининг чангига ҳам таъсирчан бўлади. Ерёнғоқ кучли аллерген бўлиб, кўп холларда анафилактик реакцияга сабаб бўлади. Атиги 20% болада ёш ўтиши билан мазкур маҳсулотга аллергия йўқолиши мумкин.

Шоколад

Шоколадни кучли аллергия чакирувчи деб ҳисоблашсада, бу маҳсулот кучсиз антиген хусусиятга эга. У кучсиз реакция чакиради ва бу хусусият қакаога ҳам таллуқли.

ПАТОГЕНЕЗИ:

Овкат аллергияси ривожланиши механизмининг асосида ичаклар юзасида антигенларнинг кўп ҳосил бўлиши ётади. Бунга кўповкатлантириш ва нораціонал овкатлантириш олиб келади. Ферментлар генетик етишмовчилиги ҳам овкат аллергиясини чакиради. иммуноглобулин А танхислиги ҳам асосий патогенетик омилдир.

АЛЛЕРГИЯ АЛОМАТЛАРИ

Озиқ-овқат аллергияси боланинг ёши ва иммунитет ҳолатига боғиқ. Қуйида аллергиянинг асосий аломатлари ва унинг кўринишлари келтирилади:

Терида тошма, қичиш, шиш ёки ачишиш;

Оғиз бўшлиғида шиллиқ парданинг шишиши;

Аллергик ринит (бурун битиши, акса ва бурундан сув келиши);

Йўтал (баъзан балғамли);

Нафас қисиши (томоқ шишиши оқибатида);

Кўзларнинг ёшланиши ва қизариши;

Кўнгил айнаши ва қайт қилиш, қон аралаш ва шиллиқ ич кетиши;

Қорин соҳасида оғрик.

Аллергия маҳали одатда, тошма – эшакеми кўринишида бўлиб, унча кўп бўлмаган қаттиқ ўзакли қизил тусли тошма, шиш ва қичишиш билан кечади.

Эмизикли болаларда овқат аллергияси атопик дерматит сабаб қатор қўшимча аломатларга эга:

Тери қуришқоқлиги;

Бола ахлат чиқариш тешиги соҳасида эмизгандан кейин қучаядиган қизариш.

Махсус овқатланиш тартибига амал қилинганда одатда, аллергия реакциялари изсиз йўқолади.

ТАШХИСЛАШ:

■ Тўғри йиғилган аллергоанамнез. (Овқатланиш қундалигини ёзиб борилганлигига этибор қаратиш, истеъмол қилинган овқат миқдори ва сифатига этибор бериш).

■ Овқат қундалигини текшираимиз (қайси овқатдан кейинлигини аниқлаш)

Элиминацион синамани қўллаш.

■ Клиник белгиларига асосланган ҳолда (қуйида берилади).

■ Тери синамалари асосида (гумон қилинган аллергендан)

■ Қонда иммуноглобулин Е миқдорини аниқлаймиз.

■ Провакцион тестлар натижаларига асосланамиз.

Қиёсий ташхислаш.

■ Экссудатив диатезлар билан.

■ Витамин етишмовчилиги билан.

■ Овқатдан захарланиш билан.

■ Энзимопатиялар билан.

■ Псевдоаллергик реакциялар билан.

АЛЛЕРГИЯНИ ДАВОЛАШ

Аллергия давоси аввало, тўғри овқатланиш тартибига амал қилишда. Бемор бутунлай аллерген чакирувчи озиқ-овқат маҳсулотларидан воз кечиши

лозим. Пархез оркали секин-аста, аммо ишончли равишда аллергияни енгиш мумкин. Бироқ махсус овақтланиш тартибига ҳолатингиз яхшиланганидан кейин ҳам маълум муддат амал қилишингиз фойдалан холи эмас. Боласини эмизадиган аёллар айниқса мазкур тартибга тўлиқ риоя этишлари шарт.

Умуман олганда, овақат аллергиясида икки турдаги пархезга амал қилинади:

Носпецифик пархез (аллергияга сабаб барча озик-овақат маҳсулотларидан воз кечиш). Мазкур пархезга аллергияга нима сабаб бўлгани ҳали аниқланмаган, дастлабки аломатларданок амал қилиш талаб этилади;

Тўлиқ пархез (реакцияга сабаб бўладиган барча маҳсулотлардан, ҳатто жуда кам микдордагисидан ҳам воз кечиш).

Пархез аллергия профилактикасининг ягона йўли бўлиб, бунга катталар ҳам, болалар ҳам амал қилиши зарур. Бемор ёшига кўра касаллик билан кураш бир ҳафтадан тўрт ҳафтагача давом этади.

Болада сигир сутига аллергия кузатилса, унга эчки сутини бериш ҳам тақиланади. Қўшимча озук сифатида оксил ва аминокислоталари юкори гидролизланган тайёр аралашмалардан фойдаланиш керак. Сут маҳсулотларига аллергияси бўлган 90% болаларда мазкур аралашмалар патологик реакцияларга сабаб бўлмайди.

Аллергия сезилар-сезилмас даражада, енгил шаклда юз кўрсатганида ҳам, мутахассис шифокорга муурожаат қилиш тавсия этилади. Аллергия аломатларида қуйидаги дори воситалари қабул қилиш мумкин:

Сорбентлар, масалан, Филтрум (аллергенларни организмдан чиқаришни рағбатлантиради);

2-авлод антигистамин препаратлар (шиш ва яллиғланишларни қамайтиради);

Анафилаксия рўй берганида тез тибий ёрдам бригадаси беморга эпенифрин, преднизолон юбориб, уни касалхонага ётқизади.

Касаллик қайталанмаслиги учун алерголог мутахасси кўригидан ўтиш, хавфли маҳсулотларни аниқлаш ва уларни истеъмолдан чиқариш талаб этилади. Дори препаратларини доимий равишда ичиш тавсия этилмайди.

Бехосдан алерген маҳсулот истеъмолидан кейин Филтрум қабул қилиш мумкин. Бунинг учун 2-3 дона таблетка майдаланиб, кўп микдорда сув билан ичилади. Бу препаратнинг шимиб олиш хусусиятини кучайтиради ва аллергия аломатларининг юзага чиқиш хавфини қамайтиради. Мабодо касалик аломатлари пайдо бўлган бўлса, Филтрумни 3-5 кун давомида қабул қилиш тавсия этилади. Микдори бемор ёшига боғлиқ ва буни шифокор белгилайди.

ДАВОЛАШ:

1. Гумон қилинаётган овақат маҳсулотларини тўхтатиш.
2. Гипоаллергенли пархез.

3. Тозаловчи хукна.
4. Антигистамин препаратлар (1чи, 2чи, 3чи авлоди).
5. Огир кўринишда кортикостероидлар (преднизолон 3%-1 мл, дексаметазон 0,1 %- 1мл).
6. Калций препаратлари (10% 5-10 мл, натрий тиосульфат 30%- 5-10 мл)
7. Адсорбентлар.(фаол кўмиртаблеткалари)
8. Ферментлар (Креон 10 000 ТБ овқат хазм қилиш учун)
9. Симптоматик даволаш.

ПРОФИЛАКТИКА:

1. Болани овқатланиш рационига юкори калорияли овқатларни кўшмаслик.
2. Эрта ёшда юкори антиген активликка эга бўлган оқсил маҳсулотларини кўшмаслик
3. Хамма кўшимча овқатларни ейишига қараб бериб бориш ва керакли микдорда.

РЕАБИЛИТАЦИЯ:

1. Бир йилда 4 марта алерголог маслахати.
2. Биринчи 2 йил «Д» ҳисобгаолиб «Соғломлаштириш» режасини тузиш.
3. Тор мутахассислар кўригидан ўтказиш.
4. Инфекция ўчоқларини даволаш.
5. Бир йилда 1 марта стационарда даволаниш.
6. Махсус гипосенсибилизация.
7. Санатор-курорт даволаниш.

Талабалар учун амалий кўникмалар.

Ташхислаш ва атопик касалликларни даволашда асосий маълумотлар манбаи. Анамнез йиғишда максимал ва тўла объектив маълумотларни олиш учун, қабул қилинган умумий қоидаларга таяниш керак. Беморларни умумий текшириш принциплари (шартлари) алергик ва ноалергик касалликлари билан ўхшаш. Бирок алергик касалликка чалинган беморларни текширишда асосий эътиборни қуйидагиларга қаратиш керак.

1. Қадам: тўлдириш санаси
 2. Қадам: паспорт маълумотлари; фамилия исми, ёши ва жинси
 3. Қадам: ҳозирги касалик тарихи -касалликни пайдо бўлиши -касалик бошлангандаги ёши - ўткирлашиш частотаси - ўткирлашиш давомийлиги -симптоматикани ўзгариши, ўткирлашишни частотаси ва чўзилувчанлиги -бир йилда олдирилган иш кунлари ёки мактабдаги дарсларни ўртача ҳисоби.
- илгари ўтказилган текширувлар ва даволашлар.

-hozirda olinaётган даво.

4. Қадам: оидавий анамнез ,ўтказилган касалликлар.

5. Қадам: касалликни кечинида ташки омиллар таъсири.

-касалик симптомларини пайдо бўлиш вақти; фасл вақти, суткадаги вақти,хфта куни.

-касалик симптомларини пайдо бўлиш шартлари; уй шароити , касбий фаолияти, бошқа жараёнларга бориш.

-кенг тарқалган алергенларга реакцияси(овкат махсулотлари, дори воситалари, уй чанги, могор замбуруги, куритилган (ўрилган) ўт,

(скашенная трава) уй хайвонлари, хашоратлар, инфосланттирувчи моддалар , тутун, хидли моддалар) совук об хавони бирдан ўзгариши - ахволини яхшиланиш шароитлари

6- Қадам: физик ва эмоционал ўзгаришларга реакцияси

7- Қадам: мехват ва хом ашёвийшароитлар

8- -ишаш жойи хомашёвий шартлар: ер тўла борлиги марказий иситиш ва хаво филтритцияси

-уйда гиламлар ва ерга тушамалар борлиги.

-ёстиклар, адёллар ва матрасларни матодан тайёрланганлиги ва уларни ишлатиш давомийлиги

-кимёвий моддалар инсектисидлар латексдан тайёрланган махсулотлар биланлиги

-қўлланилувчи дори воситалар, чекиш

9- Қадам: ташки мухит омилларини бартараф қилишда қўлланиладиган чоралар: намни йигиштириш, хавони тозалаш, хомашёви махсулотлар билан фойдаланиш ва бошқалар

Турли алергик касалликлардан азият чекувчи бемор боллариниклиник алергологик текшириш усули

Айниқса тери, кўзлар ва нафас аъзолар диққат билан текширилади

1- Қадам: зарарланган тери соҳасини ўтказип юбормаслик учун бутун тери катламни текшириш керак

-бемор терисидаги зарарланишларни касаликка алоқаси йўқ дебўйлаши ёки улардан уялиб теридаги ўзгаришларни айтмаслиги мумкин

2- қадам: кўзлар кўрувида конютивани гиперемияси ваёцланиши ёки кўз аномалияларини аниқлаш мумкин.

Овакатланиш кундалиги ва пархезни тузиш усули: Овакатланиш кундалигидаги ҳамма турдаги овкатлар уларнинг микдори овкатланиш вақти ҳамда касалик симтомларини пайдо бўлиш вақти ва характери акс этилади ва белгиланади.

Ушбу кундалик тахлилда бир неча

хфта олдин “айбдор” бўлган алергик махсулотлар куламини аниқлаш мумкин.

1-қадам: овкатланиш кундалигини тузиш.

Симтомлар	Тарифи
Овқатланиш санаси ва вақти	
Меню	Овқат таркиби ва микдорини қайта ишлаш
коринда оғриқлар	Жойлашуви давомийлиги ва характери
Кўнгил айнаши	Вақти давомийлиги
Ич кетиш	Нажас консистенсясида кон шиллик аралашмаси билан
Тери кичиши	Пайдо бўлиш вақти жойлашиши интенсивлиги
Терида тошма ёки сугал	Пайдо бўлиш вақти жойлашиши интенсивлиги
Бош оғриши, бош айланиши	Пайдо булиш вақти, жойлашиш интенсивлиги
Тана хдрорати	
Бурун ажралмалари ва битиши	Пайдо бўлиш вақти ва давомийлиги
Нафасни кийинлашиши	Пайдо бўлиш вақти ва давомийлиги
Овоз узгариши	Пайдо бўлиш вақти ва давомийлиги
Ютишни кийинлашиши	Пайдо бўлиш вақти ва давомийлиги
Умумий ахволи	Дармонсизлик кузалувчанлик кўп терлаш ва бошқалар уларни давомийлиги
Тана хароратини кутарилиши	качон канча градус ва давомийлиги
Дори препаратларини ичиш	Микдори, вақти уларга реакцияси ва давомийлиги

Элиминацион пархез:

Овқатланиш кундалигидаги аниқланган маҳсулотарни олиб ташлаган холда бемор учун рационадан куйидагиларни олиб ташлаймиз.

- 1- кадам: элиминацион пархезни принципини энг кўп учрайдиган овқат аллергенларини олиб ташлаш кифоя қилади.
- 2- кадам:сут ва сутли маҳсулотларни олиб ташлаш (чеклов).
- 3- кадам: дориларни олиб ташлаш.
- 4- кадам: тухум ва юкорида айтилган 3та овқат компонентини олиб ташлаш.

5- кадам: олиб ташлаш тулик бўлиши керак хаттоки шу махсулотларни минимал миқдори ҳам парhez 1-2 хафтали мудатга буюрилади элиминация самараси кайт килинади.

Асоратларда шошилишч ёрдам.

Квинки шиши.

1- кадам: аллерген билан антигенини бартараф этиш.

2- кадам: тери остига 0.1 %ли 0.3-0.5 мл адреналин юбориш.

3- кадам: мушак орасига 2.5% 2мл пипольфен, мушак орасига 2%ли 2мл супрастин.

4- кадам: м/о ёки в/и 3% преднизолон 30-60 мг тана вазнига.

5- кадам: инголяция; салбутамол 100-200 мг тана вазнига.

6- кадам: в/и натрий хлор изотоник эритмаси 1% лазикс 2-4 мл.

7- кадам: в/и 5 % ли 100-200мл аминокaproн кислотаси.

8- кадам: в/и натрий хлорни 300мл изотоник эритмасини 30000 тб контрикал билан.

Г оспитализация қилиш шарт.

Цетиризин

Синамалар зиртек, цитеризин.

1 гистамин рецептурларини антигистамин антихолинергик активликга эга эмас, яққол сезувчанликни чақирмайди

-мавсумий ва йиллик аллергик ринитларда конюктивитларда дермотозларда эшак-емида Квинки шишида қўлланилади.

-катталар ва 6 ёшдан катта болаларга 0.01гм дан қуюшга 1 махалдан (кечурун) ёки 0.005гм дан қунига 2 махал (эрталаб ва кечкурун).

2 ёшдан 6 ёшгача болаларга 0.005 г дан 10 томчи суткасига 1 марта ёки 0.0025г эрталаб ва кечкурун.

Чикарув шакли 0.01 ва 0.02 г 10 ва 20 мг дан 3 флаконда томчилар 10 млдан ёки 1 мл да 20 томчидан.

Тавсия: зиртек 5 мл 5-томчидан 2 махал 6-ойдан кейин.

Аллергик дерматозларда (эшак эмида экзема кичишиш дермотит) аллергик ринит ва конюктивит, пичан, Квинки шишида медикоментоз аллергияларда бронхиал астма бошлангич даврида қўлланилади.

-катталарга 0.025 г 1 табл. овкатвактида қунига 3 махал буюрилади, зарурат тутилса қунига доза 0.15 грам яъни (6 тадан оширилади)

Болаларга ёшига қараб А -1/3 -1/2 таб қунига 2 махал бериледи.

-огир ва утқир холатларда ва анафлактик белгиларда 2%ли 1-2мл эритмасини м/о ёки в/и юбориледи.

-ножуя тасирлари бўлиши мумкин уйқучанлик умумий холсизлик ошқозан ичак бузилишлари

-супрастин глоукома бези гипертрафиясида ошқозон яра қассалиги бор беморларга бериш тавсия қилинмайди.

-чикарув шакли: 0.025 г да табл, 2 %ли 1мл эритма.

Тавсия: супрастин 2 %-1 мл, 0,1 м/о (1ёшгачабулган болаларга тана вазнига қараб)

8.БОБ. Малоабсорбция синдроми ЦЕЛИАКИЯ

Целиакия ёки глютен энтеропатияси касаллигининг клиник кўринишини биринчи марта бундан 100 йил аввал Самуэл Джи томонидан илмий ёритиб берилган. Биринчи марта бу касаллик бўй ўсишининг ортда қолиши, ич кетиши ва овқатланишни бузилиши синдроми билан кечишини аниқлаб берган. Шунга қарамай шу кунгача бу касаллиқнинг хайратланарли яширин клиник белгилари ва глютенсиз даволашнинг драматик натижалари ҳақида кўплаб илмий мақолалар чоп этилиши давом этмоқда. Бу касаллиқни тарқалганлиги бизнинг худудимизда эрта ва мактаб ёшигача бўлган болаларнинг 1:366, Европа давлатларида тахминан 1:300, 1:500 ташкил этади, бу касаллик энг кўп Италияда тарқалган 1:198.

Целиакиянинг худудимизда кўп бўлмасида, лекин борлиги бизни жуда безовта қилади. Бу касаллик бирламчи сўрилишнинг бузилиши ва иммун касаллиқларнинг классик модели ҳисобланади.

Целиакия инфекциян характерга эга бўлувчи ўткир диареядан фарқли ўлароқ, узок давом этувчи диарея кўп ҳолларда ноинфекцион факторларга яъни озиқ овқат маҳсулотларини ҳазм қилмаслик ва ичакларда сўрилишни бузилиши билан боғлиқ бўлади.

Бошқли ўсимлиқлар донларини ҳазм қила олмаслик овқат ҳазм қила олмаслиқни кўп учрайдиган шаклларида биридир. Инсоният фойдаланадиган кўп сонли бошқли ўсимлиқлардан 5 тасида, организмда кучли сезувчанлиги бўлган инсонлар ингичка ичак шиллиқ қаватига захарли таъсир қилувчи глютен ва унга ўхшаш оқсиллар бор. Булар таркибидаги оқсил моддаси – Целиакия номли оғир касаллиқни келтириб чиқариши ҳоссага эга бўлган бугдой, жавдар, сули, тарик ва арпадир.

Целиакия – ингичка ичак шиллиқ қаватини бошқли донлар оқсили глиадин таъсирида зарарланиши натижасида келиб чиқувчи, туғма, кўп белгили ва кучайиб боровчи хасталиқдир. У ингичка ичак шиллиқ қавати зарарланган қисмида овқат сўрилишини бузилиши билан кечади. Клиник кўринишда кўп миқдорда ичининг суюқ кетиши ва ичакда сўрилишни бузилишини оғир синдромини келтириб чиқарувчи стеаторея устунлик қилади. Целиакия кеч аниқланади, бу болаларда, айниқса 3 ёшгача бўлган болаларда морфологик ва инструментал текширишларни ўтказиш муайян кийинчиликларига, касаллиқни атипик кечишига, ичакдан ташқари белгиларни содир бўлиш даражасига боғлиқдир. Касалиқни кеч аниқланиши натижасида, организмда бемор ҳаётига хавф солувчи оғир метаболик бузилишлар содир бўлади. Болага қўйилган целиакия ташхиси уни ноғирон

эканлигини билдиради. Шу сабабли эрта ташхис қўйилиши жуда ҳам муҳимдир, чунки касалликни зўрайиб бориши ноғиронликга олиб боришдан ташқари ичакда хатарли ўсмалар пайдо бўлиш хавфини оширади ва натижада болалар ўлими ошишига олиб келади.

Бошқли экинлар глютен оксиди таъсирида ингичка ичак шиллик қавати юпқалашади, ичак сўргичлари ясиланиб кетади. Бу ичак сўрувчи юзасини кескин кискартиради, натижада барча озиқ моддаларни айнайска ёғларни сўрилишини бузилишига олиб келади. Касалликнинг «классик» шакли клиник жиҳатидан 4-8 ҳафтадан кейин ўзини намоён қилади. Кўпинча манний бўтқаси ёки геркулес қайнатмаси, печенье, нон мана шундай белгиларни беради. Кўпинча касаллик бола хаётини иккинчи йилида бошланади, (бази холларда генетик дефектларни юзага чиқишига имкон туғдирувчи омиллар таъсирида ундан ҳам кеч бошланади, ичак инфекциялари ёки бошқа ўткир касалликлар, рухий-хаяжонли ҳолатлар ва бошқалар).

КЛИНИК КўРИНИШИ

Целиакия кўп микдорда бўтқасимон ёки суюқ ҳолда, бадбўй, юзаси ялтирок (ёғли) ахлат келиши характерли. Орадан бир қанча вақт ўтгач бемор вазнига вазн қўшилиши тўхтайдди, корни катталашади, мускул тўқимаси камайдди, бемор озиб-тўзиб (ориклаб) кетади. Бази холларда ёғни йўғон ичакга таъсири натижасида қабзият юзага келади ва бунда тўғри ичакнинг тушиши кузатилади, иштаҳани пасайиши, қўтарилиши, ёки бутунлай йўқолиши кузатилади. Ёшга нисбатан оғирлиги ва бўйини ўсиши ортда қолади. Баъзи беморларда ёндош овқат аллергияси кўриниши – атопик дерматит кўзга ташланади. Касаллик жараёнини кучайиб бориши билан бирга калций-фосфор етишмовчилиги намоён бўлади: жисмоний ҳаракатда ёки тинч турган пайтда суякларида оғриқ, суякларини салга синиши, тиш эмалини зарарланиши, тишлар кариеси, калций етишмовчилиги тиришишлари. Болалар жакдор, тажовузкор бўлиб қолишади. Юқорида қайд қилинган асосий белгилардан ташқари беморларда умумий белгилар- витамин-минерал ва оксил етишмовчилиги кузатилади: тез-тез шамоллаш (ОРВИ), мушак тўқимаси дармонсизлиги, сезувчанликни пасайиши ва йўқолиши, тетаниягача бўлган мускул тиришиши, хушдан кетиш, сочларини тўқилиши, тирноқларини дистрофик ўзгариши ва синувчан бўлиб қолиши, суякларида оғриқ, суякларининг қийшайиши, жисмоний ривожланишдан ортда қолиш, кон кетишни кучайиши –кичик-кичик кон қуйилишидан бурундан кон кетишгача, кечаси кўришни ёмонлашиши, фолекуляр гиперкератоз, овоз пайларини шамоллаши, тез-тез қайталовчи стоматитлар, оксилсиз шишлар.

Целиакияни кечишида зўриқиш ва ремиссия давларини алмашиб туриши хосдир. Ремиссия даври бир неча ўн йиллар давом этиши мумкин. Касалликни қайталаниши янги-янги орган ва системаларнинг жароҳатланиши билан бирга кечади. Ўз вақтида шифокорга қилинган мурожаат ва таъхисни аниқлаш, зарур даво муолажаларини ўтказилиши бемор ҳаётини сақлабгина қолмасдан кўпчиликда иш қобилиятини ҳам тиклайди. Кўп ҳолларда беморлар инфекцион касалхоналарда самараси бўлмасда узок вақт антибактериал препаратлар билан даволанадилар. Бу эса касалликнинг янада давом этишига ва чуқурроқ метабولىк ўзгаришларга олиб келади.

НИМАЛАРГА ЭЪТИБОР БЕРИШЛАРИ КЕРАК?

Касалликни эрта аниқлаш мақсадида қуйидаги асосий ва қўшимча белгиларга эътибор беришларини тавсия қиламиз.

АСОСИЙ БЕЛГИЛАР:

қунига икки ва ундан ортиқ марта, кўп миқдорда, қўланса хидли, ялтирок рангли ахлат келиши;
тана оғирлиги ва буй ўсишини ортда қолиши;
қорин айланаси ўлчамини ошиши;
қоринда оғриқ бўлиши;
қусиш, баъзи-баъзидан бўлишидан то ҳар қуни қайталанишгача;
иштахасининг пасайиши ёки кўтарилиши;
суякларидо оғриқ, тишлар қариеси, суякларини синувчанлиги, рахит белгиларининг яққол кўриниши;
жаҳлдорлик ва тажовузкорлик;
беҳаловат уйқу;
аллергик дерматит

ҚЎШИМЧА БЕЛГИЛАР:

тез-тез шамоллаш (ОРВИ), 1 йилда 3 мартадан ортиқ;
тўғри ичакни тушиши;
мушаклар дармонсизлиги;
қайталанувчи мушаклар тиришиши;
қайталанувчи уйишишлар;
бурундан тез-тез қон кетиши;
кечаси кўришни ёмонлашуви;
терида қичишиш пайдо бўлиши;
қайталанувчи стоматитлар;

қўл ва оёқларида оксилсиз шишлар;

Болаларида 3 та асосий белги ёки 2 та асосий белги ва 2 та ва ундан ортик қўшимча белгиларни қўшилиб келишини сезсалар дархол маҳаллий педиатр ёки гастроэнтеролог шифокорга мурожат қилишлари шарт, чунки бу белгилар целиакияга шубҳа қилувчи белгилардир.

ЦЕЛИАКИЯСИ БОР БОЛАЛАРНИ ҚАНДАЙ ДАВОЛАШ КЕРАК?

Целиакияни даволаш бемор овқатидан глютен ва таркибида глютен бор махсулотларни олиб ташлашдан иборатдир. Нон ва нон махсулотлари, сули, тарик, арпа бўтқалари ман этилади, уларни ўрнига гуруч, макка, маржумак (гречка) ишлатилади. Эсада тутиш керакки томатли балиқ консервалари, қайнатилган колбаса ва бошқа овқат махсулотлари таркибида ун бўлади, бу эса беморларга зарарли ҳисобланади. Ҳатто 1 суткага 200-250 мг глютен исътемом қилиш ҳам ичак сўрилишини бузилишига олиб келиши учун етарли бўлади!

Целиакияси бор кичик ёшдаги болаларда ҳам глютен овқат рационидан олиб ташланади, уни ўрнига гидролизатлар, глютенсиз-сутсиз бўтқалар, глютенсиз нонушталар, гўшт, парранда гўшти, мева ва сабзавотлар асосидаги болалар диетик консервалари ишлатилади, даволашни бошида бу болалар овқатидан сигир сутини олиб ташлаган маъқулдир.

Глютенсиз сутли бўтқалар:

Глютенсиз тайёр нонушталар: маккали, гуручли бодроклар, қаламчалар, нонлар.

Целиакия бир умрли касаллик эканлигини ота-оналар доимо ёдда тутишлари муҳимдир. Кўпчилик ота-оналар нонсиз диетани иккиланиб қабул қиладилар, уларни фикрича болани нонсиз овқатланиши ҳеч ҳам мумкин эмас. Улар доимо тушунишлари керак: бошқа болалар учун фойда бўлган нон уларни болалари учун захардир.

Даволаш бошлангандан бир неча ой ўтиб болалар тўлик соғлом бўлишади, ичакда сўрилиш тикланади. Худди мана шу вақтда болага таъқиқланган печене ёки тешиқ кулча бериш хохиши пайдо бўлади, гўёки бу ҳеч қандай нохуш ҳолатга олиб келмайди. Албатта амалда бу ич бузилишини олиб келмайди, аммо глютенга қарши антителолар микдори ошади, ва ичакда яна шишлик қават атрофияси юз беради. Агар бола ҳаётини биринчи йилида глютен исътемом қилмаган бўлса, келажакда унда нонга бўлган эҳтиёж сезилмайди, диетик чеклашлар уни қийнамайди.

Узоқ вақт она сути эмизилганда касалликнинг эрта пайдо бўлишини олди олинади.

Шундай қилиб, целиакция тиббиётни катта ва муҳим муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Ёз умид қиламизки ота-оналарни ўз вақтида маҳаллий педиатрларга мурожаат қилишлари натижасида, педиатрлар, гастроэнтерологлар, инфекционистлар ва бошқа врачларни биргаликда ҳаракатлари натижасида целиакцияни кўп саволлари ўз ечимини топади.

Ўзбекистон Республикаси ССВ РИПИАТМ гастроэнтерология бўлимида 1988 йилдан буён целиакцияни ташхислаш, даволаш, реабилитация муаммолари билан шугулланиб келади ва целиакция билан касалланган беморларга тиббий маслаҳат ёрдами кўрсатишга доимо тайёр.

Муковисцидоз

Бугунги кунда генетик материалдаги турли бузилишлар сабабли, ирсий касалликлар тобора муҳим масалага айланмоқда. Бу асосан популяциянинг аутосом (ножинсий) хромосомаларида рецессив мутациялар тўпланиши билан боғлиқ. Шундай касалликлардан бири муковисцидоз (mucoviscidosis) ҳисобланади. Уни баъзан, шунингдек киста фибрози деб ҳам аташади (кентофиброз), яъни туғма энтеробронхонанкреатик диспория, шўр бола синдроми деб аталади.

Муковисцидоз барча моноген табиатли ирсий касалликлар орасида энг кенг тарқалган патология ҳисобланади. Ва, асосан, европеоидлар иркий вакилларида учрайди. Касалликнинг тарқалганлиги турли ҳудудларда ҳар хил бўлиб, ўртача 2- 4.5 янги туғилган чақалоқ орасида 1 касаллик ҳолати учраши мумкин.

Муковисцидоз нима?

Муковисцидоз - бу ирсий табиатли сурункали касалликларидан бири бўлиб, унинг асосий хусусияти безли ҳужайралар секретиясининг ёпишқоқлиги ва таъсирланган тўзималар ва органларнинг иккинчи даражали мушак дегенерацияси билан давомли ўсишидир. Бу унинг номида ҳам ёритилган: лотинча mucus «шилм» деб, viscidus - «ёпишқоқ» деб таржима қилинади. Ва -osis қўшимчаси патологик жараённинг ялғизлигида боғлиқ бўлмаган хусусиятини ифодалаш учун ишлатилади.

Муковисцидоз ирсий табиати исботланган касалликлар бири ҳисобланади. Барча рўй бераётган бузилишларнинг сабаби 7 соматик (аутосом) хромосоманинг узун елкасининг ўртасида бир ген мутациясидир. Уни КФТР (Киста фиброз трансмембран регулятори) деб аташади, яъни у натрий ва хлор ионларининг ўтказувчанлигини трансмембран регулятори сифатида қабул қилинади. Ушбу ген хлор ва эпителия таркибидаги бошқа ион каналларининг асоси бўлган маълум бир протеин тўзилишини кодлайди. Шунинг учун касалликнинг асосий моменти - ташқи секретия безларининг устулиги билан зарарланган ҳужайра мембраналарининг транспорт

функцияси бузилишидир. Аммо ички секреция органлари (эндокрин, гормонал фаол) патологик жараёнда иштирок этмайди.

КФТР генининг ишлаши вақт чегарасига эга эмас, у ҳаётнинг барча босқичларида ишлайди. Аммо аломатлар бошланиши ва уларнинг оғирлиги турли хил бўлиши мумкин. Бу асосан мутация турига боғлиқ. Ҳозирги вақтда унинг 1600 дан ортиқ варианты маълум ва уларнинг ҳар бирининг пайдо бўлиши частотаси Ер шарининг турли минтакаларида фарқланади.

Муковисцидоз қандай қилиб насл орқали ўтади?

Ирсий муковисцидозни хусусияти куйидагиларни ўз ичига олади:

- КФТР мутацияси рецессив ҳисобланади. Бу дегани, оддий ген бўлган одамда жуфтланган хромосомаларида оддий ген бўлган одамда муковисцидоз аломатлари бўлмастлигини билдиради. Аҳоли орасида бундай одамлар жуда кўп. Улар касалликнинг ташувчиси ва патологик генини ўз фарзандларига ўтказиши мумкин.
- Генини ўтказиш жинсга боғлиқ эмас, шунинг учун ўғил ва киз болалардаги касалликнинг эҳтимоллиги бир хил бўлади.
- Болада фақатгина 2 та нуқсонли генини эгаллаган ҳолда муковисцидоз билан оғриган бўлади. Бу эҳтимолдан ҳоли эмас, агар икала ота-онанинг ҳам тегишли соҳада мутацияга эга бўлган камида битта хромосомаси бўлса. Бемор боланинг туғилиши эҳтимоли бу ҳолатда бошқача бўлиши мумкин (жадвалга қarang).

	Она соғлом (иккала хромосомалар ҳам мутациясиз)	касалик тарқатувчи она (бир мутант ген, яна бири оддий)	Онаси муковисцидоз билан оғриган (иккала ген ҳам мутант)
Отаси соғлом (иккала хромосомалар ҳам мутациясиз)	100% ҳолларда болалар соғлом	касалик тарқатувчи бола туғилиши эҳтимоли 50% бўлса, тарқатувчининг туғилиши эҳтимоли 50%	Бемор боланинг туғилиш эҳтимоли 0%, барча болалар касалик тарқатувчиси бўлади
касалик тарқатувчи ота (бир мутант ген, яна бири оддий)	касалик тарқатувчи бола туғилиши эҳтимоли 50% бўлса, тарқатувчининг туғилиши эҳтимоли 50%	25% касал бола туғилиш эҳтимоли, 25% соғлом туғилиш эҳтимоли, тарқатувчи - 50%	Касал боланинг туғилиши эҳтимоли 50% бўлса, тарқатувчининг туғилиши эҳтимоли 50%
Отаси муковисцидоз	Бемор боланинг туғилиш	Касал боланинг туғилиши	барча болалар муковисцидоз

билан оғриган (икскала ген хам мутант)	эхтимоли 0%, барча болалар касаллик таркатувчиси бўлади	эхтимоли 50% бўлса, таркатувчининг туғилиши эхтимоли 50%	билан касал бўлади
--	---	--	--------------------

Таъкидлаш керакки, муковисцидоз билан боланинг туғилиш эхтимоли факатгина ота-оналарда аномал КФТР гени мавжудлигига боғлиқ. Мутацияларнинг табиати (тури) муҳим эмас.

Асосий симптомларнинг ривожланиш механизми

2 аномал КФТР генлари иштирокида, одамда хлор-ион трансмембран каналининг функционал нотўлиқ оксиди синтезланади. Бу орқага қайтарилмайдиган ва прогрессив касалликларга мойил бўлган каскадга олиб келади:

- Хлорли ионларни найча хужайралари цитоплазмасида тўплаш билан ўзилишлар. Бу мембран потенциалининг ўзгаришига олиб келади ва бошқа ион каналларининг, асосан, натрий каналининг ишини ёмонлаштиради.
- Хужайралардаги натрий ионларининг концентрациясини ошиши хужайралар яқин атрофдаги сувдан фаолроқ олинишига олиб келади. Муковисцидозда безли хужайраларга таъсир қилгани учун суюқлик аллақачон улар томонидан чиқарилган секретдан сўрилади. Ушбу жараён ҳеч қандай компенсация қилинмайди ва органларда иккинчи даражали қайтариб бўлмас ўзгаришларга олиб келади.
- Ҳаддан ташқари қалин ва ёпишқоқ секрет турғунлашувга олиб келади, бу чиқарувчи каналлар тешигини, томирлар, бронхлар тикилиб қолишига (обтурация) олиб келади. У билан бирга келган яллиғланиш, ёпишқоқ жараён ва қўпол яра ривожланишига қадар вазиятни кескинлаштиради. Каналлар аста-секин ўтиши мумкин эмас ҳолатга келиб қолади.
- Секрецияни тўхтаб қолиши без органлари ва атрофидаги тўқималарнинг яллиғланишига олиб келади. Шунинг учун, муковисцидозда кўпинча куйидаги ҳолатлар юзага келади: панкреатит (ошқозон ости беги ўз ферментлари билан эритилиши), холангогепатит (сафро каналлари ва жигар яллиғланиши), бронхопневмония (бронх каналлари ёпилиб қолиши натижасида) аниқланган.

Иккинчидан, патологик жараёнга безли бўлмаган органлар аралашади. Масалан, бронх ўпка патологияси юрак-кон томир тизимининг бузилишига олиб келади. Панкреатит ва ичак деворларининг яллиғланиш туфайли келиб чиқувчи фермент етишмаслиги озика моддалар, темир ва витаминлар сўрилишини қисқаришига сабаб бўлади. Касалликнинг ўткир бузилишларида

барча органлар ва хусусан бош миёси таъсирланади ва бу эрта болалик даврида, айниқса хавфлидир.

Касалликнинг шакллари ва кўринишлари

Муковисцидоз ҳолатида, уларнинг катталигидан қатъий назар, барча экзокрин без ўсимталари таъсирланади. Аммо турли органларда патологик ўзгаришларнинг кўриниши одатда ҳар хил бўлади. Шу муносабат билан касалликнинг бир нечта клиник шакллари ажратилади:

- Мезкониал ичак йўли ёпилиши. Бу энди туғилган чақалоқларда биринчи кунларда ривожланади ва уларда бу асосан бирламчи нажасни қуюқлашуви орқали ифодаланади (мекония).
- Нафас олиш тизими қисмлари обтурацияси (шилимшиқ билан бекилиши) ва безлар бронхиал эпителия фаолияти бузилиши билан боғлиқ бронх ўпка шакли. Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ва бронхоэктазлар шакллантириш билан даврий бронхопневмонияларда орқали намоён бўлади (ХОБЛ).
- Ичак шакли ва энзим танқислиги ривожлантириш бўйича ошқозон ости бези (панкреатит) зарарланишини ўз ичига олади.
- Йўғон ичакнинг ошқозон-ичак трактининг очилишига боғлиқлиги биллиар жигар циррози.

Шунингдек, касалликни жуда «юмшоқ» шакллари учрайди, яъни мавжуд бузилишлар кўпол равишда ҳаёт сифатини бузмайди ва ҳаёт учун катта хавфли шароитларни юзага келтирмайди. Мисол учун, эркакларда муковисцидоз уруғ йўллари бекилиши туфайли яқкаланган обструктив азоспермия бепушглик шаклида пайдо бўлиши мумкин. Бундан ташқари, абортив шакллар мавжуд, жумладан тер безлари касалланиши, синусит, кисталар ҳосил қилмайдиган сурункали панкреатит ва ҳоказо.

Клиник амалиётда 10 касалликнинг халқаро таснифи (ИСД-10) терминологияси қўлланилади. Муковисцидоз E84 шифрга эга бўлиб, шифрлаш ўпка, ичак ва бошқа органлар касалликлари билан таснифланади. Шунингдек, «аниқланмаган муковисцидоз» деган тушунча ҳам мавжуд. Бу ҳолда шифокор фақат энг оғир ҳолатларни шифрлашига тўғри келади, чунки 70% ҳолатларда касалликнинг аралаш (ўпка-ичак) шакли намоён бўлади.

Ташхис қўйиш вақтида улар мавжуд бўлган касалликнинг кечиш даражасини кўрсатиб, аллақачон ривожланаётган асоратлар тасвирланади.

Болаларда Муковисцидоз

90 дан 94% гача бўлган ҳолларда Муковисцидоз бола ҳаётининг дастлабки йилларида бошланади. Баъзан унинг аломатлари янги туғилган чақалоқларда топилган ва бир неча кун давомида ўсади.

Болаликда муковисцидоз асосий белгилари қуйидагилардан иборат:

- Энзим этишмовчилиги туфайли ичак бузилишлари. Аксарият ҳолларда улар кўшимча овқатни ёки кўшимча озиқ-овқат маҳсулотлари билан танишаётганда пайдо бўлади. Кўпчилик ҳолларда таркибида кўп миқдор ёг (стеаторея) билан тез-тез бадбўй нажас ва қорин шишиши кузатилади. Тез орада гипополивитаминоз ва темир моддаси этишмаслиги билан боғлиқ анемия ривожланади. Қандли диабетнинг пайдо бўлиш эҳтимоли юқори.
- Такрорий узок муддатли мураккаб пневмонияга чалиниш мўйиллиги.
- Овқатни ютишда қийинчиликлар, бу тушуриқнинг ўта ёпишқоқлиги ва ошқозон йўли ва қизилўнгачнинг қуруқлигига боғлиқ. Бола овқатни ичишга мўйил.
- Иссиқ мавсумда иссиқ хонада терморегуляциянинг бузилиши. Бу терлаш бузилишидан келиб чиқади.

Болаликда касалликнинг ичак ва бронхопұлмонар шакллари боланинг жисмоний ривожланишининг кечикюшига, сурункали полиорган этишмовчиликни шаклланишига олиб келади. Интеллектуал тушқунлик олатий эмас, аммо аниқ метабولىк касалликлар миязининг ёмон фаолиятига олиб келиши мумкин.

Диагностика

Муковисцидоз диагностикаси учун асосий лаборатория тестлари:

- Иммунореактив трипсин учун тест (бир ойли гўдақларда).
- Тер синовы. У Гибсон-Кук классик услуби бўйича ёки замонавий анализаторлар ёрдамида амалга оширилиши мумкин.
- ДНК диагностикаси. Боладан қоғоз филътрига олинган қон олиш орқали скрининг усули сифатида ишлатилади. Агар зарур бўлса, генетик тадқиқотнинг бошқа вариантларини, шу жумладан қариндошларнинг генотипини аниқлаш амалга оширилади.
- Е1 тести (нажасда панкреатик эластаз учун).

Мавжуд касалликларни ташхислаш учун копрограмма, кўкрак қафаси рентгенографияси, бронкоскопия, ФГДС ва бошқа усуллардан фойдаланилади. Кўрик дастури мавжуд симптомларни ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда амалга оширилади.

Даволаш тамойиллари

Таъкидлаш керакки, муковисцидоз учун буюрилган терапия касалликни даволашга имкон бермайди. У фақатгина касалликларни бартараф этишга ёрдам беради, беморнинг ҳаёт сифатини яхшилайдди, симптоматологияни

осонлаштиради, жиддий асоратларни бартараф этишга ёрдам беради ва уларнинг ривожланиш хавфини кискартиради. Дефектли генга таъсир кўрсатадиган ген терапияси хали ҳам ривожланиш босқичида ва клиник синовлардан ўтмоқда.

Муковисцидоз учун тавсия этилган асосий дорилар гуруҳлари:

- Энзим препаратлари, айниқса ичак касалланганда жуда муҳимдир.
- Поливитаминли комплекслар ва айниқса ёгда эрийдиган витаминлар ичакдаги сингиш етишмовчилигини қоплаш учун.

Муковисцидоз учун микразим

Муковисцидозда фермент препаратларини қўллаш овқат хазм қилиш ферментларининг этишмаслигини қисман бартараф этиши мумкин. Бундай овқат хазм қилиш бузилиши деярли барча ушбу касаллиги бор одамларда қайд этилади, чунки ошқозон ости безининг ишдан чиқиши унинг одатий кўринишидир. Бу эрда алоҳида эътибор липаза даражасини тузатишни талаб этади - яъни ингичка ичакларда ёғларни етарли хазм қилиш имконини берувчи ферментни. Шу мақсадда, муковисцидоз касаллигида Микразим тайинланади.

Ушбу даволашнинг қутилган клиник таъсири қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Асосий озик моддаларни ассимиляция қилишни яхшилаш, алиментар гипотрофияси эхтимолини камайтириш.
- Ёғ этишмаслиги билан боғлиқ диарея хавфини камайтириш.
- Энзим этишмовчилиги фониди ортиб бораётган газ ишлаб чиқариш ва перисталтиканинг ошиши сабабли ичак безовталанишининг оғирлигини камайтириш.

Муковисцидоз ҳолатида микразим ҳаётнинг биринчи йилларидаги болаларни даволаш учун ҳам ишлатилиши мумкин, бу ҳолда препарат капсула шаклида буюрилади. Дозалаш шифокор томонидан чақалоқнинг касаллик ҳолати ва боланинг ёшини ҳисобга олган ҳолда танланади.

Прогноз ва профилактика

Илгари пайтларда муковисцидоз намоён бўлиши билан асосан педиатрлар тўқнашардилар ва бу асосан болаларда учрайди деб ҳисобланарди. Ҳозирги кунда ушбу патология кўпинча катта ёшлиларда учраб турибди, бу замонавий ривожланган фармакология имкониятлари билан изоҳланади. Қўлланиладиган препаратлар бронхиал дарахт ва ошқозон ости беzi шиллик пардаси бўзилган секретор функцияларини қисман қоплаши мумкин. Керакли танланган терапия билан, муковисцидози бор бола соғлом ўсиш имкониятига эга.

9-БОБ. Болалардаги ошқозон-ичак тракти органлари касалликларида даволовчи пархез ва даволовчи жисмоний тарбияни роли

Беморларнинг овқатланиши фақат улар организмни озукавий моддалар ва зарурий энергия билан таъминлаш бўлибгина қолмай, балки муҳим даволовчи тадбир сифатида қаралиши керак.

Пархез – бемор организмда бўлаётган ўзгаришлардан келиб чиққан ҳолда мутаносиб овқатланишдир. Организмда тез хазм бўлувчи, меъда-ичак тизимида беморни даволашга қаратилган чора-тадбирларнинг асосий таркибий қисми ҳисобланади. Беморларнинг пархез тутишларида муҳим ўринни фақатгина овқат таркиби эмас, балки унинг қабул қилиш тартиби ва қабул қилиш давомийлиги, овқат ҳарорати ва ҳоказолар эгаллайди. Кўпгина касалликларни оғир ёки сурункали турга ўтиши беморнинг пархезни бузиши билан боғлиқ. Масалан, диабет касаллигида пархезга риоя қилмаслик қонда қанд миқдорининг кескин қўтарилишига олиб келади.

Пархезли овқатланиш жароҳатланган аъзолар ва тизимларга таъсир этиб уларнинг фаолияти ва тузилишининг тикланишига ёрдам бериш учун йўналтирилган бўлиши зарур. Шунинг учун шифобахш пархезнинг асосий тамойили қуйидагилардан иборат: яъни, овқат физиологик жиҳатдан тўла қийматли бўлиши шарт. Таом ўзига хос терапевтик хусусиятга эга бўлиши керак. Даволовчи овқатланиш, беморларнинг овқатланиши ҳақидаги фан диетология дейилади.

Баъзи ҳолларда диетология асосий даволовчи усул сифатида қўлланиши мумкин. Масалан: ортиқча вазнда, меъда-ичак тизими касаллик-ларида.

Пархез айнан касалликнинг турига боғлиқ бўлади. Гипертония(хафакон) касаллиги билан ҳасталанган бемор пархези қандли диабет ёки гепатит(сарик касаллиги) билан ҳасталанган беморникидан тубдан фарқ қилади.

Пархез маълум столларга бўлинади. Ҳар бир стол ўзига хос касаллик билан оғриган беморлар учун мўлжалланган. Ҳар бир стол маълум йўналишда бўлади. Жигар ва меъдани зўриқтирмаслик, рациондаги шакар миқдорини камайтириш, ичак-лар фаолиятини рағбатлантириш, шулар жумласидандир.

Энди овқат хазм қилиш аъзолари касалликларидаги пархез столлари билан яқиндан танишиб чиқамиз.

1-сонли пархез столи меъда ва ўн икки бармоқли ичак касалликларида белгиланади. Қайнатилган маҳсулотлар кичик ҳажмларда қунига 5-6 маҳал хаста кишига берилади. Беморга тавсия этиладиган маҳсулотлар: кечаги қора

ва оқ (бир кунлик) нон, карамдан ташкари барча сабзавотлар (артилган, қайнатилган ҳолатда), сутли бўтқалар, бугда пиширилган котлетлар, сметана, қайнатилган гўштлар, мевалар.

Хаста одамга тавсия этилмайди: дағал ўсимлик клетчаткаси, мавжуд каттик кандолат маҳсулотлари, ковурилган овқатлар. Кун давомида туз 8 граммдан ошмаслиги керак. Жуда иссик ёки жуда совук, аччиқ, нордон, шўр озик-овқат маҳсулотларини бемор ейиши мумкин эмас.

2-сонли парҳез столи сурункали гастрит (меъда шиллик каватининг яллиғланиши) ва секретор этишмовчилик ҳолатларида белгиланади. Овқатлар қайнатилган, бугда пиширилган бўлиши керак. С, В1, В2, РР витаминларга бой маҳсулотларни беморга қўшимча сифатида берилади. Бир кеча-кундузда туз миқдори 12-15 граммдан кўп бўлмаслиги лозим. Ёрма ва сабзавотлардан шўрва, ёғсиз гўштлар (қайнатилган ҳолатда), сут, қатик, сметана, творог, пишлок (киргичдан чиқарилган ёки эритилган ҳолатда) беморга тавсия этилади. Дуккакли ўсимликлар, кўзикоринларни истеъмол қилиш мумкин эмас.

3-сонли стол қабзият(ич қотиш)да берилади. Рационга клетчаткага бой, ичак перистальтикаси (ҳаракати)ни оширувчи озукалар қўшилади. Гўштлар, нон, ёғсиз шўрвалар, қатик, творог, асал, мева шарбатлари, гречкали таомлар, кўп суюқлик ичиш зарур. Асосан ўсимлик маҳсулотларига эътибор қаратилади. Аччиқ чой, кўзикоринлар, какао, кофе, анор каби ични қотирадиган маҳсулотларни истеъмол қилиш тавсия этилмайди.

4-сонли парҳез столи диарея (ич кетиш)да кунига 5-6 маҳал берилади. Какао, кофе, қотирилган нонлар, ёғсиз қатик, смородина, шўрвалар, қайнатилган гуруч бўтқаларни ейиш, аччиқ чой ичиш мумкин.

Сут, ўсимлик клетчаткаси, тузламалар, йогуртлар, шакар, дуккакли ўсимликлар, дудланган маҳсулотлар тавсия этилмайди.

5-сонли парҳез столи сурункали ва ўткир гепатитларда, холециститларда, циррозларда белгиланади. Бу беморларга ковурилган маҳсулотларни истеъмол қилиш мумкин эмас. Нон, шўрвалар (қайнатма), сабзавотлар, мевалар, сут маҳсулотлари, шакар, асал тавсия этилади. Кунига 200 грамм творог ва битта чала қайнатилган тухум албатта берилади. Шовул, исмалоқ, кўзикорин, лимон, какао, нордон меваларни ейиш тавсия қилинмайди. Алкоголли ичимликлар, рангли ва газли ичимликлар, ёғли гўштлар, дудланган маҳсулотлар, консерва, музқаймоқлар, какао, шоколад ҳам беморлар учун зарарли.

Даволаш таомномалари

Пархез № 1а

Қўллашга кўрсатма

Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги кўзғалиш даври олди, ўткир гастрит, сурункали гастрит кўзғалиш даврида ва гастродуоденитда, гастродуоденит кон кетгандаги кейинги ҳолатида, иссиқ сув ва овқатдан химик куйиш даврида.

Мақсадли қўллаш

Яра ва эрозияни битиш даврида, ошқозон ичак тракти шиллик қавати, яллиғланиш жараёнини пасайиши, ёки шиллик қават репарациясини яхшиланиши, ошқозон ва 12 бармоқ ичак рецепторларини таъсирчанлигини пасайиши, ошқозонни мотор-эвакуатор функцияси, вегетатив нерв системаси ҳаракатини; организмни физиологик талабини қондириш ва ётоқ режимидаги беморларни организмни овқат билан таъминлашини амалга оширади.

Умумий маълумот

Пархез - организмда оксилни физиологик ҳолатини ва углеводларни, тузларни энергетик ҳолатини пасайтиради.

Рационда ошқозон ичак тракти шиллик қаватини химик ва механик кўзғалишини чегаралайди. Бўтқаларни турли кўринишда тавсия қилинади (пшеника ва перловка)дан ташқари сутли суюқ, майдаланган творог, 2-4 марта кунга берилади: творог, бугланган суфле, чала пиширилган тухум, парланган омлет, гўшт ва балиқни бугланган суфлеси, меваларни пишган ширин сортларидан (илик сувда ювилгандан сўнг), мева соқлари (илик сув билан аралаштирилган ҳолатда 1:1), мевали киселлар ёки желе, қайнатилган наматак, сутли чой, сариеғ ёки ўсимлик ёғи (таблица №3). Сутни истеъмол қила олмас гўштли поре билан алмаштириш мумкин. Меъдага кучли таъсир қилувчи озуқалар берилмайди (соуслар, козурилган кўзикорин, бульонлар, дудланган махсулотлар, кофе, какао, аччиқ чой, шоколад, чиноқ, пиёз, хрен горчица, шавел, укроп, петрушка), козурилган ва аччиқ овқатлар, приправалар (кетчуп, майенез, уксус), газланган сувлар ҳамда полиз махсулотларини ҳамма тури, консерваланган мевалар, хом мевалар, консерваланган мева шарбатлари, нон ва нон махсулотлари.

Таблица №3 Бир кунлик пархезга таомнома

Овқат қабул қилиш	Овқат номи
Оч қоринга	сут
Эрталабки таом	Сутли манни бўтқаси

	бугланган омлет сутли чой
2-эрталабки нонушта	сут
Тушлик	Сутли геркулесли суюк овкат сутда пиширилган гўштли каша компот
Кунни 2-ярмида	сут
Кечкурунги таом	Гречкали сутли бўтка чала пиширилган тухум сутли чой
Уйқудан олдинги	сут

Гастрит ва дуоденитда таом 1-3 кун буюрилади, гастродуоденитда 3-5 кун, ошқозон яра касаллигида 7 кун.

Пархез № 16

Буюришга кўрсатмалар

Ошқозон ва 12 бармокли ичак яра касаллиги, сурункали гастрит, гастродуоденитни кўзгалитиш давридан олдин, 1а таомномадан кейинги ҳолат, рефлюкс эзофагит, тонзиллоэктомия, операциядан кейин, 1а таомномани тўхтатгандан кейинги ва ошқозон ичакдан қон кетиш ҳолатида.

Мақсадли қўллаш.

Беморни озуқа ва энергия билан физиологик ҳолатини яхшилаш мақсадида, ярим ётоқ режимини сақлаган ҳолатда қуйидаги таомнома тавсия этилади.

Таблица № 4 бир марталик таомномага тавсия

Таомнома №16

Таом қабул қилиш	Овкат номи
Эрталабки нонушта	Эзилган гуручли сутли бўтка бугланган омлет сутли чой
2-эрталабки нонушта тушлик	Пиширилган олма Сутга пиширилган геркулес бугланган сутли қийма картошка пюре компот
Кунни 2-ярмидаги овкат	сут
Кечкурунги таом	Эзилган гуручли сутли бўтка Чала пиширилган тухум Сутли чой
Уйқудан олдинги таом	сут

Таом №1

Тавсияга кўрсатма.

Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги, сурункали гастрит, муътадил ва юқори секрецияли, гастродуоденитни тузалиш даври, гастродуоденитдан қон кетгандан сўнгги ҳолат, 16 таомгача.

Мақсадли тайинлаш.

Ошқозон ичак шиллик қавати репарацияси таъсирида, ошқозон ва 12 бармоқ ичак шиллик қавати яллиғланиши кучайишини олдини олиш даврида, ошқозонни секретор ва мотор - эвакуатор фаолиятини назорат қилишда беморни озуқа ҳолатини таъминлашда, агар жисмоний иш қилмаса тайинланади.

Умумий маълумот.

Таом асоси озуқа ва энергия тутган ҳолда, физиологик нормада ошқозон секрециясини механик ва химик қўзғатувчилари ва овқат хазм қилиш системасини ҳамма соҳасида (таблица №5-6).

Таомномани 2 хил соҳага бўламиз:

1-кирилган-таом 16 ассортиментига тўғри келиши керак, қўшимча аччиксиз қирилган пишлок, суюқ овқат қирилган тўпланган полиз маҳсулотлари (карамдан ташқари), полиз маҳсулотлари (крупали), сутли – крупали ёки вермишелли, полиз маҳсулотини қайнатилгани, қирилгани (карам, турп, редиска, шолғомдан ташқари); қирилган, қуритилган мевали компот, қуритилган бугдой нон.

2-қирлмаган таом тавсия қилинади, агарда бемор қирилган овқатдан бош тортса, асоратсиз уйда ёки санаторияда даволанган бемор келди, ёмон битувчи яра орқали.

Ассортимент таом ўшандай қирилган ҳолатда. Бўтка, суюқ овқат, полиз маҳсулотини қайнатгандан сўнг қирғичдан ўтказилмайди; гўшт ва балиқни майдаламайди; меваларни иссиқ сувда тозаламаган ҳолда терисини арчган ҳолда, қанд маҳсулотларидан (зефир, мармелад, қурук печенье, вафли)

Таблица №5

1 марталик таом тавсияси (қирилган варианты).

Таом қабул қилиш	Овқат номи
Эрталабки нонушта	Сутли маннали бўтка Сутли чой Қуритилган бугдой нон сариеғ
2-эрталабки нонушта	кисел
тушлик	Плоиз маҳсулотларидан қирилган вегетерианли суюқ овқат Парланган гўштли котлет Картошкали пюре Компот

	Куритилган бугдой нон
Кунни 2-ярмидаги овкат	Творог сут
Кечкурунги таом	Бугланган омлет Қирилган гречкали бўтқа Куритилган бугдой нон Сариёғ чай
Уйқудан олдинги таом	сут

Овқатни қайнатган ва қайтадан қайнатилган ҳолатда арчиш керак майдаламаган ҳолда (шундай таом керак бўлганда).

Совук овқатни 15 градусда паст ҳароратда, иссиқ овқатни 56-62 градусда бўлиши керак.

Овқатланиш вақти 5-6 маҳал кунда. Яра касаллигида қирилган таом варианти ўртача 3-4 ҳафтада тавсия қилинади. Гастритда қирилмаган вариант, дуоденитда - 6 ой давомида гастродуоденитда -12 ой давомида яра касаллигида 2-3 йил давомида тавсия қилинади.

Таом қабул қилиш	Овқат номи
Эрталабки нонушта	Сутли вермишел Чала пиширилган тухум Куритилган бугдой нон Сариёғ Пишлоқ чай
2-эрталабки нонушта тушлик	Пиширилган олма Геркулесли суюқ овқат Қайнатилган балиқ Картошкали поре Компот Куритилган нон
Кунни 2-ярмидаги овкат	Сут мармелад
Кечкурунги таом	Қайнатилган товук Қайнатилган гуруч Куритилган нон Сариёғ чай
Уйқудан олдинги таом	сут

Парҳез №5
Тавсияга кўрсатма

Сурункали гепатит, холецистит, ўт тош касаллиги, сурункали панкреатит, жигар циррози компенсация даври, ўт йўли яллигланиши, пиелонефрит.

М ақсадли тавсия.

Жигар ва ўт йўли фаолиятини тиклаш, холестерин ва ёғ алмашинуви, ўт окишини меъёрлаштиришга шароит яратиш.

Умумий маълумот.

Пархез организмда асосий озука ва энергияни тиклашга хисса қўшади. Холестеринга бой маҳсулотлардан ташқари эфир ёғи, шавел кислотаси ва ёғ тутувчи озукалар, ковуришга тайёр маҳсулотлар.

Пархез липотроп моддалар клетчатка ва суюклик билан бойитилиши керак. Бўтқалар сут маҳсулотлари билан бирга бошқа маҳсулотлар ҳам тавсия этилади, қайнатилган макарон, сут ва сут маҳсулотлари барча тури, сметана чала пиширилган тухум ёки омлет (битта тухумдан ошмаслиги керак кунига). Суюк овқатлар (полиз маҳсулотлари тўплами, сутли мевали, кизилчали, борщ, шии), гўшти ёғсиз, товуқ балиқ (қайнатилган ёки дудланган узок вақт қайнатгандан сўнг, майдаланган ва бўлакчи холда, сабзи картошка, кизилча, гулқарам, ошқовок, кабачка, патиссон қайнатилган ёки хом холатда) мевалар ва ўрмон мевалари (ягода).

Аччиқдан ташқари, полиз маҳсулотлари ва мевали соклар, компотлар, асал, қиём, зефир, кисел, сариёғ, писта ёғи тайёр овқатга қўшилади.

(Таблица №7) Бир кунлик пархез №5

Таом қабул қилиш	Овқат номи
Эрталабки нонушта	Геркулесли каша Омлет Сутли чой нон
2-эрталабки нонушта	олма
тушлик	Шии сметана билан Котлет гўштли бугланган Сабзи тушенкали Узум шарбатли кисел нон
Кунни 2-ярмидаги овқат	Творог сут
Кечкурунги таом	Қайнатилган полиз мҳсулотли салат Қайнатилган балиқ Картошкали поре Чой нон
Уйқудан олдинги таом	кефир

Ўта актив аралашган озукалар берилмайди; ёғли, аччик, ковурилган овқат (чўчка ва кўй ёғлари), маргарин, дудланган, приправалар, тузли, мариноват қилинган, ёнгок, кўзикорин, янги ёпилган пишириклар, қора нон, кофе, какао, шоколад, газли сув, сақич, музқаймоқ.

Овқатни бугда қайнатилган, майдаланмаган хола пиширилади. Совуқ овқат жарорати 15-градусдан паст бўлмаслиги, иссиқ овқат харорати 62 дан юқори бўлмаслиги керак. Овқаланиш тартиби 5-6 маҳал кунига.

Бемор белгиланган вақтда тартибга мувофиқ овқатланиши керак. Тартибсиз овқатланиш ошқозон хазм қилиш жараёнини бузади, иштаха пасаяди.

Касалхонада болалар 4 маҳал овқатланиши керак. Эрталабки нонуштани кунлик калорияси 25-30%, тушлик 35-40%, кун ярмида 10-15%, кечқурун 25-30% ни ташкил қилади.

Овқат хазм қилиш системаси билан касалланиш болаларда баҳор- куз фаслларида кўпроқ учрайди. Бу вақтда нафақат касалликни қўзғалишига қарши даволашни ташкил қилиш, қисқа муддатли ярага қарши даволаш озукасини ҳам тиклаш лозим. Шунинг ҳисобга олган ҳолда ётоқ режимидаги бемор бола 16 таомни олиши, сурункали гастритда 1-2 кун, гастродуоденитда 2-4 кун, яра касаллигида 1 ҳафта. Кейинги 10-14 кунда 1-пархез тавсия этилади.

Болалардаги ошқозон ичак касалликларида қўлланиладиган қўшимча тавсиялар.

Беморда эрозия ва яра касаллиги туфайли ошқозон ва 12 бармоқ ичак касаллиги шиллигида ўзгаришлар организмни тикланиши учун қуйидагилар тавсия қилинади. Касалликни олдини олиш учун витаминли ва ёғли қўшимча маҳсулотлари; бетта каротин ва полиен : тикланиш даврини узайтириш ва қайта касалланишни олдини олиш мақсадида балик ёғи, полиен 1-3 ёш болаларга 1,8-2 гр.дан кунига, 3-7 ёшли болаларга -2,7-3 гр.дан кунига; 7 ёшдан катталарга эса -4,4 гр.дан тавсия этилади.

Касалликни олдини олиш учун 30-40 кунни ташкил этади.

Қайта давони 3-4 ойдан кейин баҳор ва киш ойларида қайтариш мумкин.

Физитерапевтик даво-шамоллашни олдини олади, огрикни колдиради.

Ошқозон секретиясини кучайиши туфайли огрикни пасайтириш учун инфракизил нур билан ошқозон соҳасига қўйиб, галванизация, электрофорез (новокаин, кальций, бром, магний, цинк).

Эндоназал электрофорез Витамин В1 билан. Тўлик тузалмаган ҳолда микроўлқин Дцм диапазоннда қўлланилади. Бундан ташқари индуктотермия, ультразвук, лазертерапия, ўзгартирилган магнит майдонини қўллаш, электростимуляция, синусоидал модулли ток, электросондан

фойдаланиш мумкин. Яна бир даво методларидан касаллик авж олмаган даврда балнеотерапияни кенг қўллаш мумкин. Минерал сувлар –ўрта ва оз минераллашган холда (Фарғона (Олтиарик, Бешарик), Сурхондарёни Омонхона, Баржоми, Ессенуки №4, Нарзан №7) илитилган холда 1-1,5 соат овқатдан олдин 3 маҳал ичирилади.

Минерал сув - меъёр 3 мл 1кг оғирлигига берилди. Даволаш муддати 4 хафта гастритда, 7 хафта яра касаллигида буюрилади.

Минерал ванналар қабул қилишга рухсат этилади - углекислий, йод ва бромли, радонли, баъзан сероводородлар ҳам буюрилади. Балчикни электрофорез орқали апликация йўли билан қўллаш мумкин. Қайта касалланишга қарши даво гимнастикаси ва рефлексотерапия тавсия этилади. Ошқозон касаллигида физиотерапия даммалар шаклида тавсия этилади, ромашка, подорожник, зверобой, ялпиз, тысячелистник.

Яра касаллиги кўзгаганда ромашка, валериана, ялпиз, шиповник, ольха ва бошқалар тавсия этилади. Тузалиш даврида подорожник крапива зверобой, валериана, лён, алтей даммаси берилди.

Дори даммалари:

1. Ромашка гули 2гр.

Зверобой 2 гр

Синюха томири 2гр

Балчикда ўсувчи ўт 2гр

Мать-и мачеха 2гр

Етарли микдорда сув 200 гр дамма олиш учун

Ош қошиқдан 3 маҳал овқатдан олдин ичирилади.

Болаларда ошқозон ичак касалликларида даволаш гимнастикаси

Ноинфекцион ичак касалликлари кечишида қуйидаги даволаш гимнастикаси қўлланилади:

- Организмни умумий стимуляцияси;
 - Қорин бўшлигида лимфа ва қон айланишини яхшилаш
 - Ошқозон ичак тизими секрет ишлаб чиқаришини йўлга қўйиш
 - Яллиғланиш даврида беморни оғриқ сезишини камайтириш
- Гипоацид гастритда секрет ишлаб чиқаришни кўтариш учун қуйидагилар қўлланилади:
- Кайфиятини кўтарувчи машқлар
 - Овқатланишдан 1,5-2 соат олдин даволаш гимнастикаси қўлланилади
 - Меъёрий юклама буюрилади
- Гиперацид гастритни секретор фаолиятини пасайтириш учун буюрилади:

- даволаш гимнастикаси овқатдан олдин ва кейин буюрилади;
- секин темпта
- монотон характердаги ҳаракатлар. Кучли оғрик синдромида корин бўшлиғига буюриладиган ҳаракатлар тўхтатилади.

Даволаш гимнастикасини яра касаллигида ва гастритда қўллаш.

Бемор орқаси билан ётган ҳолда ритмик нафас ўртача чуқурликда 2-3 марта олинади, 4-5-6-7 марта нафас чиқарилади.

Ўз холича нафас олади (6-8 марта)

Тизза бўғим суякларни букилиб ёзилади(6-8 марта)

Ритмик тарзда қўлларини кафт бўғими чиганок суякларини букиб ёзилади, қўллар олдинга чўзилиб (5-7 марта) қўлланилади.

Навбат билан оёқ- қўл, чанок бўғимлари 3-4 марта ҳар бир оёқни товонда турган ҳолда бажарилади.

Бармоқлар мушт холига келтирилади (8-10 марта) тўғри нафас олиб чиқарилади

Ўзини бўш қўйган орқа билан ётган ҳолда оёқлар йиғилади, тиззага яқинлаштирилади, товон ётган ҳолда итарилади.

Оёқ бўғинлари букилиб ёзилади (4-5 марта)

Тос суяги қўтарилган ҳолатда (тизза билан турган ҳолда бўйинга қўл қўйилади) нафас олинади, ўз холига келганда нафас чиқарилади 4-5 марта

Ритмик нафас (1-2-3 марта нафас олинади, 4-5-6-7 марта нафас чиқарилади.

Орқага ётган ҳолда ўз холига қайтади

Ўнг томонга айланади, ўтирган ҳолда оёқлар туширилади (5-6 марта)

Ўтирган ҳолда ўз холига қайтади.

Кўкрак билан нафас олади ўртача чуқурликда (2-3 марта).

Қўллар елкага қўйилган ҳолда нафас олади, ўз холига қайтганда нафас чиқарилади (5-6 марта)

Ўз холига қайтади

Навбат билан оёқ бўғинларини букиб ёзади (3-4 марта)

Орқа билан ётган ҳолда ўз холига қайтади

Оёқларни бўш қўйган ҳолда мускуллар бўшаштирилади, тўғри нафас олинади.

Навбат билан оёқлари 2 томонга керади, тўшакдан ажратган ҳолда 3-4 марта ҳар бир оёқ учун қайтарилади

Қўл кафтини қўтарган ҳолда юқорига қўтаради, бир вақтни ўзида товонда турган ҳолда, яна ўз холига қайтади (4-6 марта). тўғри нафас олинади.

Ритмик нафас ўртача чуқурликда 3-4 марта олинади.

Сурункали холециститда даволаш гимнастикасини қўллаш.

Аввалги ҳолатида орқа билан ётган ҳолда машқ қайтарилади 5-6 марта -ўнг қўлни юқорига кўтарганг ҳолда бир вақтни ўзида чап оёқ букилади,товон жойидан кўзгалган ҳолда нафас олинади,нафас чиқариб ўз холига қайтади.

Қўлни белига кўяди,бош ва елка кўтарилади,оёққа қараб нафас чиқарилади,ўз холига қайтиб нафас олади

Чап қўлни курак қасасига кўяди,ўнг қўл қоринда,диафрагмал нафас олиб нафас чиқарилади.(нафас олганда 2ла қўл юқорига кўтарилади, кўкрак қасасини ҳаракатга келтирган ҳолда қоринни олдинги қавати орқали нафас чиқарилади) чап томонга ётган ҳолда аввалги ҳолга қайтади(машқни 5-6 марта такрорлайдилар).

Чап қўл юқорига кўтарилган ҳолда чап оёқ ярим эгилган. Ўнг қўл юқорига кўтарилиб нафас олинади,чап оёқ эгилган ҳолда ўнг қўл билан тиззани куракка яқинлаштириб нафас чиқарилади.

Ўнг қўл вап оёқни юқорига кутарган ҳолда нафас олинади, оёқ ва қўл эгилган ҳолатда тиззани қоринга яқинлаштириб бош эгилган ҳолда нафас чиқарилади.

Ўнг қўлни юқори ва орқага кўтариб нафас олинади,ўз холига қайтиб нафас чиқарилади.

Ўз холига келади,оёқлар ораси елка кеңлигида кенгайтирилади(машқ 5-6 марта такрорланади).

Нафас олиб бошни кўтаради ,ўнг оёқ, қўллар орасида ҳаракатланиб, нафас чиқарилади.Ўз холига қайтганда , бошқа оёқ билан машқ қайтарилади.

Чап қўл юқорига кўтарилади, нафас олинади, нафас чиқарганда ўз холига қайтади.

Қўллар букилган ҳолда ,қорин билан ётган ҳолда нафас чиқарилади. Яна ўз холига қайтади.

Ошқозон ичак касалликлари билан оғриган болаларни соғлом гуруҳларга ажратиш

Ошқозон ичак касалликлари бор болалар организмдаги функционал ўзгаришлар

Соғлом гуруҳ II

Соғлом гуруҳга ажратиш критериялари

Хроник ҳолатда клиник, инструментал текширувлар натижаси қўрилмасап

Сурункали гастрит,сурункалит гастродуоденит.

Соғлом гуруҳ III

Соғлом гурухга ажратиш тартиби клиник инструментал текширув усуллари (эндоскопик)сабаблари тасдиқланса

12 бармоқли ичак ва ошқозон яра касаллиги, эрозияли гастродуоденит

Соғлом гурух III-IV

Соғлом гурух тартиби.

Тузалиш ва компенсация стадиясида- III гурухга

Асоратли бўлса -IV соғломлаштириш гурухига киради.

10-БОБ. ОВҚАТ ХАЗМ ҚИЛИШ АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ ДИСПАНСЕР НАЗОРАТИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

СГ ва СГД да диспансер кузатув

СГ ва СГД да диспансер кузатув охириги кўзиш вақтидан 5 йил мобайнида, кўриқдан ўтказиш йилига 2 мартадан кам бўлмаслиги керак.

Беморларни врач-педиатр 6 ойда 1 марта ва педиатр-гастроэнтеролог бир йилда 1 марта кўриқдан ўтказиши. Фиброгастродуоденоскопия йилига 1 марта бажарилади. Эрозив СГД да текширув сони йилига 3 мартагача кўпайтирилади, эндоскопик текширув эса йилига 2 марта.

СГД ёки СГ билан касалланган бемор болани диспансер ҳисоботдан чиқариш 5 йиллик клиник-рентгенологик ремиссия шароитида амалга оширилади.

Даволашдан кейин бир йилдан сўнг бактерияларнинг пайдо бўлиши қайта инфизиригани деб баҳоланади ва НР эрадикацияси учун янгитдан терапия бошланади. Антихеликобактер терапияни тайинлашда ичак микрофлорасини текшириш ва антибактериал даволаш вақтида ҳамда ундан кейин биопрепаратлар тайинлаш мажбурийдир. Нр инфекциясининг оилавий хусусиятини ҳисобга олган ҳолда терапия курсларини бемор бола билан бирга яшовчи барча қариндошларига тайинлаш керак. Ярага қарши терапиянинг иккинчи муҳим компоненти антацидларни ва антисекретор дори воситаларини танлаш ҳисобланади. Ошқозоннинг кислота ҳосил қилиш функциясининг ошган ва сақланган вазиятларида маалокс, альмагель, фосфалогель ишлатилади. Ранитидин, фамотидинни қўллаш самарали. Бу дорилар базал кислота ҳосил бўлишини 12-24 соатгача блоклайди. Болалар гастроэнтерологлари орасида “протон помпа” ингибиторлари дори воситалари борган сари оммалашмоқда, улар ферментни блоклаш ҳисобига водород ионлари транспортига таъсир қилади (омепразол, пантопразол, лансопразол). Терапия комплексига М-холинolitikлар гуруҳи дори воситалари – гастроцепин ҳам қўшилади. Бу дорилар шилликнинг химоя хоссаларини оширади ва гастриннинг шикастловчи таъсирини пасайтиради. Дуоденал таркибининг ошқозонга тушиши бўлганда энтеросорбентлар: энтеросгель, смекта, холестирамин, фаоллаштирилган кўмир ишлатилади. ОИТнинг тўғри перистальтикасини тиклаш мақсадида мотилиум қўлланилади. Яра касаллигини даволашнинг базис терапиясидан бири

сукральфат (вентер) ҳисобланади, у ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак шиллик кавати хоссаларини тиклайди. Коллоид висмут дори воситалари (де-нол, вентрисол, бисмофальк ва бошқ.) ярали дефект мавжуд бўлганда педиатрияда кенг қўлланилади.

Симптоматик сифатида протектор дори воситалари: солкосерил, актовегин ишлатилади. Аммо бу дорилар бузқон қонидан олинishi сабабли, ҳозирги вақтда уларнинг қўлланилишига доир қарашлар энцефалопатия эпидемияси (мол қутуриши) хавфи сабабли қайта кўриб чиқилмоқда. Ёндош касалликлар мавжудлигига қараб қўшимча медикаментоз дори воситалари қўлланилади. Реабилитация босқичида физиотерапия, игнали рефлексотерапия, фитотерапия, гомеопатик дори воситалари қўлланилади.

Муковисцидоз

Илгари пайтларда муковисцидоз намоён бўлиши билан асосан педиатрлар тўқнашардилар ва бу асосан болаларда учрайди деб ҳисобланарди. Ҳозирги кунда ушбу патология кўпинча катта ёшлиларда учраб турибди, бу замонавий ривожланган фармакология имкониятлари билан изоҳланади. Қўлланиладиган препаратлар бронхиал дарахт ва ошқозон ости беши шиллик пардаси бўзилган секретор функцияларини қисман қоплаши мумкин. Қеракли танланган терапия билан, муковисцидоз бора бола соғлом ўсиш имкониятига эга.

Эрта ташхислаш ва доимий замонавий даволаш-реабилитацион режимни олиб бориш, бу беморларни ҳаётини узайишига олиб келади.

Беморнинг медико-социал реабилитациясида оила аъзоларини роли муҳимдир. Ота-оналар қуйидаги информацияни тулик билиши керак: касаллик тақдир, келиб чиққанлик сабаблари, фарзандида касалликни кечиши ва характери, даволаниш жараёнларини тўғри ва қатъий олиб бориши керак. Ота-оналарга ва оиласига генетик маслаҳатлар бериб бориш керак. ДНК-текширув ўтказиш нафақат муковисцидоз бора болаларга, балки келгусида фарзанд қуришни режалаштираётган ота-онасига ҳам муҳим (пренатал ташхислаш учун).

Диагностика, даволаш, реабилитация қилишдаги ҳамда муковисцидоз-бемор медико-социал мослашуви улкан ижобий натижалар бўлишига қарамай ҳозирда янада кўпроқ саволлар турибдики, булар уз ечимини кўтиб турибди.

Ошқозон –ичак яра касаллиги

Даволашдан кейин бир йилдан сўнг бактерияларнинг пайдо бўлиши қайта инфицирланиш деб баҳоланади ва НР эрадикацияси учун янгитдан терапия бошланади. Антихеликобактер терапияни тайинлашда ичак микрофлорасини текшириш ва антибактериал даволаш вақтида ҳамда ундан

кейин биопрепаратлар тайинлаш мажбурийдир. Нр инфекциясининг оилавий хусусиятини ҳисобга олган ҳолда терапия курсларини бемор бола билан бирга яшовчи барча қариндошларига тайинлаш керак. Ярага қарши терапиянинг иккинчи муҳим компоненти антацидларни ва антисекретор дори воситаларини танлаш ҳисобланади. Ошқозоннинг кислота ҳосил қилиш функциясининг ошган ва сакланган вазиятларида маалокс, альмагель, фосфалюгель ишлатилади. Ранитидин, фамотидинни қўллаш самарали. Бу дорилар базал кислота ҳосил бўлишини 12-24 соатгача блоклайди. Болалар гастрозентерологлари орасида “протон помпа” ингибиторлари дори воситалари борган сари оммалашмоқда, улар ферментни блоклаш ҳисобига водород ионлари транспортига таъсир қилади (омепразол, пантопразол, лансопразол). Терапия комплексига М-холинolitikлар гуруҳи дори воситалари – гастропепин ҳам қўшилади. Бу дорилар шилликнинг химоя хоссаларини оширади ва гастриннинг шикастловчи таъсирини пасайтиради. Дуоденал таркибнинг ошқозонга тушиши бўлганда энтеросорбентлар: энтеросгель, смекта, холестирамин, фаоллаштирилган кўмир ишлатилади. ОИТнинг тўғри перистальтикасини тиклаш мақсадида мотилюм қўлланилади. Яра касаллигини даволашнинг базис терапиясидан бири суқральфат (венгер) ҳисобланади, у ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак шиллик кавати хоссаларини тиклайди. Коллоид висмут дори воситалари (де-нол, вентрисол, бисмофальк ва бошқ.) ярали дефект мавжуд бўлганда педиатрияда кенг қўлланилади.

Симптоматик сифатида протектор дори воситалари: солкосерил, актовегин ишлатилади. Аммо бу дорилар бузоқ қонидан олинishi сабабли, ҳозирги вақтда уларнинг қўлланилишига доир қарашлар энцефалопатия эпидемияси (мол қутуриши) хавфи сабабли қайта кўриб чиқилмоқда. Ёндош касалликлар мавжудлигига қараб қўшимча медикаментоз дори воситалари қўлланилади. Реабилитация босқичида физиотерапия, игнали рефлексотерапия, фитотерапия, гомеопатик дори воситалари қўлланилади .

Республикаимиз худудида кўп учрайдиган гельминтозлар диспансер назорати

Гижжа касалликларини бошидан кечирганлар турли муддатларда УАВ педиатри, болалар боғчиси ва врачлари назоратида бўлишади.

Диспансер кузатув:

- Аскаридоз - 1 ой 2 даводан 10ва 20 кундансўнг капрология;
- Энтеробиоз - 2 ой 3 даводан 15-20 кундан кейин,сўнгра ҳар 2хафтада ёпишқок лента;
- Гименолепидоз - 6 ой 4 даводан 2ойдан сўнг,кейин ҳаройда капрология;
- Тениоз ва тениаринхоз 5 ой 5 даводан 2ойдан сўнг,кейин ҳар ойда анус бурмаларидан суртма олиш

Гельминтозларпрофилактикаси.

Гельминтозлар профилактикасида беморда касалликнинг юзага чиқишига кўра комплекс чора – тадбирлар: уларни

даволаш, ҳаёт тарзани яхшилаш, маиший хизматни яхшилаш, касаллик тарқалишининг олдини олиш, атроф – муҳитдаги кўзгатувчилардан сақланиш муҳим аҳамиятга эга.

Кўлланилган чора-тадбирлар натижасида касалликнинг тарқалиши Россия Федерацияси аҳолиси ўртасида геогельментозлар билан (аскаридоз, трихоцефаллез) касалланиш даражаси камайган. Трихинеллез, тениаринхоз, тениоз профилактикаси асосида гўшт маҳсулотларидан зарарланишининг олдини олиш етади. Эхинококкоз ва альвеококкоз профилактикасида кишлоқ хўжалиги хайвонлари, итлар (чўпонлар, овчиларни) кундалик медицина кўригидан ўтказиш керак. Маиший-мулоқот йўли билан юкувчи гельминтозлар (энтеробиоз, гименолипидоз) профилактикасида кўзгатувчини ўтиш йўлини йўқотиш муҳим аҳамиятга эга, чунки бу икки гельмент болаларда ички аъзолар зарарланиши ва уларнинг иммун қобилияти пасайишига олиб келади.

Панкреатит профилактика

Катталарда панкреатитда асосий профилактика – спиртли ичимликлар истеъмолини чеклаш. Болаларда эса тўғри овқатланиш, тезпишар таомлардан воз кечиш, шунингдек, турли травмалардан химоялаш.

Иккиламчи, яъни қайталанишлар, зўрайиш ва асоратлар профилактикаси: холецистит, ўт-тош касалликларини даволаш;

фермент препаратларини доимий қабул қилиш ва парҳезга амал қилиш.

Айтилганларга амал қилиш панкреатитнинг оғир асоратларга олиб келиши эҳтимоли ва ҳаёт сифатига салбий таъсирини камайтиради.

11-БОБ.Овқат хазм қилиш аъзолари касалликлари бўйича амалий кўникмалар

ОШҚОЗОННИ ЗОНДЛАШ

АМАЛИЙ КЎНИКМАНИ БАЖАРИШНИ БАХОЛАШ БЎЙИЧА НАЗОРАТ ВАРАҚАСИ

Агар босқич/ҳаракат **қоникарли** бажарилса катакчага «У» белгиси қўйилади; агар **қоникарсиз** бажарилса «Х» белгиси қўйилади; Агар кўникма ўтказилмаса «К/Й» белгиси қўйилади.

Қоникарли бажарилиш: Босқич/ҳаракат стандарт муолажа ёки

қўлланмага мувофиқ бажарилади.

Қониқарсиз бажарилиш: Боскич/харакат стандарт муолажа ёки қўлланмага мувофиқ бажарилмаган.

Кузатув ўтказилмаган: Тренер бахоловчи боскич/харакат иштирокчи томонидан ўтказилмаган.

ИШТИРОКЧИ _____

Кузатув санаси _____

ОШҚОЗОННИ ЗОНДЛАШГА БЕМОРНИ ТАЙЁРЛАШ АМАЛИЙ КЎНИКМАСИНИ БАЖАРИЛИШИНИ БАХОЛАШ БЎЙИЧА НАЗОРАТ ВАРАҚАСИ.

(Қуйидаги боскич/харакатларнинг кўпчилиги бир вақтда бажарилиши шарт)

БОСҚИЧ/ХАРАКАТ	КУЗАТУВ МАЪЛУМОТЛАРИ				
ТАЙЁРГАРЛИК					
1. Боланинг онасига (ёки унинг хамроҳига) болада ошқозонни зондлаш кераклигини, ушбу текшириш усули болага аниқ ташхис кўйиш учун зарурлигини тушунтиради. Диккат билан онани тингланади ва ташвишлантирувчи саволларга жавоб берди.					
2. Доимо хиссий далда бериб турди ва болани имкон даражасида тинчлантириб турди, чалгитувчи саволлар бериб турди, кизикарли буюмлар – ўйинчоқлар, расмлар ва бошқаларни кўрсатиб турди.					
АМАЛИЙ КЎНИКМА\ХАРАКАТ ҚОНИҚАРЛИ БАЖАРИЛГАН					
ОШҚОЗОННИ ЗОНДЛАШНИ ЎТКАЗИШ.					
1. Болани ота-онасига усулнинг моҳиятини, уни ўтказиш заруриятини тушунтиради.					

<p>2. Болаларда ошқозонни зондлаш 2 та мақсадда қилинади.</p> <p>1) ташхислаш учун (ошқозон ширасини нахорда ва синама нонушта берилгандан кейин текшириш, фракцион зондлаш).</p> <p>2) даволаш учун (ошқозонни ювиш, зонд орқали сунъий овқатлантириш).</p>					
<p>3. Ошқозон ярасини кўзгалган босқичида, қизилўнғач торайишида , ошқозондан қон кетгандан кейинги ҳолатларда, юрак – қон томир етишмовчилигини яққол кўринган вақтида, беморни аҳволи оғир бўлганда ошқозонни зондлаш таққиланади.</p>					
<p>4. Зондлаш учун ингичка ва йўғон зондлар қўлланилади.</p>					
<p>5. Йўғон ошқозон зонди диаметри 10- 12 мм ички юзаси 8 мм ва узунлиги 70-75 см бўлиб, бу зонд асосан катта ёшли болалар ва ўсмир болаларни ошқозонини ювиш билан бир вақтда нахорда ва синама нонушта берилгандан кейин ошқозон ширасини текшириш учун қўлланилади.</p>					
<p>6 Ингичка зонд № 10- 15, диаметри 3 -5 мм ва узунлиги 1- 1,5 метр бўлиб, асосан болаларни ташхислаш ва даволаш мақсадида қўлланилади. Ингичка зондни охириги қисми берк, 2 ён қисмида тешиги бўлади.</p>					
<p>7. Зондни ошқозонга киритишда бемор стулга ўтириб олдиға клёнка тақилган ҳалатда бўлади. Тоза зондни тил ўзаги тағига қўйиб, бундан кейин бемор бурни билан чуқур нафас олиб ютинади. Ҳар ютинганда зондни аста секин ичкариға ҳаракатлантирилади, қизилўнғачдан аста секин ўтказилади.</p> <p>Зондни 1- белгисига келганда 40 см, зонд охириги қисми ошқозонга тушади.</p>					
<p>АМАЛИЙ КЎНИКМА\ ХАРАКАТ ҚОНИҚАРЛИ БАЖАРИЛГАН</p>					

МУОЛАЖА ЎТКАЗИЛГАНДАН КЕЙИНГИ ХАТТИ-ХАРАКАТЛАР					
8. Гўдак ёшдаги болаларда ошқозонгача бўлган масофа 20- 25 см , мактабгача ёшдаги болаларда 30-35 см, мактаб ёшидаги болаларда 40- 50 см;					
9. Агар ошқозонни зондлаш вақтида кўпол ҳаракат қилинса беморда ёқимсиз ҳолат кузатилади бунда ошқозондан қон кетиши ва ошқозон перфорацияси кузатилади. Бундай ҳолатларда зондлашни дарҳол тўхтатиш учун 10%CaCl томир ичига, 1% Викасол мускул ичига , ҳамда корин бўшлиғига муз халта қўйиш керак.					
АМАЛИЙ КўНИКМА\ ХАРАКАТ ҚОНИКАРЛИ БАЖАРИЛГАН					

ДУОДЕНАЛ ЗОНДЛАШ

АМАЛИЙ КўНИКМАНИ БАЖАРИШНИ БАХОЛАШ БЎЙИЧА НАЗОРАТ ВАРАҚАСИ

Агар босқич/ҳаракат қониқарли бажарилса катакчага «У» белгиси қўйилади; агар қониқарсиз бажарилса «Х» белгиси қўйилади; Агар кўникма ўтказилмаса «К/Й» белгиси қўйилади.

Қониқарли бажарилиш: Босқич/ҳаракат стандарт муолажа ёки қўлланмага мувофиқ бажарилади.

Қониқарсиз бажарилиш: Босқич/ҳаракат стандарт муолажа ёки қўлланмага мувофиқ бажарилмаган.

Кузатув ўтказилмаган: Тренер баҳоловчи босқич/ҳаракат иштирокчи томонидан ўтказилмаган.

ИШТИРОКЧИ _____

ДУОДЕНАЛ ЗОНДЛАШГА БЕМОРНИ ТАЙЁРЛАШ АМАЛИЙ КЎНИКМАСИНИ БАЖАРИЛИШИНИ БАХОЛАШ БЎЙИЧА НАЗОРАТ ВАРАҚАСИ.

(Қуйидаги босқич/харакатларнинг кўпчилиги бир вақтда бажарилиши шарт)

Кузатув санаси _____

БОСҚИЧ/ХАРАКАТ	КУЗАТУВ МАЪЛУМОТ ЛАРИ				
ТАЙЁРГАРЛИК					
3. Боланинг онасига (ёки унинг хамроҳига) болада дуоденал зондлаш қилишни кераклигини, ушбу текшириш усули болага аниқ таъхис қўйиш учун зарурлигини тушунтиради. Диққат билан онани тингланади ва ташвишлантирувчи саволларга жавоб бери.					
4. Доимо хиссий далда бериб турди ва болани имкон даражасида тинчлантириб турди, қалғитувчи саволлар бериб турди, қизиқарли буюмлар – ўйинчоқлар, расмлар ва бошқаларни кўрсатиб турди.					
АМАЛИЙ КЎНИКМА/ХАРАКАТ ҚОНИҚАРЛИ БАЖАРИЛГАН					
ДУОДЕНАЛ ЗОНДЛАШНИ ЎТҚАЗИШ.					
4. Болани ота-онасига усулнинг моҳиятини, уни ўтказиш заруриятини тушунтиради.					
5. Дуоденал зондлаш болаларда 12 бармоқ ичакдан ажралаётган секретни цитологик, бактериологик ва кимёвий текширишлар, ўт пуфагини димланиб ўт суюқлигини тўғридан тўғри 12 б/и тушганда текшириш учун қўлланилади.					
6. Ошқозон ярасида 12 б/и ярасида, ўткир ангиохолестит, қизилўнғач венасини варикоз кенгайтиши бунда тромботик спленомегалия, портал гипертензия, хуружли нафас қисил билан бронхоспазма ёки юрак етишмовчилигида дуоденалзондлаш тақиқланади.					

4. Дуоденал зонд резинка найчали бўлиб, диаметри 3 - 5 мм ва узунлиги 1.5 метр охириги қисмида олива билан беркитилган ва олиvasи йўқ зонддан фойдаланилади.					
5. Темир оливали зонд катталиги 20 мм х 4 -7 мм бўлиб резинкали зондга маҳкамланган бўлади, 2 ён қисмида 2 та тешиги бор.					
6. Зонд юза қисмида 3 та белгиси бўлади: 1- белгиси ошқозонгача бўлиб узунлиги 40 – 50 см, 2- белгиси привратниккача бўлиб узунлиги 70 см, 3- белгиси фотеров сўрғичигача бўлибузунлиги 80 -90 см .					
7. Болани дуоденал зондлашдан 2 -3 кун аввал коринни дам қилдирадиган овкатлардан болани чегаралаш керак: қоранон, мол сути, қарам, картошка, дуккакли ўсимликлар. Дуоденал зондлашдан мақсад олинган ўт суюқлигини цитологик, бактериологик, биохимик текшириш.					
АМАЛИЙ КЎНИКМА\ ХАРАКАТ ҚОНИКАРЛИ БАЖАРИЛГАН					
МУОЛАЖА ЎТКАЗИЛГАНДАН КЕЙИНГИ ХАТТИ-ХАРАКАТЛАР					
8. Агар зонд ошқозондан 12 б/и қа ўтаётганда қисилмаслиги учун, зондни ичкарига киритилаётганда оғриқ бўлмаслиги учун, оғриқ қолдирувчи папаверин, тифен, но- шпа ёки 0,5мл 1% атропин қилинади.					

<p>9. Беморни кушеткага ётказиб, оғзини очириб тил ўзагига оливани кўйиб чуқур нафас олади ва ютинади, тинч ҳолатда ютинишни қайта –қайта такрорлаганда чуқур нафас олишнатijasида кизилўнгачдан осон ўтади. Беморни ошқозонига зонд тушгандан сўнг 1 –белгисига келади, беморни ўнг ёнбош билан ётказиб ярим букилган ҳолатда, танасини пастки қисми кўкрак қафасдан юқорирок қилинади, таз суягини тагига болишча ёки валик кўйилади.</p>					
<p>10. Шундай ҳолатда олива привратникдан осонлигича ўтади. Бир оз дам олгандан сўнг бемор яна ютинишни давом эттиради олива 12 б/ и қа тушади, шунда зондни 2 – белгисигача келади. Олива тезлик билан привратникдан ўтса зонд орқали шприц билан нордон ошқозон ширасини қоринни юқори қисмини массаж қилгандан сўнг олинади. Бунда тери остига 0,5- 1,0 мл атропин юборилади. Шундан сўнг зонддан олинаётган чиқайтган суюқликни ошқозонданми ёки ичакданлиги билиш учун лакмус қоғоз билан текшираемиз. Агар ошқозондан чиққан бўлса, лакмус қоғоз қизаради, агар ичакдан чиққан бўлса лакмус қоғоз хаворанг бўлади. Бундан ташқари шира 12 б/и дан чикса очик ялтирок оч сарик бўлади.</p>					
<p>АМАЛИЙ КУНИКМА\ ХАРАКАТ КОНИКАРЛИ БАЖАРИЛГАН</p>					

ПИЛОКАРПИЛИ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ АМАЛИЙ КУНИКМАНИ БАЖАРИШИНИ БАХОЛАШ БЎЙИЧА НАЗОРАТ ВАРАКАСИ

<p>Агар боскич/ҳаракат кониқарли бажарилса катакчага «У» белгиси куйилади; агар кониқарсиз бажарилса «Х» белгиси куйилади; Агар куникма утказилмаса «К/Й» белгиси куйилади.</p>
<p>Кониқарли бажарилиш: Боскич/ҳаракат стандарт муолажа ёки кулланмага мувофик бажарилади.</p>
<p>Кониқарсиз бажарилиш: Боскич/ҳаракат стандарт муолажа ёки кулланмага мувофик бажарилмаган.</p>
<p>Кузатув утказилмаган: Тренер баҳоловчи боскич/ҳаракат иштирокчи томонидан утказилмаган.</p>

ИШТИРОКЧИ _____ **Кузатув санаси** _____

ПИЛОКАРПИЛИ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ АМАЛИЙ КУНИКМАСИНИ БАЖАРИЛИШИНИ БАХОЛАШ БЎЙИЧА НАЗОРАТ ВАРАКАСИ

(Куйилади боскич/ҳаракатларнинг кўпчилиги бир вақтда бажарилиши шарт)

БОСКИЧ/ХАРАКАТ	КУЗАТУВ МАЪЛУМОТЛАРИ				
ТАЙЁРГАРЛИК					
<p>5. Боланинг онасига (ёки унинг ҳамроҳига) болада тер таркибидаги электролитлар микдорини аниқлаш кераклигини, ушбу текшириш усули ташхисни аниқлаш учун зарурлигини тушунтирди. Диққат билан онани тинглади ва уни ташвишлантирувчи саволларга жавоб берди.</p>					
<p>6. Доимо хиссий далла бериб турди ва болани имкон даражасида болани тинчлантириб турди, чалгитувчи саволлар бериб турди, кизикарли буюмлар – уйинчоқлар, расмлар ва б.ни куурсатиб турди.</p>					
АМАЛИЙ КУНИКМА\ХАРАКАТ КОНИКАРЛИ БАЖАРИЛГАН					

**ПИЛОКАРПИНЛИ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ АМАЛИЙ КЎНИКМАСИНИ
БАЖАРИЛИШИНИ БАХОЛАШ БЎЙИЧА НАЗОРАТ ВАРАҚАСИ**

(Куйидаги боскич/харакатларнинг кўпчилиги бир вақтда бажарилиши шарт)

**ПИЛОКАРПИНЛИ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ОРКАЛИ ТЕР
ТАРКИБИДАГИ ЭЛЕКТРОЛИТЛАРНИ АНИКЛАШ**

7. Болани ота-онасига усулнинг мохиятини, уни утказиш заруриятини тушунтирди.					
8. Текшириш учун бола билагининг ташки ва ички юзалари эфир ва дистилланган сув билан ёгдан тозаланади.					
9. Бу жойга 0,5% пилокарпин эритм аси шимдирилган куп катламли дока билан манфий электрод (анод) урнатилади Кучсиз электролит эритмаси шимдирилган электрод (катод) елкага урнатилади..					
10. Секин-аста 1-2 дакика давомида доимий ток 0 дан 4мА (миллиампер)гна кадар оширилади., сунг 10 дакика давомида ионофорез давом эттирилади.					
11. Шундан сунг 1 дакика давомида ток кучи 0 га кадар туширилади, эектродлар ечилади, анод остидаги тери дистилланган сув билан ювиб курилади.					
12. Бир булак филтр когози киркилиб, аналитик тарозида тортиб олинади. Бу когоз анод жойлашган билак терисига электродларни олиб ташлагандан сунг куйилади. 1 соатга 37 ⁰ С ли термостатга жойлаштирилади					
13. Филр когоз целлофан билан уралади ва 30 дакикага дока билан боглаб куйилади.					
15. Сунг филтр когоз олиниб 1 мг аникликка кадар тарозида тортиб олинади ва дистилланган сувга 12 соатга солиб куйилади.					
16. Хосил булган элюатдаги Na концентрацияси оловли фотометр ёрдамида, CL концентрацияси кимёвий йул билан текширилади.					

ПИЛОКАРПИНЛИ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ АМАЛИЙ КЎНИКМАСИНИ БАЖАРИЛИШИНИ БАХОЛАШ БЎЙИЧА НАЗОРАТ ВАРАҚАСИ				
(Куйидаги боскич/харакатларнинг кўпчилиги бир вақтда бажарилиши шарт)				
АМАЛИЙ КЎНИКМА\ ХАРАКАТ КЎНИКАРЛИ БАЖАРИЛГАН				
МУОЛАЖА УТКАЗИЛГАНДАН КЕЙИНГИ ХАТТИ-ХАРАКАТЛАР				
1. Пилокарпин тер ажралишини стимуллаши туфайли фильтр коғознинг вазни 200 мг дан ортиб кетади. Текшириш учун коғоз узига 40 мг дан кам булмаган терни узига шимдириши керак.				
2. Тер таркибидаги Na ва Cl концентрацияси 40-60 ммоль/л ни ташкил қилади. Муковисцидоз касалигида 80 ммоль/л ва ундан юқори булади.				
3. Меъёрдан четланишлар булса стационарга текширишни давом эттириш ва даволаш учун юборилади.				
АМАЛИЙ КЎНИКМА\ ХАРАКАТ КЎНИКАРЛИ БАЖАРИЛГАН				

**РЕНТГЕН-ПЛЁНКАЛИ ТЕСТ ЁКИ ШВАХМАН СИНАМАСИ
АМАЛИЙ КЎНИКМАНИ БАЖАРИШИНИ БАХОЛАШ БЎЙИЧА
НАЗОРАТ ВАРАҚАСИ**

Агар боскич/харакат кониқарли бажарилса катакчага «V» белгиси куйилади; агар кониқарсиз бажарилса «X» белгиси куйилади; Агар куникма утказилмаса «K/Й» белгисикуйилади.
Кониқарли бажарилиш: Боскич/харакат стандарт муолажа ёки кулланмага мувофик бажарилади.
Кониқарсиз бажарилиш: Боскич/харакат стандарт муолажа ёки

кулланмага мувофик бажарилмаган.

Кузатув утказилмаган: Тренер бахоловчи боскич/ҳаракат иштирокчи томонидан утказилмаган.

ИШТИРОКЧИ _____

Кузатув санаси _____

**РЕНТГЕН-ПЛЁНКАЛИ ТЕСТ ЁКИ ШВАХМАН СИНАМАСИ
АМАЛИЙ КУНИКМАСИНИ БАЖАРИЛИШИНИ БАХОЛАШ
БУЙИЧА НАЗОРАТ ВАРАКАСИ**

(Куйидаги боскич/ҳаракатларнинг қўчилиги бир вақтда бажарилиши шарт)

БОСКИЧ/ХАРАКАТ	КУЗАТУВ МАЪЛУМОТ ЛАРИ
ТАЙЁРГАРЛИК	
7. Боланинг онасига (ёки унинг ҳамроҳига) болада ахлатнинг протеолитик фаоллигини аниқлаш кераклигини, ушбу текшириш усули ташхисни аниқлаш учун зарурлигини тушунтирди. Диққат билан онани тинглади ва уни ташвишлантирувчи саволларга жавоб берди.	
8. Доимо хиссий далда бериб турди ва болани имкон даражасида болани тинчлантириб турди, чалгитувчи саволлар бериб турди, кизикарли буюмлар – уйинчоқлар, расмлар ва б.ни куурсатиб турди.	
АМАЛИЙ КУНИКМА/ХАРАКАТ КОНИКАРЛИ БАЖАРИЛГАН	
АХЛАТНИ ПРОТЕОЛИТИК ФАОЛЛИГИНИ АНИҚЛАШ	
14. Болани ота-онасига усулнинг моҳиятини, уни утказиш заруриятини тушунтирди.	
15. Текшириш учун 7 та градуирланган пробиркалар тайёрланади..	

РЕНТГЕН-ПЛЁНКАЛИ ТЕСТ ЁКИ ШВАХМАН СИНАМАСИ АМАЛИЙ КУНИКМАСИНИ БАЖАРИЛИШИНИ БАХОЛАШ БУЙИЧА НАЗОРАТ ВАРАКАСИ					
(Куйидаги боскич/харакатларнинг куччилиги бир вақтда бажарилиши шарт)					
16. 1-пробиркага 9 мл 0,5% натрий гидрокарбонат ва 1г бемор ахлати солинади. Қолган пробиркаларга 1 мл дан натрий гидрокарбонат куйилади ва суспензия ҳосил бўлгунча яхшилаб аралаштирилади.					
17. Ҳосил бўлган суспензиядан 1 млдан олиб пробиркалардан бир-бирига кушилади.					
18. Рентген-плёнкага ҳар бир пробиркадан 1 томчи аралашмадан олиб томизилади.					
19. 1 соатга 37°C ли термостатга жойлаштирилади					
20. 1 соатдан сунг термоматдан олиб оқар сувда ювилади ва натижа укилади.					
АМАЛИЙ КУНИКМА\ ХАРАКАТ КОНИКАРЛИ БАЖАРИЛГАН					
МУОЛАЖА УТКАЗИЛГАНДАН КЕЙИНГИ ХАТТИ-ХАРАКАТЛАР					
1. Пробиркаларда 1:10, 1:20, 1:40, 1:80, 1:160, 1:320, 1:640 нисбатда арашмалар ҳосил бўлади.					
2. Ахлатдаги протеолитик ферментлар рентген-плёнкадаги желатина қаватни эритади. Нормада бу ҳолат 1:160 ва ундан юқори нисбатларда кузатилади. Муковисцидозда 1:40 ва ундан паст нисбатларда кузатилади.					
3. Меърдан четланишлар бўлса стационарга текширишни давом эттириш ва даволаш учун юборилади.					
АМАЛИЙ КУНИКМА\ ХАРАКАТ КОНИКАРЛИ БАЖАРИЛГАН					

ФРАКЦИОН ДУОДЕНАЛ ЗОНДЛАШ

**АМАЛИЙ КУНИКМАНИ БАЖАРИШНИ БАХОЛАШ БУЙИЧА
НАЗОРАТ ВАРАКАСИ**

Агар боскич/ҳаракат **кониқарли** бажарилса катакчага «У» белгиси куйилади; агар **кониқарсиз** бажарилса «Х» белгиси куйилади; Агар куникма утказилмаса «К/Й» белгисикуйилади.

Кониқарли бажарилиш: Боскич/ҳаракат стандарт муолажа ёки кулланмага мувофиқ бажарилади.

Кониқарсиз бажарилиш: Боскич/ҳаракат стандарт муолажа ёки кулланмага мувофиқ бажарилмаган.

Кузатув утказилмаган: Тренер баҳоловчи боскич/ҳаракат иштирокчи томонидан утказилмаган.

ИШТИРОКЧИ _____

Кузатув санаси _____

**ФРАКЦИОН ДУОДЕНАЛ ЗОНДЛАШ АМАЛИЙ КУНИКМАСИНИ
БАЖАРИЛИШНИ БАХОЛАШ БУЙИЧА НАЗОРАТ ВАРАКАСИ**

(Куйидаги боскич/ҳаракатларнинг кунчилиги бир вақтда бажарилиши шарт)

БОСКИЧ/ХАРАКАТ	КУЗАТУВ МАЪЛУМОТ ЛАРИ
----------------	-----------------------------

ТАЙЁРГАРЛИК	
9. Боланинг онасига (ёки унинг ҳамроҳига) болада фракцион дуоденал зондлаш усулини ўтказиш кераклигини, ушбу текшириш усули ташхисни аниқлаш учун зарурлигини тушунтирди. Диккат билан онани тинглади ва уни ташвишлантирувчи саволларга жавоб берди.	

**ФРАКЦИОН ДУОДЕНАЛ ЗОНДЛАШ АМАЛИЙ КУНИКМАСИНИ
БАЖАРИЛИШИНИ БАХОЛАШ БУЙИЧА НАЗОРАТ ВАРАКАСИ**

(Куйидаги боскич/харакатларнинг купчилиги бир вақтда бажарилиши шарт)

10. Доимо хиссий далда бериб турди ва болани имкон даражасида болани тинчлантириб турди, чалгитувчи сапволлар бериб турди, кизикарли буюмлар – уйинчоқлар, расмлар ва б.ни кууратиб турди.					
АМАЛИЙ КУНИКМА\ХАРАКАТ КИНИКАРЛИ БАЖАРИЛГАН					
ФРАКЦИОН ДУОДЕНАЛ ЗОНДЛАШ					
21. Болани ота-онасига усулнинг мохиятини, уни утказиш заруриятини тушунтирди.					
22. Фракцион дуоденал зондлаш усулда ўт чиқарув тизимини функционал ҳолати аниқланади . Фракцион ўт ишлаб чиқаришини аниқлаш куйидаги тартибда ўтказилади.					
23. I фаза (ҳоледоҳали) да зонд 12 бармоқ ичкакка 14-16 минут давомида тушади бунда пробиркага оч сарик суюклик чиқади.					
24. II фаза одди сфинктери бекиладива ўт ишлаб чиқиши тўхтайдди магний сульфат ва бошка кўзгатувчи юборганимиздан сўнг буни давомийлиги яна 3-5 минут бўлади, зонд оркали 0,5% новоканин эритмасидан 10 мл юборилади сўнг яна ўт дархол ҳосил бўлади. Ўтни узок тўпланиш сабабли одди сфинктерини кисилишига олиб келади.					
25. III фаза А ўт суюклиги – одди сфинктерини очилишидан то ўт чиқишини кўзгалиши учун кўзгатувчи дори модда юборилгандан кейин то ўт пуфаги кискаргунгача бу фазани давомийлиги 3-5 дакика					
26. IV фаза В ўт суюклиги (пуфакдан) зонд тушган вақтдан бошлаб зонд оркали пуфакдан жигарранг ўт суюклиги чиқади бу 20-25 минут давомида чиқади . Бу чиккан суюкликни хар 5 минутда алоҳида пробиркага йигаимиз.					

**ФРАКЦИОН ДУОДЕНАЛ ЗОНДЛАШ АМАЛИЙ КУНИКМАСИНИ
БАЖАРИЛИШИНИ БАХОЛАШ БЎЙИЧА НАЗОРАТ ВАРАКАСИ**

(Куйидаги боскич/харакатларнинг купчилиги бир вақтда бажарилиши шарт)

27.V фаза С ўт суюклиги (жигардан) қачонки тўқ жигарранг пуфакдан чиқаётган суюклик тўхтагандан сўнг бошланади, яна ўт йўлидан оқиш сарик ўт суюклиги чиқади.					
8. Хар бир фазада ўт ишлаб чиқишини миқдори ва давомийлиги ўт ишлаб чиқариш тизимини мотор функцияси қандай ишлаётганлиги хақида билиш мумкин.					
9.Пуфакчадан чиқаётган ўт миқдорини кўплиги дискинизиянигипотоник тури ёки атопик холестаэ дейиш мумкин. Пуфакчадан ўт суюклигини секин ажралишида дискинезияни гипертоник тури ёки спастик холестаэ дейиш мумкин.Фракцион зондлаш асосан одди сфинктерини дискенезиясини аниқлаш учун қилинади.					
АМАЛИЙ КУНИКМА\ ХАРАКАТ КОНИҚАРЛИ БАЖАРИЛГАН					
МУОЛАЖА УТҚАЗИЛГАНДАН КЕЙИНГИ ХАТТИ-ХАРАКАТЛАР					
10. Дуоденал зондлаганимизда олган ўт суюклигида лейкоцит, эритроцит, эпителиал хужайра , мембраналарини кўриш мумкин.					
11. Меъёр бўйича ўт суюклигида хужайра элементлари бўлмайди.					

**ФРАКЦИОН ДУОДЕНАЛ ЗОНДЛАШ АМАЛИЙ КУНИКМАСИНИ
БАЖАРИЛИШИНИ БАХОЛАШ БУЙИЧА НАЗОРАТ ВАРАКАСИ**

(Куйидаги боскич/харакатларнинг купчилиги бир вақтда бажарилгани шарт)

<p>12. Ўт суюклигида холестерин , кристал ,билирубин , Са борлиги ўт йўлларида тош тўпланишидан далолат беради. Касалликлар жараёнида ўт суюклигида бактериологик текширув ўтказилса бунда ичак таёкчаси , бактериялар , коккларни кўриш мумкин. Зондлашни охирида албатта антибиотикни юбориш керак.</p>						
<p>АМАЛИЙ КУНИКМА\ ХАРАКАТ КОНИКАРЛИ БАЖАРИЛГАН</p>						

**ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯ
АМАЛИЙ КУНИКМАНИ БАЖАРИШИНИ БАХОЛАШ БУЙИЧА
НАЗОРАТ ВАРАКАСИ**

Агар боскич/харакат конакарли бажарилса катакчага «У» белгиси куйилади; агар конакарсиз бажарилса «Х» белгиси куйилади; Агар куникма утказилмаса «К/Й» белгисикуйилади.

Конакарли бажарилши: Боскич/харакат стандарт муолажа ёки кулланмага мувофик бажарилади.

Конакарсиз бажарилши: Боскич/харакат стандарт муолажа ёки кулланмага мувофик бажарилмаган

Кузатув утказилмаган: Тренер бахоловчи боскич/харакат иштирокчи томонидан утказилмаган.

ИШТИРОКЧИ _____

Кузатув санаси _____

ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯГА БЕМОРЛАРНИ ТАЙЁРЛАШ ВА НАТИЖАЛАРИНИ БАХОЛАШ АМАЛИЙ КУНИКМАСИНИ БАЖАРИЛИШИНИ БАХОЛАШ БУЙИЧА НАЗОРАТ ВАРАКАСИ					
(Куйидаги боскич/харакатларнинг купчилиги бир вақтда бажарилиши шарт)					
БОСКИЧ/ХАРАКАТ	КУЗАТУВ МАЪЛУМОТЛА РИ				
ТАЙЁРГАРЛИК					
11. Боланинг онасига (ёки унинг хамроҳига) болада холецистографияни ўтказиш кераклигини, ушбу текшириш усули ташхисни аниқлаш учун зарурлигини тушунтирди. Диккат билан онани тинглади ва уни ташвишлантирувчи саволларга жавоб берди.					
12. Доймо хиссий далда бериб турди ва болани имкон даражасида болани тинчлантириб турди, чалгитувчи саволлар бериб турди, кизикарли буюмлар – уйинчоқлар, расмлар ва б.ни куурсатиб турди.					
АМАЛИЙ КУНИКМА\ХАРАКАТ КОНИКАРЛИ БАЖАРИЛГАН					
ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯНИ ЎТКАЗИШ.					
28. Болани ота-онасига усулнинг моҳиятини, уни ўтказиш заруриятини тушунтирди.					
29. Холецистография бу ўт пуфаги ва ўт йўллари рентгенологик текшириш усули бўлиб бунда ўт йўллари аномалияси ва ўтда ва ўт йўлларида тош борлигини аниқлаш учун қўлланиладиган усул.					
30. Рентген килишдан 2 – 3 кун олдин бемор овқатланиш рационидан қаттиқ овқатларни олиб ташлаймиз.					
31. Беморга нонуштага енгил овқатлар(каша, творог, ширин чой) ва тушликда(шўрва, каша, киймали гўшт, сарёғ, ширин чой).					
32. Тушликдан 2 – 3 соат кейин беморга рентген контраст модда ичирилади. 1 соат ўтгандан кейин тозаловчи клизма килинади. Кечкурун уйқукдан олдин бемор 60 -70 мл 40% глюкоза ичади.					

ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯГА БЕМОЛЛАРИНИ ТАЙЁРЛАШ ВА НАТИЖАЛАРИНИ БАҲОЛАШ АМАЛИЙ КУНИКМАСИНИ БАЖАРИЛИШИНИ БАҲОЛАШ БУЙИЧА НАЗОРАТ ВАРАКАСИ

(Куйидаги боскич/харакатларнинг қувчилиги бир вақтда бажарилиши шарт)

33.Эртаси куни эрталаб нахорда контраст моддани ичгандан кейин 13 -15 соат ўтгандан сўнг беморни тозаловчи клизма қилинади,кейин 20-30 минут ўтказиб ўт пуфаги ва ўт йўллари ренгенография қилинади.					
34.Сифатли рентгеноконтраст моддалардан билитраст бўлиб, болаларга 1 кг тана вазига 0,05 гр берилади, умумий дозани 3 га бўлиб берилади.					
АМАЛИЙ КУНИКМА\ ХАРАКАТ КОНИКАРЛИ БАЖАРИЛГАН					
МУОЛАЖА УТКАЗИЛГАНДАН КЕЙИНГИ ХАТТИ-ХАРАКАТЛАР					
1. Яна иопагност ва холецид таблетка холида бўлиб мактаб ёшидаги болаларга 4 – 6 таблеткадан берилади.					
13.Ҳамма таблеткаларни 30 40 минут оралигида ичилади, таблетка ва капсулалар 8 -10 минут оралигида минерал сув ёки ширин чой билан ичилади.					
3. Меърдан четланишлар бўлса стационарга текширишни давом эттириш ва даволаш учун юборилади.					
АМАЛИЙ КУНИКМА\ ХАРАКАТ КОНИКАРЛИ БАЖАРИЛГАН					

АДАБИЁТЛАР

1. Hospital Pediatrics Рахимов С., Исроилов А.Р., Тошкент, 2010
2. Э.А. Шомансурова Поликлиник Педиатрия ва Реабилитология 2010-йил, 215-бет.
3. Н. П. Шабалов Детская гастроэнтерология 2011-736 стр.
4. Шабалов Н.П. Детские болезни. Том I- 2.2013 й.
5. Н. П. Шабалов Детская гастроэнтерология Руководства 3-е издание, переработанное и дополненное 2019г.
6. Даминов Т.А., Халматова Б.Т., Бобоева У.Р. Болалар касалликлари. Дарелик.Тошкент 2010й
7. Детская гастроэнтерология: руководство/ Т.Г.Авдеева, Ю.В.Рябухин, Л.И.Парменова, Н.Ю.Крутикова, Л.А.Жлобинская.- М.ГЭОТАР-Медиа,2009.
8. Арсентьев В.Г., Можейко А.Г., Староверов Ю.И., Шабалов Н.П. Результаты гастро-энтерологического обследования детей с дисплазией соединительной ткани //Педиатрия. Журнал им. Г.Н.Сперанского. – 2012. – 91(1). – 149.
9. Арсентьев В.Г., Сергеев Ю.С., Староверов Ю.И. Хронический гастродуоденити функциональная диспепсия у детей с позиций доказательной медицины. Мифы и реальность // Педиатрия. – 2014. – 93(6). – 69–74.
10. Ахпаров Н.Н., Немилова Т.К., Каган А.В., Сулейманова С.Б. Современные подходы к диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей // Российский педиатрический журнал. – 2015. – 18(5). – 15–20.
11. Балашенцева С.А., Звягин А.А., Печуров Д.В. Синдром диспепсии у детей / В кн.: Гастроэнтерология. Болезни детей. – М.: МК, 2011. – 219–244.
12. Барановский А. Ю., Щукина О. Б. Болезнь Крона (диагностика и лечение). – СПб.: Наука и техника, 2007. – 190 с.
13. Бельмер С. В., Гасилина Т. В., Хавкин А. И., Эйберман А. С. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. – М., 2006. – 44 с.
14. Беренс Р. и др. Болезнь Крона и язвенный колит у детей и подростков: Пер. с нем. –Фрайбург: Д-р Фальк Фарма ГмбХ, 2008. – 47 с.
15. Блинова А. С., Звягин А. А., Почивалов А. В. Гастроэнтерологические заболевания детей. – М.: Феникс, 2008. – 92 с.
16. Болезни поджелудочной железы у детей / С.В.Бельмер, А.Ю.Разумовский,
16. Е.А.Корниенко, В.Ф.Приворотский. – М.: Медпрактика-М, 2015. – 452 с.
- Бронштейн А. М., Токмалев А. К. Паразитарные болезни человека: протозоозы и гельминтозы. – М.: РУДН, 2002. – 207 с.
17. Dentistry of child and adolescent Ralph McDonald, Jeffrey A. Dean, 2014., David A.Mitchell An Introduction to Oral and Maxillofacial Surgery, second edition (2015).

18. David A. Mitchell, Anastasios N. Kanatas. An Introduction to Oral and Maxillofacial Surgery. 2015.

Интернет-ресурсы:

1. Сайт «Федеральная электронная медицинская библиотека»: URL: <http://www.femb.ru>
2. Сайт «Союз педиатров России»: URL: <http://www.pediatr-russia.ru/>
3. Сайт «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека»: URL: <http://www.rosmedlib.ru/>
4. Центральная Научная Медицинская Библиотека: <http://www.scsml.rssi.ru/http://www.medline.ru>
5. www.tipme.uz
6. www.med.uz
7. www.Medlibris.ru
8. MEDLINE
9. [www.TheCochraneLibrary](http://www.TheCochraneLibrary.org)

МУНДАРИЖА

Сўзбоши.....	3
1- БОБ. Овқат хазм қилиш аъзолари анатомио-физиологик хусусиятлари. Болаларни рационал овқатлантириш принциплари.....	32
2- БОБ. Ошқозон-ичак трактининг функционал бузилишлари	49
Гастроэзофагал рефлюкс	50
Ошқозонни функционал бузилиши	51
Функционал диарея.....	55
Функционал ич қотиши (запор)	57
Дизбактериоз.....	60
3-БОБ.Ошқозон-ичак трактининг аъзолари касалликлари Болаларда оғиз бўшлиғи касалликлари.....	62
Болаларда овқатланишнинг сурункали бузилиши.....	73
Ошқозон ичак тракти касалликларида оғриклар	88
Сурункали гастрит ва гастродуоденит.....	91
Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги.....	99
4-БОБ.Ингичка ва йўғон ичак касалликлари Сурункали носпецифик энтероколит.....	112
Носпецифик ярали колит.....	114
Крон касаллиги	123
5-БОБ.Жигар ва ўт ажратувчи тизим касалликлари Сурункали вирусли гепатитлар.....	124
Жигар циррози.....	135
Ўт йўллари дискинезияси	150
Холециститлар	155
Панкреатитлар	163
6-БОБ. Гельминтозлар Острица.....	180
Описторхоз	180
Аскаридоз	181
Энтеробиоз	186
Тениаринхоз	187
Тениоз и цистицеркоз	189
Гименолепидоз	190
Лямблиоз	191
Анкилостомидоз	196
Трихоцефалез.....	198
Трихенеллэз	199
Дифиллоботриоз	200
Фасциолез	201
Эхинококкоз	202
Алвеококкоз	204
7-БОБ. Овқат аллергиялари	206

114

Дареткенме

Таснифлаш	208
Аллергик реакцияга сабаб бўладиган махсулотлар	210
Аллергияни даволаш	214
8-БОБ. Малоабсорбция синдроми	
Целиакия	218
Муковисцидоз	222
9-БОБ. Болалардаги ошқозон-ичак тракти органлари касалликларида даволовчи пархез ва даволовчи жисмоний тарбияни роли	228
Пархез №1а	232
Пархез №1б	233
Пархез №1	234
Пархез №5	235
Ошқозон-ичак касалликларида даволаш гимнастикаси	238
10-БОБ. Болалардаги ошқозон-ичак тракти органлари касалликлари диспансеризорати ва профилактикаси	239
11-БОБ. Овқат хазм қилиш аъзолари касалликлари бўйича амалий Кўникмалар	242
Қўлланилган адабиётлар	260

ADTI
AXB.-RESURS MARKAZI
INV № 11125